



สรุปผลการดำเนินงาน

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ปีที่ ๓ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)



กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข

สำนักกรรมการ ๓

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา



สรุปผลการดำเนินงาน

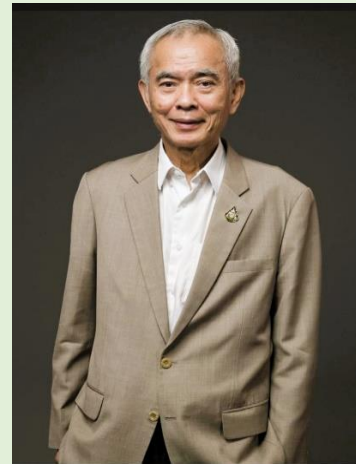
คณะกรรมการการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

ปีที่ ๓ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข สำนักกรรมการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

สารประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



ในรอบปีที่ผ่านมา มีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อหลายด้านกับประเทศไทย โดยเฉพาะการระบาดของโรคโควิด ๑๙ แม้ว่าสถานการณ์ความรุนแรงของโควิด ๑๙ จะลดลง การชะลอการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด และการลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวแล้วก็ตาม รวมถึงมีการลดมาตรการด้านต่าง ๆ ในหลายประเทศ แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะลดการเฝ้าระวังโรคโควิด ๑๙ ได้เลย ซึ่งอาจกลับมาเกิดการระบาดระลอกใหม่ได้ตลอดเวลา จากการระบาดของโรคโควิด ๑๙ คณะกรรมการการสาธารณสุขจึงยังคงให้ความสำคัญและติดตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีการศึกษาประเด็นของความรู้ด้านการใช้ยาที่นำมาใช้ในการรักษาโรคถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผล การนำเข้า แนวทางการใช้ยา ผลการศึกษาวิจัยและทดลองใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยโควิด ๑๙ รวมถึงการพิจารณากลยุทธ์การผ่อนคลายสถานการณ์ด้านสาธารณสุขภายในสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ ในปัจจุบันและอนาคต หรือ Exit Strategy ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่หน่วยงานรัฐต้องคำนึงถึง เพื่อประเทศจะได้ไปสู่ new normal ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสร้างความสมดุลทั้งทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจให้กับประเทศและประชาชนโดยเร็ว

คณะกรรมการยังได้มีการดำเนินการตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานของคณะกรรมการทั้งงานด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ด้านกฎหมาย เป็นการศึกษาและกลั่นกรองกฎหมายด้านสาธารณสุข ติดตามผลกระทบจากการบังคับใช้กฎหมาย และติดตามการออกกฎหมายลำดับรองภายใต้กฎหมายด้านสาธารณสุข และที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เป็นต้นมา เป็นก้าวสำคัญที่งานด้านสาธารณสุขบางส่วนจะถูกถ่ายโอนไปให้กับท้องถิ่น คณะกรรมการจึงให้ความสำคัญกับประเด็นการศึกษาและติดตามการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ถึงแม้การดำเนินการดังกล่าว จะเป็นนโยบายสาธารณะ ซึ่งเป็นไปตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจฯ ก็ตาม โดยทางคณะกรรมการยังคงยืนยันว่าไม่ได้ขัดขวางการถ่ายโอน แต่การถ่ายโอนต้องมีความพร้อมในด้านต่าง ๆ จึงได้เสนอให้ถ่ายโอนแบบค่อยเป็นค่อยไป อย่างการทำเป็นเฟส หรือ Sandbox จากนั้นต้องจัดให้มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการถ่ายโอน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้เพื่อค้นหาทางก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินการตามนโยบายสาธารณะอย่างไร้รอยต่อ โดยมุ่งให้ประชาชนได้รับการบริการที่ดียิ่งขึ้น หรือได้รับผลกระทบน้อยที่สุด

คณะกรรมการธิการจึงได้รวบรวมข้อมูลเป็น “สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ปีที่ ๓ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) เพื่อเป็นบันทึกที่ฉายภาพให้เห็นถึงความต่อเนื่องในการดำเนินการรอบปี และเพื่อเป็นเอกสารทางประวัติศาสตร์สำหรับผู้ที่มีความสนใจนำไปใช้ในการศึกษาค้นคว้า และอ้างอิงในโอกาสต่อไป

ในโอกาสนี้ กระผม ในนามประธานคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข ขอขอบคุณทุกท่าน โดยเฉพาะการได้รับความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้แทนหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องรวมทั้งกรรมการ ที่ปรึกษา กิตติมศักดิ์ ที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการ และนักวิชาการประจำคณะกรรมการที่ได้มาให้ข้อมูลและร่วมกันคิด เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการสะท้อนปัญหา นำมาสู่การมีเสนอแนะต่อทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข สำนักกรรมการ ๓ ปฏิบัติหน้าที่ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการธิการการสาธารณสุขที่ได้ร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติงานที่เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการด้วยดีเสมอมา



(นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์)

ประธานคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข
วุฒิสภา

คณะกรรมการ การสาธารณสุข วุฒิสภา



นายเจตน์ ศิริรัตนนท์
ประธานคณะกรรมการ



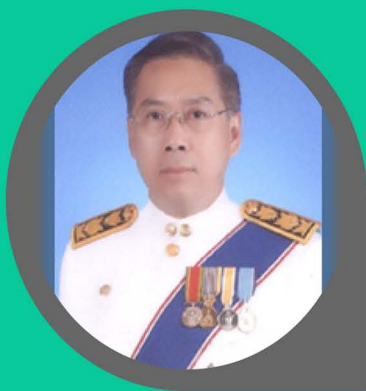
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ
รองประธานคณะกรรมการ
คนที่หนึ่ง



นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองศาสตราจารย์
รองประธานคณะกรรมการ
คนที่สอง



รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ทรูเวโซ
รองประธานคณะกรรมการ
คนที่สาม



นายทวิวงศ์ จุลมนตรี
เลขาธิการคณะกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่มุก
โฆษกคณะกรรมการ



พลโท อำพน ชูประทุม
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



นายพิศาล มานวพัฒน์
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



พลเอก วินัย สร้างสุขดี
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ

คณะกรรมการ การสาธารณสุข วุฒิสภา



พลเอก จีระศักดิ์ ชมประสพ
กรรมการธิการ



พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครื่องงาม
กรรมการธิการ



นางทัศนียา ยิวานนท์
กรรมการธิการ



นายประสิทธิ์ ปทุมารักษ์
กรรมการธิการ



นายพิทักษ์ ไชยเจริญ
กรรมการธิการ



พลเอก วรार्ช บัญญะสิทธิ์
กรรมการธิการ



พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข
กรรมการธิการ



นางสุนิ จังวิโรจน์
กรรมการธิการ

บทนำ

การดำเนินการกิจของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ในช่วงตุลาคม ๒๕๖๔ – กันยายน ๒๕๖๕ (ปีงบประมาณ) คณะกรรมการได้ดำเนินการตามกรอบยุทธศาสตร์ ภายใต้วิสัยทัศน์ ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข รวมทั้ง ควบคุมการบริหารราชการแผ่นดินอย่างมีประสิทธิภาพ และมีพันธกิจ ในการพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณา สอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนา ระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุม และป้องกันโรค การฟื้นฟูการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบ ของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณา ศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูป ประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

โดยกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานไว้ ๓ ด้าน คือ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านการปฏิรูประบบ สาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านกฎหมาย และยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร ซึ่งในปีนี้เป็นรอบปีที่ ๓ ในการจัดทำสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อเป็นการเผยแพร่ข้อมูล ให้กับผู้เกี่ยวข้องในวงงานและผู้สนใจสามารถนำไปศึกษา ค้นคว้า และต่อยอดการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ ต่อไปได้

คณะกรรมการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า สรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ การสาธารณสุข วุฒิสภา ปีที่ ๓ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – กันยายน ๒๕๖๕) เป็นสรุปผลการดำเนินงานฉบับที่ ๓ ปีที่ ๓ นี้ จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และประชาชนที่สนใจติดตามการดำเนินงาน ของวุฒิสภา จะสามารถนำไปใช้ในการศึกษา ค้นคว้า และอ้างอิงทางวิชาการได้ในโอกาสต่อไป



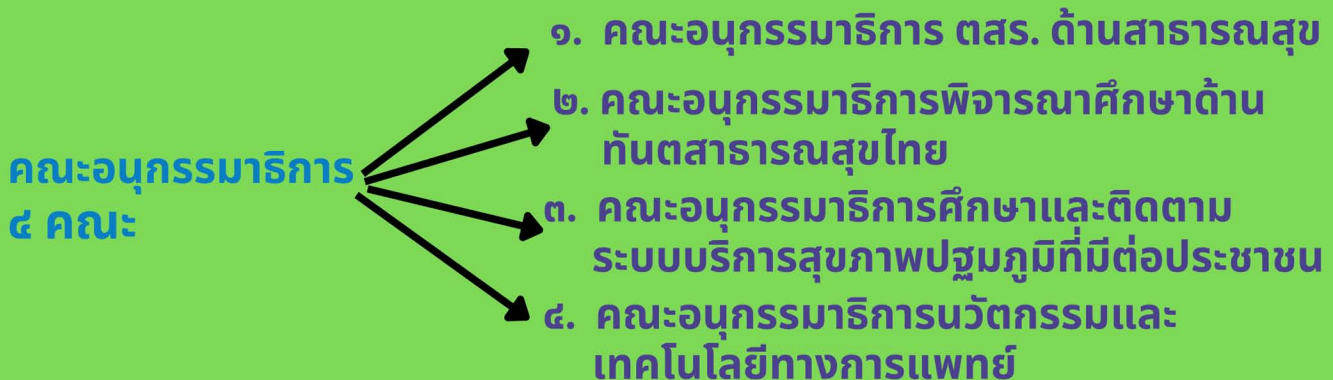
สรุปผลการดำเนินงาน คณะกรรมการการสาธารณสุข ปีที่ ๓ (๑ ต.ค. ๖๔ - ๓๐ ก.ย. ๖๕)

กรอบการพิจารณาศึกษา

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



คณะอนุกรรมการ ในคณะกรรมการการสาธารณสุข



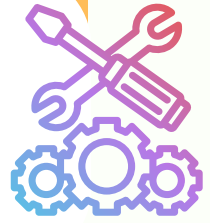
คณะกรรมการการสาธารณสุข มีหน้าที่และอำนาจ

" พิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุม และป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง"

สารบัญ

๐๓

บทที่ ๑
ด้านการปฏิรูประบบ
สาธารณสุข



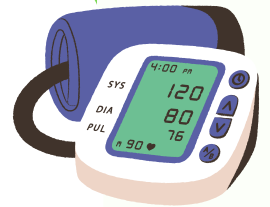
๓๑

บทที่ ๒
ด้านกฎหมาย



๗๕

บทที่ ๓
ด้านสุขภาพ การควบคุมและ
ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล
และการฟื้นฟูสุขภาพ
รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร



๒๓๕

บทที่ ๔
การพิจารณาศึกษาและติดตามผล
การดำเนินงานประจำปีของหน่วยงาน
สาธารณสุข (ตามที่กฎหมายกำหนด)



๒๘๓

บทที่ ๕
การศึกษาดูงาน/การสัมมนา



สารบัญ

	หน้า
สารประธาน	ก
คณะกรรมการการสาธารณสุข	ค
บทนำ	จ
สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา	ช
สารบัญ	ฉ
กรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา	๑
บทที่ ๑ ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข	๓
๑.๑ พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บท ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข	๕
- กรอบแนวทางการดำเนินการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔	๕
- บทสรุป : การรายงานผลการติดตามฯ ระดับ แผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข ห้วงเวลาการรายงานของรัฐบาล ประจำปี ๒๕๖๔	๑๘
๑.๒ พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินการการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การวางแผนการผลิตกำลังคน และแนวทางการขับเคลื่อนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว ภายใน ๑๐ – ๒๐ ปีข้างหน้า ตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข	๒๓
- ผลการพิจารณา	๒๓
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ	๒๘
บทที่ ๒ ด้านกฎหมาย	๓๑
๒.๑ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙	๓๓
- ผลการพิจารณา	๓๓
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ	๓๖
๒.๒ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙	๓๗
- ผลการพิจารณา	๓๗
- ข้อคิดเห็นและข้อสังเกตของคณะกรรมการ	๔๖

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
๒.๓ พิจารณาความคืบหน้ากฎหมายลำดับรองด้านสาธารณสุข	๕๑
- ผลการพิจารณา	๕๑
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ	๕๗
๒.๔ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ. และร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการใช้ประโยชน์กัญชา กัญชง พ.ศ. ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙	๖๑
- ผลการพิจารณา	๖๑
- ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ	๗๐
๒.๕ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙	๗๑
- ผลการพิจารณา	๗๑
- ข้อคิดเห็นของคณะกรรมการ	๗๓
บทที่ ๓ ด้านสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร	๗๕
๓.๑ พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับ Exit Strategy ด้านสาธารณสุข ภายใต้สถานการณ์โรคโควิด ๑๙ ในปัจจุบันและในอนาคต	๗๗
- ผลการพิจารณา	๗๗
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ	๘๗
๓.๒ องค์ความรู้เรื่องของประสิทธิภาพและประสิทธิผล การนำเข้า แนวทางการใช้ยา รวมทั้งผลการศึกษาวิจัยและทดลองใช้ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโควิด ๑๙	๘๙
- ผลการพิจารณา	๘๙
๓.๓ Application “หมอพร้อม”	๙๗
- ผลการพิจารณา	๙๗
- บทสรุป	๑๐๔
๓.๔ พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อรองรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของกระทรวงสาธารณสุข	๑๐๙
- ผลการพิจารณา	๑๐๙
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ	๑๑๖

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
๓.๕ พิจารณาศึกษาและติดตามการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ องค์การปกครองส่วนจังหวัด	๑๑๗
- ส่วนที่ ๑ ความเสี่ยงและปัญหาในการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)	๑๑๘
๑.๑ การประมวลข้อคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องในด้านความเสี่ยงและปัญหา ในการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)	๑๑๘
๑.๒ ข้อคิดเห็นของฝ่ายนิติบัญญัติ	๑๒๐
๑.๓ สรุปภาพรวมข้อคิดเห็นและข้อสังเกตต่อการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)	๑๒๕
- ส่วนที่ ๒ ข้อค้นพบจากการพิจารณาศึกษา	๑๒๙
๒.๑ กลไกการเงินการคลัง	๑๒๙
๒.๒ กลไกการบริหารงานบุคคล	๑๓๔
๒.๓ กลไกการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการ	๑๓๘
- ส่วนที่ ๓ สรุปผลการพิจารณาศึกษา และข้อเสนอการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)	๑๔๓
๓.๑ ข้อสังเกตต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)	๑๔๓
๓.๒ ข้อเสนอการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)	๑๔๘
๓.๖ พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้อาหารเสริมเพื่อสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะการใช้วิตามินดีกับการป้องกันโรคโควิด ๑๙ รวมถึงธาตุอาหารอื่น ๆ โดยเฉพาะการนำไปใช้ในทางการแพทย์ และปัญหาการใช้เพื่อรักษาผู้ป่วย	๑๕๑
- ผลการพิจารณา	๑๕๑
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ	๑๕๖
๓.๗ พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดจากสถานการณ์ โรคระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (Covid 19)	๑๕๗
- ผลการพิจารณา	๑๕๗
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการธิการ	๑๖๕
๓.๘ ความก้าวหน้าและสิทธิประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพ การสาธารณสุขชุมชน	๑๖๗
- ผลการพิจารณา	๑๖๗
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการธิการ	๑๗๓

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
๓.๙ กระบวนการออกเอกสารรับรองสุขภาพดิจิทัล (Thailand Digital Health Pass)	๑๗๕
- ผลการพิจารณา	๑๗๕
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ	๑๗๘
๓.๑๐ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันมิให้เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบ	๑๗๙
- ผลการพิจารณา	๑๗๙
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ	๑๘๗
๓.๑๑ เกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มการแพร่กระจายของโรคฝีดาษวานร (Monkeypox)	๑๘๙
- ผลการพิจารณา	๑๘๙
- ประเด็นข้อมูลเพิ่มเติมของคณะกรรมการ	๑๙๖
๓.๑๒ การจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๑๙๙
- ผลการพิจารณา	๑๙๙
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ	๒๐๕
๓.๑๓ การจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของกรม ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๒๐๗
- ผลการพิจารณา	๒๐๗
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ	๒๒๑
๓.๑๔ ถอดบทเรียนการแก้ไขปัญหาสถานการณ์การแพร่ระบาดของ ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โรคโควิด ๑๙)	๒๒๓
- สาเหตุของปัญหา	๒๒๓
- ผลการติดตาม ประสาน ผลักดันการดำเนินงานของคณะกรรมการ	๒๒๓
- ผลสำเร็จที่เกิดขึ้น	๒๒๙
- ถอดบทเรียนการแก้ไขปัญหาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ทรงคุณวุฒิ	๒๒๙
- การควบคุมคุณภาพวัคซีนโควิด ๑๙ ในประเทศและการวิจัยพัฒนา	๒๓๑
- สรุปผลและข้อเสนอแนะ	๒๓๔

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ ๔ การพิจารณาศึกษาและติดตามผลการดำเนินงานประจำปี ของหน่วยงานสาธารณสุข (ตามที่กฎหมายกำหนด)	๒๓๕
๔.๑ รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการ ในคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข เพื่อเสนอต่อที่ประชุมวุฒิสภา	๒๓๗
๑) รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “การพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูประบบด้านทันตสาธารณสุขไทยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข”	๒๓๗
๒) รายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข การพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย	๒๓๙
๓) รายงานการพิจารณา เรื่อง “การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนนโยบาย ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒”	๒๔๔
๔.๒ รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗	๒๔๗
รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ และรายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
- วิธีการพิจารณาศึกษา	๒๔๗
- ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ	๒๔๗
- ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ	๒๕๑
๔.๓ รายงานการพิจารณาศึกษา รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงิน ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓	๒๕๓
- ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ	๒๖๕
๔.๔ รายงานการพิจารณาศึกษารายงานประจำปี ๒๕๖๔ สภาองค์กรของผู้บริโภค	๒๖๗
- ผลการพิจารณาศึกษา	๒๖๗
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ	๒๗๓
๔.๕ รายงานการพิจารณาศึกษากองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๔	๒๗๕
- ผลการพิจารณาศึกษา	๒๗๕
๔.๖ รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง รายงานการสร้างระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔	๒๗๙
- ผลการพิจารณาศึกษา	๒๗๙

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ ๕ การศึกษาดูงาน/การจัดสัมมนาของคณะกรรมการ	๒๘๓
๕.๑ สรุปผลการเดินทางไปศึกษาดูงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕	๒๘๕
๕.๒ สรุปผลการเดินทางไปประชุมทวิภาคีและไปเยือนต่างประเทศ ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕	๓๐๖
๕.๓ การจัดสัมมนา	๓๐๘
ภาคผนวก	

กรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ
คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



วิสัยทัศน์ ปฏิบัติหน้าที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
ทางด้านสาธารณสุข รวมทั้งควบคุมการบริหารราชการแผ่นดินอย่างมีประสิทธิภาพ

พันธกิจ พิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ
ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม และได้มาตรฐาน
โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนา
คุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของ การเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา
พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ
อยู่ในหน้าที่ และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เป้าประสงค์

- ๑. ศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข
- ๒. ศึกษาและติดตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน
- ๓. ชับเคลื่อนนโยบายและการปฏิบัติงานของรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาระบบสาธารณสุข และสุขภาพ
- ๔. ติดตาม และตรวจสอบผลกระทบด้านสาธารณสุขและสุขภาพ รวมทั้งปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา
- ๕. ส่งเสริม สนับสนุนและเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาสุขภาพ อนามัยของประชาชนและชุมชน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน



ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านการปฏิรูประบบ
สาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านกฎหมาย

- กลยุทธ์ที่ ๑ ศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขและที่เกี่ยวข้อง
- กลยุทธ์ ๒ ติดตาม ส่งเสริม สนับสนุนและเป็นกลไกในการขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิบัติงานของรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพ
- กลยุทธ์ที่ ๓ ศึกษา ส่งเสริม และสนับสนุนการบริหารจัดการระบบสุขภาพและระบบการเงินการคลัง

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



ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค
การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการ
เปลี่ยนแปลงทางประชากร

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



บทที่ ๑

ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข

**๑.๑ พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ
และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ
ด้านสาธารณสุข**

การดำเนินงานด้านติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ คณะกรรมการการการสาธารณสุข วุฒิสภา ยังคงดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยคณะอนุกรรมการการศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ตสร.) ด้านสาธารณสุข ที่คณะกรรมการตั้งขึ้น เป็นกลไกหลักสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านการปฏิรูปประเทศที่ได้ทำงานอย่างเข้มแข็ง ซึ่งในระยะปีงบประมาณที่ผ่านมา คณะอนุกรรมการชุดดังกล่าวได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ รวมทั้งได้มีการดำเนินการกิจตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้ คือ

๑. ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข

๒. พิจารณาศึกษา วิเคราะห์ และรายงานความคืบหน้าในการดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่คณะรัฐมนตรีเสนอต่อรัฐสภาตามมาตรา ๒๗๐ วรรคหนึ่ง ของรัฐธรรมนูญรวมทั้งรายงานประจำปีที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสนอต่อวุฒิสภาตามกฎหมาย

๓. รวบรวมและจัดทำสรุปผลการศึกษาวิเคราะห์รายงานผลการดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขตามข้อ ๒. เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการการสาธารณสุขและคณะกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ

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

๕. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ โดยรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณา รวมทั้งนำเสนอแนะประเด็นที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการเพื่อนำไปรวบรวมเป็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ

การดำเนินการตามหน้าที่และอำนาจดังกล่าว คณะกรรมการจะนำข้อมูลจากผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการที่มีการศึกษา และรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการ และเสนอให้เป็นไปตามกฎหมาย โดยคำนึงถึงประโยชน์ของประเทศชาติเป็นสำคัญ โดยสามารถสรุปผลการพิจารณา ดังนี้

คณะอนุกรรมการการศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ตสร.) ด้านสาธารณสุข เป็นกลไกหลักสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านการปฏิรูปประเทศที่ได้ทำงานอย่างเข้มแข็ง ซึ่งในระยะปีงบประมาณที่ผ่านมา คณะอนุกรรมการชุดดังกล่าวได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ รวมทั้งได้มีการดำเนินการกิจตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้

โดยกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ กล่าวคือ การพิจารณาศึกษาติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ทั้ง ๑๐ ประเด็น โดยให้ความสำคัญในการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด (Big Rock) คือ ประเด็นปฏิรูปที่ ๑: ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้ประชาชนและทุกภาคส่วน รวมทั้งสถานบริการทุกสังกัดเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ (การจัดตั้งเขตสุขภาพ) และเกี่ยวกับสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข มีความคล่องตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการ ให้ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ ภายใต้การมีส่วนร่วมบริหารโดยประชาชนในระดับจังหวัดตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงตติยภูมิ รวมทั้งการพิจารณา (ร่าง) แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) โดยเฉพาะประเด็น แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ข้อค้นพบที่สำคัญ ตามที่ได้มีการจัดทำ (ร่าง) แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) และคัดเลือก เฉพาะกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) สามารถดำเนินการและวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรมในช่วงปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ นั้น โดย (ร่าง) แผนการปฏิรูป ประเทศ (ฉบับปรับปรุง) ได้กำหนดกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชน อย่างมีนัยสำคัญ จำนวน ๕ ประเด็น ได้แก่

๑) การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติและ โรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ

๒) การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย

๓) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริหารการรักษายาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม

๔) การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้องให้มีความเป็นเอกภาพ บูรณาการ เป็นธรรม ทัวถึง เพียงพอและยั่งยืนด้านการเงินการคลัง

๕) การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการคล่องตัว และการร่วม รับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น

เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่า มีประเด็นที่สอดคล้องกับประเด็น Big Rock ของคณะกรรมการ การสาธารณสุข วุฒิสภา หลายประเด็น โดยเฉพาะกิจกรรมปฏิรูปที่ ๕) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ระหว่างการจัดทำข้อเสนอการปฏิรูปเขตสุขภาพ (Sandbox) เขตสุขภาพนำร่อง มีแผนดำเนินการในพื้นที่ ๔ เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๔ เขตสุขภาพที่ ๙ และ เขตสุขภาพที่ ๑๒ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนดำเนินการที่เป็นรูปธรรม

นอกจากนี้ ได้มีการติดตามและเร่งรัดกฎหมายปฏิรูปประเทศที่สำคัญ จำนวน ๓ ฉบับ ได้แก่

๑) การปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘

๒) ร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

๓) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ (การจัดทำกฎหมายลำดับรอง)

ประเด็นสำคัญที่มีการติดตาม คือ ประเด็นกิจกรรมปฏิรูปที่ ๕ การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบ บริหารจัดการแบบบูรณาการคล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น ตาม (ร่าง) แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ระหว่างการจัดทำข้อเสนอการปฏิรูปเขตสุขภาพ (Sandbox) เขตสุขภาพนำร่อง นอกจากนี้ ในการติดตามการดำเนินการตามแผนแม่บทเฉพาะกิจฯ ในส่วนความรับผิดชอบ ของคณะกรรมการการสาธารณสุข นั้น ประเด็นการพัฒนาในส่วนความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง

กับด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย ๒ ประเด็น การพัฒนาย่อย ๙ แนวทางย่อย และมีโครงการสำคัญประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข จำนวน ๓๕ โครงการ จากทั้งหมดจำนวน ๒๕๐ โครงการ

สรุปประเด็นพิจารณาที่ได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดังนี้

ประเด็นพิจารณา : การดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ โดยเฉพาะประเด็นที่ ๑๑ และประเด็นที่ ๑๓ รวมทั้งแผนแม่บทภายใต้เฉพาะกิจภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติอันเป็นผลมาจากสถานการณ์โควิด ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ ตลอดจนแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง)

หน่วยงาน	ประเด็นข้อมูลจากหน่วยงาน	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะอนุกรรมการ
สำนักงานงบประมาณ	<p>การจัดทำแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ เป็นการบูรณาการร่วมกันระหว่างสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และสำนักงานขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติและการสร้างความสามัคคีปรองดอง (ป.ย.) ซึ่งจะกำหนดกรอบการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นหลักในการจัดทำคำขอรับการจัดสรรงบประมาณจากโครงการและกิจกรรมที่มีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ และการปฏิรูปประเทศ</p>	<p>๑. การจัดทำค่าของงบประมาณ</p> <p>ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในภาพรวมที่พบปัญหาและอุปสรรคด้านการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นภายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่ยังขาดความเป็นเอกภาพ เช่น ประเด็นที่ ๑๓ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี (Health Literacy) มีความเกี่ยวข้องกับหลายกระทรวง ไม่ใช่เพียงกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังมีส่งเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับเด็กและเยาวชน ซึ่งอยู่ภายใต้หน้าที่และอำนาจของกระทรวงศึกษาธิการ หรือการส่งเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับแรงงาน ซึ่งอยู่ภายใต้หน้าที่และอำนาจของกระทรวงแรงงาน จึงเสนอให้มีการทบทวนกระบวนการจัดทำค่าของงบประมาณ โดยกำหนดให้สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและสำนักงานงบประมาณทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการกำหนดกรอบวงเงินงบประมาณตามประเด็นการปฏิรูปของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติให้สอดคล้องกับความต้องการของส่วนราชการภายใต้สังกัดกระทรวง ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะต้องมีการบูรณาการการดำเนินงาน</p>

		<p>ร่วมกัน เช่น การจัดสรรงบประมาณด้าน Health Literacy ในระดับสากล จะมีเกณฑ์มาตรฐานกำหนดให้กำหนดวงเงินงบประมาณอย่างน้อยร้อยละ ๑๕ ของวงเงินงบประมาณด้านสาธารณสุขทั้งหมด</p> <p>๒. จุดเปลี่ยนของการดำเนินการ ที่จะสัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมาย คือ การจัดกระบวนการมีส่วนร่วมของส่วนราชการในการร่วมกันกำหนดเป้าหมายและการจัดทำโครงการที่มีความสอดคล้องกัน ซึ่งแผนแม่บทฯ ในแต่ละประเด็นควรกำหนดกลไกผู้รับผิดชอบภาพรวมระดับประเด็นหลักที่ชัดเจนมากกว่าการกำหนดให้แต่ละกระทรวงเป็นผู้รับผิดชอบ นอกจากนี้ประเด็นสำคัญ คือ กลไกด้านงบประมาณที่ยังคงมีกระบวนการพิจารณาจัดสรรในรูปแบบเดิม คือ การจัดสรรตามมิติ Function ซึ่งส่งผลให้การดำเนินการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการไม่มีความคืบหน้าหรือบรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร</p> <p>๓. การดำเนินการปฏิรูปประเทศ ภายใต้แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ ๑๑ ศักยภาพคนตลอดชีวิต : แผนย่อยการพัฒนาเด็กตั้งแต่ช่วงการตั้งครรภ์จนถึงปฐมวัย มีความสำคัญต่อการปฏิรูปประเทศมีหลายส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินการปฏิรูป จึงจำเป็นต้องมีลักษณะบูรณาการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดทำ การจัดสรร และการใช้จ่ายงบประมาณตามโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ก็มีความจำเป็นที่จะต้องมีการเชื่อมโยงกัน</p>
--	--	---

		<p>๔. ความคืบหน้าการดำเนินการ</p> <p>ปฏิรูปประเทศภายใต้แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ ๑๑ ยังมีอุปสรรคในการดำเนินงาน เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงาน เช่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่รับผิดชอบการปฏิรูปดังกล่าว ในด้านการฝึกฝนและพัฒนาเด็กปฐมวัย ต้องมีการนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาปรับใช้ เพื่อให้สามารถสื่อสารติดตามและฝึกฝนพัฒนาการร่วมกับเด็กและผู้ปกครอง ส่วนกรมอนามัย มีข้อเสนอแนะว่า ประเด็นปฏิรูปภายใต้แผนแม่บทดังกล่าว ควรให้ความสำคัญกับบุคลากรในตำแหน่งครูพี่เลี้ยงที่ยังพบอุปสรรคจากค่าตอบแทนส่งผลให้อัตรากำลังขาดแคลนและยังกระจายอยู่ในหลายหน่วยงานการดำเนินงานจึงยังไม่เชื่อมโยงกัน จึงเห็นด้วยกับแนวทางของคณะอนุกรรมการตสร. ด้านสาธารณสุข ที่เสนอให้มีการดำเนินงานในเชิงบูรณาการมากยิ่งขึ้น</p>
<p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p> <p>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข :</p>	<p>การจัดทำแผนการปฏิบัติราชการและการจัดทำของบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขจะดำเนินการจัดทำโดยวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของแผน ๓ ระดับ ได้แก่ แผนระดับที่หนึ่ง คือ ยุทธศาสตร์ชาติ แผนระดับที่สองคือ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) นโยบายและ</p>	

	แผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕) และแผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข และแผนระดับที่สาม คือ นโยบายของรัฐบาล	
สำนักงานขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติ และการสร้างความสามัคคีปรองดอง (ป.ย.ป.) :	<p>สำนักงาน ป.ย.ป. มีหน้าที่และอำนาจในการดำเนินการพิจารณาและกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนในภาพรวมของส่วนราชการที่จะต้องดำเนินการตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการดำเนินการแผนแม่บทเฉพาะกิจภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติอันเป็นผลมาจากสถานการณ์โควิด-๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๕ ให้มีความสอดคล้องกับราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้จะต้องพิจารณาการดำเนินการตามแผนดังกล่าวให้สอดคล้องกับแผนย่อยด้านต่าง ๆ ที่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน</p>	
สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) :	<p>ที่ผ่านมาสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้มีการเชิญส่วนราชการเข้าร่วมประชุมเพื่อนำไปสู่การออกแบบการดำเนินการเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วม โดยภาพรวมการขับเคลื่อนเพื่อบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติหน่วยงานของรัฐต้องดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีโดยนำข้อมูล สถิติ สถานการณ์ งานวิจัย มาประกอบการจัดทำโครงการ/การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ สำหรับการขับเคลื่อนประเด็นในแผนแม่บทฯ ได้มีการกำหนดหน่วยงานเจ้าภาพขับเคลื่อน “ประเด็นแผนแม่บทฯ ไร่ (จ.๑ จ.๒ และ จ.๓) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ถูกกำหนด</p>	

	<p>ให้เป็นหน่วยงานเจ้าภาพขับเคลื่อนประเด็นแผนแม่บทที่ ๑๓ นอกจากนี้ การจะขับเคลื่อนประเด็นต่าง ๆ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพงบประมาณถือว่าเป็นเรื่องสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ซึ่งที่ผ่านมา สศช. ได้หารือร่วมกับสำนักงบประมาณเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำงบประมาณเพื่อรองรับการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ</p>	
--	---	--

ประเด็นพิจารณา : การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการดำเนินการด้านคุณภาพมาตรฐาน และระบบสารสนเทศ การบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงาน	ประเด็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของ คณะอนุกรรมการ
คณะอนุกรรมการ ศสร.	<p>ขณะนี้ได้มีการจัดทำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และระบบการประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมทั้งการจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาและบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ทั้งนี้ การดำเนินงานดังกล่าวยังคงมี ปัญหาและอุปสรรคบางประการ โดยเฉพาะการดำเนินงานในกลไกระดับจังหวัดที่ควรมีการบูรณาการมากขึ้น และควรกำหนดให้มีเจ้าภาพ ตลอดจนใช้ข้อมูลเดียวกันในการดำเนินงานในพื้นที่ นอกจากนี้ ควรได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณที่เหมาะสม โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสำนักงบประมาณควรปรับปรุงกระบวนการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพื่อนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณแบบบูรณาการเพื่อทำให้การขับเคลื่อนและดำเนินการตามแผนแม่บท</p>	<p>๑. ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง กับแผนแม่บทดังกล่าวควรริเริ่มผลักดันให้มีการเบิกจ่ายงบประมาณประจำปี ๒๕๖๕ ตามโครงการ/กิจกรรม ของ แต่ละ ส่วน ราชการ ให้ มีความเชื่อมโยงกันทันที</p> <p>๒. แนวทางการดำเนินการ ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ ภายใต้แผนแม่บทดังกล่าว กำหนดให้มีการดำเนินงานร่วมกับ คณะ อนุ กรรมการ ศสร . ด้านการศึกษา เพื่อกำกับและติดตามให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ในเชิงบูรณาการทุก ๆ ๓ เดือน พร้อมทั้งจะผลักดันให้การจัดทำค่าของงบประมาณ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของ ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้การปฏิรูปประเทศ เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด</p>

<p>ข้างต้นขับเคลื่อนดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>		<p>๓. การดำเนินการขับเคลื่อน ประเด็นด้านเด็กปฐมวัย กลไกที่จะสามารถผลักดันและขับเคลื่อนให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือ กลไกระดับจังหวัด โดยกลไกระดับชาติควรมีนโยบายที่ชัดเจนและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องจะได้มีการหารือร่วมกันเพื่อนำไปสู่การติดตามและผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินการในประเด็นดังกล่าวในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป</p>
--	--	--

ประเด็นพิจารณา : พิจารณาติดตามการดำเนินการตามแผนการขับเคลื่อนกิจกรรม Big Rock ตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) กิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ ๑ การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รวมทั้งกรอบแนวคิด วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงาน	ประเด็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะอนุกรรมการ
<p>คณะอนุกรรมการ ตสร.</p>	<p>ข้อเสนอและจุดคานงัดสำคัญ ประกอบด้วย การปรับปรุงพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ การทบทวนและออกแบบโครงสร้างการทำงาน ความมั่นคง ด้านสุขภาพและการจัดการภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรงในระดับสูง การพัฒนาและปรับปรุงระบบการเงินและงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพ รวมทั้ง การพัฒนาและจัดท้าวัดชี้ นยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และแผนบูรณาการ เพื่อยกระดับศักยภาพ และโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการจัดการภาวะฉุกเฉิน ซึ่งในการดำเนินการด้านกฎหมายคณะกรรมการปฏิรูปประเทศ และหน่วยงานต้องการการได้รับการสนับสนุนจากวุฒิสภาเพื่อทำให้</p>	<p>โดยสรุปเห็นด้วยกับแนวทาง การขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูประบบสาธารณสุขภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขโรคอุบัติใหม่ โรคระบาดระดับชาติ จำนวน ๘ ประเด็น ซึ่งประกอบด้วย ๑) โครงสร้างพื้นฐาน ๒) กฎหมาย ๓) การบริหารงบประมาณ ๔) ระบบฐานข้อมูล และการสื่อสาร ๕) ความมั่นคงด้านสุขภาพ ๖) วัดชี้ นยา และเวชภัณฑ์ ๗) ศักยภาพในการดูแลรักษา และ ๘) งานวิจัยและพัฒนานวัตกรรม และเห็นควรเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูปประเทศ เพื่อพิจารณากำหนดให้เขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร เป็น Bigrock ของการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข</p>

	<p>การบริหารจัดการโรคติดต่ออันตราย ในภาวะฉุกเฉินสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>การดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นการเกลี้ยงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จากการติดตามพบว่า ไม่ได้มีการจัดสรรงบประมาณรองรับการดำเนินการตามแผนการปฏิรูปประเทศ ดังนั้นจึงพยายามจะผลักดันให้มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ นอกจากนี้ การแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ อยู่ระหว่างพิจารณาการดำเนินการของคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยเป็นการแก้ไขทั้งฉบับ และจะจัดทำเป็นพระราชกำหนดเพื่อยกระดับการดำเนินการด้านโรคติดต่ออันตรายในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยคาดว่าจะนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีประมาณปลายเดือนกันยายน ๒๕๖๔</p> <p>ทั้งนี้ องค์กรประกอบสำคัญในการดำเนินการคือ กรุงเทพมหานคร ซึ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ พบว่า การบริหารจัดการเกิดปัญหาหลายส่วน จึงควรมีการพิจารณาและให้ความสำคัญกับพื้นที่ดังกล่าว โดยควรกำหนดให้เขตสุขภาพที่ ๑๓ เป็น Bigrock ของการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเพิ่มเติม เพื่อให้มีการพิจารณาศึกษาและทดลองทำ Sandbox ไปพร้อมกับเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง ๔ เขต ซึ่งการศึกษาดังกล่าวจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของกรุงเทพมหานคร</p>	<p>เพิ่มเติม ทั้งนี้ ในฐานะองค์กรวุฒิสภา จะได้มีการประสานเชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ การติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการขับเคลื่อนและดำเนินการปฏิรูปประเด็นดังกล่าวให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรมโดยเร็ว</p>
--	--	--

ประเด็นพิจารณา : พิจารณาความคืบหน้าในการดำเนินการตามแผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ ๕ (BR๐๗๐๕) การปฏิรูปเขตสุขภาพ และข้อเสนอในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปฏิรูปเขตสุขภาพ : การบริหารแบบบูรณาการ (Collaborative Governance) สำหรับระบบสุขภาพระดับเขตและระดับจังหวัด

หน่วยงาน	ประเด็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของ คณะอนุกรรมการ
คณะอนุกรรมการ ตสร.	<p>ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ ๕ (BR๐๗๐๕) การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการ คล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น โดยการขับเคลื่อนนำร่องการดำเนินการในพื้นที่ ๔ เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๔ เขตสุขภาพที่ ๙ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ ซึ่งมีความคืบหน้าในการดำเนินการอย่างมาก โดยเฉพาะการดำเนินการในพื้นที่ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อการปฏิรูปการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยมีกลไกสำคัญ ๔ กลไก คือ ๑) คณะกรรมการกำหนดทิศทางและนโยบายด้านเขตสุขภาพ ๒) คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ ๓) คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ และ ๔) สำนักงานเขตสุขภาพ</p>	<p>จากการติดตามการดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ ๕ มีความคืบหน้าในการดำเนินการอย่างมาก โดยได้มีการตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนปฏิรูปกิจกรรมที่ ๕ เขตสุขภาพ และได้มีพิธีเปิดการปฏิรูปเขตสุขภาพนำร่อง เขตสุขภาพที่ ๙ (Kick off) โดยรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ณ โรงพยาบาลปากช่องนานา อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งทำให้เห็นการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร โดยเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินการดังกล่าว</p> <p>หากเป้าหมายที่ต้องการ คือ การให้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ควรขยายการปฏิรูปดังกล่าวไปสู่ระดับจังหวัด โดยในเขตสุขภาพที่ ๑ จังหวัดลำปางเป็นจังหวัดที่มีความพร้อมและสามารถนำไปเป็นต้นแบบของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดได้ ดังนั้น จึงมีความเห็นควรเสนอประเด็นการศึกษาวิจัยต่อสถาบันพระปกเกล้าเพื่อสนับสนุนข้อมูลผลการศึกษาทางวิชาการในประเด็นเกี่ยวกับการปฏิรูปเขตสุขภาพ : การบริหารแบบบูรณาการ (Collaborative Governance)</p>

ข้อค้นพบ:

ข้อค้นพบ: ในพื้นที่จังหวัดลำปางได้มีความพยายามดำเนินการขับเคลื่อนการปฏิรูปเขตสุขภาพ ตามที่คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คปสธ.) กำหนดให้เป็นกิจกรรมสำคัญ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดดำเนินการนำร่องในพื้นที่ ๔ เขตสุขภาพ ได้แก่ พื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑, ๔, ๙ และ ๑๒ สำหรับการดำเนินการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑ โดยเฉพาะพื้นที่จังหวัดลำปางได้มีการเสนอแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ จังหวัดลำปาง (One Province One Hospital) และพยายามขับเคลื่อนการปฏิรูปภายในจังหวัด ในส่วนของคณะอนุกรรมการ มีความคิดเห็นว่าการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในระดับจังหวัดเป็นเรื่องสำคัญ จึงได้นำไปสู่การหารือร่วมกับสถาบันพระปกเกล้า และสำนักงาน ก.พ. ในประเด็นเกี่ยวกับการออกแบบระบบการบริหารจัดการร่วมกันทั้งในเรื่องทรัพยากรบุคคล เทคโนโลยี และทรัพยากรอื่น ๆ ซึ่งจะสามารถทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพตามแนวคิดดังกล่าวเป็นไปได้ไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างสูงสุด

ทั้งนี้ เพื่อนำไปสู่การสนับสนุนเชิงวิชาการ จึงได้มีการกำหนดกรอบการศึกษาประเมินการปฏิรูปเขตสุขภาพในพื้นที่ Sandbox อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะประเด็นการอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance) ในเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกหลักในการวางกรอบทิศทาง ยุทธศาสตร์ และนโยบาย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และจัดเป็นจุดคานงัดของการปฏิรูปองค์ประกอบย่อยอื่น ๆ ของระบบสุขภาพ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งเป็นกลไกควบคุม กำกับ สนับสนุนการดำเนินการ ปัจจัยสำคัญที่เป็นองค์ประกอบของระบบสุขภาพ อันได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ กำลังคน ระบบการจัดการด้านยา เทคโนโลยีและเวชภัณฑ์ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอ หรือการพัฒนากฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าว เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุดในระบบสาธารณสุขไทย

สำหรับระบบสุขภาพระดับเขตและระดับจังหวัด คู่ขนานไปกับการศึกษาติดตามและประเมินผลของสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลังเพื่อนำไปสู่การถอดบทเรียนการปฏิรูปประเด็นดังกล่าวในอนาคต นอกจากนี้ เห็นควรขยายประเด็นการปฏิรูปและสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของกรุงเทพมหานคร เพื่อให้การบริการสาธารณสุขมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเกิดความเชื่อมโยงของระบบบริการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั้งในสภาวะปกติและในสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ซึ่งการดำเนินการกรณีกรุงเทพมหานครนั้นมีความเชื่อมโยงกับประเด็นกิจกรรมปฏิรูปที่ ๑ (BR๐๗๐๑) การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่ รวมทั้งกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ ๕ (BR๐๗๐๕) ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและควรดำเนินการผลักดันให้มีการขับเคลื่อนเป็นพื้นที่นำร่องเพิ่มเติมในการปฏิรูปครั้งนี้เป็นอย่างดี

เพื่อให้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพมีความครอบคลุมจึงเสนอให้มีการเพิ่มเติมการนำร่องปฏิรูปเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร คู่ขนานกับการนำร่องปฏิรูป ๔ เขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากกรุงเทพมหานคร มีรูปแบบการจัดบริการที่มีความหลากหลายซึ่งจะทำให้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิรูปเขตสุขภาพที่ครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้นในทุกมิติ นอกจากนี้ ภายหลังจากเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ ควรพิจารณาถึง การขยายผลการปฏิรูปเขตสุขภาพที่มีความครอบคลุมไปยังระบบภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของทั้งประเทศอย่างแท้จริง

ประเด็นพิจารณา : ติดตามความคืบหน้าและแผนการดำเนินงานในการขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ ๑ การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ

หน่วยงาน	ประเด็นข้อมูลจากหน่วยงาน	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของ คณะอนุกรรมการ
คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คป.สธ.)	<p>คป.สธ. ได้ดำเนินการเกี่ยวกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยสรุปกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นระบบการให้บริการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินเพื่อรับมือต่อโรคอุบัติใหม่และโรคระบาดระดับชาติ ๗ ด้าน โดยสรุปดังนี้</p> <p>๑) ด้านโครงสร้างพื้นฐานมีการจัดวางกลไกการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินโดยยกระดับการจัดการการสาธารณสุขฉุกเฉินระดับสูง ๒) ด้านกฎหมายมีการผลักดันการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสม เช่น พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ๓) ด้านการบริหารงบประมาณให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากข้อเสนอการปรับปรุงระเบียบและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๔) ด้านฐานข้อมูลและการสื่อสารได้ดำเนินการบูรณาการข้อมูลสารสนเทศภาครัฐร่วมกับกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ๕) ด้านความมั่นคงสุขภาพ มีการผลักดันการจัดวางระบบสาธารณสุขมูลฐาน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ๖) ด้านการเข้าถึงวัคซีน ยา และเวชภัณฑ์ มีการนำเข้า/สำรอง ยา และเวชภัณฑ์ในสภาวะฉุกเฉิน ๗) ด้านการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาเพื่อลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากการพัฒนาศักยภาพด้านการรักษาของสถานพยาบาลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ ๘) ด้านงานวิจัยและนวัตกรรม ผ่านการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวง</p>	<p>การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในภาพรวมควรให้เกิดผลและประโยชน์ต่อประชาชน โดยเฉพาะการลดความเหลื่อมล้ำจากสิทธิประโยชน์ของ ๓ กองทุนสุขภาพ และการอำนวยความสะดวกจากการเข้ารับบริการผ่านการเชื่อมโยงข้อมูลด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ</p>

	อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม	
กรมควบคุมโรค :	การดำเนินงานของกรมควบคุมโรคเกี่ยวกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขอยู่ระหว่างการดำเนินการพิจารณาผลักดันแผนพัฒนาสุขภาพในเขตเมือง (Urban Health) เพื่อเพิ่มศักยภาพสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ให้มีทีมด้านการป้องกันและการควบคุมโรค โดยการเพิ่มสัดส่วนหลักสูตรและจำนวนการอบรมแพทย์ให้มียุทธศาสตร์ความรู้ด้านดังกล่าว ทั้งนี้ เห็นว่า การปฏิรูปจะสามารถทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานคร	
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข :	ในสถานการณ์ฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม เครือข่ายโรงพยาบาล กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSTNET) กรุงเทพมหานคร และภาคเอกชน ได้มีการบูรณาการการให้บริการของสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิร่วมกันผ่านความร่วมมือระหว่างหน่วยงานไม่ใช้กฎหมาย โดยกลไกของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จะมีความแตกต่างกับกลไกของคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดที่ใช้กลไกในพื้นที่ร่วมดำเนินการ จึงทำให้มีอุปสรรคในด้านความร่วมมือการให้บริการ	
กรมการแพทย์ :	ในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขอย่างเพียงพอ แต่ยังมีช่องว่างการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดของตนเอง เนื่องจาก การให้บริการด้านสาธารณสุขยังมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน แต่เมื่อมีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน	

	ระหว่างหน่วยงานจึงทำให้สามารถบริหาร สถานการณ์จนผ่านพ้นวิกฤตไปได้ ในอนาคตจึงควรมีการวางแผนเพื่อแก้ไข ปัญหาดังกล่าวต่อไป ทั้งนี้ เห็นว่า การปฏิรูประบบการเบิกจ่ายให้มี ประสิทธิภาพจะเป็นปัจจัยสำคัญ ในการช่วยแก้ไขปัญหาให้ระบบบริการ มีประสิทธิภาพมากขึ้น	
--	--	--

บทสรุป : การรายงานผลการติดตามฯ ระดับ แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ช่วงเวลาการรายงานของรัฐบาล ประจำปี ๒๕๖๔

บริบทของแผนการปฏิรูปประเทศ/ยุทธศาสตร์ชาติ

แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข มีเป้าหมายอันพึงประสงค์ คือ ประชาชนมีความรอบรู้
ด้านสุขภาพสามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถ
ป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมเข้มแข็งจิตสำนึกการมีสุขภาพดีสูงขึ้น รวมถึงมีจำนวนชุมชนสุขภาพดีขึ้น มีระบบ
สาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่ประชากรทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น พร้อมทั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
มีความเหลื่อมล้ำลดลง และประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิด

แผนการปฏิรูปประเทศฉบับเดิม ได้กำหนดให้มีเรื่องและประเด็นปฏิรูป รวม ๑๐ เรื่อง ซึ่งได้นำมา
ดำเนินการต่อเนื่องในแผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) ผ่านกิจกรรม Big Rock โดยเป็นประเด็นปฏิรูป
ที่เป็นกิจกรรมที่มีส่วนร่วมสนับสนุนการขับเคลื่อนกิจกรรม Big Rock ให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ได้ตามเป้าประสงค์
ที่กำหนดไว้ โดยประเด็นหรือกิจกรรมสำคัญที่ควรเร่งรัดผลักดันให้การขับเคลื่อนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
และเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

๑) การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่
เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ : กลไกการบริหารสถานการณ์ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
(Big Rock ที่ ๑)

๒) การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการคล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบ
ด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น (Big Rock ที่ ๕)

๓) การขับเคลื่อนด้านระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารด้านสุขภาพ ซึ่งถูกกำหนด
เพิ่มเติมเป็นประเด็นสำคัญที่จะดำเนินการขับเคลื่อนให้เป็น Big Rock ที่ ๖

ทั้งนี้ การดำเนินการขับเคลื่อนการปฏิรูปในประเด็นข้างต้น จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนระบบ
สาธารณสุขของประเทศให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น
คณะกรรมการจึงเห็นควรที่จะพิจารณาติดตาม เร่งรัด และมีข้อเสนอต่อประเด็นการขับเคลื่อน
และดำเนินการในประเด็นดังกล่าว เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข คณะกรรมการ
ยุทธศาสตร์ชาติ และรัฐบาลต่อไป

แนวโน้มสถานการณ์ของประเทศ ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานและองค์ประกอบสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมาย ในมิติต่างๆ

การที่ทั่วโลกต้องเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด ๑๙ ตั้งแต่ปลายปี ๒๕๖๒ เป็นต้นมา ซึ่งนับเป็นโรคอุบัติใหม่ที่องค์การอนามัยโลกประกาศเป็น “ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ” (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) หรือโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) ที่มีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง และทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของนานาประเทศ รวมทั้งประเทศไทยอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้น ระบบสาธารณสุข และการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้านโรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น ซึ่งระบบสาธารณสุขจำเป็นต้องปรับตัวให้พร้อมรองรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อยู่เสมอ

จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อการขับเคลื่อนและดำเนินงานตามแผนงาน และโครงการของแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นก่อน แต่ทั้งนี้ก็เป็นโอกาสสำคัญที่นำไปสู่การนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาถอดบทเรียน เพื่อเรียนรู้และพัฒนาาระบบสาธารณสุขของประเทศ รวมทั้งการปรับแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ เกิดผลสัมฤทธิ์ที่เป็นรูปธรรมเพื่อประโยชน์ของประชาชน

ประเด็นท้าทาย

กระบวนการและวิธีการพิจารณาจัดสรรงบประมาณของประเทศไทยที่ยังคงเป็นไปในรูปแบบ การพิจารณาแยกรายหน่วยงาน อีกทั้ง ไม่มีการจัดสรรงบประมาณเป็นการเฉพาะสำหรับโครงการ ตามแผนการปฏิรูปประเทศ ดังนั้น จึงเป็นผลให้การดำเนินการบางประเด็นเกิดความล่าช้า และไม่สามารถ ขับเคลื่อนไปได้เท่าที่ควร ซึ่งรัฐบาลควรพิจารณาทบทวนกระบวนการและวิธีการพิจารณาจัดสรรงบประมาณ ให้เป็นการเฉพาะ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนแผนงาน โครงการต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ อย่างเป็นรูปธรรม ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข และระบบการบริการจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศโดยตรง ที่ประเทศไทยต้องพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างก้าวกระโดด รวมถึงต้องรับมือกับความปกติใหม่ (The New Normal) ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (Post-Covid Era) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพิจารณาเครื่องมือที่จะนำไปสนับสนุนให้การดำเนินการตามแผนการปฏิรูป ประเทศดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการติดตามความคืบหน้าในภาพรวม และข้อเสนอแนะ

๑) การดำเนินงานขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขยังคงเป็น ลักษณะแยกส่วน เนื่องจากโครงสร้างของงบประมาณตามพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ตามมาตรา ๑๔ (๒) ประกอบมาตรา ๓๖ กำหนดการดำเนินการด้านงบประมาณรายจ่ายของหน่วยรับ งบประมาณไว้ โดยส่งผลให้หน่วยรับงบประมาณไม่สามารถโอนหรือนำงบประมาณไปใช้ ในแผนงาน หรือรายการได้ ดังนั้น การดำเนินการจึงเป็นการนำงานฟังก์ชันไปเชื่อมโยงในแผนที่เห็นว่ามี ความสอดคล้อง เชื่อมโยงกันเพื่อให้ได้รับงบประมาณ

๒) กลไกการขับเคลื่อนสำคัญ คือ คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ในการเป็นองค์กร ที่ทำหน้าที่ในการประสานความร่วมมือกับฝ่ายต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อเข้ามาร่วมผลักดันให้การดำเนินการตามแผนงาน/โครงการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์

ของประชาชน นอกจากนี้ ยังมีส่วนสำคัญในการประสานบูรณาการด้านงบประมาณจากหน่วยงาน หรือองค์กร สำหรับเข้าสนับสนุนการดำเนินการที่สำคัญตามโครงการ

สรุปผลการประเมินความสำเร็จต่อการบรรลุเป้าหมายในภาพรวม และข้อเสนอแนะ

การดำเนินการขับเคลื่อนแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีความคืบหน้า และมีโอกาสในการบรรลุเป้าหมายอย่างมาก โดยมีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมสำคัญเกิดขึ้นหลายประการ ดังนี้

๑) บันทึกรายการข้อตกลงความร่วมมือโครงการพัฒนาเพิ่มคุณภาพการบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล ๑๒ หน่วยงาน

๒) การเตรียมนำ (ร่าง) มติเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับแผนปฏิรูประบบฐานข้อมูลและการสื่อสาร โดยจะเป็นการดำเนินการร่วมกันของศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน) หรือ TCELS กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อให้ Big Data เกิดขึ้นจริง

๓) ความร่วมมือกับคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านวัฒนธรรม กีฬา แรงงาน และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการจัดตั้งหน่วยบริการพิเศษ คือ Service Delivery Unit: SDU เพื่อให้นวัตกรรมของประเทศไทยสามารถขึ้นทะเบียนได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์

๔) การจัดตั้งบริษัท CLINIXIR เพื่อสนับสนุนการทำ Clinical Trial โดยเป็นความร่วมมือของมหาวิทยาลัยและภาคเอกชนเพื่อรองรับสนับสนุนการศึกษาวิจัยนวัตกรรมทางการแพทย์ของประเทศไทย เช่น วัคซีน หรือยาชนิดใหม่

๕) การปฏิรูปเขตสุขภาพนำร่อง (Sandbox) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๔ เขตสุขภาพที่ ๙ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ ของกระทรวงสาธารณสุข

๖) กฎ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนาและทดสอบนวัตกรรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อเสนอแนะเร่งรัด สำหรับแผนการปฏิรูปประเทศและยุทธศาสตร์ในวาระ ๕ ปี ถัดไป

ควรดำเนินการเร่งรัดให้การดำเนินการตามแผนงาน/โครงการตามประเด็นและกิจกรรมสำคัญของแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขขับเคลื่อนได้จริงอย่างเป็นรูปธรรมในประเด็น ดังนี้

- การปฏิรูปที่ ๔ : ระบบบริการปฐมภูมิ (ตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับเดิม))
- การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ : กลไกการบริหารสถานการณ์ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (Big Rock ที่ ๑)

- การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการคล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น (Big Rock ๕)

- การบรรจุประเด็นเพิ่มเติมในแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) ในประเด็น Big Rock ที่ ๕ การกระจายอำนาจให้เขตสุขภาพให้มีการกำหนดครอบคลุมระดับจังหวัด

- กลไกการขับเคลื่อนด้านระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารด้านสุขภาพ ซึ่งอยู่ระหว่างการกำหนดเพิ่มเติมเป็นประเด็นสำคัญที่จะดำเนินการขับเคลื่อนให้เป็น Big Rock ที่ ๖ โดยเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขได้เข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อน และผลักดัน ซึ่งจะเป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเกิดผลสัมฤทธิ์ที่เป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะกระบวนการขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมาย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑) การได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลเป็นการเฉพาะ โดยควรปรับปรุงวิธีการและกระบวนการด้านงบประมาณใหม่ ไม่ควรใช้วิธีการที่เป็นกลไกงบประมาณตามปกติ ทั้งนี้ เพื่อรองรับสนับสนุนการขับเคลื่อนการจัดทำแผนงาน/โครงการที่เป็นไปตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

๒) ควรกำหนดให้การขับเคลื่อนและดำเนินการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเป็นภารกิจหลักของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศ มากกว่าการมีหน้าที่ในการจัดทำและเสนอแผน เนื่องจากเป็นองค์กรที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ข้อจำกัดของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง จึงสามารถประสานและบูรณาการให้หน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการจัดทำและขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓) การดำเนินการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการเพื่อการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขไม่สามารถดำเนินการเฉพาะภายในกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียวได้ ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายจำเป็นต้องมีความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ และการดำเนินการที่มีความยืดหยุ่น

๔) ในเชิงกระบวนการ แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันกำหนดเป้าหมายและจัดทำแผนบูรณาการให้เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

๑.๒ พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินการการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การวางแผนการผลิตกำลังคน และแนวทางการขับเคลื่อนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ภายใน ๑๐ - ๒๐ ปีข้างหน้า ตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

รัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ข. (๕) กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ๓. ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน (๑) พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ถ่ายทอดลงมายังแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ๔. ระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งกำหนดให้ต้องมีกฎหมายระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อกำหนดกลไกการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมทั้งกำหนดให้มีหลักเกณฑ์การดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งมีกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ และภายในสิบปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัติฉบับนี้มีผลบังคับใช้ ดังนั้น เพื่อเป็นการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ คณะกรรมการการสาธารณสุขจึงยังคงให้ความสำคัญและติดตามการดำเนินการการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การวางแผนการผลิตกำลังคน และแนวทางการขับเคลื่อนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ภายใน ๑๐ - ๒๐ ปีข้างหน้า ตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็นปฏิรูปที่ ๔ : ระบบบริการปฐมภูมิ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ตลอดจนสถานการณ์การขาดแคลนอัตรากำลังในสถานบริการสาธารณสุข อัตราส่วนและความสอดคล้องของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อประชากรในปัจจุบัน

ผลการพิจารณา

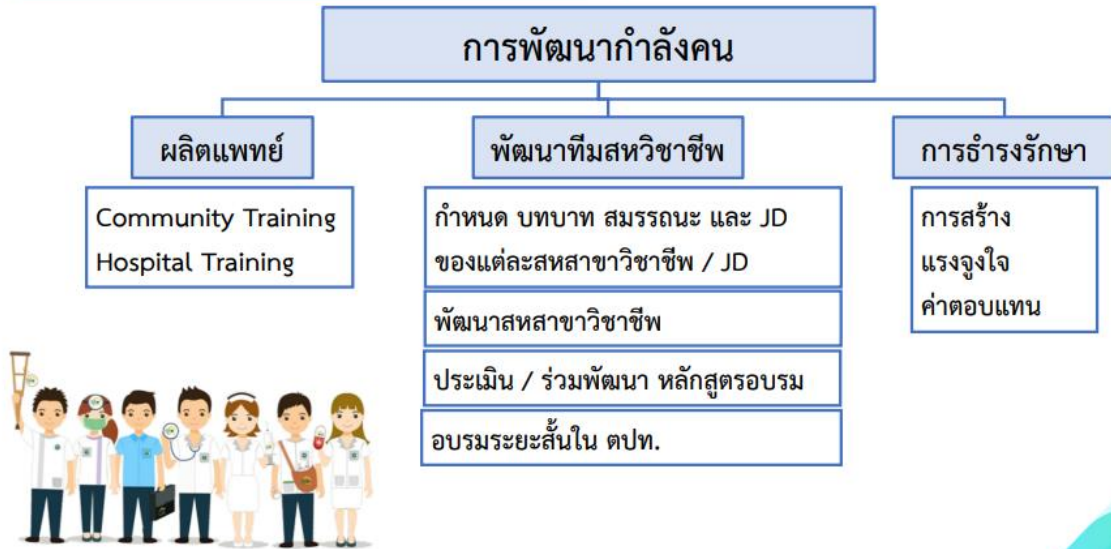
สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (สปค.)

การผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

สปค. ได้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยมีเป้าหมาย คือ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑๐ ปี โดยครอบคลุมทั่วประเทศมากกว่า ๖,๕๐๐ หน่วย โดยเป้าหมายเฉพาะปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวน ๒,๕๐๐ หน่วย ซึ่งสามารถดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ได้ทั้งสิ้น ๒,๖๙๐ หน่วย จำแนกเป็นหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิใน ๑๒ เขตสุขภาพ จำนวน ๒,๕๑๒ หน่วย และกรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๗๘ หน่วย ครอบคลุมประชากรทั้งสิ้น ๒๘.๓ ล้านคน

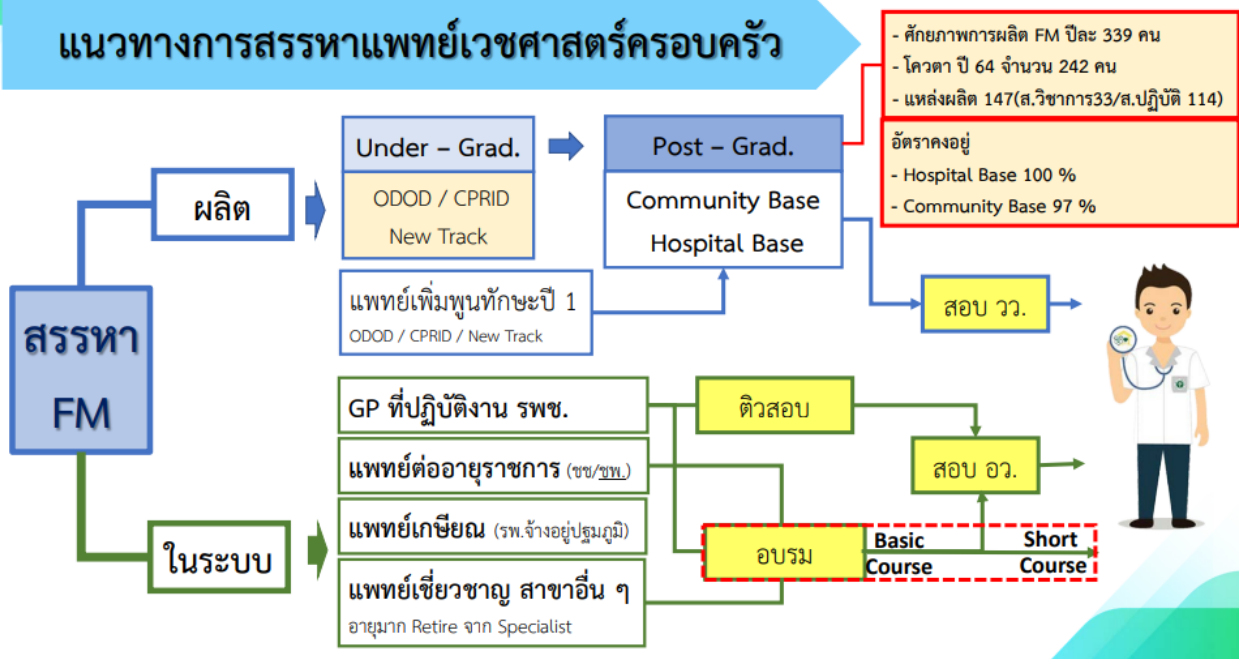
แผนการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีรายละเอียดดังแผนภาพด้านล่าง

แผนการขับเคลื่อน

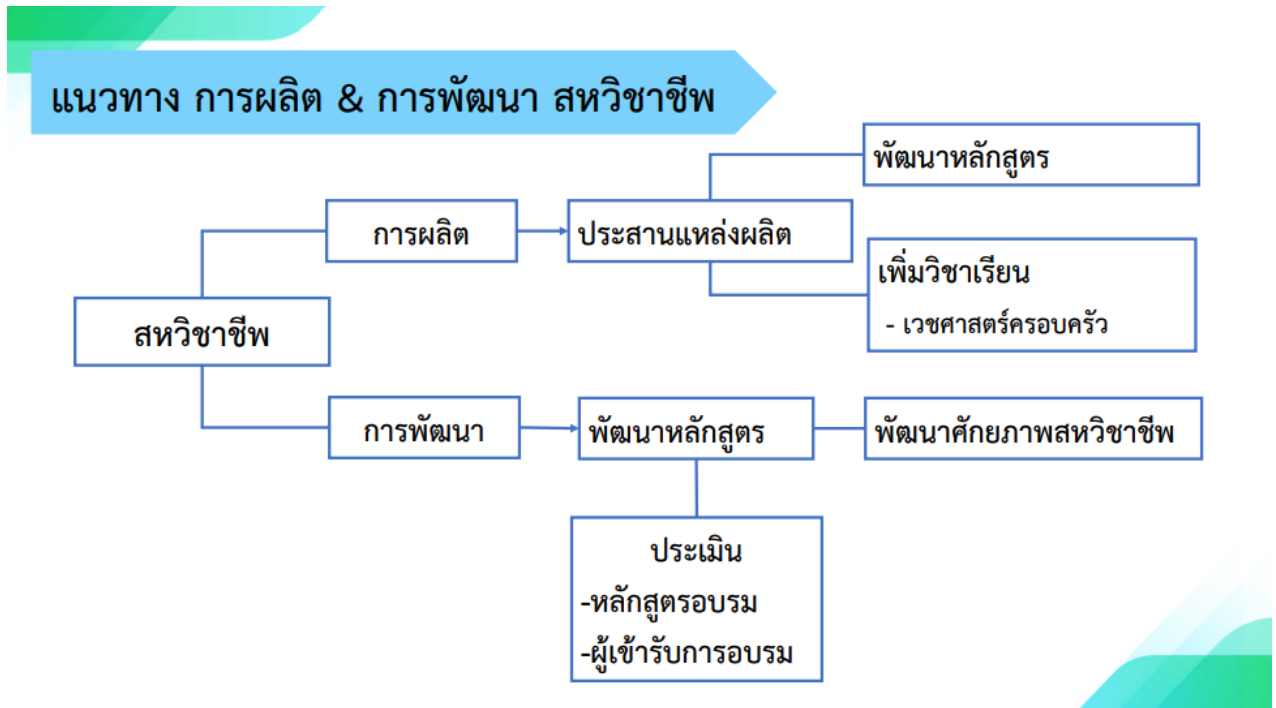


แนวทางการสรรหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีรายละเอียดดังแผนภาพด้านล่าง

แนวทางการสรรหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว



แนวทางการผลิตและการพัฒนาสหวิชาชีพ มีรายละเอียดดังแผนภาพด้านล่าง



การขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิตาม (ร่าง) แผนปฏิบัติการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๗๕) มีดังนี้

๑. เพิ่มศักยภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิทุกรูปแบบที่ขับเคลื่อนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (๖ แนวทางการพัฒนา)
 ๒. พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (๓ แนวทางการพัฒนา)
 ๓. พัฒนาระบบสารสนเทศ การวิจัยและนวัตกรรมระบบสุขภาพปฐมภูมิ (๔ แนวทางการพัฒนา)
 ๔. พัฒนากลไกและกระบวนการสร้างหลักธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิ (๓ แนวทางการพัฒนา)
 ๕. เสริมสร้างองค์ความรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน (๓ แนวทางการพัฒนา)
- ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้ให้ข้อมูล โดยสรุปได้ดังนี้
- หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มี ๔ รูปแบบ ได้แก่
๑. แพทย์ประจำบ้าน แบบใช้โรงพยาบาลเป็นฐานในการฝึกสอน
 ๒. แพทย์ประจำบ้าน แบบใช้ชุมชนเป็นฐานในการฝึกอบรม
 ๓. สอบเพื่อขอหนังสืออนุมัติ
 ๔. ประกาศนียบัตรการฝึกอบรมระยะสั้น
- ทั้งนี้ ในปี ๒๕๖๔ มีผู้สำเร็จการอบรมทั้ง ๓ แผน รวม ๒๙๘ คน จำแนกเป็น แผน ก แพทย์ประจำบ้าน จำนวน ๘๘ คน ๒) แผน ข แพทย์ปฏิบัติงาน จำนวน ๑๗๖ คน และ ๓) แผน ค สอบเพื่อขอหนังสืออนุมัติ จำนวน ๓๔ คน

สำหรับจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ รวมทั้งสิ้น ๒,๕๐๔ คน จำแนกได้ ๓ ประเภท ดังนี้

๑. แพทย์วุฒิบัตร ขึ้นทะเบียนจำนวน ๘๕๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๐๒
๒. แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ ขึ้นทะเบียนจำนวน ๓๙๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๖๕
๓. แพทย์อื่นที่ปฏิบัติหน้าที่แทน ขึ้นทะเบียนจำนวน ๑,๒๖๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๓๓

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปี ๒๕๖๔ ที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข ๑๒ เขตสุขภาพ มีรายละเอียดดังแผนภาพด้านล่าง

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปี 2564 ที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข 12 เขต

เขต	วว	อว	Short course PCC	Basic Course
1	140	46	47	81
2	60	14	49	29
3	36	20	74	36
4	76	43	27	35
5	46	34	79	51
6	64	45	57	43
7	86	47	47	67
8	40	19	44	38
9	89	40	65	96
10	68	25	46	36
11	42	24	66	38
12	105	35	68	41
รวม	852	392	669	591

ปัญหาและอุปสรรค มีดังนี้

๑. แรงจูงใจในการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
๒. แรงจูงใจในการเข้าฝึกอบรมเป็นเวลานานหลายปี

ข้อเสนอแนะ

๑. การวางตำแหน่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ทัดเทียมผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ของแพทยสภา
๒. การวางมาตรฐานการเข้าสู่ตำแหน่งที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
๓. การปรับหลักสูตรให้เป็น life-long learning ตามมาตรฐานของแพทยสภา

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาการฝึกอบรม โดยเฉพาะแบบการใช้ชุมชนเป็นฐาน

๑. กำหนดบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลที่เป็นสถาบันฝึกอบรมให้มีหน้าที่ในการเรียนการสอน มีหน่วยงานเฉพาะที่รับผิดชอบและมีโครงสร้างที่สนับสนุนเช่นเดียวกับศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาหรือใช้โครงสร้างเดิมเดียวกับศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาในการสนับสนุนการฝึกอบรม
๒. การนับภาระงานการเรียนการสอนเป็นภาระงานหนึ่ง ซึ่งต้องให้ความสำคัญในการจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอเป็นลำดับแรก
๓. การมีงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอและมีระบบการใช้จ่ายเงินที่สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอน

สำนักงานปลัดกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

การดำเนินการของสำนักงานปลัดกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม จะครอบคลุมตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ทั้งนี้ มีความเห็นว่า การผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรจะต้องสร้างแรงจูงใจจากการกำหนดค่าตอบแทนที่เหมาะสมและความก้าวหน้าในอาชีพ (Career Path)

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเห็นด้วยกับประเด็นการใช้ รพ.สต. เป็นฐานการพัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิระหว่างการทำที่มีการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ต้องใช้เวลาค่อนข้างนาน ส่วนการปรับเปลี่ยนให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไปสังกัด รพ.สต. อาจจะเป็นประเด็นท้าทาย เพราะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่นั้น ๆ ซึ่งความเข้าใจในพื้นที่จะเป็นพื้นฐานของการทำงานเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น หากมีการเพิ่มเติมหลักสูตรอบรมให้พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระบบสุขภาพปฐมภูมิให้สามารถทำงานร่วมกับแพทย์ได้ ก็จะเป็นการวางรากฐานสำคัญในการรองรับบริการได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในระหว่างที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังผลิตได้ไม่เพียงพอกับความต้องการ แต่ทั้งนี้ขึ้นกับการกำหนดแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ การวางหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิตให้ส่งผลเชิงบวกกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ยังคงเป็นโจทย์สำคัญของที่ประชุมกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ความแตกต่างแพทย์เวชปฏิบัติ (GP) กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กล่าวคือ หลักสูตรแพทย์เวชปฏิบัติ (GP) จะมุ่งเน้นการปฏิบัติหน้าที่เชิงรับ คือ การปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลเป็นสำคัญ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยทั่วไปที่มีอาการไม่รุนแรงมาก ส่วนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะมุ่งเน้นการปฏิบัติหน้าที่เชิงรุก ซึ่งแบ่งออกเป็น ๒ ระดับ คือ ๑) การลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านที่มีอาการของโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และ ๒) การส่งเสริมการป้องกันโรคในระดับชุมชน ทั้งนี้ กรณีการระบาดของโรคโควิด ๑๙ เป็นตัวอย่างสะท้อนประสิทธิภาพของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำงานเชิงรุกได้เป็นอย่างดี สามารถลดการระบาดภายในบ้าน และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลได้ นอกจากนี้ ยังต้องมีการพัฒนาการเชื่อมโยงการทำงานเชิงรุกใน ๓ ระดับ คือ ครอบครัว ชุมชน และโรงพยาบาล สำหรับการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้สามารถทำงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ได้ทันที คือ สิ่งที่พึงปรารถนาของคณะแพทยศาสตร์ทุกแห่งที่มุ่งเน้นการผลิตแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แต่จะมีคณะแพทยศาสตร์บางแห่งที่ทำงานใกล้ชิดกับพื้นที่จะทำให้สามารถผลิตบุคลากรที่เชื่อมโยงกับพื้นที่ได้มากขึ้นจนสามารถผลิตบุคลากรให้ตอบสนองกับระบบสุขภาพปฐมภูมิได้

สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (สปค.)

ประเด็นความก้าวหน้าของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่มีความแตกต่างจากแพทย์สาขาอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข โดยสามารถเลื่อนระดับเป็นเชี่ยวชาญได้ทุกคน ซึ่งในอนาคตควรมีการปรับให้สามารถเลื่อนตำแหน่งถึงระดับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อจูงใจแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นอกจากนี้ ประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่ได้ข้อยุติ คือ การปรับเพิ่มค่าตอบแทนพิเศษให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งจะต้องได้รับการจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ ส่วนโครงสร้างการดำเนินงานในปี ๒๕๖๕ มีการตั้งเป้าหมายว่า จะต้องมีการ รพ.สต. จำนวน ๓,๕๐๐ แห่ง โดยในปีเดียวกัน

ก็ได้ขยายอายุราชการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เกษียณอายุราชการให้ปฏิบัติหน้าที่ จำนวน ๗๐ คน ซึ่งอยู่ระหว่างการประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มค่า เนื่องจากได้รับค่าตอบแทนเดือนละ ๑๕๐,๐๐๐ บาท

การให้บริการของ รพ.สต. ที่มีพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขทางกระทรวงสาธารณสุข ยังคงให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ด้วยการสนับสนุนเครื่องมือการให้บริการโทรเวช (Telemedicine) ภายใต้กรอบคิดคนไทยมีหมอใกล้ตัว ๓ คน ได้แก่ ๑) อสม. หมอใกล้ตัว ๒) หมออนามัยใกล้บ้าน ณ รพ.สต. และ ๓) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ส่งผลให้ทุกพื้นที่จะมีหมอคนที่ ๒ คือ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขคอยทำหน้าที่ดูแลพร้อมกับแนวคิดการให้บริการทุกกลุ่มวัยแบบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควบคู่กันไป ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขของ รพ.สต. คือ ส่วนหนึ่งของทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ข้อจำกัดของพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ไม่ได้ปฏิบัติงานร่วมกัน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง พยาบาลวิชาชีพและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะร่วมกันปฏิบัติงานกันเป็นทีม โดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพจะทำการดูแลเบื้องต้น หากเกิดกรณีรุนแรงจะต้องมีการขอคำปรึกษาจากแพทย์ก่อนดำเนินการ ซึ่งการทำงานในลักษณะดังกล่าวไม่เป็นข้อจำกัดในการให้บริการ โดยสัดส่วน คือ พยาบาล ๑ คน ต่อประชากร ๑,๒๕๐ - ๒,๕๐๐ คน แต่อุปสรรค คือ อัตรากำลังของ รพ.สต. ยังไม่เพียงพอ เพราะ รพ.สต. บางแห่งมีพยาบาลเพียง ๑ คน

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. การดำเนินการตามแผนผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวภายใน ๑๐ ปี เพื่อตอบสนองต่อประชาชนในพื้นที่ต่างจังหวัดเป็นไปได้ยาก จึงควรสนับสนุนการอบรมแก่บุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายใต้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Base) เพราะพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดให้มีการดำเนินการในลักษณะเครือข่ายในท้องถิ่น ควบคู่ไปกับพัฒนาการใช้เทคโนโลยีการให้บริการโทรเวช (Telemedicine) สำหรับผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หากพบผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจึงส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

๒. ควรสร้างแรงจูงใจ โดยเฉพาะด้านการกำหนดค่าตอบแทนพิเศษ การกำหนดภาระหน้าที่ที่ตรงกับสาขาของระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ (Career Path) ที่ชัดเจน เพื่อแก้ไขปัญหาสถานะสมองโหลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเกิดจากกรณีที่บุคลากรไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตรงตามสาขาของระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างแท้จริง แต่ต้องไปปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการมุ่งเน้นปฏิบัติด้านแพทย์เฉพาะทางแทน

๓. ควรพิจารณาทบทวนโครงสร้างของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้มีเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพให้มีความมั่นคงมากกว่าที่ผ่านมาที่มีช่องทางความก้าวหน้าในอาชีพผ่านโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เท่านั้น โดยอาจผลักดันให้มีการจัดตั้งหน่วยงานสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระดับกรม เนื่องจากมีความสำคัญในฐานะหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๔. ควรยกระดับพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขของ รพ.สต. ที่มีความสามารถให้บริการประชาชนในพื้นที่ได้จำนวน ๓,๐๐๐ - ๔,๐๐๐ คน ให้เป็นแพทย์ระดับหนึ่ง เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรดังกล่าวอยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่อไป ซึ่งไม่ได้หมายความว่าถึงการยกระดับ รพ.สต. เป็นโรงพยาบาลชุมชนแต่อย่างใด

๕. ระบบการดำเนินงานของ รพ.สต. ภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีลักษณะค่อนข้างโดดเดี่ยว (Stand Alone) ซึ่งมีปัญหา ๓ ประการ คือ ๑) การผลิตบุคลากรสนับสนุน รพ.สต. ต้องตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด ส่งผลให้การดำเนินการตามแผนการผลิตบุคลากรภายใน ๑๐ ปี จึงมุ่งเน้น

สนับสนุนให้ตอบโจทย์ดังกล่าวเท่านั้น ๒) การกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ ยังไม่เท่าเทียมกับแพทย์เฉพาะทางอื่น ๆ ๓) ความยั่งยืนของระบบการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังไม่เพียงพอต่อบุคลากร โดยปัญหาทั้ง ๓ มีความเกี่ยวพันกันอยู่

๖. การใช้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเชิงรุกใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐานสอดคล้องกับหลักการขององค์การอนามัยโลก ที่จะต้องมุ่งเน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา ซึ่งความยั่งยืนของระบบสาธารณสุขอยู่ที่การป้องกันไม่ใช่การรักษา จึงควรมุ่งเน้นการดำรงรักษาและสร้างแรงจูงใจ

๗. ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขต้องหารือร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) สำนักงานประมาณ และกรมบัญชีกลาง ให้มีความชัดเจนด้านงบประมาณการรักษาพยาบาล และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เช่น การกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้สามารถเลื่อนระดับถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน รองอธิบดี และอธิบดี โดยกำหนดหลักเกณฑ์การเลื่อนตำแหน่งให้ต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ด้านการรักษาป้องกัน เพื่อให้ความก้าวหน้าชัดเจนกับผู้ที่ยื่นเฉพาะทาง และเพื่อให้ผู้บริหารกระทรวงมีความรู้ด้านการรักษาป้องกันสำหรับการบริหารโรงพยาบาลในพื้นที่ห่างไกล

๘. ควรสนับสนุนเยาวชนที่มีผลการเรียนดีในพื้นที่ที่แพทย์มักจะไม่ไปลงพื้นที่ให้ได้รับทุนการศึกษา เพื่อผลิตออกมาเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในพื้นที่นั้น ๆ ต่อไป

๙. สำนักงานปลัดกระทรวง อว. ควรมีการปฏิบัติงานเชิงรุกให้สามารถตอบสนองต่อโจทย์ด้านการสาธารณสุขในการใช้ทรัพยากรผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ โดยดำเนินการวางแผนร่วมกับสำนักงานประมาณและกรมบัญชีกลาง เพื่อให้เกิดการลงทุนที่คุ้มค่า ลดช่องว่างและความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา

๑๐. ควรดำเนินการตามรายงานผลการศึกษาของคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ที่เสนอให้มีการจัดตั้งกรมส่งเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้โครงสร้างของระบบการแพทย์ปฐมภูมิมีศักยภาพมากขึ้นกว่าที่กำหนดให้หน่วยงานดังกล่าว อยู่ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่คล่องตัวด้านการงบประมาณ ซึ่งการจัดตั้งกรมสามารถดำเนินการได้ เช่นเดียวกับการจัดตั้งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่ง รพ.สต. มีความสำคัญกับประชาชนในพื้นที่ค่อนข้างสูง จึงควรมีในฐานะกรมเช่นเดียวกัน ซึ่งการมีกรมส่งเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจะเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างแรงจูงใจความก้าวหน้าในอาชีพได้

๑๑. การพิจารณาประเด็นการปฏิรูปด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์ คือ การปรับเปลี่ยนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นหน่วยงานด้านนโยบาย ส่วนสถานบริการต่าง ๆ รวมถึง รพ.สต. ก็จะต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินการ ไม่ใช่เพียงข้อเสนอให้มีการยกระดับขึ้นในฐานะกรมเพื่อการแก้ปัญหา

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

๑. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ อย่างแท้จริงหรือไม่ เพราะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวบางรายต้องรับภาระแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดสภาวะสมองไหล ดังนั้น การผลักดันแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ควรดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้อง หากพบปัญหาและอุปสรรค ควรดำเนินการนำเสนอไปยังฝ่ายบริหารโดยตรง

๒. การส่งเสริมให้ระบบการแพทย์ปฐมภูมิมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากจะต้องพิจารณาตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ แล้วยังต้องคำนึงถึงการดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

ที่มีสาระสำคัญ คือ การกระจายอำนาจให้สถานีนามัย หรือ รพ.สต. ต้องไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะทำให้เห็นว่า การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไม่ได้เกี่ยวข้องเพียงกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังเกี่ยวข้องกับส่วนราชการอื่นด้วย โดยตัวอย่างการถ่ายโอนอำนาจที่ประสบความสำเร็จ คือ กรณีของเทศบาลเมืองปากช่อง ที่การถ่ายโอนสามารถบูรณาการภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ ระบบการเงินและการคลังของหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ ประเด็นสำคัญที่จะต้องพิจารณาให้มีความชัดเจนประกอบกันด้วย

๓. การกำหนดแนวทางการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องพิจารณาตามลักษณะและสังกัดของผู้ให้บริการประกอบกันด้วย โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่มีประชากรกว่า ๘ ล้านคน ที่มีประชากรจำนวน ๓ ล้านคน ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่อยู่ในความรับผิดชอบสถานบริการหลายสังกัด เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม และกรุงเทพมหานคร

๔. การวางแผนการให้บริการระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ควรมีการดำเนินการพิจารณาทบทวนหรือปรับปรุงพระราชบัญญัติ ตามมาตรา ๗๗ ของรัฐธรรมนูญ เนื่องจากมีพระราชบัญญัติหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ แต่มีสาระสำคัญที่ยังไม่ไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้ เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอแนะไปยังฝ่ายบริหารให้มีการพิจารณาทบทวน

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

๑. การจัดหลักสูตรการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๔ ช่องทาง อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านความเหลื่อมล้ำหรือไม่ เนื่องจากมีบางหลักสูตรที่มีความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ

๒. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย คือ ส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะตัว ผ่านการกำหนดรูปแบบการเรียนและการทดสอบองค์ความรู้ให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติที่กำหนดไว้

ครั้งที่ ๒๓/๒๕๖๔

บทที่ ๒

ด้านกฎหมาย

**๒.๑ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง (ฉบับที่ ..) พ.ศ.
ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙**

คณะกรรมการฯ ได้รับมอบหมายจากที่ประชุมคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภาให้เป็นผู้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ในคราวประชุมคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภา ครั้งที่ ๒๘/๒๕๖๔ วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ ที่ประชุมพิจารณาเห็นว่า ร่างพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง (ฉบับที่ ..) พ.ศ. เป็นร่างพระราชบัญญัติที่มีความจำเป็นเกี่ยวกับประโยชน์สาธารณะ เมื่อสภาผู้แทนราษฎรมิได้รับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติในวาระที่หนึ่งแล้ว ประธานวุฒิสภา จึงมอบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นผู้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว และเมื่อสภาผู้แทนราษฎรลงมติเห็นชอบในวาระที่สามแล้ว ให้ดำเนินการตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙ ต่อไป

โดยคณะกรรมการฯ ได้มีการพิจารณาศึกษาเกี่ยวกับหลักการและเหตุผล สาระสำคัญ รวมทั้งความคืบหน้าการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติทั้งสองฉบับที่อยู่ระหว่างการพิจารณาในวาระที่ ๒ ชั้นคณะกรรมการสภาผู้แทนราษฎร อาทิ การแก้ไขเพิ่มเติม ข้อสังเกตต่อร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว และรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกันร่างพระราชบัญญัติทั้งสองฉบับดังกล่าว ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผลการพิจารณา

ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เหตุผลในการเสนอร่างพระราชบัญญัติ โดยที่กระบวนการพิจารณาเครื่องสำอางในปัจจุบันมีขั้นตอนในการประเมิน การตรวจวิเคราะห์และตรวจสอบทางวิชาการ ซึ่งมีความซับซ้อนและจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศทำหน้าที่ในขั้นตอนดังกล่าว เพื่อให้สอดคล้องกับความรู้และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว สมควรแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพิจารณาเครื่องสำอางเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการพิจารณาเครื่องสำอางให้มีความรวดเร็ว มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและทันต่อสถานการณ์จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

สาระสำคัญของการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘ ดังต่อไปนี้

- (๑) เพิ่มบทนิยามคำว่า "กระบวนการพิจารณาเครื่องสำอาง"
- (๒) กำหนดให้รัฐมนตรีกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการได้มาซึ่งผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรเอกชน
- (๓) กำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายสูงสุดและค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บอัตราค่าขึ้นบัญชีสูงสุด และค่าขึ้นบัญชีที่จะจัดเก็บและหลักเกณฑ์ในการรับเงินและจ่ายเงินดังกล่าว
- (๔) กำหนดให้รัฐมนตรีกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขกระบวนการพิจารณาเครื่องสำอาง
- (๕) กำหนดเงินที่จัดเก็บ ไม่ต้องนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
- (๖) กำหนดอำนาจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขค่าขึ้นบัญชี และค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บและหลักเกณฑ์ในการรับเงินและจ่ายเงินดังกล่าวในกระบวนการพิจารณาเครื่องสำอาง

ผู้เชี่ยวชาญ องค์การผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรเอกชนที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีความหมายดังนี้

- ๑) ผู้เชี่ยวชาญ คือ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นบุคคลธรรมดา
- ๒) องค์การผู้เชี่ยวชาญ คือ นิติบุคคลหรือองค์กรสภาวิชาชีพตามกฎหมาย หน่วยงานหรือองค์กรที่ตั้งโดยสภาวิชาชีพ
- ๓) หน่วยงานของรัฐ คือ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ สถาบันภายใต้มูลนิธิที่จัดตั้งโดยส่วนราชการ
- ๔) องค์กรเอกชน คือ นิติบุคคลที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐ ที่จัดตั้งตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ในชั้นการพิจารณาของคณะกรรมการ สภาผู้แทนราษฎร มีกรรมการบางท่าน ไม่เห็นด้วยกับการมีผู้เชี่ยวชาญที่เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่ง อย. ได้ชี้แจงว่า การมีผู้เชี่ยวชาญในกฎหมายอื่นก็มีการกล่าวถึงไว้ เช่น กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขึ้นทะเบียนที่ปรึกษา พ.ศ. ๒๕๖๐ แห่งพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งที่ปรึกษาก็เทียบได้กับผู้เชี่ยวชาญ และอีกทั้งผู้เชี่ยวชาญบางท่านเกษียณอายุราชการแล้ว ไม่ได้สังกัดหน่วยงานที่เป็นนิติบุคคล จึงต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นบุคคลธรรมดา สำหรับประเด็นว่าอาจจะเป็นผู้ที่มีส่วนได้เสีย หรือผลประโยชน์ทับซ้อนนั้น อย. ได้ชี้แจงว่า การประเมินทางวิชาการจะส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ ไม่ต่ำกว่า ๓ คน ต่างหน่วยงานกัน เป็นผู้พิจารณา และไม่มีการเปิดเผยว่าส่งให้ผู้ใดเป็นผู้ประเมิน เพื่อถ่วงดุล ป้องกันการแทรกแซง ป้องกันส่วนได้เสีย หรือผลประโยชน์ทับซ้อน

ภารกิจของผู้เชี่ยวชาญ

๑. ผู้เชี่ยวชาญมีหน้าที่ประเมินวิชาการตามร่างพระราชบัญญัตินี้ จะมีการกำหนดคุณสมบัติมาตรฐานของผู้เชี่ยวชาญ ตามมาตรา ๒๑/๑(๑) โดยผู้เชี่ยวชาญต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ทางวิชาการ วุฒิภาวะ ประสบการณ์ ผลงานทางวิชาการ/งานวิจัยตีพิมพ์วารสารวิชาการ ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ มีหน้าที่ความรับผิดชอบความเป็นกลาง รักษาความลับทางการค้า หากขาดคุณสมบัติหรือไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ก็จะถูกเพิกถอน

การประเมินเอกสารทางวิชาการ เพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้าน ผลลัพธ์มีคุณภาพ และผู้บริโภคลดภัย โดยมีการประเมินคุณภาพ/มาตรฐาน เพื่อให้รู้ว่าสารที่ใช้ในเครื่องสำอางต้องเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด มีการประเมินประสิทธิภาพ เช่น ประสิทธิภาพป้องกันแสงแดด ป้องกันฟันผุ ฟอกสีฟัน ขจัดรังแค เป็นต้น และมีการประเมินความปลอดภัยต่อผู้ใช้ ไม่มีความเสี่ยงด้านพิษวิทยาตัวอย่างการประเมินทางวิชาการโดยผู้เชี่ยวชาญ เช่น ผลลัพธ์ที่ใส่สารลดการเสียวฟัน อย. จึงต้องส่งให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัย จำนวน ๓ คน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญประเมินว่า ยาสีฟันนี้มีความปลอดภัยเพียงพอ และมีประสิทธิภาพในการลดการเสียวฟัน อย. จึงรับจดทะเบียนโดยต้องมีข้อความคำเตือนให้ครบถ้วนหรือผลลัพธ์ที่ใส่สารฟอกสีฟัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญประเมินพบว่า ความปลอดภัยไม่เพียงพอต่อการให้ผู้บริโภคนำไปใช้ อย. จึงไม่รับจดทะเบียน

๒. ผู้เชี่ยวชาญมีหน้าที่ตรวจสอบสถานประกอบการ ตามพระราชบัญญัตินี้จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยตรวจ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO/IEC 17020 หรือ ISO/IEC 17021 หรือเทียบเท่า มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ มีวุฒิการศึกษา มีประสบการณ์ ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องตามกำหนด มีหน้าที่ความรับผิดชอบความเป็นกลาง รักษาความลับทางการค้า หากขาดคุณสมบัติหรือไม่เป็นไปตามมาตรฐานก็จะถูกเพิกถอน

การตรวจสอบสถานที่ผลิตโดยหน่วยตรวจที่ขึ้นทะเบียน จะเป็นการตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามหลักเกณฑ์ ASEAN Cosmetic GMP อย. จะมอบหมายหน่วยตรวจที่ขึ้นทะเบียนตรวจสอบสถานที่ผลิตและนำผลตรวจส่งมายัง อย. พิจารณาผลการตรวจสถานที่ และออกหนังสือรับรอง GMP ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะช่วยงานของ อย. ได้มาก เนื่องจากบุคลากรของ อย. มีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการตรวจสอบสถานที่ทั่วประเทศ จึงต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบสถานที่ และเร่งรัดกระบวนการพิจารณาอนุญาตให้รวดเร็วขึ้นเมื่อสถานที่ผลิตได้มาตรฐาน ผลผลิตก็จะมีคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพและปลอดภัย

ในประเด็นการไม่นำเงินส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน เป็นไปตามเจตนารมณ์ของร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ เพื่อต้องการเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการพิจารณาเครื่องสำอาง โดยนำเงินรายได้มาใช้ ตามมาตรา ๒๑/๒ เพื่อ

๑) นำมาเป็นค่าตอบแทนผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งที่ผ่านมามีอัตราค่าตอบแทนค่อนข้างต่ำไม่จูงใจผู้เชี่ยวชาญ ทำให้เกิดปัญหาล่าช้า จึงกำหนดให้หน่วยงานเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ยื่นคำขอและค่าขึ้นบัญชีเพื่อนำไปจ่ายเป็นค่าตอบแทนผู้เชี่ยวชาญได้อย่างเหมาะสม การพิจารณาอนุญาตทำได้รวดเร็วขึ้น ลดระยะเวลาการให้บริการ ซึ่งมีการรับฟังความเห็นผู้มีส่วนได้เสียและผู้ยื่นคำขอ เห็นด้วยกับการเก็บค่าใช้จ่ายเป็นค่าตอบแทนผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพิจารณาอนุญาต ทั้งนี้ มียกเว้นการจัดเก็บสำหรับการประเมินวิชาการสมุนไพรใหม่ในประเทศไทย การตรวจสอบที่ผลิตรัฐวิสาหกิจ

๒) ดำเนินโครงการที่เป็นสาธารณะประโยชน์ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอาง เช่น โครงการตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ในท้องตลาด เป็นค่าตัวอย่างและค่าตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ปลอดภัย เนื่องจากที่ผ่านมามีงบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอ และมีแนวโน้มลดลงทุกปี

๓) พัฒนาศักยภาพหน่วยงาน เช่น หน่วยงานพัฒนากระบวนการยื่นคำขอผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยสมบูรณ์ เช่น ยื่นคำขอผ่านทาง e-Submission ชำระเงินผ่านระบบ e-Payment และออกใบอนุญาตผ่าน e-Document ผู้ยื่นคำขอดำเนินการผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมดโดยไม่ต้องมาติดต่อหน่วยงาน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายด้านครุภัณฑ์สูง และยังไม่ได้รับงบประมาณ อีกทั้ง เพื่อให้ทุนการศึกษาในระดับปริญญาโทปริญญาเอกแก่บุคลากรใน อย. เพื่อสร้างผู้เชี่ยวชาญภายในหน่วยงาน ลดการพึ่งพาผู้เชี่ยวชาญภายนอก เนื่องจากได้รับทุน กพ. อย่างจำกัด

สำหรับการนำเงินส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน ไม่มีความแน่นอนในการได้รับการจัดสรรงบประมาณมาใช้ในวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ และไม่สามารถนำเงินงบประมาณมาดำเนินการได้ในบางกิจกรรม ทำให้หน่วยงานเกิดปัญหา ทั้งนี้ เงินรายได้ไม่ต้องนำส่งคลัง จัดเป็นเงินนอกงบประมาณที่ต้องถูกควบคุมและตรวจสอบโดยกระทรวงการคลัง และสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) การไม่นำเงินส่งเป็นรายได้แผ่นดินไม่ส่งผลกระทบต่อรายได้ของรัฐที่ได้รับในปัจจุบัน เนื่องจากเงินค่าธรรมเนียมต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่ใช้บังคับอยู่ต้องส่งเข้าคลังตามปกติ

พระราชบัญญัตินี้ได้เห็นความสำคัญของการพิจารณาอนุมัติเครื่องสำอางให้ผู้ขออนุญาตได้รับความสะดวกมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นปัญหามายาวนานจนไปสูการมีคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ ๗๗/๒๕๕๙ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นมีประเด็น ดังนี้

๑) การตั้งองค์คณะหรือบุคคลมาพิจารณาให้ข้อมูลทางวิชาการในการพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องในการพิจารณาทางวิชาการเพื่อเสนอ อย. ผู้พิจารณาอนุญาต ถ้อยคำว่า “ผู้รับจดทะเบียน” เหตุใดจึงไม่เป็น “ผู้รับอนุญาตขึ้นทะเบียน”

คำว่า “จุดแข็ง” “ขึ้นทะเบียน” ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยเครื่องสำอาง จะไม่มีคำว่า ขึ้นทะเบียน แต่ใช้คำว่า จุดแข็ง ซึ่งมีความแตกต่างกัน เนื่องจากเครื่องสำอางเป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้ภายนอก และมีความเสี่ยงต่ำ จึงใช้คำว่า จุดแข็ง แต่ยาหรือผลิตภัณฑ์อื่นที่มีความเสี่ยงสูงจึงเป็นการขึ้นทะเบียน มีขั้นตอนที่เข้มงวดมากกว่า

๒) คำว่า เวชสำอาง ที่ใช้ในการสร้างความน่าเชื่อถือ ผลิตภัณฑ์ชนิดใดที่ถูกตีความว่าเป็นเวชสำอาง “จุดแข็ง” “ขึ้นทะเบียน” ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยเครื่องสำอาง จะไม่มีคำว่า ขึ้นทะเบียน แต่ใช้คำว่า จุดแข็ง ซึ่งมีความแตกต่างกัน เนื่องจากเครื่องสำอางเป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้ภายนอก และมีความเสี่ยงต่ำ จึงใช้คำว่า จุดแข็ง แต่ยาหรือผลิตภัณฑ์อื่นที่มีความเสี่ยงสูง จึงเป็นการขึ้นทะเบียน มีขั้นตอนที่เข้มงวดมากกว่า

๓) ในกรณีเจ้าหน้าที่บุคคล องค์กรที่ทำหน้าที่พิจารณาให้ข้อมูลทางวิชาการ มีหน่วยงานหรือบุคคล ทำหน้าที่กำกับ ควบคุมคุณภาพมาตรฐานของบุคคลเหล่านั้นหรือไม่ อย่างไร

กระบวนการในการกำกับดูแลมาตรฐาน สำหรับผู้เชี่ยวชาญที่เป็นบุคคลส่วนใหญ่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์แพทย์ในมหาวิทยาลัย ซึ่งจะกำหนดไว้ในกฎหมายลำดับรองมีกระบวนการสรรหา คุณสมบัติเป็นอาจารย์ที่มีประสบการณ์ มีผลงานทางวิชาการที่ตีพิมพ์วารสารทางวิชาการต่าง ๆ กรณีหน่วยตรวจ มีการกำกับดูแลหน่วยตรวจโดยมีการขึ้นบัญชี ทุก ๓ ปี และมีการประเมินสมรรถนะในการต่ออายุ

ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

การแก้ไขพระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นการแก้ไขเพื่อให้สอดคล้องกับคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๗๗/๒๕๕๙ เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ

คณะกรรมการการสาธารณสุขพิจารณาแล้ว เห็นด้วยกับการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘ ตามร่างพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง (ฉบับที่ ..) พ.ศ. โดยเพิ่มบทนิยามคำว่า “กระบวนการพิจารณาเครื่องสำอาง” (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๔) การกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายสูงสุดและค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บ อัตราค่าขึ้นบัญชีสูงสุด และค่าขึ้นบัญชีที่จะจัดเก็บ และหลักเกณฑ์ในการรับเงินและจ่ายเงินดังกล่าว (เพิ่มมาตรา ๖ (๑๒/๑) และ (๑๒/๒)) และแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการพิจารณาเครื่องสำอาง และกำหนดอำนาจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ค่าขึ้นบัญชีและค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บและหลักเกณฑ์ในการรับเงินและจ่ายเงินดังกล่าวในกระบวนการพิจารณาเครื่องสำอางตามพระราชบัญญัตินี้ (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๒๑ และเพิ่มมาตรา ๑๒/๑ มาตรา ๒๑/๒ และมาตรา ๒๑/๓)

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

๑. การจัดเก็บเงินเป็นรายได้และไม่นำส่งคลัง พระราชบัญญัติที่ผ่านมา ไม่ปรากฏแผนการใช้เงิน ประกอบภารกิจตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ ขาดความชัดเจน ในรายละเอียดการใช้เงินดังกล่าว
๒. การแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญควรมีระบบที่ชัดเจน และมีการถ่วงดุลในเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนได้จริง
๓. เงินที่ไม่ส่งคืนคลัง สามารถใช้ได้เฉพาะเรื่องที่เกิดการคลังจะจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุนเท่านั้น ไม่สามารถนำเงินดังกล่าวไปใช้อย่างอื่นได้ กรณีที่จะนำไปเป็นทุนการศึกษาในระดับปริญญาโท ปริญญาเอกแก่บุคคลากรใน อย. นั้น ซึ่งอาจมีความเห็นต่างว่า ไม่สามารถดำเนินการได้ ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาต่อไป

**๒.๒ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ.
ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙**

คณะกรรมการได้รับมอบหมายจากที่ประชุมคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภาให้เป็นผู้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ด้วยในคราวประชุมคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภา ครั้งที่ ๒๘/๒๕๖๔ วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ ที่ประชุมพิจารณาเห็นว่า ร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. เป็นร่างพระราชบัญญัติที่มีความจำเป็นเกี่ยวกับประโยชน์สาธารณะ เมื่อสภาผู้แทนราษฎรมิได้รับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติในวาระที่หนึ่งแล้ว ประธานวุฒิสภาก็งมอบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นผู้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว และเมื่อสภาผู้แทนราษฎรลงมติเห็นชอบในวาระที่สามแล้ว ให้ดำเนินการตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙ ต่อไป

ผลการพิจารณา

ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. เป็นการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ในส่วนที่มีความจำเป็นในการดำเนินงาน และคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภค รวมถึงการอำนวยความสะดวกและส่งเสริมทางเศรษฐกิจ

ความเป็นมาของร่างพระราชบัญญัติ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้เสนอร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา ซึ่งสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้สอบถามความคิดเห็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ เมื่อวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ และคณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติหลักการ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ และให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณา เมื่อวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ โดยคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ ๑๐) ได้ตรวจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. เสร็จสิ้น วาระที่ ๓ เมื่อวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ และมีความเห็นให้สอบถามความคิดเห็นของหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องต่อร่างพระราชบัญญัตินี้ ที่มีการแก้ไขปรับปรุงเพิ่มเติม เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา

การรับฟังความคิดเห็น

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้จัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นไปตามมาตรา ๗๗ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๐ เรื่อง แนวทางการจัดทำและการเสนอร่างกฎหมายตามบทบัญญัติของมาตรา ๗๗ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยวิธีการรับฟังความคิดเห็นได้ใช้วิธีการและช่องทางต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๑) รับฟังความคิดเห็นผ่านทางเว็บไซต์ สำนักอาหาร (<http://food.fda.moph.go.th/>) ระหว่างวันที่ ๒๓ กรกฎาคม - ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๒, เว็บไซต์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (http://www.fda.moph.go.th/Pages/HomeP_D2.aspx) ระหว่างวันที่ ๒๖ กรกฎาคม - ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๒ และเว็บไซต์การรับฟังความคิดเห็นกฎหมายไทยของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (<http://www.lawamendment.go.th>) ระหว่างวันที่ ๒๗ กรกฎาคม - ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๒

๒) รับฟังความคิดเห็นโดยการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็น

- การรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้เสียทั้งภาครัฐและเอกชน เมื่อวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๒ ณ โรงแรมรามาร์คเดนส์ กรุงเทพมหานคร โดยมีผู้เข้าร่วมสัมมนารับฟังความเห็น ๒๑๑ คน

- การรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้เสียจากเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และงานคุ้มครองผู้บริโภค เมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๒ ณ โรงแรม เลอ บาหลีร์สอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดชลบุรี มีผู้เข้าร่วมสัมมนารับฟังความเห็น ๒๕๐ คน

๓) รับฟังความคิดเห็นโดยการส่งหนังสือถึงหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐภาคเอกชน นักวิชาการ และภาคประชาชน ระหว่างวันที่ ๑๙ กรกฎาคม - ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๒

สาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติ

ร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. มีสาระสำคัญเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ โดยสรุปดังนี้

(๑) แก้ไขเพิ่มเติมบทนิยาม

ยกเลิกบทนิยามคำ “อาหารควบคุมเฉพาะ “ตำรับอาหาร” และ “โรงงาน” เนื่องจากไม่มีการใช้นิยามดังกล่าว และเพิ่มบทนิยามคำว่า “วัตถุสัมผัสอาหาร” “เอกสารกำกับอาหาร” “ข้อความโฆษณา” “สถานที่” “กระบวนการพิจารณาอนุญาตอาหาร” และ “เลขาธิการ” เพื่อกำหนดความหมายของถ้อยคำที่ใช้ในร่างพระราชบัญญัติฯ ให้ชัดเจน และเพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติฉบับอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ร่างมาตรา ๓ ถึงร่างมาตรา ๗)

(๒) กำหนดกลุ่มอาหารและแก้ไขเพิ่มเติมมาตรการดำเนินการเกี่ยวกับอาหาร

กำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่และอำนาจในการกำหนดกลุ่มอาหารตามระดับความเสี่ยง และกำหนดมาตรการเพื่อควบคุมอาหารดังกล่าว โดยกำหนดอาหารเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ อาหารควบคุมเฉพาะ อาหารควบคุม และอาหารจัดแจ้ง เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงในทางปฏิบัติ และสอดคล้องกับมาตรการในการควบคุมอาหารในระดับสากล แก้ไขเพิ่มเติมการกำหนดอาหารที่ต้องประเมินความปลอดภัย วัตถุที่ใช้เป็นส่วนผสมอาหาร การใช้วัตถุเจือปนอาหาร การใช้ภาชนะบรรจุหรือวัตถุสัมผัสอาหาร ฉลากหรือเอกสารกำกับอาหาร เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร และการเก็บตัวอย่างอาหารและการยึดหรืออายัด รวมทั้งเพิ่มมาตรการเกี่ยวกับการจัดให้มีเลขสารบบอาหาร กำหนดหลักเกณฑ์การจำหน่ายอาหาร การขนส่ง การเก็บรักษา การโฆษณา และการตรวจวิเคราะห์ทางวิชาการ เพื่อเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภค (ร่างมาตรา ๘)

(๓) กำหนดหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการอาหาร

กำหนดหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการอาหารเกี่ยวกับการควบคุมและกำกับดูแลอาหาร แก้ไขเพิ่มเติมให้มีอำนาจในการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อปฏิบัติการเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาอนุญาตอาหาร และแก้ไขเพิ่มเติมชื่อตำแหน่งรองเลขาธิการคณะกรรมการและยาและผู้อำนวยการกองอาหาร ให้ถูกต้อง รวมทั้งแก้ไขรูปแบบของบทบัญญัติเกี่ยวกับวาระการดำรงตำแหน่ง คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติฉบับอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ร่างมาตรา ๙ ร่างมาตรา ๑๐ และร่างมาตรา ๑๑)

(๔) กำหนดมาตรการในการควบคุมสถานที่ผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย

กำหนดให้การผลิตอาหารเพื่อจำหน่ายต้องได้รับอนุญาตสถานที่ผลิต ยกเว้นในกรณีที่เป็นสถานที่ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขหรือสถานที่ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด เพิ่มบทบัญญัติเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแก้ไขใบอนุญาตสถานที่ผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย และใบอนุญาตนำเข้าอาหารเพื่อจำหน่าย เพื่อให้สามารถดำเนินการในเรื่องดังกล่าวได้ รวมทั้งเพิ่มบทบัญญัติที่กำหนดให้ขอต่ออายุใบอนุญาตได้ในกรณีที่ใบอนุญาตสิ้นอายุไม่เกินหนึ่งเดือนเพื่อเป็นการลดภาระแก่ผู้ประกอบการ (ร่างมาตรา ๑๒ ร่างมาตรา ๑๓ ร่างมาตรา ๑๔ ร่างมาตรา ๑๕ และร่างมาตรา ๑๘)

(๕) กำหนดกระบวนการพิจารณาอนุญาตอาหาร

กำหนดให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการอาหารมีอำนาจประกาศกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในกระบวนการพิจารณาอนุญาตอาหาร และกำหนดให้มีการขึ้นบัญชีผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐหรือองค์กรเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อทำหน้าที่ในการประเมินเอกสารทางวิชาการ การตรวจวิเคราะห์ การตรวจสอบสถานประกอบการหรือการตรวจสอบ เพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต ทั้งนี้ เพื่อให้การคุ้มครองผู้บริโภคและการพิจารณาอนุญาตมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการอาหารมีอำนาจประกาศกำหนดอัตราค่าขึ้นบัญชีสูงสุดที่จะจัดเก็บจากผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรเอกชน และอัตราค่าใช้จ่ายสูงสุดที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตอาหาร รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินที่ได้จากการจัดเก็บดังกล่าว โดยกำหนดให้เงินค่าขึ้นบัญชีและค่าใช้จ่ายที่จัดเก็บตามพระราชบัญญัตินี้ไม่ต้องนำส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน และให้นำเงินดังกล่าวไปใช้ตามวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการดำเนินงานที่เกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาอนุญาตอาหาร (ร่างมาตรา ๑๗)

(๖) กำหนดเงื่อนไขกรณีการผลิตอาหารเพื่อส่งออกไปจำหน่ายนอกราชอาณาจักร

แก้ไขเงื่อนไขกรณีการผลิตอาหารเพื่อส่งออกไปจำหน่ายนอกราชอาณาจักร จากเดิมที่กำหนดให้ต้องจัดทำรายงาน แก้ไขเป็นการจัดทำข้อมูลการส่งออกเก็บรักษาไว้เพื่อแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่เมื่อร้องขอ เพื่อลดภาระผู้ประกอบการ และกำหนดห้ามมิให้ขายอาหารดังกล่าวในราชอาณาจักร เนื่องจากเป็นการผลิตอาหารตามคุณภาพมาตรฐานของต่างประเทศ ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามคุณภาพมาตรฐานของประเทศไทย (ร่างมาตรา ๑๘)

(๗) มาตรการควบคุมอาหาร

กำหนดให้อาหารควบคุมเฉพาะต้องขึ้นทะเบียน อาหารควบคุมต้องแจ้งรายการและอาหารจัดแจ้งต้องจัดแจ้ง กำหนดมาตรการควบคุมและลักษณะของอาหารเสื่อมคุณภาพ และแก้ไขเพิ่มเติมลักษณะของอาหารปลอมและอาหารผิดมาตรฐาน เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดกลุ่มอาหารตามระดับความเสี่ยง รวมทั้งกำหนดมาตรการในการควบคุมการโฆษณา กำหนดหลักเกณฑ์ในการโฆษณา และกำหนดให้การโฆษณาคุณภาพ คุณภาพ หรือสรรพคุณของอาหารต้องได้รับอนุญาต เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภค (ร่างมาตรา ๒๐ ถึงร่างมาตรา ๒๕)

(๘) การยึดหรืออายัด

แก้ไขเพิ่มเติมหน้าที่และอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการยึดหรืออายัด รวมทั้งแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การดำเนินการกับสิ่งที่ยึดหรืออายัดไว้ เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินการให้ชัดเจน (ร่างมาตรา ๒๖ ถึงร่างมาตรา ๒๘)

(๙) การพักใช้และการเพิกถอนใบอนุญาต และการอุทธรณ์

แก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการพักใช้ใบอนุญาตและการเพิกถอนใบอนุญาตเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ในการเพิกถอนใบอนุญาตให้ชัดเจน และกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการอุทธรณ์โดยนำบทบัญญัติเรื่องการอุทธรณ์ไปกำหนดรวมไว้ด้วยกัน (ร่างมาตรา ๓๐ และร่างมาตรา ๓๑)

(๑๐) บทกำหนดโทษและการเปรียบเทียบ

กำหนดอัตราโทษให้ลดหลั่นกันตามระดับการควบคุมอาหารในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน เพิ่มบทสันนิษฐานความรับผิดชอบของผู้แทนนิติบุคคลรวมทั้งแก้ไขหลักเกณฑ์การเปรียบเทียบให้สอดคล้องกับอัตราโทษ (ร่างมาตรา ๓๒)

(๑๑) อัตราค่าธรรมเนียม

กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมท้ายพระราชบัญญัติให้ครอบคลุมถึงการจัดกลุ่มอาหารในแต่ละกลุ่ม และเพื่อให้อัตราค่าธรรมเนียมมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน (ร่างมาตรา ๓๓)

(๑๒) บทเฉพาะกาล

กำหนดบทเฉพาะกาลเพื่อรองรับคำขอ ใบอนุญาต เลขสถานที่ผลิตอาหารและเลขสารบบอาหาร ที่ได้ดำเนินการอยู่แล้ว กำหนดมาตรการรองรับการดำเนินการเมื่อมีการประกาศจัดกลุ่มอาหารตามระดับความเสี่ยง และกำหนดระยะเวลาเร่งรัดให้การออกประกาศจัดกลุ่มอาหาร กำหนดการรองรับกฎหมายลำดับรองตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ และประกาศที่ออกตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๗๗/๒๕๕๙ เรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ ลงวันที่ ๒๗ ธันวาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาหาร เพื่อให้มีการดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและเพื่อให้กฎหมายเกิดสภาพบังคับในทางปฏิบัติ (ร่างมาตรา ๓๔ ถึงร่างมาตรา ๔๕)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ร่างพระราชบัญญัตินี้มีสาระสำคัญเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมอาหารตามระดับความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือผลกระทบต่อผู้บริโภค กำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐหรือองค์กรเอกชนทั้งในและต่างประเทศ ทำหน้าที่ในกระบวนการพิจารณาอนุญาตอาหาร รวมทั้งการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการโฆษณาอาหาร อันจะทำให้มาตรการควบคุมอาหารตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของอุตสาหกรรมเกี่ยวกับอาหาร ซึ่งจะส่งผลให้กลไกในการพิจารณาอนุญาตมีความรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เป็นการเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันทางธุรกิจรวมทั้งเสริมสร้างความแข็งแกร่งของระบบการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภค ส่งผลให้อาหารมีคุณภาพมาตรฐาน และมีความปลอดภัย ประชาชนมีความมั่นใจและมีความปลอดภัยในการบริโภคอาหารที่จำหน่ายและได้รับข้อมูลข่าวสารจากการโฆษณาที่ถูกต้อง โดยจะเกิดประโยชน์ต่อประเทศ สังคม และประชาชน ดังนี้

๑. เกิดการปรับปรุงกระบวนการพิจารณาอนุญาต

กระบวนการพิจารณาอนุญาต เช่น การพิจารณาเอกสารทางวิชาการโดยผู้เชี่ยวชาญหรือองค์กรผู้เชี่ยวชาญมีข้อจำกัดเกี่ยวกับอัตราค่าตอบแทนและขั้นตอนการเบิกจ่ายตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่งผลให้มีผู้เชี่ยวชาญ ไม่เพียงพอต่อการพิจารณาเพื่อประกอบการอนุญาตดังกล่าว ซึ่งกระบวนการพิจารณาอนุญาตที่มีความล่าช้าจะส่งผลกระทบต่อการค้าทางธุรกิจของภาคเอกชน ดังนั้น การปรับปรุงกระบวนการพิจารณาอนุญาตโดยการให้ผู้ประกอบการเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ถึงแม้ว่าจะเป็นต้นทุนที่เพิ่มขึ้น แต่มีผลทำให้

กระบวนการพิจารณาอนุญาตมีความรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอาหารที่ใช้กระบวนการผลิตใหม่ หรือใช้วัตถุดิบที่ยังไม่มีประวัติการใช้เป็นอาหาร ซึ่งย่อมเป็นการส่งเสริมเศรษฐกิจ รวมถึงการพัฒนาอาหารใหม่ต่อไป

๒. หลักเกณฑ์การขออนุญาตมีความชัดเจน

การปรับปรุงให้หลักเกณฑ์การขออนุญาตสถานที่ ผลิตภัณฑ์ และโฆษณามีความชัดเจน จะช่วยให้ผู้ประกอบการมีความพร้อมในการเตรียมข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐาน ซึ่งจะช่วยลดเวลาในการส่งข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

๓. ส่งเสริมภาคการส่งออก

เดิมสินค้าส่งออกต้องมีคุณภาพหรือมาตรฐาน รวมทั้งการขออนุญาตต้องเป็นไปตามมาตรฐานภายในประเทศก่อนจึงจะสามารถส่งออกสินค้าดังกล่าวได้ การปรับปรุงแก้ไขบทบัญญัติดังกล่าว ย่อมก่อให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินการ ส่งผลให้ผู้ประกอบการเกิดความสะดวกและลดต้นทุนในการดำเนินการได้เป็นอย่างมาก

๔. การบังคับใช้กฎหมายมีความเข้มงวด

การปรับแก้ไขบทกำหนดโทษเพื่อปรามการกระทำความผิด และอาจป้องกันการกระทำความผิดซ้ำด้วย

การส่งเสริมให้มีการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาใช้ในการผลิตอาหารย่อมเป็นการเสริมสร้างความสามารถในการแข่งขันอีกทางหนึ่ง รวมถึงขยายโอกาสในการประกอบอาชีพ อย่างไรก็ตาม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีภารกิจในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร โดยการควบคุม กำกับดูแล ตรวจสอบ เฝ้าระวัง ทั้งก่อนและหลังผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาดให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในครั้งนี้อันเชื่อมั่นว่า ประชาชนจะได้รับประโยชน์สูงสุดโดยการเข้าถึงอาหารที่มีความหลากหลาย ตรงตามความต้องการ ซึ่งอาหารนั้นต้องมีคุณภาพมาตรฐานและมีความปลอดภัย

ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนปฏิรูปประเทศ

ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ^๑

ร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติที่ ๒ ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ในประเด็นเกษตรสร้างมูลค่า ทั้งด้านเกษตรปลอดภัย เกษตรชีวภาพ และเกษตรแปรรูป รวมทั้งประเด็นอุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคต ในประเด็น อุตสาหกรรมชีวภาพ และความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติที่ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ในประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ในช่วงการตั้งครรภ์/ปฐมวัย รวมทั้งความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ ๕ ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ในประเด็นพัฒนาความมั่นคงน้ำ พลังงาน และเกษตรที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ในด้านการพัฒนาความมั่นคงด้านเกษตรและอาหารของประเทศและชุมชน ในมิติปริมาณ คุณภาพ ราคาและการเข้าถึงอาหาร

ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)

ยุทธศาสตร์ชาติที่ ๒ ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน

๒.๑ การเกษตรสร้างมูลค่า

๒.๑.๒ เกษตรปลอดภัย สร้างความตระหนักแก่ผู้ผลิตและผู้บริโภคทั่วโลกในเรื่องความสำคัญของมาตรฐานระบบการจัดการความปลอดภัยของอาหาร

๒.๑.๓ เกษตรชีวภาพ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพของประเทศ ในการสร้างมูลค่าเพิ่มของภาคการผลิต และนำไปสู่การผลิตและพัฒนาผลิตภัณฑ์มูลค่าสูงจากฐานเกษตรกรรม และฐานทรัพยากรชีวภาพ และสร้างความมั่นคงของประเทศทั้งด้านอาหาร และสุขภาพ โดยเฉพาะพืชสมุนไพร

๒.๑.๔ เกษตรแปรรูป ปรับใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งนวัตกรรมจากภูมิปัญญาในการแปรรูป สร้างความแตกต่าง และเพิ่มมูลค่าในผลิตภัณฑ์และสินค้าเกษตร การส่งเสริมการใช้วัตถุดิบ และผลิตผลทางการเกษตรเพื่อแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมทั้งการสนับสนุนการนำเทคโนโลยีนวัตกรรมสมัยใหม่ มาใช้ในการสร้างสรรค์บรรจุภัณฑ์อัจฉริยะ เพื่อป้องกันการปลอมปน การควบคุมคุณภาพและความปลอดภัย การติดตามผลิตภัณฑ์ใหม่ระหว่างการขนส่ง รวมถึงยืดอายุของอาหารและสินค้าเกษตรในบรรจุภัณฑ์

๒.๒ อุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคต

๒.๒.๑ อุตสาหกรรมชีวภาพ สร้างประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพ เพื่อต่อยอดจากภาคเกษตรไทยและมุ่งสู่อุตสาหกรรมบนฐานชีวภาพที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม รวมถึงพลังงานชีวมวล โดยการเพิ่มสัดส่วนอุตสาหกรรมชีวภาพที่มีมูลค่าเพิ่มสูง ได้แก่ ชีวเคมีภัณฑ์วัสดุชีวภาพ อาหารเสริม สารสกัดจากสมุนไพร

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

๓.๒ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

๓.๒.๑ ช่วงการตั้งครรภ์/ปฐมวัย การส่งเสริมการใช้สารอาหารที่จำเป็นต่อสมองเด็ก

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

๓.๕ พัฒนาความมั่นคงน้ำ พลังงาน และเกษตรที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม พัฒนาความมั่นคงการเกษตรที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ให้เป็นฐานการผลิตอาหารที่มั่นคงและปลอดภัยและเป็นฐานการผลิตที่มีผลิตภาพสูง

๓.๕.๕ พัฒนาความมั่นคงด้านการเกษตรและอาหารของประเทศและชุมชน ในมิติปริมาณ คุณภาพ ราคาและการเข้าถึงอาหาร โดยบริหารจัดการทรัพยากรทางการเกษตรและเพิ่มผลิตภาพการเกษตรแบบบูรณาการ โดยเน้นให้เกิดความมั่นคงทางอาหารภายในประเทศและเกษตรอาหารมูลค่าเพิ่มสูง มีการใช้มาตรการการตรวจสอบย้อนกลับถึงแหล่งที่มาของวัตถุดิบ

ความสอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ^๒

ร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศที่ ๓ ด้านกฎหมาย ในประเด็นการกำหนดกลไกทางกฎหมายเพื่อความสามารถในการแข่งขันของประเทศให้ทันต่อการพัฒนาตามกระแสโลกาภิวัตน์ และด้านการกำหนดกลไกทางกฎหมายเพื่อสร้างความเป็นธรรมและขจัดความเหลื่อมล้ำในสังคม และสอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศที่ ๕ ด้านเศรษฐกิจ ในประเด็นการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งสอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศที่ ๗ ด้านสาธารณสุข ในประเด็นระบบบริการสาธารณสุข ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

ความสัมพันธ์หรือความใกล้เคียงกับกฎหมายอื่น

ร่างกฎหมายนี้มีความสัมพันธ์หรือใกล้เคียงกับพระราชบัญญัติมาตรฐานสินค้าเกษตร พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งเปรียบได้ว่าเป็นกฎหมายที่กำกับดูแลต้นน้ำ เนื่องจากมีข้อกำหนดเกี่ยวกับมาตรฐานแหล่งเพาะปลูก เพาะเลี้ยง การประมง หรือการปศุสัตว์ รวมทั้งการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่เหมาะสมเพื่อให้ได้สินค้าเกษตรที่มีคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อนำมาเป็นวัตถุดิบในการผลิตอาหาร ดังนั้นร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ซึ่งมีข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ผลิตอาหาร ผลิตภัณฑ์อาหาร

๒ แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา ๖ เมษายน ๒๕๖๑)

แผนการปฏิรูปประเทศที่ ๓ ด้านกฎหมาย

๓.๑ การกำหนดกลไกทางกฎหมายเพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศให้ทันต่อการพัฒนาตามกระแสโลกาภิวัตน์ เช่น การทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวกับการอนุมัติ/อนุญาต เพื่ออำนวยความสะดวกในการติดต่อรายการหรือการประกอบธุรกิจ

๓.๒ การกำหนดกลไกทางกฎหมายเพื่อสร้างความเป็นธรรมและขจัดความเหลื่อมล้ำในสังคม เช่น การปรับปรุงบทกำหนดโทษทางอาญาให้เหมาะสมกับสภาพความผิดหรือการกำหนดมาตรการลงโทษให้เหมาะสมกับสถานะของผู้กระทำความผิด เพื่อมิให้บุคคลต้องรับโทษหนักเกินสมควร

แผนการปฏิรูปประเทศที่ ๕ ด้านเศรษฐกิจ

๕.๑ การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน

ระยะสั้น การเพิ่มผลิตภาพ (Productivity) เป้าหมายที่จะเพิ่มผลิตภาพโดยเฉลี่ยปีละไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓ (อุตสาหกรรมหลักที่ประเทศไทยมีความชำนาญ ๓ อุตสาหกรรมได้แก่ อุตสาหกรรมเกษตร อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและบริการ (Hospitality) และอุตสาหกรรมอาหาร)

ระยะยาว การสร้างระบบนิเวศด้านการวิจัยและนวัตกรรม เพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขันด้วยการปรับปรุง แก้ไข เพิ่มเติมมาตรการและปัจจัยเอื้อให้เกิดความสามารถของผู้ประกอบการที่เป็นกลไกสำคัญต่อการขับเคลื่อนประเทศที่สำคัญ ได้แก่ การจัดระบบนวัตกรรมแห่งชาติให้มีความเชื่อมโยงระหว่างการผลิตผลงานวิจัยและนวัตกรรมตามโจทย์ของประเทศและความต้องการใช้งานจริง

แผนการปฏิรูปประเทศที่ ๗ ด้านสาธารณสุข

๗.๔ ด้านระบบบริการสาธารณสุข

๗.๔.๒ การคุ้มครองผู้บริโภค

(๑) ทบทวน ออกแบบ โครงสร้าง กระบวนการ และกฎหมาย เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

(๓) สร้างเสริมให้ผู้บริโภคมีความรู้เท่าทัน เกี่ยวกับการคุ้มครองบริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านต่าง ๆ

การโฆษณาอาหาร รวมถึงการดำเนินการกับอาหารที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย จึงเป็นการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์
 ต่อเนื่องจากกฎหมายดังกล่าวข้างต้น

นอกจากนี้ ยังมีความใกล้เคียงกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น เช่น ยา
 เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ กล่าวคือ มีระบบการขออนุญาตสถานที่ ผลิตภัณฑ์ หรือโฆษณา
 โดยผู้ประกอบการต้องขออนุญาตก่อนการจำหน่ายก่อนออกสู่ตลาด รวมถึงมีระบบการตรวจสอบและเฝ้าระวัง
 การปฏิบัติของผู้ประกอบการ หากปฏิบัติไม่ถูกต้องจะถูกดำเนินการตามกฎหมาย เช่น พักใช้ใบอนุญาต
 เสียค่าปรับหรือถูกจำคุก

ผลการพิจารณา

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..)
 พ.ศ. โดยปรากฏผลการพิจารณา ดังนี้

หลักการและเหตุผล และสรุปสาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติ

บันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ.

หลักการ

แก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๓ ดังต่อไปนี้

(๑) ยกเลิกบทนิยามคำว่า "อาหารควบคุมเฉพาะ" "ตำรับอาหาร" และ "โรงงาน" และเพิ่มบทนิยาม
 คำว่า "วัตถุสัมผัสอาหาร" "เอกสารกำกับอาหาร" "ข้อความ" "โฆษณา" "สถานที่" "กระบวนการพิจารณา
 อนุญาตอาหาร" และ "เลขาธิการ" (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๔)

(๒) กำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจประกาศกำหนดกลุ่มอาหารโดยแบ่งเป็น
 อาหารควบคุมเฉพาะ อาหารควบคุม และอาหารจัดแจ้ง กำหนดอาหารที่ต้องประเมินความปลอดภัย
 และกำหนดหลักเกณฑ์การใช้วัตถุสัมผัสอาหาร การจำหน่ายอาหาร การขนส่ง การเก็บรักษา และการโฆษณา
 (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๖)

(๓) แก้ไขเพิ่มเติมชื่อตำแหน่งรองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา และผู้อำนวยการกอง
 กองอาหาร ในองค์ประกอบคณะกรรมการให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน รวมทั้งแก้ไขเพิ่มเติมหน้าที่และอำนาจ
 ของคณะกรรมการอาหารให้สอดคล้องกับการแก้ไขเพิ่มเติมหน้าที่และอำนาจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวง
 สาธารณสุขและผู้อนุญาต กำหนดการดำเนินงานของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่พ้นจากตำแหน่งตามวาระ
 ในระหว่างการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นใหม่ แก้ไขเพิ่มเติมเหตุในการพ้นจากตำแหน่งของกรรมการ
 ผู้ทรงคุณวุฒิ และกำหนดองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการที่แต่งตั้งเพื่อปฏิบัติการเกี่ยวกับกระบวนการ
 พิจารณาอนุญาตอาหาร (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๗ วรรคสอง มาตรา ๘ มาตรา ๙ และมาตรา ๑๐
 และเพิ่มมาตรา ๑๒ วรรคสอง)

(๔) แก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การขอรับใบอนุญาตผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับ
 การเปลี่ยนแปลงแก้ไขใบอนุญาต และกำหนดหลักเกณฑ์ในการขอผ่อนผันการต่ออายุใบอนุญาต (แก้ไขเพิ่มเติม
 มาตรา ๑๔ และมาตรา ๑๖ (๒) และเพิ่มมาตรา ๑๖/๑ และมาตรา ๑๘ วรรคสาม)

(๕) แก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การดำเนินการเกี่ยวกับการพิจารณาอาหารและกำหนดหลักเกณฑ์
 เกี่ยวกับการเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการพิจารณาอนุญาตอาหารและหลักเกณฑ์ในการติดตาม ตรวจสอบ
 หรือเฝ้าระวังอาหาร รวมทั้งกำหนดอำนาจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้มีอำนาจในการกำหนด
 อัตราค่าใช้จ่ายสูงสุดและค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บ อัตราค่าขึ้นบัญชีสูงสุดและค่าขึ้นบัญชีที่จะจัดเก็บ
 และหลักเกณฑ์ในการรับเงิน และจ่ายเงินดังกล่าว (เพิ่มหมวด ๒/๑ กระบวนการพิจารณาอนุญาตอาหาร
 มาตรา ๑๙/๑ ถึงมาตรา ๑๙/๕)

(๖) แก้ไขเพิ่มเติมให้ผู้รับอนุญาตผลิตเพื่อการส่งออกต้องจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับอาหารนั้นต่อผู้อนุญาต และต้องจัดเก็บเอกสารหรือหลักฐานเพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบรวมทั้งกำหนดห้ามจำหน่ายอาหารเพื่อการส่งออกในราชอาณาจักร (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๒๔)

(๗) กำหนดการควบคุมอาหารเสื่อมคุณภาพ แก้ไขเพิ่มเติมลักษณะของอาหารปลอมและอาหารผิดมาตรฐาน และแก้ไขเพิ่มเติมหน้าที่และอำนาจของผู้อนุญาตเกี่ยวกับการออกคำสั่งเพื่อการควบคุมอาหาร และประกาศผลตรวจสอบให้ประชาชนทราบ (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๒๕ (๔) มาตรา ๒๗ (๔) และ (๕) มาตรา ๒๘ มาตรา ๒๙ และมาตรา ๓๐ และเพิ่มมาตรา ๓๐/๑)

(๘) กำหนดมาตรการเพื่อควบคุมอาหารในแต่ละกลุ่ม โดยกำหนดให้อาหารควบคุมเฉพาะต้องขึ้นทะเบียน อาหารควบคุมต้องแจ้งรายการ และอาหารจัดแจ้งต้องจัดแจ้ง และกำหนดการขอรับใบแทนใบสำคัญของอาหารดังกล่าว รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ในการดำเนินการและการแก้ไขเปลี่ยนแปลง (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๒๒ และแก้ไขเพิ่มเติมหมวด ๕ อาหารควบคุมเฉพาะอาหารควบคุม และอาหารจัดแจ้ง มาตรา ๓๑ ถึงมาตรา ๔๒ และเพิ่มมาตรา ๔๒/๑ ถึงมาตรา ๔๒/๑๐)

(๙) กำหนดมาตรการในการควบคุมการโฆษณาอาหาร กำหนดหลักเกณฑ์การโฆษณา และกำหนดให้การโฆษณาคุณภาพ หรือสรรพคุณของอาหารต้องได้รับใบอนุญาต (เพิ่มหมวด ๕/๑ การโฆษณา มาตรา ๔๒/๑๑ ถึงมาตรา ๔๒/๑๘)

(๑๐) แก้ไขเพิ่มเติมหน้าที่และอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการยึดหรืออายัด และแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การดำเนินการกับสิ่งที่ยึดหรืออายัดไว้ (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๔๓ (๔) และ (๕) และมาตรา ๔๔ และเพิ่มมาตรา ๔๓ (๖) และมาตรา ๔๔/๑)

(๑๑) แก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการพักใช้ใบอนุญาตและการเพิกถอนใบอนุญาต (แก้ไขเพิ่มเติมหมวด ๗ การพักใช้ใบอนุญาตและการเพิกถอนใบอนุญาต มาตรา ๔๖ และเพิ่มมาตรา ๔๖/๑ ถึงมาตรา ๔๖/๓)

(๑๒) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการอุทธรณ์ (เพิ่มหมวด ๗/๑ การอุทธรณ์มาตรา ๔๖/๔ ถึงมาตรา ๔๖/๖)

(๑๓) แก้ไขเพิ่มเติมบทกำหนดโทษให้สอดคล้องกับการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายและแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การเปรียบเทียบให้เหมาะสม (แก้ไขเพิ่มเติมหมวด ๘ บทกำหนดโทษมาตรา ๔๗ ถึงมาตรา ๗๕ และเพิ่มมาตรา ๗๕/๑ ถึงมาตรา ๗๕/๒๑)

(๑๔) แก้ไขเพิ่มเติมอัตราค่าธรรมเนียมท้ายพระราชบัญญัติ

เหตุผล

โดยที่พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ มีบทบัญญัติบางประการที่เป็นข้อจำกัดในการควบคุมความปลอดภัยอาหารและการโฆษณาอาหาร สมควรแก้ไขเพิ่มเติมมาตรการควบคุมอาหารโดยกำหนดควบคุมอาหารตามระดับความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือผลกระทบต่อผู้บริโภคแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การดำเนินการเกี่ยวกับการพิจารณาอาหารและกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการโฆษณาอาหาร กำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐหรือองค์กรเอกชนทั้งในและต่างประเทศ ทำหน้าที่ในกระบวนการพิจารณาอนุญาตอาหารเพื่อให้กลไกในการพิจารณาอนุญาตมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันทางธุรกิจ ตลอดจนแก้ไขบทกำหนดโทษและอัตราค่าธรรมเนียมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาวะการณ์ปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ข้อคิดเห็นและข้อสังเกตของของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

คณะกรรมการการสาธารณสุขพิจารณาแล้ว เห็นด้วยกับการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ตามร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ซึ่งไม่กระทบต่อสถานที่ผลิตอาหารขนาดเล็ก หรือในครัวเรือน (มิใช่ทางสาธารณะ) และสถานที่จำหน่าย ณ ทางสาธารณะ หรือ Street food โดยได้รับการยกเว้น ตามที่ได้กำหนดในร่างมาตรา ๑๒ แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๑๔ แห่งร่างพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ วรรคสาม อนุมาตรา (๑) และ (๒)

ทั้งนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุขได้มีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะต่อร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ดังนี้

๑) การแก้ไขเพิ่มเติมบทนิยาม (ร่างมาตรา ๓ แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๔)

๑.๑ การยกเลิกนิยามคำว่า “อาหารควบคุมเฉพาะ” และได้กำหนดกลุ่มอาหารขึ้นใหม่ ได้แก่ ๑) “อาหารควบคุมเฉพาะ” ๒) “อาหารควบคุม” และ ๓) “อาหารจัดแจ้ง” เป็น ๓ กลุ่มอาหาร โดยกำหนดตามระดับความเสี่ยงของอาหารที่ต้องมีการควบคุมคุณภาพหรือมาตรฐานที่เข้มงวดที่แตกต่างกัน โดยกำหนดให้เป็นอำนาจของรัฐมนตรีออกประกาศเพื่อควบคุมอาหารแต่ละกลุ่ม นั้น

กรณีดังกล่าว คณะกรรมการมีข้อเสนอแนะว่า เพื่อให้การควบคุมคุณภาพหรือมาตรฐานของอาหารเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภค และเพื่อให้ประชาชน รวมถึงผู้ประกอบการมีความเข้าใจกฎหมายที่ใช้บังคับอย่างชัดเจน และสามารถปฏิบัติตามกฎหมายได้อย่างถูกต้อง จึงควรกำหนดคำนิยามของอาหารทั้ง ๓ กลุ่ม ไว้ในพระราชบัญญัติฉบับที่มีการแก้ไขเพิ่มเติมใหม่ เนื่องจากทั้ง ๓ คำดังกล่าว มิใช่คำที่มีความหมายที่ประชาชนสามารถเข้าใจได้โดยทั่วไป อีกทั้งยังเป็นการป้องกันปัญหาการตีความที่จะเกิดขึ้นภายหลังกฎหมายมีผลใช้บังคับ

อย่างไรก็ตาม ประเด็นนี้ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกามีข้อสังเกตว่า การกำหนดนิยามอาหารแต่ละกลุ่มเป็นการยากต่อการกำหนดให้ครอบคลุม เนื่องจากอาหารมีความหลากหลาย และมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน การควบคุมอาหารจะพิจารณาจากองค์ประกอบในหลาย ๆ ด้าน จึงไม่อาจกำหนดความหมายที่ชัดเจนของอาหารแต่ละกลุ่มได้ ซึ่งการกำหนดให้อำนาจรัฐมนตรีในการประกาศกำหนดอาหารแต่ละกลุ่มเพื่อให้สอดคล้องกับการควบคุมตามลักษณะของอาหารนั้น ๆ

๑.๒ การยกเลิกนิยามคำว่า “โรงงาน” และเพิ่มนิยามคำว่า “สถานที่” แทน

เห็นด้วยกับการกำหนดคำนิยามใหม่ แทนคำว่า “โรงงาน” เพื่อให้มีผลครอบคลุมโรงงานอาหารเดิมที่จะพ้นไปจากการควบคุมของกฎหมายว่าด้วยอาหาร เนื่องจากมีการแก้ไขพระราชบัญญัติโรงงาน โดยปรับขนาดโรงงานใหญ่ขึ้นมีผลให้โรงงานของผู้ผลิตอาหารเดิมที่ไม่เข้าข่ายโรงงานตามกฎหมายใหม่ไม่ต้องขออนุญาต อย่างไรก็ตาม นิยามที่กำหนดขึ้นใหม่เป็นคำว่า “สถานที่” อาจจะเป็นคำที่กว้างเกินไป และไม่ชัดเจน ซึ่งอาจทำให้ประชาชนเกิดความสับสนเกี่ยวกับสถานที่ที่มีความหลากหลาย ดังนั้น เพื่อให้คำนิยามมีความชัดเจน อาจพิจารณาใช้นิยามคำว่า “สถานที่ผลิตอาหาร” หรือคำอื่น ๆ แทนคำว่า “สถานที่” เช่น ในทางสากลโดย Codex (คณะกรรมการโครงการมาตรฐานอาหารสากล) ใช้คำว่า “Premises for Food Production” ซึ่งหมายถึง สถานที่ผลิตอาหาร อีกทั้งมีการใช้คำว่า “Food Establishment” ด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้มีความชัดเจนว่าเป็นสถานที่ผลิตอาหาร หรือสถานประกอบการด้านอาหาร

๒) การกำหนดมาตรการควบคุมสถานที่ผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย (ร่างมาตรา ๑๒ แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๑๔)

ร่างมาตรา ๑๒ แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๑๔ วรรค ๓ ได้กำหนดยกเว้นสถานที่ผลิตอาหารที่จะไม่อยู่ภายใต้บังคับหรือการควบคุมตามร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ กรณีดังกล่าว ควรกำหนดความชัดเจนเกี่ยวกับสถานที่ผลิตอาหารที่จะได้รับการยกเว้น โดยมีให้หมายความรวมถึงสถานที่ผลิตในขั้นต้นที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (มกอช.) และมีให้เกิดความทับซ้อนกันโดยให้มีการยกเว้นไว้เช่นเดิมตามที่เคยยกเว้นมาก่อน เช่น สถานที่ผลิตอาหารด้านการเกษตรขั้นต้น ฟาร์ม โรงสี การแปรรูปผลิตภัณฑ์การเกษตร ศูนย์รับนมดิบ หรือสถานที่ผลิตอาหารด้านการเกษตรขั้นต้นของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้ การออกประกาศรัฐมนตรีจะต้องมีการทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทางที่ชัดเจนก่อนด้วย

กรณีดังกล่าว คณะกรรมาธิการจึงมีความเห็นเสนอแก้ไขเพิ่มเติมร่างมาตรา ๑๒ แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๑๔ วรรคสาม เป็นดังนี้ “ความในวรรคหนึ่ง มิให้ใช้บังคับแก่การผลิตอาหารในสถานที่ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ และสถานที่ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้ ฯลฯ.....”^๓

๓) การจัดเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ยื่นคำขอ (ร่างมาตรา ๑๗ เพิ่มร่างมาตรา ๑๙/๑) และการแก้ไขเพิ่มเติมค่าธรรมเนียมท้ายพระราชบัญญัติ (ร่างมาตรา ๓๓)

การจัดเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ยื่นคำขอ ตามร่างมาตรา ๑๙/๑ วรรคสอง และค่าธรรมเนียมท้ายพระราชบัญญัติ อาจส่งผลให้ผู้ผลิตหรือผู้ประกอบการมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และจะส่งผลกระทบต่อต้นทุนการผลิต รวมถึงการแข่งขันทางการค้า ซึ่งจะนำมาสู่ผลกระทบต่อผู้บริโภคด้วย ดังนั้น จึงควรกำหนดให้การจัดเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ยื่นคำขอและค่าธรรมเนียมโดยคำนึงถึงผลกระทบต่อภาระของผู้ประกอบการ ต้นทุนการผลิต การแข่งขัน และผลกระทบต่อผู้บริโภค รวมถึงศักยภาพของผู้ยื่นคำขอในการเสียค่าใช้จ่าย และค่าธรรมเนียม โดยควรจัดเก็บในอัตราที่เหมาะสม และควรกำหนดยกเว้นให้กับผู้ประกอบการด้านสินค้าเกษตร หรือวิสาหกิจชุมชนตามที่เคยปฏิบัติมา หรือมีการจัดเก็บจากผู้ประกอบการรายย่อยในอัตราที่เหมาะสม และไม่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการประกอบการ โดยเห็นชอบด้วยในการกำหนดเป็นอัตราขึ้นบันไดตามขนาดของกิจการ

^๓ มาตรา ๑๒ ให้ยกเลิกความในมาตรา ๑๔ แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"มาตรา ๑๔ ห้ามมิให้ผู้ใดผลิตอาหารเพื่อจำหน่ายในสถานที่ใด ๆ เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขออนุญาตและการออกใบอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

ความในวรรคหนึ่ง มิให้ใช้บังคับแก่การผลิตอาหารในสถานที่ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด และสถานที่ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

(๑) อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้ที่หรือทางสาธารณะ ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ และจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่ายโดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือนำไปบริโภคที่อื่นก็ตาม เว้นแต่เป็นการผลิตอาหารควบคุมเฉพาะ อาหารควบคุม หรืออาหารจัดแจ้ง แล้วแต่กรณีที่ใช้เครื่องจักรมีกำลังรวมทั้งแต่ห้าแรงม้าหรือกำลังเทียบเท่าตั้งแต่ห้าแรงม้าขึ้นไป หรือใช้คนงานตั้งแต่เจ็ดคนขึ้นไปโดยใช้เครื่องจักรหรือไม่ก็ตามให้ขอรับใบอนุญาตตามวรรคหนึ่งด้วย

(๒) สถานที่จำหน่ายอาหาร ณ ที่หรือทางสาธารณะ"

ทั้งนี้ ในกระบวนการพิจารณาอนุญาตอาหารที่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญหรือองค์กรผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบเอกสารวิชาการ ควรพิจารณาใช้ผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐหรือองค์กร เอกชนในประเทศเป็นลำดับแรก เว้นแต่เป็นกรณีที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญหรือองค์กรผู้เชี่ยวชาญในประเทศ ที่จะพิจารณาเรื่องดังกล่าวจึงอาจพิจารณาใช้ผู้เชี่ยวชาญหรือองค์กรผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ

๔) การกำหนดเงื่อนไขกรณีการผลิตอาหารเพื่อส่งออกไปจำหน่ายนอกราชอาณาจักร (ร่างมาตรา ๑๙ แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๒๔)

การกำหนดเงื่อนไขการผลิตอาหารเพื่อการส่งออกไปจำหน่ายนอกราชอาณาจักร ตามร่าง มาตรา ๑๙ แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๒๔ วรรคหนึ่ง และวรรคสอง^๔ โดยกำหนดให้การผลิตอาหารเพื่อส่งออก ต้องจัดทำข้อมูลการส่งออก รวมทั้งจัดเก็บเอกสารหรือหลักฐานเกี่ยวกับข้อกำหนดของประเทศผู้ซื้อหรือผู้สั่งซื้อ เพื่อแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่เมื่อร้องขอ กรณีดังกล่าวพิจารณาได้ว่า การจัดเก็บเอกสารหรือหลักฐาน รวมถึงการจัดทำข้อมูลการส่งออก เป็นประโยชน์ต่อผู้ประกอบการกรณีที่อาหารที่ส่งออกนั้นถูกส่งกลับ เพื่อให้มีข้อมูลประกอบการพิจารณาว่า จะนำผลิตภัณฑ์อาหารนั้นมาจำหน่ายในประเทศตามมาตรฐาน ในประเทศหรือนำไปใช้ประโยชน์ในทางอื่นใดได้บ้าง อย่างไรก็ตาม เพื่อเป็นการลดภาระของผู้ประกอบการ และลดความซ้ำซ้อนเกี่ยวกับการจัดทำข้อมูล และการจัดเก็บเอกสารหรือหลักฐานในกรณีที่เป็นบทบาท ตามภารกิจของหน่วยงานอื่น เช่น หน่วยงานภายในกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เกี่ยวกับการผลิตสินค้า การเกษตร ซึ่งได้มีการจัดทำและจัดเก็บเอกสารดังกล่าวอยู่แล้ว ดังนั้น การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในประกาศควรต้องมีการหารือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อมิให้เกิดความซ้ำซ้อน ในการดำเนินการ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง มิให้นำไปสู่การรับโทษตามกฎหมายที่เกิดจากแนวทางการปฏิบัติไม่ชัดเจน

๕) มาตรการควบคุมการโฆษณา (ร่างมาตรา ๒๕ เพิ่มหมวด ๕/๑ การโฆษณา มาตรา ๔๒/๑๑ - ๔๒/๑๘)

การเพิ่มหมวดว่าด้วยการโฆษณาเพื่อให้มีการควบคุมการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารจากสื่อต่าง ๆ ในปัจจุบัน ซึ่งมีการโฆษณาเกินจริง และหลอกลวงผู้บริโภค จึงได้มีการกำหนดลักษณะการกระทำความผิด และกำหนดโทษที่สูงขึ้นให้เหมาะสมกับความร้ายแรงแห่งพฤติการณ์ ในปัจจุบัน นั้น มาตรการที่กำหนด ดังกล่าวจะเพียงพอต่อการป้องปรามการกระทำความผิดเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ทั้งนี้ ควรมีการติดตามผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายภายหลังที่มีการบังคับใช้ต่อไป รวมถึงการประเมินผลสัมฤทธิ์ ของการบังคับใช้มาตรการควบคุมการโฆษณาตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอางและกฎหมายว่าด้วยเครื่องมือ แพทย์ ซึ่งมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการโฆษณาในลักษณะเดียวกัน เพื่อเป็นแนวทางประกอบการพิจารณากฎหมาย ต่อไป

^๔ มาตรา ๑๙ ให้ยกเลิกความในมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"มาตรา ๒๔ เพื่อประโยชน์ในการส่งออก ผู้รับอนุญาตผลิตจะผลิตอาหารเพื่อส่งออกไปจำหน่าย นอกราชอาณาจักรได้ โดยมีคุณภาพหรือมาตรฐาน การใช้วัตถุเจือปนอาหารการใช้ภาชนะบรรจุ การแสดงฉลาก หรือ รายละเอียดอื่น ๆ ตามมาตรฐานของต่างประเทศหรือมาตรฐานระหว่างประเทศ โดยต้องจัดเก็บเอกสาร หรือหลักฐานเกี่ยวกับข้อกำหนดของประเทศผู้ซื้อหรือผู้สั่งซื้อ เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ รวมทั้งจัดให้มี การทำข้อมูลการส่งออกเก็บรักษาไว้และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ร้องขอ

การจัดทำข้อมูลการส่งออกและการจัดเก็บเอกสารหรือหลักฐานตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่เลขาธิการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่ายอาหารที่ผลิตเพื่อการส่งออกตามวรรคหนึ่งในราชอาณาจักร"

๖) การชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตแทนการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต

เนื่องจากมีพระราชกฤษฎีกาการกำหนดให้ผู้รับใบอนุญาตชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตแทนการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งออกตามความในมาตรา ๑๒^๕ แห่งพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งได้นำมาใช้กับกฎหมายหลายฉบับที่มีการต่ออายุใบอนุญาต ตามบัญชีท้ายพระราชกฤษฎีกาดังกล่าว เช่น พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘ กำหนดให้ใช้เกี่ยวกับใบรับจดทะเบียนการผลิตเพื่อขายเครื่องสำอาง ทั้งนี้ หากมีการนำพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวมาใช้ จะเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ประกอบการสามารถดำเนินกิจการได้ต่อเนื่อง โดยให้มีการชำระค่าธรรมเนียมแทนการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต อีกทั้ง ยังกำหนดให้สามารถชำระค่าธรรมเนียมได้หลายช่องทางที่สะดวกรวดเร็ว ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรพิจารณาการนำพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวมาใช้ในการต่ออายุใบอนุญาตในกรณีที่สามารถดำเนินการได้ เช่น การต่ออายุใบอนุญาตที่ไม่กระทบต่อความปลอดภัยของผู้บริโภค หรือกรณีที่ไม่มีความเสี่ยงที่ต้องมีการตรวจสอบมาตรฐาน หรือเอกสารใด ๆ เพิ่มเติมและสามารถต่ออายุใบอนุญาตได้ทันที เป็นต้น

๗) โทษปรับ

เนื่องจากปัจจุบันได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยการปรับเป็นพินัย พ.ศ. ซึ่งมีหลักการสำคัญที่รัฐธรรมนูญ มาตรา ๗๗ ได้บัญญัติให้รัฐพึงกำหนดโทษเฉพาะความผิดร้ายแรง จึงมีการจัดทำร่างกฎหมายว่าด้วยปรับเป็นพินัย โดยให้เป็นกฎหมายกลางในการพิจารณาและกำหนดมาตรการสำหรับผู้ที่ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายที่มีโทษความผิดร้ายแรงให้ชำระเงินค่าปรับตามที่กำหนด โดยเปลี่ยนสภาพบังคับมิให้เป็นโทษทางอาญา ซึ่งมาตรการดังกล่าวเรียกว่า “การปรับเป็นพินัย” ดังนั้น เนื่องจากร่างพระราชบัญญัติอาหารฉบับนี้ ได้กำหนดให้มีโทษปรับสถานเดียวหรือที่ให้เปรียบเทียบปรับได้ ดังนั้น เมื่อกฎหมายว่าด้วยการปรับเป็นพินัยมีผลใช้บังคับ ควรพิจารณาว่าจะนำมาใช้กับกฎหมายว่าด้วยอาหารกรณีใดบ้าง เช่น กรณีโทษปรับสถานเดียว หรือกรณีโทษจำคุกไม่เกิน ๑ ปีที่ให้เปรียบเทียบปรับได้

^๕พระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘

“มาตรา ๑๒ ในกรณีที่กฎหมายกำหนดอายุใบอนุญาตไว้ และกิจการหรือการดำเนินการที่ได้รับใบอนุญาตนั้นมีลักษณะเป็นกิจการหรือการดำเนินการที่เห็นได้ว่าผู้ได้รับใบอนุญาตจะประกอบกิจการหรือดำเนินการนั้นต่อเนื่องกัน คณะรัฐมนตรีจะกำหนดให้ผู้รับใบอนุญาตชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายนั้น ๆ แทนการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก็ได้ และเมื่อหน่วยงานซึ่งมีอำนาจออกใบอนุญาตได้รับค่าธรรมเนียมดังกล่าวแล้ว ให้ออกหลักฐานการต่ออายุใบอนุญาตให้แก่ผู้รับใบอนุญาตโดยเร็ว และให้ถือว่าผู้รับใบอนุญาตได้รับการต่ออายุใบอนุญาตตามกฎหมายนั้น ๆ แล้ว

การกำหนดให้ผู้รับใบอนุญาตชำระค่าธรรมเนียมต่ออายุใบอนุญาตแทนการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตตามวรรคหนึ่งให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา ในพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวให้ระบุชื่อพระราชบัญญัติและประเภทของใบอนุญาตตามพระราชบัญญัติดังกล่าวที่ผู้รับใบอนุญาตอาจดำเนินการตามวรรคหนึ่งได้

ก่อนตราพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสอง ให้คณะรัฐมนตรีส่งร่างพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวให้สภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเป็นเวลาไม่น้อยกว่าสามสิบวัน เมื่อพ้นกำหนดเวลาดังกล่าวแล้ว หากสภาผู้แทนราษฎรหรือวุฒิสภาได้มีมติทักท้วง ให้นำความกราบบังคมทูลเพื่อทรงตราพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวต่อไป

ให้เป็นหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการที่จะหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการออกใบอนุญาต เพื่อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในการดำเนินการตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง”

๘) ความจำเป็นเร่งด่วนของการใช้บังคับร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ.

สืบเนื่องจากการแก้ไขกฎหมายว่าด้วยโรงงานโดยปรับขนาดโรงงานใหญ่ขึ้นมีผลให้ผู้ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานตามกฎหมายใหม่ไม่ต้องขออนุญาต จึงควรผลักดันให้ร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. มีผลใช้บังคับโดยเร็ว เพื่อมิให้เกิดช่องว่างในการควบคุมความปลอดภัยของอาหาร และเพื่อให้การกำกับดูแลสถานที่ผลิตอาหารตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ครั้งที่ ๓๓/๒๕๖๔

๒.๓ พิจารณาความคืบหน้ากฎหมายลำดับรองด้านสาธารณสุข

คณะกรรมการได้มีการพิจารณาศึกษาและติดตามความคืบหน้าในการบังคับใช้ประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ๒๘) พ.ศ. ๒๕๖๔ ตามมาตรา ๓๐๑ และมาตรา ๓๐๕ การประเมินผลสัมฤทธิ์และการบังคับใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ รวมทั้งความคืบหน้าในการออกกฎหมายลำดับรองที่ออกตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ตลอดจนปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผลการพิจารณา

ผู้แทนกรมอนามัย

การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้ดำเนินการตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยภาพรวม ดังนี้

สถานการณ์อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๓ - ๒๕๖๓ พบว่า มีอัตราการคลอดสูงสุดอยู่ในช่วงปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๕ คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๔ ต่อ ๑,๐๐๐ คน จากนั้น มีอัตราการลดลงต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งเป็นช่วงเริ่มใช้บังคับกฎหมาย คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๕ และโดยมีแนวโน้มไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในปี ๒๕๖๓ พบที่อัตราร้อยละ ๒๘.๗ ทั้งนี้ เป้าหมายตามยุทธศาสตร์ต้องการให้อัตราไม่เกินร้อยละ ๒๕ ต่อ ๑,๐๐๐ คน ภายในปี ๒๕๖๙ ซึ่งคาดการณ์ว่าจะดำเนินการได้ก่อนเป้าหมาย โดยจากเดิมมีอัตราวัยรุ่นคลอดสูงสุดปีละ ๑๒๐,๐๐๐ คน มีอัตราการลดลงมากซึ่งพบว่า ในปี ๒๕๖๓ เหลือเพียงไม่ถึง ๘๐,๐๐๐ คน อันเป็นผลสืบเนื่องจากการใช้บังคับกฎหมายดังกล่าวผ่านกลไกต่าง ๆ ได้แก่

๑. คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการแต่งตั้ง ประกอบด้วย ๑) คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐาน กฎกระทรวง ระเบียบ และแนวทางปฏิบัติ ๒) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ ๓) คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ มีการตั้งคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาอิสระ ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๒. บทบาทภารกิจตามกฎหมาย ภายใต้กระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๓. กฎกระทรวง (๕ ฉบับ ออกครบแล้ว)

๔. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

๕. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙

ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ โดยการดำเนินงานดังกล่าวสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ในประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - พ.ศ. ๒๕๖๙ มีเป้าหมายภายในปี ๒๕๖๙ ให้อัตราการคลอดในหญิงอายุระหว่าง ๑๐ - ๑๔ ปี ไม่เกิน ๐.๕ ต่อ ๑,๐๐๐ คน (ปัจจุบัน ๑ ต่อ ๑,๐๐๐) และอัตราการคลอดในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ไม่เกิน ๒๕ ต่อ ๑,๐๐๐ คน (ปัจจุบัน ๒๘ ต่อ ๑,๐๐๐)

จากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะครึ่งแผน พ.ศ. ๒๕๖๔ จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

ระดับพื้นที่

๑. ส่งเสริมให้สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามีระบบคัดกรองในสถานศึกษากลุ่มเสี่ยงได้ก่อนที่จะเกิดปัญหาการตั้งครรรภ์

๒. ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น

๓. พัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาล

๔. ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข และด้านการศึกษาเพื่อเข้าถึงพ่อแม่วัยรุ่นที่ต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมอย่างทั่วถึง

๕. สนับสนุนบทบาทและกลไกการดำเนินงานของสภาเด็กและเยาวชนทุกระดับในด้านการเฝ้าระวังปัญหาการตั้งครรรภ์ไม่พร้อม

ระดับประเทศ

๑. สนับสนุนให้ทุกยุทธศาสตร์ดำเนินการทบทวนตัวชี้วัดสำคัญที่เหมาะสมและสามารถจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดได้จริง

๒. กำหนดเครื่องมือกลางในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละตัวชี้วัด

๓. เร่งรัดการขยายเครือข่ายสถานบริการที่รองรับการยุติการตั้งครรรภ์ที่ปลอดภัยภายใต้กฎหมายและข้อบังคับของแพทยสภา

๔. การส่งเสริมให้วัยรุ่นในสถาบันอุดมศึกษาทุกสาขาได้รับการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต

๕. การส่งเสริมการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่นที่ได้รับสวัสดิการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดให้ได้รับการดูแล

การขับเคลื่อนงานภายใต้กฎหมาย

๑. การขับเคลื่อนกลไกการทำงานตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ดังนี้

- การประชุมคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการคณะต่าง ๆ
- การส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน
- การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ
- งานวางแผนครอบครัว
- การส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต

การประเมินผลสัมฤทธิ์พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น

พ.ศ. ๒๕๕๙

๑) คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น มีมติรับทราบ เห็นชอบเรื่อง การประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ทั้งนี้ เพื่อให้ระยะเวลาการประเมินครอบคลุมทั้งกฎหมายหลักและกฎหมายลูกของกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ทยอยออกมาในแต่ละปี

๒) คณะอนุกรรมการพัฒนากฎหมาย กฎกระทรวง ระเบียบ และแนวปฏิบัติ มีมติให้หน่วยงาน ๖ กระทรวง ประเมินผลสัมฤทธิ์ในภารกิจของกระทรวงนั้น ๆ ได้แก่

- กระทรวงศึกษาธิการ ตามมาตรา ๖
- กระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรา ๗

- กระทรวงแรงงาน ตามมาตรา ๘
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตามมาตรา ๙
- กระทรวงมหาดไทย ตามมาตรา ๑๐

การเตรียมการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย ได้จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อรองรับการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย ในวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๕ โดยเชิญผู้รับผิดชอบภารกิจ ๖ กระทรวงหลัก และผู้แทนคณะกรรมการกฤษฎีกาให้ความเห็น โดยสาระสำคัญของการประชุมเพื่อทบทวนและกำหนดแนวทางการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายทั้งหมดทั้งระดับพระราชบัญญัติและกฎกระทรวงที่กระทรวงต่าง ๆ รับผิดชอบ ทั้งในด้านการตรวจสอบเนื้อหาของกฎหมาย และการวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมาย รวมถึงการรับฟังความคิดเห็น เพื่อจัดทำเป็นรายงานการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย

นอกจากนี้ ได้พิจารณาแผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อขับเคลื่อนงานผ่านการประชุมคณะกรรมการคณะต่าง ๆ รวมทั้งการจัดเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย การจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาในวัยรุ่นระดับชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐

๒. การส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ได้ขับเคลื่อนมาตรฐานโครงการ YFHS (Youth Friendly Health Services) ในประเทศไทย ซึ่งได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๔๒ เกี่ยวกับการส่งเสริมและสนับสนุนให้จังหวัดดำเนินการจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ซึ่งปัจจุบันได้พัฒนาเป็นแอปพลิเคชัน YFHS

๓. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ได้ดำเนินงานผ่านโครงการ “อำเภออนามัยเจริญพันธุ์” โดยเน้นการประสานงานระหว่างพื้นที่กับโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการพัฒนาเป็นแอปพลิเคชัน เพื่อให้สะดวกต่อการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

๔. งานวางแผนครอบครัว มีแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๕ ดังนี้

- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการยาฝังคุมกำเนิดแก่ศูนย์อนามัย (๕ รุ่น)
- สนับสนุนการอบรมพื้นฐานความรู้วางแผนครอบครัวสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (๕ รุ่น)
- กิจกรรม Broadcast Women's Health Class ให้ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่

บุคลากรทางการแพทย์แบบออนไลน์ (๑ ครั้ง)

- กิจกรรม Road Show "Young Love รักเป็นปลอดภัย" ในสถาบันการศึกษา และสถานประกอบการ (๒ ครั้ง)

- ผลิตคู่มือการให้บริการยาฝังคุมกำเนิดสำหรับผู้ให้บริการ
- หารือปัญหาการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดกึ่งถาวรของหน่วยบริการ

นอกจากนี้ การสนับสนุนค่าบริการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดให้เป็นสิทธิค่าบริการเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ดังนี้

๑) การให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในหญิงไทยที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ทุกสิทธิการรักษาที่อยู่ในภาวะหลังคลอด หรือหลังแท้ง หรือต้องการคุมกำเนิด

๒) บริการห่วงอนามัยจ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๘๐๐ บาทต่อราย

๓) บริการยาฝังคุมกำเนิดจ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๒,๕๐๐ บาทต่อราย

รายงานผลการให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ - ปัจจุบัน มีวัยรุ่นได้รับบริการกว่า ๒๐๐,๐๐๐ ราย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง

๕. การส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต พบว่า ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ได้ดำเนินงานร่วมกับ UNFPA, UNICEF กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยร่วมกันพัฒนาแอปพลิเคชัน “TEEN CLUB” เพื่อให้วัยรุ่นศึกษาหาความรู้ ประสานความร่วมมือ เพื่อให้การช่วยเหลือ ส่งต่อวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง หรือที่ประสบปัญหาที่สามารถช่วยเหลือวัยรุ่นได้อย่างแท้จริง

ความคืบหน้าการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ๒๘) พ.ศ. ๒๕๖๔ (กฎหมายทำแท้งฉบับใหม่) เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจะต้องออกประกาศกระทรวง เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการตรวจและการปรึกษาทางเลือก ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๕ (๕) รวมทั้งได้มีการตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกฎหมายดังกล่าว โดยได้มีการจัดประชุมหารือเพื่อยกร่างประกาศดังกล่าว ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การรับฟังความคิดเห็น ซึ่งอยู่ระหว่างกระบวนการจัดทำเพื่อนำไปสู่การประกาศใช้ต่อไป

แผนการดำเนินงานในระยะต่อไป

- ขับเคลื่อนการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือก ในการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา ๓๐๕ (๕) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ.

- พัฒนาแนวทางการพัฒนาระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาผ่านระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine Model)

- ประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ๒๘) พ.ศ. ๒๕๖๔

- สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ความรอบรู้ ตามมาตรา ๓๐๑ และ มาตรา ๓๐๕ ดังกล่าว

ทั้งนี้ ภายหลังจากพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคารตั้งครรภ์ในวัยรุ่นใช้บังคับในปี ๒๕๕๙ และออกอนุบัญญัติครบทุกหน่วยงานแล้วในปี ๒๕๖๒ นับเป็นเวลากว่า ๒ ปี นั้น ในการใช้บังคับกฎหมายไม่มีปัญหาในทางปฏิบัติ และสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น มีเพียงอนุบัญญัติของกระทรวงต่าง ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข ที่ออกมาสามารถใช้บังคับได้ดี แต่มีบางหน่วยบริการที่ไม่ทราบข้อมูล การเปลี่ยนแปลงบทกำหนดจึงไม่ถูกนำไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้น จึงมีการสื่อสารสร้างความเข้าใจเพิ่มขึ้น ส่วนอนุบัญญัติของกระทรวงศึกษาธิการ ได้เสนอแนะให้แก้ไขเกี่ยวกับการศึกษาต่อของนักเรียนที่ตั้งครรภ์ ในประเด็นเกี่ยวกับความสมัครใจหรือไม่สมัครใจ ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการได้ดำเนินการในประเด็นดังกล่าวแล้ว

การประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย สำหรับกรณีวัยรุ่นตั้งครรภ์ กรมอนามัยมีข้อมูลการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยสอบถามวัยรุ่นที่ตรวจหลังคลอดเกี่ยวกับสถานะการศึกษาตั้งแต่ก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ พบว่า อายุระหว่าง ๑๐ - ๑๔ ปี ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระบบการศึกษา ส่วนอายุระหว่าง ๑๕ - ๑๙ ปี ร้อยละ ๕๐ ยังอยู่ในระบบการศึกษา และหลังคลอดได้กลับไปเรียนต่อที่เดิม ร้อยละ ๒๐ - ๓๐ ส่วนอื่นย้ายโรงเรียน หรือไปเรียนการศึกษานอกโรงเรียน ดังนั้น โดยส่วนใหญ่ร้อยละ ๕๐ - ๖๐ ออกไปเลี้ยงดูบุตร ทั้งนี้ ในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการได้แชร์ข้อมูลร่วมกันเกี่ยวกับข้อมูลเด็กนักเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษากับข้อมูลการเข้ารับบริการในกระทรวงสาธารณสุขของเด็กนักเรียนตั้งครรภ์ โดยเชื่อมโยงกับชั่วโมงการเรียนว่า เด็กที่คลอดแล้วสามารถกลับไปเรียนที่เดิมหรือไม่ และจำนวนเท่าใด ซึ่งอยู่ในระหว่างการเริ่มดำเนินการเชื่อมข้อมูลได้ไม่เกิน ๒ ปี จึงต้องรอรระยะเวลาที่จะสามารถ

ประมวลผลเพื่อวิเคราะห์ที่ชัดเจน และจะได้นำเรียนต่อคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่นพิจารณาต่อไป

สำหรับรายงานอัตราคลอดกับอัตราการตั้งครรภ์ พบว่า อัตราคลอด โดยส่วนใหญ่ พบว่า
เป็นการคลอดในระบบโรงพยาบาล จึงทำให้ข้อมูลมีความแน่นอน ส่วนสาเหตุที่ไม่สามารถรายงานอัตรา
การตั้งครรภ์ได้ชัดเจนเนื่องจากการยุติการตั้งครรภ์มีสาเหตุที่สำคัญ ดังนี้ ๑) การคลอด ๒) การยุติ
การตั้งครรภ์ในระบบ และ ๓) ยุติการตั้งครรภ์นอกระบบ หรือทำแท้งเถื่อน ซึ่งไม่มีรายงานต่อกระทรวง
สาธารณสุข ดังนั้น จึงไม่สามารถประเมินผลได้ชัดเจน

ผู้แทนกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว

ตามที่ได้มีพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ๒๘) พ.ศ. ๒๕๖๔ (กฎหมาย
ทำแท้งฉบับใหม่) กรมฯ ได้มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านการส่งเสริมบทบาท
ครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบการในการเลี้ยงดู สร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารด้านสุขภาวะ
ทางเพศของวัยรุ่นภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙
ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยอาศัยบทบาทของครอบครัว ชุมชน
และสถานประกอบการให้มีส่วนร่วมในการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศต่อวัยรุ่นอย่างเหมาะสม ทั้งด้าน
การสื่อสารทางเพศเชิงบวก การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และแหล่งข้อมูลหน่วยงานที่ให้คำปรึกษา
อนามัยเจริญพันธุ์ และจัดสวัสดิการสังคม

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ ๒ มีการขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ กรมอนามัย
กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
มูลนิธิแพथทูเฮลท์ สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานแพทย์ สำนักงานพัฒนาสังคม
กรุงเทพมหานคร สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย กรมประชาสัมพันธ์ การศึกษานอกโรงเรียน
คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ และกระทรวงดิจิทัล
เพื่อเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีการดำเนินงาน ดังนี้

มาตรการเชิงป้องกัน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์
ที่ปลอดภัย การส่งเสริมความเสมอภาค ทักษะคิดที่สมดุลระหว่างคุณค่าความเป็นมนุษย์ ศักยภาพและบทบาท
ของหญิงชายและเพศทางเลือก เจตคติทางเพศที่ไม่ยึดติดต่อเพศใดเพศหนึ่ง โรงเรียนครอบครัวสอนทักษะ
การสื่อสาร และจัดบริการที่เป็นมิตร โดยระบบไลน์เพื่อนครอบครัว/www.เพื่อนครอบครัว.com
เพื่อให้คำปรึกษาสำหรับทุกคน/ครอบครัว ผ่านการตั้งกระทู้ถามตอบ โดยมีผู้เชี่ยวชาญจากเครือข่าย เช่น
ศูนย์ช่วยเหลือสังคม สายด่วน ๑๓๐๐ กรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว
กรมการจัดหางาน กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัย มูลนิธิส่งเสริม
ความเสมอภาคทางสังคม สถาบันส่งเสริมบทบาทพ่อแม่เพื่อสังคม สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย
สมาคมจิตวิทยาการศึกษา สมาคมบัณฑิตสตรีทางกฎหมายแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์
สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายนักสังคมวิชาชีพจิตอาสา โดยมาให้คำตอบกับผู้ใช้บริการ
ในเว็บไซต์

นอกจากนี้ ระบบแอปพลิเคชันดังกล่าว ได้มีการให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารด้านองค์ความรู้สำหรับ
สตรีและครอบครัวตามวงจรชีวิต มีผู้สนใจเข้ามาค้นหาความรู้มากที่สุด คือ การเตรียมความพร้อม
การมีครอบครัว พ่อแม่มือใหม่ ครอบครัวที่มีลูกวัยรุ่น ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ครอบครัวกับการรับมือ
กับการรับปัญหาเฉพาะหน้า ตามลำดับ และปัจจุบันมีผู้เข้ามาขอรับคำปรึกษา/ตั้งกระทู้กว่า ๕๗๔ กระทู้
ในประเด็นปัญหาที่หารือมากที่สุด คือ สัมพันธภาพในครอบครัว เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ การไม่เข้าใจกัน

ในครอบครัว จำนวนกว่า ๒๐๐ ครัว ความระแวงในครอบครัว ๔๕ ครัว ปัญหาแม่เลี้ยงเดี่ยว การใช้จ่ายในครอบครัว แม่วัยรุ่น ความรักในวัยรุ่น ปัญหาลูกติดเกมส์ ติดการพนัน สมาชิกในครอบครัว ซึมเศร้า และอื่น ๆ

แผนพัฒนาระบบแอปพลิเคชันเพื่อนครอบครัว/แฟมมีลีโตน ระยะที่ ๒ – ๓ ประกอบด้วย

๑. พัฒนาเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ตามวงจรชีวิตครอบครัว โดยพัฒนาเป็นระบบ E-learning ในหลักสูตรการเตรียมความพร้อมพ่อแม่มือใหม่ และหลักสูตรการเลี้ยงดูลูกวัยรุ่น
๒. พัฒนาเป็นศูนย์กลางในให้คำปรึกษาและประสานการให้ความช่วยเหลือสำหรับครอบครัว
๓. พัฒนาระบบให้ใช้งานได้ง่ายเพื่ออำนวยความสะดวกการใช้งาน เช่น การลงทะเบียนขอรับคำปรึกษาสำหรับประชาชน

กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวได้จัดให้มีพื้นที่สร้างสรรค์ พื้นที่เรียนรู้ โดยจัดทำเป็นห้องเรียนพ่อแม่ เป็นการสื่อสารเชิงบวก/เรื่องเพศ สำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง/วัยรุ่น รวมทั้งการปรับปรุงหลักสูตรห้องเรียนพ่อแม่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งได้การเปิดห้องเรียนพ่อแม่ในพื้นที่แล้ว ๑๒ จังหวัด และมีสื่อพัฒนาเพจให้พ่อแม่ได้พูดคุยกับบุตรหลานอย่างปลอดภัย โดยมีองค์ความรู้ต่าง ๆ มาไว้ในเพจ เช่น การรู้เท่าทันเกี่ยวกับสื่อต่าง ๆ รวมถึงถ้อยคำยามีย ยาคุมกำเนิด โดยกระจายไปสู่สถานประกอบการ ในโรงงานด้วย

มาตรการระหว่างรอคลอดหรือหลังคลอด ในกรณีท้องไม่พร้อมและไม่สามารถเลี้ยงดูลูกได้ กรมกิจการเด็กและเยาวชน จะดูแลผ่านกลไกบ้านพักเด็กและครอบครัว ซึ่งมีในทุกจังหวัดรวม ๗๖ แห่ง โดยสามารถรับทั้งแม่ที่ตั้งครรภ์ไปดูแลจนคลอดได้ มีการให้แม่ตรวจครรภ์ตามกำหนด เมื่อคลอดแล้วส่งเสริมให้แม่ให้นมลูกอย่างน้อย ๓ เดือน เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแม่ต่อลูกและเกิดความผูกพันที่ต้องการดูแลลูกต่อเนื่องไปในอนาคต และกลับมารับลูกไปดูแลเมื่อมีความพร้อม โดยกรณีดังกล่าว แม่จะทำสัญญามอบลูกให้อยู่ในความดูแลของกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ชั่วคราว สำหรับกรณีที่แม่ไม่สามารถที่จะดูแลลูกได้เลย ก็จะทำให้แม่ทำสัญญายกให้สถานสงเคราะห์ โดยกรณีดังกล่าวอาจมีบริการจัดหาครอบครัวให้เด็กต่อไป นอกจากนี้ กรณีท้องไม่พร้อมที่แม่ต้องการเลี้ยงดูลูก ได้มีเงินสนับสนุนสงเคราะห์ จัดที่พักอาศัยชั่วคราวในบ้านพักเด็กและครอบครัว หรือหากต้องการฝึกอาชีพ กรมกิจการสตรีฯ มีบริการดังกล่าวให้

สำหรับการให้ความช่วยเหลือกรณีต้องการยุติการตั้งครรภ์ตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ๒๘) พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งได้แก้ไขมาตรา ๓๐๑ และมาตรา ๓๐๕ กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ให้การช่วยเหลือประสานส่งต่อการยุติการตั้งครรภ์ หรือการให้คำปรึกษาทางเลือกโดยให้ข้อมูลเครือข่ายที่ให้บริการปลอดภัย ให้คำปรึกษาผ่านศูนย์ให้คำปรึกษาต่าง ๆ ทั้ง ๗๗ จังหวัด ผ่านระบบ ๑๓๐๐ หรือแอปพลิเคชัน รวมถึงการนำพาเข้าไปเข้ารับความช่วยเหลือ นอกจากนี้ มีมาตรการเกี่ยวกับการช่วยเหลือสวัสดิการสังคมเพื่อช่วยประคับประคองหญิงที่ตั้งครรภ์ต่อ เช่น สวัสดิการด้านการศึกษา การฝึกอาชีพ บริการรับเลี้ยงเด็ก บริการครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวอุปถัมภ์ ครอบครัวบุญธรรม

ผู้แทนแพทยสภา

ตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ๒๘) พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยได้แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๓๐๕ ซึ่งกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไม่มีความผิดเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ แพทยสภาจึงได้ออกข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔ โดยนำมาช่วยขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และผู้ให้บริการ ทั้งด้านการจะยุติการตั้งครรภ์ การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับดูแล

การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น ซึ่งยังมีจำนวนจำกัดทั้งด้านเหตุผลเฉพาะตัวของแพทย์ หรือเหตุผลด้านกฎหมาย แพทยสภาจึงได้นำหารือกับกรมอนามัย และเพิ่มผู้บริการโดยเฉพาะการกำหนดให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้ให้บริการในกรณีดังกล่าว เนื่องจากเป็นแพทย์ที่มีอยู่จำนวนมากและอยู่ใกล้ชิดกับประชาชน จึงมีแนวทางการผลักดันการดำเนินการ ดังนี้

๑. การให้ความรู้การดูแลหญิงที่มีปัญหาเมื่อตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทั้งที่เป็นวัยรุ่นและมีใจวัยรุ่น

๒. ตามที่กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์สามารถยื่นขออนุญาตยุติการตั้งครรภ์ ได้ด้วยตนเอง กรณีดังกล่าว แพทยสภามีความประสงค์ให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนเข้าสู่หน่วยบริการ เพื่อรับคำปรึกษาทางเลือก ซึ่งอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจไม่ยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีกระบวนการช่วยเหลือทางสังคมตามที่กระทรวงพัฒนาสังคมฯ ดำเนินการ กรณีดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลดี หรือหญิงที่จะยุติการตั้งครรภ์ได้เข้าสู่ระบบบริการที่มีความปลอดภัย ทั้งนี้ ปัจจุบันอยู่ระหว่างการพิจารณาและการฝึกอบรมของผู้ให้บริการ

สำหรับปัญหาของการดำเนินการ คือ แพทย์บางคนไม่สมัครใจให้บริการยุติการตั้งครรภ์ และกฎหมายไม่ได้บังคับให้แพทย์ทุกคนต้องให้บริการ แต่กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมกำหนดว่า เมื่อใดที่หญิงนั้นตกอยู่ในอันตรายแพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือ ดังนั้น จึงได้เพิ่มช่องทางและผลักดันร่วมกับกรมอนามัย โดยเพิ่มหน่วยบริการให้มากขึ้น ทั้งนี้ ตามที่กำหนดไว้ในหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติ กำหนดให้สนับสนุนให้แต่ละจังหวัดมีหน่วยบริการอย่างน้อยหนึ่งหน่วยบริการ เพื่อให้บริการหญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมาย ซึ่งจะเป็นช่องทางที่ทำให้หญิงมีความปลอดภัยจากการยุติการตั้งครรภ์ โดยผู้ให้บริการนั้นเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีใบอนุญาตแพทย์ก็ได้ เนื่องจากอายุครรภ์น้อย จึงมีความเห็นว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่มีจำนวนมากและอยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด จึงเห็นควรให้ดำเนินการดังกล่าว และเชิญชวนให้แพทย์ที่ยุติการตั้งครรภ์จัดทำรายงานมายังแพทยสภา เพื่อให้ทราบความสำคัญของปัญหาและเป็นแนวทางการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมากที่สุด และเพื่อเป็นข้อมูลด้านการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐ

ทั้งนี้ ตามมาตรา ๓๐๕ (๕) ซึ่งให้แพทยสภามีส่วนในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่เข้าสู่กระบวนการรับคำปรึกษาทางเลือก ดังนั้น แพทยสภาจึงเห็นว่า หญิงทุกคนควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับช่วยเหลือโดยเฉพาะจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์นั้น

ข้อเสนอแนะของแพทยสภา ตามมาตรา ๓๐๕ (๕) พิจารณาเห็นว่า บทบัญญัติดังกล่าว ไม่มีกำหนดว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เมื่อได้รับคำปรึกษาทางเลือกแล้ว และตัดสินใจไม่ยุติการตั้งครรภ์ กรณีดังกล่าว ไม่ได้กำหนดว่า หญิงนั้นจะต้องดำเนินการอย่างไรต่อไปเพื่อรับการช่วยเหลือต่าง ๆ ทำให้หญิงไม่สามารถตัดสินใจได้ เพราะไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ดังนั้น ควรพิจารณากำหนดความชัดเจนดังกล่าวเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่กระบวนการและแนวทางได้อย่างถูกต้อง

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

- กฎหมายดังกล่าวทำให้กรมอนามัยสามารถลดการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นได้ และจำนวนเด็กเกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมลดลง อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันสังคมประเทศไทยพบว่า เป็นสังคมผู้สูงอายุ และเด็กเกิดน้อยลง ซึ่งทำให้ขาดความสมดุลของประชากร จึงควรมีการที่ส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง ๒๐ - ๒๙ ปี มีบุตรมากขึ้น เพื่อเพิ่มประชากรวัยเด็ก และจะส่งผลให้เด็กที่คลอดจากหญิงวัยเจริญพันธุ์มีคุณภาพ ทั้งนี้ ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีการตั้งครุภัณฑ์ ภาครัฐอาจส่งเสริมให้นักศึกษาไม่ยุติ

การตั้งครรภ์ และให้กลับมาศึกษาต่อได้ โดยประเทศต่าง ๆ ได้มีการสนับสนุนให้มีการเกิดมากขึ้น เพื่อเพิ่มจำนวนประชากรวัยเด็ก จึงเห็นด้วยกับการช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์และสามารถกลับเข้าสู่การเรียนได้ อีกทั้งการตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุ ๓๐ ปี ขึ้นไป ปัจจุบันพบว่า การตั้งครรภ์ทำได้ยากมากขึ้น

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

- กรมอนามัยได้วางแผนการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายก่อนเป้าหมายในปี ๒๕๖๗ ซึ่งเป็นเรื่องที่ดี ทั้งนี้ เจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้ เป็นกฎหมายลักษณะการส่งเสริม โดยในชั้นการพิจารณาของกฤษฎีกา ได้มีความเห็นว่า กฎหมายดังกล่าวไม่มีบทลงโทษจึงไม่ควรตราเป็นกฎหมาย กรณีดังกล่าว จากการพิจารณา กฎหมายส่งเสริมในหลายฉบับจะเห็นว่า เป็นกฎหมายที่จะมีประโยชน์มากต่อการดำเนินการของหน่วยงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน

โดยเฉพาะกฎหมายฉบับนี้ เกิดจากการมีข้อร้องเรียนจากหน่วยงานต่าง ๆ โดยกรมอนามัยที่ประสงค์จะให้มีการกฎหมายว่าด้วยอนามัยการเจริญพันธุ์ และในช่วงปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๔ ประกอบกับได้มีแนวคิดและการจัดสัมมนาของสมาชิกวุฒิสภาระดมความคิดเห็นจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีเป้าหมายเดียวกัน จึงได้นำมาสู่การผลักดันให้มีกฎหมายโดยเปลี่ยนจากกฎหมายว่าด้วยอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่เพื่อให้ประชาชนไม่เกิดความสับสนและเข้าใจในความหมายได้ชัดเจน จึงเปลี่ยนชื่อเป็นกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หรือ Teenage Pregnancy อย่างไรก็ตาม ตามข้อมูลของ WHO, UN, UNESCO, UNICEF ใช้คำว่าวัยรุ่นที่มีอายุ ๑๐ - ๑๙ ปี สำหรับประเทศไทยโดยส่วนใหญ่ใช้คำว่าวัยรุ่นมีอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี จึงนำมาสู่การกำหนดกฎหมายฉบับนี้ โดยแยกช่วงอายุออกเป็น ๒ ช่วง คือ ๑๐ - ๑๔ ปี และ ๑๕ - ๑๙ ปี

นอกจากนี้ กฎหมายดังกล่าวกำหนดนิยามคำว่า “เพศวิถีศึกษา” หมายความว่า กระบวนการเรียนรู้ในเรื่องเพศที่ครอบคลุมถึงพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศ สุขภาวะทางเพศและมิติทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อเรื่องเพศ รวมทั้งสิทธิการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ให้ความสำคัญกับความหลากหลายและความเสมอภาคทางเพศ” กรณีดังกล่าว นิยามได้กำหนดครอบคลุมการศึกษาทางเพศอย่างรอบด้าน โดยหลีกเลี่ยงการกำหนดนิยามที่ยาวเกินไป คำว่า “เพศวิถีศึกษาที่ครอบคลุมรอบด้าน” โดยในต่างประเทศกำหนดให้วิชาเกี่ยวกับเพศวิถีศึกษาแทรกซึมอยู่ในหลายวิชา ทั้งคณิตศาสตร์ และสังคมศาสตร์ เป็นต้น ดังนั้น หลักสูตรเพศวิถีศึกษาจึงควรกำหนดในหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการของประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันได้ดำเนินการแล้ว และควรผลักดันให้ดำเนินการอย่างเข้มข้น เนื่องจากหลักสูตรที่ดีจะสามารถป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่นได้

ทั้งนี้ หัวใจสำคัญของกฎหมายดังกล่าว คือ การศึกษาของวัยรุ่นตั้งครรภ์ทั้งระหว่างและหลังตั้งครรภ์ เนื่องจากการศึกษาจะทำให้เป็นผู้มีรายได้ที่เพิ่มขึ้นอนาคต โดยกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดให้ผู้แทนสภาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ เป็นกรรมการในคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน ๒ คน เป็นชายหนึ่งคนและหญิงหนึ่งคน เพื่อมีบทบาทเสนอแนะและแก้ไขปัญหา ดังนั้น กรมอนามัยจึงควรประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายในประเด็นดังกล่าว และเด็กที่ตั้งครรภ์ยังได้รับโอกาสในการเรียนต่อหรือไม่ รวมทั้งนับแต่กฎหมายมีผลใช้บังคับเกิดผลในทางปฏิบัติและมีผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจนประการใด

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

๑. ควรมีการศึกษาและวิเคราะห์ให้ชัดเจนว่า ประเทศไทยมีเป้าหมายที่จะเพิ่มจำนวนประชากรหรือไม่ และควรมีจำนวนประชากรเท่าใด เนื่องจากปัจจุบันสถานการณ์โลกมีการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ทดแทนการใช้ทรัพยากรมนุษย์ได้ในบางกรณี ความต้องการเพิ่มขึ้นของประชากร จึงควรส่งเสริมให้อัตราการเกิด

จากการตั้งครุฑที่มีความพร้อม เพื่อให้ประชากรที่เกิดมามีคุณภาพ ดังนั้น จึงอาจไม่ต้องการให้มีประชากรที่มากเกินไป แต่ให้มีประชากรที่มีคุณภาพจะสามารถรองรับต่อเทคโนโลยีที่ทันสมัยต่าง ๆ ได้ ดังนั้น การตั้งครุฑในวัยรุ่นซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียน ซึ่งเป็นวัยที่ไม่พร้อมจะส่งผลให้ประชากรด้อยคุณภาพได้

๒. กระทรวงสาธารณสุข ควรเตรียมข้อมูล ผลการศึกษา วิจัย การรับฟังความเห็นเกี่ยวกับสถานบริการทางเพศที่ถูกต้องตามกฎหมาย เนื่องจากปัจจุบันการให้บริการทางเพศในประเทศไทยยังผิดกฎหมาย แต่ความจริงมีแฝงอยู่กับสถานบริการต่าง ๆ เช่น สถานอาบ อบ นวด ทั้งที่เป็นการให้บริการทางเพศทั้งชาย หญิง หรือเพศเดียวกัน เนื่องจากอาจมีการเสนอกฎหมายลักษณะดังกล่าวเข้าสู่การพิจารณาต่อไปในอนาคตได้

นอกจากนี้ แม้ว่าการมีเพศสัมพันธ์ที่ป้องกันการตั้งครุฑได้ แต่มีการทำให้เกิดผลกระทบทางลบจากการมีเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้ เช่น การตั้งครุฑในวัยรุ่น เป็นผลกระทบทางลบจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม แต่ยังมีผลกระทบทางลบโดยการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะ HIV กรณีนี้อาจมีการป้องกันการตั้งครุฑที่ไม่ใช่การใช้ถุงยางอนามัย แม้จะไม่เกิดปัญหาการตั้งครุฑ แต่จะพบปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และกรณีที่มีเพศสัมพันธ์จำนวนมากขึ้นในเพศสภาพเพศเดียวกัน ตามที่มีการเรียกร้องให้มีการรับรองทางกฎหมายเพื่อให้สมรสในเพศเดียวกันได้ ซึ่งเป็นผลดีในด้านสิทธิมนุษยชน แต่กรณีดังกล่าวจะมีการป้องกันการติดเชื้อหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมประกอบการพิจารณาในกรณีที่มีกฎหมายในลักษณะดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการพิจารณา เพื่อให้ทราบถึงข้อดีข้อเสีย ก่อนการพิจารณาถึงความเหมาะสมที่จะมีกฎหมายลักษณะดังกล่าวหรือไม่

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

- กรมอนามัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครุฑและการยุติการตั้งครุฑ ของกลุ่มอายุ ๑๐ – ๑๙ ปี เพื่อให้ทราบถึงผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายที่มีเป้าหมายเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครุฑ เนื่องจากเมื่อมีกฎหมายที่ให้มีการยุติการตั้งครุฑโดยถูกต้องแล้ว ก็จะมีการยุติการตั้งครุฑในระบบมากขึ้น ทำให้สามารถเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตั้งครุฑและการยุติการตั้งครุฑได้ ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สะท้อนผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย ที่จะนำมาสู่การวิเคราะห์ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาต่อไป

**๒.๔ การพิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ.
และร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการใช้ประโยชน์กัญชา กัญชง พ.ศ.
ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙**

ด้วยในคราวประชุมคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๕ วันพุธที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ ที่ประชุมพิจารณาเห็นว่า ร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ. (นายอนุทิน ชาญวีรกูล กับคณะ เป็นผู้เสนอ) และร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการใช้ประโยชน์กัญชา กัญชง พ.ศ. (นางพรรณสิริ กุลนาถศิริ กับคณะ เป็นผู้เสนอ) เป็นร่างพระราชบัญญัติที่มีความจำเป็นเกี่ยวกับประโยชน์สาธารณะ เมื่อสภาผู้แทนราษฎรมิได้รับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติในวาระที่หนึ่งแล้ว ประธานวุฒิสภาก็จึงมอบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข เป็นผู้พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติ ฉบับดังกล่าว และเมื่อสภาผู้แทนราษฎร ลงมติเห็นชอบ โดยคณะกรรมการได้มีการพิจารณาศึกษาเกี่ยวกับ หลักการและเหตุผล สาระสำคัญ รวมทั้งความคืบหน้าในการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติทั้งสองฉบับ ในชั้นการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร

ผลการพิจารณา

ผู้แทนกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ภารกิจของกรมฯ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร โดยกัญชา เป็นส่วนหนึ่งที่กรมฯ ได้มีการส่งเสริมและกำกับดูแล ซึ่งได้มีการศึกษากัญชาและการพัฒนาผลิตภัณฑ์ จากกัญชา โดยเฉพาะจากช่อดอกมาเป็นยา โดยมีตำรับยาแพทย์แผนไทยรวม ๑๖ ตำรับ และปัจจุบัน ยาแพทย์แผนไทยที่เข้าตำรับกัญชาและอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ๔ ตำรับ ในส่วนของผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา มีตำรับเดชา เมตตาโอสถ และการุณย์โอสถ ดังนี้

- **น้ำมันกัญชาตำรับเดชา** แพทย์แผนไทยมีการสั่งจ่ายให้กับผู้ป่วยทั่วประเทศ และมีการศึกษาวิจัย จากการใช้ในผู้ป่วยเกือบหนึ่งแสนคนพบว่า มีผลข้างเคียงเล็กน้อย ไม่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย และมีผลตอบรับ กับผู้ป่วยได้ดี

- **น้ำมันกัญชาตำรับเมตตาโอสถ และการุณย์โอสถ** มีการผลิตเม็ดยาโอสถใช้กับผู้ป่วยบางส่วน ในโรงพยาบาลทางการแพทย์แผนไทยและด้านการแพทย์ผสมผสาน โดยแพทย์แผนปัจจุบันเริ่มมีการสั่งจ่ายยาตำรับดังกล่าวให้ผู้ป่วย ซึ่งได้มีการติดตามการใช้ประมาณกว่าหนึ่งพันราย ยังไม่พบปัญหาการใช้ยา

นอกจากนี้ มีการพัฒนาตำรับเมตตาโอสถ และการุณย์โอสถให้เป็นลักษณะซอฟเจล ตามเทคโนโลยีใหม่ เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ Over Dose ซึ่งอยู่ระหว่างการเสนอให้คณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อพิจารณา

สำหรับร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ. ซึ่งในคราวประชุมสภาผู้แทนราษฎร ครั้งที่ ๕ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) เมื่อวันพุธที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๕ ที่ประชุมได้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ. (นายอนุทิน ชาญวีรกูล กับคณะ เป็นผู้เสนอ) และร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการใช้ประโยชน์กัญชา กัญชง พ.ศ. (นางพรรณสิริ กุลนาถศิริ กับคณะ เป็นผู้เสนอ) เนื่องจากร่างพระราชบัญญัติทั้ง ๒ ฉบับดังกล่าวมีเนื้อหาสาระทำนองเดียวกัน ที่ประชุมได้ลงมติรับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติทั้ง ๒ ฉบับ ดังกล่าวไว้พิจารณา โดยถือเอาร่างพระราชบัญญัติ

ของนายอนุทิน ชาญวีรกูล กับคณะ เป็นหลักในการพิจารณา สำหรับร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากกัญชา กัญชง พ.ศ. ใช้ประกอบการพิจารณา

ทั้งนี้ กรมแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับมอบหมายให้เป็นผู้แทนในส่วนคณะรัฐมนตรี เพื่อเป็นกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวในวาระที่ ๒ โดยทั้งสองร่างฯ เสนอจากสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร มีใช้ร่างที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรี โดยหลักการของร่างพระราชบัญญัติกำหนดให้มีกฎหมายว่าด้วยกัญชา และกัญชง

ความคืบหน้าในชั้นการพิจารณาของคณะกรรมการวิสามัญฯ สภาผู้แทนราษฎรประชุมผ่านมาแล้ว จำนวน ๓ ครั้ง โดยเบื้องต้นคณะกรรมการวิสามัญฯ มีความห่วงใยผลกระทบต่อประชาชน ทั้งในส่วนที่ห้าม คือ การห้ามใช้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี สตรีมีครรภ์ และสตรีให้นมบุตร รวมทั้งบทบัญญัติเกี่ยวกับการอนุญาตการปลูก การผลิต และการทำสารสกัด โดยมีการกำหนดขนาดการอนุญาตปลูก เป็น ๓ ขนาด คือ ขนาด S ต่ำกว่า ๕ ไร่ ขนาด M จำนวน ๕ - ๒๐ ไร่ และขนาด L จำนวน ๒๐ ไร่ขึ้นไป โดยกระจายให้เกษตรกรปลูกได้ในทุกพื้นที่ และเห็นว่า พื้นที่ขนาด S อาจมีการยกเว้นค่าธรรมเนียมการขออนุญาตปลูก หรือควรต่ำกว่าขนาด M และ L รวมทั้งกระบวนการอนุญาตก็ควรกำหนดให้แตกต่างกัน

ผู้แทนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ผลการดำเนินงานด้านการศึกษาวิจัยกัญชาและกัญชงพันธุ์ไทยเพื่อพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ มีกรอบการดำเนินงาน ๔ ด้าน ได้แก่ การปลูก การสกัด การตรวจวิเคราะห์ และงานวิจัย ดังนี้

๑) การปลูก

- ขยายพันธุ์กัญชาเพื่อจัดทำเมล็ดพันธุ์เป็นการลดการนำเข้าเมล็ดพันธุ์กัญชาจากต่างประเทศ ขณะนี้ได้ขยายพันธุ์เมล็ดพันธุ์ตะนาวศรีก้านแดง เพื่อเป็นเมล็ดพันธุ์อ้างอิง
- เตรียมเมล็ดทางกระรอก คาดว่าจะแล้วเสร็จในเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๕
- พัฒนาพันธุ์ THC สูง และเตรียมเพาะเมล็ดลงปลูกในรอบที่ ๓ เพื่อเก็บข้อมูลของจดทะเบียนรับรองพันธุ์

๒) การสกัดสำคัญเพื่อทำสารมาตรฐาน

- ได้เทคนิคการสกัดที่ได้สารสกัดกัญชาและกัญชงที่มีคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัย จัดทำสารมาตรฐาน CBD และ THC สำเร็จ และจัดจำหน่ายเพื่อลดการนำเข้าสารมาตรฐานจากต่างประเทศ
- ได้เทคนิคการสกัด Terpene ด้วยวิธี Microwave extraction

๓) การตรวจวิเคราะห์

- ตรวจวิเคราะห์จีโนมิกส์กัญชา
- ตรวจวิเคราะห์สารสำคัญในวัตถุดิบ ผลิตภัณฑ์ (ยา และอาหาร) กัญชาและกัญชง : THC, CBD, Terpene
- พัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการเครือข่ายตรวจวิเคราะห์กัญชา จำนวน ๑๙ แห่ง
- พัฒนาริธีตรวจวิเคราะห์หาปริมาณ THC ในเลือด (เปิดให้บริการวันที่ ๑ ก.ค. ๒๕๖๕)

๔) งานวิจัย

- จัดทำมาตรฐานของใบกัญชา (อยู่ระหว่างดำเนินการ) และรากกัญชา (รอดตัวอย่างเพิ่มเติม)
- การศึกษาฤทธิ์ต้านการอักเสบของสารสกัดใบกัญชาตะนาวศรีก้านแดงพบว่า มีฤทธิ์ยับยั้งการสร้าง Nitricoxide ในเซลล์ภูมิคุ้มกัน

- ศึกษาและทดลองการปลูกถ่ายเซลล์มะเร็งตับในสัตว์ทดลอง
- พัฒนาผลิตภัณฑ์จาก CBD เช่น ครีมบำรุง CBD และมะขามป้อม ลิฟสม CBD และน้ำตบ

ผสม CBD

- ชุดทดสอบกัญชา อยู่ระหว่างการทวนสอบประสิทธิภาพของชุดทดสอบในการตรวจหาปริมาณ THC ตามกฎหมาย (๐.๒% THC)

ความสำเร็จของการดำเนินงานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ผ่านมา

- คู่มือการตรวจวิเคราะห์กัญชงและกัญชา
- ห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์อาหารผสมกัญชา และผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางผสมกัญชา ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO/IEC 17025:2017 เป็นแห่งแรกของประเทศไทย
- ตำรามาตรฐานยาสมุนไพร ฉบับปี ๒๐๒๑ (Thai Herbal Pharmacopoeia 2021) ซึ่งประกอบด้วยข้อกำหนดมาตรฐานของช่อดอกเพศเมียของกัญชา
- ผลงานวิจัยด้านกัญชา จำนวน ๘ เรื่อง ซึ่งได้ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการด้วยแล้ว
- สารมาตรฐาน CBD และ THC มีการจัดจำหน่าย

การตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารสำคัญในกัญชา

การตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารสำคัญในกัญชา มีการตรวจวิเคราะห์ทั้งในพืช สารสกัด และผลิตภัณฑ์ โดยตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และชุดทดสอบ THC test kit และ Test Kann ทั้งนี้ ในวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ จะให้บริการตรวจในคน โดยตรวจพลาสมา ทั้ง LC/MS, GC/MS,GC/MS/MS และการตรวจปัสสาวะ ทั้งแบบชุดทดสอบ และ TLC,HPLC,GC,GC/MS ทั้งนี้ ชุดทดสอบดังกล่าวสามารถตรวจวัดปริมาณ THC ในสารสกัดได้ต่ำสุดเท่ากับ ๐.๐๒ % ต่อน้ำหนัก ซึ่งสอดคล้องกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ ดังตัวอย่างชุดทดสอบกัญชา ๑) THC test kit : ทดสอบตรวจวัดพืชกัญชาและสารสกัดกัญชา และ ๒) Test Kann : ทดสอบตรวจวัด THC ในสารสกัดและน้ำมันกัญชา ดังนี้

การพัฒนาชุดทดสอบกัญชา
THC test kit

ชุดทดสอบตรวจวัดพืชกัญชาและสารสกัดกัญชา



1. แยกสาร THC และตรวจวัดสาร THC ในสารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชาได้
2. ใช้หลักการของโครมาโตกราฟีชั้นบาง (Thin Layer Chromatography, TLC)
3. ตรวจวัดปริมาณ THC ในสารสกัดได้ต่ำสุด เท่ากับ 0.02% ต่อน้ำหนัก
4. ตรวจได้จำนวน 20 ตัวอย่าง/ชุด
5. การอ่านผล : เทียบขนาดและความเข้มของจุด THC (สีเขียว/แดง) บนแผ่นทดสอบกับแผ่นเทียบมาตรฐาน THC

การพัฒนาชุดทดสอบกัญชา
Test Kann

ชุดทดสอบตรวจวัด THC ในสารสกัดและน้ำมันกัญชา



1. ตรวจวัดสาร THC ในสารสกัดและน้ำมันกัญชาได้
2. ใช้หลักการของอิมมูโนโครมาโตกราฟี (Immunochromatography)
3. ตรวจวัดปริมาณ THC ในสารสกัดและน้ำมันกัญชาได้ที่ 0.2% ต่อน้ำหนัก
4. ตรวจได้จำนวน 1 ตัวอย่าง/ชุด
5. การอ่านผล

ผลบวก	: แถบทดสอบขึ้น 1 จุด (THC เกิน 0.2%)
ผลลบ	: แถบทดสอบขึ้น 2 จุด (THC ไม่เกิน 0.2%)

การตรวจวิเคราะห์กัญชาในพลาสมา

การตรวจวิเคราะห์ดังกล่าวได้มีประเด็นทางสังคมเกี่ยวกับระดับ THC ที่นำไปใช้ประโยชน์ควรมีขนาดที่เท่าใดที่จะไม่เป็นอันตรายหรือปลอดภัย ดังนั้น กรมฯ จึงได้ตรวจวิเคราะห์กัญชาในพลาสมาด้วยการศึกษาระดับ THC ในพลาสมาของมนุษย์ที่ได้รับกัญชาเข้าไป โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและแปรผลเพื่อจัดทำเป็นคู่มือให้คำแนะนำทางการแพทย์ที่สามารถนำไปใช้ในการรักษาได้

นอกจากนี้กรมฯ มีบริการตรวจวิเคราะห์โดยสุ่มตัวอย่างพลาสมา (พลาสมา ๑.๕ - ๒ มิลลิลิตร) จากโรงพยาบาลที่เจาะเลือดผู้ป่วยเลือดเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ ซึ่งจะเปิดให้บริการในวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป ในอัตราค่าบริการ ๑,๔๐๐ บาทต่อ ๑ ตัวอย่าง และรายงานผลภายใน ๑ - ๓ วันทำการ โดยรายการตรวจวิเคราะห์เกี่ยวกับ THC, 11-OH-THC และ CBD ทั้งนี้ มีศูนย์บริการกระจายอยู่ทั่วประเทศ จำนวน ๑๖ ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์พิษวิทยา สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ทุกแห่ง ๑๕ ศูนย์

ผู้แทนกรมการแพทย์

การใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างเหมาะสมและปลอดภัยสรุปได้ดังนี้

สารประกอบในกัญชา (มากกว่า ๔๐๐ ชนิด) เป็นสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) จำนวน ๖๖ - ๑๐๐ ชนิด แบ่งเป็น แคนนาบินอยด์ที่เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้แก่ Cannabinol (CBN), Cannabinodiol (CBDL), Δ -9-tetrahydrocannabinol (THC)

สำหรับแคนนาบินอยด์ที่ไม่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้แก่ Cannabichromenes (CBC), Cannabigerols (CBG), Cannabidiols (CBD)


การออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสารในกลุ่มแคนนาบินอยด์ ได้นำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ คือ THC และ CBD ซึ่งมีประโยชน์ในทางการแพทย์แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง


การออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของ สารในกลุ่มแคนนาบินอยด์



	THC (tetrahydrocannabinol)	CBD (Cannabidiol)	CBN (Cannabinol)
ฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Psychoactive)	✓		✓
ต้านอาการอาเจียน (Anti-emetic)	✓		
กระตุ้นความอยากอาหาร (Appetite stimulant)	✓		
ลดอาการปวด (Analgesic)	✓	✓	
ต้านการอักเสบ (Anti-inflammatory)		✓	✓
ต้านอาการชัก (Anti-seizure)		✓✓	✓
ต้านอาการปวดเกร็ง (Anti-spasmodic)		✓	
ป้องกันเซลล์ประสาท (Neuroprotective)		✓	

นอกจากนี้ กรมการแพทย์ได้ทบทวนและศึกษาค้นคว้างานวิจัยทั่วโลกพบว่า มีข้อมูลการใช้ประโยชน์กัญชาทางการแพทย์ ทั้งในส่วนที่ได้ประโยชน์ชัดเจน น่าจะเป็นประโยชน์ และอาจจะเป็นประโยชน์ ดังนี้

การใช้ประโยชน์กัญชาทางการแพทย์	
ได้ประโยชน์	<ul style="list-style-type: none"> ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด โรคลมชักรักษายากในเด็ก & โรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษา ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อมแข็ง ภาวะปวดประสาทส่วนกลาง เพิ่มความอยากอาหารและน้ำหนักตัวในผู้ป่วยเอดส์ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง
น่าจะ ได้ประโยชน์	<ul style="list-style-type: none"> โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ โรคปลอกประสาทอักเสบอื่นๆ โรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) โรคอื่นๆ ที่มีหลักฐานทางวิชาการว่าน่าจะได้ประโยชน์ 
อาจจะ ได้ประโยชน์	<ul style="list-style-type: none"> โรคมะเร็ง (ต้องการการศึกษาวิจัยสนับสนุน) โรคอื่นๆ ที่อาจพิจารณาเมื่อรักษาด้วยวิธีมาตรฐานต่างๆ แล้วไม่ได้ผล

กรมการแพทย์ DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES  80 ปี กรมการแพทย์ ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต

ทั้งนี้ จากการทบทวนอย่างมีระบบพบว่า มีอาการไม่พึงประสงค์จากสาร THC ดังนี้

อาการไม่พึงประสงค์จากกัญชา (THC)

• อาการไม่พึงประสงค์โดยรวม	3.03 เท่า
• อาการรุนแรง (serious)	1.41 เท่า
• ผู้ป่วยถอนตัวเนื่องจากผลข้างเคียง	2.94 เท่า
• อาการทางระบบประสาท (Nervous system disorder)	3.17 เท่า
• อาการทางจิต (Psychiatric disorders)	3.10 เท่า
• อาการงุนงง (Disorientation)	5.41 เท่า
• อาการเวียนศีรษะ (Dizziness)	5.09 เท่า
• อาการเคลิบเคลิ้ม (Euphoria)	4.08 เท่า
• อาการสับสน (Confusion)	4.03 เท่า

ดังนั้น กรมการแพทย์พิจารณาเห็นว่า การนำสารสกัดกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ จำเป็นที่จะต้องผ่าน “คลินิกกัญชาทางการแพทย์” โดยกรมการแพทย์มีวัตถุประสงค์ เพื่อการพัฒนารูปแบบการใช้ยาสกัดกัญชาชนิด THC เติ่น เพื่อเป็นต้นแบบของการใช้ THC เติ่นให้สถานบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และมีรูปแบบบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเหมาะสม

การศึกษาฤทธิ์ของ THC เติ่น มีการศึกษาการใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน ๖๓ ราย พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาอนไม่หลับดีขึ้น ร้อยละ ๖๕.๑ บรรเทาอาการปวด ร้อยละ ๕๐.๘ และช่วยลดอาการเบื่ออาหาร ร้อยละ ๔๒.๙ โดยพบผลการใช้สารสกัดกัญชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่มีภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างไม่รุนแรง ได้แก่ อาการปากแห้ง/คอแห้ง คลื่นไส้/อาเจียน เวียนศีรษะ ร้อยละ ๑๙

การศึกษาวิจัยในสถาบัน/โรงพยาบาลกรมการแพทย์ และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะ ๓ - ๔ และกลุ่มพาร์กินสัน โดยสารสกัดกัญชาที่ใช้เป็นกลุ่ม THC เติ่น หรือ THC 1 : CBD 1 ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม มีขนาดการใช้ต่อวันในจำนวนที่ชัดเจน

พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เช่น นอนหลับ ลดปวด อยากรอาหารเพิ่มขึ้น ลดคลื่นไส้อาเจียน ลดหงุดหงิด กระวนกระวาย ลดวิตกกังวลและซึมเศร้า ลดฝืนคั้น ลดปวดศีรษะ ความรุนแรงของโรคโดยรวมลดลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น

การใช้สารสกัดกัญชาอย่างเหมาะสม : ทางคลินิก (GCP)

๑. วิธีการปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice) โดยปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีการกำหนดแผนการรักษา ชนิดและปริมาณผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้

๒. การใช้ตามข้อบ่งใช้ทางการแพทย์ (Medical indications) และกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับสารสกัดกัญชาให้ชัดเจน

๓. การเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย โดยควรเข้าใช้ผ่านคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งแบบบูรณาการร่วมระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย โดยกำหนดรูปแบบและขั้นตอนการจัดการให้กับผู้ป่วย

๔. กรมการแพทย์ได้มีการอบรมแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้สารสกัดกัญชาได้อย่างเหมาะสม

ระบบบริการสุขภาพ (Service plan) : กัญชาทางการแพทย์ กรมการแพทย์สนับสนุนการดำเนินการ ดังนี้

- จัดทำแนวทางการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (แพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทย)
- จัดทำแนวทางการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (แผนปัจจุบัน)
- จัดอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ (แพทย์ และทันตแพทย์)
- การต่ออายุใบอนุญาตสั่งใช้กัญชาของแพทย์ (ระบบ online)
- การจัดอบรมหลักสูตรพยาบาลจัดการกัญชา (Nurses care manager)
- การจัดระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากกัญชา ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และกลุ่มผู้ป่วยอื่น โดยจัดทำสายด่วน ๑๖๕ และการปรึกษาอาการได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง
- จัดทำแนวทางการรักษาพิษจากกัญชา (Cannabis toxication) และการให้การรักษากรณีการเกิดพิษเฉียบพลัน โดยจัดทำแนวทางเผยแพร่ไปห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วประเทศ

มาตรการเฝ้าระวัง :

- มาตรการประเมินตนเอง ผ่านสื่อสังคม เช่น Official Line ห่วงใย และสายด่วนยาเสพติด ๑๖๕ และสายด่วนจิตเวช กรมสุขภาพจิต ๑๓๒๓
- มาตรการทางสังคม โดยรับฟังข้อเสนอแนะจากเครือข่ายวิชาชีพทางการแพทย์ และภาคประชาสังคม
- มาตรการแนะนำเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา
- มาตรการจัดทำและเผยแพร่สื่อความรู้

คำแนะนำเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้กัญชา : กรณีผู้ป่วยใช้ด้วยตนเอง (Lower-risk cannabis Use guidance) โดยมีการเผยแพร่ในรูปแบบอินโฟกราฟิก เพื่อให้ประชาชนเข้าใจง่าย

คำแนะนำ ๑ : คำแนะนำให้ผู้ป่วยรักษาตามมาตรฐานการแพทย์ก่อนตัดสินใจใช้กัญชา

คำแนะนำ ๒ : หากตัดสินใจใช้กัญชา ไม่ควรเริ่มใช้หากมีอายุน้อย (แนะนำที่อายุ ๒๕ ปีขึ้นไป)

คำแนะนำ ๓ : เมื่อจำเป็นต้องใช้ แนะนำให้ใช้กัญชาที่มีอัตราส่วน CBD:THC สูง เนื่องจาก CBD ช่วยลดผลข้างเคียงจาก THC (THC มากกว่า ๓๐ มิลลิกรัม/วัน)

คำแนะนำ ๔ : หลีกเลี่ยงการใช้กัญชาที่ได้จากการสังเคราะห์

คำแนะนำ ๕ : ไม่ใช้กัญชาด้วยวิธีการสูบบนเผาไหม้

คำแนะนำ ๖ : หากยืนยันจะใช้กัญชาด้วยวิธีการสูบ แนะนำไม่ให้สูบบนอัดควันเข้าปอดแล้วกลืนไว้

คำแนะนำ ๗ : ใช้กัญชาด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากความถี่ของการใช้มาก ความเข้มข้นที่สูง เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม

คำแนะนำ ๘ : งดใช้ยานพาหนะ และเครื่องจักรกลไม่น้อยกว่า ๖ ชั่วโมง ภายหลังจากการใช้กัญชา

คำแนะนำ ๙ : ไม่ควรใช้กัญชากรณีมีประวัติครอบครัวมีอาการทางจิต ตติยาเสพติดอื่น ๆ หรือ ตั้งครรภ์

คำแนะนำ ๑๐ : หลีกเลี่ยงการใช้กัญชาหากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการร่วมกัน

ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

เนื่องจากร่างพระราชบัญญัติทั้ง ๒ ฉบับดังกล่าว เสนอโดยสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งไม่ได้เสนอ โดยคณะรัฐมนตรี ดังนั้น คณะกรรมการกฤษฎีกาจึงไม่ได้มีการตรวจพิจารณาร่างพระราชบัญญัตินี้ ดังนั้น หากที่ประชุมคณะกรรมการมีประเด็นที่ต้องการให้ผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้ความเห็นประการใด ขอให้เสนอประเด็นเพื่อให้ความเห็นต่อที่ประชุมต่อไป

ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.)

ร่างพระราชบัญญัติทั้ง ๒ ฉบับ โดยแต่ละฉบับมีสาระสำคัญที่เหมือนกันและแตกต่างกันบางประการ ดังนี้

๑. ร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ. (นายอนุทิน ชาญวีรกูล กับคณะ เป็นผู้เสนอ) มีสาระสำคัญ คือ

๑) ประชาชนสามารถปลูกเพื่อใช้ดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ ภายใต้การดูแลของแพทย์ และการกำหนดปริมาณการปลูกให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง และกำหนดมาตรการควบคุมการปลูกโดยการจดทะเบียน

๒) การผลิตนำเข้า ส่งออก จำหน่าย ต้องได้รับการอนุญาต **ทั้งนี้ มิได้กำหนดเรื่องการผลิตในครอบครัว**

๓) การห้ามโฆษณา เว้นแต่ได้รับอนุญาต

๔) ห้ามขายให้กับบุคคลที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี สตรีตั้งครรภ์ หรือสตรีให้นมบุตร **ทั้งนี้ มิได้กำหนดเรื่องการห้ามบริโภคไว้**

๕) บทกำหนดโทษ กรณีไม่จดทะเบียนการปลูก

๒. ร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการใช้ประโยชน์กัญชา กัญชง พ.ศ. (นางพรรณสิริ กุลนาถศิริ กับคณะเป็นผู้เสนอ) โดยมีสาระสำคัญ และมีข้อแตกต่างกับร่างที่ ๑. บางประการ ดังนี้

๑) สามารถผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย ครอบครองโดยวิธีการจดทะเบียน

๒) การปลูกเพื่อประโยชน์ในครัวเรือนสามารถทำได้ ยกเว้น ดอก ช่อดอก หรือเมล็ด โดยต้องมีการจดทะเบียน

- ก) การผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือครอบครอง ต้องได้รับอนุญาต
- ข) การห้ามบริโภค เว้นแต่เป็นการรักษาโรคตามคำสั่งแพทย์
- ค) บทกำหนดโทษ กรณีไม่จัดแจ้งการปลูก

ข้อสังเกต และข้อเสนอแนะ : ปปส. มีข้อห่วงใยเกี่ยวกับประเด็นความสอดคล้อง หรือไม่ขัดแย้ง กับอนุสัญญาสหประชาชาติ ทั้งด้านการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ การควบคุมการใช้ช่อดอก รวมถึงมาตรการควบคุมการนำไปใช้ในทางที่ผิด ตลอดจนกลไกการควบคุมและรายงานให้สหประชาชาติทราบถึงปริมาณการปลูกและจำหน่าย รวมถึงการใช้ภายในประเทศ

ผู้แทนแพทยสภา

ร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวสรุปได้ว่า การใช้กัญชาทางการแพทย์จะต้องใช้โดยแพทย์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ และการให้ความรู้กับประชาชนด้านการใช้ที่ปลอดภัย โดยแพทยสภาไม่ส่งเสริมการใช้เพื่อนันทนาการ และแพทยสภาได้กำหนดมาตรฐานการใช้ในผู้ที่มีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๕ ปี เช่นเดียวกับแคนาดา เนื่องจากมีความห่วงใยเกี่ยวกับการใช้ที่จะมีผลกระทบต่อสมอง และเพื่อให้สมองมีความเจริญเติบโตเต็มที่ก่อน

สำหรับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ซึ่งสนับสนุนข้อมูลของกรมการแพทย์ โดยโรคที่นำกัญชามาใช้ได้ในปัจจุบันยังไม่มาก เช่น โรคลมชักที่ดื้อต่อยา คลื่นไส้อาเจียนจากการให้เคมีบำบัด อัลไซเมอร์ พาร์กินสัน ซึ่งการให้กัญชาเป็นไปเพื่อบรรเทาอาการ แต่ไม่ใช่การรักษา ดังนั้น สารสกัดกัญชาจะเป็นยาลำดับรองจากยาแผนปัจจุบันเพื่อช่วยบรรเทาอาการเท่านั้น

สำหรับด้านการวิจัยเพื่อศึกษากัญชารักษาโรคมะเร็ง ซึ่งแพทยสภาได้เขียนบทความเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว เมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๒ โดยแพทยสภามีการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพการรักษาโรคมะเร็งของกัญชาจากนานาประเทศพบว่า มีผลงานการศึกษาวิจัยกรณีดังกล่าวจำนวนมาก โดยการศึกษาพบว่า กัญชาสามารถกำจัดเซลล์มะเร็งได้ในหลอดทดลอง แต่ยังไม่พบการนำมาวิจัยหรือการศึกษาการใช้ในคนอย่างจริงจังว่าสามารถรักษาได้จริงหรือไม่ กรณีดังกล่าวจึงควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงข้อมูลว่า ยังอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย และควรศึกษาวิเคราะห์สารบริสุทธิ์ในกัญชาที่สามารถนำมารักษาโรคได้อย่างชัดเจน รวมทั้งควรศึกษาผลข้างเคียงและปริมาณการใช้ที่ชัดเจนด้วย

จึงมีความเห็นสรุปว่า ไม่ควรใช้ในบุคคลที่อายุต่ำกว่า ๒๕ (สูงกว่าที่กำหนดในร่างพระราชบัญญัติกำหนดบุคคลอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี) และไม่ควรใช้กับสตรีหญิงตั้งครรภ์ หรือสตรีให้นมบุตร สำหรับการใช้เพื่อรักษาโรค ควรมีการศึกษาวิจัยที่เกิดผลการรักษาในคนให้ชัดเจน ดังนั้น การใช้ในปัจจุบันจึงควรมีความระมัดระวังอย่างยิ่ง และควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ที่มีความรู้ในเรื่องดังกล่าว

ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

การดำเนินการเกี่ยวกับกัญชา กัญชงในระยะที่ผ่านมา

- มีการอนุญาตปลูกกัญชา จำนวนประมาณ ๙๐๐ ราย คิดเป็นพื้นที่ปลูกกว่า ๕๙๐ ไร่
 - มีการอนุญาตปลูกกัญชง จำนวนประมาณ ๒,๖๐๐ ราย คิดเป็นพื้นที่ปลูกกว่า ๖,๐๐๐ ไร่
- มีจำนวนมากกว่าพื้นที่ปลูกกัญชา เนื่องจากคุณสมบัติของผู้ยื่นคำขอเปิดกว้างมากกว่า

การนำกัญชาไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ ปัจจุบันได้มีการนำตำรับกัญชาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน ๘ รายการ เป็นยาแผนไทย ๓ รายการ และน้ำมันกัญชา ๕ รายการ โดยมีการผลิตและการจำหน่ายตำรับยาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งปัจจุบันจ่ายยาไปแล้วกว่า ๑,๔๐๐,๐๐๐ ขวด

ให้กับผู้ป่วยประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ ราย โดยผลข้างเคียงจากรายงานประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัยของการใช้กัญชา จากข้อมูลที่ส่งมาจากผู้ได้รับใบอนุญาตพบว่า อาการข้างเคียง ๕ อันดับแรก ได้แก่ เวียนศีรษะ ปากแห้ง คอแห้ง วิงเวียน และคลื่นไส้ สำหรับข้อบ่งใช้สูงสุด ได้แก่ โรคนอนไม่หลับ และลดอาการปวด

การนำกัญชา กัญชงไปใช้ในผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีการอนุญาตแล้วกว่า ๑,๒๐๐ รายการ แบ่งเป็น เครื่องสำอาง ๑,๐๐๐ รายการ อาหาร ๑๔๐ รายการ และสมุนไพร ๖๐ รายการ

ร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ. (นายอนุทิน ชาญวีรกูล กับคณะ เป็นผู้เสนอ) มีหลักการและเหตุผลที่สำคัญ ๕ ประเด็น ได้แก่

๑. การสนับสนุนการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
๒. เปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตนเอง
๓. การนำกัญชาและกัญชงไปใช้ประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม เพื่อเป็นการสร้างอาชีพและรายได้ให้กับประชาชน

๔. การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านต่าง ๆ ทั้งตัวพืช และผลิตภัณฑ์จากพืช

๕. การคุ้มครองประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะได้รับอันตรายจากกัญชา กัญชงอย่างไม่เหมาะสม

สาระสำคัญ

๑. ให้มีการส่งเสริมกัญชา กัญชงให้เป็นพืชเศรษฐกิจ รวมทั้งการวิจัยและพัฒนา
๒. ให้มีการปลูกเพื่อดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้ รวมทั้งการปลูกเพื่อปรุงยาแพทย์แผนไทย และหม้อพื้นบ้าน

๓. มาตรการกำกับดูแล โดยแบ่งเป็น ๒ มาตรการหลัก ได้แก่ ๑) การจัดแจ้ง และ ๒) การอนุญาต

๔. การกำกับการใช้ในกลุ่มเสี่ยง โดยการห้ามขาย เช่น ห้ามขายให้แก่บุคคลอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี สตรีมีครรภ์ หรือสตรีให้นมบุตร

๕. การนำกัญชา กัญชงไปใช้ในผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ เช่น สมุนไพร ยา อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย เครื่องมือแพทย์ ให้มีการดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยงานนั้น

๖. มาตรการการกำกับดูแล

๑) การจัดแจ้ง : กรณีการปลูกในครัวเรือน โดยยื่นการแจ้งตามพื้นที่ คือ ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ยื่นแจ้งต่อผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย สำหรับพื้นที่ต่างจังหวัด ยื่นแจ้งต่อนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย อายุใบแจ้ง ๑ ปี

๒) การอนุญาต : อนุญาตโดยเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งจะมีการกระจายการอนุญาตไปในพื้นที่ อายุใบอนุญาต ๓ ปี

การวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ.

อ.ย. ได้มีการศึกษาวิเคราะห์การมีกฎหมายดังกล่าว เพื่อควบคุมพืชกัญชา และกัญชง โดยเปิดโอกาสให้มีการนำมาใช้ ซึ่งควรมีมาตรการกำกับดูแล เพื่อป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิด และคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงมีการลงโทษผู้ที่กระทำการฝ่าฝืนกฎหมาย เช่น การปลูกโดยไม่แจ้ง หรือการนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือการโฆษณาที่ไม่ได้รับอนุญาต

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ

คณะกรรมการการสาธารณสุขมีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะต่อร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ. (นายอนุทิน ชาญวีรกูล กับคณะ เป็นผู้เสนอ) และร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการใช้ประโยชน์กัญชา กัญชง พ.ศ. (นางพรรณสิริ กุลนาถศิริ กับคณะ เป็นผู้เสนอ) ดังนี้

๑. ร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการควบคุมกัญชา มีความแตกต่างกัน คือ ร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ. ไม่มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการป้องกันการใช้กัญชา เพื่อการนันทนาการ ซึ่งอาจทำให้เกิดการใช้ในทางที่ผิด ต่างจากร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการใช้ประโยชน์กัญชา กัญชง พ.ศ. ที่มีมาตรการควบคุม ป้องกันไม่ให้ใช้ในทางนันทนาการ

๒. ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติทั้ง ๒ ฉบับ ควรผลักดันให้มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการควบคุมไม่ให้นำกัญชาไปใช้ในเชิงนันทนาการอย่างชัดเจน รวมทั้งควรพิจารณา มาตรการที่เพิ่มขึ้นนอกเหนือจากการห้ามการโฆษณาเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ การห้ามส่งเสริมการขาย การห้ามเป็นผู้อุปถัมภ์/ถูกอุปถัมภ์ ตลอดจนตรวจหาสาร THC สำหรับผู้ใช้นานพหุระ ไม่ให้เกินปริมาณ ที่กฎหมายกำหนดให้ใช้ในการแพทย์ เพื่อควบคุมความปลอดภัยบนท้องถนน โดยควรกำหนดไว้ในกฎหมายหลัก มิใช่กฎหมายลำดับรอง

๓. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหามาตรการรองรับการดำเนินงานด้านการควบคุมการใช้กัญชา หากร่างพระราชบัญญัติทั้ง ๒ ฉบับ ไม่ผ่านการพิจารณาจากฝ่ายนิติบัญญัติ โดยเฉพาะแนวทางป้องกันการจำหน่าย และการใช้ช่อดอกจากการปลูกในครัวเรือนในเชิงนันทนาการ ซึ่งผิดวัตถุประสงค์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์

๔. ถึงแม้ว่าสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาไม่ได้มีส่วนในการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ ทั้ง ๒ ฉบับ อย่างไรก็ตาม สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ควรติดตามกระบวนการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กัญชา กัญชง พ.ศ. และร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการใช้ประโยชน์กัญชา กัญชง พ.ศ. ในวาระที่ ๒ ชั้นกรรมาธิการของสภาผู้แทนราษฎร ควรตั้งข้อสังเกตหรือข้อเสนอแนะในรายละเอียดที่สอดคล้องกับหลักการ และเหตุผลของร่างกฎหมายฉบับดังกล่าวด้วยความรอบคอบ เพื่อปิดช่องไม่ให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการนำกัญชาไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

๕. กรณีการนำส่วนของใบ และดอกกัญชามาใช้ ควรกำหนดให้ผู้ผลิต/ผู้ปลูกคำนึงถึงคุณภาพวัตถุดิบ การปลูก เช่น ดิน เพื่อให้ได้ผลผลิตที่บริสุทธิ์ ไม่มีสารปนเปื้อนเพื่อนำมาสกัดให้ได้สารบริสุทธิ์

๖. ควรกำหนดแนวทางการใช้สารสกัดกัญชาในทางการแพทย์เพื่อการรักษาโรค โดยมีผลการศึกษาวิจัยรองรับอย่างชัดเจน

๗. ควรกำหนดมาตรการการควบคุมการเข้าถึงกัญชาใน ๓ กลุ่มเสี่ยง คือ ๑) เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ๒) สตรีมีครรภ์ และ ๓) สตรีให้นมบุตร เพราะข้อกำหนดห้ามจำหน่ายให้กับ ๓ กลุ่มเสี่ยงนี้ ยังมีช่อง ในการเข้าถึงสารสกัดหรือช่อดอกกัญชา จากการเปิดกว้างให้ปลูกเพื่อใช้ในครัวเรือนทางการแพทย์

๘. ควรมีการกำหนดกลไกการตรวจสอบและควบคุมกัญชา และประเด็นที่ประชาชนให้ความสำคัญ คือ มาตรการการใช้เพื่อนันทนาการ มาตรการการใช้ในครัวเรือน และมาตรการการครอบครองในที่สาธารณะ ดังนั้น ทั้ง ๓ ประเด็น จึงควรมีการพิจารณากฎหมายดังกล่าวด้วยความละเอียดและรอบคอบ

๙. ควรพิจารณาประเด็นความสอดคล้อง หรือไม่ขัดแย้งกับอนุสัญญาสหประชาชาติ ทั้งด้าน การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ การควบคุมการใช้ช่อดอก รวมถึงมาตรการควบคุมการนำไปใช้ในทางที่ผิด ตลอดจนกลไกการควบคุมและรายงานให้สหประชาชาติทราบถึงปริมาณการปลูกและจำหน่าย รวมถึง การใช้ภายในประเทศ

ครั้งที่ ๑๘/๒๕๖๕

**๒.๕ การพิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ.
ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙**

ด้วยในคราวประชุมคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๕ วันพุธที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ ที่ประชุมพิจารณาเห็นว่า ร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. เป็นร่างพระราชบัญญัติที่มีความจำเป็นเกี่ยวกับประโยชน์สาธารณะ เมื่อสภาผู้แทนราษฎรมิได้รับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติในวาระที่หนึ่งแล้ว ประธานวุฒิสภา จึงมอบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นผู้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว และเมื่อสภาผู้แทนราษฎรลงมติเห็นชอบในวาระที่สามแล้ว ให้ดำเนินการตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙ ต่อไป

ผลการพิจารณา

ผู้แทนกรมควบคุมโรค

ร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. เสนอโดยนายเท่าพิภพ ลิ้มจิตรกร สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และคณะ เป็นการแก้ไขมาตรา ๑๕๓ ของพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ เนื้อหาหลักมี ๒ ส่วน

ส่วนที่ ๑ สาระสำคัญเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๑๕๓ แห่งพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

“ผู้ใดประสงค์จะผลิตสุราหรือหรือมีโรงกลั่นสำหรับผลิตสุราไว้ในครอบครองเพื่อการค้า ให้ยื่นคำขออนุญาตต่ออธิบดี และต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่อธิบดีประกาศกำหนด

การขออนุญาตและการออกใบอนุญาตตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามวรรคสอง ต้องไม่กำหนดคุณสมบัติของผู้ขอเกี่ยวกับขนาด กำลังการผลิต กำลังแรงม้า เครื่องจักร จำนวนพนักงาน หรือประเภทบุคคลผู้มีสิทธิขออนุญาต
กรณีผู้ขออนุญาตเป็นบริษัทซึ่งจัดตั้งขึ้นตามกฎหมายไทยต้องไม่กำหนดจำนวนทุนจดทะเบียนขั้นต่ำ ยกเว้นการกำหนดสัดส่วนผู้ถือหุ้นสัญชาติไทย

ใบอนุญาตที่ออกตามมาตรานี้ให้มีอายุสามปีนับแต่วันที่ได้รับอนุญาต”

ผลการแก้ไขเพิ่มเติม : หากไม่ได้ผลิตเพื่อการค้า ไม่ต้องขออนุญาตต่ออธิบดี

ส่วนที่ ๒ มีการแก้ไขเพิ่มเติม ให้มีวรรคสาม

เหตุผลที่ต้องมีการแก้ไขเพิ่มเติม : เนื่องในอดีตพบปัญหาเกี่ยวกับคุณสมบัติที่กำหนดในกฎกระทรวง เป็นอุปสรรคต่อผู้ผลิตรายย่อย เช่น โรงผลิตเบียร์ต้องมีขนาดกำลังการผลิตไม่ต่ำกว่า ๑๐ ล้านลิตรต่อปี หรือกรณีโรงเบียร์ขนาดเล็กต้องมีกำลังการผลิตไม่ต่ำกว่า ๑ แสนลิตรต่อปี ผู้เสนอกฎหมายจึงเสนอปรับกฎกระทรวง แต่กฎกระทรวงที่ออกโดยกรมสรรพสามิตไม่มีความคืบหน้า จึงเสนอให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมเป็นร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. เพื่อแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อปลดล็อกคุณสมบัติต่าง ๆ

ข้อคิดเห็นและข้อสังเกตของกรมควบคุมโรค :

ข้อดี

- เห็นด้วยกับหลักการของร่างพระราชบัญญัติ โดยสนับสนุนโอกาสของผู้ผลิตรายย่อย

ข้อสังเกต

๑) หากมีผู้ประกอบการรายย่อยมากขึ้น อาจส่งผลให้ประชาชน เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้น เนื่องจากมีผู้ผลิตและผู้ขายจำนวนมากขึ้น

๒) การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการผลิต ซึ่งปัจจุบันสุราที่ไม่ได้ขออนุญาตมักพบการปนเปื้อนสารต่าง ๆ โดยสารปนเปื้อนที่พบบ่อย คือ เมทิลแอลกอฮอล์ (Methyl alcohol) หรือเมทานอล (Methanol) ทำให้เกิดอาการรุนแรง เช่น ตาบอด หรือเสียชีวิต โดยที่ผ่านมามีข้อมูลพบอาการรุนแรงดังกล่าวประมาณกว่า ๕๐ รายต่อปี ที่เป็นภาวะเป็นพิษจากเมทานอล (Methanol toxicity) นอกจากนี้ ยังมีอาการจากสารพิษอื่น ๆ

๓) การแก้ไขกฎหมายลำดับรอง ตามที่กำหนดในกฎหมายเดิมให้มีการพิจารณาในกฎกระทรวง เมื่อมีการปรับเปลี่ยนโดยห้ามมิให้กำหนดกฎกระทรวง เป็นเสมือนการตัดอำนาจของผู้ออกกฎหมาย ในการกำหนดคุณสมบัติต่าง ๆ กรณีดังกล่าว กรมควบคุมโรคมีความเห็นว่า รัฐควรมีอำนาจในการกำหนดคุณสมบัติของผู้ผลิต ซึ่งโดยหลักการจะมีการกำหนดให้เป็นธรรมกับผู้ประกอบการรายย่อยให้สามารถขออนุญาตได้ง่าย

สรุปความคิดเห็นและข้อสังเกต : เห็นด้วยกับหลักการที่จะให้ผู้ผลิตรายย่อยสามารถดำเนินธุรกิจและเติบโตได้ แต่หลักเกณฑ์การขออนุญาตควรให้มีการพิจารณาในกฎกระทรวง ส่วนการผลิตโดยไม่ขออนุญาต อาจส่งผลต่อปัญหาด้านคุณภาพการผลิต และผลกระทบต่อรายได้จากการจัดเก็บภาษีจากการผลิตสุรา จึงไม่เห็นด้วยกับการผลิตสุราโดยไม่ต้องขออนุญาต

ผู้แทนกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เห็นด้วยกับหลักการของร่างพระราชบัญญัติ และเห็นด้วยข้อสังเกตของกรมควบคุมโรคเกี่ยวกับกรณีหากเปิดโอกาสของผู้ผลิตรายย่อยโดยไม่กำหนดหลักเกณฑ์ จะเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเด็กและเยาวชนเข้าถึงได้ง่าย และยากต่อการควบคุม ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

เนื่องจากผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ซึ่งเป็นกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวในสภาผู้แทนราษฎร มีความคืบหน้าของการพิจารณาของคณะกรรมการ ซึ่งมีประเด็นความคิดเกี่ยวกับการเปิดเสรีการผลิตสุราจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพหรือไม่ โดยการผลิตเพื่อบริโภคจะมีกระบวนการจัดแจงเพิ่มเติม และปริมาณที่สามารถผลิตเพื่อบริโภค ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีข้อพิจารณาเป็นที่ยุติในประเด็นปริมาณที่ชัดเจน ซึ่งคณะกรรมการมีความเห็นในทิศทางที่ไม่เห็นชอบที่จะให้ผลิตได้โดยเสรี

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. โดยปรากฏผลการพิจารณา ดังนี้

หลักการและเหตุผล และสรุปสาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติ

บันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ.

หลักการ

แก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อกำหนดให้ผู้ประสงค์ผลิตสุราเฉพาะเพื่อการค้าที่ต้องขออนุญาตผลิต และกำหนดกรอบให้หน่วยงานที่รับผิดชอบสามารถกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขออนุญาตผลิตสุราเพื่อการค้าอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๑๕๓)

เหตุผล

โดยที่พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ กำหนดให้บุคคลผู้ประสงค์จะผลิตสุรา หรือมีเครื่องกลั่นสำหรับผลิตสุราไว้ในครอบครองต้องขออนุญาตต่ออธิบดีและปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง แต่บทบัญญัติดังกล่าวไม่มีการกำหนดกรอบเนื้อหาในการออกกฎกระทรวงไว้ให้เหมาะสม ทำให้กฎกระทรวงที่ออกตามความบทบัญญัตินั้น กำหนดคุณสมบัติผู้ขออนุญาต และเงื่อนไขอื่นที่จำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลเกินสมควรแก่เหตุ ผู้ประสงค์ผลิตสุรา เพื่อการค้ารายเล็ก หรือรายย่อยไม่สามารถประกอบอาชีพตามกฎหมายได้ จึงเป็นหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ไม่คุ้มครองบุคคลให้มีเสรีภาพในการประกอบอาชีพอย่างเหมาะสมเพียงพอตามมาตรา ๔๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย สมควรต้องปรับปรุง โดยกำหนดกรอบเนื้อหาของกฎกระทรวงให้เป็นธรรม จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

สาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติ

ร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. มีสาระสำคัญโดยสรุป ดังนี้

(๑) แก้ไขเพิ่มเติมให้การผลิตสุราสามารถกระทำได้โดยทั่วไป แต่หากประสงค์จะผลิตสุราเพื่อการค้า อันเป็นการประกอบอาชีพที่สุจริตต้องอยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต โดยต้องขออนุญาตตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง และเพื่อให้ความคุ้มครองบุคคลให้มีเสรีภาพในการประกอบอาชีพผลิตสุราและจัดระเบียบการประกอบอาชีพผลิตสุราได้เหมาะสม จึงกำหนดกรอบเนื้อหาของหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในกฎกระทรวงที่ต้องไม่กำหนดข้อจำกัดอันเป็นการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลเกินสมควรแก่เหตุ (ร่างมาตรา ๓)

(๒) กำหนดบทเฉพาะกาล ดังนี้

(๒.๑) กำหนดรองรับกฎหมายลำดับรองที่ออกตามพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยให้ใช้บังคับได้ต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับพระราชบัญญัตินี้ จนกว่าจะมีกฎกระทรวงหรือประกาศที่ออกตามความในพระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ และกำหนดให้การดำเนินการออกกฎกระทรวงหรือประกาศฉบับใหม่ต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติใช้บังคับ (ร่างมาตรา ๔)

(๒.๒) กำหนดรองรับคำขอที่ได้ยื่นไว้ก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ (ร่างมาตรา ๕)

(๒.๓) กำหนดรองรับใบอนุญาตที่ออกตามพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ (ร่างมาตรา ๖)

ข้อคิดเห็นของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

คณะกรรมการการสาธารณสุขพิจารณาแล้ว เห็นด้วยกับการแก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ ตามร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ.

โดยเห็นว่า ร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. มีสาระสำคัญเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๑๕๓ แห่งพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ ใน ๒ ประเด็น คือ

ส่วนที่ ๑ แก้ไขเพิ่มเติมวรรคหนึ่ง ดังนี้

“ผู้ใดประสงค์จะผลิตสุราหรือมีโรงกลั่นสำหรับผลิตสุราไว้ในครอบครอง

เพื่อการค้า ให้ยื่นคำขออนุญาตต่ออธิบดี และต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่อธิบดีประกาศกำหนด

..... ๗ ล ๗.....

ผลการแก้ไขเพิ่มเติม : หากไม่ได้ผลิตเพื่อการค้า ไม่ต้องขออนุญาตต่ออธิบดี

ส่วนที่ ๒ มีการแก้ไขเพิ่มเติม ให้มีวรรคสาม ดังนี้

“หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามวรรคสอง ต้องไม่กำหนดคุณสมบัติ

ของผู้ขอเกี่ยวกับขนาดกำลังการผลิต กำลังแรงม้าเครื่องจักร จำนวนพนักงาน หรือประเภทบุคคล ผู้มีสิทธิขออนุญาต กรณีผู้ขออนุญาตเป็นบริษัทซึ่งจัดตั้งตามกฎหมายไทยต้องไม่กำหนดจำนวนทุนจดทะเบียนขั้นต่ำ ยกเว้นการกำหนดสัดส่วนผู้ถือหุ้นชาวไทย”

เหตุผลที่ต้องมีการแก้ไขเพิ่มเติม : เนื่องจากในอดีตพบปัญหาเกี่ยวกับคุณสมบัติที่กำหนดในกฎกระทรวงเป็นอุปสรรคต่อผู้ผลิตรายย่อย เช่น โรงผลิตเบียร์ต้องมีขนาด

กำลังการผลิตไม่ต่ำกว่า ๑๐ ล้านลิตรต่อปี หรือกรณีโรงเบียร์ขนาดเล็กต้องมีกำลังการผลิตไม่ต่ำกว่า ๑ แสนลิตรต่อปี ผู้เสนอกฎหมายจึงเสนอปรับกฎกระทรวง แต่กฎกระทรวงที่ออกโดยกรมสรรพสามิต ไม่มีความคับหน้า จึงเสนอแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อปลดล็อคคุณสมบัติต่าง ๆ

ทั้งนี้ คณะกรรมาธิการมีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะต่อร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ดังนี้

๑. เห็นด้วยกับหลักการที่จะให้ผู้ผลิตรายย่อยสามารถดำเนินธุรกิจและเติบโตได้แต่หลักเกณฑ์การขออนุญาตควรให้มีการพิจารณาในกฎกระทรวง ส่วนการผลิตโดยที่ไม่ขออนุญาตอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านคุณภาพการผลิต และผลกระทบต่อรายได้จากการจัดภาษีจากการผลิตสุรา จึงไม่เห็นด้วยกับการผลิตสุราโดยไม่ต้องขออนุญาต

๒. เป็นการเปิดโอกาสให้กับผู้ผลิตรายย่อย โดยลดเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่อการผลิตรายย่อย อย่างไรก็ตาม หากมีผู้ประกอบการรายย่อยมากขึ้น ซึ่งมีข้อกังวลอาจส่งผลกระทบต่อประชาชน เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้น เนื่องจากมีผู้ผลิตและผู้ขายจำนวนมากขึ้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้น การผลิตที่ไม่ต้องขออนุญาตควรกำหนดให้มีขอบเขตที่มีความชัดเจนเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะเด็กและเยาวชน

๓. การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการผลิต ซึ่งปัจจุบันสุราที่ไม่ได้ขออนุญาตมักพบการปนเปื้อนสารต่าง ๆ โดยสารปนเปื้อนที่พบบ่อย คือ เมทิลแอลกอฮอล์ (Methyl alcohol) หรือเมทานอล (Methanol) ทำให้เกิดอาการรุนแรง เช่น ตาบอด หรือเสียชีวิต โดยที่ผ่านมามีข้อมูลพบอาการรุนแรงดังกล่าวประมาณกว่า ๕๐ รายต่อปี ที่เป็นภาวะเป็นพิษจากเมทานอล (Methanol toxicity) นอกจากนี้ ยังมีอาการจากสารพิษอื่น ๆ ดังนั้น คุณภาพและมาตรฐานการผลิตจึงเป็นสิ่งสำคัญ

๔. การแก้ไขกฎหมายลำดับรอง ตามที่กำหนดในกฎหมายเดิมให้มีการพิจารณาในกฎกระทรวง เมื่อมีการปรับเปลี่ยนโดยห้ามมิให้กำหนดกฎกระทรวง เป็นเสมือนการตัดอำนาจของผู้ออกกฎหมายในการกำหนดคุณสมบัติต่าง ๆ กรณีดังกล่าว เห็นว่า รัฐควรมีอำนาจในการกำหนดคุณสมบัติของผู้ผลิตซึ่งโดยหลักการจะมีการกำหนดให้เป็นธรรมกับผู้ประกอบการรายย่อยให้สามารถขออนุญาตได้ด้วย

บทที่ ๓

ด้านสุขภาพ การควบคุมและ
ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล
และการฟื้นฟูสุขภาพ
รวมทั้งการเปลี่ยนแปลง
ทางประชากร

๓.๑ พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับ Exit Strategy ด้านสาธารณสุข ภายใต้สถานการณ์โรคโควิด ๑๙ ในปัจจุบันและในอนาคต

แม้ว่าสถานการณ์ความรุนแรงของโควิด ๑๙ จะลดลง การชะลอการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด และการลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อก็ตาม อย่างไรก็ตาม ในแต่ละประเทศก็ไม่สามารถที่จะลดการเฝ้าระวังกับโรคโควิด ๑๙ ได้เลย ถึงแม้ว่าจะมีการลดมาตรการด้านการต่าง ๆ อาจกลับมามีการระบาดระลอกใหม่ได้ตลอดเวลา ดังนั้น กลยุทธ์การผ่อนคลายสถานการณ์ด้านสาธารณสุขภายในสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ ในปัจจุบันและอนาคต หรือ Exit Strategy จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ภาครัฐต้องพิจารณากำหนดกลยุทธ์เพื่อประเทศจะได้ไปสู่ new normal ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสร้างความสมดุลทั้งทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจให้กับประเทศและประชาชนโดยเร็ว

ผลการพิจารณา

กรมควบคุมโรค

หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขได้มีการหารือร่วมกันเกี่ยวกับมาตรการต่าง ๆ เพื่อรองรับการเปิดประเทศ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ภายในประเทศเริ่มลดลง โดยได้มีการปรับเปลี่ยนภาพรวมระดับการติดเชื้อในระดับจังหวัดและ ศบค. ได้ประกาศเมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๔ จากการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ พบว่า พื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดลดลงจาก ๒๙ จังหวัด เหลือ ๒๓ จังหวัด ส่วนพื้นที่ควบคุมสูงสุดมีจำนวน ๓๐ จังหวัด พื้นที่ควบคุม จำนวน ๒๔ จังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนมาตรการต่าง ๆ ตามระดับสีการติดเชื้อในแต่ละพื้นที่ ทำให้เห็นแนวโน้มที่ค่อนข้างชัดเจนว่าสถานการณ์ของประเทศกำลังดีขึ้นและสามารถผ่อนคลายมาตรการต่าง ๆ ได้บ้าง ในบางจังหวัด ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวจะนำไปสู่การวางแผนการเปิดประเทศ (Exit Strategy) โดยมีการกำหนดมาตรการผ่อนคลายต่าง ๆ อาทิ ห้ามออกนอกเคหสถาน เวลา ๒๓.๐๐ – ๐๓.๐๐ นาฬิกา ในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดสามารถจัดกิจกรรมที่เป็นกรรวมกลุ่มได้ไม่เกิน ๕๐ คน การบริโภคอาหารที่ร้านอาหารไม่มีเครื่องปรับอากาศปรับเพิ่มจำนวนผู้ใช้บริการเป็นร้อยละ ๗๕ ร้านอาหารที่มีเครื่องปรับอากาศสามารถเปิดให้ประชาชนเข้าใช้บริการได้ร้อยละ ๕๐ และสามารถมีการแสดงดนตรีในร้านอาหารได้ แต่ยังคงงดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ห้างสรรพสินค้าเปิดให้บริการได้ไม่เกิน ๒๒.๐๐ นาฬิกา สถานศึกษาสามารถเปิดการเรียนการสอนได้โดยได้รับความเห็นชอบจากกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ทั้งนี้ เมื่อมีการผ่อนคลายมาตรการต่าง ๆ ก็มีแนวโน้มที่อาจทำให้เกิดการแพร่เชื้อเพิ่มขึ้นได้ เช่นเดียวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนรองรับในเรื่องดังกล่าวไว้อย่างเข้มงวด

การยกเลิกประเทศการกำหนด/ดินแดนความเสี่ยงของสถานการณ์โควิด ๑๙ จากมติการประชุมสำนักงานประสานงานกลาง ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด ๑๙ (ศบค.) ครั้งที่ ๙ วันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๓ ให้มีการจัดกลุ่มประเทศที่มีผู้เดินทางเข้าราชอาณาจักรไทยและมีการปรับข้อมูล เพื่อนำไปใช้ประกอบการอนุญาตเข้าราชอาณาจักร เช่น การเข้ามารักษาใน AHQ การเข้าพื้นที่นาร่องการท่องเที่ยว มติการประชุมคณะกรรมการด้านวิชาการตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ปฏิบัติการ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด ๑๙ วันที่ ๒๙ – ๓๐ กันยายน และวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ เห็นควรยกเลิกการกำหนดกลุ่มประเทศและดินแดน

ความเสี่ยงของสถานการณ์โควิด ๑๙ รวมทั้งประกาศประเทศที่มีเชื้อกลายพันธุ์ สำหรับการเข้าราชอาณาจักร เนื่องจากสถานการณ์ทั่วโลกดีขึ้น และหลักเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งนี้ ยังต้องมีการกำหนดมาตรการส่วนบุคคลในการเข้าราชอาณาจักร ได้แก่ การได้รับวัคซีน การตรวจหาเชื้อวิธี RT-PCR หรือการกักกัน เป็นต้น อีกทั้ง ยังมีการเฝ้าระวังสถานการณ์ การเฝ้าระวังเชื้อกลายพันธุ์ในผู้ที่เดินทางเข้าราชอาณาจักรและติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ สามารถกำหนดประเทศใหม่ได้เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป

ความก้าวหน้าแผนรองรับการเปิดประเทศ ประกอบด้วย ๕ กลยุทธ์ ดังนี้

๑. การเปิดประเทศอย่างปลอดภัย เพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการระบาดระลอกใหม่ ประกอบด้วย ๑) การปรับมาตรการสำหรับผู้เข้าราชอาณาจักรเพื่อเตรียมแผนเปิดประเทศ ๒) การเฝ้าระวังการลักลอบ/หลบหนี เข้าออกประเทศ และ ๓) การจัดระบบการรับแรงงานต่างด้าวกลับเข้าประเทศ

๒. การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มเสี่ยง/สถานที่เสี่ยง/กลุ่มเปราะบาง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการรับเชื้อหรือการแพร่กระจายของเชื้อ ประกอบด้วย ๑) การปรับระบบเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง ๑๑ กลุ่ม ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ๒) การค้นหาเชิงรุก โดยทีมบูรณาการเคลื่อนในชุมชน ๓) การดำเนินการป้องกันโรคในรูปแบบ Bubble and Seal สำหรับสถานประกอบการ แคมป์ก่อสร้างอย่างต่อเนื่อง ๔) การจัดระบบป้องกันควบคุมโรค สำหรับการเดินทางและใช้ชีวิตอย่างปลอดภัย ๕) การปรับมาตรการด้านสังคม ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น การจำกัดกิจกรรม การเปิดสถานที่ ๖) การจัดระบบการขึ้นทะเบียนแรงงาน และจ้างงานให้ถูกกฎหมาย

๓. การเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยการประเมินศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขและเตรียมความพร้อมทุกด้าน เพื่อรองรับการเปิดประเทศ ประกอบด้วย ๑) การเพิ่มความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของประชากร และจัดหาให้เพียงพอ ๒) การปรับแนวทางและการเตรียมความพร้อมของทีมสอบสวนโรคทุกระดับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ๓) การปรับและเตรียมรูปแบบการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ๔) การเตรียมพร้อมทรัพยากรในการรองรับการดูแลรักษา ๕) การปรับระบบกักกันโรค การคุมไว้สังเกตทุกประเภท ๖) การเตรียมการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๗) การส่งเสริมมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในสถานพยาบาล และ ๘) การฟื้นฟูการจัดบริการโรคอื่น ๆ

๔. การพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารความเสี่ยง ประกอบด้วย ๑) การบูรณาการแอปพลิเคชันในการดำเนินงานและกำกับติดตามเพื่อการควบคุมโรค ๒) การจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศโควิด ๑๙ แบบบูรณาการ มีความเชื่อมโยงทันเวลา เพื่อสามารถนำไปวางแผนและสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ ๓) การปรับระบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความเข้าใจ ความเชื่อมั่น และเกิดการรอบรู้ทั้งในระดับบุคคล ชุมชนและสังคม

๕. การสร้างกลไกการบริหารจัดการแบบบูรณาการ ประกอบด้วย ๑) การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมในการจัดการระดับประเทศ ๒) การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมในการจัดการระดับจังหวัด ๓) การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ในการจัดการตนเองเพื่อรองรับมาตรการป้องกันควบคุมโรค รวมถึง การรักษาพยาบาลในชุมชน และ ๔) การสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ทั้งการกระทำ การเฝ้าระวังอาการ การตรวจ ATK ด้วยตนเอง และการเข้าถึงวัคซีน

เป้าหมายตามแผนรองรับการเปิดประเทศและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีดังนี้

๑. สร้างความเชื่อมั่น ประชาชนมีความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) หรือดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ภายใต้มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ตามหลักการแพทย์และสาธารณสุข

๒. สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ ประชาชนไทยมีภูมิคุ้มกันหมู่ และมีความปลอดภัยจากการเสียชีวิต เนื่องจากโรคโควิด - ๑๙ รวมถึงการรักษาระดับความมั่นคงด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

๓. ฟื้นฟูเศรษฐกิจของประเทศให้กลับมาฟื้นตัว โดยมีอัตราการเติบโตของ GDP เป็นไปตามแผนการกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาล

๔. เสริมสร้างสังคมและวัฒนธรรมให้ประชาชนสามารถกลับมาดำเนินกิจกรรมด้านสังคมและวัฒนธรรมตามเดินได้ โดยยังคงปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคต่อไป

แผนการรองรับการเปิดประเทศและการระบาดโควิด ๑๙ ปี ๒๕๖๕

กลยุทธ์	มาตรการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	ระยะเวลา
๑. การเปิดประเทศอย่างปลอดภัย (Smart Entry)	๑. การปรับมาตรการสำหรับผู้เข้าราชอาณาจักร เพื่อเตรียมแผนเปิดประเทศ - จัดทำแผนการเปิดประเทศ โดยปรับมาตรการตามระยะเวลาที่กำหนด - ปรับมาตรการในการเข้าราชอาณาจักร เช่น การลดวันกักกัน การปรับการตรวจหาเชื้อ ปรับลดค่าประกันรักษาโควิด ๑๙ และปรับมาตรการที่เกี่ยวข้อง ๒. การเฝ้าระวังการลักลอบ/หลบหนีเข้า - ออกประเทศ ๓. การจัดระบบการรับแรงงานต่างด้าวกลับเข้าประเทศ และลดการจ้างแรงงานผิดกฎหมายที่ลักลอบเข้าเมือง	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย	ตุลาคม - มีนาคม ๒๕๖๕
๒. การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง/สถานที่เสี่ยง/กลุ่มเปราะบาง	๑. การปรับระบบเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง ๑๑ กลุ่ม ให้สอดคล้องกับสถานการณ์	กระทรวงสาธารณสุข	ตุลาคม - กันยายน ๒๕๖๕
	๒. การค้นหาเชิงรุก โดยทีมบูรณาการเคลื่อนที่ในชุมชน (CCRT)	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย	ตุลาคม - กันยายน ๒๕๖๕
	๓. การดำเนินการป้องกันโรคในรูปแบบ Bubble and Seal สำหรับสถานประกอบการและแคมป์ก่อสร้างอย่างต่อเนื่อง	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน องค์การเภสัชกรรม	ตุลาคม - กันยายน ๒๕๖๕

กลยุทธ์	มาตรการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	ระยะเวลา
	๔. การจัดระบบป้องกันควบคุมโรค สำหรับการเดินทางและใช้ชีวิตอย่างปลอดภัย (Smart Control and Living with COVID) ตามมาตรการ COVID-Free Setting ในสถานที่ต่าง ๆ (รวมการใช้ ATK) อาทิ ตลาด ชุมชน แออัด หอพักแออัด สถานที่พักในรูปแบบต่าง ๆ สถานที่ชุมชน ที่สาธารณะ โดยเฉพาะที่มีการรวมกลุ่มและแออัด สถานที่ทำงานระบบขนส่งสาธารณะ	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ กระทรวงแรงงาน หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง	ตุลาคม – กันยายน ๒๕๖๕
	๕. การปรับมาตรการด้านสังคมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ อาทิ การจำกัดกิจกรรม การปิดสถานที่ การรวมกลุ่ม เป็นต้น	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย	ตุลาคม - มีนาคม ๒๕๖๕
	๖. การจัดระบบการขึ้นทะเบียนแรงงานและจ้างงานให้ถูกกฎหมาย	กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย	ตุลาคม – กันยายน ๒๕๖๕
๓. การเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข	๑. การเพิ่มความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของประชากร และจัดหาให้เพียงพอ	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย	ตุลาคม – กันยายน ๒๕๖๕
	๒. การปรับแนวทางและเตรียมความพร้อมของทีมสอบสวนควบคุมโรคทุกระดับให้สอดคล้องกับสถานการณ์	กระทรวงสาธารณสุข	ตุลาคม – กันยายน ๒๕๖๕
	๓. การปรับและเตรียมรูปแบบการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ - การปรับปรุงและจัดระบบ Home and Community based care Isolation (HI/CI) และ Hospital ให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน - การจัดระบบบริการสำหรับ Acute Covid Care และ Long Covid Care - การต่อยอดการใช้แพทย์แผนไทยในการรักษาโควิด ๑๙ - การจัดบริการดูแลด้านสุขภาพจิต	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน องค์การเภสัชกรรม	ตุลาคม – กันยายน ๒๕๖๕

กลยุทธ์	มาตรการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	ระยะเวลา
	๔. การเตรียมพร้อมทรัพยากรในการรองรับการดูแลรักษา	กระทรวงสาธารณสุข	ตุลาคม – กันยายน ๒๕๖๕
	๕. การปรับระบบกักกันโรคเป็นการคุมไว้สังเกตทุกประเภท	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการต่างประเทศ	ตุลาคม - มีนาคม ๒๕๖๕
	๖. การเตรียมการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	กระทรวงสาธารณสุข	ตุลาคม – กันยายน ๒๕๖๕
	๗. การส่งเสริมมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในสถานพยาบาล : Infection prevention and control (IPC)	กระทรวงสาธารณสุข	ตุลาคม – กันยายน ๒๕๖๕
	๘. การฟื้นฟูการจัดบริการโรคอื่น ๆ (Restore Non-Covid medical service)	กระทรวงสาธารณสุข	พฤศจิกายน - มีนาคม ๒๕๖๕
๔. การพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารความเสี่ยง	๑. การบูรณาการแอปพลิเคชันในการดำเนินงานและกำกับติดตาม เพื่อการควบคุมโรค	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ด้านศุลกากร	ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๕
	๒. การจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศโควิด ๑๙ แบบบูรณาการมีความเชื่อมโยง ทันเวลา เพื่อสามารถนำไปวางแผนและสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงมหาดไทย ด้านศุลกากร	ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๕
	๓. การปรับระบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความเข้าใจ ความเชื่อมั่น และเกิดการรอบรู้ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ด้านศุลกากร	ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๕

กลยุทธ์	มาตรการ	หน่วยงานรับผิดชอบ	ระยะเวลา
๕. กลไกการบริหารจัดการแบบบูรณาการ	๑. การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมในการจัดการระดับประเทศและกระทรวงที่เกี่ยวข้อง - กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละกระทรวงให้ชัดเจน - ทุกหน่วยงานมีโครงสร้างการดำเนินงาน และแผนการบริหารจัดการรองรับการระบาด - สร้างกลไกการดำเนินงาน โดยบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งจัดทำกลไกกำกับติดตาม	ทุกหน่วยงาน	ตุลาคม - มีนาคม ๒๕๖๕
	๒. การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมในการจัดการระดับจังหวัด/กทม./อำเภอ	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ทุกหน่วยงาน	ตุลาคม - มีนาคม ๒๕๖๕
	- สร้างกลไกการดำเนินงาน โดยบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งจัดทำกลไกกำกับติดตาม	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย	ตุลาคม - มีนาคม ๒๕๖๕
	๓. การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง เพื่อรองรับมาตรการป้องกันควบคุมโรค รวมถึงการรักษาพยาบาลในชุมชน	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย	ตุลาคม - มีนาคม ๒๕๖๕
	๔. การสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล (Smart Citizen) ทั้งการทำ Universal Prevention การเฝ้าระวังอาการ การตรวจ ATK ด้วยตนเอง การเข้าใจ และเข้าถึงวัคซีน	กระทรวงสาธารณสุข	ตุลาคม - มีนาคม ๒๕๖๕

ตามที่รัฐบาลได้กำหนดนโยบายเปิดประเทศภายใน ๑๒๐ วัน กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำแผนการรองรับและมาตรการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยใช้เป้าหมายหลัก ๒ เป้าหมาย คือ เป้าหมายการควบคุมและจัดการระบบให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป้าหมายวัคซีน โดยการนำเข้าวัคซีนที่เพิ่มขึ้น การปรับการฉีดวัคซีนแบบไขว้ เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันที่เร็วขึ้น ลดระยะเวลาการฉีดวัคซีนเข็มที่สองให้สั้นลง ทำให้ความครอบคลุมของวัคซีนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเรื่องวัคซีนเป็นดัชนีชี้วัดหนึ่งที่ทำให้สามารถเปิดประเทศได้เร็วขึ้น โดยที่มุ่งเน้นวัคซีน ๒ กลุ่มหลัก คือ กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ ๖๐ ปี และกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งควรได้รับวัคซีนมากที่สุด คือ ร้อยละ ๘ ในภาพรวมตั้งเป้าหมายการฉีดวัคซีนไว้ที่ร้อยละ ๗๐ ในเดือนพฤศจิกายนจะมีการฉีดวัคซีนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีวัคซีนเข้ามาในประเทศประมาณ ๒๐ ล้านโดส

ส่วนมาตรการลดความเสี่ยงยังคงปฏิบัติเหมือนเดิม อาทิ การตรวจหาเชื้อวิธี RT - PCR การได้รับวัคซีนหรือการกักกัน เป็นต้น เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจมาจากนักท่องเที่ยวต่างชาติ ทำให้การเปิดประเทศสามารถดำเนินการต่อไปได้

การวางแผนรองรับการเปิดประเทศกระทรวงสาธารณสุขได้มีการนำ Reproductive number : R_0 หรือ R naught มาใช้ในการพิจารณาจัดทำแผนและมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ แต่ไม่ได้มีการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะแต่อย่างใด ในช่วงเดือนกรกฎาคมค่าเฉลี่ย R_0 หรือ R naught เพิ่มขึ้นถึง ๒.๕ เฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร R_0 หรือ R naught เพิ่มขึ้น ๓ - ๔ ปัจจุบันค่าเฉลี่ย R_0 หรือ R naught อยู่ที่ ๐.๙ - ๑.๔ ซึ่งจะเห็นได้ว่า แนวโน้มสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ดีมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับเดือนกรกฎาคม ทั้งนี้ ค่าเฉลี่ย R_0 หรือ R naught ในภาคใต้ยังคงสูงอยู่ คือ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ๑.๔ - ๑.๖

กรมอนามัย

แผนปฏิบัติการรองรับการเปิดประเทศและการระบาดโควิด ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๕

กรอบภารกิจกรมอนามัย : กลุ่มวัย Health literacy รับรู้ เข้าใจ ปฏิบัติตามมาตรการสถานประกอบการ/กิจการ/กิจกรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันผลกระทบและฟื้นฟูสุขภาพ ดำเนินการตามมาตรการป้องกันการระบาดของโรค การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง การกำกับมาตรฐานการป้องกัน การปรับบริการทางการแพทย์/สาธารณสุขสนับสนุน การเฝ้าสังเกตอาการและผู้ติดเชื้อ

กลยุทธ์การรองรับการเปิดประเทศและการระบาดโควิด ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัย ประกอบด้วย ๔ กลยุทธ์ ๑๐ มาตรการ ดังนี้

- ๑) การเปิดประเทศอย่างปลอดภัย
- ๒) การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มเสี่ยง/สถานที่เสี่ยง/กลุ่มเปราะบาง
 - มาตรการที่ ๓ การดำเนินการป้องกันโรคในรูปแบบ Bubble and Seal สำหรับสถานประกอบการ/กิจการแคมป์ก่อสร้างอย่างต่อเนื่อง
 - มาตรการที่ ๔ การจัดระบบป้องกันควบคุมโรค สำหรับการเดินทางและใช้ชีวิตอย่างปลอดภัย (Smart Control and Living with COVID) ตามมาตรการ COVID - Free settings
 - ๓) การเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข
 - มาตรการที่ ๓ การปรับและเตรียมรูปแบบการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับสถานการณ์
 - มาตรการที่ ๕ การปรับระบบกักกันโรคเป็นการควบคุมไว้สังเกตทุกประเภท
 - มาตรการที่ ๖ การเตรียมการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - มาตรการที่ ๗ การส่งเสริมมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในสถานพยาบาล
 - มาตรการที่ ๘ การฟื้นฟูการจัดบริการโรคอื่น ๆ
- ๔) การพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารความเสี่ยง
 - มาตรการที่ ๑ การบูรณาการแอปพลิเคชันในการดำเนินงานและกำกับติดตาม เพื่อการควบคุมโรค
- ๕) การสร้างกลไกการบริหารจัดการแบบบูรณาการ
 - มาตรการที่ ๓ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ในการจัดการตนเอง เพื่อรองรับมาตรการป้องกันควบคุมโรค รวมถึงการรักษาพยาบาลในชุมชน
 - มาตรการที่ ๔ การสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล (Smart Citizen)

การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มเสี่ยง/สถานที่เสี่ยง/กลุ่มเปราะบาง

มาตรการที่ ๓ การดำเนินการป้องกันโรคในรูปแบบ Bubble and Seal สำหรับสถานประกอบการแคมป์ก่อสร้างอย่างต่อเนื่อง

- ขับเคลื่อนให้โรงงานดำเนินการตามมาตรฐาน Good Factory Practice (GFP) อย่างต่อเนื่อง
- กำหนดให้แคมป์ก่อสร้างดำเนินการตามมาตรการป้องกันการระบาดของ COVID ๑๙ บนระบบ

TSC+

มาตรการที่ ๔ การจัดระบบป้องกันควบคุมโรค สำหรับการเดินทางและใช้ชีวิตอย่างปลอดภัย (Smart Control and Living with COVID) ตามมาตรการ COVID – Free Settings

- ยกระดับกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการเสี่ยงเป็น CFS Setting บนระบบ TSC+
- คัดกรองและประเมินเสี่ยงพฤติกรรม การติดเชื้อ และการมีภูมิคุ้มกัน ผู้ให้บริการและผู้รับบริการก่อนเข้าสถานประกอบการ
- วางกลไกการควบคุม กำกับ และตรวจสอบการดำเนินการ
- สื่อสาร สร้างการรับรู้ และสร้างการมีส่วนร่วม
- กิจการด้านสังคม เช่น สพต. โรงเรียน สถานดูแลผู้สูงอายุ ศาสนสถาน ฯลฯ
- กิจการด้านการดำรงชีวิตและเศรษฐกิจ เช่น ตลาดทุกประเภท ร้านอาหาร โรงงาน ร้านค้า ห้างสรรพสินค้า ร้านตัดผม กิจการด้านกีฬา ประชุมสัมมนา มหกรรม นิทรรศการ ฯลฯ
- กิจการด้านการท่องเที่ยว เช่น แหล่งท่องเที่ยว กิจการทัวร์ โรงแรม ผับบาร์ สถานบันเทิง ฯลฯ

การเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข

๑) ปรับระบบบริการให้กลุ่มเปราะบางได้เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ทั้งถึงตามสิทธิประโยชน์

๒) พัฒนาสถานที่กักกันโรคที่สังเกตอาการทุกประเภทให้ได้มาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

๓) พัฒนาระบบเฝ้าระวัง (ทาง Lab) ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการระบาดของ COVID 19

๔) บูรณาการความร่วมมือในการบริหารจัดการขยะติดเชื้อ

๕) การฟื้นฟูการจัดบริการโรคอื่น ๆ (Restore Non – Covid medical service)

- บริการหญิงตั้งครรภ์และการอนามัยเจริญพันธุ์
- บริการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังสุขภาพ พัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๐ – ๑๔ ปี
- การส่งเสริมสุขภาพและการเตรียมความพร้อมก่อนวัยสูงอายุ
- Long Term Care
- บริการทันตกรรมป้องกัน และส่งเสริมทันตสุขภาพ

การพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารความเสี่ยง

มาตรการที่ ๑ การบูรณาการแอปพลิเคชันในการดำเนินงานและกำกับติดตาม เพื่อการควบคุมโรค เพื่อเป็นการยกระดับแพลตฟอร์มประเมินกำกับกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการในการป้องกันโรค ผ่านแอปพลิเคชัน Thai Stop COVID Plus และประชาชนสามารถตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ ของสถานประกอบการได้

การสร้างกลไกการบริหารจัดการแบบบูรณาการ

มาตรการที่ ๓ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง

- พัฒนากลไกการเฝ้าระวังและการกำกับ ตรวจสอบมาตรการป้องกันการระบาด และ CFS

ในกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการในระดับท้องถิ่น

มาตรการที่ ๔ การสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล (Smart Citizen) ทั้งการทำ Universal Prevention

ATK และ Vaccine

- สร้างการรับรู้มาตรการป้องกันตนเองขั้นสูงสุด
- พัฒนาระบบและเครือข่ายเฝ้าระวังพฤติกรรม
- สร้างแรงเสริมหรือแรงจูงใจให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการ

หลักการในการจัดประเภทกิจการ/กิจกรรมตามระดับความเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ : ความหนาแน่นการให้บริการ ความสะอาด สุขลักษณะของสถานที่ การระบายอากาศ ลักษณะของกิจกรรม (สัมผัสใกล้ชิด/มีโอกาสสัมผัสสารคัดหลั่ง/ถอดหน้ากาก/ตะโกน) ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม ความปลอดภัยของ Ecosystem ที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มเสี่ยงปานกลาง	กลุ่มเสี่ยงสูง	กลุ่มเสี่ยงสูงมาก
<p>๑) ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ ศูนย์การเรียนรู้ (สถานที่เปิดโล่ง) (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๔)</p> <p>๒) ร้านอาหาร (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๒)/ร้านอาหารที่มีการแสดงดนตรีเรียนรู้ (สถานที่เปิดโล่ง) (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๔)</p> <p>๓) ขนส่งสาธารณะ (ไม่ปรับอากาศ) (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๒)</p> <p>๔) สวนสาธารณะ สนามกีฬากลางแจ้ง (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๒)</p>	<p>๑) ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ ศูนย์การเรียนรู้ (ที่เป็นห้องปิดใช้เครื่องปรับอากาศ) (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๔)</p> <p>๒) โรงยิม ฟิตเนส (ไม่มีเครื่องปรับอากาศ) (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๔)</p> <p>๓) โรงภาพยนตร์ (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๔)</p> <p>๔) ร้านอาหาร (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๒)/ร้านอาหารที่มีการแสดงดนตรี (ที่เป็นห้องปิดใช้เครื่องปรับอากาศ) (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๔)</p> <p>๕) ห้างสรรพสินค้า คอมมูนิตีมอลล์ (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๒)</p> <p>๖) ขนส่งสาธารณะ (ปรับอากาศ) (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๒)</p>	<p>๑) ร้านซัก เจาะ (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๔)</p> <p>๒) ร้านทำเล็บ (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๔)</p> <p>๓) ร้านนวด สปา (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๔)</p> <p>๔) โรงยิม ฟิตเนส (มีเครื่องปรับอากาศ) (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๔)</p> <p>๕) สถานกีฬาเพื่อการจัดการแข่งขันกีฬา (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๔)</p> <p>๖) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (กิจการที่ได้รับการผ่อนคลายเป็นตาม ฉ. ๓๔)</p>

ความเสี่ยง	ความเสี่ยง	ความเสี่ยง
๑) พื้นที่เปิด ๒) อยู่ในพื้นที่เป็นระยะเวลานาน ต่อเนื่อง ๓) มีโอกาสสัมผัส พุด คุย และ ถอดหน้ากากน้อย	๑) พื้นที่ปิด ๒) อยู่ในพื้นที่เป็นระยะเวลานาน ต่อเนื่อง ๓) มีโอกาสสัมผัส พุดคุย ถอด หน้ากาก เช่น ระหว่างรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม	๑) พื้นที่ปิด ๒) อยู่ในพื้นที่เป็นระยะเวลานาน ต่อเนื่อง ๓) บริการมีการสัมผัสใกล้ชิดเป็น เวลานาน หรือมีโอกาสมือสัมผัสสารคัด หลั่งจากร่างกาย ๔) การรวมตัวของคนจำนวนมาก

กรอบแนวคิดการจัดทำมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID 19 (COVID Free Setting) ประกอบด้วย

COVID Free Environment

- Clean & Safe : Hygiene, Sanitation
 - Distancing : Loading, Crowd, Gathering, Time
 - Ventilation : Open/Close Area
- โดยประเมินผ่านเครื่องมือ Thai Stop COVID Plus

COVID Free Personnel

- UP – DMHTA
- TST Screening และ/หรือ ATK/RT-PCR
- Vaccination หรือ Post Infection

COVID Free Customer

- UP – DMHTA
- TST Screening

กรณีสถานที่ปิดต้องสัมผัสใกล้ชิดเป็นเวลานาน ไม่สามารถเว้นระยะหรือต้องถอดหน้ากาก

- Vaccination หรือ Post Infection หรือ ATK/RT-PCR

กรอบแนวทางการรับวัคซีนและหรือตรวจ ATK ใน COVID Free Setting

ความเสี่ยง กิจการ/กิจกรรม	Personnel		Customer	
	Vaccine	ATK	Vaccine	ATK
ปานกลาง	ได้รับ vaccine ครบตามเกณฑ์	ให้ดำเนินการใน กรณียังไม่ได้รับ vaccine หรือ ได้รับยังไม่ครบ ตามเกณฑ์	แนะนำ	แนะนำ
สูง		ได้รับ vaccine ครบตามเกณฑ์	แนะนำ	แนะนำ
สูงมาก		ให้ดำเนินการ ในกรณียังไม่ ได้รับ vaccine หรือได้รับยังไม่ ครบตามเกณฑ์	ได้รับ vaccine ครบตามเกณฑ์	ให้ดำเนินการ ในกรณียังไม่ ได้รับ vaccine หรือได้รับยังไม่ ครบตามเกณฑ์

กรุงเทพมหานคร

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - ๑๙ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า จำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ พบผู้ป่วยจำนวน ๑,๐๒๐ คน แม้จะยังพบการติดเชื้อในลักษณะคลัสเตอร์ใหม่ แต่ยังมีอยู่ในวงจำกัด เช่น สถานที่ก่อสร้าง สถานที่ดูแลผู้สูงอายุ มีชุมชนบางส่วน แต่เป็นลักษณะชุมชนที่ไม่มีการเคลื่อนที่หรือพบปะผู้คนจำนวนมาก

ส่วนด้านการรักษาพยาบาล กรุงเทพมหานครมีศักยภาพในการรับสถานการณ์ โดยยังมีเตียงว่างในโรงพยาบาลสนาม จำนวน ๑,๔๘๖ เตียง ศูนย์พักคอยผู้ป่วยว่าง จำนวน ๖,๘๘๑ เตียง จากทั้งหมดจำนวน ๗,๐๐๐ กว่าเตียง ซึ่งมีผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าศูนย์พักคอยเพียง ๗ คน นอกจากนั้น ยังมีเตียงของสถานพยาบาลเอกชนที่ยังว่างจำนวนมาก

สำหรับความคืบหน้าการฉีดวัคซีนล่าสุด กรุงเทพมหานครได้ดำเนินการฉีดวัคซีนให้กับประชากรที่รับวัคซีนเข็มที่ ๑ จำนวน ๘ ล้านคน ฉีดวัคซีนเข็มที่สอง จำนวน ๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๒๕ ของประชากรในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครทั้งหมด แม้ว่ากรุงเทพมหานครจะพบผู้ป่วยลดน้อยลงเรื่อย ๆ และคลัสเตอร์เป็นลักษณะที่ไม่สามารถระบาดในวงกว้างได้ แต่กรุงเทพมหานครก็ยังคงทำการตรวจเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง โดยได้ทำการสุ่มตรวจประชากรในตลาด จำนวน ๗,๕๐๐ คน จากตลาดต่าง ๆ จำนวน ๑๒๐ แห่ง ซึ่งเกินกว่าจำนวนตลาดทั้งหมดที่จดทะเบียนกับกรุงเทพมหานคร พบผู้ป่วยติดเชื้อ จำนวน ๗๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๘๙ ของประชากรทั้งหมดที่ทำการตรวจ การสุ่มตรวจโรงงานได้ดำเนินการไปแล้วจำนวน ๘๕ แห่ง โดยตรวจประชากร จำนวน ๘,๘๐๕ คน พบผู้ป่วยติดเชื้อ จำนวน ๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๓ ถือว่าค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจเชิงรุกรูปแบบเดิมที่กรุงเทพมหานครเคยดำเนินการ เพราะฉะนั้นด้านสถานประกอบการและโรงงานยังไม่มีควมน่ากังวลแต่อย่างใด

นอกจากนั้น กรุงเทพมหานครได้ทำการประเมินสถานการณ์โดยคาดว่า หากการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ยังเป็นสายพันธุ์เดลต้า เมื่อเกิดการระบาดในครั้งต่อไปสถานการณ์จะไม่รุนแรงมากกว่าสถานการณ์การระบาดที่ผ่านมา เนื่องจากประชากรในกรุงเทพมหานครบางส่วนมีภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติและได้รับการฉีดวัคซีนไปแล้วร้อยละ ๗๑ ยกเว้นกรณีที่มีสายพันธุ์ใหม่เข้ามา

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑) ปัจจุบันไม่มีความตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยรูปแบบหรือลักษณะใบรับรองการฉีดวัคซีนจากการรับทราบข้อมูลสถานทูตทั่วโลก พบว่า สหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส สิงคโปร์ อังกฤษ อิสราเอล เคนยา ผู้ที่เดินทางเข้าประเทศดังกล่าวสามารถแสดงใบรับรองการฉีดวัคซีนได้จากโทรศัพท์มือถือ แต่หากประเทศใดต้องการใบรับรองที่เป็นกระดาษ ผู้เดินทางสามารถปรี้นและนำมาแสดงได้

ทั้งนี้ สหรัฐอเมริกานุญาตให้ผู้ฉีดวัคซีนกรอกข้อมูลด้วยตนเองและไม่มีการกรอกข้อมูลหนังสือเดินทางแต่อย่างใด ประเทศญี่ปุ่นสามารถขอรับใบรับรองการฉีดวัคซีนได้ที่เขตพื้นที่ใกล้บ้าน ประเทศเยอรมันมีสมุดที่คล้ายกับสมุดเล่มเหลืองของประเทศไทย โดยแพทย์ประจำบ้านหรือหมอครอบครัวที่ฉีดวัคซีนสามารถกรอกข้อมูลลงสมุดดังกล่าวให้กับผู้รับการฉีดวัคซีน ส่วนกรณีประเทศไทยการทำ Vaccine Passport ต้องมีการจองคิว มีการจำกัดจำนวนการดำเนินการในแต่ละวัน ไม่ได้เปิดทำการทุกวัน มีการตรวจสอบหนังสือเดินทางและตรวจสอบตัวเครื่องบิน อีกทั้งการทำหนังสือเดินทางต่างประเทศไม่มีการขอตรวจสอบตัวเครื่องบินแต่อย่างใด เพียงยื่นบัตรประจำตัวประชาชนก็สามารถดำเนินการได้ หากกรมควบคุมโรคสามารถข้ามขั้นตอนส่วนนี้ได้ โดยการมอบอำนาจให้โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการออกใบรับรองการฉีดวัคซีนฉบับภาษาอังกฤษให้กับผู้ที่ต้องการอีกฉบับหนึ่ง โดยให้โรงพยาบาลเก็บค่าบริการจากผู้ขอรับบริการได้จะเป็นแรงจูงใจ

ให้โรงพยาบาลจัดหาบุคลากรมาดำเนินการในเรื่องดังกล่าว ซึ่งใบรับรองการฉีดวัคซีนฉบับภาษาอังกฤษสามารถใช้ในการเดินทางไปยังต่างประเทศได้ เนื่องจากประเทศต่าง ๆ ไม่ได้มีการทำข้อตกลงเกี่ยวกับสมุดเล่มเหลืองแต่อย่างใด ซึ่งจะเป็นการลดภาระของกรมควบคุมโรคและอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนได้มากขึ้น แต่หากกรมควบคุมโรคต้องการให้ใช้สมุดเล่มเหลืองเหมือนเดิมก็ควรแจกสมุดเล่มเหลืองให้กับโรงพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีน เพื่อให้ผู้ที่ต้องการได้รับ Vaccine Passport สามารถดำเนินการได้ทันทีที่หลังการฉีดวัคซีน ประเด็นต่าง ๆ นี้เป็นสิ่งที่กรมควบคุมโรคสามารถอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนได้รวมทั้ง Health Pass ที่มีข้อมูลชื่อ – นามสกุล และชื่อวัคซีนที่ได้รับการฉีดเป็นภาษาอังกฤษ ซึ่ง Health Pass ต่อไปจะไม่ได้ใช้เพียงการเดินทางในประเทศเท่านั้น แต่จะสามารถใช้ในการเดินทางต่างประเทศได้เช่นกัน และหากกรมควบคุมโรคสามารถพัฒนาข้อมูลการรับวัคซีนในแอปพลิเคชันพร้อมมาใช้ได้จะลดภาระของกรมและทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกในเรื่องดังกล่าวมากยิ่งขึ้น

๒) กรมควบคุมโรคควรเปิดเผยข้อมูล Reproductive number : R_0 หรือ R_{naught} ของประเทศไทยในเว็บไซต์กรมควบคุมโรคเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ประชาชนที่สนใจสามารถติดตามข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง และสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙

ครั้งที่ ๒๔/๒๕๖๔

**๓.๒ องค์ความรู้เรื่องของประสิทธิภาพและประสิทธิผล การนำเข้า แนวทางการใช้ยา
รวมทั้งผลการศึกษาวิจัยและทดลองใช้ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโควิด ๑๙**

คณะกรรมการยังคงติดตามสถานการณ์ของโรคโควิด 19 ที่แพร่ระบาดและส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะประเด็นของความรู้ด้านการใช้ยาที่นำมาใช้ในการรักษาโรค จึงทำให้มีการนำมาพิจารณาศึกษาถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผล การนำเข้า แนวทางการใช้ยา ผลการศึกษาวิจัยและทดลองใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ยาโมลนูพิราเวียร์ ยาฟ้าทะลายโจร และยาอื่น ๆ ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโควิด ๑๙ ตลอดจนแผนการสำรองยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโควิด ๑๙

ผลการพิจารณา

กรมการแพทย์

ประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงผลการศึกษาวิจัยและทดลองใช้ยาโมลนูพิราเวียร์ ยาฟ้าทะลายโจร และยาอื่น ๆ ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโควิด ๑๙ โดยเชื้อไวรัสแมคนานาซิมโลปิดเมื่อเข้ามาในตัว จะมีการแบ่งเซลล์ และตัวยาที่ออกฤทธิ์ได้ดี คือ

๑) ไฮดร็อกซีคลอโรควิน (hydroxychloroquine) และคลอโรควิน (chloroquine) สามารถควบคุมอาการได้ดี แต่มีอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ คือ ทำให้มีอัตราเร่งการเต้นของหัวใจ ทำให้ยาชนิดดังกล่าวถูกถอดออกจาก CPG ฉบับที่ ๑๙

๒) โลปีนาเวียร์/ริโทนาเวียร์ (lopinavir/ritonavir) เป็นยาที่มียาโปรตีนและใช้ร่วมกับคลอโรควิน (chloroquine) แต่เนื่องจากมียาประเภทใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยดีขึ้น จึงได้ถูกถอดออกจาก CPG ฉบับที่ ๑๙

๓) remdesivir/Favipiravir/rivavirin เมื่อมีการแบ่งตัวแล้ว ปัจจุบันกรมการแพทย์ใช้ยา ๒ ประเภท คือ ยาฟาวิพิราเวียร์และ remdesivir เนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์เช่นเดียวกัน

การรักษาโควิด 19 ในประเทศไทย โดยขอยกตัวอย่างในการเปรียบเทียบระหว่างประเทศไทย และสหรัฐอเมริกา NIH /IDSA สรุปได้ดังนี้

๑) กลุ่มไม่มีอาการ ประเทศไทยและ NIH ไม่มีการให้ยาในการรักษา ส่วน IDSA จะให้ยา Monoclonal AB ซึ่งค่อนข้างมีราคาสูง

๒) กลุ่มมีอาการเล็กน้อย ประเทศไทยจะให้ยาฟ้าทะลายโจร แต่หากค่าออกซิเจนลดลง จะให้ยา Favipiravir ร่วมกับ dexamethasone ส่วน NIH และ IDSA จะให้ Monoclonal AB High และให้ steroid และ Remdesevir โดยประเทศไทยไม่ได้ให้ยาประเภทดังกล่าว

๓) กลุ่มเสี่ยง ประเทศไทยจะให้ยา Favipiravir ร่วมกับ dexamethasone ส่วน NIH และ IDSA จะให้ Remdesevir ร่วมกับ dexamethasone

๔) กลุ่มที่มีอาการมากขึ้น ประเทศไทยจะให้ยา Remdesevir ร่วมกับ dexamethasone ต่อเนื่อง ๕-๑๐ วัน ส่วน NIH และ IDSA จะให้ dexamethasone ร่วมกับ Remdesevir ,Baricitinib or Tocilizumab

ปัจจุบันกรมการแพทย์ได้แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (CPG) (ฉบับที่ ๑๘) และอยู่ระหว่างการปรับปรุง CPG COVID 19 (ฉบับที่ ๑๙) โดยมีรายละเอียดการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

๑) ปรับปรุงค่านิยามของผู้ป่วย PUI เกี่ยวกับการสัมผัส อยู่ระหว่างการพิจารณาของวิทยาปรับปรุงค่านิยาม

๒) การวินิจฉัยตามกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ คือ การคัดกรองด้วย ATK และยืนยันด้วย RT-PCR

๓) ยกเลิกการใช้ยา boosted lopinavir/ritonavir(LPV/r) ในผู้ป่วยโควิด ส่วนใหญ่ที่ทำในต่างประเทศมีผู้ป่วยในการศึกษาจำนวนมากให้ผลตรงกันว่า ยานี้ไม่ลดอัตราการตาย มีเพียงรายงานเดียวที่ระบุว่าช่วยลดระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ และไม่มีรายงานการวิจัยการใช้ darunavir/ritonavir ในการรักษา

การทบทวนการใช้ยา

๑) มีการใช้ยาฟ้าทะลายโจร

๒) Favipiravir แนวทางการให้ยาเหมือนเดิม

๓) Remdesivir เงื่อนไขในการใช้ง่ายขึ้นรวมถึงการเข้าถึงยาเร็วขึ้น

๔) Prednisolone

๕) Anti-inflammatory agent อื่น ๆ และ IL-6 receptor antagonist

ทั้งนี้ อาจพิจารณาเลือกใช้ tocilizumab แต่จะต้องมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และสามารถพิจารณาเลือกใช้ JAK inhibitor เช่น baricitinib และ tofacitinib ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง โดยควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และมีประเด็นข้อสังเกตเพิ่มเติมว่า สามารถใช้ยา Prednisolone จะช่วยรักษาได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับราคา

Molnupiravir ในการรักษา Covid 19 มีผลการศึกษา ดังนี้

- Molnupiravir จากผลการศึกษาทำให้ทราบว่า Molnupiravir ได้ผลในการดูแลผู้ป่วยโควิดอาการเล็กน้อยลดอาการเสียชีวิต คิดเป็น ร้อยละ ๕๐ ของผู้ที่ได้รับยาไม่เสียชีวิต แต่ในระยะยาวยังไม่มีข้อมูลด้านความปลอดภัย เนื่องจากพบว่า ทำให้เกิดการกลายพันธุ์ หรือ mutagenic change ได้ ซึ่งต้องศึกษาต่อไป

- Mono Clonal Antibodies เป็นแอนติบอดีที่สร้างจากเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ออกแบบมาให้มีความจำเพาะต่อความต้องการโมโนโคลนอลแอนติบอดีที่ใช้รักษาโควิด 19 ซึ่งมียานำมาใช้ในการรักษาจำนวน ๒ ชนิด ได้แก่ Casirivimab & Imdevimab reduced สามารถลดการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้มากกว่า ร้อยละ ๗๐ ขณะนี้อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เบื้องต้น พบว่า ได้ผลในกลุ่มที่มีอาการเล็กน้อย เหมาะกับผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยง

ข้อมูลยาฟาวิพิราเวีย (Favipiravir)

กรมการแพทย์ร่วมกับหน่วยงานของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ได้ศึกษาวิจัยช่วงระบาศ ๒ ปี แรก ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๓ – กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ พบว่า การให้ยาฟาวิพิราเวีย (Favipiravir) ได้อย่างรวดเร็ว จะทำให้ไม่เกิดอาการรุนแรง ดังนั้น ในผู้ป่วยมีอาการกลุ่มเสี่ยงจะต้องให้ยาฟาวิพิราเวีย โดยมีการใช้และการศึกษาข้อมูล ดังนี้

๑) การใช้ยา Favipiravir ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน Hospital โรงพยาบาลเลิดสิน ในช่วงเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๑,๘๔๐ คน พบว่า ผลการให้ยาแบ่งตามกลุ่ม ดังนี้

- กลุ่มไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) จำนวน ๗๕๗ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๔๑ เป็นกลุ่ม Pneqmonia + SpO2 (สีส้ม) เพียง ๑๔ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑.๘๕

- กลุ่มมีอาการหรือมีปัจจัยเสี่ยง (สีเหลือง) จำนวน ๓๖๘ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๒๐ เป็นกลุ่ม Pneqmonia +SpO2 (สีส้ม) ๕๗ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๕.๔๙

- กลุ่ม Pneqmonia +SpO2 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๖ (สีส้ม) จำนวน ๗๑๕ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๓๙ เปลี่ยนแปลงเป็นสีแดง ๖๔ รายคิดเป็น ร้อยละ ๘.๙๕

การใช้ยา Remdesivir

จากงานวิจัยของต่างประเทศและในประเทศ พบว่า

- Remdesivir สามารถรักษาผู้ป่วยอาการรุนแรงได้
- หากมีการใช้ยา Remdesivir ร่วมกับ Versus standard สามารถลดอาการรุนแรงของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ
- Journal of Antimicrobial Chemotherapy ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ทำการศึกษาผู้ป่วย Covid 19 ในหญิงตั้งครรภ์ ไม่ควรให้ยา แต่หากมีอาการควรให้ควรให้ยา Remdesivir (๕ วัน) และให้เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล

ข้อบ่งชี้ในการให้ยา Remdesivir โดยได้กำหนดอาการหรือกลุ่มบุคคลที่ต้องให้ยา Remdesivir สรุปได้ดังนี้

๑) ปอดอักเสบรุนแรงไม่เกิน ๑๐ วัน หลังจากมีอาการ และได้รับ HFNC หรือ NIV, NIV, FiO 2 อย่างน้อย ๐.๖ เพื่อรักษาระดับ SpO 2 ให้อยู่ระดับ ร้อยละ ๙๔ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ (ถ้าต้องใส่เครื่องช่วยหายใจแล้ว อาจได้ประโยชน์จากยานี้ไม่เต็มที่)

๒) หญิงตั้งครรภ์ที่มีปอดอักเสบมีข้อห้ามบริการยาทางปากหรือมีปัญหาการดูดซึม

อย่างไรก็ตาม กำหนดให้เลือกใช้ยา favipiravir หรือ remdesivir อย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ใช้ร่วมกัน ทั้ง ๒ ชนิดดังกล่าวร่วมกัน เนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์ที่ตำแหน่งเดียวกัน เมื่อให้ remdesiv จนครบวันที่แนะนำไม่ต้องให้ favipiravir อีก

การนำเข้า แนวทางการใช้ Molnupiravie และยาอื่น ๆ สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคโควิด ๑๙

การดำเนินการเกี่ยวกับยา Molnupiravie ในประเทศไทย มีกระบวนการขั้นตอน สรุปได้ดังนี้

๑) เดือนกรกฎาคม – สิงหาคม ๒๕๖๔ MSD มีการหารือกับกรมการแพทย์เกี่ยวกับข้อมูลยา และการวิจัย Molnupiravie

๒) เดือนสิงหาคม – กันยายน ๒๕๖๔ MSD มีการหารือกับกรมการแพทย์ เพื่อดำเนินการจัดหา และจัดซื้อ Molnupiravie

๓) เดือนกันยายน – ตุลาคม ๒๕๖๔ MSD มีการหารือกับกรมการแพทย์ เพื่อจัดทำสัญญาซื้อขาย Molnupiravie โดยในวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๔ เสนอแผนการจัดหายาต่อ ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกระทรวงมหาดไทย รวมทั้งหารือกับอัยการสูงสุด และได้เสนอต่อ เสนอคณะรัฐมนตรี เมื่อเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๔

๔) เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๖๔ / พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ต้นปี ๒๕๖๕ Molnupiravie ประกาศการขึ้นทะเบียน เพื่อนำมาใช้ในประเทศไทย และขึ้นทะเบียนกับ US FDA MSD พร้อมทั้งหารือกรมการแพทย์เกี่ยวกับข้อมูลยาและการวิจัย Molnupiravie

Molnupiravie เป็นยาเม็ดที่มีการผลิตขึ้นใหม่ ที่ได้มีการศึกษาวิจัยในเฟส ๒ และสหรัฐอเมริกา ประกาศว่า เป็นยาที่ให้ผลการรักษาที่ดี ขณะนี้อยู่ระหว่างการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยจะนำเข้าเข้ามาในประเทศไทยประมาณเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๔ หรือต้นปี ๒๕๖๕

ทั้งนี้ ในปัจจุบันกรมการแพทย์ยังไม่มีจัดทำข้อมูลเปรียบเทียบการใช้ยาฟาวิพิราเวีย (Favipiravir) และยาประเภทอื่นไว้ เนื่องจากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๓ หน่วยงานยังไม่มีข้อมูล จนเมื่อมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จึงเริ่มมีการศึกษาวิจัยของประเทศจีนเกี่ยวกับการใช้ยาฟาวิพิราเวียว่า สามารถรักษาอาการผู้ป่วย Covid 19 ได้ดี ในด้านลดอาการรุนแรงและปอดอักเสบ

ต่อมาเดือนมกราคม ๒๕๖๓ ได้มีการออก Guideline ฉบับแรก ตั้งแต่ยังไม่ได้นำเข้ายาฟาวิพิราเวีย ซึ่งได้นำเข้ามาใช้ในประเทศไทยประมาณปลายเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการหนัก โดย Favipiravir จะออกฤทธิ์ในช่วง replication of viral ผู้ป่วยที่มีอาการ และเข้าสู่อาการรุนแรงแล้ว จะสามารถลดความรุนแรงของอาการได้ตาม Guideline ฉบับที่ ๓ ทั้งนี้ จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง พบว่า ลดอาการรุนแรงได้ภายใน ๔ วันแรก นับแต่วันที่ได้ใช้ยา ส่วนยาฟ้าทะลายโจรได้มีการนำมาใช้ในประเทศไทย อยู่แล้ว และไม่สามารถใช้ยาควบคู่กัน เพราะมีการออกฤทธิ์ในจุดเดียวกัน โดยมีข้อแนะนำเกี่ยวกับการใช้ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อที่ไม่มีอาการ หรือผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง ให้ใช้ยาฟ้าทะลายโจร
- ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อมีอาการไข้สูง หรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยง จะให้ยา Favipiravir ภายใน ๔ วันแรก หลังจากตรวจพบเชื้อ

- ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น จะใช้ Remdesivir ร่วมกับ dexamethasone หรือยา Favipiravir ร่วมกับ dexamethasone

สำหรับยา Molnupiravie เป็นยาที่ได้รับการอนุมัติจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (US FDA) และเป็นยาเม็ดชนิดรับประทานออกฤทธิ์ต้านไวรัส Covid-19 ตัวแรก ส่วนยา Remdesivir จะเป็น ยาฉีด และยาฟาวิพิราเวีย (Favipiravir) ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (US FDA) หากมีการเปลี่ยนแปลง หรือมีการกลายพันธุ์ จะเป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยในอนาคต จึงได้มีการนำเข้ามา Molnupiravie มาใช้ในประเทศไทย

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโควิด 19 จะมีระยะอาการ ๔ กลุ่ม ได้แก่ ๑) ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ ๒) มีอาการเล็กน้อย ๓) กลุ่มเสี่ยง ๔) กลุ่มที่มีอาการหนักขึ้น แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (CPG) ได้กำหนดแนวทางการให้ยาในกลุ่มแอนตี้ไวรัส คือยา Remdesivir และยารักษาอาการอักเสบ คือ dexamethasone รวมทั้งยาที่จะต้องพิจารณาจากอาการป่วยเป็นกรณี ๆ ไป ได้แก่ Baricitinib หรือ Tocilizumab

นอกจากนี้ ยังมีแนวปฏิบัติที่ดำเนินการ โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย กำหนดแนวทางปฏิบัติในการใส่ท่อช่วยหายใจฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ชนิดรุนแรง (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๓) เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วยอีกช่องทางหนึ่ง

ประเด็นยาโมโนโคลนอลแอนติบอดี (Monoclonal Antibody) ที่ได้รับบริจาคจากสถานทูตเยอรมัน จำนวน ๒,๐๐๐ ขวด (๑ ขวดใช้กับผู้ป่วยได้ ๒ คน) ให้ประเทศไทยโดยไม่มีเงื่อนไข โดยยาดังกล่าว เป็นของบริษัท Regeneron ที่มีประสิทธิภาพสามารถลดอาการป่วยหนักและการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด ๑๙ ได้ถึง ร้อยละ ๕๐ – ๗๐ โดยกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้กำหนดแนวทางการใช้และกระจายยาดังกล่าวไปใช้ในภาคใต้และโรงเรียนแพทย์ และจะรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลเป็น case report form (CRF) คือ แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตอบคำถามงานวิจัย ภายในสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จะได้ข้อมูลสรุปผลการทดสอบประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เพื่อนำไปวางแผนการจัดซื้อยาเพื่อลดอาการโควิดต่อไป

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนการสำรองยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโควิด ๑๙

การสำรองยาจะมีการศึกษาว่าในแต่ละช่วงจะมีปริมาณการใช้จำนวนเท่าใด ทั้งนี้ สถานะปัจจุบันในการสำรองยา ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ มีปริมาณยาคงเหลือ คือ ยา Favipiravir (200 mg) จำนวน ๒๖,๒๖๐ เม็ด และยา Remdesivir (100 mg) จำนวน ๗๔,๒๘๔ เม็ด

การจัดหายาแต่ละช่วง ยา Favipiravir (200 mg) เริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๔ จะมีการจัดหายามาโดยตลอด ซึ่งในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๔ มีจำนวนยา Favipiravir (200 mg) ๘ ล้านเม็ด และมีการจัดหายา

มากที่สุดในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๑๒๓ ล้านเม็ด และตั้งแต่เดือนกันยายน ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ มีการสำรองยาไว้ จำนวน ๒๖.๒๖ ล้านเม็ด ทั้งนี้ อัตราการใช้ยา Favipiravir (200 mg) อัตราการใช้เฉลี่ย ๐.๔๕ ล้านเม็ด/วัน อัตราสำรองคลัง ๕๘ วัน รองรับผู้ป่วย ๔๖๘,๙๒๘ ราย อัตราส่วนผู้ป่วยใช้ยา Favipiravir (200 mg) ต่อผู้ป่วย Covid-19 เปรียบเทียบผู้ป่วยใช้ยา ต่อผู้ป่วยติดเชื้อ ในภาพรวมของประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๗๕

การจัดหายา REMDESIVIR Injection 100 mg.

เริ่มใช้ยาตั้งแต่เดือนมีนาคม ๒๕๖๔ เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔ มีปริมาณยาสำรอง ๑๔,๕๑๗ เม็ด ในช่วงแรกไม่สามารถจัดหาซื้อยาได้ จึงกำหนดให้เฉพาะกับผู้ตั้งครุภัณฑ์เท่านั้น ต่อมาในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๔ สำรองยาได้ ๑๓๐,๐๐๐ เม็ด ปัจจุบันมียาสำรองไว้ ๗๔,๒๘๔ เม็ด อัตราการใช้เฉลี่ย ๗๕๕ เม็ด/วัน อัตราสำรองคลัง ๘๘ วัน รองรับผู้ป่วย ๑๒,๓๘๐ ราย (ผู้ป่วยใช้ยาเฉลี่ย (๖ เม็ด/ราย) นอกจากนี้ ยังมีบริษัทที่ผลิตยาในประเทศไทย ๔ - ๕ บริษัท สามารถจัดหาเพิ่มเติมได้

การใช้ยาฟ้าทะลายโจร สรุปได้ว่า ปัจจุบันมีการนำฟ้าทะลายโจรมาใช้ในหลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็นประเทศอินเดีย จีน และประเทศไทย ในหลายอาการ ไม่ว่าจะเป็นโรคทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาอาการหวัด และสามารถบรรเทาอาการ Covid-19 ได้ โดยมีสารที่สำคัญ คือ แอนโดรกราโฟไลด์ (andrographolide) มีฤทธิ์ในการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ต้านไวรัส ต้านการอักเสบ ลดไข้

จากการศึกษาของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และมหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ทำการศึกษา พบว่า “แอนโดรกราโฟไลด์” (andrographolide) ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ได้แต่สามารถยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อ Covid-19 จึงถูกนำมาใช้ในการรักษาอาการ Covid-19 โดยมีการขยายผลการศึกษาและวิจัยในพื้นที่ต่าง ๆ หลายพื้นที่ ดังนี้

๑) กลุ่มที่ ๑ preliminary study (๖ ราย) (พฤษภาคม ๒๕๖๓) มีการศึกษานำร่องสารสกัดฟ้าทะลายโจรต่อผู้ป่วย Covid-19 ซึ่งพบว่า ระดับความรุนแรงน้อย และทราบถึงขนาดที่เหมาะสมของการใช้ยาฟ้าทะลายโจร

๒) กลุ่มที่ ๒ RCTs ๕๗ ราย (สิงหาคม ๒๕๖๓ – เมษายน ๒๕๖๔) เป็นการศึกษาประสิทธิผลความปลอดภัยของการใช้ยาและระยะเวลาการหายของผู้ป่วย Covid-19 ซึ่งผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้ยาฟ้าทะลายโจร ๒๙ ราย ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่เป็นปอดอักเสบเลย ในส่วนที่ไม่ได้ยาฟ้าทะลายโจร ๒๘ ราย พบปอดอักเสบ ๓ ราย

๓) กลุ่มที่ ๓ Retro Cohort ๕๑๐ ราย (ธันวาคม ๒๕๖๓ – เมษายน ๒๕๖๔) เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย Covid 19 ในการใช้ยาและไม่ใช้ยาฟ้าทะลายโจร และการใช้ยา Favipiravir โดยการจัดเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล ๓ แห่ง และประสิทธิภาพของยา

๔) รายงานการใช้ (พฤศจิกายน ๒๕๖๓-มีนาคม ๒๕๖๔) จำนวน ๕๓๙ ราย โดยการศึกษาย้อนหลังเชิงสังเกตต่อสารสกัดฟ้าทะลายโจร ต่อผู้ป่วย Covid 19 มีความรุนแรงน้อย นำยาฟ้าทะลายโจรมาใช้ในการต้าน Covid 19 ในสถานบริการกว่า ๑๖๐ แห่ง ปริมาณการใช้ยา ๗.๗ ล้านแคปซูล รักษาผู้ป่วยได้ ๑.๖ แสนราย พบว่า กลุ่มที่ใช้ยาฟ้าทะลายโจรและไม่ได้ใช้ยาฟ้าทะลายโจรในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยาฟ้าทะลายโจร พบว่า มีปอดอักเสบถึง ๗๑ ราย แต่ในกลุ่มที่ได้ใช้ยาฟ้าทะลายโจร พบปอดอักเสบเพียงรายเดียว

๕) R2R ๗,๐๐๒ ราย (มีนาคม ๒๕๖๔ – ปัจจุบัน) ขณะนี้อยู่ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล โดยยังมีการเก็บข้อมูลต่อเนื่องไปข้างหน้า โดยเป็นการศึกษาว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรในกลุ่มที่เป็นสีเขียว ได้ยาฟ้าทะลายโจร ๑๘๐ มิลลิกรัมต่อวัน ติดต่อกัน ๕ วัน โดยพบอาการปอดอักเสบ จำนวน ๕๙๙ ราย

หรือ ร้อยละ ๘.๕๕ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นใน ๕ วัน หรือ ร้อยละ ๙๑.๔๕ พบว่า มีการเกิดปอดอักเสบ อยู่ประมาณ ร้อยละ ๗-๘

๖) วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔ อย. รัชยาฟ้าทะลายโจรเข้าบัญชีหลัก ในวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๔ โดยราชกิจจานุเบกษา ประกาศเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๔ สปสช. เพิ่มสิทธิประโยชน์ของยาฟ้าทะลายโจร

ประเด็นข้อมูลผลการศึกษาเปรียบเทียบผลสัมพัทธ์ระหว่างการรักษาทั้งวิธีที่เปรียบเทียบกัน โดยตรง (Head-to-head) ในรูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) ระหว่างยา Favipiravir และยาฟ้าทะลายโจร ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูล แต่จะมีการจัดทำวิจัยเปรียบเทียบของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่จะเก็บข้อมูลในเรื่องดังกล่าว ขณะนี้อยู่ระหว่างการปรับปรุงข้อมูลเพื่อเข้าสู่ การพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรม สำหรับการจัดเก็บข้อมูลแบบ Retrospective ระหว่างยา Favipiravir และยาฟ้าทะลายโจร มีการจัดเก็บข้อมูลเสร็จแล้ว แต่อยู่ในขั้นตอนวิเคราะห์ผลการวิจัย หากสรุปผลการวิจัย เสร็จแล้วจะได้นำมาเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง ทั้งนี้ การใช้ยา Favipiravir และยาฟ้าทะลายโจร จะไม่มีการให้ยาควบคู่กัน เพราะจะเกิดความสับสนในเรื่อง Aflatoxin

การดำเนินการในระยะต่อไป

จะทำการศึกษาต่อเนื่องเปรียบเทียบในลักษณะเดียวกัน คือ ระหว่างการใช้ฟาวิพิราเวีย ยาอื่น ๆ และการใช้ยาฟ้าทะลายโจร ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นสีเขียว คือ อาการน้อยและไม่มีโรคประจำตัว โดยมีการศึกษา และวางแผนการดำเนินงานโดยอาจารย์คณะแพทยศาสตร์จุฬาฯ การศึกษาที่สระบุรี โดยแยกการศึกษา ออกเป็น ๒ ส่วน ในกลุ่มที่เป็น automatic isolation จะเป็นการดำเนินงานต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยังมีช่องทางในการรับการปรึกษาและการให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับ ยาฟ้าทะลายโจร ทั้งในส่วนของ Facebook LINE Application หรือใน QR code หรือติดต่อมายัง กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

องค์กรเภสัชกรรม

การสำรองยาของบริษัทที่องค์กรเภสัชกรรมจัดหาเข้ามาในประเทศ จำนวน ๔๐ ล้านเม็ด องค์กรเภสัชกรรม ผลิตได้เอง จำนวน ๒๑ ล้านเม็ด รวมทั้งสิ้น ๖๑ ล้านเม็ด มีวัตถุดิบสำหรับผลิตยา ๑๔,๕๐๐ กิโลกรัม ผลิตได้ ๖๕ ล้านเม็ด กำลังผลิตขององค์กรเภสัชกรรม ๑๐๐ ล้านเม็ดต่อเดือน

ยาฟาวิพิราเวียร์และยาโมนูพิราเวียร์ได้มีการทำการศึกษาวิจัยควบคู่กันเพื่อสร้างความมั่นคง ทางยาในประเทศ และเพื่อรองรับหากมีการระบาดระลอกใหม่ ทั้งนี้ การทำโครงการศึกษาวิจัย ยาฟาวิพิราเวียร์ องค์กรเภสัชกรรมได้ทำการวิจัยและพัฒนาจนได้ทะเบียนยา และสามารถผลิตและจำหน่าย ได้แล้ว โดยมีการกำหนดแผนและกำลังการผลิตในโรงงานยารังสิต สามารถผลิตได้ ๑๐๐ ล้านเม็ดต่อเดือน สำหรับยาโมนูพิราเวียร์ ซึ่งเป็นยาด้านไวรัสชนิดใหม่ที่คาดว่าจะสามารถรักษาโรคโควิดได้

การวิจัยและพัฒนา ยา ซึ่งเป็นหน้าที่ขององค์กรเภสัชกรรม ได้มีการดำเนินการ ดังนี้

- กรณียา Favipiravir ในปี ๒๕๖๔ องค์กรเภสัชกรรมได้มีการวิจัยและพัฒนาจนสามารถผลิตยา Favipiravir ได้เอง และได้ดำเนินขึ้นทะเบียนและได้จัดจำหน่ายแล้ว โดยมีแผนและกำลังการผลิต เพิ่มขนาด โรงงานผลิตยารังสิต สามารถผลิตยา Favipiravir ๑๐๐ ล้านเม็ดต่อเดือน จากข้อมูลดังกล่าว การสำรองยา Favipiravir มีเพียงพอต่อการใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ หากไม่เพียงพอสามารถดำเนินการ ผลิตเพิ่มเติมได้

- ยา Molnupiravie เป็นยาด้านไวรัสตัวใหม่ บริษัทเภสัชกรรม เมอร์ค แอนด์ โค (Merck & Co) ที่มีผลเบื้องต้นที่คาดว่าจะรักษา Covid 19 ซึ่งได้เริ่มทำการศึกษาวิจัยในส่วนของวัตถุดิบ และผลิตภัณฑ์

ร่วมกับสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) คาดว่าจะใช้ระยะเวลาดำเนินการจนสามารถผลิตเองได้ ๑ ปี – ๑.๕ ปี โดยยา Molnupiravie จากการสืบค้นข้อมูล บริษัทผลิตในประเทศอินเดีย ไม่ได้ยื่นการจดสิทธิบัตรครอบคลุมถึงประเทศไทย ทำให้ปัจจุบันยังไม่พบการมีสิทธิบัตรทั้งผลิตภัณฑ์และวัตถุดิบ

- การผลิตยา Molnupiravie ของประเทศอินเดีย จะมีแนวทางการผลิตยา ๒ รูปแบบ ดังนี้

๑) บริษัทในประเทศอินเดีย ได้รับ Licenses ไลเซนส์ จากบริษัทเภสัชกรรม เมอร์ค แอนด์ โค (Merck & Co) ให้ผลิตยา Molnupiravie จำหน่ายได้สำหรับประเทศที่มีรายได้ต่ำ (Low-income country)

๒) บริษัทในประเทศอินเดียจะมีการสังเคราะห์วัตถุดิบ ทำให้ประเทศอินเดียสามารถผลิตยาได้รวดเร็วกว่าประเทศไทย ซึ่งจะต้องมีการนำเข้าวัตถุดิบมาก่อน ส่วนการวิจัยและพัฒนาวัตถุดิบจะดำเนินการควบคู่กันไป แต่อย่างไรก็ตาม บริษัทในประเทศอินเดียก็ยังไม่มีการดำเนินการในเรื่อง technical Trial เพื่อเปรียบเทียบกับยาของบริษัทเภสัชกรรม เมอร์ค แอนด์ โค (Merck & Co) จึงไม่มีข้อสรุปว่า ยาที่บริษัทในอินเดียผลิตเองจะมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับยาของบริษัทเภสัชกรรม เมอร์ค แอนด์ โค (Merck & Co)

ครั้งที่ ๒๕/๒๕๖๔

๓.๓ Application “หมอพร้อม”

คณะกรรมการให้ความสำคัญกับความพร้อมของแอปพลิเคชันหมอพร้อม ในการรายงานข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ การลงทะเบียนเข้ารับวัคซีนโดยเฉพาะกระบวนการออกหนังสือสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบเอกสารดิจิทัล (Digital Health Pass) สำหรับใช้ในการเดินทางทั้งในประเทศและต่างประเทศตามมาตรการการเปิดประเทศของรัฐบาล และการออกหนังสือรับรองการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ รวมถึงแนวทางการรับนักท่องเที่ยวในการใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อม

ในการหยิบยกเรื่องนี้มาพิจารณาในคณะกรรมการการสาธารณสุข มีจุดมุ่งหมายเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน เนื่องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบอาจมีข้อจำกัดในการให้บริการที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน และประชาชนไม่ได้รับความสะดวกเท่าที่ควร และนอกจากข้อมูลรับรองการฉีดวัคซีนในระบบหมอพร้อมแล้ว ควรมีเอกสารที่ออกให้ ณ จุดฉีดวัคซีน และสามารถดาวน์โหลดจาก Application ได้ในภายหลัง หรืออาจยื่นขอจากหน่วยงานที่รับผิดชอบได้ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสะดวกของประชาชน รวมทั้งการพัฒนา Application หมอพร้อม ควรมีข้อมูลที่ครบถ้วนเป็นภาษาอังกฤษ และการแก้ไขข้อมูลควรแก้ไขโดยเจ้าหน้าที่เท่านั้น เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงทำให้นำมาสู่การพิจารณาศึกษาในเรื่องดังกล่าว

ผลการพิจารณา

กรมควบคุมโรค

ระบบหมอพร้อม ในส่วนของกรมควบคุมโรค จะเกี่ยวข้องกับระบบการขอรับหนังสือรับรองการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันกรณีที่ได้รับวัคซีนเพื่อการเดินทางไปต่างประเทศ โดยกรมควบคุมโรคจะดำเนินการโดยการแปลลิงค์ไว้ที่ระบบหมอพร้อม เพื่อเข้าสู่ระบบการฉีดวัคซีน InterVac ซึ่งเป็นระบบที่ยื่นคำร้องขอรับหนังสือรับรองการฉีดวัคซีนโควิดเพื่อเดินทางไปต่างประเทศ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างพัฒนาระบบ โดยผู้ร้องขอต้องเดินทางไปรับหนังสือรับรองด้วยตนเองได้ ๒ แห่ง คือ กองโรคติดต่อทั่วไป และสถาบันบำราศนราดูร อย่างไรก็ตาม ระบบดังกล่าวอยู่ระหว่างกำลังพัฒนาในเรื่องของ Digital Vaccine Passport รวมทั้ง Digital Vaccine Certificates (เล่มสีเหลือง หรือพิมพ์ได้ด้วยตนเอง หรือผ่าน Smartphone) คาดว่าจะสามารถใช้ได้ภายในสิ้นปี

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ระบบข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ (หมอพร้อม) ประกอบด้วย ๓ ส่วน คือ

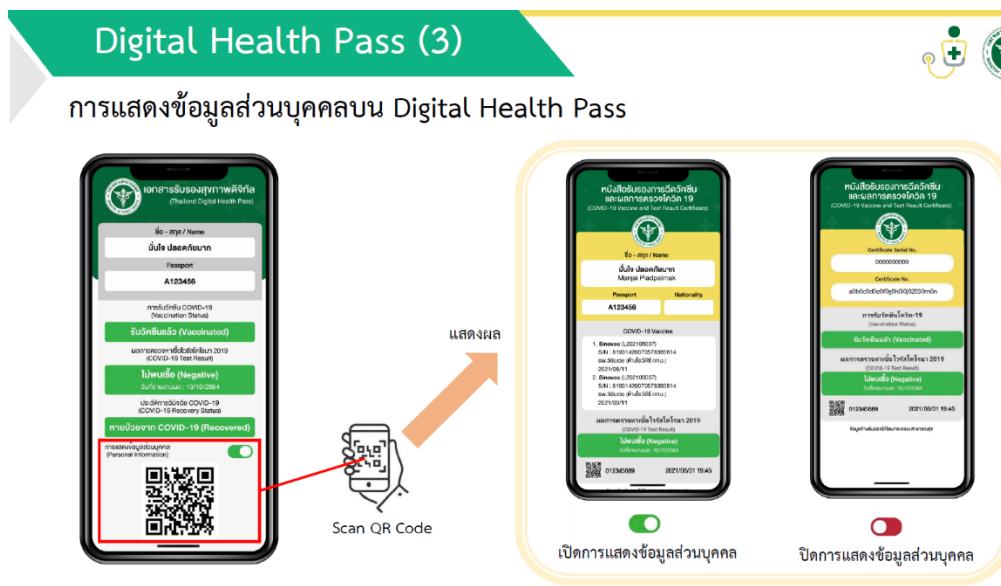
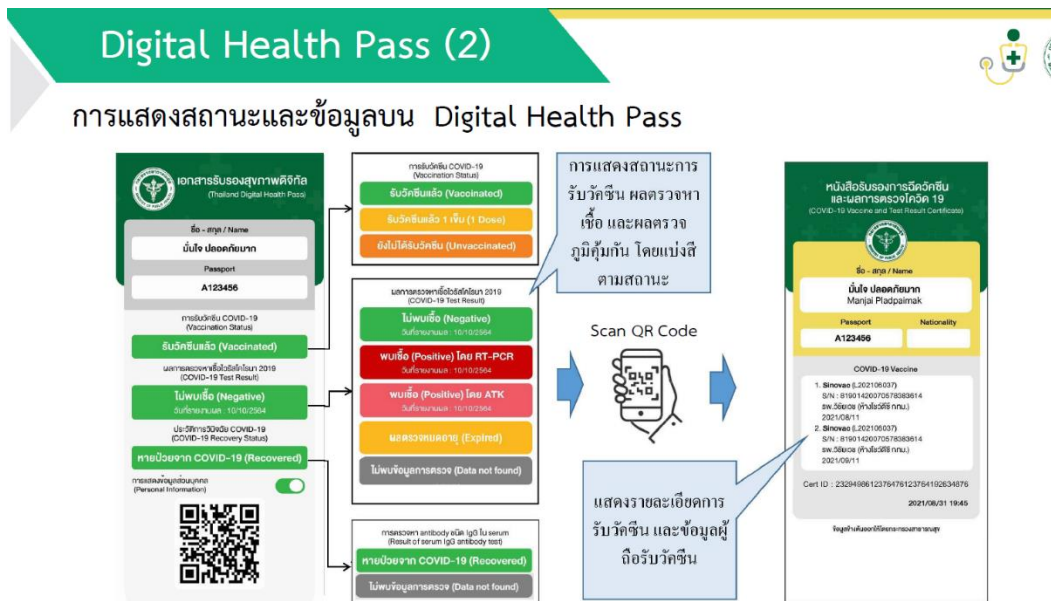
๑. ข้อมูลทั่วไป ระบบหมอพร้อมจะมี ๒ ระบบ คือ หมอพร้อม Line OA มีจำนวนเพื่อน ๑๒.๖ ล้าน Friends และหมอพร้อม Application *มีจำนวนดาวน์โหลด ๑๔.๖ ล้านครั้ง มีการส่งข้อมูลเข้าระบบจากศูนย์ฉีดวัคซีน ๑,๘๑๙ แห่ง โรงพยาบาลที่ส่งข้อมูล Lab เข้าระบบหมอพร้อม จำนวน ๒๐๒ แห่ง และการส่งผลตรวจ ATK เข้าระบบหมอพร้อม จำนวน ๖๐,๒๗๖ ครั้ง

* ข้อมูล ณ วันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

๒. ผลการดำเนินงาน การให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙^๒มีการฉีดสะสม จำนวน ๗๗,๓๒๘,๖๓๘ คน เป็นฉีดเข็ม ๑ สะสม จำนวน ๔๒,๙๔๗,๘๙๘ คน ฉีดเข็ม ๒ สะสม จำนวน ๓๑,๙๔๖,๕๔๐ คน ฉีดเข็ม ๓ สะสม ๒,๔๓๑,๘๐๐ คน เข็ม ๔ สะสม ๒,๔๐๐ คน

๓. Digital Health Pass คือ เอกสารรับรองสุขภาพดิจิทัล ออกโดยกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบ QR Code บน หอมพร้อม Line OA และ Application มีการแสดงข้อมูล ๓ ส่วน ได้แก่ ๑) ข้อมูลการรับวัคซีน COVID -19 ๒) ผลการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ๓) ประวัติการวินิจฉัย COVID -19

การแสดงผลสถานะและข้อมูลบน Digital Health Pass โดยการสแกน QR Code จะพบข้อมูล การแสดงรายละเอียดการรับวัคซีน และข้อมูลผู้ถือรับวัคซีน และการแสดงผลสถานะการรับวัคซีน ผลตรวจหาเชื้อ และผลตรวจภูมิคุ้มกัน โดยแบ่งสีตามสถานะ



แผนภาพ: การแสดงผลสถานะและข้อมูลบน Digital Health Pass กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๔.

^๒ ข้อมูล ณ วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

ผู้รับผิดชอบระบบหมอพร้อม คือ กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงานมีอัตรากำลังจำนวน ๑๐ คน ผู้ที่ดูแลระบบหมอพร้อมจะเป็นบริษัทเอกชน จำนวน ๒ บริษัท ที่ดูแลระบบ และดูแลโปรแกรม

ปัญหาของ Application หมอพร้อม ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการคีย์ข้อมูลไม่เข้าระบบ ซึ่งกำลังประสานกับโรงพยาบาลต้นทาง

กระทรวงการต่างประเทศ

ประเด็นปัญหาการนำใบ Certificate ไปใช้เพื่อการเดินทางไปต่างประเทศ ซึ่งขณะนี้การใช้ International Certificate ยังไม่มีรูปแบบมาตรฐานกลาง หลายประเทศออกเพียงแค่ National Certificate โดยแต่ละประเทศใช้รูปแบบตามข้อกำหนดของตนเอง ซึ่งประเทศไทยได้ใช้เอกสารรับรองการฉีดวัคซีน (สมุดเล่มเหลือง) เป็นหลัก ที่ผ่านมากกระทรวงการต่างประเทศได้ส่งรูปแบบสมุดเล่มเหลืองไปยังต่างประเทศเพื่อรับทราบรูปแบบหนังสือรับรองการฉีดวัคซีนของประเทศไทย และได้ขอตัวอย่างหนังสือรับรองของต่างประเทศมาให้กระทรวงสาธารณสุขเพื่อใช้ในการตรวจสอบ ณ สนามบิน

ปัจจุบันวัคซีนหลายยี่ห้อได้รับการรับรองโดย WHO แล้ว จึงไม่เกิดปัญหาในการออกหนังสือรับรองไปต่างประเทศ โดยเฉพาะในทวีปยุโรปที่มีข้อจำกัดในเรื่องการรับรองวัคซีนบางยี่ห้อ

อีกทั้งมีระบบ Public Key Infrastructure : PKI ระหว่างประเทศ เป็นใบรับรองวัคซีนในรูปแบบดิจิทัลสามารถอ่านข้อมูลได้อัตโนมัติ ผ่านแพลตฟอร์ม Thailand Park เพื่อกรมควบคุมโรคจะได้พิจารณาอนุมัติก่อนเดินทางเข้าประเทศไทย

ปัจจุบันกรมการกงสุลประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเชื่อมเลขหนังสือเดินทางกับใบรับรองวัคซีน โดยสามารถดึงเลขหนังสือเดินทางไปลงในหนังสือรับรองวัคซีนได้โดยอัตโนมัติ

ข้อมูลในระบบหมอพร้อม สามารถนำไปรับรองวัคซีน Certificate เข้าระบบหมอพร้อม และใช้แสดงเป็นหลักฐานในการเดินทางไปต่างประเทศ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน สามารถดำเนินการได้หรือไม่ นั้น พบว่า รูปแบบหนังสือรับรองยังไม่มีกำหนดมาตรฐานกลาง ซึ่งแต่ละประเทศจะพิจารณาเอกสารจากชุดข้อมูลที่ปรากฏมีความถูกต้อง และตรวจสอบย้อนกลับได้

สำหรับการจะใช้ Application หมอพร้อมต้องพิจารณาความพร้อมว่า จะใช้เป็นเอกสารหลักแทน International Certificate หรือไม่ต้องมีการหารือกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อแจ้งไปยังต่างประเทศเพื่อทราบ ส่วนการยอมรับของต่างประเทศก็ต้องมีการพิจารณาในภายหลัง แต่เบื้องต้นขึ้นอยู่กับว่าประเทศไทยจะใช้เอกสารขึ้นใดเป็นเอกสารแสดงในการเดินทาง แต่ละประเทศมีมาตรการพิจารณาแตกต่างกัน และยังไม่มีมาตรฐานกลาง หากเป็นที่ยุติว่า ใช้เอกสารขึ้นใดในการแสดงหลักฐาน กระทรวงการต่างประเทศก็พร้อมจะประสานไปยังต่างประเทศเพื่อทราบ

จากข้อมูลดังกล่าว คณะกรรมาธิการมีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้เอกสารอื่นใดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรคและกระทรวงการต่างประเทศ ต้องมีการหารือร่วมกันว่าจะใช้เอกสารรูปแบบใดที่จะนำไปแจ้งประเทศต่าง ๆ ทั้ง International Certificate หรือ Digital International Certificate

การศึกษาและติดตามการพัฒนาระบบและความเชื่อมโยงกับแอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” ในการรองรับการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ รวมถึง “วัคซีนพาสปอร์ต” การจัดทำข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นสากลและการตรวจสอบการฉีดวัคซีนผ่านแอปพลิเคชันของประชาชน

ระบบหมอพร้อม เป็นแอปพลิเคชันหลักของประเทศในการดำเนินงานทุกเรื่องเกี่ยวกับโควิด โดยเฉพาะด้านวัคซีน และลำดับคิวพาสปอร์ต เพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวกในด้านต่าง ๆ ดังนั้น คณะกรรมการมีการพิจารณาความคืบหน้าการดำเนินการเกี่ยวกับระบบหมอพร้อมและปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ระบบหมอพร้อมได้ถูกพัฒนาขึ้นมารับการฉีดวัคซีนของประชาชน โดยมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ๔ ประเด็น ดังนี้

๑. MOH PROMPT Digital Platform

ภาพรวมการทำงานของระบบหมอพร้อม เริ่มการดำเนินการตั้งแต่การฉีดวัคซีนตามจุดฉีดวัคซีน ทั้งโรงพยาบาลรัฐ/เอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) คลินิก ร้านขายยา คลินิกเทคนิคการแพทย์ โดยข้อมูลดังกล่าวจะถูกส่งไปยังกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดเก็บข้อมูล บน Cloud โดยมีระบบความปลอดภัยสูง เนื่องจากได้ว่าจ้าง Cyber Security เข้ามาช่วยตรวจสอบ ระบบหมอพร้อม รวมทั้งการตรวจสอบว่าระบบมีการรั่วไหลในช่วงใด โดยที่ผ่านมาสามารถดำเนินการได้ด้วยดี และล่าสุดการดำเนินการในส่วนของคลินิก ร้านขายยา มีการเปิดระบบเพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชน ในการตรวจสอบจากชุดตรวจ ATK สามารถบันทึกผลการตรวจได้ ซึ่งปัจจุบันระบบหมอพร้อม มีการดาวน์โหลดแล้ว ประมาณ ๑๖ - ๑๗ ล้านคน ผ่านช่องทางไลน์ ประมาณ ๑๓ - ๑๔ ล้านคน จากนั้น จะมีการประมวลผลและส่งไปยัง Dashboard เพื่อแสดงผลในระบบหมอพร้อมได้แบบ Real Time โดยมีการ Update ข้อมูลวันละ ๓ เวลา วัตถุประสงค์เพื่อลดภาระงานของบุคลากรด้านหน้าที่จะต้องรับภาระ ในการฉีดวัคซีนจำนวนมาก และยังทำให้ประชาชนได้เห็นข้อมูลโดยตรง

ในการปรับปรุงระบบต่าง ๆ ได้ทบทวนข้อมูลการวิจัยจากต่างประเทศแล้วนำมาปรับใช้ โดยขณะนี้ อยู่ระหว่างการเตรียมการส่งข้อมูลเข้ามาไว้ในระบบ Digital signature คือ ลายเซ็นดิจิทัล เพื่อรองรับ การดำเนินการในอนาคตเพื่อให้ผู้ที่ฉีดวัคซีนได้ใบรับรองผ่านช่องทางดิจิทัล โดยให้แพทย์ลงนาม ในระบบดิจิทัล รวมไปถึงผลการตรวจ โดยปัญหาที่ผ่านมามักจะมีในเรื่องข้อมูลไม่อยู่ในระบบหมอพร้อม เนื่องจากจุดรับฉีดวัคซีนมีการจัดทำระบบแยกต่างหาก เช่น ไทยร่วมใจ เป็นระบบที่แยกต่างหากจากระบบ หมอพร้อมในการจัดส่งข้อมูลจึงจะต้องไปกรองข้อมูลก่อนแล้วก็ส่งเข้ามาในระบบหมอพร้อม จึงทำให้มีขั้นตอน ที่มากขึ้นในการดำเนินการกระบวนการในระบบทั้งหมด

๒. การปรับ QR CODE สู่มาตรฐาน EU

กรณีดังกล่าวเป็นประเด็นที่สืบเนื่องมาจากข้อสังเกตของคณะกรรมการเมื่อวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำหนังสือส่งไปยังสหภาพยุโรปประจำประเทศไทย เพื่อขอความ อนุเคราะห์พิจารณา QR CODE บนใบรับรองสุขภาพดิจิทัล เพื่อขออนุญาตเชื่อมโยงระบบเข้ากับ EU และประสานงานอย่างใกล้ชิดกับสหภาพยุโรป โดยมีกรมยุโรปเข้าร่วมดำเนินการประสานงาน ในเรื่องดังกล่าว การดำเนินการมีการประชุม จำนวน ๓ ครั้ง โดยครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ เป็นการประชุมร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กรมยุโรป สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์

(สพธอ.) และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และได้ประชุมในเรื่องดังกล่าวต่อเนื่องกันอีก ๓ ครั้ง ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ และครั้งที่ ๓ เมื่อวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

ในระหว่างการประชุมเพื่อดำเนินการเชื่อมโยงระบบพบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเอกสาร equivalence decision โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้จัดส่งหนังสือแจ้งความประสงค์เพื่อจัดทำเอกสารรับรองเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ไปยังสหภาพยุโรป แล้วเมื่อวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ขณะนี้อยู่ระหว่างขั้นตอนการรับส่งหนังสือ อย่างไรก็ตามเมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ สหภาพยุโรป ได้เพิ่มประเทศไทยเข้าไปอยู่ในระบบอย่างไม่เป็นทางการแล้ว โดยมีประเทศสมาชิกทั้งหมด ๔๙ ประเทศ และประเทศไทยเป็นประเทศแรกในอาเซียน

๑) การเข้าสู่ EU Digital COVID Certificate (EU DCC) ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ Getting started

ขั้นตอนที่ ๒ Test Environment (TEST)

ขั้นตอนที่ ๓ Acceptance Environment (ACC)

ขั้นตอนที่ ๔ Production Environment (PROD)

ประเทศไทยได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๑ - ๓ แล้ว และอยู่ระหว่างดำเนินการในขั้นตอนที่ ๔ ที่สหภาพยุโรปจะเป็นผู้พิจารณาเอกสารของประเทศไทย ซึ่งอยู่ระหว่างการกระบวนการรออีกทั้ง ได้นำเรียนอธิบดีกรมการกงสุลผ่านทางกรมยุโรปให้ทราบกระบวนการดำเนินการของประเทศไทยด้วยแล้ว และหากประเทศไทยได้รับการอนุมัติให้เข้าร่วมกับสหภาพยุโรปจะเป็นประเทศลำดับที่ ๔๙ อย่างไรก็ตาม มีอีกหลายประเทศที่มีการดำเนินการดังกล่าวและยังไม่ได้ผ่านการพิจารณาของสหภาพยุโรปเช่นกัน อาทิ ใต้หวัน ฟิลิปินส์

๒) การปรับ QR CODE บนใบรับรองสุขภาพดิจิทัล

เนื่องจาก QR CODE เอกสารรับรองสุขภาพดิจิทัล ใช้เดินทางประเทศกลุ่ม EU และอื่น ๆ จะแตกต่างจาก QR CODE ของประเทศไทย โดยระบบของประเทศไทย จะมีเพียง QR CODE เดียวที่สามารถแสดงผลข้อมูลการรับวัคซีน COVID - 19 ผลการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และ Digital Health Pass สำหรับ QR CODE ของสหภาพยุโรป การดำเนินการในแต่ละเรื่องแต่ละครั้งจะมี QR CODE ทุกครั้งในการดำเนินการ ดังนั้น การดำเนินการของประเทศไทยจึงจะต้องปรับเพิ่ม QR CODE เข้าไปในระบบ ทั้งนี้ จะดำเนินการปรับภายหลังจากสหภาพยุโรปพิจารณารับรองและอนุมัติให้ประเทศไทยเข้าร่วมสหภาพยุโรปอย่างเป็นทางการแล้ว ซึ่งคาดว่าจะใช้ระยะเวลาในการดำเนินการไม่เกิน ๒ สัปดาห์ ซึ่งประเทศไทยได้เตรียมความพร้อมในทุกเรื่องไว้แล้ว

๓) การเชื่อมต่อข้อมูล PASSPORT ของกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดส่งไปยังกรมการกงสุล ๒ ครั้งแล้ว และได้ประสานโดยตรงกับอธิบดีกรมการกงสุล ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างดี โดยกระทรวงการต่างประเทศโดยกรมการกงสุลยินดีให้เชื่อมโยงข้อมูล PASSPORT ดังกล่าวแล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลดังกล่าวในระบบ government line และพบว่า การเชื่อมต่อข้อมูลไปยังกรมการปกครองไม่สามารถอัปโหลดข้อมูลได้ เนื่องจากมีรายละเอียดในการดำเนินการค่อนข้างมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงจะต้องดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลตรงในรายละเอียดต่าง ๆ ขณะนี้อยู่ระหว่างการปรึกษาหารือในเรื่องดังกล่าว และคาดว่าจะสามารถเชื่อมต่อข้อมูลในระบบ VPN ในวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ ซึ่งเป็นระบบชั่วคราวไปก่อน และขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการ ทั้งนี้ หากไม่มีปัจจัยอื่นใดก็จะสามารถเชื่อมโยงข้อมูล Passport เข้ามาในระบบพร้อมกันได้

ทั้งนี้ การดูแลและพัฒนาระบบหมอบรรวมให้มีมาตรฐานที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยวัตถุประสงค์สำคัญคือ อำนวยความสะดวกให้กับประชาชน โดยการออกแบบระบบให้เป็นไปตามมาตรฐานระดับ Global แล้วประชาชนไม่จำเป็นจะต้องขอข้อมูลเพิ่มเติม เช่น บัตรโดยสารเครื่องบิน

สำหรับการดูแลงานด้านต่างประเทศของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากข้อมูลเอกสารรับรองของสหภาพยุโรป มีทั้งข้อมูลการรับวัคซีน COVID - 19 ผลการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และ Digital Health Pass มีใช้ข้อมูลวัคซีนเพียงอย่างเดียว ซึ่งกรมควบคุมโรคไม่ได้มีอำนาจในเรื่องการวินิจฉัยโรคด้วย และข้อมูลทั้งหมดมีในระบบหมอบรรวมอยู่แล้ว กรมควบคุมโรคจะต้องเชื่อมโยงเพื่อเอาข้อมูลดังกล่าวมาจัดทำเป็นหนังสือรับรองการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด ๑๙ เพื่อใช้ในการเดินทางระหว่างประเทศ แต่ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ดำเนินการในเรื่องการเข้าร่วมเป็นสมาชิกสหภาพยุโรปต่อ เนื่องจากกรมควบคุมโรคแจ้งว่า จะเป็นผู้ดำเนินการในเรื่องดังกล่าวเอง

โดยในภายหลังคณะกรรมการได้มีหนังสือมายังกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอให้ดำเนินการวางระบบการฉีดวัคซีนและการลงทะเบียนของประชาชนในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ รวมทั้งการพัฒนาและเชื่อมโยงกับแอปพลิเคชัน “หมอบรรวม” ในการรองรับการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ รวมถึง “วัคซีนพาสปอร์ต” ได้ดำเนินการตามข้อเสนอแนะ ซึ่งแล้วเสร็จภายใน ๒๐ วัน มุ่งหวังว่าจะสามารถเชื่อมโยงข้อมูลให้แล้วเสร็จในวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕

ต่อมาคณะกรรมการได้ติดตามกรณีดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคณะกรรมการพบว่า เอกสารรับรองการฉีดวัคซีนแบบดิจิทัล และเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนเล่มเหลือง ยังคงเป็นอุปสรรคสำหรับประชาชนที่มีความจำเป็นต้องใช้ในการเดินทาง ซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสน และไม่สะดวกในการแสดงตนในการเดินทาง เพราะไม่ได้มีการเชื่อมโยงเข้ากับฐานข้อมูลระดับสากล โดยเฉพาะสหภาพยุโรป (EU) จึงประสานให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกรมนยุโรป กระทรวงการต่างประเทศ ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขเพื่อลดภาระของประชาชน โดยผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการดำเนินการพัฒนาระบบแอปพลิเคชันหมอบรรวม

กรมควบคุมโรค

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ประสานความร่วมมือกับกรมนยุโรป กระทรวงการต่างประเทศ เพื่อดำเนินการให้เอกสารรับรองการฉีดวัคซีนแบบดิจิทัล (Digital Health Pass) บนแอปพลิเคชันหมอบรรวมสามารถอำนวยความสะดวกประชาชนในการเดินทางระหว่างประเทศ โดยมีความก้าวหน้าของการดำเนินงาน คือการจัดทำคิวอาร์โค้ด และอยู่ระหว่างการดำเนินการเชื่อมโยงฐานข้อมูลของประเทศไทยเข้ากับฐานข้อมูลของสหภาพยุโรป (อียู) แต่ทั้งนี้ ยังมีอุปสรรคตามข้อกำหนดในประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เรื่อง การออกหนังสือรับรองการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease 2019 (COVID - 19)) พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่อยู่ระหว่างการดำเนินการแก้ไข ๒ ประเด็น คือ ๑) การงดกำหนดอัตราค่าธรรมเนียม และ ๒) การมอบอำนาจออกหนังสือรับรองโดยให้อธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นผู้พิจารณา โดยมีแนวทางให้อธิบดีกรมควบคุมโรคมอบอำนาจให้กับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีอำนาจออกหนังสือรับรองเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนทั้งแบบเล่มเหลืองและแบบดิจิทัล

ส่วนระบบฐานข้อมูลของเอกสารรับรองการฉีดวัคซีน (เล่มเหลือง) และฐานข้อมูลของแอปพลิเคชันหมอบรรวม ได้มีการดำเนินการเชื่อมโยงแล้ว ทั้งนี้ หากดำเนินการแก้ไขอุปสรรคจากหลักเกณฑ์ตามประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อแล้วเสร็จ ก็จะทำให้การใช้เอกสารรับรองการฉีดวัคซีนในแอปพลิเคชันหมอบรรวม

สามารถอำนวยความสะดวกให้ประชาชนที่ต้องเดินทางไปต่างประเทศได้แล้วเสร็จ สำหรับกระบวนการออกใบรับรองการฉีดวัคซีนแบบเล่มเหลืองและแบบดิจิทัล กรมควบคุมโรคมีความพร้อมในการจัดทำให้ประชาชนได้วันละ ๕,๐๐๐ คน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)

ความก้าวหน้าการดำเนินการพัฒนาเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนแบบเล่มเหลืองและแบบดิจิทัลให้ได้มาตรฐานของสหภาพยุโรป (อียู) โดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการต่างประเทศ มี ๔ ประเด็น ดังนี้

๑. การเชื่อมโยงข้อมูลหนังสือเดินทาง ได้รับความร่วมมือจากกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ มาয়ังเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนแบบดิจิทัลในแอปพลิเคชันหมอพร้อม

๒. การขอความร่วมมือจากกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ให้จัดทำคิวอาร์โค้ดสำหรับอ่านเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนแบบเล่มเหลืองและแบบดิจิทัล และสามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างประเทศได้

๓. การดำเนินการเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับสหภาพยุโรป (อียู) ในภาพรวมมีความเรียบร้อยสมบูรณ์ โดยอยู่ระหว่างการดำเนินการประสานงานกับประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป (อียู) ที่ยังติดเงื่อนไขบางประการเกี่ยวกับการแสดงข้อมูลการฉีดวัคซีน จำนวน ๕ ประเทศ คือ สวีเดน ฟินแลนด์ ไอร์แลนด์ โครเอเชีย และเบลเยียม

๔. กรมควบคุมโรคได้มอบอำนาจให้โรงพยาบาลและหน่วยฉีดวัคซีนทั่วประเทศ ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

กรมยุโรป กระทรวงการต่างประเทศ

ความก้าวหน้าการดำเนินการพัฒนาเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนสำหรับใช้ในการเดินทางระหว่างประเทศของกระทรวงการต่างประเทศ มีความสอดคล้องกับข้อมูลของผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ขั้นตอนการเชื่อมโยงฐานข้อมูลของประเทศไทยเข้ากับ European Union Digital COVID Certificate (EUDCC) จะช่วยอำนวยความสะดวกในการเดินทางเข้าประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป จำนวน ๒๗ ประเทศ และประเทศที่ไม่ได้เป็นสมาชิกสหภาพยุโรปแต่ให้การรับรองมาตรฐานดังกล่าว จำนวน ๒๕ ประเทศ โดยข้อมูลดังกล่าวจะแสดงประวัติทางสุขภาพของผู้เดินทางระหว่างประเทศ ๓ ส่วน คือ ๑) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ ๒) การตรวจหาเชื้อโควิด ๑๙ และ ๓) ประวัติการรักษาโรคโควิด ๑๙ เมื่อประเทศไทยดำเนินการแล้วเสร็จ จะเป็นประเทศที่ ๒ ในอาเซียนถัดจากสิงคโปร์ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูล EUDCC

๒. การพัฒนาคิวอาร์โค้ด โดยกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม จะเป็นส่วนเสริมที่สำคัญเกี่ยวกับการอ่านข้อมูลตามมาตรฐาน EUDCC โดยระหว่างนี้อยู่ระหว่างการทดสอบระบบให้เชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างเบ็ดเสร็จ

ทั้งนี้ กรมยุโรป กระทรวงการต่างประเทศ อยู่ระหว่างการดำเนินการติดตามความคืบหน้าการออกมติรับรองการเชื่อมโยงระบบจากแอปพลิเคชันหมอพร้อมกับ EUDCC ของสหภาพยุโรป จากสถานทูตไทย ณ กรุงบรัสเซลส์ ประเทศเบลเยียม

บทสรุป**ผลการติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการการ**

โดยพบว่า ระบบหมอพร้อม ในส่วนของกรมควบคุมโรค จะเกี่ยวข้องกับระบบการขอรับหนังสือรับรอง การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน กรณีที่รับวัคซีนเพื่อการเดินทางไปต่างประเทศ โดยกรมควบคุมโรค จะดำเนินการโดยการแปะลิงค์ไว้ที่ระบบหมอพร้อม เพื่อเข้าสู่ระบบการฉีดวัคซีน InterVac ซึ่งเป็นระบบที่ยื่น คำร้องขอรับหนังสือรับรองการฉีดวัคซีนโควิดเพื่อเดินทางไปต่างประเทศ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาระบบ โดยผู้ร้องขอต้องเดินทางไปรับหนังสือรับรองด้วยตนเองได้ ๒ แห่ง คือ กองโรคติดต่อทั่วไป และสถาบัน บำราศนราทร อย่างไรก็ตาม ระบบดังกล่าวอยู่ระหว่างกำลังพัฒนาในเรื่องของ Digital Vaccine Passport รวมทั้ง Digital Vaccine Certificates (เล่มสีเหลือง หรือพิมพ์ได้ด้วยตนเอง หรือผ่าน Smartphone) คาดว่า จะสามารถใช้ได้ภายในสิ้นปี

ระบบข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ (หมอพร้อม) ประกอบด้วย ๓ ส่วน คือ

๑. **ข้อมูลทั่วไป** ระบบหมอพร้อมจะมี ๒ ระบบ คือ หมอพร้อม LINE Official Account และ หมอพร้อม Application จะมีการส่งข้อมูลเข้าระบบจากศูนย์ฉีดวัคซีน โรงพยาบาลที่ส่งข้อมูล Lab เข้าระบบ หมอพร้อม และการส่งผลตรวจ ATK เข้าระบบหมอพร้อม

๒. **ผลการดำเนินงาน** ข้อมูลการให้บริการการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ของประชาชนทั้งประเทศ

๓. **Digital Health Pass** คือ เอกสารรับรองสุขภาพดิจิทัล ออกโดยกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบ QR Code บน หมอพร้อม Line OA และ Application มีการแสดงข้อมูล ๓ ส่วน ได้แก่ ๑) ข้อมูลการรับ วัคซีน COVID -19 ๒) ผลการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ๓) ประวัติการวินิจฉัย COVID -19

สำหรับประเด็นปัญหาการนำใบ Certificate ไปใช้เพื่อการเดินทางไปต่างประเทศ ในการใช้ International Certificate ยังไม่มีรูปแบบมาตรฐานกลาง หลายประเทศออกเพียงแค่ National Certificate โดยแต่ละประเทศใช้รูปแบบตามข้อกำหนดของตนเอง ซึ่งประเทศไทยได้ใช้เอกสารรับรอง การฉีดวัคซีน (สมุดเล่มเหลือง) เป็นหลัก

ต่อกรณีดังกล่าว คณะกรรมการเห็นว่าวิธีการและขั้นตอน การออก International Certificate หรือ "วัคซีนพาสปอร์ต" ในปัจจุบัน เพื่อใช้ในการเดินทางระหว่างประเทศ เป็นการเพิ่มภาระให้กับประชาชน ในการเดินทางและมีความยุ่งยาก

โดยแม้ว่าจะมีการจัดทำระบบลงทะเบียนขอรับหนังสือรับรองดังกล่าวผ่าน แอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” ที่กล่าวมาแล้วนั้น แต่ในขณะนั้นยังไม่สามารถใช้งานได้ ซึ่งประชาชนที่มีความต้องการเดินทาง มีจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค และกระทรวงการต่างประเทศ ควรร่วมมือกันกำหนดรูปแบบการจัดทำวัคซีนพาสปอร์ตที่จะสามารถอำนวยความสะดวกให้ประชาชน ในรูปแบบที่มีเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และเป็นสากล

โดยคณะกรรมการพิจารณาในขณะนั้นเห็นว่า วิธีการและขั้นตอน ที่สะดวก และรวดเร็ว คือ การออกเอกสารรับรองวัคซีน ณ จุดบริการ และกำหนดให้เอกสารรับรองดังกล่าวสามารถใช้เป็นวัคซีน พาสปอร์ตได้ด้วย ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะทำให้เอกสารมีความถูกต้องและชัดเจน โดยสามารถตรวจสอบ และแก้ไข ณ จุดบริการได้ทันที พร้อมทั้งให้กระทรวงการต่างประเทศ แจกตัวอย่างรูปแบบเอกสารรับรอง

ซึ่งเป็นวัคซีนพาสปอร์ตดังกล่าว นั้น ให้นานาประเทศรับทราบ เพื่อใช้ในการตรวจสอบการเดินทางระหว่างประเทศของประชาชนคนไทย

ทั้งนี้ ประเด็นดังกล่าว ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค และกระทรวงการต่างประเทศ ได้รับข้อเสนอแนะ ของคณะกรรมการเพื่อนำไปประกอบการพิจารณากำหนดแนวทางที่จะเกิดประโยชน์กับประชาชนต่อไป รวมทั้งการเร่งรัดจัดทำระบบพร้อมเพื่อลงทะเบียนการออก International Certificate ให้เร็วขึ้น

ต่อมา คณะกรรมการได้มีการติดตามผลการดำเนินงานเกี่ยวกับกรณีดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง และได้พิจารณาถึงการพัฒนาระบบและความเชื่อมโยงกับแอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" ในการรองรับการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ รวมถึง "วัคซีนพาสปอร์ต" ตลอดจนการจัดทำข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นสากล และการตรวจสอบการฉีดวัคซีนผ่านแอปพลิเคชันของประชาชน รวมทั้งมาตรการด้านความปลอดภัย และการป้องกันความเสียหายจากแอปพลิเคชันปลอม

ในเรื่องนี้ คณะกรรมการ ได้แสดงความคิดเห็นว่า หนังสือรับรองการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันกรณีโรคโควิด ๑๙ เพื่อใช้สำหรับการเดินทางระหว่างประเทศ (สมุดเล่มเหลือง) เป็นเอกสารที่ได้รับการยอมรับจากทั่วโลก มาเป็นเวลานานและได้รับการยอมรับมาจนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม บริบทสังคมโลกมีการเปลี่ยนแปลงและมีวิวัฒนาการในเรื่องต่าง ๆ มากขึ้น มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินการด้านต่าง ๆ รวมไปถึง QR Code ด้วย ทำให้มีประเด็นข้อสังเกตด้านความปลอดภัยเกิดขึ้นว่า หนังสือรับรองฯ (สมุดเล่มเหลือง) ของประเทศไทย มีปัจจัยเสี่ยงในเรื่องการปลอมแปลงเอกสารหรือข้อมูลในหนังสือรับรอง เนื่องจากไม่มี QR Code ในหนังสือรับรองดังกล่าว ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (Covid - 19) มีความต้องการในเรื่องความปลอดภัยดังกล่าวมากขึ้น ซึ่งหนังสือรับรองฯ ไม่สามารถดำเนินการได้ แต่ระบบหมอพร้อมสามารถดำเนินการได้สอดคล้องกับความต้องการในด้านความปลอดภัย โดยสามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังในระบบได้

ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว จะเป็นการเพิ่มโอกาสที่เป็นทางเลือกให้กับประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อน นอกจากนี้ หากพิจารณารายละเอียดข้อตกลงระหว่างประเทศก็ได้มีการกำหนดให้ใช้หนังสือรับรองฯ (สมุดเล่มเหลือง) เท่านั้น แต่กำหนดว่า แต่ละประเทศสามารถเลือกเอกสารและยอมรับเอกสารการรับรองตามบริบทประเทศนั้น ๆ ที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งหากกรมควบคุมโรคได้ดำเนินการออกหนังสือรับรองฯ ในระบบดิจิทัลแล้ว ขอให้แจ้งข้อมูลดังกล่าวไปยังกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ เพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ข้อมูลดังกล่าวไปยังนานาประเทศ

ในภายหลังคณะกรรมการได้มีหนังสือไปยังกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอให้ดำเนินการวางระบบการฉีดวัคซีนและการลงทะเบียนของประชาชนในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ รวมทั้ง การพัฒนาระบบและความเชื่อมโยงกับแอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" ในการรองรับการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ รวมถึง "วัคซีนพาสปอร์ต" จึงมีผลทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันบูรณาการการทำงาน โดยดำเนินการตามข้อเสนอแนะดังกล่าว ซึ่งมุ่งหวังว่าจะสามารถเชื่อมโยงข้อมูลให้แล้วเสร็จในวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยได้มีการดำเนินการ ดังนี้

โดยเมื่อวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุขได้ทำหนังสือประสานไปยังสหภาพยุโรป ประจำประเทศไทย เพื่อขอความอนุเคราะห์พิจารณา QR CODE บนใบรับรองสุขภาพดิจิทัล เพื่อขอเชื่อมระบบเข้ากับสหภาพยุโรป และมีประสานงานและการประชุมร่วมกันระหว่างสหภาพยุโรป กระทรวงสาธารณสุขกรมยุโรป กระทรวงการต่างประเทศ และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม เพื่อร่วมดำเนินการ ในเรื่องดังกล่าว

และวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ทำหนังสือแจ้งความประสงค์ไปยังสหภาพยุโรปเพื่อจัดทำข้อตกลงยอมรับเทียบเท่าเอกสารรับรองเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

ต่อมาวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ สหภาพยุโรป ได้เพิ่มประเทศไทยเข้าไปอยู่ในระบบอย่างไม่เป็นทางการแล้ว ในกลุ่ม platform ดังกล่าว โดยมีประเทศสมาชิกทั้งหมด ๔๙ ประเทศ และประเทศไทยเป็นประเทศแรกในอาเซียน

คณะกรรมการได้ติดตามเรื่องดังกล่าวอย่างใกล้ชิด และพบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการเกี่ยวกับระบบการขอรับหนังสือรับรอง เพื่อใช้สำหรับการเดินทางระหว่างประเทศ ทั้งด้านการพัฒนา และความเชื่อมโยงแอปพลิเคชันพร้อมทั้งหน่วยงานอื่น ๆ เช่น กระทรวงการต่างประเทศ เพื่อใช้รับรองการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ทั้ง Digital Vaccine Password และ Digital Vaccine Certificates (เล่มสีเหลือง)

ผลการพิจารณา พบว่า เอกสารรับรองการฉีดวัคซีนแบบดิจิทัล และเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนเล่มสีเหลือง ยังคงเป็นอุปสรรคสำหรับประชาชนที่มีความจำเป็นต้องใช้ในการเดินทาง ซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสน และไม่สะดวกในการแสดงตนในการเดินทาง เพราะไม่ได้มีการเชื่อมโยงเข้ากับฐานข้อมูลระดับสากลโดยเฉพาะสหภาพยุโรป (EU) จึงได้ประสานให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกรมยุโรป กระทรวงการต่างประเทศ ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขเพื่อลดภาระของประชาชน

โดยผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่คณะกรรมการได้เชิญมาร่วมประชุม ได้นำผลจากข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ไปดำเนินการแก้ไขแล้ว ๔ ประเด็น ดังนี้

๑. ดำเนินการการเชื่อมโยงข้อมูลเอกสารรับรองการฉีดวัคซีน (เล่มสีเหลือง) กับเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนแบบดิจิทัล (Digital Health Pass) เข้ากับฐานข้อมูลของกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ

๒. การขอความร่วมมือจากกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ให้จัดทำคิวอาร์โค้ดสำหรับอ่านเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนแบบเล่มสีเหลืองและแบบดิจิทัล และสามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างประเทศได้

๓. การดำเนินการเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับสหภาพยุโรป (อียู) เพื่อรับรองการเชื่อมโยงฐานข้อมูลของประเทศไทยเข้าสู่ EU Digital COVID certificate (EUDCC) gateway อย่างเป็นทางการในภาพรวมมีความเรียบร้อยสมบูรณ์ โดยอยู่ระหว่างการประสานงานกับประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป (อียู) ที่ยังติดเงื่อนไขบางประการเกี่ยวกับการแสดงข้อมูลการฉีดวัคซีน จำนวน ๕ ประเทศ คือ สวีเดน ฟินแลนด์ ไอร์แลนด์ โครเอเชีย และเบลเยียม ซึ่งคาดว่าจะ ได้ข้อสรุปภายในกลางเดือนธันวาคม ๒๕๖๔

๔. กรมควบคุมโรคได้มอบอำนาจให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และจุดให้บริการฉีดวัคซีนสามารถลงนามรับรองการฉีดวัคซีนในเอกสารเล่มสีเหลืองได้

ทั้งนี้ คณะกรรมการมีความเห็นว่า การดำเนินการดังกล่าว ประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการบูรณาการดังกล่าวได้เป็นอย่างดีเพราะเป็นการแก้ไขปัญหาจากเดิมที่ไม่สามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนที่ต้องเดินทางไปต่างประเทศได้เนื่องจากติดเงื่อนไขการขอเอกสารต่าง ๆ ซึ่งการเชื่อมโยงดังกล่าวจะส่งผลดีต่อระบบการคัดกรองประชาชนที่เดินทางภายในประเทศได้อีกด้วย โดยหวังว่าแอปพลิเคชันพร้อมทั้งที่มีผู้ใช้บริการกว่า ๒๕ ล้านคน จะสามารถยกระดับการให้บริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมผ่านการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสาธารณสุขทั้งหมดของประเทศต่อไป ซึ่งคณะกรรมการได้ทำหน้าที่ในการติดตามการทำงานของฝ่ายบริหาร และประสานการทำงานแต่ละหน่วยงานให้เกิดการบูรณาการเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

อีกทั้งเชื่อว่า การดำเนินการครั้งนี้ ได้นำพาความเดือดร้อนของประชาชนไปสู่การแก้ปัญหา เนื่องจาก การเชื่อมโยงข้อมูลกับสหภาพยุโรปจะส่งผลให้การเดินทางระหว่างประเทศสามารถทำได้สะดวก ระหว่าง ๕๒ ประเทศแล้ว ในอนาคตยังมีประเทศต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ และเชื่อมั่นในมาตรฐาน ของสหภาพยุโรปเข้าร่วมเชื่อมโยงข้อมูลอีกจำนวนมาก และทำให้การเดินทางระหว่างประเทศ ของประชาชนไทย มีความสะดวกมากยิ่งขึ้น

ครั้งที่ ๒๕/๒๕๖๔

ครั้งที่ ๒๘/๒๕๖๔

ครั้งที่ ๓๑/๒๕๖๔

**๓.๔ พิจารณาการศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุข
เพื่อรองรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของกระทรวงสาธารณสุข**

คณะกรรมการมีการติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั่วประเทศ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้บุคลากรด้านสาธารณสุขมีภาระงานที่หนักเพื่อช่วยเหลือประชาชนเพื่อรองรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ คณะกรรมการจึงมีการศึกษาการบริหารจัดการอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุข แนวทางการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเพิ่มอัตรากำลังที่เหมาะสม และสอดคล้องกับข้อเท็จจริงในแต่ละพื้นที่ ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ ที่เห็นชอบในหลักการตามโครงการจ้างแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และสายงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็น เพื่อรองรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผลการพิจารณา

ผู้แทนกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำโครงการจ้างแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และสายงานบริการทางการแพทย์อื่น ๆ เพื่อรองรับการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว โดยมีรายละเอียด ๕ ประเด็น ดังนี้

๑. หลักการในการพิจารณากรอบอัตรากำลัง และแนวทางการดำเนินการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับข้อเท็จจริงในแต่ละพื้นที่

- ในการประชุม อภพ. กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๗/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ที่ประชุมมีมติเห็นชอบให้จัดทำข้อเสนอรับการจัดสรรกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจจำนวน ๕,๐๐๐ อัตรา

- ในการประชุม คณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ (คพร.) ครั้งที่ ๔/ ๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ที่ประชุมมีมติเห็นชอบอนุมัติการจัดสรรกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจจำนวน ๕,๐๐๐ อัตรา มีระยะเวลาการจ้างไม่เกิน ๑ ปี และขอรับการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าตอบแทนวงเงินต่อปีรวม ๔,๓๓๕,๖๔๔,๔๔๘ บาท จากงบประมาณตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๖๔

- ในการประชุมคณะรัฐมนตรี (ครม.) เมื่อวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ ที่ประชุมมีมติอนุมัติตามผลการพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้งบประมาณตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๖๔ และเห็นชอบในหลักการของโครงการจ้างแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และสายงานบริการทางการแพทย์อื่น ๆ

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเกี่ยวกับโครงการดังกล่าว คือ ๑) แต่งตั้งคณะทำงานบริหารอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจในกระทรวงสาธารณสุข ๒) จัดสรรกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจ ตามแนวทางการจัดสรรของคณะทำงานดังกล่าว จำนวน ๒,๔๐๒ อัตรา ๓) ขอรับ

การจัดสรรงบประมาณสำหรับใช้เป็นค่าตอบแทน เงินต่อปีรวม ๑,๓๒๕,๒๑๒,๑๓๐ บาท (อยู่ระหว่างดำเนินการ) และ ๔) จัดทำหลักเกณฑ์และแนวทางการสรรหาและเลือกสรรพนักงานราชการเฉพาะกิจตามแนวทางของคณะทำงานดังกล่าว (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

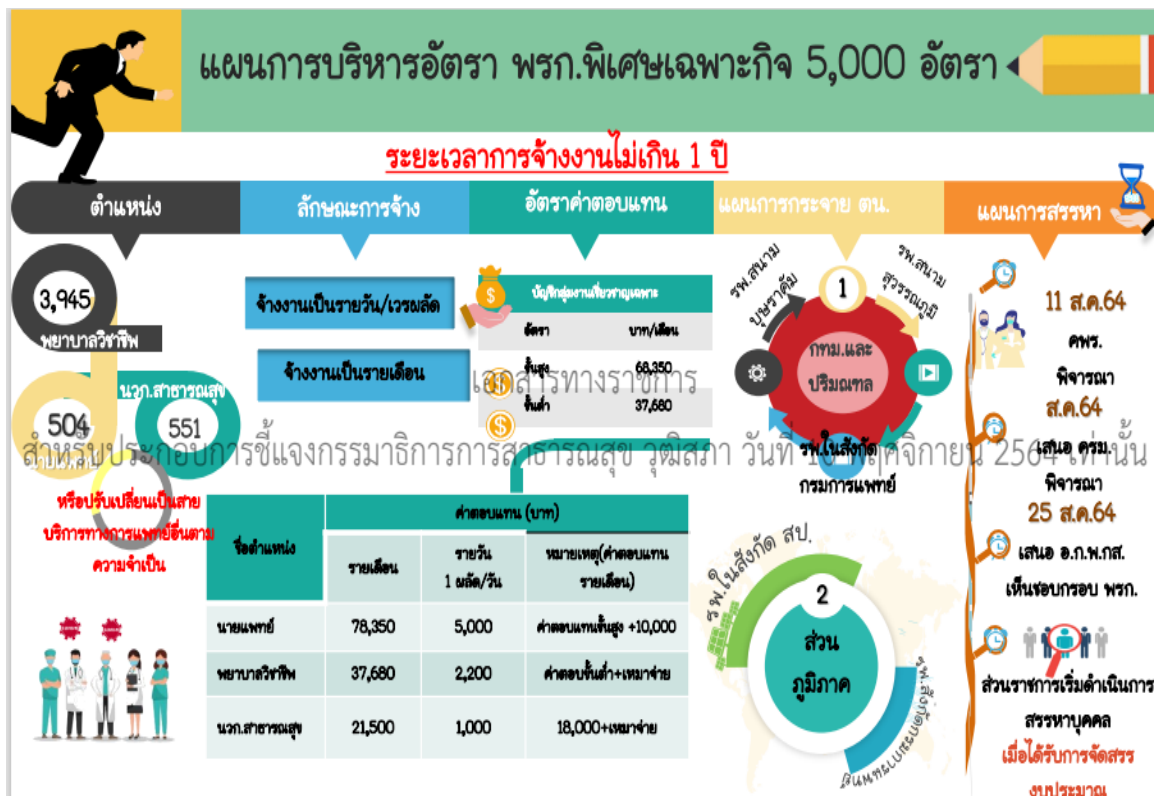
๒. แนวทางการดำเนินงานและการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังด้านสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำข้อเสนอแนวทางและแผนการดำเนินงานการจัดสรรกรอบอัตรากำลัง จำนวน ๕,๐๐๐ อัตรา ดังนี้

๒.๑ การพิจารณาการจ้างงานเฉพาะกิจเป็น ๒ ลักษณะ คือ ๑) รายวัน/เวรผลัด ในโรงพยาบาล บุชราคมและโรงพยาบาลสนามบิณสูวรรณภูมิ รวมทั้งโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และ ๒) รายเดือน ในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค

๒.๒ การพิจารณาจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ นายแพทย์ จำนวน ๕๐๔ อัตรา พยาบาลวิชาชีพ ๓,๙๔๕ อัตรา และนักวิชาการสาธารณสุข หรือสายงานบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่มีความจำเป็น จำนวน ๕๕๑ อัตรา

แผนการบริหารกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการพิเศษเฉพาะกิจ จำนวน ๕,๐๐๐ อัตรา มีรายละเอียดปรากฏตามภาพด้านล่าง



๓. มาตรการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นสำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขที่รองรับภาวะฉุกเฉิน
ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ มีรายละเอียดปรากฏตามภาพด้านล่าง



๔. แนวทางการบรรจุข้าราชการเป็นกรณีพิเศษ ได้ดำเนินการ รวมทั้งผู้ได้รับการจ้างตำแหน่ง
เจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งตำแหน่งต่ำกว่าวุฒิศึกษา (วุฒิศึกษาในระดับปริญญาตรี) ประสงค์จะขอ
ปรับเปลี่ยนตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ตามวุฒิที่ใช้บรรจุและตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง และกรณี
ผู้ตกค้างการบรรจุข้าราชการกรณีพิเศษ ปี ๒๕๖๓ ของลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน และพนักงานกระทรวง
สาธารณสุข ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านหน้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID ๑๙) เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานด้านหน้า

๕. ปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งแนวทางแก้ไข รวมถึงประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดปรากฏ
ตามภาพด้านล่าง

รายงานสรุปผลการดำเนินการบริหารจัดการอัตรา ขรก. คั้งใหม่ตามมติ ครม. **กรณีประเด็นปัญหา** **คำอธิบาย**

การจัดสรร อัตราขรก. คั้งใหม่	ได้รับ การ จัดสรร	บรรจุแล้ว	ติดเป็น ร้อยละ	คงเหลือ	ติดเป็นร้อย ละ
ระยะที่ 1	25,051	23,538	93.96	1,513	6.04
ระยะที่ 2	5,616	5,426	96.62	190	3.38
ระยะที่ 3	7,438	6,983	93.88	455	6.12
รวม	38,105	35,947	94.34	2,158	5.66

สรุปผลการบรรจุ

38,105 สำหรับประกอบกรชี้แจงกรมการสาธารณสุข วุฒิสภา วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564 เท่านั้น

2,158 (5.66%)

35,947 (94.34%)

แผนภูมิแสดงจำนวนบุคลากรที่ยังไม่ได้รับการบรรจุ

เอกสิทธิ์ทางราชการ

กลุ่มที่ 3 39.51 | กลุ่มที่ 1 37.91 | กลุ่มที่ 2 22.19 | กลุ่มที่ 4 5.04

จำนวน ร้อยละ

กลุ่มที่ 1 มีรายชื่ออยู่ใน 38,105 ที่ได้รับจัดสรรอัตรา ขรก. คั้งใหม่
แก้ไขได้ = บันทึกข้อมูลในระบบฯ คลาดเคลื่อน
แก้ไขไม่ได้ = คุณวุฒิสูงกว่า คนที่จ้างเดิม

กลุ่มที่ 2 ไม่ปรากฏรายชื่อในระบบฯ
แก้ไขได้ = บันทึกข้อมูลในระบบคลาดเคลื่อน
แก้ไขไม่ได้ = มี ตน. วางตรงสายงานไม่เพียงพอ

กลุ่มที่ 3 ไม่มีสายงานขรก.รองรับ และไม่มีชื่อใน 24
สายงาน แต่มีการปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกัน
1) นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 2) นักวิทยาศาสตร์
3) จพ. การแพทย์แผนไทย(ช) จพ.เวชฉุกเฉิน
++ในก.อุปกรณการแพทย์++ มีลักษณะการ
ปฏิบัติงานเช่นเดียวกับคน.วิศกร (ช่างการแพทย์)
*กรม สบส. เสนอเพิ่มเติม ตามหนังสือ สบส.ที่ สช
0701.5.3/437 ลว 15 มิ.ย.64

กลุ่มที่ 4 ลูกจ้างประจำ ใน 24 สายงาน ตามมติ ครม. วันที่ 16 มีนาคม 2564

แนวทางแก้ไข

ครั้งที่ 1 เสนอ ก.พ. พิจารณาขอยกเว้นคุณสมบัติให้สามารถใช้อัตราที่สูงกว่าบรรจุในตำแหน่ง จพ. ได้ และขอให้สามารถคัดเลือกบรรจุผู้ที่ได้รับการจ้างงานในข้อตำแหน่งอื่น แต่มีลักษณะ
งานเช่นเดียวกับ 24 สายงาน **ผลการพิจารณาของ ก.พ. ไม่อนุมัติการยกเว้นคุณสมบัติเนื่องจากจะมีผลกระทบคือสิทธิความก้าวหน้าในระยะเวลา และอยู่ยกเว้นข้อ
อำนาจที่จะพิจารณาได้นอกเหนือจากที่ ครม. เคยมีมติเดิม**

NOW

ครั้งที่ 2 วิเคราะห์สัดส่วนการใช้จ่ายงบกลางรัฐ ตามมาตรการบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐ พ.ศ. 2562-2565 เพื่อ
ขอรับจัดสรรอัตราข้าราชการคั้งใหม่ในภาพรวมทุกสายงาน ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการทบทวนความต้องการกำลังคน

จะสามารถเสนอ ค.ปร. พิจารณาได้ภายในเดือน พ.ย.64

สัดส่วนการใช้กำลังคนตามเกณฑ์ ค.ปร. การเป็น ขรก. : การจ้างงานอื่น

กลุ่มที่ 1 (G1) สายงานตามภารกิจหลักของส่วนราชการ 90-100%

กลุ่มที่ 2 (G2) ภารกิจสนับสนุนทางวิชาการ 50-75%

กลุ่มที่ 3 (G3) งานประจำพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการ 20-25%

ผู้แทนกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการให้ข้อมูลในแต่ละประเด็น ดังนี้

๑. ความแตกต่างระหว่างตำแหน่งพนักงานราชการเฉพาะกิจ มีความแตกต่างจากพนักงานราชการโดยทั่วไป : พนักงานราชการเฉพาะกิจอ้างอิงตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพนักงานราชการ พ.ศ. ๒๕๔๗ แต่การดำเนินการเสนอขออัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจของกระทรวงสาธารณสุขจะมีความแตกต่างจากพนักงานราชการทั่วไป ทั้งในส่วนของวิธีการสรรหา ค่าตอบแทน ตลอดจนสิทธิประโยชน์อื่น เช่น ตำแหน่งพนักงานราชการเฉพาะกิจ จะมีช่วงระยะเวลาการจ้างไม่เกิน ๑ ปี เท่านั้น

๒. ตามแผนการจ้างงานพนักงานราชการเฉพาะกิจ มีแนวโน้มจะได้รับการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือไม่ หากดำเนินการสรรหาตำแหน่งดังกล่าวได้ในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๔ จะสิ้นสุดสัญญาการจ้างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕ หรือกันยายน ๒๕๖๕ ตามแผนงานที่กำหนดไว้

ตำแหน่งดังกล่าวไม่ว่าจะสามารถดำเนินการว่าจ้างได้เมื่อใด จะสิ้นสุดสัญญาการจ้างในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ ตามแผนงานที่กำหนดไว้ ซึ่งหากเกิดการระบาดครั้งใหม่กระทรวงสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องคงอัตราที่ได้ดำเนินการเสนอไว้ ที่ผ่านมามีการจ้างงานในตำแหน่งดังกล่าวประมาณ ๒,๔๐๐ อัตรา โดยทำสัญญาระยะเวลาเพียง ๓ เดือน หากมีการประเมินสถานการณ์ว่า มีภาระงานเพิ่มขึ้น จึงจะดำเนินการจ้างงานต่อ ส่วนการจัดทำค่าของงบประมาณยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ คาดว่า จะสามารถทราบผลการพิจารณาในเดือนมกราคม ๒๕๖๕

๓. กระบวนการสรรหาพนักงานราชการเฉพาะกิจมีการกำหนดหลักเกณฑ์ คุณสมบัติ ตลอดจนแนวทางการสอบหรือการประเมินผล : ตามการเสนอโครงการได้ดำเนินการของดเว้นหลักเกณฑ์เดิมโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ (ก.พ.ร.) ได้เห็นชอบให้ยกเว้นหลักเกณฑ์บางประการส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสรรหาได้ตามความเหมาะสม และสอดคล้องตามคุณวุฒิที่สำนักงาน ก.พ. กำหนดไว้ ซึ่งจากเดิมได้มีการดำเนินการเสนอขออัตรากำลังไปเพียง ๓ ตำแหน่ง คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข แต่สำนักงาน ก.พ. ได้อนุมัติให้มีการปรับสัดส่วนอัตรากำลังได้ตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การปรับส่วนจากตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพให้กับตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์หรือเภสัชกร ที่มีความจำเป็นในการออกตรวจหาผู้ติดเชื้อและการจ่ายยา ส่วนการประเมินจะใช้การสัมภาษณ์ และขึ้นบัญชีผู้ผ่านการคัดเลือกไว้

๔. ภาระงานของกระทรวงสาธารณสุขในด้านการรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในระหว่างที่ยังไม่ได้มีการจ้างงานพนักงานราชการเฉพาะกิจตามแผนงานที่กำหนด : เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดลดลง กระทรวงสาธารณสุขจะมีภาระงานการฉีดวัคซีนเป็นหลัก โดยขีดความสามารถของสถานบริการในช่วงเวลานี้ถือว่า เพียงพอ แต่จะมีภาระงานในส่วนของการตรวจแบบ RT-PCR ที่จำเป็นต้องใช้ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ในการดำเนินการ ซึ่งบุคลากรในส่วนนี้จะเป็นการสรรหามาจากภาคเอกชน หรือข้าราชการเกษียณที่มีความสามารถ

๕. จำนวนตำแหน่งที่สำนักงาน ก.พ. ยังไม่อนุมัติให้มีการเพิ่มอัตรากำลัง และเหตุผลที่ไม่อนุมัติ และเสนอแนะแนวทางการแก้ไข : กลุ่มที่ยังไม่ได้รับการอนุมัติกรอบอัตรากำลังจากสำนักงาน ก.พ. ที่มีคุณวุฒิสอง จำนวน ๔๗๕ อัตรา โดยสาเหตุที่สำนักงาน ก.พ. ระบุ คือ ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการกำหนด

ตำแหน่ง และไม่ได้เสนอแนวทางการแก้ไข เพราะไม่สอดคล้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ให้ดำเนินการตามแนวทางปกติ

๖. การกำหนดแนวทางการเยียวยาบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๓ : แนวทางการแก้ไขเยียวยาเบื้องต้น คือ หากโรงพยาบาลใดมีอัตราตำแหน่งว่าง ซึ่งมีความประสงค์ที่จะเปลี่ยนการจ้างงานบุคลากรให้เป็นนักวิชาการสาธารณสุขก็สามารถปรับเปลี่ยนการจ้างงานได้

๗. กำหนดระยะเวลาการจ้างบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขใหม่ตามมติคณะรัฐมนตรี การดำเนินการจ้างงานใหม่ของ : มีการกำหนดกรอบระยะเวลาไว้ ๑ ปี โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการขอขยายระยะเวลาในการสรรหาแล้ว ซึ่งสำนักงาน ก.พ. เห็นชอบให้ขยายระยะเวลาได้ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ แต่จากข้อเท็จจริงพบว่า เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดลดลงก็อาจจะไม่มีความต้องการแล้ว ซึ่งหากเกิดการจ้างงานภายหลังระยะเวลาดังกล่าวก็จะต้องเข้าสู่กระบวนการตามปกติ ไม่อาจใช้วิธีพิเศษได้

๘. ความแตกต่างระหว่างวิธีการคัดเลือกแบบปกติกับวิธีการพิเศษ : วิธีการแบบปกติจะใช้สำหรับตำแหน่งที่จะต้องดำเนินการสอบข้อเขียน โดยผู้สมัครจะต้องผ่านการทดสอบ ภาค ก. ภาค ข. และการสอบสัมภาษณ์ ภาค ค. ก่อนจะดำเนินการขึ้นบัญชีผู้สอบแข่งขันได้ วิธีการแบบปกติสำหรับตำแหน่งที่กำหนดให้มีการคัดเลือกได้ กระทรวงสาธารณสุขก็ต้องดำเนินการประกาศให้ทราบเป็นการทั่วไป ส่วนวิธีการแบบพิเศษสำหรับตำแหน่งที่จะต้องดำเนินการสอบข้อเขียน สำนักงาน ก.พ. จะเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกจะต้องมีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานการกำหนดตำแหน่ง และตรงตามนิยามของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ส่วนข้อเรียกร้องเกี่ยวกับการบรรจุของบุคลากรด้านสาธารณสุข สามารถแบ่งได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ ๑) กลุ่มแพทย์และพยาบาล เรียกร้องให้มีการบรรจุด้วยวิธีพิเศษ ซึ่งสายงานแพทย์และพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขสามารถดำเนินการตามวิธีปกติผ่านการคัดเลือกได้ ๒) กลุ่มที่ต้องสอบผ่านข้อเขียน มีข้อเรียกร้องให้ใช้วิธีการพิเศษผ่านการคัดเลือก มีจำนวนประมาณ ๑,๒๐๐ คน

๙. แผนการดำเนินการการบรรจุแต่งตั้งตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๓ ที่ตกค้าง : กลุ่มที่ได้รับการจ้างงานก่อนวันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๓ ได้มีการดำเนินการจ้างงานครบถ้วนแล้ว จะคงเหลือกลุ่มตกค้างที่เป็นประเด็นปัญหา คือ กลุ่มที่ยังไม่ได้รับการบรรจุ เพราะขาดคุณสมบัติตามที่กำหนด และในส่วประเภทการจ้างอื่นที่ยังมีปัญหาและอุปสรรคในประเภทของลูกจ้างเหมาบริการ

๑๐. แนวทางแก้ไขการบรรจุบุคลากรสาธารณสุขตำแหน่งประเภทลูกจ้างเหมาบริการ : หากเป็นสายงานที่ต้องใช้การคัดเลือก เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ แต่ละหน่วยงานจะสามารถดำเนินการแก้ไขเมื่อมีตำแหน่งว่าง ผ่านการดำเนินการจัดสรรตำแหน่งโดยใช้วิธีการคัดเลือกตามปกติ ซึ่งตำแหน่งดังกล่าวจะมีลักษณะเป็นลูกจ้างไม่ประจำ ไม่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสำนักงาน ก.พ. จึงไม่อาจกำหนดตำแหน่งให้บรรจุประเภทข้าราชการได้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจะปรับเปลี่ยนตำแหน่งประเภทลูกจ้างเหมาบริการให้เป็นพนักงานราชการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเตรียมไว้สำหรับการจัดทำแผนขอบรรจุเป็นข้าราชการในครั้งถัดไป ซึ่งการเปิดให้บรรจุเป็นข้าราชการครั้งก่อนถูกกำหนดให้ต้องอยู่ในประเภท ๒๔ สายงานที่กำหนดเท่านั้น อีกทั้งยังมีกรณีที่ยังมีตำแหน่งไม่ตรงตามที่กำหนดไว้ โดยข้อขัดข้อง

เกิดจากการที่แต่ละหน่วยงานดำเนินการจ้างงานเองส่งผลให้บุคลากรดังกล่าวไม่มีข้อมูลอยู่ในระบบของกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่อาจบรรจุแต่งตั้งได้ตามที่สำนักงาน ก.พ. ชี้แจง

๑๑. แนวทางการจ่ายเงินชดเชยหรือแนวทางเยียวยาโรงพยาบาลบางแห่งที่ใช้เงินบำรุงเป็นงบประมาณที่ใช้จ้างลูกจ้างชั่วคราวในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ : งบประมาณที่แต่ละโรงพยาบาลใช้จ้างงานบุคลากรประเภทดังกล่าวจะมาจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเงินนอกงบประมาณประเภทหนึ่ง โดยเป็นไปตามแนวทางของโรงพยาบาลที่หาเงินจ้างบุคลากรเอง เมื่อมีการบรรจุบุคลากรเป็นข้าราชการ เงินนอกงบประมาณของโรงพยาบาลในส่วนเงินบำรุงที่นำมาใช้จ้างบุคลากรก็จะลดลงไป โดยใช้เงินจากงบประมาณตามปกติ

๑๒. การวางแผนระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวในการเปิดให้มีการบรรจุข้าราชการจำนวน ๔๕,๐๐๐ ตำแหน่ง ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในระหว่างปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ : กระทรวงสาธารณสุขอยู่ระหว่างการดำเนินการจัดทำกรอบอัตรากำลังใหม่ทั้งหมด เนื่องจากพบว่าแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒๐,๐๐๐ กว่าอัตรา มีแพทย์จำนวนประมาณ ๔,๐๐๐ อัตราอยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ จึงทำให้มีแพทย์เหลือเพียง ๑๘,๐๐๐ อัตรา ที่สังกัดสถานพยาบาลทุกระดับทั้งหมด ๑,๐๐๐ กว่าแห่ง จึงต้องดำเนินการพิจารณาศึกษาให้มีการทบทวนอัตรากำลังใหม่ให้ตอบสนองต่อโจทย์ด้านสาธารณสุข ในปัจจุบันที่มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น เบื้องต้นมีแผนดำเนินการขออนุมัติจัดสรรตำแหน่งแพทย์จากคณะรัฐมนตรีในอีก ๕ ปีข้างหน้า ปีละ ๒,๐๐๐ ตำแหน่ง เพราะปัจจุบันกรอบอัตรากำลังแพทย์ได้รับอนุมัติถึงปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เท่านั้น จึงต้องใช้ตำแหน่งแพทย์ที่ว่างอยู่มาใช้บรรจุแพทย์ที่กำลังจะจบใหม่ รวมถึงใช้ตำแหน่งอื่นที่เกษียณแล้วมาบรรจุแพทย์แทน ซึ่งในระยะยาวก็จะได้ยังได้รับผลกระทบ เพราะจำนวนแพทย์ยังไม่เพียงพอ และตำแหน่งอื่น ๆ จะหายไป

๑๓. ข้อเท็จจริงปัญหาการบรรจุแพทย์จบใหม่ได้เพียงปีละ จำนวน ๕๐๐ คน จากจำนวนแพทย์จบใหม่ปีละ จำนวน ๓,๐๐๐ - ๔,๐๐๐ คน : ข้อเท็จจริง คือ มีแพทย์จบใหม่ ปีละ ๒,๗๐๐ คน โดยจะมีตำแหน่งบรรจุให้ใช้ทุนการศึกษาได้ปีละ ๒,๗๑๐ คน จึงทำให้แพทย์จบใหม่ที่มีที่บรรจุแน่นอน โดยแบ่งเป็นแพทย์ชนบทจำนวน ๑,๐๐๐ คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๒๐๐ คน แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ๒๐๐ และแพทย์อื่น ๆ อีกจำนวน ๔๐๐ คน ตลอดจนแพทย์ของส่วนราชการนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม ดังนั้น แพทย์ที่ใช้ทุนการศึกษาจะมีพื้นที่ในการทำหน้าที่เพื่อใช้ทุนการศึกษาทุกทุน จะมีอุปสรรคเพียงเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ

๑๔. ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานหรือสิทธิประโยชน์อื่นที่บุคลากรด้านสาธารณสุขด้านหน้าในการป้องกันและรักษาการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ได้รับ : สิทธิประโยชน์อื่นที่บุคลากรด้านสาธารณสุขด้านหน้าในการป้องกันและรักษาการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ได้รับ มีดังนี้ (๑) การเลื่อนขั้นเงินเดือน ๒ ครั้ง ในรอบปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวนร้อยละ ๑ (๒) เงินส่งเสริมพิเศษ จำนวน ๗ เดือน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยแบ่งเป็นสายงานหลัก จำนวน ๑,๕๐๐ บาทต่อเดือน สายงานสนับสนุน จำนวน ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน และค่าเสี่ยงภัยได้ตามระยะเวลาที่ต้องมีความเสี่ยง แบ่งเป็น สายงานหลัก จำนวน ๑,๕๐๐ บาทต่อเดือน และสายงานสนับสนุน จำนวน ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน และอยู่ระหว่างการจัดทำคำขอจากคณะรัฐมนตรีเพิ่มเติม เนื่องจากใช้จ่ายงบประมาณในส่วนนี้หมดแล้ว (๓) เครื่องราชอิสริยาภรณ์

และเงินชดเชยหากบุคลากรติดโควิดจากการปฏิบัติงาน ตามระเบียบของสำนักงาน ก.พ. และสำนักงาน สปสข. เช่น กรณีการเสียชีวิตจะได้รับ ๔๐๐,๐๐๐ บาท

ผู้แทนสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)

รายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการจัดสรรอัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุขมีความสอดคล้องตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับแนวทางการแก้ไขพระราชบัญญัติหรือกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้องกรณีการบรรจุอัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข จากสาเหตุด้านคุณวุฒิหรือชื่อตำแหน่งไม่ตรงตามกำหนด นั้น ในกรณีคุณวุฒิไม่ตรงตามที่กำหนด ไม่ว่าจะเป็นส่วนราชการใดจะไม่สามารถบรรจุแต่งตั้งเป็นข้าราชการได้ ส่วนกรณีชื่อตำแหน่งที่ไม่ตรงเป็นกรณีเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ส่วนราชการอื่นไม่พบปัญหาในลักษณะดังกล่าว เพราะมีประเภทตำแหน่งเฉพาะของตัวเอง คือ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกรณีสายงานที่ไม่ตรงเกิดจากการบรรจุพนักงานราชการของกระทรวงสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในการจ้างงาน ซึ่งเกิดจากการอัตรากำลังข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุขไม่เพียงพอต่อการบรรจุบุคลากรด้านสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องออกแบบการจ้างงานเฉพาะของกระทรวงเอง เมื่อมีมติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๓ ให้บรรจุเป็นข้าราชการ จึงเกิดประเด็นปัญหาดังกล่าวขึ้น

ประเด็นที่สำนักงาน ก.พ. จะสร้างแรงจูงใจให้พนักงานราชการเพิ่มเติมอย่างไร เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาข้อเรียกร้องจากพนักงานราชการหรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการเป็นข้าราชการ : บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข มี ๓ ส่วน คือ ข้าราชการ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งบุคลากรทั้ง ๓ ส่วน มีเส้นทางในอาชีพไม่เชื่อมโยงกัน โดยข้าราชการ คือ การจ้างงานตลอดชีพ ส่วนการเกิดพนักงานราชการ เพราะมีลักษณะงานบางอย่างในภาครัฐ ที่ไม่จำเป็นต้องจ้างงานตลอดชีพเพื่อมารองรับบริการจ้างงานในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง แนวคิดและหลักการดังกล่าวจึงเป็นลักษณะเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุขทุกสายงาน ที่มีทั้งแพทย์ พยาบาลจบใหม่ ตลอดจนสายงานอื่นที่ต้องให้บริการด้านสุขภาพประชาชน โดยสามารถนำตำแหน่งพนักงานราชการมาใช้รองรับการดำเนินการได้ แต่การปรับสิทธิประโยชน์อื่น ๆ หรือการโยกย้ายบุคลากรในแต่ละประเภทต้องพิจารณาทั้งหมดประกอบ

ผู้แทนชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

หากเกิดการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ครั้งใหม่ ภาระงานของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปจะมีภาระงานเพิ่มเติม ซึ่งต้องการอัตรากำลังเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ส่วนภาระงานในปัจจุบัน คือ การฉีดวัคซีนที่จะต้องมีการบูสเตอร์เข็ม ๓ โดยการระบาดระยะหลังทำให้พบว่า อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น เนื่องจากเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องมีออกแบบการทำงานเชิงระบบมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การจ้างงานพนักงานราชการเฉพาะกิจเพิ่มเติม ควรมีข้อกำหนดให้สามารถต่อสัญญาได้อีก ๑ ปี และไม่ควรมีข้อกำหนดให้มีการจ้างงานเฉพาะช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ เพราะเมื่อหมดการระบาด ภาระงานด้านการให้บริการด้านสาธารณสุข ที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาก็ยังมีอยู่

สำหรับปัญหาและอุปสรรค ด้านอัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข คือ กรอบระยะเวลาการดำเนินการของระบบข้าราชการต้องใช้เวลาค่อนข้างนาน จึงต้องการให้มีการปรับเปลี่ยนขั้นตอนการสรรหาอัตรากำลัง ในลักษณะเดียวกับการจัดซื้อจัดจ้างที่ได้รับการยกเว้นบางขั้นตอนเพื่อให้มีความสอดคล้องและทันต่อสถานการณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้แทนชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

การจ้างงานของโรงพยาบาลแต่ละแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความหลากหลาย ๗ - ๘ ประเภท เนื่องจากไม่ได้รับการจัดสรรกรอบอัตรากำลังที่เพียงพอ และมีภาระงานค่อนข้างมาก จึงทำให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องใช้งบประมาณดำเนินการในส่วนนี้ ทั้งนี้ เห็นว่า การเปิดให้บรรจุข้าราชการ จำนวน ๔๕,๐๐๐ อัตรา ไม่ได้ใช้งบประมาณจำนวนมาก เพราะอัตราค่าจ้างข้าราชการส่วนหนึ่งจะมาจากงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คิดเป็นร้อยละ ๖๐ จากงบประมาณของสำนักงาน สปสช. ทั้งหมด ทั้งนี้ เห็นว่าปัญหาการบรรจุอัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุขก่อให้เกิดความรู้สึกเหลื่อมล้ำ แต่ในภาพรวมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถดำเนินการแก้ไขได้ร้อยละ ๙๐ แต่ยังมีอุปสรรคขัดข้องกฎหมายราวร้อยละ ๕ จึงทำให้เกิดข้อร้องเรียนจำนวนมาก

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้**ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย**

๑) ตำแหน่งที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้รับการอนุมัติจากสำนักงาน ก.พ. ทั้ง ๒ หน่วยงาน ควรมีการหารือร่วมกันเพื่อแสวงหาแนวทางการดำเนินการแก้ไขให้ตรงความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข และไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีกในอนาคต

๒) ควรนำตำแหน่งข้าราชการเกษียณในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ จัดสรรไว้ให้บุคลากรที่ยังมีปัญหาและอุปสรรคต่อการบรรจุอัตรากำลังเป็นกรณีพิเศษของกระทรวงสาธารณสุข

๓) กระทรวงสาธารณสุขควรรหาทางเยียวยาปัญหาและอุปสรรคการบรรจุบุคลากรที่เกิดขึ้น โดยเบื้องต้นควรกำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลหรือหน่วยงานในพื้นที่ต่างจังหวัดที่มีการจ้างงานลูกจ้างด้วยเงินบำรุงให้มีชื่อตำแหน่งสอดคล้องกับชื่อตำแหน่งของข้าราชการ

๔) สำนักงาน ก.พ. ควรหาแนวทางกำหนดอัตราค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์อื่นให้ตำแหน่งพนักงานราชการเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ลดความต้องการบรรจุเข้ารับเป็นข้าราชการ

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

- อุปสรรคสำคัญของการบรรจุแต่งตั้งข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญ คือ ความคลาดเคลื่อนในการจ้างงานด้วยชื่อตำแหน่งที่ไม่สอดคล้องกับชื่อตำแหน่งที่สำนักงาน ก.พ. กำหนด

**๓.๕ พิจารณาศึกษาและติดตามการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัย
เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด**

คณะกรรมการได้มีการพิจารณาศึกษาและติดตามการดำเนินการการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และรพ.สต.ให้แก่ อบจ. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) จากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งเป็นการดำเนินการตามนโยบายสาธารณะภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

ที่ผ่านมาได้มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาลนครเทศบาลเมือง แต่การถ่ายโอนไปยัง อบจ. ยังไม่เคยเกิดขึ้น ซึ่งมีลักษณะเร่งรัดการดำเนินการสู่ความเสี่ยงในการเกิดความไม่แน่นอน แม้หลักการกระจายอำนาจ จะเป็นสิ่งที่ดี แต่ก็ยังพบอุปสรรคในการดำเนินการ เช่น กระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนผู้บริหาร การมอบหมายให้ อบจ. ออกแบบกลไกการจ่ายเงิน (Payment Mechanism) ให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ การเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และระยะเวลาดำเนินการมีข้อจำกัด ในระดับพื้นที่ที่มีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร การเตรียมความพร้อมจึงอยู่ในความรับผิดชอบของจังหวัด ตลอดจนถึงต้องเตรียมปรับเปลี่ยนระเบียบและคำสั่งที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นที่มาของการศึกษาและติดตามการดำเนินการดังกล่าว เพื่อค้นหาทางก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินการตามนโยบายสาธารณะ โดยมุ่งให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนน้อยที่สุด ตลอดจนถึงผลักดันให้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ส่งผลให้ประชาชน ได้รับการบริการที่ดียิ่งขึ้นตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจอย่างไร้รอยต่อ

คณะกรรมการจึงได้มีการเชิญผู้แทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการจัดสัมมนา ลงพื้นที่เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้แทนหน่วยงาน และนำมาซึ่งการสังเคราะห์ วิเคราะห์ จนนำมาจัดทำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อประมวลผลจัดทำเป็นรายงานผลการพิจารณาการศึกษา เรื่อง ข้อคิดเห็นและข้อเสนอต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เสนอไปยังรองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ เครืองาม) ในฐานะประธานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

ส่วนที่ ๑

ความเสี่ยงและปัญหาในการถ่ายโอนภารกิจ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

๑.๑ การประมวลข้อคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องในด้านความเสี่ยงและปัญหาในการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

การดำเนินการเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ยังมีประเด็นคำถามและความไม่ชัดเจนในหลายประเด็น ซึ่งจากการพิจารณาศึกษาพบความเสี่ยงและปัญหาในการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดังนี้

๑) **กรอบระยะเวลาการถ่ายโอน รพ.สต.** การดำเนินการมีระยะเวลาเพียง ๒ เดือน ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบตามมา เนื่องจากการถ่ายโอน รพ.สต. ที่ผ่านมาบางแห่งประสบปัญหายังขาดการถอดบทเรียน ซึ่งควรดำเนินการตามแนวคิดที่ว่าด้วยกรอบของระบบสุขภาพ: องค์ประกอบที่พึงประสงค์ ๖ ด้าน ได้แก่ ๑) ระบบบริการ ๒) กำลังคนด้านสุขภาพ ๓) ระบบข้อมูลข่าวสาร ๔) เทคโนโลยีทางการแพทย์ ๕) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ ๖) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดไว้ โดยควรนำมาพิจารณาว่า จะถ่ายโอนและจัดบริการอย่างไรให้ไร้รอยต่อ เพื่อให้ประชาชนได้รับผลกระทบในช่วงสัณฐานภาพให้น้อยที่สุด เนื่องจาก รพ.สต. ทุกแห่งจะเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการต่อประชาชน

๒) **ความเชื่อมโยงของระบบการบริการสาธารณสุขและข้อมูลสุขภาพ** เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. จะต้องตอบโจทย์พลวัต (Dynamic) ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่กระทรวงสาธารณสุข ได้วางแผนการให้บริการ (Service Plan) จำนวน ๒๑ สาขา ไว้ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิที่โยงใยกันเหมือนตาข่าย และจากเดิมที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการกำหนดแนวทางการเชื่อมโยงจากฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ที่ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศดำเนินการวางระบบการให้บริการสุขภาพของประเทศไทย ดังนั้น จึงต้องพิจารณาว่า เมื่อมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. แล้ว ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งได้รับการจัดอันดับเป็นอันดับ ๕ ของโลก และอันดับ ๑ ของเอเชีย จะมีประสิทธิภาพและได้รับการจัดอันดับที่สูงขึ้นได้หรือไม่ เช่น ดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Index) ของคนไทยซึ่งถูกจัดอันดับอยู่ในระดับกลางของเอเชีย ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพถูกจัดอันดับอยู่ในอันดับที่ ๑ ของเอเชีย ดังนั้น จึงต้องพิจารณาว่า จากโครงสร้างด้านสุขภาพของประเทศไทยที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันจะทำให้เกิดประสิทธิภาพการให้บริการที่ดีขึ้นอย่างไรเมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจครั้งนี้

๓) **ตัวชี้วัดความสำเร็จเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ** ตัวชี้วัดการกระจายอำนาจ รพ.สต. คือ สุขภาพ ซึ่งตัวชี้วัดความสำเร็จ (Key Success Factor) ไม่อาจนับได้ที่จำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน หรือการเปิดศูนย์บริการเฉพาะเพื่อเพิ่มการให้บริการเพียงอย่างเดียวเท่านั้น เนื่องจากตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ สุขภาพของประชาชน

๔) **การสื่อสารเชิงถกเถียง** ผู้ที่มีความเห็นต่างจากฝ่ายสนับสนุนการถ่ายโอนจะถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรง และปิดกั้นการสื่อสารในลักษณะที่ไม่ให้ฝ่ายเห็นต่างกับฝ่ายสนับสนุนการถ่ายโอนได้มีการแสดงความคิดเห็นอย่างตรงไปตรงมา ทั้งนี้ การแก้ปัญหาความเห็นต่างในประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. จะต้องนำข้อเท็จจริงมาพิจารณา เพื่อแสวงหาทางออกร่วมกัน ตลอดจนพิจารณาเกี่ยวกับ แนวทางการเยียวยาร่วมกัน

บริบทแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประเด็นถกเถียงการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ดังนี้

- (๑) ขาดแคลนงบประมาณ/บุคลากร ที่กรอบอัตรากำลังไม่เคยเต็ม
- (๒) บุคลากรขาดความก้าวหน้า/สวัสดิการ ซึ่งเป็นปัญหาไม่เพียงแต่ในระดับ รพ.สต. แต่หมายรวมถึงโรงพยาบาลชุมชนที่กำหนดให้มีตำแหน่งพยาบาลระดับชำนาญการพิเศษได้เพียงโรงพยาบาลละ ๑ แห่งเท่านั้น
- (๓) วิสัยทัศน์ด้านสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” ยังไม่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เนื่องจากงบประมาณด้านการป้องกัน (PP) ยังได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอต่อความต้องการ

๕) ประเด็นปัญหา/โอกาสพัฒนา ดังนี้

- (๑) งบประมาณด้านการป้องกันโรค (PP) ที่ผ่านมาได้รับการจัดสรรค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับงบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OP)
- (๒) ขาดความชัดเจนจากบทบาทของอำเภอ/จังหวัด ที่ยังไม่ชัดเจนในด้านการกำกับดูแล
- (๓) การให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ ไม่ใช่เชิงปริมาณการให้บริการเท่านั้น

๖) ประเด็นปัญหาขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

- (๑) อบจ. หลายแห่งยังไม่รับถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. แต่ รพ.สต. ต้องการถ่ายโอน
- (๒) การไม่มีปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการรับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ได้

ประเด็นปัญหาของสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

- (๑) ตำแหน่งผู้อำนวยการกองมีอัตรารว่าง ควรรับโอนย้าย (เทียบโอน) จากหัวหน้ากลุ่มงาน สสจ./ สสอ.
- (๒) โครงสร้างกองสาธารณสุข อบจ. ควรเทียบเคียง สสจ. โดยควรมี ๑๑ ฝ่าย ดังนี้ (๒.๑) ฝ่ายแผนงาน/ยุทธศาสตร์ (๒.๒) ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ (๒.๓) ฝ่ายคุณภาพบริการ (๒.๔) ฝ่ายแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก (๒.๕) ฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข (๒.๖) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (๒.๗) ฝ่ายทันตสาธารณสุข (๒.๘) ฝ่ายควบคุมโรค (๒.๙) ฝ่ายอนามัยสิ่งแวดล้อม (๒.๑๐) ฝ่ายประกันสุขภาพ และ (๒.๑๑) ฝ่ายเทคนิคการแพทย์

๗) ประเด็นปัญหาของกระทรวงสาธารณสุข

- (๑) ควรกำหนดภารกิจ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้เกิดความชัดเจน แต่ควรจะต้องแยกส่วนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย
- (๒) เร่งรัดการกำหนดตำแหน่งนักสาธารณสุขชุมชน ที่สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ซึ่งยังไม่มีกำหนดตำแหน่งดังกล่าว โดยควรดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ มิเช่นนั้น จะส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าของตำแหน่งดังกล่าวเช่นเดิม
- (๓) เร่งรัดการพัฒนา รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนใน ๔ ส่วน คือ ความก้าวหน้าบุคลากร ภารกิจ และงบประมาณ

ดังนั้น ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพิจารณาการถ่ายโอน รพ.สต. จึงไม่ใช่ประเด็นการคัดค้าน แต่ประเด็นสำคัญ คือ การสร้างความเป็นเอกภาพ (Unity) ร่วมกันในการจัดบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ประเด็นคำถามสำคัญของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะบริหารจัดการการถ่ายโอนอย่างไร เพื่อให้เกิดเครือข่ายที่เชื่อมโยงระบบสุขภาพขนาดใหญ่เข้าด้วยกัน

๑.๒ ข้อคิดเห็นของฝ่ายนิติบัญญัติ

ด้วยเมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ได้มีประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) คณะกรรมาธิการมีความห่วงใยบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นงานให้บริการระดับปฐมภูมิ โดยมีปริมาณงานให้บริการดูแลรักษาประชาชนมากกว่างบประมาณที่ใช้ไป จึงเป็นงานบริการสาธารณสุขที่ทรงพลังและยิ่งใหญ่ ทั้งนี้ การถ่ายโอนเป็นการให้บริการสาธารณะ ดังนี้

๑) เจ้าหน้าที่ต้องพร้อมและเต็มใจถ่ายโอนด้วยความเชื่อมั่นในอนาคตที่ดีกว่า

๒) ตามพระราชปณิธานของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร (รัชกาลที่ ๙) ที่ให้ยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นที่หนึ่ง และประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง หากประชาชนในพื้นที่ได้รับการดูแลและบริการสาธารณสุขที่ดีจึงเป็นสิ่งที่พึงจะถ่ายโอน การถ่ายโอนซึ่งเป็นบริการสาธารณะต้องประกอบด้วยข้อมูลทั้งด้านบวกและด้านลบ ที่ผ่านมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๙ มีสถานีนอนามัยที่เปลี่ยนเป็น รพ.สต. ถ่ายโอนไปแล้วเพียง ๕๑ แห่ง ต่อมาเพิ่มขึ้นเป็น ๘๔ แห่ง จาก รพ.สต. ทั่วประเทศ ๙,๗๘๗ แห่ง

ทั้งนี้ การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวนมากภายในครั้งเดียว จึงเป็นการตัดตอนระบบปฐมภูมิออกจากระบบทุติยภูมิ และระบบตติยภูมิ ซึ่งทั้ง ๓ ระบบมีความเชื่อมโยงด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิพ.ศ. ๒๕๖๒ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการดูแลระบบสาธารณสุข ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟู เมื่อมีการตัดตอนระบบปฐมภูมิไปจากกระทรวงสาธารณสุข จะก่อให้เกิดความเสี่ยงและปัญหา ดังนี้

๑) **ด้านการจัดสรรงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)** ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ในปี ๒๕๔๕ เป็นการจัดสรรงบประมาณรายหัว โดยจังหวัดใดที่มีประชากรมากจะได้รับการจัดสรรงบประมาณจำนวนมากและจังหวัดที่มีประชากรน้อยจะได้รับการจัดสรรงบประมาณจำนวนน้อยตามสัดส่วนประชากร เพราะฉะนั้นงบประมาณที่ได้รับเบื้องต้น โรงพยาบาลบางแห่งจึงขาดทุนตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ จนถึงปัจจุบัน ดังนั้น ส่วนกลางจะต้องจัดสรรงบประมาณให้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีงบประมาณอุดหนุนทั่วไป งบประมาณอุดหนุนเฉพาะกิจ ซึ่งไม่ได้มีงบประมาณมากพอที่จะสนับสนุนระบบสาธารณสุขในภาพใหญ่ ซึ่ง อบจ. มีทั้ง อบจ. ที่มีรายได้สูง มีงบประมาณจำนวนมาก และ อบจ. ที่มีรายได้น้อยหรือมีงบประมาณน้อย

ระบบงบประมาณนอกจากการจัดสรรงบประมาณรายหัวประชากรแล้ว สปสช. จะจัดสรรงบประมาณไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (CUP) ผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ในการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขยังคงดำเนินการโดย สปสช. ซึ่งยังคงไม่สามารถจัดสรรงบประมาณด้วยวิธีการอื่นได้ เมื่อมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. แล้ว งบประมาณในส่วนนี้จะถูกจัดสรรไปยัง อบจ. หรือไม่ ทั้งนี้ หากสามารถดำเนินการได้ อบจ. จะต้องจัดสรรงบประมาณให้กับ รพ.สต. และหากมีการส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ จะเกิดปัญหาเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าว

๒) ด้านความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่รับการถ่ายโอน

๒.๑) อบจ. ยังไม่ได้มีการกำหนดภารกิจทั้งด้านยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาสุขภาพ

๒.๒) อบจ. ขาดแคลนบุคลากรรองรับการถ่ายโอนจำนวนมากในหลายพื้นที่ และหลายพื้นที่ไม่มีปลัด อบจ. ส่งผลให้บางจังหวัดไม่รับการถ่ายโอน รพ.สต.

๒.๓) โครงสร้างระบบการบริหารจัดการระบบบริการของ อบจ. ยังไม่ชัดเจน ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการปรับฐานะกองสาธารณสุขเป็นสำนัก เพื่อรองรับการถ่ายโอนดังกล่าว

๒.๔) ไม่มีการถอดบทเรียนอย่างเป็นระบบ ซึ่งที่ผ่านมามีสถานีนามัยถ่ายโอนไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๘๓ แห่ง และยังไม่มิตัวเลขหรือข้อมูลที่ชัดเจนว่า แต่ละแห่งผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด

๒.๕) การสื่อสารข้อมูลในลักษณะการสัญญาว่าจะให้ ทั้งในประเด็นความก้าวหน้าในชีวิตราชการของเจ้าหน้าที่ที่ถ่ายโอน การได้รับจัดสรรงบประมาณเพิ่มแห่งละ ๑ - ๒ ล้านบาท การจัดจ้างบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่เพิ่ม การเพิ่มอัตราค่าจ้างและเวชภัณฑ์ เช่น ทันตาทิบาล เกสซ์กร รวมทั้งการจัดหาเวชภัณฑ์ และยาตลอดจนอุปกรณ์สนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น ไอแพด และมอเตอร์ไซด์ เกี่ยวกับกรณีดังกล่าว อบจ. มีงบประมาณจำนวนมากในการดำเนินการ หรือมีข้อจำกัดในการใช้งบประมาณตามกฎหมายหรือไม่ ซึ่งตามกฎหมาย อบจ. สามารถจ้างบุคลากรได้ไม่เกินร้อยละ ๔๐ ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี ดังนั้น จึงทำให้ อบจ. ไม่สามารถดำเนินการได้โดยอิสระ

๓) ด้านระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และการปฏิบัติตามกฎหมาย

การแพทย์ปฐมภูมิตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้มีการกำหนดเกี่ยวกับประเด็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีสัดส่วนที่เหมาะสม การจะดำเนินการให้มีแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรแพทย์ศาสตร์บัณฑิตและต้องการดูแลประชาชนในระดับตำบลเป็นเรื่องที่ดำเนินการได้ค่อนข้างยาก ทั้งนี้ประเทศไทยมีตำบลทั้งหมดประมาณ ๘,๐๐๐ - ๙,๐๐๐ แห่ง และมีสถานีนามัยเดิมที่ยกระดับเป็น รพ.สต. หากสามารถทำให้ รพ.สต. ดำเนินงานสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญตามมาตรา ๒๕๘ ข. ด้านอื่น ๆ (๕) ได้ จะทำให้เห็นภาพการปฏิรูปด้านสาธารณสุข แต่หากมีอุปสรรคที่ทำให้ รพ.สต. อาจจะไม่ดำเนินการด้านสาธารณสุขได้เข้าหรือไม่เต็มที่ การจัดหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไปปฏิบัติหน้าที่ใน รพ.สต. ได้น้อยหรือยาก ซึ่งในประเด็นนี้มีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยการดำเนินการตามกฎหมายดังกล่าวไม่ได้กำหนดลำดับก่อนหลังและกำหนดภารกิจเป็น การเฉพาะ

ดังนั้น ในการปฏิบัติจึงต้องพิจารณาเลือกดำเนินการตามกาลเทศและความเหมาะสม ซึ่งไม่ใช่ทุกภารกิจในห้วงเวลาเดียวกันที่จะถ่ายโอน รพ.สต. ไปให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแล้วจะเกิดผลดีเสมอไป ซึ่งสถานีนามัยเดิมที่มีแนวคิดในการถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ใช่ รพ.สต. ในปัจจุบัน โดยสถานีนามัยเดิมเน้นดำเนินการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากไม่มีแพทย์เพียงพอประจำในแต่ละตำบล จึงเป็นการดำเนินงานในลักษณะส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นงานที่สมควรถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่หากเป็นภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล การทำกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสุขภาพ การผ่าตัด และการทำคลอด หากสามารถดำเนินการได้ในระดับตำบลในอนาคตอันใกล้จะเป็นประโยชน์ต่อประชาชน ทำให้ประชาชนไม่ต้องเดินทางจากตำบลไปยังอำเภอ แต่หาก รพ.สต. ยังไม่สามารถดำเนินการได้และต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ซึ่งระบบการส่งต่อผู้ป่วยแม้ว่าอยู่ในสังกัดเดียวกัน คือ กระทรวงสาธารณสุข ยังมีปัญหา

ความซับซ้อนและยุ่งยาก โดยหากมีการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานที่มีต้นสังกัดแตกต่างกัน ปัญหาความซับซ้อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยให้ดีขึ้นจะมีมากขึ้น

๔) **ความเห็นที่แตกต่างของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.** โดยบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนและไม่ประสงค์ถ่ายโอนมีข้อคิดเห็นที่ขัดแย้งกันเป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขไม่เคยมีความแตกสามัคคีของเจ้าหน้าที่เช่นนี้มาก่อน และสิ่งที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อทำให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด ๑๙ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในประเทศไทยเคยได้อันดับที่ ๕ ของโลก และอันดับที่ ๑ ของเอเชีย เมื่อมีการถ่ายโอน รพ.สต. แล้วการดำเนินงานดังกล่าวจะยังคงเป็นเช่นนั้นหรือไม่ ไม่ใช่อ้างเพียงการดำเนินการตามกฎหมาย ทั้งนี้ สิ่งที่สำคัญกว่า คือ ประโยชน์สุขของประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเหนือกว่ากฎหมายที่มีอยู่ ซึ่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าวก็เกิดการขัดกัน

๕) **ด้านนโยบายสาธารณสุข** อาจเกิดปัญหาในทางปฏิบัติ ซึ่งจะเกิดทั้งในส่วน กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย ประเด็นปัญหาที่เห็นได้ชัดเจน คือ การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด ๑๙ ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ จำนวน ๒ หน่วยงาน คือ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร

๖) **ด้านบุคลากร** เนื่องจากบุคลากรของ รพ.สต. ที่จะถ่ายโอนไม่ได้มีการโอนไปทั้งโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรที่ไม่ประสงค์ถ่ายโอนไม่สามารถปฏิบัติงานที่เดิมได้ นอกจากการช่วยราชการ ๑ - ๒ ปี และต้องหาสถานที่ทำงานแห่งใหม่ ดังนั้น การดำเนินการควรคำนึงถึงเจ้าหน้าที่ที่ต้องการกลับไปปฏิบัติงานที่ภูมิลำเนาและต้องการดูแลครอบครัว ซึ่งเมื่อเกิดการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. จึงกระทบต่อบุคคลดังกล่าว

การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ นำไปสู่การเกิดปรากฏการณ์ที่ควรพิจารณา ดังนี้

๑) การเกิดปรากฏการณ์การใช้อำนาจ หรือ “Hard Power”

ซึ่งเป็นการใช้มุมมองด้านการเมือง การปกครอง ที่นำไปสู่การกระจายอำนาจ โดยมีพัฒนาการมาเป็นลำดับจนถึงในระดับของการกำหนดให้มีการกระจายอำนาจไปยังท้องถิ่น ซึ่งเป็นส่วนที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยหลักการการปกครองดังกล่าวเป็นหลักการที่ดี

สำหรับมิติด้านกฎหมายและการบังคับใช้ ตลอดระยะเวลา ๒๒ ปี ของการบังคับใช้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๒ ฉบับ และขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดทำฉบับที่ ๓ ซึ่งการดำเนินการตามภารกิจดังกล่าวอาจมีความเชื่อมโยงไปถึงคะแนนเสียง/การเลือกตั้ง

๒) Soft Power

มืองค์ประกอบสำคัญ คือ จิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึง จิตวิญญาณของหมอนามัยที่มีความเชื่อมโยงกับมิติด้านสังคม ที่หมายรวมถึง การคงอยู่ของหมอนามัย ซึ่งปัจจุบันกลายเป็นสถาบันสำคัญของสังคม ทั้งนี้ คำว่า “สถานามัย” หรือ “รพ.สต.” และ “หมอนามัย” ให้ความรู้สึกที่ดี โดยเป็นการแสดงให้เห็นถึงการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างใกล้ชิดตลอด ช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ฝ่ายที่ต้องการรับถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. มีกฎหมายที่ต้องนำมาบังคับใช้ แต่ในข้อเท็จจริงพบว่า ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาไม่เคยมีการสื่อสารเรื่องดังกล่าวไปยังผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องโดยตรง ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาทบทวนเรื่องดังกล่าว และควรมีการหารือร่วมกับฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การขับเคลื่อนภารกิจครั้งนี้ดำเนินไปด้วยดี

ทั้งนี้ ข้อคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานมี ๒ ประการ คือ

(๑) การขาดการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเท็จจริง กระทรวงสาธารณสุขมีสถานีนามัย จำนวนประมาณ ๙,๐๐๐ แห่ง ที่ผ่านมาประสบปัญหาในการให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น ความก้าวหน้า และงบประมาณ โดยเฉพาะด้านงบประมาณที่มีการเปลี่ยนแปลงโดยการกำหนดให้มีความเชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการประจำ คือ โรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้ต้องมีการแบ่งงบประมาณแก่กัน และ รพ.สต. ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการน้อยมาก ดังนั้น จึงเป็นความจริงของการเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องยอมรับเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาดังกล่าว

(๒) การเปลี่ยนแปลงของการเมืองท้องถิ่น

ความไม่มั่นคงทางการเมือง โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้นำทางการเมืองของท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งสำหรับ รพ.สต. จำนวน ๘๐ แห่ง ที่มีการถ่ายโอนภารกิจไปแล้วควรมีการศึกษาอย่างจริงจังทั้งในด้านการบริหาร และด้านธรรมาภิบาล ทั้งนี้ มีประเด็นที่ควรพิจารณาว่า การดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนดครั้งนี้จะถูกนำไปใช้เป็นกลไกในการหาเสียงหรือไม่ ซึ่งเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้เป็นความจริงที่อาจเกิดขึ้น และเป็นจุดอ่อนของการสังกัดกับท้องถิ่น

(๓) ระบบนิเวศของสถานีนามัย

สถานีนามัยไม่ได้อยู่เพียงลำพัง แต่มีปฏิสัมพันธ์และการดำเนินงานร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) / โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทั้งนี้ ระบบที่มีอยู่มีการเปลี่ยนแปลงมาเป็นลำดับ กล่าวคือ ตั้งแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มีการยกฐานะของ “สถานีนามัย” ไปเป็น “รพ.สต.” และมีการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยังท้องถิ่นเรื่อยมาจนถึงในปี ๒๕๖๔

(๔) ประชาชน

ประชาชนเป็นส่วนสำคัญที่ต้องคำนึงให้มากที่สุด โดยควรพิจารณาว่า ประชาชนมีความเห็นอย่างไรต่อการดำเนินการตามกฎหมายครั้งนี้ และประชาชนจะได้รับประโยชน์ใดจากการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยังท้องถิ่น และจะมีสิทธิในการร่วมตัดสินใจหรือไม่ อย่างไร

ดังนั้น สิ่งสำคัญ คือ “จิตวิญญาณ” เชื่อว่า ระบบยังคงอยู่ได้ด้วยหัวใจและจิตวิญญาณของหมอนามัยที่มีเป้าหมายสำคัญ คือ “ประชาชน”

จากการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ” ของคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา สาระสำคัญสรุปได้ ดังนี้

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดนิยามไว้ว่า “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าวได้เสนอให้มีการแบ่งพื้นที่จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิออกเป็น ๔ พื้นที่ คือ
พื้นที่เขตเมืองใหญ่ : เน้นให้บริการผสมผสานหลายรูปแบบ ทั้งรัฐและเอกชน ร้านขายยา คลินิก
 เอกชน โดยเน้นการเชื่อมโยงระบบข้อมูลระหว่างกัน เช่น เชียงใหม่ สงขลา ขอนแก่น ชลบุรี รวมทั้ง
 เขตปกครองพิเศษ เช่น พัทยา เป็นต้น

พื้นที่เขตเมือง : ควรเน้นความร่วมมือของหน่วยงานปฐมภูมิในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 ตำบล (รพ.สต.) ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนและหน่วยบริการทางการแพทย์ โดยควรพัฒนาหน่วยบริการ
 และบุคลากรให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น

พื้นที่ชนบท : เน้นพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีศักยภาพสูงขึ้นเป็นหลัก
 และร่วมกับหน่วยบริการทางการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดบริการประชาชน

พื้นที่กรุงเทพมหานคร : เป็นพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นและแอ่ง ควรใช้ทรัพยากรของหน่วยบริการ
 ที่มีทั้งหมด รวมถึงโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลของกระทรวงกลาโหม ตำรวจ และสภากาชาดไทย เข้ามาร่วม
 ดำเนินการ และอาจจำเป็นต้องมีหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบใหม่ ๆ มากกว่าพื้นที่อื่น เช่น หน่วยบริการ
 ปฐมภูมิในโรงเรียน สถานที่ทำงานหรือโรงงาน เป็นต้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบปัญหา อุปสรรคของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน
 จึงมีข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ดังนี้

๑) การขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว : (ไม่มีแพทย์เพียงพอในหน่วยบริการปฐมภูมิ)

ข้อเสนอแนะ : ให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลหมุนเวียนออกให้บริการ
 โดยไม่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใช้ระบบสื่อสารทางการแพทย์
 (Telemedicine) ช่วยการตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา กำหนดให้พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถปฏิบัติหน้าที่เพื่อ
 การรักษาขั้นต้นได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

๒) การขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว : (เพราะขาดแรงจูงใจ) ปัญหาที่ค้นพบคือ
 มีผู้สนใจเรียนสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนน้อย ค่าตอบแทนน้อยกว่าแพทย์สาขาอื่น
 ความก้าวหน้าไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ : การพัฒนาต้นแบบ (Role Model) ที่ดี การเพิ่มค่าตอบแทนให้เท่าเทียมกับ
 แพทย์สาขาอื่น โดยเพิ่มจากเงินงบประมาณ เช่น พตส. เพิ่มจาก ๑๐,๐๐๐ เป็น ๑๕,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐ บาท
 เพราะเป็นสาขาที่ไม่มีเวรเเว และกำหนดความก้าวหน้า เช่น สนับสนุนให้สามารถต่อ sub board ได้
 เช่น Palliative Care, Geriatric เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแล

๓) การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) เนื่องจาก
 มีประชากรในพื้นที่ชนบท/ห่างไกล ไม่เพียงพอ ต้องมีการรวมกันหลายพื้นที่

ข้อเสนอแนะ : ปรับหลักเกณฑ์การจัดตั้งหน่วยบริการที่กำหนดให้มีจำนวนประชากร
 ขั้นต่ำ (๘,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ คน) โดยให้จัดตั้งได้ตามความพร้อมของชุมชนที่มีเครือข่ายพลวัตปฐมภูมิ
 (รพ.สต. ศูนย์บริการ ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เอกชน ภาคประชาชน) และให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ตามจำนวน
 ประชากรที่มีอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ

“พลวัตปฐมภูมิ” : เครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เกิดจากการร่วมมือร่วมใจกัน เพื่อให้บริการสุขภาพ
 ในพื้นที่ชุมชน ซึ่งเกิดขึ้นเป็นปกติอยู่แล้ว โดยจะพบได้มากในพื้นที่ภูมิภาคหรือชนบทที่มีการร่วมมือกันดูแล
 สุขภาพของคนในชุมชนตนเอง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ท้องถิ่น กำนัน
 ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ภาคเอกชน และประชาชนในชุมชน รวมถึงการร่วมบริจาคหรือการจัดตั้งชมรมสุขภาพต่าง ๆ
 เช่น ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ : ควรให้พลวัตรปฐมภูมิชุมชนดังกล่าวสามารถจัดตั้งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ตามจำนวนประชากรที่มีอยู่ และให้มีคณะกรรมการชุมชนการบริหารจัดการร่วมกัน เพื่อดูแลสุขภาพชุมชนตนเอง จะทำให้เกิดความยั่งยืนของระบบ

ทั้งนี้ การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องทำให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่ดีขึ้น และควรคำนึงถึงความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากร รวมทั้งการจัดสรรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตามพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหารือร่วมกันให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน เพื่อให้การถ่ายโอนเกิดประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ดังนั้น การถ่ายโอนท่ามกลางความไม่พร้อมของกฎหมาย การไม่มีหลักประกันว่าประชาชนจะได้ประโยชน์ และการไม่มีหลักประกันว่าสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขเคยดำเนินการแล้วได้ผลงานดีจะดียิ่งขึ้น จึงเป็นเพียงความคาดหวัง คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ไม่ขัดข้องกับหลักการการกระจายอำนาจ และเห็นด้วยกับหลักการดังกล่าว แต่ไม่เห็นด้วยกับการกระจายอำนาจที่มีการดำเนินการแบบรวบรัดและเร่งรัดให้มีการลงชื่อถ่ายโอน ซึ่งการดำเนินการควรเป็นแบบค่อย ๆ ดำเนินการและมีการถอดบทเรียนเพื่อพิจารณาผลสัมฤทธิ์ ตลอดจนประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งผลดี ผลเสียก่อนที่จะมีการดำเนินการทั้งประเทศ เพื่อลดผลกระทบและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อระบบบริการสาธารณสุข

๑.๓ สรุปภาพรวมข้อคิดเห็นและข้อสังเกตต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

๑) ข้อคิดเห็นสนับสนุนการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

(๑) ประเด็นการโอนถ่ายภารกิจของ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ความคิดเห็นของภาคประชาชน มีความมั่นใจว่า การกระจายอำนาจ โดยการถ่ายโอน รพ.สต. จะมีประโยชน์กับประชาชน โดยเห็นว่า นักการเมืองจะต้องดำเนินการเพื่อผลประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

(๒) ประเด็นความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุข ความคิดเห็นของภาคประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ที่มีการบริการสาธารณสุขพื้นฐาน โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิ

(๓) การจัดสรรงบประมาณ จะได้รับงบประมาณตามขนาดของ รพ.สต. ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานของ รพ.สต. และยังมี การจัดสรรงบประมาณที่ไม่เท่ากัน หากถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. มายัง อบจ. จะได้รับงบประมาณที่เพิ่มมากขึ้น อีก ๑ ล้านบาท ซึ่งสามารถนำมาใช้บริหารจัดการในด้านการให้บริการแก่ประชาชนได้และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

(๔) เครื่องมือเครื่องใช้ จะได้รับความจริงจังในการจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้จาก อบจ. ซึ่งนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดก็มีความยึดโยงกับพื้นที่ที่ทำงาน โดยยึดประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

(๕) ความก้าวหน้าของบุคลากรใน รพ.สต. มีการกำหนดรายละเอียดในเรื่องความก้าวหน้าไว้ ซึ่งในบางตำแหน่งเดิมทำงานไม่ตรงกับตำแหน่ง เช่น ตำแหน่งเจ้าพนักงานบริการ แต่จะต้องทำงานด้านการเงินด้วย ซึ่งจะได้เงินเดือนค่าตอบแทนไม่มากนัก เมื่อถ่ายโอนแล้ว จากการหารือกับ อบจ. ก็จะมีการจ้างให้ดำรงตำแหน่งด้านการเงิน ซึ่งเพิ่มค่าตอบแทนให้กับบุคคลดังกล่าว

(๖) เมื่อมีการถ่ายโอน รพ.สต. จะมีโอกาสในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และลงพื้นที่ได้มากขึ้น ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วยในพื้นที่เป็นโรค NCD มากขึ้น เพราะการให้บริการด้านสาธารณสุข มุ่งเน้นการรักษาพยาบาล แต่การสร้างเสริมสุขภาพลดลง การถ่ายโอนภารกิจจะได้ทำงานกับประชาชนมากขึ้น และมีเป้าหมายจะลดโรค NCD

(๗) เห็นด้วยกับการถ่ายโอนภารกิจจะทำให้ส่วนกลางมีขนาดเล็กลง โดยส่วนภูมิภาค จะมีขนาดใหญ่ขึ้น ในความเห็นที่แบ่งออกเป็น ๒ ฝ่าย คือ ฝ่ายที่เห็นด้วยกับการถ่ายโอนและฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย มีข้อเสนอ ๒ ประเด็น ได้แก่ ๑) ให้ถ่ายโอน รพ.สต. ที่มีความสมัครใจที่จะถ่ายโอนไปก่อน ๒) รพ.สต. ที่ยังไม่ประสงค์จะถ่ายโอนหากเป็นไปได้ควรจะมีการทดลองปฏิบัติงานใน อบจ. เพื่อให้ทราบถึงผลการดำเนินงาน ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่าเป็นไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่

(๘) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ๑๙ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีส่วนร่วม ขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหาที่สถานการณ์ดังกล่าวด้วย และ อบจ. มิใช่รัฐอิสระแต่อยู่ภายใต้กฎหมายของประเทศ และอยู่ในกำกับของผู้ว่าราชการจังหวัด กระทรวงมหาดไทย และรัฐบาล ซึ่งมีประเด็นที่ประสงค์ จะดำเนินการหลังจากถ่ายโอนภารกิจแล้ว เช่น ศูนย์พอกไต ทันตกรรม พิการ ออทิสติก สมาคมองค์การสาธารณสุขจังหวัดจะได้ทำวิจัยและเชื่อว่า อบจ. มีความพร้อมที่จะรับโอนภารกิจได้

๒) ข้อคิดเห็นด้านผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด (อบจ.)

(๑) การถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มี ความชัดเจน ในการ ให้บริการแก่ประชาชน รวมทั้งประเด็นเรื่องความก้าวหน้าในสายงาน และการจ้างบุคลากรสายงานอื่นที่มิใช่ ข้าราชการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของ รพ.สต.

(๒) ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อ อสม. และประชาชนจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. กรณีหากบุคลากรทั้งหมดของ รพ.สต. ในปัจจุบันจะต้องย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่น โดยเป็นปัจจัยที่ส่งผล ต่อการพิจารณาตัดสินใจถ่ายโอนไปอยู่ที่ อบจ.

(๓) การบริหารจัดการบุคลากร กรณีหากบุคลากรของ รพ.สต. ไม่ประสงค์จะถ่ายโอนไปยัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีการบริหารจัดการบุคลากรที่ย้ายออกไปอย่างไร

(๔) ตามที่ได้มีประกาศหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัย เณลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ รพ.สต. และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ยังไม่ได้ มีการศึกษาระเบียบหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในคู่มือ ซึ่งต่อมาได้มีการขอข้อมูลจาก รพ.สต. เพื่อให้แจ้ง การถ่ายโอนโดยจำกัดระยะเวลาในการตอบข้อมูล โดยบุคลากรไม่สามารถตัดสินใจได้ในระยะเวลากระชั้นชิด แต่มีการประชาสัมพันธ์เพียงบางส่วนเฉพาะสิทธิประโยชน์ในการเลื่อนระดับ ดังนั้น จึงควรชะลอการถ่ายโอน ภารกิจ และบุคลากร รพ.สต. ไปยัง อบจ. ออกไปก่อนเพื่อทบทวนก่อนไปศึกษารูปแบบที่ชัดเจน และรอให้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คลี่คลายแล้วจึงกลับมาพิจารณาในเรื่องนี้

(๕) ปัญหาเรื่องบุคลากร การประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่กำหนดให้มีแพทย์ไปประจำใน รพ.สต. ในทางปฏิบัติไม่สามารถดำเนินการได้ แต่ในข้อเท็จจริงจะมีแพทย์ เดินทางลงพื้นที่ไปยัง รพ.สต. ในบางครั้งเพื่อให้การรักษาเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้น ประชาชนในพื้นที่จึงไม่มี โอกาสได้รับการรักษาตามที่ได้กำหนดไว้

(๖) การกระจายอำนาจเป็นสิ่งที่ดีแต่มีข้อจำกัดในหลายเรื่อง เช่น การกำหนดให้ รพ.สต. ทุกแห่งต้องถ่ายโอนภารกิจ แต่ไม่มีพื้นที่สำหรับบุคลากรที่ไม่ประสงค์จะถ่ายโอน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่จะต้องโอนย้ายไปทำงานที่อื่น หากจะมีการศึกษาทบทวนการกระจายอำนาจอีก ๑ - ๒ ปี จะส่งผลกระทบต่อประเทศชาติและประชาชนหรือไม่

(๗) ตัวอย่างที่ได้มีการนำเสนอ เป็นตัวอย่างที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้ว ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งมีบุคลากรหลายคนแจ้งความจำนงขอกลับมายังกระทรวงสาธารณสุข แต่เหตุผลหลักที่ต้องกลับไปพิจารณาว่า เป็นประโยชน์ของตนเองในการเลื่อนระดับ เหมือนการชี้แจงของคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ หรือไม่ นอกจากนี้มีการถ่ายโอนบุคลากรใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ไม่ครบถ้วน ทำให้ขาดบุคลากรและไม่สามารถเปิดให้บริการได้ ซึ่งคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ควรตอบคำถามในประเด็นเกี่ยวกับการเพิ่มบุคลากรที่จะให้บริการ ที่จัดเตรียมไว้เพื่อรองรับการดำเนินงานของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนให้ชัดเจน

(๘) งบประมาณที่รองรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้วกว่า ๘๔ แห่ง สามารถยืนยันงบประมาณที่จะสนับสนุนการดำเนินงานของ รพ.สต. เพิ่มเติมอีกแห่งละ ๑ ล้านบาท ในทางปฏิบัติจะได้รับงบประมาณดังกล่าวจริงหรือไม่ โดยควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ เป็นสัดส่วนว่า เป็นงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในเรื่องใด จึงมีข้อเสนอให้มีการทบทวนอีกระยะหนึ่ง เพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนต่อไป และสามารถนำงบประมาณดังกล่าวมาใช้กับประชาชนให้ได้ประโยชน์สูงสุด

๓) ข้อสังเกตต่อการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

(๑) มีความเชื่อว่า อบจ. มีความพร้อมที่จะรับโอน รพ.สต. เพียงแต่การปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอยู่ ๓ ระบบ ได้แก่ อบต. เทศบาล และ อบจ. เมื่อ อบจ. รับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานของท้องถิ่นระดับอื่นจะอย่างไร เช่น ในบางจังหวัดมีเทศบาลขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมที่จะดูแลในเรื่องดังกล่าว

(๒) รัฐธรรมนูญ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ที่มีอยู่ก่อนแล้วจะต้องดำเนินการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และจะอย่างไรให้สามารถแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับการดำเนินงานของ รพ.สต. ที่ได้โอนย้ายไปยัง อบจ. แล้ว

(๓) ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบที่ดีที่สุด ทำให้ประชาชนทุกคนในครอบครัวที่จะมีแพทย์ประจำตัวถึง ๓ คน ทำให้ระบบด้านสาธารณสุขมีความมั่นคงมากขึ้น

(๔) เมื่อกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอน รพ.สต. ไปอยู่ อบจ. แล้ว ประชาชนจะต้องได้รับบริการด้านสาธารณสุขหรือการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าเดิม หรือไม่น้อยกว่าการดำเนินการที่ผ่านมา

(๕) ควรนำประสบการณ์ในการให้บริการด้านสาธารณสุขในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โดยให้ประชาชนได้ทราบสถานการณ์ได้อย่างเท่าทันเหตุการณ์ โดยเร็วที่สุด พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางในการเตรียมตัว และเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับโรคภัยต่าง ๆ พร้อมทั้งจะต้องมีการบูรณาการการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมถึงประชาชนด้วย และจะต้องปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน โดยจะต้อง “ทำตามหน้าที่ ณ เวลานั้น ๆ” โดยไม่แยกกันทำงาน

(๖) ในขณะที่เกิดการแพร่ระบาดของ Covid-19 พบการทุจริตเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้สำหรับควบคุมดูแลการแพร่ระบาดของ Covid-19 ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรต้องควบคุมมิให้เกิดการทุจริตในด้านบริการสาธารณสุขให้กับประชาชน

(๗) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขควรพิจารณาเป้าหมายเดียวกันในการให้บริการสาธารณสุข คือ การทำให้ประชาชนมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

(๘) ที่ผ่านมา รพ.สต. เป็นข้อต่อที่สำคัญของระบบสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพรวมตลอดจนเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับประชาชน และปฏิบัติงานกับท้องถิ่น พื้นที่ เมื่อถ่ายโอนภารกิจอาจทำให้เกิดความขัดแย้งเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความขัดแย้งภายในกระทรวงสาธารณสุข หรือความขัดแย้งระหว่าง รพ.สต. กับ อบจ.

(๙) เมื่อจะมีการนำระบบใหม่มาใช้ ได้มีการทบทวนศึกษาเปรียบเทียบระบบเก่าและระบบใหม่หรือไม่ เกี่ยวกับข้อดี ข้อเสียของการดำเนินงาน และมีจุด Pain Point ที่ประชาชนจะได้รับทราบ หากเกิดสถานการณ์เปลี่ยนแปลงตามบริบทการเปลี่ยนแปลงของโลก นอกจากนี้ จะต้องศึกษาว่าประชาชนจะได้ประโยชน์อย่างไรเพิ่มเติม และเรื่องดังกล่าวจะสร้างความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานและภายในหน่วยงานหรือไม่ ทั้งนี้ เห็นด้วยกับการโอนถ่ายภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. จะต้องดำเนินการไปด้วยกันทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่จำเป็นต้องเร่งรีบให้พิจารณาดำเนินการไปด้วยกัน

(๑๐) องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นคู่ขัดแย้ง เป็นเพียงหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายภารกิจการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. จะต้องกำหนดไว้ให้ชัดเจน และมีการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนรวมทั้งสอบถามมายัง รพ.สต. ว่าประสงค์จะโอนย้ายหรือไม่ โดยควรจะเริ่มจาก รพ.สต. ที่ประสงค์จะโอนย้ายก่อนเรียงไปตามลำดับ

(๑๑) ควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรึกษาหารือแนวทางในการที่จะดำเนินการต่อไป

โดยสรุป คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พิจารณาเห็นว่า การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีความเร่งรีบเนื่องจากเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ดังนั้น จึงมีประเด็นที่ควรพิจารณา คือ

(๑) **เงินเดือนของบุคลากรที่จะถ่ายโอน** เนื่องจากผูกอยู่กับงบประมาณจ่ายรายหัวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และแบ่งส่วนกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุข ข้าราชการทุกคนต้องไม่เสียสิทธิ เมื่อ รพ.สต. ถูกถ่ายโอนไป ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขต้องพิจารณาเกี่ยวกับการบริหารงานบุคลากรทั้งเรื่องการสรรหาตำแหน่ง สิทธิประโยชน์ต้องไม่น้อยกว่าเดิม และการย้ายไปอยู่ที่ใหม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตหรือไม่

(๒) **งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)** จะจัดสรรงบประมาณไปที่ CUP ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ไม่มีการจัดสรรไปให้ รพ.สต. โดยตรง ซึ่งในเรื่องนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังไม่ได้มีการพิจารณาประเด็นดังกล่าว

หากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สามารถจัดสรรงบประมาณไปที่ อบจ. ได้ และ อบจ. จัดสรรต่อไปยัง รพ.สต. เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วย รพ.สต. ต้องตามจ่าย ซึ่งหาก รพ.สต. ได้รับจัดสรรงบประมาณมาจำนวนน้อย ก็จะทำให้เกิดปัญหาได้ และ อบจ. ไม่สามารถช่วยจ่ายในส่วนนี้ได้ เพราะเป็นการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นงบประมาณคนละส่วน อบจ. สามารถช่วยได้เฉพาะการลงทุน เช่น ค่าก่อสร้าง การจัดซื้อเครื่องมือ งบประมาณด้านบุคลากรของ อบจ. กำหนดไว้ที่ร้อยละ ๔๐ ของงบประมาณ ของ อบจ. หาก อบจ. ใดมีรายได้มากก็สามารถจ้างบุคลากรได้มาก ข้าราชการที่ย้ายโอนไปไม่น่าจะมีปัญหา แต่การจ้างบุคลากรใหม่จะมีปัญหา เพราะมีอัตราเต็มอยู่แล้ว

ส่วนที่ ๒

ข้อค้นพบจากการพิจารณาศึกษา

๒.๑ กลไกการเงินการคลัง

๑) นโยบายและการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุขจะแจ้งรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พร้อมกับงบประมาณให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ได้ทราบเพื่อนำข้อมูลเข้าสู่ระบบงบประมาณปี ๒๕๖๖ ทั้งนี้ กระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ที่แต่ละองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ต้องดำเนินการยังเกิดปัญหาอย่างมาก หากองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) รับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพียงอำเภอละ ๑ - ๒ แห่ง จะทำให้เกิดปัญหาตามมา ทั้งนี้ หากมีการรับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละอำเภอ ควรรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีอยู่ในอำเภอนั้นไปทั้งหมดจะทำให้การบริหารจัดการดำเนินการได้โดยง่าย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ควรทำความเข้าใจกับบุคลากรที่จะถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้ทราบรายละเอียดต่าง ๆ ทั้งเรื่องความก้าวหน้าในสายงาน สวัสดิการ รวมทั้งรายละเอียดอื่น นอกจากนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จะต้องเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องมาหารือในรายละเอียดเรื่องงบประมาณและบุคลากรที่จะมีการเปลี่ยนแปลงสังกัด เนื่องจากงบประมาณการดูแลได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดสรรให้ เมื่อดำเนินการขั้นตอนต่าง ๆ จนได้รับรายชื่อผู้ประสงค์จะโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) แล้วจะมีการแจ้งรายละเอียดต่าง ๆ ไปยังบุคคลดังกล่าว อาทิ สิทธิการรักษาพยาบาล จะเปลี่ยนการตั้งงบประมาณไปที่กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ใช่สิทธิอยู่กับกรมบัญชีกลาง และสวัสดิการของสหกรณ์ออมทรัพย์ เป็นต้น

ประเด็นการจัดสรรงบประมาณในด้านการให้บริการสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานในการจัดสรรงบประมาณ ไม่ว่าจะเป็งบประมาณที่จัดสรรให้กับผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และบริหารจัดการงบประมาณกองทุนฯ ซึ่งจะต้องมีการหารือร่วมกันระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข เดิมจะใช้วิธีการปฏิบัติงานในลักษณะแม่ข่าย แต่ได้มีข้อเสนอที่จะให้บริหารจัดการงบประมาณจากแม่ข่ายและตัดไปย้ง อบจ. รูปแบบใดที่จะนำมาซึ่งการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ที่เคยดำเนินการ อย่างไรก็ตาม ระบบบริการด้านสาธารณสุขจะต้องสามารถให้บริการได้เช่นเดิม และไม่ส่งผลกระทบต่อประชาชน ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการชี้แจงทำความเข้าใจให้กับจังหวัด ตั้งแต่วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๔ ระหว่างนี้จะต้องไปดำเนินการจัดทำรายละเอียดการดำเนินการ รวมทั้งการออกแบบและปรับปรุงระบบต่อไป

การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่มีการจัดสรรเกี่ยวกับการให้บริการด้านสาธารณสุขเป็นเงินอุดหนุนทั่วไป จำนวน ๗๓ ล้านบาท และเงินอุดหนุนที่เป็นการสร้างสิ่งก่อสร้าง จำนวน ๒๓๘ ล้านบาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๓๑๑ ล้านบาท โดยจัดสรรให้กับ รพ.สต. จำนวน ๘๔ แห่ง ซึ่งจะได้รับจัดสรรงบประมาณแห่งละ ๓๗ ล้านบาท โดยแนวทางในการดำเนินงานตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ที่ได้กำหนดไว้จะพิจารณาอนุมัติงบประมาณตามขนาดของ อบจ. ที่รับโอน ดังนั้น ในส่วนของงบประมาณจึงไม่น่าจะมีปัญหาในระยะต้น นอกจากนี้ ภาครัฐยังมีงบประมาณสนับสนุนที่จัดสรรให้กับ รพ.สต. เพิ่มเติมด้วย

๒) นโยบายและการดำเนินการคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รายชื่อ รพ.สต. ที่พร้อมถ่ายโอนไปยัง อบจ. เมื่อวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๓,๓๖๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๐ ของจำนวน รพ.สต. ทั้งหมดทั่วประเทศ มีข้าราชการ จำนวน ๑๒,๐๐๐ คน และลูกจ้าง จำนวน ๙,๐๐๐ คน จะได้แจ้งต่อกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดำเนินการโอนทรัพย์สิน และบุคลากรไปยัง อบจ. ซึ่ง อบจ. จะต้องดำเนินการจัดทำคำขอของงบประมาณ เพื่อดำเนินการให้ทันในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เนื่องจากการขอตั้งงบประมาณต้องจัดทำคำขอล่วงหน้าซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้จำเป็นต้องเร่งรัดดำเนินการการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ.

กรอบแนวทางการดำเนินงานการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดในปี ๒๕๖๕

กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องชี้แจงกระบวนการจัดทำงบประมาณปี ๒๕๖๖ ต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่จะต้องนำเข้าสู่ข้อมูลในวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๕ ส่วนกระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการเกลี่ยจำนวนบุคลากรที่สมัครใจถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยสำนักงานประมาณได้กำหนดกรอบแนวทางการจัดทำงบประมาณด้านอัตรากำลังคนให้ดำเนินการแล้วเสร็จภายในวันที่ ๒๔ - ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๔ โดยต้องทราบจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมทั้งข้อมูลเงินเดือน เงินสวัสดิการต่าง ๆ ของบุคลากรแต่ละคน แต่หลังจากวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ต้องร่วมกันพิจารณาว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนมีทรัพย์สินใดบ้างที่ต้องถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งต้องดำเนินการส่งมอบเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้แล้วเสร็จก่อนวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

การจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบประมาณใดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เคยได้รับช่วงที่อยู่ในกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ภายหลังจากถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้รับสิทธินั้นเช่นเดิม ดังนั้น งบประมาณที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังคงได้รับเช่นเดิม โดยกระทรวงสาธารณสุขต้องแก้ไขกฎ ระเบียบ หรือประกาศที่เกี่ยวข้องเพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้รับสิทธิดังกล่าวต่อไป

๓) นโยบายและการดำเนินการของสำนักงานประมาณ

(๑) การตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ผ่านการพิจารณาของรัฐสภาแล้ว เป็นการตั้งงบประมาณตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มีการตั้งงบประมาณไว้ทั้งหมด ๗๓ แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน ๕๓ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังเทศบาลนคร จำนวน ๘ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังเทศบาลเมือง จำนวน ๑๒ แห่ง ทั้งนี้ การเสนอขอของงบประมาณของกระทรวงมหาดไทยอยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอน เพื่อจัดทำ คำขอของงบประมาณในเรื่องดังกล่าว ซึ่งสำนักงานประมาณจะได้นำข้อมูลดังกล่าวมาคำนวณ เพื่อจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยงานดังกล่าวต่อไป อย่างไรก็ตาม สำนักงานประมาณ และกระทรวงมหาดไทยดำเนินงานคู่ขนานกันไป โดยจากข้อมูลเบื้องต้น

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ประสงค์จะถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ประมาณกว่า ๓,๐๐๐ แห่ง จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมดประมาณ ๙,๐๐๐ แห่ง ทั้งนี้ สำนักงานประมาณยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และบุคลากรที่ประสงค์จะถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีจำนวนเท่าใด รวมทั้งการเสนอของบประมาณของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเสนอคำขอตั้งงบประมาณมายังสำนักงานประมาณภายในวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๖ และสำนักงานประมาณจะนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาประกอบการจัดสรรงบประมาณต่อไป ทั้งนี้ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ สำนักงานประมาณจะต้องจัดทำร่างงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ให้แล้วเสร็จ เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีและรัฐสภาพิจารณาต่อไป

(๒) การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ต้องปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเรื่องภาระงานจะมีคณะกรรมการประเมินเป็นผู้ดำเนินการ ส่วนเรื่องบุคลากรต้องให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ เนื่องจากเดิมการตั้งงบประมาณของข้าราชการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้ตั้งไว้ที่กระทรวงสาธารณสุข โดยงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ เริ่มวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ ดังนั้น หากข้าราชการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สมครใจที่จะถ่ายโอนจะต้องยื่นความจำนงไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เนื่องจากเมื่อมีการขอตั้งงบประมาณแล้ว รายชื่อของข้าราชการผู้นั้นจะโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อขอจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อไป

(๓) วิธีการคำนวณเงินเดือนให้กับข้าราชการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งเงินเดือนส่วนหนึ่งของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขมีการตั้งงบประมาณไว้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเงินเดือนอีกส่วนหนึ่งตั้งงบประมาณไว้ที่กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประมาณมีการตั้งคณะทำงานขึ้นเพื่อพิจารณาศึกษาเรื่องดังกล่าว โดยเห็นว่า การจัดตั้งงบประมาณให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่รับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต้องพิจารณากฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการเหมือนกับการจัดตั้งงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข แต่ทั้งนี้ สำนักงานประมาณได้มีการประชุมร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และขอให้มีการจัดทำข้อมูลบุคลากรที่จะถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ว่าเป็นข้าราชการจำนวนเท่าใด พนักงานราชการและลูกจ้างจำนวนเท่าใด รวมทั้งการจ้างบุคลากรดังกล่าวใช้งบประมาณในส่วนใด โดยให้จัดทำข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อสำนักงานประมาณจะได้นำข้อมูลมาพิจารณาประกอบการจัดสรรงบประมาณ

ทั้งนี้ คณะทำงานที่สำนักงานประมาณแต่งตั้งขึ้นเพื่อพิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังหน่วยงานดังกล่าว ประกอบด้วย ผู้แทนสำนักงานประมาณ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และผู้แทนคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้ (๑) พิจารณาทบทวนหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (๒) พิจารณารายละเอียดและความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายต่อหน่วยในการดำเนินงานของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (๓) กำหนดหลักเกณฑ์เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ

การให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (๔) การเชิญบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลที่จำเป็น และ (๕) จัดทำรายงานเพื่อให้ทันต่อการเสนองบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

นอกจากนี้ คณะทำงานดังกล่าวยังได้มีการพิจารณาศึกษาประเด็นเกี่ยวกับแนวทางการจัดสรรงบประมาณในระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าวเสร็จสิ้นแล้ว

(๔) การพิจารณานำแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้กับสถานีนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีการถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มาปรับใช้ในการจัดสรรงบประมาณให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่รับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงบประมาณได้ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องติดตามและประเมินผลการถ่ายโอนสถานีนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทั้ง ๗๓ แห่ง เพื่อถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานที่สำนักงบประมาณตั้งขึ้นมาดำเนินการในเรื่องดังกล่าว ขณะนี้จึงยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน

๔) นโยบายและการดำเนินการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

(๑) การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. ให้แก่ อบจ. มีส่วนราชการและหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง คือ สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงาน ก.ก.ถ.) ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงบประมาณ กรมบัญชีกลาง และ อบจ. ที่มีความประสงค์ขอรับการถ่ายโอน สอน./รพ.สต.

(๒) บทบาทหน้าที่ในส่วนที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ

(๒.๑) กลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

กลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจสอน./รพ.สต.ให้แก่ อบจ. จะดำเนินการผ่านกลไกระดับชาติและระดับพื้นที่ คือ

- กลไกส่งเสริมและสนับสนุนในระดับชาติ คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.) มีหน้าที่และอำนาจบริหารจัดการด้านการถ่ายโอนภารกิจ บุคลากร งบประมาณ และทรัพย์สินตามที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) (ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นอนุกรรมการ)

- กลไกส่งเสริมและสนับสนุนในระดับพื้นที่ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ของ อบจ. มีหน้าที่และอำนาจกำหนดนโยบายกำกับดูแลและพัฒนางานด้านสาธารณสุขของ อบจ. ที่ได้รับการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) (ผู้แทนสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต ซึ่ง อบจ. แห่งนั้นตั้งอยู่ เป็นคณะกรรมการ)

(๒.๒) การดำเนินการก่อนการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

การเตรียมความพร้อมในการบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สอน./ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ดังนี้

- ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันพิจารณากำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (Standard Operating Procedures: SOP) และดำเนินการซักซ้อมความเข้าใจให้แก่หน่วยบริการประจำแม่ข่ายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิยึดถือปฏิบัติในการจัดสรรงบประมาณและการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ และบุคลากรให้แก่ สอน./ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. โดยต้องไม่แตกต่างจากแนวทางการจัดสรรงบประมาณและการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ และบุคลากรก่อนการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และต้องมีความเสมอภาคและความเท่าเทียมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ

(๒.๓) การดำเนินการภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

การดำเนินการด้านงบประมาณ การเงิน และบัญชี โดยให้ สอน./รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. มีแหล่งรายได้ ดังนี้

- รายได้จากหน่วยบริการประจำแม่ข่ายที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหน่วยบริการประจำแม่ข่ายจะจัดสรรให้ตามหลักเกณฑ์ที่แต่ละเครือข่ายได้ทำข้อตกลงกำหนดไว้ โดยต้องไม่แตกต่างจากแนวทางการจัดสรรงบประมาณก่อนการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. และต้องมีความเสมอภาคและความเท่าเทียมกับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- งบประมาณรายจ่ายประจำปีตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง (โดยเป็นงบอุดหนุนค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง งบดำเนินการ (เงินบำรุง)

- งบประมาณจาก อบจ. และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อื่น

- ให้สำนักงานงบประมาณ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด (สถ.) และ ก.ก.ถ. จัดสรรงบประมาณให้แก่ สอน./รพ. สต. S จำนวน ๑ ล้านบาท / M จำนวน ๑.๕ ล้านบาท / L จำนวน ๒ ล้านบาท

การเตรียมการเพื่อรองรับการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

(๑) แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอการบริหารจัดการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามนโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ทั้งนี้ คณะทำงานที่จัดตั้งขึ้นได้มีทำข้อเสนอแนวทางการจัดสรรงบประมาณ คือ

(๑.๑) จัดสรรงบประมาณผ่านหน่วยงานประจำ ซึ่งเป็นรูปแบบที่ดำเนินการอยู่ปัจจุบัน คือ จัดสรรผ่าน รพช. ไปยัง รพ.สต. ที่รับการถ่ายโอน หรือโอนงบประมาณตรงให้แก่ รพ.สต. ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงกับหน่วยงานประจำ ตามแนวทางการถ่ายโอน คือ ต้องมีการตกลงกันให้เรียบร้อยก่อน

(๑.๒) มอบ สปสช. ประสานสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อจัดหานักวิชาการมาทำการศึกษาพัฒนาระบบการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการจัดสรรงบประมาณให้แก่ รพ.สต.

(๒) เตรียมการรองรับหากมีความจำเป็นต้องขึ้นทะเบียน สอน./รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ.

การจัดสรรงบประมาณให้แก่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

การจัดสรรงบประมาณไปยัง รพ.สต. ที่รับการถ่ายโอนต้องเป็น รพ.สต. ที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการขึ้นทะเบียนดังกล่าวมี ๒ แบบ คือ ขึ้นเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายภายใต้หน่วยบริการประจำ หรือขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำก็ได้ ซึ่ง อบจ. จะทำความเข้าใจว่า จะรับโอนไปในรูปแบบใด ทั้งนี้ การขึ้นทะเบียนดังกล่าว สปสช. ต้องทำการประเมินศักยภาพว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่ สปสช. กำหนดหรือไม่

สปสช. มีหน้าที่จัดสรรงบประมาณตามคู่มือแนวทางที่กำหนดให้จัดสรรงบประมาณที่ไม่แตกต่างไปจากเดิม และขึ้นอยู่กับข้อตกลงกับพื้นที่ซึ่งเป็นไป ๒ แนวทาง คือ

(๑) จัดสรรตามรูปแบบเดิม คือ จัดสรรงบประมาณผ่านโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการประจำ และจัดสรรต่อให้กับ รพ.สต. ที่รับการถ่ายโอน

(๒) จัดสรรตามข้อตกลง ถ้า อบจ. พื้นที่หารือกับ รพช. และตกลงกันว่า ให้ สปสช. โอนตรงให้แก่ รพ.สต. ที่รับการถ่ายโอน

วิธีการคำนวณงบประมาณขาขึ้นของ สปสช. เช่น เงินเดือน สิทธิประโยชน์อื่น

การถ่ายโอน รพ.สต. ไม่มีผลที่จะทำให้เปลี่ยนแปลงงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเท่าเดิม ส่วนเงินเดือนเป็นไปตามวิธีการที่สำนักงานงบประมาณดำเนินการ ดังนั้น งบประมาณการค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จึงไม่แตกต่างไปจากเดิม แต่ภายหลังปี ๒๕๖๖ ต้องมีการหารือกับสำนักงานงบประมาณเกี่ยวกับการหักเงินเดือนอีกครั้ง

๒.๒ กลไกการบริหารงานบุคคล**๑) นโยบายและการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข**

การประชุมคณะอนุกรรมการบริหารการถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ มีมติว่า จังหวัดที่จะรับการถ่ายโอน และ รพ.สต. ที่มีความพร้อมจะถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นผู้กำหนด และให้บุคลากรที่ประสงค์จะถ่ายโอนลงชื่อที่ อบจ.

บุคลากรไม่ประสงค์จะถ่ายโอนไป อบจ. ซึ่งได้มีการแจ้งสำรวจ เมื่อต้นเดือนธันวาคม ๒๕๖๔ ที่ผ่านมามีประสงค์จะให้ตัดเลขที่ตำแหน่งไปทำงานที่ใด เนื่องจากเมื่อมีการถ่ายโอนไปจะไม่มีตำแหน่งในพื้นที่ และจะเกลี้ยบุคลากรไปลงในกรอบตำแหน่งที่ยังว่างอยู่ในโรงพยาบาลอื่น

ผู้ที่ยังไม่ประสงค์จะโอน สามารถโอนชื่อช่วยราชการไปพลางก่อนได้เป็นเวลา ๑ - ๒ ปี เมื่อตัดสินใจได้แล้วจึงย้ายโอนได้ เพื่อลดผลกระทบจากการถ่ายโอนให้มากที่สุด

คณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีมติครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ว่า บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ประสงค์จะถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะต้องยื่นเรื่องต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด ภายในวันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๔ และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะแจ้งรายชื่อมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ให้ทราบ จากนั้น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะได้มีหนังสือสำรวจบุคลากรที่ไม่ประสงค์จะถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ว่า บุคลากรดังกล่าวประสงค์จะไปปฏิบัติงานที่ใด เพื่อกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเกลี้ยอัตรากำลังตามที่ ก.พ. กำหนด

เมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ จากการประชุมคณะกรรมการบุคคลที่อยู่ภายใต้คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อมูลว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ประสงค์ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน ๓,๓๖๔ แห่ง และบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอน จำนวน ๒๑,๙๙๓ คน และบุคลากรที่ไม่ประสงค์ถ่ายโอนประมาณ ๕,๘๐๐ คน ส่วนบุคลากรที่เปลี่ยนใจไม่ขอถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ประมาณ ๗๘ คน ซึ่งการประชุมหารือของคณะกรรมการบุคคลดังกล่าวได้กำหนดให้นำข้อมูล ณ วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นหลักในการดำเนินการถ่ายโอน ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขมีความกังวลว่า บุคลากรที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีการโอนค่าใช้จ่ายบุคลากรไปครบหรือไม่ เนื่องจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ไม่มีข้อมูลตัวเลขดังกล่าว หากไม่มีการโอนค่าใช้จ่ายบุคลากรไปด้วยอาจส่งผลกระทบต่อบุคลากรดังกล่าว

หลักเกณฑ์และวิธีการในการรับโอนบุคลากรที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด และยื่นคำขอกลับมาปฏิบัติงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการขอโอนกลับมายังกระทรวงสาธารณสุขในส่วนของบุคลากรที่ยื่นความประสงค์ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) แล้วเปลี่ยนใจไม่ขอถ่ายโอนให้ยื่นอุทธรณ์ต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อขอย้ายกลับมายังกระทรวงสาธารณสุขต่อไป แต่ทั้งนี้ ยังเกิดปัญหาเรื่องตำแหน่งว่างในแต่ละปี ซึ่งการขอโอนกลับจำนวนมากอาจไม่สามารถบริหารจัดการได้ เนื่องจากปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจะรับโอนกลับเมื่อมีตำแหน่งว่างและมีภาระงานให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งนั้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ชี้แจงกับบุคลากรที่ประสงค์โอนย้ายไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)แล้วว่า ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีตำแหน่งว่าง และการขอโอนกลับมายังกระทรวงเป็นเรื่องที่ดำเนินการได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากลูกจ้างกระทรวงสาธารณสุขที่รอการบรรจุยังคงมีจำนวนมาก

บุคลากรที่ประสงค์โอนย้ายไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เมื่อแจ้งรายชื่อแล้ว องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะต้องส่งรายชื่อมายังกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของ อ.ก.พ. กระทรวง หากยังไม่ได้รับการอนุมัติจาก อ.ก.พ. กระทรวง บุคลากรดังกล่าวยังไม่สามารถโอนย้ายไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ได้ เมื่อเปลี่ยนใจไม่ขอถ่ายโอนให้ยื่นอุทธรณ์ต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และกระทรวงสาธารณสุขจะนำข้อมูลมาประกอบการจัดทำค่าของบประมาณ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการจัดทำค่าของบประมาณดังกล่าว

ทั้งนี้ รายชื่อบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน ๒๑,๙๙๓ คน ยังไม่ผ่านการอนุมัติจาก อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขแต่อย่างใด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นการสำรวจขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เท่านั้น กระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้รับข้อมูลดังกล่าว หากกระทรวงได้รับข้อมูลแล้วจะต้องนำมาดำเนินการตามกระบวนการขั้นตอนของกระทรวงต่อไป

ประเด็นการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. อสม. และประชาชน หรือโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เมื่อ รพ.สต. โอนย้ายภารกิจไปยัง อบจ.

ตามมติของคณะอนุกรรมการถ่ายโอนฯ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดแนวทางในการดำเนินการ ดังนี้

(๑) **ด้านบุคลากร** ได้กำหนดให้บุคลากรแจ้งความประสงค์ว่า มีความพร้อมถ่ายโอนไปยัง อบจ. หรือไม่ หากบุคคลดังกล่าวมีความพร้อมที่จะโอนย้ายไปยัง อบจ. ให้แจ้งรายชื่อไว้เพื่อเป็นข้อมูล สำหรับการโอนย้าย และหากยังไม่ประสงค์ที่จะโอนย้ายก็ให้แจ้งรายชื่อไว้ เพื่อประกอบการพิจารณาต่อไป สำหรับการพิจารณาในเรื่องบุคลากรที่จะถ่ายโอน จะเป็นการพิจารณาร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด (สสจ.) ในพื้นที่ ร่วมกับเขตสุขภาพในพื้นที่เกี่ยวกับการจัดสรรบุคลากรในพื้นที่หรือตำแหน่งต่าง ๆ ส่วนผู้ที่ยังไม่ประสงค์จะโอนย้ายตามคู่มือแนวทางสามารถทดลองงานที่ อบจ. ก่อนได้

การดำเนินการด้านบุคลากรและความก้าวหน้าของบุคลากรภายหลังจากโอนย้ายไปยังท้องถิ่นแล้วนั้น ได้มีการกำหนดประเด็นและแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวไว้แล้ว คือ การทดลองทำงานร่วมกับ อบจ. ก่อน โดยจะเป็นการดำเนินการในลักษณะช่วยราชการก่อน ทั้งนี้ ได้กำหนดระยะเวลาการทดลองปฏิบัติงานไว้ ๑ ปี และสามารถขยายเวลาการทดลองปฏิบัติงานได้อีกครั้งละ ๖ เดือน หากไม่พึงพอใจ ก็สามารถกลับมาปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขได้

การสำรวจเฉพาะบุคลากรที่ไม่ประสงค์จะถ่ายโอน และเตรียมการเฉพาะในส่วนของบุคลากรที่ไม่ประสงค์ถ่ายโอน เนื่องจากต้องมีการกระจายบุคคลเหล่านี้ไปยังหน่วยบริการอื่นในจังหวัดนั้น ๆ มีการขออนุมัติกรอบอัตรากำลัง โดยให้บุคคลนั้นเลือกว่าประสงค์จะทำงานแห่งใดภายในจังหวัดที่ปฏิบัติงานอยู่ เพื่อให้บุคลากรได้รับผลกระทบจากการถ่ายโอนน้อยที่สุด จากนั้น จะมีการตั้งคณะทำงานร่วมกับกรมส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อดูแลกลุ่มบุคลากรที่ประสงค์จะถ่ายโอน ซึ่งมีประเด็นพิจารณา คือ

- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจะตรวจสอบรายชื่อเฉพาะบุคลากรที่เป็นข้าราชการเท่านั้น ซึ่งคู่มือการถ่ายโอนจะกำหนดขนาดของการถ่ายโอนไว้ ๓ ขนาด คือ ขนาดเล็ก S, ขนาดกลาง M และ ขนาดใหญ่ L ทั้งนี้ ในกรอบนั้นจะมีข้าราชการอยู่ไม่เกิน ๓ - ๕ คน ที่เหลือจะเป็นการจ้างงานประเภทอื่น ซึ่งในส่วนนี้ยังไม่มี ความชัดเจนของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเข้าใจว่า เป็นอำนาจของ อบจ. แต่แต่ละจังหวัดที่อาจจะต้องมีการเปิดรับ หรือวิธีการใดวิธีการหนึ่งเพื่อให้สามารถบรรจุให้ครบตามกรอบอัตรากำลังที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ทั้งนี้ หาก อบจ. ยังไม่มีความพร้อม หรือเปิดรับสมัครใหม่ไม่ว่าด้วยวิธีใดก็ตาม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีข้อกังวลเกี่ยวกับการจัดบริการ ในเรื่องของทักษะ ความชำนาญ ความสามารถในการให้บริการ เนื่องจากเป็นวิชาชีพในด้านต่าง ๆ เช่น พยาบาล แพทย์แผนไทย

- ชุดสิทธิประโยชน์ที่ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขได้รับอยู่ มีระเบียบหลายฉบับที่กระทรวงมหาดไทยยังไม่ได้ออกมาเพื่อรองรับค่าตอบแทน และสิทธิประโยชน์ที่ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขเคยได้รับในการปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ซึ่งกระทรวงมหาดไทยต้องออกระเบียบรองรับเพื่อตัดยอดจากเงินบำรุงเพื่อให้สามารถจ่ายได้

ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการอำนวยการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด ได้อนุญาตให้กระทรวงสาธารณสุขทำการสำรวจบุคลากรที่ประสงค์จะถ่ายโอนเพื่อยืนยันอีกครั้งหนึ่งได้ เพื่อตัดออกจากงบบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

(๒) **อสม.** เป็นบุคลากรที่มีได้อยู่ในสังกัดหน่วยงานใด แต่เป็นผู้มีจิตอาสาที่จะดำเนินการให้บริการด้านสาธารณสุข แม้ว่าจะได้รับเงินค่าตอบแทนจากกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น เมื่อมีการโอนย้าย รพ.สต. ไปยัง อบจ. แล้วยังคงต้องทำงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขยังคงตั้งงบประมาณค่าตอบแทน ให้กับ อสม. เช่นเดิม

ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น คือ ข้อมูลที่ลึกลับของข้อมูลที่สำรวจโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งปรากฏรายชื่อทั้งผู้ประสงค์ถ่ายโอนและไม่ประสงค์ถ่ายโอน ประเด็นพิจารณา คือ การเปลี่ยนใจสามารถดำเนินการได้ถึงเวลาใด อย่างไร ซึ่งจะต้องมีการหารือกันต่อไป เนื่องจากไม่ได้ระบุไว้ในคู่มือการถ่ายโอน

กระบวนการต่อไป ในส่วนที่ไม่มีปัญหา กระทรวงสาธารณสุขจะจัดเตรียมบัญชีรายชื่อ และดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลจนถึงวันที่ ๑ ตุลาคม เพื่อดำเนินการตัดบัญชีรายชื่อ ในวันที่ ๒ ตุลาคม เพื่อถ่ายโอนไปยัง อบจ.

๒) นโยบายและการดำเนินการของคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แนวทางการกำหนดอัตรากำลังบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

ตามแนวทางการกำหนดอัตรากำลังบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) กำหนดว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาดเล็กที่ดูแลประชาชนไม่เกิน ๓,๐๐๐ คน ให้มีอัตราบุคลากร จำนวน ๗ ตำแหน่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาดกลางดูแลประชาชน ๓,๐๐๐ – ๘,๐๐๐ คน ให้มีอัตราบุคลากร จำนวน ๑๒ ตำแหน่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาดใหญ่ที่ดูแลประชาชน ๘,๐๐๐ คนขึ้นไป ให้มีอัตราบุคลากร จำนวน ๑๔ ตำแหน่ง อาทิ เดิมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาดเล็กมีอัตรากำลังคน ๕ อัตรา และประสงค์ถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทั้งหมด ตามกรอบอัตรากำลังที่คณะทำงานกำหนดเป็นแนวทางไว้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาดเล็กมีกรอบอัตรากำลังคน จำนวน ๗ อัตรา ทำให้คงเหลืออัตรากำลังคนว่าง อีก ๒ อัตรา ดังนั้น แนวทางดังกล่าวได้กำหนดให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการสรรหา การเปิดรับโอนบุคลากร หรือให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีอยู่เดิมมาช่วยราชการ เมื่อครบกำหนดช่วยราชการแล้วบุคลากรนั้นไม่ต้องการถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการสรรหาบุคลากรในตำแหน่งดังกล่าวต่อไป ทั้งนี้ ในวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๔ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีการเปิดสอบตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อรองรับกรอบอัตรากำลังตามแนวทางดังกล่าว

การกำหนดระยะเวลาการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) กรณีการสมัครใจ และกรณีการบังคับถ่ายโอน

การบังคับถ่ายโอน เป็นการบังคับหน่วยงาน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

การสมัครใจ เป็นกรณีสำหรับบุคลากรที่สมัครใจโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หากไม่สมัครใจกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้บริหารจัดการบุคลากรดังกล่าวต่อไป

ภารกิจการถ่ายโอนดังกล่าวนี้ได้อำนาจไว้ว่า “งานไป เงินไป บุคลากรสมัครใจ” พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ไม่ได้กำหนดชัดเจนว่า จะต้องมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ภายในระยะเวลาเท่าใด เป็นเพียงเป้าหมาย ที่คณะทำงานภายใต้คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดเป้าหมายไว้ว่า ประมาณ ๓ – ๕ ปี ให้มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทั้งหมด แต่ทั้งนี้ ต้องมีการประเมินการถ่ายโอนในรอบแรกก่อนว่า การถ่ายโอนเกิดประสิทธิภาพ บุคลากรมีความสุขในการปฏิบัติงาน และประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร จากนั้น จึงประเมินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่วนที่เหลือต่อไป

๓) นโยบายและการดำเนินการของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)

(๑) การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน ๓,๓๖๔ แห่ง จะดำเนินการโดยใช้หลักเกณฑ์และวิธีการเดียวกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน ๗๓ แห่ง โดยกระทรวงสาธารณสุขจะสำรวจรายชื่อบุคลากรที่มีความประสงค์จะถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งมี

จำนวน ๒๑,๙๙๓ คน กระทรวงสาธารณสุขจะนำเลขที่ตำแหน่งของบุคลากรที่ประสงค์จะถ่ายโอนไป องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เสนอต่อ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำการตัดตำแหน่งดังกล่าว และถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ส่วนบุคลากรที่เปลี่ยนใจหลังจากยื่นความประสงค์ ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะมีหลักเกณฑ์ในการขอโอนย้ายกลับตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ ส่วนการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน ๗๓ แห่งนั้น มีบุคลากรบางส่วนขอโอนย้ายกลับมายังกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์การขอโอนย้ายปกติตามที่ ก.พ. กำหนดเช่นกัน

(๒) หลักเกณฑ์และวิธีการในการรับโอนบุคลากรที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และการยื่นคำขอกลับมาปฏิบัติงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

กรณีบุคลากรที่ขอโอนย้ายกลับมายังกระทรวงสาธารณสุขต้องมีการพิจารณาตำแหน่งว่างที่จะรองรับบุคลากรดังกล่าว ซึ่งในแต่ละปีกระทรวงสาธารณสุขจะมีตำแหน่งว่าง ทั่วประเทศประมาณ ๗,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐ ตำแหน่ง หากจำนวนผู้ที่ประสงค์จะขอโอนกลับมายังกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนไม่เกิน อัตราตำแหน่งที่ว่าง กระทรวงสาธารณสุขก็สามารถบริหารจัดการได้

๒.๓ กลไกการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการ

๑) นโยบายและการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข

การถ่ายโอนครั้งนี้มีกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้อง คือ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ **ข้อกังวลในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒** คือ

(๑) หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนแล้ว ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวนทั้งสิ้น ๒,๘๙๓ ทีม ซึ่งได้ให้บริการและจัดบริการ รวมถึงควบคุมคุณภาพ ติดตาม ประเมินผล กรณีที่มีการถ่ายโอนแล้ว สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิได้มีการสำรวจรวบรวมข้อมูลว่า รพ.สต. ที่จะถ่ายโอนครั้งนี้มีส่วนใดที่อยู่กลุ่มที่ขึ้นทะเบียนแล้ว คือ รพ.สต. ที่ขึ้นทะเบียนแล้วถ่ายโอนไปทั้งหมด และ รพ.สต. บางแห่งขึ้นทะเบียน บางแห่งยังไม่ขึ้นทะเบียนแล้วถ่ายโอน

ประเด็นมาตรา ๑๗ ที่กำหนดให้สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นหน่วยขึ้นทะเบียนหน่วยปฐมภูมิ โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้วจะยกเลิก หรือมีวิธีการใดที่ทำให้มีผู้รับผิดชอบหน่วยปฐมภูมิตามพระราชบัญญัตินี้ และเมื่อบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิเปลี่ยนแปลงไปผู้ใดจะเป็นผู้รับผิดชอบ

(๒) อำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามมาตรา ๑๐ เช่น (๑) เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบสุขภาพปฐมภูมิ ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปปฏิบัติ และ (๔) ให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษาต่อรัฐมนตรี หน่วยงานของรัฐ และพนักงานเจ้าหน้าที่ ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ คณะกรรมการจะดำเนินการอย่างไร

ทั้งนี้ การเตรียมการในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขเพื่อถ่ายโอนสถานีนอนมัย และ รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีความเชื่อมโยงสำคัญ โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับเรื่อง “งาน” โดยกฎหมายที่เกี่ยวข้อง คือ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ แม้ในมาตรา ๕ ของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔)

พ.ศ. ๒๕๕๙ ผ่อนปรนให้ส่วนราชการสามารถเปิดสถานพยาบาลได้ แต่ทั้งนี้ต้องได้มาตรฐานของสถานพยาบาล พยาบาลในสถานพยาบาลจะทำการพยาบาลได้เมื่อแพทย์สั่งเท่านั้น ที่ผ่านมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำข้อตกลง (MOU) กับท้องถิ่นต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากเกิดความผิดพลาดในการดูแลรักษาขึ้นจะมีความผิดทางอาญา จึงเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาว่า เมื่อมีการรับโอนไปแล้ว แต่โอนไปไม่ครบทุกตำแหน่ง การดูแลผู้ป่วยจะดำเนินการอย่างไร ซึ่งหากแก้ไขปัญหานี้ได้ โดย อบจ. สามารถบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคลได้ก็จะสามารถแก้ปัญหานี้ได้

ข้อกังวลด้านการจัดเจ้าหน้าที่พยาบาลเมื่อมีการแพร่ระบาดของโรค เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในกรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุขได้มีการระดมและจัดเจ้าหน้าที่พยาบาลในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อช่วยควบคุมและดูแลรักษาผู้ป่วยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่เมื่อมีการถ่ายโอนอาจประสบปัญหาในการระดมบุคลากรไปช่วยเหลือในพื้นที่ที่มีปัญหาการแพร่ระบาดได้

ประเด็นการส่งต่อผู้ป่วย

ระบบบริการสาธารณสุข จะต้องให้บริการได้ดั้งเดิมหรือดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งภารกิจดังกล่าวจะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ คณะกรรมการนโยบายบริหารสถานบริการสาธารณสุข ที่จะกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการให้บริการด้านสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ให้มีความเหมาะสม ส่วนการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดนโยบายการดำเนินการในภาพรวม

๒) นโยบายและการดำเนินการของคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๑) เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบต. แล้ว เพื่อให้เกิดมาตรฐานและระบบประกันคุณภาพการบริการสาธารณสุขเป็นไปตามกฎหมายระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งภารกิจดังกล่าวเป็นหน้าที่ของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง คือ กระทรวงสาธารณสุข อาจต้องจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานให้แก่ อบจ. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ รวมทั้งกำหนดคู่มือการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

(๒) การตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่และจัดทำแผนสุขภาพระดับพื้นที่ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นควรเป็นผู้ชักชวนความเข้าใจให้แก่ อบจ. ในการดำเนินการ ทั้งนี้ แผนพัฒนาสุขภาพในพื้นที่กำหนดยุทธศาสตร์ครอบคลุมการบริการสาธารณสุขทุกด้าน อาทิ สาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมโรคติดต่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การแพทย์แผนไทย การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการส่งต่อ รวมทั้งการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่ง อบจ. จะต้องดำเนินการต่อไป

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) กำหนดไว้ว่า ภายหลังจากถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มาয়งองค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) แล้ว หากขัดต่อระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งของส่วนราชการใดให้ส่วนราชการนั้นแก้ไข ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งให้ถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการดังกล่าวต่อไปได้ และหากการแก้ไขระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งดังกล่าวยังไม่แล้วเสร็จก่อนการถ่ายโอน ภายหลังจากที่มีการถ่ายโอนแล้วให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดำเนินการไปพลางก่อนจนกว่าจะแก้ไข ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งนั้นแล้วเสร็จ ทั้งนี้ ก่อนที่จะมีการประกาศหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนดังกล่าว คณะทำงานได้พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์ผลกระทบต่าง ๆ อย่างรอบด้าน โดยคำนึงถึงประชาชนเป็นลำดับแรก คือ ประชาชนต้องได้รับบริการที่ดีขึ้นหรือมากขึ้นเท่าที่จะดำเนินการได้ รองลงมาผู้ปฏิบัติหรือผู้ให้บริการต้องทำงานด้วยความสุข มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ

๓) นโยบายและการดำเนินการของกระทรวงมหาดไทย

เป้าหมายการบริการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. เพื่อพัฒนาระบบปฐมภูมิสำหรับประชาชนในพื้นที่ โดยมุ่งหวังให้เข้าถึงบริการได้ง่ายมีบริการที่เหมาะสม ตอบโจทย์ความจำเป็นทางด้านสาธารณสุข เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในท้องถิ่น คือ ความสุขที่สมบูรณ์และสมดุล ประเด็นสำคัญของการพัฒนา คือ

(๑) เพิ่มศักยภาพบริการ (รพ.สต.) ให้มีคุณภาพและมาตรฐาน การเพิ่มศักยภาพมาตรฐานสำหรับ รพ.สต. ปรับระดับขึ้นกับบริบท โดยที่มาตรฐานขั้นต่ำกำหนดให้มีบุคลากรที่ครบถ้วน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ทันตภิบาล นักทันตสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด เป็นต้น และในบริบทพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น หรือมีความจำเป็นด้านสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อน เป็นพื้นที่ที่เหมาะสมแก่การพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. ให้มีขีดความสามารถสูงขึ้น โดยจัดให้มีบุคลากรสายวิชาชีพอื่น ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร เป็นวิชาชีพทางสาธารณสุขที่เข้ามาหนุนเสริม

นอกเหนือจากการพัฒนาในด้านบุคลากรแล้ว การจะสร้างให้ รพ.สต. มีคุณภาพ และศักยภาพที่สูงขึ้น จำเป็นต้องจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม มีระบบการตรวจขั้นสูงตรวจวินิจฉัย (Investigation) เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ปอด อัลตราซาวด์ เป็นต้น เพื่อให้บุคลากรสามารถจัดบริการ เพื่อรองรับความต้องการของประชาชนได้

(๒) พัฒนาและยกระดับรูปแบบการดูแลโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง จุดมุ่งหมายของการพัฒนาและยกระดับรูปแบบนี้ เพื่อให้ได้บริการที่เหมาะสมกับสถานการณ์สุขภาพและวิถีชีวิตของประชาชน สร้างการดูแลที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลในระดับอำเภออย่างครบวงจรตั้งแต่การควบคุมป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟู ความเป็นองค์กรที่อยู่ในท้องถิ่นมีความเชี่ยวชาญในการดูแลคุณภาพชีวิต เอื้อต่อการบูรณาการร่วมกับภาคีต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน

การพัฒนาและยกระดับรูปแบบจะเริ่มต้นจากแผนการจัดระบบบริการ เป็นชุดบริการที่จำเป็น (Essential Health Packages) โดยมุ่งเน้นตามประเด็นสำคัญต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการจัดบริการดูแลรักษาโรคทั่วไปและการจัดชุดบริการต่าง ๆ ได้แก่ ชุดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD Packages) ชุดบริการสำหรับแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Packages) ชุดบริการป้องกันโรคเบาหวานและความดัน (Pre – DM/Per – HT Packages) ชุดบริการสำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ภาวะถดถอยจนถึงภาวะพึ่งพิง (Aging Health Packages) เป็นต้น ซึ่งการจัดชุดบริการต่าง ๆ จะพิจารณาตามความเหมาะสมสำหรับบริบทพื้นที่

แนวทางการจัดการของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เพื่อให้เกิดรูปแบบที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People Center Care) ซึ่งจะช่วยให้ระบบสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่สามารถตอบสนองกับวิถีชีวิตของประชาชนได้จริง รวมถึงเกิดการบริการที่ครอบคลุมทุกมิติ คือ

(๑) การทำแผนและโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลทุกกลุ่มในทุกวัย ก่อนเกิดจนเสียชีวิต (จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน) มีดังนี้

(๑.๑) การจัดบริการฝากครรภ์และโปรแกรมเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นพ่อแม่คุณภาพ สำหรับเด็ก

(๑.๒) การจัดกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการสำหรับเด็ก

(๑.๓) การดูแลภาวะขาดสารอาหารและส่งเสริมโภชนาการ

(๑.๔) การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย สมอง และจิตใจ

(๑.๕) การจัดการฉีดวัคซีนในทุกกลุ่มวัย จัดคลินิกสุขภาพใจวัยรุ่น

(๑.๖) การส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตเวชของทุกกลุ่มวัย

(๒) การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งการจัดการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยง การดูแลรักษาในกลุ่มที่เป็นโรค รวมถึงการจัดการปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการควบคุมโรค

(๓) จัดการสุขภาพวัยทำงาน เพื่อเฝ้าระวัง NCD

(๔) การจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมุ่งเน้นทั้งในเชิงคุณภาพและความครอบคลุม

(๕) การป้องกันและควบคุมโรคระบาดทั้งโรคประจำถิ่นและโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคโควิด ๑๙ โรคไข้เลือดออก เป็นต้น

(๖) จัดให้มีระบบหมอหรือทีมสุขภาพประจำตัว เพื่อเป็นที่พึ่งในด้านสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน ในพื้นที่รับผิดชอบและสร้างการมีส่วนร่วมเชื่อมโยงเครือข่ายในพื้นที่เพื่อดูแลคุณภาพชีวิต

(๗) บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

(๘) คุ้มครองผู้บริโภคร

การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีหลักยึดที่สำคัญ คือ การนำความเชี่ยวชาญในการดูแลชุมชนของท้องถิ่นผนวกกับความเชี่ยวชาญการดูแลสุขภาพและเชื่อมโยงกับการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในพื้นที่จะทำให้เกิดการทำงานทั้งเชิงรับและเชิงรุกดูแลทั้งรายบุคคลและกลุ่มประชากร รวมถึงการจัดการปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ (Determinant of Health) โดยการทำงานบูรณาการกับภาคีต่าง ๆ และเป็นการทำงานนำทรัพยากรในท้องถิ่นมาร่วมสร้างสรรคความเข้มแข็งและความยั่งยืนให้กับชุมชน เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในท้องถิ่น

๔) นโยบายและการดำเนินการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

การบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดการบริการปฐมภูมิ

- ให้ สอน./ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. มีหน้าที่และอำนาจในการจัดให้บริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุม ๕ มิติ คือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค

- อบจ. อาจใช้กลไกและแนวทางการประสานแผนพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ของกระทรวงมหาดไทย และ/หรือ แนวทางการทำความตกลงร่วมมือกันจัดทำบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ของ ก.ก.ถ. โดยอนุโลม เพื่อบูรณาการโครงการและกิจกรรมตามแผนสุขภาพชุมชนของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่/ตำบลในสังกัดเทศบาลและ อบต. โดยอาจพิจารณาจัดสรรงบประมาณ เพื่อสมทบงบประมาณที่กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับพื้นที่/ตำบลจัดสรรให้แก่โครงการและกิจกรรมนั้น โดยคำนึงถึงสถานภาพทางการเงิน การคลังของ อบจ. และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อประชาชนเป็นหลัก

- ให้ทุก สอน./ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการกับ สปสช. ทั้งในฐานะหน่วยบริการหรือในฐานะเครือข่ายหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต้องดำเนินการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และกรอบระยะเวลาของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

- ให้ อบจ. ทุกแห่งที่ได้รับการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. พิจารณาจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการของ สปสช. และพิจารณาจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่

ตามแนวทางของ สพฉ. ให้ กสพ. พิจารณากำหนดแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ช่วยผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนภายใน ๒ ปี นับตั้งแต่อบจ.ได้รับการถ่ายโอน สอน./รพ.สต.

ประเด็นความเชื่อมโยงกับหน่วยบริการประจำหรือการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ
การถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. มิได้หมายความว่า จะแยกออกไปและไม่ได้เป็นเครือข่ายปฐมภูมิภายใต้ รพช. หาก รพช. ยังรับ รพ.สต. ไว้เป็นเครือข่าย แม้สังกัด จะอยู่แห่งใด แต่ความเป็นเครือข่ายยังคงอยู่ ครอบคลุมที่กระทรวงสาธารณสุข รพช. ยังรับ รพ.สต. อยู่ในเครือข่าย

สำหรับประชาชนซึ่งเป็นผู้เลือกหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และรับส่งต่อส่วนใหญ่เมื่อเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิจะได้หน่วยบริการประจำ และรับส่งต่อไปโดยปริยาย แต่ที่ผ่านมาในต่างจังหวัดเป็นการจัดสรรจะอยู่ในหลักใกล้บ้านใกล้ใจเมื่อย้ายถิ่นฐานหรือเคลื่อนย้ายที่อยู่อาศัยจึงมีสิทธิย้ายหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิได้เป็นสิทธิของประชาชนผู้รับบริการ

ประเด็นการรับรองมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการจัดหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาประจำหน่วยบริการ

การจัดหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาประจำหน่วยบริการเป็นบทบาทของ อบจ. และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง สปสช. จะทำหน้าที่กำกับหน่วยบริการให้ได้คุณภาพมาตรฐาน การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิกับ สปสช. ยังคงมีอยู่ และยังคงมีการตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐาน แต่หน่วยบริการของรัฐบางแห่งมีข้อจำกัดอาจทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ แต่เป็นการผ่านเกณฑ์โดยอนุโลม

ทั้งนี้ การจัดสรรงบประมาณสามารถจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยงานทุกระดับขึ้นอยู่กับคณะกรรมการ สปสช. พิจารณา

ส่วนที่ ๓

สรุปผลการพิจารณาศึกษา และข้อเสนอการถ่ายโอนภารกิจ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

การพิจารณาศึกษาประเด็นการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พบปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อการจัดและให้บริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน เช่น ปัจจัยด้านการบริหารจัดการงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเฉพาะด้านการรับส่งต่อผู้ป่วย ปัจจัยด้านงบประมาณ ปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านการสนับสนุนทรัพยากรด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการสื่อสารข้อมูลที่ไม่ทั่วถึง และการไม่มีข้อมูลสนับสนุนที่เพียงพอเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายที่เกิดขึ้นอย่างกระชั้นชิด ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่นำไปสู่การพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทยให้เป็นไปอย่างมั่นคง และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริง จึงควรมีการพิจารณาศึกษาอย่างครอบคลุมในทุกด้าน ซึ่งจากผลการพิจารณาศึกษาคณะกรรมาธิการมีข้อสังเกตและข้อเสนอต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดังนี้

๓.๑ ข้อสังเกตต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)**ข้อสังเกตเชิงนโยบาย**

๑) การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ของประชาชนเป็นลำดับแรกและคำนึงถึงกฎหมายเป็นองค์ประกอบลำดับรอง หากนำหลักการดังกล่าวมาใช้ ประกอบกับการพิจารณาภารกิจต่าง ๆ ที่มีความเหมาะสมในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยผ่านการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล โดยยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก ดังนั้น จึงมีความแตกต่างกันในลำดับความสำคัญของภารกิจต่าง ๆ ที่จะถ่ายโอนไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เนื่องจากเนื้องานภารกิจบางเรื่องเมื่อมีการถ่ายโอนไปแล้ว ภารกิจชัดเจนขึ้น การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น ส่วนภารกิจบางอย่างเมื่อมีการถ่ายโอนไปแล้วประโยชน์ไม่ได้เพิ่มขึ้นกว่าการอยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และแม้ภารกิจบางอย่างที่คาดว่าเมื่อถ่ายโอนไปน่าจะเกิดประโยชน์น้อยลงหรือมีปัญหาอุปสรรคเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าภารกิจในอดีตที่เห็นว่ามีเหมาะสมที่จะถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แต่เมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป ลักษณะบริบทหลายประการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความเหมาะสมที่จะถ่ายโอนดังกล่าวเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน

เมื่อกล่าวถึงเฉพาะภารกิจด้านสาธารณสุขจะเห็นได้ชัดเจนว่า โดยเนื้องานในอดีตของการทำงานในระดับตำบลที่ผูกพันใกล้ชิดกับพื้นที่ คือ สถานีอนามัย จึงมีความน่าสนใจว่า หากมีการถ่ายโอนงานในลักษณะที่เน้นการส่งเสริมป้องกันสุขภาพและการเยี่ยมประชาชนมากกว่าการรักษาที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น น่าจะใช้วิธีการถ่ายโอนหรือกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้ แต่เมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไปกว่า ๒๐ ปี ได้มีกฎหมายใหม่ประกาศใช้บังคับหลายฉบับ อาทิ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งรัฐธรรมนูญปี ๒๕๖๐ ในหมวดการปฏิรูปประเทศก็มีความชัดเจนว่า ได้ทำให้บริบทสำคัญเรื่องภารกิจสาธารณสุขที่อยู่ในระดับท้องถิ่นที่เคยคิดว่าเหมาะสมกับการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น (อปท.) เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญ การเปลี่ยนแปลงนั้น คือ การนำประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้ง ประกอบกับรัฐธรรมนูญฉบับปฏิรูปประเทศ จึงทำให้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ จำเป็นต้องกลับมาพิจารณาบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปของการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ซึ่งส่งผลกระทบต่อรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติอื่นที่เกี่ยวข้อง

ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบริบทที่แตกต่างไปจากสถานีอนามัยเดิมอย่างมีนัยยะสำคัญ อันส่งผลทำให้ต้องพิจารณาทบทวนว่า การคาดหวังให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนผ่านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คือ การเปลี่ยนจากกระทรวงสาธารณสุขไปอยู่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ใช่หรือไม่ ดังนั้น การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นับตั้งแต่ปี ๒๕๖๕ เป็นต้นไป จำเป็นจะต้องใช้ประโยชน์ของประชาชนและประสิทธิภาพในการดำเนินงานเป็นหลัก และใช้กฎหมายเป็นองค์ประกอบลำดับรอง ซึ่งหมายถึงพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และพิจารณากฎหมายอื่น ที่เกี่ยวข้องประกอบ อาทิ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ รวมทั้งรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ในหมวดว่าด้วยการปฏิรูปประเทศ จึงมีความเหมาะสมที่ควรพิจารณาเรื่องนี้ให้รอบคอบ ไม่ควรเร่งรีบในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เนื่องจากมีข้อมูลหลายเรื่องที่ยังไม่ชัดเจน ทั้งเรื่องงบประมาณ ความพึงพอใจของบุคลากร และประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ

อย่างไรก็ตาม เห็นด้วยกับการไม่ยกเลิกแนวคิดที่จะพิจารณาการถ่ายโอนดังกล่าว แต่ควรชะลอการดำเนินการ และควรมีการนำร่องการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บางส่วน ประมาณ ๒๐๐ - ๕๐๐ แห่ง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนดำเนินการศึกษาวิจัยอย่างเป็นรูปธรรม อาทิ สำนักงบประมาณ สำนักงาน ก.พ. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนรัฐสภา จะทำให้ได้ข้อสรุปว่า ควรถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หรือไม่ อย่างไร เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

๒) การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ไม่ใช่การแสดงความเห็นตามลำพังของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรตั้งแต่ระดับผู้บริหารกระทรวงลงมาที่จะบอกว่า ควรให้มีการถ่ายโอนหรือไม่ ทั้งนี้ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรยึดหลักว่าการถ่ายโอนนั้นไม่ใช่เพราะกฎหมายกำหนดไว้ แต่เพราะทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตระหนักและเชื่อว่า หากมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ประชาชนจะได้ประโยชน์มากขึ้นกว่าการที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หากคนในกระทรวงสาธารณสุขเชื่อเช่นนั้นจริง กระทรวงสาธารณสุขก็เพียงเร่งรัดการดำเนินการในเรื่องดังกล่าวให้มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีอยู่ทั้งหมดไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ขอโอนย้ายไปแล้วเป็นตัวอย่งนำร่อง แต่หากผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขและบุคลากรส่วนใหญ่เห็นว่า เมื่อถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) แล้วเกิดความกังวลหรือไม่มั่นใจว่า ประชาชนจะได้รับประโยชน์สูงสุด จึงควรทำ Sandbox และขอชะลอการถ่ายโอนดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อสรุปจากการทำ Sandbox นั้น ซึ่งไม่ได้เป็นการหักล้างทางกฎหมาย แต่เห็นว่า จิตวิญญาณของคนสาธารณสุข รวมทั้งผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข จะไม่มีบริบทว่า เรื่องนี้กระทรวงไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ บัญญัติให้มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งเห็นว่า ไม่ควรเป็นเช่นนั้น แต่ควรจะสามารถแสดงความคิดเห็นโดยสุจริตใจ มีข้อเสนอแนะของกระทรวงสาธารณสุข แต่เพื่อประโยชน์ของประชาชนอย่างแท้จริง

๓) กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาศึกษาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) อย่างรอบด้าน อาทิ ด้านงบประมาณ การส่งต่อผู้ป่วย การเกิดโรคระบาดใหม่ สิทธิสวัสดิการรักษายาของประชาชน รวมทั้งสร้างความเข้าใจให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและบุคลากรที่จะถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

๔) กระทรวงสาธารณสุขควรแสดงบทบาทที่สำคัญในฐานะหน่วยงานต้นสังกัดเดิมเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น เป็นขวัญและกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และกระทรวงสาธารณสุขควรสร้างความก้าวหน้าให้แก่บุคลากรที่ไม่ประสงค์ย้ายไป อบจ.

๕) กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมสนับสนุนให้ รพ.สต. มีความเข้มแข็งในการสร้างกลไกความร่วมมือในการให้เกิดบริการปฐมภูมิ สามารถรองรับการใช้งบประมาณดำเนินการเพื่อการรวมกลุ่มบริการปฐมภูมิในพื้นที่ มีระบบปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรม

๖) การจัดทำ Sandbox ถือเป็นโอกาสที่จะทำการทบทวนบทบาทที่ควรจะเป็น เช่น สาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัด ในการเป็นหน่วยกำกับดูแล บังคับใช้กฎหมาย รวมทั้งกรมวิชาการต่าง ๆ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขควรปรับบทบาททั้งกลไกการกำกับ กลไกการประเมินผล

ข้อสังเกตด้านกฎหมาย

๑) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นพระราชบัญญัติที่ประชาชนจะได้ประโยชน์สูงสุด เนื่องจากจะมีหน่วยงานที่ดำเนินงานทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ ตั้งแต่ระบบสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับพื้นที่ ซึ่งขณะนี้การดำเนินการในเรื่องดังกล่าวเริ่มพัฒนาขึ้นเป็นลำดับ และควรให้ทุกพื้นที่ทั้งพื้นที่ชนบท พื้นที่เขตเมือง พื้นที่เขตเมืองใหญ่ ดำเนินการในเรื่องดังกล่าวพร้อมกัน หากเร่งรัดการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยที่ทุกภาคส่วนยังไม่มีความพร้อม อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาทบทวนความพร้อมในทุกด้านเกี่ยวกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกพื้นที่

๒) กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาศึกษาบทบัญญัติตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการถ่ายโอน พ.ศ. ๒๕๔๒ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายหลังจากถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อให้การถ่ายโอนดังกล่าวเกิดประสิทธิภาพ

๓) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรพิจารณาบทบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อหาแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปตามบทบัญญัติดังกล่าว อาทิ มาตรา ๒๒ ของพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่กำหนดว่า “การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในจำนวนที่เหมาะสมเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการซึ่งมีรายชื่อในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้นในสัดส่วนที่เหมาะสม” และมาตรา ๔๓ กำหนดว่า “ภายในสิบปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับให้สำนักงานจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการและพื้นที่ หากหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีหรือมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการให้หน่วยบริการดังกล่าวจัดให้มีแพทย์อื่นซึ่งผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการซึ่งมีรายชื่อในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูล” เพื่อให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

๔) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการหารือเกี่ยวกับการดำเนินการด้านสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และพระราชบัญญัติกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ เพื่อกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานด้านสาธารณสุขภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทยที่ชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่เกิดประสิทธิภาพและประชาชนได้รับบริการที่ดีมากยิ่งขึ้น

๕) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๖ กำหนดว่า “บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิ ตามมาตรา ๕ ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงาน หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพื่อเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำ” หน่วยบริการประจำ คือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ซึ่งได้รับจัดสรรงบประมาณจาก สปสช. และ รพช. จะจัดสรรงบประมาณส่งต่อไปยัง รพ.สต. ซึ่งปัจจุบันเป็นหน่วยงานเดียวกันจึงไม่เกิดปัญหาต่อกระบวนการจัดสรรงบประมาณ มีการช่วยเหลือกัน ทั้งบุคลากร และงบประมาณ หากต่อไปเมื่อมีการถ่ายโอนก็จะเป็นคนละหน่วยงานกัน อาจจะเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากในการตกลงกันเอง รวมทั้งอาจเกิดปัญหาในทางปฏิบัติ และทางกฎหมาย ซึ่งหมายรวมถึงอาจเกิดปัญหาตามหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการประจำที่อาจไม่สามารถจัดสรรให้แก่ รพ.สต. /หน่วยบริการปฐมภูมิได้ตามกฎหมาย

๖) ข้อห่วงใยในเรื่องคุณภาพมาตรฐานของ รพ.สต. เมื่อถ่ายโอนไป อบจ. แล้ว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันพิจารณา ซึ่งการถ่ายโอนมีกฎหมายหลายฉบับเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งต้องพิจารณาประกอบกันทั้งหมด ไม่สามารถยึดฉบับใดฉบับหนึ่งเป็นหลัก

๗) พึงระวังการปฏิบัติตามกฎหมาย เช่น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่กำหนดให้ต้องจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุข และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่กำหนดให้มีการให้บริการปฐมภูมิ ซึ่งตามรัฐธรรมนูญ มาตรา ๕๕ กำหนดว่า รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย ทั้งนี้ การถ่ายโอนไป อบจ. ต้องพิจารณาในเรื่องคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่สูงขึ้นเพื่อมิให้ขัดกับรัฐธรรมนูญ

๘) ข้อจำกัดเรื่องการบริหารบุคคล อาจพิจารณาเทียบเคียงกฎ ก.พ. ว่าด้วยการย้าย การโอนหรือการเลื่อนข้าราชการพลเรือนสามัญ พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นตัวอย่าง ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนการบริหารงานบุคคลได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อสังเกตด้านงบประมาณ

ข้อห่วงใยเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ หากมอบให้ อบจ. ดำเนินการ ซึ่งมีบทเรียนสำคัญจากการดำเนินการในโครงการคลินิกชุมชนอบอุ่นในกรุงเทพมหานครที่พบปัญหาด้านงบประมาณจำนวนมาก ดังนั้นจึงเห็นว่า ควรมีระบบกลาง และเห็นว่า รพ.สต. สามารถดำเนินการเองได้ หากมีการจัดสรรงบประมาณรายหัวในการบริหารงาน

ข้อสังเกตเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุข และการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ**ตำบล**

๑) การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือการกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรคำนึงถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพประชาชนเป็นหลัก เพื่อให้ประชาชนทั้งในพื้นที่ชนบทและพื้นที่เขตเมืองได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันตามระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒) แนวคิดที่ให้สถานพยาบาลระดับตำบลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไม่ต้องให้บริการรักษาพยาบาล ในอนาคตจะไม่เป็นเช่นนั้นและจะมีการเปลี่ยนแปลงไปโดยธรรมชาติ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่ดีขึ้น ไม่ใช่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นหลัก โดยในอนาคตอาจเหมือนกับโรงพยาบาลอำเภอที่ไม่ได้มีแพทย์ครบทุกโรงพยาบาล แต่ต่อมามีการจัดสรรแพทย์จนครบทุกโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเรื่องที่ประชาชนได้รับประโยชน์ เพราะฉะนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะมีพัฒนาการทำนองเดียวกันที่จำเป็นต้องมีแพทย์ประจำทุกโรงพยาบาล และจะกลายเป็นปัญหาอุปสรรค ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องพิจารณาร่วมกัน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่รับถ่ายโอนไปแล้วจะต้องพิจารณาว่า ทำอย่างไรจึงจะทำให้มีแพทย์ไปปฏิบัติงานอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เนื่องจากการอ้างไว้ซึ่งแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังดำเนินการได้ยาก เพราะแพทย์ส่วนใหญ่จะย้ายไปยังโรงพยาบาลเอกชนหรือจังหวัดที่มีความเจริญมากขึ้น หรือเป็นกรณีที่แพทย์ไม่ยินยอมมาปฏิบัติงานยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งนี้ การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จ้างแพทย์มาให้บริการเป็นครั้งคราวจะเกิดปัญหาการให้บริการที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนต้องเดินทางไปรับบริการยังโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลจังหวัด

๓) ที่ผ่านมายังมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บางแห่ง บุคลากรไม่มีความสุขในการปฏิบัติงานเมื่อถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และต้องการกลับไปอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดิม เนื่องจากการปฏิบัติงานเกิดปัญหาอุปสรรคอย่างมาก จนกระทั่งโรงพยาบาลจังหวัดต้องเข้าไปช่วยบริหารจัดการการดำเนินงาน ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาในประเด็นนี้ร่วมด้วย เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

๔) การกระจายอำนาจเป็นหัวใจของการพัฒนาประเทศหรือการปฏิรูปประเทศ แต่การกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขมีบริบทที่แตกต่างจากกระทรวงอื่น ในประเด็นของการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลอื่นตามลำดับ ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งต่อและผู้รับการส่งต่อ หากสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องพิจารณาเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยให้เกิดความชัดเจนเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการ

๓.๒ ข้อเสนอการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

การถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นการถ่ายโอนภารกิจที่เกี่ยวข้องกับด้านการส่งเสริมสุขภาพ ภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และภารกิจที่เกี่ยวข้องกับด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ทั้งนี้ ผลของการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดังนี้

(๑) การดำเนินการดังกล่าวถือเป็นการปฏิรูปเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพในระดับจังหวัด ในภูมิภาคครั้งสำคัญ กล่าวคือ ถือเป็นโอกาส (Opportunity) – ความท้าทาย (Challenge) – ข้อจำกัด (Threats)

(๒) ระบบสุขภาพปฐมภูมิจะแยกตัวออกไปจากทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ที่ถือว่า เป็นจุดแข็งของระบบสุขภาพไทย

(๓) เป็นโอกาสในการทบทวนบทบาทภารกิจของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพให้ชัดเจน

- บทบาทราชการส่วนภูมิภาค
- บทบาทราชการส่วนท้องถิ่น
- บทบาทภาคประชาชน/ประชาสังคม
- บทบาทผู้รับบริการ

Health Authority – Regulator – Provider

Purchaser – Client /Customer

(๔) เป็นโอกาสที่จะออกแบบระบบและกลไกการบริการระบบสุขภาพระดับจังหวัด และกำหนดความสัมพันธ์ของทุกภาคส่วนให้ชัดเจน

(๕) มิใช่เพียงการดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ถือเป็นโอกาสที่จะปฏิรูปเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้น และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น รวมทั้งมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ

➤ **ข้อเสนอการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)**

เป้าหมาย (Goal)

การพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ (Objective)

(๑) ร่วมกันกำหนดบทบาทภารกิจของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในจังหวัดให้ชัดเจน

(๒) ออกแบบระบบบริการ ระบบสุขภาพ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ โดยการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

(๓) กำหนดกลไกการบริหาร กลไกสนับสนุน กลไกการติดตาม กำกับ ประเมินผล ให้สัมพันธ์สอดคล้องกัน อาทิ คณะกรรมการนโยบายสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Health Policy Board)

(๔) ดำเนินการพัฒนาด้วยการกำหนดเป็นพื้นที่ Sandbox โดยเพิ่มเติมในแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข Big Rock ที่ ๕ และกำกับ ติดตาม ประเมินผลโดยคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คปสธ.) และคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ

และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

(๕) หน่วยงาน ทั้งหน่วยงานกลางสนับสนุนทรัพยากรอย่างเป็นระบบ

พื้นที่เป้าหมาย

จังหวัดที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ผ่านการประเมินความพร้อมในการรับถ่ายโอน รพ.สต. ในระดับดีมากอย่างน้อยเขตละ ๑ แห่ง

วิธีการดำเนินการ

จัดทำ Sandbox โดยกำหนดพื้นที่เป้าหมาย คือ อบจ. ที่ผ่านการประเมินความพร้อมในการรับถ่ายโอน รพ.สต. มากำหนดให้เป็นจังหวัดนำร่องในการออกแบบระบบสุขภาพจังหวัด

ตัวอย่างการศึกษา

กระทรวงศึกษาธิการมีการดำเนินการในเรื่องการถ่ายโอนโรงเรียนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการจัดทำเป็นกฎหมายเกี่ยวกับเขตพื้นที่การศึกษาพิเศษ ดำเนินการนำร่องใน ๖ จังหวัด ทั้งนี้ เมื่อมีการดำเนินโครงการดังกล่าวในพื้นที่นำร่องไป ๕ ปี ผลการดำเนินงานปรากฏไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์จะนำไปสู่การยกเลิกการดำเนินการที่ผ่านมา และหน่วยงานต่าง ๆ ที่ดำเนินการนำร่องจะกลับสู่สถานะเดิม โดยไม่เกิดผลเสียหายกับโรงเรียนทั่วประเทศ แต่ในทางกลับกันหากผลการดำเนินการนำร่องเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย จะนำไปสู่ความมั่นใจในการถ่ายโอนกับโรงเรียนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัดอื่น ๆ รวมทั้งบุคลากรและประชาชน

ผู้รับผิดชอบ

- กระทรวงสาธารณสุข : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมที่เกี่ยวข้อง/ชมรมที่เกี่ยวข้อง

- กระทรวงมหาดไทย : กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
- สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย/สันนิบาต
- คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ระยะเวลาดำเนินการ : ๓ ปี

การติดตามประเมินผล

- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)
- สถาบันพระปกเกล้า
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา มีความประสงค์ให้การถ่ายโอนเป็นไปด้วยความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกคน ดังนั้น ควรมีการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถเยียวยาผู้ที่ไม่สมัครใจถ่ายโอน และการถ่ายโอนครั้งนี้ต้องไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งเจ้าหน้าที่ทำงานอย่างมีความสุข แต่ประเด็นการแสวงหาอนาคตที่ดีกว่าเดิมไม่มีคำตอบที่ยืนยันได้ ทั้งนี้ หวังว่านโยบายการถ่ายโอนครั้งนี้จะราบรื่นและทำให้เกิดประโยชน์แก่บุคลากรและประชาชนทุกคน

๓.๖ พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้อาหารเสริมเพื่อสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะการใช้วิตามินดีกับการป้องกันโรคโควิด ๑๙ รวมถึงธาตุอาหารอื่น ๆ โดยเฉพาะการนำไปใช้ในทางการแพทย์ และปัญหาการใช้เพื่อรักษาผู้ป่วย

คณะกรรมการการได้มีการพิจารณาเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้อาหารเสริมเพื่อสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะการใช้วิตามินดีกับการป้องกันโรคโควิด ๑๙ รวมถึงธาตุอาหารอื่น ๆ โดยเฉพาะการนำไปใช้ในทางการแพทย์ และปัญหาการใช้เพื่อรักษาผู้ป่วย ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผลการพิจารณา

ศาสตราจารย์บุญส่ง องค์กรพัฒนกุล รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การได้รับวิตามินดีของร่างกาย สามารถรับวิตามินได้ ๒ วิธี คือ เมื่อร่างกายได้รับแสงแดด และได้รับจากการรับประทานอาหาร ได้แก่ Vitamin D2 ซึ่งมาจากพืช และ Vitamin D3 ซึ่งมาจากสัตว์ ปัจจุบันพบว่า Vitamin D2 และ Vitamin D3 ไม่มีความแตกต่างในการออกฤทธิ์ ดังนั้น จึงสามารถใช้วิตามินดีชนิดใดก็ได้ แต่โดยทั่วไป วิตามินดีชนิดเม็ดที่จำหน่ายในท้องตลาดพบว่า Vitamin D3 จะมีราคาแพงกว่า Vitamin D2

ข้อมูลประชากรไทย ยกตัวอย่าง ประชากรที่ขาดวิตามินดี (น้อยกว่า 50 nmol/L) พบว่า ในกรุงเทพฯ อายุ ๑๕ – ๘๓ ปี พบว่า ผู้หญิงขาดวิตามินดี ร้อยละ ๒๔ ผู้ชายขาดวิตามินดี ร้อยละ ๑๐ และจากการศึกษาพบว่า แพทย์ พยาบาล บุคลากรในโรงพยาบาล จะขาดวิตามินดีร้อยละ ๕๐ ในเด็ก อายุ ๖ – ๑๓ ปี ที่อาศัยอยู่ในเมืองจะขาดวิตามินดีร้อยละ ๕๐ แต่เด็กในชนบทจะขาดวิตามินดีร้อยละ ๓๐ สาเหตุที่เด็กขาดวิตามินดีมากขึ้น เนื่องจากรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกคำแนะนำว่า ร่างกายควรได้รับวิตามินดี จำนวน ๖๐๐ ยูนิต/วัน จากการทดลองวัดค่าวิตามินดีในแสงแดด พบว่า ร่างกายจะได้รับวิตามินดีต้องเป็นช่วงที่มีแสงแดดจัดและอยู่กลางแจ้ง

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณัฐธา รัชตะนาวิ นหัวหน้าหน่วยโรคผิวหนัง ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำการศึกษาการได้รับวิตามินดีจากผิวหนัง ได้ข้อสันนิษฐานว่า การได้รับแสงแดดของคนในเมือง คุณภาพของแสงแดดมีผลต่อการได้รับวิตามินดีของร่างกาย

การได้รับวิตามินดีจากการรับประทานอาหาร อาหารที่มีวิตามินดีสูง ได้แก่ ปลาแซลมอน โดยเฉพาะปลาแซลมอนตามธรรมชาติ เนื่องจากปลาจะกินแพลงก์ตอนที่อยู่บนผิวน้ำในมหาสมุทร นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบวิตามินดีในปลาอื่น ๆ ได้แก่ ปลานิล ปลาทับทิม ปลาตะเพียน ซึ่งคาดว่าจะมาจากอาหารที่เลี้ยงปลาที่มีวิตามินดี และเห็ดนางฟ้า ทั้งนี้ ในบางประเทศมีกฎหมายให้เติมวิตามินดีในอาหารบางประเภทสำหรับประเทศไทย ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้มีประกาศให้เติมวิตามินดีได้ไม่เกิน ๑๐๐ ยูนิต/๑ หน่วยบริโภค เมื่อ ๑๐ - ๒๐ ปีที่แล้ว ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในปัจจุบัน จึงควรปรับแก้ไขประกาศดังกล่าวเพื่อให้สามารถเติมวิตามินดีให้เพียงพอต่อร่างกาย ป้องกันการขาดวิตามินดีในร่างกาย

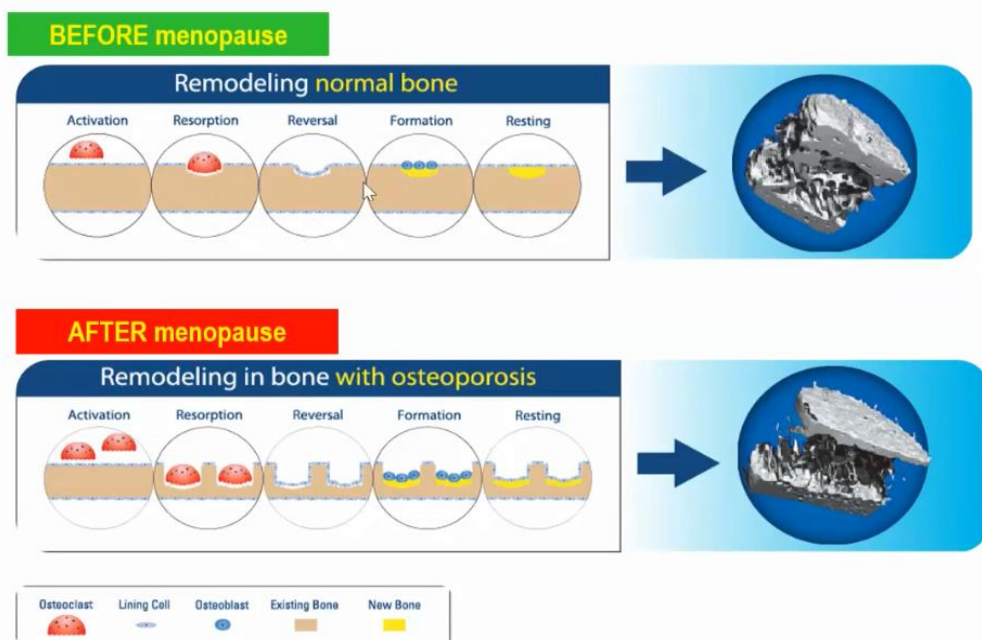
การรับประทานวิตามินดีสามารถซื้อรับประทาน โดยไม่ต้องมีการตรวจประเมินก่อน โดยสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ได้มีข้อเสนอแนะว่า ไม่ต้องตรวจคัดกรอง เนื่องจากปัจจุบันค่าใช้จ่ายบริการในการตรวจวิตามินดียังมีราคาสูง แต่หากมีความสงสัยว่าจะขาดวิตามินดีก็สามารถถูกแดดให้เพียงพอ

หรือซื้อวิตามินดีมารับประทานได้ ในประเด็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคกระดูกพรุน อาจมีความจำเป็นที่ต้องตรวจเพื่อทราบปริมาณวิตามินดีที่ควรได้รับ

ศาสตราจารย์อรรณพ ใจสำราญ รองคณบดีฝ่ายวิรัชกิจ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทบาทของวิตามินดีต่อกระดูกและกล้ามเนื้อ ความสำคัญของกระดูกพบว่า ผู้หญิงตั้งแต่วัยหมดประจำเดือน อายุตั้ง ๕๐ ปีขึ้นไป จะมีปัญหาการสูญเสียมวลกระดูกและให้ความแข็งแรงของมวลกระดูกลดน้อยลง ทำให้เกิดกระดูกหักได้ง่าย ที่พบได้บ่อย ได้แก่ กระดูกข้อมือ กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก จากการศึกษามวลกระดูกของผู้หญิงไทยในกลุ่มอายุต่าง ๆ พบว่า กระดูกจะมีความแข็งแรงมากขึ้นตั้งแต่วัยสาว จะสูงสุดในอายุ ๓๕ - ๔๐ ปี หลังจากนั้นกระดูกจะบางลง และเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน การขาดฮอร์โมนของผู้หญิงทำให้มวลกระดูกลดลงอย่างรวดเร็ว

การหมุนเวียนเปลี่ยนเนื้อกระดูก กระดูกของมนุษย์จะเป็นสิ่งมีชีวิตที่มีการหมุนเวียนเปลี่ยนเนื้อกระดูกตลอดเวลา



จากภาพด้านบนจะเป็นภาพกระดูกที่แข็งแรงของผู้หญิงก่อนหมดประจำเดือน ในกระบวนการปกติจะมีเซลล์ออสติโอคลาสต์ (osteoclast) เป็นตัวที่ทำลายเนื้อกระดูก และมีเซลล์อื่นที่ทำหน้าที่สร้างเนื้อกระดูกทดแทน แต่เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน การสูญเสียเนื้อกระดูกจากการสลายเนื้อกระดูกจากเซลล์ออสติโอคลาสต์ (osteoclast) จะมากขึ้น ทำให้กระบวนการสร้างเนื้อกระดูกไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม กระบวนการหมุนเวียนเปลี่ยนเนื้อกระดูก สิ่งที่สำคัญมาก คือ แคลเซียม เนื่องจากเป็นส่วนประกอบในการสร้างความแข็งแรงของเนื้อกระดูก

หลังจากเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนแล้วสิ่งที่ตามมา คือ กระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ในผู้หญิงที่มีกระดูกข้อมือหักแล้วจะมีโอกาสที่กระดูกสันหลังหักเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า และมีโอกาสสะโพกหักเป็น ๕ เท่า อีกทั้งมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไปเป็น ๒ เท่า

จากการศึกษากระดูกสะโพกหักในเอเชีย พบว่า กระดูกหักในผู้หญิงหรือผู้ชายจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ยิ่งอายุมากขึ้นโอกาสที่จะเกิดกระดูกสะโพกหักก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการศึกษาในประเทศ พบว่า ในผู้หญิงไทยจะมีโอกาสที่เกิดกระดูกสะโพกหัก เฉลี่ยประมาณ ๒๕๐ - ๓๐๐ ราย ต่อแสนราย และผู้ใหญ่ จะพบเฉลี่ยประมาณ ๑๐๐ คน ต่อแสนคน และคนในอายุ ๗๐ ปี ขึ้นไปจะพบมากขึ้นเป็น ๒ เท่า คนในอายุ ๘๐ ปี ขึ้นไปจะพบมากขึ้นเป็น ๓ เท่า

แนวทางการในการรักษาและป้องกันภาวะกระดูกพรุน มีคำแนะนำว่า ควรจะมีการดูแลแบบที่ไม่ได้ ใช้อาก่อน คือ การให้วิตามินดี ประมาณ ๘๐๐ - ๑,๐๐๐ Unit/วัน และแคลเซียมให้เพียงพอ

วิตามินดีมีบทบาทต่อความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อตามกลไกต่าง ๆ วิตามินดีสามารถเข้าสู่ ร่างกายได้จากการสังเคราะห์ของผิวหนังเมื่อได้รับแสงแดด และรับประทานอาหาร หน้าที่วิตามินดีที่สำคัญคือ ดูดซึมแคลเซียมเข้าสู่กระแสเลือด หากร่างกายขาดวิตามินดีจะทำให้กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับต่อมไร้ท่อ ในร่างกายสูญเสียแคลเซียมจากกระดูก ส่งผลให้กระดูกบางลง ดังนั้น ภาวะการขาดวิตามินดีทำให้การดูดซึม แคลเซียมลดน้อยลง ทำให้สูญเสียแคลเซียมจากเนื้อกระดูก สูญเสียการรักษาสมดุลแคลเซียมในกระแสเลือด ลดลง ผลของระดับวิตามินดีในร่างกายที่เพียงพอจะทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง การทำงานของระบบ การทรงตัวดีขึ้น โอกาสล้มลดน้อยลง

จากการศึกษาพบว่า หากร่างกายมีระดับวิตามินดีที่เพียงพอจะช่วยลดความเสี่ยงในการลื่นล้ม ร้อยละ ๒๒ ลดโอกาสการแตกหักกระดูกสะโพก ร้อยละ ๓๐ และลดโอกาสแตกหักของกระดูกอื่น ๆ ร้อยละ ๑๔ และการศึกษาในต่างประเทศที่เป็นการตรวจวิตามินดีในกระแสเลือดพบว่า ระดับวิตามินดี ในร่างกายสัมพันธ์กับการลุกยืนและเดินในผู้สูงอายุ โดยทำการสำรวจจากผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี หากมีวิตามินดีในกระแสเลือดมีปริมาณต่ำ จะใช้ระยะเวลาในการเดินและลุกขึ้นยืน แต่หากมีวิตามินดี ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น จะใช้ระยะเวลาในการเดินและลุกขึ้นยืนดีขึ้นและใช้เวลาน้อยลง นอกจากนี้การศึกษา ในผู้สูงอายุหากได้รับวิตามินดีเสริม พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับวิตามินดี ๘๐๐ ยูนิต/วัน เมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มที่ไม่ได้รับวิตามินดี จะมีโอกาสหกล้มลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ และมีโอกาสกระดูกหักลดน้อยลง ร้อยละ ๓๓

มูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย ได้จัดทำคำแนะนำเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคกระดูกพรุน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิตามินดี คือ แนะนำให้ผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนตรวจหาวิตามินดี และให้มีวิตามินดี อยู่ที่ ๓๐ - ๕๐ นาโนกรัม/มิลลิลิตร ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจวิตามินดีได้ แนะนำให้วิตามินดีเสริม ได้แก่ Vitamin D2 ประมาณ ๒๐,๐๐๐ ยูนิต/สัปดาห์ และ Vitamin D3 ประมาณ ๘๐๐ - ๒,๐๐๐ ยูนิต/วัน ในกลุ่มที่มีการรักษาโรคกระดูกพรุน

การรับประทานแคลเซียมร่วมกับวิตามินดี มูลนิธิโรคกระดูกพรุน ได้มีคำแนะนำว่า สำหรับประชากร ทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคกระดูกพรุนก็ไม่มีความจำเป็นในการตรวจคัดกรอง แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนควรจะทำการคัดกรอง จากประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้หญิง ในวัยหมดประจำเดือนพบว่า ยิ่งอายุมากขึ้นก็มีโอกาสที่จะขาดวิตามินดีมากขึ้น ในด้านเวชปฏิบัติทั่วไป หากประเมินแล้วว่า ได้รับวิตามินดีไม่เพียงพอ ก็จะทำให้วิตามินดีพร้อมกับแคลเซียมในปริมาณที่ไม่สูงเกินไป ซึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่า หากให้แคลเซียมอย่างเดียว แต่วิตามินดีไม่เพียงพอจะทำให้การดูดซึมแคลเซียม ลดน้อยลง ก็จะไม่ประโยชน์จากการรับประทานแคลเซียม

การเดินเป็นออกกำลังกายแบบแบกรับน้ำหนัก จะเพิ่มแรงต่อกระดูกจะช่วยให้การนำพาแคลเซียม เข้ากระดูก ดังนั้น การเดินช่วยเพิ่มกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกระดูก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรพจน์ เปรมโยธิน รองประธานงานโภชนศาสตร์คลินิก อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การใช้อาหารเพื่อเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโควิด ๑๙ โดยเฉพาะวิตามินดี และธาตุอาหารอื่น ๆ สรุปได้ว่า จากปัญหาการระบาดโรคโควิด ๑๙ พบผู้ป่วยทั้งที่มีอาการรุนแรงมาก อาการน้อย และไม่มีอาการ สาเหตุที่อาการของแต่ละคนแตกต่างกันส่วนหนึ่งเกิดจากการตอบสนองภูมิคุ้มกันในร่างกายของแต่ละบุคคล ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายแบ่งการทำงานเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑. Innate Immune System หมายถึง การที่เซลล์ของร่างกายจับกินเชื้อโรคในร่างกายโดยตรง

๒. Adaptive (Acquired) Immune System หมายถึง ระบบภูมิคุ้มกันที่ร่างกายสร้างขึ้นมาเพื่อส่งออกไปทำลายเชื้อโรค

เมื่อเกิดการติดเชื้อโรคโควิด ๑๙ ขึ้น จะมีการโจมตีการทำงานของเซลล์ และ Antibody (แอนติบอดี) ในผู้ป่วยที่มีโรครุนแรงมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ พบว่า ภูมิคุ้มกันทำงานมากเกินไปจนไปทำลายอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยโควิด ๑๙ ที่มีออกซิเจนในเลือดต่ำไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง เพราะปอดถูกทำลายด้วยภูมิคุ้มกันของตัวเอง ดังนั้น การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันมีความสำคัญมากเพื่อมิให้เกิดโรคโควิด ๑๙ ที่รุนแรง และป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

สารอาหารที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ธาตุอาหารที่มีความสำคัญ ได้แก่ วิตามินดี วิตามินซี เหล็ก สังกะสี (Zinc) ซีลีเนียม (Selenium) และโอเมก้า ๓

ผลของวิตามินดี นอกจากมีผลต่อการทำงานต่อกระดูก กล้ามเนื้อ และการทรงตัวแล้ว ยังมีการศึกษาว่า วิตามินดีอาจส่งผลต่อระบบอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต โอกาสทำให้เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ มะเร็ง โรคเบาหวาน โรคแพ้ภูมิต่าง ๆ รวมถึงการติดเชื้อไวรัสต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถยืนยันผลได้ว่าการรับประทานวิตามินดีจะช่วยลดโรคต่าง ๆ ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

วิตามินดีมีผลต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันอย่างมากพบว่า วิตามินดีสามารถทำให้เซลล์สามารถจับกินเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และยับยั้งมิให้เกิดการกระตุ้นที่รุนแรงเกินไป โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคโควิด ๑๙ ที่ไม่เกิดการกระตุ้นที่รุนแรงจนเสียชีวิตได้ จึงเป็นข้อสังเกตว่า เป็นไปได้หรือไม่ที่วิตามินจะช่วยลดความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่ติดเชื้อโควิด ๑๙

การศึกษาวิตามินดีกับการติดเชื้อทางเดินหายใจพบว่า การให้วิตามินดีช่วยลดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ และพบว่า จะได้ผลดีในกลุ่มที่ขาดวิตามินดีในเลือดต่ำกว่าปกติ สำหรับการศึกษาในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด ๑๙ จึงยังมีข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่สามารถยืนยันได้ว่า การให้วิตามินดีแล้วจะช่วยลดอาการของโควิด ๑๙ ได้ แต่จากการศึกษาแบบเฝ้ามอง โดยไม่ได้ให้รับประทานวิตามินดีพบว่า ผู้ที่มีวิตามินดีในเลือดต่ำมีภาวะขาดวิตามินดี เมื่อติดเชื้อโควิด ๑๙ แล้วมีโอกาสที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือเสียชีวิตมากขึ้น มากกว่าผู้ที่มีวิตามินดีปกติ และผู้ที่มีวิตามินดีต่ำมีโอกาสติดเชื้อโควิด ๑๙ มากกว่าผู้ที่มีวิตามินดีปกติ

ธาตุอาหารต่าง ๆ มีความสำคัญต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้ป่วยที่มีโรคที่ทำให้เกิดการขาดธาตุอาหารต่าง ๆ ควรได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโดยเร็วเชื่อว่า จะสามารถรักษาโรคโควิด ๑๙ ได้ อย่างไรก็ตาม ในบุคคลทั่วไปที่มีสุขภาพปกติจะได้รับธาตุอาหารจากการรับประทานอาหารที่เพียงพอ จึงยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนการให้ธาตุอาหารหรือผลิตภัณฑ์สารอาหารแก่คนที่มีสุขภาพปกติเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรคโควิด ๑๙

หากมีความคิดว่าการรับประทานวิตามินดีสามารถป้องกันโรค และป้องกันโรคโควิด ๑๙ ด้วย นั้น จากข้อมูลเบื้องต้น มีข้อมูลความเป็นไปได้ แต่ต้องมีการยืนยันจากการศึกษาแบบ Intervention Study ในขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และมีการติดตามผลอย่างครอบคลุมเพื่อยืนยันให้มั่นใจว่าจะได้รับประโยชน์สามารถลดความรุนแรงของโรคได้จริง ซึ่งขณะนี้ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอ

รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์ ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ

ปัญหาการขาดวิตามินดีของประชาชนในประเทศเป็นเรื่องสำคัญ เป็นภัยเงียบที่ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าตนเองขาดวิตามินดี ซึ่งมีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดโรคต่าง ๆ มากมาย โดยมีเสนอแนะ ดังนี้

๑. ควรมีการประชาสัมพันธ์กระตุ้นให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับประโยชน์ของวิตามินดีต่อร่างกาย ส่งเสริมให้มีการถูกแสงแดด

๒. ควรให้มีการตรวจวิตามินดี โดยบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพ แต่หากมีค่าบริการก็ควรให้มีราคาถูกที่ประชาชนสามารถตรวจได้

๓. ขายวิตามินดีในราคาที่เหมาะสม

ทั้งนี้ วิตามินดีส่วนใหญ่มาจากแสงแดด ซึ่งประเทศไทยแม้จะมีแสงแดดมากแต่ประชาชนยังขาดวิตามินดีมาก และที่เหลือน้อยละ ๑๐ วิตามินดีจะมาจากอาหารรับประทาน เช่น ปลาแซลมอน ปลาที่จับที่ ปลาตะเพียน ปลานิล เห็ดตากแดด เนื้อวัว และไข่แดง

ปริมาณในการรับประทานวิตามินดี มีรายงานการศึกษาในผู้ป่วย ๓ กลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยที่ทานวิตามินดี ปริมาณ ๖๐๐ ยูนิต/วัน ได้ผลดีที่สุด ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาในประเทศและปรับแก้ไขประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง ข้อกำหนดการใช้ส่วนประกอบที่สำคัญของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ชนิดวิตามินและแร่ธาตุ ซึ่งเห็นว่า ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในปัจจุบัน

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

- คณะกรรมการอาจมีการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเด็นโภชนาการเพื่อคนไทย ได้แก่ กรมอนามัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

๑. จากการค้นข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า ในประเทศญี่ปุ่นได้มีการนำ Vitamin K2 ใช้ร่วมกับ Vitamin D3 หรือที่เรียกว่า ถั่วเน่า ซึ่งช่วยให้แคลเซียมสะสมในกระดูกได้ดีกว่า ความเป็นไปได้หรือไม่ที่จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ Vitamin K2 ไปพร้อมกับ Vitamin D เพื่อป้องกันการเกิดโรคผื่นงูสวัดและโรคไม่ติดต่ออื่นได้ หรืออาจจะนำ Vitamin K2 ไปทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

๒. งานวิจัยเกี่ยวกับวิตามินดีมีจำนวนน้อยมาก วิตามินดีหาซื้อยาก และข้อมูลการแนะนำวิธีรับประทานวิตามินดีไม่ชัดเจน รวมทั้งมีการให้ข้อมูลทั้งข้อดีและข้อเสีย เช่น มีการกล่าวอ้างว่า รับประทานวิตามินดีมากเกินไปจะเกิดผลเสียต่อร่างกาย ทั้งนี้ คนไทยมีโอกาสขาดวิตามินดีสูง ซึ่งมีปัจจัยมาจาก ๑) คนไทยกลัวแสง UV ที่มีผลต่อผิวหนัง ๒) ปีที่ผ่านมาเกิดการระบาดโรคโควิด ๑๙ ประชาชนไม่กล้าออกจากบ้าน ๓) ปัญหาฝุ่น PM2.5

๓. ควรมีการถ่ายทอดองค์ความรู้อย่างเป็นระบบจากแพทย์ หรือนักวิชาการแก่ประชาชน จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทั้งนี้ ควรผลักดันให้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงการเผยแพร่ องค์ความรู้ในเรื่องวิตามินดีแก่ประชาชน

๔. ควรมีการทำวิจัยสำรวจวิตามินดีในประชากรทั่วประเทศ โดยขอความร่วมมือหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องสนับสนุนงบประมาณ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานในการทำวิจัย ระบบสุขภาพของประเทศซึ่งจะทำให้มีข้อมูลสุขภาพของประชาชนเพื่อจะได้ให้การดูแลรักษาต่อไป

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. การสำรวจวิตามินดีของประชาชนเป็นเรื่องดี ซึ่งปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการตรวจยังมีราคาสูง และการซื้อวิตามินดีมารับประทานเองก็มีราคาสูงเช่นกัน ทำให้ประชาชนเข้าถึงยาก นอกจากนี้จะมีการทำ โครงการวิจัย ซึ่งมีประโยชน์เป็นอย่างมาก เนื่องจากวิตามินดีมีผลดีต่อร่างกายทั้งในเรื่องของกระดูก และภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ รวมถึงโควิด ๑๙ ด้วย แม้จะยังมีข้อสงสัยที่ต้องทำการศึกษาในรายละเอียดอีกก็ตาม ทั้งนี้ ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับรู้ถึงประโยชน์ของวิตามินดี

๒. หากทำให้คนไทยได้มีความรู้ และตระหนักถึงการขาดวิตามินดีในร่างกายของคนไทย โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงควรมีคำแนะนำการรับประทานวิตามินดีแก่ประชาชนที่ถูกต้อง ทั้งนี้ อาจให้องค์กร เกษีกรรมเป็นผู้ให้ความรู้ต่าง ๆ เช่น การผลิต การนำเข้า วิธีการรับประทานวิตามินดีที่ถูกต้องและปริมาณ ที่เหมาะสม

๓. ควรส่งเสริมให้ประชาชนรับประทานปลาของไทยที่มีวิตามินดี ได้แก่ ปลาทับทิม ปลานิล ปลาตะเพียน น่าจะเป็นประโยชน์แก่ประชาชน

**๓.๗ พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดจากสถานการณ์
โรคระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (Covid 19)**

สถานการณ์ของโรคโควิด ๑๙ ทำให้มีผลการเพิ่มขึ้นอย่างมากของขยะติดเชื้อจากสถานการณ์ผู้ป่วยโควิดในประเทศไทย ส่งผลให้ปริมาณการจัดเก็บขยะติดเชื้อที่มากขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการเกี่ยวกับการจัดเก็บและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งจำเป็นต้องปรับการทำงานเพื่อรองรับกับสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้น ทำให้คณะกรรมการจึงกำหนดให้มีการพิจารณาเกี่ยวกับสถานการณ์บริหารจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดจากสถานการณ์โรคระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (Covid 19) โดยเฉพาะในช่วงการดำเนินการตามมาตรการกักตัวทั้งการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และการกักตัวในชุมชน (Community Isolation) และการร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผลการพิจารณา

ผู้แทนกรมอนามัย

ศักยภาพ สถานการณ์ และคาดการณ์ระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของประเทศในสถานการณ์ COVID 19 ปัจจุบันการกำจัดขยะติดเชื้อแบ่งออกเป็นพื้นที่ ๑๗ Cluster ตามภูมิภาคต่าง ๆ โดยแบ่งเป็นพื้นที่กรุงเทพมหานคร ๑ แห่ง พื้นที่ปริมณฑลและภาคตะวันออก ๔ แห่ง พื้นที่ภาคกลางและภาคเหนือ ๕ แห่ง พื้นที่ภาคอีสาน ๓ แห่ง และพื้นที่ภาคใต้ ๔ แห่ง รวมความสามารถในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อภาพรวมอยู่ที่ ๓๐๒.๓๐ ตันต่อวัน ทั้งนี้ คาดการณ์ว่า สถานการณ์เดือนมีนาคมจะมีมูลฝอยติดเชื้อจำนวนมากขึ้นเป็น ๕๙๗.๔๖ ตันต่อวัน และการคาดการณ์ว่า จะมีปริมาณสูงสุดในเดือนเมษายน เป็น ๗๔๖.๘๓ ตันต่อวัน ซึ่งยังเป็นสถานะที่มีความสามารถในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยภาพรวมได้

สถานการณ์ระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มเติม รองรับสถานการณ์ COVID 19 โดยเพิ่มโรงงาน ๑๑ แห่ง เนื่องจากการกำจัดขยะสูงขึ้นจึงมีความร่วมมือกันของการดำเนินงานโดยกรมโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรม สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน และขยายในสถานประกอบการกิจการ โดยมีโรงงานกำจัดของเสียโดยกระบวนการเผา และโรงงานไฟฟ้าจากขยะชุมชน โรงงานปูนซีเมนต์รวมทั้งหมด ๑๑ แห่ง ซึ่งจะสามารถเพิ่มเพิ่มศักยภาพการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้ถึง ๑,๑๘๙.๒ ตันต่อวัน โดยเฉพาะ ๑๑ แห่งที่เพิ่มขึ้นมา ปัจจุบันมีการดำเนินงานคิดเป็น ร้อยละ ๕ จึงสามารถรองรับได้อีกร้อยละ ๙๕ ดังนั้น การกำจัดโดยวิธีเตาเผาจึงมีความเพียงพอ เนื่องจากการคาดการณ์ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสูงสุดอยู่ที่ประมาณ ๕๙๗.๔๖ ตันต่อวัน แต่การกำจัดเมื่อรวม ๑๗ แห่ง กับ ๑๑ แห่งใหม่ที่เพิ่มขึ้น จึงมีความสามารถในการกำจัดเป็นจำนวน ๑,๑๘๙.๒ ตันต่อวัน โดยกระจายอยู่ตามพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ

ทั้งนี้ ที่ผ่านมามีการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ สูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสูงถึง ๔๔๐ ตันต่อวัน ซึ่งเป็นสถานการณ์แพร่ระบาดในระลอกที่ ๓ โดยในระยะนั้นมีสถานที่กำจัดจำนวน ๑๗ Cluster ซึ่งไม่เพียงพอจึงได้เพิ่มอีก ๑๑ แห่ง ทำให้รองรับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างเพียงพอ

ระบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประเทศ แบ่งเป็นขั้นตอนแหล่งกำเนิด การเก็บขน และการกำจัด ดังนี้

๑. แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ สถานพยาบาล สถานพยาบาลสัตว์ คลินิก และห้องปฏิบัติการ รวมถึงสถานที่อื่น ๆ ในสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ ได้แก่ โรงพยาบาลสนาม สถานที่กักกัน ศูนย์แยกกักสถานให้บริการวัคซีน และ Community Isolation, Home Isolation ตลอดจนหน้ากากอนามัย และชุดตรวจ ATK

๒. การเก็บขน ปัจจุบันให้บริการเก็บขน ๕๒ หน่วยงาน แบ่งเป็น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๑๔ แห่ง บริษัทเอกชน ๓๖ แห่ง และสถาบันการศึกษา ๒ แห่ง รวมมียานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน ๒๖๐ คัน โดยมีระบบการติดตาม เรียกว่า ระบบ Manifest System ควบคุมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อตั้งแต่แหล่งกำเนิดจนถึงแหล่งกำจัด โดยให้มีการลงทะเบียนเพื่อควบคุมตั้งแต่ต้นทางติดตามไปจนถึงเตาเผา นอกจากนี้มีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม และสื่อสาร

๓. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีระบบติดตามการกำจัดและเตาเผาครอบคลุมทั้ง ๑๗ Cluster และอีก ๑๑ แห่ง

มาตรการลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ ลดปริมาณตั้งแต่แหล่งกำเนิด การจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้เป็นมูลฝอยธรรมดา จัดตั้งจุดพักรวมมูลฝอยติดเชื้อ เพิ่มศักยภาพระบบเก็บขนและบุคลากร สำหรับมาตรการเพิ่มศักยภาพหน่วยให้บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อรองรับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ อีกจำนวน ๑๑ แห่ง ทำให้มีศักยภาพรองรับการกำจัดได้ ๑,๑๘๙ ตัน โดยความร่วมมือจากกรมโรงงาน กรมนิคมอุตสาหกรรม สำนักงานคณะกรรมการกิจการพลังงาน

แนวทางการขับเคลื่อนการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์ COVID 19

เป้าหมาย : ระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประเทศที่สามารถรองรับสถานการณ์ของโรคโควิด ๑๙ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อประชาชน ดังนี้

ต้นทาง

- ขับเคลื่อนมาตรการลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสนาม สถานที่กักกันโรค ศูนย์พักคอยผู้ติดเชื้อ (CI) และการแยกกักตัวที่บ้าน (HI)
- สื่อสารสาธารณะแก่ประชาชนประเด็นแนวทางการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้อง
- ประสานความร่วมมือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เพื่อเฝ้าระวังและติดตามปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับพื้นที่

กลางทาง

- ขับเคลื่อนมาตรการเพิ่มศักยภาพหน่วยให้บริการเก็บขนและควบคุมกำกับการขนมูลฝอยติดเชื้อ โดยหน่วยงานให้บริการขนมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน ๕๒ แห่ง เพื่อป้องกันการลักลอบทิ้ง
- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ

ปลายทาง

- ขับเคลื่อนมาตรการเพิ่มศักยภาพสถานที่รับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (สถานที่รับกำจัดเพิ่มเติม) โดยบูรณาการความร่วมมือกับกรมโรงงาน การนิคมอุตสาหกรรม และสำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน เพื่อขอขยายการให้ความเห็นชอบให้สถานประกอบกิจการโรงงานกำจัดของเสีย โดยกระบวนการเผาโรงงานไฟฟ้าจากขยะชุมชน และโรงงานปูนซีเมนต์ จำนวน ๑๑ แห่ง สามารถรับมูลฝอยติดเชื้อโควิด ๑๙ มาเป็นเชื้อเพลิงในเตาเผาของโรงงาน ระยะที่ ๒ (ต่ออายุหนังสือให้ความเห็นไปอีก ๖ เดือน ช่วงเดือนมีนาคม – สิงหาคม ๒๕๖๕)

นอกจากนี้ มีระบบ E-Manifest System เป็นระบบขับเคลื่อนการควบคุมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อควบคุมกำกับ เฝ้าระวังและติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื้อครอบคลุมตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งในสภาวะปกติและสภาวะวิกฤติ

สรุปสถานการณ์การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประเทศ

- ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และคาดการณ์ว่าจะมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นสูงสุดในเดือนเมษายน ๒๕๖๕ (ประมาณ ๗๔๖ ตัน/วัน)

- ระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อหลัก ๑๗ Cluster มีศักยภาพการกำจัด ๓๐๒.๓ ตันต่อวัน และระบบกำจัดเพิ่มเติม โดยโรงงาน ๑๑ แห่ง ทำให้มีศักยภาพการกำจัดได้ ๑,๑๘๙ ตันต่อวัน ส่งผลให้ภาพรวมของประเทศมีศักยภาพการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้นรวมเป็น ๑,๔๙๑.๓ ตันต่อวัน ซึ่งเพียงพอและสามารถรองรับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ระบบเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ โดยหน่วยงานให้บริการเก็บขน ๕๒ หน่วยงาน ทั้งของรัฐและเอกชน ไม่สามารถดำเนินการเก็บขนได้ตามระยะเวลาที่กำหนด อาจทำให้เกิดปัญหาได้ในบางพื้นที่

แนวทางการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล และ Community Isolation (CI) ได้มีการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ และฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๔ ในด้านต่าง ๆ ได้แก่

- แหล่งกำเนิด : กำหนดมาตรการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การฝึกอบรมบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน การคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย รถเข็น สถานที่พักรวม และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยกรมอนามัยให้ความรู้และร่วมดำเนินการกับแหล่งกำเนิดดังกล่าว

- การเก็บขน : มีหน่วยงานรับผิดชอบการเก็บขน ยานพาหนะขน ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ และที่จอดรถ วิธีการขน และผู้ปฏิบัติงานในการเก็บขน รวมถึงการเพิ่มศักยภาพ

- การกำจัด : สถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับอนุญาต หลักเกณฑ์และวิธีการกำจัด ได้มาตรฐานตามกฎหมาย และด้านสุขลักษณะสถานที่กำจัด และผู้ปฏิบัติงาน

รวมทั้งมีระบบ E-Manifest System เพื่อกำกับและติดตาม

ศูนย์แยกกักตัวในชุมชน Community Isolation; CI ประเภทมูลฝอยติดเชื้อจากศูนย์แยกกักตัวในชุมชน (CI) โดยแยกเป็น

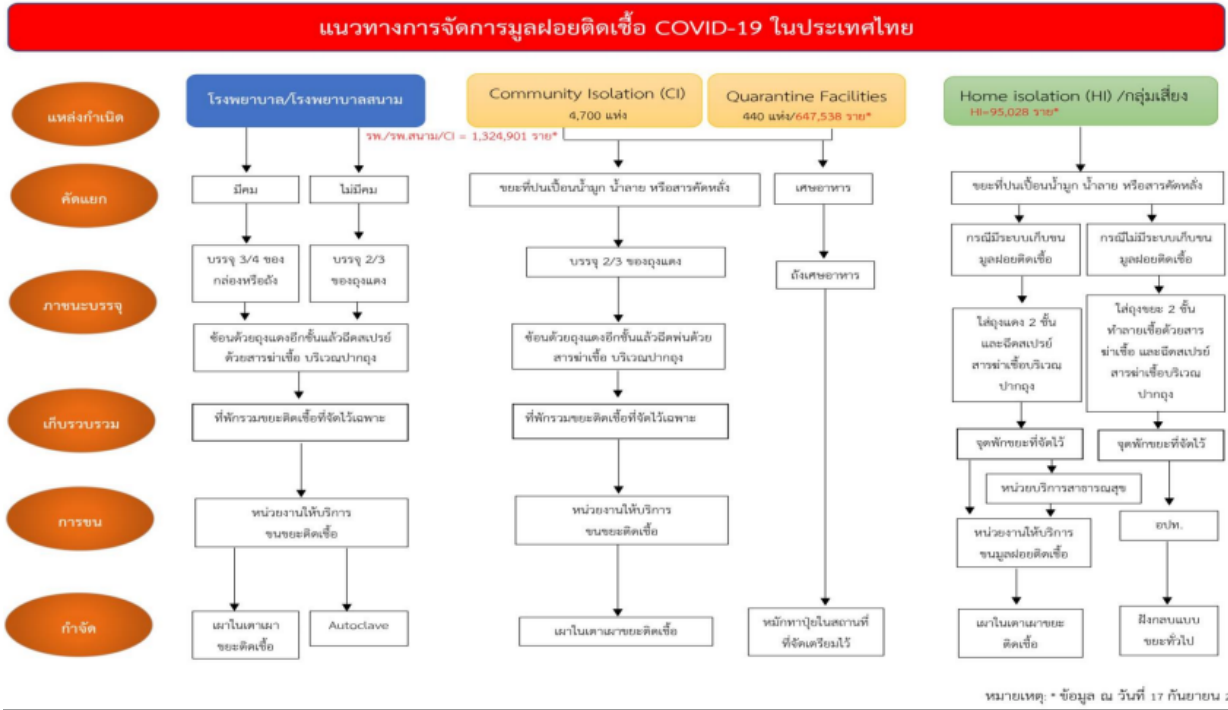
- มูลฝอยติดเชื้อลักษณะไม่มีคมที่ปนเปื้อนเลือด หรือสารคัดหลั่ง น้ำมูก น้ำลาย โดยส่วนใหญ่เป็นของใช้ส่วนตัว เช่น ภาชนะใส่อาหารพร้อมบริโภคแบบใช้ครั้งเดียว ชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่ใช้แล้ว และอื่น ๆ เช่น หน้ากากอนามัย ผ้าอนามัย กระดาษทิชชู และสำลี

- มูลฝอยติดเชื้อมีลักษณะมีคมปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่ง เช่น เข็ม ใบบิด

แนวทางการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation: HI) ต้นทาง หรือแหล่งกำเนิด : คิดเป็นอัตรา ๑.๕ กิโลกรัมต่อคนต่อวัน โดยการเก็บรวบรวมแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ ๑) ในชุมชนมีสถานที่ทิ้งตามจุดต่าง ๆ ที่กำหนด เช่น ถังแดง หรือ รพ.สต. เพื่อให้ผู้กักตัวใน HI รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้งตามจุดถังแดง ๒) กรณีไม่มีสถานที่กำหนดจุดทิ้ง ได้กำหนดให้มีการฆ่าเชื้อก่อนทิ้ง เพื่อให้เป็นขยะธรรมดา เช่น การใช้น้ำยาฟอกขาว ๑ ส่วนต่อน้ำ ๑๐ ส่วน หรือแอลกอฮอล์ ๗๐% ราดมูลฝอยติดเชื้อเพื่อทำลายเชื้อก่อนบรรจุถุงดำ ซึ่งสามารถนำไปกำจัดเป็นประเภทมูลฝอยปกติได้

สำหรับระบบกลางทาง หรือการขน และปลายทาง การกำจัด ก็ดำเนินการระบบมาตรฐานเกี่ยวกับการขนและการกำจัดต่อไป

ภาพแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ COVID 19 ในประเทศไทย



ผู้แทนกรมควบคุมมลพิษ

การดำเนินงานของกรมควบคุมมลพิษเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งได้มีมติของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๔ เมื่อ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๔ ได้มีมติมอบหมายให้กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมประสานงานกับกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีมูลฝอยติดเชื้อมีความรับผิดชอบพิจารณาดำเนินการได้ตามกฎหมายอย่างถูกต้อง ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมารกรมควบคุมมลพิษร่วมกับกรมอนามัย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และสำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้มีการประชุมร่วมกันจัดทำแนวทางการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และนำเสนอต่อคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ โดยที่ประชุมมีมติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปแนวทางในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อแบบรวมศูนย์ และให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดูแลในแต่ละด้าน ดังนี้

๑. ด้านนโยบาย

ประเด็นปัญหา : หน่วยงานขาดความพร้อมในการบริหารจัดการ ทั้งนโยบายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรและงบประมาณในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงการใช้กลไกของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดในการผลักดันจัดการมูลฝอยติดเชื้อยังไม่ได้นำไปใช้ในทางปฏิบัติ

แนวทางการแก้ไข : การใช้กลไกของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด และนโยบายของกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้เกิดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบรวมศูนย์

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมอนามัย และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

๒. ด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ

ประเด็นปัญหา : ขาดข้อบังคับของท้องถิ่นในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ทั้งในและนอกเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ มีการออกกฎกระทรวงให้มีการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อร่วมกันระหว่างหน่วยงานในท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐขาดการขับเคลื่อนจากผู้บริหารท้องถิ่น

แนวทางการแก้ไข : ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ และผลักดันขับเคลื่อนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีข้อบัญญัติท้องถิ่น และดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามบทบาทหน้าที่

หน่วยงานรับผิดชอบ : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓. ด้านการจัดการ

ประเด็นปัญหา : มีการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพเฉพาะแหล่งกำเนิดขนาดใหญ่ สำหรับแหล่งกำเนิดขนาดเล็กยังไม่มีจัดการที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ระบบการบริหารจัดการในการจัดเก็บสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขโดยเฉพาะในกรณีเช่นผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่พิเศษก็ยังมีปัญหา

แนวทางการแก้ไข : กรณีที่เป็นแหล่งกำเนิดขนาดเล็กหรือมูลฝอยติดเชื้อจากบ้านเรือนหรือชุมชนต่าง ๆ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการบริหารจัดการ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำที่พักขยะให้กับบริษัทเอกชนเพื่อขนไปกำจัด

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกรมอนามัย

สำหรับแหล่งกำเนิดขนาดเล็ก เช่น สถานพยาบาล คน และสัตว์ให้มีกลไกในการต่อใบอนุญาต โดยเชื่อมต่อบริษัทจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ และสนับสนุนให้ประชาชนมีการคัดแยกขยะที่เสี่ยงจากการติดเชื้อจากบ้านเรือน โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบคือกรมอนามัย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกรมควบคุมมลพิษ

๔. การเก็บ ขน

ประเด็นปัญหา : ยานพาหนะในการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตเก็บขนมีราคาค่อนข้างสูง การใช้ระบบเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อยังไม่ครอบคลุม

แนวทางการแก้ไข :

๑) ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานผู้ให้บริการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อดำเนินการให้เป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กรมอนามัย

๒) ควบคุมกำกับกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ให้เป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ผู้ที่ส่งมูลฝอยติดเชื้อออกไปกำจัดนอกสถานบริการสาธารณสุข ต้องใช้ระบบการกำกับมูลฝอยติดเชื้อ หรือ E-Manifest System เพื่อควบคุมกำกับกับการขนส่งและป้องกันการลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อ

๓) ประสานขอความร่วมมือให้กับราชการส่วนท้องถิ่นในการปรับปรุงแก้ไขหรือกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาต ขนมูลฝอยติดเชื้อให้เหมาะสมกับปริมาณการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อที่ทำการเก็บขนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนมีการควบคุมการกำกับผู้ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการให้เป็นไปตามที่กฎหมาย

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

๕. การกำจัด

ประเด็นปัญหา : โรงกำจัดมูลฝอยติดเชื้อบางแห่งขาดประสิทธิภาพและไม่มีมาตรฐานตามกฎหมาย ระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่มีกระจายตัวยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อที่มีระยะทางค่อนข้างไกล ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการขนส่งสูงและเกิดความเสี่ยงต่อการลักลอบทิ้ง

แนวทางการแก้ไข :

๑) สนับสนุนงบประมาณในการขยายศักยภาพ และบำรุงรักษาระบบกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเดิม

๒) สนับสนุนงบประมาณผ่านแผนปฏิบัติการ เพื่อการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัดในการขยายศักยภาพระบบกำจัดที่มีอยู่

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

๓) ส่งเสริมให้ภาคเอกชนลงทุนสร้างระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อแห่งใหม่ในพื้นที่ที่ยังไม่มีระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมอนามัย

๔) ติดตามตรวจวัดมลพิษจากเตาเผามูลฝอยติดเชื้อให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องการกำหนดมาตรฐานควบคุมการปล่อยอากาศเสียจากเตาเผามูลฝอยติดเชื้อ

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมควบคุมมลพิษ สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด

๕) สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่มีอยู่เดิมพัฒนาเป็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบรวมศูนย์ที่ได้รับมาตรฐาน

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมอนามัย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมควบคุมมลพิษ

๖) พัฒนาระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อแบบรวมศูนย์ หรือ Cluster ซึ่งจะสนับสนุนเป็นพื้นที่แห่งใหม่ ๒ แห่ง ได้แก่ พื้นที่อีสานตอนบน และพื้นที่อีสานตอนล่าง

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมอนามัย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกรมควบคุมมลพิษ

๗) ร่วมกันแก้ไขปัญหาปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ โดยให้มีการออกประกาศ เรื่อง การยกเว้นเงื่อนไขบังคับให้โรงงานกำจัดกากอุตสาหกรรมและโรงไฟฟ้าที่ใช้ขยะมูลฝอยเป็นเชื้อเพลิง สามารถรับมูลฝอยติดเชื้อมาเป็นเชื้อเพลิงในเตาเผาเป็นการชั่วคราวได้ภายใต้สถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมอนามัย กรมโรงงานอุตสาหกรรม คณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมมลพิษ

๖. ประเด็นปัญหาอื่น ๆ

ประเด็นปัญหา : การแข่งขันด้านราคาค่าบริการและค่ากำจัด และการตรวจวัดคุณภาพสิ่งแวดล้อม

แนวทางการแก้ไข :

๑) จัดทำข้อบังคับการกำหนดราคาให้เป็นราคามาตรฐาน โดยปรับปรุงประกาศอัตราค่าธรรมเนียมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้เป็นราคาที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาการตัดราคากัน

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมอนามัย

๒) สนับสนุนองค์ความรู้เกี่ยวกับการตรวจวัดคุณภาพสิ่งแวดล้อมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้กลไกของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมควบคุมมลพิษ สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

๓) ประชาสัมพันธ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบเกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อที่ต้นทางเพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอยติดเชื้อที่เข้าสู่ระบบกำจัด

หน่วยงานรับผิดชอบ : กรมอนามัย กรมควบคุมมลพิษ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

๔) ส่งเสริมให้ชุมชนมีการแยกทิ้งขยะมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป และดำเนินการจัดวางถังขยะสีแดงตามชุมชน สถานที่ท่องเที่ยว รวมถึงติดตามไปกำจัดอย่างถูกต้องตามประเภทของขยะ

หน่วยงานรับผิดชอบ : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มาตรการในการดำเนินงาน กำหนดเป็น 2 มาตรการ ได้แก่

๑. มาตรการเร่งด่วน : กรมอนามัย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมควบคุมมลพิษ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่มีอยู่เดิมพัฒนาเป็นระบบการจัดการมูลฝอยแบบรวมศูนย์ที่ได้มาตรฐาน โดยเพิ่มศักยภาพระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อให้สามารถรองรับการกำจัดที่เพิ่มขึ้นและครอบคลุมพื้นที่ให้บริการให้เพิ่มมากขึ้น

๒. ส่งเสริมให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณและเร่งรัดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามหน้าที่อย่างเคร่งครัด ในการจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อ การจัดให้มีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ การขนส่งไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อพักรอการเก็บขนนำไปกำจัด โดยหน่วยงานที่ให้บริการเก็บขน

๓. กรมอนามัย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมโรงงานอุตสาหกรรม คณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และกรมควบคุมมลพิษร่วมกันแก้ไขปัญหาปริมาณมูลฝอยติดเชื้อล้นระบบ โดยออกประกาศยกเว้นเงื่อนไขในการบังคับให้โรงงานกำจัดกากอุตสาหกรรมโรงไฟฟ้าที่ใช้ขยะมูลฝอยเป็นเชื้อเพลิงสามารถรับมูลฝอยติดเชื้อมาเป็นเชื้อเพลิงในการเผาเป็นการชั่วคราว ภายใต้สถานการณ์วิกฤติของการระบาดของโรคโควิด ๑๙

สำหรับมาตรการในระยะต่อไป จะมีการพัฒนาในระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อแบบรวมศูนย์แห่งใหม่เกิดขึ้น ได้แก่ พื้นที่อีสานตอนกลางและอีสานตอนล่าง และสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อมากขึ้น

ประเด็นการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อระยะปลายทาง มีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนที่กำจัดหรือเผาเผาให้ครบทุกจังหวัดหรือไม่ เนื่องจากปัจจุบันมีอยู่เพียง ๑๗ Cluster และเพิ่มอีก ๑๑ แห่ง แต่เนื่องจากสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก โดยเฉพาะโรคติดต่อที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งไม่ใช่เฉพาะโรคโควิด ๑๙ เท่านั้น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นมากน้อยเพียงใดที่ควรต้องเพิ่มจุดกำจัดมูลฝอยติดเชื้อให้มีทุกจังหวัดเพื่อแก้ไขปัญหาการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดในระยะทางไกล หรือเพราะเหตุใดที่ยังไม่ควรมีในทุกจังหวัด นั้น

เมื่อพิจารณาจากปริมาณขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในช่วงที่ยังไม่มีการแพร่ระบาดหรือการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ยังไม่สูงมาก พบว่า ประสิทธิภาพการกำจัดขยะมีเพียงพอ และขณะนี้ได้มีการดำเนินการของคณะทำงาน ซึ่งมีแผนการกำจัดขยะติดเชื้อโดยเพิ่มระบบ Cluster เช่น ในภาคเหนือโดยมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ซึ่งมีระบบกำจัดขยะติดเชื้ออยู่แล้ว จึงได้เพิ่มศักยภาพให้มากขึ้น ส่วนในภาคอีสาน จะมีการเพิ่มศักยภาพให้กับการกำจัดขยะของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และภาคใต้ จะเพิ่มสถานที่กำจัดอีก ๑ แห่ง

โดยหากดำเนินการตามแผนดังกล่าวก็จะมีศักยภาพเพียงพอ และใช้งบประมาณไม่มาก และสามารถลดปัญหาการขนส่งได้

สำหรับการจัดตั้งให้มีสถานที่กักกักขะหรือเตาเผาให้ครบทุกจังหวัด อาจจะต้องงบประมาณในการดำเนินการค่อนข้างสูง และอาจจะไม่คุ้มค่าเท่ากับการจัดเป็นระบบ Cluster ทั้งนี้ การบริหารจัดการขยะทั้งต้นทาง กลางทาง และปลายทาง เป็นหน้าที่หลักของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น โดยกรมอนามัยเป็นหน่วยงานให้คำแนะนำทางวิชาการเกี่ยวกับการเก็บขนและการกำจัด เช่น อบจ. จังหวัดนนทบุรี มีโรงกำจัดและคัดแยกขยะติดเชื้อ และอีกหลายจังหวัดที่มีดำเนินการในลักษณะดังกล่าว ในส่วนของ รพ.สต. ได้ช่วยเหลือเป็นจุดพักขยะติดเชื้อ เพื่อจะให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปกำจัด โดยโรงงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่มีอยู่ ๑๗ Cluster เป็นการดำเนินของหลายภาคส่วนทั้งของ อบจ. (นนทบุรี ระยอง) มหาวิทยาลัย บริษัทเอกชน เป็นต้น สำหรับจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการลงทุนแต่ละแห่งจะได้จัดส่งข้อมูลมายังคณะกรรมการในภายหลัง

ผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

แนวทางการบริหารจัดการขยะติดเชื้อในสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้ดำเนินการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ผ่านการประสานบูรณาการของจังหวัด โดยดำเนินการเป็น ๓ มาตรการซึ่งสอดคล้องกับกรมอนามัย ประกอบด้วย มาตรการต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ดังนี้

- มาตรการต้นทาง รณรงค์ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขับเคลื่อนในพื้นที่ให้ประชาชนแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากขยะทั่วไป เช่น การคัดแยกหน้ากากอนามัย หน้ากากผ้า ชุดตรวจ ATK ขยะที่ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย สารคัดหลั่ง รวมทั้งการคัดแยกขยะจากการแยกกักตัวที่บ้าน (HI) และการแยกกักตัวในชุมชน (CI) โดยแยกใส่ถุงเฉพาะปิดปากถุงให้แน่นทำสัญลักษณ์แล้วนำไปทิ้ง ณ จุดขยะถึงสีแดงหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเตรียมไว้ให้เพื่อรอการเก็บขนนำไปกำจัดต่อไป

- มาตรการกลางทาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดตั้งถังขยะสีแดงไว้ให้กับประชาชนในพื้นที่ในระดับหมู่บ้าน เพื่อเป็นจุดทิ้งขยะติดเชื้อ รวมทั้งจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้เก็บขนขยะในการป้องกันตัวเอง เช่น ถุงมือ หน้ากากอนามัย หน้ากากผ้า และเครื่องแต่งกายที่รัดกุม รวมถึงมาตรการทำความสะอาดอุปกรณ์ต่าง ๆ และเครื่องแต่งกายเมื่อปฏิบัติงานเสร็จเรียบร้อยแล้ว ตลอดจนการฉีดล้างรถบรรทุกเก็บขนขยะมูลฝอยเป็นประจำทุกวัน

- มาตรการปลายทาง การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้ดำเนินการให้เป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากยังไม่มีความพร้อมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อาจจ้างเหมาเอกชนที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย หรือหน่วยงานของรัฐดำเนินการ โดยการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนมาพักรวมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลในพื้นที่เพื่อรอการนำไปกำจัด ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำของกรมอนามัยและบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และดำเนินการให้เป็นไปตามบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่ง

นอกจากนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในปี ๒๕๖๕ ได้กำหนดตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนการปฏิบัติงานผ่านแผนปฏิบัติการจังหวัดสะอาด ที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และมีหน่วยขับเคลื่อนระดับอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ ซึ่งได้กำหนดให้หมู่บ้าน ชุมชน มีการติดตั้งถังขยะเพื่อรวบรวมขยะติดเชื้อในชุมชนภายใต้สถานการณ์โรคโควิด ๑๙

โดยมีเป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ และกำหนดเป้าหมายไม่มีขยะติดเชื้อมากกว่าในชุมชนกำหนดให้เป็นมาตรการ ร้อยละ ๑๐๐

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นมีความเห็นสอดคล้องกับกรมอนามัยเกี่ยวกับการดำเนินการ กำจัดมูลฝอยติดเชื้อในรูปแบบรวมกลุ่ม Cluster โดย ๑ Cluster มีการรวมตัวกันประมาณ ๔ – ๕ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ อบต. ไม่มีศักยภาพดำเนินการ การรวมกลุ่มทำให้สามารถขับเคลื่อน เป็นอย่างดี เนื่องจากงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีจำนวนจำกัด และมีภารกิจอื่น ที่ต้องดำเนินการทั้งด้านคุณภาพชีวิต การป้องกันบรรเทาสาธารณภัย การจัดการขยะ และการจัดการ โครงสร้างพื้นฐาน ดังนั้น ภารกิจด้านการจัดการขยะหรือมูลฝอยซึ่งเป็นภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณและการเพิ่มบุคลากร ซึ่งอาจจะมีข้อจำกัดเกี่ยวกับงบประมาณบุคลากร ที่กำหนดให้ท้องถิ่นจ่ายได้ไม่เกิน ร้อยละ ๔๐ ของรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่ง จึงตั้งข้อสังเกตว่า หากสถานการณ์การขับเคลื่อนประเทศ และศักยภาพของรัฐบาลที่อาจควบคุม การแพร่ระบาดของโรคระบาดได้ดี อาจจะต้องมีการพิจารณาประกอบการจัดตั้งจุดกำจัดขยะติดเชื้อเพิ่มขึ้น หรือไม่ อาจจะต้องพิจารณาระยะยาว ๕ ปี หรือ ๑๐ ปี ต่อไป

กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ดำเนินการตามมาตรฐานตามกฎหมายทั้งด้านการเก็บ ซึ่งกำหนดว่า ขยะติดเชื้อจะต้องเก็บใส่ถุงแดงให้มิดชิด มัดปากถุงให้แน่น และเก็บไว้ ในส่วนการขน กรณีที่ขยะ เก็บไว้เกิน ๗ วัน ให้ขนโดยรถตู้ที่ปกปิดมิดชิดและมีการควบคุมอุณหภูมิ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับการเก็บ การขน หรือการกำจัดขยะติดเชื้อจะต้องได้รับการอบรมให้มีความรู้ อย่างเพียงพอในการระมัดระวังไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อทั้งตัวเองและป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่สิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งเป็นมาตรการที่ถูกกำหนดไว้ในกฎหมาย นอกจากนี้ จะต้องมีการลงระบบปริมาณขยะติดเชื้อในระบบ ว่าขนออกไปจำนวนเท่าใด และสถานที่ปลายทางที่นำไปกำจัดที่ใด หลังจากนั้นเมื่อไปถึงสถานที่กำจัด ปลายทางเมื่อกำจัดจะต้องลงบันทึกว่าได้ทำการกำจัดแล้ว ทั้งนี้ ป้องกันว่าขยะที่เกิดจากต้นทางได้จำไปถึง สถานที่และมีการกำจัดจริง สำหรับสถานที่กำจัดขยะติดเชื้อ มีมาตรฐานตามกฎหมายได้กำหนดว่า เตาเผา ต้องมีลักษณะพิเศษแบ่งเป็น ๒ ห้องเผา ห้องเผาที่ ๑ ให้เผาขยะด้วยอุณหภูมิ ๗๖๐ องศาเซลเซียส และห้องเผาที่ ๒ เป็นการเผาควันที่เกิดจากห้องเผาที่ ๑ ด้วยอุณหภูมิ ๑,๐๐๐ องศาเซลเซียส เพื่อทำลาย มลพิษต่าง ๆ ที่เกิดจากการเผาขยะติดเชื้อ

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

- กรมอนามัยควรมีการศึกษาว่า การจัดตั้งโรงงานกำจัดแต่ละแห่งต้องใช้งบประมาณลงทุน และบุคลากรจำนวนเท่าใด เพื่อประกอบการพิจารณาว่า ควรเป็นการลงทุนของภาครัฐเอง หรือจัดจ้าง บริษัท ภาคเอกชนดำเนินการจะมีความคุ้มค่ามากกว่า

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. ควรพิจารณาเรื่องการลดปริมาณขยะติดเชื้อต้นทาง ซึ่งจะส่งผลให้ลดภาระการจัดการ ระยะกลางและปลายทาง เนื่องจากขยะติดเชื้อต้นทาง สามารถกำจัดเชื้อได้และไม่ต้องขนไปกำจัดที่อื่น หรือไม่จำเป็นต้องกำจัดโดยการเผาเพียงวิธีเดียว เช่น การทำลายเชื้อด้วยน้ำยาฟอกขาวหรือโซเดียม ไฮโปคลอไรท์ และวัสดุบางอย่างสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำเมื่อมีการทำลายเชื้อแล้ว แต่ปัจจุบันไม่ได้ มีการพิจารณาประเด็นดังกล่าว ทำให้ประชาชนมีความตระหนักว่าสิ่งของที่สัมผัสผู้ติดเชื้อทุกสิ่งจะต้องกำจัด ด้วยการเผา ปัจจุบันมีการทิ้งกันเกินความจำเป็น เช่น หน้ากากอนามัย เสื้อผ้า จาน ชาม เป็นต้น ซึ่งหาก มีการทำความสะอาดด้วยน้ำยาซักผ้าขาว สบู่ ผงซักฟอก หรืออื่น ๆ ก็สามารถทำลายเชื้อได้โดยไม่ต้องทิ้ง

หรือไม่ต้องนำไปเผา ซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณเกินความจำเป็น ประกอบกับปัจจุบันประเทศไทยยังมีการแยกขยะไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ จึงเสนอว่า ควรมีการพิจารณาประเด็นดังกล่าวเพื่อผลักดันให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง และจัดทำเป็นคู่มือปฏิบัติต่อไป

๒. การลดปริมาณขยะติดเชื้อต้นทาง เป็นปัจจัยที่คุ้มค่า และเมื่อการลดขยะติดเชื้อต้นทางได้อย่างดีแล้ว ควรดำเนินการควบคู่กับมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการขนขยะติดเชื้อ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน และระยะปลายทางในการเผา เมื่อพิจารณาจากข้อมูลการชี้แจงที่ไม่จำเป็นจะต้องมีเตาเผาขยะติดเชื้อในทุกจังหวัด โดยสามารถดำเนินการได้ในรูปแบบ Cluster และควรพิจารณาให้ระยะทางการขนไม่ไกลเกินไปในแต่ละกลุ่มจังหวัด

๓. การส่งเสริมและให้ความรู้เกี่ยวกับด้านต่าง ๆ ทั้งการคัดแยกขยะ การทำลายเชื้อ รวมถึงการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจะมีความเชื่อมโยงกับระบบการศึกษา และความรู้ทางด้านสาธารณสุข Health literacy ซึ่งไม่ได้มีเฉพาะเรื่องขยะติดเชื้อ แต่ยังเกี่ยวข้องกับการป้องกันตนเองจากโรคมัยไข้เจ็บต่าง ๆ เช่น โรคความดัน โรคเบาหวาน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเสียบปลั๊กไฟฟ้าที่ไม่ให้เกิดไฟฟ้าช็อต เครื่องสำอาง/ยาปลอม รวมถึงอาหารเสริมสุขภาพ/วิตามิน ซึ่งเป็นความรู้ที่จะต้องแก้ไขระยะยาว พร้อมกับการแก้ไขปัญหาขยะสั้ให้ครอบคลุมทุกมิติ

๓.๘ ความก้าวหน้าและสิทธิประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพ การสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการเห็นความสำคัญของความก้าวหน้าและสิทธิประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน รวมทั้งความคืบหน้าการกำหนดตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” เป็นตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะให้แก่ “ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน” และปัญหาอุปสรรคต่อความก้าวหน้าของวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ในกรณีที่มีการถ่ายโอนภารกิจไปท้องถิ่น ซึ่งได้กำหนดให้เป็นวาระการพิจารณาเพื่อหาทางออกของเรื่องดังกล่าว

ผลการพิจารณา

ผู้แทนชมรมนักวิชาการการสาธารณสุขชุมชน

สภาการสาธารณสุขชุมชน ได้จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. ๒๕๕๖ ปัจจุบันนับเวลากว่า ๙ ปีที่กฎหมายมีผลใช้บังคับ และได้มีการตรากฎหมายลำดับรองต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติ รวมทั้งหลักสูตรการศึกษาและจรรยาบรรณวิชาชีพเสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยมีสมาชิกผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนแล้วกว่า ๔ หมื่นคน ทั้งนี้ ปีที่ผ่านมาในเดือนเมษายน ๒๕๖๔ สภาการสาธารณสุขชุมชน ได้เสนอขอกำหนดตำแหน่งวิชาชีพต่อรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขและที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบ และได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานพิจารณาทบทวนภารกิจของสายงานวิชาการสาธารณสุข ซึ่งได้มีการจัดประชุมระหว่างเดือนกันยายน ๒๕๖๔ – ธันวาคม ๒๕๖๔ รวมจำนวน ๓ ครั้ง โดยคณะทำงานได้มีมติกำหนดตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” และได้เสนอต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งได้เสนอข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติ ขอบเขตภารกิจและลักษณะงานของนักสาธารณสุขดังกล่าวด้วยแล้ว นอกจากนี้ สภาการสาธารณสุขชุมชน ได้ตั้งคณะอนุกรรมการสิทธิประโยชน์และกำหนดค่าตอบแทนและกำหนดตำแหน่ง เพื่อจัดทำข้อมูลทางวิชาการตามแนวทางเพื่อประกอบการพิจารณาของสำนักงาน ก.พ. ดังนั้น ในการประชุมทุกครั้งสำนักงาน ก.พ. จะได้รับทราบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันขั้นตอนอยู่ระหว่างการพิจารณาของ อ.ก.พ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสอบถามไปกรมต่าง ๆ ก่อนที่จะเสนอเข้าสู่ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงาน ก.พ. ต่อไป จึงขอให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาผลักดันการกำหนดตำแหน่งวิชาชีพนักการสาธารณสุขโดยเร็วเพื่อจะได้สร้างมาตรฐานวิชาชีพและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนต่อไป

ผู้แทนสภาการสาธารณสุขชุมชน

ความคืบหน้าการกำหนดตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” ซึ่งได้มีการผลักดันดำเนินการเมื่อวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๖๓ โดยตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อยกร่างกำหนดตำแหน่งนักสาธารณสุข และได้ดำเนินการรวบรวมการผลักดันอื่น ๆ มาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งได้มีหนังสือของสภาการสาธารณสุขชุมชนกราบเรียนนายกรัฐมนตรี เรียนรองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งรองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ เครืองาม) ในฐานะกำกับดูแลสำนักงาน ก.พ. โดยตรง ตลอดจนได้ทำหนังสือเรียนปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขานุการ ก.พ. และประธานคณะกรรมการการสาธารณสุขสภาผู้แทนราษฎร เกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่ง โดยรองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ เครืองาม) ได้พิจารณาและแจ้งให้สภาการสาธารณสุขชุมชนทราบว่า ได้ส่งเรื่องให้สำนักงาน ก.พ. ดำเนินการศึกษาความเป็นไปได้ตั้งแต่วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๔ ที่ผ่านมา รวมทั้งได้ขอทราบผลการศึกษาเบื้องต้นของสำนักงาน ก.พ.

เพื่อจะได้นำมาเตรียมความพร้อมในส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการกำหนดมาตรฐานตำแหน่ง ซึ่งเป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน ก.พ. จากนั้น ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม ๒๕๖๕ ที่ผ่านมานี้ ได้มีการติดตามผลการพิจารณาอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการขอกำหนดตำแหน่งใหม่ของนักสาธารณสุข

จากนั้น สภาวิชาชีพฯ ได้รับหนังสือตอบกลับจากจากสำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ที่ นร ๐๔๐๓ (กร ๒)/๓๓๕๖ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๔ โดยแจ้งว่า ได้ส่งหนังสือให้กับสำนักงาน ก.พ. เพื่อพิจารณาศึกษาความเป็นไปได้ และต่อมาได้รับหนังสือตอบกลับจากสำนักงานรัฐมนตรี ที่ สธ ๐๑๐๐/๗๒๖ ลงวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๔ แจ้งว่า ได้มอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาและดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้รับหนังสือจากสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๘.๓.๓/๕๙ ลงวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๔ แจ้งว่า ได้ส่งเรื่องให้กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขพิจารณา และขอให้แจ้งผลการพิจารณาพร้อมด้วยมติของ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขให้สำนักงาน ก.พ. ทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป

ทั้งนี้ การดำเนินการได้เริ่มต้นมาตั้งแต่ต้นปี ๒๕๖๓ จนกระทั่งสภาการสาธารณสุขชุมชน ได้มีหนังสือติดตามทวงถาม ซึ่งต่อมาได้มีคำสั่งแต่งตั้งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๕๐๓/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาทบทวนบทบาทภารกิจสายงานวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งองค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้มีผู้แทนเลขาธิการ ก.พ. เป็นที่ปรึกษา และรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านบริหารเป็นประธานคณะทำงาน รวมทั้งมีองค์ประกอบจากผู้แทนกรมต่าง ๆ อาทิ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย และผู้อำนวยการสำนักกระบวนงานตำแหน่งและค่าตอบแทนสำนักงาน ก.พ. รวมทั้งนายกสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นคณะทำงาน นอกจากนี้ มีผู้ทรงคุณวุฒิด้านพยาบาล ด้านเภสัชกรรม ผู้อำนวยการกองการพยาบาล ประธานชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการกองทรัพยากรบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นคณะทำงาน โดยมีกองบริหารทรัพยากรบุคคลที่ทำหน้าที่ในการเป็นเลขานุการคณะทำงาน

ต่อมาภายหลังได้แต่งตั้งผู้แทนกระทรวงศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นคณะทำงานเพิ่มเติม โดยให้คณะทำงานมีหน้าที่และอำนาจในการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลบทบาทภารกิจสายงานวิชาการและจัดทำข้อมูลรายงานหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาในเรื่องต่าง ๆ และปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย โดยคำสั่งลงวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔ แต่ก็ยังไม่ได้มีการประชุมพิจารณาเรื่องนี้โดยเร่งด่วน จนกระทั่งวันที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ จึงได้มีการประชุม และมีบางกรมที่ไม่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะทำงาน ได้ถูกเสนอให้มีการพิจารณาเกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่งนักสาธารณสุข ทำให้เกิดความซับซ้อนและล่าช้า ทั้งนี้ สภาการสาธารณสุขชุมชนได้มีการทำข้อมูลเสนออย่างครบถ้วน ทั้งเรื่องความต้องการและเหตุผลความจำเป็นอันเป็นผลสืบเนื่องจากพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. ๒๕๕๖ ที่มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๖ จนถึงปัจจุบันนับเป็นเวลากว่า ๙ ปี

โดยกฎหมายดังกล่าวได้กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนต้องปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานวิชาชีพอย่างมีมาตรฐานเดียวกันเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน ทั้งนี้ ลักษณะงานที่เป็นตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ ซึ่งต้องปฏิบัติโดยผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาที่ไม่อาจมอบหมายให้ผู้มีคุณวุฒิอย่างอื่นปฏิบัติงานแทนได้ และเป็นงานที่มีผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนอย่างเห็นได้ชัด โดยมีองค์การตามกฎหมายทำหน้าที่ควบคุมกำกับดูแล และกำหนดมาตรฐานการให้บริการ ควบคุมดูแลความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนให้ถูกต้องตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ รวมทั้งลงโทษผู้กระทำความผิดกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ ซึ่งเป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วย กำหนดตำแหน่งข้าราชการ

พลเรือนสามัญประเภทวิชาชีพเฉพาะและประเภทเชี่ยวชาญเฉพาะ พ.ศ. ๒๕๓๕ ดังนั้น สภาการสาธารณสุขชุมชนจึงขอกำหนดตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” เป็นตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะเพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. ๒๕๕๖ และหน้าที่ความรับผิดชอบที่ปฏิบัติในปัจจุบัน เช่นเดียวกับวิชาชีพอื่นทางสุขภาพหรือทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งสามารถกำหนดตำแหน่งวิชาชีพเฉพาะได้

ทั้งนี้ จากการประชุม อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเดือนมกราคม ๒๕๖๕ สภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนไม่ได้ถูกเชิญให้เข้าร่วมประชุม อย่างไรก็ตาม สภาวิชาชีพฯ ได้จัดทำข้อมูลประกอบการพิจารณาอย่างครบถ้วนแล้วตั้งแต่ในการประชุมคณะทำงานครั้งแรกเมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๔ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพ ความเชื่อมโยงลักษณะการปฏิบัติงานกับตำแหน่งอื่นตามที่กำหนดขอบเขตงานที่จำเป็นต้องใช้ตำแหน่งนักสาธารณสุขให้บริการ ขอบเขตงานตามบทนิยามตามมาตรา ๓ ว่าด้วยการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ทั้งในด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ การแนะนำและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การบำบัดโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการผสมผสานต่อเนื่อง และเชื่อมโยงเป็นองค์รวม การตรวจประยุกต์หลักวิทยาศาสตร์ โดยการกระทำด้านสาธารณสุขอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อการควบคุมป้องกันปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และลดความเสี่ยง การเจ็บป่วยต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน การตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัวตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด การตรวจประเมินอาการเจ็บป่วย และการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อ

จากนั้น ได้มีหนังสือแจ้งไปยังกระทรวงสาธารณสุขให้เร่งดำเนินการเกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” เป็นสายงานเพิ่มเติม ประเภทวิชาชีพเฉพาะ ซึ่งจะไม่แตกต่างจากวิชาชีพที่มีอยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ตามมติของคณะทำงานพิจารณาทบทวนภารกิจของสายงานวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๓ ครั้ง ซึ่งได้มีมติที่สามารถตอบประเด็นทั้งหมดอย่างชัดเจนเกี่ยวกับลักษณะงาน และความแตกต่างของวิชาชีพเดิม (นักวิชาการสาธารณสุข) กับตำแหน่งใหม่ คือ “นักสาธารณสุข” ที่เป็นวิชาชีพเฉพาะ โดยจะต้องมีคุณวุฒิความรู้ทางด้านสาธารณสุขโดยตรง และมีใบประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ทั้งนี้ หาก ก.พ. ได้มีการกำหนดตำแหน่งนักสาธารณสุขขึ้น จะมีผู้ที่มีคุณวุฒิและใบประกอบวิชาชีพที่สามารถเข้าสู่ตำแหน่งนักสาธารณสุขได้ทันทีกว่า ๑๓,๐๐๐ กว่าคน

การติดตามความคืบหน้าปัจจุบันได้มีหนังสือตอบกลับของนายกรัฐมนตรีนายกรัฐมนตรี และรองนายกรัฐมนตรีนายวิษณุ เครืองาม) โดยหนังสือของนายกรัฐมนตรีนายกรัฐมนตรีได้มีข้อสั่งการ ๒ ประการ ได้แก่ ๑) ให้สำนักงาน ก.พ.ชี้แจงต่อนายกสภาการสาธารณสุขชุมชน แต่จนกระทั่งปัจจุบันยังไม่มีหนังสือแจ้งมายังสภาวิชาชีพฯ ตามที่นายกรัฐมนตรีนายกรัฐมนตรีสั่งการ ๒) ให้รองนายกรัฐมนตรีนายวิษณุ เครืองาม) รับทราบและแจ้งให้สำนักงาน ก.พ. พิจารณาดำเนินการต่อไป จากนั้น รองนายกรัฐมนตรีนายวิษณุ เครืองาม) ได้ส่งหนังสือแจ้งให้สภาวิชาชีพฯ ทราบว่า ได้มอบให้สำนักงาน ก.พ. พิจารณาดำเนินการแล้ว สำหรับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเลขาธิการ ก.พ. ยังไม่มีหนังสือแจ้งหนังสือกลับมายังสภาวิชาชีพฯ

กรณีดังกล่าว สภาวิชาชีพฯ จึงขอทราบเหตุผลกรณีที่ทำให้การกำหนดตำแหน่งวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนเพื่อให้เป็นตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” ประเภทวิชาชีพเฉพาะ มีความล่าช้ามากกว่า ๑ ปี ทั้งที่สภาวิชาชีพฯ ได้ให้ข้อมูลประกอบการพิจารณาไว้ครบถ้วนแล้ว รวมถึงข้อมูลความแตกต่างของ “นักวิชาการสาธารณสุข” กับ “นักสาธารณสุข” และเหตุใด อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จะต้องกำหนดให้ อ.ก.พ. ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาก่อนที่จะเสนอให้ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำให้กระบวนการขึ้นตอนซับซ้อนและล่าช้ามากขึ้น ส่งผลให้วิชาชีพการสาธารณสุขถูกรอนสิทธิที่ควรจะได้รับ และมีผลกระทบต่อประชาชนที่ควรจะได้รับบริการดูแลอย่างตามมาตรฐานจากผู้ประกอบวิชาชีพโดยตรง

ประเด็นการกำหนดชื่อตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” มีความแตกต่างจากชื่อพระราชบัญญัติประกอบกับได้มีและคำนิยามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งได้กำหนดคำว่า “วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน” หรือ “ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน” ซึ่งแตกต่างจากนักสาธารณสุข กรณีดังกล่าวอาจส่งผลให้การพิจารณากฎหมายอื่นที่จะมีความเกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนเสียโอกาสการมีส่วนร่วมในกฎหมายอื่น ๆ อีกทั้งในกระบวนการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุข ซึ่งมีความเห็นแย้งกันทั้งระหว่างวุฒิสภาและสภาผู้แทนราษฎร จนกระทั่งมีการตั้งคณะกรรมการร่วมกันของทั้งสองสภา รวมถึงการเปลี่ยนชื่อร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุข เนื่องจากเป็นคำที่มีความหมายกว้างและเกี่ยวข้องกับทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา การส่งเสริม การป้องกันโรค และการอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงได้มีข้อเสนอให้มีคำว่า “วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน” เพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่การดำเนินงานเฉพาะเบื้องต้นในชุมชน และไม่ก้าวล่วงวิชาชีพอื่น โดยเฉพาะทางแพทย์หรือพยาบาล ดังนั้น หากกำหนดชื่อตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” อาจมีข้อโต้แย้งเนื่องจากเป็นคำที่มีความหมายกว้างครอบคลุมวิชาชีพด้านสาธารณสุข ดังนั้น เหตุใดการขอกำหนดตำแหน่งจึงไม่ใช่ชื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายและบทบาทหน้าที่เพื่อไม่ให้เกิดปัญหา และข้อโต้แย้งกับความทับซ้อนดังกล่าว

วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน อาจจะมีการใช้ชื่อวิชาชีพแตกต่างกับชื่อร่างพระราชบัญญัติ ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีการเสนอโดยการเข้าชื่อของประชาชนกว่าสองหมื่นคน เนื่องจากเป็นความเห็นชอบของประชาชน โดยเห็นว่า วิชาชีพดังกล่าวทำงานอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนหรือเดิมเรียกว่า หมออนามัยของสุขาสา อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงมหาดไทย นอกจากนี้ หมออนามัยได้เป็นพี่เลี้ยงให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และมีบทบาทสำคัญมากในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ดังนั้น หมออนามัย หรือนักสาธารณสุข จึงควรได้รับการสนับสนุน ซึ่งชื่อตำแหน่งนักสาธารณสุขอาจจะแตกต่างจากชื่อพระราชบัญญัติ แต่เป็นชื่อที่ได้มีการทำประชาพิจารณ์ ในช่วงปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ และมีผลข้อสรุปให้ใช้ “นักสาธารณสุข” ซึ่งเดิมได้ใช้คำว่า “นักสาธารณสุขชุมชน” แต่สภาวิชาชีพฯ ได้เสนอเรื่องไปราชบัณฑิตยสถาน และได้ให้คำตอบว่า “นักสาธารณสุข” ไม่เป็นที่คำซ้ำซ้อน ประกอบกับมีมติเห็นชอบจากคณะกรรมการสภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ให้ใช้ชื่อตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” รวมทั้งมติของคณะทำงานทบทวนภารกิจของสายงานวิชาการสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๔ เห็นชอบให้ใช้ชื่อเรียกตำแหน่ง “นักสาธารณสุข”

ชื่อตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” ไม่ได้มีความหมายที่จะก้าวล่วงวิชาชีพอื่น เนื่องจากมีการปฏิบัติงานที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและการกำกับกรปฏิบัติงานตามขอบเขตที่ได้กำหนดไว้ในคำนิยามตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ ประกอบกับมีการกำหนดขอบเขตภารกิจ การประกอบวิชาชีพที่ชัดเจน และสามารถออกกฎหมายลำดับรองเพื่อจำกัดมิให้ก้าวล่วงวิชาชีพอื่นได้ รวมทั้งได้มีการกำหนดรายละเอียดลักษณะมาตรฐานตำแหน่งเพื่อควบคุมกำกับกรปฏิบัติหน้าที่โดยบางกิจกรรม เช่น การฉีดวัคซีน จะต้องมีการประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้ทำได้ ดังนั้น ชื่อตำแหน่งจึงไม่น่าจะก่อให้เกิดปัญหา แต่ประเด็นปัญหาสำคัญ คือ กฎหมายวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนได้ใช้บังคับตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ จนกระทั่งปัจจุบันยังไม่สามารถกำหนดตำแหน่งวิชาชีพเฉพาะได้ และการใช้ชื่อตำแหน่ง “นักสาธารณสุข”

ได้ผ่านการทำประชาพิจารณ์จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นมติของคณะทำงานทบทวนภารกิจของสายงานวิชาการสาธารณสุข และได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการสภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จึงควรผลักดันให้เป็นไปตามมติและความเห็นชอบของกระบวนการที่ผ่านมาดังกล่าว

พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลากว่า ๙ ปี แต่การดำเนินงานของหมอนามัยเพื่อประชาชนในพื้นที่ได้ทำมานานกว่า ๑๐๐ ปี ดูแลประชาชนตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ข้อกังวลกรณีที่ไม่มีความจำเป็นเกี่ยวกับ “นักสาธารณสุข” ซึ่งสภาวิชาชีพฯ ได้จัดทำข้อมูลขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” ที่ข้อกำหนดสายงานเพิ่มขึ้นใหม่ รวมทั้งความแตกต่างของมาตรฐานกำหนดตำแหน่งระหว่าง “นักวิชาการสาธารณสุข” กับ “นักสาธารณสุข” ไว้อย่างชัดเจน และไม่ก้าวล่วงวิชาชีพอื่น

อีกทั้งกระบวนการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติของรัฐสภา จนกระทั่งประกาศใช้เป็นกฎหมาย ได้มีการพิจารณาประเด็นความก้าวล่วงวิชาชีพอื่นมาแล้ว โดยได้กำหนดขอบเขตและมาตรฐานตำแหน่งในคำนิยามของมาตรา ๓ คำว่า “วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน” และ “ผู้ประกอบการวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน” โดยได้จัดทำมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” เป็นตำแหน่งประเภทวิชาการ สายงานสาธารณสุข มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง และต้องเป็นผู้ที่ได้รับปริญญา หรือคุณวุฒิต่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกันในสาขาสาธารณสุข และได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน รวมทั้งมีการกำหนดลักษณะงานทั่วไป คือ ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขชุมชนมีลักษณะงานวางแผน ประเมินผล การแนะนำและให้คำปรึกษา วิเคราะห์ การพัฒนาระบบงานด้านสาธารณสุข การวินิจฉัยและเฝ้าระวังสุขภาพชุมชน วิจัย พัฒนา เครื่องมือ นวัตกรรมในการป้องกันภัยสุขภาพ ภัยพิบัติ รวมถึงโรคอุบัติใหม่ อับัติซ้ำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การตรวจประเมินบำบัด การตรวจประเมินอาการเจ็บป่วย และการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อสุขภาพ การอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม โดยเป็นการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ทั้งนี้ เพื่อลดปัจจัยสุขภาพของประชาชนโดยนำหลักวิทยาศาสตร์ประยุกต์มาใช้เป็นส่วนร่วมด้านสาธารณสุขชุมชนแบบองค์รวม

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข ควรผลักดันไปสู่กระบวนการพิจารณาของสำนักงาน ก.พ. โดยเร็ว เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพได้รับความเป็นธรรมและได้รับสิทธิที่ควรจะได้เช่นกับกับวิชาชีพอื่น ๆ ซึ่งมีความแตกต่างระหว่างนักวิชาการสาธารณสุข ที่ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ แต่หากนักวิชาการสาธารณสุขจะเข้าสู่ตำแหน่งวิชาชีพ “นักสาธารณสุข” จะต้องต้องมีใบประกอบวิชาชีพ และมีคุณสมบัติครบถ้วนในการเข้าสู่ตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” เมื่อได้รับความเห็นชอบจากสำนักงาน ก.พ. แล้ว

ประเด็นการกำหนดให้มีค่าตอบแทนสำหรับวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนตามหลักเกณฑ์ของ ก.พ. นั้น ซึ่งประเด็นนี้เป็นปัญหาที่ทำให้บุคลากรส่วนหนึ่งต้องการถ่ายโอนไปอยู่ภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากมีความเหลื่อมล้ำเกี่ยวกับค่าตอบแทนของแต่ละวิชาชีพ จึงเกิดข้อเรียกร้องของวิชาชีพต่าง ๆ ที่ได้รับค่าตอบแทนไม่เหมาะสม หรือยังไม่ได้รับ ดังนั้น ค่าตอบแทนวิชาชีพ จึงเป็นสิทธิของผู้ประกอบวิชาชีพที่มีกฎหมายวิชาชีพรองรับ เช่น เงิน พ.ต.ส. และเงินค่าตอบแทน ฉบับ ๑๑ และฉบับ ๑๒ ซึ่งปัจจุบันมีความเหลื่อมล้ำสูงมาก โดยบางวิชาชีพได้ค่าตอบแทนสูงถึงหกหมื่นบาท แต่บางวิชาชีพได้รับเพียงหลักพันบาทจึงเกิดความไม่ทัดเทียมกันในองคัพพของวิชาชีพในกระทรวงสาธารณสุข

ค่าตอบแทนบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข เรียกว่า เงิน พ.ต.ส. โดยกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่มีสภาวิชาชีพตามกฎหมายทุกวิชาชีพ แต่ไม่ใช่กรณีความขาดแคลน ซึ่งปัจจุบันได้กำหนดให้ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขไว้ด้วยแล้ว ทั้งนี้ ที่ผ่านมาจะกำหนดค่าตอบแทนที่ต่างกันตามระดับความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยพิจารณาว่า ตำแหน่งใด ลักษณะงานใด ควรจะได้รับค่าตอบแทนระดับใด สำหรับสาขา

ที่ขาดแคลนได้กำหนดให้เป็นเงินเพิ่มพิเศษ เช่น เดือนละ ๕,๐๐๐ บาท หรือ ๑๕,๐๐๐ บาท สำหรับสาขาขาดแคลน เช่น สาขาระบาดวิทยา

ประเด็นนี้ผู้แทนสำนักงาน ก.พ. ให้ข้อมูลไว้ว่า : เงิน พ.ต.ส. จะได้รับตามระเบียบของ ก.พ. โดยกำหนดหลักเกณฑ์เบื้องต้นสำหรับตำแหน่งในสายงานที่จะได้รับเงิน พ.ต.ส. จะต้องเป็นตำแหน่งสายงานระดับปริญญาตรีขึ้นไป และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ หรือผู้ประกอบโรคศิลปะ และมีการให้บริการสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน

ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการพิจารณาตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” เนื่องจากการกำหนดตำแหน่งที่เป็นสายงานเพิ่มใหม่จะต้องผ่านความเห็นชอบจาก อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขก่อนที่จะเสนอไปให้สำนักงาน ก.พ. พิจารณา ซึ่งจะต้องเป็นไปตามกรอบโครงสร้างที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ สำหรับประเด็นเงินประจำตำแหน่ง หรือเงินค่าตอบแทนต่าง ๆ จะต้องเป็นไปตามที่ ก.พ. เกี่ยวกับการรับเงินประจำตำแหน่งหรือหลักเกณฑ์ที่ได้กำหนดเงื่อนไขของการกำหนดของแต่ละสายงาน ทั้งนี้ ปัญหาความล่าช้าเกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่งเพิ่มใหม่ จะต้องมีการวิเคราะห์และทบทวนอย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งได้มีการตั้งคณะทำงานพิจารณาทบทวนภารกิจของสายงานวิชาการสาธารณสุข โดยมีองค์คณะที่ประกอบด้วยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ได้แต่งตั้งองค์คณะที่มาจากส่วนราชการภายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่คาดว่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดตำแหน่งสายงานนักสาธารณสุขด้วยเช่นกัน

โดยจะเห็นว่า ในองค์คณะได้เชื่อมโยงถึงกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีนักวิชาการสาธารณสุข จากนั้นได้มีการประชุมคณะทำงานจำนวน ๓ ครั้ง โดยในแต่ละครั้ง ได้มีการศึกษาวิเคราะห์จากประเด็นต่าง ๆ ทั้งกรณีข้อสายงานที่กำหนดแตกต่างจากพระราชบัญญัติ หรือกรณีความกังวลเกี่ยวกับปริมาณงานของในสายงานนักสาธารณสุข โดยเปรียบเทียบกับนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งสำนักงาน ก.พ. ได้เน้นย้ำว่า จะต้องแสดงได้อย่างชัดเจน รวมถึงผลกระทบต่อวิชาชีพที่จะต้องถูกแยกตัวออกมาเป็นนักสาธารณสุขตามกฎหมาย ซึ่งการประชุมจะต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนมากเพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วนและชัดเจนเมื่อประชุมครบ ๓ ครั้ง แล้ว จึงได้มีการเสนอ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยในส่วนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นกรมที่จะต้องเสนอเรื่องการกำหนดตำแหน่งสายงานเพิ่มใหม่จะต้องผ่านความเห็นชอบในระดับ อ.ก.พ. กรมทุกกรมก่อน เพื่อวิเคราะห์ร่วมกันว่า ควรที่จะมีสายงานนี้เพิ่มใหม่ในกระทรวงหรือไม่ ซึ่งเป็นขั้นตอนปกติที่จะต้องมีการกลั่นกรองของกรมต่าง ๆ ก่อนการเสนอต่อ อ.ก.พ. กระทรวง เพื่อให้เกิดความชัดเจน

ทั้งนี้ ผลจากการประชุม อ.ก.พ. กรมทุกกรม มีมติไปในแนวทางเดียวกัน โดยเห็นชอบให้มีการกำหนดตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” แต่มีบางกรมที่มีข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ชื่อตำแหน่งที่ไม่ตรงกับวิชาชีพตามชื่อพระราชบัญญัติ ทั้งนี้ กระบวนการต่อไปจะได้เสนอต่อ อ.ก.พ. กระทรวง ในวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบเกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่ง “นักสาธารณสุข” ดังกล่าว

ผู้แทนสำนักงาน ก.พ.

ปัจจุบันแม้ว่า อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข จะยังไม่ได้ให้ความเห็นชอบและส่งหนังสือมายังสำนักงาน ก.พ. แต่ระหว่างนี้สำนักงาน ก.พ. ได้พิจารณาร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และสภาวิชาชีพการสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกรณีการกำหนดชื่อตำแหน่ง หรือการกำหนดลักษณะงานเพื่อให้เกิดความชัดเจนระหว่าง “นักสาธารณสุข” กับ “นักวิชาการสาธารณสุข” และเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบในภาพรวม เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่มีอยู่ในหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศ ทั้งในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาการพิจารณาก่อนที่จะเสนอเข้าสู่การพิจารณาของ ก.พ. เพื่อให้เกิดความชัดเจน ซึ่งที่ผ่านมาได้รับความร่วมมือจากสภาวิชาชีพในการเสนอข้อมูลประกอบการพิจารณาในประเด็นดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

ผู้แทนสภาวิชาชีพการสาธารณสุข

สำหรับประเด็นการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะเป็นปัญหาอุปสรรคต่อความก้าวหน้าของวิชาชีพหรือไม่ กรณีดังกล่าว เนื่องจากการถ่ายโอนยังไม่เสร็จสิ้น จึงยังไม่ทราบว่า จะส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าของผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนหรือไม่ ประการใด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ร้อยละ ๙๐ อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยในจำนวนนี้ ร้อยละ ๘๐ เป็นผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ซึ่งไม่ใช่หน่วยบริการที่ได้รับงบประมาณโดยตรงจาก สปสช. จึงไม่มีงบประมาณบริหารจัดการ ประกอบกับปัญหาความเหลื่อมล้ำในกระทรวงสาธารณสุขทั้งเรื่องค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในวิชาชีพ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคลากรต้องการถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

เนื่องจากไม่มีคำนิยาม “นักสาธารณสุข” อยู่ในกฎหมายใด และหากมีการตรากฎหมายขึ้นใหม่ และต้องการที่จะให้มีส่วนร่วมของนักการสาธารณสุข เช่น การเป็นกรรมการหรือผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการของกฎหมายฉบับใดฉบับหนึ่ง อาจจะทำให้การพิจารณาไม่ครอบคลุมถึงนักการสาธารณสุขได้ เนื่องจากกระบวนการพิจารณาความเชื่อมโยงของกฎหมายส่วนใหญ่จะพิจารณากฎหมายระดับพระราชบัญญัติเป็นสำคัญ ซึ่งบางกรณีอาจไม่ทราบว่ามีกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับตำแหน่งวิชาชีพไว้ในกฎหมายลำดับรอง อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการไม่ขัดข้องที่จะมีการผลักดันชื่อตำแหน่งใด และสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามกระบวนการและเข้าสู่การพิจารณาของ ก.พ. ต่อไป

๓.๙ กระบวนการการออกเอกสารรับรองสุขภาพดิจิทัล (Thailand Digital Health Pass)

คณะกรรมการเห็นความสำคัญของกระบวนการบริหารจัดการการออกเอกสารรับรองสุขภาพดิจิทัล (Thailand Digital Health Pass) เนื่องจากโรคโควิด ๑๙ เป็นโรคระบาดใหม่ ซึ่งมีการแพร่ระบาดทั่วโลกอย่างรุนแรง ระบบการตรวจสอบการเดินทางเข้าประเทศต่าง ๆ ก็จะต้องมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามสถานการณ์ ทั้งนี้ การเดินทางเข้าประเทศทั้งคนไทยและนักท่องเที่ยวต่างชาติ ยังมีปัญหาอุปสรรคที่ต้องปรับปรุงหรือพัฒนาซึ่งปัญหาด้านนโยบายตามที่ มีข้อร้องเรียนว่า กระบวนการบริหารจัดการการออกเอกสารรับรองสุขภาพดิจิทัล (Thailand Digital Health Pass) มีความซับซ้อนและกฎเกณฑ์เข้มงวดทำให้นักท่องเที่ยวไม่ได้รับความสะดวกในการเดินทาง ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงแรกของการจัดทำระบบ Sandbox จึงนำมาสู่การพิจารณาถึงกระบวนการการออกเอกสารรับรองสุขภาพดิจิทัล (Thailand Digital Health Pass) แนวทางและหลักเกณฑ์การใช้เอกสารรับรองสุขภาพดิจิทัล (Thailand Digital Health Pass) ในแอปพลิเคชันหมอพร้อม เพื่อเชื่อมโยงกับระบบ Thailand Pass ของกระทรวงการต่างประเทศ สำหรับการติดตามและอำนวยความสะดวกผู้ที่เดินทางเข้าประเทศไทย และนักท่องเที่ยว ตามมาตรการการเปิดประเทศของรัฐบาล การตรวจสอบและประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อไวรัสโควิด ๑๙ ของผู้ที่เดินทางเข้าออกประเทศ

ผลการพิจารณา

ผู้แทนสภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย

ระบบการดูแลนักท่องเที่ยวได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม ๒๕๖๔ และมีการนำ Thailand Pass มาใช้ รวมถึงระบบต่าง ๆ โดยประชาสัมพันธ์ให้สมาคมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทราบและดำเนินการ ทั้งในส่วนของสมาชิกฯ และตัวแทนเกี่ยวกับสภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวทั้ง ๗๖ จังหวัด แต่ยังคงพบว่า ผู้ประกอบการระดับจังหวัดมีความเข้าใจไม่ตรงกัน ทำให้เกิดความสับสน และปัญหาในทางปฏิบัติของระบบต่าง ๆ คือ

ปัญหาด้านนโยบายมีข้อร้องเรียนว่า กระบวนการบริหารจัดการมีความซับซ้อนและกฎเกณฑ์เข้มงวดทำให้นักท่องเที่ยวไม่ได้รับความสะดวกในการเดินทาง ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงแรกของการจัดทำระบบ Sandbox ดังนั้น ในฐานะที่สภาอุตสาหกรรมฯ ได้ดูแลระบบและนโยบายต่าง ๆ จึงสรุปปัญหาด้านนโยบายได้ว่า นโยบายภาครัฐได้กำหนดไว้ในระดับเหมาะสมแล้ว โดยมีความเข้มงวดคิดเป็น ร้อยละ ๖๐ และผ่อนคลายเป็น ร้อยละ ๔๐ และมีลักษณะเช่นนี้มาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบปัญหาในช่วงแรกที่ส่งผลให้นักท่องเที่ยวเข้าประเทศจำนวนน้อย โดยเฉพาะช่วงเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม ๒๕๖๔ เนื่องจากกฎเกณฑ์ต่างเข้มงวดมาก จนกระทั่งระยะเริ่มการใช้ระบบ Test and Go เมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ซึ่งได้รับการยอมรับและความสนใจจากนักท่องเที่ยวต่างชาติจำนวนมากว่า จนมาถึงช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโอมิครอน ซึ่งต้องกลับมาใช้มาตรการเข้มงวดอีกครั้ง และยกเลิกระบบ Test and Go ทำให้ได้รับการร้องเรียนจากนักท่องเที่ยวและผู้ประกอบการอีกครั้ง ดังนั้น เมื่อเดือนมกราคม สภาอุตสาหกรรมฯ จึงได้ประชุมร่วมกับรองนายกรัฐมนตรี (นายอนุทิน ชาญวีรกูล) และอธิบดีกรมควบคุมโรค เกี่ยวกับแผนเชิงนโยบาย ซึ่งได้รับทราบและทำความเข้าใจ รวมทั้งได้ดำเนินการตามแผน ซึ่งแผนต่าง ๆ ได้มีการผ่อนคลายเป็นระยะ ๆ จนกระทั่งปัจจุบันที่ไม่ต้องมีการตรวจคัดกรองแล้ว ซึ่งได้รับความนิยมจากนักท่องเที่ยวและผู้ประกอบการมากขึ้น

สำหรับสภาอุตสาหกรรม มุมมองเกี่ยวกับระบบ Thailand Pass เห็นว่า ไม่เป็นปัญหา เนื่องจากกฎเกณฑ์และมาตรการต่าง ๆ มีความเหมาะสมแล้ว อีกทั้ง ยังมีความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบที่ดี อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า มีปัญหาการร้องเรียนจากนักท่องเที่ยวและผู้ประกอบการเกี่ยวกับช่วงที่มีการใช้ระบบ Thailand Pass

hotel ในการตรวจ Hotel Booking เพื่อช่วยติดตามนักท่องเที่ยวโดยต้องให้โรงแรมเข้าไปกดยืนยันในระบบด้วย ซึ่งไม่ใช่ระบบ Thailand Pass แต่สภาอุตสาหกรรมฯ ได้เพิ่มระบบดังกล่าว ทำให้หลายโรงแรมที่ได้รับข่าวสารไม่ทั่วถึง หรือพนักงานไม่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ระบบ จึงเกิดข้อร้องเรียนขึ้น ต่อมาจึงมีการยกเลิกระบบ Thailand pass hotel ปัจจุบันจึงไม่มีปัญหาเชิงระบบแล้ว

ดังนั้น กรณีที่เกิดมอมมองเกี่ยวกับปัญหาด้านนโยบาย จะพบได้ในประเด็นที่มีกระบวนการขั้นตอนที่มากเกินไป สำหรับปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวกับไอทีพบปัญหาเกิดขึ้นน้อยมาก โดยจะมีเฉพาะช่วงการเปิดระบบใหม่เท่านั้น เนื่องจากมีการดาวน์โหลดจำนวนมาก ซึ่งปัจจุบันได้มีการเพิ่มระบบคราวน์และบุคลากรแล้ว จึงไม่เกิดปัญหา นอกจากนี้ พบว่า ปัญหาเรื่องเรียนเกี่ยวกับการไม่ได้รับ Thailand Pass ซึ่งกรณีดังกล่าว สภาอุตสาหกรรมฯ ได้ประชาสัมพันธ์และแจ้งให้ผู้ประกอบการและนักท่องเที่ยวทราบแล้วว่า จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องดังกล่าว ซึ่งได้มีข้อกำหนดชัดเจนว่า ขั้นตอนของ Thailand Pass จะต้องดำเนินการเพื่อให้ได้ QR Code เพื่อใช้ในการเข้าประเทศไทย โดยจะต้องดำเนินการล่วงหน้า ๓ วันก่อนเดินทางออกจากประเทศต้นทาง แต่ยังมีนักท่องเที่ยวที่ไม่ดำเนินการล่วงหน้า จึงทำให้เป็นปัญหาและพบว่า ยังคงมีอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ จึงได้มีการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ทำให้ปัญหาเริ่มลดลง

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาจึงพบว่า ระบบ Thailand Pass ปัจจุบันมีขั้นตอนน้อยมาก ยังคงมีเพียงการใช้ข้อมูลพาสปอร์ต และการรับวัคซีนเท่านั้น และส่วนใหญ่ได้รับการอนุมัติภายใน ๑ วัน หรือน้อยกว่า ๑ วัน อีกทั้งระบบมีความเสถียรมากแล้ว อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อเรียกร้องเพิ่มขึ้น ดังนี้ ๑) กลุ่มคนไทยที่เดินทางกลับเข้ามาในประเทศเรียกร้องว่า กรณีคนไทยซึ่งไม่ต้องซื้อประกันสุขภาพ จึงขอยกเลิกขั้นตอนระบบ Thailand Pass และ ๒) ผู้ประกอบการ กรณีวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ เป็นต้นไป ควรทำให้ Thailand Pass ดำเนินการได้ง่ายหรือสะดวกขึ้นกว่าเดิม หรือควรยกเลิกระบบดังกล่าว

จึงสรุปได้ว่า ปัจจุบันไม่พบปัญหาเชิงระบบ แต่ด้านนโยบาย จะทำอย่างไรให้นักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ประกอบการและนักท่องเที่ยว รวมทั้งประเทศคู่ค้า เช่น ซาอุดีอาระเบีย ได้หารือและเสนอให้แก้ไขปัญหากระบวนการเดินทางเข้าประเทศไทยที่ยุ่งยาก อีกทั้งนักท่องเที่ยวกลุ่มศักยภาพสูง หรือ Luxury Tourism เริ่มมีการเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ที่สามารถเดินทางเข้าประเทศได้ง่าย สำหรับการตรวจด้วย RT-PCR ได้ยกเลิกการตรวจทุกประเทศแล้วรวมถึงประเทศไทย ดังนั้น ประเทศไทยยังคงใช้อยู่ด้านเดียว คือ Thailand Pass ซึ่งเป็นข้อเรียกร้องจากนักท่องเที่ยวและผู้ประกอบการให้ทำได้สะดวกและง่ายที่สุด หรือเสนอยกเลิกเพื่อให้นักท่องเที่ยวเข้าสู่ประเทศมากขึ้น

ผู้แทนกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ

ระบบ Thailand Pass มีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องตามสถานการณ์ภายในประเทศที่มีความมั่นใจมากขึ้น จึงมีการลดการตรวจสอบ และลดมาตรการตรวจคัดกรองต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการฉีดวัคซีนภายในประเทศ โดย Thailand Pass มุ่งเน้นด้านการตรวจสอบใบรับรองวัคซีนเป็นหลัก โดยในปัจจุบันยังดำเนินการเพียงเรื่องเดียวเท่านั้น และเป็นงานในความรับผิดชอบของด่านควบคุมโรค นอกจากนี้ Thailand Pass มีประโยชน์ในด้านการรับทราบข้อมูลผู้เดินทางก่อนที่จะมาถึงประเทศไทย ณ ท่าอากาศยานบินสุวรรณภูมิ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาประการหนึ่ง คือ พบความแออัดและสถานการณ์หน้าด่าน

ทั้งนี้ สำนักงานพัฒนาารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) ได้ปรับระบบ Thailand Pass โดยกำหนดช่วงเวลาไว้ว่า นักท่องเที่ยวลงทะเบียนแล้วจะได้รับอนุมัติภายใน ๔๘ ชั่วโมง และได้นำระบบการตรวจสอบอัตโนมัติ Public Key Infrastructure (PKI) ที่สามารถตรวจคิวอาร์โค้ดใบรับรองวัคซีนของจำนวน ๖๔ ประเทศได้แล้ว ทำให้คนที่ลงทะเบียนดาวน์โหลด QR Code ได้เลย และ QR Code จะออก

ให้ผู้เดินทางได้ทันที ซึ่งได้นำเข้ามาใช้ให้เกิดความสะดวกมากขึ้น นอกจากนี้ นักท่องเที่ยวชาวโนโหลตเฉพาะหน้าพาสปอร์ตและใบรับรองวัคซีนเท่านั้น ส่วนอื่นเป็นเพียงกรอกข้อมูลที่จำเป็นในการเดินทาง ซึ่งข้อมูลถูกนำไปใช้ประโยชน์ในด้านควบคุมโรค ด้านตรวจคนเข้าเมือง โดยนักท่องเที่ยวไม่ต้องกรอกข้อมูลในเอกสารที่ด่านอีก

ประเด็นการยกเลิก Thailand Pass หรือต้องดำเนินการต่อไปหรือไม่ จะต้องมีการหารือในระดับนโยบาย ซึ่งกระทรวงการต่างประเทศพร้อมปฏิบัติตามนโยบายและการประชาสัมพันธ์ ทั้งนี้ กรณีการกำกับดูแลการเข้าเมืองและการควบคุมโรค ซึ่งเป็นหน่วยที่สำคัญ กระทรวงการต่างประเทศได้เข้ามามีบทบาทมากในช่วงแรกของการใช้ Thailand Pass แต่ปัจจุบันระบบสามารถดำเนินการได้ต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว กระทรวงการต่างประเทศ จึงไม่ได้เข้ามากำกับดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ระบบและมาตรการต่าง ๆ จะมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ ซึ่งเป็นการพิจารณาของระดับนโยบายประเทศต่อไป

กรณีการดาวน์โหลด QR Code ของ EU หาก Digital Health Pass ที่ออกมาตามแอปพลิเคชันหมอพร้อม เมื่อนำไปดาวน์โหลดในหมอพร้อมก็สามารถทำได้ โดยระบบจะทำการอ่านข้อมูล เมื่อพบว่า มีใบรับรองวัคซีนก็จะได้รับ QR Code ในทันที ดังนั้น การกลับเข้ามาในประเทศไทยของคนไทยที่มี Digital Health Pass จะไม่มีปัญหา ซึ่งสามารถใช้อันใดอันหนึ่งได้ หรือหากใช้ทั้งสองระบบ QR Code ก็จะทำให้การตรวจผ่านเกิดขึ้นได้ในทันที

สำหรับกรณีการตรวจใบรับรองการฉีดวัคซีน ปัจจุบันการเข้าเมืองมีทั้งระบบกักตัวและไม่ต้องกักตัว ซึ่งกรณีที่ไม่ต้องกักตัว คือ คนที่มีวัคซีนครบทั้ง ๒ เข็ม และแสดงใบรับรอง สำหรับผู้ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบ หรือไม่มีใบรับรองวัคซีน สามารถเลือกตรวจ RT-PCR ก่อนเดินทางเข้าประเทศ และดาวน์โหลดผลการตรวจใน Thailand Pass โดยไม่ต้องกักตัว และผู้ที่ไม่เลือกตรวจ RT-PCR จะต้องเข้ามากักตัว ๕ วัน ซึ่งทั้งคนไทยและคนต่างชาติโดยส่วนใหญ่เลือกใช้แบบไม่กักตัว

ผู้แทนสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (สพร.)

สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (สพร.) ในฐานะผู้ดูแลในส่วนเทคนิคคอล การดำเนินการไม่ได้ติดขัดกรณีใด โดยการเชื่อมระบบหมอพร้อมใน Digital Health Pass คนไทยสามารถที่จะ Upload QR Code หมอพร้อม หรือกรอกเลขบัตรประชาชน หรือ Upload ภาพพาสปอร์ต แล้วระบบจะสามารถเชื่อมโยงเพื่ออ่านใบรับรองวัคซีนได้เลย สำหรับระบบการทำงานที่ผ่านมาได้พยายามอำนวยความสะดวกให้กับผู้เดินทาง โดยนำ Public Key Infrastructure (PKI) ของ Digital Vaccine Certificate เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ลงทะเบียนใน ๖๔ ประเทศ เพียง Upload QR Code ระบบก็สามารถทำการอ่านได้ทันที โดยใช้ AI เพื่อพิสูจน์ว่า Digital เป็นของจริง ซึ่งเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนคนไทยในประเทศให้มั่นใจได้ว่า คนที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยได้รับวัคซีน และจะไม่เป็นภาระให้ประเทศเมื่อติดเชื้อโควิด ๑๙ เนื่องจากต้องมีประกันสุขภาพในการรักษา

กรณี Thailand Pass ถือเป็นระบบกลางเพื่อช่วยให้หน่วยงานภาครัฐได้ใช้ประโยชน์ร่วมกัน โดยการนำข้อมูลที่เป็นลักษณะ Dashboard ที่อำนวยความสะดวกให้กับกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กรมควบคุมโรค และกระทรวงการต่างประเทศในการดูแลข้อมูลที่จะนำมากำหนดมาตรการและกลไกต่าง ๆ ให้มีความสมบูรณ์ และสามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด เนื่องจากระบบ Thailand Pass ได้ออกแบบให้สอดคล้องกับแบบ ต. ๘ ของด่านของกรมควบคุมโรค มาเป็นดิจิทัล ซึ่งทำให้ทราบข้อมูลของผู้เดินทางเกี่ยวกับการเข้าพักและการติดตาม เนื่องจากที่ผ่านมาได้นำมาใช้กับโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรคเมอร์ส และโรคซาร์ส โดยให้ผู้เดินทางกรอกข้อมูลในแบบ ต. ๘ ทำให้มีการติดตามสอบสวนโรคในกลุ่มโรคร้ายแรงได้ง่ายขึ้น สำหรับ

อนาคตได้มีการหารือเบื้องต้นเกี่ยวกับแนวทางที่จะนำระบบ Thailand Pass มาพัฒนาเพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้เดินทางจากต่างประเทศที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงของโรคติดต่อร้ายแรง เช่น ไข้เหลือง ได้ด้วย

อนาคตมีนโยบายหรือแนวทางดำเนินการระบบ Thailand Pass ยังต้องมีการตรวจการรับรองวัคซีนอยู่ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า โรคโควิด ๑๙ สามารถที่จะปลอดภัยแล้ว อีกทั้งเป็นการต่อยอดขยายผลระบบ Thailand Pass ในอนาคตที่จะนำมาใช้กับกลุ่มประเทศที่มีโรคติดต่อร้ายแรง ตามมาตรฐาน ต. ๘ ของกรมควบคุมโรค ซึ่งต้องดำเนินการอยู่แล้ว นอกจากนี้ ยังได้มีการพัฒนาไปถึงอนาคต เนื่องจากเมื่อพิจารณาข้อมูลที่ต้องกรอกในแบบฟอร์ม ต. ๖ ด้านตรวจคนเข้าเมือง เพื่อนำมาพัฒนาเป็นดิจิทัลด้วย จึงควรทำการเตรียมพร้อมรองรับไว้สำหรับคนที่เดินทางเข้ามาในประเทศ เพื่อสะดวกสำหรับผู้เดินทาง โดยไม่ต้องกรอกข้อมูลในเอกสารที่เป็นกระดาษอีก

ระบบ Thailand Pass ระบบหมอพร้อม ระบบอื่น ๆ ทำให้เกิดอำนวยความสะดวกให้กับนักท่องเที่ยว และสามารถตรวจสอบการได้รับวัคซีน ซึ่งการลงทะเบียนมีระบบที่รวดเร็ว และทำให้นักท่องเที่ยวได้รับความสะดวกเมื่อเดินทางมาถึงด่านตรวจโดยไม่ต้องกรอกข้อมูลซ้ำ ทั้งนี้ จากปัญหาที่ได้กล่าวในข้างต้น คือ ด้านนโยบาย ด้านแพลตฟอร์ม ด้านการประชาสัมพันธ์ และด้านบุคลากร โดย ๑) นโยบายได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และปัจจุบันมีความเหมาะสมแล้ว ๒) ด้านแพลตฟอร์มต่าง ๆ รวมทั้งระบบหมอพร้อมก็ได้มีการพัฒนาต่อเนื่องเช่นเดียวกัน ซึ่งที่ผ่านมายังไม่พบปัญหาเชิงระบบ ๓) ปัญหาด้านการประชาสัมพันธ์ กรณีดังกล่าวพบปัญหาว่าทำอย่างไรที่จะทำให้นักท่องเที่ยว/ผู้ประกอบการรับทราบนโยบายและขั้นตอนดำเนินการได้ถูกต้อง ๔) ด้านผู้ปฏิบัติหรือบุคลากรของโรงแรม/ผู้ประกอบการ ไม่เพียงพอและไม่มีความพร้อมดำเนินการ จึงได้ยกเลิกระบบ Thailand Pass Hotel แล้ว ทำให้ไม่เกิดปัญหาดังกล่าวในปัจจุบัน

ผู้แทนกรมควบคุมโรค

ระบบ Thailand Pass ได้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และจะมีการทบทวนอีกครั้งในการประชุมของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด – ๑๙ (สบค.) ในวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เพื่อปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นปัจจุบัน สำหรับประโยชน์ Thailand Pass มีประโยชน์ต่อกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ๑) มีข้อมูลตามแบบ ต. ๘ เกี่ยวกับบุคคลและการพักอาศัยในประเทศ เพื่อติดตามสอบสวนโรคได้ง่าย ๒) มีข้อมูลการตรวจใบรับวัคซีนครบตามหลักเกณฑ์ ๓) มีข้อมูลการประกันสุขภาพ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศ อย่างไรก็ตาม หากในอนาคตยกเลิกให้โรคโควิด ๑๙ เป็นโรคติดต่ออันตราย ก็จะยกเลิกการทำประกัน หรือใช้ระบบอื่นได้

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ

กรณีข้อเรียกร้องเกี่ยวกับการยกเลิก Thailand Pass เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับนักท่องเที่ยวมากขึ้น กรณีดังกล่าว หากวัตถุประสงค์หลักของระบบ Thailand Pass ในปัจจุบันที่ต้องการให้ได้รับทราบเกี่ยวกับการรับวัคซีนของผู้เดินทางเข้าประเทศ อาจมีการตรวจสอบจากเอกสารอื่น ๆ เช่น Vaccine passport หรือเอกสารดิจิทัลที่เกี่ยวกับการรับวัคซีนแสดง หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่เชื่อถือ ก็ควรใช้เป็นการเดินทางเข้าประเทศได้ โดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนกระบวนการอื่น ๆ โดยเฉพาะระบบ Thailand Pass ซึ่งนักท่องเที่ยวมองว่าเป็นขั้นตอนที่ยุงยาก ดังนั้น ควรกำหนดนโยบายให้สามารถอำนวยความสะดวก และเพิ่มศักยภาพและการแข่งขันของประเทศเพิ่มขึ้น รวมถึงเป็นการลดอุปสรรคของคนไทยที่จะเดินทางออกนอกประเทศได้ด้วย

๓.๑๐ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันมิให้เป็นโรคไวรัสตับอักเสบ

คณะกรรมการได้ให้ความสำคัญกับโรคไวรัสตับอักเสบ ซึ่งในปัจจุบันบ่งชี้ว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดของคนไทย ดังนั้นจึงได้มีการพิจารณาถึงประเด็นของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันมิให้เป็นโรคไวรัสตับอักเสบ การดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ และงานวิจัยด้านไวรัสตับอักเสบ

ผลการพิจารณา

ผู้แทนกรมการแพทย์

การศึกษาพบความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบซีในประเทศไทยมากในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๗ ส่วนพื้นที่อื่นพบ ร้อยละ ๑ - ๓ โดยตรวจพบว่า การตรวจเชื้อแอนติบอดีประมาณ ๗๖๐,๐๐๐ คน พบว่า ตรวจด้วย PCR มีเชื้อจริงประมาณ ๓๖๐,๐๐๐ คน การดำเนินการของโรค เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะมีอาการเฉียบพลัน โดยร้อยละ ๖๐ - ๘๕ เป็นโรคตับอักเสบเรื้อรัง ร้อยละ ๒๐ - ๒๕ เกิดภาวะตับแข็ง ๓๐ - ๕๐ เกิดมะเร็งในตับ/ตับวาย โดยปัจจัยเสี่ยงพบมากในเพศชาย อายุมากกว่า ๔๐ ปี ดื่มสุราเป็นประจำ หรือมีภาวะกดภูมิ พบมีการติดเชื้อร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือเชื้อตับอักเสบบี เบาหวาน หรือโรคอ้วน

การประเมินโรคเบื้องต้น เมื่อตรวจพบแอนติบอดีไวรัสตับอักเสบซี จะตรวจยืนยันด้วย PCR เมื่อ Positive แล้วจะต้องประเมินสภาพตับว่ามีความรุนแรงระดับใด และมีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้าง โดยสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เป็นสิทธิแบบ On-top แต่หากผลตรวจไม่พบเชื้อ จะต้องจ่ายในงบค่าเหมาจ่ายรายหัว โดยจ่ายให้กับโรงพยาบาลที่ดูแลประชากรนั้น

วิวัฒนาการของการรักษาไวรัสตับอักเสบซี เริ่มในปี ค.ศ. ๑๙๙๑ โดยใช้ยาอินเตอร์เฟอรอน (Interferon, IFN) จนกระทั่งปัจจุบันใช้ยาแบบรับประทาน ซึ่งผลการรักษามีลำดับที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจุบันผลการรักษาหายขาดจากโรค ร้อยละ ๙๕ - ๙๙

การรักษาในประเทศไทยตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ๒๕๖๔ เริ่มเมื่อปี ค.ศ. ๒๐๑๓ - ปัจจุบัน โดยในปี ค.ศ. ๒๐๑๓ เป็นบัญชียาฉีดควบคู่กับยารับประทาน และเมื่อปี ค.ศ. ๒๐๒๑ เป็นต้นมาเป็นบัญชียารับประทาน โดยเป็นผู้ที่มีอายุ ๑๘ - ๗๐ ปี ที่มีปริมาณไวรัสตั้งแต่ 5,000 IU/ml และผู้ป่วยไม่อยู่ในระยะสุดท้าย รวมถึงไม่เคยได้รับยารักษาด้วย DDA ให้หยุดดื่มแอลกอฮอล์/ใช้สารเสพติด ค่ากรองเลือดผ่านไตอยู่ในเกณฑ์ดี และกรณีมีโรคมะเร็งร่วมต้องผ่านการรักษา ซึ่งพบว่า หายขาดไม่น้อยกว่า ๖ เดือน และพบการรักษาระดับแข็งที่ไม่รุนแรง หากมีเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยจะได้รับยา ARV รักษาในบางกรณี ทั้งนี้ ยาที่ใช้ในการรักษาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ Sofosbuvir-Velpatasvir ๑๒ สัปดาห์ และตรวจด้วย PCR เพื่อตรวจหา RNA หากหลังการรักษาภาวะตับแข็งจะให้ยา Ribavirin 600-1,200 mg/d ร่วม อย่างไรก็ตาม ได้มีข้อกำหนดการใช้ยา Drug Interaction : 163 drug interactions : 40 major drug interaction ซึ่งมีผลข้างเคียงและคำแนะนำการใช้ยาต่าง ๆ เช่น ข้อแนะนำไม่ควรใช้ยาร่วม เช่น ยารักษาหัวใจ ยาแก้ปวด ยารักษาเอชไอวี บางชนิด หรือยาที่ใช้บ่อย ๆ ที่อาจมีผลกระทบ เช่น ยาลดกรด ลดเบาหวาน หรือลดไขมัน เป็นต้น

ข้อเสนอปรับเกณฑ์อนุมัติยาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังจากสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย โดยขอให้ยกเลิกหลักเกณฑ์การตรวจภาวะผังผืดในตับระดับที่มีความสำคัญ (significant fibrosis) ตามเกณฑ์ข้อ ๔.๓.๕ ตามแนวทางกำกับการใช้ยาในบัญชี จ(๒) และให้คงเกณฑ์อนุมัติการใช้ยาข้ออื่น ๆ ตามที่ได้ประกาศไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งได้มีมติคณะกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบให้ปรับเกณฑ์อนุมัติการใช้ยา Sofosbuvir + Velpatasvir

และ Ribavirin ขอบ่งใช้โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ทั้งในผู้ป่วยที่มี/ไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย โดยยกเลิกเกณฑ์อนุมัติการใช้ยาข้อ ๔.๓.๕ การตรวจพิสูจน์ว่ามีภาวะผังผืดตับในระดับที่มีความสำคัญ (significant fibrosis) หรือระดับ F ขึ้นไป และเมื่อวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๕ คณะอนุกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ ได้มีหนังสือให้ สปสช. พิจารณาผลกระทบของยาต่อภาระงบประมาณยาในบัญชี จ(๒) จึงยังไม่ได้ประกาศแนวทางการกำกับยาฉบับใหม่เป็นทางการ โดยเบื้องต้นพบว่า มีภาระงบประมาณเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ ๓๕

ปัญหาและอุปสรรค

- การคัดกรองและตรวจสุขภาพประจำปี สิทธิประโยชน์ยังไม่ครอบคลุมการตรวจ Anti-HCV
- การเข้าถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการและสิทธิประโยชน์ ซึ่งได้รับสิทธิประโยชน์เฉพาะกรณีตับอักเสบบี Positive ส่วน Negative ขึ้นกับงบประมาณจ่ายรายหัว ทำให้บางโรงพยาบาล โดยเฉพาะในต่างจังหวัดไม่ประสงค์ให้การรักษาไวรัสตับอักเสบบี

- การเข้าถึงการรักษาประมาณปีละ ๓,๐๐๐ คนต่อปี ซึ่งเป็นข้อมูลของกองทุน สปสช. โดยไม่รวมกองทุนประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ ทำให้ยังไม่ทราบจำนวนที่แท้จริงที่ได้รับการรักษาแล้ว

- โรงพยาบาลและแพทย์ ยังไม่ทราบสิทธิประโยชน์และการบริหารจัดการเรื่องยา

ที่มา: ของข้อมูลในการชี้แจงของผู้แทนกรมการแพทย์ : รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์เฉลิมรัฐ บัญชรกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญโรงพยาบาลราชวิถี กรรมการราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และเภสัชกรสุวิทย์ ศิริประภาวัฒน์ เลขานุการคณะทำงานคัดเลือกบัญชียาหลักแห่งชาติ สาขาโรกระบบทางเดินอาหาร (พ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)

ผู้แทนสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

ความสำคัญของไวรัสตับอักเสบบีและมะเร็งตับในประเทศไทย โดยสรุปดังนี้

- ไวรัสตับอักเสบบีชนิดต่าง ๆ มี ๕ ชนิด ได้แก่ HAV, HBV, HCV, HDV, และ HEV
- ลักษณะของสารพันธุกรรม คือ ไวรัสตับอักเสบบีเป็นไวรัสชนิด DNA ส่วนไวรัสอื่น ๆ เป็นชนิด RNA
- ลักษณะการติดต่อ : กลุ่มที่ติดต่อโดยระบบทางเดินอาหารเป็นหลัก คือ ไวรัสตับอักเสบบีเอ และบี สำหรับกลุ่มที่ติดต่อทางเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือดเป็นหลัก คือ ไวรัสตับอักเสบบี ซี และดี
- ลักษณะของการดำเนินของโรค ไวรัสตับอักเสบบีเอและอีทำให้เกิดโรคตับอักเสบบแบบเฉียบพลัน ส่วนไวรัสตับอักเสบบี ซี และดี ทำให้เกิดโรคตับอักเสบบแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง

ไวรัสตับอักเสบบีและซี มีความชุกในประเทศไทย พบข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อทั่วโลกจำนวนมากกว่า ๑ ล้านคน ซึ่งสูงกว่าโรคมะเร็ง เอชไอวี และวัณโรค โดยไวรัสตับอักเสบบีและซี ก่อให้เกิดโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ ทั้งนี้ การป้องกันมีวัคซีนสำหรับไวรัสตับอักเสบบี ส่วนไวรัสตับอักเสบบีซียังไม่มีการป้องกัน แต่มีการใช้ยารักษาต้านไวรัสได้ทั้งสองชนิด

มะเร็งตับในประเทศไทย (ข้อมูลสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี ค.ศ. ๒๐๒๐) พบว่า มะเร็งตับเป็นสาเหตุให้ผู้ชายเสียชีวิตมากเป็นอันดับ ๑ ของโรคมะเร็ง ขณะที่ผู้หญิงเป็นอันดับที่ ๓ ซึ่งปัจจุบันพบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นไม่ต่ำกว่าปีละ ๒ หมื่นราย ทั้งนี้ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ ๒๐๐,๐๐๐ รายต่อปี และเสียชีวิตกว่า ๑๐๐,๐๐๐ รายต่อปี (รวมมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี) ดังนั้น จึงมีการรณรงค์ให้มีวันตับอักเสบบีโลก เป็นวันที่ ๒๗ กรกฎาคมของทุกปี เพื่อรณรงค์กำจัดไวรัสตับอักเสบบีให้หมดภายในปี ๒๐๓๐ โดยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี ๒๐๑๕ ดังนั้น จึงควรให้มีการตรวจวินิจฉัยการเป็นไวรัสตับอักเสบบีอย่างน้อยร้อยละ ๙๐ และได้รับการรักษาร้อยละ ๘๐ โดยผลการรักษาสามารถหายขาดได้มาก

ในไวรัสตับอักเสบบี ส่วนไวรัสตับอักเสบบีผลการรักษาหายขาดน้อยแต่สามารถควบคุมได้ ดังนั้น หากสามารถควบคุมโรคได้ก็จะลดอัตราการเสียชีวิตจากไวรัสตับอักเสบบีทั้ง ๒ ชนิด ได้ร้อยละ ๖๕ ซึ่งเป็นเป้าหมายขององค์การอนามัย และประเทศไทยได้ใช้แนวทางดังกล่าวเป็นเป้าหมายดำเนินการ เพื่อให้มีการสืบหาผู้ติดเชื้อนำเข้าสู่การรักษาให้หมดไป

กรณีดังกล่าวกรมควบคุมโรค ได้ร่วมกับสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย เพื่อกำหนดแนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทย และแนวทางการดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบบีในประชากร รวมทั้งแนวทางการดำเนินงานการจัดการถ่ายทอดไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก

โรคไวรัสตับอักเสบบี (HCV) ในประเทศไทย พบการติดเชื้อกว่า ๓๕๐,๐๐๐ คน โดยมีข้อมูลการศึกษาในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ พบผู้ติดเชื้อ ร้อยละ ๗ และมีการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๔.๓ ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ ๔๒.๒ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ ๖.๔ และกลุ่มผู้ต้องขังในราชทัณฑ์ ร้อยละ ๖ กลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ ๔

การรักษาไวรัสตับอักเสบบี มียารักษาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ประกอบกับยาตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) คือ ยา Sofosbuvir และ Velpatasvir หรือ SOFVEL ซึ่งเป็นยาสูตรใหม่ รักษาได้ทุกสายพันธุ์ ตรวจรักษาง่าย และอัตราการหายขาดสูง ร้อยละ ๙๕ โดยรับประทานวันละ ๑ เม็ด เป็นเวลา ๓ เดือน หายเกือบทุกคน

แนวทางการรักษาไวรัสตับอักเสบบีในปัจจุบัน เมื่อพบกลุ่มเสี่ยงมีการตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันการติดเชื้อ รวมทั้งการตรวจความรุนแรงของโรคตับ เพื่อให้การรักษาด้วยยาเป็นเวลา ๓ เดือน และมีการตรวจประเมินหลังการรักษาว่าหายขาดจากการติดเชื้อหรือไม่ในอีก ๓ เดือน

ยารักษาไวรัสตับอักเสบบี มีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อหายขาดได้ ผลข้างเคียงของยาน้อย ประสิทธิภาพสูง และราคาไม่แพง สำหรับแนวทางกำกับการใช้ยา Sofosbuvir, Velpatasvir และ Ribavirin เป็นไปตามข้อบ่งใช้โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีเชื้อ HIV ร่วมด้วย ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

- เนื่องจากการอนุมัติใช้ยา ต้องสั่งใช้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร ทำให้การรักษากระจุกอยู่ในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ประกอบกับเป็นยาบัญชี จ(๒) (รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ) ทั้งที่ปัจจุบันยารักษาไวรัสตับอักเสบบี เป็นยาที่ราคาไม่สูง การกำหนดให้อยู่ในบัญชี จ(๒) จึงไม่เหมาะสม

- การรักษาควรจะมีการกระจายให้ทั่วถึงมากขึ้น เช่น ให้แพทย์ทั่วไปรักษาได้ ภายใต้การดูแลแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

- การอนุมัติการใช้ยา จะต้องตรวจพบปริมาณไวรัสตั้งแต่ ๕,๐๐๐ IU/ml ก่อน จึงจะสั่งใช้ยารักษาได้ ทำให้เกิดข้อจำกัดการรักษา กรณีดังกล่าวควรปรับเกณฑ์การตรวจพบเชื้อไวรัสในเลือดก็เพียงพอต่อการรักษา ซึ่งจะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการตรวจได้อย่างมาก

- ปัจจุบันบัญชียาหลักแห่งชาติมีเพียง ๑ ชนิด จึงควรเพิ่มยาชนิดอื่นในการรักษา เนื่องจากมียาหลายชนิดที่สามารถใช้รักษาได้ และจะทำให้เกิดการแข่งขันราคา และทำให้ราคาถูกลง

- การตรวจคัดกรอง สปสช. ได้กำหนดหลักเกณฑ์เฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเอชไอวี และฉีดยาเสพติดเข้าเส้น ส่วนกลุ่มอื่นหากตรวจแล้วไม่พบจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือใช้ค่าใช้จ่ายจากงบเหมาจ่ายรายหัว

ของโรงพยาบาล ทำให้ประชากรทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยงอื่นเข้าไม่ถึงบริการ จึงควรมีการตรวจคัดกรองประชาชนทั่วไปมากขึ้น

สำหรับไวรัสตับอักเสบบี มีข้อมูลด้านระบาดวิทยาทั่วโลกประมาณเกือบ ๓๐๐ ล้านคนทั่วโลก โดยประเทศไทย พบประมาณ ๒.๒ ล้านคนทั่วประเทศ (ร้อยละ ๓๕) ส่วนใหญ่พบในผู้ใหญ่ ประชากรกลุ่มเสี่ยง เป็นกลุ่มประชากรทั่วไป ทั้งนี้ ประเทศไทยมีวัคซีนฉีดให้กับเด็กแรกเกิดตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๙๒ หรือเมื่อ ๓๐ ปีที่ผ่านมา และการทำงานด้านระบาดวิทยา โดยผลการศึกษาและการดำเนินการของศาสตราจารย์นายแพทย์ยง ภู่วรวรรณ พบว่า ก่อนการฉีดวัคซีนพบการติดเชื้อคิดเป็น ร้อยละ ๔ หลังจากฉีดวัคซีนมีการติดเชื้อเพียง ร้อยละ ๐.๓ ดังนั้น กลุ่มเสี่ยง คือ กลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ ๓๐ ปีขึ้นไป สำหรับการติดเชื้อติดต่อได้โดยทางเลือด เพศสัมพันธ์ และแม่สู่ลูกระหว่างตั้งครรภ์และคลอด โดยสรุปภาพรวมของโรคไวรัสตับอักเสบบีมีความสำคัญมาก เนื่องจากมีจำนวนประชากรที่ติดมากกว่าและกลุ่มเสี่ยงไม่ชัดเจนเท่ากับข้อมูลของไวรัสตับอักเสบบี

ด้านการรักษาจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องหลายปี (๕๐ ปี) เพราะหายขาดยากหรือหายขาดน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐ ยาที่ใช้ในการรักษามีหลายชนิด ทั้งยาคีด และยารับประทาน ปัจจุบันส่วนใหญ่ใช้ยารับประทานซึ่งมีวิวัฒนาการยาใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ได้มีการศึกษาวิจัยทางเศรษฐศาสตร์ ในปี ค.ศ. ๒๐๒๒ เพื่อศึกษาความคุ้มค่าของการใช้ยาพบว่า ยาทุกชนิดมีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับการไม่ได้รักษา เนื่องจากอาจนำไปสู่การเป็นมะเร็งตับหรือตับแข็ง

สำหรับยาที่พบว่า คุ้มค่ามากกว่า คือ Tenofovir และยังช่วยลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่ายาอื่น ๆ โดยเฉพาะ tenofovir alafenamide ผลการศึกษาพบความคุ้มค่า และราคาถูก ซึ่งสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยได้ผลักดันยาดังกล่าวเข้าไปในบัญชียาหลักแห่งชาติ อยู่ระหว่างการพิจารณา เนื่องจากยา Lamivudine (3TC) (100,150 mg) เป็นยาที่ใช้มาเป็นเวลานานแล้ว และทำให้การดูแลรักษายากเมื่อเปรียบเทียบกับยาใหม่ที่มีผลการรักษาที่ดีกว่า จึงสรุปได้ว่า ยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ปัจจุบันอาจไม่ใช่ยาที่ดีที่สุด เนื่องจากมียามีผลความคุ้มค่า และราคาถูก ผลข้างเคียงน้อย การดื้อยาน้อย รับประทานต่อเนื่องได้นาน และแพทย์ทั่วไปสามารถรักษาได้

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

- การป้องกันของประเทศไทยดำเนินการได้ดีมาก มีผลความสำเร็จด้านการฉีดวัคซีนในเด็กแรกเกิด มีการติดเชื้อลดลง ปัจจุบันแนวทางการรักษาของกระทรวงสาธารณสุขมีการลดปริมาณไวรัสของแม่ โดยการรับประทานยาด้านไวรัส TDF เป็นเวลา ๓ เดือนก่อนคลอด เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกที่เป็นต้นเหตุของการติดเชื้อแบบเรื้อรังลดลงมาก คาดว่าเหลือเพียงร้อยละ ๐.๑ แต่การรักษายังมีปัญหาเนื่องจากระบบการตรวจ และแนวทางการรักษาของประชากรทั่วไปยังไม่ดีเพียงพอ ซึ่งอยู่ระหว่างการจัดทำแนวทางการรักษาใหม่ เพื่อให้ครอบคลุมการตรวจคัดกรองประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า ๓๐ ปี ซึ่งไม่ได้รับวัคซีนแรกเกิดมากขึ้น และควรปรับเปลี่ยนให้มีการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการที่มีค่าใช้จ่ายน้อยลง และการรักษาควรเร่งผลักดันยา TAF ซึ่งมีประสิทธิภาพดีกว่าเข้าไปในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาดำเนินการ

- ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การสร้างฐานข้อมูล เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ระบบลงทะเบียนออนไลน์ ระบบปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ระบบการส่งต่อกรณีรักษายุ่งยาก อีกทั้ง เพื่อรองรับการกระจายการรักษาไปสู่แพทย์ทั่วไปเพื่อให้คำปรึกษาหรือส่งต่อแพทย์เฉพาะทางกรณีรักษา

- เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการกำจัดไวรัสตับอักเสบบีและซีให้หมดไปในประเทศไทยในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ ซึ่งคาดว่า อาจจะยังไม่บรรลุเป้าหมายได้ ทั้งนี้ หากสามารถกำจัดไวรัสดังกล่าวได้ จะทำให้มะเร็งตับลดลงได้ จึงควรปรับปรุงการตรวจคัดกรอง การรักษา กระบวนการนำสู่การรักษา และการดูแลรักษาให้ครบถ้วน

นอกจากนี้ได้เสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

- สร้างความรู้ความตระหนักให้แก่ประชาชนและผู้ให้บริการ เนื่องจากประชาชนยังไม่ทราบความสำคัญของการป้องกันและรักษา รวมถึงผู้ให้บริการ

- พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาที่เข้าใจง่ายแต่มีประสิทธิภาพสำหรับแพทย์ทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแนวทางการดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีความยากกว่า และควรเร่งการกระจายการรักษาให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

- มีนโยบายสุขภาพและระบบสุขภาพที่ดี ครอบคลุมลดความเหลื่อมล้ำด้านบริการ ทั้งนี้ ปัจจุบันมีสิทธิประโยชน์การดูแลรักษา แต่ยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

- ควรสร้างฐานข้อมูลขนาดใหญ่เป็น Nationwide Data

ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิประโยชน์การดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบบี ยังเป็นข้อจำกัดในบางกลุ่ม โดยในปี ๒๕๖๖ สิทธิประโยชน์จะเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง HBeAg ในมารดาที่ตั้งครรภ์ เพื่อให้ยาสำหรับมารดาติดเชื้อ โดยให้ยาเฉพาะในมารดาและเด็ก ซึ่งไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า ๓๐ ปีที่ไม่ได้รับวัคซีนตั้งแต่วัยเด็ก

สำหรับไวรัสตับอักเสบบี มีสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการคัดกรอง การวินิจฉัยยืนยัน และการรักษา โดยกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้ติดสารเสพติด และกลุ่มเสี่ยงตามที่แพทย์ให้การวินิจฉัย อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดต่าง ๆ ทั้งด้านระบบบริการที่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และยาที่ใช้เป็นยาในบัญชี จ(๒) ซึ่งแพทย์ทั่วไปไม่สามารถสั่งใช้ได้ จึงเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงยาและการรักษา รวมถึงการสื่อสารยังเป็นข้อจำกัดที่ทำให้หน่วยบริการทั่วไป/แพทย์ทั่วไป ไม่ทราบถึงชุดสิทธิประโยชน์ที่ให้กับประชาชน ดังนั้น เป้าหมายของการดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบบี มีงบประมาณเฉพาะการตรวจคัดกรองจำนวนเป้าหมาย ๖๐,๐๐๐ รายต่อปี สำหรับการตรวจยืนยันและการรักษา ได้ให้การรักษารายละ ๓,๐๐๐ ราย อย่างไรก็ตาม หากมีการเพิ่มการรักษาให้กับแพทย์ทั่วไปให้รักษาได้ หรือมีนโยบายประเทศในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ก็จะต้องมีการพิจารณาผลกระทบทางด้านงบประมาณ เนื่องจากหากจะจัดเป็นสิทธิประโยชน์เฉพาะ แต่ไม่ได้แยกออกจากงบเหมาจ่ายรายหัวก็จะเป็นภาระงบประมาณของหน่วยบริการ หากแยกเป็นงบประมาณเฉพาะก็จะต้องพิจารณาด้านภาระงบประมาณ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ยง ภู่วรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลจากกรมการแพทย์เกี่ยวกับบีมีไวรัสตับอักเสบบี จำนวน ๓๖๐,๐๐๐ คน ที่จะต้องได้รับการรักษา เป็นข้อมูลที่อาจคลาดเคลื่อน และข้อมูลการรักษาปีละ ๓,๐๐๐ คน มีการรักษาจริงหรือไม่ตามที่ สปสช. ให้ข้อมูล รวมถึงการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบบี HBeAg และการให้ยาในหญิงตั้งครรภ์ เป็นการแก้ไขปัญหามาตรังจุด เนื่องจากการติดจากแม่สู่ลูก หากมีการให้วัคซีนสามารถป้องกันได้ร้อยละ ๙๘ อยู่แล้ว โดยมีการศึกษาวิจัยในจังหวัดเชียงใหม่ แม้จะให้ยา Tenofovir ไม่พบความแตกต่าง

เกี่ยวกับประสิทธิภาพในการป้องกันเพิ่มขึ้นสำหรับประเทศไทย ดังนั้น การลงทุนดังกล่าว น่าจะนำเงินไปลงทุน สิ่งอื่นที่สำคัญกว่า เนื่องจากการป้องกันไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกในการป้องกันแล้ว คือ เด็กต่ำกว่า ๕ ขวบ ติดเชื้อเพียง ร้อยละ ๐.๑ ดังนั้น แนวทางที่ดี สปสช. ควรให้ HBIG กับเด็กแรกเกิดให้ครอบคลุมทั้งหมดก่อนแนวทางการให้ Tenofovir

ภาพรวมเกี่ยวกับโรคตับอักเสบบีในประเทศไทย ไม่ได้ให้ความสำคัญในการป้องกันรักษาเท่าที่ควร ขาดการสนับสนุน เนื่องจาก สปสช. ไม่ได้จัดสรรงบประมาณในด้านการศึกษาเท่าที่ควร ต่างจาก HIV ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาอย่างมาก ดังนั้น หากมีการสนับสนุนงบประมาณอย่างน้อย ๕๐๐ ล้านบาท ต่อปี จะสามารถนำพาประเทศไทยไปสู่เป้าหมายการให้ไวรัสตับอักเสบบีหมดไปจากประเทศไทยได้ ในปี ค.ศ. ๒๐๓๐

องค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายไว้ว่า ภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ จะทำไวรัสตับอักเสบบีเหลือน้อยที่สุด สำหรับประเทศไทย โดยกรมควบคุมโรคได้กำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกัน โดยเริ่มในปี ค.ศ. ๒๐๑๖ แต่ถึงปัจจุบันเป็นเวลากว่า ๖ ปี ยังไม่มีความคืบหน้าในประเทศไทย ซึ่งได้กำหนดตามเป้าหมายที่ ๑ ลดการติดเชื้อรายใหม่ของไวรัสตับอักเสบบีและซีอย่างน้อย ร้อยละ ๙๐ กรณีดังกล่าวประเทศไทย สามารถทำได้แล้ว เป้าหมายที่ ๒ ยังไม่สามารถดำเนินการได้ คือ เป้าหมายการวินิจฉัยตับอักเสบบีให้ได้ ร้อยละ ๙๐ ซึ่งปัจจุบันยังมีประชาชนทั่วไปเป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบีและซี และประเทศไทยยังไม่มี เป้าหมายการวินิจฉัยกลุ่มประชาชนทั่วไปให้ได้ร้อยละ ๙๐ ทั้งนี้ หากต้องดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมาย ดังกล่าว ก็สามารถทำได้ง่าย ซึ่งจะยกตัวอย่างกรณีการดำเนินการโครงการเพชรบูรณ์โมเดล หรือโครงการ ขจัดไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย (แบบจุลภาค) รูปแบบจังหวัดเพชรบูรณ์ มุ่งสู่การกวาดล้างไวรัสตับอักเสบบี ภายในปี ๒๕๗๓ โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์ยง ภู่วรวรรณ และคณะ ได้ดำเนินการมาเป็นเวลา ๕ ปีแล้ว สำหรับ เป้าหมายที่ ๓ หากพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี จะต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างน้อย ร้อยละ ๘๐ โดยหากดำเนินการได้ทั้ง ๓ เป้าหมายดังกล่าวจะสามารถลดอัตราการเป็นโรคตับ ทั้งตับวาย ตับแข็ง และมะเร็งตับ และจะทำให้ประเทศไทยไปสู่เป้าหมายตามองค์การอนามัยโลกภายในปี ๒๐๓๐ ได้ แต่ปัจจุบันเหลือระยะเวลาอีก ๘ ปี ซึ่งยังไม่มีมีความคืบหน้าเท่าที่ควร

อย่างไรก็ตาม โรคตับอักเสบบี หากไม่ต้องทำการใด ๆ ก็จะลดลงไปเอง เนื่องจากมีการตรวจคัดกรองการตรวจเลือด และการติดเชื้อไวรัสจากยาเสพติดชนิดฉีดลดลงอย่างมาก เนื่องจากยาเสพติด ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นชนิดรับประทาน ทำให้ไวรัสตับอักเสบบีและซีที่ติดทางเข็มฉีดยาลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยลดลงจากร้อยละ ๒.๐๐ เหลือร้อยละ ๐.๔ - ๐.๕ ใน Blood donors ดังนั้น หากไม่ดำเนินการใด ๆ ไวรัสตับอักเสบบีจะหายไปจากประเทศไทย โดยคนป่วยที่เป็นตับแข็งจะมีการเสียชีวิตไปเรื่อย ๆ จนหมด ภายในปี ค.ศ. ๒๐๕๐ จึงเห็นได้ว่า ผลการศึกษาปี ค.ศ. ๒๐๐๔ กับปี ค.ศ. ๒๐๑๔ เป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้ ดำเนินการใด ๆ เลย แต่การติดเชื้อลดลง ร้อยละ ๑ (จากร้อยละ ๒ ลดเหลือร้อยละ ๑) เป็นการลดลง โดยอัตโนมัติอยู่แล้ว แต่คนที่ติดเชื้อจะมีการเสียชีวิตเมื่ออายุ ๔๐ - ๕๐ ปี ดังนั้น เมื่อทราบอยู่แล้วว่า เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และไม่ดำเนินการรักษาใด ๆ จนกระทั่งป่วยและเสียชีวิตจะเป็นผลดี หรือไม่ ดังนั้น การอ้างอิงตัวเลขผลการศึกษาไวรัสตับอักเสบบีของคณะศึกษาเป็นการอ้างอิงที่ถูกต้อง เพียงบางส่วน ซึ่งได้มีการคำนวณไว้แล้วว่า ปี ค.ศ. ๒๐๑๔ ที่ผ่านมา หากตรวจเฉพาะแอนติบอดี พบจำนวน ๗๘๐,๐๐๐ คน ในจำนวนนี้ ตรวจพบมี RNA ไม่ใช่ร้อยละ ๕๐ หรือ ๓๖๐,๐๐๐ คน ตามที่กรมการแพทย์ให้ข้อมูล แต่จำนวนจากการศึกษา คือ มี RNA ร้อยละ ๘๐ ซึ่งร้อยละ ๘๐ ของจำนวน ๗๘๐,๐๐๐ คนอย่างน้อยควรจะอยู่ที่ประมาณ ๖๐๐,๐๐๐ คน ที่ควรจะเข้าสู่ระบบการรักษา

การศึกษาตามโครงการในพื้นที่เพชรบูรณ์ เพื่อเป็นการสร้างโมเดลการกวาดล้างไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งได้หารือร่วมกับ สปสช. และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (อว.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมควบคุมโรค เป็นลักษณะข้อตกลงร่วมกัน ปัจจุบันระยะเวลาผ่านมากกว่า ๔ ปี ยังไม่มีความคืบหน้าของการดำเนินการ ซึ่ง สปสช. ทราบปัญหาดังกล่าวเป็นอย่างดี ทั้งนี้ การศึกษาที่จังหวัดเพชรบูรณ์เนื่องจากเป็นจังหวัดที่ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีจำนวนมาก เช่น พระสงฆ์ในวัดบางแห่งติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีทั้งหมด เนื่องจากมีการใช้ใบมีดโกนร่วมกัน เป็นต้น และป่วยเป็นมะเร็งตับมากที่สุดในประเทศไทย และเป็นจังหวัดที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสูงเช่นเดียวกัน แต่ไม่สูงกว่าพื้นที่อื่น นอกจากนี้ มีการศึกษาเปรียบเทียบกับพื้นที่จังหวัดอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีพื้นที่ติดต่อกันกับจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า จังหวัดเพชรบูรณ์มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสูงกว่าจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดอื่น ๆ โดยติดเชื้อสูงถึง ร้อยละ ๑๕ มากกว่ากลุ่มเสี่ยงเอชไอวี และกลุ่มฉีดยาเสพติดเข้าเส้น แต่ประชาชนไม่มีสิทธิการรักษาพิเศษเช่นเดียวกับเอชไอวี นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบในพื้นที่ใกล้เคียงจังหวัดเพชรบูรณ์ เช่น อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย และอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก โดยไวรัสตับอักเสบบีจะมีการติดเชื้อสูงขึ้นหลังจากอายุ ๓๐ ปีขึ้นไป หรือเกิดในประชากรไทยที่เกิดก่อนปี ค.ศ. ๑๙๘๓ ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงของไวรัสตับอักเสบบีและซี จึงควรรีบตรวจคัดกรองและนำมารักษา

ผลการศึกษาของจังหวัดเพชรบูรณ์ผ่านมากกว่า ๕ ปีแล้ว ไม่ยังมีความคืบหน้าในการดำเนินการแก้ไข ปัญหาแต่อย่างใด นอกจากนี้ ได้มีการสุ่มตรวจประชากรจังหวัดเพชรบูรณ์ในทุก รพ.สต., รพช, และ รพท. ในสัดส่วนประชากร ๑๐๐ คน สุ่มตรวจด้วยการเจาะเลือด ๑ คน ในประชากรอายุมากกว่า ๓๐ ปี ที่มีอยู่ประมาณ ๕๐๐,๐๐๐ คน จึงสุ่มตรวจประมาณ ๕,๐๐๐ คน โดยใช้ชุดทดสอบอย่างง่ายคล้ายกับชุดตรวจ ATK เรียกว่า RDT (Rapid Diagnostic Test) ซึ่งมีราคาถูก ไม่เกิน ๓๐ บาท แต่ในขณะเดียวกัน สปสช. ให้ข้อมูลว่ามีเป้าหมายการตรวจคัดกรองเพียง ๖๐,๐๐๐ คนทั่วประเทศ ดังนั้น เมื่อพิจารณาต้นทุนการตรวจกับการตรวจที่มากขึ้นเพื่อนำมาสู่การรักษาจึงมีความคุ้มค่ามาก และจึงควรเร่งดำเนินการ นอกจากนี้ได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของชุดตรวจ RDT โดยการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อหา Hepatitis B และ Hepatitis C เพื่อเปรียบเทียบพบว่า ชุดตรวจมีประสิทธิภาพที่ดี โดยพบว่า Sensitivity test สูงถึงร้อยละ ๙๐.๗ และมีความจำเพาะ Specificity ร้อยละ ๙๙.๖ Positive predictive value ร้อยละ ๙๔.๔ Negative predictive value ร้อยละ ๙๙.๔ และ Accuracy ร้อยละ ๙๙.๑ ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าว เป็นทุนของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ซึ่ง สปสช. เคยได้ให้คำมั่นว่า จะให้การรักษาผู้ติดเชื้อจากการศึกษาดังกล่าว แต่ผ่านมา ๒ ปีแล้วยังไม่ได้รับการรักษา ทั้งนี้ ข้อมูลจากการศึกษาประชากรเกือบ ๕,๐๐๐ คน ดังกล่าว จึงมีความถูกต้องค่อนข้างมาก ผลการตรวจของจังหวัดเพชรบูรณ์สูงถึง ร้อยละ ๑๕ แต่ไม่ได้รับการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนดังกล่าวป่วยเป็นมะเร็งในอนาคต กรณีดังกล่าว ได้มีหนังสือถึง สปสช. เพื่อพิจารณาและดำเนินการหลายฉบับแล้ว แต่ได้รับการตอบกลับเพียงเล็กน้อย

ไวรัสตับอักเสบบี เป็นโรคที่รักษาหายขาดกว่าร้อยละ ๙๕ ภายในเวลา ๓ เดือน เปรียบเทียบกับไวรัสตับอักเสบบีที่รักษาไม่หายขาด ต้องรับประทานยาต่อเนื่องกว่า ๕๐ ปี แต่สิทธิประโยชน์การรักษาแตกต่างกัน โดยไวรัสตับอักเสบบีไม่ได้รับสิทธิ ดังนั้น สปสช. จึงควรเร่งรัดการรักษาให้ประชากร โดยหากพิจารณาจัดสรรใช้งบประมาณปีละ ๕๐๐ ล้านบาทต่อปี จะสามารถรักษาไวรัสตับอักเสบบีให้หมดจากประเทศไทยได้ นอกจากนี้ ยาที่ใช้ในการรักษาเป็นยา Generic ซึ่งมีราคาถูก การซื้อยาในประเทศควรซื้อยาในราคา GDP ของประเทศ แต่การจัดซื้อยาในประเทศไทย ยังมีการจัดซื้อในราคาสูงเกินไป และปัจจุบัน สปสช. ใช้จ่ายในการรักษาไวรัสตับอักเสบบีอยู่ที่ ๒๓,๐๐๐ บาท ซึ่งเป็นราคาที่สูงเกินไป

นอกจากนี้ ผลการศึกษาเมื่อ ๒ ปีที่ผ่านมา ซึ่งได้ทำการศึกษา Test-to-Treat ในพื้นที่จังหวัด เพชรบูรณ์ทั้งจังหวัดในคนที่มียาอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ด้วยการเจาะปลายนิ้ว Strip test กว่า ๔๐๐,๐๐๐ ชิ้น โดยมีแนวทางการดำเนินการ คือ สปสช. จะให้การรักษาผู้ที่มีผลการติดเชื้อจากโครงการศึกษาดังกล่าว ที่ได้มีการตรวจคัดกรองตั้งแต่ในชุมชนและใน รพ.สต. เมื่อพบผลบวกจะตรวจยืนยันผลเพื่อหาว่ามี RNA หรือไม่ โดยมีต้นทุนประมาณ ๓๐๐ บาท แต่ สปสช. ต้องการให้ตรวจ Viral load โดย สปสช. จ่ายให้ ในราคา ๒,๓๐๐ บาท ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงเกินไป ทั้งที่ต้นทุนอยู่ที่ ๒๕๐ บาท หรือไม่เกิน ๕๐๐ บาท ซึ่งผลการตรวจในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยเมื่อตรวจปลายนิ้วแล้ว จะต้องส่งตรวจยืนยันด้วย Qualitative test เพื่อหาเชื้อไวรัสที่มีอยู่จริง จึงพบว่า ร้อยละ ๘๐ มี RNA ไม่ใช่ ร้อยละ ๕๐ ตามที่กรมควบคุมโรค ให้ข้อมูล ดังนั้น ร้อยละ ๘๐ ของจำนวน ๗๐๐,๐๐๐ คน ที่จะต้องเข้าสู่การรักษา ดังนั้น เมื่อมีการตรวจ จำนวนกว่า ๑๗๐,๐๐๐ คน พบผลติดเชื้อกว่า ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน แต่ สปสช. ไม่ให้การรักษา จากผลตรวจหา RNA ดังกล่าว โดยจะต้องตรวจ Viral load ตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. กำหนดให้มีผล HCV Viral load ≥ 5000 IU/ml คณะผู้ทำการศึกษาก็ให้มีการตรวจ Viral load จำนวน ๑,๐๒๐ คน ผลพบว่า ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องตรวจ Viral load เนื่องจากผู้ที่ตรวจยืนยันพบ RNA แล้ว จะมี HCV Viral load ≥ 5000 IU/ml ร้อยละ ๘๗.๕ ดังนั้น การตรวจ Viral load จึงเป็นการตรวจเพื่อคัดออก เพียงร้อยละ ๒.๕ ซึ่งไม่เกิดประโยชน์ แต่ สปสช. ยังต้องการให้ตรวจ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า มีผู้ติดเชื้อที่ตรวจ Viral load ตามหลักเกณฑ์ สปสช. ร้อยละ ๘๗.๕ หรือประมาณ ๑,๐๐๐ คน แต่ยังไม่ได้รับยาในการรักษา จาก สปสช. ปัจจุบันได้รับยารักษาแล้วในปีที่ผ่านมาเพียง ๖๐ คน และรักษารวมได้เพียงกว่า ๑๐๐ คน จึงทำให้ มีแนวคิดในพื้นที่จะมีการหยุดการตรวจคัดกรอง เนื่องจากไม่มีผลให้มีการรักษา และจะทำให้ชุดตรวจ Strip test กว่า ๔๐๐,๐๐๐ ชุด อาจหมดอายุการใช้งาน ซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณโดยเปล่าประโยชน์ ทั้งที่โครงการดำเนินการมากกว่า ๓ ปีแล้ว

จึงสรุปได้ว่า การศึกษาดังกล่าวพบต้นทุนที่ต่ำมาก และต่ำกว่าที่ สปสช. กำหนดไว้ ๒,๓๐๐ บาท และได้ เสนอให้มีการจัดสรรงบประมาณเพียง ๕๐๐ ล้านบาทต่อปี ก็จะสามารถกวาดล้างไวรัสตับอักเสบซี จากประเทศไทยได้ แต่ปัจจุบันยังไม่ได้รับการดูแลและการจัดสรรงบประมาณ ทั้งที่โครงการศึกษานี้ เริ่มดำเนินการมากกว่า ๕ ปี แต่ไม่ได้รับความสนใจจากหน่วยงานต่าง ๆ ในการพิจารณาและแก้ไขปัญหา และมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. ๒๐๓๐

ประเด็นนี้ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยสรุปว่า กลุ่มผู้ป่วย ที่เข้าหลักเกณฑ์การรักษาของ สปสช. แต่ยังไม่ได้รับยา ถือเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ สปสช. จะรับไปพิจารณา เพื่อให้เข้าถึงบริการโดยเร็ว สำหรับประเด็นอื่น ๆ จะมีการนำไปพิจารณาเพิ่มเติมต่อไป ทั้งนี้ การกำหนด หลักเกณฑ์การตรวจ Viral load เป็นไปตามข้อมูลศูนย์ทางวิชาการ สมาคม และราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง หากหน่วยวิชาการกำหนดหลักเกณฑ์การรักษาอย่างไร สปสช. จะต้องยึดตามข้อมูลทางวิชาการดังกล่าว โดยไม่สามารถปรับหลักเกณฑ์ได้โดย สปสช. เอง อีกทั้งผู้แทนสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า สนับสนุนข้อมูลตามที่ศาสตราจารย์นายแพทย์ยง ภู่วรวรรณ ได้นำเสนอ ซึ่งหากดำเนินการ จะสามารถแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งทางสมาคมได้สนับสนุนผลักดัน แต่เนื่องจากไม่เป็นหน่วยงานทางวิชาการ จึงอาจไม่ได้รับการพิจารณา

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้**ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย**

- สปสช. ควรนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอของศาสตราจารย์นายแพทย์ยง ภู่วรวรรณ และคณะกรรมการที่ได้ส่งหนังสือต่อ สปสช. เพื่อพิจารณาดำเนินการ และ สปสช. ได้มีการพิจารณาเป็นประการใด หรืออยู่ในขั้นตอนใด นอกจากนี้ คณะกรรมการควรศึกษาข้อมูลของกรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม เกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้การดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีอย่างไร และยาที่มีผลการศึกษามีประสิทธิภาพและความคุ้มค่ามากกว่า ควรเร่งผลักดันให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อให้ทุกกองทุนสามารถนำไปกำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ให้กับประชาชนได้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย**ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านวิชาการ**

๑. การศึกษาวิจัยโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยศาสตราจารย์นายแพทย์ยง ภู่วรวรรณ และคณะ ได้ดำเนินการ เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และควรนำผลการศึกษาทางวิชาการดังกล่าวมาเป็นแนวทางการดำเนินการ เพื่อให้ สปสช. มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาของประเทศให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด

๒. ประชากรทั่วโลกติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ประมาณ ๓๐๐ ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบกับ HIV ทั่วโลกประมาณ ๓๐ ล้านคน แต่สิทธิการรักษาแตกต่างกันมาก

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. ข้อมูลข้อเท็จจริงจากการศึกษาวิจัยดังกล่าว หากมีความชัดเจนแล้ว ควรนำสู่การกำหนดนโยบาย และแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะเมื่อมีผลการศึกษาที่ชัดเจนว่าการตรวจ HCV Viral load ≥ 5000 IU/ml พบเกินกว่า ร้อยละ ๘๗ ควรที่จะนำมาพิจารณาดำเนินการในด้านให้การรักษาได้เลย เพื่อไม่ให้โรคดำเนินไปสู่การเป็นมะเร็งตับและเสียชีวิตของประชาชน ประกอบกับมีการใช้งบประมาณจำนวนไม่มาก หรือไม่เกิน ๕๐๐ ล้านบาทต่อปี กรณีดังกล่าว หากไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงาน ขอให้ส่งข้อมูลผลการศึกษามายังคณะกรรมการพิจารณา หากพิจารณาแล้วมีความสมเหตุสมผล และคุ้มค่าในการดำเนินอาจนำไปสู่การตั้งกระทู้ถามรัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่อไป

๒. ควรขยายผลเพชรบูรณ์โมเดล ไปในพื้นที่อื่น ๆ และการตรวจคัดกรองมีราคาถูกลงที่สามารถดำเนินการได้ง่าย เพื่อเป็นการดำเนินการเชิงรุกและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ

๓.๑๑ เกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มการแพร่กระจายของโรคฝีดาษวานร (Monkeypox)

คณะกรรมการได้ติดตามสถานการณ์ของการระบาดของโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) ทั้งภายในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งคณะกรรมการจึงต้องติดตามศึกษาและประเมินความเสี่ยง การแพร่กระจายภายในประเทศ การเฝ้าระวังคัดกรองผู้เดินทางเข้ามาในประเทศไทย ข้อมูลองค์ความรู้ ด้านการใช้ยาวัคซีนและการพัฒนาชุดตรวจหาเชื้อไวรัส ความพร้อมของระบบและกลไกการทำงานของห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจหาเชื้อไวรัส รวมถึงการถอดรหัสพันธุกรรมและแผนการดำเนินการของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยเฉพาะแนวทางการป้องกันและการรักษา และขั้นตอนกระบวนการขออนุญาตและการรับรองเพื่อการผลิตยาและวัคซีนสำหรับการป้องกันและรักษาโรคฝีดาษลิง (Monkeypox) รวมทั้ง กรณีวัคซีนที่อดีตเคยใช้รักษาโรคไข้ทรพิษหากปัจจุบันมีผู้ผลิตเพื่อนำมาใช้รักษาโรค จะต้องมีการขออนุญาตใหม่หรือไม่ ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผลการพิจารณา

ผู้แทนกรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การเตรียมความพร้อมทางห้องปฏิบัติการวัคซีนและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อรองรับการระบาดของโรคฝีดาษวานร โดยโรคฝีดาษวานร เป็นเชื้อไวรัสที่พบมากในแอฟริกาและตะวันตก อาการของโรครุนแรงน้อยกว่าโรคฝีดาษคน แต่ทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งตั้งแต่วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๕ พบการระบาดในประเทศสมาชิก WHO จำนวน ๒๓ ประเทศ ซึ่งไม่ใช่ประเทศที่ไวรัสฝีดาษลิงเป็นโรคประจำถิ่น

ปัจจุบันตั้งแต่วันที่ ๑๓-๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มีรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) ทั่วโลก จำนวน ๒๕๗ ราย และ Suspect Under Investigation (P5) อีกจำนวน ๑๒๐ ราย กลุ่มประเทศ Endemic (โรคประจำถิ่น) เป็นประเทศทางทวีปแอฟริกาใต้ ได้แก่ แคมมารูน ไนจีเรีย คองโก พบการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมออยู่แล้ว

สถานการณ์โรคฝีดาษวานรในประเทศไทย ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ยังไม่พบรายงานผู้ป่วย ซึ่งความเสี่ยงของไวรัสโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อยู่ในระดับปานกลาง รูปแบบการแพร่กระจายยังไม่ทราบชัดเจนในประเทศที่ไม่ใช่โรคประจำถิ่นที่ได้รับ เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนผู้เสียชีวิต และเมื่อพิจารณาอัตราส่วนผู้เสียชีวิตอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ ๓ - ๖ ในการระบาดล่าสุด หากเกิดการระบาดในภูมิภาคคาดว่าจะมีผลกระทบระดับปานกลาง ทั้งนี้ การตรวจจับโรคให้ได้อย่างรวดเร็ว และทันการณ์เป็นสิ่งสำคัญในด้านความสามารถในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19 มีแนวโน้มที่จะเป็นรากฐานในการรับมือกับเหตุการณ์ เช่นเดียวกับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพอื่น ๆ ในอนาคต โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กับเครือข่ายได้เตรียมความพร้อมในการรับมือเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ไว้แล้ว

การเตรียมความพร้อมห้องปฏิบัติการวัคซีนเพื่อรองรับการระบาดของโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) ได้มีการประสานกับองค์การเภสัชกรรมนำวัคซีนไข้ทรพิษ (Smallpox vaccine) ที่เก็บไว้ตั้งแต่ปี ๒๕๒๓ จำนวน ๑๓ ampoules มาเพาะเลี้ยง พบว่า การเพาะเลี้ยงในเซลล์เพาะเลี้ยง Vero สามารถเกิดขึ้นได้ดี ผลการตรวจวิเคราะห์วัคซีนจากห้องปฏิบัติการพบการเกิด Potency Appearance pH Osmolality Endotoxin อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ส่วน Sterility ผลการทดสอบจะแล้วเสร็จในวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการเพาะเลี้ยง ๑๔ วันหลังจากวันเริ่มทดสอบ

ทั้งนี้ โรคฝีดาษวานร (Monkeypox) ตามพระราชบัญญัติโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. ๒๕๕๘ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องลักษณะของสถานที่ผลิตหรือมีไว้ในครอบครอง และการดำเนินการเกี่ยวกับเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. ๒๕๖๑ ถูกประกาศให้เป็นเชื้อก่อโรค จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่ ๓ ซึ่งจะต้องดำเนินการในห้องปฏิบัติการชีววินิจฉัย ระดับ ๓ นอกจากนี้ ได้มีการประชุมคณะกรรมการเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ เพื่อรับต่อสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ พบว่า ความรุนแรงไม่มาก ซึ่งกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ได้เตรียมความพร้อมไว้แล้ว

การตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) การเตรียมความพร้อมในการพัฒนาเครือข่าย ซึ่งจะอยู่ในรูปแบบของการ PCR/Real-time RCR based testing เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส การตรวจปฏิกิริยาทางน้ำเหลือง (Serology) การตรวจโดยใช้กล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน เพื่อดูอนุภาคของไวรัส การตรวจลำดับนิวคลีโอไทด์ด้วย DNA sequencing

การตรวจในห้องปฏิบัติการจะใช้เป้าหมายหลัก คือ RT-PCR เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส โดยอาจผสมผสานด้วยวิธี CPR และ DNA sequencing หรือ PCR ๑-๓ ขั้นตอน ได้แก่

๑) Real-time PCR ตรวจหา Genus orthopoxvirus (OPXV) และทดสอบอีกครั้งด้วย Real-time PCR จำเพาะต่อ Monkeypox virus

๒) Real-time PCR ตรวจหา Genus orthopoxvirus (OPXV) และทดสอบต่อด้วยวิธี DNA sequencing เพื่อหาชนิดจำเพาะต่อ Monkeypox virus

๓) Real-time PCR จำเพาะต่อ Monkeypox virus และอาจทดสอบอีกครั้ง เพื่อจำแนกเป็น Congo/Central Basin และ West African clades

การเก็บตัวอย่าง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้นำเสนอข้อมูลดังกล่าวต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการสื่อสารกับโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดว่า หากมีกรณีต้องสงสัยตามการเฝ้าระวังแล้วจะเก็บตัวอย่างอย่างไร ซึ่งในกรณีนี้สามารถสรุปได้ว่า มีการเก็บทั้งตุ่มน้ำ การ Swab สารน้ำจากแผล การเก็บจาก Nasopharyngeal swab/oropharyngeal swab และการเก็บเลือด ซึ่งก็จะมีอยู่ ๔ ตัวอย่าง สามารถตรวจได้ทั้ง Real-time PCR และตรวจ DNA sequencing รวมทั้งตรวจจำเพาะ

ระบบการขนส่งตัวอย่าง จะต้องมีการขนส่งตัวอย่างมาถึงห้องปฏิบัติการในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้อยู่ในสถานะที่เหมาะสม (สภาพที่เย็น ไม่รั่วซึม) ระหว่างการขนส่งควรมีความปลอดภัย และต้องปฏิบัติตามระเบียบว่าด้วยการขนส่งเชื้อโรค โดยวิธีการส่งตัวอย่างจากโรงพยาบาลมายังห้องปฏิบัติการจะต้อง

๑) ปิดฝาหลอดหรือภาชนะเก็บตัวอย่างส่งตรวจให้สนิทพันด้วยเทป ปิดฉลากแจ้งชื่อผู้ขยชนิดตัวอย่าง และวันที่เก็บ ๒) นำหลอดหรือภาชนะส่งตรวจห่อหุ้มด้วยวัสดุดูดซับก่อนใส่ถุงซิปลงและทำความสะอาดภายนอกด้วยแอลกอฮอล์ ๗๐ % ๓) นำสิ่งส่งตรวจในถุงซิปลาสติก ใส่ในกระป๋องพลาสติกอย่างหนา (ชั้นที่ ๒) มีฝาปิดสนิท ไม่รั่วซึม สามารถทนแรงกระแทกได้หากตกพื้น ๔) นำกระป๋องใส่ลงในกระติกเก็บความเย็นหรือกล่องโฟม (ชั้นที่ ๓) ที่มีคุณสมบัติทนทานต่อการกระแทก กระแทก ในกรณีที่ส่งตรวจหาเชื้อไวรัสควรรักษาอุณหภูมิที่ ๔ - ๘ องศาเซลเซียส ตลอดการขนส่ง โดยใส่น้ำแข็งแห้งระหว่างชั้นที่ ๒ และ ๓ ให้เพียงพอ และมั่นใจว่าจะรักษาความเย็นจนถึงปลายทาง ๕) ปิดฝากล่องโฟม และใช้เทปพันรอยต่อระหว่างฝาให้แน่น กรณีใส่น้ำแข็งแห้งให้ใช้เทปยึดติดฝากล่องในลักษณะที่สามารถระบายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดขึ้นได้ ระบุชื่อผู้ส่งและผู้รับตัวอย่าง พร้อมเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกรณีฉุกเฉินที่ด้านข้างกล่อง ๖) ติดต่อบริษัทที่ให้บริการเพื่อรับตัวอย่าง จากนั้นประสานงานห้องปฏิบัติการ แจ้งวัน เวลาที่ส่งตัวอย่างที่ศูนย์ประสานงาน การตรวจวิเคราะห์และเฝ้าระวังโรคทางห้องปฏิบัติการ (ศปส.) หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ๑๕ แห่ง

กรณีตัวอย่าง ๓ รายแรก มีการทดสอบ ดังนี้

๑. การตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในกลุ่ม Orthopoxvirus ด้วยวิธี Real-time PCR ผลการทดสอบพบว่า ไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสในกลุ่ม Orthopoxvirus

๒. การตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในกลุ่ม Herpesvirus ด้วยวิธี Real-time PCR ผลการทดสอบพบว่า พบสารพันธุกรรมไวรัส Human herpesvirus type 1

๓. การทดสอบด้วยวิธีการเมตาจีโนมิกส์ ศึกษาวิเคราะห์จีโนมของจุลินทรีย์ทั้งหมดที่มีใน community ผลการทดสอบพบว่า พบสารพันธุกรรมไวรัส Human herpesvirus type 1 มากที่สุด

กรณีตัวอย่าง รายที่ ๔ ได้รับตัวอย่างเมื่อวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๔ ตัวอย่าง ในการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในกลุ่ม Orthopoxvirus ด้วยวิธี Real-time PCR ผลการทดสอบพบว่า ไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสในกลุ่ม Orthopoxvirus การตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในกลุ่ม Herpesvirus ด้วยวิธี Real-time PCR ผลการทดสอบพบว่า พบสารพันธุกรรมไวรัส Human herpesvirus type 1

อย่างไรก็ตาม WHO ได้ออกแนวทางการเตรียมความพร้อมในการควบคุมโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) สำหรับประเทศในกลุ่ม south-east Asia สรุปได้ว่า การตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้น สามารถยืนยันผลการติดเชื้อโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) ด้วยการตรวจในรูปแบบ Real-time หรือ conventional polymerase chain reaction (PCR) เหมือนดังเช่น Covid-19 ซึ่งโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) มีใช้ไวรัสอุบัติใหม่ และเคยระบาดในหลายประเทศมาแล้ว ทำให้ปัจจุบันชุดนํ้ายาตรวจสำเร็จรูปมีจำหน่ายอยู่ทั่วไป การศึกษาสายพันธุ์และการแบ่งปันข้อมูล เพื่อการตัดสินใจในระดับนโยบายจึงมีความสำคัญ

การตรวจของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ยังไม่พบปัญหา การเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจ หากอยู่ในระยะที่ตุ่มหนองยังไม่ขึ้นจะเก็บตัวอย่างจากตุ่มหนองในคอ หากตุ่มหนองขึ้นแล้วจะเก็บจากตุ่มหนองจะได้ผลดีกว่า ขณะนี้การควบคุมโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) จะต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและควบคุมการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว และยังไม่มียาประคับประคองที่ต้องวิตกกังวลมากนัก นอกจากนี้ องค์การเภสัชกรรมได้เก็บวัคซีนป้องกันโรคไข้ทรพิษ (Smallpox Vaccine) ที่ไม่ได้มีการฉีดแล้วไว้ประมาณ ๑๐,๐๐๐ vial ซึ่งสามารถฉีดเพื่อปลูกฝีได้ถึง ๕๐๐,๐๐๐ คน แต่เป็นวัคซีนประเภท First Generation ไม่เหมือนกับประเทศอื่น ๆ ที่เป็นวัคซีนประเภท third Generation ซึ่งจะต้องฉีดทางกล้ามเนื้อ และปัจจุบันวัคซีนดังกล่าวยังมีประสิทธิภาพดี แต่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จะต้องตรวจเพื่อยืนยันทั้งด้านความปลอดภัย และการปนเปื้อนของเชื้อ ซึ่งอาจต้องใช้เวลาประมาณ ๒ สัปดาห์ในการติดตามผล และผู้ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้ทรพิษ (Smallpox Vaccine) แล้ว เป็นผู้ที่มีอายุประมาณ ๕๐ ปีขึ้นไป อาจจะต้องมีการเจาะเลือด เพื่อตรวจสอบว่ายังมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) มากน้อยเพียงใด ซึ่งในทางทฤษฎีสามารถต้านทานต่อโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) ได้ประมาณ ร้อยละ ๘๕ ทั้งนี้ จะต้องมีการตรวจพิสูจน์อีกครั้งหนึ่ง โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีข้อเสนอว่าจะต้องติดตามสถานการณ์การระบาดหากมีการแพร่ระบาดรุนแรงจะต้องเร่งรีบดำเนินการจัดหาวัคซีน เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดในประเทศไทย

ผู้แทนกรมควบคุมโรค

ประเด็นสำคัญจากสถานการณ์โรคฝีดาษวานร (Monkeypox) ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สรุปได้ดังนี้

สถานการณ์โรคฝีดาษวานร (Monkeypox) ทั่วโลก ตั้งแต่วันที่ ๗ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ พบผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันทั้งสิ้น ๕๕๗ ราย และผู้ป่วยต้องสงสัย ๑๓๙ ราย รวมทั้งสิ้น ๖๙๖ ราย ใน ๓๓ ประเทศ ตัวอย่างประเทศที่พบการติดเชื้อโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) อาทิ อังกฤษ ๑๗๒ ราย เยอรมัน ๓๑ ราย

เนเธอร์แลนด์ ๓๒ ราย แคนาดา ๖๓ ราย สเปน ๑๙๖ ราย โปรตุเกส ๙๖ ราย บราซิล ๓ ราย นอกจากนี้ได้มีการรวบรวมข้อมูลจากกระแสข่าวทั่วโลก เพื่อติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดทั่วโลกพบว่า กลุ่ม LGBTQ ยังเป็นกลุ่มใหญ่ที่พบการติดเชื้อ

ข้อสรุปจากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๕ สรุปได้ว่า

๑) การประเมินความเสี่ยงโดยองค์การอนามัยโลก ภาพรวมความเสี่ยงของสาธารณสุขระดับโลกมีความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate) เนื่องจากเป็นครั้งแรกที่มีรายงานกลุ่มผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรมาจากหลายภูมิภาคทั่วโลก และไม่มีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาที่แน่ชัดกับประเทศที่เป็นโรคประจำถิ่นของโรคฝีดาษลิง ประกอบกับมีผู้ป่วยจำนวนมากที่บ่งชี้ว่าน่าจะมีการติดต่อจากมนุษย์สู่มนุษย์

๒) การรายงานผู้ป่วยอาจจะต่ำกว่าสถานการณ์จริง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการน้อยมักจะไม่เข้ารับการรักษาสถานพยาบาล ทำให้ขาดการตรวจจับอาการทางคลินิกตั้งแต่ในระยะแรกโดยบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ที่ยังไม่มีผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรในประเทศ รัฐจะต้องอาศัยเวลาในการสร้างและพัฒนา กลไกระบบเฝ้าระวังใหม่สำหรับโรคนี้ และขาดความพร้อมในการมีเครื่องมือเพื่อใช้ในการวินิจฉัย

กรมควบคุมโรคพยายามติดตามสถานการณ์ขององค์การอนามัยโลกตลอดเวลาว่าจะมีสถานการณ์ใหม่ อะไรเกิดขึ้นบ้าง จึงได้มีการตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เพื่อติดตามเฝ้าระวัง และเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ของการแพร่ระบาดของโรคฝีดาษวานร โดยกลุ่มภารกิจด้านการเฝ้าระวัง มี ๓ ส่วนหลัก ในแต่ละส่วนจะแบ่งตามกลุ่มภารกิจ ดังนี้

๑. หน่วยบัญชาการเหตุการณ์ ได้แก่ กลุ่มภารกิจตระหนักรู้เหตุการณ์ กลุ่มภารกิจสื่อสารความเสี่ยง กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และวิชาการ กลุ่มภารกิจประสานงานและเลขานุการ

๒. หน่วยปฏิบัติการ ได้แก่ กลุ่มภารกิจปฏิบัติการสอบสวนโรค กลุ่มภารกิจดูแลผู้ป่วย และกลุ่มภารกิจควบคุมโรคระหว่างประเทศ และกลุ่มภารกิจมาตรฐานการกักกัน

๓. หน่วยสนับสนุน ได้แก่ กลุ่มภารกิจกำลังคน กลุ่มภารกิจการจัดการศูนย์ปฏิบัติการ กลุ่มภารกิจสำรองวัสดุ เวชภัณฑ์ และส่งกำลังบำรุง

ระบบการเฝ้าระวัง แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ที่เดินทางเข้ามาในประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ประเทศทางทวีปยุโรปบางประเทศ และประเทศทางแอฟริกา จะมีการคัดกรองอุณหภูมิร่างกาย ไม่เกิน ๓๗ องศาเซลเซียส หากมีอุณหภูมิเกินจะต้องตรวจสอบตุ่มน้ำหรือหนองของร่างกาย ซึ่งจากการคัดกรองกลุ่มบุคคลเฝ้าระวังกว่า ๑๐,๐๐๐ คน ในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา ยังไม่พบผู้ป่วยที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย จะมีเพียงผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย จำนวน ๑ ราย ที่ทราบในภายหลังจากเดินทางออกนอกประเทศไปแล้ว

แนวทางการเฝ้าระวังโรคฝีดาษวานร ในประเทศไทย

๑. นิยามผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) กรณีเป็นผู้ป่วย มีอาการ ดังนี้

๑) ประวัติมีไข้หรือมีอุณหภูมิร่างกาย มากกว่า ๓๘ องศาเซลเซียส และมีอาการป่วยอย่างน้อย ๑ อย่าง อาทิ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ต่อม้ำเหลืองโต

๒) มีตุ่มนูน ผื่นกระจายตามใบหน้า ลำตัว ลักษณะเป็นตุ่มนูน ตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง ตุ่มตกสะเก็ด โดยจะต้องมีอาการร่วมกับประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาในช่วง ๒๑ วันที่ผ่านมา ได้แก่

- ประวัติเดินทางมาจาก/อาศัยอยู่ในประเทศที่มีการรายงานการระบาดของโรคฝีดาษวานร ภายในประเทศ (Local transmission)

- ประวัติร่วมกิจกรรมในงานที่พบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร หรือมีอาชีพที่ต้องสัมผัสคลุกคลีกับผู้เดินทางจากต่างประเทศเป็นประจำ

▪ ประวัติสัมผัสใกล้ชิดสัตว์ป่าประเภทสัตว์ฟันแทะ ลิง หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม นำเข้าจากทวีปแอฟริกา

นิยามผู้ป่วยเข้าข่ายโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) : กรณีเป็นผู้ป่วยสงสัย ที่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิด ดังนี้

๑) สัมผัสโดยตรงกับผิวหนังผู้ป่วย หรือสัมผัสสิ่งของที่อาจมีเชื้อปนเปื้อนของผู้ป่วย รวมทั้งเสื้อผ้าผู้ป่วย

๒) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ที่อาศัยอยู่ในห้องเดียวกันกับผู้ป่วย หรือใช้ห้องน้ำหรืออุปกรณ์ในห้องน้ำร่วมกับผู้ป่วย

๓) ผู้สัมผัสที่อยู่ในภายในห้อง หรืออยู่ใกล้ ผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) ภายใน ระยะ ๒ เมตร

นิยามผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) : กรณีเป็นผู้ป่วยสงสัยหรือเข้าข่ายที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน

๒. แนวทางการจัดการผู้ป่วยตามนิยาม

๑) ผู้ป่วยสงสัยหรือเข้าข่าย จะดำเนินการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๒) ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงสูง จะมีเจ้าหน้าที่ดำเนินการติดตามอาการป่วย ประจำวัน ส่วนผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงปานกลางหรือความเสี่ยงต่ำจะดำเนินการสังเกตอาการ

สถานการณ์โรคฝีดาษวานร (Monkeypox) และการเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ในประเทศไทย

โรคฝีดาษวานร (Monkeypox) เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง และยังไม่มียารักษาผู้ป่วยยืนยันในประเทศไทย แต่มีผู้ที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยสงสัย จำนวน ๕ ราย โดยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบการติดเชื้อ การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยพบในต่างประเทศ โดยเป็นผู้โดยสารเครื่องบินและลูกเรือ รวม ๑๒ ราย ถือเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดระดับปานกลางหรือระดับต่ำ ยังไม่พบอาการป่วย การประเมินความเสี่ยงของการติดต่อโรคฝีดาษวานรในประเทศไทยยังอยู่ในระดับต่ำ แต่ยังมีโอกาสพบผู้ที่มีประวัติเดินทางมาจากประเทศที่มีการรายงานผู้ป่วย เช่น ไนจีเรีย สหราชอาณาจักรอังกฤษ แคนาดา สเปน และโปรตุเกส

อย่างไรก็ตาม กรมควบคุมโรค ได้มีการประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ ดังนี้

๑. เน้นการเฝ้าระวังโรค ผู้เดินทางเข้าประเทศ ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล คลินิกโรคผิวหนัง คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ดูแลสัตว์ป่านำเข้าจากทวีปแอฟริกา

๒. การเตรียมความพร้อมทางห้องปฏิบัติการ และการเก็บตัวอย่างส่งตรวจห้องปฏิบัติการ

๓. การเตรียมความพร้อมทีมสอบสวนโรค

๔. การเตรียมความพร้อมด้านเวชภัณฑ์ ยา วัคซีน และอุปกรณ์การแพทย์

ผลการสอบสวนกรณีนักท่องเที่ยวต่างชาติมีผื่น/ตุ่มหนอง เข้าเกณฑ์ตามค่านิยมผู้ป่วยสงสัยโรคฝีดาษวานร จำนวน ๓ ราย ซึ่งเป็นพี่น้องกัน

๑. ประวัติอาการ ผู้ป่วยรายที่ ๑ เป็นเพศชาย อายุ ๓๐ ปี อาชีพแพทย์ วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เริ่มมีอาการผื่นที่แขนซ้าย และ ๒ วันถัดมาเริ่มมีไข้ ๓๘.๙ องศาเซลเซียส ซึ่งได้รับยาจากคลินิกเอกชนในจังหวัดภูเก็ต ผู้ป่วยรายที่ ๒ เป็นเพศชาย อายุ ๒๗ ปี อาชีพนักแสดง ในวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เริ่มมีผื่นที่หลังด้านขวาและคอ รับประทานยาและอาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยรายที่ ๓ เป็นเพศชาย อายุ ๒๐ ปี เป็นนักศึกษา ในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เริ่มมีผื่นที่รักแร้ซ้าย รับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น

๒. ปัจจัยเสี่ยง/ประวัติสัมผัส พบว่า มีการใช้อุปกรณ์ชกมวย กระสอบทราย (ยิมเดียวกัน) ร่วมกับผู้มีประวัติเป็นผื่นก่อนหน้า ประวัติเพศสัมพันธ์กับหญิงไทยช่วงที่อยู่ในประเทศไทย มีการคลุกคลีใกล้ชิดกันของผู้ป่วยทั้ง ๓ ราย ตลอดเวลาที่อยู่ในประเทศไทย เนื่องจากเป็นพี่น้องกัน และไม่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรที่ประเทศไอร์แลนด์ หรือร่วมกิจกรรมที่มีรายงานผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร

๓. การวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้น จากการสอบสวนโรค ได้ดำเนินการ

๑) Herpes simplex/Herpes Gladiatorum

๒) Monkeypox

๓) Rickettsia pox

๔) Other exanthema

๔. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยสงสัยทั้งหมด ๕ ราย ได้แก่ Negative for Monkeypox ด้วยวิธี RT-PCR (ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์โรคอุบัติใหม่ด้านคลินิก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) และ Positive for Herpes Simplex Type 1 ด้วยวิธี PCR (สถาบันบำราศนราดูร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)

๕. การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม มีผู้ป่วยสงสัยเพิ่มเติมอีก ๒ ราย ที่ยิมเดียวกันในจังหวัดภูเก็ต และผู้สัมผัสใกล้ชิด ประมาณ ๒๐ ราย ได้แก่ ผู้สอนและผู้เล่นยิมเดียวกัน

กรณีที่เป็นกรณีรุนแรงและมีมาตรการในการรองรับการแพร่ระบาดของโรคฝีดาษวานร ซึ่งโรคฝีดาษวานร จะพบการติดเชื้อในสถานที่จัดกิจกรรมของกลุ่มชายรักชาย ห้องชานาที่มีมีการใกล้ชิดกัน ในการจัดการจะแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ กรณีผู้ป่วยจะต้องแบ่งการรักษาทางคลินิกตามอาการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ส่วนกรณีผู้ต้องสงสัยจะต้องเฝ้าระวังสังเกตอาการ และจะมีการรักษาตามอาการ ส่วนผู้สัมผัสจะแบ่งออกเป็น ผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูง เสี่ยงกลางและเสี่ยงต่ำ วิธีการจะสังเกตได้จากอาการ คือ การมีตุ่มน้ำหรือตุ่มหนองขึ้น หากยังไม่มีอาการถือว่ามีความเสี่ยงต่ำ แต่จะต้องสังเกตอาการตัวเอง และหากมีอาการจะต้องมีเจ้าหน้าที่โทรติดตามอาการ กรณีเป็นชาวต่างชาติ เมื่อมีอาการจะต้องส่งข้อมูลสุขภาพไว้ใน Thailand Digital Health Pass หรือหากมาโรงพยาบาลต้องแจ้งสถานพยาบาลว่ามาจากประเทศที่มีความเสี่ยง นอกจากระบบที่โรงพยาบาลจะแจ้งกลับมาที่ส่วนกลางแล้วและต้องรายงานการเฝ้าระวังโรค โดยจะมีทีมสอบสวนเข้าไปดำเนินการสอบสวน ขณะนี้อยู่ระหว่างการฝึกอบรมทีมสอบสวนระดับเขต เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการเก็บ

ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.)

วิธีการและขั้นตอนการขึ้นทะเบียนยา การนำเข้ายาเข้ามาในประเทศ หรือการผลิตยา สรุปลงได้ว่าการนำเข้ายาหรือวัคซีนเข้ามาในประเทศ จะมีการดำเนินการใน ๒ กรณี กรณีปกติและกรณีฉุกเฉิน

- กรณีปกติ จะเชิญผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมพิจารณา เพื่อรับทราบข้อมูลเชิงลึกของวัคซีน และข้อมูลที่มีความละเอียด ครบถ้วนและครอบคลุม แต่เนื่องจากที่ผ่านมาเป็นกรณีฉุกเฉิน อาจยังไม่สามารถรับรู้ข้อมูลในเชิงลึก เพื่อเป็นการร่นระยะเวลาในการอนุญาตให้เร็วขึ้น แต่ในปัจจุบัน ยาไซโดโฟเวียร์ บริษัทที่เคยขอยื่นขึ้นทะเบียนไว้ แจ้งว่าไม่มียาในสต็อก อย่างไรก็ตาม กรมควบคุมโรคได้ประสานกับบริษัทที่จะจัดซื้อไว้ก่อนระดับหนึ่ง และยังสามารถนำวัคซีนป้องกันโรคไข้ทรพิษ (Smallpox Vaccine) ประมาณ ๑๐,๐๐๐ vial ขององค์การเภสัชกรรมมาใช้ในกรณีฉุกเฉินได้

ผู้แทนศูนย์จีโนมทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

การถอดรหัสพันธุกรรมจีโนมของไวรัสก่อโรคฝีดาษวานร (MONKEYPOX) จะช่วยบ่งชี้ว่าเป็นไวรัสสายพันธุ์ใด เหมือนหรือต่างจากสายพันธุ์ที่เคยระบาดในอดีต และที่กำลังระบาดในปัจจุบัน และอาจกลายพันธุ์แพร่ระบาดได้ในอนาคต การตรวจวินิจฉัยไวรัสก่อโรคฝีดาษวานรทางห้องปฏิบัติการด้วยการถอดรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนม จึงพัฒนาการตรวจสอบ ๔๐ ตำแหน่งบนจีโนม (massarray genotyping) ของไวรัสก่อโรคฝีดาษวานร (เพื่อป้องกันผลบวกและผลลบปลอม) ใช้เวลาในการพัฒนาประมาณ ๒ สัปดาห์ เมื่อแล้วเสร็จสามารถตรวจคัดกรองไวรัสก่อโรคฝีดาษวานรได้ภายใน ๔๘ ชั่วโมง

WHO ยังไม่ได้ระบุว่าโรคฝีดาษวานรเป็นโรคที่มาจากโรค STD (Sexually Transmitted Disease) เกิดจากการติดต่อผ่านกันทางเพศ หากมีการระบุดังกล่าวจะเกิดความสับสนระหว่างโรคฝีดาษวานรกับโรค HIV และยังมีข้อสรุปแน่ชัดเกี่ยวกับการติดเชื้อว่าจะมีการถ่ายทอดผ่านทางเลือดและสเปิร์ม ซึ่งการใช้ถุงยางอนามัยอาจจะไม่สามารถป้องกันโรคได้

ศาสตราจารย์นายแพทย์ยง ภู่วรวรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพรวมกรณีดังกล่าวว่า โรคฝีดาษวานร (MONKEYPOX) ไม่ใช่โรคใหม่ พบครั้งแรกในลิงเมื่อปี ๒๕๐๓ และพบในคนตั้งแต่ปี ๒๕๑๓ ในแอฟริกาตอนกลาง และแอฟริกาตะวันตก โดยมีการเรียกชื่อ “ฝีดาษวานร” และเพื่อเป็นเกียรติและระลึกถึงท่านศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ ได้เขียนหนังสือเรื่อง “ระบาดบันลือโลก” และผู้ตั้งชื่อโรคนี้นั้นในประเทศไทย ในอดีตที่ผ่านมายังไม่พบการระบาดใหญ่พบเป็นกลุ่มในแอฟริกา ยุโรป และอเมริกา โดยการติดต่อยังไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าเป็นการติดต่อจากลิง ส่วนการระบาดในสหรัฐอเมริกาเกิดจาก Gambian giant rat to Prairie dog ที่ชาวอเมริกันเลี้ยงเป็นสัตว์เลี้ยง ซึ่งมีอาการต่างจากไข้ทรพิษ คือ อาการต่อมน้ำเหลืองโต โดยแพร่ระบาดใน ๓ รัฐ ได้แก่ รัฐไอโอวา รัฐอิลลินอยส์ และรัฐเท็กซัส

การระบาดในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นการระบาดจากการจัดงาน Pride festival in Gran Canaria (Spain) ของกลุ่ม LGBTQ+ และกลุ่ม Celebrations เป็นจุดการแพร่กระจายของโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) โดยเป็นเพศชายเกือบทั้งหมด อายุในวัยเจริญพันธุ์ ระหว่าง ๒๐ - ๕๐ ปี จะพบในประเทศสเปนมากที่สุด และประเทศอังกฤษ รองลงมา และยากต่อการควบคุม โดยสายพันธุ์โรคฝีดาษวานร (Monkeypox) มี ๒ สายพันธุ์ คือ สายพันธุ์ West African clade ซึ่งมีอาการไม่รุนแรง และสายพันธุ์ Central African clade ซึ่งมีอาการรุนแรงกว่า

อาการของโรค การแยกแผลของโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) ในการวินิจฉัยทางคลินิกสามารถแยกจากสุกใส เริม (Herpes) หากเป็นโรคฝีดาษวานร ตุ่มทุกตุ่มจะสุกพร้อมกัน เกิดขึ้นที่ส่วนปลายของมือ/เท้า ลำตัว มีประวัติสัมผัสโรคฝีดาษวานร และเมื่อย้อมดูเซลล์ที่ฐานตุ่มไม่พบ ส่วนกรณีเป็นสุกใส (Herpes) จะมีระยะแดง สุกใส บริเวณ ลำตัว มือ เท้า มีประวัติสัมผัสโรคสุกใส

การติดต่อและการแพร่กระจาย จากสัตว์มาสู่คน (Zoonosis) มาจากสัตว์กลุ่มฟันแทะจากแอฟริกา สัตว์จำพวกกระรอกในแอฟริกา การสัมผัสกับหนู pairie dog ในสหรัฐอเมริกา การติดต่อเกิดจากการสัมผัสแบบ droplets infection

การป้องกันและการควบคุมดูแลโรค จะดำเนินการปลูกฝีป้องกันฝีดาษอย่างน้อย ๑๔ วัน ก่อนสัมผัสโรค และการเฝ้าระวังการนำเข้าสัตว์ที่อาจจะนำโรคดังกล่าวเข้าสู่ประเทศ

วัคซีนป้องกันโรค จะมี ๓ Generation ประกอบด้วย

๑. Generation 1 เป็นวัคซีนที่ใช้มากกว่า ๒๐๐ ปี เริ่มจากเอ็ดเวิร์ด เจนเนอร์ พัฒนาให้ดีขึ้น freeze - dry ให้มีคุณภาพ เก็บได้นาน ใส่ยาปฏิชีวนะ (Dryvax) โดยวัคซีนที่องค์การเภสัชกรรมเก็บไว้เป็นวัคซีน Generation 1

๒. Generation 2 เป็นวัคซีน cell culture เลี้ยงเชื้อบน Vero Cell โดยบริษัท Acambis สามารถควบคุมง่ายและจัดเก็บได้ง่ายกว่า

ทั้งนี้ เมื่อปลูกฝีแล้วจะเกิดอาการข้างเคียง เช่น แผลเป็น จึงมีการพัฒนา Generation ต่อไป

๓. Generation 3 เป็นสายพันธุ์ Vaccinia ดัดแปลงพันธุกรรม (Modified Vaccinia Ankara) ผลิตโดย Bavarian Nordic ชื่อ MVA-BN ไวรัสมีชีวิตอ่อนฤทธิ์ ไม่สามารถแบ่งตัวได้ ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง สร้างภูมิต้านทาน ไม่เกิดตุ่มหนอง โดยวัคซีนนี้มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับวัคซีนในอดีต ให้ได้ในผู้ที่มีภูมิต้านทานต่ำ สตรีตั้งครรภ์ก็ไม่เป็นข้อห้าม เนื่องจากไวรัสแบ่งตัวไม่ได้ ฉีดใต้ผิวหนัง ๒ ครั้ง และต้องห่างกัน ๔ สัปดาห์ กรณีเป็นผู้ที่ปลูกฝีมาแล้ว ให้ฉีดครั้งเดียว ผู้ที่สัมผัสโรค ภายใน ๔ วัน สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ หรือสามารถลดอาการของโรคลง โดยประเทศไทย เริ่มลดการปลูกฝีลงตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๗ เป็นต้นมา และเลิกปลูกฝีในปี พ.ศ. ๒๕๒๓

โรคไข้ทรพิษ หรือฝีดาษในคน ประเทศโซมาเลีย พบผู้ติดเชื้อเป็นประเทศสุดท้ายในปี พ.ศ. ๒๕๒๐ หลังจากไม่พบผู้ติดเชื้อหรือไม่พบผู้ติดเชื้อไข้ทรพิษแล้ว และองค์การอนามัยโลกมีความมั่นใจแล้วจึงได้ประกาศให้เลิกปลูกฝีและได้ทำหนังสือขอความร่วมมือหน่วยงานต่าง ๆ ทั่วโลก ให้ทำลายวัคซีนไข้ทรพิษ ขณะนี้มีประเทศที่ยังไม่ได้ทำลายวัคซีนไข้ทรพิษ ได้แก่ US-CDC สหรัฐอเมริกา และ Vector Institute Koltsovo ประเทศรัสเซีย กรณีการปลูกฝีหากเป็นผู้ที่มีภูมิต้านทานต่ำสามารถเสียชีวิตได้ เนื่องจากไม่มีภูมิคุ้มกันในการต้านเชื้อฝีดาษ แต่ยังมีการพัฒนาวัคซีนเพื่อป้องกันโรคฝีดาษตาม Generation ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นตามยุคสมัย หากเปรียบเทียบกับกรณีของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา การระบาดของโรคฝีดาษจะสามารถดำเนินการหรือบริหารจัดการวัคซีนได้ดีกว่า และมีวัคซีนให้สามารถเลือกใช้ถึง 3 Generation

สำหรับการใช้วัคซีนป้องกันโรคไข้ทรพิษ (Smallpox Vaccine) ขององค์การเภสัชกรรม ซึ่งเป็นวัคซีน Generation 1 ทั้งนี้ หากเป็นกรณีโรคไข้ทรพิษที่สามารถติดเชื้อได้ง่ายกว่า จะนำวัคซีนขององค์การเภสัชกรรมมาใช้แน่นอน แต่หากเป็นกรณีโรคฝีดาษวานร ยังมีการระบาดที่ไม่รุนแรงและไม่มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคฝีดาษวานร จึงตัดสินใจว่าจะใช้วัคซีน Generation 1 หรือ 2 หรือ 3 เนื่องจากวัคซีน Generation 1 จะมีการข้างเคียงมากกว่า วัคซีน Generation 2 และ Generation 3

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคฝีดาษวานร พบความแตกต่างในการติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จึงเป็นข้อสันนิษฐานต่อความแตกต่างนี้ว่าเป็นโรคที่มาจากโรค STD (Sexually Transmitted Disease) เกิดจากการติดต่อผ่านกันทางเพศ ในกลุ่ม LGBTQ+ หรือไม่ ซึ่งประเด็นดังกล่าวยังไม่ชัดเจน ซึ่งในการจัดงาน Festival ในประเทศไทยยังสามารถจัดงานได้

ประเด็นข้อมูลเพิ่มเติมของคณะกรรมการฯ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านวิชาการจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ รองประธานคณะกรรมการฯ

๑. ประเทศโซมาเลียเป็นประเทศสุดท้ายที่พบผู้ติดเชื้อไข้ทรพิษ โดยองค์การอนามัยโลก ได้ประกาศว่าไม่มีโรคไข้ทรพิษ ในวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๒๓ ค.ศ. ๑๙๘๑ โดยมีประเทศที่เก็บวัคซีนไข้ทรพิษไว้ ๔ ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา รัสเซีย อังกฤษ และแอฟริกาใต้ และในปี ค.ศ. ๑๙๘๔ อังกฤษ

และแอฟริกาใต้ ได้ทำลายวัคซีนทิ้งทั้งหมดเหลืออยู่ ๒ ประเทศ คือ US-CDC สหรัฐอเมริกา และ Vector Institute Koltsovo ประเทศรัสเซีย

๒. การติดเชื้อของโรคฝีดาษวานรเกิดขึ้นในแอฟริกามาเป็นระยะเวลานานแล้ว แต่ไม่มีการรายงานข่าวการติดเชื้อจนกระทั่งมีการระบาดในประเทศสิงคโปร์และประเทศอังกฤษ จึงมีการรายงานข่าวการติดเชื้อ

๓. การติดเชื้อโรคฝีดาษวานร สามารถติดเชื้อได้ยากกว่า การติดเชื้อจะต้องเป็นกรณี direct contact การระบาดในหมู่ชายรักชาย (MSM) ถือเป็นรูปแบบหนึ่งในการติดเชื้อแบบ direct contact โดยประเทศไทยถือเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญของหมู่ชายรักชายที่สามารถตรวจคัดกรองได้ยาก หากไม่มีการระบาดอย่างรุนแรงจะเรียกว่าเป็น monkeypox outbreak หากมีการระบาดรุนแรงจะเรียกว่าเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic)

๔. การจัดเก็บวัคซีนตามระบบราชการได้มีการตรวจสอบแล้วพบว่า มีคุณภาพดีและสามารถเพิ่มเติมวัคซีนได้ และควรมีการจัดทำเป็นประวัติศาสตร์การแพทย์ของประเทศไทยว่า ใน พ.ศ. ๒๕๒๓ เกี่ยวกับการเกิดวัคซีนปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ First Generation โดยแพทย์ของประเทศไทย จำนวน ๒ คน

ครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๕

**๓.๑๒ การจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
ของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

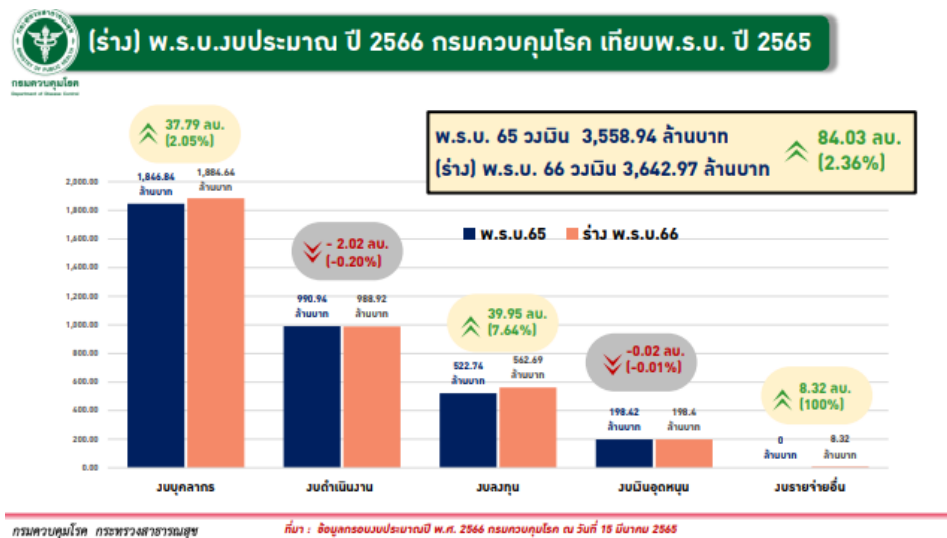
คณะกรรมการได้ติดตามการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งงบประมาณเพื่อรองรับการดำเนินงานตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข การเปรียบเทียบการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ และวงเงินที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละรายการ และงบประมาณที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบให้จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในส่วนที่หน่วยงานได้รับจัดสรร รวมทั้งการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ของการใช้งบประมาณในปีดังกล่าว

ผลการพิจารณา

ผู้แทนกรมควบคุมโรค

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และภัยทางสุขภาพของกรมควบคุมโรค ได้กำหนด **วิสัยทัศน์** คือ ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ภายในปี ๒๕๘๐ (ค.ศ. ๒๐๓๗) **พันธกิจหลัก** การวิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีการป้องกันควบคุมโรคที่ได้มาตรฐานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน ตลอดจนหน่วยงานระดับนานาชาติ

การจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖



การจัดทำงบประมาณปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓,๖๔๒.๙๗ ล้านบาท มากกว่าปี ๒๕๕๕ จำนวน ๘๔ ล้านบาท (คิดเป็น ร้อยละ ๒.๓๖) โดยงบประมาณที่ขอเพิ่มขึ้น ได้แก่ งบด้านบุคลากร จำนวน ๓๗.๗๙ ล้านบาท งบแผนการบูรณาการรัฐบาลดิจิทัล เกี่ยวกับระบบ Travel Vaccination Certificate จำนวนกว่า ๕๕.๖๖ ล้านบาท

การจัดทำงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ ได้กำหนดทิศทางที่สอดคล้องในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี : ในยุทธศาสตร์ที่ ๒ ความสามารถในการแข่งขัน ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาศักยภาพคน และยุทธศาสตร์ที่ ๖ บริหารจัดการภาครัฐ

- แผนแม่บท : แผนแม่บทที่ ๙ เขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการลงทุน เสนอตั้งงบประมาณ ๓.๙๑ ล้านบาท แผนแม่บทที่ ๑๓ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ประชาชนปลอดภัย และภัยที่ป้องกันได้ โดยกรมควบคุมโรครับผิดชอบแผนแม่บทย่อยที่ ๑๓.๕ วงเงินที่ตั้งจำนวน ๓,๕๘๓.๐๑ ล้านบาท และแผนแม่บทที่ ๒๐ การบริการประชาชนและประสิทธิภาพภาครัฐ เพื่อปรับเปลี่ยนบริการภาครัฐด้วยระบบดิจิทัล เสนอตั้งงบประมาณ ๕๖.๐๔ ล้านบาท โดยทั้งหมดมีความเชื่อมโยงกับแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข จำนวน ๒ Big Rock คือ Big Rock ที่ ๑ การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ จำนวน ๒๘๙.๒๒ ล้านบาท และ Big Rock ที่ ๒ การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย วงเงิน ๓๒.๓๖ ล้านบาท

งบประมาณสำหรับการแก้ไขปัญหาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ โดยมีงบประมาณจาก ๓ แหล่งที่สำคัญ ได้แก่ ๑) งบประมาณประจำปี เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ซึ่งในช่วงดังกล่าวได้มีการปรับภารกิจประจำของกรมไปบูรณาการเพื่อตอบโต้กับภาวะฉุกเฉินและการควบคุมสถานการณ์ ๒) งบกลาง COVID เพื่อสนับสนุนภารกิจควบคุมโรคระบาด โดยส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการเฝ้าระวัง คัดกรอง ควบคุม เช่น ค่าตอบแทน/เสี่ยงภัย ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและเวชภัณฑ์ในการควบคุมโรค และ ๓) พระราชกำหนดเงินกู้ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการจัดหาวัคซีนโควิด ๑๙ และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขรองรับโรคระบาด ซึ่งปัจจุบันมีการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ รวมจำนวน ๑๓๘ ล้านโดส ส่งผลให้ปัจจุบันประเทศไทยสามารถกลับมาเปิดประเทศได้อย่างเต็มรูปแบบ

ประเด็นงบประมาณด้านวัคซีนได้ประมาณการค่าใช้จ่ายไว้ เป็นงบประมาณจากส่วนใด เช่น ใช้จ่ายจากงบของกรมควบคุมโรค งบกลาง หรือเงินกู้ : โดยหลักการงบประมาณด้านวัคซีนได้ใช้เงินกู้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดหาวัคซีน ซึ่งได้เสนอขอกรอบวงเงินงบประมาณไว้ จำนวน ๖๘,๐๐๐ ล้านบาท ครอบคลุมวัคซีนถึงปี ๒๕๖๕ และเบิกจ่ายตามล็อตวัคซีนที่ได้นำเข้า โดยวัคซีนที่จัดซื้อมีแพลตฟอร์มวัคซีนตามที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิชาการที่ให้ความเห็นชอบ และเสนอผ่านสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเสนอต่อศูนย์ปฏิบัติการ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - ๑๙ (สปก.สคบ.) และ ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (สพค.) ตามลำดับ ทั้งนี้ การจัดหาวัคซีนได้จัดหาจากทุกแพลตฟอร์มที่มีในทุกประเทศ ทั้งชนิดเชื้อตายและเชื้อเป็น โดยวัคซีนชนิด mRNA ได้จัดซื้อจัดหาเป็นวัคซีนไฟเซอร์ สำหรับโมเดอร์นา ไม่ได้มีการจัดหา เนื่องจากเป็นวัคซีนแพลตฟอร์มเดียวกัน ดังนั้น ใน ๑ แพลตฟอร์มวัคซีน จะมีวัคซีนอย่างน้อย ๑ ชนิด ที่ใช้ในการรองรับการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคโควิด ๑๙ ที่ผ่านมา

ความเพียงพอของการจัดสรรงบประมาณด้านบุคลากรปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๑,๙๒๔ ล้านบาท และปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑,๙๖๕ ล้านบาท ทั้งนี้ เนื่องจากปัญหาโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ มีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง : งบประมาณด้านบุคลากรดังกล่าว เป็นค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนบุคลากรเป็นหลัก สำหรับค่าตอบแทนเสี่ยงภัย/ค่าล่วงเวลา กรณีฉุกเฉินในแต่ละครั้ง ได้ขอผ่านงบกลางจากคณะรัฐมนตรี

เป็นคราว ๆ โดยไม่ได้กำหนดไว้ในการขออนุมัติจัดสรรในงบประมาณ เนื่องจากที่ผ่านมาสถานการณ์โรคระบาดไม่แน่นอน ประกอบกับงบประมาณเสี่ยงภัยไม่สามารถจัดตั้งไว้ในงบประมาณปกติได้

งบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๕ เปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๖ พบว่า งบประมาณเกี่ยวกับแผนการบูรณาการรัฐบาลดิจิทัล ของกรมควบคุมโรคในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพิ่มขึ้นจำนวนกว่า ๕๖ ล้านบาท ซึ่งจากปีที่ผ่านมาที่ได้รับเพียง ๒ ล้านบาท เนื่องจากการได้รับจัดสรรงบประมาณรับเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ เนื่องจากมีแผนงานการควบคุมป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศ โดยมีด้านควบคุมโรคติดต่อมากกว่า ๖๙ ด้าน ทั้งทางบก ทางเรือ และทางอากาศ ซึ่งมีความจำเป็นต้องพัฒนาเป็นระบบ Digital Vaccine Certificate จากเดิมที่ใช้สมุดเล่มเหลือง ดังนั้น การตั้งงบประมาณในปีงบประมาณนี้ เพื่อพัฒนาระบบวัคซีน Vaccine Certificate ซึ่งที่ผ่านมาประเทศไทยได้ดำเนินการในรูปแบบ Thailand Pass และต่อไปจะพัฒนาเป็น Digital Vaccine Certificate เพื่อเชื่อมโยงกับระบบของตรวจคนเข้าเมือง

โครงการแผนงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะโครงการกำจัดโรค ซึ่งมีเป้าหมายหลักในการกำจัดโรคมาลาเรีย ตั้งงบประมาณไว้กว่า ๕๓ ล้านบาท โครงการโรคฉี่หนู ๗๕ ล้านบาท และยุติปัญหาเอชไอวี ๙๗ ล้านบาท กรณีดังกล่าวในปัจจุบันสถานการณ์โรคมาลาเรีย วัณโรค และเอชไอวี โดยโรคมาลาเรียปัจจุบันสถานการณ์ดีขึ้นมาก จึงเน้นในการเฝ้าระวังติดตาม โดยเฉพาะตามแนวชายแดน และภูเขา และเชื้อดื้อยา สำหรับวัณโรค เน้นการติดตาม และการรักษา เพื่อให้ยาให้ครบถ้วน ผู้รับผิดชอบการรักษา คือ สปสช. โดยกรมควบคุมโรคได้กำหนดมาตรการและเฝ้าระวัง ติดตาม และควบคุม รวมถึงข้อมูลการรักษาตามเป้าหมายและการกำหนดกรอบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มในเรือนจำ กรณีโรคเอชไอวีมีการรักษาโดย สปสช. สำหรับการรณรงค์ในปัจจุบันมีผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีกลุ่มรักเพศเดียวกันมากขึ้น จึงมีการใช้เครือข่ายรณรงค์ในวงกว้างมากขึ้น รวมถึงการใช้ถุงยางอนามัย ตลอดจนการติดตามเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์

แผนงาน/โครงการการตรวจคัดกรองและการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ และโครงการตรวจคัดกรองเชิงรุก และการนำเข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว เนื่องจากไวรัสตับอักเสบเป็นเชื้อที่นำไปสู่การก่อให้เกิดโรคมะเร็งตับ และควรเร่งรัดดำเนินการในทุกพื้นที่โดยกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ทั้งนี้ โรคไวรัสตับอักเสบมีชนิดที่ติดต่อระบบทางอาหาร เช่น ไวรัสตับอักเสบบี และซี ดำเนินการมีลักษณะเป็นการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโดยระบาดวิทยา และสอบสวนควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามข้อมูลจากทุกโรงพยาบาล สำหรับไวรัสตับอักเสบที่ติดต่อจากทางเลือดหรือเพศสัมพันธ์ คือ ไวรัสตับอักเสบบี และซี ซึ่งไวรัสตับอักเสบบี มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาในการรักษาสูง มีการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเรือนจำ และหากมีการตรวจเลือดพบเชื้อจะรีบดำเนินการเข้าสู่ระบบการรักษา โดยให้มีการลงทะเบียนการรักษาในระบบ สปสช. รวมทั้งการรณรงค์การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกัน ทั้งนี้ กรมควบคุมโรคมีโครงการกำจัดกาฬโรคเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีจากแม่สู่ลูก โดยดำเนินการจัดทำแผนร่วมกับหลายหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. รวมถึงหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ และแม้ว่างบประมาณจะมีจำกัดก็ได้มีการเสนอแผนร่วมกันหลายโครงการทั้งในส่วนกองทุนโลกเพื่อร่วมกันดำเนินการ ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ กรมควบคุมโรคได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านไวรัสตับอักเสบบีเพิ่มขึ้น

กรมควบคุมโรคมีเป้าหมายการกำจัดโรคมาลาเรีย เนื่องจากปัจจุบันมีประมาณ ๑๔๐ ตำบล ที่มีโรคนี้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการกำจัดโรคมาลาเรียให้หมดไปตามองค์การอนามัยโลก รวมทั้งโรคคือยาวัณโรคซึ่งยังเป็นปัญหาในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น เรือนจำ นอกจากนี้ มีการค้นหาเชิงรุกร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ สำหรับโรคพยาธิใบไม้ในตับ ซึ่งมีเพิ่มมากขึ้น จึงได้ร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการนำชุดทดสอบ

โรคพยาธิใบไม้ในตับ หรือ RDT Kit เช่นเดียวกับชุดทดสอบการตั้งครรภ์ เพื่อนำมาตรวจหา Antigen ของพยาธิใบไม้ในตับในคนในวงกว้างมากขึ้น โดยจัดโครงการนำร่องในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตลอดจน การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ได้ดำเนินการร่วมกับกรมปศุสัตว์ และกรมอุทยานแห่งชาติ ซึ่งหากสามารถ ลดเชื้อพิษสุนัขบ้าจากสัตว์ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การลดงบประมาณด้านวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน ได้อย่างมาก นอกจากนี้ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ หรือ NCDs มีการดำเนินงานควบคู่กับกรมอนามัยโดยมีการชี้เป้า และเฝ้าระวัง ซึ่งได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเป็นอย่างดี โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อการปรับ พฤติกรรมสุขภาพ โดยนำข้อมูลการตรวจสุขภาพจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันสังคม เพื่อติดตามวางแผนงาน/โครงการ รวมถึงการให้ความรู้ Health Literacy เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นกลุ่มที่ยังไม่ป่วยมากกว่ากลุ่มที่ป่วยแล้ว และเน้นกลุ่มเฉพาะเจาะจงเพื่อให้เห็นผล ที่ชัดเจน ตลอดจนโครงการลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับกระทรวงมหาดไทยและเครือข่ายความปลอดภัย ทางถนน นอกจากนี้ มีแผนงานการป้องกันการจมน้ำและการจมน้ำในเด็ก ซึ่งประเทศไทยมีผลการดำเนินการที่ดี อย่างไรก็ตาม จะมีการขยายไปในกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มเด็กด้วย โดยเฉพาะวัยทำงานหรืออาชีพหาปลา ในช่วงฤดูน้ำหลาก

ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และเปรียบเทียบงบประมาณ ที่ได้รับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ โดยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปี ๒๕๖๖ ที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ของอยู่ที่ ๑๔๒,๒๙๗,๙๓๖,๗๐๐ บาท เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๑,๗๔๗,๗๔๒,๗๐๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๔ ดังนี้

ลำดับ	รายการ	งบประมาณปี 2565	งบประมาณ ปี 2566		ส่วนต่าง (เทียบกับ2565)	%
			ข้อเสนอ	เห็นชอบ		
1	งบบุคลากรสำนักงาน	1,284,989,200	1,950,838,900	1,395,753,300	110,764,100	8.62
2	งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	140,550,194,000	145,251,814,200	142,297,936,700	1,747,742,700	1.24

สรุปงบประมาณกองทุน สปสช. ปี ๒๕๖๖ ภาพรวมงบประมาณแบ่งเป็น ๑๑ หมวด ดังนี้

รายการ	ปี 2565 [ได้รับ]	ปี 2566 [ได้รับ]	ผลต่าง66กับ 65ได้รับ	% growth
กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว	158,294.4233	161,602.6675	3,308.24	2.1%
1 ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว				
- อัตราเหมาจ่าย (บาท/ประชากร) *	3,329.22	3,385.98	56.76	1.7%
- ประชากรสิทธิ์ (ล้านคน)	47.547	47.727	0.18	0.4%
กลุ่ม B - ค่าบริการอื่นๆ นอกงบเหมาจ่ายรายหัว	17,453.9043	17,946.9172	493.01	2.8%
2 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,768.1088	3,978.4785	210.37	5.6%
3 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	9,731.3395	9,952.1756	220.84	2.3%
4 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (DM/HT และจิตเวชเรื้อรังในชุมชน)	1,154.7800	1,071.4748	(83.31)	-7.2%
5 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.2880	1,490.2880	-	0.0%
6 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	990.1080	1,265.6460	275.54	27.8%
7 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ	319.2800	188.8543	(130.43)	-40.8%
กลุ่ม C - รายการใหม่/แยกมาจากเหมาจ่าย	23,143.4618	24,590.4431	(823.01)	
8 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2,769.9300	2,772.0000	2.07	0.1%
10 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	283.0300	437.3360	154.31	54.5%
11 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	19,265.4218	21,381.1071	2,115.69	11.0%
รวมทั้งสิ้น (กลุ่ม A+B+C)	198,891.7894	204,140.0278	5,248.24	2.6%
เงินเดือนภาครัฐขึ้นปกติในระบบ	58,341.5954	61,842.0911	3,500.50	6.0%
คงเหลือเป็นเงินกองทุนฯ ที่ส่งให้ สปสช.	140,550.1940	142,297.9367	1,747.74	1.2%
*รวมบริการกรณีโรคโควิด 19		1,358.8600		

จากตารางแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่ม A กองทุนงบประมาณจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๓,๓๐๘.๒๔ ล้านบาท ครอบคลุมประชากร ๔๗.๗ ล้านคน โดยงบสัดส่วนกองทุนลดลง แต่จะไปเพิ่มในส่วนหมวดท้องถิ่นกับหมวดส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค กลุ่ม B งบค่าบริการอื่น ๆ นอกจาก งบประมาณจ่ายรายหัว เช่น งบค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และกลุ่ม C รายการใหม่/แยกมาจากงบประมาณจ่าย ทั้งนี้ งบบางส่วนลดลง เนื่องจากปริมาณงานลดลง โดยส่วนหนึ่งเป็นมาจากสถานการณ์โรคโควิด ๑๙

งบอัตราเงินจ่ายรายหัวประจำปี ๒๕๖๖ งบประมาณจ่ายรายหัว (แบบใหม่) ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓,๓๘๕.๙๘ บาทต่อหัว แบ่งเป็น ๙ ประเภทบริการ โดยแยกงบด้านส่งเสริมป้องกันและเงินช่วยเหลือไปราชการนอกงบประมาณ ดังนี้

ประเภทบริการ	ปี 2565	ปี 2566	ผลต่าง 66 ได้รับ > ปี 65
	[ได้รับ] บาทต่อหัว	[ได้รับ] บาทต่อหัว	
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,305.07	1,344.40	39.33
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป DRGv.5	1,460.59	1,477.01	16.42
3. บริการกรณีเฉพาะ	395.14	399.49	4.35
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	463.44	506.07	42.63
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	18.73	17.23	(1.50)
6. บริการแพทย์แผนไทย	19.00	19.16	0.16
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69	128.69	-
8. เงินช่วยเหลือผู้บริหารและผู้บริหาร	5.95	9.16	3.21
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00	-	(2.00)
รวมอัตราเงินจ่ายรายหัว (แบบเดิม)	3,798.61	3,901.21	102.60
รวมอัตราเงินจ่ายรายหัว (แบบใหม่) P&Pและเงินช่วยเหลือ ไปราชการนอกงบประมาณ	3,329.22	3,385.98	56.76
รวมอัตราเงินจ่ายรายหัว [ลบ.] แบบใหม่ ไม่รวม PP	158,294.42	161,602.6675	3,308.24

สิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ในรายการที่ต่อเนื่องจากปี ๒๕๖๕ ดังนี้

ที่	หมวด	รายการ-กลุ่มต่อเนื่องจากปี 2565	งบประมาณ (ลบ.)	เป้าหมาย
1	Nofault	ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ COVID19	2.01	110 ราย
2	Nofault	ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากรัดเข็มโควิด	154.96	612 ราย
3	PHC	คลินิกการพยาบาล	2.00	8,000 ครั้ง
4	PP[11]	ANC ไม่จำกัดจำนวนครั้ง (>5 ครั้ง)	87.62	243,400 ครั้ง
5	PP[12]	บริการส่งเสริมป้องกันโรคกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	915.70	387,700 ครั้ง
6	CR	รับบริการกับหมอประจักษ์รอบครัว ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้	503.99	1,762,200 ครั้ง
7	CR	โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม	1,483.65	927,280 ครั้ง
8	disability	คลินิกกายภาพบำบัด	1.80	4,000 ครั้ง
รวมงบประมาณ กลุ่มต่อเนื่อง 8 รายการ			3,149.73	
			5,014.23	

กรณีสิทธิประโยชน์รายการ ANC โดยให้หญิงตั้งครรภ์ตรวจครรภ์ได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง เป็นการเพิ่มสิทธิจากเดิมที่ให้ตรวจได้ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อปี

สิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รายการใหม่ ดังนี้

ที่	หมวด	รายการ-กลุ่มสิทธิประโยชน์ใหม่	งบประมาณ (ลบ.)	เป้าหมาย (ราย)
1	IP	Intermediate care	271.83	30,283 ครั้ง
2	PHC	ค่าบริการจ่ายอุปกรณ์ฯ ผ่านหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน	2.46	1,439,500 ราย
3	IP	การรักษาภาวะความดันในเลือดปอดสูงด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ทางการแพทย์ในเด็กแรกเกิด	32.00	320 ราย
4	PP[1]	การตรวจ HBeAg ในหญิงตั้งครรภ์ที่มี HBsAg Positive รวมการตรวจต่อเชื้อและรักษา	14.27	6,693 ครั้ง
5	IP	ฉุกเฉินภาครัฐ	759.79	53,184 ราย
6	OP	การรักษาเนื้อเยื่อในแบบคงความมีชีวิต (Vital Pulp Therapy) ในฟันถาวร	78.82	56,300 ราย
7	CR	บริการผ่าตัดรากฟันเทียมในผู้สูงอายุ	191.37	7,600 ราย
8	CR	ยาจ.2 ใหม่ 4 รายการ	25.70	188 ราย
9	HIV	บริการป้องกันติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัส (HIV-PEP)	43.05	27,000 ราย
10	PP[2]	งมการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในสามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย	27.54	229,500 ราย
11	PP[3]	การตรวจคัดกรองซิฟิลิสในสามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย	12.51	229,500 ราย
12	PP[4]	งมบริการวัดความดันโลหิตสูง	-	994,500 ราย
13	PP[5]	งมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สายด่วนเลิกบุหรี่	11.75	391,620 ครั้ง
14	PP[6]	งมการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ตรวจ CHL, Chol)	83.66	1,195,100 ราย
15	PP[7]	งมการคัดกรองโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก	38.95	59,010 ราย
16	PP[8]	การคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)	49.60	99,200 ราย
17	PP[9]	ตรวจคัดกรองและค้นหาโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	164.26	1,026,600 ราย
18	PP[10]	การตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่	56.96	2,713 ราย
รวมงบประมาณ สิทธิประโยชน์ใหม่ 18 รายการ			1,864.49	

สิทธิประโยชน์ที่กำหนดให้เป็นสิทธิใหม่ในรายการรักษาภาวะความดันในเลือดสูงด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ทางการแพทย์ในเด็กแรกเกิด เป็นข้อเรียกร้องที่ต้องการให้กับเด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยซึ่งปอดยังไม่แข็งแรง และให้ความสำคัญกับการตรวจไวรัสตับอักเสบบีในหญิงตั้งครรภ์ การยกระดับห้องฉุกเฉินคุณภาพในโรงพยาบาลของรัฐ เช่นเดียวกับ UCEP ของโรงพยาบาลเอกชน หรือเรียกว่า UCEP ภาครัฐ รวมทั้งการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียและซิฟิลิสในสามีของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ซึ่งเดิมตรวจให้เฉพาะหญิงตั้งครรภ์สำหรับการตรวจคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้สามารถตรวจคัดกรอง CHL และ Chol ได้เลย นอกจากนี้ ให้สิทธิการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง TMS โดยทำการตรวจตั้งแต่เด็กแรกเกิด รวมทั้งการตรวจคัดกรองและค้นหาโรคในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สามารถนำเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองโรคอื่น ๆ รวม ๑๘ รายการใหม่

งบประมาณที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบให้จัดสรรเพื่อดำเนินการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เนื่องจากปัจจุบันสถานการณ์โรคเริ่มเข้าสู่ Endemic ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เป็นการจัดสรรจากงบปกติ จำนวน ๑,๓๕๘ ล้านบาท ดังนี้

งบประมาณที่ สปสช.ได้รับเพื่อจ่ายชดเชยบริการ COVID-19 จากทุกแหล่งเงิน

	2563	2564	2565	2566
1. งบกองทุนฯ	1,020.00		825.08	1,358.86
2. งบกลางฉุกเฉินฯ	2,282.09			
3. งบจากพ.ร.ก.กู้เงินฯ		51,177.59	66,191.79	
รวม	3,302.09	51,177.59	67,016.87	1,358.86

หมายเหตุ : อยู่ระหว่างการเสนอขอรับงบประมาณเพื่อจ่ายชดเชยบริการระหว่าง มีค.-พค.65 = 20,883.17 ลบ. และคาดว่าจะได้รับเบื้องต้น จำนวน 8,708.78 ลบ. (รอเสนอ ครม.พิจารณา 22 มิย.65)

งบประมาณเพื่อรองรับการดำเนินงานตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

กรอบการจัดแผนงบประมาณ ของ สปสช. ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม และแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยมีเป้าหมาย เข้าถึงบริการสาธารณสุขมีความเหลื่อมล้ำลดลง กิจกรรมที่ ๔ การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้อง ให้มีความเป็นเอกภาพ บูรณาการ เป็นธรรม ทัวถึง เพียงพอและยั่งยืนด้านการเงินการคลัง โดยแผนงบประมาณรองรับดำเนินงานตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ดำเนินการภายใต้แผนงาน ยุทธศาสตร์

สร้างหลักประกันทางสังคม เป็นงบบริหารจัดการสำนักงาน วงเงิน ๓๖๔ ล้านบาท และเป็นงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วงเงิน ๒๕,๙๙๐.๔๖ ล้านบาท

ผลสัมฤทธิ์และประโยชน์ที่จะได้รับจากการใช้จ่ายงบประมาณ ดังนี้

๑. ประชาชนมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๙.๙๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีผลสัมฤทธิ์ ๙๙.๖๖
๒. อัตราการใช้สิทธิเมื่อมารับบริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๙ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีผลสัมฤทธิ์ ๘๗.๗๗ สำหรับปี ๒๕๖๕ อยู่ระหว่างการสำรวจ
๓. คริวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินร้อยละ ๒.๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีผลสัมฤทธิ์ ๑.๙๓ สำหรับปี ๒๕๖๕ อยู่ระหว่างการสำรวจ
๔. ความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ ๘๕ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีผลสัมฤทธิ์ ๘๗.๖๐ สำหรับปี ๒๕๖๕ อยู่ระหว่างการสำรวจ

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. งบประมาณกรณีสิทธิประโยชน์ที่กำหนดขึ้นใหม่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รายการสิทธิ Intermediate care จำนวน ๒๗๑ ล้านบาท เป็นส่วนสำคัญกับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีการรักษาต่อเนื่อง โดยไม่สามารถดูแลรักษาที่บ้านได้ และงบประมาณจำนวนดังกล่าวคาดว่าจะไม่เพียงพอ มีแนวทางการกระจายการดูแลไปทั่วประเทศและปรับงบประมาณให้สูงขึ้นต่อไปหรือไม่ อย่างไร รวมถึงการร่วมบูรณาการงบประมาณกับภาคท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงควรขยายไปสู่การดูแลผู้ป่วย Long-term Care ซึ่งเป็นกลุ่มที่อาจนำไปสู่การทำให้ครอบครัวล้มละลายจากการเจ็บป่วยได้
๒. สปสช. ควรผลักดันให้ยารักษาไวรัสตับอักเสบบีไม่เป็นยาในบัญชียา จ(๒) เพื่อให้มีการรักษาได้สะดวก รวดเร็ว และครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงการผลักดันให้ยารักษาไวรัสตับอักเสบบีที่มีหลากหลายชนิด และมีประสิทธิภาพสูงเข้าสู่บัญชียาหลักที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น และป้องกันการนำไปสู่การเป็นมะเร็งตับต่อไป
๓. การใช้จ่ายค่าบริการโรคไตวายเรื้อรังแต่ละปีมีจำนวนมาก สปสช. ควรมีการจัดทำยุทธศาสตร์ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดจำนวนผู้ป่วย

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. งบประมาณกรณีสิทธิประโยชน์ที่กำหนดขึ้นใหม่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ในบริการผ่าตัดรากฟันเทียมในผู้สูงอายุ จำนวน ๑๙๑.๓๗ ล้านบาท แนวทางให้บริการในผู้สูงอายุช่วงอายุเท่าใด เนื่องจากการผ่าตัดรากฟันเทียมมีความยุ่งยาก ซับซ้อน และการที่จะไม่มีฟันเหลือถึงขนาดต้องใส่รากฟันเทียม ซึ่งอย่างน้อยต้องใส่รากฟันเทียมฟันบน ๒ ซี่ และฟันล่าง ๒ ซี่ รวมถึงต้องพิจารณาการจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ต้องพิจารณาความคุ้มค่าระหว่างการจัดทำรากฟันเทียมกับการใส่ฟันปลอมด้วย
๒. กรณีสิทธิประโยชน์ที่กำหนดขึ้นใหม่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ในบริการคัดกรองรอยโรคเสี้ยวมะเร็งและมะเร็งช่องปาก จำนวน ๓๘.๙๕ พบการเกิดมะเร็งช่องปากน้อยมาก ซึ่งกรณีดังกล่าวอาจพิจารณาความคุ้มค่าของการดำเนินการ

**๓.๑๓ การจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
ของกรม ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

คณะกรรมการการได้ติดตามประเด็นการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของกรมต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งงบประมาณเพื่อรองรับการดำเนินงานตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข การเปรียบเทียบการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ และวงเงินที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละรายการ และงบประมาณที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบให้จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในส่วนที่กรมต่าง ๆ ได้รับจัดสรร รวมทั้งจะต้องมีการขออนุญาตใหม่หรือไม่ ตลอดจนประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผลการพิจารณา

ผู้แทนกรมอนามัย

กรมอนามัย มีวิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพ และระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี และมีพันธกิจ : ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ใช้ความรู้ และดูแลภาพรวม เพื่อกำหนดนโยบายและการออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการประสานงาน สร้างความร่วมมือ และกำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดำเนินงาน สำหรับภารกิจตามกฎหมาย ประกอบด้วย ๑) ศึกษาวิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยี ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ๒) จัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ๓) ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชน ๔) สนับสนุนการมีส่วนร่วมให้หน่วยงานภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ส่งเสริมสุขภาพและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

ภาพรวมงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

งบประมาณที่กรมอนามัยได้รับในงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๑,๗๘๖ ล้านบาท เป็นสัดส่วนที่น้อยกว่าปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่ได้รับ ๑,๘๑๒ ล้านบาท โดยลดลง ๒๖ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑.๕ ส่วนที่ได้รับเพิ่มขึ้น คือ งบดำเนินงาน และงบรายจ่ายอื่น สำหรับงบบุคลากร งบลงทุน และงบเงินอุดหนุน ได้รับน้อยลง

ความเชื่อมโยงเป้าหมายการให้บริการ และแผนงาน/โครงการภายใต้แผนแม่บท ปี ๒๕๖๖

แผนแม่บทมีจำนวนรวม ๒๓ แผน ภารกิจหลักของกรมอนามัยมีความเชื่อมโยงกับแผนแม่บทหลัก ๙ แผน และแผนแม่บทย่อย ๙ แผน และเป้าหมายการให้บริการประชาชน ๔ เป้าหมาย โดยการขับเคลื่อน ๑๐ แผนงาน และ ๑๕ โครงการ

ผลการดำเนินงานที่สำคัญในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

๑. ด้านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน
 - ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกว่า ๙.๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๕) ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นกว่า ๑๐ ล้านคน
๒. การสร้างสุขภาพทุกช่วงวัย ครอบคลุม ๕ กลุ่ม ได้แก่ ๑) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์คุณภาพ ๒) กลุ่มเด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัย ๓) กลุ่มเด็กเรียนวัยรุ่น สูงดีสมส่วน ๔) กลุ่มวัยทำงานมีพฤติกรรม

สุขภาพที่พึงประสงค์ MBI ปกติ และ ๕) กลุ่มผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการสุขภาพที่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan รวมครอบครัวทั้ง ๕ กลุ่ม จำนวนกว่า ๓๑ ล้านคน

๓. ด้านสุขภาพโภชนาการ

- สุขภาพโภชนาการ มีการกำกับติดตามและประเมินมาตรฐาน การจัดการสุขภาพโภชนาการและตลาด รวม ๘๑,๖๔๘ แห่ง

- มาตรฐานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม มีการประเมิน/กำกับติดตามมาตรฐาน EHA มุ่งเน้น การดำเนินการในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมจำนวน ๑,๔๑๖ แห่ง

- GREEN & CLEAN Hospital มีโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ จำนวน ๒,๙๒๒ แห่ง

- การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีการกำกับติดตาม (การคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ) มีสถานบริการสาธารณสุขดำเนินการตามมาตรฐาน จำนวน ๘๓๒ แห่ง

๔. การขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock)

ภารกิจกรมอนามัยอยู่ภายใต้ Big Rock ที่ ๓ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการบริหาร การรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เชนวัตกรรม ประกอบด้วย ๖ Milestone ได้แก่

๑) Milestone 1 ระบบและกลไกการสร้างและบริหารจัดการผู้บริหารผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

๒) Milestone 2 ระบบข้อมูลกลางของผู้สูงอายุและระดับการพึ่งพา โดยใช้ Digital Platform ที่บูรณาการข้อมูลของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓) Milestone 3 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้รับการฝึกอบรมให้มีศักยภาพในการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

๔) Milestone 4 เร่งรัดสร้างผู้บริการผู้สูงอายุโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว

๕) Milestone 5 ระบบ/รูปแบบการบริหารรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่บ้าน/ชุมชน และรูปแบบ/กลไกการเงินการคลังเชิงนวัตกรรม

๖) Milestone 6 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและการสื่อสารสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

แผนงานภายใต้แผนงานภายใต้แผนปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) ปี ๒๕๖๖

แผนงานภายใต้ Big Rock ที่ ๓ ได้มีการดำเนินที่สอดคล้องกับแผนแม่บทที่ ๑๕.๑ การรองรับผู้สูงอายุ เจริญ โดยจัดทำ ๔ โครงการ ได้แก่ ๑) โครงการขับเคลื่อนระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๑๘ ล้านบาท ๒) โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ๙.๖ ล้านบาท ๓) โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามแนวทางชอชราชีวายั่งยืนยาว ๑๓ ล้านบาท และ ๔) โครงการพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ ๗.๗ ล้านบาท รวมงบประมาณกว่า ๔๘.๙ ล้านบาท

โครงการที่ได้รับอนุมัติให้ใช้จ่ายจากเงินกู้ ดังนี้

- ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ วงเงิน ๑ ล้านล้านบาท กรมอนามัยได้รับตามโครงการยกระดับ หน่วยบริการกรมอนามัยรองรับการระบาดของโรคโควิด ๑๙ วงเงิน ๑๒๘ ล้านบาท เบิกจ่ายร้อยละ ๙๕ เพื่อดำเนินการ ๑) สนับสนุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้หน่วยบริการจำนวน ๑๔ แห่ง ๒) ซ่อมแซมหรือปรับปรุง อาคารสถานที่หน่วยบริการจำนวน ๑๔ แห่ง ๓) จัดซื้อวัสดุเวชภัณฑ์ป้องกันสำหรับการบริการ ฉีดวัคซีน ให้กับหน่วยบริการ จำนวน ๑๒ แห่ง

- งบประมาณเพิ่มเติมปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ วงเงิน ๕ แสนล้านบาท กรมอนามัยได้รับตามโครงการยกระดับหน่วยบริการกรมอนามัยรองรับการระบาดของโรคโควิด ๑๙ วงเงิน ๐.๒๕๐๐ ล้านบาท เบิกจ่ายร้อยละ ๘๐ เพื่อสนับสนุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้หน่วยบริการจำนวน ๑ แห่ง (สำนักอนามัยที่ ๑๒) เพื่อดำเนินการรองรับผู้ป่วยโควิด ๑๙

- งบกลาง โครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จากงบกลาง รายการเงินสำรองจ่าย โควิด ๑๙ จ่ายเป็นค่าตอบแทนการเสี่ยงภัยในการปฏิบัติงาน และค่าตอบแทนบุคลากรนอกเหนือจากภารกิจปกติค้างจ่ายปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๔) วงเงิน ๗.๘ ล้านบาท เบิกจ่ายร้อยละ ๔๒ (ข้อมูลการเบิกจ่าย ณ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕)

สรุปได้ว่า กรมอนามัยใช้จ่ายงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัย อนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน ส่งเสริมรอบรู้สุขภาพ

ผู้แทนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว สรุปได้ดังนี้

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีภารกิจหลัก ๓ ประการ

๑. การสนับสนุนให้ภาคประชาชนเข้มแข็งสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยดูแลอาสาสมัครสาธารณสุข อสม.

๒. มาตรฐานสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน

๓. ส่งเสริมเศรษฐกิจสุขภาพของประเทศ

เปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้รับการจัดสรร ๑๓,๑๔๒ ล้านบาท มากกว่าปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งได้รับการจัดสรร ๑๓,๑๔๐ ล้านบาท เพิ่มขึ้น ๒ ล้านบาท ซึ่งไม่แตกต่างจากปี ๒๕๖๕ โดยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และส่วนที่เพิ่มขึ้นเป็นงบด้านบุคลากรเพื่อรองรับสถานการณ์โควิด ๑๙ และงบด้านบูรณาการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยว

แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

๑) ประเด็นที่ ๒ การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย

๑.๑) โครงการการพัฒนาศักยภาพ อสม. ส่งเสริมเป็น สมาร์ท อสม. และ อสม.หมอบริการบ้าน เพื่อสนับสนุนนโยบายทุกครอบครัว มีหมอบริการตัว ๓ คน โดยปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้พัฒนา อสม. แล้วจำนวน ๖๐,๐๐๕ คน จากกลุ่มเป้าหมาย ๗๕,๐๘๖ คน และประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาให้เป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) จำนวน ๑๗,๓๔๓ คน เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลประชากรกลุ่มเป้าหมาย ๕๒๕,๖๐๒ คน

๑.๒) โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

(๑) จัดทำนโยบาย กลไก แนวทางการพัฒนาความรอบรู้และพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และสนับสนุนเครื่องมือประเมินผลการพัฒนาผ่านระบบ Health Gate ให้กับพื้นที่

(๒) ส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนและกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งได้ดำเนินการกว่า ๒๑ ล้านคน จากกลุ่มเป้าหมายกว่า ๓๑ ล้านคน ครอบคลุมทั้งกลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยเรียน รวมถึงการพัฒนาความรอบรู้ในชุมชน ทั้งในระดับหมู่บ้าน เป้าหมาย ๗๕,๐๘๖ แห่ง และโรงเรียน เป้าหมาย ๓๐,๔๘๔ แห่ง

(ก) พัฒนาศักยภาพแกนนำเด็กและเยาวชนให้เป็น ยูว อสม. ผ่านกระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพัญญัติแห่งชาติ และการเรียนทางออนไลน์ Gen Health Hero เป้าหมาย ๙๑,๘๐๐ คน ผ่านการประเมินศักยภาพเป็น ยูว อสม. แล้วจำนวน ๘,๒๙๙ คน

(ข) พัฒนาพื้นที่ต้นแบบคุณภาพสุศึกษาเพื่อลดอัตราการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๑๒ แห่ง ในพื้นที่นำร่องเขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด จังหวัดละ ๑ ชุมชน และสามารถลดผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลได้จากผู้ป่วยนอกทั้งหมด ๖๓,๗๖๓ ราย นอนโรงพยาบาล ๑๑๓ ราย

๒) ประเด็นที่ ๓ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริบาล การรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม

การดำเนินการในประเด็นดังกล่าวโดยมีกรมอนามัยเป็นหลักในการดำเนินการ สำหรับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพร่วมบูรณาการแผนปฏิรูปประเด็นดังกล่าว ซึ่งได้รับงบประมาณกว่า ๑ ล้านบาท และได้ดำเนินการเฉพาะในพื้นที่นำร่อง ๗ จังหวัด ดังนี้

(๑) จัดทำแนวทางการขับเคลื่อนและแนวทางการส่งเสริมสนับสนุนภาคีเครือข่ายชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมในระดับจังหวัดและเขต

(๒) สนับสนุนคู่มือการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคผู้สูงอายุ เพื่อใช้พัฒนาศักยภาพทีมงานและแนะนำผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน/ชุมชน จำนวน ๕,๗๐๐ เล่ม

(๓) จัดทำแบบประเมินศักยภาพแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้ง อสม. และ อสค.

(๔) พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งทีมงานระดับพื้นที่ในชุมชน รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและจังหวัด รวมทั้งการพัฒนาแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม./อสค. เพื่อให้มีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพและคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

(๕) พัฒนา Platform ใน Application “สมาร์ท อสม.” สำหรับแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุในการคัดกรองสุขภาพ

(๖) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพพื้นฐาน ๙ ด้าน และการคัดกรองสุขภาพเชิงลึก ในกรณีมีความผิดปกติ และการเข้ารับการรักษาจากหมอกคนที่ ๒ และคนที่ ๓ ตามแผนการดูแลรายบุคคล

(๗) พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม พึ่งพาตนเองได้ด้านสุขภาพ และเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาต้นแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ผลการดำเนินงาน (งบกลาง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

รายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โครงการค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และค่าเสี่ยงภัยสำหรับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในชุมชน ได้รับงบประมาณกว่า ๓,๑๕๐ ล้านบาท เบิกจ่ายไปแล้วกว่า ๓,๑๐๗ ล้านบาท (ข้อมูล ณ ตุลาคม ๒๕๖๔ - มีนาคม ๒๕๖๕) โดยงบประมาณคงเหลือกว่า ๔๓ ล้านบาท อยู่ระหว่างการเบิกจ่าย

แผนงานยุทธศาสตร์และเสริมสร้างคนให้มีสุขภาวะที่ดี

๑) โครงการพระราชดำริและเฉลิมพระเกียรติ งบประมาณทั้งสิ้น ๙,๐๑๔ ล้านบาท เพื่อพัฒนาระดับการให้บริการสาธารณสุข ให้มีคุณภาพผ่านการรับรองมาตรฐาน เป้าหมาย ๑๗ แห่ง จากสุศาลา ๒๖ แห่ง

ผลสัมฤทธิ์ที่จะได้รับ คือ

- สุศาลาพระราชทานมีคุณภาพมาตรฐานที่กำหนด ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบสุศาลาพระราชทาน สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ตามความเหมาะสม

๒) โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนทุกกลุ่มวัย งบประมาณทั้งสิ้น ๑๒,๕๓๓ ล้านบาท เป็นงบดำเนินงาน ๕๖ ล้านบาท และงบอุดหนุน ๑๒,๔๗๖ ล้านบาท

แผนงาน : พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยทุกคนร่วมมือกันมีหมอประจำตัว ๓ คน การสื่อสารสุขภาพเพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และตำบลวิถีใหม่ปลอดภัยจากโรค รวมทั้งการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาพดี

ผลสัมฤทธิ์ที่จะได้รับ : ประชาชนได้รับการดูแลด้านสุขภาพ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และลดความแออัดในโรงพยาบาล รวมทั้งลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

ผู้แทนกรมสุขภาพจิต

ภารกิจกรมสุขภาพจิต :

- ชี้นำทางสุขภาพจิตระดับประเทศ
- การจัดการส่งเสริมป้องกัน การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสุขภาพจิตและจิตเวชให้ประชาชนอย่างทั่วถึงด้วยคุณภาพมาตรฐานและกลไกตามกฎหมาย

- เพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

- พัฒนางานวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิต ด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัลเพื่อประชาชนสุขภาพจิตดี และเจ้าหน้าที่มีความสุข

พันธกิจ :

- สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง

- สนับสนุนการพัฒนาบริการสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ

- พัฒนากลไกการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อกำหนดทิศทางการสุขภาพจิตของประเทศ

ผู้แทนกรมการแพทย์

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักในการจัดหาบริการทางการแพทย์แบบองค์รวมระดับชาติเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าของประชาชน

พันธกิจ : สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่า ส่งเสริมการทำงานแบบเปิดกว้าง และเชื่อมโยง (Open Platform) เพื่อยกระดับการแพทย์ของประเทศสู่มาตรฐานสากล

เป้าหมายระยะ ๒๐ ปี : ประชาชนสุขภาพดีได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาคการแพทย์ไทยเป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย

เป้าหมายระยะ ๕ ปี : ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค

Medical Services Disruption มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการทางการแพทย์จาก Hospital Based Medical Services เป็น Personal Based Medical Services เพื่อลดความแออัด เพิ่มคุณภาพ และลดเหลื่อมล้ำ

ผลการดำเนินงานที่สำคัญในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

๑) บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ ๘,๒๔๐ ราย และเข้ารับการรักษา ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ๑ ปี ร้อยละ ๖๐.๑๕

๒) เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ และนวัตกรรมเทคโนโลยีทางการแพทย์ จำนวน ๑๗๔,๒๓๘ คน

๓) วิจัยและนวัตกรรม จัดทำโครงการจัดตั้งศูนย์การแพทย์แม่นยำแห่งชาติ รวมทั้งการพัฒนาถ่ายทอดความรู้ด้านสมุนไพรรักษา กัญชา กัญชง

๔) พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ คัดกรองเด็กพัฒนาการล่าช้า วัยแรงงานได้รับการตรวจสุขภาพ และโรงงานที่เข้าร่วมโครงการมีการสร้างระบบดูแลสุขภาพและความปลอดภัย

๕) เสริมสร้างให้คนมีสุขภาวะที่ดี

- พัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ โดยผู้ต้องขังได้รับบริการตรวจรักษาโรค พัฒนาการเรียนการสอนสำหรับเด็กป่วยที่ด้อยโอกาส และเปลี่ยนลิ้นหัวใจเออร์ติกในผู้สูงอายุ ผ่านสายสวนหัวใจ

- จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพอย่างครบวงจร โดยกำหนดแนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยได้รับสารเคมี ออร์กาโนฟอสเฟส และแนวทางการวินิจฉัยโรคจากมลพิษ ฝุ่น PM 2.5 โลกร้อน ชยะ

- พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

- ผ่าตัดแบบวันเดียวกับ และการผ่าตัดแผลเล็ก

- พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี เพื่อลดเหลื่อมล้ำ ลดแออัด และลดอัตราการเสียชีวิต

- จัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

- จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายขับเคลื่อนเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิด ตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการเก็บสิ่งตรวจด้วยตนเอง การใช้ยาสกัดกัญชาชนิด CBD เด่นในการรักษาโรคลมชักรักษายากในเด็ก และการใช้ยาสกัดกัญชาชนิด THC เด่น ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และในผู้ป่วยคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด

- การแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์ระบาดของโควิด ๑๙ และการเข้าสู่ภาวะ The Next Normal

ผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้รับงบประมาณ ๘,๗๗๕ ล้านบาท ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้รับงบประมาณ ๗,๘๐๙ ล้านบาท เบิกจ่ายแล้ว ๕,๙๖๖ (ร้อยละ ๗๖) (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕)

งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้รับจำนวน ๘,๐๖๗ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๓.๓๑ เป็นงบบุคลากร ร้อยละ ๕๗ งบลงทุน ร้อยละ ๒๙ งบดำเนินงาน ร้อยละ ๑๑ งบเงินอุดหนุน ร้อยละ ๐.๖๘ และงบรายจ่ายอื่น ๆ ร้อยละ ๐.๔

เปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖

หมวดรายจ่าย	พ.ร.บ.งบปี 2563	พ.ร.บ.งบปี 2564	พ.ร.บ.งบปี 2565	ปี 2566		เพิ่ม+/-ลดจากพ.ร.บ.งบปี 2565	ร้อยละ
				คำขอ	ร่าง พ.ร.บ.		
รวมทั้งสิ้น	7,956.9536	8,775.1821	7,809.0155	12,312.5032	8,067.3267	258.3112	3.31
1. งบบุคลากร	4,353.0316	4,514.4149	4,565.7481	5,260.4397	4,663.1730	97.4249	2.13
2. งบดำเนินงาน	938.1194	981.3176	893.3487	3,134.7413	906.5726	13.2239	1.48
3. งบลงทุน	2,517.1338	3,184.8921	2,288.4034	3,579.5551	2,410.7559	122.3525	5.35
3.1 ครุภัณฑ์	1,782.5048	1,540.9117	1,767.7057	1,913.0069	1,503.1487	-264.5570	-14.97
3.2 สิ่งก่อสร้าง	734.6290	1,643.9804	520.6977	1,666.5482	907.6072	386.9095	74.31
3.2.1 ปีเดียว	201.5041	135.1068	128.2022	435.8783	314.2990	186.0968	145.16
3.2.2 ผูกพันใหม่	166.2046	303.7809	88.2784	523.6284	143.4769	55.1985	62.53
3.2.3 ผูกพันเดิม	366.9203	1,205.0927	304.2171	707.0415	449.8313	145.6142	47.87
4. งบอุดหนุน	98.3288	71.5026	47.0748	201.2305	54.4586	7.3838	15.69
5. งบรายจ่ายอื่น	50.3400	23.0549	14.4405	136.5366	32.3666	17.9261	124.14

งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำแนกตามแผนงาน

๑) แผนงานบูรณาการป้องกันและปราบปรามและรักษาผู้ติดยาเสพติด วงเงิน ๒๑๙ ล้านบาท ได้รับการจัดสรรเท่ากับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

๒) แผนงานบูรณาการเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ วงเงิน ๑๙.๕๘ ล้านบาท ลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ร้อยละ ๒๒.๓๘

๓) แผนงานยุทธศาสตร์ วงเงิน ๒,๕๙๐ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ร้อยละ ๘.๘๖

๔) แผนงานพื้นฐาน วงเงิน ๒๑๒ บาท เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ร้อยละ ๔.๒๓

๕) แผนงานบุคลากรภาครัฐ วงเงิน ๕,๐๒๕ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ร้อยละ ๒๐.๘

การจัดทำงบประมาณปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ มีความเชื่อมโยงแผนงานงบประมาณกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๖ ด้าน และแผนแม่บทหรือแผนแม่บทเฉพาะกิจภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ รวมทั้งสอดคล้องกับแผนงานงบประมาณ

ความเชื่อมโยงกับแผนงานงบประมาณกับแผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) ด้านสาธารณสุข วงเงิน ๑๗.๑๒ ล้านบาท โดยสอดคล้องกับ ๒ กิจกรรมปฏิรูป ได้แก่

๑) กิจกรรมการปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ โดยจัดโครงการย่อยด้านการพัฒนาและส่งเสริมความรู้ด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ วงเงิน ๒.๑๒ ล้านบาท

๒) กิจกรรมปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย โดยจัดโครงการย่อยด้านการยกระดับระบบบริหารจัดการกรมการแพทย์แนวใหม่ด้วยระบบดิจิทัล วงเงิน ๑๕ ล้านบาท

แผนการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่สำคัญ

๑) แผนงานบูรณาการป้องกัน ปรามปรามและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยผู้ป่วยยาเสพติด ได้รับการบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ และได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด

๒) แผนงานบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ และนวัตกรรมเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ป้องกันภาวะ สมองเสื่อม กลุ่มอาการหรือโรคที่พบบ่อย การดูแลสุขภาพช่องปาก ระบบส่งต่อและการดูแลระยะกลาง และการเตรียมความพร้อมวัยแรงงานเข้าสู่ผู้สูงอายุ

๓) แผนงานยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนา นวัตกรรม โดยจัดตั้งศูนย์การแพทย์แม่นยำแห่งชาติ เพื่อศึกษาวิจัยและรวบรวมพันธุกรรมของคนไทยกับการใช้ยา

๔) แผนงานยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาบริการประชาชนและการพัฒนาประสิทธิภาพภาครัฐ โดยยกระดับระบบบริหารจัดการกรมการแพทย์แนวใหม่ด้วยระบบดิจิทัล เช่น พัฒนาคคลังข้อมูลสุขภาพ พัฒนา Health Data Platform ระบบบริการรักษาทางไกล และการส่งต่อการรักษาผู้ป่วยทางไกล

๕) แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต โดยพัฒนาศูนย์การเรียนการสอนสำหรับเด็กป่วยที่ด้อยโอกาสทางการศึกษา คัดกรองเด็กพัฒนาการล่าช้า และพัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก

๖) แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาพที่ดี

- จัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่
- พัฒนาและส่งเสริมความรู้ด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพที่ถูกต้องสำหรับประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์

- ลดอัตราการตายของโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ
- พัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ
- ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery)
- ผลิตแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพที่เชี่ยวชาญและเพียงพอต่อความต้องการของประเทศ เช่น ผลิตแพทย์ประจำบ้านเฉพาะทาง จำนวน ๕๘ สาขา

ผลสัมฤทธิ์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้จ่ายงบประมาณ

ประชาชนได้รับการบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยและทั่วถึง และเป็นองค์กรนวัตกรรมทางการแพทย์ ดังนี้

- ๑) ประชาชนมีสุขภาพดีและสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้
- ๒) การแพทย์ของประเทศเป็นเลิศและสมคุณค่า
- ๓) บุคลากรด้านสุขภาพมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
- ๔) ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์
- ๕) ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ

ผู้แทนกรมสุขภาพจิต

ภารกิจ : ชี้นำทิศทางสุขภาพจิตระดับประเทศ จัดการส่งเสริมป้องกัน การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสุขภาพจิตและจิตเวชให้ประชาชนอย่างทั่วถึงด้วยคุณภาพมาตรฐาน และกลไกตามกฎหมาย เพิ่มพูนความรู้ และทักษะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิต ด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล เพื่อประชาชนสุขภาพดี และเจ้าหน้าที่มีความสุข

พันธกิจ :

๑) สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลและสุขภาพจิตของตนเอง

๒) สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตครอบคลุมทุกมิติในทุกระดับ

๓) พัฒนากลไกการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อกำหนดทิศทางการสุขภาพจิตของประเทศ

โครงสร้างหน่วยงาน : กองส่วนกลาง ๑๒ หน่วยงาน สถาบัน/โรงพยาบาล ๒๐ แห่ง และ ศูนย์สุขภาพจิต ๑๓ แห่ง

เปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

ภาพรวมงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้รับ ๒,๘๗๖,๓๙๖,๘๐๐ บาท มากกว่า พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๙๓ ล้านบาท

แผนงานตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑) แผนงานบุคลากรภาครัฐ จำนวน ๒,๑๑๑ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๔ ล้านบาท

๒) แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ จำนวน ๕๑๔ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๙

๓) แผนงานบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จำนวน ๙ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๓

๔) แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต จำนวน ๒๔ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๘

๕) แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาวะที่ดี จำนวน ๗๔ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๒.๖

๖) แผนงานบูรณาการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จำนวน ๑๔๒ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๕.๐

งบประมาณเพื่อรองรับการดำเนินงานตามแผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง)

จำนวน ๑๔๓,๓๗๕ ล้านบาท

๑) กิจกรรมการปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยจัดทำโครงการวิกฤตสุขภาพจิตของประเทศไทย จำนวน ๓.๘ ล้านบาท โครงการระบาดวิทยาสุขภาพจิต จำนวน ๑.๔ ล้านบาท และโครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม จำนวน ๔.๑ ล้านบาท

๒) กิจกรรมการปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยจัดทำโครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในวิถีชีวิตใหม่เพื่อเสริมสร้างพลังใจแก่ประชาชน จำนวน ๓.๘ ล้านบาท โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิต จำนวน ๔ ล้านบาท โครงการเสริมสร้างสุขภาวะและพลังใจประชาชนวัยทำงาน จำนวน ๔.๒ ล้านบาท โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ๙๕ ล้านบาท โครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า ๗ ล้านบาท และโครงการส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน ในชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ๔.๕ ล้านบาท

๓) กิจกรรมปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจัดทำโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุไทย จำนวน ๕.๘ ล้านบาท และโครงการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และพฤติกรรมที่ผิดปกติ จำนวน ๓.๒ ล้านบาท

๔) กิจกรรมปฏิรูปเขตสุขภาพ โดยจัดทำโครงการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๔.๗ ล้านบาท โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๕.๑ ล้านบาท และโครงการลดการฆ่าตัวตายเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในประชากรเปราะบางทางสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน ๔.๘ ล้านบาท

งบประมาณภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ คณะรัฐมนตรีเห็นชอบจัดสรรให้ จำนวน ๒๙๗,๖๔๖,๙๕๓ บาท แบ่งเป็น

- งบกลาง ๒๔๒,๗๖๔,๙๓๓ ล้านบาท เป็นงบลงทุน ๘๐,๕๘๑,๗๙๑ ล้านบาท และงบดำเนินงาน (ค่าตอบแทนเสี่ยงภัย) ๑๖๒,๑๘๓,๑๔๒ ล้านบาท

- งบเงินกู้ ๕๔,๘๘๒,๐๒๐ ล้านบาท เพื่อเงินลงทุน

ผลสัมฤทธิ์ที่คาดว่าจะได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการดำเนินงานตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง)

๑) กิจกรรมปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉิน : ระบบบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๒) กิจกรรมปฏิรูปเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ : ระบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานในพื้นที่

๓) กิจกรรมปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : ระบบการสื่อสารความรู้การเตรียมใจผู้สูงอายุอย่างมีความสุข และระบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุและพลังใจในการดูแล

๔) กิจกรรมการปฏิรูปหลักประกันสุขภาพ : จัดทำชุดสิทธิประโยชน์เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับประชาชนและกลุ่มเสี่ยง และผลักดันให้เกิดชุดสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเวชผ่านกองทุนต่าง ๆ

๕) กิจกรรมการปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการ : ระบบดูแลสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย และระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลสัมฤทธิ์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑) ประชาชนมีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ โดยประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพจิต ร้อยละ ๕๙ และมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๖๙

๒) ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี ร้อยละ ๙๐

แผนการดำเนินงานที่สำคัญในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑) **โครงการตามพระราชดำริ ตามโครงการ TO BE NUMBER ONE** โดยดำเนินการตามยุทธศาสตร์เดิมอย่างต่อเนื่อง พัฒนามาตรฐานการดำเนินงานจังหวัด อำเภอ และชมรม เพิ่มการประกวดผลงานเขตกรุงเทพมหานคร พัฒนาคุณภาพและความครอบคลุมการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ในกรุงเทพมหานคร พัฒนาสื่อสารองค์ความรู้สำหรับแกนนำและสมาชิก และปรับปรุงฐานข้อมูล

๒) **โครงการราชทัณฑ์ปันสุข** โดยดำเนินการพัฒนาระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชให้เชื่อมโยงกับระบบ HDC และ Linkage กรมราชทัณฑ์ เสริมสร้างศักยภาพให้ทุกเรือนจำมีบริการตรวจรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry ในเรือนจำครบทั้ง ๑๔๓ แห่ง ผลิตสื่อด้านการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ และพัฒนาฐานข้อมูล SMI-F (Serious Mental Illness-Forensic) โดยบูรณาการฐานข้อมูลนิติจิตเวชระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงยุติธรรมให้เป็นข้อมูลเดียวกัน โดยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นผู้รับผิดชอบ

๓) **การส่งเสริมป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิต** สำหรับทุกกลุ่มวัย ได้แก่

๑) เด็กปฐมวัย มีพัฒนาการล่าช้าให้ได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐานจนกลับมาพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๓๕

๒) เด็กวัยรุ่นและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง ได้รับการช่วยเหลือจนดีขึ้น ร้อยละ ๗๕

๓) วัยทำงาน มีสุขภาพจิตดี ร้อยละ ๙๐ และ ๔) วัยสูงอายุ ได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ ร้อยละ ๖๕

๔) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ ๑) โรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๗๗ ๒) โรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน ๖ เดือน ร้อยละ ๖๐ ๓) โรคออทิสติก เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๕๐ ๔) โรคสมาธิสั้น เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๓๕ และ ๕) ผู้ประสบภาวะวิกฤติสุขภาพจิต ร้อยละ ๘๐

๕) ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ระยะพัฒนา พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐

วิสัยทัศน์ : กลุ่มเปราะบางทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีความรอบรู้เท่าทันปัญหา การฆ่าตัวตายได้รับการสนับสนุนให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่า

ยุทธศาสตร์ : ๔ ด้าน ได้แก่

๑) พัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินเร่งด่วนทั้งประเทศ เพื่อหยุดยั้งการฆ่าตัวตายจากสาเหตุวิกฤติ การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ และปัญหาเศรษฐกิจสังคมของประเทศ

๒) พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย และการจัดการกลุ่มเป้าหมาย แบบองค์รวมด้วยมาตรฐานทางการแพทย์ในระดับสากล

๓) พัฒนาระบบการบริหารจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายด้วยกลไกระดับชาติ จังหวัด และระดับ ชุมชนแบบบูรณาการที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสูง

๔) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสื่อสารดิจิทัล การจัดการความรู้ และสร้างสรรค์นวัตกรรม รวมถึงแนวคิดการนำระบบ AI โดยใช้กล้องเพื่อตรวจจับสีหน้า ท่าทาง อากา และพฤติกรรมที่อาจ ฆ่าตัวตายตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น สะพานสูง มาใช้ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

ผู้แทนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว โดยสรุปได้ดังนี้

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรชั้นนำของเอเชียด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๙

พันธกิจ :

๑) ศึกษา วิจัยและพัฒนาเพื่อให้ได้องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข

๒) เฝ้าระวัง ประเมิน สื่อสาร แจ้งเตือนภัย และกำหนดมาตรการการจัดการความเสี่ยงจากโรค และภัยสุขภาพ

๓) กำหนดมาตรฐานและพัฒนาห้องปฏิบัติการและเป็นศูนย์กลางข้อมูลอ้างอิงด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข

๔) บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุขในฐานะ ห้องปฏิบัติการอ้างอิง

๕) พัฒนาและกำหนดมาตรการเพื่อสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๖) สื่อสารสาธารณสุขในภาวะที่ต้องพึ่งพาข้อมูลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข ของประเทศและเอเชีย

ภารกิจ :

๑) พัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบและวิธีการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือที่เกี่ยวข้องกับ อาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัสดุ และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค

๒) ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๓) ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

- ๔) เป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชีววัตถุ สมุนไพร ยาเสพติด และการชันสูตรโรค และด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการสอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์และสาธารณสุข
- ๕) สนับสนุนและพัฒนาระบบการประกันคุณภาพ ดำเนินการรับรองคุณภาพทางห้องปฏิบัติการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
- ๖) พัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ
- ๗) ถ่ายทอดองค์ความรู้และผลผลิตที่ได้จากการศึกษา วิเคราะห์วิจัยสู่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ๘) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมหรือตามที่รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

งบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ เทียบกับงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕

งบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้รับจำนวน ๑,๒๘๓ ล้านบาท และงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้รับจำนวน ๑,๒๓๙ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจำนวน ๔๔.๔๘ ล้านบาท

ความเชื่อมโยงงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ กับยุทธศาสตร์ชาติ ดังนี้

๑) ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านความมั่นคงและด้านการพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี

๒) แผนงาน : แผนงานบูรณาการ ป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และแผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาสร้างเสริมศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งแผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี

๓) ผลสัมฤทธิ์

- ประเทศมีนวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ใช้กำหนดเป็นนโยบาย/ข้อกำหนด/กฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างทันต่อสถานการณ์

- ประเทศมีความมั่นคงทางห้องปฏิบัติการเพื่อรับมือการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ อุตสาหกรรม และภัยคุกคามทางสุขภาพ

- นวัตกรรมและเทคโนโลยีจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ด้านอุตสาหกรรมและบริการทางการแพทย์

๔) ผลผลิต/โครงการ :

- โครงการสนับสนุนการแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติด การควบคุมตัวยาและสารเคมีทางห้องปฏิบัติการ จำนวน ๘๓.๙๖ ล้านบาท

- โครงการพัฒนาศักยภาพด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการวินิจฉัยและป้องกันโรค เพื่อความมั่นคงทางด้านสุขภาพ จำนวน ๓๓๐ ล้านบาท

- เป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงเพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน ๑๙๖ ล้านบาท

- โครงการพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับโรคอุบัติใหม่ อุตสาหกรรม การกลายพันธุ์ และภัยคุกคามทางสุขภาพ จำนวน ๑๙ ล้านบาท

- โครงการพัฒนาและยกระดับสมุนไพรเพื่อเพิ่มมูลค่าและการดูแลสุขภาพประชาชน ๙.๙ ล้านบาท

- โครงการพัฒนามาตรฐานการควบคุมคุณภาพยา Biopharmaceuticals และ anopharmaceuticals ที่ใช้ในการรักษาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเพื่อสนับสนุนอุตสาหกรรมการผลิตในประเทศ จำนวน ๑๙.๓ ล้านบาท

- โครงการพัฒนากัญชาและกัญชงทางการแพทย์ จำนวน ๑๒.๔ ล้านบาท

ความเชื่อมโยงกับแผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง)

- กิจกรรมปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ โดยจัดทำโครงการเพิ่มศักยภาพห้องปฏิบัติการเพื่อรองรับโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า เพื่อพัฒนาห้องปฏิบัติการระดับ ๒ enhance ให้มีความพร้อมในการตรวจวิเคราะห์เชื้ออันตรายสูง และพัฒนาระบบ Advance bio-molecular technology การพัฒนาเชื่อมโยง COLAB เตรียมความพร้อมในการจัดตั้ง Bio resource จัดเก็บเชื้อโรค เตรียมจัดตั้ง Training Center เพื่อการฝึกอบรมเครือข่าย รวมทั้งศึกษาข้อมูลฤทธิ์และกลไกการออกฤทธิ์ของสมุนไพรในการต้านเชื้อโควิด ๑๙

งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานโควิด ๑๙ จากงบกลาง เป็นรายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทาแก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โดยได้ต่อเนื่อง ๓ ปี ในงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับ ๑๙.๙๖ ล้านบาท งบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้รับ ๕๕๓.๕๐ ล้านบาท และงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้รับ ๒๑.๘๖ ล้านบาท

ผลการดำเนินงานจากงบกลางดังกล่าว

- ๑) พัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- ๒) รายการค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนเสี่ยงภัยสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน
- ๓) ดำเนินการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและสนับสนุนเครือข่ายในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสนับสนุน UTM
- ๔) การตรวจวิเคราะห์สายพันธุ์ไวรัสด้วยวิธี WGS / Targeted Sequencing /SNP mutation (RT-PCR)

๕) การตรวจยืนยันสารพันธุกรรมกรณีผลกำกวมที่ต้องการการยืนยันเพิ่มเติม

งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานโควิด ๑๙ จากพระราชกำหนดฯ เงินกู้

ได้รับการจัดสรรรวม ๑๐๑,๘๓๗,๒๐๐ บาท เบิกจ่าย ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ จำนวน ๙๒,๐๐๕,๐๖๗ บาท คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๓๕ โดยดำเนินโครงการต่าง ๆ ดังนี้

- ๑) จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการทดสอบผลิตภัณฑ์ฆ่าเชื้อโรค เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอันตรายและโรคติดเชื้อโควิด ๑๙ งบประมาณ ๒.๙๓๙ ล้านบาท เบิกจ่าย ร้อยละ ๙๙.๙๖
- ๒) โครงการพัฒนาศักยภาพของการผลิตและการควบคุมคุณภาพวัคซีน และยาชีววัตถุสำหรับโรคโควิด ๑๙ ของประเทศ งบประมาณ ๔๘.๖๕ ล้านบาท เบิกจ่าย ร้อยละ ๙๓.๘๖
- ๓) โครงการพัฒนาเครื่องมือแพทย์ในการป้องกันและตรวจโรคโควิด ๑๙ เพื่อการพึ่งพาตนเองและความมั่นคงสุขภาพของประเทศไทย งบประมาณ ๕๐.๒๔ ล้านบาท เบิกจ่าย ร้อยละ ๘๖.๓๘
- ๔) โครงการพัฒนาศักยภาพโครงสร้างพื้นฐานห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์แอนติบอดีชนิดลบล้างฤทธิ์ที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพวัคซีนเพื่อรองรับการวิจัย พัฒนาและผลิตวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ งบประมาณ ๗.๕๕ ล้านบาท เบิกจ่าย ณ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕ จำนวน ๕๕๙,๙๙๕ บาท คิดเป็นร้อยละ ๗.๔๒

ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ :

- ยกระดับมาตรฐานการคุ้มครองผู้บริโภคให้ตรงกับความต้องการและสอดคล้องกับสากล
- ควบคุม กำกับผลิตภัณฑ์สุขภาพให้เป็นไปตามกฎหมาย มีคุณภาพ ความปลอดภัย ด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

- เพิ่มศักยภาพของผู้บริโภคและผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- เสริมสร้างความมั่นคงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน

เป้าหมาย : ผู้บริโภคปลอดภัย เศรษฐกิจไทยยั่งยืน

กฎหมายที่รับผิดชอบ : ได้แก่ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘ พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒ และพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔

การจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท และแผนงบประมาณ

ยุทธศาสตร์ชาติ : ด้านความมั่นคง และด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

แผนแม่บท : ด้านความมั่นคง และการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี

แผนงานปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑) แผนงานบูรณาการป้องกัน ปราบปรามและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ๒๙.๒๕ ล้านบาท

๒) แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ๑๒๙.๗๙ ล้านบาท

๓) แผนงานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ๓๔๙.๗๖ ล้านบาท

๔) แผนงานบุคลากรภาครัฐ ๓๙๒.๖๖ ล้านบาท

งบประมาณที่ได้รับจัดสรรปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้รับการจัดสรร จำนวน ๙๐๑.๔๖ ล้านบาท ลดลงจากปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๖.๕๗ ล้านบาท โดยงบประมาณส่วนงบลงทุนได้รับลดลง

งบประมาณเพื่อรองรับการดำเนินงานตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง)

กิจกรรมปฏิรูปที่ ๑ ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ

จัดทำโครงการ : สร้างความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ในภาวะฉุกเฉิน งบประมาณ ๑๓,๒๐๘,๖๘๐ บาท

กิจกรรม :

๑) พัฒนาเครื่องมือตัดสินใจในการเลือกรายการยาและเวชภัณฑ์เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินรูปแบบต่าง ๆ

๒) พัฒนาแผนเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ในภาวะฉุกเฉินรูปแบบต่าง ๆ

๓) พัฒนาระบบข้อมูลสำรองและการจ่ายยาและเวชภัณฑ์ไปยังสถานพยาบาลในภาวะฉุกเฉินรูปแบบต่าง ๆ

งบประมาณสนับสนุนการดำเนินการโควิด ๑๙

ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี โดยเน้นการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานของผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสถานประกอบการ มีผลการใช้จ่ายงบประมาณ ดังนี้

- อนุมัติวัคซีนโควิด ๑๙ จำนวน ๗ รายการ และยารักษาโควิด ๑๙ จำนวน ๗ รายการ
- มีผู้ผลิตชุด PPE (Cover all) ในประเทศ ๔๗ รายการ
- อนุมัติชุดตรวจโควิด ๑๙ รวม ๘๘๑ รายการ (ATK ๕๖๐ รายการ RT-PCR ๑๙๔ รายการ และอื่น ๆ จำนวน ๑๒๗ รายการ
- อนุมัติหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ ๑๓๒ รายการ
- อนุมัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร ๔ รายการ
- อนุมัติแอลกอฮอล์เจล ๗,๐๕๗ รายการ

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. การจัดทำโครงการ ยุว อสม. ที่จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ควรเริ่มต้นจากครอบครัวของ ยุว อสม. ก่อน เพื่อเป็นต้นแบบการดูแลสุขภาพทั้งด้านการลดหวาน มัน เค็ม รวมทั้งการลด ละ เลิกบุหรี่ และแอลกอฮอล์

๒. กรมอนามัยและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรมีแผนงานและงบประมาณเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น การฝึกอบรมผู้บริบาลผู้สูงอายุ ทั้ง Care Giver และ Care Manager และควรการศึกษาความต้องการผู้บริบาลผู้สูงอายุในประเทศไทยในอนาคต โดยเฉพาะการนำคนเข้าสู่ระบบการเป็น Care Giver เช่น จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุป่วยสมองเสื่อม ๑ คน ต้องการผู้บริบาล ๒ คน โดย ๑ คนเป็นญาติ และอีก ๑ คนเป็น Care Giver ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยสมองเสื่อมกว่า ๘ แสนคน และจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กรณีดังกล่าวควรมีแนวทางเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการมีผู้บริบาลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างเพียงพอสำหรับครอบครัวและชุมชนที่จะมีความต้องการมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

- กรมสุขภาพจิตควรมีการตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมและควรบูรณาการร่วมกับกรมการแพทย์ เนื่องจากพบว่า งบประมาณเกี่ยวกับกรณีดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

๓.๑๔ ถอดบทเรียนการแก้ไขปัญหาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โรคโควิด ๑๙)

สาเหตุของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ นับตั้งแต่ต้นปี ๒๕๖๓ จนถึงปัจจุบันนับเป็นความท้าทายที่สังคมไทยต้องเผชิญอย่างไม่เคยปรากฏขึ้นมา ก่อน จำนวนผู้ติดเชื้อที่เริ่มแพร่กระจายในวงกว้างและเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดอุปสรรคทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลกระทบต่อรัฐต้องนำไปสู่การระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถ เพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการและแนวทางการแก้ไข

เช่นเดียวกับ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่ไม่ได้นิ่งนอนใจ จึงได้มีการกำหนดประเด็นการประชุมเพื่อพิจารณาปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ตลอดระยะเวลา ๓ ปี แห่งการแพร่ระบาด โดยครอบคลุมทั้งการเฝ้าระวัง การป้องกัน ตลอดจนแนวทางการฟื้นฟูเยียวยาสังคมที่ต้องแบกรับผลกระทบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ก่อนนำมาประมวลผลเพื่อจัดทำเป็นหนังสือถึงฝ่ายบริหาร และฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในลักษณะของข้อเสนอแนะเชิงวิชาการให้ฝ่ายบริหารนำไปพิจารณาปรับใช้กับการบริหารราชการแผ่นดินได้อย่างทันท่วงที และในลักษณะของการแสวงหาความร่วมมือ เพื่อช่วยบรรเทาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลการติดตาม ประสาน ผลักดันการดำเนินงานของคณะกรรมการ

ภายหลังรัฐบาลได้อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่ช่วงแรกของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เมื่อวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓ พร้อมออกประกาศข้อกำหนดและมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมให้แก่แต่ละภาคส่วนยึดถือเพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ นั้น

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เห็นพ้องต้องกันให้มีการดำเนินการจัดการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่น้อยกว่า ๖ ครั้ง ก่อนจะได้ดำเนินการรวบรวมจัดทำหนังสือกราบเรียนนายกรัฐมนตรีนับครั้งแรก เรื่อง ข้อเสนอแนวทางการเตรียมระบบรองรับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด ๑๙) ลงวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๖๓ โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวกับแนวทางการเตรียมระบบรองรับการระบาดของโรคโควิด ๑๙ อันวางอยู่บนฐานของการวิเคราะห์ระยะของการควบคุมโรค ๔ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ ชะลอการระบาดให้ช้าลง (Slow the Spread)

ระยะที่ ๒ การทยอยเปิดเมืองทีละเมือง (Reopen, State by State)

ระยะที่ ๓ การยกระดับการควบคุมมาตรการ (Establish Protection then lift all restrictions)

ระยะที่ ๔ การเยียวยาหาทางป้องกันการระบาดรอบใหม่ (Rebuild Our readiness for the next pandemic)

ซึ่งมีข้อเสนอแนะ จำนวน ๗ ข้อ ดังนี้

๑. ทบทวนแผนการดำเนินการรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ รายจังหวัดโดยเร่งด่วน ภายในเดือนเมษายน ๒๕๖๓ โดยดำเนินการดังนี้

๑) ประเมินการจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ มากที่สุดในช่วงเวลาหนึ่ง (Worst Case Scenario) เพื่อให้ทุกจังหวัดทบทวนระบบการให้บริการต่าง ๆ ตลอดจนทรัพยากรที่ต้องการ เช่น หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสนาม เครื่องช่วยหายใจ หน้ากาก N95 ชุด PPE ยาฟาวิพิราเวียร์ อัตรากำลังค่าตอบแทน โดยให้ความสำคัญกับพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานจำนวนมาก

๒) วางมาตรการทางสุขภาพและสังคมเพื่อป้องกันการระบาดแต่ละระยะให้มีความเหมาะสม

๓) วางแผนการดูแลรักษาโรคอื่น ๆ ผ่านการกำหนดแผน Business Continuity Plan (BCP) เพื่อให้สามารถบริหารจัดการสถานการณ์ได้อย่างต่อเนื่อง

๔) วิเคราะห์และจัดทำแผนการเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยอื่น ๆ ที่อาจขาดแคลน

๕) จัดเตรียมเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

๖) ควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อตามหลักสากล

๒. ทุกจังหวัดควรเร่งรัดให้มีการจัดตั้งคณะทำงานด้านการควบคุมป้องกันโรคและระบบบริการทางการแพทย์เพื่อรองรับการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการจังหวัดโดยเร็ว และให้ดำเนินการตามบริบทของแต่ละจังหวัดตามแนวทางที่คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติกำหนดไว้ ดังนี้

๑) ออกมาตรการด้านการแพทย์และด้านสังคมเพื่อการควบคุมป้องกันโรคตามบริบทและระยะของการแพร่ระบาดของโรค โดยคำนึงถึงทั้งการรักษาพยาบาล การควบคุม ป้องกันโรคและภาวะทางสังคม เศรษฐกิจที่เหมาะสมในจังหวัด

๒) รัฐบาลกลางควรจัดหาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญในระดับรัฐต่อรัฐ เพื่อให้มีทรัพยากรที่สำคัญและจำเป็นมีเพียงพอ ไม่เป็นปัญหาต่อการจัดสรรลงพื้นที่

๓) นโยบายการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาการติดเชื้อในประชาชนให้มากขึ้น โดยควรยึดเกณฑ์เปรียบเทียบสมรรถนะ (benchmark) จากประเทศที่มีการตรวจหาผู้ติดเชื้อ จำนวนมาก

๓. ในระยะกลางถึงระยะยาว ต้องให้ความสำคัญแบ่งเป็น ๒ ด้าน คือ ผลกระทบด้านสังคมต่อประชาชน และผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ ดังนี้

๑) คำนึงถึงผลกระทบ ด้านจิตใจและสังคม ด้านวิถีชีวิตเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะเครียดเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ตลอดจนภาวะเหนื่อยและล้า (burn out) ในประชาชน และที่สำคัญคือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

๒) มอบหมายให้จังหวัดทำแผนการดูแลช่วยเหลือเยียวยา ด้านจิตใจ สังคมและผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (MHPSS : Mental Health and Psychosocial Supports) ภายใต้การสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุข (ผ่านกรมสุขภาพจิต)

๓) มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนและดำเนินการเพื่อลดภาวะเหนื่อยและล้า (burn out) ในกลุ่มเป้าหมายบุคลากรทางการแพทย์ในทุกสังกัดและทุกระดับอย่าง เป็นรูปธรรม ตลอดจนติดตามช่วยเหลือและป้องกันอย่างเป็นระบบ

๔. การจัดสรรงบประมาณ แหล่งงบประมาณ และช่องทางให้ขึ้นกับแผนและอำนาจการตัดสินใจของรัฐบาลที่จะพิจารณาจัดสรรงบประมาณไปยังพื้นที่ให้สอดคล้องกับแผน บริบทและปัญหาของแต่ละจังหวัด โดยผ่านกลไกผู้ว่าราชการจังหวัดโดยตรง เพื่อให้การบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็วทันต่อสถานการณ์ อย่างไรก็ตาม ในบางเรื่องอาจจำเป็นต้องใช้กลไกของแต่ละกระทรวงเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน

๕. กลไกการติดตามประเมินผล (M&E) ผ่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ในทุกเขตสุขภาพ โดยมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการดำเนินการสนับสนุนและร่วมออกแบบการดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และปัญหาที่เกิดขึ้นให้ทันท่วงที ประสานความร่วมมือกับศูนย์วิชาการของกรมต่าง ๆ ในพื้นที่เขตสุขภาพและทีมวิชาการในแต่ละจังหวัดในการประเมินติดตาม มาตรการต่าง ๆ ว่ามีความเหมาะสมเพียงพอในการควบคุมป้องกันโรคให้กับแต่ละจังหวัดไปปรับใช้ตามความเหมาะสมกับระยะของการระบาดของโรค

๖. สนับสนุนและส่งเสริมการแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในภาพรวมที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 อย่างเป็นรูปธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบ ทั้งปัญหาการว่างงานและปัญหาภัยแล้ง สนับสนุนให้เกิด SME ในต่างจังหวัดให้มากขึ้น เพื่อกระจายความเจริญและกระจายบุคลากรออกจากเขตกรุงเทพมหานคร โดยน้อมนำแนวทางตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นเข็มทิศในการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนในอนาคต (Economic New Normal)

๗. ในการวางแผนเตรียมการเพื่อเข้าสู่ระยะที่ ๒ จำเป็นต้องดำเนินการอย่างมีกลยุทธ์ (Exit Strategy) ผ่อนปรนอย่างมีเงื่อนไข ตามข้อบ่งชี้และต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะตามมาจากมาตรการต่าง ๆ โดยคณะทำงานส่วนกลาง ภายใต้การบริหารของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (ศบค.) ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์กลาง ข้อบ่งชี้ ที่จะดำเนินการเข้าสู่ระยะที่ ๒ และมาตรการต่าง ๆ ที่จะดำเนินการในทั้งด้านสังคมและด้านการแพทย์ และสาธารณสุข รวมถึงการให้บริการประชาชนในสถานบริการต่าง ๆ เป็นแนวทางที่ให้แต่ละจังหวัดนำไปปฏิบัติตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่ยังคำนึงถึงมาตรการ Social Distancing อย่างต่อเนื่อง และต้องมีมาตรการและแผนการเตรียมการประเมินสถานการณ์ที่เหมาะสมหากมีการระบาดกลับมาใหม่และพร้อมที่จะเข้มงวดในสถานการณ์กลับมาสู่ระยะที่ ๑ อีกครั้ง

ถัดมาปี ๒๕๖๔ คณะกรรมการ ยังคงติดตามและให้ความสำคัญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยยังคงมีประเด็นท้าทายเกี่ยวกับการจัดหาและการบริหารจัดการวัคซีนแต่ละชนิดให้เพียงพอต่อปริมาณความต้องการของประชากร ตลอดจนการออกแบบระบบการให้บริการรับรองประชาชนผู้ติดเชื้อใหม่ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามระดับการกระจายตัวและอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่เปลี่ยนแปลงไป จึงนำไปสู่การจัดทำหนังสือ ๒ ฉบับ ที่สำคัญ ได้แก่

๑. หนังสือเรียนเอกอัครราชทูตอังกฤษประจำประเทศไทย ลงวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เพื่อประสานขอความร่วมมือรัฐบาลอังกฤษไปยังบริษัท Astra Global ที่ร่วมลงนามการผลิตวัคซีน Astrazeneca กับบริษัทของประเทศไทย ได้เพิ่มสัดส่วนการผลิตและการกระจายวัคซีนให้ประเทศไทยภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๔

เนื่องจากคณะกรรมการการสาธารณสุข เล็งเห็นว่า สัดส่วนการส่งมอบวัคซีนเดิมที่เคยเห็นชอบร่วมกันอาจต้องเลื่อนระยะเวลาการส่งมอบไปยังกลางปี ๒๕๖๕ อาจไม่ทันต่อสถานการณ์การป้องกันการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ซึ่งการฉีดวัคซีนให้ได้จำนวนร้อยละ ๗๐ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่

(Herd Immunity) จะเป็นปัจจัยชี้วัดความสำเร็จในการช่วยให้ระบบสาธารณสุขไทยสามารถลดการสูญเสียชีวิตของประชาชนคนไทยลง

๒. หนังสือกราบเรียนนายกรัฐมนตรี เรื่อง ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๔ โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวกับข้อห่วงกังวลและความหวังเป็นอย่างยิ่งว่าสถานการณ์จะคลี่คลายลง หากมีการพิจารณาดำเนินการตามข้อเสนอแนะ ๖ ข้อ ดังนี้

๑) การบริหารจัดการวัคซีน

๑.๑ เร่งให้มีการเจรจาระหว่างหน่วยงานของรัฐ และบริษัท แอสตราเซเนกา (ประเทศไทย) จำกัด เพื่อหาข้อสรุป การส่งมอบวัคซีนในสัดส่วนที่เหมาะสม และเป็นธรรมแก่ประเทศไทย ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางรุนแรงขึ้นเป็นอย่างมาก รวมทั้งการกลายพันธุ์ของเชื้อ

๑.๒ กระทรวงการต่างประเทศควรดำเนินการ ดังนี้

๑.๒.๑ ตรวจสอบว่า ประเทศใดมีการสั่งซื้อวัคซีนคุณภาพสูง มีอัตราการฉีดวัคซีนภายในประเทศสูง หรือยังคงมีวัคซีนเหลืออยู่

๑.๒.๒ ดำเนินการหารือระดับสูง เจรจาโดยทันที ทุกทางเพื่อขอรัฐหรือซื้อวัคซีนในโอกาสแรก โดยเฉพาะ AstraZeneca เพื่อนำมาทดแทนจำนวนที่วางแผนการฉีดวัคซีนภายใน ๓ เดือนข้างหน้า แต่ไม่ได้รับการจัดส่ง

๑.๓ การพิจารณาจัดซื้อวัคซีน รัฐบาลควรพิจารณาวัคซีนที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันไวรัสกลายพันธุ์

๑.๔ ควรมีการเจรจาปรับเพิ่มการผลิตวัคซีนของบริษัท สยามไบโอไซน์ จำกัด ในสัดส่วนที่เหมาะสมและมากขึ้น และเตรียมรองรับการผลิตวัคซีนรุ่นใหม่

๑.๕ การฉีดวัคซีนยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้ เสนอให้เพิ่มการผลิตวัคซีนในสถานพยาบาล คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่น รวมทั้งคลินิกที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้การรับรอง (สถานพยาบาลดังกล่าวต้องมีความพร้อมของอุปกรณ์ในการช่วยเหลือชีวิต) โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุ และ ๘ โรคกลุ่มเสี่ยง โดยให้เร่งค้นหาผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียงด้วยการระดมหน่วยเคลื่อนที่เร็วเพื่อฉีดวัคซีนถึงบ้าน

ศบค.กทม.ควรเป็นหน่วยงานหลักในการประสานหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กองทัพ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้มีทีมเคลื่อนที่เร็วจำนวนมากพอในการเข้าถึงชุมชน และสามารถระดมฉีดวัคซีนให้ผู้ติดบ้านติดเตียงช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงการตรวจ การรักษา และวัคซีน รวมทั้งสนับสนุนยา อาหาร ตลอดจนการให้คำปรึกษาแนะนำ ซึ่งจะสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนได้เป็นอย่างดี

๒) การบริหารจัดการ และมาตรการด้านสาธารณสุข

๒.๑ ควรปรับโครงสร้างของคณะกรรมการจัดหาวัคซีน ที่มีศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ ปิยะสกล สกลสัตยาทร เป็นประธาน ให้มีผู้แทนของหน่วยงานอื่นเพิ่มเติม เช่น กระทรวงการต่างประเทศ เพื่อประสานกับเอกอัครราชทูตไทยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประเทศที่มีวัคซีนเกินปริมาณการใช้ในประเทศนั้น ๆ ในการช่วยเจรจา และจัดหาวัคซีนเพิ่มเติมจากต่างประเทศ

๒.๒ ควรจัดสรรและกระจายอุปกรณ์ชุดตรวจแอนติเจนหาเชื้อ COVID-19 (Antigen Test Kit) ให้แก่สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร คลินิกชุมชนอบอุ่น และคลินิกเอกชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจโดยสะดวก

๒.๓ การบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ มีข้อเสนอ ดังนี้

๒.๓.๑ ระยะเร่งด่วน

ปัจจุบันการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีหน่วยบริการที่ดำเนินการด้านสาธารณสุขหลายสังกัด ทั้งโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สังกัดกองทัพ สังกัดโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลของภาคเอกชน แม้ว่าการบริหารจัดการจะมีคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อการบูรณาการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด ๑๙ (ศปก.ศบค.) เป็นกลไกดำเนินนโยบาย ในการกำกับก็ตาม แต่การปฏิบัติงานร่วมกันยังคงขาดเอกภาพ เนื่องจากมีวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกัน และมีข้อจำกัดของระบบราชการ จึงส่งผลกระทบต่อการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติและการส่งการข้ามหน่วยงาน ที่ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรมีการพิจารณาทบทวนกลไกดำเนินนโยบาย และการปรับปรุงแบบ รวมทั้งกระบวนการบริหารจัดการใหม่ โดยการใช้วิธีการตั้งศูนย์ปฏิบัติการเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานครที่มีอำนาจสั่งการได้อย่างแท้จริง และมีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่การจักระบบ บริการด้านสาธารณสุขและการควบคุมโรค ในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้มีประสิทธิภาพและมีการดำเนินงาน ที่เป็นรูปธรรมซึ่งจะเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับสาธารณสุขชนมากขึ้น

๒.๓.๒ ระยะกลางและระยะยาว

ควรมีการพิจารณาทบทวนโครงสร้างการบริหารระบบสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้การบริหารจัดการและการดำเนินงานมีความเป็นเอกภาพ และมีส่วนร่วม จากทุกหน่วยงาน เพื่อเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะนำไปสู่การรับมือกับการบริหารจัดการในสภาวะวิกฤตที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

๓) งบประมาณ

ควรเร่งรัดการใช้งบประมาณเพื่อจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ ยารักษา ชุดป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ถังออกซิเจนทางการแพทย์ และอื่น ๆ ที่จำเป็นเพื่อส่งมอบให้แก่สถานพยาบาล และโรงพยาบาลสนามทุกแห่งที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิดให้มากที่สุด หากการดำเนินการมีความล่าช้า หรือข้อติดขัดบางประการ ให้สามารถโอนงบประมาณให้แก่องค์กร โรงเรียนแพทย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิเพื่อจัดหาเครื่องมือแพทย์ และมีการติดตามการเบิกจ่ายค่าล่วงเวลาแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่หน้างาน ให้ได้รับอย่างสะดวก ครบถ้วน เพิ่มค่าเสี่ยงภัยในสถานการณ์ฉุกเฉิน ตลอดจนสวัสดิการ สนับสนุนอื่น ๆ

๔) การประชาสัมพันธ์

ควรปรับปรุงรูปแบบและโครงสร้างการประชาสัมพันธ์ที่เป็นการป้องกัน และแก้ปัญหาข่าวปลอม (Fake news COVID) ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ในเรื่องการบริหารจัดการวัคซีน ให้แก่ประชาชนได้ทราบอย่างต่อเนื่อง และทันเวลา โดยมอบหมายให้หน่วยงานด้านการสื่อสาร คือ สำนักงาน คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) จัดสรร ช่องสัญญาณโทรทัศน์เป็นกรณีพิเศษให้แก่รัฐบาลเพื่อดำเนินการได้ตลอดเวลา

๕) การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

ควรพิจารณาเสนอขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ และการพิจารณา เลื่อนเงินเดือนเป็นกรณีพิเศษ ให้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานด่านหน้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID 19) ทุกคน เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

๖) ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบ Home isolation เพื่อจัดการระบบดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้รับการพื้นฐานที่รวดเร็วและมีความครอบคลุมได้ดียิ่งขึ้น เกิดความอุ่นใจที่ได้รับการดูแล ลดความเครียด ความวิตกกังวล รวมทั้งทำให้มีการค้นหากลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีโอกาสจะมีการหนักให้ได้รับการดูแลได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์มากขึ้น ตลอดจนโอกาสที่ผู้ติดเชื้อจะมีการหนักและเสียชีวิต จึงมีข้อเสนอ ดังต่อไปนี้

๖.๑ ควรมีการจัดหน่วยบัญชาการ เพื่อดำเนินการเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และชุมชน เพื่อประสานการดำเนินการให้เป็นเอกภาพและบริหารจัดการดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกกลุ่ม

๖.๒ การบริหารจัดการ Home isolation และ Community isolation ควรให้มีการประสานเชื่อมโยงกัน และควรส่งเสริม หรือสั่งการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบ และบริหารจัดการร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๖.๓ ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับองค์การเภสัชกรรม ซึ่งสามารถผลิตยาฟาวิพิราเวียร์ได้เอง ให้การสนับสนุนและกระจายยาฟาวิพิราเวียร์ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ และสถานพยาบาลที่มีการดูแลผู้ป่วยโควิดที่บ้านเพิ่มขึ้น (เดิมมีเฉพาะโรงพยาบาลที่มีการรักษาผู้ป่วยโควิด) โดยมีการประมาณปริมาณที่ต้องการใช้ตามสัดส่วนความเสี่ยงของผู้ติดเชื้อทั้งหมด (สัดส่วนดังกล่าวควรปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ และแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข)

๖.๔ สนับสนุนให้หน่วยบริการสามารถจ่ายยาและดูแลผู้ติดเชื้อ ณ จุดที่มีการตรวจบริการ ATK ได้โดยตรง พร้อมลงทะเบียนเข้าสู่ Home isolation ซึ่งควรมีการดำเนินการ ดังนี้

- ให้หน่วยบริการมีการจ่ายยาที่เป็นยาพื้นฐาน เช่น ฟาโตะลายใจ และยาพื้นฐานอื่น ๆ แก่ผู้ติดเชื้อทุกราย

- ให้หน่วยบริการสามารถพิจารณาจ่ายยาฟาโตะลายใจหรือยาฟาวิพิราเวียร์ แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีภาวะเสี่ยงตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อได้ปรึกษากับแพทย์ด้วยระบบออนไลน์แล้ว

ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้รับการที่รวดเร็ว ครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันต้องใช้เวลารอคอยนาน ทำให้เกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านระหว่างรอคอยยา

๖.๕ เพื่อให้ประชาชนผู้ติดเชื้อมีความมั่นใจในการดูแลที่บ้านอย่างปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และหน่วยบริการปฐมภูมิลดแรงกดดันในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ด้วยการจัดระบบเสริมเพื่อดูแลผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงในลักษณะต่าง ๆ ที่อาจไม่จำเป็นต้องนอนพักโรงพยาบาล และลดการครองเตียงในโรงพยาบาล ควรมีการดำเนินการ ดังนี้

- การจัดให้มีเตียงสำรอง เพื่อ stabilize แบบวันเดียว เพื่อดูแลผู้ติดเชื้อที่มีอาการอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ปัญหาด้านปอด เช่น การให้สารน้ำเกลือทางหลอดเลือดในกรณีที่มีท้องเสียมาก ๆ หรือกรณีที่ต้องมีการฉีดยา เป็นต้น

- การจัดให้มีหน่วยบริการ หรือพื้นที่ที่สามารถให้ออกซิเจนในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย และยังไม่สามารถหาเตียงรับดูแลในโรงพยาบาลได้ รวมทั้งการกระจายให้มีถังออกซิเจน หรือเครื่องผลิตออกซิเจนให้ผู้ติดเชื้อที่มีอาการหอบเหนื่อยดูแลที่บ้านได้ ภายใต้การดูแลของแพทย์ และพยาบาลที่ดูแล Home isolation เพื่อลดโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่บ้าน

ผลสำเร็จที่เกิดขึ้น

ด้วยการบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาล ประกอบกับข้อสังเกตและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ในฐานะฝ่ายนิติบัญญัติ จะพบว่า รัฐบาลสามารถบริหารจัดการวิกฤตที่ท้าทายซึ่งสังคมไทยไม่เคยเผชิญมาก่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ โดยเฉพาะการบริหารจัดการระบบบริการด้านสุขภาพได้มีการสั่งการให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่รับผิดชอบในด้านการประกันสิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพของประชาชน มีบทบาทสำคัญในด้านประสานงานร่วมกับสถานบริการเพื่อให้เกิดการเบิกจ่ายตั้งแต่กระบวนการคัดกรองการหาเชื้อผ่านการตรวจ ATK การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม/Hospital การกักตัวที่บ้าน/ชุมชน

เช่นเดียวกับการจัดหาวัคซีนเพิ่มเติมเพื่อให้เพียงพอต่อการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับประชาชนไทย ในระหว่างที่การผลิตวัคซีนยังไม่เพียงพอ การประสานความร่วมมือกับนานาชาติเช่นเดียวกับคณะกรรมการการสาธารณสุข ก็นำไปสู่การได้รับการสนับสนุนวัคซีนจากมิตรประเทศ ทำให้มีปริมาณวัคซีนเพียงพอต่อความต้องการ

ถอดบทเรียนการแก้ไขปัญหาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ทรงคุณวุฒิ

ศาสตราจารย์ ดร. ภู่วรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ สรุปได้ว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะสายพันธุ์โอมิครอน และต้องยอมรับว่า สถานการณ์ของโรคถือเป็นโรคระบาดใหญ่ในรอบ ๑๐๐ ปี โดยหากย้อนไปรอบ ๑๐๐ ปี มีการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สเปนทำให้ทั่วโลกมีจำนวนผู้เสียชีวิตจำนวนมาก โดยในประเทศไทยเป็นช่วงปี พ.ศ. ๒๔๖๑ สมัยรัชกาลที่ ๖ ประเทศไทยมีประชากร ๘.๔ ล้านคน มีผู้ติดเชื้อไข้หวัดสเปนประมาณ ๒,๓๑๗,๖๖๒ คน มีผู้เสียชีวิตจากโรคระบาดดังกล่าวประมาณ ๘๐,๐๐๐ คน หรือประมาณ ร้อยละ ๑ ของจำนวนประชากร สำหรับอัตราการเสียชีวิตของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ประมาณ ๑ - ๒ คนต่อ ๑,๐๐๐ คน โดยโรคดังกล่าวถือเป็นโรคทางเดินหายใจ และเชื่อว่าทุกสายพันธุ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในช่วงปีแรกแต่ละสายพันธุ์จะมีสถานการณ์ไม่แตกต่างกัน โดยผู้ติดเชื้อในเด็กมักจะไม่มีแสดงอาการหรืออาการค่อนข้างน้อย

นอกจากนี้ ในปี ๒๕๕๒ มีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ ทำให้เกิดความตื่นตระหนกว่าจะเป็นโรคระบาดเหมือนไข้หวัดใหญ่สเปน โดยระบาดในเดือนพฤษภาคมทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ค่อนข้างสูง แต่พบว่า อัตราการตายไม่มากนัก และประเทศไทยใช้ระยะเวลาสั้นกว่าจะได้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ ในช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๕๒ หลังจากนั้นก็เปลี่ยนสถานะเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล โดยไม่ได้มีมาตรการป้องกันโรคมาดังเช่นในปัจจุบัน

สำหรับการเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ หากพิจารณาในภาพรวมของการแพร่ระบาดในทั่วโลกขณะนี้อยู่ระหว่างขาลง และการแพร่ระบาดของสายพันธุ์โอมิครอน ไม่ได้มีอัตราการตายมากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับสายพันธุ์เดลต้า แต่ยังไม่สามารถหาคำตอบที่เป็นข้อยุติได้ว่า เป็นสายพันธุ์ที่สามารถติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ใหญ่เกิดขึ้นจากการกลายพันธุ์จากสายพันธุ์เดียวกันและสามารถติดเชื้อ

ได้ง่ายกว่า ทำให้สายพันธุ์เดียวกันที่ติดเชื่อได้ยากกว่ามีจำนวนการติดเชื้อลดลง และกำลังจะเข้ามาแทนที่สายพันธุ์เดิม เช่นเดียวกับสายพันธุ์ Alpha ซึ่งไม่มีผู้ติดเชื้อสายพันธุ์ดังกล่าวแล้ว

การระบาดของโรคโควิด ๑๙ ของประเทศไทยขณะนี้อยู่ในช่วงขาขึ้น โดยเป็นสายพันธุ์ BA.2 ความรุนแรงไม่แตกต่างกันแต่มีการแพร่ระบาดที่รวดเร็วกว่า ในอัตราการเสียชีวิตอยู่ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง ดังนั้น การจะหยุดวิกฤติของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทั่วโลกจะต้องร่วมมือกันในการหยุดยั้งการแพร่กระจายให้น้อยที่สุด หากมีการแพร่กระจายมาก จะเกิดสายพันธุ์ใหม่

วัคซีนของโรคโควิด ๑๙ มีความคาดหวังว่าวัคซีนจะสามารถหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวได้ แต่ปัจจุบันพบว่า วัคซีนไม่สามารถหยุดยั้งได้ วัคซีนและภูมิคุ้มกันที่เกิดจากการติดเชื้อ (ภูมิคุ้มกันหมู่) ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ แต่การฉีดวัคซีนทำให้ความรุนแรงของการติดเชื้อหรือลดความรุนแรงของอาการ และเป็นประโยชน์เฉพาะตัวบุคคลที่ได้รับวัคซีนเท่านั้น ดังนั้น จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์และเป้าหมายในการดูแลและป้องกัน โดยมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยง และต้องปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ในการดูแลและป้องกันโรค โดยจะต้องมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนมาตรการการควบคุมโรค เช่น การกักตัวว่ายังมีจำเป็นอยู่หรือไม่ และจะต้องปรับตัวกับการอยู่เชื้อไวรัสดังกล่าวให้ได้ และจะต้องให้ความสำคัญกับการใช้ยารักษาโรค มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปรับวิถีชีวิตใหม่จาก New Normal เป็น Next Normal เช่น ด้านการประชุม การซื้อสินค้า การติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

ประเด็นความจำเป็นของการรณรงค์วัคซีนรุ่นใหม่ ในประเด็นนี้ไม่จำเป็นจะต้องรอ เนื่องจากปัจจุบันมีการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสอย่างรวดเร็ว ทำให้ไม่สามารถปรับปรุงวัคซีนรุ่นใหม่ได้ทันกับการกลายพันธุ์ ดังนั้น จึงควรรับการฉีดวัคซีนที่มีอยู่ในปัจจุบัน นอกจากนี้ สถานการณ์ปัจจุบันควรฉีดวัคซีนทุกชนิดโดยไม่ต้องรอวัคซีนรุ่นใหม่ เนื่องจากมีผลการศึกษาชัดเจนว่า การฉีดวัคซีน ๒ เข็ม ป้องกันการเสียชีวิตได้ร้อยละ ๘๙ และ ๓ เข็ม ป้องกันการเสียชีวิต ร้อยละ ๙๗

แนวคิดการฉีดวัคซีนสูตรไขว้ ยังไม่สามารถให้ข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์ได้ชัดเจน ซึ่งจากการศึกษาในระยะที่ผ่านมา รวมทั้งในต่างประเทศ เช่น สวีเดน และบราซิล ก็พบผลปรากฏตามที่เผยแพร่ว่าการฉีดวัคซีนสูตรต่าง ๆ เช่น ฉีดวัคซีนเชื้อตายก่อน แล้วฉีดชนิด mRNA สามารถสร้างภูมิคุ้มกันสูงขึ้น

หลักเกณฑ์กำหนดระยะเวลาการฉีดวัคซีนเข็ม ๔ การฉีดวัคซีนปกติจะต้องมีการบูสเตอร์ประจำปี เช่นเดียวกับกลุ่มไวรัสตับอักเสบบี โดยแนะนำให้เข็มเป็นวัคซีนเข็ม ๔ เป็นชนิด mRNA เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพภูมิคุ้มกัน เนื่องจากเข็มกระตุ้นหากใช้ชนิดเชื้อตายกระตุ้น ภูมิคุ้มกันจะขึ้นน้อยกว่าชนิด mRNA นอกจากนี้ กรมควบคุมโรค ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า การฉีดวัคซีนเข็ม ๔ โดยมีหลักเกณฑ์ว่า กรณี เจ้าหน้าที่ด่านหน้า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึง ๑๐ จังหวัดนำร่องการท่องเที่ยว มีขอแนะนำให้ฉีดวัคซีนเข็ม ๔ เพื่อให้มีการกระตุ้นภูมิคุ้มกันเร็วและต่อเนื่อง

นายแพทย์บัลลังก์ อุปพงษ์ รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การจำแนกสายพันธุ์ และการกลายพันธุ์ของเชื้อ สรุปได้ว่า การเฝ้าระวังของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จะเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ – ปัจจุบัน ที่มีมาตรการ Test & Go เริ่มจากสายพันธุ์เดลต้า และสายพันธุ์โอมิครอน โดยระยะล่าสุด วันที่ ๑๒ - ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ พบว่า เป็นสายพันธุ์โอมิครอน ร้อยละ ๙๗ และสายพันธุ์เดลต้า ร้อยละ ๒ โดยสายพันธุ์โอมิครอน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ยกระดับเป็นสายพันธุ์ระดับที่น่ากังวล และเมื่อวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ที่ผ่านมา ทุกจังหวัดและทุกเขตสุขภาพของประเทศไทยทุกแห่ง จะมีผู้ติดเชื้อสายพันธุ์โอมิครอน สำหรับสายพันธุ์ย่อยของสายพันธุ์โอมิครอน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีนโยบายให้ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้ง ๑๕ แห่ง ตรวจแยกสายพันธุ์

ของโมเลกุลได้โดยใช้วิธีทำ RT-PCR ซึ่งเป็นข้อมูลระหว่างวันที่ ๑๒ - ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ จำนวน ๑,๙๖๗ ตัวอย่าง ในภาพรวมพบ BA.2 จำนวน ๖๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๘ และ BA.1 จำนวน ๑,๓๒๒ คน คิดเป็น ร้อยละ ๖๗.๒ โดยแยกเป็นกลุ่มผู้เดินทางจากต่างประเทศ จากจำนวน ๕๖๖ ตัวอย่าง เป็น BA.2 ร้อยละ ๔๗.๙ และ BA.1 ร้อยละ ๕๒.๑ และกลุ่มอื่นในประเทศ จำนวน ๑,๔๐๑ ตัวอย่าง เป็น BA.2 ร้อยละ ๒๖.๗ และ BA.1 ร้อยละ ๗๓.๓

จากแนวโน้มดังกล่าวสามารถคาดการณ์ได้ว่า BA.2 จะมาทดแทน BA.1 ในไม่ช้า หากพิจารณา สถานการณ์ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อสายพันธุ์โอมิครอน อย่างน้อย ๑๘๕ ประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๓ และสายพันธุ์ เดลต้า ร้อยละ ๑.๗ โดยสายพันธุ์ที่ระบาดหนักเป็นโอมิครอน BA.1 ทั้งนี้ สามารถใช้ RT-PCR แยกได้ว่าเป็น สายพันธุ์ BA.1 หรือ BA.2 และปัจจุบัน BA.2 มีการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว แต่ยังไม่พบว่า มีความรุนแรง มากขึ้น และสามารถตรวจได้ทั้ง ATK และ RT- PCR และมีบทสรุปจากบทความทางวิชาการต่าง ๆ ดังนี้

- บทความเรื่อง Virological characteristics of SARS-CoV-2 BA.2 พบว่า การแพร่กระจาย ของเชื้อ โดยผู้ที่ติดเชื้อสายพันธุ์ BA.2 มีโอกาสแพร่เชื้อได้สูงกว่า BA.1 คิดเป็น ๑.๔ เท่า

- บทความเรื่อง Transmission of SARS-CoV-2 Omicron VOC subvariants BA.1 and BA.2: Evidence from Danish Households สรุปได้ว่า สายพันธุ์ BA.2 มี Secondary Attack Rate ในครัวเรือน สูงกว่า BA.1

- บทความ เรื่อง Antibody Evasion Properties of SARS-CoV-2 Omicron Sublineages พบว่า ประสิทธิภาพของวัคซีน Neutralizing activity ลดลงเล็กน้อยใน BA.2 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และประสิทธิภาพ Monoclonal Ab ส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการ Neutralizing ในสายพันธุ์ BA.2

การควบคุมคุณภาพวัคซีนโควิด ๑๙ ในประเทศและการวิจัยพัฒนา

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีขั้นตอนการควบคุม กำกับคุณภาพวัคซีนโควิด ๑๙ ในสภาวะเร่งด่วน ดังนี้

๑) การขึ้นทะเบียน ดำเนินการพิจารณาด้านคุณภาพวัคซีนให้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)
๒) รับรองรุ่นการผลิต โดยให้การรับรองรุ่นการผลิตวัคซีน พร้อมการตรวจวิเคราะห์ ทางห้องปฏิบัติการ โดยพิจารณาเอกสารกระบวนการผลิตตั้งแต่ต้นจนได้วัคซีนสำเร็จรูปและตรวจสอบ อุณหภูมิในขณะขนส่ง ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และนำข้อมูลผลการทดสอบมาวิเคราะห์

๓) หลังจำหน่าย กรณีเกิดปัญหา AEFI และมีความสงสัยในคุณภาพของวัคซีน มีการรับตัวอย่าง จากสถานที่เกิดเหตุ พิจารณาข้อมูลรุ่นการผลิตที่เกิดปัญหา และตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ทั้งนี้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ดูแลการพิจารณาข้อมูลด้านคุณภาพ และการวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ โดยการจะวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการปกติใช้เวลาประมาณ ๗ - ๑๐ วัน แต่เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย ของรัฐบาล จึงต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จในการตรวจรับรองรุ่นการผลิตวัคซีนโดยใช้เวลาไม่เกิน ๔๘ ชั่วโมง กรณีเกิดปัญหาหลังจำหน่ายสินค้าหรือหลังนำวัคซีนไปฉีด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จะรับตัวอย่างดังกล่าว จากจุดที่เกิดปัญหา เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลรุ่นผลิตและตรวจซ้ำอีกครั้ง

ปัจจุบันมีการรับรองรุ่นการผลิตแล้ว จำนวน ๓๖๘ ล็อต รวม ๑๗๙,๓๕๙,๔๔๐ โดส แบ่งเป็น

- ๑) แอสตรา เซนเนกา จำนวน ๑๒๖,๒๕๓,๓๔๐ โดส
- ๒) ซิโนฟาร์ม จำนวน ๑๘,๐๔๓,๔๑๐ โดส
- ๓) ซิโนแวค จำนวน ๒๙,๘๗๓,๑๒๐ โดส
- ๔) โมเดอร์นา จำนวน ๕,๑๘๙,๕๗๐ โดส

การพัฒนาการผลิตวัคซีนโควิด ๑๙ ในประเทศ

- การผลิตวัคซีนโดย ChulaCov19 vaccine พบการจัดเตรียม mRNA ของ Bionet Asia พบว่ามีความแตกต่างจาก mRNA ที่ Chula ให้ทาง University of Pennsylvania ผลิตให้ ทำให้สำนักงานอาหารและยา (อย.) ไม่สามารถให้เริ่มเฟส ๓ ได้ ต้องกลับไปทดสอบเฟส ๑ และเฟส ๒ ใหม่

- วัคซีนโดยบริษัท ไบยา ไฟโตฟาร์ม จำกัด มีการลงทะเบียนเข้าศึกษาในมนุษย์ ระยะที่ ๑ เมื่อวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๔ โดยให้ Alum เป็น Adjuvant ผลการทดสอบภูมิคุ้มกันออกมาไม่ค่อยดี ซึ่งทางบริษัท ไบยา ไฟโตฟาร์ม จำกัด จะเปลี่ยน Adjuvant จาก alum มาใช้ Matrix-M และต้องเริ่มเฟส ๑ ใหม่

- วัคซีนที่ผลิตจากไบโอเทค สวทช. มี ๓ รูปแบบ คือ VLP, influenza-based, และ adenovirus-based แบบพ่นจมูก โดย influenza-based, adenovirus-based ผ่านการทดสอบในหนูแล้ว พบว่ามีประสิทธิภาพต่อการกระตุ้นภูมิคุ้มกันและมีความปลอดภัย ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการเรื่องเอกสารเพื่อยื่นต่อ อย. ในการขอทดสอบในมนุษย์ต่อไป

ปัญหาอุปสรรคต่อการวิจัยพัฒนาการผลิตวัคซีนในประเทศ

๑) การวิจัยการผลิตวัคซีนมีความซับซ้อนและมีความแปรปรวนสูง เนื่องจากผลิตจากสิ่งมีชีวิต จึงต้องการการผลิตที่มีความสม่ำเสมอตามหลัก GMP

๒) ผู้วิจัยขาดองค์ความรู้ในด้านการผลิต และการควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานสากล

๓) บุคลากรในประเทศมีความเชี่ยวชาญ แต่ไม่มีห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล เช่น ผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนสารสำคัญในการผลิต เช่น Adjuvant ทำให้กระบวนการทดสอบในคนต้องเริ่มต้นใหม่ หรือสูตรตำรับมีความแตกต่างจากเดิม ทำให้ไม่สามารถทำการศึกษาในเฟสต่อไปได้

๔) งบประมาณล่าช้าในการสนับสนุนผู้วิจัยพัฒนา เนื่องจากการดำเนินการยังใช้ระบบปกติ

๕) ขาดการบริหารโครงการอย่างเป็นระบบ เนื่องจากผู้วิจัยไม่มีประสบการณ์ในการวิจัยการผลิตวัคซีนมาก่อน

๖) หน่วยงานควบคุมกำกับภาครัฐด้านกฎหมาย พิจารณาตามมาตรฐานสากลจากข้อเสนอแนะของ WHO และ EU GLs เนื่องจากเป็นวัคซีนใหม่และใช้ในสภาวะเร่งด่วน ซึ่งบางครั้งหน่วยงานควบคุมกำกับของประเทศสามารถใช้ดุลพินิจได้ ในสภาวะการณ์ฉุกเฉิน เช่น การใช้ booster dose หรือ single site for vaccination

ผู้แทนกรมควบคุมโรค

ผู้ติดเชื้อในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ สรุปได้ว่า จำนวนผู้ติดเชื้อรายวัน ๑๗,๑๒๔ คน โดยเป็นผู้ติดเชื้อในประเทศ ๑๖,๙๔๐ คน และต่างประเทศ ๑๘๔ คน รวมผู้ติดเชื้อสะสม ๕๔๗,๓๕๘ คน มีผู้เข้ารับการรักษาที่หายป่วย จำนวน ๑๖,๖๖๒ คน รวมหายป่วยสะสม ๔๐๕,๙๖๔ คน มีผู้ป่วยที่กำลังรักษา จำนวน ๑๗๓,๖๐๕ คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่เข้าระบบ HI, CI และโรงพยาบาลสนาม จำนวน ๑๐๒,๑๙๑ คน เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีอาการน้อย จำนวน ๗๐,๕๓๒ คน อาการของผู้ป่วยรุนแรง มีอาการปอดอักเสบ ๘๘๒ คน ผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน ๒๒๙ คน และมีผู้เสียชีวิต จำนวน ๓๙ คน รวมผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน ๑,๐๓๒ คน คิดเป็น ๐.๑๙

ข้อมูลผู้ติดเชื้อที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ จำนวน ๑๖๘ คน ประกอบด้วย คนไทย ๓๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๒๔ ต่างชาติ ๑๓๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๗๖ โดยจังหวัดที่พบการติดเชื้อมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต จำนวน ๑๑๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๘๖ จังหวัดสงขลา จำนวน ๒๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๐๗ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน ๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๕๔

จังหวัดพังงา จำนวน ๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๕๗ จังหวัดชลบุรี จำนวน ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๙๗ กรุงเทพมหานคร จำนวน ๒ คน และคิดเป็นร้อยละ ๑.๑๙

ข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตของประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ จำนวน ๓๙ คน ประกอบด้วย ชาย ๒๐ คน หญิง ๑๙ คน เป็นคนไทย ๓๗ กัมพูชา ๑ คน และเมียนมา ๑ คน ทั้งนี้ คำนวณฐาน (อายุระหว่าง ๒๘ - ๙๕ ปี) โดยพบว่า ร้อยละ ๘๗ เป็นผู้ป่วยอายุมากกว่า ๖๐ ปี ขึ้นไป และมีอายุน้อยกว่า ๖๐ ปี ที่มีโรคเรื้อรัง ๓ ราย โดยทั้งหมดเป็นผู้มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน โรคไต และผู้ป่วยติดเชื้อ ทั้งนี้ เป็นการติดเชื้อจากคนรู้จัก และบุคคลในครอบครัว รวมถึงอาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง

ทั้งนี้ เป็นผู้เสียชีวิตที่ไม่ได้รับวัคซีน จำนวน ๒๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๗ ผู้ได้รับวัคซีนไม่ครบ (๑ เข็ม) จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒ ได้รับวัคซีนเข็ม ๒ เกิน ๔ เดือน จำนวน ๓ ราย ได้รับวัคซีนเข็ม ๒ ไม่เกิน ๔ เดือน จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๓ ได้รับวัคซีนเข็ม ๓ จำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐

กลุ่มคลัสเตอร์ที่มีความสำคัญต่อการติดเชื้อ ประกอบด้วย

๑) ร้านอาหารและสถานบันเทิง ซึ่งพบมากในจังหวัดนครปฐมและจังหวัดขอนแก่น

๒) เรือนจำและทัณฑสถาน ซึ่งพบมากในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง จำนวน ๒๒ คน เรือนจำพิเศษธนบุรี ๒๕ คน เรือนจำพิเศษมีนบุรี ๒๗ คน เรือนจำพิเศษกาฬสินธุ์ ๒๑ คน สถานกักขังจังหวัดกำแพงเพชร ๗ คน เรือนจำกลางเชียงใหม่ ๑๙ คน เรือนจำชั่วคราวรังสิต ๕ คน เรือนจำธัญบุรี ๕ คน เรือนจำพิเศษช่องฟ้า (จังหวัดพะเยา) ๕ คน

นอกจากนี้ เป็นกลุ่มคลัสเตอร์ สถานพยาบาล โรงเรียนและสถานศึกษา ตลาด โรงงาน และสถานประกอบการ ค่ายทหาร สถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ในพื้นที่ Sandbox และ Test & Go

สรุปสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙

๑) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในประเทศไทย พบผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยเสียชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบสัญญาณการระบาดเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่จังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดที่มีพื้นที่นาร่องท่องเที่ยว รวมทั้งภาคกลาง และภาคตะวันออก เช่น จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดสุรินทร์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด และจังหวัดระยอง

๒) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญเกิดจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อในครอบครัวและคนที่รู้จัก ขณะทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหารร่วมกันของเพื่อน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน การเล่นกีฬา รวมทั้งกิจกรรมงานบุญ งานศพ งานแต่ง โดยกรมควบคุมโรคพิจารณาปรับการสื่อสารเน้นเตือนภัยส่วนบุคคล ระดับ ๔ มาตรการป้องกันโรคเชิงรุกต่อการเกิดการระบาดลักษณะ Cluster โดยเน้นการป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลในสถานที่ทำงาน ลดการแพร่ระบาดจากครอบครัวสู่ชุมชนอื่น ปัจจัยเสี่ยงจากชุมชน ครอบครัว และในสถานพยาบาล และเน้นให้ผู้บริหารสถานพยาบาล ควบคุมกำกับงาน IC และมาตรการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด

๓) สาเหตุของผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ คงเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน รวมทั้งยังไม่ได้รับ Booster dose โดยเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อ จากข้อมูลผู้เสียชีวิต พบสาเหตุการเสียชีวิตบางรายอาจเกิดจากภาวะเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ และไตวายเสียชีวิตจาก Volume overload โดยไม่มีอาการปอดอักเสบ โดยกรมควบคุมโรคพิจารณาจากทุกจังหวัดตรวจสอบข้อมูลอาการป่วยก่อนเสียชีวิต และรายงานข้อมูลอาหารทางเดินหายใจ ส่วนกลางให้ครบถ้วนทุกราย

ทั้งนี้ สถานการณ์ช่วงเดือนมกราคม จนกระทั่งต้นเดือนกุมภาพันธ์ผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงสองสัปดาห์ต่อไปจะพบว่าผู้ติดเชื้อสูงขึ้นมาก และคาดการณ์ว่าเมื่อมีปิดภาคการเรียนในช่วงเดือนมีนาคม การติดเชื้อจะลดลง และจำนวนผู้เจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตไม่มาก

สำหรับศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น ๒ ระบบ คือ ระบบ HI และระบบเตียงในโรงพยาบาล โดยเตียงในโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น ๔ ระดับตามอาการผู้ป่วย ทั้งนี้ เตียงผู้ป่วยที่ต้องใช้ออกซิเจนระดับต่ำ มีประมาณ ๒๔,๐๐๐ เตียง ใช้ไป ร้อยละ ๑๙ สำหรับเตียงที่ใช้ระดับออกซิเจน High Flow มีจำนวน ๖,๐๐๐ เตียง ใช้ไป ร้อยละ ๑๒ และเตียงระดับสูงสุดที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน ๕,๐๐๐ เตียง ใช้ไป ๒๒,๐๐๐ เตียง และใช้อยู่ ร้อยละ ๑๗ สรุปมีการใช้เตียงปัจจุบันตั้งแต่ผู้ป่วย ระดับ ๑ - ๔ คิดเป็นร้อยละ ๔๙ ดังนั้น จึงมีการประเมินสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ระบบเตียงจะสามารถรองรับผู้ป่วยได้ประมาณช่วงกลางเดือนมีนาคม ๒๕๖๕

นอกจากนี้ มีโครงการพัฒนาระบบบริการเพื่อดูแลภาวะฉุกเฉินการแพทย์และสาธารณสุข อย่างครบวงจร (พบฉ.) โดยศาสตราจารย์นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ ซึ่งได้รับสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕) พบว่า

ประสิทธิผลของวัคซีนกับการติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕) ดังนี้

๑) เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๔ ผู้ที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๑ สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ ร้อยละ ๑๓ ผู้ที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๒ สามารถป้องกันได้ ร้อยละ ๗๑ และได้รับวัคซีนเข็มที่ ๓ สามารถป้องกันได้ ร้อยละ ๙๓

๒) เดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ผู้ที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๑ ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๒ ไม่สามารถป้องกันได้ ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๓ สามารถป้องกันได้ ร้อยละ ๘๓ และได้รับวัคซีนเข็มที่ ๔ สามารถป้องกันได้ ร้อยละ ๙๗

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

๑) ในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๔ วัคซีนทุกสูตร สำหรับ ๒ เข็มขึ้นไป และเข็มที่ ๓ มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตายได้สูงมาก และช่วยป้องกันการติดเชื้อได้ค่อนข้างดีมาก

๒) ในเดือนมกราคม - ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เริ่มมีการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอน ในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้ที่ได้รับวัคซีน ๔ เข็ม มีประสิทธิผลการป้องกันการติดเชื้อได้ดี ร้อยละ ๘๖ ส่วนผู้ได้รับวัคซีน ๓ เข็ม มีประสิทธิผลการป้องกันการติดเชื้อได้ประมาณ ร้อยละ ๕๓ ในสูตรวัคซีน ๓ เข็ม ส่วนใหญ่ทุกสูตรยังช่วยป้องกันการตายได้สูงมากถึง ร้อยละ ๙๗ ส่วนการได้รับวัคซีน ๒ เข็ม ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อสายพันธุ์โอมิครอนได้เหมือนเดิม แต่ช่วยป้องกันการตายได้ดี ร้อยละ ๘๘

๓) อัตราการเสียชีวิตจากสายพันธุ์โอมิครอนลดลงมากกว่า ๑๐ เท่าเมื่อเทียบกับสายพันธุ์เดลต้า

๔) การเร่งกระตุ้นฉีดวัคซีนเข็ม ๓ ในประเทศไทยให้ครอบคลุมมากขึ้นในทุกสูตร ร่วมกับมาตรการป้องกันส่วนบุคคลที่ใช้ในปัจจุบัน ทั้งการใส่หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หลีกเลี่ยงพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น จะมีส่วนช่วยลดการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอนได้

ครั้งที่ ๕/๒๕๖๕

บทที่ ๔

การพิจารณาศึกษาและติดตาม
ผลการดำเนินงานประจำปีของ
หน่วยงานสาธารณสุข
(ตามที่กฎหมายกำหนด)

๔.๑ รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการ ในคณะกรรมการการสาธารณสุข เพื่อเสนอต่อที่ประชุมวุฒิสภา

คณะกรรมการฯ ได้มีคำสั่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นมา ๓ คณะ เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามที่ คณะกรรมการฯ มอบหมายตามหน้าที่และอำนาจที่ให้ไว้ ซึ่งคณะอนุกรรมการทั้ง ๓ คณะ ได้ดำเนินการ ตามภารกิจที่มอบหมายให้เสร็จเรียบร้อยแล้ว และได้นำเสนอรายงานผลการพิจารณาศึกษาต่อที่ประชุม คณะกรรมการฯ และเสนอต่อที่ประชุมวุฒิสภา เพื่อให้ความเห็นชอบ จำนวน ๓ เรื่อง ประกอบด้วย

- ๑) รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “การพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด การปฏิรูประบบด้านทันตสาธารณสุขไทยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข”
- ๒) รายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขการพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย”
- ๓) รายงานการพิจารณา เรื่อง “การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒”

ผลการพิจารณา

๑) รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “การพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูประบบด้านทันตสาธารณสุขไทยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข” ของคณะอนุกรรมการ การพิจารณาศึกษาด้านทันตสาธารณสุขไทย

สรุปรายงานผลการพิจารณาศึกษา ดังนี้

๑. ด้านการพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมป้องกันโรคสุขภาพช่องปากและฟันในทุกช่วงวัย การใช้เครื่องมือต่าง ๆ การใช้ฟลูออไรด์อย่างมีประสิทธิภาพและความทั่วถึง การเข้าถึงข้อมูล การรับรู้ ของประชาชนในทุกพื้นที่ ทุกกลุ่มวัย รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ซึ่งสอดคล้องตามแผนงาน ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข (Promotion Prevention & Protection Excellence)
๒. ด้านการพัฒนาศักยภาพการบริการรักษาด้านทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สาธารณสุข ด้านการบริการรักษาเป็นเลิศ (Service Excellence)
๓. ด้านการพัฒนาการจัดการด้านกำลังคนด้านทันตสาธารณสุข สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ด้านบุคลากรกำลังคน (People Excellence)
๔. ด้านการพัฒนาศักยภาพการบริหารด้วยประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๕. ด้านงานเทคโนโลยี เครื่องมือการแพทย์ด้านทันตกรรมและนวัตกรรม

๖. พิจารณาศึกษางานด้านทันตสาธารณสุขไทยในปัจจุบันโดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น

ผลจากการศึกษาของคณะอนุกรรมการพบว่า ปัญหาด้านทันตสุขภาพหรือโรคช่องปาก และฟันเป็นปัญหาใหญ่สำหรับคนไทยด้านสุขภาพ และเป็นปัญหาที่ฝังรากลึกมานาน หากมิได้แก้ไขปัญหาด้านทันตสุขภาพหรือโรคช่องปากและฟันของคนไทย จะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพองค์รวมให้รุนแรงมากขึ้น ทำให้เสียสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจในทุกกลุ่มวัย และมีปัญหาการเข้าถึงบริการ โดยพบมีอัตราการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมเพียงร้อยละ ๘.๑

สำหรับปัญหาการเข้าถึงการรักษาด้านทันตกรรมพบว่า คลินิกทันตกรรมหรือกลุ่มงานทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐในกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชน รวมกว่า ๑,๐๐๐ แห่ง ทั่วประเทศ และงบประมาณที่ได้เป็นหลักจากหน่วยงานต้นสังกัดส่วนใหญ่เป็นงบประจำเพื่อจัดบริการแก่ประชาชนโดยสิ่งที่พบ คือ การพัฒนางานด้านทันตกรรมในหลาย ๆ แห่งทำได้ช้าไม่สามารถพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชนที่มีมากขึ้นได้อย่างที่ควร การพัฒนาภาพรวมไม่สอดคล้องกับภาพการพัฒนาของโรงพยาบาลที่หลาย ๆ แห่ง มีการเพิ่มเตียงรับรักษาคนไข้ แต่ห้องทันตกรรมยังเป็นห้องเดิม เก้าอี้ทันตกรรมเท่า ๆ เดิม ทำให้การบริการด้านทันตกรรมในหลายแห่งไม่สามารถขยายได้ ไม่สามารถเพิ่มงานเพื่อรองรับคนไข้เหมือนในส่วนอื่น ๆ ของโรงพยาบาล ปัญหาที่สะสมเหล่านี้ได้สร้างผลกระทบกับการรับบริการด้านทันตกรรมของประชาชน และกระทบถึงภาพรวมทันตสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ โดยในส่วนประชาชนพบเกิดปัญหาสภาพความแออัดในการเข้ารับรักษาหากนัดหมายก็กินเวลานานหลายเดือนเป็นปี จนสภาพของโรคลุกลาม รุนแรงมากขึ้นแล้ว การรักษาทำได้จำกัดเฉพาะที่มีอาการที่ละเอียด หรือการรักษาทำได้เฉพาะบางอย่างตามศักยภาพการจัดการของแต่ละแห่ง ทำให้จุดอื่น ๆ ยังไม่ได้รักษาเกิดปัญหาลุกลามต่อไปแบบเงียบ ๆ จนเกิดปัญหาปวดบวมขึ้นมาใหม่เป็นวงจรซ้ำเติม ๆ

ปัญหาด้านทันตบุคลากรพบปัญหาสำคัญของระบบ คือ ความไม่สมดุลของบุคลากรที่จะทำให้การบริการรักษาเกิดได้หรือมีประสิทธิภาพ ทั้งผู้ช่วยช่างเก้าอี้ทำฟันที่ต้องมีหนึ่งต่อหนึ่งหากปฏิบัติงาน แต่พบว่า มีผู้รักษาหรือทันตแพทย์กว่า ๖,๐๐๐ คน ทันตภิบาลกว่า ๒,๐๐๐ คน กลับมีผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ ๔,๐๐๐ กว่าคน น้อยกว่าจำนวนที่ควรมีรวม ๔,๐๐๐ กว่าคน ปัญหาสภาพคลินิกที่พื้นที่จำกัด แออัด ไม่สามารถจัดระบบได้ เก้าอี้ทันตกรรมไม่เพียงพอ และไม่สามารถหาพื้นที่เพิ่มเก้าอี้ทันตกรรมได้ ยังไม่รวมถึงการหางบประมาณเพื่อจะจัดหาเก้าอี้ทันตกรรมและเครื่องมือเกี่ยวข้องที่จำเป็น นอกจากนี้ปัญหาด้านทันตสาธารณสุขในท้องถิ่น ชุมชน หรืองานการแพทย์ปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ตอนนี้เป็นเป้าหมายหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาเพื่อลดความแออัดที่โรงพยาบาลและสร้างการเข้าถึงบริการการแพทย์กับประชาชนในพื้นที่ท้องถิ่นห่างไกลที่ขอบเขตงาน การเข้าถึงของทันตแพทย์ที่เข้าไปดูแลยังอยู่ระดับที่น้อยมาก

ด้วยปัญหาทั้งการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม และปัญหาด้านทันตสาธารณสุขไทย จะเห็นถึงการขาดทิศทางและยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน การพัฒนางานทันตสาธารณสุขในระดับประเทศไม่มีแนวทางที่ชัดเจน เป็นการทำงานในลักษณะเฉพาะแห่ง เฉพาะอำเภอ จังหวัด ขาดการเชื่อมโยง ประสานกันในระดับประเทศ จากการพิจารณาศึกษาระบบงานด้านทันตสาธารณสุขไทย ยังขาดหน่วยงานหลักระดับประเทศในการกำหนด นโยบาย การวางแผน หรือยุทธศาสตร์ด้านทันตสาธารณสุขระดับประเทศ ทั้งตัวระบบงาน การส่งเสริมป้องกัน การรักษาด้านทันตกรรม ทั้งการจัดการด้านบุคลากร ทั้งระบบ การจัดการด้านทรัพยากร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ ระดับประเทศ ขาดหน่วยงานบริหาร อำนวยการ กำกับ ประเมินผล ระดับประเทศ ขาดหน่วยงานสารสนเทศด้านทันตกรรมทันตสาธารณสุข ระดับประเทศ และระหว่างประเทศ ขาดหน่วยงานสนับสนุนด้านเทคโนโลยี นวัตกรรม และการวิจัยด้านทันตกรรมระดับประเทศ ขาดหน่วยงานหลักด้านทันตสาธารณสุขในชุมชนและท้องถิ่น การบริการปฐมภูมิระดับประเทศ อีกทั้ง ปัญหาทันตสุขภาพเกิดขึ้นมายาวนาน และยังไม่ได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะความมุ่งหมายที่ต้องการให้ทันตภิบาลเข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชน ซึ่งพบว่าไม่สามารถดำเนินการเท่าที่ควร และขาดความก้าวหน้าในวิชาชีพ ประกอบกับมีความขาดแคลนทันตบุคลากร

อย่างต่อเนื่อง แม้กระทั่งการขาดแคลนทันตภิบาลใน รพ.สต. และปัญหาอื่น ๆ การตั้งกรมทันตสุขภาพ จะสามารถแก้ไขปัญหาภาพรวมของประเทศได้อย่างยั่งยืน เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชน และสนับสนุน การดำเนินงานด้านทันตกรรมและทันตบุคลากร โดยมีความเชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น จึงมีข้อสรุปถึงความจำเป็นในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพของคนไทยให้ดีขึ้น เกิดผลสำเร็จ สร้างความสุข พัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยทุก ๆ คน การพิจารณาศึกษาการจัดตั้ง “กรมทันตสุขภาพ” จึงเป็นทางเลือกที่สำคัญที่จะพลิกโฉมงานทันตสาธารณสุขไทย เพื่อทันตสุขภาพที่ดี สุขภาพที่ดี คุณภาพชีวิต ที่ดีของคนไทยอย่างยั่งยืน สำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี การพิจารณาศึกษาจึงเห็นควรให้มีการการตั้งกรมทันตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การบริหารเป็น ๖ กอง ได้แก่ ๑) กองสนับสนุนส่งเสริมทันตสุขภาพ ๒) กองพัฒนาบริการรักษาทันตสุขภาพ ๓) กองพัฒนาส่งเสริมคุณภาพ บุคลากร ๔) กองบริหาร อำนวยการด้านทันตสุขภาพ ๕) กองเทคโนโลยี นวัตกรรม และวิจัยด้านทันตกรรม และ ๖) กองทันตสาธารณสุขและปฐมภูมิ ทั้งนี้ เพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างส่วนกลางและพื้นที่ และนำไปสู่เพื่อแก้ไขปัญหาและการพัฒนาทันตสุขภาพของประเทศ



รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “การพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูประบบด้านทันตสาธารณสุขไทยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข”

๒) รายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขการพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยี และอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย” ของคณะอนุกรรมการการนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์

สรุปรายงานผลการพิจารณาศึกษา ดังนี้

การพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการได้กำหนดกรอบในการศึกษาเกี่ยวกับ

๑) ระบบนวัตกรรมและเทคโนโลยี ความเข้มแข็งและจุดอ่อน รวมถึงอุปสรรคที่สำคัญ ต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบสังคม

๒) ผู้ที่มีบทบาทสำคัญและความร่วมมือในการสร้างความเปลี่ยนแปลง ซึ่งสามารถประเมิน ในระดับประเทศโดยคำนึงถึงบริบทในระดับนานาชาติ

๓) การประเมินระบบนิเวศของระบบนวัตกรรม โดยการชี้แจงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหาการพัฒนาและการดำเนินงาน

๔) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เช่น การให้ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ต่าง ๆ วิสัยทัศน์ และแผนการพัฒนาระบบนวัตกรรม

การพิจารณาศึกษาโดยเชิญผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม และการจัดสัมมนา เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยได้ศึกษาวิเคราะห์พบมีจุดแข็ง จุดอ่อน ดังนี้

- ระบบวิจัยของประเทศไทยได้รับการปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบวิจัยและนวัตกรรมใหม่
- กองทุน สกสว. เป็นหน่วยงานบริหารจัดการงบประมาณวิจัยภาครัฐแบบบูรณาการและเบ็ดเสร็จ

- มีระบบบริหารนวัตกรรมที่มีศักยภาพประเมินได้จากอันดับ Bloomberg Innovation Index ที่ดี แสดงถึงศักยภาพด้าน Creative Economy
- ระบบการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะการให้บริการภาคเอกชน ตามยุทธศาสตร์ Medical Hub
- ระบบกฎหมายด้านทรัพย์สินทางปัญญาที่เป็นระบบเฉพาะของประเทศไทย ที่มีข้อดี ในการนำเทคโนโลยีขั้นสูงด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากต่างประเทศมาใช้ ต้องมีการประเมินการใช้ ทรัพย์สินทางปัญญาให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการสร้างศักยภาพในประเทศ

จุดอ่อน

- ศักยภาพการสร้างนวัตกรรมที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่ยังต้องพัฒนา (จำนวนสิทธิบัตร ต่อนักวิจัยที่ยังไม่สูง)
- ไม่มีระบบการให้ทุนวิจัยเป็นลักษณะการให้ทุนวิจัยข้ามปีงบประมาณ Multi-year granting
- การดำเนินการของหน่วยบริหารงบประมาณวิจัย เช่น สกสว. และ หน่วยบริหารจัดการทุน (PMU) ยัง ๑) ไม่คล่องตัว ๒) ยังไม่ได้ใช้จุดเด่นของแต่ละ PMU เช่น บาง PMU เน้นการสนับสนุนภาคเอกชน บาง PMU ให้การสนับสนุนการวิจัยระยะสุดท้าย ๓) ไม่มีความเชื่อมโยงกัน
- การบังคับใช้กลไกปกป้องทรัพย์สินทางปัญญาที่ไม่เหมาะสม ทำให้การลงทุนด้านเทคโนโลยี ในประเทศไทย อาจไม่ได้รับการปกป้องสิทธิประโยชน์
- ไม่มีระบบการจัดซื้อนวัตกรรมที่จำเป็น เช่น ยาใหม่ วัคซีนใหม่ เครื่องมือแพทย์ใหม่ ที่ไม่มีขายในตลาด
- การใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข

๑. ด้านนโยบาย

ก) การขาดการบูรณาการในการจัดทำนโยบายการพัฒนานโยบายยังไม่มีครอบคลุม และไม่ได้อยู่ด้วยกัน โดยที่ทุกหน่วยงานยังใช้แนวทางการพัฒนาจากยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนแม่บท ที่เกี่ยวข้อง

ข) ขาดเข้มมุ่งในการวางแผนพัฒนาบุคลากร การพัฒนานโยบายภาครัฐมักดำเนินการ ด้วยความเร่งรีบ และมีข้อจำกัด ทำให้แผนปฏิบัติการมักขาดข้อเสนอในการพัฒนาบุคลากร และไม่มีการจัด เตรียมงบประมาณสนับสนุน

ค) นโยบายสนับสนุนเทคโนโลยีขั้นสูงที่ผลิตในประเทศไทยไม่ชัดเจนในการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ ต้องพัฒนาตลาดของเทคโนโลยีใหม่ให้มีความพร้อมรองรับเทคโนโลยีใหม่ จึงควรปรับระบบจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อให้รองรับการจัดซื้อเทคโนโลยี Artificial Intelligence ซึ่งเป็นประเด็นในการพัฒนาด้านการตลาด ของเทคโนโลยีที่มีความสำคัญ

ง) งบประมาณวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีไม่เพียงพอ แม้ว่าประเทศไทยจะเร่งการเพิ่ม งบประมาณวิจัยได้ถึงร้อยละ ๒ แต่ยังไม่ได้แยกงบประมาณวิจัยให้เป็นไปตาม Sector ซึ่งงบประมาณวิจัย และนวัตกรรม ควรได้รับการพิจารณาใน Sector ที่ประเทศไทยมีความเข้มแข็ง เช่น ด้านสุขภาพ และด้านอาหาร ตามกรอบ BCG Economy ในปัจจุบัน ยังไม่มีหน่วยงานที่มีข้อมูลงบประมาณลงทุน ด้านการวิจัยและพัฒนา

๒. ด้านกฎหมาย

จำเป็นต้องมีการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้รองรับกระบวนการนวัตกรรมและเทคโนโลยีของประเทศ และการพัฒนากฎหมายดังกล่าวจำเป็นต้องมีการบูรณาการ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีกฎหมายที่รองรับทุกกระบวนการและสอดคล้องกัน จึงควรมีหน่วยงานพัฒนากฎหมายสำหรับการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศขึ้นเป็นการเฉพาะ หรือโดยมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดูแลรับผิดชอบ

๓. ด้านมาตรฐาน

ประเทศไทยยังไม่มีมาตรฐานข้อมูลสุขภาพและสาธารณสุขสำหรับข้อมูลมาตรฐานที่จำเป็นสำหรับการบรรลุเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เช่น มาตรฐานข้อมูลสำหรับการติดตามปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มาตรฐานข้อมูลสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการการแพทย์และสาธารณสุข มาตรฐานข้อมูลสำหรับการตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดกว้างขวาง เมื่อไม่มีมาตรฐานข้อมูลกลางทำให้การพัฒนา ระบบสารสนเทศของแต่ละหน่วยงานดำเนินการในลักษณะเป็นอิสระจากกัน ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบสารสนเทศของแต่ละหน่วยงานได้

๔. การวิจัย

ในการเร่งรัดระบบนิเวศเพื่อการพัฒนา นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข จำเป็นที่จะต้องมีการวิจัยในคน ซึ่งการวิจัยในคนในปัจจุบันจะต้องมีระบบข้อมูลพร้อมสำหรับการวิจัย เพื่อให้การวิจัยในคนสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว เครือข่ายวิจัยที่รองรับการวิจัยที่ต้องการอาสาสมัครจำนวนมาก เช่น การวิจัยวัคซีน หรือ ยาเพื่อป้องกันโรค เป็นการวิจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพสูง โดยประเทศไทยมีระบบการคัดกรอง ป้องกัน รักษาโรค ที่ดำเนินการไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้มีโอกาสสูงที่จะพัฒนาต่อยอดให้มีเครือข่ายวิจัยขนาดใหญ่ สำหรับการวิจัยในคน นอกจากนี้ยังมีประเด็นการยกระดับมาตรฐานวิจัยทางคลินิกและการพัฒนาบุคลากรด้านการวิจัย

๕. ด้านศูนย์เชี่ยวชาญ

เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่นำเข้าเครื่องมือแพทย์ที่ซับซ้อน ทำให้ต้องมีการซ่อมบำรุง และซ่อมแซมเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในสถานพยาบาลให้พร้อมสำหรับการใช้งาน ดังนั้นการจัดตั้งศูนย์ซ่อม และทดสอบเครื่องมือแพทย์จะเป็นไปได้ในกรณีที่เครื่องมือแพทย์ที่ต้องการทดสอบเป็นส่วนหนึ่งของแผน เพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของผลิตภัณฑ์นั้น โดยมีปริมาณการผลิตที่สามารถสนับสนุนให้ศูนย์ทดสอบนั้น ดำเนินการได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ระบบนิเวศของการสร้างนวัตกรรมและเทคโนโลยีสามารถดำเนินการข้ามหน่วยงานได้เห็นควรจัดตั้งศูนย์ประสานงาน

๖. ข้อมูล

ในการบริหารยุทธศาสตร์ต้องมีข้อมูลที่เชื่อถือได้ในการบริหารยุทธศาสตร์ ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการบริหารนโยบายนวัตกรรม คือ ข้อมูลด้านงบประมาณการวิจัยทั้งภาครัฐและเอกชน ข้อมูลบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุข ข้อมูลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุข ข้อมูลทรัพย์สินทางปัญญาซึ่งรวมถึงสิทธิบัตรและอนุสิทธิบัตร นวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุข ข้อมูลมูลค่าการจัดซื้อภาครัฐ ข้อมูลปริมาณของกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ได้รับผลกระทบจากนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข (ร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ)

โดยหน่วยงานที่ควรมีข้อมูลดังกล่าวคือ สอวช. เพื่อสามารถนำมาใช้กำหนดนโยบายด้านนวัตกรรมการแพทย์และสาธารณสุขแบบครบวงจร

๗. การสร้างตลาด

ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยมีบทบาทอย่างมากในการสนับสนุนนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากส่วนใหญ่ของการให้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยมีการรวมความต้องการซื้อผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ผ่านการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ที่สนับสนุนนวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีประเด็นที่ดั่งพิจารณา ดังนี้ การพัฒนาวิธีการจัดซื้อเทคโนโลยีใหม่ การปรับปรุงกฎหมายเพื่อให้ความสำคัญกับการจัดซื้อนวัตกรรมที่ผลิตในประเทศ การสร้างความน่าเชื่อถือและความสามารถในการแข่งขันในตลาด

๘. ทรัพย์สินทางปัญญา

ประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการสิทธิบัตร ที่มีจำนวนการจดสิทธิบัตรต่ำกว่าค่าเฉลี่ย เมื่อเทียบกับประเทศรายได้ปานกลาง ซึ่งปัจจัยหนึ่งเกิดจากงบประมาณการวิจัยและพัฒนาที่ต่ำ ร่วมกับศักยภาพในการจดสิทธิบัตรที่นักวิจัยในประเทศไทยมีมุมมองว่าเป็นอุปสรรคในการทำวิจัย

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบการรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ดี โดยส่วนใหญ่แล้วการวิจัยและพัฒนาดำเนินการตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้น ทำให้เป็นคอขวดในการรับเทคโนโลยีที่ซับซ้อนที่ต้องใช้เวลาในการวิจัยและพัฒนานาน การรับเทคโนโลยีผ่านการถ่ายทอดเทคโนโลยีเป็นกระบวนการสำคัญของประเทศในการพัฒนากระบวนการผลิตอย่างก้าวกระโดด

ข้อเสนอทางนโยบาย

- รัฐบาลควรสนับสนุน (ร่าง) แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนประเทศไทยด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG สาขาเครื่องมือแพทย์ และจัดให้มีหน่วยงานกลางด้านเครื่องมือแพทย์และนวัตกรรมทางการแพทย์ในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าว สนับสนุนให้ภาคเอกชนได้มีส่วนร่วมกับหน่วยงานของรัฐ และสนับสนุนให้แผนปฏิบัติการดังกล่าว ผ่านการอนุมัติของคณะรัฐมนตรี โดยมีงบประมาณสนับสนุนให้เพียงพอ

- รัฐบาลควรให้มีหน่วยงานกลางด้านเครื่องมือแพทย์และนวัตกรรมทางการแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ เพื่อให้ประสบความสำเร็จในเชิงพาณิชย์ได้ ซึ่งสามารถดำเนินการได้ ๒ แนวทาง คือ ๑) การจัดตั้งหน่วยงานใหม่ ๒) มอบหมายหน่วยงานเดิมที่มีอยู่แล้ว ทำหน้าที่ดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การจัดตั้งหน่วยงานใหม่อาศัยระยะเวลาดำเนินการที่ยาวนานและมีความเป็นไปได้ยาก จึงเสนอให้มอบหมายหน่วยงานเดิมที่มีอยู่แล้ว แต่ปรับเปลี่ยนอำนาจหน้าที่ ภารกิจ และโครงสร้างที่จำเป็น ตัวอย่างเช่น มอบหมายให้ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน) หรือ TCELS เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนไปพลางก่อน อย่างไรก็ตาม เพื่อไม่ให้เกิดการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อนกับคณะอนุกรรมการ BCG สาขาเครื่องมือแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่กำหนดนโยบาย จึงเสนอให้มอบหมายศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน) เป็นเลขาฯร่วมของคณะอนุกรรมการ เพื่อให้เป็นหน่วยงานในระดับปฏิบัติการและรับนโยบายมาดำเนินการและขับเคลื่อนได้โดยไม่ทับซ้อน

- เร่งรัดแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนประเทศไทยด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG สาขาเครื่องมือแพทย์ ตามที่รัฐบาลเพื่อผลักดันให้อุตสาหกรรมผลิตเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทยขยายตัวตามเป้าหมายที่วางไว้ สามารถขับเคลื่อนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยรัฐบาลควรให้ความสำคัญต่อนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์ที่ประเทศไทยมีศักยภาพสูงเป็นลำดับแรก โดยเฉพาะนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์โควิด ๑๙ เช่น ชุด PPE ชุดทดสอบตรวจโควิด ๑๙ และเครื่องช่วยหายใจ ฯลฯ

- ควรส่งเสริมและผลักดันให้มีการจัดซื้อจัดจ้างผลิตภัณฑ์ในบัญชีนวัตกรรมไทยอย่างเป็นรูปธรรม

- ควรจัดทำมาตรฐานผลิตภัณฑ์นวัตกรรมเครื่องมือแพทย์ให้มีมาตรฐานระดับนานาชาติ ซึ่งสอดคล้องกับกฎระเบียบระดับอาเซียน และสากล ครอบคลุมทุกมาตรฐาน และจัดตั้งศูนย์ทดสอบเครื่องมือแพทย์ ครบวงจร เพื่อให้ผลิตภัณฑ์เป็นที่ยอมรับ มีมาตรฐาน และสามารถแข่งขันกับต่างประเทศได้ทั้งในกรณีนำเข้าเครื่องมือแพทย์มาใช้ภายในประเทศ และเพื่อส่งออกไปจำหน่ายในต่างประเทศ

ข้อเสนอทางนโยบายด้านงบประมาณ

- ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในกระบวนการร่วมผลิตและกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐเชิงพาณิชย์ เพื่อดึงดูดให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมลงทุน

- ควรจัดสรรงบประมาณลงทุนด้านการวิจัย พัฒนา และรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และสาธารณสุขให้เพียงพอ

- ควรจัดสรรงบประมาณในกระบวนการผลิตเชิงพาณิชย์ เพื่อดึงดูดให้เอกชนเข้ามาร่วมลงทุน ทั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนและกระจายงบประมาณที่ชัดเจน

ข้อเสนอทางนโยบายด้านกฎหมายและอื่นๆ

ด้านกฎหมาย

- เห็นควรจัดตั้งศูนย์พัฒนากฎหมายขึ้นในกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม เพื่อให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายในการปรับปรุงและพัฒนากฎหมาย กฎระเบียบที่จำเป็นสำหรับการจัดซื้อจัดจ้างในการสนับสนุนนวัตกรรม และการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่

ด้านอื่นๆ

- ควรส่งเสริมให้เกิดการจับคู่ระหว่างนักวิจัยและนักลงทุน และออกนโยบายที่ดึงดูดผู้วิจัย และนักลงทุน รวมถึงการให้สิทธิประโยชน์แก่นักลงทุนตั้งแต่การวิจัย

- จัดทำนโยบายกระตุ้นให้นำผลการวิจัยไปสู่การผลิตเชิงพาณิชย์ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล



รายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข การพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ ของประเทศไทย”

๓) รายงานการพิจารณา เรื่อง “การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒” ของคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน

สรุปรายงานการพิจารณาศึกษาดังกล่าว ดังนี้

วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา ๑) เพื่อศึกษาสถานการณ์ นโยบาย และกฎหมาย ๒) เพื่อศึกษา ปัญหาและอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อประชาชน รวมทั้งสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ๓) เพื่อศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้มีหน่วยงานรับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ

การพิจารณาศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามที่ได้กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ หมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ข. ด้านอื่น ๆ (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ประกอบกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ได้กำหนดแผนด้านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่ทันสมัย สนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดี การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีการพัฒนา และสร้างระบบรับมือและปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ รวมทั้งได้มีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งได้กำหนดคำนิยาม คำว่า “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” และ “เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” โดยเมื่อศึกษาจากคำนิยามดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ระบบสุขภาพปฐมภูมิ การสร้างกลไกความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยความร่วมมือของภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งจะต้องการระบบการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูล ระหว่างกัน และการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ

ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ สร้างระบบการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพต่อประชาชน การเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนได้รับบริการ และมีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกเกิด ในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก และต่อเนื่อง จนถึงการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care) อีกทั้ง เป็นการลดความแออัด ลดเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่ายของประชาชนทำให้เกิดบริการสาธารณสุขที่ยั่งยืนด้วยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนเกิดความเท่าเทียม ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

จากผลการศึกษาพบว่า

๑. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทำให้ประชาชนขาดโอกาสจากการพัฒนาและการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

๒. ภารกิจของหน่วยงานการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีภารกิจจำนวนมาก ดังนี้

๑) ภารกิจตามรัฐธรรมนูญ แผนปฏิรูปประเทศ นโยบายและยุทธศาสตร์

๒) ภารกิจตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งมีภารกิจอยู่มาก ทั้งด้านการจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนเกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ การบริหารจัดการงบประมาณ การสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ การบริหารจัดการข้อมูล

หรือศูนย์ข้อมูลกลาง (Data Center) การพัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ การควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานและการส่งเสริมพัฒนา รพ.สต. ให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และการติดตามผลจากการถ่ายโอนภารกิจ เป็นต้น

ทั้งนี้ การดำเนินการนั้นต้องเป็นระบบที่ความสมบูรณ์ในทุกด้าน ซึ่งแต่ละด้านยังมีปัญหาอุปสรรคหลายประการ ดังนี้

๑. ไม่มีหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีสถานะทางกฎหมายที่ชัดเจน เป็นเพียงหน่วยงานย่อยภายในระดับกรม (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิในสำนักงานปลัดกระทรวง) ส่งผลให้ขาดกลไกการบริหาร การสั่งการ ส่งผลต่อการประสานงานระดับกระทรวงระดับภูมิภาค และระดับพื้นที่ที่มีส่งผลให้การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิล่าช้า

๒. การขับเคลื่อนให้บรรลุวัตถุประสงค์ภารกิจเพื่อการดูแลประชาชน ควรมีหน่วยงานระดับกรมหรือนิติบุคคลที่มีความพร้อมเรื่องกำหนดนโยบาย เป้าหมาย พันธกิจ งบประมาณและบุคลากรที่จำเป็น และสามารถกำกับดูแลสุขภาพประชาชนได้รับผลการบริการอย่างครบวงจรทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เฝ้าระวัง รักษาฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งต่อ

๓. ภารกิจที่ระบุให้ รพ.สต. มีขอบเขตงานที่กว้างขวางมากขึ้น มิใช่เพียงแต่การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเท่านั้น แต่มีภารกิจเพิ่มขึ้นตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบเพิ่มเติมในการตรวจวินิจฉัยขั้นต้นให้กับพื้นที่รับผิดชอบเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย จึงควรปรับโครงสร้าง และมีอัตราและตำแหน่งที่สูงขึ้นที่มีศักยภาพมากขึ้นในทุกด้าน

๔. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมีความมุ่งหมายให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตามความเหมาะสม โดยไม่ได้กำหนดจำนวนที่แน่ชัด เนื่องจากเห็นว่าสอดคล้องกับบริบทปัจจุบัน ซึ่งการสร้างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะมีอุปสรรค ทั้งกรณีที่ไม่รู้เรียนให้ความสนใจเข้าเรียน และต้องไปประจำอยู่ในพื้นที่ชนบท รวมทั้งเส้นทางความก้าวหน้าไม่แน่ชัด ทำให้การจัดตั้งเครือข่ายปฐมภูมิที่สมบูรณ์จึงมักเกิดในเขตเมืองใหญ่ เขตเทศบาลที่มีความเจริญ และมีโรงพยาบาลในพื้นที่ ดังนั้น ในช่วงระยะเริ่มต้นนี้ จึงควรนำเทคโนโลยีในการตรวจทางไกล (Telemedicine) รวมทั้งระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการตรวจรักษาผู้ป่วยมาใช้โดยเร่งด่วน

๕. องค์การอนามัยโลกผลักดันให้เกิด “ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) ช่วงปี ๒๕๒๐ - ๒๕๒๑ จนกระทั่งได้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และจากที่ได้มีการศึกษาดูงานเกี่ยวกับการดำเนินการของพลังสังคมต่อระบบปฐมภูมิ (พลวัตปฐมภูมิ) ในพื้นที่ต่าง ๆ ประกอบกับสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ ที่เกิดขึ้น ทำให้การดำเนินการในรูปแบบของระบบสุขภาพปฐมภูมิมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น และเป็นความร่วมมือร่วมใจของประชาชน สามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดี หากเพิ่มความรู้เพิ่มศักยภาพ และงบประมาณขับเคลื่อนในระดับที่สามารถจัดตั้งเป็นเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ รวมทั้งงบประมาณสนับสนุนรายหัวจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นไปตามสัดส่วนประชากร เพื่อสร้างโอกาสให้ประชาชนในทุกพื้นที่เข้าถึงและได้รับบริการเท่าเทียมกัน

๖. จากผลการศึกษาเรื่องการดำเนินการบริการสุขภาพปฐมภูมิ นั้น ปัจจุบันจะเห็นได้ว่า สามารถดำเนินการจัดตั้งได้เฉพาะในพื้นที่ที่มีความพร้อม โดยเฉพาะเขตเมืองใหญ่ และในเขตที่อยู่เขตเมือง

ที่มีโรงพยาบาลอยู่ในพื้นที่ และเขตใกล้เคียง แต่ รพ.สต. ในพื้นที่ชนบทไม่สามารถดำเนินการได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ปัจจุบันจะมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่จดทะเบียนแล้วประมาณกว่า ๒,๖๙๘ หน่วย และหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าว สามารถที่จะถ่ายโอนไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่ปี ๒๕๔๒ เป็นต้นมา สามารถถ่ายโอนได้เพียง ๖๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๖ จากจำนวน รพ.สต. จำนวน ๙,๗๘๗ แห่ง ทั้งนี้ เนื่องจากความไม่พร้อมของหน่วยรับถ่ายโอนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และความไม่พร้อมของ รพ.สต. ดังนั้น การเร่งรัดการถ่ายโอนจำนวนมากให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะส่งผลเสียต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและจะส่งผลดีหรือผลเสียต่อประชาชนอย่างไร ควรมีการพิจารณาศึกษาอย่างถ่องแท้

๗. การถ่ายโอน รพ.สต. ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจของ รพ.สต. และบุคลากร ประกอบกับมีกฎหมายหลายฉบับที่ใช้บังคับ จึงควรพิจารณาความทับซ้อนของกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ทุกฉบับ และกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยควรพิจารณาร่วมกันเพื่อกำหนดความชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการถ่ายโอน ทั้งด้านการบริหารจัดการระบบ งบประมาณ และการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งสถานะ ตำแหน่ง และความก้าวหน้าของบุคลากรที่จะถ่ายโอนไป

รวมถึงควรมีกระบวนการศึกษาเรื่องการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากภาคประชาชน คนในพื้นที่ และภาคีเครือข่าย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาในการถ่ายโอน โดยไม่ควรเร่งรีบดำเนินการถ่ายโอนเป็นจำนวนมาก และควรกำหนดพื้นที่นำร่อง (Sandbox) เพื่อศึกษาการถ่ายโอนในพื้นที่จังหวัดที่ผ่านการประเมินความพร้อมในการรับถ่ายโอน รพ.สต. ก่อนการดำเนินการภาพรวมทั้งประเทศ เพื่อให้ทราบถึงข้อดีข้อเสียและประสิทธิภาพที่เกิดกับประชาชนอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขควรสร้างความชัดเจนในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิก่อนทำ Sandbox เพื่อให้บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดเข้าใจเจตนารมณ์ในการพัฒนาระบบขับเคลื่อน



รายงานการพิจารณา เรื่อง “การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒”

๔.๒ รายงานการพิจารณาศึกษา

เรื่อง รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗
รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ และรายงานของผู้สอบบัญชี
และงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้พิจารณาและมีมติตั้งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๒๐) โดยมีหน้าที่และอำนาจพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติกระทำกิจการ พิเคราะห์ข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา และพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

โดยที่ประธานวุฒิสภาได้มีคำริมอบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พิจารณารายงานจำนวน ๓ ฉบับ ประกอบด้วย ๑. รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒. รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ ๓. รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้รายงานผลการพิจารณาต่อคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภา เพื่อพิจารณาต่อไป นั้น

วิธีการพิจารณาศึกษา

คณะกรรมการได้จัดให้มีการประชุมเพื่อพิจารณารายงานจำนวน 3 ฉบับ ประกอบด้วย รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ และ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ โดยพิจารณาจากกฎหมาย เอกสารรายงานประจำปี รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเชิญผู้แทนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มาเข้าร่วมประชุม เมื่อวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ เพื่อให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรายงานดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการพิจารณาให้กับคณะกรรมการ และนำมาซึ่งการตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการพิจารณาเสนอไปยังคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภาต่อไป

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ

จากข้อมูลตารางงบแสดงฐานะการเงิน แสดงผลการดำเนินงานในปี ๒๕๕๗ ปี ๒๕๕๘ และปี ๒๕๖๒ โดยเปรียบเทียบงบการเงิน ๓ ปี ตามที่ปรากฏในรายงานของผู้สอบบัญชี โดยงบประมาณที่ได้รับและรายการเงินสดเป็นสินทรัพย์กับหนี้สินที่พึงจ่าย มีดังนี้

งบแสดงฐานะการเงิน

หน่วย : บาท

รายการ	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2562
สินทรัพย์หมุนเวียน			
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	4,097,544,745.55	7,172,945,976.00	18,060,107,454.05
ลูกหนี้ระยะสั้น	3,120,472,253.71	1,298,708,181.62	376,393,306.26
ลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	130,966,245.78	47,567,051.80	9,938,557.90
สินค้าคงเหลือ (ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา)	-	2,191,264,524.89	-
ดอกเบี้ยค้างรับ	3,912,215.11	3,863,920.51	3,059,565.36
เงินลงทุนระยะสั้น	476,874,850.09	484,658,418.06	509,435,771.10
รวมสินทรัพย์	7,829,770,310.24	11,199,008,072.88	18,958,934,654.67
หนี้สิน			
เจ้าหนี้	781,363,789.79	737,428,191.86	14,309,100,467.10
ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย	1,668,487,239.02	1,326,726,884.17	-
ประมาณการหนี้สิน	1,988,488,642.01	4,121,622,661.97	-
เงินประกันสัญญาหน่วยบริการ	23,000,600.00	25,735,525.95	37,663,281.70
เงินรับฝากสวัสดิการการรักษา อปท.	753,095,098.76	-	-
เงินรับฝากฯ สำหรับคนพิการ สปส.	-	-	9,776,781.97
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	16,031,215.21	17,714,418.75	24,014,285.38
รวมหนี้สินหมุนเวียน	5,230,466,584.79	6,229,227,682.70	14,380,554,816.15
หนี้สินไม่หมุนเวียน			
กองทุนสำรองกรณีฉุกเฉิน	930,785,549.23	938,387,251.25	-
รวมหนี้สิน	6,161,252,134.02	7,167,614,933.95	14,380,554,816.15
สินทรัพย์สุทธิ	1,668,518,176.22	4,031,393,138.93	4,578,379,838.52
ทุนรับโอนตามมาตรา 69	419,483,824.03	419,483,824.03	419,483,824.03
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	1,249,034,352.19	3,611,909,314.90	4,158,896,014.49
- ปรับปรุงรายการสินค้าคงเหลือ	-	2,191,264,524.89	-
- ปรับปรุงรายการอื่น	-	1,420,644,790.01	-
สินทรัพย์สุทธิ	1,668,518,176.22	4,031,393,138.93	4,578,379,838.52

ที่มา : บันทึกการประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข ครั้งที่ ครั้งที่ ๒๒/๒๕๖๕ วันพุธที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๕
เอกสารประกอบการพิจารณาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ปี ๒๕๕๗ งบแสดงฐานะการเงิน มีเงินเหลือจ่าย และบันทึกเพิ่มเติมไว้เป็นเงินที่ต้องใช้ เป็นทุนสำรองในปีถัดไป ร่วมกับทุนรับโอนตามมาตรา ๖๙^๑ ทำให้มีเงินคงเหลือประมาณ จำนวน ๑,๖๖๘ ล้านบาท ทั้งนี้ การบันทึกบัญชีในช่วงนั้นในส่วนของงบประมาณที่ได้รับไม่มีเงินคงเหลือ ยกเว้นในส่วนที่ได้รับมาเป็นรายได้จากการตรวจสอบเวชระเบียนกับรายได้ปีก่อนรับคืนที่หน่วยบริการส่งคืนเงินไปให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เนื่องจากใช้วิธีการบันทึกบัญชีแบบมีค่าใช้จ่ายค้างจ่าย และประมาณการหนี้สินเพื่อเอาไว้อ้างอิงในปีถัดไป เนื่องจากเงินกองทุนไม่ต้องส่งคืนคลังเป็นรายได้แผ่นดิน และกันเงินไว้ตามที่มีข้อมูลที่จะต้องจ่ายในปีถัดไป

- ปี ๒๕๕๘ มีการจัดบัญชีงบเพิ่มเติมตามข้อเสนอสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) คือ ประมาณการหนี้สิน ทั้งนี้ ข้อมูลรายงานการเงินปี ๒๕๕๘ แสดงข้อมูลเงินที่ได้รับมีจำนวนเพิ่มขึ้น คือ เงินสด เนื่องจากมีเงินคงเหลือที่จะต้องจ่ายตามหนี้สินที่มีการประมาณการไว้ ดังนั้น เงินสดจริงจะคงเหลือที่จะต้องสำรองจ่ายในปีถัดไป (ปี ๒๕๕๙ ซึ่งได้จ่ายไปแล้ว) ทำให้มีบัญชีแสดงงบการเงินในปี ๒๕๕๘ มีสินทรัพย์คงเหลือประมาณ ๔,๐๓๑ ล้านบาท ทั้งนี้ สาเหตุที่จำนวนเงินคงเหลือจำนวนมาก เนื่องจากการบันทึกรายการบัญชีเกี่ยวกับสินค้าคงเหลือจึงทำให้มีสินทรัพย์คงเหลือเพิ่มขึ้น

^๑ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

มาตรา ๖๙ ให้โอนกิจการ ทรัพย์สิน หนี้สิน และความรับผิดชอบ รวมทั้งเงินงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนที่เกี่ยวกับงานประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัตินี้ ตลอดจนเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ ไปเป็นของสำนักงาน ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

- ปี ๒๕๖๒ แสดงให้เห็นว่า มีเงินสดคงเหลือกว่า ๑๐,๐๐๐ ล้านบาท แต่มีเจ้าหนี้พึงจ่ายในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวนกว่า ๑๔,๐๐๐ ล้านบาท ซึ่งเป็นจำนวนเงินที่คงเหลือและหนี้สินพึงจ่ายที่ใกล้เคียงกัน สาเหตุเนื่องจากช่วงปลายปีงบประมาณ หน่วยบริการมีการส่งข้อมูลในช่วงสิ้นปี ๒๕๖๒ จำนวนมาก จึงทำให้การประมวลผลที่จะต้องจ่ายไม่ทันภายในระยะเวลาในวันที่ ๓๐ กันยายน จึงมีการบันทึกข้อมูลบัญชีไว้ แต่การจ่ายเงินสดได้มีการจ่ายออกไปในปี ๒๕๖๓

งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน

หน่วย : บาท

รายการ	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2562
รายได้	-	-	-
รายได้จากงบประมาณ ม.39 (1)	115,176,674,000.00	120,025,590,000.00	141,889,058,200.00
รายได้ดอกเบีย ม.39 (6)	183,575,391.38	142,683,268.02	138,419,641.34
รายได้ค่าบริการทางการแพทย์ปีก่อนรับคืน	140,581,753.05	79,757,266.25	304,128,853.15
รายได้จากการเรียกคืนกรณี Audit	157,154,772.37	23,547,238.07	-
รายได้อื่น	8,442,618.99	32,981,777.34	17,286,705.74
รวมรายได้	115,666,428,535.79	120,304,559,549.68	142,348,893,400.23
รวมค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขของกองทุน	117,326,040,219.57	120,221,353,319.90	140,263,073,059.04
ค่าใช้จ่ายอื่น	50.00	-	-
รวมค่าใช้จ่าย	117,326,040,269.57	120,221,353,319.90	140,263,073,059.04
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	-1,659,611,733.78	83,206,229.78	2,085,820,341.19

ที่มา : บันทึกการประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข ครั้งที่ ครั้งที่ ๒๒/๒๕๖๕ วันพุธที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๕

เอกสารประกอบการพิจารณาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากตารางงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน มีข้อมูลแสดงงบประมาณที่ได้รับ ดังนี้

- ปี ๒๕๕๗ มีเงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อให้ สปสช. บริหารจัดการ แต่การบันทึกบัญชีจะยังคงเป็นเงินรับฝาก ดังนั้น เงินที่ สปสช. ได้รับจัดสรรงบประมาณจึงมีจำนวนประมาณ ๑๑๕,๐๐๐ ล้านบาท

- ปี ๒๕๕๘ มีเงินจำนวนประมาณ ๑๒๐,๐๐๐ ล้านบาท เนื่องจาก สตง. แนะนำให้ สปสช. นำเงินที่เป็นของ อปท. ให้ถือเป็นรายได้ของกองทุน จึงแสดงให้เห็นว่า รายได้งบประมาณมีการรวมเงินของ อปท. ด้วยประมาณ ๕,๐๐๐ ล้านบาท ตัวเลขจึงสูงกว่างบประมาณที่จัดสรรให้กองทุน สปสช. โดยตรง ดังนั้น แนวปฏิบัติตามที่ สตง. แนะนำ ได้ปฏิบัติตามตั้งแต่ประมาณปี ๒๕๕๘ - ปัจจุบัน

สำหรับรายได้ รายการรายได้ดอกเบีย และรายได้ค่าบริการทางการแพทย์ปีก่อนรับคืน โดยมีสาเหตุที่เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ซึ่งจะมีการบันทึกรับรู้ว่า หากมีการส่งคืนเงินข้ามปีจะถือเป็นรายได้ปีก่อน นอกจากนี้ มีรายได้จากการตรวจสอบเวชระเบียน และการเรียกคืนเงินจากหน่วยบริการ

สรุปโดยรวม :

- ปี ๒๕๕๗ ค่าใช้จ่ายสูงกว่ารายรับ (ขาดดุลกว่า ๑,๖๐๐ ล้านบาท) เนื่องจากมีการขออนุมัติเบิกจ่ายจากเงินรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสมเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข มีการจ่ายเงินค่าบริการเฉพาะที่มีผลงานเกินกว่าเป้าหมาย และสนับสนุนสำหรับเพิ่มประสิทธิภาพและการแก้ไขปัญหาสภาพคล่องของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- ปี ๒๕๕๘ และปี ๒๕๖๒ เงินรายได้จากงบประมาณและค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขรวมเงินที่ได้รับอุดหนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- ปี ๒๕๖๒ ค่าใช้จ่ายต่ำกว่ารายรับ เนื่องจากมีเงินเหลือจ่ายจากจำนวนประชากรลดลงกว่าเป้าหมาย ที่คาดการณ์จากการของงบประมาณ ทำให้มีเงินคงเหลือประมาณ ๒,๐๘๕ ล้านบาท รวมทั้งผลงานบริการ

บางรายการลดลง และมีเงินเหลือจ่ายจากเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลของข้าราชการพนักงาน ส่วนท้องถิ่นและลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๑,๑๕๙.๑๓ ล้านบาท

ความเห็นของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.)

- ปี ๒๕๕๗ : รับรองอย่างมีเงื่อนไข
- ปี ๒๕๕๘ : รับรองไม่มีเงื่อนไข แต่ให้ข้อสังเกตหมายเหตุประกอบงบการเงิน
- ปี ๒๕๖๒ : รับรองไม่มีเงื่อนไข

โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ปี ๒๕๕๗ : สตง. รับรองความเห็นอย่างมีเงื่อนไข ดังนี้

๑) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้นำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไปจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ วัสดุเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์จากองค์การเภสัชกรรม เพื่อจัดส่งให้หน่วยบริการนำไปใช้ในการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๗,๓๑๕.๙๐ ล้านบาท โดย ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ มีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่ยังมิได้จัดส่งให้หน่วยบริการคงเหลืออยู่ที่องค์การเภสัชกรรม จำนวน ๑,๐๖๕.๒๕ ล้านบาท ซึ่งถือเป็นสินทรัพย์ของกองทุนฯ แต่กองทุนมิได้นำมาแสดงรายการและเปิดเผยข้อมูลในงบการเงิน จึงไม่เป็นไปตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ เนื่องจากผู้บริหารมิได้กำหนดนโยบายบัญชีเกี่ยวกับกรณีดังกล่าวไว้ หากกองทุนฯ บันทึกบัญชีรับรู้อย่างรายการยาและเวชภัณฑ์คงเหลือดังกล่าวจะมีผลทำให้ฐานะการเงินของกองทุนฯ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ มีสินทรัพย์และรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสมเพิ่มขึ้นด้วย จำนวน ๑,๐๖๕.๒๕ ล้านบาท และผลการดำเนินงานสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ มีค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขลดลงและรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิเพิ่มขึ้นด้วย จำนวนเดียวกัน

สปสช. ตอบชี้แจงตามหนังสือที่ สปสช ๒.๑๗/๑๑๖๘๙ ลว ๒๑ พ.ย. ๕๙

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้นำรายการยาและเวชภัณฑ์ มาแสดงเปิดเผยข้อมูลในงบการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ (เนื่องจาก สปสช. ได้รับหนังสือรายงานผลการตรวจสอบจากสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน ที่ ตผ ๐๐๓๘/๐๒๒๘ ลงวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ และงบประมาณปี ๒๕๕๘ สตง. ยังไม่ได้รับรอง จึงให้บันทึกบัญชีปรับปรุงในปี ๒๕๕๘)

๒) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้นำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไปสำรองจ่ายให้แก่สถานบริการสาธารณสุขและหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (EMCO: Emergency Claim Online) แก่ผู้มีสิทธิรับสวัสดิการรักษายาพยาบาลจากรัฐและผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม จากนั้นจะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่สำรองจ่ายไปจากกรมบัญชีกลาง รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสำนักงานประกันสังคมแล้วแต่กรณี โดยการเรียกเก็บเงินที่สำรองจ่ายไปนั้น กองทุนฯ บันทึกบัญชีลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินคู่กับบัญชีกองทุนสำรองฉุกเฉิน ซึ่งจากการตรวจสอบพบว่า การบันทึกบัญชีรับรู้อย่างรายการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่สำรองจ่ายไปแล้วนั้น กองทุนฯ บันทึกต่ำไปจำนวน ๒๔๙.๕๒ ล้านบาท หากกองทุนฯ บันทึกรายการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายดังกล่าวครบถ้วน จะมีผลทำให้ฐานะการเงินของกองทุนฯ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ มีลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและกองทุนสำรองฉุกเฉินเพิ่มขึ้น จำนวน ๒๔๙.๕๒ ล้านบาท

สปสช. ตอบชี้แจงตามหนังสือที่ สปสช 2.17/11689 ลว 21 พ.ย. 59

รายการที่ยังไม่ได้บันทึกบัญชีลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (EMCO) จำนวน ๒๔๙.๕๒ ล้านบาท ตามความเห็นของ สตง. ประกอบด้วย

- หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการพยาบาลที่ให้บริการรักษาช่วงอุทกภัยในปีงบประมาณ ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖ เป็นเงิน ๑๙๕.๗๙ ล้านบาท ซึ่งมีใบรายการจ่ายที่ต้องเรียกคืนเป็นลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (EMCO)

- ยอดเงินคงเหลือ จำนวน ๕๓.๗๓ ล้านบาท สปสช. ได้บันทึกบัญชีรายการบัญชีลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (EMCO) ตามข้อเสนอแนะของ สตง. แล้ว

- ปี ๒๕๕๘ : รับรองไม่มีเงื่อนไข แต่ให้ข้อสังเกตหมายเหตุประกอบงบการเงิน

๑) หมายเหตุประกอบงบการเงิน ข้อ ๘ สินค้าคงเหลือ และข้อ ๑๙ ปรับปรุงรายการสินค้าคงเหลือ สปสช. ได้แสดงรายการยาและเวชภัณฑ์คงเหลือที่หน่วยงานจัดซื้อและฝากไว้ที่องค์การเภสัชกรรม เป็นสินค้าคงเหลือในงบการเงิน จำนวน ๒,๑๙๑.๒๖ ล้านบาท ตามที่ สตง. ออกรายงานของผู้สอบบัญชีอย่างมีเงื่อนไขของรายงานการเงินประจำปี ๒๕๕๗

๒) หมายเหตุประกอบงบการเงิน ข้อ ๑๓ ประมาณการหนี้สิน จำนวน ๔,๑๒๑.๖๒ ล้านบาท เนื่องจากรายการดังกล่าวมิได้เข้านิยามของประมาณการหนี้สินตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ แต่เป็นการกันสำรองไว้ ซึ่งได้เปิดเผยการสำรองเงินไว้ในรายงานฐานะการเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ แล้ว ทั้งนี้ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินได้ออกเป็นข้อสังเกตจากการตรวจสอบงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุด ๒๕๕๘ และ สปสช. ได้ดำเนินการตามข้อสังเกตของ สตง. โดยยกเลิกการประมาณการหนี้สินในปีงบประมาณ ๒๕๕๙

ข้อสังเกตของคณะกรรมการ ดังนี้

คณะกรรมการตั้งข้อสังเกตรายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ ดังนี้

๑) สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗

รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ ที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินแสดงความเห็นอย่างมีเงื่อนไขว่า “สำหรับกรณีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่ยังมิได้จัดส่งให้หน่วยบริการ คงเหลืออยู่ที่องค์การเภสัชกรรม จำนวน ๑,๐๖๕.๒๕ ล้านบาท ซึ่งถือเป็นสินทรัพย์ของกองทุนแต่กองทุนมิได้นำมาแสดงรายงานและเปิดเผยข้อมูลในงบการเงิน จึงไม่เป็นไปตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ เพราะหากกองทุนบันทึกรายการคงเหลือไว้ จะมีผลทำให้ฐานะการเงินของกองทุน ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ มีสินทรัพย์และรายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสมเพิ่มขึ้น เพราะว่า “การบันทึกบัญชีรับรู้รายงานเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่สำรองจ่ายไปแล้ว กองทุนบันทึกค่าไปจำนวน ๒๔๙.๕๒ ล้านบาท ซึ่งหากบันทึกครบถ้วนจะมีผลทำให้รายงานการเงินของกองทุนมีจำนวนลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์ กรณีฉุกเฉินและกองทุนสำรองกรณีฉุกเฉินเพิ่มขึ้น”

๒) สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘

รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ “กรณีหมายเหตุประกอบงบการเงินข้อ ๘ (สินค้าคงเหลือ) และข้อ ๑๙ รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม - ปรับปรุงรายการสินค้าคงเหลือ หน่วยงานมิได้แสดงรายการยาและเวชภัณฑ์คงเหลือที่หน่วยงานจัดซื้อ

และฝากไว้ที่องค์การเภสัชกรรมเป็นสินค้าคงเหลือ และรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายในปี ๒๕๕๘ ส่วนข้อ ๑๓ ประมาณการหนี้สิน มิได้เข้านิยามของประมาณหนี้สินตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ แต่เป็นการกันสำรองไว้”

ทั้งนี้ จากข้อมูลตามข้อ ๑) รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ และข้อ ๒) สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ นั้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการแก้ไขในงบประมาณปีดังกล่าว หรืองบประมาณปีต่อมาหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้ เพื่อให้ถูกต้องตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐต่อไป

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงขอเสนอรายงานการพิจารณาศึกษารายงานของผู้สอบบัญชี และงบการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อประธานวุฒิสภา เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของสมาชิกวุฒิสภาต่อไป

ครั้งที่ ๒๒/๒๕๖๕

**๔.๓ รายงานการพิจารณาศึกษา
รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงิน
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓**

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมวุฒิสภาได้มีมติตั้งคณะกรรมการสามัญประจำสภาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) ซึ่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภา มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาขอหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม และได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

โดยที่ประธานวุฒิสภาได้มีดำริมอบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พิจารณารายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ มีรายละเอียดเกี่ยวกับงบแสดงฐานะทางการเงิน งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน และงบกระแสเงินสด พร้อมทั้งหมายเหตุประกอบงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ ทั้งนี้ สปสช. ได้ส่งรายงานการเงินให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบรับรอง และสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินได้แสดงความเห็นว่า รายงานการเงินนี้ได้แสดงฐานะการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ ผลการดำเนินงานและกระแสเงินสด สำหรับปีสิ้นสุดวันเดียวกันโดยถูกต้องตามที่ควรในสาระสำคัญตามมาตรฐานการบัญชี ภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังกำหนด ตลอดจนได้สื่อสารกับผู้บริหารในเรื่องต่าง ๆ ที่สำคัญ ซึ่งรวมถึงขอบเขตและช่วงเวลาของการตรวจสอบตามที่ได้วางแผนไว้ ประเด็นที่มีนัยสำคัญที่พบจากการตรวจสอบ รวมถึงข้อบกพร่องที่มีนัยสำคัญในระบบการควบคุมภายใน หากสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินได้พบในระหว่างตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จำนวน ๘ รายการ ได้แก่

ก. งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เป็นงบประมาณสำหรับการบริการตามสิทธิประโยชน์ฯ ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริการกรณีเฉพาะ การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การบริการการแพทย์แผนไทย ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับ

ความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวในอัตราเหมาจ่าย ๓,๖๐๐.๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิจำนวน ๔๘,๒๖๔๐ ล้านคน ได้รับเงินจัดสรร จำนวน ๑๒๓,๙๑๗.๘๒๐๐ ล้านบาท ตามประเภทบริการต่าง ๆ ดังนี้

ประเภทบริการ		จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
1.	บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,251.68
2.	บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,370.80
3.	บริการกรณีเฉพาะ	359.51
4.	บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	452.60
5.	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	17.43
6.	บริการการแพทย์แผนไทย	14.80
7.	งบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69
8.	เงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	2.49
9.	บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)		3,600.00

หมายเหตุ : ประเภทบริการที่ ๔ จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน

ข. งบบริการผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้องกับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการของหน่วยบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับเงินจัดสรร จำนวน ๓,๓๔๓.๕๓๘๔ ล้านบาท

ค. งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับค่ายา และบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับเงินจัดสรร จำนวน ๙,๓๗๕.๔๑๓๘ ล้านบาท

ง. งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามมาตรฐาน โดยเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และครอบคลุมบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับเงินจัดสรร จำนวน ๑,๑๓๕.๐๒๕๐ ล้านบาท

จ. งบค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เป็นหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับเงินจัดสรร จำนวน ๑,๔๙๐.๒๘๘๐ ล้านบาท

ฉ. งบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับประชาชนไทยทุกคนและทุกกลุ่มวัย สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับเงินจัดสรร จำนวน ๙๗๕.๖๙๐๐ ล้านบาท

ช. งบค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว เป็นค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นในหน่วยบริการ และในชุมชนทั้งในเขตและนอกเขต กรุงเทพมหานคร โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับเงินจัดสรร จำนวน ๒๖๘.๖๔๐๐ ล้านบาท

ซ. งบค่าวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดในภาคใต้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ เป็นค่าใช้จ่ายทดแทนค่าวัคซีนป้องกัน หัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) ที่ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดในภาคใต้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับเงินจัดสรร จำนวน ๒๗.๐๐๙๐ ล้านบาท

หมายเหตุ ๒ เกณฑ์การจัดทำรายงานการเงิน

รายงานการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำขึ้นตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ ๑ เรื่อง การนำเสนองบการเงิน และกระทรวงการคลังได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำรายงานการเงินประจำปี ตามหนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค ๐๔๑๐.๒/ว ๑๕ ลงวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ซึ่งรูปแบบการนำเสนอรายงานการเงินและรูปแบบการนำเสนอรายงานการเงินของหน่วยงานภาครัฐ ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๐.๓/๓๕๗ ลงวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๑ รวมถึงหลักการและนโยบายบัญชีของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รอบระยะเวลาบัญชีตามปีงบประมาณ เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ของปีถัดไป

หมายเหตุ ๓ มาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่

กระทรวงการคลังได้ประกาศใช้มาตรฐานการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่ ดังนี้

มาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐ วันที่มีผลบังคับใช้ฉบับที่ ๙ เรื่อง รายได้จากการแลกเปลี่ยน ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ฉบับที่ ๒๓ เรื่อง รายได้จากรายการไม่แลกเปลี่ยน ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ฝ่ายบริหารของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชื่อว่ามาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่ข้างต้น จะไม่มีผลกระทบต่อรายงานการเงินในงวดที่นำมาถือปฏิบัติ

หมายเหตุ ๔ สรุปนโยบายบัญชีที่สำคัญ

๔.๑ เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด

เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด หมายถึง เงินสดในมือ เงินฝากธนาคารประเภทจ่ายคืนเมื่อทวงถาม เงินลงทุนระยะสั้นที่มีสภาพคล่องซึ่งมีระยะเวลาครบกำหนดที่จะเปลี่ยนให้เป็นเงินสดได้ภายใน ๓ เดือน ได้แก่ บัญชีเงินฝากประจำที่มีวันถึงกำหนดภายใน ๓ เดือน แสดงไว้เป็นรายการเทียบเท่าเงินสด

๔.๒ ลูกหนี้

ลูกหนี้ แสดงด้วยมูลค่าสุทธิที่จะได้รับ ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญจะตั้งขึ้นสำหรับลูกหนี้ส่วนที่คาดว่าจะไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้ โดยพิจารณาจากประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับจำนวนลูกหนี้ที่เก็บเงินไม่ได้ข้อมูลประวัติการชำระหนี้ และหลักฐานการติดตามลูกหนี้แต่ละราย ร่วมกับการวิเคราะห์อายุลูกหนี้

๔.๓ รายได้ค้างรับ

รายได้ค้างรับ เป็นรายการดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารค้างรับ ซึ่งเกิดรายได้ขึ้นแล้วแต่ยังไม่ได้รับชำระเงิน ณ วันปิดบัญชี โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้รับเงินเมื่อมีรอบระยะเวลาการจ่ายดอกเบี้ยของธนาคาร

๔.๔ เงินลงทุนระยะสั้น

เงินลงทุนระยะสั้น หมายถึง เงินฝากธนาคารประเภทฝากประจำ ซึ่งมีอายุเกิน ๓ เดือน แต่ไม่เกิน ๑๒ เดือน

๔.๕ เจ้าหนี้ระยะสั้น

เจ้าหนี้ระยะสั้น เป็นภาระผูกพันที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีต่อหน่วยบริการหรือคู่สัญญา เมื่อได้รับมอบบริการหรือผลงานตามเงื่อนไขการจ่ายเงิน

๔.๖ ทุน

ทุน รับรู้เมื่อเริ่มตั้งสำนักงาน โดยการโอนทรัพย์สิน สิทธิ และภาระความรับผิดชอบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานประกันสุขภาพตาม มาตรา ๖๙ แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

๔.๗ รายได้จากเงินงบประมาณ

รายได้จากเงินงบประมาณ รับรู้เมื่อได้รับเงินเข้าบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

๑) รายได้จากงบประมาณ ม. ๓๙ (๑) เป็นรายได้ที่ได้รับงบประมาณ เพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการสาธารณสุขของหน่วยบริการจากกรมบัญชีกลาง

๒) รายได้จากงบประมาณ ม. ๓๙ (๒) เป็นรายได้ที่ได้รับเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น จากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ๑๒ เดือน

๓) รายได้จากงบกลาง สำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น เป็นเงินงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนเพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมจากสำนักงานงบประมาณตามที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติ และรับรู้เมื่อได้รับเงินจากกรมบัญชีกลาง

๔.๘ รายได้ค่าบริการสาธารณสุขปีก่อนรับคืน

รายได้ค่าบริการสาธารณสุขปีก่อนรับคืน เป็นรายได้ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เรียกเงินคืนจากหน่วยบริการหรือคู่สัญญา เนื่องจากไม่สามารถดำเนินงานได้ครบถ้วนตามข้อกำหนดในสัญญา ข้อตกลง หนังสือแสดงความจำนง หรือโครงการ ซึ่งจะบันทึกรับรู้เมื่อรายการที่เรียกคืนเงินเป็นข้อมูลของปีงบประมาณก่อน

๔.๙ รายได้จากการเรียกคืนกรณีตรวจสอบเวชระเบียน

รายได้จากการเรียกคืนกรณีตรวจสอบเวชระเบียน เป็นรายได้ที่เกิดจากการเรียกคืนเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากผลการตรวจสอบเวชระเบียนของหน่วยบริการแล้ว พบว่าหน่วยบริการส่งเบิกและได้รับเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด โดยให้รับรู้รายได้จากการตรวจสอบเวชระเบียนเมื่อมีการเรียกคืนเงิน

๔.๑๐ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและคู่สัญญา จะบันทึกบัญชีเป็นค่าใช้จ่ายเมื่อมีการทำสัญญา หรือหนังสือแสดงความจำนงหรือข้อตกลง หรือโครงการ

หมายเหตุ ๕ เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด

	2563	(หน่วย : บาท) 2562
เงินฝากธนาคาร – ออมทรัพย์		
- ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์		
การเกษตร	12,964,080,879.36	17,821,845,430.39
- ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)	136,211,027.53	238,262,023.66
รวมเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	<u>13,100,291,906.89</u>	<u>18,060,107,454.05</u>

เงินฝากธนาคาร จำนวน ๑๓,๑๐๐,๒๙ ๑,๙๐๖.๘๘๙ บาท เป็นเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๑๒,๖๑๐,๒๒๘,๙๔๗.๕๒ บาท เงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๔๘๘,๓๔๕,๓๗๔.๒๐ บาท และเงินรับฝากของสำนักงานประกันสังคม สำหรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของคนพิการสิทธิประกันสังคมที่ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๑,๖๖๓,๕๘๕.๑๗ บาท

หมายเหตุ ๖ ลูกหนี้ระยะสั้น

	(หน่วย : บาท)	
	2563	2562
ลูกหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข-UC		
ลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	754,728,835.72	363,121,911.66
ลูกหนี้ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,662,418.00	9,540,705.33
ลูกหนี้ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	1,823,878.00	1,846,300.00
ลูกหนี้ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง	1,020,000.00	609,700.00
ลูกหนี้ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	965,000.00	-
ลูกหนี้ค่าบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ PCC	141,600.00	141,600.00
รวมลูกหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข-UC	<u>762,341,731.72</u>	<u>375,260,216.99</u>
ลูกหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น		
ลูกหนี้สวัสดิการการรักษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	310,524.69	281,066.55
ลูกหนี้ค่าบริการคนพิการสิทธิประกันสังคม	726,253.82	577,640.72
ลูกหนี้ค่าบริการนอกเวลากรณีฉุกเฉินไม่รุนแรง ER คุณภาพ	2,850.00	-
ลูกหนี้ค่าใช้จ่ายสำหรับกรณีโรคติดเชื้อ COVID - 19	4,226,502.63	-
ลูกหนี้ค่าจัดบริการด้านยา - หน่วยบริการ	950.00	-
รวมลูกหนี้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น	<u>5,267,081.14</u>	<u>858,707.27</u>
ลูกหนี้ประกันภัย	274,382.00	274,382.00
รวมลูกหนี้ระยะสั้น	<u>767,883,194.86</u>	<u>376,393,306.26</u>

ลูกหนี้ระยะสั้น จำนวน ๗๖๗,๘๘๓, ๑๙๔.๘๖ บาท เป็นค่าบริการด้านสาธารณสุข และอื่น ๆ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเรียกคืนเงินจากหน่วยบริการ กรณีตามจ่ายค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดในส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำที่มีการส่งต่อในและนอกจังหวัด และเป็นการเรียกคืนเงินจากการจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวให้กับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการ ภาคเอกชน กรณีที่ได้รับการจัดสรรเบื้องต้นมากกว่ารายรับการจัดสรรจริง จึงต้องเรียกคืนเงินในส่วนที่จ่ายเงินเกินไป และเกิดจากกรณีที่ตรวจสอบพบว่าการให้บริการไม่เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติหรือคุณภาพการรักษาหรือเงื่อนไขบริการที่กำหนด จึงบันทึกเป็นลูกหนี้เพื่อรอเรียกคืนเงิน

หมายเหตุ ๗ ลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน

	(หน่วย : บาท)	
	2563	2562
ลูกหนี้กรมบัญชีกลาง	106,111.20	152,398.50
ลูกหนี้สำนักงานประกันสังคม	3,011,047.60	3,141,880.25
ลูกหนี้หน่วยงานอื่นๆ	6,620,152.95	6,644,279.15
รวมลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน	<u>9,737,311.75</u>	<u>9,938,557.90</u>

ลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน จำนวน ๙,๗๓๗,๓๑ ๑.๗๕ บาท เกิดจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ไปประชุมเมื่อวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๕๕ เรื่องการลดความเหลื่อมล้ำระหว่าง

๓ กองทุน ได้แก่ กองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการและลูกจ้างประจำ กรมบัญชีกลาง และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติการเบิกจ่าย (Clearing house) กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไปใช้บริการที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาล/โรงพยาบาลที่อยู่นอกระบบของทั้ง ๓ กองทุน และสำรองจ่ายไปให้กับหน่วยบริการแล้วจึงเรียกเก็บหนี้จากกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม หน่วยงานต้นสังกัดอื่นต่อมาภายหลังคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (UCEP) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ โดยข้อ ๗ กำหนดให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายในเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงตามแนวทางเรียกเก็บที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และ ข้อ ๘ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่ายและแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลทราบ แล้วให้กองทุนของผู้มีสิทธิจ่ายค่าใช้จ่ายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำไปจ่ายให้กับหน่วยบริการ โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะรับรู้รายการเป็นลูกหนี้ไว้ในระบบบัญชี เมื่อมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากกองทุนของผู้มีสิทธิ

หมายเหตุ ๘ รายได้ค้างรับ

	(หน่วย : บาท)	
	2563	2562
เงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร	541,151.67	451,227.35
เงินฝากออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)	152,191.43	264,933.46
เงินฝากประจำ 6 เดือน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร	1,130,610.00	2,343,404.55
รวมรายได้ค้างรับ	1,823,953.10	3,059,565.36

เป็นดอกเบีย้ค้างรับในปี ๒๕๖๓ จากเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยรับดอกเบีย้เงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรอัตราร้อยละ ๐.๓๐ ต่อปี ดอกเบีย้จากเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) อัตราร้อยละ ๐.๒๕ ต่อปี และดอกเบีย้จากเงินฝากประจำธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร อัตราร้อยละ ๐.๕๕ ต่อปี

หมายเหตุ ๙ เงินลงทุนระยะสั้น

	2563	2562
เงินฝากประจำ 6 เดือน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร	515,321,622.41	509,435,771.10
รวมเงินลงทุนระยะสั้น	<u>515,321,622.41</u>	<u>509,435,771.10</u>

กม

หมายเหตุ ๑๐ เจ้าหนี้ระยะสั้น

(หน่วย : บาท)

	2563	2562
เจ้าหน้าที่ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข-UC		
เจ้าหน้าที่ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	5,387,104,320.78	11,448,807,381.19
เจ้าหน้าที่ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	48,285,103.00	1,032,875,223.57
เจ้าหน้าที่ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	389,077,772.30	1,354,730,677.85
เจ้าหน้าที่ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง	56,249,690.93	55,111,264.00
เจ้าหน้าที่ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	116,810,000.00	-
เจ้าหน้าที่ค่าบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มี PCC	124,335,126.89	124,292,764.40
รวมเจ้าหน้าที่ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข-UC	6,121,862,013.90	14,015,817,311.01
เจ้าหน้าที่ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น		
เจ้าหน้าที่สวัสดิการการรักษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	274,550,120.37	284,666,130.07
เจ้าหน้าที่ค่าบริการสาธารณสุขคนพิการสิทธิประกันสังคม	2,139,996.78	8,617,026.02
เจ้าหน้าที่บริการนอกเวลากรณีฉุกเฉินไม่รุนแรง ER	2,174,700.00	-
เจ้าหน้าที่จัดบริการด้านยาฯ - หน่วยบริการ	540,650.00	-
เจ้าหน้าที่จัดบริการยาฯ - ร้านยา	134,820.00	-
เจ้าหน้าที่ค่าใช้จ่ายสำหรับกรณีโรคติดเชื้อ COVID - 19	937,640,707.68	-
เจ้าหน้าที่ค่าบริการทางการแพทย์อื่น	10,160.00	-
รวมเจ้าหน้าที่ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น	1,217,191,154.83	293,283,156.09
รวมเจ้าหน้าที่ระยะสั้น	7,339,053,168.73	14,309,100,467.10

เจ้าหน้าที่ระยะสั้น จำนวน ๗,๓๓๙,๐๕๓, ๑๖๘.๗๓ บาท เป็นค่าใช้จ่ายที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับหน่วยบริการภาครัฐในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการภาคเอกชน

หมายเหตุ ๑๑ เงินรับฝากค่าบริการสาธารณสุขสำหรับคนพิการสิทธิสำนักงานประกันสังคม (สปส.)

(หน่วย : บาท)

	2563	2562
เงินรับฝากค่าบริการสาธารณสุขคนพิการ สิทธิ สปส.	241,110.83	9,776,781.97
รวมเงินรับฝากค่าบริการสาธารณสุขคนพิการ	241,110.83	9,776,781.97

เงินรับฝากค่าบริการสาธารณสุขสำหรับคนพิการสิทธิสำนักงานประกันสังคม จำนวน ๒๔๑,๑๑๐.๘๓ บาท เป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ ๕๘/๒๕๕๙ เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๙ และตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมและตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับเงินและจ่ายเงิน

เพื่อการจัดบริการสาธารณสุขให้กับคนพิการที่มาใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ ๑๒ เงินรับฝากกระยะสั้น

	(หน่วย : บาท)	
	2563	2562
เงินประกันสัญญาหน่วยบริการ	37,649,258.36	37,663,281.70
รวมเงินรับฝากกระยะสั้น	37,649,258.36	37,663,281.70

เงินประกันสัญญาของหน่วยบริการ จำนวน ๓๗,๖๔๙,๒๕๘.๓๖ บาท ประกอบด้วย เงินประกันสัญญาของหน่วยบริการที่ทำสัญญาให้บริการสาธารณสุข และเงินประกันสัญญาจากการดำเนินงานตามโครงการของหน่วยบริการ

หมายเหตุ ๑๓ หนี้สินหมุนเวียนอื่น

	(หน่วย : บาท)	
	2563	2562
ภาษีเงินได้หัก ณ ที่จ่ายค้างจ่าย	10,309,775.04	8,802,109.10
เงินรับโอนรอตรวจสอบ	14,532,297.20	14,938,330.28
ค่าสินไหมทดแทนค้างส่งต่อหน่วยบริการ	273,846.00	273,846.00
รวมหนี้สินหมุนเวียนอื่น	25,115,918.24	24,014,285.38

ภาษีเงินได้หัก ณ ที่จ่ายค้างจ่าย จำนวน ๑๐,๓๐๙,๗๗๕.๐๔ บาท ได้นำส่งกรมสรรพากรแล้วเมื่อวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๓ เงินรับโอนรอตรวจสอบ จำนวน ๑๔,๕๓๒,๒๙๗.๒๐ บาท เป็นเงินที่ได้รับคืนจากหน่วยบริการโอนเข้าบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ ยังมีได้รับหนังสือแจ้งจากหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่โอนเงินเข้าบัญชี ค่าสินไหมทดแทนค้างส่งต่อหน่วยบริการ จำนวน ๒๗๓,๘๔๖.๐๐ บาท เป็นเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข การจ่ายค่าสินไหมทดแทนในส่วนของค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรียกเก็บจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนเพื่อ ส่งต่อให้หน่วยบริการ ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการตามกฎหมายในการยื่นขอเฉลี่ยทรัพย์สินจากการชำระบัญชี

หมายเหตุ ๑๔ ทุน

ทุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา ๖๙ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มียอดคงเหลือ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ จำนวน ๔๑๙,๔๘๓,๘๒๔.๐๓ บาท

หมายเหตุ ๑๕ รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม

	2563	(หน่วย : บาท) 2562
ยอดรายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสมคงเหลือยกมา ณ 30 กันยายน	4,158,896,041.49	2,018,579,117.70
บวก - ปรับปรุงรายการลูกหนี้ปีก่อน	(12.00)	(1,464,921.90)
- ปรับปรุงรายการงบบริการเหมาจ่ายรายหัวปีก่อน	171,554.38	49,340,370.88
- ปรับปรุงรายการงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีปีก่อน	-	6,621,106.62
รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสมหลังปรับปรุง	4,159,067,556.87	2,073,075,673.30
บวก - รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิประจำงวด	2,414,447,151.95	2,085,820,341.19
ยอดรายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสะสมคงเหลือยกไป	6,573,514,708.82	4,158,896,014.49

หมายเหตุ ๑๖ รายได้จากงบประมาณ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับการจัดสรรงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนจากรัฐบาล จำนวน ๑๔๐,๕๓๓,๔๒๔,๒๐๐.๐๐ บาท เพื่อสำหรับจ่ายค่าบริการสาธารณสุขการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการให้กับหน่วยบริการ งบกลางรายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID - 19) จำนวน ๒,๒๘๒,๐๘๗,๖๐๐.๐๐ บาท และได้รับจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จำนวน ๕,๔๗๗,๙๖๖,๕๐๐.๐๐ บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น และลูกจ้าง รายละเอียดดังนี้

	2563	(หน่วย : บาท) 2562
รายได้จากงบประมาณ ม.39(1) ประกอบด้วย		
งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว		
- ค่าบริการทางการแพทย์	117,706,725,800.00	112,879,148,400.00
- ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	6,211,094,200.00	6,251,116,800.00
งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,343,538,400.00	3,046,315,000.00
งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	9,375,413,800.00	8,281,796,000.00
งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	1,135,025,000.00	1,135,025,000.00
งบค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร	1,490,288,000.00	1,490,288,000.00
งบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	975,690,000.00	916,800,000.00
งบค่าบริการศส.ปฐมภูมิมีแพทย์ประจำครอบครัว	268,640,000.00	268,640,000.00
งบชดเชยวัคซีนป้องกัน หัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR)	27,009,000.00	-
รวมรายได้จากงบประมาณ ม.39 (1)	140,533,424,200.00	134,269,129,200.00
รายได้จากงบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2,282,087,600.00	-
รายได้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ม.39 (2)	5,477,966,500.00	7,619,929,000.00
รวมรายได้จากงบประมาณ	148,293,478,300.00	141,889,058,200.00

หมายเหตุ ๑๗ รายได้อื่น

รายได้อื่น ประกอบด้วย ดอกเบี้ยและค่าปรับที่เกิดจากงบลงทุนรับคืนจากหน่วยบริการ จำนวน ๙,๕๗๑,๒๖๗.๗๐ บาท

หมายเหตุ ๑๘ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จำนวน ๑๔๖,๔๒๓,๗๗๓,๓๔๔.๒๓ บาท แบ่งเป็น

	2563	2562
(หน่วย : บาท)		
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย		
งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว		
- ค่าบริการทางการแพทย์	115,014,295,190.39	111,538,071,520.00
- ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	6,197,331,843.68	6,241,272,795.22
งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,303,662,496.66	3,659,017,225.61
งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	8,904,825,049.81	8,962,421,888.40
งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	1,120,708,353.00	1,131,303,400.00
งบค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร	1,490,288,000.00	1,490,288,000.00
งบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง		
ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	975,075,000.00	545,517,200.00
งบค่าบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มี PCC	249,910,309.08	234,384,323.81
ค่าชดเชยวัคซีนป้องกัน หัด คางทูม และหัดเยอรมัน	27,009,000.00	-
รวมค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	<u>137,283,105,242.62</u>	<u>133,802,276,353.04</u>
ค่าใช้จ่ายงบกลาง รายการสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉิน		
หรือจำเป็นสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2,388,821,029.15	-
ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/		
พนักงานส่วนท้องถิ่น	<u>6,682,418,390.96</u>	<u>6,460,796,706.00</u>
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น		
ค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์	49,900,331.50	-
ค่าบริการนอกเวลากรณีฉุกเฉินไม่รุนแรง ER คุณภาพ	19,528,350.00	-
รวมค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น	<u>69,428,681.50</u>	<u>-</u>
รวมค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	<u>146,423,773,344.23</u>	<u>140,263,073,059.04</u>

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยค่าใช้จ่าย ๒ ส่วน คือส่วนที่หนึ่งเป็นค่าใช้จ่ายของเงินงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าเงินงบประมาณที่ได้รับจากกรมบัญชีกลาง จำนวน ๓,๐๗๔,๑๕๖,๗๔๖.๗๓ บาท เนื่องจากมีข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่อยู่ระหว่างการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม จำนวนประมาณ ๕๗๘,๒๙๐,๒๐๐.๐๐ บาท และมีข้อมูลแผนการจัดหายาปี ๒๕๖๓ รออนุมัติการจ่ายเพิ่มเติม จำนวนประมาณ ๒,๑๘๔,๑๕๖,๗๖๕.๗๘ บาท และส่วนที่สอง เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น ที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าเงินงบประมาณที่ได้รับจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จำนวน ๑,๒๐๔,๔๕๑,๘๙๐.๙๖ บาท ได้มีการขออนุมัติใช้เงินจากบัญชีรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม ซึ่งเป็นไปตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

หมายเหตุ ๑๙ รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่ายปีปัจจุบันและปีก่อน

รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

หน่วย : บาท

รายการ	งบสุทธิ	การสำรองเงิน	ใบสั่งซื้อ/ สัญญา	เบิกจ่าย	คงเหลือ
แผนงบประมาณ					
ปี 2563					
งบอุดหนุน UC	142,815,511,800.00	-	-	137,283,105,242.62	5,532,406,557.38
งบอุดหนุน อปท.	5,477,966,500.00	-	-	6,682,418,390.96	(1,204,451,890.96)
รวม	148,293,478,300.00	-	-	143,965,523,633.58	4,327,954,666.42

หมายเหตุ : ยอดเงินเบิกจ่าย งบอุดหนุน อปท. สูงกว่ารายรับ เนื่องจากมีการขออนุมัติใช้งบรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑,๒๕๒,๗๗๐,๗๔๙.๒๔ บาท

หมายเหตุ ๑๙ รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่ายปีปัจจุบันและปีก่อน (ต่อ)

รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

หน่วย : บาท

รายการ	งบสุทธิ	การสำรองเงิน	ใบสั่งซื้อ/ สัญญา	เบิกจ่าย	คงเหลือ
แผนงบประมาณ					
ปี 2561					
งบอุดหนุน UC	134,269,129,200.00	-	-	133,802,276,353.04	466,852,846.96
งบอุดหนุน อปท.	7,619,929,000.00	-	-	6,460,796,706.00	1,159,132,294.00
รวม	141,889,058,200.00	-	-	140,263,073,059.04	1,625,985,140.96

รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่ายจากเงินกันไว้เบิกเหลือเมื่อปี ก่อนปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

หน่วย : บาท

รายการ	เงินกันไว้เบิก เหลือเมื่อปี (สุทธิ)	เบิกจ่าย	คงเหลือ
แผนงบประมาณ			
ปี 2562			
งบอุดหนุน UC	149,626,872.50	149,626,872.50	-
รวม	149,626,872.50	149,626,872.50	-

ข้อสังเกตของคณะกรรมการ

คณะกรรมการการได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะต่อรายงานการเงินสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ ดังนี้

๑) งบด้านบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในปี ๒๕๖๒ ตั้งไว้ ๕๔๕.๕ ล้านบาท ปี ๒๕๖๓ เพิ่มเป็น ๙๗๕ ล้านบาท งบประมาณจะเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัย ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในลักษณะนี้ จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็นภาระงบประมาณ ซึ่งต้องติดตามโดยใกล้ชิด

๒) งบค่าบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มี PCC เป็นงบประมาณ on type ของงบประมาณ PCC ที่เป็นประโยชน์อย่างแท้จริงต่อประชาชน เพราะใช้งบประมาณน้อย ดูแลประชาชนจำนวนมาก การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากกระทรวงสาธารณสุขไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะทำให้มีงบประมาณจากท้องถิ่นมาสมทบ แต่เนื่องจากการขยายเครือข่าย PCC จะมีผลให้งบประมาณเพิ่มขึ้นตาม fixed cost ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรให้ รพ.สต. อยู่แล้ว งบประมาณจึงจะขยายตัวทุกปี

๓) ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น ที่เพิ่มจาก ๖,๔๖๐.๗๙ ล้านบาท เป็น ๖,๖๘๒.๔๑ ล้านบาท จะเพิ่มขึ้นในลักษณะเดียวกันกับสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ที่เพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากเป็นปัญหาของกรมบัญชีกลางมาตลอด เพราะเป็นการจ่ายแบบ Fee for service ไม่ใช่ระบบเหมาจ่ายเหมือนระบบประกันสังคม

ทั้งนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงขอเสนอรายงานการพิจารณาศึกษารายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อประธานวุฒิสภาเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของสมาชิกวุฒิสภาต่อไป

๔.๔ รายงานการพิจารณาศึกษารายงานประจำปี ๒๕๖๔
สภาองค์กรของผู้บริโภค

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้พิจารณาและมีมติตั้งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๒๐) โดยมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติกระทำกิจการ พิเคราะห์ข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

โดยที่ประชุมคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๕ เป็นพิเศษ วันพฤหัสบดีที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ได้มอบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พิจารณาศึกษารายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี ๒๕๖๔ สภาองค์กรของผู้บริโภค เป็นการล่วงหน้าก่อนนำบรรจุระเบียบวาระการประชุมวุฒิสภาต่อไป

ผลการพิจารณาศึกษา

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาศึกษารายงานผลการปฏิบัติงานสภาองค์กรของผู้บริโภคประจำปี ๒๕๖๔ ดังนี้

สรุปสาระสำคัญของรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี ๒๕๖๔ สภาองค์กรของผู้บริโภค มีสาระสำคัญ ดังนี้

สภาองค์กรของผู้บริโภค ดำเนินงานตามพระราชบัญญัติจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๖๒ และได้มีการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค เมื่อวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๖๓

วิสัยทัศน์ : เป็นตัวแทนของผู้บริโภคทุกด้าน เพื่อคุณภาพชีวิตของทุกคน

พันธกิจ :

- คัดค้านและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคทุกคน ทุกด้าน
- เสนอแนะนโยบายและมาตรการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค
- สนับสนุนสมาชิก องค์กรของผู้บริโภค และผู้บริโภค ให้รักษาประโยชน์ของผู้บริโภค

ให้ได้รับความเชื่อถือ

- สร้างวัฒนธรรมและมุมมองใหม่กว่าการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นประโยชน์กับทุกฝ่าย
- สนับสนุนให้เกิดการบริโภคที่ยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

- ๑) สนับสนุนและดำเนินการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคทุกด้าน
- ๒) พัฒนา เสนอแนะ และผลักดัน นโยบาย มาตรการคุ้มครองผู้บริโภค
- ๓) สนับสนุน และสร้างความเข้มแข็งผู้บริโภค และองค์กรผู้บริโภค
- ๔) สื่อสารเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค
- ๕) พัฒนากลไกสภาองค์กรของผู้บริโภคและหน่วยงานประจำจังหวัด

สภาองค์กรของผู้บริโภค ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้บริโภค ๘ ด้าน ดังนี้

- ๑) ด้านการเงินและการธนาคาร
- ๒) ด้านการขนส่งและยานพาหนะ
- ๓) ด้านอสังหาริมทรัพย์และที่อยู่อาศัย
- ๔) ด้านอาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- ๕) ด้านบริการสุขภาพ
- ๖) ด้านสินค้าและบริการทั่วไป
- ๗) ด้านการสื่อสาร โทรคมนาคม และเทคโนโลยีสารสนเทศ
- ๘) ด้านบริการสาธารณะ พลังงาน และสิ่งแวดล้อม

สภาองค์กรของผู้บริโภค มีการบริหารงานโดยคณะกรรมการนโยบายซึ่งได้รับการเลือกตั้งจากที่ประชุมสมาชิก จำนวน ๒๗๖ องค์กร

การดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

๑. ภาพรวมระบบการทำงานรับเรื่องร้องเรียน โกล่เกลี่ยและการดำเนินคดีขององค์กรของผู้บริโภค โดยฝ่ายคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ ประกอบด้วย ๓ ส่วนงานหลัก ได้แก่

๑.๑ ส่วนงานศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคแบบเบ็ดเสร็จ : รับผิดชอบการให้บริการรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ หรือให้คำปรึกษาแก่ผู้บริโภค สนับสนุนการแก้ไขปัญหาผู้บริโภค สนับสนุนการรวมตัวของผู้บริโภค เพื่อการคุ้มครองสิทธิ รวมถึงการประสานงานเรื่องร้องเรียน

ผลการดำเนินงาน : ให้บริการทั้งช่องทางปกติและออนไลน์ โดยวิธีการเจรจาประสานงานกับผู้ประกอบการ การไกล่เกลี่ย และการฟ้องคดี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔ - กรกฎาคม ๒๕๖๕ ได้รับเรื่องร้องเรียนจากผู้บริโภคกว่า ๙,๓๗๑ กรณี ครอบคลุม ๘ ด้าน และด้านอื่น ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นกรณีด้านการเงินและการธนาคาร จำนวน ๗,๒๔๖ กรณี และด้านสินค้าและบริการทั่วไป จำนวน ๑,๖๘๕ กรณี สำหรับด้านอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน ๘๙ กรณี รวมทั้งด้านบริการสุขภาพ ๗๒ กรณี

๑.๒ ส่วนงานเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัย : รับผิดชอบการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภคอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดจนประสานงานนักวิชาการ สมาชิก เพื่อดำเนินงานและสนับสนุนการทดสอบ เผยแพร่ข้อมูล ความรู้เพื่อแจ้งเตือนภัยให้ผู้บริโภคใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ

ผลการดำเนินงาน : มีการดำเนินงานที่สำคัญเกี่ยวกับความร่วมมือในการเฝ้าระวังสินค้าสำคัญ กรณีหน้ากากอนามัย มีผลให้สำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรม ประกาศให้ผลิตภัณฑ์หน้ากากอนามัยที่ใช้ครั้งเดียวทิ้งเป็นสินค้าควบคุมมาตรฐานอุตสาหกรรม (มอก.)

๑.๓ ส่วนงานกฎหมายและฝ่ายคดี : รับผิดชอบการดำเนินการไกล่เกลี่ย และสนับสนุนการแก้ไขปัญหาผู้บริโภค ให้ความเห็นทางกฎหมาย คำปรึกษา เสนอแนะมาตรการคุ้มครองผู้บริโภค และข้อเสนอต่อการปฏิรูปกฎหมาย รวมทั้งดูแลงานด้านคดี จัดการเอกสารสำนวนคดี ประสานทนายความ และนักวิชาการ

ผลการดำเนินงาน : รวมจำนวนคดีที่ฟ้อง ๒๓ คดี โดยสภาองค์กรของผู้บริโภคประจำจังหวัด เป็นผู้แทนดำเนินคดี

๒. งานสนับสนุนองค์กรสมาชิก หน่วยงานประจำจังหวัด และหน่วยงานเขตพื้นที่

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ โดยดำเนินการตามแผนสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งผู้บริโภค และองค์การผู้บริโภค โดยมีหน่วยงานประจำจังหวัดครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ รวม ๑๔ จังหวัด แต่ยังมีจำนวนน้อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากการขึ้นเป็นหน่วยงานประจำจังหวัดจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์การมีเครือข่ายองค์กรอย่างน้อย ๕ เครือข่ายในจังหวัดที่กระจายในอำเภอต่าง ๆ ซึ่งปัจจุบันสภาองค์กรของผู้บริโภคประกอบด้วยสมาชิก ๒๖๙ องค์กร

๒.๑ ผลการดำเนินงานแผนสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งผู้บริโภค และองค์การผู้บริโภค

- การมี MOU ประสานข้อมูลการดำเนินคดีร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ เพื่อแก้ไขปัญหาการซื้อของออนไลน์ โดยองค์กรผู้บริโภคร่วมกับตลาดออนไลน์และหน่วยงาน ๑๙ องค์กร ลงนาม MOU คัดกรองผู้บริโภคซื้อขายออนไลน์ รวมถึงผู้แทนด้านกระบวนการยุติธรรมในการฟ้องคดี และที่ผ่านมาสามารถดำเนินงานช่วยเหลือผู้บริโภคได้กว่า ๙๑ ล้านบาท

- การสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรผู้บริโภค โดยมีหน่วยงานประจำจังหวัดเพิ่ม ๑ แห่ง คือ หน่วยงานประจำจังหวัดกาญจนบุรี รวมปัจจุบันสภาองค์กรของผู้บริโภคมีสมาชิกเพิ่มขึ้น ๒๗๑ องค์กร

- สนับสนุนให้องค์กรสมาชิกแต่ละจังหวัดดำเนินงานที่สำคัญอีก ๓ ด้าน ได้แก่ ๑) ดำเนินงานตามปัญหาสำคัญของจังหวัดในการรักษาประโยชน์ผู้บริโภค ๒) งานด้านสินค้าและบริการเกี่ยวกับการซื้อขายออนไลน์ และ ๓) งานด้านบริการขนส่งมวลชนและยานพาหนะ

๒.๒ ผลการดำเนินงานแผนสนับสนุนหน่วยงานประจำจังหวัดและองค์การผู้บริโภค ปี ๒๕๖๕

- การตรวจสอบ ติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาและแก้ไขปัญหาสินค้าและบริการร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ พร้อมทั้งเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ผู้บริโภคทราบผ่านสื่อออนไลน์ต่าง ๆ ของหน่วยงานประจำจังหวัด

- การพัฒนากลไกช่องทางการส่งต่อระบบข้อมูลการรับเรื่องร้องเรียนกับหน่วยงานสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และศูนย์ดำรงธรรมกับหน่วยงานประจำจังหวัดสงขลา

- การจัดทำข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ ในระดับจังหวัดกรณีสิทธิ UCEP ไม่ครอบคลุมในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทราของหน่วยประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา

- หน่วยงานประจำจังหวัดกรุงเทพมหานครเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนกรณีผู้บริโภคได้รับ SMS รบกวนต่อสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ

๒.๓ ผลการดำเนินงานและแผนสนับสนุน และดำเนินการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค

- การทดสอบสินค้าฟ้าทะลายโจรที่กระทบสิทธิผู้บริโภค ซึ่งหลังการทดสอบหรือเฝ้าระวังจะดำเนินการเผยแพร่ข้อมูลผลในรูปแบบแจ้งเตือนภัย

- จัดทำชุดความรู้ผู้บริโภคจากประเด็นรับเรื่องร้องเรียนหรือการเฝ้าระวังจากสินค้าและบริการ เพื่อมิให้เป็นเหยื่อหรือได้รับสินค้าที่ไม่มีคุณภาพ เช่น ทำอย่างไรไม่ให้ตกเป็นเหยื่อแอปพลิเคชันกู้เงินเถื่อน และการซื้อของออนไลน์แล้วถูกหลอก

- สร้างความมือกับนักวิชาการจากหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค เช่น ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศูนย์เทคโนโลยีโลหะวิทยาแห่งชาติ

๓. งานด้านนโยบายและมาตรการคุ้มครองผู้บริโภค

๓.๑ จัดทำข้อเสนอแนะต่อการคุ้มครองผู้บริโภคไปยังหน่วยงานภาครัฐหรือผู้ประกอบการ

๑) ข้อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

- ด้านการขนส่งมวลชนและยานพาหนะ จัดทำข้อเสนอแนะนโยบายต่อรถไฟฟ้าหลากสี ให้ทุกคนขึ้นได้ทุกวัน ค่าใช้จ่ายไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของรายได้ขั้นต่ำ

- ด้านอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ จัดทำข้อเสนอให้ทำงานวิจัยศึกษา เปรียบเทียบการคำนวณต้นทุนกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเพื่อตัดสินใจ กรณีเข้าร่วม CPTPP ของคณะรัฐมนตรี

- ด้านบริการสาธารณะ พลังงานและสิ่งแวดล้อม เสนอมาตรการราคาน้ำมันไม่เกิน ๒๕ บาท ต่อลิตร และให้ยุติการอนุมัติรับซื้อไฟฟ้าจากโรงงานไฟฟ้าใหม่เข้าระบบ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องจ่ายเพิ่ม

๒) ข้อเสนอต่อหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

- ด้านการเงินและการธนาคาร เสนอการแก้ไขปัญหาแอปพลิเคชันกู้เงินออนไลน์ ที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการตามกฎหมาย

- ด้านสินค้าและบริการทั่วไป เสนอให้ออกประกาศคุ้มครองสิทธิของผู้โดยสารที่ใช้บริการสายการบินของไทยในเส้นทางบินระหว่างประเทศ

- ด้านการสื่อสารโทรคมนาคม และเทคโนโลยีสารสนเทศ เสนอให้ยุติการควมรวมกิจการ TRUE-D TAC

- ด้านบริการสุขภาพ เสนอการให้เพิ่มคู่มือสายด่วน ๑๕๐๖ สำนักงานประกันสังคม จาก ๑๐ คู่มือ เป็น ๔๐๐ คู่มือ เพื่อรองรับการติดต่อจากผู้ประกันตนกรณีเยียวยาผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด ๑๙

๓.๒ ผลการดำเนินงานแผนพัฒนานโยบายและมาตรการคุ้มครองผู้บริโภค

- การขับเคลื่อนกรณีคัดค้านการต่อสัมปทานรถไฟฟ้าสายสีเขียว และการกำหนดอัตราค่าโดยสารรถไฟฟ้าหลากสี โดยเครือข่ายผู้บริโภคกรุงเทพมหานครได้เข้ายื่นเสนอแนะต่อพรรคการเมืองและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ส่งผลให้คณะรัฐมนตรียังชะลอการพิจารณาการต่อสัมปทานรถไฟฟ้าสายสีเขียว กับบริษัทระบบขนส่งมวลชนกรุงเทพ จำกัด (มหาชน)

- เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ธนาคารแห่งประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และองค์การด้านการเกษตร และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๓.๓ ผลการดำเนินงานแผนพัฒนานโยบายและมาตรการคุ้มครองผู้บริโภค : ด้านสาธารณสุข

๑) การผลักดันปรับเปลี่ยนเกณฑ์การประเมินคัดแยกระดับความฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

๒) ส่งข้อเสนอแนะนโยบายและมาตรการคุ้มครองผู้บริโภค กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มีสิทธิทุกที่ ไปยัง ๓ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ เช่น กรณีการเรียกเก็บเงินจากผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ถูกประเมินภายหลังการเข้ารับรักษาว่ามีใช้กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ซึ่งพบว่า ประชาชนร้อยละ ๙๐ จะถูกเรียกเก็บเงิน จึงมีข้อเสนอต่อกรมการค้าภายในว่า การเรียกเก็บเงินไม่ควรใช้หลักเกณฑ์เรียกเก็บตามอัตราการจ่ายเงินสด แต่ควรเรียกเก็บเท่ากับอัตราผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ รวมถึงข้อเสนอต่อสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินให้มีหลักเกณฑ์ การวินิจฉัยผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะได้รับสิทธิให้รวมไปถึงผู้ป่วยฉุกเฉินระดับสีเหลืองเข้ม

๓) การผลักดันให้ผ้าอนามัยเป็นสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากมีประชาชนบางส่วนที่เกิดโรคติดเชื้อจากการใช้ผ้าอนามัยซ้ำ

๔) การคัดค้านและขอให้ยุติการพิจารณา (ร่าง) ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับการเสริมสวย พ.ศ. เนื่องจาก

- การออกข้อบังคับเพื่อกำกับดูแลการให้บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับการเสริมสวย ขาดการมีส่วนร่วมจากองค์กรของผู้บริโภค และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

- เนื้อหาของ (ร่าง) ข้อบังคับเน้นกระบวนการรับรองหลักสูตรการอบรมระยะสั้น ที่ต่ำกว่ามาตรฐานสากล และมุ่งเน้นการสนับสนุนการหารายได้จากการให้บริการเสริมสวยของแพทย์

- แพทยสภาต้องทำหน้าที่กำกับควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเสริมสวย ให้มีคุณภาพและมาตรฐาน เกิดความปลอดภัยแก่ประชาชนและผู้บริโภค

๔. ผลการดำเนินงานแผนสื่อสารเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค

- การดำเนินงานภายใต้แผนการสื่อสารเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค นอกเหนือจากเว็บไซต์ สภาองค์กรของผู้บริโภค (www.tcc.or.th) ที่เป็นช่องทางสื่อสารหลัก ยังมีเฟซบุ๊ก ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ไลน์ออฟฟิเชียล ยูทูบ และ Clubhouse รวม ๗ ช่องทาง

- ผลิตสื่อที่เผยแพร่ความรู้หรือแจ้งเตือนภัยแก่ผู้บริโภค

ผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔

				หน่วย : บาท
ลำดับ	รายการ	วงเงินงบประมาณ	รวมค่าใช้จ่าย	งบประมาณคงเหลือ
	รวมงบประมาณ	350,000,000.00	131,432,666.01	218,567,333.99
1	แผนงานสนับสนุนและดำเนินการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค	70,000,000.00	5,981,079.75	64,018,920.25
2	แผนงานพัฒนาระบบนโยบายและมาตรการคุ้มครองผู้บริโภค	25,000,000.00	2,000,559.00	22,999,441.00
3	แผนงานสนับสนุนหน่วยงานประจำจังหวัดและองค์กรผู้บริโภค	70,000,000.00	23,541,333.55	46,458,666.45
4	แผนงานสื่อสารเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค	30,000,000.00	13,500,000.00	16,500,000.00
5	แผนงานจัดตั้งสำนักงาน และพัฒนากำลังคนของสภาองค์กรของผู้บริโภค	120,000,000.00	86,409,693.71	33,590,306.29
6	แผนเงินสำรองกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น	35,000,000.00	-	35,000,000.00
	รวมงบประมาณ	350,000,000.00	131,432,666.01	218,567,333.99

หมายเหตุ ข้อมูลผลการเบิกจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 วันที่ 1 มิถุนายน 2564 - 30 กันยายน 2564

จากผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งเป็นการดำเนินงานในปีแรกของสภาองค์กรของผู้บริโภค ได้รับงบประมาณเป็นทุนประเดิม จำนวน ๓๕๐ ล้านบาท และใช้จ่ายไปรวม ๑๓๑ ล้านบาท คงเหลือประมาณ ๒๑๘ ล้านบาท โดยนำมาใช้จ่ายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เนื่องจากคณะรัฐมนตรีมีมติให้ใช้จ่ายจากเงินที่เหลือ

ผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๕

ลำดับ	รายการ	วงเงินงบประมาณ					การดำเนินงาน งบประมาณปี ๖๕
		วงเงินงบประมาณ ที่จะใช้จ่าย	งบประเดิม คงเหลือ	รวม งบประมาณใช้ ไปถึง มิ.ย. ๖๕	งบประเดิม คงเหลือ ณ มิ.ย. ๖๕	ของบกลาง เพิ่มเติม	
	รวมงบประมาณ	378.24	218.56	167.46	51.10	159.67	378.23
1	แผนงานสนับสนุนและดำเนินการคุ้มครองและ พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค	94.10		13.08		43.27	56.35
2	แผนงานพัฒนานโยบายและมาตรการคุ้มครอง ผู้บริโภค	31.32		13.80		3.24	17.04
3	แผนงานสนับสนุนหน่วยงานประจำจังหวัดและองค์กร ผู้บริโภค	99.75		71.91		32.00	103.91
4	แผนงานสื่อสารเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค	45.00		2.08	42.92	-	45.00
5	แผนงานจัดตั้งสำนักงาน และพัฒนากำลังคนของ สภาองค์กรของผู้บริโภค	108.07		66.59	8.18	27.34	102.11
6	แผนเงินสำรองกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น	-				53.82	53.82
	รวมงบประมาณ	378.24	218.56	167.46	51.10	159.67	378.23

หมายเหตุ : สอบได้จัดก้ำค่าของบกลางฉุกเฉิน จำนวน 159.67 ส่งไปเมื่อวันที่ 17 มิ.ย. 65

จากการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ คณะรัฐมนตรีอนุมัติ
งบประมาณ จำนวน ๓๗๘ ล้านบาท รวมกับทุนประเดิมคงเหลือจากปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๒๑๘ ล้านบาท
และได้มีการเสนอขอของบกลางในช่วงเดือนมิถุนายน ๒๕๖๕ จนกระทั่งปัจจุบันยังไม่ได้รับการจัดสรร

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๑. ความล่าช้าในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และการสนับสนุนงบประมาณ
ไม่ได้ทำให้สภามีความอิสระในการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๖๒
โดยสภาองค์กรของผู้บริโภคได้ขอของบกลางในการดำเนินงานตามแผนงาน ปี ๒๕๖๕ ตั้งแต่วันที่ ๑๗ มิถุนายน
๒๕๖๕ จนกระทั่งปัจจุบันยังไม่ได้รับการสนับสนุนงบกลางในการดำเนินงาน ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรม
ในช่วงไตรมาสที่ ๔ และงบประมาณในการดำเนินงานตามแผนของสภาองค์กรของผู้บริโภค ไม่ได้ถูกบรรจุ
ในงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้สภาองค์กรของผู้บริโภค
ไม่สามารถดำเนินการตามกิจกรรมและโครงการได้อย่างเป็นอิสระตามที่กฎหมายกำหนด

๒. ความท้าทายของสภาองค์กรของผู้บริโภค มีหลายด้าน เช่น

๑) ความปลอดภัยของผู้บริโภค ความมั่นใจว่า อาหารที่เรากิน สินค้าที่เราใช้ ถนนที่เราเดิน
จะมีความปลอดภัย ทำอย่างไรจะไม่ให้มีคนโดนรถชนเสียชีวิตบนทางม้าลาย ทำอย่างไรคาร์ซีทจะมีมาตรฐาน
และไม่มีรถฉวยโอกาสขึ้นราคาเมื่อต้องใช้งาน

๒) การเพิ่มทางเลือกให้กับผู้บริโภคเพื่อป้องกันการผูกขาด เช่น กรณีการควบรวมกิจการ
ของ TRUE-DTAC และ AIS-3BB

๓) การสร้างความรู้ ความเท่าทันให้ผู้บริโภคในทุกด้าน และโดยเฉพาะด้านเทคโนโลยี
ไม่ตกเป็นเหยื่อจากการใช้เทคโนโลยี รู้เท่าทันกลโกงของมิจฉาชีพ ไม่ว่าจะเป็แก๊ง Call Center
หรือแอปพลิเคชัน เงินกู้เถื่อน เป็นต้น

๔) การพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานประจำจังหวัด ให้รักษาประโยชน์ของผู้บริโภค ไม่ให้
ถูกเอารัดเอาเปรียบหรือหลอกลวง ต้องสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบป้องกันภัย
หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นต่อการคุ้มครองผู้บริโภคให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อขอความร่วมมือในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

๑) ขอให้คณะกรรมการสนับสนุนข้อเสนอนโยบายและมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคต่อคณะรัฐมนตรี และหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น การผลักดันให้รัฐมีนโยบายบริการขนส่งสาธารณะไม่เกิน ร้อยละ ๑๐ ของรายได้ของประชาชน และการยุติสัญญาเพื่อสันถนาการ รวมถึงการกำกับอาหารที่มีสัญญาเป็นส่วนผสม ตลอดจนการลดอุปสรรคในการติดตั้งโซลาเซลล์ของประชาชน และการเก็บเงินเมื่อไปใช้บริการสาธารณสุขในกรณีฉุกเฉิน เร่งด่วน หรือการใช้บริการทั่วไป (Extra Billing) เป็นต้น

๒) ผลักดันกฎหมายสำคัญที่ยังไม่มี และจำเป็นในการคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติความรับผิดต่อสินค้าที่ชำรุดบกพร่อง พ.ศ. ร่างพระราชบัญญัติบำนาญแห่งชาติ พ.ศ. เป็นต้น

๓) สนับสนุนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำซากกับผู้บริโภค เช่น ปัญหา SMS หลอกหลวง แก๊ง Call Center เป็นต้น

๔) ยกระดับการคุ้มครองผู้บริโภคของผู้ประกอบธุรกิจ เช่น ธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ โดยทำ MOU เพื่อไม่รับเงินดาวน์ เงินจอง เมื่อผู้บริโภคกู้เงินไม่ผ่าน และปัญหาการกั๊ยเงิน โดยควรปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด รวมทั้งการโฆษณาขายรถจักรยานยนต์ เป็นต้น

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

๑) การดำเนินงานคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคในทุกด้าน ภายใต้ความเป็นอิสระ

การดำเนินงานของสภาองค์กรของผู้บริโภค เกิดขึ้นภายใต้เจตนารมณ์รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ซึ่งเป็นเจตนารมณ์ที่สืบเนื่องมาตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ จนกระทั่งมีการดำเนินการเพื่อให้มีการจัดตั้งเป็นสภาองค์กรของผู้บริโภค ตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยรวมตัวกันขององค์กรผู้บริโภคทั่วประเทศ จัดตั้งเป็นสภาองค์กรของผู้บริโภค เมื่อวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๖๓

การดำเนินงานของสภาองค์กรของผู้บริโภค มีความเป็นอิสระ มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคในทุกด้าน และมีฐานะเป็นผู้แทนผู้บริโภค ทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิอันพึงมีพึงได้ของผู้บริโภค โดยปีนี้เป็นารายงานผลการปฏิบัติงานของปีแรกที่ได้ดำเนินการมาแล้ว จากเงินอุดหนุนที่ได้รับจากรัฐบาลเพื่อเป็นทุนประเดิม เมื่อวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๔ จำนวน ๓๕๐ ล้านบาท จึงนับเป็นเวลาที่ได้ดำเนินงานมาเป็นระยะเวลา ๓ เดือน (กรกฎาคม – กันยายน ๒๕๖๔) นับแต่ได้รับทุนประเดิมพบว่า ประเด็นที่ต้องดำเนินงานเพื่อคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้บริโภคจำนวนมาก ซึ่งรวมถึงประเด็นด้านสาธารณสุข และสภาองค์กรของผู้บริโภคควรมีการดำเนินงานในเชิงรุกมากขึ้น เนื่องจากเป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระ และสามารถดำเนินการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคได้ในทุกด้าน ซึ่งนอกจากจะมีการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาเพื่อประชาชน ควรมีการดำเนินงานที่เพิ่มขึ้นในด้านการป้องกันโดยการสร้างองค์ความรู้ให้กับประชาชนรู้เท่าทันปัญหาสังคมอย่างรอบด้าน พร้อมกับการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดมาตรการและแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างชัดเจน

๒) ปัญหาด้านงบประมาณกับการกิจจำนวนมาก

เนื่องจากสภาองค์กรของผู้บริโภค ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลล่าช้า ทำให้การดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทั้งจากการของบกลางที่ยังไม่ได้รับการจัดสรร และจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่มีแนวโน้มไม่ได้รับการจัดสรร แต่มีการกิจเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคในทุกด้านซึ่งมีการกิจจำนวนมาก ดังนั้น สภาองค์กรของผู้บริโภค ควรต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและประเด็นเร่งด่วน เพื่อให้การใช้จ่ายงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดสามารถตอบสนองต่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

๓) ประเด็นปัญหาสำคัญและเร่งด่วน

๓.๑) ปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่มีผลกระทบต่อประชาชนจำนวนมาก คือ ปัญหาเกี่ยวกับมิจฉาชีพ หลอกหลวงให้ประชาชนโอนเงิน หรือแก๊ง Call Center และปัจจุบันมีวิธีการหลอกหลวงหลากหลายรูปแบบ ทำให้ประชาชนมีความสูญเสียทั้งทรัพย์สิน และบางกรณีร้ายแรงถึงขนาดเสียชีวิต และปัจจุบันยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยวิธีการและรูปแบบที่หลากหลายและเปลี่ยนแปลงไป กรณีดังกล่าว สภามงคลของผู้บริโภค ควรเร่งรัดดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) เพื่อแก้ไขปัญหาโดยเร่งด่วน

๓.๒) ปัญหาการโฆษณาและขายสินค้า ยา และผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพตามสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ พบปัญหาสินค้าไม่ตรงตามที่โฆษณา หรือสินค้าไม่ตรงปก รวมถึงยาหรือผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ มีสรรพคุณไม่ตรงตามที่โฆษณา และโฆษณาเกินจริง โดยที่สื่อออนไลน์สามารถเข้าถึงผู้บริโภคได้ง่าย รวดเร็ว และทุกช่วงวัย สภามงคลของผู้บริโภค จึงควรร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาสินค้าไม่ตรงปก และมาตรการตรวจสอบคุณภาพหรือคุณสมบัติยา หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ ว่ามีคุณสมบัติตามที่โฆษณาหรือไม่ และมีคุณภาพอยู่ในระดับใด เพื่อเผยแพร่ให้ประชาชนทราบข้อมูลประกอบการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ตลอดจนการผลักดันร่างพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ซึ่งเป็นบทบาทภารกิจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งมีแนวทางการแก้ไขเพิ่มเติมโทษให้สูงขึ้นในกรณีที่มีการโฆษณาสินค้าเกินจริง เนื่องจากที่ผ่านมาพบปัญหาการโฆษณาที่ขออนุญาตกับ อย. กับการโฆษณาที่นำไปเผยแพร่จริงแตกต่างกัน และมีโทษปรับต่ำ ผู้ประกอบการจึงกล้าที่จะกระทำผิดและยอมเสียค่าปรับในจำนวนที่น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับ ดังนั้น สภามงคลของผู้บริโภคควรตรวจสอบและพิจารณาดำเนินการร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาในกรณีดังกล่าว

๔.๕ รายงานการพิจารณาศึกษากองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ
ประจำปี ๒๕๖๔

คณะกรรมการได้จัดให้มีการประชุมเพื่อพิจารณารายงานประจำปี ๒๕๖๔ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อให้ข้อคิดเห็น ข้อสังเกต และข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน ตามมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยได้มีการพิจารณาจากรายงานประจำปี ๒๕๖๔ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมทั้งการพิจารณาการให้ข้อมูลจากผู้แทนสำนักงานกองทุน สสส.

ผลการพิจารณาศึกษา

๑. รายงานประจำปี ๒๕๖๔ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีสาระสำคัญ แบ่งออกเป็น ๔ ส่วน สรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ ๑ สาระสำคัญผลการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔) จากสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และผลงานเด่น

ส่วนที่ ๒ การดำเนินงานในส่วนของการบริหารงบประมาณกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นการแสดงภาพรวมการใช้จ่ายงบประมาณ การกระจายทุนสู่แผนงาน เพื่อสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ กระจายทุนตามสถานที่ที่จัดกิจกรรม กระจายทุนผ่านภาคีผู้รับทุน กระจายทุนสนับสนุนการดำเนินงานโครงการใหม่ตามลักษณะการดำเนินงานของผู้รับทุน โดยการบริหารงบประมาณกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ส่วนที่ ๓ ผลการดำเนินงานที่เกี่ยวกับเป้าประสงค์การดำเนินงาน ๖ ประการ

ส่วนที่ ๔ การตรวจสอบติดตามและประเมินผลการทำงาน เป็นการแสดงข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบติดตามและประเมินผลการทำงาน โดยมีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ การประเมินผลการดำเนินงานแต่ละส่วน

๒. ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔

มาตรา ๓๖ ให้กองทุนทำรายงานประจำปีเสนอคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา เพื่อพิจารณาภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชี รายงานนี้ให้กล่าวถึงผลงานของกองทุนในปีที่ล่วงมาแล้ว พร้อมทั้งงบการเงินและรายงานของผู้สอบบัญชี

ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยการเงินการบัญชีและทรัพย์สินของกองทุน พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“ปีบัญชี” หมายความว่า ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคมของปีหนึ่งถึงวันที่ ๓๐ กันยายนของปีถัดไปและให้ใช้ พ.ศ. ของปีถัดไปเป็นชื่อของปีบัญชานั้น

๓. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ

จากการพิจารณาศึกษารายงานประจำปี ๒๕๖๔ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แล้ว พบว่า ในภาพรวมการดำเนินงานจัดทำรายงานของ สสส. ในปี ๒๕๖๔ ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาการนำเสนอ โดยมีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ได้รับจากที่ประชุมวุฒิสภา และคณะกรรมการ

การสาธารณสุข วุฒิสภา ในปีที่ผ่านมา ส่งผลให้ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพที่นำเสนอมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ สสส. ควรให้ความสำคัญและติดตามภัยเสี่ยงต่อสุขภาพรูปแบบใหม่ โดยเฉพาะการรณรงค์ให้เกิดการนำภูษามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ภายใต้พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้อง ตลอดจนการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าที่ขยายวงกว้างมากขึ้นในกลุ่มเด็กและเยาวชน

๔. ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ

คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษารายงานประจำปี ๒๕๖๔ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แล้ว มีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. ตามที่ สสส. ได้มีการนำความเห็นของคณะกรรมการในปีที่ผ่านมาไปประกอบการดำเนินงานเกี่ยวกับการนำข้อมูลภาวะสุขภาพไปติดตามผลการดำเนินงาน และทำให้ทราบอัตราการจำหน่ายบุหรี่ในประเทศลดลง จึงเป็นผลการดำเนินงานที่เห็นผลได้ชัดเจน และสามารถนำไปเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดแผนงานต่อไปได้

๒. การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับกัญชาและยาเสพติด เพื่อให้ประชาชนตระหนักรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากปัจจุบันกฎหมายควบคุมการใช้กัญชายังอยู่ในระหว่างการพิจารณา จึงเป็นช่องว่างทางกฎหมายที่ทำให้ประชาชนมีการใช้อย่างเสรี รวมทั้งการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความตระหนักรู้โทษของยาเสพติดให้กับประชาชน เช่น ยาบ้า ซึ่งยังคงมีการเสพอยู่จำนวนมาก และนอกจากจะเกิดผลกระทบต่อผู้เสพแล้ว แต่ยังมีผลกระทบต่อสังคมและผู้อื่นที่ถูกผู้เสพยาบ้าทำร้ายและเกิดการสูญเสีย รวมถึง ยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ทั้งนี้ สสส. ควรติดตามข้อมูลและมาตรการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัญหาของกัญชา กัญชง พืชกระท่อม และยาเสพติดอื่น ๆ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับสร้างองค์ความรู้และการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน

๓. การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะโรคฟันผุในเด็ก ซึ่งโรคฟันผุเป็นโรคที่ไม่ได้ติดต่อ แต่ทุกคนมีโอกาสเป็นโรคฟันผุได้ อย่างไรก็ตาม โรคฟันผุเป็นโรคที่ป้องกันได้ ทั้งนี้ ความสำคัญของการป้องกันฟันผุควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อให้เป็นการสร้างอุปนิสัยที่ดี และหากสุขภาพปากและฟันเด็กดี จะส่งผลให้สุขภาพร่างกายดีไปด้วย เนื่องจากทำให้เด็กรับประทานอาหารได้ดี สุขภาพและการเจริญเติบโตก็จะดีตามด้วย และส่งผลต่อสุขภาพที่ดีไปจนถึงวัยที่เติบโตขึ้นจนกระทั่ง วัยทำงานและผู้สูงอายุ ดังนั้น สสส. จึงควรสนับสนุนจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้เด็ก ๆ ในโรงเรียนเพื่อลดอัตราโรคฟันผุ และเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนทุกวัย

๔. จากข้อมูลการรายงานพบว่า อัตราผู้สูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ ๒๕.๔๗ ในปี ๒๕๔๔ ลดเหลือร้อยละ ๑๗.๔๐ ในปี ๒๕๖๔ แต่กลับพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓.๓๐ เป็นร้อยละ ๘.๑๐ ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูบบุหรี่ใหม่ หรือกลุ่มเยาวชน ประเด็นดังกล่าวเป็นงานท้าทายของ สสส. ที่จะดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน และควรมีการนำเสนอข้อมูลผลการศึกษาในหลายประเทศที่พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าจะกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ในอนาคต รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อให้ประชาชนรับรู้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เป็นกลุ่มมียากล่องและเป็นผู้สูบบุหรี่ใหม่

๕. เนื่องจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จะมีการถ่ายโอนภารกิจของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวนประมาณ ๓,๒๖๔ แห่ง ไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณต่อ ๆ ไป ซึ่งเดิมจะมีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อยู่ภายใต้การดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข หากมีการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวไปแล้ว กองทุนดังกล่าว

จะถ่ายโอนไปอยู่ภายใต้ท้องถิ่นด้วย รวมถึงกองทุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคอื่น ๆ ดังนั้น สสส. จึงควรมีการติดตามผลการดำเนินการภายใต้กองทุนดังกล่าวเพื่อรายงานในส่วนที่เกี่ยวข้องสำหรับรายงานผลการดำเนินงานในปีงบประมาณต่อ ๆ ไปด้วย

๖. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมารับประทานหวาน มัน เค็ม ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัจจุบันเป็น NCDs เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย และเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา ดังนั้น สสส. จึงควรกำหนดเป็นประเด็นสำคัญที่ควรดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคดังกล่าวให้กับประชาชนในทุกมิติ รวมถึงในมิติด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัว การลดอาหารหวาน มัน เค็ม

๗. การสร้างองค์ความรู้ทางสุขภาพให้กับประชาชน โดยวิธีหนึ่งที่จะสามารถเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ชุมชนและครอบครัวได้เป็นอย่างดี สสส. ควรมีการสนับสนุนส่งเสริมการเสริมศักยภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีบทบาทหน้าที่ดังกล่าว และทำให้ อสม. เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นต้นแบบและสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน

๘. ควรมีการผลักดันการจัดทำโครงการเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพทางสติ สมาธิ จิต และปัญญาให้กับประชาชนเพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นส่วนที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพที่ดีได้อีกทางหนึ่ง โดยเฉพาะในวัยเด็ก เยาวชน และวัยทำงาน

รายละเอียดปรากฏตาม QR Code



ครั้งที่ ๒๔/๒๕๖๕

๔.๖ รายงานการพิจารณาศึกษา

เรื่อง รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้พิจารณาและมีมติตั้งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๒๐) โดยมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติกระทำกิจการ พิเคราะห์ข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

โดยที่ประธานวุฒิสภาได้มีดำริมอบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พิจารณาศึกษา รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เป็นการล่วงหน้า ก่อนนำบรรจุระเบียบวาระการประชุมวุฒิสภาต่อไป

ผลการพิจารณาศึกษา

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีการพิจารณาศึกษารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง โดยมีการพิจารณาศึกษารายงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยมีข้อค้นพบสำคัญจากการพิจารณาศึกษา ดังนี้

๑. ข้อค้นพบจากการพิจารณาศึกษา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑.๑ การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบประเด็นสำคัญในเรื่องธรรมาภิบาลในการบริหารและโครงสร้างของคณะกรรมการ

๑.๒ โครงสร้างของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

รายชื่อกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข พบว่า มีบุคคลในกลุ่มเดิมเข้ามาทำหน้าที่บริหาร โดยตลอด ทำให้ระบบบริหารและโครงสร้างของงบประมาณไม่มีการปรับปรุงเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาและพัฒนาประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุข ทั้งนี้ คณะกรรมการทั้ง ๒ คณะดังกล่าว ต้องการผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้เกิดการระดมความรู้ ความสามารถที่เป็นสหวิทยาการซึ่งไม่สามารถหาได้ในบุคคลเดียว และการมีตัวแทนจากผู้มีส่วนได้เสียก็เพื่อทำให้การตัดสินใจที่มีความเป็นกลางมากขึ้น

๒. ข้อค้นพบจากการพิจารณาศึกษา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

จากการพิจารณาและให้ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะต่อรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ซึ่งได้มีการอภิปรายต่อที่ประชุมวุฒิสภาและมีข้อสังเกต รวมทั้งมีข้อเสนอในประเด็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และธรรมาภิบาลการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะจากการพิจารณากรณีการจัดซื้อชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK)

ทั้งนี้ การดำเนินงานของ สปสช. ต่อข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการต่อรายงานประจำปี ๒๕๖๓ ดังนี้

คณะกรรมการการสาธารณสุขพิจารณาแล้ว พบว่า สปสช. ได้มีการนำข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการการสาธารณสุข และการอภิปรายของที่ประชุมวุฒิสภาในการพิจารณารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ไปพิจารณาดำเนินการ และนำผลการดำเนินการดังกล่าวในรอบปีที่ผ่านมามาบรรจุเพิ่มเติมไว้ในรายงานฉบับประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยมีสาระสำคัญสรุปเป็นหัวข้อได้ ดังนี้^๑

๑) ความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการดำเนินงานบริการ PP basic service และการควบคุมป้องกันโรค DM/HT ยังไม่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบประมาณ

๒) ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้งบประมาณบริการผ่าตัดต่อกระจก

๓) การดำเนินงานกรณีคลินิกชุมชนอบอุ่นเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเป็นเท็จ

๔) การดำเนินการตามมาตรา ๙ และมาตรา ๑๐ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

๓. การพิจารณาศึกษารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

การพิจารณาศึกษารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีสาระสำคัญ ๔ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ กรอบแนวคิดการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนที่ ๒ ผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนที่ ๓ ผลงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนที่ ๔ ผลงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

๔. ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ

คณะกรรมการการสาธารณสุขมีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะต่อรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ แบ่งเป็นหัวข้อ ดังนี้

(๑) ประเด็นการดำเนินงาน กรณีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล)

(๒) ประเด็นการดำเนินงานกรณีคลินิกชุมชนอบอุ่น และการดำเนินการตามมาตรา ๙ และมาตรา ๑๐ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๔๕

(๓) ประเด็นการดำเนินงานจัดซื้อชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK)

(๔) ประเด็นโครงสร้างคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

(๕) ประเด็นการติดตาม ประเมินผล

(๖) ข้อสังเกตต่อการดำเนินการของบริษัท ทริส คอร์ปอเรชั่น จำกัด

(๗) ประเด็นการส่งเสริม ป้องกันโรค และการจัดบริการด้านสาธารณสุข

^๑ เอกสารประกอบการประชุมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๕ วันพุธที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๕

(๘) ประเด็นการเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(๙) การเข้าถึงบริการด้วยนโยบายยกระดับบัตรทอง

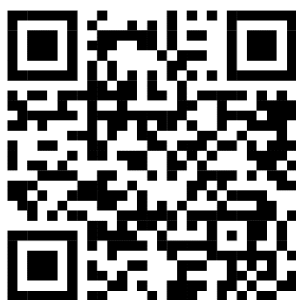
(๑๐) การคุ้มครองสิทธิ

(๑๑) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDG)

(๑๒) การกำหนดวิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ หรือ รพ.สต. และสถานีนอyman (สอน.)

เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจให้กับ อบจ.

สามารถติดตามรายละเอียดของข้อมูลปรากฏตาม QR Code แนบท้ายนี้



บทที่ ๕
การศึกษาดูงาน/
การจัดสัมมนา
ของคณะกรรมการวิชาการ

**๕.๑ สรุปผลการเดินทางไปศึกษาดูงาน
ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕**

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงานภายในประเทศ จำนวน ๒๑ ครั้ง ดังนี้
คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๔ ณ สถาบันพระปกเกล้า ณ ห้องராไพพรรณี สถาบันพระปกเกล้า ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อาคารรัฐประศาสนภักดี (อาคาร B)

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข นำโดย นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข คนที่สาม ในฐานะประธาน คณะอนุกรรมการ พร้อมด้วยที่ปรึกษา และคณะอนุกรรมการ ได้เดินทางไปเข้าร่วมหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับสถาบันพระปกเกล้า โดยมี นายวุฒิสาร ตันไชย เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า พร้อมด้วยผู้บริหารระดับสูงให้การต้อนรับ โดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นแนวทางการศึกษาวิจัยเพื่อการขับเคลื่อนการปฏิรูปเขตสุขภาพ (Sandbox) เขตสุขภาพนำร่อง จำนวน ๔ เขต ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๔ เขตสุขภาพที่ ๙ เขตสุขภาพที่ ๑๒ เขตสุขภาพที่ ๑๓ ตามแผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข ในประเด็นการปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการคล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ผู้แทนสถาบันพระปกเกล้าเห็นด้วยกับหลักการและแนวทางการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปเขตสุขภาพของคณะอนุกรรมการ ตสร. โดยพร้อมทำหน้าที่เป็นฝ่ายสนับสนุนด้านการออกแบบ การใช้อำนาจความรู้ทางวิชาการในการศึกษาและวิจัย การติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขของอนุกรรมการ ตสร. ในกรรมการการสาธารณสุข พร้อมทั้ง มีข้อเสนอแนะ ต่อการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขให้พิจารณาปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อปฏิรูป คือ อำนาจในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และงบประมาณเป็นสำคัญ

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบสุขภาพ ปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๔ ณ ศูนย์การแพทย์ปัญญา นันทภิกขุ ชลประทาน จังหวัดนนทบุรี

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบสุขภาพ ปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และการสร้างพลวัตหน่วยระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นเครือข่ายการให้บริการประชาชนในพื้นที่ชุมชน ณ ศูนย์การแพทย์ปัญญา นันทภิกขุชลประทาน จังหวัดนนทบุรี หน่วยบริการปฐมภูมิ ชลประทาน และรพ.สต.บ้านใหม่ อำเภอบางบาล จังหวัดนนทบุรี โดยศูนย์การแพทย์ฯ มีการดำเนินงานร่วมกับเทศบาลนครบางบาล และมูลนิธิต่าง ๆ ให้บริการสุขภาพครอบครัวในพื้นที่ย่านบางบาลกว่าสี่แสนคน โดยในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ มีการให้บริการในทุกมิติร่วมกับหน่วยงาน

ในพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขจังหวัด เทศบาลนครปากเกร็ด มูลนิธิกระจกเงา มีการสร้างระบบรองรับผู้ป่วยโควิดทั้ง HI และ CI รวมถึงการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชลประทาน ซึ่งเป็นบริการด้านหน้าให้บริการแก่ประชาชนทั้งในสภาวะปกติและในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด ๑๙ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกตรวจประชาชนทุกวัน และการติดตามเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการตรวจเชิงรุก ATK การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ มีจำนวน ๕ แห่ง นอกจากนี้มีการดำเนินงานโดยชุมชนดูแลสุขภาพของคนในชุมชนตนเอง ซึ่งการจัดตั้งเป็นคลินิกผู้สูงอายุ, โดยมีผู้นำชุมชนขับเคลื่อนความร่วมมือในชุมชนที่เข้มแข็ง ภายใต้การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลแม่ข่ายชลประทาน รวมถึงการสนับสนุนของท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง และมีการดำเนินงานเชิงรุก การดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการสนับสนุนให้ อสม. ได้รับการฝึกอบรมด้าน care giver ในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับจิตอาสาชุมชนในด้าน รพ.สต.บ้านใหม่ มีการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ดูแลประชากรกว่า ๓๓,๓๐๕ คน มีการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ ทั้งโรงเรียน วัด ร้านยา คลินิกชุมชนอบอุ่น ศูนย์สุขภาพชุมชนชมรม มูลนิธิ ผู้ประกอบการและอื่น ๆ โดยมีผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และเข้มแข็ง ควรเป็นแบบการดำเนินงานด้านปฐมภูมิที่กว้างขวางขึ้นไป

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๖ - ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๔ ณ จังหวัดสุพรรณบุรี

คณะกรรมการการสาธารณสุข โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน นำโดย พลโท อำพน ชูประทุม ปรีชาคณะกรรมาธิการ ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการ พร้อมด้วยคณะ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และการสร้างพลวัตหน่วยระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นเครือข่ายการให้บริการประชาชนในพื้นที่ชุมชน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีนายชูชีพ พงษ์ไชย รองผู้ว่าราชการจังหวัดสุพรรณบุรี คณะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และนายอำเภอบางปลาม้า รวมทั้งผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดดาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลาม้า ให้การต้อนรับพร้อมทั้งบรรยายสรุปเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านบริการปฐมภูมิ โดยในพื้นที่มีโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๗ แห่ง ซึ่งได้มีการจัดตั้งเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน ๖ เครือข่าย ทั้งนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดดาว ได้จัดตั้งเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลาม้า ดูแลประชากรในพื้นที่ จำนวน ๘,๔๒๑ คน มีสัดส่วนผู้สูงอายุ จำนวน ๑,๔๕๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔ ของประชากร การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในทุกกลุ่มวัยตั้งวัยเด็กถึงผู้สูงอายุ ดังนี้ กลุ่มวัยเด็ก อายุ ๐ - ๕ ปี ให้บริการเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก การฉีดวัคซีน การตรวจสุขภาพร่างกาย และตรวจสุขภาพช่องปาก รวมถึงแนวทางและมาตรการป้องกันโรคโควิด ๑๙ เพื่อบริการเปิดเรียน รวมทั้งแนวทางการป้องกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มวัยรุ่น ๑๕ - ๒๑ ปี เน้นการป้องกันตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และปัญหาเสพติดในชุมชน กลุ่มวัยทำงาน ๒๒ - ๕๙ ปี เน้นการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ และตรวจสุขภาพประจำปี กลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีการจัดบริการ long term care การออกเยี่ยมบ้าน และการให้กำลังใจผู้ป่วย สำหรับการดำเนินงานในช่วงสถานการณ์โควิด ๑๙

ภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ได้ร่วมมือกันในพื้นที่ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา ในด้านการตรวจคัดกรองเชิงรุก ATK หากพบว่า เป็นผู้มีความเสี่ยง ให้มีการตรวจซ้ำโดย RT-PCR และแยกผู้ป่วยออกจากครอบครัวอย่างรวดเร็ว เพื่อนำเข้าสู่ระบบ Isolation หรือการแยกกันแบบ Home Isolation รวมถึงการรักษาในโรงพยาบาลสนาม โดยปัจจุบันมีผู้ป่วยระดับสี่เหลี่ยมที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสนามอำเภอบางปลาม้า (วัดหงส์) จำนวน ๘ คน และสามารถขยายบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยได้ถึงจำนวน ๑๕๐ คน ซึ่งได้รับความร่วมมือจากบุคลากรของโรงพยาบาลบางปลาม้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทำให้ผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถหยุดการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาหายป่วยและสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการ ร่วมกับรองผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะผู้บริหารได้มอบสิ่งของเครื่องใช้ในการยังชีพให้กับประชาชนผู้ประสบภัยน้ำท่วมในพื้นที่ตำบลวัดดาว เพื่อเป็นการช่วยเหลือและบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชนอีกด้วย

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ ณ จังหวัดลำปาง และจังหวัดเชียงใหม่

นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข คนที่สอง ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำ และดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ (ตสร.) ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมด้วยคณะอนุกรรมการ ตสร. และผู้ชำนาญการประจำคณะอนุกรรมการการสาธารณสุข เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงาน โดยมี รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑ ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และแม่ฮ่องสอน ให้การต้อนรับ พร้อมร่วมกันหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในประเด็นเกี่ยวกับการปฏิรูปเขตสุขภาพ (Sandbox) เขตสุขภาพนำร่อง โดยเฉพาะการจัดระบบบริการในพื้นที่เขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการคล่องตัวและการร่วมรับผิดชอบ โดยพบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้เคยดำเนินการบริหารจัดการการให้บริการของสถานบริการภายในจังหวัดในลักษณะคณะกรรมการบริหารจัดการจังหวัดเชียงราย (Chiangrai Service Provider Board) ในลักษณะเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ซึ่งการบริหารจัดการในลักษณะดังกล่าวก่อให้เกิดผลเชิงบวกในทางปฏิบัติ เช่น การส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชน มีศักยภาพในการผ่านตัดบางกรณี โดยไม่ต้องส่งต่อเข้ามายังโรงพยาบาลจังหวัด หรือการสร้างกองทุนร่วมจังหวัด เพื่อใช้งบประมาณสำหรับการจัดหายา และการตรวจพิเศษ แต่ขณะเดียวกันก็พบปัญหาและอุปสรรคที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน เช่น ฝ่ายการเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงอาจจะไม่สนับสนุนการดำเนินการที่ผ่านมา ทั้งนี้ คณะกรรมการ และอนุกรรมการ ตสร. ด้านสาธารณสุข ได้มีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิรูปเขตสุขภาพนำร่องว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑ ควรจัดตั้งทีมงานศึกษาวิจัย ระหว่างการดำเนินการ (Action Research) การปฏิรูปเขตพื้นที่นำร่อง (Sandbox) โดย อนุกรรมการ ตสร. ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมประสานความร่วมมือกับสถาบันพระปกเกล้า เพื่อให้การส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับกรอบอัตรากำลัง กรอบอัตราค่าตอบแทน หรือการกระจายทรัพยากร เช่น ยา ไปแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจจะต้องอาศัยความร่วมมือ

กับภาคเอกชน ตลอดจนการเปิดกว้างให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านต่าง ๆ นอกจากนี้ยังควรศึกษากฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการด้านสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การกำหนดข้อเสนอแนะให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๑๑ - ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ณ จังหวัดร้อยเอ็ด

วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ คณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย พลโท อำนวย ชูประทุม พร้อมด้วยคณะ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยรับฟังบรรยายสรุปเกี่ยวกับการสร้างพลวัตหน่วยระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นเครือข่ายการให้บริการประชาชนในพื้นที่ชุมชน ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีนายภูสิต สมจิตต์ ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด พร้อมด้วยนายแพทย์ปิ๊ด ทังไพศาล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด นายแพทย์ชาญชัย จันทรวชัยกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และคณะบุคลากรให้การต้อนรับและบรรยายสรุปเกี่ยวกับการให้บริการปฐมภูมิโดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดใช้นโยบาย ๑ Province ๑ Hospital ดูแลประชาชนแบบไร้รอยต่อ ใน ๒๐ อำเภอ โดยมี รพ.สต.กว่า ๒๒๙ แห่ง กระจายในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพดูแลประชาชนถึงบ้าน และใช้กลไกขับเคลื่อนนโยบายหมอ ๓ คน รวมถึงมีความร่วมมือของภาคส่วนในพื้นที่เป็นพลวัตปฐมภูมิร่วมกันของภาครัฐ เอกชน และชุมชน รวมถึงการสร้างเชื่อมั่นการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะการออกเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ผู้พิการและประชาชนทุกกลุ่มวัย นอกจากนี้มีโรงพยาบาลเอกชนและเทศบาลในพื้นที่ร่วมให้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิของประชาชนในพื้นที่เพื่อสร้างความเข้มแข็งของบริการปฐมภูมิในพื้นที่มากยิ่งขึ้น และวันศุกร์ที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ คณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย พลโท อำนวย ชูประทุม พร้อมด้วยคณะ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การดำเนินของศูนย์สุขภาพชุมชนสวนพยอม และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี อำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด โดยรับฟังบรรยายสรุปเกี่ยวกับการดำเนินงานของผู้บริหารหน่วยบริการทั้งสองแห่ง เป็นพื้นที่ที่มีการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ประชาชนได้รับบริการอย่างใกล้ชิดถึงบ้าน และชุมชน มีความร่วมมือร่วมใจของท้องถิ่น บ้าน วัด และชุมชน รวมถึงเอกชนร่วมกันจัดบริการภายใต้บริบทชุมชนแบบบูรณาการ เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลและส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง มุ่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเป็นศูนย์พัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงแบบบูรณาการเช่นเดียวกัน

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ณ จังหวัดภูเก็ต

เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ระหว่าง ๑๐.๓๐ - ๑๓.๐๐ นาฬิกา ณ ห้องประชุมราชพฤกษ์ ชั้น ๖ อาคารบ้านคุณพุ่ม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์

รองประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข คนที่สอง ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ (ตสร.) ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมด้วยผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ และอนุกรรมการ ตสร. เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงาน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ต นายองค์การบริหาร ส่วนจังหวัดภูเก็ต นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลป่าตอง และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขให้การต้อนรับ บรรยายสรุปและร่วมแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นในประเด็น ดังนี้ ๑) ระบบสุขภาพภูเก็ตปัญหาแนวทางพัฒนา การดำเนินการภายใต้สถานการณ์ โควิด ๑๙ รวมทั้งปัญหาระบบบริการในกลุ่ม โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ๒) ร่างแผนแม่บทระบบสุขภาพจังหวัดภูเก็ตตามนโยบาย Phuket Health Sandbox ทั้งนี้ คณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการ ได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินการ ตามนโยบาย Phuket Health Sandbox ว่า มีลักษณะคล้ายกับการดำเนินการปฏิรูปเขตสุขภาพนำร่อง (Sandbox) เขตสุขภาพที่ ๑ ที่คณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านสาธารณสุข ลงพื้นที่ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด การปฏิรูปในพื้นที่จังหวัดลำปาง ที่ได้ดำเนินการออกแบบระบบการบริหารงานผ่านคณะกรรมการ ระดับจังหวัด ซึ่งจะเป็นตัวแปรสำคัญในการปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการด้านสาธารณสุข ดังนั้น หากจังหวัด ภูเก็ตสามารถระดมการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และส่วนท้องถิ่นได้ ก็จะช่วย ส่งเสริมการปฏิรูประบบการให้บริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะแนวทางของจังหวัดภูเก็ตถูกขับเคลื่อน โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตเอง ต่างจากการปฏิรูปในพื้นที่อื่น ๆ ที่ยังมีลักษณะการดำเนินการภายใต้ กระทรวงสาธารณสุขที่อาจจะยังมีอุปสรรคด้านกลไกการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติและกฎหมาย ลำดับรองที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ประเด็นท้าทายต่อการปรับรูปแบบการให้บริการยังต้องให้ความสำคัญ กับการเปลี่ยนแปลงฝ่ายการเมือง โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนผู้บริหารของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงขั้นตอน การจัดทำคำขอเพื่อรับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ จากนั้น คณะเดินทางได้เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ภายในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต เพื่อพิจารณาจุดเด่น ปัญหา และโอกาสการพัฒนาบริการสุขภาพ ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต และโรงพยาบาลฉลอง โดยพบว่า การบริหารจัดการสถานบริการ ยังมีอุปสรรคสำคัญในด้านอัตรากำลังที่มีการโอนย้ายส่งผลให้บุคลากรค่อนข้างขาดแคลน ซึ่งฝ่ายปกครอง จังหวัดภูเก็ตมีความต้องการปรับระบบการให้บริการสาธารณสุข โดยมีโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเป็นศูนย์กลาง การดูแลเฉพาะทาง พร้อมกับสร้างความเชื่อมโยงการให้บริการผ่านการเชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุข หากบริหารจัดการได้เรียบร้อยคาดว่า จังหวัดภูเก็ตจะสามารถเป็นต้นแบบการปรับระบบสถานบริการให้พื้นที่ อื่น ๆ ในประเทศไทยได้ ขณะที่คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ ได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะว่า การออกแบบระบบการให้บริการระดับจังหวัดยังมีความสำคัญ ซึ่งนอกจากจะต้องพิจารณาในเชิงพื้นที่ (Area) แล้วยังต้องพิจารณาการออกแบบระบบการให้บริการเชิงกลไก (Function) โดยเชื่อมโยงและประสาน ความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขควบคู่กันไป ทั้งนี้ อนุกรรมการ ตสร. จะพิจารณาแนวทางการดำเนินการนโยบาย Phuket Health Sandbox ของจังหวัดภูเก็ต เพื่อเป็นประเด็นในการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปเขตสุขภาพนำร่อง (Sandbox) เขตสุขภาพที่ ๑ จังหวัดเชียงใหม่และ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และวันศุกร์ที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ณ จังหวัดภูเก็ต นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข คนที่สอง ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ (ตสร.) ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมด้วยผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ และอนุกรรมการ ตสร. เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงานสถานบริการสาธารณสุขภายในจังหวัดภูเก็ต

เป็นวันที่สอง จำนวน ๔ แห่ง ได้แก่ ๑) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) วิจิต ๒) โรงพยาบาลป่าตอง ๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านมาหนัก และ ๔) โรงพยาบาลกลาง โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต นายแพทย์สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ รพ.สต. อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) พร้อมด้วยผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต เข้าร่วมหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการให้บริการผ่านระบบปฐมภูมิ การถ่ายโอนให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ตลอดจนแนวทางการดำเนินการตามนโยบาย Phuket Health Sandbox ที่เป็นการสร้างความเชื่อมโยงเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขภายในจังหวัดภูเก็ต ทั้งนี้ คณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการ ได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะใน ๒ ประเด็นสำคัญ คือ ๑) ประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ควรมีการวิเคราะห์ทบทวนผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบกับบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และผลประโยชน์ของประชาชนอย่างรอบด้าน ซึ่งสามารถศึกษาได้จากงานศึกษาวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตลอดจนควรพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของฝ่ายการเมืองจะส่งผลกระทบต่อการบริหารงานสถานบริการในระยะยาวอย่างไร โดยเฉพาะประเด็นด้านงบประมาณสำหรับบุคลากรที่กำหนดให้การใช้จ่ายงบประมาณด้านดังกล่าวต้องไม่เกินร้อยละ ๔๐ ของงบประมาณที่ท้องถิ่นได้รับตามมาตรา ๓๕ ของพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ๒) การดำเนินการตามนโยบาย Phuket Health Sandbox ที่เป็นการสร้างความเชื่อมโยงเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขภายในจังหวัดภูเก็ต คณะอนุกรรมการ ตสร. ให้ความสนในการดำเนินการ ตสร. ร่วมกับการดำเนินการปฏิรูปเขตสุขภาพนาร่อง (Sandbox) เขตสุขภาพที่ ๑ เนื่องจากมีความแตกต่างจากจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่อยู่ในฐานะพื้นที่ห่างไกล และจังหวัดเชียงใหม่ในฐานะที่เป็นจังหวัดเขตเมือง ซึ่งจังหวัดภูเก็ตมีความโดดเด่นจากศักยภาพทางเศรษฐกิจด้านการท่องเที่ยวและเมืองครุภัณฑ์ส่วนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็ง นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการ ตสร. จะดำเนินการผลักดันประเด็นการปฏิรูปร่วมกับคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยให้เพิ่มประเด็นการจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อทำหน้าที่ในการบริหารโรงพยาบาลภายในจังหวัดเป็นลักษณะเครือข่าย ในประเด็นการปฏิรูปเขตสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้การปฏิรูประบบบริการมีศักยภาพยิ่งขึ้น

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๔ ณ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วันพฤหัสบดีที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๔ นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำทีมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยมีนายแพทย์วรา เศลวัตนะกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ นายแพทย์จิตตรัตน์ เตชวุฒิพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน พร้อมคณะผู้บริหารโรงพยาบาลหัวหิน ให้การต้อนรับและร่วมประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์และอำเภอหัวหินที่เป็นพื้นที่นาร่องด้านการท่องเที่ยว (Sandbox) ซึ่งได้มีการดำเนินงานตามโครงการ HUA HIN RECHAEG โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวหินได้กำหนดมาตรฐานความปลอดภัยด้านสุขอนามัยสำหรับสถานประกอบการตามมาตรฐาน SHA หัวหิน เพื่อควบคุมมาตรฐานสถานประกอบการปลอดภัยรองรับนักท่องเที่ยว สำหรับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ได้ดำเนินงานตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ๔ ด้าน ประกอบด้วย ด้านระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข การคุ้มครองผู้บริโภค

และความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลัง โดยมีการนำระบบ IT มาใช้ในการดำเนินงานนโยบายการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด ๑๙ กำหนดไว้ ๓ มาตรการ คือ ๑. การดำเนินงานตามแนวชายแดน ๒. พื้นที่ตำบลชายแดน และ ๓. พื้นที่ตอนใน โดยจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของฝ่ายความมั่นคง ตำรวจ ฝ่ายปกครอง และผู้นำชุมชนในพื้นที่ เพื่อตั้งจุดสกัดและจุดตรวจ สำหรับภาพรวมการฉีดวัคซีนในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีประชากรได้รับวัคซีน เข็มที่ ๑ ร้อยละ ๖๙.๕ เข็มที่ ๒ ร้อยละ ๖๒.๓ และเข็มที่ ๓ ร้อยละ ๓.๓ ทั้งนี้ ภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๔ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์จะเร่งการฉีดวัคซีนทั้ง ๒ เข็ม ให้ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ต่อไป ต่อมา คณะกรรมการการสาธารณสุข ได้เดินทางไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินเหล็กไฟ ตำบลหินเหล็กไฟ อำเภอหัวหิน เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินเหล็กไฟเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินเหล็กไฟมีเจ้าหน้าที่ จำนวน ๑๓ คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๔ คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๒ คน นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) จำนวน ๑ คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข จำนวน ๑ คน เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม จำนวน ๑ คน แพทย์แผนไทย จำนวน ๑ คน บุคลากรสายสนับสนุน จำนวน ๓ คน การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวได้จัดทีมสุขภาพ ประกอบด้วย สหวิชาชีพของโรงพยาบาลหัวหิน มีแพทย์และเภสัชกรออกให้บริการ ๔ ครั้งต่อเดือน นักกายภาพบำบัดออกให้บริการ จำนวน ๑ ครั้งต่อเดือน และนักจิตวิทยาออกให้บริการ จำนวน ๑ ครั้งต่อปี โดยทีมสหวิชาชีพดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินเหล็กไฟและทีม อสม. ให้บริการประชาชนในพื้นที่ ส่วนการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้รับการประเมินในระดับดีมาก ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสงค์ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน ๑๖ แห่ง ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินเหล็กไฟไม่ประสงค์จะถ่ายโอนในปี ๒๕๖๕ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ ไม่มีความมั่นใจในระบบบริหารจัดการ รวมทั้งความชัดเจนเรื่องความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ และภาระผูกพันของเจ้าหน้าที่ อาทิ ครอบครัว หนี้สิน ที่พักอาศัย เป็นต้น

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๔ ณ จังหวัดเชียงราย

คณะอนุกรรมการ ทสร. ด้านสาธารณสุข ลงพื้นที่เชียงราย เกาะติดถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย คณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงาน โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เชียงราย ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ และสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ให้การต้อนรับพร้อมร่วมหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย : การดำเนินการ ความพร้อม ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนการบูรณาการเชื่อมโยงระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งพบว่า อบจ. เชียงราย ดำเนินการรับถ่ายโอน รพ.สต. ผ่านการใช้ระบบสมัครใจและความพร้อมของบุคลากรเพื่อไม่ให้เกิด

แรงกระเพื่อมในการดำเนินงาน โดยมี รพ.สต. ที่สมัครใจถ่ายโอนมายัง อบจ. เชียงราย จำนวน ๑๑๘ แห่ง จากทั้งหมด ๒๑๑ แห่ง ซึ่ง อบจ. เชียงรายมีความพร้อมในการส่งเสริมศักยภาพด้านการสาธารณสุข จากการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม คณะอนุกรรมการ ตสร. ได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ว่า รพ.สต. คือ รากฐานสำคัญของระบบการให้บริการด้านสาธารณสุข ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับประเด็น การติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูป ของอนุกรรมการ ตสร. ที่อยู่ระหว่างการดำเนินการติดตาม การปฏิรูประบบบริการเขตสุขภาพนำร่อง (Sandbox) เขตสุขภาพที่ ๑ จึงมีข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับการถ่ายโอน รพ.สต. เกี่ยวกับการเชื่อมโยงระบบการให้บริการกับสถานบริการในระดับอื่น ๆ ซึ่งหาก อบจ. สามารถ บูรณาการการทำงานร่วมกันกับกระทรวงสาธารณสุขได้ ก็จะส่งผลให้การปฏิรูประบบบริการมีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น และวันศุกร์ที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ คณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการ ตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงาน โดยมีผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้ให้การต้อนรับ พร้อมร่วมหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นเกี่ยวกับแนวทางการปฏิรูปเขตสุขภาพนำร่อง (Sandbox) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑ ในด้านการบริหารงานบุคคล ดำเนินการในพื้นที่ ๒ จังหวัด คือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในฐานะพื้นที่ห่างไกล (Remote Area) และจังหวัดลำปาง ในฐานะพื้นที่การบริหาร ผ่านระบบคณะกรรมการในรูปแบบ One Province One Hospital เพื่อหาแนวทางการบริหารงานบุคคล ให้มีความคล่องตัว รวมทั้งการจัดระบบบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดเชียงราย อย่างไรก็ตาม คณะอนุกรรมการ ตสร. ได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะการปฏิรูประบบบริการเขตสุขภาพนำร่อง (Sandbox) เขตสุขภาพที่ ๑ โดยต้องการให้หน่วยบริการในระดับเขตสุขภาพที่ ๑ และจังหวัดในสังกัด ได้นำเสนอข้อเสนอเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิรูปการจัดระบบบริการ ให้เกิดประสิทธิภาพ เพื่อให้คณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านสาธารณสุข ประสานงานกับสถาบันพระปกเกล้า ในการกำหนดประเด็นศึกษาวิจัย และนำประเด็นเข้าสู่การหารือกับสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการ พลเรือน (ก.พ.) เพื่อพิจารณาแยกแวกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานปฏิรูป เขตสุขภาพนำร่อง (Sandbox) เขตสุขภาพที่ ๑ ต่อไป นอกจากนี้ คณะเดินทางยังได้ลงพื้นที่เยี่ยมชม อาคารผู้ป่วยนอกและพื้นที่จัดบริการโดยรอบของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ที่ได้มีการปรับปรุง ให้เกิดความทันสมัยด้านการให้บริการจากเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการ

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ณ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดยนายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ พร้อมด้วยกรรมการ และผู้ชำนาญการประจำกรมการสาธารณสุข เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาล ศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดแม่ฮ่องสอน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๑ ผู้บริหารโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ตลอดจนบุคลากรด้านสาธารณสุขให้การต้อนรับ และร่วมกันสักการะเบื้องหน้าพระราชานุสาวรีย์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (สมเด็จย่า) จากนั้น จึงร่วมรับฟังการบรรยายสรุปผลการดำเนินงาน

ของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ และการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ทุรกันดาร รวมถึงประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประเด็นการปฏิรูปเขตสุขภาพนาร่องเขตสุขภาพที่ ๑ ซึ่งพบว่า มีอุปสรรคจากการจัดสรรงบประมาณที่ใช้จ่าย ตามงบประมาณจากสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และงบประมาณด้านการให้บริการ จากสิทธิประกันสังคมไม่เพียงพอ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เข้ามาช่วยดำเนินการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม ในส่วนนี้ ทั้งนี้ จังหวัดแม่ฮ่องสอนได้มีการพัฒนาระบบสถานบริการสาธารณสุขชุมชน เพื่อรองรับ และยกระดับการให้บริการในพื้นที่ห่างไกล ตลอดจนการพัฒนาระบบอิเล็กทรอนิกส์และการส่งต่อ ในช่องทางต่าง ๆ ให้ชาวแม่ฮ่องสอนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการมากขึ้น เช่น การพัฒนาระบบ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ ต่อประเด็นการแก้ไขปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับบุคลากร การรักษาและการป้องกันโรค ควรผลักดันให้เกิดกระจายอำนาจการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการงบประมาณ โดยให้เขตสุขภาพ แต่ละพื้นที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข ส่วนการบริหารงานบุคคลควรพิจารณาศึกษาจากร่างกฎ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนาและทดสอบนวัตกรรม ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล พ.ศ. ที่จะช่วยให้พื้นที่ปฏิรูปนาร่องเขตสุขภาพที่ ๑ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกลมีความคล่องตัวในการบริหารงานมากขึ้น จากนั้น ช่วงบ่ายคณะกรรมการได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) บ้านห้วยปู่แกง ตำบลผาบ่อง และ รพ.สต.รักไทย เพื่อรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะช่วงการแพร่ระบาดของ โรคโควิด ๑๙ ทั้งการตรวจคัดกรอง การรักษา การเชื่อมโยงการให้บริการร่วมกับ รพ.สต. ตลอดจน การฉีดวัคซีนเข็มที่สามในชุมชนได้กว่าร้อยละ ๘๐ โดยคณะกรรมการได้กล่าวชื่นชมการทำหน้าที่ ของบุคลากรของ สสช. และเห็นว่าควรมีการปรับค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่ที่มีภาระงานค่อนข้างมาก เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ต่อไป และวันศุกร์ที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ณ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมอกจำแป่ อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดยนายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง ในฐานะประธานคณะอนุ กรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ (ตสร.) ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมด้วยผู้ชำนาญการประจำ คณะกรรมการ ได้เข้าร่วมรับฟังการบรรยายสรุป เกี่ยวกับประเด็นโภชนาการเด็กปฐมวัยโดนผู้แทน รพ.สต. หมอกจำแป่ ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หมอกจำแป่ ผู้แทนสำนักงานศึกษาธิการ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และผู้แทนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ทั้งนี้ พบว่า ในปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมา การจัดโภชนาการเด็กปฐมวัย อายุ (๐-๕ ปี) ยังมีอุปสรรคด้านการจัดอาหารเสริม ระหว่างมื้ออาหารตามโครงการ “นม ๑ กล่อง ไข่ ๑ ฟอง” ซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการและส่วนสูง ของเด็กปฐมวัย โดยส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) ลดลง แบ่งเป็นเด็กผู้ชายสูงเฉลี่ย ๑๐๙ เซนติเมตร เด็กผู้หญิงสูงเฉลี่ย ๑๐๗ เซนติเมตร ในภาพรวมในพื้นที่จึงยังมีเด็กเตี้ยและค่อนข้างเตี้ยอันเป็นผลมาจากการพัฒนาเด็กปฐมวัย ระหว่างร้อยละ ๑๐-๑๕ สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากงบประมาณที่ยังไม่เพียงพอ จากงบประมาณรายหัวเด็กปฐมวัยที่ได้รับเพียง ๒๐ บาทต่อหนึ่งคน โดย อบต. จะต้องหางบประมาณสนับสนุน อีก ๕ บาทต่อหนึ่งคน เพื่อจัดโภชนาการให้ครบถ้วน แต่ก็ยังไม่เพียงพอ ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุน งบประมาณเพิ่มเติมอีก ๑๕ บาทต่อหนึ่งคน จึงจะเพียงพอต่อการจัดการด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย ให้มีพัฒนาการเหมาะสมตามช่วงวัย อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะว่า รับทราบประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยจะนำไปขับเคลื่อนผ่านกลไกที่เกี่ยวข้องภายใต้ พระราชบัญญัติด้านการปฏิรูปการศึกษา จำนวน ๒ ฉบับ ที่กำหนดให้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

มีบทบาทการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงศึกษาธิการ ทั้งในด้านการใช้จ่ายงบประมาณและการสนับสนุน ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งจำเป็นจะต้องผลักดันให้เกิดการปฏิบัติงานร่วมกันในเชิงบูรณาการระหว่าง ๔ หน่วยงาน คือ ๑) กระทรวงสาธารณสุข ๒) กระทรวงศึกษาธิการ ๓) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ ๔) หน่วยงานส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจจัดทำแผนระดับจังหวัดด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อเชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๗ - ๘ มีนาคม ๒๕๖๕ ณ จังหวัดบุรีรัมย์

คณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการ การสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข คนที่สอง และในฐานะประธาน คณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านสาธารณสุข และคณะ ลงพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ณ รพ.สต. บ้านบัว อำเภอเมืองบุรีรัมย์ และ PCC เขตเมือง ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน ๑ (ละลม) อำเภอเมืองบุรีรัมย์ เพื่อรับฟังประเด็นปัญหาการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. และการดำเนินงานด้านการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ และ อสม. ผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ จากนั้น ในช่วงบ่าย ณ ห้องประชุม ๙๐๑ ชั้น ๙ อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ คณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านสาธารณสุข ได้มีการหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับ คณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๙ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผู้บริหารระดับสูงของเขตสุขภาพที่ ๙ ทั้ง ๔ จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์ รวมทั้งผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนโรงพยาบาลชุมชน และผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตลอดจนบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปเขตสุขภาพนาร่อง (Sandbox) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๙ การปฏิรูประดับจังหวัด รวมทั้งภาพรวมประเด็นปัญหาการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเขตสุขภาพที่ ๙ ได้มีการขับเคลื่อนการปฏิรูปที่สำคัญหลายเรื่อง ซึ่งมุ่งเน้นประเด็นสำคัญ คือ การดำเนินการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจากการปฏิรูป คือ ประชาชนเห็นการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในการปฏิรูปเขตสุขภาพ โดยประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้รับความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและทันสมัย ลดการส่งต่อออกนอกเขต สำหรับประเด็นเกี่ยวกับการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. กรณีพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา มี รพ.สต. ประสงค์ถ่ายโอนไปยัง อบจ. จำนวน ๑๘๒ แห่ง บุคลากรถ่ายโอนรวมทั้งสิ้น จำนวน ๑,๔๙๔ คน โดยพบปัญหา เช่น มีบุคลากรเปลี่ยนใจไม่ถ่ายโอน บุคลากรที่ไม่ประสงค์ถ่ายโอน ต้องเขียนย้ายไปอยู่ส่วนราชการใหม่ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเกลี้ยอัตรากำลัง นอกจากนี้ ตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต. ยังไม่มีความชัดเจนว่าจะเกลี้ยไปส่วนราชการใดต่อกรณีดังกล่าว คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา มีข้อห่วงใยจึงได้มีหนังสือถึงนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งได้มีการหารือร่วมกับรัฐมนตรีช่วยว่าการสาธารณสุข (นายสาธิต ปิตุเตชะ) และนำเสนอข้อเสนอต่อกรณีปัญหาที่เกิดจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ด้วยแล้ว ซึ่งคณะกรรมการ เห็นว่า ควรมีการพิจารณาบทวนการดำเนินการและควรหารือร่วมกัน ๓ ฝ่าย ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย

กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ เพื่อร่วมกันกำหนดแผนให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ และเพื่อประโยชน์ในการให้บริการแก่ประชาชนที่มีประสิทธิภาพ

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เข้าพบรองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ เครืองาม) ในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๕ ณ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล

เมื่อวันศุกร์ที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๕ ณ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ และคณะ ได้เข้าร่วมประชุมหารือ กับรองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ เครืองาม) ในฐานะประธานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงาน ก.พ. สำนักงบประมาณ ผู้แทน ก.ก.ถ. และสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี โดยคณะกรรมการได้แสดงความห่วงใยต่อการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ในคราวเดียวกันจำนวน ๓,๓๘๔ แห่ง ในลักษณะเร่งรีบในขณะที่ยังไม่มีความพร้อมเนื่องจากยังขาดการเตรียมการ และยังไม่มีความชัดเจนทั้งด้านบุคลากร เกี่ยวกับความก้าวหน้า งบประมาณ การจ้างบุคลากรทดแทนบุคลากรที่ไม่ถ่ายโอน ด้านงบประมาณ เนื่องจากการจัดสรรโดย สปสช. พบว่า ยังไม่มีความพร้อมทั้งด้านการกำหนดรูปแบบ หรือความตกลงของจังหวัดที่ชัดเจน ด้านการให้บริการสาธารณสุข เกี่ยวกับความชัดเจนของภารกิจที่รับโอน และการส่งต่อผู้ป่วยคนละสังกัด และการตามจ่ายเงิน รวมถึงการถ่ายโอนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ที่อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการป้องกันและควบคุมโรค พร้อมนี้ คณะกรรมการมีความเห็นว่า ไม่ได้ชัดเจนการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. แต่การดำเนินการโดยเร่งรีบและยังไม่มีความพร้อม จะเกิดผลกระทบมากกว่าผลดี เนื่องจาก อบจ. มีศักยภาพและความพร้อมไม่เท่ากัน และเห็นด้วยกับแนวทางการพิจารณาของสำนักงบประมาณที่ได้พิจารณารอบวงเงินการถ่ายโอน รพ.สต. สำหรับงบประมาณปี ๒๕๖๖ จำนวน ๕๑๒ แห่ง ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕ ซึ่งสำนักงบประมาณได้พิจารณารอบวงเงินตามหลักเกณฑ์มาตรฐานทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณของ รพ.สต. ที่จะถ่ายโอนไปที่จะทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานบริการต่อสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง โดยคณะกรรมการได้มีข้อเสนอแนะต่อที่ประชุมว่า ควรให้มีการจัดทำพื้นที่นำร่อง (Sandbox) โดยกำหนดให้ อบจ. ที่ผ่านการประเมินความพร้อมในการรับการถ่ายโอน และ รพ.สต. ที่พร้อมในการถ่ายโอน โดยความสมัครใจของบุคลากรทุกคนใน รพ.สต. มากำหนดให้เป็นจังหวัดนำร่อง เพื่อให้เกิดความชัดเจนของระบบการเงิน การคลัง บุคลากร วัสดุ และการสนับสนุนทางวิชาการ โดยมีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องจากทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมเป็นผู้ดำเนินการ และมีหน่วยงานทางวิชาการเป็นผู้ประเมินผล เช่น สวรส. สถาบันพระปกเกล้า หรือ ทีดีอาร์ไอ กำหนดเป็น Phasing เพื่อให้เกิดความชัดเจน และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ซึ่งหากผลการประเมินออกมาเป็นผลที่ดี คณะกรรมการก็เห็นด้วยที่จะให้มีการถ่ายโอนไป อบจ. ในระดับประเทศต่อไป ทั้งนี้ ในการประชุมดังกล่าว นายวิษณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรี ในฐานะประธานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับฟังข้อเสนอของคณะกรรมการ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาดำเนินการต่อไป

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ ณ จังหวัดพิจิตร

คณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ และคณะ ลงพื้นที่ เพื่อหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประเด็น "การสะท้อนปัญหาด้านสาธารณสุข รวมทั้งมุมมองต่อกรณีการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. เพื่อนำไปสู่การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการออกแบบระบบสุขภาพระดับจังหวัด" ณ ห้องประชุมหลวงพ่อพเพชร ชั้น ๔ ศาลากลางจังหวัดพิจิตร โดยมีคณะผู้บริหารของจังหวัดพิจิตร ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพิจิตร ผู้บริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตลอดจนภาคประชาชน ภาคประชาสังคมและบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมการหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยประเด็นสำคัญจากการหารือ คือ ควรมีความร่วมมือกันในทุกฝ่าย โดยการหารือร่วมกันอย่างจริงจัง โดยเฉพาะความร่วมมือกับภาคประชาชน เพื่อนำไปสู่การออกแบบระบบสุขภาพระดับจังหวัดของจังหวัดพิจิตร นอกจากนี้ ควรพิจารณาหาความสมดุลของอำนาจระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น ทั้งนี้ เพื่อให้เห็นต้นแบบการดำเนินการ ควรจัดทำ Sandbox เพื่อเป็นพื้นที่นำร่องในการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. โดยทุกฝ่ายเข้าร่วมกันออกแบบดำเนินการ ซึ่งในครั้งนี้เป็นโอกาสที่ได้เริ่มต้นการหารือ และนำไปสู่การสร้าง ความเข้าใจ และการดำเนินการร่วมกัน โดยทั้งหมดเป็นไปเพื่อประโยชน์ของประชาชน ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดที่ทุกฝ่ายเห็นพ้องกัน

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๑๙ เมษายน ๒๕๖๕ ณ จังหวัดสงขลา

"หมอนรงค์" นำ กมธ.สาธารณสุข ลงพื้นที่หาดใหญ่ ตสร. เขตสุขภาพที่ ๑๒ แนะนำ กฏ ก.พ. นวัตกรรมฯ เชื่อมโยงทุกภาคส่วนเคลื่อนปฏิรูปทั้งระบบ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมณารักษ์ ชั้น ๖ อาคาร ๕๐ ปี โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมด้วยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ (ตสร.) ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา คนที่สอง ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ คณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการ ตสร. ร่วมลงพื้นที่ศึกษาดูงาน โดยได้รับเกียรติจากผู้บริหารราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๒ สาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ ๑๒ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา สาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ รวมทั้งผู้แทนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน และผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตลอดจนบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้การต้อนรับ จากนั้น จึงเข้าสู่การประชุมหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในประเด็น การปฏิรูปเขตสุขภาพนำร่อง (Sandbox) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๒ รวมถึง

ปัญหาการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ซึ่งมุ่งเน้นสร้างระบบการเชื่อมโยงการส่งต่อผู้ป่วยแต่ละจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๒ ให้สามารถได้รับการรักษาแต่ละพื้นที่ได้ โดยไม่ต้องเดินทางไกลจากการวางระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะถือเป็นการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม กรรมการ และอนุกรรมการ ตสร. ได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะต่อการปฏิรูปเขตสุขภาพที่ ๑๒ ว่า ควรเชื่อมโยงกับส่วนราชการ และภาคส่วนอื่น ๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย ส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบในเชิงพื้นที่ (Area) ซึ่งจะครอบคลุมระบบสุขภาพ ทั้งการรักษาและการป้องกันโรค ทั้งนี้ ทำให้เห็นสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ว่า ยังได้รับผลกระทบจากการบริหารโดยราชการส่วนกลางที่อาจทำให้มีข้อจำกัดในด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และการเงินการคลังและงบประมาณ ซึ่งจำเป็นต้องมีการปฏิรูปเพื่อให้เขตสุขภาพมีอำนาจในการบริหารจัดการบุคลากรและงบประมาณให้มีความอิสระและคล่องตัวมากขึ้น ซึ่งเขตสุขภาพนาร่องควรศึกษา กฎ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนาและทดสอบนวัตกรรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๕ เพื่อนำมาปรับใช้กับการดำเนินการปฏิรูป และเมื่อวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมณารักษ์ ชั้น ๖ อาคาร ๕๐ ปี โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมด้วยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ (ตสร.) ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา คนที่สอง ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ประจำคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการ ตสร. ร่วมลงพื้นที่ศึกษาดูงาน โดยประชุมหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในประเด็น การปฏิรูปเขตสุขภาพนาร่อง (Sandbox) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๒ รวมถึงปัญหาการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ซึ่งพบว่า เขตสุขภาพที่ ๑๒ มี รพ.สต. จำนวน ๓ จังหวัด ที่ไม่ประสงค์ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ได้แก่ จังหวัดตรัง จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส ส่วนบุคลากรในสังกัด รพ.สต. พื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีทั้งหมด ๘๖๔ คน มีความประสงค์โอนย้ายไปยัง อบจ. จำนวน ๖๙๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๙ สำหรับบุคลากรที่ไม่ประสงค์โอนย้าย เขตสุขภาพที่ ๑๒ จะดำเนินการปรับเปลี่ยบุคลากรภายในอำเภอ และจังหวัด แต่ทั้งนี้ จะต้องไม่เก็กรอบอัตรากำลังที่กำหนดไว้ โดยมีข้อห่วงกังวลสำหรับ รพ.สต. ขนาดเล็กที่จะต้องมีการประสานช่วยเหลือด้านบุคลากร และอุปกรณ์ ทั้งนี้ เห็นว่า ภายหลังจากถ่ายโอนครบบทบาทการกำกับดูแล (Regulator) ที่ชัดเจนให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เช่น อำนาจหน้าที่ในการประเมินคุณภาพ รพ.สต. ที่อยู่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการ และอนุกรรมการ ได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ โดยแจ้งให้ผู้แทนหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพที่ ๑๒ ทราบถึงการหารือข้อห่วงกังวลและผลกระทบจากการถ่ายโอน ระหว่างคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา กับ นายวิษณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรี ฝ่ายกฎหมาย พร้อมด้วยผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) กรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่น สำนักงานงบประมาณ ในประเด็นการบริหารจัดการที่อาจกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการ และข้อกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบแพ่งและอาญา ตลอดจนนำกฎหมายฉบับอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งเขตสุขภาพที่ ๑๒ ควรมีการเตรียมความพร้อมต่อการรองรับการถ่ายโอน โดยควรติดตามความชัดเจนจากกระบวนการทางนิติบัญญัติในการพิจารณางบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ ควรจะต้องดำเนินการปรึกษาหารือร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักงานงบประมาณ สปสช. เขต ๑๒

เพื่อลดผลกระทบจากการถ่ายโอน รพ.สต. ที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชน ต่อมาคณะเดินทางได้เดินทางไปลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา เกี่ยวกับการจัดการและพัฒนาระบบบริการภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และบุคลากร แต่สามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานที่กำหนด โดยเฉพาะการฉายรังสีเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งจนทำให้ได้รับความเชื่อมั่น และสามารถลดความแออัดจากการเข้ารับบริการของประชาชนในสถานบริการละแวกใกล้เคียง

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ณ จังหวัดจันทบุรี

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดยนายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โดยนายสุธี ทองแย้ม ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี นายนิเวศน์ หาญสมุทรรองผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์อภิรักษ์ พิศุทธิ์อภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และคณะผู้บริหาร ให้การต้อนรับ พร้อมบรรยายสรุปผลการดำเนินงานด้านระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพในระบบเครือข่ายสุขภาพพระดั่งเขต ซึ่งในปี ๒๕๖๕ เขตสุขภาพที่ ๖ มีการกำหนดจุดยืนและทิศทางยุทธศาสตร์ ๑๒ ประเด็น มีกลไกการทำงานในรูปแบบเขตสุขภาพที่มีการดำเนินการโดยหลายหน่วยงานทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุข มีการประสานงานและบูรณาการในรูปแบบคณะกรรมการ เช่น COO, CSO, CHRO จังหวัดจันทบุรีมีเป้าหมายจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในปี ๒๕๖๙ จำนวน ๓๙ คลินิก ปี ๒๕๖๕ จังหวัดจันทบุรีมีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสิ้น ๒๙ แห่ง ครอบคลุมการให้บริการประชาชน ๓๑๙,๑๙๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๓๗ การให้บริการใช้ระบบ hospital based โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ รพ. สต. เป็นหลักในการให้บริการในพื้นที่ชุมชน การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมทั้งท้องถิ่นและประชาชน ดังนั้น นโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. จึงต้องหารือร่วมกันในระดับจังหวัด โดยเฉพาะด้านการบริหารจัดการและการส่งต่อ การเชื่อมโยงของ Primary Care กับโรงพยาบาล ในปัจจุบันจังหวัดจันทบุรีมี รพ. สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. จำนวน ๑ แห่ง จาก รพ.สต. ทั้งหมดจำนวน ๑๐๕ แห่ง จากการสำรวจความประสงค์ถ่ายโอนทั้งจังหวัด พบว่า มี รพ.สต. ที่มีความประสงค์จะถ่ายโอนไป อบจ. จำนวน ๖๑ แห่ง (ร้อยละ ๕๘.๑๐) อย่างไรก็ตาม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีมีความเห็นว่าการถ่ายโอนดังกล่าวควรเป็นการถ่ายโอนแบบไปหมดทั้งอำเภอ เพื่อให้การบริหารจัดการในระดับอำเภอเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดช่วยสนับสนุนด้านการวางแผน การบูรณาการและการดำเนินการร่วมกัน สำหรับการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาและป้องกันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี พบปัญหาภาคในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อเดลต้าที่มีการใช้มาตรการด้านสาธารณสุขอย่างเข้มงวด ซึ่งส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนของจังหวัด ทั้งด้านสาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจ และด้านอื่น ๆ ทั้งนี้ คณะกรรมการมีความห่วงใยต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในหลายประเด็น เช่น การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุซึ่งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการบริหารจัดการในเรื่องดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับบุคลากรของ รพ.สต. ในทุกด้าน เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการถ่ายโอนไปยัง อบจ. การกำหนดตัวชี้วัดที่ทำนายของจังหวัด โดยนำปัญหาด้านสาธารณสุขที่พบมากในพื้นที่มากำหนด เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรม การส่งเสริมและป้องกันโรคที่เป็นภาระสร้างนำซ่อมอย่างแท้จริง การลดปัญหาอุบัติเหตุภายในพื้นที่ โดยการบูรณาการ

การดำเนินงานร่วมกันของทุกภาคส่วนภายในจังหวัด ต่อมา คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยนายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมคณะ เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี โดยปลัดอำเภอโป่งน้ำร้อน สาธารณสุขอำเภอโป่งน้ำร้อน และคณะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งน้ำร้อน ให้การต้อนรับ พร้อมรับฟังบรรยายสรุปผลการดำเนินงาน โดยมีการให้บริการสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ซึ่งอำเภอโป่งน้ำร้อน มี รพ.สต. รวม ๘ แห่ง การให้บริการประชาชนครอบคลุมประชาชนในพื้นที่ รวมถึงแรงงานต่างด้าว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานตามฤดูกาล ทั้งนี้ การดำเนินงานพบปัญหาความขาดแคลนด้านบุคลากรและงบประมาณ อย่างไรก็ตาม ภาคเอกชนในพื้นที่ได้ให้การสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและเครื่องมืออุปกรณ์ จึงทำให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้เป็นอย่างมาก สำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ มีการกิจหลักในการตรวจคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยที่กักตัว โดยดำเนินงานร่วมกับท้องถิ่นในพื้นที่ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ อำเภอโป่งน้ำร้อนไม่มี รพ.สต. แจ้งความประสงค์ที่จะถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด เนื่องจากระบบการถ่ายโอนยังไม่ชัดเจนและมีความกังวลเกี่ยวกับความก้าวหน้า ในวิชาชีพ โดยยังมีความเชื่อมั่นการบริหารจัดการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งภาคเอกชนในพื้นที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้วยดี และยังไม่แน่ใจว่าถ่ายโอนไปแล้วจะดีหรือไม่ ทั้งนี้ คณะกรรมการได้ให้กำลังต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในพื้นที่ และมีความห่วงใยต่อการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. โดยเห็นว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเตรียมความพร้อมในทุกด้าน เพื่อรองรับการเปลี่ยนถ่ายภารกิจของ รพ. สต. ไปยัง อบจ. ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรมีความมั่นคงในวิชาชีพ และประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดำเนินการในเรื่องดังกล่าว

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ ณ จังหวัดพิจิตร

คณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข คนที่สอง และในฐานะประธานคณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมกับ คณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านการศึกษา ในคณะกรรมการการศึกษา วุฒิสภา นำโดย นางกอบกุล อากาศ ณ อยู่ธยา รองประธานคณะกรรมการการศึกษา คนที่สอง และในฐานะประธานคณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านการศึกษา และนายปรีชา บัววิรัตน์เลิศ รองประธานคณะกรรมการการศึกษา คนที่หนึ่ง และในฐานะรองประธานคณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านการศึกษา คนที่หนึ่ง ลงพื้นที่เพื่อติดตามการจัดทำระบบสารสนเทศ และการขับเคลื่อนแผนงาน และโครงการสำคัญด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยและวัยเรียนในพื้นที่ จังหวัดพิจิตร ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ๑๑ ประเด็นการพัฒนาเด็กตั้งแต่ช่วงการตั้งครรภ์จนถึงปฐมวัย ณ ห้องประชุมโรงเรียนสระหลวงพิทยาคม อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร โดยได้รับการต้อนรับ รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับนายธวัชชัย เลี้ยงประเสริฐ รองผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ศึกษาธิการจังหวัดพิจิตร ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ ผู้แทนสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ตลอดจนผู้บริหารของส่วนราชการ ในจังหวัดพิจิตร และผู้ปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุข และการศึกษา ตลอดจนผู้แทนภาคประชาชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชนของจังหวัดพิจิตร โดยจากการลงพื้นที่หลายครั้งและจากการประชุม

ร่วมกับส่วนราชการส่วนกลาง พบว่า การดำเนินงานของแต่ละส่วนที่รับผิดชอบในประเด็นเด็กปฐมวัย เป็นการดำเนินการแยกส่วน โดยเฉพาะประเด็นระบบสารสนเทศด้านเด็กปฐมวัยที่หน่วยงานซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย มีระบบฐานข้อมูลของตนเอง ทำให้การดำเนินงานด้านระบบข้อมูลยังไม่เกิดการบูรณาการที่เป็นรูปธรรม แต่ทั้งนี้ จากการพิจารณาตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลของจังหวัดพิจิตร ซึ่งเป็นข้อมูลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย พบว่า ผลการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดพิจิตร ปี ๒๕๖๓ ซึ่งได้มีการประเมินครบถ้วนแล้ว การดำเนินการเป็นการนำข้อมูลลงในระบบข้อมูลของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และมีการคืนข้อมูลเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปพัฒนาและดำเนินการแก้ไขปัญหาตามหน้าที่และอำนาจของตนเอง ทั้งนี้ ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนจะเป็นความหวังในการพัฒนาด้านเด็กปฐมวัยในพื้นที่ โดยสิ่งที่ต้องพัฒนา คือ การพัฒนาระบบสารสนเทศในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการใช้ข้อมูลได้จริงในพื้นที่ นอกจากนี้ กลไกระดับจังหวัด หรือกลไกแนวราบจะเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนที่สำคัญ ที่อาจนำไปสู่การออกแบบกลไกแนวราบของภาคประชาชน และแต่พื้นที่ควรมีการจัดทำข้อมูลด้านสุขภาพและการศึกษาของเด็กเป็นรายบุคคล เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ไขปัญหาของแต่ละพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม และที่สำคัญควรกำหนดให้มีการจัดทำเป็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด ด้วยการกำหนดให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัดที่ประกอบด้วยผู้แทนจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งภาคประชาชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาด้านเด็กปฐมวัยได้อย่างบูรณาการ ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดเป็น “วาระของคนพิจิตร ในการพัฒนาเด็กปฐมวัย” รวมทั้งจัดทำเป็นพื้นที่ขับเคลื่อนนำร่อง หรือ Sandbox เพื่อนำข้อเสนอและผลจากการดำเนินการดังกล่าวเสนอต่อรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๐ -๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ณ จังหวัดพะเยา

หมอเจตน์ นำกมธ.สาธารณสุข ลงพื้นที่ จ.พะเยา เกาะติดถ่ายโอน รพ.สต./ปฏิรูป/โควิด ห่วงสังคมสูงอายุพุ่งปีละล้านคน

คณะกรรมการการสาธารณสุข นำโดยนายแพทย์เจตน์ ศิริธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการพร้อมด้วยกรรมาธิการ และผู้อำนวยการประจำคณะกรรมการ ลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ ห้องประชุมชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา โดยมี ผู้ว่าราชการจังหวัดพะเยา ให้การต้อนรับ และร่วมรับฟังการนำเสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงคำ พร้อมด้วยผู้บริหาร และบุคลากรด้านสาธารณสุขจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่จังหวัดพะเยาเข้าร่วมประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในประเด็นดังนี้ ๑) ผลการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขตลอดจนความสอดคล้องกับการปฏิรูปด้านสาธารณสุข มีการกำหนดประเด็นพัฒนาผ่านแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด ๕ ปี ให้มีความสอดคล้องกับประเด็น Big Rock ๒) การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในพื้นที่ มีการเตรียมความพร้อมรับมือการแพร่ระบาดผ่านการกำหนดมาตรการตอบโต้ โดยมีคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดเป็นศูนย์กลาง ๓) สถานการณ์ความพร้อม และแนวโน้มการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยาได้รับอนุมัติให้ถ่ายโอนจำนวน ๖ แห่ง อำเภอ ๓ แห่ง และ ๕) ปัญหาและอุปสรรคด้านสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดพะเยา เช่น การพัฒนาการเงินการคลัง ต้องมีความมั่นคงทางการเงิน ไม่มีภาวะวิกฤต

ทางการเงินระดับ ๖-๗ ในช่วงป่วย คณะกรรมการการสาธารณสุข ได้เดินทางลงพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านต่อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เพื่อติดตามสถานการณ์ความพร้อม ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. โดยเฉพาะประเด็นด้านงบประมาณ และการให้บริการระบบการส่งต่อผู้ป่วย สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ซึ่งความคืบหน้า การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในจังหวัดพะเยา พบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้ ๑) การรับสมัครการถ่ายโอน รพ.สต. มีการแจ้งโดยตรงไปยังหน่วยบริการ ไม่ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒) ยังไม่มีความชัดเจน แนวทางการดำเนินงานด้านงบประมาณ การเงิน ยา และเวชภัณฑ์ ๓) ข้อมูลของบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอน ในช่วงแรก ต่อมา มีการขอยกเลิกการถ่ายโอนในภายหลัง แต่ อบจ. ไม่สามารถถอนรายชื่อได้ ๔) การขออนุญาต ความประสงค์การถ่ายโอนอยู่ระหว่างการทำหนังสือถึงกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ๕) ขั้นตอน การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ยังไม่มีการทำประชาคมในพื้นที่ ซึ่งประชาชนเป็นผู้มีส่วนได้เสีย โดยตรง อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับอัตราผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา ที่มีจำนวนร้อยละ ๒๖ ของประชากรทั้งหมด เนื่องจากภาพรวมจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศ แต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ เป็นต้นไป จะมีผู้สูงอายุเกิน ๖๐ ปี จำนวน ๑ ล้านคนต่อปี ต่อเนื่องกัน ๒๐ ปี ดังนั้น จังหวัดพะเยาควรกำหนดการดูแลผู้สูงอายุให้มีตัวชี้วัดแต่ละด้านให้สูงกว่าร้อยละ ๑๐ ทั้งนี้ ปัญหาดังกล่าว ส่วนหนึ่งเกิดจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีงบประมาณในการให้ความรู้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อไม่มีรายละเอียดแผนงานและงบประมาณจากราชการส่วนกลางก็ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรค ในระดับพื้นที่ สำหรับประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ซึ่งบุคลากรอาจมีการแยกสังกัดหน่วยงาน จะต้องพิจารณาว่า จะเกิดผลกระทบต่อ การให้บริการประชาชนหรือไม่ ซึ่งจะต้องมีการออกแบบแนวทางการแก้ไขปัญหาต่อไป ต่อมา คณะกรรมการการสาธารณสุข นำโดย นายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธาน คณะกรรมการ พร้อมด้วยกรรมการ และผู้อำนวยการประจำคณะกรรมการ ลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา โดยมี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ใจ สาธารณสุขอำเภอแม่ใจ พร้อมด้วย บุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้การต้อนรับ พร้อมบรรยายสรุป เกี่ยวกับการให้บริการแพทย์แผนไทย แนวทางการผลิตสมุนไพรแบบครบวงจร ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขตามนโยบายการส่งเสริม การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยเฉพาะช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ มุ่งเน้นการผลิตสมุนไพร ฟ้าทะลายโจรเป็นผง และยาสารสกัด ทำให้สามารถช่วยประหยัดงบประมาณได้ ๒ ล้านบาท อีกทั้ง เป็นการช่วยบรรเทาภาวะขาดแคลนยา Favipiravia และสามารถสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนได้มากขึ้น จากระบบบริการสาธารณสุขที่มียาสมุนไพรทดแทนเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ทำให้ประหยัด งบประมาณ และสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ ถึงการใช้สมุนไพรทางการแพทย์ว่า การได้รับการยอมรับกลุ่มชาวบ้าน หน่วยงานรัฐ ตลอดจนประชาชนทั่วไป มากยิ่งขึ้น แต่มีอุปสรรคด้านการยอมรับของแพทย์แผนปัจจุบันที่จะต้องมีการอ้างอิงจากเอกสารทางวิชาการ อย่างชัดเจนก่อนนำไปใช้ เพราะหากเกิดการฟ้องร้องจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ จึงควรมีการสนับสนุน ด้านการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรมากยิ่งขึ้น

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษาภาระงาน และประสิทธิภาพของวิชาชีพพยาบาล ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID 19 ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๓ - ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ ณ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

กมธ.สาธารณสุข ลงพื้นที่รพ.หัวหิน รับฟังเสียงสะท้อนบุคลากรด้านหน้า ใช้จัดทำรายงาน อนุ.กมธ. พยาบาล

คณะกรรมการการสาธารณสุข นำโดย นางทัศนีย์ ยูวานนท์ กรรมการ ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการศึกษาภาระงานและประสิทธิภาพของวิชาชีพพยาบาล ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID 19 ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมด้วยที่ปรึกษาและอนุกรรมการศึกษาภาระงานและประสิทธิภาพของวิชาชีพพยาบาลฯ ลงพื้นที่ศึกษาดูงาน รวมทั้งประชุมหารือ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นภาระงานและประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพ และการจัดบริการของสถานบริการเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการทั้ง ๓ ระดับ จากโรงพยาบาลหัวหิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวหิน สาธารณสุขอำเภอปราณบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หินเหล็กไฟ รพ.สต.ปากน้ำปราน รพ.สต.ปราณบุรี รพ.สต.หนองปลับ ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๐ โรงพยาบาลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยโรงพยาบาลหัวหินมีการเตรียมความพร้อม ประสานความร่วมมือกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) ของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สำหรับอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ ได้มีการดำเนินการในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ จำนวน ๔ ด้าน ๑) การบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงานของสถานบริการ แต่ละระดับ ๒) การพัฒนาสมรรถนะเพื่อการปฏิบัติงาน ๓) การสร้างขวัญกำลังใจ เช่น การบรรจุข้าราชการ ได้รับการจัดสรร จำนวน ๑๑๒ อัตรา และ ๔) การดำเนินงานตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนด อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ พร้อมให้กำลังใจเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ ในฐานะบุคลากรด่านหน้าป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ซึ่งยังมีภาระงานต้องปฏิบัติหน้าที่ในระหว่างการแพร่ระบาด ๒๕๖๕ ต่อไป โดยข้อมูลปัญหาและอุปสรรคที่ได้รับฟังจากบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาล จะนำไปเป็นส่วนประกอบของการจัดทำรายงานการพิจารณาการศึกษาของอนุกรรมการ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กมธ.สาธารณสุข ลงพื้นที่ รพ.ประจวบคีรีขันธ์ เล็งผลักดันมอบทุนเรียนพยาบาล

คณะกรรมการการสาธารณสุข นำโดย นางทัศนีย์ ยูวานนท์ กรรมการ ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการศึกษาภาระงานและประสิทธิภาพของวิชาชีพพยาบาล ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID 19 ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมด้วยที่ปรึกษาและอนุกรรมการศึกษาภาระงานและประสิทธิภาพของวิชาชีพพยาบาลฯ ลงพื้นที่ศึกษาดูงาน พร้อมทั้งประชุมหารือ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นภาระงานและประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงการจัดบริการของสถานบริการเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการทั้ง ๓ ระดับ จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ โดยพบว่า พยาบาลวิชาชีพได้หารือร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อเตรียมการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานของพยาบาลในแผนกต่าง ๆ เพื่อมารองรับการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ มีการเปิดแผนกผู้ป่วยวิกฤต พร้อมทั้งประสานความร่วมมือกับภาคเอกชน เพื่อเปิด hospitel มีการกระจายอัตรากำลังพยาบาลไปช่วยเหลือจังหวัดกรุงเทพมหานคร

และหน่วยงานอื่น ๆ เช่น เรือนจำประจำจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ตลอดจนดูแลผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติ บริเวณด่านสิงขร อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการได้ตั้งข้อสังเกต และข้อเสนอแนะว่า สาเหตุที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีความเข้มแข็ง และไม่ค่อยเกิดสภาวะ การหมดไฟในการทำงาน เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นคนในพื้นที่และได้รับทุนการศึกษาจากที่เดียวกัน จึงทำให้ทำงานกันได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับข้อเสนอของคณะอนุกรรมการเกี่ยวกับการสนับสนุน การมอบทุนการศึกษาจากสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาล ส่วนการเพิ่มความก้าวหน้าทางวิชาชีพ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด เขตสุขภาพพิจารณาจัดสรรการยุบยกเลิกตำแหน่งเพื่อนำงบประมาณ มาสนับสนุนตำแหน่งที่สูงขึ้นได้ ต่อมา คณะกรรมการการสาธารณสุข นำโดย นางทัศนียา ยูวานนท์ กรรมการ ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการศึกษาภาระงานและประสิทธิภาพของวิชาชีพพยาบาล ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID 19 ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมด้วย ที่ปรึกษาและอนุกรรมการศึกษาภาระงานและประสิทธิภาพของวิชาชีพพยาบาลฯ ลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คลองวาฬ อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เกี่ยวกับ ความพร้อมการให้บริการของ รพ.สต. ซึ่งพบว่า พยาบาลในสังกัด รพ.สต. มีความเหลื่อมล้ำกับพยาบาล ในสังกัดโรงพยาบาลระเทศวิบูลย์ ในส่วนของการเบิกค่าเสี่ยงภัยช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ และการทำประกันเพื่อคุ้มครองบุคลากร เนื่องจากไม่มีงบประมาณเหมือนโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีงบประมาณจากมูลนิธิในการดูแลบุคลากรเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ ได้ตั้งข้อสังเกต และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการเบิกค่าเสี่ยงภัยว่าการดำเนินงานจะต้องระบุค่างานที่ดำเนินงาน เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ อย่างชัดเจน ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๘ ชั่วโมง และจะต้องมีคำสั่งจากผู้บังคับบัญชาที่ชัดเจน จึงอยากให้พยาบาลเขียนรายงานโดยครอบคลุมประเด็น ดังกล่าว และเป็นกำลังใจกับเจ้าหน้าที่ในฐานะบุคลากรด่านหน้าที่ป้องกันการระบาดของโรคโควิด ๑๙

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูป ประเทศ ด้านสาธารณสุข ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๕ ณ จังหวัดลำปาง

คณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข คนที่สอง และในฐานะประธาน คณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ลงพื้นที่เพื่อติดตาม ความคืบหน้าในการขับเคลื่อนการปฏิรูปเขตสุขภาพ (sandbox) เขตสุขภาพน่านร่อง ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ โดยเฉพาะการจัดการแบบบูรณาการ คล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบ รวมทั้งประเด็นการปฏิรูปบริการ สุขภาพระดับจังหวัด กรณีศึกษาพื้นที่น่านร่อง จังหวัดลำปาง ณ ห้องประชุม ชั้น ๘ อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง โดยได้รับการต้อนรับ รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับผู้อำนวยการสำนักงาน เขตสุขภาพที่ ๑ และผู้บริหารของสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลำปาง ประธานอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) นักวิจัยจากสถาบัน พระปกเกล้า ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ผู้แทนภาคประชาชน และภาคประชาสังคม ของจังหวัดลำปาง โดยการขับเคลื่อนมีความคืบหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งประเด็นสำคัญที่เห็นว่า ควรทำให้เกิดการปฏิรูปอย่างแท้จริง คือ การปฏิรูปงบประมาณระดับเขต (Financial Mechanism) การปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพ ภายใต้วัฒนธรรมการบริการบุคคลรูปแบบใหม่ของ ก.พ. การขับเคลื่อน ในระดับจังหวัด ภายใต้โครงสร้างของคณะกรรมการระดับจังหวัด (Provincial Health Board) ซึ่งคณะอนุกรรมการจะได้ติดตามการขับเคลื่อนดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เพื่อมีข้อเสนอแนะและข้อสังเกต

ต่อรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเป็นไปเพื่อประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริง

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กันยายน ๒๕๖๕ ณ จังหวัดยะลา

กมธ.สาธารณสุข วุฒิสภา ดูงานเบตง เน้นสร้างความร่วมมือเชิงนโยบายกับมาเลเซีย ตอบโจทย์สังคมพหุวัฒนธรรม-สาธารณสุขชายแดน

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดยนายแพทย์เจตน์ ศิริธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ พร้อมด้วยที่ปรึกษา และผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลเบตง อำเภอเบตง จังหวัดยะลา โดยมีหัวหน้าส่วนราชการจากอำเภอเบตง ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเบตง โรงพยาบาลเบตง และเจ้าหน้าที่ในสังกัดให้การต้อนรับพร้อมทั้งบรรยายสรุปและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขชายแดนการจัดและการให้บริการในพื้นที่ ตลอดจนปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยพบว่า ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด ๑๙ มีประเด็นท้าทายค่อนข้างมาก เนื่องจากอยู่บริเวณชายแดนของประเทศไทย ส่งผลให้มีอุปสรรคเกี่ยวกับปริมาณผู้ติดเชื้อ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยทั้งในพื้นที่และในต่างประเทศ หากเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำขึ้นอีกก็จะสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ ภายหลังจากเปิดใช้บริการสนามบินเบตงส่งผลให้มีนักท่องเที่ยวเข้ามาเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่งผลดีด้านการกระตุ้นเศรษฐกิจผ่านการท่องเที่ยว พื้นที่อำเภอเบตงจึงมีความต้องการการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับการสาธารณสุขเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความพร้อมมากที่สุด ในด้านการให้บริการสุขภาพในอนาคต อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดน (border health) จึงมีประเด็นท้าทายเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ เนื่องจากความหลากหลายในพื้นที่ซึ่งเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม ขณะเดียวกันก็สามารถยกระดับการให้บริการสุขภาพได้ด้วยการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขผ่านเวทีระหว่างประเทศ ซึ่งมีกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับมาเลเซียหลายระดับ

กมธ. สาธารณสุข วุฒิสภา ลงพื้นที่ด้านศุลกากรเบตง ให้กำลังใจด่านหน้าป้องกันโควิด คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดยนายแพทย์เจตน์ ศิริธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ พร้อมด้วยที่ปรึกษา และผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบตง อำเภอเบตง จังหวัดยะลา โดยมีหัวหน้าส่วนราชการจากอำเภอเบตง ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเบตง โรงพยาบาลเบตง และเจ้าหน้าที่ในสังกัดให้การต้อนรับ พร้อมทั้งบรรยายสรุปและสะท้อนปัญหาอุปสรรคในประเด็นเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขชายแดนการจัดและการให้บริการในพื้นที่ ตลอดจนปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า อุปสรรคสำคัญคือ การรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งควรมุ่งเน้นการดำเนินงานเชิงรุกด้านการป้องกันโรค จากนั้น ช่วงบ่ายคณะเดินทางลงพื้นที่บริเวณด้านศุลกากรเบตง เพื่อศึกษาดูงานระบบการควบคุมโรคบริเวณชายแดน โดยคณะกรรมการได้รับฟังประเด็นปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในฐานะด่านหน้าของการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕ ณ จังหวัดสตูล

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดยนายแพทย์เจตน์ ศิริธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ พร้อมด้วยที่ปรึกษา และผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ ห้องประชุมแก้วโกเมน โรงพยาบาลสตูล โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล พร้อมด้วยหัวหน้าส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขจังหวัดสตูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล และเจ้าหน้าที่ในสังกัดให้การต้อนรับ พร้อมทั้งบรรยายสรุปและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นเกี่ยวกับการจัดการและการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมถึงการพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัลสุขภาพของจังหวัดสตูล ซึ่งได้รับความร่วมมือจาก ๓ เหล่าทัพ ในการลำเลียงผู้ป่วยบริเวณพื้นที่ชายแดนและพื้นที่เกาะ ทั้งทางน้ำ ทางบก และทางอากาศ ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ตามมาตรฐานทางการแพทย์ ได้รับการส่งต่อที่รวดเร็วปลอดภัย ลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากความล่าช้า ตลอดจนลดความเหลื่อมล้ำจากการให้บริการผ่านระบบโทรเวช (Telemedicine) มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (Digital Health) สนับสนุนการดำเนินงานของหมอครอบครัว โดยสามารถบูรณาการข้อมูลสุขภาพได้ครอบคลุมทั้งเขตสุขภาพที่ ๑๒ อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบ Digital Health ของโรงพยาบาลจังหวัดสตูลมีประสิทธิภาพทั้ง software และ hardware โดยจะนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของจังหวัดสตูลไปใช้เป็นต้นแบบในการศึกษาของคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อนำผลการพิจารณาศึกษาที่ได้รับเสนอต่อฝ่ายบริหารหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องได้พิจารณาดำเนินการต่อไป จากนั้น คณะกรรมการการสาธารณสุข ได้เดินทางไปเยี่ยมชมการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคของด่านศุลกากรและท่าเรือท่ามะลิ โดยคณะกรรมการได้ให้กำลังใจการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคในฐานะด่านหน้าเพื่อคัดกรองผู้ติดเชื้อในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙

กมธ.สาธารณสุข วุฒิสภา ดูงานสตูล ศึกษาพัฒนาวัฒนธรรมด้านสาธารณสุข เยี่ยมชมด้านทางบก

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดยนายแพทย์เจตน์ ศิริธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ พร้อมด้วยที่ปรึกษา และผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล โดยมีหัวหน้าส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขจังหวัดสตูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนโดน ผู้อำนวยการ รพ.สต. ควนโดน เจ้าหน้าที่ในสังกัด และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้การต้อนรับ พร้อมทั้งบรรยายสรุปและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นเกี่ยวกับ การทำงานบูรณาการพหุวัฒนธรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ผ่านการนำวัฒนธรรมและประเพณีพื้นบ้านมาประยุกต์เป็นอุปกรณ์และท่าทางออกกำลังกาย รวมถึงการจัดการและการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะการดำเนินการด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่การจัดกิจกรรมโดยให้ประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมผ่านการรณรงค์การบริโภคหวาน มัน เค็ม อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม ภาครัฐ ส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ซึ่งสามารถเป็นต้นแบบของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะด้านการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่ยังมีความท้าทายต้องติดตามเพื่อให้การถ่ายโอนไร้รอยต่อ จากนั้น คณะกรรมการการสาธารณสุข ได้เดินทางไปเยี่ยมชมการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคของด่านศุลกากรวังประจัน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล เพื่อรับฟังบรรยายสรุปเกี่ยวกับการบริหารจัดการ

การช่วยเหลือแรงงานชาวไทยเดินทางกลับเข้าประเทศในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ตลอดจนมาตรการการกำกับดูแลการนำเข้าส่งออกยาและเวชภัณฑ์ โดยประสิทธิภาพการดำเนินงานเป็นผลมาจากการสร้างความสัมพันธ์และการสร้างความร่วมมือกับประเทศมาเลเซียในภูมิภาค

**๕.๒ สรุปผลการเดินทางไปประชุมทวิภาคีและไปเยือนต่างประเทศ
ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕**

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปประชุมทวิภาคีและไปเยือนต่างประเทศ ระหว่างวันที่ ๒๙ กันยายน - วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๕ ณ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม

หมอเจตน์ นำกมธ.สาธารณสุข วุฒิสภา เยี่ยมคารวะเอกอัครราชทูต ณ กรุงฮานอย เห็นพ้องผลักดัน ภูมิภาคนิยม กระชับสัมพันธ์ไทย-เวียดนาม ณ กรุงฮานอย สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดยนายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ พร้อมด้วยกรรมการ ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ ที่ปรึกษา และผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ ได้เดินทางไปประชุมทวิภาคีและเยือนต่างประเทศเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการดำเนินงานและการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด ๑๙ ภาพรวม รวมทั้งโครงสร้างระบบสาธารณสุข (Health System) ของสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม ตลอดจนการจัดระบบบริการของหน่วยบริการด้านสุขภาพของประเทศ โดยได้รับเกียรติจากเจ้าหน้าที่พิธีการของสภาแห่งชาติเวียดนาม และอัครราชทูตไทย ณ กรุงฮานอย ให้การต้อนรับ พร้อมทั้งเดินทางเข้าเยี่ยมคารวะเอกอัครราชทูตไทย ณ สถานเอกอัครราชทูตไทย กรุงฮานอย พร้อมทั้งหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ของสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม รวมถึงการติดตามช่วยเหลือชาวไทยในสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม รวมถึงการพัฒนาประเทศเวียดนาม โดยเฉพาะด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจและการท่องเที่ยว รวมถึงการค้าการลงทุนตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่กระทรวงการต่างประเทศ ซึ่งทุกฝ่ายเห็นควรให้มีการส่งเสริมและผลักดันการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับประเทศเวียดนามทุกด้านในลักษณะภูมิภาคนิยม เพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขันในประชาคมโลกต่อไป

หมอเจตน์ นำกมธ.สาธารณสุข วุฒิสภา เยี่ยมชมโรงพยาบาลจังหวัดกว๋างบิ่งห์ ณ โรงพยาบาลจังหวัดกว๋างบิ่งห์ จังหวัดกว๋างบิ่งห์ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดยนายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ พร้อมด้วยกรรมการ ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ ที่ปรึกษา และผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ ได้เดินทางไปเยือนต่างประเทศและประชุมทวิภาคีเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข ในประเด็นหน่วยบริการด้านสาธารณสุขของจังหวัดกว๋างบิ่งห์ โดยเฉพาะช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ซึ่งพบว่า สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนามเผชิญกับการระบาดสูงสุดในช่วงไตรมาสที่หนึ่งของปี ๒๕๖๕ จึงได้มีการปรับบทบาทบุคลากรและจัดหาอุปกรณ์เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น พร้อมทั้งให้หน่วยงานในสังกัดส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบด้านการจ่ายยาให้เข้าถึงชาวเวียดนามในพื้นที่ห่างไกล ส่วนความสำเร็จในการให้บริการวัคซีนเข็มที่ ๑-๓ ให้แก่ประชากรกว่าร้อยละ ๗๐ เนื่องจากรัฐบาลกลางเวียดนามกำหนด "ยุทธการ" บูรณาการทหารและตำรวจ ตลอดจน

บุคลากรส่วนท้องถิ่นกระจายกำลังเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ห่างไกลอย่างเป็นระบบ พร้อมกันนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาลจังหวัดกว๋างบิ่งห์ ได้นำคณะเดินทางเยี่ยมชมระบบการให้บริการภายในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขไทยที่จะมีการปรับเปลี่ยนขนาดใหญ่จากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยัง อบจ. ซึ่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา กำลังติดตามผลการดำเนินการ ทั้งนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข พร้อมให้ความร่วมมือแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านการสาธารณสุขกับสาธารณสุขสังคมนิยมเวียดนาม

กมธ.สาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมประชุมทวิภาคี กมธ.กิจการสังคม (ด้านสาธารณสุข) สภาแห่งชาติเวียดนาม ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะการจัดระบบสุขภาพ เน้นสร้างยุทธศาสตร์ความร่วมมือ เชิญร่วมประชุม APPF ไทยเป็นเจ้าภาพ ณ สภาแห่งชาติสาธารณสุขสังคมนิยมเวียดนาม กรุงฮานอย คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดยนายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ พร้อมด้วยกรรมการที่ปรึกษาทวิภาคี ที่ปรึกษา และผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ รวมถึงเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุงฮานอย ได้เดินทางไปเยือนและประชุมทวิภาคี โดยมี Nguyen Thuy Anh ประธานคณะกรรมการกิจการสังคม พร้อมด้วยกรรมการ และผู้บริหาร ให้การต้อนรับ พร้อมทั้งร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกิจการสังคม (ด้านสาธารณสุข) ของสภาแห่งชาติสาธารณสุขสังคมนิยมเวียดนาม ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ โดยคณะกรรมการกิจการสังคม (ด้านสาธารณสุข) มีบทบาทในการให้ข้อเสนอแนะแก่การดำเนินงานของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการกำหนดมาตรการรักษาและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ พร้อมกันนี้ ยังมีส่วนในการพิจารณาในสภาแห่งชาติสาธารณสุขสังคมนิยมเวียดนาม ในการเห็นชอบข้อข้อมติที่ ๓๐ ส่งผลให้ภาครัฐและประชาชนเกิดความร่วมมือในการเข้ารับวัคซีนและรักษาโควิด ๑๙ ขณะเดียวกันยังได้กล่าวขอบคุณรัฐบาลไทย ที่ให้ความช่วยเหลือด้านงบประมาณและวัคซีนแก่รัฐบาลเวียดนาม ส่งผลให้สามารถควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดจนนำไปสู่การเปิดประเทศได้ อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการระบบสุขภาพที่ผู้แทนสภาแห่งชาติสาธารณสุขสังคมนิยมเวียดนาม ให้ความสนใจ เนื่องจากอยู่ระหว่างการผลักดันให้มีกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการระบบสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมระบบการป้องกันการรักษา อัตราค่าบริการ และโครงสร้างการบริหารจัดการอัตราค่าจ้าง รวมถึงการให้ความสำคัญต่อการสร้างยุทธศาสตร์ความร่วมมือ (Strategic partnership) ระหว่างประเทศไทยและสาธารณสุขสังคมนิยมเวียดนาม เพื่อให้เกิดการพัฒนาในทุกมิติร่วมกัน โดยพร้อมแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ด้านสาธารณสุขในอนาคต พร้อมกันนี้ ยังได้กล่าวเชิญชวนผู้แทนสาธารณสุขสังคมนิยมเวียดนาม เข้าร่วมการประชุม Asia-Pacific Parliamentary Forum (APPF) ครั้งที่ ๓๐ ซึ่งประเทศไทยเป็นเจ้าภาพการประชุม ณ อาคารรัฐสภา ระหว่างวันที่ ๒๖-๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๕

๕.๓ การจัดสัมมนา

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีการจัดสัมมนา จำนวน ๘ ครั้ง ดังนี้

การสัมมนา เรื่อง "การปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขไทยกับร่างพิจารณาศึกษารณาทันตสุขภาพ" ในวันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุม ๔๐๒ - ๔๐๓ ชั้น ๔ อาคารรัฐสภา



การสัมมนา เรื่อง "การปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขไทยกับร่างพิจารณาศึกษารณาทันตสุขภาพ ความหวังและแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาระดับทันตสุขภาพเพื่อคนไทย" ในวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุม หมายเลข ๔๐๒ - ๔๐๓ ชั้น ๔ อาคารรัฐสภา



การสัมมนา เรื่อง "ถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. สร้างปัญหาหรือปฏิรูประบบสาธารณสุขไทย" ในวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๔ ณ ห้องกมลทิพย์ ๑ - ๒ ชั้น ๒ โรงแรม เดอะ สุกโศก กรุงเทพมหานคร

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จัดสัมมนาเรื่อง “ถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. สร้างปัญหาหรือปฏิรูประบบสาธารณสุขไทย” โดยมี นายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ เป็นประธานเปิดการสัมมนา พลโท อำพน ชูประทุม ที่ปรึกษาคณะกรรมการ กล่าวรายงาน และมีสมาชิกวุฒิสภาหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน เข้าร่วม นายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ กล่าวว่า การจัดสัมมนาในวันนี้เพื่อจะได้ทราบสถานการณ์ปัจจุบันของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นที่ทราบกันแล้วว่า ได้มีประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจ เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ให้ถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. และปัจจุบันได้ทราบข้อมูลเบื้องต้นแล้วว่า มี รพ.สต. ที่ประสงค์ขอถ่ายโอนจำนวนกว่า ๓,๐๐๐ แห่ง ไปยัง อบจ. ๔๙ จังหวัด โดยกำหนดให้มีการประเมิน อบจ. ที่จะรับการถ่ายโอนเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับดี ให้รับการถ่ายโอนอย่างน้อยอำเภอละ ๑ แห่ง ระดับดีมาก ให้รับการถ่ายโอนได้อย่างน้อย ๒ แห่ง และระดับดีเลิศ ให้รับการถ่ายโอนได้ทุกแห่งในจังหวัด ซึ่งการประกาศแนวทางการถ่ายโอนครั้งนี้เป็นแนวทางใหม่ โดยให้ถ่ายโอนสถานีอนามัย และ รพ.สต. ไปยัง อบจ.

จากเดิมตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ ที่การถ่ายโอนกำหนดให้ไปเทศบาล และ อบต. ถึงแม้จะมีการดำเนินการมาบางส่วนแล้วแต่พบว่าระยะเวลากว่า ๒๒ ปี ได้มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปเทศบาล และ อบต. เพียง ๘๔ แห่ง จาก รพ.สต. ทั่วประเทศ ๙,๗๘๗ แห่ง ซึ่งจากจำนวนดังกล่าวย่อมแสดงถึงปัญหาและอุปสรรคของการถ่ายโอนที่ไม่สามารถดำเนินการได้ ไม่ว่าจะเป็นด้านความพร้อมของผู้รับการถ่ายโอน คือ ท้องถิ่น และความสมัครใจของผู้ที่จะถ่ายโอนไป คือ รพ.สต. โดยเฉพาะบุคลากรของ รพ.สต. ที่อาจจะยังไม่รับทราบข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจถ่ายโอน จึงเป็นปัญหาประการหนึ่งของการถ่ายโอน ดังนั้น การกระจายอำนาจ โดยเฉพาะในด้านสาธารณสุข จะต้องมองในหลายมิติทั้งด้านบริบทของงาน ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่อง ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในการส่งต่อผู้ป่วยตามระดับของหน่วยบริการ ด้านงบประมาณ ซึ่งมีการจัดสรรเงินงบประมาณที่มาจากหลายส่วนของหลายกองทุน การบริหารจัดการ ซึ่งแบ่งออกเป็นพื้นที่เขตสุขภาพ และบุคลากร ที่มีการผลิตโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตอบสนองต่อระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการสนองต่อแผนและกำลังคน ในด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดให้มีระบบปฐมภูมิที่มีแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมทั้งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ตลอดจนเมื่อถ่ายโอนแล้วเส้นทางความก้าวหน้าของบุคลากรจะเป็นอย่างไร ประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้ยังไม่มีความชัดเจน การจะเร่งรัดให้มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอมาัย หรือ รพ.สต. ไป อบจ. นั้น อาจส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพเนื่องจาก รพ.สต. ถือเป็นบริการฐานรากของบริการสุขภาพขั้นต้นสำหรับประชาชน การให้ท้องถิ่นดำเนินการตามหลักการกระจายอำนาจของพื้นที่เป็นสิ่งที่ดี แต่ด้วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งนอกจากจะมีงานด้านการส่งเสริมสุขภาพแล้วยังมีด้านการรักษาและการส่งต่อ จึงควรกำหนดให้มีการนำร่องดำเนินการเป็นต้นแบบ เพื่อเป็นการศึกษาวิจัย ให้เกิดความชัดเจนก่อนหรือไม่ อย่างไรก็ตามสำหรับการจัดสัมมนาครั้งนี้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่หลากหลายโดยเฉพาะประเด็น “ถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. สร้างปัญหาหรือปฏิรูประบบสาธารณสุขไทย” จากนายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและการจัดทำ และดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข และหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่มุกข์ โฆษกคณะกรรมการ เป็นผู้ดำเนินรายการ

การสัมมนา เรื่อง “การปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ภายใต้หลักการและแนวคิดของกฎ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนาและทดสอบนวัตกรรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๕” ในวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมศรีสุลาสัย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๔๕ นาฬิกา ณ ห้องประชุมศรีสุลาสัย ชั้น ๘ อาคารศรีสุลาสัย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข วุฒิสภา จัดสัมมนา เรื่อง “การปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ภายใต้หลักการและแนวคิดของกฎ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนาและทดสอบนวัตกรรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๕” นำโดย นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข กล่าวเปิดการสัมมนา โดยมี นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข คนที่สอง และประธานคณะอนุกรรมการ ตสร. ด้านสาธารณสุข กล่าวรายงาน พร้อมด้วย คณะกรรมการ

สมาชิกรัฐสภา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วม นายแพทย์เจตน ศิริธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข กล่าวว่า การสัมมนาครั้งนี้จะทำให้ได้รับทราบถึงหลักการ เหตุผลและแนวคิดของกฎ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนาและทดสอบนวัตกรรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๕ รวมทั้งสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมสำคัญที่เกิดขึ้นในด้านทรัพยากรบุคคลของประเทศไทย ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาคณะกรรมการให้ความสำคัญ โดยมีการติดตามและขับเคลื่อนด้วยการหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงาน ก.พ. เพื่อนำไปสู่การปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการกระจายตามภูมิศาสตร์ในพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร มักจะประสบปัญหาการขาดแคลนสาขาที่จำเป็นและเชี่ยวชาญ เฉพาะด้าน ส่งผลกระทบต่อการจัดและให้บริการด้านสาธารณสุขต่อประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งเกิดภาวะสมองไหล ไม่สามารถธำรงรักษาบุคลากรไว้ในระบบได้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน โดยที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขพยายามแก้ไขปัญหา แสวงหาความร่วมมือและทางออกในเรื่องดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง โดยคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา มีภารกิจสำคัญในการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด การดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ โดยเฉพาะแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการปฏิรูปกำลังคนสุขภาพ ที่ผ่านมามีการหารือร่วมกับเลขาธิการ ก.พ.และผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นความเป็นไปได้ ในการบริหารบุคคลรูปแบบใหม่ เพื่อปรับปรุงระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข โดยมีข้อเสนอเพื่อนำไปสู่การทดลอง ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดน่านร่อง ระยะเวลาดำเนินการ ๒-๓ ปี ซึ่งต่อมา ก.พ.ได้จัดทำและประกาศใช้กฎ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนาและทดสอบนวัตกรรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยมีเจตนารมณ์สำคัญ เพื่อพัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการต่าง ๆ ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายใหม่ ๆ ให้เหมาะสมกับภารกิจของส่วนราชการแต่ละแห่งที่แตกต่างกันต่อไป

การสัมมนาเรื่อง “ผลกระทบด้านเศรษฐกิจทันตกรรมของคนไทยกับการก้าวเดินหน้าสู่ศูนย์กลางการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล THAILAND DENTAL HUB เพื่อทันตสุขภาพคนไทย” ในวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา เวลา ๐๙.๐๐ นาฬิกา ณ ห้องประชุม ๔๐๒ - ๔๐๓ ชั้น ๔ อาคารรัฐสภา

กมธ.สาธารณสุข จัดสัมมนาเรื่อง “ผลกระทบด้านเศรษฐกิจทันตกรรมของคนไทยกับการก้าวเดินหน้าสู่ศูนย์กลางการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล THAILAND DENTAL HUB เพื่อทันตสุขภาพคนไทย”

คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จัดสัมมนาเรื่อง “ผลกระทบด้านเศรษฐกิจทันตกรรมของคนไทยกับการก้าวเดินหน้าสู่ศูนย์กลางการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล THAILAND DENTAL HUB เพื่อทันตสุขภาพคนไทย” โดยมีนายเจตน ศิริธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ เป็นประธาน เปิดการสัมมนา นายพิทักษ์ ไชยเจริญ ประธานคณะอนุกรรมการ กล่าวรายงาน มีสมาชิกรัฐสภา หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน เข้าร่วม ภายในงานสัมมนามีการอภิปรายหัวข้อ “เศรษฐศาสตร์ทันตกรรมกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนชาวไทย” โดยทันตแพทย์หญิงรักชนก นุชพ่วง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี

รองเลขาธิการ ปฏิบัติหน้าที่แทนเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ การอภิปรายหัวข้อ “การขับเคลื่อน การปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขไทย ความสำเร็จเพื่อทันตสุขภาพคนไทย” โดยนายพิทักษ์ ไชยเจริญ ประธานคณะอนุกรรมการ การอภิปรายหัวข้อ “THAILAND DENTAL HUB ประเทศไทยกับก้าวสำคัญ สู่มูลนิธิกลางการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากลเพื่อทันตสุขภาพ ความมั่นคงทางการแพทย์ เศรษฐกิจ และสังคมไทย เพื่อคนไทยทุกคน” โดยทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ รองอธิบดีกรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ หลังการจัดสัมมนาครั้งนี้ ทางคณะกรรมการฯ จะนำข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ รวมทั้งแนวทางการขับเคลื่อน การพัฒนา การแก้ไขปัญหา การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม งานด้านทันตสาธารณสุข และการขับเคลื่อนประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศด้านบริการรักษา ด้านทันตกรรม ระดับสากล THAILAND DENTAL HUB อย่างเป็นทางการ

การสัมมนา เรื่อง “การขับเคลื่อนสู่การปฏิรูประบบบริการรักษา ด้านทันตกรรม และทันตสาธารณสุขไทยเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและการมีทันตสุขภาพที่ดี ของคนไทยทุกคน” ในวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๕ ณ ห้องสุวิทย์ศึกษาดานนท์ ชั้น ๕ อาคาร ๓ โรงแรม ที.เค. พาเลซ แอนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ

คณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จัดสัมมนา เรื่อง “การขับเคลื่อนสู่การปฏิรูประบบบริการ รักษา ด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขไทยเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม และการมีทันตสุขภาพที่ดีของคนไทยทุกคน” โดยมีนายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ การสาธารณสุข เป็นประธานเปิดการสัมมนา และนายพิทักษ์ ไชยเจริญ ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณา การศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย กล่าวรายงาน พร้อมด้วยสมาชิกวุฒิสภา ผู้แทนกระทรวง ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนโรงพยาบาล ผู้แทนคณะทันตแพทยศาสตร์ และหน่วยงานต่าง ๆ เข้าร่วมงาน นายพิทักษ์ ไชยเจริญ ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูป ด้านทันตสาธารณสุขไทย กล่าวว่า คณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูป ด้านทันตสาธารณสุขไทย มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการพิจารณา ศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด การแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนไทย ซึ่งมีอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรม ที่ต่ำมากเพียง ร้อยละ ๘.๑ การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและการจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้พิการ และผู้สูงอายุการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เสนอแนะ และเร่งรัดการขับเคลื่อน การส่งเสริมป้องกัน โรคช่องปากและฟัน การพัฒนาการใช้ฟลูออไรด์ งานทันตสาธารณสุขในท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิ ในระดับประเทศการพิจารณาศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม การพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการ รักษา ด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคง ทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านทันตกรรมไทย การติดตามและเร่งรัดการขับเคลื่อนการปฏิรูป การพิจารณาแก้ไขหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปฏิรูปอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ อันนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยเป้าหมายสำคัญ คือ การมีทันตสุขภาพที่ดี เพื่อการมีสุขภาพองค์รวมที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทย ทั้งนี้ นอกจากคณะอนุกรรมการ ได้ดำเนินการในการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การทำงานมีการพิจารณา การเก็บข้อมูลการวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การมีส่วนร่วมการบูรณาการอย่างรอบด้าน เป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพสูงสุดจึงได้เสนอตั้ง คณะทำงานต่อกรรมการการสาธารณสุขวุฒิสภารวมทั้งสิ้น ๖ คณะทำงาน ประกอบด้วย ๑. คณะทำงาน ศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศสู่ศูนย์กลางการบริการรักษา ด้านทันตกรรมระดับสากล

หรือ THAILAND DENTAL HUB ๒. คณะทำงานผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรค
สุขภาพช่องปากประเทศไทย ๓. คณะทำงานการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากและป้องกันโรค
ระดับปฐมภูมิ ๔. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนายกระดับ การบริการรักษาด้านทันตกรรม
เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรม
ของประเทศไทย ๕. คณะทำงานศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ
และศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในงานส่งเสริม
และป้องกันโรคฟันผุ ในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย ๖. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนา
การจัดการด้านทันตสุขภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย ซึ่งทุกคณะทำงานนั้น ได้ทำงาน
ด้วยความมุ่งมั่น เสียสละ และมีความตั้งใจที่จะนำผลการพิจารณาศึกษาของแต่ละคณะทำงานมาสร้าง
ให้เกิดผลการปฏิบัติเป็นผลงาน สร้างประโยชน์กับงานด้านทันตกรรม ทันตสาธารณสุขไทยและสังคม
อย่างเป็นรูปธรรม อย่างเช่น การศึกษาด้านเศรษฐกิจที่กระทบหรือมีความเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษา
ด้านทันตสุขภาพช่องปากของประชาชน หรือ เศรษฐศาสตร์ทันตกรรม ซึ่งทำให้สามารถทราบปัญหา
และทิศทางการจัดบริการระบบด้านทันตกรรมของประเทศที่เป็นอยู่นั้นว่า มีความสอดคล้อง เหมาะสม
กับสถานการณ์ทันตสุขภาพของคนไทยอย่างไร และทำให้ทราบถึงข้อมูลในการวางแผนงาน การพัฒนา
การจัดการระบบงานด้านทันตกรรม ทันตสาธารณสุขให้มีความเหมาะสมมากขึ้นในอนาคตเพื่อสามารถดูแล
ทันตสุขภาพคนไทยให้ดีขึ้นเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น เช่นเดียวกับการพิจารณาศึกษา การพัฒนาไทย
สู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB)
เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านทันตกรรมของไทยตามยุทธศาสตร์ชาติ
๒๐ ปี นั้น เกิดความสำเร็จ ความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมเป็นอย่างมาก ด้วยความร่วมมือ สอดประสาน
ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน อันสร้างความหวังและโอกาสในการพัฒนาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม
อย่างดียิ่ง และเพื่อให้สามารถนำผลการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานให้เกิดการวิเคราะห์ สังเคราะห์
เป็นโอกาสนำไปสู่การพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น สำหรับวัตถุประสงค์การจัดสัมมนาครั้งนี้ เพื่อให้เกิด
การขับเคลื่อนการพัฒนาระดับการปฏิรูประบบสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิการบริการ
รักษาทันตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษา
ด้านทันตกรรมของประเทศไทย การศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ
และศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในงานส่งเสริมและป้องกัน
โรคฟันผุ ในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย การจัดการด้านทันตสุขภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดี
ของผู้สูงอายุไทย โดยนำข้อมูลมาร่วมวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างรอบด้าน และนำผลการศึกษา
ไปใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนงานด้านทันตสาธารณสุขไทยอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ
เพื่อการมีทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนไทยต่อไป

การสัมมนา เรื่อง “การถ่ายโอน รพ.สต. และภารกิจปฐมภูมิจากกระทรวงสาธารณสุข ไปยัง อบจ. จะไร้รอยต่อได้อย่างไร” ในวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุม ๔๐๒ - ๔๐๓ ชั้น ๔ อาคารรัฐสภา

กมธ. สาธารณสุข จัดสัมมนา “การถ่ายโอน รพ.สต. และภารกิจปฐมภูมิจากกระทรวงสาธารณสุข ไปยัง อบจ. จะไร้รอยต่อได้อย่างไร” ร่วมหาแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณสุขของไทย

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จัดสัมมนา เรื่อง “การถ่ายโอน รพ.สต. และภารกิจปฐมภูมิจากกระทรวงสาธารณสุข ไปยัง อบจ. จะไร้รอยต่อได้อย่างไร” โดยมี นายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ เป็นประธานกล่าวเปิดการสัมมนา พร้อมด้วยสมาชิกวุฒิสภา ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ) ผู้แทนคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ผู้แทน สปสช. ผู้แทนสำนักงบประมาณ ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย ผู้แทนชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ผู้แทนชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย และหน่วยงานต่าง ๆ เข้าร่วมงาน

นายเจตน์ ศิรธรานนท์ กล่าวว่า เนื่องจากในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นวันเริ่มต้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และจะมีผลให้สถานีอนามัย (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน ๓,๒๖๓ แห่ง ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งการถ่ายโอนครั้งนี้ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงนโยบายทางด้านสาธารณสุขของไทยครั้งสำคัญ ซึ่งคณะกรรมการฯ ต้องการจะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ควรเกิดผลกระทบต่อประชาชน ดังนั้น การถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวจะต้องมีขั้นตอนและกระบวนการที่มีความพร้อม มีแผนการรองรับที่ชัดเจน เพื่อให้ทุกฝ่ายสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ไม่มีรอยต่อ ไม่มีปัญหาและอุปสรรคต่อการให้บริการประชาชน ทั้งนี้ จากการศึกษาและประเมินในเบื้องต้นยังพบความไม่พร้อม และความไม่ชัดเจนในหลายด้าน อาทิ ๑) การถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ไป อบจ. พร้อมกันทันทีทั้งหมดอาจจะก่อให้เกิดปัญหา เนื่องจากยังไม่มีกรอบทบทเรียน ๒) บุคลากรและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีทั้งที่ถ่ายโอน ไม่ถ่ายโอน ลังเล และเปลี่ยนใจ ซึ่งยังไม่ชัดเจน ประกอบกับปัญหาด้านความพร้อมและจำนวนของบุคลากรที่จะปฏิบัติงานบริการต่อประชาชนใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังไม่เพียงพอ ๓) ระเบียบที่เกี่ยวกับการโอนเงินให้แก่ รพ.สต. ๔) ระเบียบการกำหนดภาระความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม วิชาชีพทันตกรรม และความรับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ๕) การบริหารจัดการเกี่ยวกับการชำระค่ายาและวัสดุทางการแพทย์ ๖) การบริหารจัดการร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประเด็นปัญหาทั้งหมดนี้จะส่งผลกระทบต่อให้บริการในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้น ในวันที่คณะกรรมการฯ จึงเปิดเวทีสัมมนาเพื่อให้ทุกหน่วยงานได้แสดงถึงปัญหา อุปสรรค ที่จะต้องมีการร่วมกันแก้ไข เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนต่อไป ทั้งนี้ ภายในการสัมมนามีการอภิปรายในหัวข้อ “การถ่ายโอน รพ.สต. และภารกิจปฐมภูมิ จากกระทรวงสาธารณสุข ไปยัง อบจ. การเตรียมความพร้อมการบริหารร่วมกัน และปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้อง” ในประเด็น การจัดระบบบริการปฐมภูมิในจังหวัด และแนวทางในการบริหารอัตรากำลังภายในจังหวัด การจัดสรรงบประมาณ การจัดระบบยา เวชภัณฑ์ และวัสดุที่เกี่ยวข้องในจังหวัด ระบบข้อมูล และการรายงานผลการดำเนินงาน แนวทางการพัฒนากำลังคนและการนิเทศงาน และการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๓๗ และพระราชบัญญัติวิชาชีพอื่น ๆ รวมทั้งกลไกการอภิบาลระบบ และการกำกับติดตาม ประเมินผล โดยผู้แทน

จากสาธารณสุข ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด และผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปในการปฏิบัติงาน และการดำเนินงานตามหน้าที่และอำนาจของวุฒิสภาต่อไป

การสัมมนา เรื่อง “ระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ...วิกฤต ภาวะ หรือโอกาส?” ในวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๕ ณ ห้อง Magic โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จัดสัมมนาเรื่อง “ระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ...วิกฤต ภาวะ หรือโอกาส?” โดยมีนายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ เป็นประธานกล่าวเปิดสัมมนา และพลอากาศตรี เฉลิมชัย เครื่องงาม ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย กล่าวรายงานนายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ กล่าวว่า ประเทศไทยไม่ใช่เพียงประเทศเดียวที่กำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ แต่มีบางประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่น ที่ได้ก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุมาระยะหนึ่งแล้ว ปัญหาของประเทศไทยที่เกิดขึ้นนั้นส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุของประเทศไทยไม่มีการวางแผนการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่ดีพอ โดยเฉพาะการวางแผนเกี่ยวกับการออมเงินเพื่อไว้ใช้ตอนเป็นผู้สูงอายุ รวมทั้งโครงสร้างของสังคมไทยที่ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสังคมต่อเนื่องไปยังปัญหาทางเศรษฐกิจ จนกระทั่งนำมาซึ่งปัญหาใหญ่ต่าง ๆ ที่รัฐบาลจะต้องเร่งวางนโยบายในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ต้องมีการเตรียมงบประมาณจำนวนมากในการรองรับ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ ที่รัฐบาลได้มีการวางนโยบายหรือจะมีการวางนโยบายขึ้นในอนาคตล้วนเป็นความหวังของกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ก็จะมีปัญหาสุขภาพต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง การได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรจะมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามการส่งเสริมคุณภาพประชากรให้เป็นประชากรสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี เป็นเรื่องสำคัญที่ควรเริ่มตั้งแต่เกิดอย่างมีคุณภาพ การได้รับการอบรมดูแลที่เหมาะสม มีการศึกษาที่ดี เป็นแรงงานที่มีคุณภาพ และเป็นผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบการบูรณาการที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และระบบสวัสดิการที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การเชื่อมโยงการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของชุมชนให้มีส่วนร่วมและความเข้าใจสภาพผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องให้ความสำคัญและร่วมกันบูรณาการ เพื่อให้เกิดประโยชน์และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อประชาชน พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครื่องงาม กล่าวว่า คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาศึกษาและเล็งเห็นความสำคัญในการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ประชากรที่เคยอยู่ในวัยแรงงานได้มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ ประกอบกับอัตราการเกิดของประชากรไทยมีสัดส่วนที่ลดลง ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบแรงงานของประเทศไทยในอนาคต กระทั่งทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจโดยเฉพาะด้านสุขภาพ การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือการเข้าสู่สังคมสูงวัย จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชน ท้องถิ่น บุคคลในครอบครัว ตลอดจนผู้สูงอายุเอง ควรพึงตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ รวมถึงระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน ทั้งนี้ ภายในการสัมมนาได้มีการอภิปรายในหัวข้อ “ทิศทางระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า” โดยผู้แทนจาก กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภोधัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

ดร.นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย เลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย ศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย รองคณบดี คนที่ ๒ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล นายกสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุไทย นอกจากนี้ ยังได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมสัมมนาเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

ภาคผนวก

ภาพการประชุม ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



ภาพการประชุม ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



ภาพการเดินทางไปศึกษาดูงาน ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



ภาพการเดินทางไปศึกษาดูงาน ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



ภาพการเดินทางไปศึกษาดูงาน ของคณะกรรมการการการสาธารณสุข วุฒิสภา



ภาพการเดินทางไปประชุมทวิภาคีและไปเยือนต่างประเทศ ของคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา



ภาพการเดินทางไปประชุมทวิภาคีและไปเยือนต่างประเทศ ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



ภาพการสัมมนา ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



ภาพการสัมมนา ของคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา



สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ปีที่ ๓ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

คณะผู้รับผิดชอบ

ในการจัดทำสรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

นายเอกชัย บุคสีนนท์

ผู้อำนวยการสำนักกรรมการธิการ ๓

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

นางสุภาพร วิเชียรเพชร

ผู้บังคับบัญชากลุ่มงาน

นางพิมพ์วิทย์ สุจินดาวัฒน์

นิติกรชำนาญการ

นางนิตยาภรณ์ เฟด็จศึก

นิติกรชำนาญการ

นางกนิษฐา กาวีหนู

นิติกรชำนาญการ

นางสาวอภิรดา บัวทอง

วิทยากรชำนาญการ

นายศุภกร จันทร์ศรีสุริยวงษ์

วิทยากรปฏิบัติการ

นางกนกพร สาดประดับ

เจ้าพนักงานธุรการอาวุโส

นางสาวผกามาศ มีแป้น

พนักงานสนับสนุนการประชุม

นางสาววรรณวิสา ไทยสกุล

พนักงานสนับสนุนการประชุม

****สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สำนักกรรมการธิการ ๓ กลุ่มงานคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙ - ๒๐****



ออกใบใบเสร็จรับเงิน
สำนักงานพิมพ์ สำนักงานสาธารณสุข
๐ ใบเสร็จรับเงิน, ๐ ใบเสร็จรับเงิน, ๐ ใบเสร็จรับเงิน

