



วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข Public Health & Health Laws Journal

ISSN 2408-249X

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๓

Vol. 4 No. 3

กันยายน – ธันวาคม ๒๕๖๑

September - December 2018

บทความพิเศษ

- ปาฐกถา “การวิจัยในมนุษย์ ในบริบทของร่าง พ.ร.บ.การวิจัยในมนุษย์ พ.ศ.”

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การคุ้มครองการเรียกเก็บค่าบริการของผู้รับบริการในหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ในกรุงเทพมหานคร
- การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร
- การเข้าถึงยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี กรณีคัดค้านการเข้าร่วมเขตการค้าเสรีภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก
- การพัฒนากฎหมายควบคุมยาสูบในประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ
- คราฟต์เปียร์กับกฎหมายในสังคมไทย
- โครงการการศึกษาวิเคราะห์และแนวทางในการแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์ในมิติกฎหมายของประเทศในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจตะวันออก – ตะวันตก เหนือ – ใต้
- ความรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. ๒๕๕๖ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
- การศึกษาสถานการณ์ การติดตามการเปลี่ยนแปลงหลังการบังคับใช้กฎหมาย และผลกระทบของร้านเหล้ารอบสถานศึกษาในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และภูมิภาค
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
- เนื้อหาและความถูกต้องตามกฎหมายของโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและยาจากสื่อวิทยุในชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม
- การสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการนวดไทยมุ่งสู่มาตรฐานองค์การอนามัยโลก

บทความวิชาการ

- สิทธิประโยชน์และการร้องเรียนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- การเจรจาต่อรองค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากการรักษา

คำพิพากษาน่าสนใจ



วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
Public Health & Health Laws Journal

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๓
กันยายน – ธันวาคม ๒๕๖๑

Vol.4 No.3
September – December 2018

สารบัญ

บทความพิเศษ

- ปาฐกถา “การวิจัยในมนุษย์ ในบริบทของร่าง พ.ร.บ.การวิจัยในมนุษย์ พ.ศ.”
วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์..... 313 – 320

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การคุ้มครองการเรียกเก็บค่าบริการของผู้รับบริการในหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ในกรุงเทพมหานคร
ศิริรณภา ไชยะบาล และคณะ 321 - 334
- การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง
เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร
นิตยา โชติสวัสดิ์..... 335 - 347
- การเข้าถึงยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี กรณีคัดการณ์การเข้าร่วมเขตการค้าเสรี
ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก
นันทินารี คงยืน..... 349 - 358
- การพัฒนากฎหมายควบคุมยาสูบในประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญา
ว่าด้วยการควบคุมยาสูบ
วศิน พิพัฒน์ฉัตร..... 359 - 374
- คราฟต์เปียร์กับกฎหมายในสังคมไทย
กนิษฐา ไทยกล้า และคณะ..... 375 – 386

- โครงการการศึกษาวิเคราะห์และแนวทางในการแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์ใน
มติกฎหมายของประเทศในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจตะวันออก – ตะวันตก
เหนือ – ใต้
ลาวัลย์ ถนัดศิลปกุล และคณะ..... 387 - 401
- ความรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน
พ.ศ. 2556 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม
ขจร อินธิแสน และคณะ..... 403 - 415
- การศึกษาสถานการณ์ การติดตามการเปลี่ยนแปลงหลังการบังคับใช้กฎหมาย
และผลกระทบของร้านเหล้ารอบสถานศึกษาในกรุงเทพมหานคร
ปริมณฑล และภูมิภาค
ศรีรัช ลอยสมุทร..... 417 - 430
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง
โรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
วานิช สุขสถาน..... 431 - 441
- เนื้อหาและความถูกต้องตามกฎหมายของโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร
และยาจากสื่อวิทยุในชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม
ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง และคณะ..... 443 - 457
- การสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการนวดไทยมุ่งสู่มาตรฐานองค์การอนามัยโลก
วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย และ มาลินี สมภพเจริญ..... 459 - 471

บทความวิชาการ

- สิทธิประโยชน์และการร้องเรียนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ภัทรจาริน หงษา..... 473 - 482
- การเจรจาต่อรองค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากการรักษา
ฉัตรทิพย์ บุตรน้ำเพชร..... 483 - 492

คำพิพากษที่น่าสนใจ

- เรื่องการจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ..... 493 - 511

วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข Public Health & Health Laws Journal

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ ด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
3. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารวิชาการ
4. เพื่อเป็นเอกสารประกอบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา

เจ้าของ

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน- ธันวาคม

ฝ่ายจัดการสารสนเทศ

นางสาวศิริมา ยี่มิเด็น

นางสาวสุนิสา คำบุญศรี

ฝ่ายจัดการทั่วไป

นางพิศมัย มณีแจ่มใส

วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข Public Health & Health Laws Journal

คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงศีล
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีกรรณิจิตร

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงษ์ภิญโญ มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.ยุวชน สัตยสมบูรณ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ. เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
ศ. เกียรติคุณ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ. ดร. พญ. สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ. ดร. ปิยธิดา ตรีเดช	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ. ดร. สุรชาติ ณ หนองคาย	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก กรรมการสภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน
รศ. ดร. ลาวณีย์ ถนัดศิลปกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รศ. ดร. วรจกมล จันทรวงศ์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รศ. ดร. ฤาเดช เกิดวิชัย	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
รศ. ดร. วงศา เล่าศิริวงศ์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ. ดร. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ. ดร. สุมัณฑา กลางคาร	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ. ดร. พกัตร์พิมล มหรรณพ	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
ผศ. ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ. ดร. ภูมิรินทร์ บุตรอินทร์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผศ. ดร. ดร.ธนภัทร ปัจฉิมม	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ผศ. ดร. สุวรีย์ ยอดนิม	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
อาจารย์ ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
อาจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยศรีปทุม

อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล
อาจารย์นำพร อินสิน
ดร. นพ. ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย
ดร. วศิน พิพัฒน์ฉัตร
แพทย์หญิง ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยราชภัฏ สกลนคร
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทความที่ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน
ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขฉบับนี้เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกเนื้อหาบทความเพื่อการศึกษาหรือปฏิบัติงาน แต่ให้อำนาจแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อลงในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

สำนักงาน

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชมรรค์ เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193
http://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/index.html

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชมรรค์ เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116, 081 399 5215 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193
e-mail : phlaw.journal@gmail.com
https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/information/authors

พิมพ์ที่ บริษัท โรงพิมพ์วิบูลย์การปก (1997) จำกัด

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและต้นสังกัดพิจารณาบทความ

อาจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ
มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.ยุวณูช สัตยสมบูรณ์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ นพ.โชคชัย หมั่นแสง
ทรัพย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอี่ยมณีกุล
มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มลินี สมภพเจริญ
มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุนน พงศ์ปัญญา
มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ศักดิ์ดา ศรีทิพย์
มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.ภักดี โพธิสิงห์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ดร.วศิน พิพัฒน์ฉัตร
สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย

ดร.นพดล กรรณิกา
บริษัทชูปเปอร์โพล จำกัด

อาจารย์ ดร.เกษแก้ว เสี่ยงเพราะ
มหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ ดร.อนุสรณ์ สีนันท
มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทบรรณาธิการแถลง

วารสารฉบับนี้ มีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจส่วน โดยบรรณาธิการได้เชิญบทความพิเศษ ปาฐกถา “การวิจัยในมนุษย์ ในบริบทของร่าง พ.ร.บ.การวิจัยในมนุษย์ พ.ศ.” ของท่าน ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ผู้ก่อตั้งหลักสูตร วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บทความนี้ ท่านศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ได้ปาฐกถาไว้ในการประชุมสัมมนาวิชาการ “กฎหมายกับการวิจัยในคน” เมื่อวันอาทิตย์ที่ 11 กุมภาพันธ์ 2561 เวลา 9.00-12.15 น. ณ ห้องจิต เศรษฐบุตร (LT.1) คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ท่าพระจันทร์) จัดโดย กองทุน ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริย-ศาสตร์ คณะ นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ในวารสารยังได้บรรจุบทความวิจัยต้นฉบับจำนวน 11 บทความ และอีกส่วนเป็นบทความ วิชาการมีจำนวน 2 บทความ และมีคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดเรื่องการจำหน่ายสินค้าในที่และ ทางสาธารณะด้วย

หากผู้สนใจบทความวิจัยและวิชาการ ผู้สนใจสามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (full text) ได้ ที่ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หรือ เว็บไซต์ http://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/index.html

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์นิญโญ

บรรณาธิการ

ปาฐกถา

“การวิจัยในมนุษย์ ในบริบทของร่าง พ.ร.บ.การวิจัยในมนุษย์ พ.ศ.”

โดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

พ.บ., น.บ., Dr.med (Bonn)

.....

ท่านคณบดีคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ศาสตราจารย์ ดร.อุดม รัฐอมฤต) ท่านอธิการบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์) และท่านผู้มีเกียรติ การบรรยายในวันนี้ผมจะไม่เดินตามหัวข้อที่กำหนดไว้ แต่จะลงไปที่เนื้อหาของร่าง พ.ร.บ.การวิจัยในมนุษย์ พ.ศ. โดยตรงและใช้ข้อบทความนี้ว่า การวิจัยในมนุษย์ในบริบทของร่าง พ.ร.บ. การวิจัยในมนุษย์ พ.ศ. ที่คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาแล้วเสร็จที่ 812/2560 (ซึ่งผ่านการประชาพิจารณ์แล้ว)

1. นิยามของการวิจัยในมนุษย์

ก่อนอื่นผมอยากจะขอเริ่มวิจารณ์ร่าง พ.ร.บ.ดังกล่าวด้วยนิยามของ “การวิจัยในมนุษย์” ซึ่งบัญญัติไว้ในร่างมาตรา 3 ดังนี้

“การวิจัยในมนุษย์” หมายความว่า กระบวนการศึกษาที่ออกแบบอย่างเป็นระบบ และหาข้อสรุปในลักษณะที่เป็นความรู้ที่นำไปใช้ได้ทั่วไปในมนุษย์ หรือเกี่ยวข้องกับมนุษย์ โดยกระทำต่อร่างกาย จิตใจ เซลล์ ส่วนประกอบของเซลล์ สารพันธุกรรม สิ่งส่งตรวจ เนื้อเยื่อ สารคัดหลั่ง และจากข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน หรือข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับการวิจัย ซึ่งความรู้ด้านชีวเวชศาสตร์ ด้านสาธารณสุข ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ หรือด้านสังคมศาสตร์ หรือพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และให้หมายความรวมถึงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิตด้วย แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงการสอบสวนโรคโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข

คำว่า “การวิจัยทางสังคมศาสตร์” ในตำราสังคมศาสตร์วิจัยของเทียนฉาย กีรนนทน (2539: 4-5) อธิบายไว้ดังต่อไปนี้

“ในความหมายโดยทั่วไป และในการพิจารณาของกรรมาธิการสหประชาชาติด้านการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรม (UNESCO) ได้รวมสาขาต่างๆ ไว้ในสังคมศาสตร์หลายสาขาด้วยกัน

การสัมมนาวิชาการ “กฎหมายกับการวิจัยในคน” เมื่อวันอาทิตย์ที่ 11 กุมภาพันธ์ 2561 เวลา 9.00-12.15 น. ณ ห้องจิต เศรษฐบุตร (LT.1) คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ท่าพระจันทร์) จัดโดย กองทุนศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เป็นต้นว่า เศรษฐศาสตร์ รัฐศาสตร์ สังคมวิทยา มานุษยวิทยา การบริหารความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ การศึกษา การบัญชี นิติเวชวิทยา ประชากรศาสตร์ และแม้แต่สถิติศาสตร์ อย่างไรก็ตามขอให้เข้าใจด้วยการนิยามความหมายของสังคมศาสตร์นี้ มิได้เป็นการตายตัวเสมอไป เพราะในหลายกรณี วิธีการวิเคราะห์ปัญหาจะช่วยบอกได้ว่า วิธีการเช่นนั้นเป็นสังคมศาสตร์หรือศาสตร์อื่น

การวิจัยทางสังคมศาสตร์ จึงเป็นการศึกษาค้นคว้าเพื่อพิสูจน์หรือค้นหาข้อเท็จจริงบางอย่างที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ในสังคม ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมในอดีต ปัจจุบัน หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต แต่เนื่องจากพฤติกรรมของมนุษย์มีการผันแปรเกือบตลอดเวลา และเป็นเรื่องยากที่จะศึกษาและทำความเข้าใจการวิจัยทางสังคมศาสตร์จึงต้องพยายามที่จะจับประเด็น และสร้างระบบของการวิจัยเองให้มั่นคงแน่นอน และยอมรับกันให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่านิยามของ “การวิจัยในมนุษย์” ที่บัญญัติไว้ในร่าง พ.ร.บ.การวิจัยในมนุษย์ พ.ศ. ที่กล่าวมาแล้วย่อมครอบคลุมการวิจัยในทุกสาขาวิชาชีพ เมื่อเป็นเช่นนั้นองค์ประกอบของคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ (ร่างมาตรา 5) นั้นเหมาะสมและกระจายให้ควบคุมการวิจัยได้ทั่วถึงทุกสาขาวิชาหรือไม่และเหตุใด ตัวแทนของสภาวิชาชีพจึงมีแต่ผู้แทนของแพทยสภากับผู้แทนสภาเภสัชกรรมเท่านั้น ผู้แทนสภาวิชาชีพอื่นให้เลือกกันเองเข้าไปเพียง 2 คนเท่านั้น ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนทันตแพทยสภาอาจจะไม่มีตัวแทนอยู่ในคณะกรรมการเลยก็ได้ เพราะไม่ได้รับเลือก ถ้าเป็นกรณีเช่นนี้คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จะทำหน้าที่ตามมาตรา 6(2)(3) ได้อย่างไร ในการพิจารณางานวิจัยของทันตแพทย์ และพยาบาลผดุงครรภ์

ประเด็นนี้เป็นเรื่องสำคัญที่น่าจะต้องมีการพิจารณาพิจารณาอย่างเข้มข้น การพิจารณาพิจารณาที่ผ่านมา ไม่ทราบว่าตัวแทนสภาวิชาชีพทั้งหลายได้รับเชิญเข้าร่วมทุกสภาหรือไม่ และถ้าไม่ได้รับเชิญเพราะเหตุผลอะไร ทั้งๆ ที่สภาวิชาชีพทั้งสองมีสมาชิกทำการวิจัยในมนุษย์ไม่น้อยกว่าแพทย์และเภสัชกร

นอกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว ยังมีผู้ประกอบโรคศิลปะอีกหลายสาขา แต่ละสาขาก็ต้องมีการวิจัยในมนุษย์อยู่ไม่น้อย แต่กรรมการตามมาตรา 5(1) ไม่มีผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะอยู่เลย ส่วนกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามมาตรา 5(2) มีผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย การแพทย์ การสาธารณสุข การวิจัย วิทยาศาสตร์สุขภาพ สังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ สิทธิมนุษยชน และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านละหนึ่งคน

บุคคลเหล่านี้จะสามารถทำหน้าที่ของคณะกรรมการวิจัยที่กำหนดไว้ในมาตรา 8(1) – (10) ได้เหมาะสมเพียงใด

ตัวอย่างเช่น นักเศรษฐศาสตร์ ต้องการวิจัยเรื่องพฤติกรรมของผู้บริโภค โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านสุขภาพ หรือนักสังคมสงเคราะห์ต้องการวิจัยเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น เพราะกรรมการตามมาตรา 5 ทั้ง (1) และ (2) ไม่มีนักเศรษฐศาสตร์ และนักสังคมสงเคราะห์อยู่เลย

นิยามศัพท์อีกคำหนึ่งที่น่าสนใจคือ “ผู้รับการวิจัย” ; “ผู้รับการวิจัย” หมายความว่า บุคคลซึ่งสมัครใจยินยอมเข้ารับการวิจัยในมนุษย์ และให้หมายความรวมถึงผู้ที่เสียชีวิตแล้วด้วย

พิจารณาจากอักขระวิธีแล้วน่าจะหมายถึงผู้รับการวิจัยนั้นขณะรับการวิจัยอยู่ได้เสียชีวิตลงแล้วก็ยังถือว่าผู้นั้นเป็นผู้รับการวิจัยอยู่ ซึ่งขัดกับหลักธรรมชาติ เพราะเสียชีวิตแล้วไม่น่าจะให้ความยินยอมได้

เมื่อมาดูมาตรา 28 บัญญัติว่า “กรณีทำการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิตแล้วให้สิทธิในการให้ความยินยอมและเพิกถอนเป็นทายาทเว้นแต่จะขัดเจตนาของผู้เสียชีวิตที่ไว้ไว้เป็นหนังสือ (ร่างมาตรานี้ดูจะลบล้างนิยามผู้รับการวิจัยไปเลยและขัดกับหลักธรรมชาติ เพราะผู้เสียชีวิตแล้วยังจะให้ความยินยอมได้อยู่หรือ)

2. นิยาม การวิจัยในมนุษย์ที่ไม่ใช่การวิจัยในมนุษย์

ส่วนคำว่า “ผู้รับการวิจัย” ในบทบัญญัติของร่างกฎหมายฉบับนี้ นิยามไว้ว่า บุคคลซึ่งสมัครใจหรือยินยอมเข้ารับการวิจัยในมนุษย์และให้หมายความรวมถึงผู้เสียชีวิตแล้วด้วย

ดังนั้นข้อความที่ว่า โดยกระทำต่อร่างกาย จิตใจ เซลล์ ส่วนประกอบของเซลล์ สารพันธุกรรม สิ่งส่งตรวจ เนื้อเยื่อ สารคัดหลั่ง และจากข้อมูลที่เป็นที่กักในเวชระเบียน หรือข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับการวิจัยเหล่านั้นไม่ใช่ผู้รับการวิจัยตามนิยามของร่างกฎหมายฉบับนี้ เพราะบุคคลเหล่านั้นไม่ใช่บุคคลซึ่งสมัครใจหรือยินยอมเข้ารับการวิจัยแต่อย่างใด แต่บุคคลเหล่านั้นยินยอมให้นำส่งส่งตรวจทั้งหลายไปตรวจวินิจฉัยโรคของเขาเท่านั้น

เหตุนี้นิยามเรื่องการวิจัยในมนุษย์ที่บัญญัติไว้ในร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้น่าจะใช้บังคับไม่ได้ และจะมีผลทำให้ร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้ทั้งฉบับต้องเสียไปทั้งหมด

3. สำนักงานพัฒนามาตรฐานการวิจัยในมนุษย์

มาตรา 12 ให้จัดตั้งสำนักงานพัฒนามาตรฐานการวิจัยในมนุษย์ขึ้นในสำนักงานวิจัยแห่งชาติ มีหน้าที่ปฏิบัติงานในการส่งเสริมสนับสนุน พัฒนาการวิจัยในมนุษย์ให้มีมาตรฐานตามที่กำหนด และปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับงานวิชาการ และงานธุรการให้แก่คณะกรรมการและอนุกรรมการ รวมทั้งมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(1) (8)

มาตรานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะต้องการรวมศูนย์การกำกับดูแลการวิจัยในมนุษย์ไว้ในสำนักงานวิจัยแห่งชาติเพียงแห่งเดียว ใน (1) ของมาตรานี้บัญญัติว่า

(1) สำรวจ ศึกษา และวิเคราะห์ทางวิชาการเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่คณะกรรมการ และจัดทำแผนงานโครงการและมาตรการเสนอคณะกรรมการเพื่อพัฒนาการวิจัยในมนุษย์

ความจริงมาตรานี้ควรทำข้อมูลเบื้องต้นประกอบการเสนอร่างกฎหมายฉบับนี้มากกว่า เพราะสภาวิจัยควรมีข้อมูลเหล่านี้อยู่ก่อนที่จะเสนอร่างกฎหมาย เพื่อจะได้ทราบว่าขอบเขตการวิจัย ตามร่างกฎหมายนี้มีปริมาณมากน้อยขนาดไหน เหมาะที่สภาวิจัยจะเข้ามารวบอำนาจรวมศูนย์ไว้หรือไม่ อัตรากำลังที่มีอยู่จะรับไหวไหม

ตัวอย่างเพียงเรื่องเดียวที่ผมจะแสดงให้เห็นว่าเป็นเรื่องที่จะสร้างความวุ่นวายมาให้สภาวิจัย เป็นอย่างมากก็คือ การจดแจ้งและการรับจดแจ้งการขึ้นทะเบียนรายชื่อคณะกรรมการจริยธรรมจาก สถาบันต่างๆ ทั่วประเทศ (ซึ่งยังประมาณไม่ได้ว่ามีปริมาณเท่าใด) ตามมาตรา 14 คณะกรรมการ เหล่านี้มีอย่างน้อยคณะละ 5 คน และมีวาระตามแต่ละสถาบันกำหนด ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ของกรรมการจริยธรรมของแต่ละสถาบันจะเริ่มต้นและสิ้นสุดต่างๆ กัน การรับจดแจ้งและการขึ้น ทะเบียนจะดำเนินอยู่ตลอดเวลาเป็นพลวัตร

เจ้าหน้าที่ของสภาวิจัยและเท่าที่คิดว่าจะมีอัตรากำลังเพิ่มอีกได้นั้น จะสามารถรับกับงานที่ กล่าวนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ เพียงใด ควรต้องมีข้อมูลที่จับต้องได้มาสนับสนุน

4. ข้อสังเกตเกี่ยวกับการกำหนดโทษทางอาญา

1. บทบัญญัติในร่างมาตรา 14 บัญญัติว่า

สถาบันใดมีความประสงค์ดำเนินโครงการวิจัยในมนุษย์ให้ดำเนินการจดแจ้งการขึ้นทะเบียน รายชื่อคณะกรรมการจริยธรรมต่อเลขาธิการ

เมื่อได้รับการจดแจ้งการขึ้นทะเบียนรายชื่อคณะกรรมการจริยธรรมตามวรรคหนึ่งแล้ว ให้ คณะกรรมการจริยธรรมสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

การจดแจ้งและการรับจดแจ้งการขึ้นทะเบียนรายชื่อคณะกรรมการจริยธรรมให้เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

คำว่า “สถาบัน” ตามร่างมาตรา 3 ให้นิยามคำว่าสถาบันไว้ว่า หมายความว่า หน่วยงาน หรือองค์กรที่ดำเนินการวิจัยในมนุษย์

เพราะฉะนั้น หน่วยงานใดที่มีการวิจัยในมนุษย์ทุกแห่งย่อมเข้าข่ายเป็นสถาบันตามมาตรา 14 ทั้งสิ้น ไม่ว่าหน่วยงานนั้นจะเป็นหน่วยงานทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือไม่

และร่างมาตรา 39 บัญญัติว่า สถาบันใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 14 วรรคหนึ่งต้อง ระวางโทษปรับไม่เกินสองแสนบาท

บทบัญญัติในมาตรา 39 จึงครอบคลุมหน่วยงานทุกแห่งที่มีการวิจัยในมนุษย์ทั้งของรัฐและ เอกชน

บทบัญญัติในมาตรานี้จึงเป็นบทบัญญัติที่แปลกที่ใช้บังคับกับหน่วยงานของรัฐด้วยกันเอง และหน่วยงานของรัฐทุกแห่งมีความเสี่ยงที่จะถูกลงโทษปรับตามมาตรา 39

การไม่ปฏิบัติตามมาตรา 14 วรรคหนึ่งก็คือไม่ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมตามมาตรา 15 กับไม่ขอจดทะเบียนการขึ้นทะเบียนรายชื่อคณะกรรมการจริยธรรมต่อเลขาธิการ

ร่างมาตรา 15 บัญญัติว่า “ให้คณะกรรมการจริยธรรมแต่ละคณะมีจำนวนไม่น้อยกว่าห้าคน ประกอบด้วย

- (1) กรรมการที่แต่งตั้งจากบุคคลซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์อย่างน้อยสามคน
- (2) กรรมการที่แต่งตั้งจากตัวแทนประชาชนซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์หรือนักวิทยาศาสตร์อย่างน้อยหนึ่งคน
- (3) กรรมการที่แต่งตั้งจากบุคคลซึ่งไม่อยู่ในสังกัดสถาบันอย่างน้อยหนึ่งคน

การประชุมคณะกรรมการจริยธรรมต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่าห้าคนจึงจะเป็นองค์ประชุม

การแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ร่างมาตรานี้จะมีปัญหามากในการบังคับใช้ เพราะใครจะเป็นผู้ตรวจสอบว่า กรรมการจริยธรรมมีคุณสมบัติตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายโดยเป็นส่วนหนึ่งของการไม่ปฏิบัติตามมาตรา 14 ซึ่งมีโทษอาญาตามมาตรา 39 อีกด้วย และสุดท้ายสภาพบังคับของกฎหมายก็อาจไม่มีอยู่จริง

และถ้าพิจารณาจากบทบัญญัติในร่างมาตรา 14 ที่บัญญัติว่า “สถาบันใดมีความประสงค์ดำเนินโครงการวิจัยในมนุษย์ให้ดำเนินการจดทะเบียนรายชื่อคณะกรรมการจริยธรรมต่อเลขาธิการ

เมื่อเลขาธิการรับจดทะเบียนการขึ้นทะเบียนรายชื่อคณะกรรมการจริยธรรมตามวรรคหนึ่งแล้วให้คณะกรรมการจริยธรรมสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

การจดทะเบียนและการรับจดทะเบียนการขึ้นทะเบียนรายชื่อคณะกรรมการจริยธรรมให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่คณะกรรมการประกาศกำหนด”

มาตรานี้เป็นโทษที่ไม่มีอยู่จริง เพราะเพียงมีความประสงค์ดำเนินโครงการวิจัยในมนุษย์โดยที่ยังไม่ได้ลงมือทำ จึงนับว่าเป็นการกำหนดโทษจากผู้ที่ยังไม่ได้ทำอะไรเลย ซึ่งขัดกับหลักความรับผิดชอบทางอาญาที่ว่า การกระทำให้มีความรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้น โดยดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย และการที่กฎหมายระบุว่า สถาบันใดประสงค์จะดำเนินโครงการก็ไม่มี ความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการนั้นแต่อย่างใด

ดังนั้นการไม่มีความประสงค์จะดำเนินโครงการวิจัยจึงไม่ใช่ความผิด ไม่สามารถกำหนดโทษได้ โทษที่กำหนดในมาตรา 39 จึงเป็นโมฆะ

ร่างมาตรา 21 ซึ่งบัญญัติว่า การวิจัยในมนุษย์ในทางชีวเวชศาสตร์ที่ใช้เทคโนโลยีใหม่ ซึ่งเป็นวิทยาการที่ไม่แพร่หลายวิธีการที่อาจมีผลกระทบต่อพันธุกรรมของมนุษย์ หรือวิธีการอื่นใดที่อาจก่อให้เกิดปัญหาในทางจริยธรรมที่ร้ายแรง ต้องดำเนินการโดยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่สภาวิชาชีพกำหนด และได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมที่ผู้มีความรู้หรือคุณสมบัติเหมาะสมเรื่องนั้นร่วมอยู่ด้วย

ร่างมาตรา 42 “ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 21 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสามแสนบาท”

ความจริงในกฎหมายวิชาชีพ โดยเฉพาะทางชีวเวชศาสตร์โครงการวิจัยในมนุษย์ทุกโครงการต้องได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของทุกวิชาชีพอยู่แล้ว หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่สภาวิชาชีพกำหนดย่อมได้รับโทษตามกฎหมายวิชาชีพนั้นๆ คืออาจถูกเพิกถอนพักใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือถูกกล่าวหาว่าดักเตือนหรือภาคทัณฑ์แล้วแต่กรณี แต่ในร่างมาตรา 42 กับกำหนดโทษซ้อนเข้ามาอีกเท่ากับว่าการกระทำเพียงเรื่องเดียวมีโทษทั้ง 2 กฎหมาย ซึ่งเป็นการขัดกับหลักการทางกฎหมายที่สำคัญว่า การกระทำเพียงครั้งเดียวไม่ควรได้รับโทษสองครั้งตามหลักกฎหมายที่ว่า “บุคคลไม่ควรถูกพิจารณาเพื่อลงโทษสองครั้งในการกระทำครั้งเดียว” (ne bis in idem) (คณิต ณ นคร 2549 น. 185)

แต่เมื่อได้พิจารณาบทกำหนดโทษในร่างมาตราที่บัญญัติไว้ในร่างมาตราที่ให้คณะกรรมการมีอำนาจเปรียบเทียบได้แล้ว จะเห็นว่าการจัดตั้งสำนักงานพัฒนามาตรฐานการวิจัยในมนุษย์ขึ้นในสำนักงานวิจัยแห่งชาตินั้น เป็นการรวมศูนย์การวิจัยในมนุษย์เพื่อตั้งเองประมาณจากหน่วยงานต่างๆ เข้าในสำนักงานนั่นเองโดยไม่มีเหตุผลอื่น ทั้งๆ ที่การเสนอร่างกฎหมายนี้ก็ยังไม่รู้ว่าสถาบันใดบ้างที่ทำการวิจัยในมนุษย์ดังปรากฏในร่างมาตรา 12(8) และในร่าง 8(9) คณะกรรมการอาจออกระเบียบหรือประกาศให้เงินที่เปรียบเทียบไม่ต้องนำส่งคลัง ซึ่งร่างมาตรานี้เป็นการซ่อนเหตุผลที่แท้จริงไว้

2. บทบัญญัติที่บังคับกับผู้วิจัย คือมาตรา 18, 19, 20 โดยกำหนดโทษปรับทางอาญา ร่างมาตรา 18 บัญญัติว่า ผู้วิจัยจะดำเนินโครงการวิจัยในมนุษย์ในสถาบันใดต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในสถาบันนั้น

ผู้วิจัยผู้ที่ได้รับความเห็นชอบแล้วต้องทำการวิจัยไปตามโครงการวิจัยในมนุษย์ที่ได้รับความเห็นชอบและตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการจริยธรรมกำหนด

ร่างมาตรา 19 บัญญัติว่า “การวิจัยในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถาบันที่ไม่มีคณะกรรมการจริยธรรมให้ผู้วิจัยยื่นขอรับความเห็นชอบต่อคณะกรรมการจริยธรรมในสถาบันใดสถาบันหนึ่ง”

การวิจัยในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถาบันหลายแห่ง ให้ผู้วิจัยยื่นคำขอรับความเห็นชอบต่อคณะกรรมการจริยธรรมทุกแห่งตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการจริยธรรมแต่ละคณะกำหนด เว้นแต่

คณะกรรมการจริยธรรมเหล่านั้นมีข้อตกลงร่วมกันเป็นอย่างอื่นโดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ

ร่างมาตรา 20 การวิจัยในมนุษย์จะต้องทำโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ ผู้ที่อยู่ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้มีความรู้พื้นฐานในเรื่องที่จะทำการวิจัยนั้น และได้รับการฝึกอบรมระเบียบวิธีวิจัย และหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ร่างมาตรา 22 การวิจัยในมนุษย์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้รับการวิจัย ซึ่งได้รับการบอกกล่าวข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยที่ถูกต้องและเพียงพอที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างอิสระแล้ว

กระบวนการขอความยินยอมและการให้ความยินยอมตามวรรคหนึ่งต้องทำเป็นหนังสือและต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธี และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

การให้ความยินยอมและวิธีการให้ความยินยอมตามที่บังคับไว้ในมาตรานี้ ในกรณีที่มีความจำเป็นอย่างถึงอาจกำหนดยกเว้นไว้ตามหลักเกณฑ์ วิธี และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด (ซึ่งยังไม่รู้ว่าคณะกรรมการจะกำหนดอย่างไรแน่)

ร่างมาตรา 40 บัญญัติว่า ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 18, 19 หรือมาตรา 20 วรรค 1 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองแสนบาท

ร่างมาตรา 41 บัญญัติว่า ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 20 หรือมาตรา 31 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท

การบังคับใช้ร่างมาตรา 40 – 41 จึงไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะมาตรา 18, 19, 20 และมาตรา 21 นั้น มีปัญหาการวินิจฉัยอยู่ไม่น้อย เพราะมีเนื้อหาหมก การไม่ปฏิบัติตามเพียงส่วนหนึ่งฝ่าฝืนอีกส่วนหนึ่งใครจะเป็นผู้วินิจฉัย ดังนั้นมาตรา 40 และ 41 จึงเป็นโทษที่ไม่ชัดเจนพอที่จะลงโทษผู้กระทำผิดได้ เป็นโทษที่ไม่ชัดเจนในทางอาญาไม่อาจใช้บังคับกับผู้ทำการวิจัยได้

3. บทบัญญัติที่ใช้ตรวจสอบการวิจัยในมนุษย์

บทบัญญัติในร่างมาตรา 33 ถึง 38 เป็นบทบัญญัติที่เขียนเช่นเดียวกับกฎหมายวิชาชีพว่าด้วยการแพทย์และสาธารณสุขทุกวิชาชีพ

บทบัญญัติเหล่านั้นนับว่าเป็นกฎหมายที่ใช้บังคับกับการกระทำของผู้กระทำผิดเพียงครั้งเดียวซึ่งไม่อาจจะรับโทษ 2 ครั้งได้ดังได้กล่าวไว้ในข้อ 1 ข้างต้น

4. กล่าวโดยสรุป การกำหนดโทษอาญาไว้ในร่างกฎหมายฉบับนี้จะสร้างความถูกต้องกับหลักกฎหมาย และการบังคับใช้ทางกฎหมายได้เพียงใดยังเป็นปัญหาที่ต้องพิจารณาในเบื้องต้น

ข้อสังเกตสุดท้าย หากร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้มีผลใช้บังคับเป็นกฎหมาย คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จะใช้เวลาออกกฎหมายระดับรองจำนวนมาก โดยใช้เวลานานเท่าใด เพราะคณะกรรมการย่อมไม่มีข้อมูลมาสนับสนุนได้ ได้แต่สร้างมโนภาพกันเอาเองเท่านั้น และทำให้การวิจัยในมนุษย์ก็หยุดชะงักกันไปในระหว่างนั้น เช่นเดียวกับ พ.ร.บ. สัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์ พ.ศ. 2558 ที่

ประกาศใช้ไปแล้วและมีเนื้อหาของกฎหมายทำนองเดียวกับร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ยังไม่สามารถออกให้แล้วเสร็จได้ ข้อเท็จจริงประการใดน่าจะหาข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ซึ่งเป็นสมาชิกของสัตวแพทยสภา (2514) กันเอาเอง และเมื่อนั้นการวิจัยในมนุษย์ของชาติก็必将เกิดความเสียหายสุดที่จะประมาณได้ และจะสร้างความวิบัติมาสู่การวิจัยในมนุษย์ของชาติโดยแท้

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่องเสร็จที่ 812/2560

เทียนฉาย กिरันนันทน์. (2539). สังคมศาสตร์วิจัย, พิมพ์ครั้งที่ 3 คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : หน้า 4 – 5.

คณิต ฒ นคร. (2549). กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา, พิมพ์ครั้งที่ 7 ปรับปรุงใหม่และแก้ไขเพิ่มเติม กรุงเทพฯ : วิญญูชน : น.185.

การคุ้มครองการเรียกเก็บค่าบริการของผู้รับบริการในหน่วยบริการตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ในกรุงเทพมหานคร

ศิริภา ใจยะบาล * สุธี อยู่สถาพร ** ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ ** ยวนุช สัตยสมบูรณ์ **

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทาง และกระบวนการคุ้มครองการเรียกเก็บค่าบริการในกรุงเทพมหานคร โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่หน่วยบริการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ของโรงพยาบาลจำนวนเรื่องร้องเรียนมากที่สุด ในปี 2558 จำนวน 10 แห่ง และผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 2 คน

ผลการวิจัย พบว่า หน่วยบริการมีแนวทาง และกระบวนการคุ้มครองการเรียกเก็บค่ายา หรือเวชภัณฑ์ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์นอกรายการเบิก ว่าหน่วยบริการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบก่อน หากผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้ แพทย์จะปรับไปใช้ยา หรืออุปกรณ์ หรือเวชภัณฑ์ หรือเรียกเก็บค่าใช้จ่ายดังกล่าวจากผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อหน่วยบริการ หากเป็นกรณีรับส่งต่อมา หน่วยบริการที่ให้การรักษาดำเนินการเช่นเดียวกับเบื้องต้น แต่เพิ่มเติมการตกลงกับหน่วยบริการประจำให้ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายก่อน แต่ค่ายา อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ที่ผู้ป่วยร้องขอ หน่วยบริการทั้งหมดจะเรียกเก็บจากผู้ป่วย เมื่อเกิดเรื่องร้องเรียน หน่วยบริการบางแห่งคืนเงินให้แก่ผู้ป่วยทุกรายเพื่อลดผลกระทบ และหน่วยบริการบางแห่งจะคืนเงินให้หากไม่ขัดต่อนโยบายหน่วยบริการ ทั้งนี้ หน่วยบริการที่ได้รับคำสั่งตามมาตรา 59 (2) คืนเงินให้ตามคำสั่งทุกรายและปรับกระบวนการ เช่น แจ้งเวียนภายในหน่วยบริการ ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นว่าเหมาะสมแล้ว ควรมีการแจ้งเวียนให้หน่วยบริการอื่นทราบ และควรสร้างมาตรการควบคุมจากทุกภาคส่วน

ข้อเสนอแนะ ควรมีกองทุนสนับสนุนค่ายา/อุปกรณ์ทางการแพทย์นอกรายการเบิกจ่ายจากหน่วยบริการประจำ โดยมีคณะทำงานพิจารณาความจำเป็นผู้ป่วยรายกรณี กำหนดมาตรการควบคุมจากส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง แจ้งเวียนให้หน่วยบริการทราบผลการพิจารณาเรื่องร้องเรียนจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และปรับระบบการเบิกจ่ายให้เป็นปัจจุบันและจูงใจผู้ให้บริการมากขึ้น

คำสำคัญ : กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/ บัตรทอง/ คุ้มครองสิทธิ/ หน่วยบริการ

* นักศึกษาหลักสูตร วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

PROTECTION FOR SERVICE-FEE COLLECTION BY HEALTH CARE PROVIDERS IN HEALTH SERVICE UNITS ACCORDING TO THE NATIONAL HEALTH SECURITY ACT OF B.E.2545

Sirinapa Jaiyaban^{*} Suthee Usathaporn^{**}
Chardsumon Prutipinyo^{**} Youwanuch Sattayasomboon^{**}

Abstract

This is a qualitative research that aimed to study guidelines and processes in fee collecting staff in health service units in accordance with the National Health Security act of B.E. 2545 via semi-structured interview. The sample consisted of 10 staff members of the health care unit with the highest number of complaints in the year 2015 and 2 administrators of the National Health Security Office.

The results revealed that health care units have guidelines and processes in collecting fees for non-essential drugs or medical tools that fall outside the pick-list from the patients instead of collecting themselves, without negatively affecting its financial situation. The health care unit will inform patients before using it. If a patient is unable to pay, the doctor will change to use essential drug or medical devices in order not to affect health service units. In case of referral patient, the management will apply the same concept but make additional agreement with their personal health care unit before using non-essential drugs or medical devices. On the other hand all providers will collect drug or medical device expenses that patients request. When there are complaints, some health service units will refund all complainers to minimize the effect. However, some health service units will refund in case there is no conflict with their policy. When health service units receive orders according to section 59(2), they will refund to complainers and adjust guidelines and processes to prevent complaints from occurring again, and send a circular to all health service units. The National health security organization have to approve that the control measures are appropriate and inform all other health service units accordingly.

The study recommends that there should be particular supporting funds for medication costs and medical tools that are not included in the “pick list” for the medical research purposes. It also recommends that the service-fee collections in hospitals and the up-to-date and more attractive disbursement system should be controlled by all stakeholders. Notification on the outcome of any decision of the Standard and Quality Control Board concerning the patient complaints should be made by the health care units.

Key words: NATIONAL HEALTH SECURITY FUND/ UNIVERSAL HEALTH COVERAGE
/RIGHT PROTECTION/HEALTH CARE UNIT

^{*} Student in MSc. (Public Health), majoring in Medical and Public Health Law, Faculty of Public Health, Mahidol University ^{**} Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ (Introduction)

แนวคิดพื้นฐานที่สำคัญของการสร้างระบบประกันสุขภาพ คือ การให้สิทธิในการใช้บริการสุขภาพแก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน ซึ่งในการให้สิทธิดังกล่าวนี้จำเป็นต้องใช้กลไกทางการเงินการคลังจากแหล่งเงินภาครัฐ เพื่อปกป้องภาระทางการเงินของครัวเรือน และสร้างความเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปกป้องคนจนที่อาจจะไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพที่มีราคาแพงได้ ทั้งนี้ ในการสร้างระบบประกันสุขภาพจะต้องครอบคลุมการขยายขอบเขตของระบบประกันสุขภาพใน 3 มิติ ได้แก่ 1) การขยายระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชน (Covered population) 2) การขยายระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมบริการสุขภาพ (Covered services) 3) การขยายระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Covered costs) แม้ว่า การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องปกป้องภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนโดยภาครัฐต้องเป็นผู้จัดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ต้องมีการดำเนินการที่มีความรัดกุม เพื่อป้องกันไม่ให้รายจ่ายสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นจนกลายเป็นภาระรายจ่ายของภาครัฐตามมา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ปัจจุบัน พบว่ามีเรื่องร้องเรียนจากประชาชนในประเด็นการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการ ในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 956 เรื่อง ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 979 เรื่อง และปีงบประมาณ 2560 จำนวน 1,143 เรื่อง สะท้อนว่าประชาชนที่ร้องเรียนกลุ่มนี้ต้องเกิดภาระค่าใช้จ่ายจากค่ารักษาพยาบาลแล้ว เรื่องร้องเรียนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านชื่อเสียง สังคม และขวัญกำลังใจของหน่วยบริการ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการ พบว่า ผลสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ในปี 2560 อยู่ที่ร้อยละ 69.65 จากเป้าหมาย ร้อยละ 75 (คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 7.03) จึงอาจเกิดจากการดำเนินการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจยังไม่ตรงตามความต้องการของผู้ให้บริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) และเรื่องร้องเรียนเกิดขึ้นมากที่สุดในกรุงเทพมหานคร (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) จากการศึกษา พบว่าเขตพื้นที่นี้มีลักษณะต่างจากเขตพื้นที่อื่น (กาญจนา ตั้งชลทิพย์, 2550) ทั้งในด้านของสภาพสังคม และลักษณะของหน่วยบริการที่หลากหลายมากกว่าจังหวัดอื่น

ดังที่กล่าวมาเบื้องต้น พบว่าการผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการคุ้มครองการเรียกเก็บค่าบริการผู้รับบริการของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากพบว่าเรื่องร้องเรียนประเด็นการใช้สิทธิรับบริการยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และยังพบว่ามีช่องว่างระหว่างแนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนกับกฎหมาย จึงคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนามาตรการ การคุ้มครองเรียกเก็บค่าบริการที่ไม่ขัดต่อการให้สิทธิรับบริการของประชาชนตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และตรงตามความต้องการของหน่วยบริการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

เพื่อศึกษาการดำเนินการคุ้มครองการเรียกเก็บค่าบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาแนวทาง และกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการที่ไม่สามารถเบิกชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการดำเนินการคุ้มครองสิทธิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นอย่างไร

วิธีการวิจัย (Method)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ในกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบฝ่ายประสานงานเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการซึ่งเป็นตัวแทนของหน่วยบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีจำนวนเรื่องร้องเรียนมากที่สุด ในปี 2558 รวมเป็นจำนวน 10 แห่ง และเลือกตัวแทนของหน่วยบริการจำนวน 1 คน/แห่ง จำแนกประเภทหน่วยบริการได้ ดังนี้

1.1 โรงพยาบาลรัฐบาล 5 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูง 2 แห่ง

1.2 โรงพยาบาลเอกชน 5 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง

ตาราง จำนวนหน่วยบริการของผู้ถูกสัมภาษณ์ จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ

ประเภทของหน่วยบริการ	จำนวน		รวม
	รัฐ	เอกชน	
1. ทุติยภูมิ (Secondary care)	0	2	2
2. ตติยภูมิ (Tertiary care)	3	3	6
3. ตติยภูมิระดับสูง (Super tertiary care)	2	0	2
รวม	5	5	10

2. ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในสำนักที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุข จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 2 ชุด ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับหน่วยบริการ จำนวน 10 ข้อ สัมภาษณ์เกี่ยวกับความสามารถในการเรียกเก็บค่าบริการของหน่วยบริการ และมาตรการที่หน่วยบริการได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 5 ข้อ สัมภาษณ์เกี่ยวกับมาตรการควบคุมหน่วยบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก ปากกา

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน มกราคม – ธันวาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาดำเนินการร่วมกับกระบวนการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร โดยดำเนินการกระบวนการตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย (Research Result)

1. แนวทาง และกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการของหน่วยบริการ

1.1 การเข้ารับบริการในหน่วยบริการประจำ หรือเครือข่ายหน่วยบริการประจำ

หน่วยบริการมีแนวทาง และกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการที่เรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้ ได้แก่ ค่ายา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ ดังนี้

(1) แพทย์จะพิจารณาการรักษาว่าจำเป็นต้องใช้ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หากเป็นเพียงทางเลือกที่ไม่ใช่ความจำเป็นต่อการรักษา และผู้รับบริการต้องการใช้บริการส่วนนี้ ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าวเอง

(2) หากแพทย์พิจารณาแล้วว่าจำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วย หน่วยบริการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบว่า แพทย์พิจารณาการรักษาที่มีค่าบริการที่เบิกไม่ได้ให้ผู้รับบริการทราบ เพื่อตัดสินใจ และเตรียมตัวชำระค่าใช้จ่ายดังกล่าว หากค่าบริการดังกล่าวไม่ได้มีราคาสูงมาก ผู้รับบริการส่วนใหญ่จะยินยอมชำระค่าใช้จ่าย

(3) ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายได้ หน่วยบริการจะมีแนวทาง และกระบวนการดำเนินการ แพทย์อาจเปลี่ยนการรักษาไปใช้ตามรายการเบิกจ่าย หรือหน่วยบริการยื่นยันการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายนี้จากผู้รับบริการเพราะแพทย์เปลี่ยนการรักษาไม่ได้ หรือหน่วยบริการตกลงเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเท่าที่ผู้ป่วยสามารถชำระค่าใช้จ่ายได้

1.2 การเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่น กรณีที่หน่วยบริการประจำส่งต่อ

ผลการศึกษาพบว่า การเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่น กรณีที่หน่วยบริการประจำส่งต่อ พบในหน่วยบริการรัฐบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง เพราะหน่วยบริการกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ได้รับส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการประจำ มารักษาโรคที่ต้องใช้ความชำนาญเฉพาะทาง และใช้เครื่องมือที่ราคาสูงที่อยู่นอกรายการเบิกของกองทุนบ่อยครั้ง มีแนวทางและกระบวนการในการเรียก

เก็บค่าบริการเช่นเดียวกับการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำที่กล่าวมาข้างต้น แต่เพิ่มเติมขั้นตอนภายหลังที่ผู้รับบริการแจ้งว่าไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายได้ คือ การทำความตกลงกับหน่วยบริการประจำก่อนปรับการรักษา เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่ได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวของผู้รับบริการ

2. มาตรการในการควบคุมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 ตัวแทนของหน่วยบริการ

(1) ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการต่อเจตนารมณ์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีเจตนารมณ์ในการจัดหาบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิตามหลักความเสมอภาค และไม่เกิดการกีดกันทางการเงิน การคุ้มครองสิทธิเป็นกลไกหนึ่งที่สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิได้ตามเจตนารมณ์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการทั้งหมด จำนวน 10 คน มีแนวคิดว่า ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีเจตนารมณ์เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยยากจนที่พัฒนามาจากโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจที่รัฐให้งบประมาณสนับสนุน

ผลการศึกษา พบว่าหน่วยบริการของรัฐบาลมีความเห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นนโยบายของรัฐบาล ดังนั้น ประชาชนที่ไม่ได้มีฐานะยากจน และมีกำลังในการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข ไม่ควรมาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับบริการฟรีเพื่อ ควรให้เฉพาะประชาชนที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อประหยัดงบประมาณที่ได้รับมาอย่างจำกัด แนวทางการเรียกเก็บค่าบริการของหน่วยบริการของรัฐบาลจะไม่ได้มุ่งเน้นที่ผลกำไร แต่มีแนวคิดว่าการดำเนินการนี้เพื่อความอยู่รอดของหน่วยบริการตนเอง และระบบสาธารณสุขไทย ในขณะเดียวกัน หน่วยบริการเอกชนจะมีความเห็นว่า หน่วยบริการของตนเองเข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากการให้ความช่วยเหลือและคืนกำไรให้แก่สังคม แนวทางการเรียกเก็บค่าบริการของหน่วยบริการเอกชนจะมีระบบการเรียกเก็บที่ชัดเจนเพราะเป็นไปตามแนวทางของผู้บริหารของหน่วยบริการ ผู้ถูกสัมภาษณ์เองต้องปฏิบัติตามแนวทางของผู้บริหาร

(2) กระบวนการรับเรื่องร้องเรียน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์จำนวน 7 ราย ให้ข้อมูลว่า มีประสบการณ์ได้รับการประสานให้ความช่วยเหลือเรื่องร้องเรียนของผู้รับบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังไม่ “ไม่มี” ประสบการณ์ได้รับคำสั่งจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พิจารณาการให้สิทธิตามแนวปฏิบัติ หรือนโยบายของผู้บริหารก่อน หากพิจารณาแล้วไม่ขัดต่อแนวปฏิบัติ หรือนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล จึงจะดำเนินการคืนเงินที่เรียกเก็บให้แก่ผู้ร้องเรียน จำนวน 4 ราย 2) ผู้บริหารของหน่วยบริการคืนเงินให้แก่ผู้ร้องเรียนทุกราย จำนวน 3 ราย

ผลกระทบของกระบวนการร้องเรียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในความเห็นของหน่วยบริการแตกต่างกัน คือ ผู้ถูกสัมภาษณ์ 4 ราย เห็นว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประสานเรื่องร้องเรียนโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อหน่วย ในขณะที่ ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 ราย เห็นว่า การประสานเรื่องร้องเรียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งผลให้มีการปรับกระบวนการภายในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้บริหารของหน่วยบริการรับรู้เรื่องร้องเรียนในครั้งนี้

(3) คำสั่งทางปกครองจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 59

ตัวแทนของหน่วยบริการที่มีประสบการณ์ได้รับคำสั่งจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 59 (2) มีความเห็นว่า ภายหลังจากหน่วยบริการของตนเองได้รับคำสั่งทางปกครองแล้ว นอกเหนือจากหน่วยบริการจะคืนเงินที่เรียกเก็บให้แก่ผู้รับบริการพร้อมดอกเบี้ยร้อยละ 15 แล้ว หน่วยบริการจะเกิดการปรับกระบวนการให้สิทธิในการรับบริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการรายต่อไปให้สอดคล้องกับกฎหมายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2 ตัวแทนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้บริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความเห็นเกี่ยวกับมาตรการในการควบคุมหน่วยบริการว่าเหมาะสมแล้ว เพราะมีปริมาณเรื่องร้องเรียนที่ต้องมีการบังคับใช้ทางกฎหมายน้อยมาก เมื่อเทียบกับปริมาณเรื่องร้องเรียนทั้งหมด ควรมีการเผยแพร่ให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพทราบถึงการพิจารณาเรื่องร้องเรียนของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติของหน่วยบริการให้ปฏิบัติตามแนวทางการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป และป้องกันไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิของผู้ใช้บริการในระบบในเรื่องเดิมอีก นอกจากนี้ มาตรการในการควบคุมหน่วยบริการ ควรมีการสร้างร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งในภาคส่วนหน่วยบริการ ประชาชน และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพราะปัญหาของเรื่องร้องเรียนแต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกันออกไป การสร้างความร่วมมือภายในพื้นที่ อาจจะเป็นการป้องกันและแก้ไขให้เรื่องร้องเรียนไม่เกิดขึ้นซ้ำอีก

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

1) แนวทาง และกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการของหน่วยบริการ

1.1 การดำเนินธุรกิจของหน่วยบริการ

บริการสาธารณสุขเป็นสินค้าสาธารณะประเภท Price-Excludable Public Goods (ชัยรัตน์ เอี่ยมกุลวัฒน์, 2557) ที่รัฐมีหน้าที่ในการจัดให้ประชาชนเข้าถึงได้ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่ในการจัดหาบริการสาธารณสุข ให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากทั้งหน่วยบริการภาครัฐ และหน่วยบริการของเอกชน และให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อลดการกีดกันทางการเงินแก่ประชาชน และเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการมีการดำเนินการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการ นอกเหนือจากการเรียกเก็บมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการกำหนดการจ่ายชดเชยหน่วยบริการตาม บัญชีหลักแห่งชาติ หรือรายการเบิกของเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ แต่การรักษาผู้ป่วยแต่ละรายไม่สามารถกำหนดการใช้จ่าย หรืออุปกรณ์ตายตัวไม่ได้ เพราะผู้ป่วยมีความจำเป็นในการรักษาที่แตกต่างกัน หน่วยบริการจึงหลีกเลี่ยงการใช้จ่าย และอุปกรณ์การแพทย์นอกเหนือจากรายการเบิกได้ยาก หากไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วย หน่วยบริการอาจจะไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขได้ในภายภาคหน้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสินค้าสาธารณะว่า หากไม่สามารถกีดกันผลประโยชน์จากสินค้าได้นั้น ผู้บริโภคจะพากันหลีกเลี่ยงการจ่ายเงินซื้อสินค้าดังกล่าวในขณะที่ยังคงรับประโยชน์จากสินค้านั้น (Free rider) และเป็นผลให้การผลิตโดยเอกชนไม่อาจเกิดขึ้นได้ เพราะผู้ลงทุนไม่สามารถผลตอบแทนจากการการลงทุนของตนเองได้ (ธเนศ ศรีวิชัยลำพันธ์, 2558) หน่วยบริการเอกชนจึงเรียกเก็บผู้รับบริการในส่วนค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเบิกจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพื่อตอบแทนการลงทุนของหน่วยบริการตนเอง

ในขณะที่หน่วยบริการรัฐบาล เป็นหน่วยงานรัฐที่ผลิตบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนเอง แต่พบการเรียกเก็บค่ายา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์นอกรายการเบิกเช่นกัน ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่าหน่วยบริการรัฐบาลมีความเห็นว่า ในส่วนของค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเบิกจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการจำเป็นต้องเรียกเก็บจากผู้รับบริการ หรือกรณีผู้ป่วยส่งต่อมา หน่วยบริการที่ให้การรักษาคงตกลงกับหน่วยบริการประจำของผู้ป่วย ให้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายก่อน หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย เกิดจากหน่วยบริการต้องแบกรับค่าใช้จ่ายดังกล่าว จึงสอดคล้องกับแนวคิดสินค้าสาธารณะว่า หน่วยบริการจำเป็นต้องมีการตอบแทนการลงทุน (ธเนศ ศรีวิชัยลำพันธ์, 2558) จึงต้องหาผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าว

1.2 ความจำเป็นของผู้รับบริการไม่ตรงกับรายการเบิก

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้รูปแบบการจัดซื้อบริการสาธารณสุข ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นตัวกลางในการบริหารจัดการด้านการเงินและชำระค่าใช้จ่ายแทนประชาชนผู้ใช้บริการ เพื่อควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไม่ให้เป็นการเงินของประเทศ จึงใช้ระบบการเบิกจ่ายแบบปลายปิด (closed-ended payment) ได้แก่การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ในผู้ป่วยนอก และการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขตามรายป่วย โดยเน้นที่กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) ในผู้ป่วยใน (สุรจิต สุนทรธรรม, 2555) การจ่ายดังกล่าวมีการกำหนดระบบบัญชีหลักแห่งชาติ และรายการเบิกของเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ไว้ตามหลักความจำเป็นในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประเทศเป็นหลัก (สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (2556) ไม่ได้มุ่งเน้นที่ความจำเป็นของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จากผลการศึกษาพบว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่มีกระบวนการพิจารณาให้หน่วยบริการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายนอกรายการเบิกเป็น

รายบุคคล หน่วยบริการจึงดำเนินการโดยการเปลี่ยนแผนการรักษา หรือเรียกเก็บจากผู้รับบริการ หรือหน่วยบริการประจำของผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบการขัดแย้งกันในแผนภูมิขั้นตอนที่แพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยรายนี้มีความจำเป็นต้องรับยา เวชภัณฑ์ หรืออุปกรณ์การแพทย์ที่เบิกไม่ได้ โดยเปลี่ยนการรักษาไม่ได้ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายได้ และหน่วยบริการประจำไม่ร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าว จะนำไปสู่ผลสุดท้ายว่า ผู้ป่วยต้องจ่ายทั้งที่ไม่สามารถจ่ายได้ เนื่องจากแหล่งรายได้หลักของสถานบริการสุขภาพ 3 แห่ง ได้แก่ รายได้จากการให้บริการสาธารณสุข รายได้จากการดำเนินงานอื่น และรายได้ที่มีได้มาจากการดำเนินการ กรณีหน่วยบริการให้การรักษารายการที่เบิกจ่ายไม่ได้ ส่งผลให้รายได้ของหน่วยบริการลดลง และหากพิจารณาการจ่ายของหน่วยบริการแล้ว พบว่า โดยทั่วไป รายจ่ายค่ายา เวชภัณฑ์ และค่าบริการสาธารณสุขถือเป็นสัดส่วนที่สูง รองลงมาจากค่าแรงของบุคลากร โดยมีสัดส่วนถึงร้อยละ 25-30 หากหน่วยบริการไม่สามารถรับรายได้มาเพื่อชดเชยรายจ่ายส่วนนี้ได้ จะส่งผลกระทบต่อสถานะการเงินของหน่วยบริการอย่างแน่นอน (ชูชัย ศรธานี, 2558) เมื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายได้ จึงนำไปสู่การร้องเรียนของผู้รับบริการขึ้น

1.3 การสื่อสารระหว่างหน่วยบริการและผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า หน่วยบริการมีการสื่อสารผู้ป่วยให้รับทราบการชำระค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ทั้ง 2 กรณี คือ กรณีแพทย์พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยา เวชภัณฑ์ หรืออุปกรณ์การแพทย์ที่เบิกไม่ได้ และกรณีแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องรับบริการดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมการเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

กรณีแพทย์พิจารณาว่าผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยา เวชภัณฑ์ หรืออุปกรณ์การแพทย์ที่เบิกไม่ได้ จากผลการศึกษา พบว่าผู้รับบริการจะทราบข้อมูลมาได้ 2 แหล่ง คือ ข้อมูลภายนอก และหน่วยบริการผู้ให้การรักษา ดังนั้นในกลุ่มที่หน่วยบริการเสนอทางเลือกการรักษาดังกล่าวให้แก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับผู้ให้บริการชักนำอุปสงค์ (supplier-induced demand) เนื่องจากผู้ให้บริการสาธารณสุขมีอำนาจในการควบคุมอุปสงค์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มากกว่าผู้รับบริการสาธารณสุข (สุรจิต สุนทรธรรม และคณะ, 2555) จึงอาจต้องระมัดระวังในการแปรเจตนาของผู้รับบริการว่าเป็นการเลือกของผู้รับบริการอย่างแท้จริงหรือไม่

กรณีแพทย์พิจารณาว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องรับบริการดังกล่าวที่เบิกไม่ได้ แพทย์จะแจ้งผู้รับบริการเพื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายก่อนว่าสามารถจ่ายได้หรือไม่ จึงจะดำเนินการในขั้นตอนต่อไป คือ ปรับแผนการรักษา หากแพทย์ปรับการรักษาไม่ได้ จึงจะตกลงค่าใช้จ่ายกับหน่วยบริการประจำกรณีส่งต่อ หรือผู้รับบริการเองต่อไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าหน่วยบริการมีอำนาจในการควบคุมอุปสงค์มากกว่าผู้รับบริการสาธารณสุขตามหลักผู้ให้บริการชักนำอุปสงค์ (supplier-induced demand) (สุรจิต สุนทรธรรม และคณะ, 2555)

นอกจากนี้ การสื่อสารของหน่วยบริการตามกรณีเบื้องต้น จะพบว่าการเกิดเรื่องร้องเรียนเนื่องจากผู้ร้องเรียนไม่ใช่ผู้รับสารของหน่วยบริการ จึงไม่ทราบการตกลงกันระหว่างผู้รับสารและหน่วยบริการ ซึ่งตามทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคลพบว่า การสื่อสารหลายทอด ยิ่งสารที่ถูกส่ง

ต่อมาหลายทอด ความถูกต้องของสารจะยิ่งลดน้อยลง ซึ่งอาจเกิดจากความตั้งใจหรือไม่ก็ตาม (กาญจนา แก้วเทพ, 2547)

2) ประสิทธิผลการดำเนินการคุ้มครองสิทธิ และมาตรการควบคุมหน่วยบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 ประสิทธิผลการดำเนินการคุ้มครองสิทธิ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเจตนารมณ์ในการจัดหาบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิตามหลักความเสมอภาค และไม่เกิดการกีดกันทางการเงิน จึงจำเป็นต้องมีระบบการคุ้มครองสิทธิมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ และลดความขัดแย้งระหว่างหน่วยบริการ และผู้รับบริการ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการทั้งหมดมีความเห็นว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นการให้ความช่วยเหลือให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุข ซึ่งขัดแย้งกับเจตนารมณ์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2 ผลการดำเนินการคุ้มครองสิทธิ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่

2.2.1 ผลการดำเนินการคุ้มครองสิทธิเฉพาะราย

จากการศึกษา พบว่าหน่วยบริการทั้งหมด 10 ราย มีเพียง 3 รายในกลุ่มนี้ที่คืนเงินให้แก่ผู้ร้องเรียนทุกคนในขั้นตอนกระบวนการเรื่องร้องเรียน ซึ่งเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 30 ในกลุ่ม นอกเหนือจากนี้ หน่วยบริการอีก 7 รายยึดถือแนวทางของหน่วยบริการเองเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่คืนเงินให้แก่ผู้ร้องเรียน ซึ่งในหน่วยบริการจำนวน 7 รายนี้ มีถึง 3 รายที่เรื่องร้องเรียนต้องดำเนินการไปไปถึงขั้นตอนการสอบสวน และมีคำสั่งให้หน่วยบริการคืนเงิน หากการคุ้มครองสิทธิประชาชนมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนได้รับสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการให้ผู้ร้องเรียนผู้ร้องเรียนได้รับเงินคืนภายหลังแจ้งเรื่องร้องเรียนมายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แล้วเสร็จภายใน 25 วันทำการ ในปี 2558, 2559, 2560 อยู่ที่ร้อยละ 74.05, 74.79 และ 75.31 ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) และหน่วยบริการที่ได้รับคำสั่งจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขมีการทบทวนแนวทางและกระบวนการเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำจึงลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไปได้ ประสิทธิผลการคุ้มครองสิทธิจึงเป็นไปตามวัตถุประสงค์

2.2.2 ผลการดำเนินการคุ้มครองสิทธิโดยภาพรวม

จากการศึกษา พบว่า แนวโน้มเรื่องร้องเรียนมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกปีตามผลการดำเนินการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2558, 2559 และ 2560 และเรื่องร้องเรียนที่ต้องส่งเรื่องถึงขั้นตอนการสอบสวนของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นทุกปี จะเห็นได้ว่า หากการคุ้มครองสิทธิมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ จะพบว่ายังมีกลุ่มประชาชนที่ต้องเจอกับปัญหาไม่ได้รับสิทธิในการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น และยังเกิดเรื่องร้องเรียนสะท้อนถึงผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการและผู้รับบริการตาม

การศึกษาของทิพารณ โปธิ์ถวิล (2551) เรื่องกลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

2.3 มาตรการควบคุมหน่วยบริการ

2.3.1 กระบวนการรับเรื่องร้องเรียน

ผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการที่ได้รับเรื่องร้องเรียนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนการเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้นก่อนหน้านี้ พบว่า หน่วยบริการที่ตอบสนองโดยคืนเงินให้ทุกราย เนื่องจากไม่ต้องการให้เกิดปัญหาลูกกลาม และส่งผลต่อชื่อเสียงของหน่วยบริการนั้น เป็นไปตามรูปแบบการเจรจาด้านพื้นฐานของผลประโยชน์ (Interest – based negotiation) ที่ทางหน่วยบริการประเมินทางเลือกของตนเองแล้วว่า การคืนเงินให้แก่ผู้ป่วยนั้นตอบสนองการป้องกันต่อการเสื่อมเสียชื่อเสียงของหน่วยบริการเอง ไม่ได้มุ่งเน้นว่าหน่วยบริการต้องได้รับชัยชนะในการเจรจาไกล่เกลี่ยนั้น ซึ่งส่งผลให้เกิดการสูญเสียทั้งชื่อเสียง และสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการสาธารณสุข (โชติช่วง ทัพวงศ์, 2560)

ในส่วนของหน่วยบริการที่คืนเงินให้ตามนโยบายของหน่วยบริการนั้น เป็นไปตามรูปแบบการเจรจาด้านพื้นฐานของสิทธิ (Right – based negotiation) ที่คู่กรณีทั้ง 2 ฝ่าย ต่างยืนยันในสิทธิของตนมีเหนือคู่กรณีอีกฝ่าย โดยอ้างความชอบธรรมของสิทธิที่ตนได้รับมาเพื่อบังคับให้เกิดชัยชนะของตนเอง กรณีนี้ หากไม่มีฝ่ายใดยอมให้แก้กัน การเจรจาดังกล่าวจะหาข้อยุติไม่ได้ กรณีนี้หากหน่วยบริการยืนยันตามสิทธิของตนเองตามนโยบายของตนเอง และผู้รับบริการยืนยันในสิทธิของตนเอง จะหาข้อยุติไม่ได้ และนำไปสู่กระบวนการสอบสวนเพื่อให้เกิดการบังคับใช้ (โชติช่วง ทัพวงศ์, 2560)

ในทางกลับกัน เรื่องร้องเรียนตามมาตรา 59 ประเด็นการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข นั้น ต้องขึ้นอยู่กับความประสงค์ของผู้ร้องเรียนว่าต้องการให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งเรื่องต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งหน่วยบริการที่ไม่ยินยอมคืนเงินนี้อาจยังไม่ได้รับการส่งเรื่องเข้าสู่กระบวนการสอบสวนเพราะผู้ร้องเรียนไม่ต้องการดำเนินการต่อได้ แต่เรื่องร้องเรียนดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีการเก็บข้อมูลไว้เพื่อการพัฒนาหน่วยงาน และแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบโดยรวม เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ หรือหน่วยบริการที่ถูกร้องเรียน เป็นต้น เพื่อให้มีการทบทวนกระบวนการไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำ แต่ในขั้นตอนกระบวนการไกล่เกลี่ยนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่มีอำนาจให้หน่วยบริการกระทำการใดๆได้ เช่นการออกคำสั่งให้หน่วยบริการคืนเงิน เป็นเพียงการประสานหาข้อมูลไกล่เกลี่ยเบื้องต้นให้ผู้รับบริการได้รับสิทธิตามกฎหมายเท่านั้น

2.3.2 มาตรการควบคุมทางกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

มาตรการควบคุมทางกฎหมายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ มาตรา 59 การออกคำสั่งทางปกครอง และมาตรา 60 การดำเนินการกรณีหน่วยบริการมีการกระทำผิดซ้ำหลายครั้งหรือร้ายแรง สามารถอภิปรายผล จำแนกได้ดังนี้

1) มาตรา 59

กรณีผลสอบสวนปรากฏว่าหน่วยบริการกระทำผิดจริง คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีอำนาจในการออกคำสั่งให้หน่วยบริการคืนเงิน คำสั่งนี้จึงถือเป็นคำสั่งทางปกครองเนื่องจากการทำตามอำนาจทางกฎหมาย และมีผลเฉพาะหน่วยบริการที่ได้รับคำสั่ง เนื่องจากเป็นคำสั่งทางปกครอง

จากผลการศึกษา พบว่าหน่วยบริการที่มีประสบการณ์ได้รับคำสั่งดังกล่าวนี้ ดำเนินการคืนเงินค่าบริการที่เรียกเก็บจากผู้รับบริการ และปรับกระบวนการของหน่วยบริการ เช่น การทำหนังสือเวียนแจ้งสื่อสารภายในหน่วยบริการ เพื่อไม่ให้เกิดเรื่องร้องเรียนซ้ำ จึงเป็นไปตามวัตถุประสงค์การคุ้มครองสิทธิ อย่างไรก็ตาม ผลสำรวจความพึงพอใจของหน่วยบริการมีค่าร้อยละ 69.65 ซึ่งน้อยกว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล และคณะ (2551) ชี้ว่าการจัดการเรื่องร้องเรียนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีข้อบกพร่องคือทำให้ประชาชนไม่มีความตระหนักในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตามกฎระเบียบที่ถูกต้องในการใช้สิทธิ ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการลดลง

2) มาตรา 60

จากการศึกษา ยังไม่พบการดำเนินการตามมาตรการนี้ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาจเป็นเพราะบริการสาธารณสุขเป็นบริการที่ประชาชนต้องเข้าถึงได้โดยไม่มีภาระหยุดชะงักตามหลักทั่วด้วยความต่อเนื่องของบริการสาธารณสุข (นันทวัฒน์ บรมานันท์, 2555) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่ในการจัดหาบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน ซึ่งหน่วยบริการรัฐบาลไม่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ประชาชน จึงมีการจัดหาสถานพยาบาลเอกชนมาเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการ ดังนั้น การเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น อาจส่งผลให้บริการสาธารณสุขซึ่งเป็นความจำเป็นของประชาชนขาดความต่อเนื่อง จึงขัดกับหลักทั่วด้วยความต่อเนื่อง และลดการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการได้ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานจึงยังไม่ดำเนินการตามมาตรานี้ได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรมีกองทุนสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่ ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ นอกการเบิกจ่ายตามความจำเป็นรายบุคคลให้แก่โรงพยาบาล

1.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรกำหนดมาตรการควบคุมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ และภาคประชาชนเพื่อให้เหมาะสมกับหน่วยบริการตามบริบทของแต่ละหน่วยบริการ

2. ข้อเสนอแนะเชิงบริหาร

2.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรมีการแจ้งเวียนให้หน่วยบริการทราบถึงเรื่องร้องเรียนที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตาม

2.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรมีการปรับระบบการเบิกจ่ายให้เป็นปัจจุบันเพื่อจูงใจให้หน่วยบริการใช้ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ตามระบบการเบิกจ่าย

3. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

จากผลการวิจัย พบว่าเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการเห็นว่า ระบบของหน่วยบริการนั้นมีเพื่อช่วยเหลือ มิใช่เป็นสิทธิโดยพื้นฐานของประชาชน และประชาชนไม่เข้าใจขั้นตอนการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการถึงเจตนารมณ์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้รับบริการที่ร้องเรียนการละเมิดสิทธิของหน่วยบริการตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อศึกษาปัจจัยในการเข้ารับบริการสาธารณสุข และร้องเรียนมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา แก้วเทพ. (2547). สื่อสารมวลชน ทฤษฎีและแนวทางการศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร.

บริษัท แบรินด์เอจ จำกัด

ชัยรัตน์ เอี่ยมกุลวัฒน์. (2557). เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อพฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://pioneer.netserv.chula.ac.th>

ชูชัย ศรีขำ. (2558). กลยุทธ์การบริหารการเงินการคลังภาคบริการสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึง เมื่อพฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://www.stou.ac.th>

โชติช่วง ทัพวงศ์. (2560). คู่มือนักเจรจาไกล่เกลี่ย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล และคณะ. (2551). กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และ สวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

ธเนศ ศรีวิชัยลำพันธ์. (2558). ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์จุลภาค 2 (Microeconomic Theory II). คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทวัฒน์ บรรณานันท์. (2555). มาตรฐานใหม่ของการจัดทำบริการสาธารณสุขระดับชาติในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์วิญญูชน.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). กฎ ระเบียบที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ประจำปีงบประมาณ 2560. กรุงเทพมหานคร. ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์ การพิมพ์
สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (2556). บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.
2556. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
สุรจิต สุนทรธรรม และคณะ. (2555). ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร. สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

โรคเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่จะสัมผัสรับประทานยา เจ้าหน้าที่พยาบาลเยี่ยมบ้านจะต้องหาวิธีการ เพื่อป้องกันการสัมผัสรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และในด้านการมองเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งวันหมดอายุที่ระบุในผลิตภัณฑ์ยาเป็นภาษาอังกฤษ เกิดการไม่เข้าใจ จนทำให้ไม่ได้ตรวจดู วันหมดอายุของยา ดังนั้นเจ้าหน้าที่พยาบาลเยี่ยมบ้านควรอธิบาย หรือเขียนวันหมดอายุของยาให้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้ตรงหน้าของยาให้สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของหทัยรัตน์ สุขศรี, เพ็ญภา ศรีหรั่ง, ทิพาพร กาญจนราช(2554) ที่ได้ ศึกษาเรื่องปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในการรักษาตนเองที่บ้านในเขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัด ขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยละเอียดละเอียดย่อยที่สำคัญเกี่ยวกับยา แม้ว่าผู้ป่วยจะจดจำ คำแนะนำ และความเคยชิน แต่บางครั้งผู้ป่วยเองก็ยอมรับว่าลืม ดังนั้นจึงควรจัดให้มีบริการให้ คำปรึกษาที่บ้าน โดยจัดเป็นกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เภสัชและบุคลากรสาธารณสุขต้องหาวิธีการ ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการใช้จ่าย เพื่อให้การรักษาได้ผลมากขึ้นและเพื่อการเฝ้าระวังความ คลาดเคลื่อนทางยา

ส่วนที่ 3 การนำไปสู่การพัฒนางานการเยี่ยมบ้านต่อไปในอนาคต และช่วยลด ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร จำนวน 20 คน แบ่งเป็นเพศชาย 6 คน และเพศหญิง 14 คน พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในชุมชนส่วนใหญ่จะสัมผัสการรับประทานยาและไม่ค่อยตรวจดูวันหมดอายุของยา เจ้าหน้าที่พยาบาล เยี่ยมบ้านจึงต้องเข้ามาให้ความรู้และคำแนะนำ พร้อมทั้งสร้างนวัตกรรมให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน ชุมชนเป็นประจำในทุกเดือน และเป็นโอกาสดีที่สามารถนำงานวิจัยไปทำในชุมชนอื่น เพื่อค้นหา ปัญหาและศึกษาการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอื่นๆ ได้ ซึ่งจะ ช่วยให้งานการเยี่ยมบ้านมีประสิทธิภาพและส่งผลดีต่อประชาชนในชุมชนต่อไป พร้อมทั้งจะช่วยลด ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประชาชนทุกคนในชุมชนจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

1. จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสัมผัสรับประทานยาและ ยังขาดความรู้ว่าถ้าสัมผัสรับประทานยาแล้วควรจะทำอย่างไร เจ้าหน้าที่พยาบาลเยี่ยมบ้านควรจัดให้ ความรู้ในเรื่องการรับประทานแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

2. จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนพบว่ายังไม่ตระหนักในการตรวจดูวันหมดอายุ ของยา เจ้าหน้าที่พยาบาลเยี่ยมบ้านควรจะไปสอนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนในครอบครัวของ ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยนี้อาจเป็นตัวแทนได้ เนื่องจากขนาดตัวอย่างจำกัด
2. ไม่สามารถอธิบายเป็นลักษณะเชิงทั่วไป เนื่องจากศึกษาเชิงคุณภาพ

การเข้าถึงยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

กรณีศึกษาการเข้าร่วมเขตการค้าเสรีภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก

นันทินารี คงยืน*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ในกรณีศึกษาการเข้าร่วมเขตการค้าเสรีเอเชียภูมิภาคแปซิฟิก โดยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสาร ร่วมกับการใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างคือจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านเภสัชศาสตร์ การค้าเสรี และเศรษฐศาสตร์ จำนวน 4 ท่าน โดยวิเคราะห์ข้อมูลการเข้าถึงยาเอชไอวีของผู้ป่วย และการคาดการณ์ผลกระทบจากเขตการค้าเสรี โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและนำเสนองานวิจัยโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่าการเข้าถึงยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในปัจจุบันเข้าถึงยาสูตรพื้นฐานได้ทุกคนตามสิทธิการรักษา โดยมี 3 กองทุนหลัก คือ กองทุนประกันสุขภาพ ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ โดยใช้เกณฑ์การเริ่มให้ยาอ้างอิงจากหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข แต่จะแตกต่างกันในรายละเอียดของตัวยาในระดับยาทางเลือกและยาสูตรดื้อยา การเข้าถึงยาจะขึ้นกับสิทธิการรักษาแล้ว ยังขึ้นอยู่กับ ระบบการคัดเลือกยา การจัดซื้อยา การกระจายยา และการใช้ยาด้วย ผลการสัมภาษณ์พบว่า ไม่เห็นด้วยในการตอบรับเข้าร่วมเขตการค้าเสรี TPP ในเรื่องสิทธิบัตรยา เนื่องจาก TPP เป็นเขตการค้าเสรีระดับสูง มีเงื่อนไขที่ขัดกับหลักการค้าเสรีและมีผลกระทบหลายด้านซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลกระทบด้านลบ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ ที่ส่งผลเสียต่ออุตสาหกรรมยาสามัญ ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงยาสามัญล่าช้า อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อราคา ยา ด้านสังคม และด้านสาธารณสุข โดยที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะว่าประเทศไทยควรมีการศึกษาผลกระทบอย่างเป็นระบบจัดระบบ และหากตัดสินใจเข้าร่วมควรมีการเตรียมพร้อมในเรื่องระบบการขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรที่เข้มแข็ง โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนาระบบสารสนเทศ และมีการกำหนดหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนยาที่ชัดเจนก่อนตอบรับการเข้าร่วมเขตการค้าเสรีดังกล่าว

คำสำคัญ: เขตการค้าเสรีภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก / เอชไอวี / การเข้าถึงยา

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามารามธิบดี

Access to HIV drugs by infected patients: A case scenario if Thailand joins Trans-Pacific Partnership Agreement (TPP)

Nantinaree Khongyuen*

Abstract

This qualitative study aimed to investigate the effect of joining the Trans-Pacific partnership agreement (TPP) on HIV drugs access by infected patients in Thailand. The studied populations were medical specialist, economist and non-governmental organization (NGO) specialists. The interviewing method and secondary data were used for collecting data and interpreting data, respectively. Content analysis was used to analyze data and exhibit this study by the descriptive statistic. This study found that Thailand had three health care schemes consisted of Universal coverage scheme, Social Security scheme and Government or state enterprise officer scheme that had similarity in standard privileges such as physical examination, laboratory investigation and first line HIV drugs access. However these three schemes had differences in second and third line drug accesses. Drug systems containing drug selection, drug procurement, drug distribution and, drug usage are also affected access of HIV drugs by infected patients. This study revealed the disagreement in joining TPP by Thailand. For many reasons due to a high level bilateral consultation of TPP and also the TPP confidential. Details revealed that original drugs had data exclusivity which leads to disadvantages on many systems including economic, public health, and social systems. The medical specialist suggested that Thailand carefully study the impacts of TPP, especially the development of system in drug license guideline, human resource improvement, and information system improvement, before joining TPP.

Keywords: Trans - Pacific -Partnership Agreement /drug assess / HIV

*Registered Nurse Ramathibodi Hospital

บทนำ

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยปัจจุบันมีมากกว่าหนึ่งล้านคน และมากกว่าห้าแสนคนที่ต้องการยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างคนปกติ การเข้าถึงยาต้านเอชไอวีในปัจจุบัน รัฐบาลไทยประกาศนโยบายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเข้าถึงยาได้ทุกคน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2546 เป็นต้นมา ปัจจุบันผู้ป่วยเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรพื้นฐานได้อย่างทั่วถึง ภายใต้ระบบประกันสุขภาพตามสิทธิการรักษา ซึ่งประเทศไทย มี 3 ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งทุกสิทธิการรักษาสามารถรับยาต้านไวรัสเอชไอวีได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่เป็นยาสูตรที่พื้นฐาน และสูตรทางเลือก แต่สำหรับสูตรดื้อยา ซึ่งมีค่าใช้จ่ายหลายหมื่นบาทนั้น ระบบสุขภาพยังไม่ครอบคลุม(มนูญ ลิเชวงวงศ์, 2554)

ประเทศไทยมีการเจรจาการค้าเสรีอย่างต่อเนื่อง ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจและเกื้อกูลกันในหลายด้าน โดยรายละเอียดหนึ่งในนั้นมีเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา โดยเฉพาะเรื่องสิทธิบัตรยา มีหลายเขตการค้าเสรีที่ยื่นข้อเสนอ อาทิ เช่น ทริปส์ (TRIPS) เป็นความตกลงที่ว่าด้วย การกำหนดมาตรฐานการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาหลายลักษณะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองเทคโนโลยีผลิตยา และทริปส์พลัส (TRIPS PLUS) ที่มีรายละเอียดด้านสิทธิบัตรยาที่ประเทศไทยเสียเปรียบค่อนข้างมาก ซึ่งประเทศไทยยังไม่ลงนามตกลงในเขตการค้าเสรีดังกล่าว โดยล่าสุด เขตการค้าเสรีที่ชื่อว่า TPP (Trans-Pacific Strategic Economic Partnership Agreement) ได้เข้ามามีบทบาทกับประเทศไทย ซึ่ง ณ ปี 2556 ประเทศสมาชิกของ TPP มี 12 ประเทศ คือ ชิลี นิวซีแลนด์ สิงคโปร์ บรูไน สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย เปรู เวียดนาม ญี่ปุ่น แคนาดา มาเลเซีย และเม็กซิโก (ปัจจุบัน ปี 2560 สหรัฐอเมริกาได้มีการถอนตัวออกจาก TPP) ซึ่งหลังจากที่มีประเทศสมาชิกในเอเชียเข้าร่วมหลายประเทศ ประเทศไทยจึงตื่นตัวและมีแนวโน้มเข้าร่วม เนื่องจากฝ่ายบริหารประเทศกลัวการตกขบวน และถูกจำกัดอยู่ในวงนอกของการเจรจา ทั้งๆ ที่ประเทศมาเลเซีย หรือบรูไนมีสินค้าส่งออกคล้ายคลึงกับประเทศไทย (ศุภชัย พานิชภักดิ์ สำนักข่าวอิศรา 2559) ในการประชุมการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และนโยบายสุขภาพ (คจคส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และแผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศกับสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และแผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศกับสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 8-9 สิงหาคม 2559) ได้วิเคราะห์เบื้องต้นของ TPP และสุขภาพแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นอย่างน้อย 8 ประเด็น ได้แก่ (1) การแพทย์แผนไทย สมุนไพร และทรัพยากรพันธุกรรม (2) ยา วัคซีน และชีววัตถุ (3) เครื่องมือแพทย์ (4) อาหาร (5) เครื่องสำอาง (6) ยาสูบ (7) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ (8) บริการสุขภาพ ในขอบเขตเรื่องสิทธิบัตรยาได้รับผลกระทบอย่างมาก ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางสาธารณสุขจึงสนใจที่จะศึกษาแนวโน้มของผลกระทบต่อการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี เมื่อประเทศไทยตัดสินใจเข้าร่วมเขตการค้าเสรีภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก TPP รวมทั้งเพื่อขอข้อเสนอแนะ และ

คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านยาและผู้เชี่ยวชาญด้านการเมืองสังคมศาสตร์ในการรับมือจากเขตการค้าเสรีภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก TPP ดังกล่าวด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี ของผู้ป่วยในประเทศไทยปัจจุบัน
2. เพื่อศึกษาผลกระทบและข้อเสนอแนะจากการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วย เมื่อประเทศไทยเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมเขตการค้าเสรีภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก TPP (Trans-Pacific Strategic Economic Partnership Agreement)

คำถามการวิจัย

ประเทศไทยควรเข้าร่วมเขตการค้าเสรีภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก TPP)Trans-Pacific Strategic Economic Partnership Agreement หรือไม่ (และถ้ามีการเข้าร่วม จะมีแนวทางการรับมืออย่างไร

วัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์เฉพาะเจาะจง เป็นผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการด้านกฎหมายระหว่างประเทศ/ด้านเศรษฐศาสตร์ระหว่างประเทศ และด้านเภสัชศาสตร์ จำนวน 4 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสาร อุปกรณ์ในการเก็บข้อมูล เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก และปากกา โดยระยะเวลาที่เก็บข้อมูลคือ ระหว่าง มกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2560

ผลการวิจัย

สถานการณ์การเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทยปัจจุบัน ส่วนหนึ่งขึ้นกับสิทธิการรักษา ซึ่งในสิทธิประกันสุขภาพ ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี และยาต้านโรคเอดส์ ตามสิทธิประกันสุขภาพตามพื้นที่ ที่ตนเองได้รับสิทธิพื้นฐาน หรือถูกส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ๆ โดยทางสถานบริการนั้น ต้องมีการลงทะเบียนชื่อผู้ป่วยในระบบ NAP เพื่อบันทึกข้อมูล โดยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่จ่ายให้ผู้ป่วย ต้องเป็นยาพื้นฐานที่อยู่ในยาบัญชีหลักแห่งชาติ สำหรับสิทธิประกันสังคม ลงทะเบียนรายชื่อให้กับระบบสารสนเทศของทางสำนักงานประกันสังคม และสำหรับยาต้านไวรัสที่ใช้ ให้เป็นไปตามตามบัญชียาของสำนักงานประกันสังคม ส่วนในสิทธิข้าราชการ การรับบริการ ยาต้านไวรัสนั้นให้เริ่มต้นที่ยาพื้นฐานในบัญชียาหลักแห่งชาติเหมือนกับสิทธิประกันสุขภาพ แต่ในยาสูตรทางเลือกและสูตรดื้อยา สามารถใช้ยานอกบัญชียาหลักได้อย่างไม่จำกัดงบประมาณ แต่แพทย์ผู้รักษาต้องมีการออกหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลัก ระบุถึงเหตุผลที่ใช้ โดยแพทย์ที่ออกหนังสือรับรองต้องเป็นแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ซึ่งรายละเอียดสำหรับยาในแต่ละสิทธิ มีดังนี้

ตาราง ความสัมพันธ์ของสิทธิการรักษาและยาต้านไวรัส

สิทธิการรักษา	ยาต้านไวรัส			
	NRITs	NNRITs	PIs	FIX drug
กองทุนประกันสุขภาพ				Combination
	3TC	EFV	ATV	AZT+3TC
	AZT	NPV	LPV/r	TDF+FTC
	dT4	RPV	RTV	ABC+3TC
	ddl		DRV	dT4+3TC+NVP (GPO-VirS30)
	TDF			TDF+FTC+EFV (GPO-virZ250)
	ABC			
	AZT	AZT+3TC	LPV/r	dT4+3TC+NVP (GPO-VirS30)
กองทุนประกันสังคม	3TC	RVP		TDF+FTC+EFV (GPO-virZ250)
	NVP			ABC+3TC
	dT4			Tenofovir+
	EFV			Emtricitabine+
	Indinavir			Efavirenz
	RTV			Tenofovir+
	Didanosine			Emtricitabine
	ATV			
	ABC			
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	ไม่ได้กำหนดชนิดและตัวยาเพียงแต่ให้เริ่มใช้ยาต้านเอชไอวีในบัญชียาหลักก่อน หากมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลัก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวีต้องออกใบรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักและระบุเหตุผลในการใช้ยานั้น			

เห็นได้ว่า ยาในสูตรพื้นฐานไม่แตกต่างกัน แต่หากจะแตกต่างกันในยาสูตรทางเลือก และสูตรดื้อยา นอกจากสิทธิการรักษาแล้ว การจัดการระบบยา มีผลกระทบต่อเข้าถึงยาของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ซึ่งมี 4 ระบบคือ การคัดเลือกยา การจัดซื้อยา การกระจายยา และการใช้ยา (นุศราพร เกษสมบูรณ์, 2555)

สำหรับในส่วนผลกระทบต่อการเข้าถึงยาต้านเอชไอวีหากประเทศไทยมีการเข้าร่วมเขตการค้าเสรีภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (Trans-Pacific Strategic Economic Partnership Agreement: TPP) นั้น แบ่งการคาดการณ์ผลกระทบโดยแบ่งตามผลกระทบตามแง่มุมของคุณค่าการกระทบ คือ ผลกระทบอธิบายตามทิศทางที่กระทบ และแง่มุมเนื้อหา (Dye, 1982)

1. ผลกระทบทางลบ

1.1 ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ในความตกลง TPP เน้นย้ำในเรื่องการไม่ให้เปิดเผยข้อมูลประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา (safety and efficacy) ให้แก่บุคคลที่สามเพื่อประกอบในการขออนุมัติให้ผลิตยาเหมือนหรือคล้ายคลึงออกสู่ตลาด หรือก็คือ ให้มีการผูกขาดข้อมูล (Data Exclusivity) เวลา 5 ปี ทำให้จำกัด และใช้เวลานานในการออกสู่ตลาดของยาสามัญ ผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงคือ ประเทศชาติเสียโอกาสในการวิจัยและพัฒนาอุตสาหกรรมยา รวมทั้งเสียโอกาสในการเข้าถึงการผลิตยาสามัญ ทั้งที่จริงตามมูลค่าการส่งออกยาสามัญในประเทศไทยมีสถิติสูงขึ้นทุกปี และเมื่อไม่สามารถผลิตยาสามัญได้ ทำให้ไม่มียาสามัญออกสู่ตลาด ไม่มีการแข่งขันตามกลไกตลาด ทำให้ยามีราคาแพง และเมื่อยาที่สามารถจัดซื้อได้มีแต่ยาราคาแพง ทั้งที่จริง ยาราคาแพงมาจากการแจ้งของทางบริษัทยา อ้างการลงทุนด้านการวิจัยทั้งที่ จากข้อมูลการเคลื่อนไหวของราคายาในตลาดโลกค่าวิจัยและพัฒนาเฉลี่ยคือ 500 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อยาใหม่หนึ่ง (จิราพร ลิ้มปานานนท์, 2553) จะกระทบโดยตรงต่อด้านงบประมาณค่าใช้จ่ายจัดซื้อยา เพราะยาต้านไวรัสเอชไอวี และยาต้านเอดส์เป็นยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ตลอดชีวิต ผลกระทบทางอ้อมด้านเศรษฐกิจ เมื่ออุตสาหกรรมยาสามัญ ถูกทำให้ชะงักงัน เนื่องจากจะผลิตยาสามัญได้นั้น ต้องรอตันแบบให้หมดสิทธิบัตรก่อน จึงกระทบถึงผู้ประกอบการ ลูกจ้าง และยอดการผลิตและส่งออกที่ลดลง

1.2 ผลกระทบด้านสาธารณสุข เนื่องจากในรายละเอียดความตกลง TPP เรื่องการผูกขาดข้อมูลทางยา ส่งผลให้ยามีราคาแพง มากขึ้น ทำให้เกิดความยากในกระบวนการจัดซื้อยา ซึ่งหากยาราคาแพงจนกระทั่ง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดเลือกยา ไม่เลือกยาบางส่วนที่มีประสิทธิภาพ และผลการรักษาดีเข้าในระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ ส่งผลทางตรงต่อผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษา ในค่ายาที่เดิมที่เบิกจ่ายได้ ทางกองทุนอาจจะไม่สามารถสนับสนุนตรงส่วนค่ายาได้ ทำให้ตกเป็นภาระของผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเงินในการรักษาเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง หรือหยุดให้ยาไปเนื่องจากขาดแคลนเงินทุนของตนเองในการรักษา เพราะยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์เป็นยาที่ต้องรับประทานตลอดชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นความล้มเหลวของระบบสาธารณสุข ทำให้เกิดอัตราตายในโรคดังกล่าวสูงขึ้น ผลกระทบด้านสาธารณสุขทางอ้อม เมื่อมีการผูกขาดข้อมูลยา ส่งผลกระทบถึงยารักษาชนิดอื่น ๆ รวมด้วย ไม่ใช่เพียงยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่สำคัญคือยารักษาโรคเรื้อรัง เพราะว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในประเทศเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องรับประทานยา และประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ยาที่ใช้มีจำนวนมาก หากยาลดนี้ราคาแพง และจัดซื้อลำบาก ทำให้เกิดการขาดแคลนยา และไม่สามารถกระจายยาให้ทั่วถึงได้

1.3 ผลกระทบด้านสังคม ผลกระทบต่อสังคมในทางตรง คือ เมื่อผู้ป่วยเอชไอวี ไม่ได้รับต้านไวรัสส่งผลให้เกิดอาการของเอดส์ เช่น อาการแทรกซ้อนจากโรคปอด ตุ่มผิวหนังเป็นแผล

มีสิ่งคัดหลั่ง ก่อให้เกิดความน่ารังเกียจ และเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ใกล้ชิด อีกทั้งยังกระทบถึงผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ต้องคอยดูแล หากผู้ดูแลมีงานประจำ ให้เกิดการขาดงาน และมีผลการประเมินงาน และต่อเนื่องถึงการทำให้ขาดรายได้ต่อครอบครัว ผลกระทบทางอ้อมที่อาจจะเป็นผลกระทบเชิงภาวะวิสัยคือ เมื่อยาราคาแพง อาจทำให้ตัวผู้ป่วย หรือญาติที่ต้องดูแล อาจจะใช้วิธีหาเงินแบบผิดกฎหมาย ก่อให้เกิดปัญหาในสังคม และก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้อื่นทั้งในด้านร่างกาย และทรัพย์สิน

1.4 ผลกระทบด้านการเมือง การเข้ามาของความตกลง TPP อาจกระทบในด้านนโยบายสุขภาพต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงของนโยบายสุขภาพเพื่อรองรับความตกลง TPP

2. ผลกระทบทางบวก จากการรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย และเอกสาร อีกทั้งจากการวิเคราะห์จากผลการสัมภาษณ์ ในงานวิจัยนี้ยังไม่พบผลดีจากการที่ประเทศไทยตัดสินใจเข้าร่วมเขตการค้าเสรี TPP ในด้านสิทธิบัตรยา และผลดีต่อการเข้าถึงยาต้านเอชไอวีของผู้ป่วย

ผลกระทบอธิบายตามแง่มุมความจริง

1. ผลกระทบเชิงภาวะวิสัย

จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ท่าน การเข้าร่วม TPP ของประเทศไทย ไม่เห็นด้วยมีแต่ข้อเสียเปรียบ เพราะเรามีการค้าเสรี เกือบทุกประเทศแล้วในกลุ่ม TPP ยกเว้นเพียง เม็กซิโก และแคนาดา การเข้าร่วม TPP จึงไม่มีจำเป็น

2. ผลกระทบเชิงอติวิสัย

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ทั้ง 4 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านไม่เห็นด้วยในการเข้าร่วม TPP ในเรื่องของสิทธิบัตรยา

อภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์การเข้าถึงยาต้านเอชไอวีของผู้ป่วยในประเทศไทยในปัจจุบันก่อนเข้าร่วม TPP จากสำนักงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากจำนวน 67,254 คน เหลือเพียง 24,314 คนในปี พ.ศ.2573 เนื่องจากประเทศไทยมีการพัฒนาบริการดูแล ป้องกัน และรักษาผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ผู้ติดเชื้อมีการเข้าถึงยาต้านไวรัสมากขึ้นในสิทธิการรักษาขั้นพื้นฐานในแต่ละสิทธิ ซึ่งประเทศไทยมีสามกองทุนหลักที่คอยดูแลในด้านสิทธิการรักษาของประชาชนคือ กองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสุขภาพ และกองทุนสำหรับผู้ประกันตนหรือกองทุนประกันสังคม ในกองทุนสวัสดิการข้าราชการมีการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลค่ารักษากระจายเพื่อให้ครอบคลุมทุกการรักษาแบบก่อนรวมโดยในปี 2559 มีงบประมาณด้านค่ารักษา 72,000 ล้านบาท ดูแลครอบคลุมในผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนในสิทธิประกันสุขภาพซึ่งในปี พศ 2559 รัฐบาลมีการจัดสรรงบประมาณ ในการเข้ามาดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ถึง 3011.90 ล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559). รวมทั้งในสิทธิประกันสังคมซึ่งมีรายละเอียดในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ตาม

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งต่างก็เน้นไปที่การดูแลรักษาด้วยยาไวรัสสูตรพื้นฐาน สูตรทางเลือก และสูตรดื้อยา โดยผู้ป่วยรายใดที่ได้ทำการตรวจและพบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี สามารถแสดงตนเพื่อเข้ารับการรักษาและรับยาต้านไวรัสได้ในสถานพยาบาลของตนเองตามสิทธิ โดยทางหน่วยบริการตามสิทธิที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จะบันทึกข้อมูลการให้บริการในระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (National AIDS Program: NAP) หากแต่จะมีปัญหาเพียง ยาต้านไวรัสสูตรทางเลือกและสูตรดื้อยา ที่ผู้ติดเชื้ออาจจะต้องจ่ายค่ายาบางส่วน หรือจ่ายเองทั้งหมดเพราะในสูตรดังกล่าว จะไม่สามารถเบิกจ่ายตามสิทธิได้ จึงทำให้ผู้ป่วยที่ต้องรับยาสูตรดังกล่าวเข้าไม่ถึงยา เพราะจะต้องเสียค่าใช้จ่ายต่อเนื่องจำนวนมาก นอกจากรัฐบาลจะเข้ามาสนับสนุนและช่วยเหลือด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว แต่ละกองทุนยังเน้นไปที่เรื่องการป้องกันและส่งเสริมความรู้ในเรื่องโรคเอดส์อีกด้วย ถือเป็นการป้องกันที่ต้นเหตุเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยเอดส์ได้อีกหนึ่งทาง นอกจากสิทธิการรักษาของแต่ละคนแล้ว ระบบการคัดเลือกยา การจัดซื้อยา และการกระจายยา เป็นขั้นตอนที่สำคัญเริ่มแรกที่จะนำมาเข้ามาในระบบว่าจะสามารถจ่ายตัวไหนได้บ้างตามสิทธิการรักษา ซึ่งเป็นหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีขั้นตอน และหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกยาเพื่อให้ยาที่มีประสิทธิภาพ ในราคาที่ สามารถจัดซื้อได้ด้วย

สรุปได้ว่า ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ สามารถเข้าถึงการรักษาและรับยาต้านไวรัสได้ แต่ยังมีรายละเอียดในแต่ละสิทธิที่ต่างกันออกไป เช่น ชนิดและตัวยาต้านไวรัส เพราะกองทุนในแต่ละสิทธิมีการสนับสนุนในด้านการเงินไม่เท่ากัน แต่หากมีการเข้าร่วม TPP การเข้าถึงยาต้านเอชไอวี เข้าถึงได้ยากขึ้นแน่นอน เริ่มตั้งแต่ก่อนกระบวนการคัดเลือกยา การประมูลยาเข้ามาในระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ มีแต่ยา Original เข้ามาให้เลือก ประเด็นแรกคือกระบวนการประมูลในการจัดการยาให้ผู้ป่วย การกระจายยาไปตามสถานบริการสุขภาพต่างๆ อาจจะกระทบต่อเนื่องต่อนโยบายสุขภาพ เพราะหากยาแพง การบริการด้านยาต้านเอชไอวีสำหรับผู้ป่วยอาจจะมียาละเอียดที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากงบประมาณที่จำกัดขึ้น ทำให้ไม่สามารถสนับสนุนยาอย่างทั่วถึงสำหรับผู้ป่วยทุกคนได้

การศึกษาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและศึกษาจากเอกสารงานวิจัย ผู้วิจัยไม่เห็นด้วยต่อการเข้าร่วมเขตการค้าเสรี TPP เนื่องจากการศึกษารายละเอียดของความตกลง และผลกระทบแล้ว ความตกลง TPP มีเงื่อนไขหลายประการที่ต่างจากความตกลงเขตการค้าเสรีอื่นทั่วไป เช่น ให้มีการรักษาความลับ (Confidentiality agreement) คือ ไม่ให้รัฐเปิดเผยข้อมูลรวมทั้งความตกลงต่อสาธารณชนหลังจากลงนามแล้ว 4 ปี อีกทั้งยังพ่วง ISDS คือนักลงทุนสามารถฟ้องถึงอนุญาโตตุลาการได้ ซึ่งรายละเอียดความตกลงยังกำกวมและเป็นภาษากฎหมาย อีกทั้งในรายละเอียดในแง่ของทรัพย์สินทางปัญญามีรายละเอียดที่ประเทศไทยเสียเปรียบมาก ทั้งทางด้านขอเวลาขดเชยในความล่าช้าของการดำเนินการขอสิทธิบัตร การอนุญาตให้สิทธิบัตรที่มีการเพิ่มเพียงหนึ่งคุณลักษณะสามารถจดสิทธิบัตรได้ การไม่อนุญาตให้ข้อมูล safety และ efficacy แก่บุคคลที่สามเพื่อประกอบในการอนุมัติให้ผลิตยาเหมือนหรือยาล้ำยาล้างออกสู่ตลาด ซึ่งทั้งหมดถือเป็นข้ออ้างในการผูกขาดข้อมูล

(Data Exclusivity) ของนักลงทุนต่างชาติ เพื่อที่จะสามารถขายยาได้แต่เพียงผู้เดียว ซึ่งทำให้ยามีราคาแพง เพราะไม่มีคู่แข่งทางการตลาดออกมา ซึ่งยาที่ราคาแพง ทางนักลงทุนอ้างว่าใช้ทุนในการวิจัยและพัฒนาสูง จริงๆแล้วงบประมาณที่สูงมาจากการตลาด และการโฆษณา มากกว่าหลายเท่า เนื่องจากกฎหมายสิทธิบัตรของประเทศไทยยังไม่เข้มแข็ง กฎหมายเรื่องกรอบระยะเวลาดำเนินการเรื่องการขอสิทธิบัตรในประเทศไทยเองไม่ชัดเจน กรมทรัพย์สินทางปัญญาที่ดูแลเรื่องการขอสิทธิบัตรยังขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการตรวจสอบสิทธิบัตร ซึ่งจากที่กล่าวมา หากประเทศไทยยอมลงนามเข้าร่วมความตกลง TPP ย่อมมีผลกระทบทั้งทางด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสาธารณสุขมากมายตามมาอย่างแน่นอน โดยเฉพาะการเข้าถึงยาของผู้ป่วย เมื่อยาต้านไวรัสราคาแพง รัฐบาลไม่สามารถใช้เงินในกองทุนต่างๆสนับสนุนในเรื่องยาได้ทั้งหมด การคัดลอกยา และการจัดซื้อยาใช้បจำนวนมากเนื่องจากไม่ยาสามัญเข้ามาแข่งขัน ส่งผลให้การกระจายยาให้ผู้ป่วยยากขึ้น นอกจากนั้นความตกลงดังกล่าวยังปิดกั้นนักวิจัยและพัฒนาายาสามัญอื่นๆ เพื่อที่จะให้เจ้าของสิทธิบัตรผูกขาดข้อมูลเพียงผู้เดียว กระทั่งต่อเนื่องถึงอุตสาหกรรมยาสามัญในประเทศ อีกทั้งในบรรดาประเทศสมาชิกในความตกลง TPP มีเพียงสามประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา แคนาดา และเม็กซิโกเท่านั้น ที่ไม่ได้มีความตกลงทางการค้าเสรีกับทางประเทศไทย ซึ่งการเข้าร่วมความตกลง TPP เมื่อเทียบกับประโยชน์ที่จะได้จากการค้า จากการได้รับสิทธิพิเศษทางภาษี โดยเฉพาะกับประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีภาษีเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 3.5 หรือบางรายการมีภาษีเป็นศูนย์อยู่แล้ว แลกกับการเสียเปรียบด้านสิทธิบัตรยา จากการศึกษาคิดว่าไม่ควรแลกในเรื่องสิทธิบัตรยานี้ ประเทศไทยมีความเสียเปรียบอย่างมาก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรศึกษาผลกระทบจากความตกลงเขตการค้าเสรีภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก TPP (Trans-Pacific Strategic Economic Partnership Agreement) ในทุกด้านทุกมาตราเพื่อเป็นฐานข้อมูลในการตัดสินใจเข้าร่วมเขตการค้าเสรีดังกล่าว
2. ศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศที่เข้าร่วมอย่างน้อย 1 ประเทศในความตกลงเขตการค้าเสรีภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก TPP (Trans-Pacific Strategic Economic Partnership Agreement) และแยกแยะประเด็นในส่วนที่ได้เปรียบและเสียเปรียบเพื่อให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่าน โดยเฉพาะศาสตราจารย์ฉัตรสุมน วรคุณิภิญโญ และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาใช้เวลาให้สัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ และเพื่อนๆ ทั้งในและนอกภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนงานวิจัยด้วยดีตลอดมา ขอขอบคุณผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา ที่สนับสนุนในการเรียน และการ

วิจัยในครั้งนี้ สุดท้ายนี้ กราบขอบพระคุณครอบครัว คุณพ่อ คุณแม่ พี่ชาย ที่สนับสนุน และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการศึกษาเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

- จิราพร ลิ้มปานานนท์และคณะ. (2545). *การค้าระหว่างประเทศกับระบบยา*. กรุงเทพฯ: หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร ลิ้มปานานนท์และคณะ. (2553). *โครงการวิจัยผลกระทบของข้อเรียกร้องด้านสิทธิบัตรในความตกลงเขตการค้าเสรีระหว่างประเทศไทยกับสหรัฐอเมริกาต่ออุตสาหกรรมยาซื้อสามัญในประเทศ*. กรุงเทพมหานคร: หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุศราพร เกษสมบุญ, รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์, อินทิรา กาญจนพิบูลย์, ศิริพา อุดมอักษร และ อัญชลี จิตรักนที. (2555). *การวิจัยและพัฒนาระบบเพื่อจัดทำบัญชีรายจ่ายแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: เดอะกราฟิกโก ซิสเต็มส์จำกัด.
- มนูญ ลิเชวงวงศ์. (2554). โรคเอดส์ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: <http://www.thatoomhsp.com/>. วันที่สืบค้น, 10 ก.ย. 2559.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 559: การบริหารงบประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และบริหารงานผู้ป่วยวัณโรค*. กรุงเทพฯ: หจก. แสงจันทร์การพิมพ์.
- สำนักข่าวอิศรา (2559). ความตกลง TPP VS เกมการค้ารูปแบบใหม่ของข้ามห่าอำนาจ. วันอาทิตย์ ที่ 14 สิงหาคม 2559
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และแผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศกับสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559). *การประชุมการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ (คจคส.) การประชุมวิชาการการค้า ณ โรงแรมฮอติเดย์อินน์ กรุงเทพฯ สีส้ม*
- Dye Thomas R. (1982) *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

การพัฒนากฎหมายควบคุมยาสูบในประเทศไทยตาม กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

วศิน พิพัฒน์วัตร*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ถึงการอนุวัติตามกฎหมายและนโยบายภายในของการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของประเทศไทยว่าเป็นไปตามกรอบอนุสัญญาหรือไม่ รวมทั้งมิติทางการค้าทั้งภายในและระหว่างประเทศ วิธีการศึกษาใช้วิธีการศึกษาเปรียบเทียบและสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการศึกษา พบว่า กรณีที่ 1 ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างมาตรการควบคุมยาสูบตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก และแนวทางปฏิบัติงานตามมาตรต่าง ๆ ของ FCTC กับความตกลงภายใต้องค์การการค้าโลก หาได้ขัดกันไม่ และกรณีความตกลงอื่น คือ ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจภาคพื้นแปซิฟิก (TPPA) กับ ความตกลงเพื่อการคุ้มครองการลงทุน (BITS) มีบางข้อบทที่ส่งผลกระทบต่อมาตรการควบคุมยาสูบของประเทศไทย กรณีที่ 2 ในส่วนของกฎหมายภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับการค้าก็มิได้มีผลกระทบต่อการควบคุมยาสูบแต่อย่างใด จากการศึกษาเปรียบเทียบกับ FCTC และมาตรการควบคุมยาสูบของต่างประเทศยังคงมีบางมาตรการที่ต้องมีการดำเนินการพัฒนาให้สอดคล้องไปกับ FCTC ทั้งนี้ ประเทศไทยต้องไม่เลือกปฏิบัติในมาตรการควบคุมยาสูบต่ออุตสาหกรรมยาสูบทั้งในประเทศและต่างประเทศการออกมาตรการควบคุมยาสูบของประเทศไทยสามารถใช้ข้อยกเว้นภายใต้ความตกลงต่าง ๆ ของ WTO ซึ่งมีการเปิดช่องให้สามารถกล่าวอ้าง “ความจำเป็น” เพื่อคุ้มครองสุขภาพและการสาธารณสุขได้ประกอบกับต้องมีการประเมินทางเลือกที่มีเหตุผลอื่น ๆ ต้องเฝ้าระวังและศึกษาบรรดาข้อบทความตกลงการค้าเสรีต่าง ๆ ว่ามีผลกระทบต่อการควบคุมยาสูบหรือไม่ ต้องมีการพิจารณาคัดกรองการลงทุน กรณีที่ 2 ข้อเสนอแนะสำหรับภายในประเทศไทยยังคงต้องมีการพัฒนามาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบเพื่อให้สอดคล้องไปกับ FCTC ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายของประเทศไทย

คำสำคัญ: กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก/มาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของประเทศไทย/การค้าและสุขภาพ

*นักศึกษาลัทธิสุตรนิติศาสตร์ดุสิตบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

THE DEVELOPMENT OF TOBACCO CONTROL LAW IN THAILAND UNDER WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL

Vasin Pipattanachat*

ABSTRACT

This study aims at the implantation analysis of Thailand's laws and internal policies regarding tobacco products control whether they have complied with WHO Framework Convention on Tobacco Control. The research is completed through the comparative methods and scholar interviews. The research findings cover the facts that 1) In terms of international relationship, no conflicts are found in the relationship between tobacco control measures following WHO Framework Convention on Tobacco Control and working guidelines following FCTC measures as well as WTO agreements. Considering other agreements, i.e. Trans-Pacific Partnership and Bilateral Investment Treaty, it has been found that certain topics have affected Thailand's tobacco control. 2) Thailand's local trade laws have brought no negative effects towards tobacco control in the country. The comparative study between FCTC and other international tobacco control measures shows that development is called for on certain measures to comply with FCTC measures. Thailand needs to avoid any discrimination related to tobacco control measures. Exceptions to WTO agreements can be adopted in issuing tobacco control measures in Thailand, following the claims of "necessity" to protect public health, supported by evaluations on other reasonable options. Suggestions are made on Thailand's foreign affairs the country needs careful monitoring and thorough study on free-trade agreements in order to be aware that its tobacco control has been affected. Suggestions made for Thailand's local dimension include further development on its tobacco control measures to comply with FCTC as well as Thailand's law enforcement

Keywords: WHO Framework Convention on Tobacco Control/Tobacco control measures in Thailand/Trade and Health.

*LL.D. candidate, Law Faculty, Thammasat University

บทนำ (Introduction)

ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นหนึ่งในรัฐภาคีของ FCTC เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.), 2553) แต่การอนุวัติการตาม FCTC ยังคงมีปัญหามากจากบรรดาความตกลงภายใต้องค์การการค้าโลก¹ (หทัย ชิตานนท์, 2546, น. 8 – 26) และประเด็นความตกลงอื่นที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศ การศึกษานี้พยายามหาข้อเสนอแนะในการประสานสองหลักการทั้งในเรื่องสิทธิในสุขภาพและประโยชน์ทางการค้า ในส่วนของการพัฒนากฎหมายควบคุมยาสูบของประเทศไทยจะศึกษาเปรียบเทียบกับต่างประเทศเพื่อนำมาวิเคราะห์ประเด็นปัญหากฎหมายควบคุมยาสูบของประเทศไทยว่ามีความสอดคล้องไปกับ FCTC หรือไม่อย่างไร ตลอดจนปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purpose of study)

1. เพื่อศึกษาถึงเงื่อนไขภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศทั้ง 2 กรณีอันได้แก่ FCTC และความตกลงต่าง ๆ ภายใต้ WTO ที่มีผลกระทบต่อการควบคุมยาสูบ และกรณีความตกลงอื่นที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศว่าสามารถดำเนินการตามกฎหมายระหว่างประเทศทั้ง 2 กรณี ไปพร้อมกันได้หรือไม่ อย่างไร
2. เพื่อศึกษาถึงมาตรการควบคุมยาสูบของประเทศไทยและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการค้าในประเทศที่มีผลกระทบต่อการควบคุมยาสูบว่าสมควรมีความสัมพันธ์กันอย่างไร เพื่อให้บรรลุเจตนารมณ์ของกฎหมายทั้ง 2 กรณี
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบมาตรการควบคุมยาสูบของประเทศไทยและมาตรการควบคุมยาสูบในทางระหว่างประเทศและต่างประเทศว่ามีแนวทางอย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบเป็นแนวทางในการพัฒนากฎหมายควบคุมยาสูบของไทยต่อไป

วิธีการศึกษา (Methodology)

ศึกษาโดยการค้นคว้าจากเอกสารวิชาการ (Document Research) บทความจากวารสารทั้งภาษาไทย และภาษาต่างประเทศ วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง ความคิดเห็นของนักวิชาการ รวมทั้งข้อมูลเอกสารทางกฎหมายที่ปรากฏอยู่ในรูปของสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษา (Results)

¹ ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นรัฐภาคีก่อนหน้า FCTC เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2538 ในฐานะสมาชิกผู้ก่อตั้ง อันดับที่ 59

1) ปัญหาความสัมพันธ์ของ FCTC กับบรรดาความตกลงภายใต้ WTO และความตกลงอื่นที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศจะมีความสัมพันธ์ แยกพิจารณาเป็นดังต่อไปนี้ คือ

1.1) ความตกลงภายใต้ WTO อันได้แก่

1.1.1) GATT จะมีหลักการที่สัมพันธ์กับ FCTC ที่ต้องพิจารณา ใน 2 เรื่อง คือเรื่องที่ 1 ประเด็นทางด้านนโยบายทางภาษี ซึ่ง GATT ต้องการลดอุปสรรคทางภาษีการนำเข้าของประเทศสมาชิก (ทัชขมัย (ฤกษ์สุด) ทองอุไร, 2554, น. 49) กระทั่งต่อมามาตรการทางด้านภาษีและราคาของ FCTC² วิธีการ คือ กำหนดให้อากรหาเข้าของผลิตภัณฑ์ยาสูบค่อยๆลดลง ในขณะเดียวกันภาษีสรรพสามิตในประเทศค่อยๆเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2011, PP. 103 – 112) การเพิ่มขึ้นของภาษีสรรพสามิตให้มีผลบังคับใช้กับอุตสาหกรรมยาสูบทั้งที่ผลิตและจำหน่ายในประเทศ และที่นำเข้าเพื่อให้สอดคล้องไปกับหลักการห้ามเลือกปฏิบัติ (Non – discrimination principle) ภายใต้ความตกลง GATT เรื่องที่ 2 การอ้างข้อยกเว้นทั่วไปเพื่อปกป้องชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ สัตว์ หรือ พืช ภายใต้ความตกลง GATT มาตรา XX(b) ในฐานะข้อยกเว้นทั่วไปมาตรการที่ “จำเป็น” ตามความตกลง GATT ในเรื่องการควบคุมยาสูบมีการตีความของคณะกรรมการระงับข้อพิพาทในคดี Thailand – Restrictions on Importation of Internal Taxes on Cigarettes ซึ่งได้วินิจฉัยว่า การ “ห้ามนำเข้าบุหรี่”³ ของไทยไม่ใช่มาตรการที่ “จำเป็น” เพื่อคุ้มครองชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ (เอก สุตา สารการบริรักษ์, 2545. น. 83 – 86) แต่มีมาตรการอื่นที่ทำได้ผลเทียบเท่า

1.1.2) TBT ฐฎฐฐฐฐ FCTC จะต้อง มีการประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) โดยอยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ (Scientific basis) และอยู่บนพื้นฐานมาตรฐานระหว่างประเทศ (International standards) ที่สมเหตุสมผล

² FCTC Article 6 Price and tax measures to reduce the demand for tobacco

³ เรื่อง “การห้ามนำเข้า” ผลิตภัณฑ์ที่มีผลต่อสุขภาพ มีคำตัดสินคดี European Communities – Measures Affecting Asbestos and Asbestos Containing Product Products ซึ่งคณะกรรมการวินิจฉัยข้อพิพาทและองค์กรวินิจฉัยอุทธรณ์ได้ตัดสินว่า มาตรการห้ามการผลิต ขาย ส่งออก นำเข้า และใช้แร่ใยหิน (Asbestos fibers) และผลิตภัณฑ์ที่ประกอบด้วยแร่ใยหินของประเทศฝรั่งเศสเป็นมาตรการที่จำเป็นภายใต้ มาตรา XX(b) ที่เป็นข้อยกเว้นทั่วไปของความตกลง GATT เนื่องจาก “มาตรการควบคุมการใช้” แม้จะเป็น มาตรการที่สอดคล้องหรือแย้งต่อความตกลง GATT น้อยกว่า แต่เมื่อมาตรการดังกล่าวไม่อาจให้การคุ้มครองชีวิต และสุขภาพของมนุษย์ โดยการลดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพที่เกิดจากแร่ใยหินและผลิตภัณฑ์ที่มี ส่วนประกอบของแร่ใยหินในระดับที่ประเทศฝรั่งเศสกำหนดไว้ มาตรการห้ามนำเข้าจึงเป็นมาตรการที่จำเป็น เพื่อการปกป้องชีวิตและสุขภาพของมนุษย์

1.1.3) GATs จะกระทบมาตรการเกี่ยวกับการโฆษณา ส่งเสริมการขาย และการอุปถัมภ์โดยยาสูบ ในกรณีการเปิดสาขาการให้บริการด้านการโฆษณา (Benn McGrady, 2011, P.120) ซึ่งต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติระหว่างบริษัทที่รับโฆษณาในประเทศและต่างประเทศ ในส่วนของเนื้อหาการควบคุมการโฆษณาตามกฎหมายภายในนั้นจะไม่ตกอยู่ภายใต้ GATS แต่จะตกอยู่ภายใต้ GATT การห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ได้รับการยกเว้นตามมาตรา XX(b) ในฐานะที่เป็นมาตรการที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Unavoidable) และเป็นมาตรการที่จำเป็นตามมาตรา XX(b) เพราะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับการห้ามนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบได้

1.1.4) TRIPs เปิดช่องให้สามารถออก “กฎระเบียบ” ได้ “ถ้าเป็นไปได้เพื่อคุ้มครองการสาธารณสุข” โดยบัญญัติในข้อ 8(1) ของความตกลง TRIPs การตีความให้อ้าง Doha Declaration on the TRIPs Agreement and Public Health⁴ ร่วมด้วย ในส่วนของความตกลงนี้มี 2 เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ คือ เครื่องหมายการค้ากับสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ เนื่องจากสามารถทำหน้าที่เป็นเครื่องมือในการโฆษณาได้ (วิส ดิงสมิตร, 2545, น. 3)⁵ ออสเตรเลียได้มี The Tobacco Plain Packaging Act 2011 ออกมาใช้บังคับให้บรรจุภัณฑ์ของบุหรี่ต้องไม่มีสีสันทันทั่วถึงสหราชอาณาจักร คือ Standardised Packaging of Tobacco Products Regulations 2015 ซึ่งสอดคล้องไปกับ Directive 2014/40/EU ของสหภาพยุโรป ในส่วนของการแปรเปลี่ยนเครื่องหมายการค้า (Trademark Diversification) ถ้าไม่มีการห้ามจะส่งผลต่อการห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ เนื่องจากอุตสาหกรรมยาสูบยังคงสามารถใช้เครื่องหมายการค้าของตนในการแสดงผ่านสินค้าอื่นได้ (วศิน พิพัฒน์ฉัตร, 2556, น. 150) สำหรับข้อสนเทศที่ไม่เปิดเผยและความลับทางการค้า FCTC ประสงค์ให้ประชาชนได้ทราบถึงสารพิษของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ไม่ใช่กรณีที่ FCTC ก้าวล่วงในการเปิดเผยสารที่เป็นขั้นตอนการผลิต การเปิดเผยตัวเลขรายจ่ายเรื่องการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ

⁴ ถือเป็นปฏิญญาด้านกฎหมายและการเมืองฉบับสำคัญที่เป็นผลมาจากการประชุมรัฐมนตรีการค้าโลกในการประชุมรอบโดฮา เมื่อปี ค.ศ. 2001 ซึ่งนับว่า เป็นสิ่งที่แสดงถึงความสำเร็จของการต่อรองของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาในเวทีเจรจาการค้าระหว่างประเทศในระดับพหุภาคี

⁵ หน้าที่เครื่องหมายการค้า ได้แก่ 1) หน้าที่ในการบ่งชี้และแยกแยะสินค้า 2) หน้าที่ในการบ่งบอกแหล่งที่มาของสินค้า 3) หน้าที่ในการบ่งบอกคุณภาพสินค้า และ 4) หน้าที่ในการโฆษณาและส่งเสริมการขายสินค้า

สามารถเปิดเผยได้เนื่องจากมีข้อยกเว้นที่อาจเปิดเผยข้อมูลได้ “ในกรณีนี้จำเป็นเพื่อคุ้มครองสาธารณชน”⁶

1.2) ความตกลงอื่นที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศ ได้แก่

1.2.1) TPPA ซึ่งมีสหรัฐอเมริกาเป็นแกนนำในการเปิดการเจรจา แต่ปัจจุบันสหรัฐอเมริกาได้ออกจาก TPPA แล้ว⁷ แต่เนื่องจากสหรัฐอเมริกามีอุตสาหกรรมยาสูบยักษ์ใหญ่ตั้งอยู่อย่างเช่น Philip Morris USA ซึ่งเป็นบริษัทที่ครองส่วนแบ่งตลาดบุหรี่ในสหรัฐาราวร้อยละ 50 และรูปแบบของข้อตกลงที่มีลักษณะเป็น WTO PLUS ซึ่งเป็นความตกลงที่เอื้อต่อผลประโยชน์ของประเทศที่พัฒนาแล้วจึงสมควรต้องเฝ้าระวัง

1.2.2) BITs อุตสาหกรรมยาสูบใช้เป็นกลไกในการฟ้องดำเนินคดีกับนานาประเทศที่มีการออกมาตรการควบคุมยาสูบ อย่างเช่น ออสเตรเลียที่มีการออกกฎหมายควบคุมบรรจุภัณฑ์⁸ หรือ อูรุกวัย เป็นต้น จึงสมควรมีการคัดกรองความตกลงประเภทนี้ว่ามีผลกระทบต่อการควบคุมยาสูบหรือไม่

2) กฎหมายภายในของประเทศไทยกับการควบคุมยาสูบและการค้า

2.1) กฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ คือ เรื่องที่ 1 การจำกัดสิทธิและเสรีภาพ การควบคุมยาสูบจะเกี่ยวข้องกับ “สิทธิในทางสุขภาพ” ซึ่งสิทธิในทางสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (นิรภัย พิศนาคะ มั่นจิตร์, 2559, น. 7 – 13) สามารถใช้อ้างอิงได้เมื่อมีการออกมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบ ซึ่งสอดคล้องไปกับคำพิพากษาของ สหราชอาณาจักรในคดี British American Tobacco & Others v. Department of Health ที่วินิจฉัยว่า “แม้กฎหมายควบคุมยาสูบมีลักษณะเป็นการจำกัดและกำกับการใช้สิทธิในทรัพย์สิน แต่หากพิจารณาถึงหลักความสมดุลระหว่างสิทธิในทรัพย์สินและผลประโยชน์ของสังคมทางด้านสาธารณสุข ได้สัดส่วนแล้วเนื่องจาก ผลประโยชน์ทางสุขภาพโดยรวมมีความชอบ

⁶ TRIPs Article 39(3)

⁷ วันที่ 23 มกราคม ค.ศ. 2017 ประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกา โดนัลด์ทรัมป์ ได้ประกาศถอนตัวอย่างเป็นทางการจากการเป็นประเทศผู้ลงนาม

⁸ คดีระหว่าง บริษัทฟิลลิปมอร์ริส เอเชีย จำกัด (Philip Morris Asia Limited) กับ รัฐบาลออสเตรเลีย (The Commonwealth of Australia)

ธรรมมากกว่าผลประโยชน์ทางการเงินของเอกชน”⁹ เรื่องที่ 2 หน้าที่ของรัฐ มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบใน 3 เรื่อง คือ ในเรื่องการให้การศึกษาแก่เด็ก¹⁰ จะสัมพันธ์กับ FCTC มาตรา 12 ประเด็นเรื่องสิทธิในสุขภาพ¹¹ และการคุ้มครองผู้บริโภค¹² ภาควิชาสุขภาพสามารถกล่าวอ้างเป็นข้อสนับสนุนการออกมาตรการควบคุมยาสูบของประเทศไทยได้ และเรื่องที่ 3 การทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศจะสัมพันธ์กับเรื่อง BITs และความตกลงอื่นที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศ “การตัดผลิตภัณฑ์ยาสูบ” นอกจากการเจรจาการค้าระหว่างประเทศของประเทศไทยมีความเป็นไปได้ถ้ามีการทำความตกลงร่วมกันในระหว่างประเทศ 2 ฝ่าย หรือระหว่างกลุ่มประเทศทำได้โดยอาศัยหลักต่างตอบแทน อาจทำได้ 3 กรณี คือ ถอดเรื่องยาสูบออกจากกรอบการเจรจาข้อคุ้มครองการลงทุน อย่างเช่น กรณีความตกลง TPP การคุ้มครองการลงทุนโดยพิจารณาเรื่องอำนาจต่อรอง ซึ่งมีความเป็นไปได้ถ้าเป็นประเทศสมาชิก FCTC ด้วยกัน และสุดท้าย ถอดผลิตภัณฑ์ยาสูบออกจากรายการสินค้าที่ต้องลดภาษีนำเข้า โดยให้มีการตกลงให้นำผลิตภัณฑ์ยาสูบออกจากรายการสินค้าที่เป็นข้อยกเว้นไม่ต้องลดภาษีนำเข้าไม่ว่าจะเป็นการเจรจาในปัจจุบันและที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และถ้าเป็นไปได้ก็สมควรมีการแก้ไขข้อตกลง FTA ต่าง ๆ ที่ประเทศไทยมีพันธกรณีอยู่ในปัจจุบันให้ถอดผลิตภัณฑ์ยาสูบออกจากรายการที่ต้องผูกพันให้ลดภาษีนำเข้าด้วย ในส่วนของการชั่งน้ำหนักประโยชน์ระหว่างการค้ากับสุขภาพในประเด็นเรื่องการควบคุมยาสูบในทางระหว่างประเทศต้องไม่เลือกปฏิบัติ เป็นมาตรการจำเป็น และได้สัดส่วน ซึ่งสอดคล้องไปกับความตกลงภายใต้ WTO และเป็นหลักกฎหมายมหาชนที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญของประชาชน

2.2) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินทางปัญญา ได้มีหลักกฎหมายจากคดีข้อพิพาทเรื่องของบุหรี่ปราศีสันของออสเตรเลีย¹³ ที่ให้ความเห็นว่า สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาเป็น “สิทธิใน

⁹ In the High Court of Justice Queen’s Bench Division Administrative Court, Case No : CO/2322/2015, CO/2323/2015, CO/2352/2015, CO/2601/2015 & CO/2706/2015, British American Tobacco & Others v. Department of Health

¹⁰ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 54

¹¹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 55

¹² รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 61

¹³ Judgment of High Court of Australia, “Case No. S389/2011 – British American Tobacco Australasia Limited and Ors V. The Commonwealth of Australia and Related matter : S409/2011 – JT International SA v. the Commonwealth of Australia

เชิงปฏิเสธ” ไม่ใช่สิทธิในการใช้ประโยชน์ เป็นสิทธิที่มีลักษณะหวงกั้น ไม่ใช่เป็นสิทธิที่ใครจะใช้ได้ ไม่ใช่ “สิทธิที่จะแสดงออกทางการค้ากับสินค้าที่คุ้มครอง” ผู้ค้าบุหรืมีสิทธิและเสรีภาพในการค้าอย่างอิสระตามที่ยืนยันใน WTO และรัฐธรรมนูญของแต่ละประเทศ และสุดท้าย ความล้มเหลวทางการค้าสามารถเปิดเผยได้ถ้าเป็นกรณีจำเป็นเพื่อคุ้มครองสุขภาพอนามัยของบุคคล¹⁴

2.3) สิทธิในการใช้ชื่อทางการค้าตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ตามมาตรา 31¹⁵ และ 32¹⁶ หากได้มีผลกระทบต่อสิทธิในการใช้ชื่อทางการค้าแต่อย่างใดไม่ยังคงสามารถใช้ได้ในการดำเนินธุรกรรมอย่างอื่นได้ เป็นเพียงการห้ามใช้ชื่อผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผลิตภัณฑ์ยาสูบเท่านั้น แต่เพียงแค่ควบคุมการใช้ชื่อถ้ามีวัตถุประสงค์เพื่อการโฆษณาต่อประชาชนหรือผู้บริโภคเท่านั้นทั้งแคนาดา และออสเตรเลียก็ได้มีการกำหนดห้ามเช่นเดียวกัน

3) ปัญหาความสอดคล้องระหว่างมาตรการควบคุมยาสูบของประเทศไทยกับ FCTC

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 เป็นกฎหมายหลักในเรื่องการควบคุมยาสูบในส่วนที่ไม่ใช่มาตรการทางด้านภาษีและราคา ประกาศออกมาใช้บังคับซึ่งมีผลเป็นการยกเลิกพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ได้มีการปรับบทนิยามคำว่า “ผลิตภัณฑ์ยาสูบ” โดยเพิ่มคำว่า “ผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็นองค์ประกอบ” เพื่อนำมาใช้ชุดช่องว่างผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบต่าง ๆ เช่น E-cigarette¹⁷ ทั้งนี้จะศึกษาปัญหาความสอดคล้องกับ FCTC ในมาตรการดังต่อไปนี้ คือ

¹⁴ พระราชบัญญัติความล้มเหลวทางการค้า พ.ศ. 2545 มาตรา 7

¹⁵ มาตรา 31 ห้ามผู้ใดแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแสดงสัญลักษณ์หรือสิ่งอื่นใด โดยทำให้สาธารณชนเข้าใจว่าเป็นชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือชื่อหรือเครื่องหมายของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทั้งนี้ เพื่อการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ

¹⁶ มาตรา 32 ห้ามผู้ใดนำชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ชื่อหรือเครื่องหมายของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิต ไปแสดงบนผลิตภัณฑ์อื่นใดที่ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือนำชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตัด ต่อเติม หรือดัดแปลงข้อความให้เป็นส่วนหนึ่งของผลิตภัณฑ์นั้นเพื่อการโฆษณาชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือชื่อเครื่องหมายของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ

¹⁷ E-cigarette ถูกห้ามขายหรือห้ามบริการสินค้า ตามคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่ 9/2558 ซึ่งอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 36 และ มาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522และถูก

3.1) มาตรการว่าด้วยการปกป้องนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบจากการแทรกแซงของรัฐกิจและผู้มีส่วนได้เสียของอุตสาหกรรมยาสูบ ได้มีการบัญญัติมาตรการนี้ในแบบลายลักษณ์อักษรในระเบียบ 2 ฉบับด้วยกัน คือ ระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบพ.ศ.2555 และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการติดต่อกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ประกอบการหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2559 ซึ่งมีผลใช้บังคับกับ เจ้าหน้าที่ในกระทรวงสาธารณสุข ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ไม่มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษาเนื่องจากถูกพิจารณาว่าเป็นระเบียบภายในของหน่วยงานรัฐ จึงไม่จำเป็นต้องประกาศเพราะไม่ได้มีผลบังคับออกไปภายนอก ซึ่งผู้เขียนไม่เห็นด้วย¹⁸ เพราะระเบียบดังกล่าวมีผลต่อ “อุตสาหกรรมยาสูบ” ซึ่งอยู่ในสถานะเป็นบุคคลภายนอก และไม่ได้หมายความว่า ต้องมีผลบังคับแก่ประชาชนทุกคน อาจมีผลบังคับเฉพาะประเภทของบุคคลก็ได้โดยไม่ต้องคำนึงว่าบุคคลที่อยู่ในบังคับนั้นจะมีจำนวนเท่าใดเพียงแต่ไม่ใช่มีผลบังคับเจาะจงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น ประกอบกับเป็นการขัดต่อหลักความโปร่งใส ตามแนวทางปฏิบัติงานตามมาตรา 5.3 FCTC ด้วย ระเบียบกรมควบคุมโรคและระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ครอบคลุมหน่วยงานรัฐทุกหน่วยตามที่แนวทางปฏิบัติงานมาตรา 5.3 ของ FCTC เสนอ จึงสมควรมีการออก “กฎ” ที่สามารถใช้ได้ครอบคลุมทุกหน่วยงานรัฐ อย่างเช่น การออกเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี (ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2555, น. 265)

3.2) มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการลดอุปสงค์ของยาสูบ ซึ่งจะแยกพิจารณาออกเป็น 2 ประเด็น คือ (1) มาตรการทางด้านราคาและมาตรการทางด้านภาษี ปัจจุบันมีพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มาบังคับใช้แทนพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 โดยในเรื่องการบริหารภาษีสมควรนำแนวทางปฏิบัติงานตามที่ องค์การอนามัยโลกได้มีการนำเสนอ และแนวทางปฏิบัติงาน

ห้ามนำเข้าตามประกาศกระทรวงพาณิชย์ พ.ศ. 2557ซึ่งอาศัยอำนาจจากพระราชบัญญัติการส่งออกนอกและการนำเข้าในราชอาณาจักรซึ่งสินค้า พ.ศ. 2522 มาตรา 5 วรรค 1(1) และมาตรา 25

¹⁸ สอดคล้องไปกับ บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่องเสร็จที่ 514/2560 เรื่องการนำประกาศและระเบียบของการท่าเรือแห่งประเทศไทยไปประกาศในราชกิจจานุเบกษามาตรา 7(4) แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 โดยคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 13) และคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดที่ พ. 26/2546

ตามที่ศูนย์ภาษีและการลงทุนระหว่างประเทศ¹⁹ เสนอในประเด็นที่มีความสอดคล้องกัน คือ ให้มีการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตยาสูบต่อหน่วย (specific tax)²⁰ แทนการคิดภาษีตามมูลค่า (ad valorem)²¹ เนื่องด้วยส่งผลต่อการใช้ปริมาณภาษีได้เต็มรูปแบบ และลดความซับซ้อนของการคำนวณภาษี แต่ทั้งนี้ให้ยังคงรูปแบบการจัดเก็บแบบตามมูลค่าไว้เพื่อจัดเก็บจากสินค้าที่ผู้ผลิตเน้นราคาสูง กรณี earmarked taxes สมควรมีอยู่เพื่อเป็นหลักประกันแก่สิทธิในทางสุขภาพของประชาชนซึ่งสอดคล้องไปกับ Ottawa Charter การแก้ปัญหาให้เป็นไปตามกฎหมายที่กำกับ earmarked taxes แทนสุดท้ายสมควรพิจารณาให้ยกเลิกการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ปลอดภาษีและไม่ต้องเสียภาษีและการกำหนดจำนวนการนำเข้าบุหรี่ในประเทศเพื่อให้สอดคล้องไปกับมาตรา 15 FCTC

(2) มาตรการอื่นซึ่งมิใช่มาตรการด้านราคา อันได้แก่ (2.1) การปกป้องบุคคลจากการสูดดมควันยาสูบเป็นไปตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 หมวด 5 ที่ว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ตั้งแต่ มาตรา 41 ถึงมาตรา 46 และพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ การบังคับใช้กฎหมายโดยเจ้าหน้าที่ และการขาดความเข้าใจหรือตระหนักในคุณค่าของกฎหมายโดยประชาชน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชน (2.2) การควบคุมสารต่าง ๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ (2.3) เกณฑ์ในการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบสิ่งที่ประเทศไทยสมควรดำเนินการใน 2 เรื่อง คือ การกำหนด

¹⁹ มีการศึกษาพบว่า ศูนย์ภาษีและการลงทุนระหว่างประเทศ (International Tax and Investment center : ITIC) มีบทบาทในการช่วยเหลืออุตสาหกรรมยาสูบในการเข้าถึงเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลต่าง ๆ อย่างจาก http://www.fctc.org/media-and-publications/fact-sheets/alternative-livelihoods-and-environment/1_2_4_6-itic-a-foundation-directly-sponsored-by-transnational-tobacco-companies สืบค้นเมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2560

²⁰ การจัดภาษีสรรพสามิตยาสูบต่อหน่วย (specific tax) คือ ภาษีสรรพสามิตในราคาขายปลีกที่สามารถเพิ่มขึ้นได้ อันเกิดจากการจัดเก็บภาษีต่อมวนหรือต่อน้ำหนักกรัมของยาเส้นการพึ่งพาภาษีสรรพสามิตต่อหน่วยมากขึ้นจะส่งผลกับสุขภาพของประชาชนโดยการลดช่องว่างในระหว่างราคาที่สูงและราคาถูก เป็นการลดทางเลือกและการจำกัดโอกาสของผู้ใช้ยาสูบ

²¹ ภาษีตามมูลค่า (ad valorem) เป็นระบบการจัดเก็บภาษีที่คิดเป็นสัดส่วนโดยตรงกับราคาขาย ข้อดีคืออัตราภาษีจะเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ หากราคายาสูบเปลี่ยนแปลง แต่ข้อเสีย คือ จะทำให้ความแตกต่างด้านราคามากขึ้นระหว่างผลิตภัณฑ์ยาสูบราคาแพงกับราคาถูก

ห้ามสารปรุงแต่งรส²² โดยกำหนดระยะเวลาไว้เมื่อถึงจุด ๆ หนึ่งต้องมีการห้ามการชรสของผลิตภัณฑ์ยาสูบดังเช่นในประชาคมยุโรป สมควรทำกฎระเบียบเรื่อง การป้องกันไฟไหม้จากบุหรี่ (reduced ignition propensity: rip) ด้วยตามที่แนวทางปฏิบัติงานตามมาตรา 9 และ 10 ของ FCTC (2.4) การบรรจุหีบห่อและติดป้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบผู้เขียนเห็นว่าสอดคล้องไปกับ มาตรการตามที่ FCTC เสนอแล้ว ในอนาคตอาจมีการออกกฎหมายเรื่องบรรจุภัณฑ์ปราศสีสัน อย่างเช่น ในออสเตรเลียและสหราชอาณาจักร (2.5) การให้การศึกษา การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณะ มาตรการนี้ประเทศไทยไม่ได้มีการบัญญัติเป็นกฎหมายแต่อย่างใดการให้ความรู้สมควรมีการนำเสนอประเด็นอื่น ๆ ด้วยเช่น การคุกคามนโยบายของอุตสาหกรรมยาสูบ นอกเหนือจากเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพอันเกิดจากการบริโภคยาสูบ (2.6) การโฆษณายาสูบ การส่งเสริมการขาย และการให้การอุปถัมภ์จะสอดคล้องไปกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยจะบัญญัติไว้อยู่ มาตรา 30 ถึงมาตรา 36 ซึ่งพระราชบัญญัติใหม่ได้มีการเพิ่มพินัยมคำว่า “การสื่อสารการตลาด” ซึ่งคำนี้แต่เดิมเป็นคำที่ปรากฏในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551²³ แต่พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ได้มีการให้ความหมายใหม่ที่แตกต่าง ในเรื่องการควบคุมการตลาดนี้ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 บัญญัติได้ครอบคลุมชัดเจน แต่ผู้เขียนเห็นว่าแม้มีการบัญญัติถ้อยคำที่ครอบคลุม แต่ผู้เขียนอยากให้อิงบนคำนิยามของ FCTC มากกว่า เนื่องจาก มีคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 8834/2542 ที่ศาลนำความตกลง TRIPs มาตีความคำว่า “เครื่องหมายที่มีชื่อเสียงแพร่หลายทั่วไป” ซึ่งในขณะนั้นพระราชบัญญัติเครื่องหมายการค้า พ.ศ. 2534 ยังมิได้มีการบัญญัติความหมายของคำว่า “เครื่องหมายที่มีชื่อเสียงแพร่หลายทั่วไป” ไว้ แต่ศาลพิจารณาว่า ประเทศไทยมีพันธกรณีจำต้องปฏิบัติตามความตกลง TRIPs จึงนำคำอธิบายในความตกลงมาใช้เพื่อการตีความ ซึ่งผู้เขียนเห็นว่า ในเรื่องการให้ความหมายเรื่อง การโฆษณาและส่งเสริมการขาย ตลอดจนการอุปถัมภ์ จึงควรอิงกับ FCTC มากกว่า และปัญหาสุดท้ายประเด็นในเรื่องการห้าม

²² เคยมีคดีเรื่อง “เมนธอล” ในส่วนประกอบชรสของบุหรี่ซิการ์เรต เคยเป็นพิพาทในเวทีการค้าระหว่างประเทศ ศึกษาได้จาก คดี United States – Measures Affecting the Production and Sale of Clove Cigarettes, Clove Cigarettes, WT/DS406/AB/R, Appellate Body, (2012)

²³ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ได้ให้ความหมายของคำว่า “การสื่อสารการตลาด” ไว้ คือ การกระทำกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขายสินค้า บริการ หรือ ภาพลักษณ์ การประชาสัมพันธ์ การเผยแพร่ข่าวสาร การส่งเสริมการขาย การแสดงสินค้า การจัดหรือสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมพิเศษ และการตลาดแบบตรง

อย่างครอบคลุมเพื่อมิให้มีการโฆษณา การส่งเสริมการขายยาสูบ หรือการให้การอุปถัมภ์โดยยาสูบ ข้ามพรมแดนที่เริ่มต้นภายในอาณาเขตของรัฐตน²⁴ ผู้เขียนจึงเห็นว่า “ถ้าเป็นการผลิตในประเทศ” เพื่อส่งออกไปจำหน่าย สมควรมีการบัญญัติกฎหมายเพิ่มเติมเรื่องการควบคุมผลิตภัณฑ์ภายในประเทศในประเด็นนี้ด้วย

3.3) มาตรการลดอุปสงค์เกี่ยวกับการติดยาสูบ และการเลิกยาสูบ แต่เดิมประเทศไทย พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ได้มีการบัญญัติเพิ่มอำนาจในการเสนอนโยบาย ของบรรดาคณะกรรมการภายใต้พระราชบัญญัติ²⁵ ในเรื่องการบำบัดรักษาการเสพติดซึ่งรองรับไป กับ FCTC แล้ว แต่ทั้งนี้การปฏิบัติสมควรพิจารณาแนวทางปฏิบัติงานตาม FCTC มาตรา 14 ประกอบด้วย

3.4) มาตรการเกี่ยวกับการลดปริมาณอุปทานของยาสูบ มีสาระสำคัญ 3 เรื่อง ดังนี้ เรื่องที่ 1 การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ประเทศไทยสมควรเข้าร่วมเป็นรัฐภาคีของพิธีสารว่า ด้วยการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบขององค์การอนามัยโลกเพื่อสร้างภาคีในทางระหว่างประเทศเพื่อแก้ปัญหา การค้าบุหรี่เถื่อน²⁶ และเป็นการดำเนินการเพื่ออุดช่องว่างเมื่อมีการใช้มาตรการทางด้านภาษีและ ราคาด้วยเนื่องจากเมื่อบุหรี่มีราคาสูงขึ้น ผู้บริโภคย่อมหาผลิตภัณฑ์อื่นมาทดแทน และเนื่องด้วยบุหรี่ เถื่อนมีราคาที่ถูกว่าบุหรี่ที่มีเสตมป์ ผู้บริโภคจึงมักนิยมลักลอบซื้อเพื่อบริโภค เรื่องที่ 2 การขาย ผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่ผู้เยาว์ และการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผู้เยาว์ พระราชบัญญัติควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 บัญญัติสอดคล้องไปกับ FCTC แล้วและสุดท้าย เรื่องที่ 3 บทบัญญัติ เกี่ยวกับการสนับสนุนกิจกรรมทางเลือกที่มีความเป็นไปได้ในทางเศรษฐกิจ ประเด็นเรื่องการปลูกพืช ทดแทนของไทย อยู่ในการจัดการของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยอยู่ในรูปแบบของนโยบายตาม

²⁴ FCTC ARTICLE 13(3)

²⁵ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 หมวด 1 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ แห่งชาติ หมวด 2 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร และหมวด 3 คณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

²⁶ Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products PART III: SUPPLY CHAIN CONTROL คณะรัฐมนตรีเห็นชอบกรอบการเจรจาพิธีสารว่าด้วยการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ตามที่ กระทรวงสาธารณสุขเสนอเมื่อวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2552 และรัฐสภามีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2552

มาตรการเยียวยาและบรรเทาผลกระทบแก่เกษตรกรผู้เพาะปลูกใบยาสูบ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.), 2559, น.35)

3.5) การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม กระทรวงการคลังมีการออกข้อกำหนดแนวปฏิบัติของมาตรการป้องกันและควบคุมสารพิษตกค้างในใบยาสูบ (จิรวัดน์ เจริญสถาพรกุล, 2554)

3.6) ปัญหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบ ประเทศไทยยังไม่เคยมีการดำเนินคดีทางแพ่งต่ออุตสาหกรรมยาสูบ ปัจจุบันมีกฎหมาย 2 ฉบับ อันได้แก่ พระราชบัญญัติความรับผิดชอบอันเกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง (ฉบับที่ 26) จึงสมควรการดำเนินการ คือ การรวบรวมหลักฐานทางวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบ มีระบบในการรวบรวมผู้เสียหาย กรณีที่ต้องการดำเนินคดีแบบกลุ่ม และการจัดทำฐานข้อมูลด้านกฎหมายและคดี ตลอดจนผลกระทบทางสุขภาพอันเกิดจากการบริโภคยาสูบ และความเสียหายอื่น ๆ

4) ปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย ของประเทศไทยมี 2 กรณี คือ กรณีที่ 1 การจัดองค์กรปัญหาที่เกิดขึ้นคือความล่าช้าของระบบคณะกรรมการก่อให้เกิดปัญหาในเรื่องของความรวดเร็วในการบังคับใช้กฎหมายผู้เขียนเห็นว่า สมควรมีการประเมินผลการทำงานของคณะกรรมการ ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 อย่างสม่ำเสมอและติดตามการบังคับใช้กฎหมาย กรณีที่ 2 ปัญหาความเชื่อมโยงกับกฎหมายอื่นสมควรมีการประสานงาน ร่วมมือและสนับสนุนหน่วยงานอื่นที่บังคับใช้กฎหมายที่สามารถใช้ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ กรณีการควบคุมผลิตภัณฑ์อื่นๆ สมควรมีการเฝ้าระวังการจำหน่ายและพัฒนาเป็นกฎหมายลำดับรอง อย่างเช่น ในประเทศสหราชอาณาจักร แคนาดา และสหภาพยุโรป

ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

1) ข้อเสนอแนะในทางระหว่างประเทศสำหรับประเทศไทย สำหรับระยะเวลาในปัจจุบัน กรณีความสัมพันธ์ระหว่าง มาตรการควบคุมยาสูบกับความตกลงภายใต้องค์การการค้าโลกมีดังนี้

1. ประเทศไทยต้องไม่เลือกปฏิบัติในมาตรการควบคุมยาสูบต่ออุตสาหกรรมยาสูบทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ในการออกมาตรการควบคุมยาสูบของประเทศไทยสามารถใช้ข้อยกเว้นภายใต้ความตกลงต่าง ๆ ของ WTO ซึ่งมีการเปิดช่องให้สามารถกล่าวอ้าง “ความจำเป็น” เพื่อคุ้มครองสุขภาพและการสาธารณสุขได้ ต้องประเมินทางเลือกที่มีเหตุผลอื่น ๆ

2) ข้อเสนอแนะสำหรับอนาคต ในกรณีความสัมพันธ์ระหว่าง มาตรการควบคุมยาสูบกับความตกลงอื่นที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศสำหรับบริบทความสัมพันธ์ระหว่างประเทศกับประเทศไทย

1. ประเทศไทยต้องเฝ้าระวังและศึกษาบรรดาข้อบ่งชี้ความตกลงการค้าเสรี และบรรดาสนธิสัญญาทวิภาคีต่าง ๆ ต้องมีการพิจารณาคัดกรองการลงทุนว่าประเทศที่รับการลงทุนได้รับผลประโยชน์หรือสูญเสียมากน้อยแค่ไหนเพื่อจะได้จัดเตรียมมาตรการควบคุมยาสูบได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของประเทศ

2. ในส่วนของ “การตัดผลิตภัณฑ์ยาสูบ” ออกจากการเจรจาการค้าระหว่างประเทศของประเทศไทยนั้นมีความเป็นไปได้ถ้ามีการทำความตกลงร่วมกัน

3) ข้อเสนอแนะสำหรับภายในประเทศไทย สำหรับการพัฒนามาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบ มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้ คือ

1. มาตรการว่าด้วยการปกป้องนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบสมควรมีการออก “กฎ” ที่สามารถใช้ได้ครอบคลุมทุกหน่วยงานของรัฐ และให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เพื่อบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน กำหนดเป็นจรรยาบรรณสำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยมีการกำหนดบทบังคับเจ้าหน้าที่ในรูปแบบโทษทางวินัย และสุดท้ายกำหนดระเบียบให้มีการเปิดเผยข้อมูลและให้มีการขึ้นทะเบียนบุคคลที่เป็นตัวแทน หรือดำเนินการพิทักษ์ประโยชน์ของอุตสาหกรรมยาสูบ

2. ปรับปรุงการการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตยาสูบ ให้เป็นรูปแบบต่อหน่วย แทนการคิดภาษีตามมูลค่า แต่ทั้งนี้ให้ยังคงวิธีคิดภาษีตามมูลค่าไว้เพื่อรองรับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีมูลค่าสูง กรณี earmarked taxes สมควรที่จะยังคงมีอยู่ไว้ แต่ให้มีการตรวจสอบการใช้จ่ายให้โปร่งใส ยกเลิกการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบปลอดภาษี และกำหนดจำนวนการนำเข้าบุหรี่ในประเทศเพื่อการบริโภค

3. ให้มีการออก “กฎ” ให้หน่วยงานของรัฐมีการเปิดเผยข้อมูลต่อประชาชนในเรื่องการเปิดเผยองค์ประกอบที่เป็นพิษและสารปลดปล่อยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ อนาคตต้องมีการออกกฎที่สามารถห้ามการใช้สารซุสที่ทำให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบมีความน่าสนใจ และการจัดทำกฎระเบียบว่าด้วยการป้องกันไฟไหม้จากบุหรี่ (reduced ignition propensity: rip)

4. กระทรวงสาธารณสุข สมควรมีการออกกฎระเบียบมากำหนดให้บุคลากรสาธารณสุขในภาครัฐต้องเป็นตัวอย่างที่ดีในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ

5. การให้ความหมายเรื่อง การโฆษณาและส่งเสริมการขาย ตลอดจนการอุปถัมภ์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ควรอิงกับบทนิยามของ FCTC และเพิ่มเติมประเด็นเรื่องการตลาดข้ามพรมแดนที่เริ่มต้นภายในอาณาเขตของรัฐตน

6. ประเทศไทยสมควรเข้าร่วมเป็นรัฐภาคีของพิธีสารว่าด้วยการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบขององค์การอนามัยโลกเพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีในทางระหว่างประเทศ และดำเนินการตาม

กรอบของพิธีสารเพื่อแก้ปัญหาการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมายในประเทศไทยให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุด

7. ภาครัฐต้องดูแลและเยียวยาเกษตรกรชาวไร่ยาสูบให้สามารถมีทางออกจากการเลิกปลูกยาสูบ ตลอดจนงบประมาณเพื่อเยียวยาในระหว่างการเปลี่ยนผ่านจากการเลิกปลูกยาสูบ โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติกองทุนสงเคราะห์เกษตรกร พ.ศ. 2554 ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

8. สมควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่องการจัดเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยอันเกิดจากการบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบเพื่อไว้ใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินคดีกับอุตสาหกรรมยาสูบในอนาคต และมีการรวบรวมผลการดำเนินคดีอย่างเป็นระบบ การสร้างความร่วมมือของนักกฎหมายระหว่างประเทศในด้านการควบคุมยาสูบ

9. สมควรมีการประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และติดตามการบังคับใช้กฎหมาย เฝ้าระวังศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพอันเกิดจากผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

บทความนี้เรียบเรียงจากดัชนีนิพนธ์เรื่อง “การพัฒนากฎหมายควบคุมยาสูบในประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก” หลักสูตธนิตศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้เขียนขอขอบพระคุณ ประธานกรรมการสอบดุษฎีนิพนธ์ ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ปกป้อง ศรีสนิท อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ สุดา วิศรุตพิชญ์ กรรมการสอบดุษฎีนิพนธ์ ดร.นพ.บัณฑิต ศรีไพศาล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิรมัย พิศแข มั่นจิตร และ ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมุน พฤตวิทย์ ที่มอบโอกาสในการได้เผยแพร่บทความชิ้นนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

- จิรวัดณ์ เจริญสถาพรกุล.(2554). สุขภาพของผู้ปลูกยาสูบ กับ ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.).
- ชูชัย ศุภวงศ์. (2550). 2 ทศวรรษการควบคุมการบริโภคยาสูบของสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.).
- ทักษมัย (ฤกษ์สุด) ทองอุไร. (2554). แกตต์ และ องค์การการค้าโลก (WTO). พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน.

- นิรมัย พิเศษ มั่นจิต. (2559). รายงานฉบับสมบูรณ์ สิทธิในสุขภาพของผู้ด้อยโอกาสในประเทศไทย เสนอต่อคณะกรรมการส่งเสริมงานวิจัยคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไพศาล ลิ้มสถิต. (2555). สังคมไทยจะสร้างกลไกป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบตามมาตรา 5.3 ของกรอบอนุสัญญา FCTC ได้อย่างไร. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.).
- วิศาธิญญ์ จรุงศักดิ์เศรษฐ์ และคณะ. (2554). เหตุผลที่ควรถอดบุหรี่ออกจากการเจรจาการค้าเสรี, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ 5 ฉบับที่ 3.
- วสิน พัทฒนฉัตร. (2556). การควบคุมการส่งเสริมการขายด้วยวิธีการแปรเปลี่ยนเครื่องหมายการค้าของอุตสาหกรรมยาสูบ, วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิศ ดิงสมิตร. (2545). คำอธิบายกฎหมายเครื่องหมายการค้า. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์นิติธรรม.
- วิสาชา ภู่อารว. (2554). ประเด็นกฎหมายเกี่ยวกับสินค้าประเภทบุหรี่” วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). (2553). ไทยในทิศทางกฎหมายยาสูบโลก. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 ก้าวทันวิจัยกับ ศจย.
- สาวิตี สุขศรี. (2557). บทเรียนจากการฟ้องคดีบริษัทยาสูบในสหรัฐอเมริกา สู่กฎหมายและมาตรการควบคุมยาสูบในประเทศไทย. วารสารนิติศาสตร์, คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- หทัย ชิตานนท์. (2546). การค้าเสรี : ผลกระทบต่อการควบคุมยาสูบ. กรุงเทพมหานคร : บริษัทดีไซร์ จำกัด.
- เอกสุดา สารากรบริรักษ์. (2545). ความตกลงขององค์การการค้าโลกกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ. วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Judgment of High Court of Australia, “Case No. S389/2011 – British American Tobacco Australasia Limited and Ors V. The Commonwealth of Australia and Related matter : S409/2011 – JT International SA v. the Commonwealth of Australia,” สืบค้นเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.hcourt.gov.au/cases/case-s389/2011>
- Benn McGrady. (2011) TRADE AND PUBLIC HEALTH THE WTO, TOBACCO, ALCOHOL, AND DIET. CAMBRIDGE UNIVERSITY, 2011.
- Shaffer ER, Brenner J. (2013). Intellectual Property Chapter of Trans – Pacific Partnership Trade Agreement, Tobacco, and Public Health” CPATH : Center for Policy Analysis on Trade and Health.
- World Health Organization. (2011) BEST PRACTICES WHO TECHNICAL MANUAL ON Tobacco Tax Administration

คราฟต์เบียร์กับกฎหมายในสังคมไทย

กนิษฐา ไทยกล้า*[±] วินัส แก้วอยู่** อีมา หมักทอง***

บทคัดย่อ

คราฟต์เบียร์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทเบียร์ที่มีความหลากหลายทางด้านรสชาติ สี สัน ความแรงของแอลกอฮอล์ คราฟต์เบียร์เป็นเบียร์ทางเลือกที่เป็นที่นิยมในกลุ่มผู้ดื่มเบียร์ การศึกษานี้มี วัตถุประสงค์เพื่อทบทวนบทบาทกฎหมายที่มีต่อคราฟต์เบียร์และศึกษาการกระทำความผิดของคราฟต์เบียร์ ในประเทศไทย

วิธีการศึกษา ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยกลุ่มผู้ผลิต ผู้นิยมดื่มคราฟต์เบียร์ทั้ง แบบออฟไลน์และออนไลน์ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic Studies) การวิจัยเชิง สังเกต และการทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560

ผลการศึกษา พบว่า คราฟต์เบียร์ที่จำหน่ายในประเทศไทยส่วนใหญ่นำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่ง รวมถึงคราฟต์เบียร์ที่ผู้ผลิตเป็นคนไทยไปตั้งโรงงานหรือจ้างให้ต่างประเทศผลิตแล้วนำเข้ามายังจำหน่าย ในประเทศแบบถูกกฎหมาย จุดจำหน่ายคราฟต์เบียร์แบบที่มีที่นั่งดื่มมีแนวโน้มขยายตัวมาก มีการจัดกิจกรรม ทางการตลาด เช่น การให้ส่วนลด การแถม การให้ชิม การให้ความรู้ การจัดแสดงสินค้า การจำหน่ายคู่มือ ส่วนลด การสะสมแต้ม เป็นต้น มีการส่งเสริมการตลาดผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ มีบางส่วนที่ผลิต คราฟต์เบียร์เองแล้วจำหน่ายภายในพื้นที่ซึ่งจัดว่าผิดกฎหมาย โดยช่วงเวลาในการจำหน่ายมีทั้งที่จำหน่ายใน ช่วงเวลาที่กฎหมายห้ามจำหน่าย ทิศทางของคราฟต์เบียร์ในสังคมไทยที่มีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มมากขึ้น กลุ่ม ผู้ประกอบการมีการรวมกลุ่มกันแลกเปลี่ยนความรู้กระบวนการผลิต วัตถุดิบ รวมถึงความพยายามเรียกร้อง ให้สามารถผลิตเบียร์ในประเทศได้

การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะคือ แม้ส่วนแบ่งการตลาดที่น้อยก็ตามภาครัฐควรให้ความสำคัญในการ ชะลอหรือหยุดการขยายตัวของธุรกิจคราฟต์เบียร์ด้วยการกำกับดูแลบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง รวมถึง การจัดระบบลงทะเบียนผู้ผลิต ผู้จำหน่าย รวมถึงผู้นำเข้า ผู้ผลิตและจัดจำหน่ายวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต คราฟต์เบียร์ เพื่อใช้ในการควบคุมและจำกัดการขยายตัว ในทางกลับกันภาครัฐควรจัดเวทีรับฟัง และแจ้ง ระเบียบสำหรับผู้ผลิตและจำหน่ายคราฟต์เบียร์ในประเทศไทย ขณะเดียวกันควรมีการศึกษาติดตาม สถานการณ์คราฟต์เบียร์ไปข้างหน้าเพื่อความชัดเจนของข้อมูลในมิติต่างๆ

คำสำคัญ คราฟต์เบียร์ กฎหมาย สังคมไทย พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

* นักสถิติเชี่ยวชาญ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [±] ผู้ส่งบทความวิจัย

** พนักงานปฏิบัติงาน สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** อาจารย์ วิทยาลัยนานาชาติวิทยาเขตหาดใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Craft beer and Thai law

Kanittha Thailkla^{*±} Venus Kaewyoo^{**} Teema Muekthong^{***}

Abstract

Craft beer is an alcoholic beverage with variety of tastes, colors and degrees. It is a popular option for beer lovers and those who dream to create their own tastes of beer. This study aims at reviewing the role of law towards craft beer and examining illegal craft beer manufacturing in Thailand.

The samples in this study consist of craft beer manufacturers as well as both offline and online craft beer lovers, using Ethnographic method, observation and literature review by collecting secondary data during February and April 2017.

The result found that Most craft beers distributed in Thailand are legally imported from abroad, including those manufactured by Thai manufacturers who set up their own factory or hire local manufacturer to manufacture the product for them. The craft beer stalls with sitting area tend to highly increase with various promotional activities such as providing discounts, extra product, taster, point collection card, educational activity; setting up product display; and selling discount coupons. There is also an online promotion via social media. Some illegally produce their own craft beer and distribute locally. They sell craft beer both inside and outside legally grace period. The direction of craft beer in Thai society tends to increasingly expand. The group of manufacturers get together to exchange knowledge on manufacturing process and raw materials. They also attempt to call for the legal craft beer manufacturing in Thailand.

Despite the small market share of craft beer in Thailand, it is important that the government sector slows down or stops the expansion of craft beer by strictly enforcing the law. They should provide registration for manufacturers, distributors, importers of craft beer and raw materials in order to control and confine the expansion of craft beer business. On the other hands, the government sector should also arrange an open forum to learn their opinions and inform them about the regulations for production and distribution of craft beer in Thailand. There should also be an on-going study on craft beer situation for explicit information in various prospects.

Key word: Craft beer, Law, Thai society, Alcoholic Beverage Control Act B.E. 2551 (2008)

* Statistician, Expert Level Research Institute for Health Sciences, Chiang Mai University

± Corresponding Author

** Operating employees, Research Institute for Health Sciences, Chiang Mai University

*** Lecturer, International College Hatyai Campus, Prince of Songkla University

บทนำ

ประเทศไทยมีการทำคราฟต์เบียร์จำนวนมาก อาจมากถึง 100 รายทั่วประเทศ ทิศทางของคราฟต์เบียร์ไทย ปี พ.ศ. 2559-2560 มีผู้ให้ความสนใจเกี่ยวกับคราฟต์เบียร์มากขึ้นทั้งผู้ผลิตเองและผู้บริโภค ทางฝั่งผู้ผลิตได้มีการเดินทางเพื่อพัฒนาให้คราฟต์เบียร์ของตัวเองนั้นถูกกฎหมายโดยใช้วิธีการไปผลิตที่ต่างประเทศแล้วนำกลับเข้ามาในรูปแบบของเบียร์นำเข้าและเสียภาษีติดแสตมป์ตามกฎหมายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ยกตัวอย่างเช่น เบียร์ชาละวัน (Chalawan) สโตนเฮด (Stonehead) แซนด์พอร์ต (Sandport) และ มหานคร (Mahanakorn) แม้ว่ากฎหมายจะเปิดช่องให้มีการจัดตั้งโรงงานเพื่อทำคราฟต์เบียร์ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องวิธีการบริหารงานสุรา พ.ศ. 2543 ส่วนที่ 2 ว่าด้วยเรื่องการทำและขายส่งสุราแช่ชนิดเบียร์และชนิดสุราผลไม้ โดยในข้อ 7.1 ท่อนหนึ่งระบุว่า "ผู้ขออนุญาตต้องเป็นบริษัทจำกัด มีทุนจดทะเบียนไม่ต่ำกว่า 10 ล้านบาท มีเงินค่าหุ้นหรือเงินลงทุนที่ชำระแล้วไม่น้อยกว่า 10 ล้านบาท ในกรณีที่ เป็นโรงงานเบียร์ขนาดเล็กประเภทผลิตเพื่อขาย ณ สถานที่ผลิต จะต้องมีการผลิตไม่ต่ำกว่า 100,000 ลิตร แต่ไม่เกิน 1 ล้านลิตรต่อปี" การผลิตคราฟต์เบียร์ในประเทศไทยได้กำหนดให้มีโรงเบียร์ได้เพียง 2 รูปแบบ คือ แบบโรงงานเบียร์ เช่น โรงเบียร์สิงห์ ช้าง ไฮเนเก้น เป็นต้น และแบบที่สองคือโรงเบียร์ประเภทเพื่อขาย ณ สถานที่ผลิตหรือบริวฟับ (brewpub) ซึ่งห้ามบรรจุขวดจำหน่ายออกนอกสถานที่ เช่น โรงเบียร์เยอรมันตะวันแดง เงื่อนไชด์งกล่าวเป็นการกีดกันการทำคราฟต์เบียร์อย่างแท้จริง (ปรีติ ทองมิตร, 2559)

จุดเริ่มต้นของการออกมาเคลื่อนไหวเรื่องคราฟต์เบียร์ในสังคมไทยอย่างจริงจังนั้น เริ่มต้นขึ้นจากการที่เจ้าหน้าที่รัฐเข้าจับกุมปัญญาชนคนหนึ่งซึ่งลักลอบหมักเบียร์ ซึ่งการจับกุมครั้งนี้ได้จุดประกายให้กลุ่มคนทีนิยมในคราฟต์เบียร์ออกมาเรียกร้องสิทธิเสรีภาพในการผลิตคราฟต์เบียร์ การศึกษาบริบทความหลากหลาย ความเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องกับคราฟต์เบียร์ในสังคมไทยจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะสะท้อนสถานการณ์เกี่ยวกับการผลิต การจำหน่าย และการดื่มคราฟต์เบียร์ ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนนโยบายการควบคุมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทบทวนบทบาทกฎหมายที่มีต่อคราฟต์เบียร์
2. เพื่อศึกษาการกระทำความผิดของคราฟต์เบียร์ในประเทศไทย

วิธีการศึกษาวิจัย

วิธีการศึกษาเป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic Studies) การวิจัยเชิงสังเกต และการทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560

รูปแบบวิธีดำเนินการศึกษาเริ่มต้นจากการศึกษาวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) ทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสาร หนังสือ บทความ บทสัมภาษณ์ หนังสือพิมพ์

ต่างๆ เพื่อให้ทราบข้อมูล บริบทสภาพ หรือสถานการณ์กราฟต์เปียร์ในเบื้องต้นเพื่อให้ทราบความเป็นมา ความหมายของกราฟต์เปียร์ เป็นต้น กำหนดพื้นที่ศึกษาคือ จังหวัดเชียงใหม่ นนทบุรี และกรุงเทพมหานคร

การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา และการวิจัยเชิงสังเกต ผู้วิจัยต้องแฝงตัวเองเข้าไป คลุกคลีอยู่ในสังคมผู้ดื่ม ผู้ผลิตกราฟต์เปียร์ ต้องทำตนเองให้คุ้นเคยกับกราฟต์เปียร์ สถานที่ สิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะบรรยายกราฟต์เปียร์ อย่างละเอียดลึกซึ้งถึงเหตุการณ์ สิ่งที่เกิดขึ้น กราฟต์เปียร์ในสังคมไทยนั้นยังคงไม่มีเสรีภาพมากพอในมิติทางด้านกฎหมาย ทำให้การลงพื้นที่เก็บข้อมูล จึงมีข้อจำกัดตั้งแต่ทีมยังไม่ได้เริ่มทำการเก็บข้อมูล ซึ่งทำให้ไม่สามารถเปิดตัวเข้าไปขอข้อมูลหรือทำการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ผลิตกราฟต์เปียร์ในพื้นที่ได้โดยตรง จึงใช้วิธีการกำหนดบทบาทการเป็นผู้ที่ชื่นชอบ ผู้ดื่ม และผู้สนใจเรียนรู้การผลิตกราฟต์เปียร์ โดยได้เข้าร่วมกิจกรรมกราฟต์เปียร์ตามสถาบันบันเทิงหรือจุดจำหน่ายต่างๆ แบบต่อเนื่องเพื่อที่จะได้ทำตัวให้คุ้นเคยกับสถาบันบันเทิงหรือจุดจำหน่าย สร้างความสัมพันธ์กับเหล่านักดื่ม ผู้ผลิตกราฟต์เปียร์ และเครือข่ายผู้ผลิตกราฟต์เปียร์ การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างแรกใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบตามสะดวก ตัวอย่างถัดมาใช้ทั้งการเลือกแบบตามสะดวกและก้อนหิมะ (Snowball Sampling) โดยคำนึงถึงความหลากหลายและให้เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เช่น ผู้ดื่ม ผู้ผลิต ผู้จัดจำหน่าย ผู้กำกับดูแลตามกฎหมาย และพื้นที่ เป็นต้น

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ดื่ม ผู้ผลิต ผู้จัดจำหน่าย ด้วยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) ด้วยวิธีการ ดู ฟัง สนทนา ซักถาม และบันทึกสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นแบบไม่มีโครงสร้าง และไม่มีการจดบันทึกการสังเกตทันที โดยจะทำการจดบันทึกเหตุการณ์ รูปแบบของบริบท วิธีการ พฤติกรรมทันทีเมื่อมีโอกาสเหมาะสมหลังจากการสังเกต และเมื่อมีความสัมพันธ์กันระดับหนึ่งเกิดความคุ้นเคยผนวกกับกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะให้สัมภาษณ์ทีมงานจะนัดหมายเวลาและทำการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวต่อตัวด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสัมภาษณ์ในลักษณะของการสนทนาในชีวิตประจำวันทั้งการสัมภาษณ์ตัวต่อตัว และการสัมภาษณ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ การหาข้อความผ่านเฟสบุ๊ก ไลน์ เป็นต้น เมื่อสัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัยจะขอให้แนะนำกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไป ซึ่งเป็นการเลือกตัวอย่างแบบก้อนหิมะจนได้จำนวนครบ 15 ตัวอย่าง นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล ความแม่นยำของข้อมูล ความเชื่อมโยงของข้อมูล ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของการเก็บข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสังเกตกับการสัมภาษณ์เปรียบเทียบสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างพูดในที่สาธารณะกับขณะพูดส่วนตัวกับผู้สัมภาษณ์ การตรวจสอบจากทีมผู้วิจัยว่าได้ค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร จัดระเบียบข้อมูล จัดระบบข้อมูลและแยกประเภทของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ การให้น้ำหนัก การลดทอนข้อมูล ลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของเนื้อหา การตีความหมาย การหาความเหมือนและความแตกต่าง ทำการวิเคราะห์แบบอุปมาน (inductive method) (Strauss & Corbin, 1998) ตีความสร้างข้อสรุปที่แสดงความสัมพันธ์ของสภาวะแวดล้อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับลักษณะที่ปรากฏให้เห็นชัดเจนขึ้น

ผลการศึกษา

ผลการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า คราฟต์เบียร์ที่ผลิตในประเทศไทยยังเป็นเบียร์ที่ผิดกฎหมาย เพราะประเทศไทยนั้นยังไม่เปิดกว้างหรือรองรับให้มีการผลิตหรือดื่มเบียร์ทั้งเพื่อขายและเพื่อดื่มเอง ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลที่คนดื่มเบียร์หรือเจ้าของคราฟต์เบียร์ไทยหลายแบรนด์มีความจำเป็นที่จะต้องออกไปหาโรงเบียร์ต่างประเทศเพื่อทำการดื่มหรือผลิตคราฟต์เบียร์ แล้วนำเข้ามายขายในประเทศไทย กลยุทธ์ทางการตลาด คราฟต์เบียร์ในประเทศไทยประกอบด้วย

- การจัดบู๊ธแสดงสินค้า (คราฟต์เบียร์) ตามงานอีเว้นท์และร้านอาหารสถานบันเทิงต่างๆ เพื่อการประชาสัมพันธ์ร้านและส่งเสริมการขายสินค้าของร้าน
- การลดราคาและการสะสมแต้ม เพื่อดึงดูดลูกค้าให้มาใช้บริการของร้านในช่วงเวลาเย็นหรือหัวค่ำ
- การให้บริการชุดคราฟต์เบียร์สด อุปกรณ์ พร้อมส่งตามงานเลี้ยง งานสังสรรค์ต่างๆ
- การลดแลกแจกแถม “ซื้อคราฟต์เบียร์ 2 แก้ว แถม 1 แก้ว” “4 ขวดในราคา 590 บาท จากปกติราคา 600 บาท”
- การขายคราฟต์เบียร์นอกช่วงเวลาที่ถูกกฎหมายกำหนด
- มีภาชนะบรรจุคราฟต์เบียร์ในลักษณะของขวดเก็บความเย็น (Growlers) จำหน่ายที่ร้านสำหรับซื้อกลับบ้าน
- คุปองส่วนลดคราฟต์เบียร์ เล่มละ 1,000 บาท คุปองในเล่ม มีมูลค่ารวม 2,000 บาท เอาไว้แลกซื้อคราฟต์เบียร์
- การขายแก้วเบียร์ที่ลูกค้า สามารถนำแก้วไปใช้บริการในร้านคราฟต์เบียร์ตามที่กำหนดจะได้รับส่วนลด 10%
- การจัดฉายภาพยนตร์ของร้านขายคราฟต์เบียร์ ขายบัตรเข้าชมและรับคราฟต์เบียร์ไทยฟรี 1 ขวด
- การใช้สื่อสังคมออนไลน์ โฆษณาคราฟต์เบียร์แทนสื่อหลัก

กลุ่มผู้สนใจในคราฟต์เบียร์มีการเชื่อมโยงในลักษณะของเครือข่ายทางธุรกิจระหว่างกรุงเทพมหานคร นนทบุรี และเชียงใหม่ คือ

1. ความสัมพันธ์ที่พัฒนามาจากการเป็นลูกค้าใช้บริการดื่มคราฟต์เบียร์ที่ร้านในกรุงเทพเป็นประจำ จนสถานภาพจากลูกค้ากลายเป็นเพื่อนสนิททางธุรกิจ มาเปิดร้านจำหน่ายคราฟต์เบียร์ที่เชียงใหม่จากการที่เป็นคนชื่นชอบรสชาติคราฟต์เบียร์

“สนิทจากร้าน *croffity* เป็นลูกค้าประจำร้าน *FEAT LAB* มาก่อน”

2. การสนใจในคราฟต์เบียร์ การค้นคว้าศึกษาหาข้อมูล การหาสินค้ามาจำหน่ายในร้าน ความต้องการผลิตคราฟต์เบียร์ในสไตล์ของตนเอง เป็นช่องทางในการทำให้รู้จักกับกลุ่มผู้สนใจในคราฟต์เบียร์เช่นเดียวกัน การบอกต่อแนะนำของเพื่อนเกิดเครือข่ายเชื่อมโยงระหว่างเชียงใหม่ กรุงเทพมหานครและนนทบุรี

3. การเป็นลูกค้าที่สั่งคราฟต์เบียร์จากผู้ผลิตหลายที่ผลิตในต่างประเทศ นำเข้ามาจำหน่ายในประเทศไทย ทำให้เกิดการรู้จักผู้ผลิตหลายคน หลายยี่ห้อ ประกอบกับความสนใจที่จะผลิตคราฟต์เบียร์ในสไตล์ของตนเองจึงเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการผลิต แหล่งที่ผลิตจากผู้ผลิต รวมทั้งคำแนะนำในการทัวร์เยี่ยมชมแหล่งผลิตในประเทศเพื่อนบ้าน กัมพูชา ลาว ญีปุ่น เป็นต้น

4. เป็นผู้ผลิตคราฟต์เบียร์เดิม ไปร่วมลงทุนผลิตกับผู้ผลิตรายใหม่จึงมีโอกาสนในการรู้จักกันมากยิ่งขึ้น เป็นเพื่อนที่เรียนรู้วิธีการผลิตเบียร์รุ่นเดียวกัน

คราฟต์เบียร์ในสังคมไทยส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางการตลาดที่เข้าข่ายการกระทำความผิดอยู่ 2 พระราชบัญญัติ คือ 1) พระราชบัญญัติ สุรา พ.ศ. 2493 ในมาตรา 5 บัญญัติไว้ว่า “ห้ามมิให้ผู้ใดทำสุรา หรือมีภาชนะหรือเครื่องกลั่นสำหรับ ทำสุราไว้ในครอบครอง เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากอธิบดี การออกใบอนุญาตให้ทำสุราสำหรับใช้ในบ้านเรือน ให้เป็นไปตามที่ กำหนดในกฎกระทรวง” และมาตรา 17 บัญญัติไว้ว่า “ห้ามมิให้ผู้ใดขายสุราหรือนำสุราออกแสดงเพื่อขาย เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานสรรพสามิต” 2) พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในมาตรา 30 บัญญัติไว้ว่า “ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะดังต่อไปนี้ (1) ใช้เครื่องขายอัตโนมัติ (2) การเร่ขาย (3) การลดราคาเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการขาย (4) ให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการ การชิงโชค การชิงรางวัล หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแก่ผู้นำหีบห่อหรือสลาก หรือสิ่งอื่นใดเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ (5) โดยแจก แถม ให้หรือแลกเปลี่ยนกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือกับสินค้าอื่น หรือการให้บริการอย่างอื่นแล้วแต่กรณี หรือแจกจ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะเป็นตัวอย่างของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือเป็นการจูงใจสาธารณชนให้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการกำหนดเงื่อนไขการขายในลักษณะที่เป็นการบังคับซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยทางตรงหรือทางอ้อม (6) โดยวิธีหรือลักษณะอื่นใดตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ” และมาตรา 32 บัญญัติไว้ว่า “ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณหรือชักจูงใจให้ผู้อื่นดื่มโดยตรงหรือโดยอ้อม การโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ใดๆ โดยผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทให้กระทำได้เฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคม โดยไม่มีการปรากฏภาพของสินค้าหรือบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น เว้นแต่เป็นการปรากฏของภาพสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ สัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเท่านั้น ทั้งนี้ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง”

คราฟต์เบียร์ในสังคมไทยนั้นยังคงไม่เปิดกว้างหรือมีเสรีภาพมากพอในมิติทางด้านกฎหมายกฎหมายของประเทศไทยยังคงไม่รองรับการเกิดขึ้นของคราฟต์เบียร์ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคราฟต์เบียร์ในสังคมไทยนั้นมีเนื้อความในการควบคุมบังคับที่แตกต่างกันออกไป โดยตัวบทกฎหมายที่มีบทบัญญัติชัดเจนและเป็นตัวบทกฎหมายที่ถูกยกขึ้นมากล่าวอ้างหรือกล่าวถึงอยู่บ่อยครั้งต่อการพูดคุย ปรากฏการณ์ทางสังคมอย่างเรื่องคราฟต์เบียร์ในสังคมไทยก็ดูจะเป็นกฎหมายที่เป็นประกาศ

กระทรวงการคลัง เรื่องวิธีการบริหารงานสุรา พ.ศ. 2543 ส่วนที่ 2 ที่มีเนื้อความหรือสาระสำคัญเกี่ยวกับกรทำและขายส่งสุราแช่ชนิดเบียร์และชนิดสุราผลไม้ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2543) ดังนี้

“...ข้อ 6 ให้ผู้ได้รับอนุญาตให้ทำและขายส่งสุราแช่ชนิดเบียร์ และผู้ได้รับอนุญาตให้ทำและขายส่งสุราแช่ชนิดสุราผลไม้ (ไวน์) ซึ่งเป็นคู่สัญญากับกรมสรรพสามิตอยู่ในวันที่ออกประกาศนี้ เป็นผู้ทำและขายส่งสุราต่อไปตามเงื่อนไขแห่งสัญญาที่มีอยู่กับกรมสรรพสามิต

ข้อ 7 ผู้ประสงค์จะขออนุญาตทำและขายส่งสุราแช่รายใหม่ต่อกรมสรรพสามิต

7.1 การขออนุญาตทำและขายส่งสุราแช่ชนิดเบียร์ ผู้ขออนุญาตต้องเป็นบริษัทจำกัด ซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายไทยมีผู้ถือหุ้น สัญชาติไทยไม่น้อยกว่าร้อยละ 51 ของจำนวนหุ้นทั้งหมด และมีทุนจดทะเบียนไม่ต่ำกว่า 10 ล้านบาท มีเงินค่าหุ้นหรือเงินลงทุนที่ชำระแล้วไม่น้อยกว่า 10 ล้านบาท ทั้งนี้ ให้เสนอโครงการลงทุนก่อสร้างโรงงานสุรา ในกรณีที่เป็นโรงงานเบียร์ขนาดใหญ่จะต้องมีปริมาณการผลิต ไม่ต่ำกว่า 10 ล้านลิตรต่อปี หรือในกรณีที่เป็นโรงงานเบียร์ขนาดเล็กประเภทผลิตเพื่อขาย ณ สถานที่ผลิต (Brewpub) จะต้องมีความการผลิตไม่ต่ำกว่า 100,000 ลิตร แต่ไม่เกิน 1 ล้านลิตรต่อปี

7.2 การขออนุญาตทำและขายส่งสุราแช่ชนิดสุราผลไม้ ผู้ขออนุญาตต้องเป็นบริษัทจำกัดซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายไทยมีผู้ถือหุ้น สัญชาติไทยไม่น้อยกว่าร้อยละ 51 ของจำนวนหุ้นทั้งหมด หรือเป็นสหกรณ์ ทั้งนี้ ให้เสนอ โครงการลงทุนก่อสร้างโรงงานสุรา พร้อมทั้งกรรมวิธีการผลิตสุราแช่ประเภทสุราผลไม้ชนิดที่ขออนุญาตด้วย...”

กฎหมายหรือประกาศกระทรวงการคลังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น พบว่า ประเทศไทยสามารถตั้งโรงงานเพื่อผลิตคราฟต์เบียร์หรือเบียร์นอกกระแสได้ แต่ต้องอยู่บนเงื่อนไขที่ถูกละเลยโดยบทบัญญัติกฎหมายนี้ เช่น

“...ขออนุญาตต้องเป็นบริษัทจำกัด ซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายไทยมีผู้ถือหุ้น สัญชาติไทยไม่น้อยกว่าร้อยละ 51 ของจำนวนหุ้นทั้งหมด และมีทุนจดทะเบียนไม่ต่ำกว่า 10 ล้านบาทจะต้องมีปริมาณการผลิต ไม่ต่ำกว่า 10 ล้านลิตรต่อปี...”

ข้อบังคับหรือเงื่อนไขเหล่านี้เป็นปัญหาต่อกลุ่มผู้ผลิตคราฟต์เบียร์ในเมืองไทยอย่างเห็นได้ชัด ภายใต้บทบัญญัติหรือข้อกำหนดต่างๆ นั้นรับรู้ได้ถึงการไม่รองรับการเกิดขึ้นของคราฟต์เบียร์ในสังคมไทยเอาไว้อย่างอ้อมๆ เพราะด้วยความเป็นผู้ผลิตรายย่อยนั้นดูจะเป็นเรื่องที่ยากแน่นอนต่อการหาเงินลงทุนจำนวน 10 ล้านบาท เพื่อนำมาใช้เป็นทุนจดทะเบียนในการขออนุญาตตั้งโรงเบียร์เป็นของตนเองภายในประเทศ หรือ ต่อให้มีเงินมาเป็นทุนจดทะเบียนแล้ว ผู้ผลิตรายย่อยอย่างเจ้าของคราฟต์เบียร์แบรนด์ต่างๆ ยังจะต้องทำการผลิตเบียร์ของเขาเองจำนวน 10 ล้านลิตรต่อปี ซึ่งเป็นเรื่อง

ยากมาก แม้ว่าผู้ผลิตคราฟต์เบียร์เจ้าต่างๆ จะใช้ความพยายามมากแค่ไหนก็ตาม ดังนั้น การเกิดขึ้นของคราฟต์เบียร์สัญชาติไทยจึงเป็นเรื่องที่ยาก บนข้อกฎหมายที่มีสถานะกึ่งข้อห้ามต่อการผลิตคราฟต์เบียร์ในสังคมไทย

สิ่งที่พบอย่างหนึ่งซึ่งนับว่าเป็นจุดอ่อนปรนในการผลิตคราฟต์เบียร์ในสังคมไทยของผู้ผลิตรายย่อยต่างๆ คือ ประกาศกระทรวงการคลัง พ.ศ. 2543 ได้กล่าวถึงการจัดตั้งโรงเบียร์ขนาดเล็ก ซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องของทุนจดทะเบียนและอัตราการผลิตที่ต่ำลงมา โดยการจัดตั้งโรงเบียร์ขนาดเล็กนี้มีชื่อเรียกที่เป็นที่รู้จักกันว่า “กฎบริวฟับ” อย่างไรก็ตาม การดูเหมือนจะมีทางออกในการผลิตคราฟต์เบียร์ในประเทศไทย โดยการใช้เงื่อนไข บริวฟับซึ่งน่าจะเป็นเรื่องง่ายและมีความเป็นไปได้อยู่บ้าง เพราะการขอจัดตั้งโรงเบียร์ขนาดเล็กในการผลิตคราฟต์เบียร์เพื่อขายนี้จะต้องมีปริมาณการผลิตไม่ต่ำกว่า 100,000 ลิตร แต่ไม่เกิน 1 ล้านลิตรต่อปี ซึ่งนับว่า เป็นเงื่อนไขที่ลดหย่อนผ่อนปรนลงมาจากการขอทำโรงเบียร์ขนาดใหญ่มาในระดับหนึ่ง โดยสิ่งที่คิดว่าเป็นความหวังของผู้ผลิตเบียร์ก็ต้องพังทลายลง เนื่องจากประกาศสำนักงานศาลปกครอง เรื่อง ศาลปกครองพิพากษาถึงที่สุดให้เพิกถอนกฎ ด้วยศาลปกครองสูงสุดได้มีคำพิพากษาในคดีหมายเลขแดงที่ อ.1267/2558 “โดยพิพากษาเพิกถอนประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการพิจารณาอนุญาตโรงงานสุรา ลงวันที่ 3 เมษายน 2553 ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง วิธีการบริหารงานสุรา พ.ศ. 2543 ลงวันที่ 6 ตุลาคม 2543 ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง วิธีการบริหารงานสุรา พ.ศ. 2543 (ฉบับที่ 2) ลงวันที่ 21 ธันวาคม 2543 และประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง วิธีการบริหารงานสุรา พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 3) ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2544” ทำให้ช่องทางของการจัดตั้งเป็นโรงเบียร์ขนาดเล็กนั้นต้องยุติลงจนกว่าจะมีการประกาศพระราชบัญญัติสรรพสามิตฉบับใหม่ขึ้นมาครอบคลุมถึงเรื่องการผลิตสุราอีกครั้ง ซึ่งนับจากปีนั้นจนถึงปีนี้ สังคมไทยก็ยังไม่เห็นการประกาศใช้กฎบัญญัติใดของภาครัฐที่ออกมากล่าวถึงเรื่องการผลิตสุราอีกเลย

ความคิดเห็นจากผู้ผลิตคราฟต์เบียร์รายย่อยอื่นๆ ที่แสดงความคิดเห็นต่อข้อกฎหมายหรือตัวบทกฎหมายที่ค่อนข้างรัดกุมและจำกัดเสรีภาพในการผลิตคราฟต์เบียร์สัญชาติไทย

“...ประเด็นของกฎหมาย ในมุมมองของผมเอง ไม่อยากมองว่ากฎหมายมันไม่ดี ใช้คำว่ากฎหมายมันไม่รองรับการผลิตเบียร์ขนาดเล็กมากกว่า เหมือนกับการต้มเหล้า ต้มเหล้าขาว ตอนแรกมันก็ผิด ตอนหลังมันก็เปลี่ยนใหม่เป็นสุราชุมชนเสียภาษี มีแอลกอฮอล์ แต่ประเด็นคือ ที่มันทำได้ก็เพราะว่า บ้านเรามันไม่มีรายใหญ่ทำเหล้าขาว แล้วเหล้าขาวคนกินมันไม่ใช่ mass มันไม่ใช่ชนชั้นกลาง มันเป็นคนบ้านกิน แล้วการมีเหล้าขาวมันก็ได้กระทบกับเหล้าแดง เพราะว่า มันก็คนละประเภทกัน มันเลยง่ายกว่าเบียร์ แต่พอมาเรื่องเบียร์ครับ มันไม่มี market shear ขายแล้วก็ได้เงินมหาศาล ตลาดมันผูกขาด เมื่อเกิดคราฟต์เบียร์หรือคราฟต์เบียร์จะมาเป็นคู่แข่งทางการตลาดนั้น market shear มันจะเกิดขึ้นทันทีเขาก็เลยจะไม่ยอม แล้วกฎหมายที่มีอยู่จะต้องผลิตกี่ลิตร ทุนจดทะเบียนเป็น 10 ล้าน ถ้ากฎหมายเป็นแบบนี้ก็เห็นได้ชัดเลยว่า มันเป็นการปิดกั้นรายย่อยแล้วไง จบ! สรุปในเรื่องของกฎหมายของไทยก็คือ มันเอื้อให้เพียงรายใหญ่ๆ ไม่รองรับผู้ผลิตเบียร์รายย่อยเท่านั้นเอง...”

“...จริงๆ แล้วมันอยู่ที่ว่า โครงสร้างกฎหมายในประเทศไทยนั้น ดันไม่เอื้อต่อคนไทยกันเอง ก็อาจจะเอื้อแหละครับ แต่ไม่ได้เอื้อให้กับทุกคน แล้วผมว่ามันเป็นเรื่องของบริษัทด้วยครับ ผมคิดว่า มันไม่มีคำว่า คราฟต์เปียร์ สมัย 60 ปีก่อน คนก็อาจจะไม่เข้าใจว่าคราฟต์เปียร์คืออะไร คงจะเห็น ภาพอยู่แค่ 2-3 ยี่ห้อแหละ แต่ตอนนี้บริบทของสังคมมันเปลี่ยนไปแล้ว มันเป็นอุตสาหกรรมใหม่ที่ อเมริกาเริ่มมาเมื่อ 20 กว่าปีแล้วทั่วโลกเขาก็เริ่ม ประเทศอะไรเขาก็มีหมด แล้วมันสร้างงาน สร้าง เศรษฐกิจชุมชน ถ้ามีโรงเปียร์ไหนดัง เช่น ผมเป็นคนอุบลฯ ผมก็มีความฝันที่อยากจะไปตั้งโรงเปียร์ที่ อุบล แล้วทำเมืองอุบลเป็นเมืองคราฟต์เปียร์ คนที่ไปเมืองอุบลนั้นจะไม่เข้าไปเพียงวันเข้าพรรษา...” (วอยซ์ทีวี, 2560)

“...อยากให้รัฐปรับเปลี่ยนกฎหมาย ในเรื่องของกฎหมายควบคุมสำหรับผู้ผลิตเปียร์ หรือ ลดหย่อนลงมา เพราะกฎหมายปัจจุบันจะผูกขาดกับรายใหญ่ค่อนข้างมาก ส่วนเรื่องคราฟต์เปียร์ อยากให้มีการใช้กฎหมายใหม่ก็ได้ แต่อาจคนละแบบกับเปียร์ Lager เพราะกำลังการผลิตมันไม่ถึง ต้องใช้ต้นทุนสูง...”

“...ถ้ามองโดยภาพรวมนะครับ ถ้าวัด 10 ล้านนั้นลงมานะครับ มันอาจจะทำให้เกิดการ เริ่มต้นได้ง่ายขึ้น ทุนอาจจะไม่สูงมาก มีการลองผลิตเปียร์แล้วขาย ให้มันมีทางเลือก ให้ลูกค้าได้เลือก ให้มีความหลากหลาย ให้มันเป็นตลาดเสรี ซึ่งเป็นตลาดเสรีโดยผมก็เห็นด้วยนะครับ แต่ว่าอาจจะต้องมีมาตรฐานนิดหนึ่ง...”

“...คือตอนนี้นั้นทำอะไรไม่ได้ อยากทำเปียร์ไทยก็ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ไปทำข้างนอก แล้วนำเข้ามายาว แต่ทางภาครัฐก็ไม่ได้ เพราะว่าเขามีกฎหมายนี้มานานแล้ว แต่ก็ไม่ได้เห็นด้วยที่ กฎหมายไม่เอื้อต่อคนแบบผม แต่เราพูดอะไรไม่ได้เพราะกฎหมายมีมานานแล้ว และคราฟต์เปียร์ก็มา ที่หลังกฎหมาย ถ้าอยากถูกก็ต้องทำตามกฎหมาย ดิดแสตมป์ เสียภาษี แต่มันก็แพง อยากให้รัฐบาล เปลี่ยนข้อกฎหมาย เวลาเปิด-ปิดของทางร้าน คือจะเปิดทุกวันตั้งแต่ 09.00-19.00 น. เสาร์-อาทิตย์ 09.00-18.00 น. ที่ปิดเร็วเพราะจะได้ไม่กระทบกับธุรกิจของสถานบันเทิง เพราะถ้าเปิดดึกทางร้านก็ จะได้เปรียบมากกว่า เพราะขายในราคาถูกกว่า เลยปิดเร็ว เพราะใจเขาใจเรา...”

กลุ่มคนในวงการคราฟต์เปียร์ทั้งที่เป็นผู้ผลิต ผู้จัดจำหน่าย รวมทั้งนักดื่ม ผู้บริโภคต่างให้ มุมมองความเห็นแตกต่างกันออกไป ทั้งเป็นความคิดเห็นที่เข้าใจตัวกฎหมาย และเจ้าหน้าที่รัฐที่เป็น ผู้ถือกฎหมาย และความเห็นที่ต่างออกไปในแนวที่เป็นการวิพากษ์จุดบกพร่องของกฎหมายไทยที่ ควบคุมการผลิตคราฟต์เปียร์อย่างชัดเจน รวมทั้งการกล่าวถึงความเปลี่ยนแปลงทางด้านกฎหมายที่จะ เกิดขึ้น ภายใต้บริบทในหลายๆ ด้านของสังคมไทย ทั้งสภาพสังคม เศรษฐกิจ รวมถึงการเมืองการ ปกครอง โดยส่วนใหญ่สาระสำคัญที่คนส่วนใหญ่พูดถึง คือ การที่กฎหมายไทยไม่รองรับหรือไม่เอื้อให้ เกิดการผลิตเปียร์ในประเทศ ซึ่งทางหน่วยงานภาครัฐหรือผู้นำของรัฐไทยอาจมีเหตุผลที่เป็นไปในเชิง ศีลธรรมหรือมองว่าเปียร์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ต้องควบคุมและเสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นสิ่งคำ พุ่มเฟิยที่ไม่ได้ก่อให้เกิดความสร้างสรรค์หรือสร้างประโยชน์ใดๆ ต่อรัฐหรือคนในรัฐมากกว่าการมอง ว่าการเกิดขึ้นของคราฟต์เปียร์นั้นอาจสร้างการเกิดขึ้นของธุรกิจขนาดย่อม สร้างงาน สร้างรายได้ ให้กับท้องถิ่นหรือสามารถทำให้เศรษฐกิจของไทยเจริญเติบโต

ทางด้านมิติทางกฎหมายของประเทศเพื่อนบ้านของไทย อาจมองในวงเล็กๆ ในเขตภูมิภาคอาเซียน 10 ประเทศก่อนในเบื้องต้น การเปรียบเทียบการเปิดกว้างและการมีเสรีภาพทางด้านกฎหมายต่อการจัดตั้งโรงเบียร์ขนาดเล็กหรือการผลิตคราฟต์เบียร์ของชาติไทยกับชาติอื่นๆ กล่าวได้ว่า ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีพัฒนาการทางด้านกฎหมายในเรื่องนี้น้อยที่สุด เพราะดูเหมือนว่าประเทศไทยยังคงเป็นประเทศเดียวที่ยังก้าวไปไม่พ้นในเรื่องข้อจำกัดทางด้านกฎหมายต่อการผลิตเบียร์ในประเทศของตนเอง ประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่อนุญาตให้ตั้งโรงเบียร์ขนาดเล็กได้แก่ สิงคโปร์ เวียดนาม พม่า ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ฟิลิปปินส์ และกัมพูชา เป็นต้น

พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 ได้ให้อำนาจกรมสรรพสามิตในการกำหนดว่าใครสามารถผลิตสุราชนิดใดได้บ้าง และจวบจนปัจจุบัน กฎหมายทั้งหลายที่ออกมาบังคับควบคุมการผลิตคราฟต์เบียร์ ได้กำหนดให้มีโรงเบียร์ได้เพียง 2 รูปแบบ คือ แบบโรงงานเบียร์ ดังเช่น โรงเบียร์สิงห์ ช้าง ไชน่กัน เป็นต้น และแบบที่สอง คือ ประเภทบริวฟรี่ ซึ่งห้ามบรรจุขวดจำหน่ายออกนอกสถานที่ ทำให้ตลาดเบียร์ในเมืองไทยถูกจำกัดอยู่เพียงเบียร์ลาเกอร์ไม่กี่ค่าย รสชาติก็ไม่ได้มีความหลากหลาย คนไทยจึงไม่รู้จักเบียร์ประเภทอื่นๆ เช่น Ale, Porter, Stout, Weisse, IPA และอื่นๆ อีกมากมาย

อภิปรายผลการศึกษา

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคราฟต์เบียร์ของไทยค่อนข้างซับซ้อน แม้ว่ากฎหมายจะเปิดช่องให้มีการจัดตั้งโรงงานเพื่อทำคราฟต์เบียร์ ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องวิธีการบริหารงานสุรา พ.ศ. 2543 ส่วนที่ 2 ว่าด้วยเรื่องการทำและขายส่งสุราแช่ชนิดเบียร์และชนิดสุราผลไม้ โดยในข้อ 7.1 ท่อนหนึ่งระบุว่า “ผู้ขออนุญาตต้องเป็นบริษัทจำกัด มีทุนจดทะเบียนไม่ต่ำกว่า 10 ล้านบาท มีเงินค่าหุ้นหรือเงินลงทุนที่ชำระแล้วไม่น้อยกว่า 10 ล้านบาท ในกรณีที่ เป็นโรงงานเบียร์ขนาดเล็กประเภทผลิตเพื่อขาย ณ สถานที่ผลิต จะต้องมียุติการผลิตไม่ต่ำกว่า 100,000 ลิตร แต่ไม่เกิน 1 ล้านลิตร ต่อปี” อย่างไรก็ตาม การดูเหมื่อนจะมีทางออกในการผลิตคราฟต์เบียร์ในประเทศไทย โดยการใช้เงื่อนไขบริวฟรี่ซึ่งน่าจะเป็นเรื่องง่ายและมีความเป็นไปได้อยู่บ้าง แต่เมื่อศาลปกครองสูงสุดได้มีคำพิพากษาประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม 1 ฉบับ ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง วิธีการบริหารงานสุรา 3 ฉบับ ทำให้ช่องทางการจัดตั้งเป็นโรงเบียร์ขนาดเล็กนั้นต้องยุติลงจนกว่าจะมีการประกาศพระราชบัญญัติสรรพสามิตตัวใหม่ขึ้นมาครอบคลุมถึงเรื่องการผลิตสุราอีกครั้ง ซึ่งนับจากนั้นจนถึงปีนี้ สังคมไทยก็ยังไม่เห็นการประกาศใช้กฎหมายใดของภาครัฐที่ออกมากล่าวถึงเรื่องการผลิตสุราอีกเลย การเกิดขึ้นของคราฟต์เบียร์สัญชาติไทยจึงเป็นเรื่องที่ยากบนข้อกฎหมายที่มีสถานะกึ่งข้อห้ามต่อการผลิตคราฟต์เบียร์ในสังคมไทย ต่างกับประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีกฎหมายและนิยามของคราฟต์เบียร์อย่างเป็นทางการ เช่น จะต้องเป็นโรงเบียร์ขนาดเล็ก เจ้าของเป็นผู้ถือหุ้นมากกว่าร้อยละ 75 และใช้วัตถุดิบที่เป็นธรรมชาติทั้งหมด ห้ามใส่วัตถุดิบสังเคราะห์กลิ่นหรือรสเพื่อลดต้นทุน ถ้าจะต้องใส่เพื่อให้มีกลิ่นและรสชาติดีขึ้นเท่านั้น (วรรัชล คั้วศรี, 2560) ในส่วนของประเทศเพื่อนบ้านอย่างเช่นประเทศสิงคโปร์ก็มีกฎหมายมีความยืดหยุ่นกว่าประเทศไทย โดยไม่ได้กำหนดปริมาณการผลิต ในปี พ.ศ. 2555 รัฐบาลสิงคโปร์ได้จัดกลุ่มผู้ผลิตรายเล็กที่ผลิตเบียร์น้อยกว่า 1.8 ล้านลิตรต่อปี ผลิต

ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตเหลือประมาณสองแสนบาท และช่วงปลายปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้ออกคู่มือการเปิดโรงเบียร์ขนาดเล็กในสิงคโปร์ แนะนำตั้งแต่การขออนุญาต การจดทะเบียนธุรกิจ การขออนุญาตอื่นๆ (วสันต์ ลีวลมไพศาล, 2560) ประเทศพม่า แม้ว่าจุดเริ่มต้นของพม่าไม่ต่างจากไทยนัก เริ่มมีการนำเข้าคราฟต์เบียร์มาจำหน่ายในรูปแบบของฟรีเมียมบาร์ไมโครบริวเวอรี่ (microbreweries) และบริวฟับ เป็นการสร้างทางเลือกให้กับนักดื่ม ที่ไม่ต้องจำเจอยู่กับเบียร์แบบเดิมๆ ไม่ก็เบรนด์ จนกระทั่งเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 รัฐบาลพม่าได้ให้ใบอนุญาตใบแรกสำหรับการทำไมโครบริวเวอรี่ หรือโรงเบียร์ขนาดเล็ก (Matemate, 2560)

สรุปและขอเสนอแนะ (Conclusion and recommendation)

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ของคราฟต์เบียร์ในสังคมไทย มาตรการการกำกับดูแลที่มีอยู่อาจจะไม่ใช่ทางออกที่ดีสำหรับการลดปริมาณการดื่มและปัญหาจากการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ซึ่งเป็นการยากที่จะการจำกัดและควบคุมกระแส หรือความเคลื่อนไหวของตลาดคราฟต์เบียร์ในสังคมไทย ตรงไปตรงมาที่ยังมีผู้ที่ชื่นชอบ ผู้ดื่มและผู้ผลิตคราฟต์เบียร์ ดึงเห็นได้จากการจำหน่าย ผลิตในต่างประเทศและนำกลับมาจำหน่ายในประเทศไทย รวมถึงการลักลอบผลิตในประเทศ การให้ความสำคัญของเบียร์ทางเลือกที่ว่าส่วนแบ่งการตลาดไม่มาก ปัญหายังไม่ชัดเจน ก็เป็นเหตุผลสำคัญในการที่ทำให้กระแสของคราฟต์เบียร์ยังคงมีอยู่ในสังคมไทย โดยควรที่จะทำการศึกษาการพัฒนาการเติบโตทางธุรกิจ กลไกการผลิต การนำเข้าตลาดของคราฟต์เบียร์ที่มีผลต่อการบริโภคต่อประชาชน และการกำกับควบคุมดูแลแบบลักษณะการศึกษาเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ไปข้างหน้าต่อไป แม้จะมีส่วนแบ่งการตลาดที่น้อยก็ตามภาครัฐควรให้ความสำคัญในการชะลอหรือหยุดการขยายตัวของธุรกิจคราฟต์เบียร์ด้วยการกำกับดูแลบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง และมีการจัดระบบลงทะเบียนผู้ผลิต ผู้จำหน่าย รวมถึงผู้นำเข้าทั้งคราฟต์เบียร์และวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต เพื่อการควบคุมและจำกัดการขยายตัว ในทางกลับกันภาครัฐควรจัดเวทีรับฟังและแจ้งระเบียบสำหรับผู้ผลิตและจำหน่ายคราฟต์เบียร์ในประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ขอขอบคุณอาจารย์อาภาศิริวงศ์ ณ อยุธยา ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ให้คำแนะนำในการเขียน เรียบเรียง และมุมมองในการเขียนเชิงสังคม ขอขอบคุณ คุณคำณ ชูเดชา ที่ให้คำแนะนำมุมมองทางด้านกฎหมาย และที่สำคัญผู้ดื่ม ผู้ผลิต ผู้จำหน่ายคราฟต์เบียร์ที่ได้ช่วยสะท้อนข้อมูลดีๆ

เอกสารอ้างอิง (References)

- ปรีติ ทองมิตร. (2559). รายงาน: คราฟต์เบียร์ไทยไม่แพ้เบียร์นอก ‘เบียร์ทำมือ’ ความหวังผลักดันเศรษฐกิจ.
ประชาไท. สืบค้นวันที่ 1 มิถุนายน 2561 สืบค้นจาก
<https://prachatai.com/journal/2016/08/67270>
- มติชนออนไลน์. (2558, 25 กรกฎาคม). ฟาโลก "คราฟต์เบียร์" มุมสีเทาในไทยบนทางแพร่ง "กม.-ศีลธรรม-
ภาษี-โลกาภิวัตน์". สืบค้นวันที่ 1 มิถุนายน 2561 สืบค้นจาก
http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1437728092
- วรรณชล คั่วตรี. (2560). ‘คราฟต์เบียร์’ คืออาชญากรรม การกีดกันผู้ผลิตหน้าใหม่ หรือจำเลยในสังคมไทย?
สืบค้นวันที่ 1 มิถุนายน 2561 สืบค้นจาก <http://themomentum.co/happy-feature-craft-beer-law>
- วสันต์ ลีวลมไพศาล. (2560, 6 กุมภาพันธ์). สำรวจเพื่อนบ้าน กฎหมายโรงเบียร์ขนาดเล็กและการหมักเบียร์
ในบ้านของสิงคโปร์. สืบค้นวันที่ 1 มิถุนายน 2561 สืบค้นจาก
<https://brandinside.asia/singapore-microbrewery-regulation/>
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2543, 6 ตุลาคม). ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง วิธีการบริหารงานสุรา
พ.ศ. 2543.
- Matemate. (2560). ใบอนุญาต Craft Beer ใบแรกในพม่า จุดเริ่มต้นปฏิวัติอุตสาหกรรมเบียร์. สืบค้นวันที่
1 มิถุนายน 2561 สืบค้นจาก <https://brandinside.asia/first-craft-beer-in-myanmar/>
- Strauss A.L., & Corbin J.M. (1998). Basic of qualitative research: Grounded Theory Procedures
and Techniques. Thousand Oaks: Sage Publications

โครงการการศึกษาวิเคราะห์และแนวทางในการแก้ไขปัญหาการค้ำมนุษย์ ในมติกฎหมายของประเทศ ในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจตะวันออก – ตะวันตก, เหนือ – ใต้

รศ.ดร.ลาวัณย์ ฤกษ์ศิลป์กุล^{*†} รศ.วิมาน กฤตพลวิมาน^{*} ผศ.ดร. จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร^{**}
ผศ. ดร.ชูเกียรติ น้อยนิม^{***} ผศ. ชนันภรณ์ บุญเกิดทรัพย์^{****} อริศรา เหล็กคำ^{****}

บทคัดย่อ

การวิจัยในโครงการนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาการค้ำมนุษย์ โดยศึกษา
กฎหมายของประเทศต่างๆในระเบียงเศรษฐกิจ ตะวันออก ตะวันตก และ เหนือ ใต้ เพื่อให้ทราบว่กฎหมาย
ที่มีอยู่ของแต่ละประเทศนั้นมีลักษณะและเนื้อหาสาระอย่างไร มีการบังคับใช้อย่างไร และปัญหาที่เกิดขึ้น
จากการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวเป็นอย่างไรบ้างในทางปฏิบัติ อีกทั้งศึกษามูลฐานของปัญหาการค้ำมนุษย์
ซึ่งเกิดจากปัญหาทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง โดยเฉพาะการขาดประสิทธิภาพในการบังคับใช้
กฎหมาย จากผลของการศึกษาพบว่า ปัญหาทางด้านกฎหมายของแต่ละประเทศมีลักษณะร่วมบางประการ
ได้แก่ ปัญหาการตีความ ขอบเขตของการนิยาม “การค้ำมนุษย์” เพราะในสังคมที่แตกต่างกันอาจจะมี
ลักษณะของการค้ำมนุษย์ที่แตกต่างกัน ปัญหาในการดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิด การแยกเหื่อจากการ
เป็นผู้กระทำความผิด การคุ้มครองป้องกันพยาน การขาดแคลนงบประมาณ การขาดความเชี่ยวชาญ ชำนาญ
การของเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง การต้องบังคับการตามกฎหมายหลายฉบับที่อาจจะซ้ำซ้อนกัน หรือเป็น
ช่องว่างในการบังคับกฎหมาย ปัญหาการทุจริต คอร์รัปชั่นของเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับระดับภูมิภาคยัง
ไม่มีการประมวลกฎหมายว่าด้วยการป้องกัน และปราบปรามการค้ำมนุษย์ ความร่วมมือในการดำเนินคดีใน
ระดับภูมิภาค และยังไม่มีกำหนดมาตรฐานของการประเมินสภาพการบังคับใช้กฎหมายให้เป็นเอกภาพใน
ระดับอาเซียน สำหรับแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระดับภายในประเทศเสนอให้มีการประมวลกฎหมายว่า
ด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ำมนุษย์ โดยผนวกกฎหมายสาระบัญญัติ และวิธีสบัญญัติไว้ในประมวล
เดียวกันโดยแบ่งเป็นภาคสาระบัญญัติและภาควิธีสบัญญัติ ให้มีลักษณะที่เหมาะสมกับลักษณะคดีการค้ำ
มนุษย์ มีการอบรมเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดงบประมาณให้เพียงพอ การคุ้มครองเหื่อและพยาน
ส่วนในระดับภูมิภาคให้มีการทำสนธิสัญญากำหนดความร่วมมือในการป้องกันและปราบปรามการค้ำมนุษย์
พร้อมทั้งกำหนดมาตรฐานอาเซียนในการประเมินการปฏิบัติการ กำหนดกรอบและขอบเขตคดีเกี่ยวกับ
การค้ำมนุษย์ให้ชัดเจน

คำสำคัญ : การค้ำมนุษย์/ ระเบียงเศรษฐกิจตะวันออก- ตะวันตก/ เหนือ- ใต้ /การดำเนินคดีการค้ำมนุษย์

^{*} สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช [†] หัวหน้าโครงการวิจัย

^{**}คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียว ^{***}สำนักวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

The project on the legal study and analysis of human trafficking in the countries on the East-West and North –South economic corridor

Assoc Prof. Dr. Lawan Thanadsillapakul^{*±} Assoc Prof. Viman Kritpolviman^{*}
Assist Prof. Dr. Jaturong Boonyarattanasoontoon^{**} Assist Prof. Dr. Chukeat Noichim^{***}
Assist Prof. Chananphon Boonkerdsap^{***} Arisara Lekham^{***}

Abstract

The research aims to study and analyze the human trafficking problem. Studying the laws and regulations of various countries in the East-West, North-South Economic Corridor to know the existing laws of the studied countries, what are the substantive and procedural laws of each country? How to enforce the laws, and what are the problems of law enforcement in practice of these countries? The study in this research was carried out at the level of domestic law and international law, studying the treaties on the prevention and suppression of human trafficking at the international and regional level. The fundamental causes of human trafficking are the social, economic and political problems, particularly the lack of the effective law enforcement. The results of the study showed that the legal issues of each country have some common characteristics. They are the problems of the Interpretation, scope of definition of "Human Trafficking" because in different societies may have different traits of human trafficking. Lawsuit against the perpetrator, the problem of the separation of victims from being an offender, protection of witness, lack of expertise of the staffs, law enforcement agency may be overlapping, or in some circumstances there is a vacuum to enforce the laws, and corruption of related officers. To solve the problems, at the regional level, there is no treaty or regional code on the prevention and suppression of human trafficking. There are no regional standards for assessing law enforcement at the ASEAN level. Internationally level, there are problems of enforcing the treaty or the lack of efficient application of the obligation under the treaty. Most of them are just lip-services, the parties to the treaty make no concrete regulatory action and action plan for implementation of the law. The assessment of the suppression of human trafficking has also influenced by the political involvement. For solutions at the national level, the Codification of the Prevention and Suppression of Human Trafficking by combining the substantive laws and procedural law in the same code will be needed, it will be divided into the part of substantive law and the other part dealing with the procedural law to be more appropriate to the specific nature of the human trafficking case. Training the related staffs of the competent authority, providing sufficient budget, protection of Victims and Witnesses. At the regional level, there should be a treaty on cooperation in prevention and suppression of human trafficking. It should also set the ASEAN standard for performance appraisal, establish clear legal framework and definition of scope for human trafficking.

Keywords: human trafficking/ North-South, East-West Economic Corridor/ Problem of Enforcement on Human trafficking case

^{*}School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University, [±] Head of the Research Project

^{**}Faculty of Social science, Huachiew chalermprakiet University, Researcher

^{***} School of Law, Mae fah Luang University, Researcher

1. บทนำ

การร่วมมือทางเศรษฐกิจในภูมิภาค เอเชีย และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะประกอบด้วย โครงการความร่วมมือในหลายระนาบ ทั้งในระดับภูมิภาคอาเซียนที่ได้เปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนไปแล้วในปี พ.ศ. 2558 การร่วมมือทางเศรษฐกิจในระดับอนุภาค เช่นเขตสามเหลี่ยมเศรษฐกิจ ไทย มาเลเซีย อินโดนีเซีย เขตสามเหลี่ยมเศรษฐกิจ มาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ เขตสามเหลี่ยมเศรษฐกิจ มาเลเซีย อินโดนีเซีย บรูไน เป็นต้น โดยเฉพาะปัจจุบันมีการรวมตัวในเขตระเบียงเศรษฐกิจตะวันออก ตะวันตก และเขตระเบียงเศรษฐกิจเหนือ ใต้ ในหลายๆด้าน ทั้งการค้า การลงทุน และการคมนาคม การเปิดเส้นทางถนน เครือข่ายทางรถไฟ เครือข่ายการวางท่อแก๊ส ในภูมิภาค ความร่วมมือดังกล่าวย่อมมีผลกระทบทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และความมั่นคง โดยมีกรอบทางกฎหมาย ที่เกิดจากการเจรจาเพื่อทำความตกลง ก่อตั้งพันธกิจผูกพันระหว่างประเทศ ภาควิชาสังคมศาสตร์ ยังมีความร่วมมือทางเศรษฐกิจมากขึ้นเพียงใด มีการเปิดเสรีมากขึ้น รวมทั้งการข้ามพรมแดนของปัจจัยการผลิต และ มนุษย์ หรือ แรงงาน รวมทั้งการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ ด้านหนึ่งก็ทำให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างมาก แต่ในอีกด้านหนึ่งก็ก่อให้เกิดมลภาวะ ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น การกระทำของมนุษย์โดยมีแรงจูงใจจากการเติบโตทางเศรษฐกิจได้นำมาสู่ปัญหาระยะยาว เช่นปัญหาภัยพิบัติ จากการทำลายแหล่งต้นน้ำ ลำธาร การทำลายชั้นผิวดิน การทำลายการเกาะตัวของชั้นดินก่อให้เกิดปัญหาดินถล่ม หรือ Land Slide ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาแรงงาน ปัญหาความยากจนอันเกิดจากช่องว่างทางเศรษฐกิจของมนุษย์ในสังคม ที่มีโอกาสทางเศรษฐกิจไม่เท่าเทียมกัน ในงานวิจัยนี้จะมุ่งเน้นที่ปัญหาการค้ามนุษย์ ที่มีส่วนเกิดขึ้นจากปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และ การเมืองที่ท้าทายให้ประเทศไทยต้องทบทวนทั้งทางกฎหมาย และนโยบายของประเทศ

จากการมีพันธกิจในการเปิดเสรีนั้น ประเทศในภูมิภาคนี้ได้ร่วมกันตกลงที่จะเปิดเสรีทางการค้าสินค้า การค้าบริการ และ การเปิดเสรีการลงทุน ความต้องการแรงงานในภาคส่วนต่างๆได้นำมาสู่การเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามพรมแดนจากประเทศต่างๆในภูมิภาคนี้ มีส่วนก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการค้ามนุษย์อีกทั้งเป็นช่องทางในการก่ออาชญากรรมข้ามพรมแดนและอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ จากความคล่องตัวในการเคลื่อนย้ายคนและทุนโดยมีปัจจัยเกื้อหนุนจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และ ระบบ Internet และ คอมพิวเตอร์ ประชาชนคนไทยกลายเป็นเหยื่อของอาชญากรรมข้ามชาติและอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ มีความสูญเสียจำนวนเงินอย่างมหาศาล ซึ่งนับเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงอย่างมาก

ในขณะที่ประเทศไทยได้กลายเป็นเป้าในการโจมตีเกี่ยวกับการค้ามนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นอุตสาหกรรมการประมง การเกษตร โรงงานอุตสาหกรรม ปัญหาการค้ามนุษย์มีหลายลักษณะ ตั้งแต่การนำคนลงเป็นทาส การค้าแรงงานเยี่ยงทาส การนำคนไปขายเพื่อการค้าประเวณี การนำคนไปขายเพื่อเป็นขอทาน การซื้อขายคนเพื่อนำขึ้นส่วนอวัยวะไปขาย การนำคนมาเพื่อการตั้งครรภ์ หรือ ที่เรียกว่า อุ้มบุญ แต่เพื่อนำทารกที่เกิดมาไปขาย รวมไปถึงกรณีที่เกี่ยวข้องกับการอพยพผ่านแดนไปยังประเทศต่างๆของชนกลุ่มน้อยที่ตกเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์ ปัญหาเหล่านี้มีความสำคัญต่อประเทศ

ไทยที่ต้องมีความเร่งด่วนในการศึกษา วิเคราะห์ และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง จึงมีความจำเป็นที่จะมีการศึกษา วิจัยผลกระทบแบบองค์รวมและการมีปฏิสัมพันธ์ต่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจเหล่านี้ต่อปัญหาสังคมเกี่ยวกับการค้ามนุษย์โดยรวมจากการมีผลบังคับทางกฎหมายของความตกลงความร่วมมือทางเศรษฐกิจเหล่านี้ ตลอดจนปัจจัยเกื้อหนุนในการเกิดปัญหาเหล่านี้ ซึ่งโครงการวิจัยนี้ได้ศึกษาวิจัยทางกฎหมายโดยศึกษากรอบทางกฎหมายและผลของการร่วมมือเหล่านี้ต่อการเกิดปัญหาการค้า มนุษย์อาชญากรรมข้ามพรมแดนและอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ รวมทั้งปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และมีผลกระทบต่อวิถี ชีวิต ความเป็นอยู่ของคนในสังคมไทย ที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปจากการต้องปฏิบัติตามพันธกิจในการร่วมมือกันภายใต้ความตกลง หลายระนาบเหล่านี้ ผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ที่ประเทศไทยต้องประสบอยู่ในขณะนี้กับการค้า มนุษย์อาชญากรรมข้ามพรมแดนและอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน และขจัดปัญหาดังกล่าวให้หมดไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ในปัจจุบันเกี่ยวกับการค้ามนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทยทั้งที่เกิดขึ้นภายในประเทศ ในฐานะต้นทางของการค้ามนุษย์ การเป็นเส้นทางผ่านของการค้ามนุษย์ และที่เป็นปลายทางของการค้ามนุษย์

2. เพื่อศึกษาประเภทของการค้ามนุษย์ ได้แก่ การค้า ชื้อ ขายคน การค้าแรงงานเยี่ยงทาส การนำคนลงเป็นขอทาน การซื้อขายคนเพื่อการค้าประเวณี การขายอวัยวะ การนำคนมาเพื่อการตั้งครรภ์อุ้มบุญ และซื้อขายทารกที่เกิดมาเพื่อจำแนกประเภทของการค้ามนุษย์ ซึ่งผิดกฎหมายลักษณะใดต่างๆ

3. เพื่อศึกษากฎหมายภายในเกี่ยวกับการต่อต้านการค้ามนุษย์ของประเทศต่างๆ และปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศเหล่านี้เพื่อศึกษาถึงปัญหาในการบังคับใช้กฎหมายภายในและการปฏิบัติตามสนธิสัญญาระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการค้ามนุษย์

4. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการป้องกันผลกระทบเชิงลบต่อประเทศไทยจากปัญหาการค้ามนุษย์ อาชญากรรมข้ามพรมแดนและอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ และ เสนอยุทธศาสตร์เชิงรุกของประเทศไทยเพื่อการเตรียมพร้อมรองรับความร่วมมือทางเศรษฐกิจในภูมิภาคนี้้อย่างมีประสิทธิภาพ และขจัดปัญหาการค้ามนุษย์แบบยั่งยืน

3. ประเด็นการศึกษาวิจัย

1. สถานการณ์การค้ามนุษย์อาชญากรรมข้ามพรมแดนและอาชญากรรมทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทยในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีความสำคัญอย่างไร และส่งผลกระทบต่อประเทศไทยอย่างไรบ้าง

2. กฎหมายระหว่างประเทศในระดับสากล ระดับภูมิภาค และ ระดับภายในประเทศเกี่ยวกับการค้ามนุษย์อาชญากรรมข้ามพรมแดนและอาชญากรรมทางเศรษฐกิจมีอย่างไรบ้าง มีปัญหา

ในการบังคับใช้อย่างไร มีมาตรการใดในทางระหว่างประเทศที่จะยุติปัญหาการค้ามนุษย์อาชญากรรมข้ามพรมแดนและอาชญากรรมทางเศรษฐกิจได้อย่างยั่งยืน

3. มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์อาชญากรรมข้ามพรมแดนและอาชญากรรมทางเศรษฐกิจอย่างมีประสิทธิภาพอย่างไรในเชิงบูรณาการทั้งทางกฎหมาย สังคมศาสตร์ และรัฐประศาสนศาสตร์

4. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในโครงการนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาจากกฎหมายอันเป็นแหล่งปฐมภูมิของประเทศต่างๆ บนระเบียนเศรษฐกิจตะวันออก ตะวันตก และ เหนือ ใต้ ศึกษาสนธิสัญญาระหว่างประเทศในระดับสากล และ ระดับภูมิภาค ศึกษาจากตำรา วารสาร บทความ ตลอดจนนโยบายระหว่างประเทศ ของประเทศเป้าหมายที่ทำการศึกษ ส่วนการวิจัยภาคสนาม ได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูล และการสัมภาษณ์เจาะลึก เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ ตำรวจ ผู้พิพากษา อัยการ เจ้าหน้าที่งานสอบสวนคดีพิเศษ ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง และ สัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินคดีการค้ามนุษย์

5. ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในโครงการนี้ซึ่งได้ศึกษากฎหมายของประเทศต่างๆ บนระเบียนเศรษฐกิจตะวันออก ตะวันตก และ เหนือ ใต้ เกี่ยวกับการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ ศึกษาปัญหาในการบังคับใช้กฎหมาย และแนวทางแก้ไขปัญหทั้งในระบบกฎหมายที่เป็น ตัวบทสารบัญญัติ และ วิธีสบัญญัติ และแนวทางปฏิบัติ การศึกษาจะดำเนินการทั้งในระดับกฎหมายภายใน กฎหมายระหว่างประเทศ สนธิสัญญา ทั้งในระดับภูมิภาค และระดับสากล นอกจากนี้ยังศึกษาถึงบ่อเกิดของปัญหาที่มาจากการเมือง สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งการแก้ไขปัญหจะต้องดำเนินการในองค์รวมจึงจะสัมฤทธิ์ผล การวิจัยได้จำแนกการศึกษาออกเป็นส่วนของกฎหมายไทย กฎหมายของประเทศอื่นๆบนระเบียนเศรษฐกิจ ตะวันออก ตะวันตก และ เหนือ ใต้ รวมทั้งการวิจัยภาคสนามด้วย มีการศึกษาถึงลักษณะ และความหมายของการค้ามนุษย์ โดยมีบทสรุปในแต่ละส่วนของการวิจัยดังนี้

การกระทำความผิดฐานค้ามนุษย์เป็นการกระทำความผิดที่รุนแรงและมีความซับซ้อนมาก ซึ่งการกระทำที่เข้าข่ายเป็นการค้ามนุษย์อาจเป็นการซื้อขายมนุษย์เพื่อเป็นแรงงานทาส การซื้อขายมนุษย์เพื่อการค้าประเวณี การซื้อขายมนุษย์เพื่อนำมาเป็นขอทาน การอุ้มบุญเพื่อการค้ามนุษย์ และการซื้อขายอวัยวะ ทั้งนี้ ปัจจุบันประเทศไทยมีการบังคับใช้กฎหมายเพื่อป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดที่เข้าข่ายเป็นการค้ามนุษย์ในเรื่องดังกล่าวหลายฉบับ โดยจะกล่าวถึงการซื้อขายมนุษย์เพื่อเป็นแรงงานทาส การซื้อขายมนุษย์เพื่อการค้าประเวณี การซื้อขายมนุษย์เพื่อนำมาเป็นขอทาน การอุ้มบุญเพื่อการค้ามนุษย์ และการซื้อขายอวัยวะตามลำดับ ดังต่อไปนี้

5.1 ผลการศึกษา วิจัยกฎหมายไทย

1. การซื้อขายมนุษย์เพื่อเป็นแรงงานทาส มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและปราบปรามการซื้อขายมนุษย์เพื่อเป็นแรงงานทาสอันเป็นกฎหมายหลักเกี่ยวกับการค้ามนุษย์ คือ

พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560 (พระราชบัญญัติฉบับที่ 2 และ 3 เป็นพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551) และพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีค้ามนุษย์ พ.ศ.2559 และยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดที่เข้าข่ายว่าเป็นการค้ามนุษย์อีกหลายฉบับ เช่น ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ประมวลกฎหมายอาญา พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.2551 พระราชบัญญัติจัดงานและคุ้มครองคนหางาน พ.ศ.2528 พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 รวมถึงพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2560 พระราชบัญญัติแรงงานทางทะเล พ.ศ.2558 และพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546

2. การซื้อขายมนุษย์เพื่อการค้าประเวณี มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์เพื่อการค้าประเวณีอันเป็นกฎหมายหลักเกี่ยวกับการค้ามนุษย์ คือ พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560 (พระราชบัญญัติฉบับที่ 2 และ 3 เป็นพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551) และพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีค้ามนุษย์ พ.ศ.2559 และยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดที่เข้าข่ายว่าเป็นการค้ามนุษย์อีกหลายฉบับ เช่น ประมวลกฎหมายอาญา พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ.2539 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ.2542 พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 และพระราชบัญญัติคุ้มครองพยานในคดีอาญา พ.ศ.2546

3. การซื้อขายมนุษย์เพื่อนำมาเป็นขอตาน มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์เพื่อนำมาเป็นขอตานอันเป็นกฎหมายหลักเกี่ยวกับการค้ามนุษย์ คือ พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558 วิธีพิจารณาคดีค้ามนุษย์ พ.ศ.2559 และยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดที่เข้าข่ายว่าเป็นการค้ามนุษย์อีกหลายฉบับ เช่น ประมวลกฎหมายอาญา พระราชบัญญัติควบคุมการขอตาน พ.ศ.2559 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 และพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546

แม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการค้ามนุษย์ในกรณีการซื้อขายมนุษย์เพื่อนำมาเป็นแรงงานทาส การซื้อขายมนุษย์เพื่อการค้าประเวณี และการซื้อขายมนุษย์เพื่อนำมาเป็นขอตานหลายฉบับ แต่ประเทศไทยก็ยังคงประสบปัญหาดังกล่าวอยู่ ด้วยเหตุที่การบังคับใช้กฎหมายเกิดปัญหาเนื่องจาก

1. ปัญหาพื้นที่สภาพทางภูมิศาสตร์ของประเทศไทยที่มีช่องทางธรรมชาติมาก ทำให้มีการใช้ช่องทางดังกล่าวหลบหนีเข้ามาประเทศไทยโดยผิดกฎหมายเพื่อการค้ามนุษย์

2. ปัญหาการปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น การขาดความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการค้ามนุษย์ การขาดความจริงจังและจริงจังในการทำงาน หน่วยงานของรัฐประสบปัญหานโยบายในการบริหารราชการและบุคคล และหน่วยงานของรัฐขาดความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่ โดยมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยสังเขปดังนี้

การแก้ไขปัญหาดังกล่าวนั้น ภาครัฐจะต้องเพิ่มมาตรการที่มีความเข้มงวดและกวัดขั่นกรณีการเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ในปัจจุบันมีการเปิดเสรีการค้าแรงงาน ซึ่งอาจทำให้มีแรงงานข้ามชาติหรือมีคนต่างด้าวเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหลบหนีเข้ามาในประเทศไทยทางช่องทางธรรมชาติ ทั้งนี้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหลายที่มีเขตอำนาจในพื้นที่ชายแดนอันมีช่องทางธรรมชาติจะต้องเพิ่มมาตรการที่เข้มงวดในการสอดส่อง และปฏิบัติหน้าที่ด้วยความจริงจัง รวมถึงการขอความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่ให้ช่วยสอดส่องและร่วมมือ เช่น ไม่ให้ความช่วยเหลือหรือให้ที่พักพิงแก่ผู้หลบหนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย เนื่องจากบุคคลดังกล่าวอาจเป็นเหยื่อของการค้าแรงงานทาส หากมีการพบเห็นการเข้าเมืองโดยผิดกฎหมายจะต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ

4. การอุ้มบุญเพื่อการค้ามนุษย์ แต่เดิมการอุ้มบุญเป็นวิธีการหนึ่งสำหรับผู้มีบุตรยากที่ประสงค์จะมีบุตรด้วยวิธีการอุ้มบุญ ต่อมาการอุ้มบุญในการบางกรณีถูกมองว่าเข้าข่ายเป็นการค้ามนุษย์ โดยที่ไม่อาจทราบความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ว่าจ้าง ซึ่งมักเป็นชาวต่างชาติว่าเด็กที่ได้มาจากการไปรับจ้างอุ้มบุญนั้นเป็นการค้ามนุษย์หรือไม่ ทั้งนี้ การอุ้มบุญจึงแบ่งเป็นการอุ้มบุญในกรณีทั่วไปและการอุ้มบุญอันเป็นการค้ามนุษย์

สำหรับกฎหมายและประกาศที่เกี่ยวข้องกับการอุ้มบุญและการอุ้มบุญอันเป็นการค้ามนุษย์มีดังนี้

1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ในสัญญาจ้างทำของ ซึ่งการอุ้มบุญมีลักษณะเป็นสัญญาจ้างทำของ แต่อาจมีผลเป็นโมฆะในบางกรณีของนิติกรรม สัญญา ซึ่งเป็นการยากในการนำความเป็นโมฆะกรรมมาให้คู่กรณีคืนสู่ฐานะเดิมมาใช้ในการอุ้มบุญในทางปฏิบัติ

2. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.2558 ถือได้ว่าเป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการอุ้มบุญโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการกำหนดสถานะทางกฎหมายที่แท้จริงของบิดา มารดา และบุตรที่เกิดจากการอุ้มบุญ เป็นการคุ้มครองผลประโยชน์อันแท้จริงของเด็กที่คลอดมาจากหญิงผู้รับอุ้มบุญ แต่อย่างไรก็ตามกฎหมายฉบับนี้เป็นเพียงกฎหมายที่กำหนดความผิดและ

โทษไว้แต่เพียงการอุ้มบุญในกรณีทั่วไปเท่านั้น มิได้เป็นกฎหมายที่นำมาสู่การดำเนินการอุ้มบุญอันเป็นการค้ามนุษย์แต่ประการใด เพราะต้องอาศัยข้อเท็จจริงหลังจากการดำเนินการอุ้มบุญ ว่ามีลักษณะเป็นการขูดรีดบุคคลหรือไม่

3. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551 เป็นกฎหมายอีกฉบับหนึ่งที่อาจนำมาใช้กับการอุ้มบุญอันเป็นการค้ามนุษย์ หากมีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ในกรณีการอื่นใดที่เป็นการขูดรีดบุคคล ซึ่งเป็นกฎหมายที่บทบัญญัติยังคงมีปัญหาในการตีความว่าการอุ้มบุญในบางลักษณะเป็นการขูดรีดบุคคลหรือไม่

4. ประกาศแพทยสภา 2 ฉบับ

4.1 ประกาศแพทยสภา ฉบับที่ 1/2540 เรื่องมาตรฐานและการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์กว้าง ๆ เกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ การจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม การให้ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ทำการกำกับดูแลและรายงานการดำเนินการต่อแพทยสภา ปีละครั้ง

4.2 ประกาศแพทยสภา ฉบับที่ 2/2545 เรื่อง มาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ฉบับที่ 2) เป็นการกำหนดมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เพิ่มเติม เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้รับบริการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ประกาศแพทยสภา 2 ฉบับ ไม่มีสถานะเป็นกฎหมายที่ใช้บังคับต่อประชาชนทั่วไป เป็นเพียงข้อกำหนดทางจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้มีโทษทางอาญา อีกทั้งแนวปฏิบัติของประกาศดังกล่าวค่อนข้างล้าสมัย และไม่มีผลบังคับใช้ต่อบรรดาผู้มีส่วนอื่น ๆ ในการอุ้มบุญแต่ประการใดโดยมีข้อเสนอแนะกรณีการอุ้มบุญเพื่อการค้ามนุษย์ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย สมควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.2558 ให้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการอุ้มบุญในลักษณะที่เป็นการค้ามนุษย์ โดยชัดเจน หรืออาจเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551 ให้เกิดความชัดเจนถึงการอุ้มบุญอันมีลักษณะเป็นการค้ามนุษย์ ตลอดจนการมีข้อกำหนดที่ให้อธิบายการอุ้มบุญในกรณีใดที่ถือเป็นการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ เพื่อให้มีลักษณะเป็นการค้ามนุษย์

2. ข้อเสนอแนะด้านมาตรการภาครัฐ หน่วยงานภาครัฐอาจเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนถึงการอุ้มบุญในลักษณะใดบ้างจึงจะถือเป็นการค้ามนุษย์ ซึ่งจะส่งผลกระทบในด้านร้ายประการใด ที่สำคัญคือรัฐบาลจะต้องรณรงค์และต่อต้านเพื่อให้ชาวต่างชาติเห็นว่าการอุ้มบุญเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ตลอดจนการสร้างภาพลักษณ์การให้บริการทางการแพทย์ด้านอื่นๆ ที่โดดเด่น

พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560 (พระราชบัญญัติฉบับที่ 2 และ 3 เป็นพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551) และพระราชบัญญัติ

3. ข้อเสนอแนะด้านการคุ้มครองเหยื่อจากการอุ้มบุญ ในการคุ้มครองเด็กที่เกิดจากการอุ้มบุญและถูกนำไปแสวงหาประโยชน์อันมีลักษณะเป็นการขูดรีดบุคคล หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกล่าวคือ กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะต้องเข้ามาดูแล จัดการ เลี้ยงดู ฯลฯ เพื่อส่งมอบเด็กดังกล่าวให้แก่ผู้ที่มีความเหมาะสมต่อไป

5. การซื้อขายอวัยวะ ในปัจจุบันสภาพปัญหาในการซื้อขายอวัยวะ มีทั้งกรณีการซื้อขายอวัยวะในกรณีที่มีใช้เป็นการค้ามนุษย์ และการซื้อขายอวัยวะอันเป็นการค้ามนุษย์ ซึ่งการซื้อขายอวัยวะส่วนใหญ่จะเป็นอวัยวะที่สำคัญ เช่น “ไต” เป็นปัญหาที่กระทบกระเทือนต่อศักดิ์ศรีของมนุษย์ (Human Dignity) มากที่สุด และเป็นปัญหาที่มีลักษณะข้ามพรมแดน เนื่องจากเศรษฐกิจ สังคม และการบังคับใช้ของกฎหมายในแต่ละประเทศที่แตกต่างกันไป

สำหรับกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการซื้อขายอวัยวะมีดังนี้

1. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ในส่วนของคำนิยามเกี่ยวกับ “ทรัพย์สิน” “ทรัพย์สิน” หรือ “ทรัพย์สินนอกพาณิชย์” ซึ่งไม่สมควรตีความว่าอวัยวะเป็นทรัพย์สินหรือทรัพย์สิน หากคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อีกทั้งหากมีการนำสัญญาซื้อขายมาใช้กับอวัยวะ ก็มีแนวโน้มว่าจะมีผลเป็นโมฆะ เพราะขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน ซึ่งในการซื้อขายอวัยวะนี้ ทางฝ่ายผู้ขายก็ไม่สมควรไปฟ้องคดีฐานละเมิดต่อผู้ซื้อ เพราะความยินยอมของเป็นละเมิด เว้นแต่การบังคับตัดอวัยวะจะสามารถฟ้องละเมิดได้

2. ประมวลกฎหมายอาญา ที่เกี่ยวข้องคือความผิดต่อร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นความผิดลหุโทษฐานทำร้ายร่างกายผู้อื่นไม่ถึงกับเป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ ไปจนถึงความผิดฐานทำร้ายร่างกายเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส และผู้กระทำความผิดอาจมีความรับผิดชอบต่อชีวิต หากการซื้อขายอวัยวะเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ความผิดต่อทรัพย์สินนั้นก็ยังไม่มีความผิด เพราะอวัยวะในร่างกายของมนุษย์มิใช่ทรัพย์สิน ทั้งนี้ความผิดต่อศพก็อาจนำมาใช้ได้หากมีการปิดบัง ซ่อนเร้น ย้าย ทำลายศพ หรือส่วนของศพ ซึ่งประมวลกฎหมายอาญาก็มีข้อจำกัดในการนำมาใช้บังคับต่อการซื้อขายอวัยวะ

3. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551 มีข้อพิจารณาเกี่ยวกับการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบในอวัยวะมนุษย์เพื่อการค้า โดยกรณีนี้ได้ทั้งการซื้อขายอวัยวะโดยสมัครใจ และการบังคับตัดอวัยวะ ซึ่งอาจมีผู้หนึ่งผู้ใดเป็นธุระจัดหา ซื้อขาย จำหน่าย ฯลฯ ซึ่งอวัยวะมนุษย์ ในการนี้กฎหมายฉบับดังกล่าวก็ได้เป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการป้องกันการซื้อขายอวัยวะเหมือนกับหลายๆ ประเทศ และมีอาจกำหนดให้ครอบคลุมถึงการซื้อขายอวัยวะกันโดยความสมัครใจแต่ประการใด

4. ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2549 และ (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2553 เป็นข้อบังคับใช้ต่อบรรดาผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ที่มีข้อกำหนดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การปลูกถ่ายอวัยวะที่จะต้องเป็นการบริจาคอวัยวะ และไม่มีมีการจ่ายค่าตอบแทน การเป็นญาติ หรือคู่สมรส ฯลฯ ซึ่งข้อกำหนดในข้อบังคับแพทยสภาเป็นสิ่งที่เหมาะสมกับสถานการณ์ การป้องกันการซื้อขายอวัยวะหลายประการ เพียงแต่เป็นข้อบังคับที่ใช้เฉพาะกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และไม่มีฐานะเป็นกฎหมายที่ใช้บังคับกับบุคคลทั่วไป

5.2 การศึกษากฎหมาย ในส่วนของประเทศที่อยู่ในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจตะวันออก – ตะวันตก และเหนือ – ใต้

จากการศึกษาวิจัยกฎหมายภายในของประเทศในพื้นที่ความร่วมมือบนระเบียนเศรษฐกิจ ตะวันออก ตะวันตก และเหนือ ใต้ (ประกอบด้วย สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา ราชอาณาจักรกัมพูชา สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม ประเทศมาเลเซีย ประเทศสิงคโปร์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว) ที่ว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ เช่น กรณีการซื้อขายมนุษย์เพื่อเป็นแรงงานทาส การซื้อขายมนุษย์เพื่อการค้าประเวณี การซื้อขายมนุษย์เพื่อนำมาเป็นขอทาน การอุ้มบุญเพื่อการค้าทารก และการซื้อขายอวัยวะ พบว่าประเทศต่างๆ บนระเบียนเศรษฐกิจนี้ได้เข้าเป็นสมาชิกของพิธีสารเพื่อป้องกัน ปราบปราม และลงโทษการค้ามนุษย์ โดยเฉพาะสตรีและเด็ก ค.ศ.2000 ดังนั้นทุกประเทศที่ได้กล่าวมาจึงมีพันธกรณีที่จะต้องปฏิบัติตามข้อตกลงระหว่างประเทศที่ตนเข้าเป็นภาคีสมาชิก อย่างไรก็ตาม สามารถแบ่งกลุ่มประเทศเหล่านี้ออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ

1. กลุ่มประเทศที่ได้นำเอาพิธีสารเพื่อป้องกัน ปราบปราม และลงโทษการค้ามนุษย์ โดยเฉพาะสตรีและเด็ก ค.ศ. 2000 มาอนุวัติการโดยออกเป็นกฎหมายภายในว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ และ

2. กลุ่มประเทศที่ยังไม่มีการอนุวัติการเป็นกฎหมายภายในว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์โดยเฉพาะซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้ ต่างมีแนวนโยบายของรัฐและมาตรการในการแก้ไขปัญหาและการให้ความคุ้มครองและช่วยเหลือเกี่ยวกับการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ ของตนเองที่มีความแตกต่างกันในฐานะที่เป็นประเทศต้นทาง ทางผ่านและ/หรือปลายทางในการค้ามนุษย์ แต่เนื่องด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์และมาตรการคุ้มครองและช่วยเหลือเหยื่อที่ถูกค้ามนุษย์ของแต่ละประเทศนั้นก็มีความแตกต่างกันไปทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น สภาพทางสังคม วัฒนธรรม และแนวทางในการบริหารราชการแผ่นดินของแต่ละประเทศ จึงทำให้การป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ยังไม่สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควรจะเป็นซึ่งจะเห็นได้จากรายงานการค้ามนุษย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประเทศเหล่านี้ต่างก็เผชิญปัญหาเกี่ยวกับการค้ามนุษย์และต่างถูกจัดอันดับไว้ในรายงานตั้งแต่ระดับ tiers 2 ถึง tiers 3 นอกจากนี้ เมื่อมาพิจารณาถึงมาตรการคุ้มครองและช่วยเหลือเหยื่อที่ถูกค้ามนุษย์ของประเทศเหล่านี้พบว่ายังขาดประสิทธิภาพเท่าที่ควรจะเป็นในการที่จะให้ความช่วยเหลือเหยื่อที่ถูกค้ามนุษย์กลับคืนสู่สังคมได้อย่างปลอดภัยและการฟื้นฟูเยียวยาให้กลับคืนสู่สภาพเดิมของเหยื่อที่ถูกค้ามนุษย์ ทั้งนี้บางประเทศก็ได้ใช้มาตรการคุ้มครองและช่วยเหลือกับเหยื่อที่ถูกค้ามนุษย์หากแต่ไปนำเอามาตรการทางกฎหมายอื่นมาปรับใช้แทน ซึ่งสร้างความกดดันต่อเหยื่อที่ถูกค้ามนุษย์ทำให้เหยื่อเลือกที่จะไม่ดำเนินคดีในเรื่องที่เกี่ยวกับการค้ามนุษย์ตามที่กฎหมายได้กำหนดไว้เพราะมีขั้นตอนที่ยืดยาวนาน ถึงแม้ว่าในปัจจุบันบางประเทศจะเพิ่มแรงจูงใจกับเหยื่อที่ถูกค้ามนุษย์ทั้งหลายเข้ามามีส่วนร่วมในการสืบสวนสอบสวนและการฟ้องร้องดำเนินคดี ซึ่งรวมถึงกระบวนการทั้งหลายในการให้ความช่วยเหลือด้านกฎหมายต่างๆ ก็ตาม อย่างไรก็ตาม จากการศึกษานี้พบว่าทั้งสองกลุ่มประเทศนี้ ต่างมีแนวทางและมาตรการในการแก้ไขปัญหาและการให้ความคุ้มครองและช่วยเหลือเกี่ยวกับการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ของตน เช่น สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาและประเทศมาเลเซียมีกฎหมายจัดตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับ

การส่งกลับประเทศ การส่งกลับคืนสู่สังคมและการฟื้นฟูเยียวยาให้กลับคืน สู่สภาพเดิมของเหยื่อที่ถูกค้ำมนุษย์ ราชอาณาจักรกัมพูชามีกฎหมายว่าด้วยการปราบปรามการค้ามนุษย์ และการแสวงหาประโยชน์ทางเพศ ที่ได้กำหนดมาตรการเยียวยาทางแพ่ง (Civil Remedy) ไว้ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนามมีมาตรการเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักรู้ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์รูปแบบการค้ามนุษย์ การให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการช่วยดำเนินการป้องกันการค้ำมนุษย์ตั้งแต่การสังเกตการณ์กรณีที่น่าจะเข้าข่ายการค้ามนุษย์จนกระทั่งการแจ้งข้อมูลการค้ามนุษย์และการฟ้องคดีการค้ามนุษย์ ประเทศสิงคโปร์ได้เสนอมาตรการช่วยเหลือให้กับเหยื่อในการค้ามนุษย์ที่จะเข้ามามีส่วนในการตรวจสอบและฟ้องร้องในการดำเนินคดีเกี่ยวกับความผิดฐานการค้ามนุษย์ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจกับเหยื่อที่ถูกค้ำมนุษย์ทั้งหลายเข้ามามีส่วนร่วมในการสืบสวนสอบสวนและการฟ้องร้องดำเนินคดี ซึ่งรวมถึงกระบวนการทั้งหลายในการให้ความช่วยเหลือด้านกฎหมายต่างๆ สาธารณรัฐประชาชนจีนได้ดำเนินการประสานงานเกี่ยวกับการต่อต้านการค้ามนุษย์กับส่วนราชการและนำส่วนราชการเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มแผนยุทธศาสตร์ชาติในการต่อสู้กับการค้ามนุษย์ และ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวได้กำหนดมาตรการในการปกป้องคุ้มครองแม่หญิงลาวจากการค้ามนุษย์ โดยกำหนดเกี่ยวกับความรับผิดชอบของครอบครัว หน้าที่ของสังคม รวมถึงความรับผิดชอบของผู้หญิงเองซึ่งประเทศไทยสามารถที่จะนำเอามาศึกษาเพื่อหาแนวทางที่มีประสิทธิภาพและรวมถึงวิธีการที่จะทำให้การป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์นั้นประสบผลสำเร็จได้

6. ปัญหาอุปสรรคของการใช้กฎหมายป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ เกิดจากปัญหาของตัวกฎหมายเองซึ่งอาจแยกพิจารณาได้หลายประการดังนี้ คือ

1. เนื่องจากกฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายที่สร้างความผิดเกี่ยวกับการค้ามนุษย์ขึ้นมาใหม่ จึงเกิดปัญหานั้นงานสอบสวนที่ไม่มีความรู้ในเรื่องการค้ามนุษย์มากนักก็ไม่สามารถปรับได้ว่าข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นนั้นเข้าองค์ประกอบความผิดฐานการค้ามนุษย์หรือไม่
2. ขั้นตอนในการปฏิบัติงานตามกฎหมายในบางประการมีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น กรณีความผิดเกี่ยวกับการค้ามนุษย์นั้นเกิดขึ้นกับเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาของประเทศไทยได้กำหนดให้การสอบสวนต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสมและมีสหวิชาชีพร่วมในการสอบสวนด้วยซึ่งในทางปฏิบัติเป็นเรื่องที่ยุ่งยากสำหรับพนักงานสอบสวน จึงมีการนัดการสอบสวนออกไปเป็นเวลาที่ค่อนข้างนานทำให้พนักงานสอบสวนบางคนที่ไม่สะดวกในการดำเนินคดี จึงเลิกดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดไป กรณีที่ความผิดเกิดขึ้นในหลายเขตอำนาจเพราะการค้ามนุษย์นี้มักจะทำกันเป็นเครือข่ายใหญ่เชื่อมโยงกันทำให้ความผิดเกิดในเขตหลายท้องที่ ซึ่งเจ้าหน้าที่ของไทยก็มักจะทำการสอบสวนความผิดเฉพาะในเขตของตนเอง ไม่อยากทำงานข้ามเขต เพราะจะเกิดความยุ่งยากคดีอีกส่วนหนึ่งจึงหยุดไป กรณีความผิดที่เกิดขึ้นนอกราชอาณาจักร เช่น การค้ามนุษย์ที่ใช้ประเทศไทยเป็นประเทศต้นทาง หรือใช้ประเทศไทยเป็นทางผ่านไปยังประเทศที่ 3 เหล่านี้ อำนาจการสอบสวนจะเป็นของอัยการสูงสุด ซึ่งการส่งเรื่องไปที่อัยการสูงสุด กว่าจะได้ตัวผู้ได้รับมอบหมายก็กินเวลานาน ทำให้ผู้เสียหายหลายรายเลิกติดตามคดีในส่วนนี้ เป็นต้น

3. ปัญหาเรื่องการคุ้มครองผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ แม้ว่าพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองผู้เสียหายไว้ในมาตรา 29 ก็ตาม แต่ในความเป็นจริงแล้วยังไม่มีสถานที่รองรับเพียงพอต่อจำนวนผู้เสียหาย ผู้เสียหายหลายคนต้องกลับไปอยู่ที่ภูมิลำเนาของตน ซึ่งจะมีหน่วยงานในจังหวัดเป็นผู้ดูแล ทำให้การติดตามคดีขาดความเป็นเอกภาพและความสม่ำเสมอ การดำเนินคดีก็ต้องหยุดชะงักตามไปด้วย

จากปัญหา อุปสรรค ดังกล่าว ทีมวิจัยมีข้อเสนอแนะต่อการออกกฎหมาย และการปรับปรุงนโยบายเพื่อให้การป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์มีประสิทธิภาพมากขึ้นดังนี้

1. รัฐควรมีการตรวจสอบความจำเป็นในการตรากฎหมาย จากการที่ประเทศไทยได้มีการออกกฎหมายเพื่อควบคุมการกระทำหลายสิ่งหลายอย่าง ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่มีความเข้าใจกฎหมายเหล่านั้นได้ทั้งหมด จึงทำให้ไม่อาจบังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะกฎหมายที่ออกมาเหล่านี้จะไปปะปนอยู่กับกฎหมายที่ออกมาเกินกว่าความจำเป็น

2. ควรให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ของรัฐในการศึกษากฎหมายใหม่ๆ เนื่องจากในปัจจุบันระบบราชการในประเทศไทย ยังคงใช้ระบบการสอบบรรจุเข้าทำงาน แต่เมื่อหลังจากสอบเข้าทำงานได้แล้วกลับไม่ค่อยมีการส่งเสริมการเรียนรู้หรือการเผยแพร่กฎหมายใหม่ ๆ เท่าใดนัก การเสริมความรู้ความเข้าใจในกฎหมายใหม่จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่ง

3. ควรมีการแก้ไขปัญหาค้ามนุษย์ที่ต้นทาง เช่น การให้การศึกษา การเตือนให้ระวังมิให้ถูกหลอกลวงจากองค์กรการค้ามนุษย์เพื่อให้ประชาชนรู้จักป้องกันตนเองเหล่านี้ ก็จะเป็นการแก้ปัญหที่ต้นเหตุ เพื่อที่จะลดภาระของภาครัฐต้องเข้ามาดูแลและช่วยเหลือ ลดคดีความที่มีมากมายจนล้นศาล ลดจำเลยที่มีล้นเรือนจำซึ่งปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านงบประมาณแก่รัฐเป็นจำนวนมาก

4. การดำเนินการของรัฐบาลไทยในการแก้ไขปัญหาค้ามนุษย์เป็นภารกิจที่มีต้องมีการวางนโยบาย (Policy) การจัดระบบ (System) การวางโครงสร้าง (Structure) ที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินการ การบริหารข้อมูล (Information Management) และการสร้างความร่วมมือทั้งภายในและภายนอก (Internal and External Partnership) จึงจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการบริหารนโยบายและการแก้ไขปัญหายอย่างแท้จริง

5. การสร้างความโปร่งใส (Transparency) ของการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาค้ามนุษย์เป็นประเด็นที่ประเทศไทยได้รับข้อห่วงกังวลจากนานาประเทศ ซึ่งนอกจากจะสร้างความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน และประเทศในภูมิภาคแล้ว ยังต้องพัฒนาความร่วมมือ กับองค์กรและภาคประชาสังคมระหว่างประเทศด้วย โดยควรส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดบรรทัดฐานระหว่างประเทศเรื่องการแก้ไขปัญหาค้ามนุษย์ เพื่อให้ประเทศต้นทาง ทางผ่าน และปลายทาง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างตรงไปตรงมา มีการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชน และนำไปสู่การพัฒนา นโยบายและกลไกที่เกี่ยวข้องในระดับภูมิภาค ต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว การสร้างความ

โปร่งใสเชิงปฏิบัติ ควรเสริมสร้างความร่วมมือในระดับโครงการหรือกิจกรรม ต่าง ๆ เพื่อการแก้ปัญหา การค้ามนุษย์ ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และเครือข่ายต่าง ๆ ของ ต่างประเทศ

6. การสร้างควมมีประสิทธิภาพ (Effectiveness) ในการบูรณาการความร่วมมือ ได้แก่ (1) การบูรณาการความร่วมมือเชิงนโยบาย โดยการบูรณาการองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และปราบปรามการค้ามนุษย์ ควรจัดทำคู่มือหรือเอกสารเผยแพร่ที่รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานของ ภาคส่วน ต่าง ๆ เพื่อสร้างความเป็นเอกภาพของการดำเนินการ พัฒนาแนวปฏิบัติที่ดี และเป็นการ สร้างความตระหนักรู้ และองค์ความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องกับประเด็น การค้ามนุษย์และอาชญากรรมข้ามชาติ และอำนาจหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง (2) การบูรณาการความร่วมมือเชิงปฏิบัติ เพื่อการขับเคลื่อนนโยบาย โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการกลาง เพื่อ ป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ที่ดำเนินการแบบ Central Command ทั้งในระดับภูมิภาค และระดับจังหวัดเพื่อให้เกิดการประสานงานในลักษณะ Inter- agencies อย่างมีประสิทธิภาพ

7. การเสริมสร้างศักยภาพ (Capacity Building) อย่างจริงจังแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ เข้าใจธรรมชาติปัญหาของผู้ถูกระทำและอาชญากร เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง และมี ประสิทธิภาพ ซึ่งต้องอาศัยการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาและความเข้าใจ และปฏิบัติ อย่างถูกวิธี

8. การรณรงค์ (Campaign) ให้เห็นสภาพปัญหาอย่างแท้จริง และช่วยเหลือให้ผู้ที่กำลัง จะเข้าสู่กระบวนการค้ามนุษย์มีโอกาสและทางเลือกให้หลุดพ้นจากกระบวนการค้ามนุษย์

9. การฟื้นฟูและเยียวยาแก่ผู้ถูกระทำ (Remedy and Rehabilitation) เพื่อดูแล ผู้ถูกระทำจากกระบวนการค้ามนุษย์ และปัญหาสังคมอื่น ๆ โดยควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการซึ่ง ประกอบด้วยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม มุ่งเน้นให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนใน สังคมต่อผู้ถูกระทำ (Stigma) เพื่อให้ผู้ถูกระทำจากกระบวนการค้ามนุษย์สามารถกลับเข้าสู่สังคมได้ อย่างปกติ

7. บทสรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะทางด้านกฎหมายในการแก้ไขปัญหาค้ามนุษย์

1. การยกร่างประมวลกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ ทั้งใน ส่วนสารบัญญัติ และ วิธีสบัญญัติสำหรับประเทศไทย

2. การจัดทำความร่วมมือในระดับอาเซียนเกี่ยวกับการป้องกันและปราบปรามการค้า มนุษย์ กำหนดบทนิยาม การกำหนดลักษณะของการค้ามนุษย์ ฐานความผิด องค์ประกอบในการ กระทำความผิด และ การกำหนดโทษที่เหมาะสม รวมทั้งการกำหนดมาตรฐานการประเมิน สถานการณ์การค้ามนุษย์ในระดับภูมิภาค การกำหนดกรอบความร่วมมือในการดำเนินคดีการค้า มนุษย์ และพันธกิจในการให้ความร่วมมือในการดำเนินคดี เช่น การส่งหมาย การส่งพยานวัตถุ พยาน เอกสาร พยานบุคคล การคุ้มครองพยาน การส่งตัวผู้ต้องหา การส่งผู้ร้ายข้ามแดน การแลกเปลี่ยน นักโทษ การสืบพยาน มาตรการในการให้ความช่วยเหลือเหยื่อจากการค้ามนุษย์ การลงโทษเจ้าหน้าที่ ที่ทุจริตคอร์รัปชัน และให้ความร่วมมือกับกระบวนการค้ามนุษย์ เป็นต้น

3. ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเชิงลึก และข้อกฎหมายระหว่างประเทศสมาชิก รวมทั้งการเผยแพร่กฎหมายของแต่ละประเทศ การอธิบายหลักกฎหมาย ระเบียบวิธีปฏิบัติ และแนวทางในการบังคับใช้กฎหมาย

4. การจัดประชุมในระดับผู้ปฏิบัติการของกลุ่มประเทศอาเซียน การฝึกอบรม การจัดเตรียมความพร้อมทั้งองค์ความรู้และประสบการณ์

5. จัดทำคู่มือว่าด้วยกฎหมายป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ อธิบายหลักกฎหมายเพื่อทำความเข้าใจแก่ทั้งผู้ปฏิบัติการและประชาชนโดยทั่วไป รวมทั้งอธิบายถึงสิทธิ หน้าที่ของทุกๆฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

6. มีการจัดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและ ทุกๆหน่วยงานทราบถึงกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พร้อมทั้ง ความเกี่ยวข้องกับกฎหมายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

7. จัดส่งเจ้าหน้าที่ฝ่ายปฏิบัติการเข้าร่วมประชุม สัมมนา ในระดับระหว่างประเทศ และระดับอาเซียน อีกทั้งให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการจัดตั้งเครือข่ายผู้ปฏิบัติการระดับระหว่างประเทศ

8. ส่งเสริมให้ภาคประชาสังคม เข้าใจบทบาทของตนเองในการป้องกันการค้ามนุษย์ การชี้เบาะแส การให้ความร่วมมือกับภาครัฐและเจ้าหน้าที่ตำรวจ

9. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการเกี่ยวกับการค้ามนุษย์เป็นหน่วยงานโดยเฉพาะที่จะสามารถประสานงานอย่างรวดเร็วกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

10. จัดตั้งงบประมาณเพื่อช่วยเหลือเหยื่อการค้ามนุษย์ให้สามารถดำรงชีพและช่วยครอบครัวในระหว่างการดำเนินคดี หรือ ให้เหยื่อสามารถกลับไปอยู่ภูมิลำเนาโดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การช่วยเหลือและคุ้มครองตามสมควร

8. กิติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง โครงการ “การศึกษา วิเคราะห์และแนวทางในการแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์ในมติกฎหมายของประเทศในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจตะวันออก – ตะวันตก, เหนือ – ใต้ (EWEC – NSEC – SEC)” โดยได้รับการสนับสนุนเงินงบประมาณการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว) พ.ศ. 2560

9. เอกสารอ้างอิง

เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ. (2556). รายงานวิจัยเรื่องโครงการศึกษาบทบาทชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการค้ามนุษย์. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการธิการการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส. รายงานการพิจารณาศึกษา ผลการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ : สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ของประเทศไทย ประจำปี 2557. (2557). สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

- ประธาน วัฒนวานิชย์ และเศรษฐชัย อันสมศรี. (2548). การป้องกันองค์กรอาชญากรรมข้ามชาติภายใต้กรอบอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านอาชญากรรมข้ามชาติที่จัดตั้งในลักษณะองค์กร ค.ศ. 2000 ข้อ 31 : รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
- ประธาน วัฒนวานิชย์, ปิติกาญจน์ สิทธิเดช, วีระศักดิ์ แสงสารพันธ์ และคณะ. (2547). มาตรการป้องกันและปราบปรามองค์กรอาชญากรรมและผู้มีอิทธิพล : ในมาตรการป้องกันและปราบปรามองค์กรอาชญากรรมและผู้มีอิทธิพล, รายงานการวิจัยเพื่อนำเสนอในการประชุมทางวิชาการระดับชาติ ว่าด้วยงานยุติธรรมครั้งที่ 2 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี, (6-7 กันยายน 2547) กรุงเทพฯ : สำนักงานยุติธรรม
- วีระพงษ์ บุญโญภาส และคณะ. (2548). การกำหนดความผิดฐานฟอกเงินที่ผู้กระทำเป็นองค์กรอาชญากรรมข้ามชาติและมาตรการ รวมทั้งความร่วมมือระหว่างประเทศในการปราบปรามการฟอกเงินและมาตรการยึดอายัดและริบทรัพย์สิน . รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การพัฒนากฎหมายป้องกันและปราบปรามองค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ (ระยะที่ 2) . กรุงเทพฯ: สถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานอัยการสูงสุด
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). GLOBAL REPORT ON TRAFFICKING IN PERSONS. United Nations New York: UNITED NATIONS PUBLICATION
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2012). GLOBAL REPORT ON TRAFFICKING IN PERSONS. United Nations New York: UNITED NATIONS PUBLICATION
- Roth. M.P. (2012). Global organized crime: A reference handbook. California: ABC

ความรู้ในทบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ขจร อินธิแสน* ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต** รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร**±

บทคัดย่อ

พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ได้มีการประกาศใช้เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2556 การศึกษาเชิงพรรณนาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ในทบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 47 คน สถิติที่ใช้ในการศึกษา คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 44.74 ปี (SD 9.79) มีสถานภาพสมรสคู่ ทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข เป็นข้าราชการ ระดับตำแหน่งชำนาญการ อัตราเงินเดือนอยู่ในช่วง 9,800 – 53,000 บาท ส่วนมากรายได้เพียงพอ มีอายุการทำงาน ตั้งแต่ 1 ถึง 36 ปี เฉลี่ย 22.32 ปี (SD 10.42) ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า เป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 23.4 โดยมีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับดี และมีการรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับมาก จากผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการรับรู้ในระดับดี แต่ควรเน้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นในหมวดคณะกรรมการ ซึ่งส่วนใหญ่ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 สมรรถนะตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนเป็นสมาชิกของสภาการสาธารณสุขชุมชน เพื่อเข้ารับการทดสอบและขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งถือเป็นหน้าที่หลักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในขณะนี้ เพื่อเป็นการพัฒนาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนให้ทัดเทียมวิชาชีพสายวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ ความรู้

* นิสิตสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
± Corresponding author: sumattana.g@msu.ac.th

Knowledge of Provision of Community Health Professionals Act B.E. 2556 in Health Care Professionals, Kantharawichai District, Maha Sarakham Province

Khajohn Inthisan^{*} Assit Prof. Dr.Vorapoj Prommasatayaport^{**}

Assoc Prof. Dr. Sumattana Glangkam^{**[±]}

Abstract

Community Health Professionals Act B.E. 2556 has been declared on 16th December B.E. 2556. This descriptive research aimed to study the practical readiness for the Act in health care professional who worked in Katharawichai district, Maha Sarakham province. The samples were 47 health professionals. Data was collected using questionnaires and analysed by descriptive statistics. The results showed most samples were female and average age was 44.74 (SD 9.79). Marital status was mainly married. Most of them worked at the district health promotion hospitals with position as public health scholar and public health officers. More than half were the officials and at professional level. The salary range were 9,800 – 53,000 bahts which were sufficiency for cost of living. Age working was minimum 1 year to maximum 36 years (Mean 22.32, SD 10.42). They mostly graduated bachelor's degree and were members of Council of Community Public Health only 23.40%. The overall knowledge of provision of the Community Health Professionals Act B.E. 2556 was at a good level. They also had very much perceptions for the Act. It was clear that this study revealed the good knowledge of the Act, however the health professionals still need to know more in some special points such as committee domain that found low scores. There would be training program about the Community Health Professionals Act B.E. 2556 and the performance under the Act. All health professionals should be the council members for examining and licensing of health professionals.

คำสำคัญ : community health professionals/ health officers/ knowledge

^{*}Bachelor Degree of Public Health student, ^{**}Faculty of Public Health, Mahasarakham University

[±]Corresponding author: sumattana.g@msu.ac.th

บทนำ

วิชาชีพทางการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ของแพทย์ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ของพยาบาลวิชาชีพ วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2538 ของทันตแพทย์ หรือแม้กระทั่งวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547 ของนักกายภาพบำบัด ล้วนแต่มีกฎหมายวิชาชีพเฉพาะของตนเองทั้งสิ้นเพื่อรับรองการทำงาน มีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์เท่านั้นที่ยังไม่มีกฎหมายเฉพาะรับรองวิชาชีพ ดังนั้นจึงมีความพยายามผลักดันกฎหมายเกี่ยวกับการมีวิชาชีพเฉพาะมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ถึงแม้ว่าก่อนหน้านี้จะมีประกาศระเบียบกระทรวงสาธารณสุขรับรอง โดยออกตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 โดยให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ควบคุมและกำกับดูแล ในทางนิตินัยเป็นไปตามกฎหมาย แต่ในทางปฏิบัติจริง ไม่มีผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมไปควบคุมและกำกับการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการประชาชน ประกาศดังกล่าวจึงไม่สามารถใช้ได้จริง ซึ่งถ้าในกรณีที่เกิดปัญหาการบริการสุขภาพขึ้น ประกาศระเบียบนี้จึงไม่สามารถดูแลคุ้มครองการทำงานของหมออนามัยได้ (สงครามชัย ลีทองดี. 2557)

พระราชบัญญัติการวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ได้ถูกยกร่างขึ้นและขับเคลื่อนผ่านทางสมาคมหมออนามัย ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย มีคณะนิติคณะสาธารณสุขศาสตร์จากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแต่ด้วยแนวความคิดที่เห็นต่างในกลุ่มหมออนามัยด้วยกัน ในการจัดทำร่างกฎหมายนั้น ทำให้เกิดความขัดแย้งและเป็นสาเหตุให้การผลักดันกฎหมายล่าช้า ต่อมาในช่วงการเสนอกฎหมายนั้นได้รับผลตอบรับด้วยดี แต่ด้วยกระทรวงสาธารณสุขมีการปรับเปลี่ยนรัฐมนตรีว่าการบอยครั้งจึงทำให้ขาดความต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ด้วยการเกาะติดการผลักดันร่างกฎหมาย ในที่สุดร่างกฎหมายนี้จึงผ่านความเห็นชอบจกกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 โดยมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นในรูปแบบของมาตรฐานวิชาชีพตามกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพื่อพัฒนามาตรฐานและคุณภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานทั่วประเทศ ไม่ว่าจะเป็นบทบาทในฐานะอาชีวอนามัย หรือการสาธารณสุขชุมชนให้มีมาตรฐานเป็นแบบเดียวกันเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชน ซึ่งถือเป็นการยกระดับความเป็นวิชาชีพให้ได้รับการยอมรับจากวิชาชีพสายสุขภาพอื่น ๆ (สงครามชัย ลีทองดี. 2557)

ตามที่พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ได้มีการประกาศใช้เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ให้ผู้มีความรู้ในวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน โดยได้รับวุฒิการศึกษาในวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนจากสถาบันการศึกษาที่สภาการสาธารณสุขรับรอง รวมทั้งต้องมีคุณสมบัติตามมาตรา 10 และผ่านการสอบความรู้ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสภาการสาธารณสุขชุมชน โดยเป็นการสมควรในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพให้มีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ เพื่อประโยชน์ต่อผู้ประกอบการวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนในการปฏิบัติงาน และสภาการสาธารณสุขชุมชนมีหน้าที่ในการช่วยควบคุม กำกับ ดูแล ผลิตความเป็นธรรม ส่งเสริมสวัสดิการให้แก่สมาชิกทุกคน และควบคุมมิให้มีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบจากบุคคลซึ่งไม่มีความรู้ อันจะ

ก่อให้เกิดภัยและความเสียหายต่อสุขภาพของบุคคลและชุมชนจึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ (พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน...2556) ดังนั้นเพื่อเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำเป็นต้องมีความพร้อมในด้านความรู้ และการรับรู้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 จึงเป็นเหตุให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

เพื่อศึกษาความรู้และการรับรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556

วิธีดำเนินการวิจัย (Method)

รูปแบบการศึกษาคือ การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งชายและหญิง ที่ปฏิบัติงานในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ช่วง สิงหาคม – ธันวาคม 2560 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 54 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 จำนวน 40 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556

คุณภาพเครื่องมือ

- ความตรง (Validity) ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและวัตถุประสงค์ โดยค่า IOC (Index of Item – Objective Congruence) ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.50

- ความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbachs' alpha Coefficient) ของแบบสอบถามความพร้อมด้านความรู้ เท่ากับ 0.76 และแบบสอบถามความพร้อมด้านการรับรู้ เท่ากับ 0.97

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ประกอบด้วย ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ผลการวิจัย (Results)

คุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.4) อายุระหว่าง 40 – 49 ปี (ร้อยละ 42.6) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.5) ทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 85.1) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 38.3) เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 85.1) ส่วนมากระดับชำนาญการ (ร้อยละ 44.7) รองลงมาคือระดับชำนาญงาน (ร้อยละ 21.3) อัตราเงินเดือน 30,001 – 40,000 บาท (ร้อยละ 29.8) มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 59.6) อายุการทำงาน 21 – 30 ปี (ร้อยละ 44.7) ระดับการศึกษา ส่วนมากจบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 72.3) เป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข (ร้อยละ 29.8) สภาการสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 23.4) และมูลนิธิเครือข่ายหมอนามัย (ร้อยละ 6.4) แหล่งรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ พรบ.วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ส่วนมากคือ สื่อออนไลน์ (ร้อยละ 70.2) รองลงมาวารสาร (ร้อยละ 34.0)

ความรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556

การศึกษาความรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ย 25.81 (SD 3.66) คะแนนสูงสุด 29 คะแนนต่ำสุด 17 มีข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกหมดทุกคน คือ **หมวดสมาชิก** “ผู้สมัครเป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนต้องไม่มีลักษณะต้องห้ามในการเป็นผู้ประพฤติดีเสียหลายต่อเกียรติดีศักดิ์แห่งวิชาชีพ เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาสูงสุด เป็นผู้วิกลจริต จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ” **หมวดคณะกรรมการ** “นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการของสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นผู้แทนสภาการสาธารณสุขชุมชนในกิจการต่าง ๆ และเป็นประธานในที่ประชุมคณะกรรมการ” ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือเมื่อนายกสภาการสาธารณสุขชุมชนพ้นจากตำแหน่ง ให้เลขาธิการรองเลขาธิการ เภรณญิก และผู้ดำรงตำแหน่งอื่นปฏิบัติหน้าที่ตามเดิม ตอบถูก ร้อยละ 10.6 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ข้อ	ความรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพ	ตอบถูก (n=47)	
	การสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556	จำนวน(คน)	ร้อยละ
หมวดพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556			
	การประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน หมายความว่า การกระทำ	44	93.6
	การสาธารณสุขต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อม		

ข้อ	ความรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพ การสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556	ตอบถูก (n=47)	
		จำนวน(คน)	ร้อยละ
	ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ต้องเป็นบุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนจากสภาการสาธารณสุขชุมชน	41	87.2
	พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ได้มีการบังคับตั้งแต่วันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไป	35	74.5
หมวดสภาการสาธารณสุขชุมชน			
4	สภาการสาธารณสุขชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อการส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน	42	89.4
5	รายได้ของสภาการสาธารณสุขชุมชนอาจมาจากเงินอุดหนุนจากงบประมาณแผ่นดิน ค่าขึ้นทะเบียนสมาชิก ค่าบำรุง	40	85.1
6	สภาการสาธารณสุขชุมชนมีอำนาจหน้าที่ในการรับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน	39	83.0
7	ผู้สมัครเป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนต้องไม่มีลักษณะต้องห้ามในการเป็นผู้ประพฤติดูแลต่อเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาสูงสุด เป็นผู้วิกลจริต จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ	47	100.0
8	ผู้สมัครเป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนต้องมีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์	45	95.7
9	การเป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนจะสิ้นสุดลงเมื่อ ตาย ลาออก และขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามในการเป็นสมาชิก	45	95.7
10	นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินกิจการของสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นผู้แทนสภาการสาธารณสุขชุมชนในกิจการต่าง ๆ และเป็นประธานในที่ประชุมคณะกรรมการ	47	100.0
11	กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน	43	91.5
12	เมื่อนายกสภาการสาธารณสุขชุมชนพ้นจากตำแหน่ง ให้เลขาธิการรองเลขาธิการ เภรณุก และผู้ดำรงตำแหน่งอื่นปฏิบัติหน้าที่ตามเดิม	5	10.6
หมวดการดำเนินงานของคณะกรรมการ			
13	การประชุมคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาร่วมประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมดที่มีอยู่ในขณะนั้น จึงจะเป็นองค์ประชุม	44	93.6
14	ถ้าสภานายกพิเศษยังมิได้ให้คณะกรรมการประชุมพิจารณาอีกครั้งภายในสามสิบวัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับการยับยั้งมติของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก ในการลงคะแนน กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งเสียง ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด	42	89.4

ข้อ	ความรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพ	ตอบถูก (n=47)	
	การสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556	จำนวน(คน)	ร้อยละ
หมวดการควบคุมการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน			
16	ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ผู้ซึ่งถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาตสามารถขอรับใบอนุญาตอีกครั้งได้เมื่อพ้นสองปีนับแต่วันถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาต	46	97.9
17	สมาชิกภาพของผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนผู้ใดสิ้นสุดลงเมื่อ ตาย ลาออก หรือมีลักษณะต้องห้ามตามพระราชบัญญัตินี้	45	95.7
18	ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนซึ่งอยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตผู้ใดกระทำการฝ่าฝืน หรือถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด ให้คณะกรรมการสั่งเพิกถอนใบอนุญาตของผู้นั้นนับแต่วันที่ศาลมีคำพิพากษาถึงที่สุด	45	95.7
19	ห้ามมิให้ผู้ใดประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน หรือกระทำด้วยวิธีการใด ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าตนเป็นผู้มีสิทธิที่จะประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนโดยมิได้รับอนุญาตจากสภาวิชาชีพ	43	91.5
หมวดพนักงานเจ้าหน้าที่			
20	พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจยึดเอกสาร หรือวัตถุใด ๆ ที่อาจใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินคดีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ได้	45	95.7
21	พนักงานเจ้าหน้าที่ที่สามารถเข้าไปในสถานที่ทำการหรือยานพาหนะของผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าจะมีการกระทำความผิดในเวลาทำการของสถานที่นั้นเพื่อตรวจสอบหรือควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ได้	43	91.5
หมวดบทกำหนดโทษ			
22	ผู้ใดมิได้รับใบอนุญาตจากสภาการสาธารณสุขชุมชน หรืออยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือซึ่งถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ที่กระทำด้วยวิธีใด ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าตนเป็นผู้มีสิทธิที่จะประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	42	89.4
23	ผู้ใดไม่อำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการสืบค้น หาหลักฐานในการดำเนินคดี ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท	41	87.2
24	ผู้ใดไม่มาให้ถ้อยคำหรือไม่ส่งเอกสารหรือวัตถุใด ๆ ตามที่เรียกหรือแจ้งโดยไม่มีเหตุอันควร ต้องมีโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ	40	85.1

ข้อ	ความรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพ การสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556	ตอบถูก (n=47) จำนวน(คน)	ร้อยละ
บทเฉพาะกาล			
25	ให้ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ ใช้บังคับดำเนินการขอรับใบอนุญาตจากสภาการสาธารณสุขชุมชน ภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่มีข้อบังคับว่าด้วยการออกใบอนุญาตเป็นผู้ ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน	42	89.4
26	ในระยะที่ยังไม่มีการเลือกตั้งคณะกรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นนายกสภาการสาธารณสุขชุมชนไป ก่อน	41	87.2
27	ให้คณะกรรมการออกระเบียบว่าด้วยการรับสมาชิกและค่าขึ้นทะเบียน สมาชิกและดำเนินการรับสมัครสมาชิกภายในเก้าสิบวันนับตั้งแต่วันที่ ได้รับการแต่งตั้ง	41	87.2
อัตราค่าธรรมเนียมการสาธารณสุขชุมชน			
28	ค่าต่ออายุใบอนุญาต ฉบับละ 2,500 บาท	34	72.3
29	ค่าหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุข ชุมชน และค่าใบแทนใบอนุญาต ฉบับละ 500 บาท	33	70.2
30	ค่าขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุข ชุมชน ฉบับละ 5,000 บาท	32	68.1

การรับรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556

ผลวิจัยพบว่าการรับรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 แต่ละหมวดมีดังนี้

หมวดพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับดี เกี่ยวกับวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมในชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพ (Mean = 3.74, SD = 0.87) รองลงมาคือ ผู้ประกอบวิชาชีพฯ เป็นบุคคลได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ จากสภาการสาธารณสุขชุมชน (Mean = 3.66, SD = 0.87) และการรับรู้ระดับปานกลาง คือ การประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนเป็นการตรวจประเมินอาการเจ็บป่วยและการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อ (Mean = 3.51, SD = 0.83)

หมวดสภาการสาธารณสุขชุมชน พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับดี เกี่ยวกับสภาการสาธารณสุขชุมชนมีอำนาจหน้าที่ในการรับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ (Mean = 3.72, SD = 0.85) รองลงมาคือระดับการรับรู้ปานกลาง เกี่ยวกับสภาการสาธารณสุขชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสามัคคี ผดุงไว้ซึ่งสิทธิ ความเป็นธรรมและการส่งเสริมสวัสดิการให้แก่สมาชิก (Mean = 3.66, SD = 0.87) และสภาการสาธารณสุขชุมชนมีอำนาจ

หน้าที่ในการรับรองวิทยฐานะของสถาบันที่ทำการสอนและฝึกอบรมวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน (Mean = 3.57, SD = 0.97)

หมวดสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ระดับดี เกี่ยวกับผู้สมัครเป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนต้องมีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ มีความรู้ในวิชาชีพฯ โดยจบจากสถาบันที่สภาสาธารณสุขรับรอง (Mean = 3.68, SD = 1.09) รองลงมาคือระดับการรับรู้ปานกลาง เกี่ยวกับผู้สมัครเป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนต้องมีความรู้ในวิชาชีพฯ โดยได้รับวุฒิการศึกษาในวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนรับรอง (Mean = 3.66, SD = 1.03) และการเป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนจะสิ้นสุดลงเมื่อ ตาย ลาออก และขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามในการเป็นสมาชิก (Mean = 3.51, SD = 1.10)

หมวดคณะกรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ระดับปานกลาง เกี่ยวกับปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข เป็นคณะกรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชนโดยตำแหน่ง (Mean = 3.51, SD = 1.02) รองลงมาคือนายกสภา มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการของสภาการสาธารณสุขชุมชน (Mean = 3.51, SD = 0.95) และเลขาธิการ มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมบังคับบัญชาเจ้าหน้าที่สภาการสาธารณสุขชุมชนทุกระดับ (Mean = 3.23, SD = 1.05)

หมวดการดำเนินการของคณะกรรมการ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ระดับปานกลาง เกี่ยวกับมติของที่ประชุมคณะกรรมการต้องได้รับความเห็นชอบจากสภานายกพิเศษก่อน (Mean = 3.28, SD = 1.05)

หมวดการควบคุมการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ระดับดี เกี่ยวกับผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตต้องเป็นสมาชิกแห่งสภาฯ และต้องได้รับวุฒิการศึกษา พร้อมทั้งต้องมีคุณสมบัติครบถ้วน (Mean = 3.70, SD = 1.00) รองลงมาคือระดับการรับรู้ปานกลาง เกี่ยวกับบุคคลที่ได้รับความเสียหายเพราะการประพัตติผิด ตามข้อจำกัดในการบำบัดโรคเบื้องต้นของผู้ประกอบวิชาชีพฯ มีสิทธิกล่าวหาผู้ก่อให้เกิดความเสียหายนั้น โดยทำคำกล่าวหาเป็นหนังสือยื่นต่อสภาการสาธารณสุขชุมชน (Mean = 3.57, SD = 0.97) และห้ามมิให้ผู้ใดประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน หรือกระทำความผิดวิธีใด ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าตนเป็นผู้มีสิทธิที่จะประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนโดยมิได้รับอนุญาตจากสภาวิชาชีพ (Mean = 3.45, SD = 1.06)

หมวดพนักงานเจ้าหน้าที่ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ระดับปานกลาง เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง (Mean = 3.51, SD = 1.00)

บทกำหนดโทษ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ระดับปานกลาง เกี่ยวกับผู้ใดไม่มาให้ถ้อยคำหรือไม่ส่งเอกสารหรือวัตถุใด ๆ ตามที่เรียกหรือแจ้งโดยไม่มีเหตุอันควร ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ (Mean 3.53, SD = 1.12)

บทเฉพาะกาล พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ระดับปานกลาง เกี่ยวกับในระบอบที่ยังไม่มี การเลือกตั้งคณะกรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นนายกสภาฯ ไปก่อน (Mean = 3.62, SD = 1.05)

อัตราค่าธรรมเนียมวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ระดับ ปานกลาง เกี่ยวกับค่าหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน และ ค่าใบแทนใบอนุญาต ฉบับละห้าร้อยบาท (Mean = 3.53, SD = 1.14)

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการ สาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 สรุปได้ดังต่อไปนี้

- การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ยังไม่ทั่วถึง และยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร
- ต้องการให้หน่วยงานที่ตนสังกัดมีการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับใบประกอบวิชาชีพการ สาธารณสุขชุมชน และขั้นตอนต่าง ๆ ของการสมัครเป็นสมาชิก
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังมีความรู้เรื่องพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ยังไม่เพียงพอ
- อยากให้พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 มีความชัดเจน ไม่ ซ้ำซ้อนวิชาชีพอื่น และมีความเป็นรูปธรรมโดยเร็วที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย (Discussions)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนมีความรู้ในบทบัญญัติแห่ง พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริ นภา จันทรจิระ (2555) ได้ศึกษาความพร้อมของผู้ประกอบอาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดปทุมธานีเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงานประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ที่ผลการศึกษาพบว่า มีทักษะ โดยรวมอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับวศิน พิพัฒน์ฉัตร (2559) ได้ศึกษาเรื่องบทบาทวิชาชีพ สาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 พบว่ามีการพัฒนาบทบาท ของวิชาชีพให้มีมาตรฐานและสร้างการยอมรับทั้งในระหว่างสหวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ของวิจารณ์ พานิช (2548) ได้อธิบายว่า ความรู้ นั้นมีหลายนัยและหลายมิติ คือ ความรู้ คือสิ่งที่นำไปใช้จะไม่หมด หรือสีกหรือ แต่จะยิ่งออกเงยหรือออกมาขึ้น ถ้าความรู้จะไม่มี ประโยชน์เลย ถ้าไม่นำไปสู่การกระทำหรือการตัดสินใจ แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า หมวด คณะกรรมการ เมื่อนายกสภาการสาธารณสุขชุมชนพ้นจากตำแหน่ง ให้เลขาธิการรองเลขาธิการ เภรณุก และผู้ดำรงตำแหน่งอื่นปฏิบัติหน้าที่ตามเดิม มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้ที่จะขึ้น ทะเบียนและมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการ

สาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ได้นั้นจึงจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 เป็นอย่างดี

สำหรับด้านการรับรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้มาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นริศรา ธารประเสริฐ (2558) ได้ศึกษาการรับรู้และความพร้อมในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ผลการศึกษาพบว่า ประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความพร้อมมาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกกรินทร์ จงเสรีเจริญ (2558) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้ของข้าราชการทหารต่อพระราชบัญญัติกฎอัยการศึก พ.ศ. 2457 กรณีศึกษา กองพันทหารราบในกองพลทหารราบที่ 9 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายหมวด พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด หมวดสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน คือ ผู้สมัครเป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนต้องมีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ มีความรู้ในวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนโดยจบจากสถาบันการศึกษาที่สภาสาธารณสุขรับรอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นริศรา ธารประเสริฐ (2558) ได้ศึกษาการรับรู้และความพร้อมในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 70.5 มีความพร้อมมากที่สุดคือ การเป็นผู้ที่มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ ดังนั้นความรู้และการรับรู้ จากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีความพร้อมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติยา ศศิภูมินทร์ฤทธิ์ (2554) ศึกษาเรื่องความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในการทำงานระบบเครือข่าย : กรณีศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่าสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ 3 แห่งในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า แต่ละแห่งมีระดับความพร้อมในการทำงานที่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรีทศน์ เจริญช่วง และคณะ (2559) ศึกษาเรื่อง สมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วย 1) สมรรถนะที่สังเกตได้ และ 2) สมรรถนะที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล สมรรถนะที่สังเกตได้ ได้แก่ ความรู้ (มี 3 องค์ประกอบ) และทักษะ (มี 4 องค์ประกอบ) ส่วนสมรรถนะที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล (มี 3 องค์ประกอบ) แต่ไม่สอดคล้องกับการเป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 23.4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างศึกษายังไม่ตระหนักถึงประโยชน์ และสิทธิของการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งการที่จะได้รับใบประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนนั้น ต้องเป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนก่อนเท่านั้น ถึงจะมีสิทธิในการเข้าสอบเพื่อรับใบประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย (Recommendations)

- ระดับความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับความรู้ดี แต่ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ดังนั้นเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ที่ถูกต้องในพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 เพื่อพัฒนาให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพร้อมในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ต่อไป

- การรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีความตระหนัก และความพร้อมในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 เพื่อส่งเสริมให้วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนมีมาตรฐานทัดเทียมวิชาชีพสายวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

- กฤติยา ศศิภูมินทร์ฤทธิ์. ความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในการทำงานระบบเครือข่าย : กรณีศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 5(1): 32-39; 1 มกราคม – มีนาคม, 2554.
- กฤษดา ทองสังวรณ. (2540). ความพร้อมของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่น จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นริศรา ธารประเสริฐ. การรับรู้และความพร้อมในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ
- กุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร. การศึกษาอิสระทางสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2558.
- นฤตพงศ์ ไชยวงศ์. ความพร้อมในการจัดป่าชุมชน ศึกษากรณีคณะกรรมการหมู่บ้านอำเภอบัว จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- นวิรัตน์ สอยเหลือง. ความพร้อมของพยาบาลตำรวจกับการใช้มาตรฐานระบบจัดการสิ่งแวดล้อม ISO 14001. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2545.
- เบญจมาศ วัชรโรภาส. (2545). ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการให้บริการอินเทอร์เน็ตในจังหวัดชลบุรี. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารทั่วไป, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปรีทศน์ เจริญช่าง และคณะ. สมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย, วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 26(1) : 40 – 51; 1 มกราคม – เมษายน 2559.
- “พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556,” ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 130. ตอนที่ 118 ก. หน้า 19 – 35. 16 ธันวาคม 2556.

- ภัทรกร เฉลยจรรยา. การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร
ที่ได้รับการอบรมสุขาภิบาลอาหารของมหาวิทยาลัยศิลปากร วังท่าพระ. ขอรับการกำหนด
ระดับตำแหน่งชำนาญการพิเศษ. กองกิจการนักศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2558.
- วศิน พิพัฒน์ฉัตร. บทบาทวิชาชีพสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุข พ.ศ. 2556,
วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2(1) : 63 - 78; 1 มกราคม-เมษายน 2559.
- วิจารณ์ พานิช. (2548). เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง การจัดการความรู้กับการบริหารราชการแนวใหม่,
สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.
- วิญญพา สุวรรณแทน. ผลการใช้ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เรื่อง การเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลที่
เลี้ยงต่อความรู้และความพร้อมในบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงของ
พยาบาลประจำการห้องคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิต
วิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- วิชุดา หาราชจารุพันธ์. (2540). “การศึกษาความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทวิชาชีพของนักศึกษา
พยาบาลชั้นปี ที่4 สถาบันการศึกษาเอกชน” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีสุภาญจน์ บินทาประสิทธิ์. (2540). เรื่องผลของการใช้สัญญาการเรียนรู้ต่อผลสัมฤทธิ์ของการเรียนและ
ความพร้อมในการเรียนรู้ตนเองของนักศึกษาพยาบาล. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรภา จันทร์จิระ. ความพร้อมของผู้ประกอบอาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดปทุมธานีเพื่อเข้าสู่
ตลาดแรงงานประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, 2555.
- สงครามชัย ลีทองดี. “20 ปี หมออนามัย กับก้าวต่อไป พ.ร.บ.วิชาชีพการสาธารณสุข”, 16 มีนาคม 2557.
<<<https://www.hfocus.org/content/2014/03/6705>>>
20 สิงหาคม 2560.
- เอกรินทร์ จงเสรีเจริญ. การรับรู้ของข้าราชการทหารต่อพระราชบัญญัติกฏอัยการศึก พ.ศ. 2457 กรณีศึกษา
กองพันทหารราบในกองพลทหารราบที่ 9, วารสารสารสนเทศ. 14(2) : 47 – 59; 2 กรกฎาคม –
ธันวาคม 2558.

การศึกษาสถานการณ์ การติดตามการเปลี่ยนแปลงหลังการบังคับใช้กฎหมาย และผลกระทบของร้านเหล้ารอบสถานศึกษา ในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และภูมิภาค

ศรัรัช ลอยสมุทร*

บทคัดย่อ

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของร้านเหล้ารอบสถานศึกษา ภายหลังจากการประกาศคำสั่ง คสช. ที่22/2558 และผลกระทบของร้านเหล้ารอบสถานศึกษาด้วยวิธีผสมผสาน เก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมกรไปร้านเหล้าโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างระดับอุดมศึกษาและมัธยมศึกษาจำนวน 2,500 ราย และการสัมภาษณ์กลุ่ม เก็บข้อมูลภาคสนามด้วยการสำรวจพื้นที่สถานศึกษา รวม 18 สถานศึกษา สำรวจร้านเหล้ารอบสถานศึกษาจำนวน 20 ร้านและติดตามบันทึกข้อมูลจาก Fanpage ของร้านเหล้ารอบสถานศึกษาจำนวน 20 Fanpage

ผลการศึกษา พบว่า สถานศึกษาทุกแห่งมีร้านเหล้ารอบสถานศึกษาในรัศมีไม่เกิน 10 กิโลเมตร ยกเว้นมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ(ประสานมิตร) สถานศึกษาที่มีความเสี่ยงสูง คือ มีร้านเหล้าจำนวนมากเกิน 10 ร้าน มีจำนวน 5 สถานศึกษา ร้านเหล้ารอบสถานศึกษากระทำการผิดกฎหมายโดยใช้ Social media เพื่อส่งเสริมการขาย กลุ่มตัวอย่างผู้เรียนระดับอุดมศึกษาและระดับมัศึกษามีสถานที่ๆ ไปดื่มบ่อยที่สุดคือ ร้านเหล้าใกล้สถานศึกษา การบังคับใช้กฎหมายในด้านการควบคุมแหล่งจำหน่ายได้ผลสำเร็จในด้านจำนวนร้านเหล้าลดลงร้อยละ 20 - 50 ในหลายพื้นที่ แต่ยังคงมีร้านเหล้าในรัศมี 300 เมตรอยู่ในบางพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 31 ผลกระทบของร้านเหล้า พบว่า มีผลกระทบทั้งต่อสถานศึกษาในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบสถานศึกษาให้ปลอดภัย มีผลต่อชุมชนใกล้เคียงร้านเหล้าในด้านความสงบสุขของที่พักอาศัย และมีผลต่อทัศนคติของวัยรุ่นในด้านการมองว่าการมีร้านเหล้ารอบสถานศึกษาเป็นสิ่งปกติของสังคมไทย และคัดค้านกฎหมายที่ควบคุมร้านเหล้ารอบสถานศึกษา

คำสำคัญ: การบังคับใช้กฎหมาย/ร้านเหล้ารอบสถานศึกษา

* อาจารย์ประจำสาขาการสื่อสารการตลาดดิจิทัล วิทยาลัยนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
Corresponding author Email: sirachloysmut@gmail.com

Situation Study of Alcohol Outlets and Pubs Near Universities and Changes After Law Enforcement in Bangkok and Other Provinces in Thailand

Sirach Loysmut^{*}

Abstract

This project has examined the situation and changes of alcohol outlets/pubs near universities after law enforcement in the year 2016 in Bangkok, Chiang Mai, Songkhla and Khonkaen. This project also studied student's drinking and pubs going motives and explored Facebook administered by pubs near universities and student social media engagement. This study used mixed method methodology, collected behavioural data from 2500 students through questionnaire and group interview. Field survey of 18 universities and 20 pubs near universities were done in Bangkok, ChiangMai, Songkhla and Khonkaen. Social media engagement data in selected Fanpages was recorded each week.

Result showed the density of pubs within 10 km around university was high to moderate in some areas, result showed 5 universities as high risk areas, having more than 10 pubs near university, 3 universities as low risk areas and 8 universities as moderate risk areas. Every university surveyed in this study has pubs near its institution within 10 km, excluding Srinakharinwirot University. Social media investigation showed the use of social media as alcohol marketing and promotional tool. Communication frequency during promotional periods was high at 2 posts/re-post per day averagely. Changes after law enforcement showed impact in alcohol density control, numbers of pubs near university decreased 20-50% in some areas, pubs moved out from restricted areas near educational institutions, however, some pubs still remained in restricted areas. Alcohol consumption in sample groups showed 67% of university students and 37.9% of high-school students consumed alcohol. Frequent drinking venues of young drinkers were pubs near university, homes and dormitories. Young student pub going motives were music sponsorship and proximity.

Keywords Law enforcement/ alcohol outlet

^{*} Lecturer, Department of Digital Integrated Marketing Communications, Communication Arts College, Rangsit University. Corresponding author Email: sirachloysmut@gmail.com.

บทนำ (Introduction)

ร้านเหล้ารอบสถานศึกษา เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทุกๆด้าน เป็นปัญหาต่อสถาบันการศึกษา ต่อชุมชนใกล้เคียง ต่อสังคม ต่อเยาวชน และที่สำคัญ มีร้านเหล้าเป็นจำนวนมาก ภัทรกร พลพนารธรรม (2557) ได้สำรวจพบว่า แหล่งขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใกล้มหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานครมีมากถึง 2,869 ร้าน

เมื่อปลายปี พ.ศ. 2558 นายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้กล่าวในรายการ *คืนความสุขให้ประชาชน* ว่า ต้องกวาดล้างเรื่องเหล้าบั่นและบาราгу เพราะเป็นการบ่อนทำลายเยาวชน ในวันที่ 12 ต.ค. พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้ลงนามในประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องกำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา พ.ศ.2558 ในเวลาต่อมา รัฐบาลได้ประกาศคำสั่ง คสช.ฉบับที่ 22/2558 เรื่องการควบคุมสถานบริการหรือสถานประกอบการที่เปิดให้บริการในลักษณะที่คล้ายกับสถานบริการ ห้ามตั้งสถานที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใกล้หอพักสถานศึกษา รวมทั้งประกาศนโยบายเรื่องการจัดระเบียบสถานบันเทิง ทำให้หน่วยงานภาครัฐหลายหน่วยงานและสถานศึกษาได้เร่งสนองตอบนโยบายด้วยการสำรวจกวาดล้างและผลักดันให้ร้านเหล้าย้ายออกจากรอบสถานศึกษาทั่วประเทศ

สื่อมวลชนจำนวนมากเช่น *ไทยรัฐ เดลินิวส์ มติชน ผู้จัดการออนไลน์ ไบรท์ทีวี* และอื่นๆ ต่างก็ทำรายการเจาะลึกร้านเหล้ารอบสถานศึกษานำเสนอสู่สังคม ยังผลให้ปลายปี 2558 และปี 2559 เป็นปีที่ประเด็นร้านเหล้ารอบสถานศึกษากลายเป็นข่าวใหญ่ ประชาชนให้ความสนใจ หน่วยงานรัฐกวาดล้างมากขึ้น มีผลให้ร้านเหล้าบางแห่งย้ายออกจากพื้นที่ ปิด หรือเปลี่ยนเป็นร้านอาหาร เก็บป้ายโฆษณา งดการส่งเสริมการขาย งดเสียงดนตรีและมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ยังผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ๆ มีร้านเหล้ารอบสถานศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงของร้านเหล้ารอบสถานศึกษา และการบังคับใช้กฎหมาย ภายหลังการประกาศคำสั่ง คสช.ที่22/58 และการปฏิบัติตามกฎหมายตาม พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปีพ.ศ.2551 ว่ามีผลของการปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนดที่เห็นได้ในด้านแหล่งจำหน่าย การส่งเสริมการขาย การสื่อสาร การโฆษณา และอื่นๆ รวมทั้งศึกษาผลกระทบของร้านเหล้ารอบสถานศึกษา และผลต่อการตัดสินใจไปร้านเหล้าในกลุ่มระดับอุดมศึกษาและกลุ่มมัธยมปลาย ซึ่งพบว่า ถึงแม้ยังไม่ถึง 20 ปีแต่สามารถเข้าใช้บริการร้านเหล้ารอบสถานศึกษาได้เช่นเดียวกับกลุ่มระดับอุดมศึกษา การศึกษานี้มุ่งหวังประโยชน์ในด้านการผลักดันมาตรการที่เหมาะสมในการควบคุมร้านเหล้ารอบสถานศึกษา

นิยามศัพท์เฉพาะ (Specific definition)

ร้านเหล้ารอบสถานศึกษา หมายถึง ร้านที่เน้นการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหลัก (มีบริการอาหารน้อยมาก) ตั้งอยู่ใกล้เคียงสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา เน้นการให้บริการด้านความบันเทิงที่วัยรุ่นนิยม เช่น บาร์ตี้ คอนเสิร์ต ดนตรี ฯลฯ กลุ่มเป้าหมายหลักคือ นักศึกษาในสถาบันใกล้เคียง

วิธีการดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงผสมผสาน (Mixed method) โดยเก็บข้อมูลดังนี้ 1) ข้อมูลด้านพฤติกรรมการไปร้านเหล้ารอบสถานศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างระดับอุดมศึกษาและมัธยมศึกษา รวม 2,500 ราย 2) เก็บข้อมูลภาคสนามด้วยการสำรวจพื้นที่สถานศึกษาระดับอุดมศึกษาในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดสงขลา 3) สำรวจร้านเหล้ารอบสถานศึกษาและติดตาม Fanpage ของร้านเหล้าดังกล่าวจำนวน 20 Fanpage

ขอบเขตด้านพื้นที่และเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

พื้นที่ในการศึกษานี้คือสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา แบ่งเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับรัฐบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มหาวิทยาลัยเอกชน โดยเน้นศึกษามหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ มีจำนวนนักศึกษาปริญญาตรีมากกว่า 2000 รายขึ้นไป และมหาวิทยาลัยในกำกับรัฐบาลประจำภูมิภาคในจังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น และสงขลา (ไม่ศึกษามหาวิทยาลัยกลุ่มราชภัฏและราชชมงคล มหาวิทยาลัยเฉพาะทาง กลุ่มมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีและมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช) รวมทั้งสิ้น 18 มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 แสดงพื้นที่สำรวจ 18 สถานศึกษา

พื้นที่	ที่ตั้ง	ประเภท	เขตพื้นที่
1. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กทม.	ในกำกับรัฐ	กทม.ใต้
2. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ท่าพระจันทร์)	กทม.	ในกำกับรัฐ	กทม. กลาง
3. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์	กทม.	เอกชน	กทม.เหนือ
4. มหาวิทยาลัยศิลปากร(วังท่าพระ)	กทม.	ในกำกับรัฐ	กทม. กลาง
5. มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย	กทม.	เอกชน	กทม. กลาง
6. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	กทม.	ในกำกับรัฐ	กทม.เหนือ
7. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ประสานมิตร)	กทม.	ในกำกับรัฐ	กทม.ใต้
8. มหาวิทยาลัยรามคำแหง	กทม.	รัฐ/มหาวิทยาลัย	กทม. ตะวันออก
		เปิด	

พื้นที่	ที่ตั้ง	ประเภท	เขตพื้นที่
9. มหาวิทยาลัยสยาม	กทม.	เอกชน	กทม กรุงเทพมหานคร
10. มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (สุวรรณภูมิ)	ปริมณฑล	เอกชน	สมุทรปราการ
11. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	ปริมณฑล	เอกชน	สมุทรปราการ
12. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (รังสิต)	ปริมณฑล	ในกำกับรัฐ	ปทุมธานี
13. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ (รังสิต)	ปริมณฑล	เอกชน	ปทุมธานี
14. มหาวิทยาลัยรังสิต	ปริมณฑล	เอกชน	ปทุมธานี
15. มหาวิทยาลัยมหิดล (ศาลายา)	ปริมณฑล	ในกำกับรัฐ	นครปฐม
16. มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ภูมิภาค	ในกำกับรัฐ	ขอนแก่น
17. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ภูมิภาค	ในกำกับรัฐ	เชียงใหม่
18. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ภูมิภาค	ในกำกับรัฐ	สงขลา

การสำรวจพื้นที่ศึกษาทั้ง 18 มหาวิทยาลัย ใช้ GPS application (Global positioning system) ในการสำรวจพื้นที่และแปลงข้อมูลด้วยโปรแกรม ARCG GIS (ARCG Geographic information system) เพื่อให้ได้ผลเป็น GIS Map ที่แสดงพื้นที่สถานศึกษา ร้านเหล้าและระยะห่างระหว่างสถานศึกษากับร้านเหล้า รวมทั้งแสดงจำนวน ความชุก (density) ของร้านเหล้าในแต่ละพื้นที่ศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

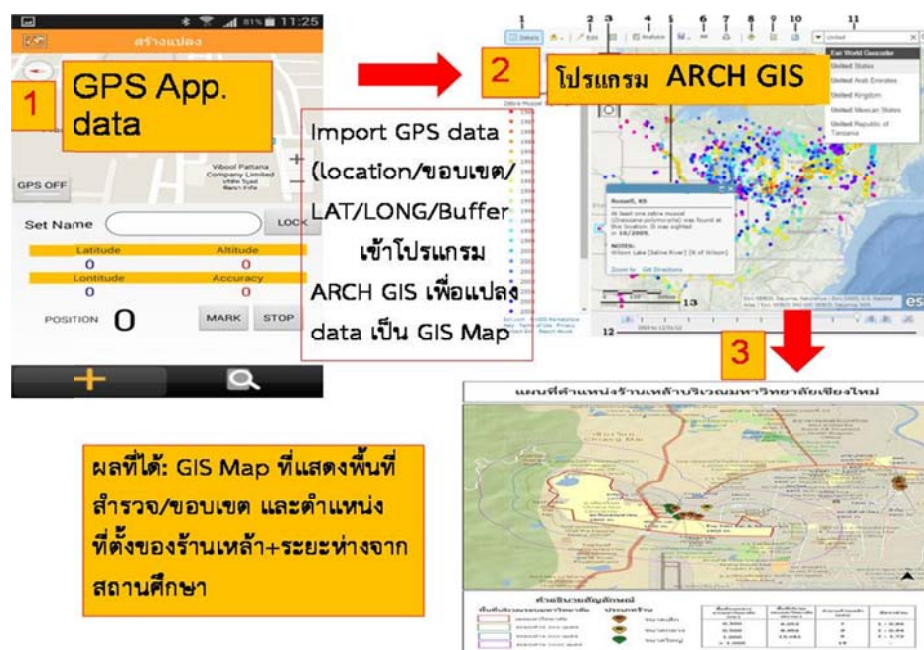
ขั้นที่ 1 เตรียมแผนที่ GPS Map ของ 18 มหาวิทยาลัย โดยใช้ GPS Application

ขั้นที่ 2 กำหนดพื้นที่ 300/500/1,000 เมตร และเกิน 1,000 เมตร แต่ไม่เกิน 6,000 เมตร รอบสถานศึกษาตามสภาพของสถานศึกษาที่ปรากฏในแผนที่

ขั้นที่ 3 สำรวจเชิงกายภาพ โดยทีมสำรวจเดินเท้าสำรวจตามสภาพจริง โดยใช้ GPS map และปัก Location ร้านเหล้าที่พบใน GPS Map และบันทึกข้อมูลในแบบสำรวจ

ขั้นที่ 4 Import GPS data เข้าโปรแกรม ARCG GIS เพื่อแปลง GPS Data เป็น GIS Map

ขั้นที่ 5 ได้ผลลัพธ์เป็น GIS Map ที่แสดงพื้นที่สำรวจ/ขอบเขต/ตำแหน่งร้านเหล้า/ระยะห่างระหว่างร้านเหล้าและสถานศึกษาในระยะ 300ม./500ม./1กม./เกิน 5กม. ทั้งหมด 18 map



ภาพที่ 1 แสดงตัวอย่าง GPS App และการแปลง GPS Data เป็น GIS Map ด้วยโปรแกรม ARCH GIS

การศึกษานี้สำรวจร้านเหล้ารอบสถานศึกษาในพื้นที่ศึกษาทั้ง 18 แห่ง จำนวนรวม 112 ร้าน โดยสำรวจการโฆษณาและการส่งเสริมการขายภายในร้านและนอกร้าน ในด้านป้ายโฆษณาต่างๆ และการแสดงตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทำการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก ถ่ายภาพ และการสำรวจแบบมีส่วนร่วม

การศึกษานี้ติดตาม Fanpage ของร้านเหล้าดังกล่าวจำนวน 20 Fanpage โดยเลือกแบบเจาะจงที่เป็น Official fanpage ของร้านนั้นๆเท่านั้นและมี page administrator เป็นผู้สื่อสาร (บางร้านไม่มี Fanpage) โดยทำการบันทึก Post frequency ยอด Follow/ ยอด Like / จำนวน comment / ความเร็วในการตอบกลับของแอดมินเพจ และวิเคราะห์รูปแบบของเนื้อหาในแต่ละ post ของเพจ โดยบันทึกลงในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยออกแบบ จัดทำขึ้นในรูปแบบ Excel chart และ Frequency graph บันทึกทุกอาทิตย์ เป็นเวลา 1 ภาคการศึกษาในช่วงคาบเกี่ยวระหว่างปี 2559-2560 ข้อมูลที่ติดตามและบันทึกจาก Fanpage มีดังนี้

- 1) ยอด like/follow
- 2) ยอด comment จากลูกเพจ (เฉลี่ย)
- 3) ยอด status จากแอดมินเพจ (เฉลี่ย)
- 4) อัตราการตอบกลับ
- 5) แยกประเภท/รูปแบบของกลยุทธ์การสื่อสารที่พบในแฟนเพจ (โดยแอดมินเพจ)

- 6) แยกประเภท/รูปแบบของกลยุทธ์การส่งเสริมการขายที่พบในแฟนเพจ (โดยแอดมินเพจ)
- 7) การทำผิดกฎหมายที่พบในแฟนเพจ (สื่อสารโดยแอดมินเพจ) ตามพรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แยกเป็น มาตรา 30 และมาตรา 32

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling group)

การศึกษาในครั้งนี้ เก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมการไปร้านเหล้ารอบสถานศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้เรียนระดับอุดมศึกษาและมัธยมศึกษา การได้มาซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างนั้น คำนวณด้วยโปรแกรม Sample size calculator โดยกำหนดค่า Confidence level ที่ 95% และ Confidence interval ที่ 2.5 เมื่อคำนวณแล้วได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 2,500 ราย แบ่งเป็นระดับอุดมศึกษา จำนวน 1,600 ราย และระดับมัธยมศึกษาจำนวน 900 ราย จากมหาวิทยาลัยในพื้นที่ศึกษา 6 แห่ง และโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่ศึกษาที่ตั้งอยู่ใกล้เคียงร้านเหล้ารอบสถานศึกษาจำนวน 4 แห่ง เนื่องจากพบว่าเยาวชนมัธยมปลาย (มัธยมปีที่ 5 และ 6) ก็เข้าไปใช้บริการในร้านเหล้ารอบสถานศึกษาเช่นเดียวกับนักศึกษาอุดมศึกษา

การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนั้นได้มาจากการสุ่มแบบ random sampling กำหนดอายุ 17-25 ปี คณะศิลปศึกษา เครื่องมือในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างใช้แบบสอบถามแบบ self-administered และการสัมภาษณ์กลุ่มโดยเลือกกลุ่มสัมภาษณ์แบบ purposive sampling จำนวน 30 ราย เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เคยไปร้านเหล้ารอบสถานศึกษามากกว่า 2 ครั้ง/เดือน การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) และมีโครงคำถามตามแนวผลกระทบ 3 ด้าน คือ ผลกระทบต่อตนเองและการเรียน ผลต่อการตัดสินใจไปร้านเหล้า และทัศนคติที่มีต่อร้านเหล้ารอบสถานศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ (Data analysis and statistics)

การศึกษานี้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ส่วน คือ การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ข้อมูลด้านพื้นที่แหล่งจำหน่าย และข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณในด้านประชากรศาสตร์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย และ ตารางไขว้ (Cross-tabulation) ใช้สถิติวิเคราะห์ Chi-square
2. ข้อมูลด้านพื้นที่ วิเคราะห์ความชุกของจำนวนร้านเหล้าต่อพื้นที่ โดยใช้โปรแกรม ARCH GIS
3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ในด้านผลกระทบ 4 ส่วน คือ ผลกระทบต่อพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ผลกระทบต่อสถานศึกษา ผลกระทบต่อชุมชน และผลกระทบในด้านการรับรู้ข่าวสารจาก social media ของร้านเหล้า และวิเคราะห์เนื้อหาการสื่อสารใน Fanpage ร้านเหล้าด้วยวิธี content analysis

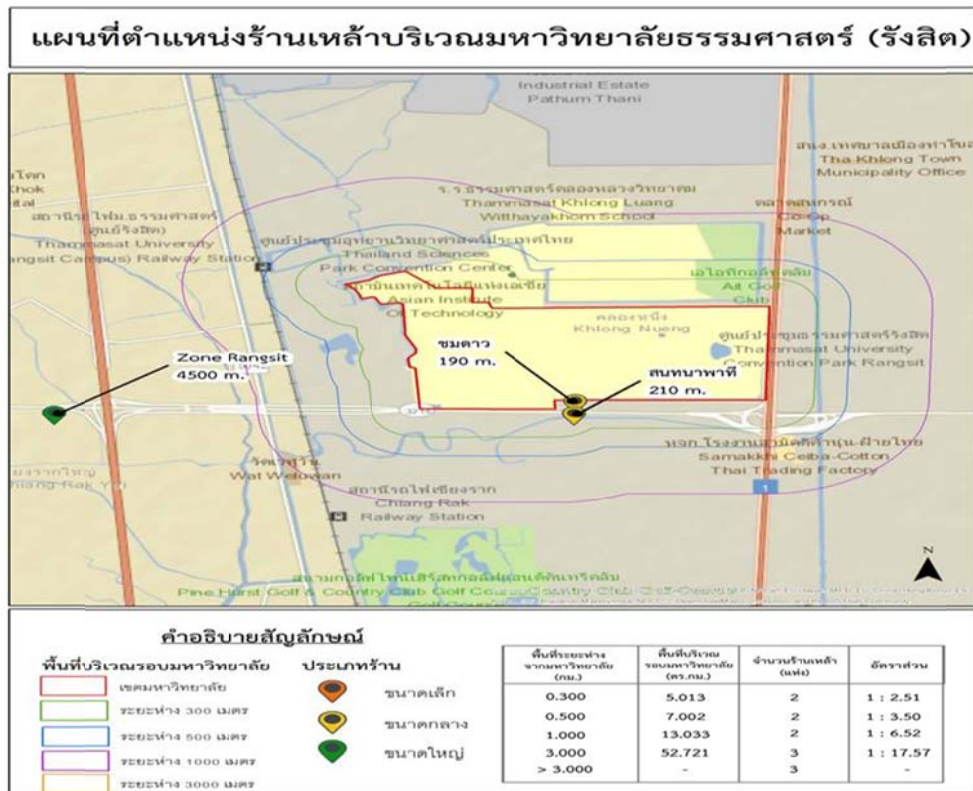
ผลการวิจัย (Results)

ผลการสำรวจร้านเหล้ารอบสถานศึกษา พบว่า สถานศึกษาทั้งหมด 18 แห่งที่ศึกษา ทุกแห่งมีร้านเหล้ารอบสถานศึกษาในรัศมีไม่เกิน 10 กิโลเมตร ยกเว้นมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ประสานมิตร) ที่ไม่มีร้านเหล้ารอบสถานศึกษาเนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องสถานที่ สถานศึกษาที่มีความเสี่ยงสูง คือ มีร้านเหล้าจำนวนเกิน 10 ร้าน มีจำนวน 5 สถานศึกษา ดังนี้ 1) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (19 ร้าน) 2) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์(หาดใหญ่) (19 ร้าน) 3) มหาวิทยาลัยรามคำแหง (ส่วนกลาง) (14 ร้าน) 4) มหาวิทยาลัยขอนแก่น (13 ร้าน) และ 5) มหาวิทยาลัยรังสิต (13ร้าน)

สถานศึกษาที่มีความเสี่ยงปานกลาง มีจำนวน 8 สถานศึกษา คือ คือ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศาลายา)/จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยสยาม/มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต/มหาวิทยาลัยกรุงเทพ(รังสิต)/มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย/มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์(บางเขน)/มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์(รังสิต) และสถานศึกษาที่มีความเสี่ยงต่ำ คือ มีร้านเหล้าจำนวน 1 - 2 ร้าน มีจำนวน 4 สถานศึกษา คือ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์(ท่าพระจันทร์)/มหาวิทยาลัยศิลปากร(ท่าพระ)/มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ(สุวรรณภูมิ) และ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ผลการสำรวจที่ได้จากโปรแกรม ARCG GIS สามารถแสดงได้ ดังตัวอย่างในภาพที่ 2 ซึ่งตำแหน่งของร้านเหล้าบริเวณรอบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ศูนย์รังสิต) โดยแสดงเขตไว้ 5 ระยะตามสีเส้น โดยเส้นสีแดง แสดงพื้นที่ของมหาวิทยาลัย เส้นสีเขียว แสดงระยะห่างที่ 300 เมตรจากรอบรั้วมหาวิทยาลัย เส้นสีฟ้าแสดงระยะห่าง 500 เมตร เส้นสีม่วง แสดงระยะห่าง 1,000 เมตร และเส้นสีเหลือง แสดงระยะห่างเกิน 1 กิโลเมตร โดยการแสดงเส้นสีเขียว สีฟ้า สีม่วงและสีเหลือง นั้นลากเป็นวงกลม buffer รอบพื้นที่มหาวิทยาลัย (การนับจำนวนร้านในรัศมี 500 ม./1000 ม./1กม. นั้น จะนับทบรวมร้านที่อยู่ในรัศมี 0-300 ม.ไปด้วย)

หมุดสีแดง เป็นสัญลักษณ์แทนร้านเหล้าขนาดเล็ก (พื้นที่ประมาณ 1 คูหาของห้องแถว) หมุดสีเหลือง เป็นสัญลักษณ์แทนร้านเหล้าขนาดกลาง (พื้นที่ประมาณบ้านพักอาศัย 1หลัง) หมุดสีเขียว เป็นสัญลักษณ์แทนร้านเหล้าขนาดใหญ่ จากในแผนที่ แสดงว่า ในระยะ 300 เมตรรอบมหาวิทยาลัย มีร้านเหล้าในรัศมีการเดินทางจริงนี้ 2 ร้าน คิดเป็นอัตราส่วน 1:2.51 มีร้านเหล้าในรัศมี 500 เมตร 2 ร้าน (นับรวมร้านในรัศมี0-300 ม.) มีร้านเหล้าในรัศมี 1,000 เมตร จำนวน 2 ร้าน (นับรวมร้านในรัศมี0-500 ม.) และมีร้านในรัศมีเกิน 1 กิโลเมตร 1 ร้าน รวมทั้งสิ้น มีร้านเหล้ารอบสถานศึกษา 3 ร้าน โดยในแผนที่ แสดงระยะการเดินทางจริงจากประตูทางเข้าออกหลักของมหาวิทยาลัย (ทางด้านหลัง) ไปยังร้าน "ชมดาว" ระยะทาง 190 เมตร และร้าน "สนทนาพาที" ระยะทาง 210 เมตร แผนที่แสดงให้เห็นว่าร้านอยู่ใกล้สถานศึกษามาก เข้าถึงได้ง่ายมาก



ภาพที่ 2 แสดงแผนที่ GIS ผลการสำรวจร้านเหล้ารอบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (รังสิต)

ผลการสำรวจ Fanpage ร้านเหล้า พบว่า ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป ร้านเหล้ารอบสถานศึกษาใช้ Social media แทนสื่อแบบดั้งเดิมเพื่อส่งเสริมการขายและโฆษณาทุกรูปแบบ ยอด Media engagement ของทุกร้าน สูงขึ้นทุกเดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 โดยสูงขึ้นตั้งแต่ร้อยละ 2 - 20 ช่วงเวลาที่ ยอด Media engagement สูงที่สุด คือ เดือนเมษายน เนื่องจากการจัดงานเทศกาลสงกรานต์ และเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน เนื่องจากเป็นช่วงเปิดเทอมใหม่/รับน้อง และมี Post frequency สูงทุกร้าน เฉลี่ยวันละ 2 Post พบว่า หากร้านเหล้ามีการจัดงาน/กิจกรรม/โปรโมชั่น อย่างน้อยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง หรือ แอดมินเพจ Up status ทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 Status หรือ Re-post มีผลต่อการสนใจติดตามเพจร้านเหล้าของกลุ่มลูกค้า

จากการวิเคราะห์เนื้อหาใน Fanpage พบว่า เนื้อหาส่วนใหญ่มีประเด็นสารและสัดส่วนที่ปรากฏ ดังนี้

1. เนื้อหาด้านโปรโมชั่น(ทุกประเภท) มีสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16 ของเนื้อหาทั้งหมด

2. เนื้อหาด้านคอนเสิร์ต/กิจกรรมดนตรี มีสัดส่วนรองลงมาเป็นอันดับสอง คิดเป็นร้อยละ

14

3. เนื้อหาด้านโฆษณาแฝง เนื้อหาด้านเชิญชวนไปดื่มไปเที่ยวหรือมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดื่มและภาพต่างๆในร้านเหล้า เช่น ภาพนักเที่ยว ภาพเวที ภาพคอนเสิร์ต ฯลฯ มีสัดส่วนเป็นอันดับสามเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 13

4. เนื้อหาด้านกีฬา เช่น ชวนดื่มเชียร์ดูบอล ฯลฯ เนื้อหาด้านการโพสต์คำคม/สโลแกนเกี่ยวกับการดื่มและยี่ห้อเครื่องดื่ม เนื้อหาด้านโฆษณาผลิตภัณฑ์โดยตรง มีสัดส่วนเป็นอันดับสี่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 6

ผลการติดตามการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ พบว่า พื้นที่เปลี่ยนแปลงมากที่สุดในด้านแหล่งจำหน่าย คือ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย พบว่า มีร้านเหล้าลดลงจากปี 2558 จาก 21 ร้าน เหลือ 3 ร้านในปี 2560 ในภาพรวม พบว่า ทุกพื้นที่ๆสำรวจ มีแนวโน้มร้านเหล้าลดลง โดยสามารถแสดงจำนวนร้าน แบ่งตามประเภท และมหาวิทยาลัยได้ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและประเภทของร้านเหล้ารอบสถานศึกษา 18 แห่ง

ชื่อสถานศึกษา	จำนวนร้านทั้งหมด	จำนวนร้านแบ่งตามประเภท		
		ประเภท 1 (นั่งดื่ม)	ประเภท 2 (Dance)	ประเภท 3 (ผสมผสาน)
1. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	5 ร้าน	1 ร้าน	-	4 ร้าน
2. 2.1 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (วิทยาเขตท่าพระจันทร์) และ 2.2 มหาวิทยาลัยศิลปากร (วิทยาเขตท่าพระ)	2 ร้าน	-	-	2 ร้าน
3. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (วิทยาเขตรังสิต)	3 ร้าน	-	1 ร้าน	2 ร้าน
4. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (วิทยาเขตบางเขน)	3 ร้าน	1 ร้าน	-	2 ร้าน
5. มหาวิทยาลัยมหิดล (วิทยาเขตศาลายา)	5 ร้าน	2 ร้าน	-	3 ร้าน
6. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (วิทยาเขตประสานมิตร)	-	-	-	-
7. มหาวิทยาลัยรามคำแหง (วิทยาเขตกลาง)	14 ร้าน	6 ร้าน	1 ร้าน	7 ร้าน
8. มหาวิทยาลัยรังสิต	13 ร้าน	4 ร้าน	2 ร้าน	7 ร้าน
9. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ (วิทยาเขตรังสิต)	3 ร้าน	1 ร้าน	-	2 ร้าน
10. มหาวิทยาลัยสยาม	4 ร้าน	1 ร้าน	1 ร้าน	2 ร้าน
11. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต	3 ร้าน	1 ร้าน	-	2 ร้าน
12. มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ	2 ร้าน	-	-	2 ร้าน

ชื่อสถานศึกษา	จำนวนร้านทั้งหมด	จำนวนร้านแบ่งตามประเภท		
		ประเภท 1 (นั่งดื่ม)	ประเภท 2 (Dance)	ประเภท 3 (ผสมผสาน)
(วิทยาเขตสุวรรณภูมิ)				
13. มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย	3 ร้าน	1 ร้าน	-	2 ร้าน
14. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	1 ร้าน	-	1 ร้าน	-
15. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	19 ร้าน	7 ร้าน	3 ร้าน	9 ร้าน
16. มหาวิทยาลัยขอนแก่น	13 ร้าน	5 ร้าน	-	8 ร้าน
17. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	19 ร้าน	5 ร้าน	1 ร้าน	13 ร้าน

ผลการติดตามเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย พบว่า การบังคับใช้กฎหมายในด้านการควบคุมแหล่งจำหน่ายได้ผลสำเร็จในด้านจำนวนร้านเหล้าลดลงร้อยละ 20 - 50 ในหลายพื้นที่ ร้านย้ายออกไปไกลสถานศึกษามากขึ้นในทุกพื้นที่ๆ เฉลี่ยย้ายออกไปไกล 1 กิโลเมตร จากสถานศึกษา แต่ยังคงมีร้านในรัศมี 300 เมตรอยู่ในบางพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 31

พบว่า การบังคับใช้กฎหมายในด้านการควบคุมแหล่งจำหน่าย ในคำสั่งห้ามตั้งร้าน/ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ หรือ ใกล้หอพัก ไม่สามารถบังคับใช้ได้จริง โดยพบว่า ในหลายพื้นที่ ร้านเหล้าอยู่บริเวณหอพัก

คำสั่งที่พบว่า เอื้อต่อผู้ประกอบการร้านเหล้า และทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาร้านเหล้าในรัศมี 300 เมตร คือ หนังสือชักชวนความเข้าใจ ภายหลังคำสั่ง คสช. 22/2558 ที่ระบุว่า ร้านเดิมที่ได้รับใบอนุญาตยังสามารถขายต่อได้ แต่ห้ามให้ใบอนุญาตแก่ผู้ประกอบการรายใหม่ ทำให้ร้านเหล้าเดิมที่ยังอยู่ในรัศมี 300 เมตร ก็ยังสามารถอยู่ต่อได้ ซึ่งพบปัญหานี้ในพื้นที่ มหาวิทยาลัยรังสิต/มหาวิทยาลัยกรุงเทพ(รังสิต)/มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์(รังสิต)/และมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย

ในด้านการกระทำผิดกฎหมายที่พบใน Fanpage ของร้านเหล้ารอบมหาวิทยาลัย ตาม พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2551 พบว่า แพนเพจร้านเหล้ากระทำผิดกฎหมาย 3 ประการ ดังนี้

1. กระทำผิดในด้านการขาย มาตรา 30 มาตรา 30(3) การลดราคาเพื่อประโยชน์ในการขาย มาตรา 30(4) การให้หรือเสนอสิทธิใดๆ ซึ่งโชค รางวัล แลกสลาก แลกซื้อ แก่ผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรา 30(5) แจก แถม ให้ และกำหนดเงื่อนไขในลักษณะบังคับซื้อ โดยพบว่า เนื้อหาในด้านการส่งเสริมการขายในแพนเพจมีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16 ของเนื้อหาทั้งหมด

2. กระทำผิดในด้านการสื่อสาร มาตรา 32 โฆษณาซื้อสินค้า/เครื่องหมายอวดอ้างสรรพคุณสูงใจให้ดื่ม โดยพบว่าเนื้อหาด้านโฆษณาตรงหรือโฆษณาผลิตภัณฑ์มีสัดส่วนร้อยละ 6

3. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องกำหนดวันห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่3) 2558 โดยประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี ข้อ (2) ห้ามขายในวันสำคัญทางศาสนา โดยพบว่า มีการสื่อสารที่แสดงให้เห็นลูกค้าทราบว่าที่ร้านเปิดขายและบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันเข้าพรรษา

4. กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการแสดงตราสัญลักษณ์ประกอบการโฆษณา ปี 2553 ข้อ 3(1) ข้อ 3(2) ข้อ 3(3) และข้อ 3(4) พบว่า แพนเพจร้านเหล้าแสดงตราสัญลักษณ์สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นตราสัญลักษณ์บนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มบนสื่อโฆษณาโดยตรง โดยแสดงในทุกเนื้อหา

ผลวิจัยพบว่า ประกาศ สคบ. 9/2558 เรื่องการห้ามให้บริการบาราเก้ พบว่า มีการบังคับใช้สูงผลในร้านเหล้ารอบสถานศึกษา เนื่องจากร้านงดให้บริการบาราเก้ โดยก่อนหน้านี้ (ก่อนปี 2558) หลายร้านให้บริการบาราเก้ด้วย

ผลสำรวจด้านพฤติกรรมกรไปดื่มที่ร้านเหล้ารอบสถานศึกษาในกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่างระดับอุดมศึกษาร้อยละ 67 มีพฤติกรรมกรดื่ม กลุ่มตัวอย่างระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 37.9 มีพฤติกรรมกรดื่ม กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (93%) บอกว่าตนเองดื่มกับเพื่อนตลอดเวลา เหตุผลคือ ขวนขวายกันไป สถานที่ๆไปดื่มบ่อยที่สุด คือ ร้านเหล้าใกล้สถานศึกษา ผับบาร์ในเมือง (ยกเว้นกลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่1) และบ้าน/หอเพื่อน โดยร้อยละ 68 ไปร้านเหล้าแถวสถานศึกษาครั้งแรกเมื่ออยู่มหาวิทยาลัยตอนเข้าปี 1

ในด้านผลกระทบของร้านเหล้าต่อกลุ่มเสี่ยงวัยเรียน จากการรายงานของนักศึกษาพบว่า มีผลกระทบในด้านการเมา ร้อยละ 66 ยอมรับว่า เมื่อไปเที่ยวร้านเหล้ารอบมหาวิทยาลัย ตนเองจะเมา ร้อยละ 53 จะดื่มเพิ่มมากกว่าปกติ มีรายจ่ายค่าดื่ม 1/3 ของรายได้/อาทิตย์ ร้อยละ 46 เคยเกิดอุบัติเหตุหลังการไปดื่ม ร้อยละ 31 ผลการเรียนตก ได้คะแนนน้อย เพราะการเมาและไม่สามารถไปสอบหรือลืมสอบ ร้อยละ 45 เคยต้องขึ้นโรงพักหรือมีคดีความจากการวิวาทหลังการไปดื่มที่ร้านเหล้ารอบสถานศึกษา

อภิปรายผล (Discussion)

จากการสำรวจสถานศึกษา 18 แห่ง พบว่า สถานศึกษาที่มีร้านเหล้าในจำนวนมาก(เกิน10 ร้าน) มีความเสี่ยงสูงที่สุด มี 5 ลำดับ แต่มีจำนวนร้านเหล้าลดลง เมื่อเทียบกับจำนวนร้านเหล้าที่สำรวจพบในปี 2558 โดยลดลงร้อยละ 20-50 สถานศึกษาที่เปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ในภาพรวม พบว่า ทุกพื้นที่ๆสำรวจ มีแนวโน้มร้านเหล้าลดลงทุกพื้นที่ การบังคับใช้กฎหมายในด้านการควบคุมแหล่งจำหน่าย ในช่วงรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ในภาพรวมพบว่า ได้ผลสำเร็จ ดังนี้ 1) จำนวนร้านลดลงอย่างเห็นได้ชัดในบางพื้นที่ พบว่ามีจำนวนร้านที่ลดลงตั้งแต่ร้อยละ 20-50 2) ร้านย้ายออกไปไกลสถานศึกษามากขึ้นในทุกพื้นที่ๆสำรวจเฉลี่ย 1 กิโลเมตรจากสถานศึกษาแต่ยังคงมีร้านในรัศมี 300 เมตรอยู่ในบางพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 31 และ 3) ประกาศ สคบ. 9/2558 พบว่า มีผลสัมฤทธิ์ในระดับสูง เนื่องจากร้าน งดการให้บริการบาราเก้ ส่วนการปฏิบัติตาม พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี 2551 นั้น พบว่า ร้านเหล้าไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย โดยทำ

การโฆษณาและส่งเสริมการขายในสื่อ social media ซึ่งการเฝ้าระวังจากทางภาครัฐในส่วนนี้ยังไม่สามารถควบคุมสื่อ social media ได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy recommendation)

จากการสำรวจ พบว่า ร้านเหล้าไม่ได้ใช้ป้ายโฆษณาแบบดั้งเดิมเพื่อทำการโฆษณาและส่งเสริมการขาย ซึ่งมองเห็นได้ง่ายจากหน้าร้าน แต่ใช้สื่อ social media แทน ซึ่งหน่วยงานภาครัฐยังสอดส่องตรวจตราไม่ถึง ทำให้ร้านเหล้าละเมิดพร.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดในมาตรา 30 และมาตรา 32 ด้วยการโฆษณาและส่งเสริมการขายออนไลน์ ควรอย่างยิ่งที่ภาครัฐจะต้องควบคุมและปราบปรามการใช้สื่อ social media ของร้านเหล้าในการสื่อสารและส่งเสริมการขาย

จากการศึกษาพบว่า สถานศึกษาได้ดำเนินนโยบายและมีมาตรการในการควบคุมร้านเหล้ารอบสถานศึกษา 3 มาตรการ ดังนี้

1.1 พิงพาสื่อมวลชนผสานกับสื่อออนไลน์ เป็นกระบอกเสียง หรือช่วยจุดประเด็นเรื่องร้านเหล้ารอบสถานศึกษาให้กลายเป็นประเด็นทางสังคม ซึ่งพบว่า ได้ผลมากที่สุด และเร็วที่สุด

1.2 มีมาตรการเชิงรุกเช่น ตั้งด่านตรวจจากจนถึงร้านเหล้า ปิดเส้นทาง ฯลฯ พบว่า ได้ผลในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าหรือระยะสั้น

1.3 สร้างความร่วมมือแบบ 6 ภาคี คือ มหาวิทยาลัยร่วมกับชุมชนที่ได้รับผลกระทบ สนับสนุนโดยเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ส่วนกลาง และสื่อมวลชน โดยมีผู้ประกอบการเข้าร่วมรับทราบ ซึ่งพบว่า การสร้างความร่วมมือแบบ 6 ภาคีนี้ได้ผลมากที่สุดในการแก้ปัญหาระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนโดยศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ประจำปี 2560-2561

เอกสารอ้างอิง (References)

- กรวรรณ บุชบง. (2557). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตสาขาสุขภาพศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตบางเขน. การศึกษาปัญหาพิเศษ, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จักรพันธ์ กิตตินรัตน์.(2554).ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร.รายงานวิจัย,ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- เชษฐ รัชดาพรณาธิกุล.(2552).การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายตามพรบ.เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร.รายงานวิจัย,ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

- บุญทริกา บุญไชยแสน และคณะ. (2555).การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้และการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามและผู้อำนวยการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบเขตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.รายงานวิจัย,ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- ภัทรพล พลพนาธรรม. (2556).การกระจายตัวของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในกรุงเทพมหานคร. รายงานวิจัย,ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- อุบลรัตน์ นาคพันธุ์. (2557).การดื่มแอลกอฮอล์กับผลการเรียนของนักศึกษา : การวิเคราะห์ทางเศรษฐมิติ.วารสารพัฒนาการเศรษฐกิจปริทรรศน์, 8 (1).
- Campbell, Hahn, Elder, *et al.* (2009).The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 37,556-569
- Clapp, Reed, Holmes, Lange, Voas. (2006), Drunk in public, drunk in private: the relationship between college students' drinking environments and alcohol consumption. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 275-285.
- Foster, Trapp, Hooper, Oddy, Wood, Knuiman. (2017).Liquor landscapes: Does access to alcohol outlets influence alcohol consumption in young adults? *Health & Place*, 45:17-23.
- Kuo, Wechsler, Greenberg, Lee. (2003). The marketing of alcohol to college students: the role of low prices and special promotions. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (3),204-11.
- Kypri, Paschall, Langley, Baxter, Bourdeau. (2010).The role of drinking locations in university student drinking: Findings from a national web-based survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 111 (1-2), 38-43.
- McCreanor, Lyons, Griffin, Goodwin, Barnes, Hutton. (2013).Youth drinking cultures, social networking and alcohol marketing: implications for public health. *Critical Public Health*, 23(1).
- Moreno , Whitehill.(2014).Influence of Social Media on Alcohol Use in Adolescents and Young Adults. *Alcohol Research*, 36(1),91-100.
- Rowland, Whipp, Hemphill, Leung, Livingston, Toumbourou. (2016). The density of alcohol outlets and adolescent alcohol consumption: An Australian longitudinal analysis. *Health & Place*, 43-49.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี*

วานิช สุขสถาน**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนผู้มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาศัยอยู่ในอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 302 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า พบว่า มีทั้งหมด 6 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p\text{-value} < 0.001$) อายุ ($r = -0.214$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.267$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.664$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.360$, $p\text{-value} < 0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.537$, $p\text{-value} < 0.001$)

ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล หรือหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ควรมีการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้มีสุขภาพดี เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง/ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

*ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

**วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, Corresponding author, wanich.su@ssru.ac.th

Factors related to Health - Promoting Behaviors among People at Risk of Hypertension Under the Universal Coverage Policy, Khemarat District, Ubon Ratchathani Province*

Wanich Suksatan**

Abstracts

This cross-sectional survey research aimed to study the factors related to health - promoting behaviors among people at risk of hypertension under the universal coverage policy. The sample was composed of 302 People at Risk of Hypertension in community from Khemarat District, Ubon Ratchathani Province. The health - promoting behaviors were assessed by validated questionnaire. Data were analyzed using t-test, and Pearson's correlation coefficient.

Results indicated that according to correlation with health - promoting behaviors among people at risk of hypertension can be explained by six variables, namely, educational level (p -value<0.001), age ($r = -0.214$, p -value<0.001), perceived self-efficacy in health promotion ($r = 0.267$, p -value <0.001), perceived of health benefits ($r = 0.664$, p -value<0.001), perceived barriers to health promotion ($r = -0.360$, p -value <0.001), and social supports ($r = 0.537$, p -value <0.001) were significant (p -value <0.05).

In summary, the health academics, nurses, or all sectors of health promotion should promote healthy behavior among people prior to becoming affected with high blood pressure. This will enhance health - promoting behaviors among people at risk of hypertension resulting to better quality of life.

Key words: Health - Promoting Behaviors/ People at Risk of Hypertension/ Universal Coverage Policy

*Funded by Institute for Research and Development, Suan Sunandha Rajabhat University

**College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Corresponding author, wanich.su@ssru.ac.th

บทนำ (Introduction)

องค์การสหประชาชาติและประเทศต่างๆ มีความพยายามในการผลักดันการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ ให้มีความยั่งยืนและบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Healthcare Coverage : UHC) มามากกว่า 10 ปี (World Health Organization, 2005) จนกระทั่งในเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 สหประชาชาติมีการตั้งเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยในเป้าหมายข้อ 3.8 กำหนดให้ทุกประเทศบรรลุความสำเร็จในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายในปี 2573 (Sustainable Development Solutions Network, 2015) ประเทศไทยมีความพยายามดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ครอบคลุมคนไทยทุกคนในปี พ.ศ. 2545 ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐหลายระบบ เป้าหมายหลักของระบบประกันสุขภาพ คือการคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพตามความจำเป็นของประชาชน และปกป้องครัวเรือนจากการเกิดวิกฤติทางการเงินหรือการที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Kutzin, J., 2000)

ในปัจจุบันเห็นได้ว่า มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทย และมีการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา ทำให้รูปแบบของโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากสถานการณ์ทั่วโลกในปัจจุบัน พบว่ามีผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาโดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก็ยังพบเช่นกันว่ามี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกัน และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.6 พันล้านคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงเป็นภัยเงียบที่เป็นอันตรายคุกคามชีวิตประชาชนมากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งประเทศ พ.ศ. 2552 -2555 และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น (ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี, 2555)

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง แบ่งการปกครองออกเป็น 25 อำเภอ 219 ตำบล ในปี พ.ศ. 2557 มีประชากรทั้งหมด 1,836,523 คน (Ministry of Public Health, 2555) จากรายงานสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับรายโรค จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2558 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายมากที่สุด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2558) จากสถานการณ์ โรคความดันโลหิตสูงกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทุกประเทศประสบปัญหาอยู่ ต่างก็พบว่าสาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ทั้งการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดความเครียด เป็นประเด็นปัญหาสำคัญ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานีโดยใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green LW, Kreuter MW, 1991) ในขั้นตอนที่ 4 มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพและกำหนดมาตรการที่นำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอนาคตได้

คำถามการวิจัย (Research Questions)

ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

นิยามศัพท์ (Definition)

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานีปฏิบัติทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

2. กลุ่มเสี่ยงโรคความดัน หมายถึง กลุ่มประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ และได้รับการจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความดันโลหิตซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท และ มีระดับ BMI มากกว่า 23.5 และหรือ มีรอบเอวชายมากกว่า 90 เซนติเมตร หญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร

วิธีการดำเนินการวิจัย (Method)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross - sectional survey study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประชากร คือ ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชาชนผู้มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่ทราบจำนวนที่แน่ชัด

ตัวอย่าง คือ ประชาชนในอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองได้รับการตรวจประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงประชาชนผู้มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 302 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบชนิดเลือกตอบและคำถามปลายเปิด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และการประกอบอาชีพ จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีข้อให้เลือกตอบ 4 ระดับ จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีข้อให้เลือกตอบ 4 ระดับ จำนวน 38 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีข้อให้เลือกตอบ 4 ระดับ จำนวน 28 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีข้อให้เลือกตอบ 4 ระดับ จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีข้อให้เลือกตอบ 4 ระดับ จำนวน 43 ข้อ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าความตรงของแบบสอบถาม (Content Validity Index) ได้ค่าความตรงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.84 การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.78 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.84 และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 1 ทดสอบแบบสอบถามเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.86 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.80 การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.84 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.92 และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน (IRB) จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA.1-024/201 วันที่ 1 พฤษภาคม 2561 ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งเก็บข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศึกษาด้วยสถิติ t-test สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย (Results)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 302 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.20 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.82 ± 4.82 ปี (Mean $\pm$ SD) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 40.4 ระดับการศึกษาสูงสุด จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 68.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,942.82 บาท และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80.62

กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง 64.90 เมื่อพิจารณา พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ร่างกาย ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย และด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.58, 61.59, 60.93, 60.27, 58.28 และ 56.95 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และการประกอบอาชีพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทดสอบโดยวิธีสถิติ t-test พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนเพศ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และการประกอบอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้สถิติ t-test ($n=302$)

ตัวแปร	กลุ่ม	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ		p-value
		n	Mean $\pm$ SD	
เพศ	ชาย	108	92.66 ± 10.58	0.152
	หญิง	194	93.42 ± 10.32	
สถานภาพสมรส	โสด/หม้าย/หย่า/แยก	180	90.26 ± 8.35	0.826
	คู่	122	91.48 ± 8.42	
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	207	72.44 ± 8.12	0.001*
	มัธยมศึกษาเป็นขึ้นไป	95	83.64 ± 12.06	
รายได้ต่อเดือน	< 10,000 บาท	226	88.68 ± 9.42	0.064

ตัวแปร	กลุ่ม	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ		p-value
		n	Mean $\pm$ SD	
การประกอบอาชีพ	> 10,000 ขึ้นไป	76	86.65 $\pm$ 9.69	0.189
	เกษตรกรรม	242	88.61 $\pm$ 9.63	
	รับจ้างทั่วไป/แม่บ้าน	60	89.82 $\pm$ 9.84	

*Significant at p-value < 0.05

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทดสอบด้วยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า อายุ ($r = -0.214$, p-value < 0.001) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.267$, p-value < 0.001) การรับรู้ประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.664$, p-value < 0.001) การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.360$, p-value < 0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.537$, p-value < 0.001) มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) (n=302)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value
อายุ	-0.214	<0.001*
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ	0.267	<0.001*
การรับรู้ประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพ	0.664	<0.001*
การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ	-0.360	<0.001*
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.537	<0.001*

*Significant at p-value < 0.001

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussions and conclusions)

จากผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า มีทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์สร้าง

เสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ในการศึกษานี้พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ($r = -0.214$, $p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า คนอายุน้อยมีพฤติกรรมโดยรวมดีกว่าคนอายุมาก เมื่ออายุมากขึ้นพบว่าคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลง อาจเนื่องมาจากการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีอายุ 35 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 42.82 ปี อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 68 ปี ความสัมพันธ์ทางลบของอายุกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อาจเชื่อมโยงได้กับความสัมพันธ์ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.54 มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา และกลุ่มการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา อายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภญา บุญวรสถิต และคณะ (2559) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการสังกัดกรมราชทัณฑ์ ในเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา เช่นเดียวกับการศึกษาของกิตติพัฒน์ สารห้วยไพร (2551) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดกองทัพเรือ

ระดับการศึกษาพบว่ามีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีกลุ่มการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป ทั้งนี้การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีจะต้องเป็นผู้รู้ โดยผ่านกระบวนการศึกษาหาความรู้สอดคล้องกับการศึกษาของ Vike Pebri Gienaa, et al. (2018), Umakorn Jaiyunguen, et al. (2012) และการศึกษาของ Cinzia Giulia, et al. (2012) พบว่าระดับการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ($r = 0.267$, $p\text{-value} < 0.001$) การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่าตนเองสามารถทำได้ และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองเพื่อเป็นแรงผลักดันทั้งภายในและภายนอกในการที่จะดำรงตนให้เป็นผู้มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Li, W.-W., et al. (2010) และการศึกษาของ Pender, N. J., et al. (2011) พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าการรับรู้ประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ($r = 0.664$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย คุณิพงษ์ (2560) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชุมชนบ้านคางหมูที่ 3 ตำบลบางกระบือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี พบว่า การรับรู้

ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ($r = -0.360$, $p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพมีส่วนสำคัญในการสร้างพฤติกรรมที่ดี เนื่องจากหากบุคคลรับรู้อุปสรรค มักจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thanavaro, J.L., et al (2010) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกับการศึกษาของ Umakorn Jaiyungyuen, et al. (2012) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ และปัจจัยสุดท้ายที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.537$, $p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า สมาชิกครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และบุคคลสำคัญอื่นๆ เป็นบุคคลที่เป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสร้างเสริมสุขภาพในการช่วยกระตุ้นความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Y.H. Shin, et al. (2005) และการศึกษาของ A. Kamran, et al. (2015) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

จากผลการศึกษาในครั้งนี้เสนอแนะให้หน่วยบริการสาธารณสุข ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรจัดกิจกรรมหรือโครงการในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปอาจมีการตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิการรักษาอื่นๆ เช่น ข้าราชการ ประกันสังคม ประกันชีวิต เพื่อยืนยันองค์ประกอบจากข้อมูลที่หลากหลายและนำมาหาข้อสรุปภาพรวมในบริบทของประเทศไทยที่สามารถทำให้เป็นมาตรฐานและยอมรับในระดับสากลได้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่

คณะผู้วิจัยเป็นอย่างดีและขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้ และทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง (References)

- กิตติพัฒน์ สาขัญไพโร. (2551). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดกองทัพอากาศ (ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาวิชาการพัฒนารัพยากรณมนุษย์, บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กลุ่มงานยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. (2558) รายงานสาเหตุการเจ็บป่วยรายโรคผู้ป่วยนอก อุบลราชธานี. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2561]. เข้าถึงได้จาก จาก http://www.phoubon.in.th/data/data59/healthstatus_59.pdf.
- ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี. (2555). โรคความดันโลหิตสูง.วารสารวิชาการโรงพยาบาลราชวิถี.1-3
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ฉบับปรับปรุง 2558.
- สุกัญญา บุญวรสถิต, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการสังกัดกรมราชทัณฑ์ในเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา.11(1):52-62.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2553). แนวโน้มโรคไม่ติดต่อ. วารสารกระทรวงสาธารณสุข.
- อภิชาติ คุณิพงษ์. (2560).ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดปทุมธานี.วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์;13(3).
- A. Kamran, L. Azadbakht, G. Sharifirad, B. Mahaki, S. Mohebi. (2015).The relationship between blood pressure and the structures of Pender's health promotion model in rural hypertensive patients. J Educ Health Promot, pp. 1-8.
- Cinzia Giulia, Roberta Papab, Eugenio Mocchegianic, Fiorella Marcellinib. (2012). Predictors of participation in physical activity for community-dwelling older adult italians, vol. 54, Elsevier Archives of Gerontology and Geriatrics.pp. 50-54.
- Green LW, Kreuter MW. (1991). Health promotion planning: An education and environmental approach. 3th ed. Mayfield Publishing Company.
- Kutzin, J. (2000). Towards universal health care coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis. Washington, DC:The World Bank. [Internet] accessed May 12, 2018.Available at:<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Kutzin-TowardUniversal-whole.pdf>.

- Li, W.-W., Wallhagen, M.I., Froelicher, E.S. (2010). Factors predicting blood pressure control in older adult Chinese immigrants to the United States of America. *J Adv Nurs*, 66 (10), pp. 2202-2212.
- Ministry of Public Health, Audit and Evaluation Committee. (2014). A summary of the operating results of indicators of the Ministry of Public Health, Ubonratchathani province. Ubonratchathani Provincial Public Health Office.
- N.J. Pender, C.L. Murdaugh, M.A. Parsons. (2011). *Health promotion in nursing practice* Pearson Education, Inc., New Jersey.
- Sustainable Development Solutions Network (SDSN). (2015). Indicators and a monitoring framework for the Sustainable Development Goals: Launching a data revolution. A report to the Secretary-General of the United Nations.
- Thanavaro, J.L., Thanavaro, S., Delicath, T. (2010). Health promotion behaviors in women with chest pain *Elsevier Heart Lung*, 39 (5), pp. 394-403.
- Umakorn Jaiyungyuen, Nantawon Suwonnaroop, Panudda Priyatrak, Kanokporn Moopayak. (2012). Factors influencing health-promoting behaviors of older people with hypertension Mae Fah Luang University International Conference.(1):1-9.
- Vike Pebri Gienaa, Sunanta Thongpatb, Pornruedee Nitirat. (2018). Predictors of health-promoting behaviour among older adults with hypertension in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences*.5(2).pp.201-205.
- World Health Organization. (2018). World Health Assembly: Resolution and Decisions WHA58.33 Sustainable health financing, universal Coverage and social health insurance. [Internet] accessed May 10, 2018. Available http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20383/1/WHA58_33-en.pdf?ua=1
- Y.H. Shin, S. Yun, N.J. Pender, H. Jang. (2005). Test of the health promotion model as a causal model of commitment to a plan for exercise among Korean adults with chronic disease *Res Nurs Health*, pp. 117-125.

เนื้อหาและความถูกต้องตามกฎหมายของโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และยาจากสื่อวิทยุในชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม

ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง*[±] ธนพงศ์ ภูผาลี*
ปวีณี ประเทพา** นัฐกร จอมทรัพย์ ** กานต์ธิดา สารวัน**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความถูกต้องตามกฎหมายของเนื้อหาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและยาที่โฆษณาทางวิทยุที่ประชาชนบ้านมะกอกสามารถรับฟังได้ **วิธีการ:** วิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยการบันทึกเนื้อหาโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและยา ที่ออกอากาศทางวิทยุกระจายเสียง 6 สถานี ในชุมชนบ้านมะกอก เป็นเวลา 1 เดือน ระหว่างตุลาคม-พฤศจิกายน 2555 ทุกวันพุธและวันศุกร์ เพื่อเป็นตัวแทนวันราชการ และทุกวันอาทิตย์เพื่อเป็นตัวแทนของวันหยุดราชการ ตั้งแต่เปิดสถานี จนปิดสถานี ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย 3 คน **ผลการวิจัย:** ผลการบันทึกโฆษณาทางวิทยุ พบจำนวนชิ้นโฆษณาทั้งหมด 100 ชิ้นต่อเดือน เป็นโฆษณายา จำนวน 74 ชิ้น โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จำนวน 26 ชิ้น ออกอากาศทั้งวันราชการและวันหยุดราชการ รูปแบบการถ่ายทอดเนื้อหา พบรูปแบบสปอตวิทยุมากที่สุด (ร้อยละ 62) ผลการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา พบว่าโฆษณายาทั้งหมดมีเนื้อหาไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ส่วนใหญ่ไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 มาตรา 88 (2) คือแสดงสรรพคุณยาอันเป็นเท็จหรือเกินความจริง สำหรับโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทุกชิ้นพบว่า มีเนื้อหาไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนข้อความที่ไม่ถูกต้องของโฆษณาตามกฎหมายของผลิตภัณฑ์ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 6 ปัจจัยคือ คลื่นเอชเอ็น ความถี่ FM ออกวันหยุดราชการ ช่วงเวลาเย็น ออกอากาศนานมากกว่า 2 นาทีต่อครั้ง รูปแบบโฆษณาโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่ใช้แล้วได้ผล จะมีจำนวนข้อความที่ไม่ถูกต้องมากกว่า **สรุป:** เนื้อหาของสื่อโฆษณาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผ่านทางวิทยุในชุมชนบ้านมะกอก มีรูปแบบในการสื่อสารหลายแบบ ออกอากาศมากกว่า 2 นาทีต่อครั้ง มากกว่า 4 ครั้งต่อวัน และเผยแพร่ทุกวัน แต่ไม่มีความถูกต้องของเนื้อหาโฆษณาตามกฎหมายทุกโฆษณา

คำสำคัญ: สื่อโฆษณา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ยา วิทยุ ความถูกต้องตามกฎหมาย

* หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์/
โทรสาร 043-754360 Email : chanuttha.p@msu.ac.th [±] Corresponding Author

** คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The content and legal correction of advertising food supplements and medications from radio in Banmakok community, Maha Sarakham Province

Chanuttha Ploylearmsang^{*‡} Thanapong Poophalee ^{*}

Pathinee Prataepa^{**} Natthakorn Jomtharak^{**}

ABSTRACT

Objective: To assess the legal correction of the radio advertising about food supplements and medications from the radio stations that Banmakok people was able to access. **Methods:** The descriptive study, data was collected by tape recording the content of advertisement that broadcasting from 6 radio stations in Banmakok community. Advertisement was recorded every day for a month during October-November 2011. Every Wednesday and Friday was the representative of the regular working days, and every Sunday for the holiday. We recorded all advertisements from the first time of daily broadcasting until the radio station was closed. The content and legal correction of advertising was evaluated by 3 experts. **Results:** From the radio record, 100 advertisements were observed, 74 medications and 26 food supplements advertisement. They were broadcasted in both the regular working day and holiday. Spot radio was the type most often broadcasted (62%) comparing with other advertisement types. Regarding to the related laws, all content of medication and food supplement advertisement was incorrect. Six significant factors affecting to the illegal statements of the advertisement were private radio station, FM channel, broadcasting on holiday, evening time, more than 2 minutes of advertisement, and type of advertisement. **Conclusion:** There were many patterns of food supplement and medication advertisement from radio. They were disseminated to Banmakok people every day, more than 2 minutes/advertisement and more than 4 times/day but all of their content was in violation of law according to the related laws.

Keywords: Advertising media, Food supplements, medication, content, radio

^{*} Social Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Kamriang, Kantarawichai, Maha Sarakham 44150 [‡]Corresponding Author

^{**} Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Kamriang, Kantarawichai, Maha Sarakham 44150

บทนำ (Introduction)

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และยา เป็นสินค้าสุขภาพที่มีการโฆษณาผ่านสื่อหลายรูปแบบ อาทิเช่น โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต โดยในชุมชนท้องถิ่นการโฆษณาผ่านวิทยุพบมากที่สุด (Tangcharoensathien, 1993) เนื่องจากเป็นสื่อที่เข้าใจได้ง่าย และสะดวกต่อการเข้าถึงของประชากรเฉพาะในชุมชนท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี จากการศึกษาเรื่องสถานการณ์และผลกระทบของโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีปัญหาตามกฎหมายจากสื่อวิทยุกระจายเสียงชุมชนต่อผู้บริโภคจังหวัดเชียงใหม่ ของมัลลิกา เจริญวงศ์ พ.ศ.2554 พบว่าผลิตภัณฑ์อาหารมีจำนวนขึ้นการโฆษณามากที่สุด (ร้อยละ 49.5) รองลงมาคือโฆษณา ยา (ร้อยละ 32.3) ผลการประเมินความถูกต้องของเนื้อหาโฆษณาพบว่ามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.0) ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย พบว่าโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารที่แสดงสรรพคุณเป็นยาถึงร้อยละ 74.5 เนื้อหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีโฆษณาที่พบว่าไม่ถูกต้องตามกฎหมาย อาทิเช่น มีการแสดงสรรพคุณที่เป็นเท็จหรือเกินความจริง โดยอ้างสรรพคุณเป็นยา ว่าสามารถบำบัด บรรเทา รักษาหรือป้องกันโรคได้

วิทยุชุมชนเป็นสื่อโฆษณาที่พบมากในชุมชนท้องถิ่น และเข้าถึงกลุ่มประชากรเฉพาะในชุมชนท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี เนื่องจากสามารถพกพาวิทยุไปทำงานได้ เช่น ไปทำนา หรือทำสวน และเปิดฟังได้ขณะทำงาน (Wannathip, 2010; Kittisopee, 2005) ในปัจจุบันพบว่าเนื้อหาคำพูด ข้อความในการโฆษณาผ่านสื่อวิทยุชุมชน ส่วนใหญ่อ้างสรรพคุณที่เป็นเท็จ เกินความเป็นจริง (5) หลอกลวงให้เกิดความเชื่อโดยไม่สมควร ขาดการควบคุมเนื้อหา ทำให้ข้อมูลการโฆษณาที่ถ่ายทอดผ่านวิทยุส่งผลให้ประชาชน ผู้บริโภคไม่รู้ เชื่อ และตัดสินใจผ่านข้อมูลที่ไม่ถูกต้องดังกล่าว และเกิดพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่สมเหตุสมผล (Lomas, 2012; Ampant, 2015)

บ้านมะกอก เป็นชุมชนเป้าหมายในการพัฒนาความเข้มแข็งด้านสุขภาพของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ภายใต้โครงการบูรณาการ 1 คณะ 1 ชุมชน และโครงการ 1 หลักสูตร 1 ชุมชน จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติในการเลือกซื้อและเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม ของธนัชพรวรรณทิพย์ และคณะ ในปี พ.ศ.2554 พบว่า สื่อวิทยุมีผลต่อทัศนคติในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของประชาชนในชุมชนมากกว่าสื่อประเภทอื่น อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับความถูกต้อง ข้อเท็จจริง ของคำพูดและเนื้อหาในโฆษณาจากสื่อวิทยุตามหลักกฎหมายยังไม่มีผลการดำเนินการในชุมชนบ้านมะกอก คณะนักวิจัยจึงสนใจทำการวิจัยต่อยอดการศึกษาเดิม ในประเด็นของเนื้อหาและความถูกต้องตามกฎหมายของสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และยาผ่านสื่อวิทยุ ในชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นแนวทางในการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนซึ่งเป็นหน้าที่หนึ่งของเภสัชกรชุมชน ที่จะนำไปสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลตนเองและสร้างความร่วมมือและความสัมพันธ์อันดีระหว่างคณะและชุมชนมะกอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษา

เนื้อหาและความถูกต้องของสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และยา จากวิทยุ ในชุมชน บ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย (Methods)

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ดำเนินการเก็บบันทึกเนื้อหาข้อความของโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และยา จากสื่อวิทยุที่ออกอากาศและรับฟังได้ในชุมชนบ้านมะกอก ตำบลขามเรียง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งตั้งห่างจากมหาวิทยาลัยมหาสารคามเป็นระยะทางประมาณ 20 กิโลเมตร ช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูล คือระหว่าง ตุลาคม – พฤศจิกายน 2555 โดยขั้นตอนการดำเนินการศึกษามีดังนี้

1. ทีมงานวิจัยขออนุญาตเข้าไปศึกษาในชุมชนบ้านมะกอก เปิดฟังสถานีวิทยุในชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคามรับสัญญาณได้ ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 45 สถานี และทำการคัดเลือกสถานีวิทยุที่ชาวบ้านมะกอกฟังเป็นประจำโดยผู้ใหญ่บ้าน ชุมชนบ้านมะกอก ได้ทั้งหมดจำนวน 20 สถานี

2. ทีมงานวิจัยเปิดฟังและบันทึกเสียงจากสถานีวิทยุที่ออกอากาศโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และยา ตั้งแต่วันจันทร์-วันอาทิตย์ ตั้งแต่เริ่มเปิดสถานีถึงปิดสถานี ซึ่งผลการเปิดฟังเบื้องต้นทั้งหมด 20 สถานีทุกวันเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์พบว่ามีเพียง 6 สถานี จากทั้งหมด 20 สถานีที่มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และยา จึงดำเนินการบันทึกเนื้อหาและรวบรวมจำนวนขึ้นโฆษณาในแต่ละวัน

3. ทีมงานวิจัยดำเนินการเลือกวันบันทึกเสียงที่เป็นตัวแทนของข้อมูลโฆษณาวันราชการและวันหยุดราชการโดยเลือกจากวันที่มีจำนวนขึ้นโฆษณามากที่สุดตามลำดับโดย

- 3.1 เลือก 2 วันเพื่อเป็นตัวแทนบันทึกเสียงข้อมูลโฆษณาของวันราชการ คือ วันพุธและวันศุกร์

- 3.2 เลือก 1 วันเพื่อเป็นตัวแทนบันทึกเสียงข้อมูลโฆษณาของวันหยุดราชการ คือ วันอาทิตย์

4. บันทึกเสียงสถานีวิทยุกระจายเสียงตั้งแต่เปิด-ปิดสถานี ทั้งสามวันที่เป็นตัวแทนข้อมูลโฆษณา ทุกวันดังกล่าว เป็นเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 17 ตุลาคม 2555 ถึง 16 พฤศจิกายน 2555

5. ทีมงานวิจัยพิจารณารายละเอียดเนื้อหาในแต่ละขึ้นโฆษณาโดยใช้แบบฟอร์มในการเก็บตัวอย่างเนื้อหาและรายละเอียดของโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และยา ในสื่อวิทยุกระจายเสียง ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและได้ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและเชี่ยวชาญด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 2 คน โดยแบ่งเป็น โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และโฆษณายา ทั้งในรูปแบบสปอตรายการ ดีเจจัดรายการ และการสัมภาษณ์ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์พิจารณาขึ้นโฆษณา ดังนี้

5.1 หากเป็นผลิตภัณฑ์เดียวกันและมีเนื้อหาโฆษณาเดียวกัน จะถือว่าเป็น 1 ชิ้นโฆษณา

5.2 หากเป็นผลิตภัณฑ์เดียวกันแต่มีเนื้อหาโฆษณาต่างกัน จะถือว่าเป็นคนละชิ้นโฆษณา

6. ทีมงานวิจัยทำการบันทึกเทป รวบรวมข้อมูลที่มีเนื้อหาโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และยา ทำการถอดเนื้อความจากการบันทึกเทปเสียงที่ออกอากาศ นำมาบันทึกลงในแบบบันทึกเนื้อหาการโฆษณาที่พัฒนาขึ้นโดยทีมวิจัย

7. ส่งแบบบันทึกเนื้อหาของการโฆษณาทั้งหมด ทั้งโฆษณายา และโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารให้เภสัชกรที่มีความรู้ด้านกฎหมายการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและยา จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการถอดเนื้อหาว่าถอดได้ตรงกับโฆษณาที่ได้บันทึกเทปไว้

8. ส่งแบบบันทึกเนื้อหาการโฆษณาให้เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีความรู้ด้านกฎหมายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 คน เพื่อประเมินความถูกต้องตามกฎหมายของเนื้อหาโฆษณา

9. เมื่อผู้เชี่ยวชาญประเมินความถูกต้องตามกฎหมายของเนื้อหาโฆษณาตรงกัน 2 ท่าน จึงลงข้อมูลที่ได้ตามแบบบันทึกเนื้อหาการโฆษณา ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แต่ถ้าหากผู้เชี่ยวชาญประเมินความถูกต้องไม่ตรงกัน จะดำเนินการส่งให้เภสัชกรอีกท่านเป็นผู้ประเมินและลงความเห็น แล้วจึงลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

10. ทีมงานวิจัยทำการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำมาแปลผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนจำนวนมาตราที่เนื้อหาไม่ถูกต้องตามกฎหมายของสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ยา และเครื่องสำอาง โดยใช้ Mann Whitney U หรือ Kruskal Wallis H

กฎหมายที่นำมาพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาโฆษณายา และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Bureau of Drug Control, 2005) มีดังนี้

โฆษณายา พิจารณาจาก 10 มาตราตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และ 1 ข้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง โรคหรืออาการของโรคที่ห้ามโฆษณายาว่าสามารถบำบัด บรรเทา รักษาหรือป้องกัน และ 1 ข้อตามระเบียบสำนักคณะกรรมการอาหารและยาว่าด้วยหลักเกณฑ์การโฆษณาขายยา พ.ศ. 2545

โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พิจารณาจาก 2 มาตราตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และ 1 ข้อตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ.2551 และ 1 ข้อตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง การแสดงข้อความกล่าวอ้างเกี่ยวกับหน้าที่ของสารอาหาร

ผลการศึกษา (Results)

1. ลักษณะทั่วไปของโฆษณาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากรายการวิทยุ

โฆษณาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่สามารถเปิดรับฟังได้ในชุมชนบ้านมะกอก ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มาจากสถานีวิทยุ 6 สถานี ผลการเก็บข้อมูลในระยะเวลา 1 เดือน พบจำนวนขึ้นโฆษณาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทั้งหมด 100 ชิ้น มาจากคลื่นวิทยุ FM ทั้งหมด เป็นโฆษณา จำนวน 74 ชิ้น และโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จำนวน 26 ชิ้น โฆษณาส່วนใหญ่มาจากคลื่นเอชชช ขณะท่ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารส่วนใหญ่มากจากคลื่นวิทยุชุมชน ออกอากาศทั้งวันราชการและวันหยุดราชการ ทุกช่วงเวลา รูปแบบการถ่ายทอดเนื้อหาที่พบมากที่สุดคือ สปอตวิทยุ พบร้อยละ 62 (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของโฆษณาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากรายการวิทยุ ในชุมชนบ้านมะกอก (n=100)

ลักษณะ	จำนวนขึ้นโฆษณา (ร้อยละ)	
	ยา (n=74)	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (n=26)
1. สถานีวิทยุ		
AM	-	-
FM	74 (100%)	26 (100%)
2. คลื่นความถี่สถานีวิทยุ		
92.25 MHz	41 (55.4%)	-
92.75 MHz	9 (12.2%)	3 (11.5%)
99.50 MHz	2 (2.7%)	10 (38.5%)
103.25 MHz	2 (2.7%)	7 (26.9%)
104.75 MHz	20 (27.0%)	-
107.00 MHz	-	6 (23.1%)
3. แหล่งที่มาของคลื่นความถี่สถานีวิทยุ		
คลื่นวิทยุชุมชน	13 (17.6%)	26 (100%)
คลื่นเอชชช	61 (82.4%)	-
4. วันที่ออกอากาศ		
วันราชการ	3 (4.1%)	6 (23.1%)
วันหยุดราชการ	12 (16.2%)	2 (7.7%)
ทั้ง 2 วัน	59 (79.7%)	18 (69.2%)
5. ช่วงเวลาที่ออกอากาศ		
00.00-06.00 น.	53 (71.6%)	21 (80.8%)
06.00-12.00 น.	64 (86.5%)	22 (84.6%)

ลักษณะ	จำนวนชิ้นโฆษณา (ร้อยละ)	
	ยา (n=74)	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (n=26)
12.00-18.00 น.	55 (74.3%)	20 (76.9%)
18.00-00.00 น.	58 (78.4%)	14 (53.8%)
6. รูปแบบการถ่ายทอดเนื้อหา		
สปอต	46 (62.2%)	16 (61.5%)
ดีเจจัดรายการ	3 (4.1%)	5 (19.2%)
สัมภาษณ์ผู้ใช้	25 (33.8%)	5 (19.2%)

2. เนื้อหาของโฆษณาและความถูกต้องตามกฎหมาย

ผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่า โฆษณายาทั้งหมดมีเนื้อหาไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ส่วนใหญ่ไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 88 (2) และสำหรับโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทั้งหมด พบว่ามีเนื้อหาไม่ถูกต้องทั้งหมดเช่นกัน ส่วนใหญ่ไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 มาตรา 40 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 และตัวอย่างเนื้อหาโฆษณาต่อไปนี้

ตารางที่ 2 โฆษณาทางวิทยุตามประเภทผลิตภัณฑ์และจำนวนโฆษณาที่มีเนื้อความไม่ถูกต้องตามกฎหมาย

ประเภทผลิตภัณฑ์ (จำนวน)	ชื่อผลิตภัณฑ์	จำนวนชิ้นโฆษณาทางวิทยุ	จำนวนที่มีเนื้อความไม่ถูกต้องตามกฎหมาย
ยา (14 ผลิตภัณฑ์)	1) ยาสตรีxxxตราxxx 2) ยากษัยเส้นตราxxx 3) ยาสตรีxxx 4) ยากษัยเส้นร้านxxx 5) ยาประดงตราหมอxxx 6) ยาน้ำกระชายดำตราxxx 7) ยาน้ำว่านชักมดลูกตราxxx 8) ยาสตรีxxx 9) ยาริตสีดวงตราxxx 10) ยาน้ำแก้ไอxxx 11) ยากษัยเส้นชนิดน้ำตราxxx 12) ยาระบายสมุนไพรxxx 13) ยาน้ำxxx 14) ยาน้ำสมุนไพรxxx	74	74 (100)
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (7 ผลิตภัณฑ์)	1) ดีxxx 2) น้ำมันรำข้าวxxx 3) สลิมxxx 4) โกลด์xxx 5) ผลิตภัณฑ์xxxพลัส 6) น้ำผลไม้เพื่อสุขภาพสารสกัดจากเปลือกมังคุด 7) ผลิตภัณฑ์บลัสxxx	26	26 (100)

ตัวอย่างเนื้อหาของโฆษณา

1) ผลิตภัณฑ์ ยาพิษยีสัน xxx

“โรงงานxxxเภสัช ขอขอบพระคุณพี่น้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนสินค้าคุณภาพตราxxxจนได้รับความไว้วางใจจากพ่อแม่พี่น้องตลอดมา โดยผลิตภัณฑ์xxxได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของผู้ใช้”

เนื้อหา	มาตราตาม กฎหมายที่ผิด
ผู้ใช้คนที่ 1 กล่าว: ไปกินยาหมอกะคือเก่า ฮอตยามมื่อแลง ตั้งแต่ตะเริงบ้าย จนฮอดหกทุ่ม พอมากินยาพิษยีสันตราxxx เขา ผู้ใช้คนที่ 2 กล่าว: กษัยเส้น พอมากิน ปวดขา ปวดเอว หาย ผู้ใช้คนที่ 3 กล่าว: มันสิบวมตรงหัวเข่า กินยาพิษยีสันสบายขึ้น ดีขึ้น ขอบคุณหลายๆ เด้อ ผู้ใช้คนที่ 4 กล่าว: บ่เคยบ่คิดบ่ฝันว่าสิมาพ้อมมื่อนี้ วันนีบ่เคยว่าสิมาพ้อมมาชนิดนี้ มีตัวยาดีๆ เพ้นท์มอดร่างกายและจิตใจ รักษาพี่รักษาน้อง ถ้ามีวิหุมาตะโดนกะกินไปตะโดนแล้ว นี่เพ็งมีวิหุมานี้ละ ช่วงนี้ละ “โดยปณิธานที่แน่วแน่ที่จะเห็นทุกท่านมีสุขภาพที่ดี หายจากอาการเจ็บไข้ได้ป่วยจากโรคร้ายต่างๆ จึงได้ทุ่มเททั้งชีวิตเพื่อการศึกษาค้นคว้าวิจัยสมุนไพรไทยที่สืบสานตำนานมายาวนานจากพืชสมุนไพรไทยจนกระทั่งมาเป็นสินค้าที่ได้รับความนิยมมากที่สุด นั่นก็คือ ยาพิษยีสัน ตรา xxxx โรงงานxxxเภสัชจึงขอเป็นกำลังใจให้กับท่านที่เจ็บไข้ได้ป่วยให้หายวันหายคืน สุขภาพแข็งแรงด้วยผลิตภัณฑ์ตราxxx อย่าได้มีโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียนทุกท่านตลอดไป”	มาตรา 88 (1) มาตรา 88 (2) มาตรา 88 (7) ระเบียบบ อย.

ประเด็นเนื้อหาพบว่าไม่ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ดังนี้

มาตรา 88 (1) ไม่เป็นการโอ้อวดสรรพคุณยาหรือวัตถุดิบเป็นส่วนประกอบของยาว่าสามารถบำบัด บรรเทา รักษาหรือป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยได้อย่างศักดิ์สิทธิ์หรือหายขาด หรือใช้ถ้อยคำอื่นใดที่มีความหมายทำนองเดียวกัน

มาตรา 88 (2) ไม่แสดงสรรพคุณยาอันเป็นเท็จหรือเกินความจริง

มาตรา 88 (7) ไม่มีการรับรองหรือยกย่องสรรพคุณยาโดยบุคคลอื่น

และ ระเบียบสำนักคณะกรรมการอาหารและยาว่าด้วยหลักเกณฑ์การโฆษณาขายยา พ.ศ. 2545

2) ผลิตภัณฑ์ ยาสตรี xxx

เนื้อหา	มาตราตาม กฎหมายที่ผิด
ยาสตรีxxxตราหมอ... จากโรงงานxxเภสัช ตำบลโคกล่าม อำเภอกxxx จังหวัด xxx เข้าชั้นด้วยส่วนผสม ดอกคำฝอย ผางเสน ว่านชักมดลูก เปลือกนนทรี เมล็ดพริกไทย เหง้าชิงแห้ง ดอกดีปลี เกาสะท้านและตัวยาอื่นๆอีกมากมาย เป็นยาแผนโบราณ สามัญประจำบ้าน อยู่ภายใต้การควบคุมของ คณะกรรมการอาหารและยา เลขที่ทะเบียนยา G584/45 แก้อาการ ประจำเดือนมาไม่ปกติ ปวดประจำเดือน ขับน้ำคาวปลา ช่วยรัดมดลูกให้เข้า อยู่เร็ว ช่วยรักษาอาการตกขาวในช่องคลอด บำรุงเลือด ผิวพรรณเปล่งปลั่ง สดใสมีน้ำมีนวล ช่วยลดไขมันในร่างกาย ระบบขับถ่ายดีขึ้น เข้าชั้นด้วยตัวยาราคาแบบชาวบ้าน เพียงขวดละ 170 บาทเท่านั้น หาซื้อได้ตามร้านค้า ร้านขายยาใกล้บ้านท่าน ยาสตรีxxx ตราหมอ...	มาตรา 88 (2)

จากเนื้อหาพบว่าไม่ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 คือ มาตรา 88 (2) ไม่แสดงสรรพคุณยาอันเป็นเท็จหรือเกินความจริง

3) ผลิตภัณฑ์ ยาสตรีxxx ตราxxx

เนื้อหา	มาตราตาม กฎหมายที่ผิด
ไปหาหมอ หมอก็บอกว่าช่องคลอดอักเสบ ทั้งกินยา ยาเหน็บยาอะไรมันก็ไม่หาย เลือดมันจะไหลตลอด กินขวดแรกรู้สึกว่ามันจะหาย มันจะพิตขึ้น กระชับขึ้น มันดีมากจริงๆ ยาสตรีxxx ตราxxx เนี่ยคะ มันทำให้เราอยากจะเข้าห้องน้ำบ่อยๆ พอเข้าห้องน้ำแล้วเราก็กัง มันขับพวกรอบเดือนดีมากเลยนะ ขับออกแล้วรู้สึกสบายตัว สิวฝ้าก็ไม่มี พี่ลืมนึกไปว่าความอ้วนมันก็ลดได้เหมือนกันนะ มันคงจะขับของเสียและของตกค้างที่อยู่ในท้องของเรา ท้องมันยุบมากเลยนะจากกางเกงที่ใส่ไม่ได้มันใส่ได้หมดเลย ตรงหน้าท้องมันยุบ และเนื้อหนังตรงที่อื่นๆ มันกระชับลงนะของเค้าดีจริงๆ	มาตรา 88 (1) มาตรา 88 (2) มาตรา 88 (4) ระเบียบ อย.

จากเนื้อหาพบว่าไม่ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ดังนี้

มาตรา 88 (1) ไม่เป็นการโอ้อวดสรรพคุณยาหรือวัตถุดิบเป็นส่วนประกอบของยาว่าสามารถบำบัด บรรเทา รักษาหรือป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยได้อย่างศักดิ์สิทธิ์หรือหายขาด หรือใช้ถ้อยคำอื่นใดที่มีความหมายทำนองเดียวกัน

มาตรา 88 (2) ไม่แสดงสรรพคุณยาอันเป็นเท็จหรือเกินความจริง
 มาตรา 88 (4) ไม่ทำให้เข้าใจว่าเป็นยาทำให้แท้งลูกหรือยาขับระดูอย่างแรง
 และระเบียบสำนักคณะกรรมการอาหารและยาว่าด้วยหลักเกณฑ์การโฆษณาขาย
 ยา พ.ศ. 2545

4) ผลิตภัณฑ์ยาน้ำกระชายดำ ตราxxx

เนื้อหา	มาตราตาม กฎหมายที่ผิด
ยาน้ำกระชายดำตราxxx ช่วยเสริมสร้างของสมรรถภาพร่างกาย แต่มัน มีอีกหนึ่งเรื่องราวที่เราต้องมาคิดว่า เออ มันเป็นอีหลี มันก็จั่งจะเจ้า ว่า หลายนๆเสียง หลายนๆสาย จากประสบการณ์จริงกับเรื่องราว เกี่ยวกับโรคเกาต์ เรื่องเกาต์หนิ เขาเรียกว่าเป็นโรคไขข้อกระดูกใหญ่ ห้ามกินสัตว์ปีกเนี่ย มีปัญหาหลายคนเป็นเพราะว่าก้าวมาสู่วัยทอง หลายคนมีปัญหาเรื่องน้ำมันไขข้อหมด เสื่อมสภาพ มันใช้มาโดนแต่ะ มีตะไคร้กับใช้ มือนี่ผมฟังสุภาพบุรุษสุภาพสตรีเอายาน้ำกระชายดำตรา xxxไปรับประทาน ดิฉัน เห็นผลกันจริงๆ หลังจากที่เดินไปโสมมาโสมมัน ปวด อีกหนึ่งเรื่องราวที่สามารถพลิกวิกฤตได้ อย่าฟาวเชื่อกัน เอะเป็น ว่าจะให้เลือกรับประทานจ๊กหนึ่งขวดเพ็ง แล้วจะรู้ว่าของเขาดิฉันจริงๆ รับประทานแล้วได้ผลจริง ไม่มีผลข้างเคียง ทำให้คุณผู้ฟังสวขึ้น หล่อ ขึ้น หล่อขึ้น หล่อขึ้น	มาตรา 88 (1) มาตรา 88 (2) ระเบียบ อย.

จากเนื้อหาพบว่าไม่ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510
 ดังนี้

มาตรา 88 (1) ไม่เป็นการโอ้อวดสรรพคุณยาหรือวัตถุดิบเป็น
 ส่วนประกอบของยาว่าสามารถบำบัด บรรเทา รักษาหรือป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยได้
 อย่างศักดิ์สิทธิ์หรือหายขาด หรือใช้ถ้อยคำอื่นใดที่มีความหมายทำนองเดียวกัน

มาตรา 88 (2) ไม่แสดงสรรพคุณยาอันเป็นเท็จหรือเกินความจริงและ
 ระเบียบสำนักคณะกรรมการอาหารและยาว่าด้วยหลักเกณฑ์การโฆษณาขายยา พ.ศ. 2545

ตัวอย่าง เนื้อหาของโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

1) ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร น้ำมันรำข้าวxxx

เนื้อหา	มาตราตาม กฎหมายที่ผิด
30 วินาทีต่อไปนี้ คือเหตุผลสำคัญที่คุณต้องทานน้ำมันรำข้าวxxx ปวดหัว ตัวร้อน เป็นไข้ ไม่สบาย กระสับกระส่าย ไตพิการ อาหารไม่ย่อย กินข้าวไม่อร่อย ลึนกร่อย ไม่รู้รส ท้องอืด มีกรดในกระเพาะ กระดูกเปราะ เหนื่อย ปวด รู้สึกขมวดในลำไส้ เวลาหายใจแล้วเหม็นๆ เข้าเย็นขอบอาเจียน วิงเวียนอยู่เป็นประจำปอดเข้าเป็นแผล มีรังแคเต็มศีรษะ พอเอะอะ จากนั้นไป น้ำมันรำข้าวxxxตอบโจทย์ทุกปัญหาสุขภาพของคุณ เพียงทานวันละ 2 แคปซูล ด้วยคุณค่าจากน้ำมันรำข้าวและจมูกข้าวคุณภาพดี ผสม Coenzyme Q 10 มีส่วนช่วยดูแลระบบประสาท ระบบสมอง ทำให้นอนหลับสบาย ปรับระดับน้ำตาลในเลือด ระบบความดันโลหิต ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นในผิว ปรับสภาพผิวของคุณให้ดูขาว กระจ่างใส	มาตรา 41 ประกาศ อย. เรื่อง หลักเกณฑ์การ โฆษณาอาหาร พ.ศ. 2551 และ การแสดงความ กล่าวอ้างเกี่ยวกับ หน้าที่ของ สารอาหาร

จากเนื้อหาพบว่าผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522

มาตรา 41 ผู้ใดประสงค์จะโฆษณาคุณสมบัติ คุณภาพ หรือสรรพคุณ ของอาหารทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ ทางฉายภาพ ภาพยนตร์ หรือทางหนังสือพิมพ์ หรือสิ่งพิมพ์อื่น หรือด้วยวิธีอื่นใดเพื่อประโยชน์ในทางการค้า ต้องนำเสียง ภาพ ภาพยนตร์ หรือข้อความที่จะโฆษณาดังกล่าวนั้นให้ผู้อนุญาตตรวจพิจารณาก่อน เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงจะโฆษณาได้

ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2551

ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง การแสดงความกล่าวอ้างเกี่ยวกับหน้าที่ของสารอาหาร

2) ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โกลด์xxx

เนื้อหา	มาตราตาม กฎหมายที่ผิด
ผลิตภัณฑ์โกลด์xxx ผลิตภัณฑ์ดี เอ็ดมาจากสารสกัดจรรยาณะนะคะ 7 อย่างนำกันเนาะ นะคะ รวบรวมไว้เป็นโกลด์xxxนะคะ มันคือดีและ ว่าเช่าเนาะ ดีกะเป็นจัญญเนาะนะคะ 7 อย่างที่ว่านี้มีหยังแนเนาะ สารสกัดมาตรฐานสูงให้พลังงานกับร่างกาย ซอยให้หลับสบาย ผ่อนคลาย กระตุ้นให้ระบบเผาผลาญในร่างกายของเฮาเอาออกซิเจนไปใช้ ทุกส่วนของเซลล์เลยทีเดียวนะ กระตุ้นการเอ็ดงานของระบบประสาทส่วนกลาง ตาม	มาตรา 41 ประกาศ อย. เรื่อง หลักเกณฑ์การ โฆษณาอาหาร พ.ศ. 2551 และ

เนื้อหา	มาตราตาม กฎหมายที่ผิด
ความเครียด เมื่อยล้า น้ำผึ้ง อันนี้เป็นยาอายุวัฒนะนะคะ เป็นอาหารของนางพญาผึ้ง เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน บำรุงประสาท สมอง ควบคุมและปรับระดับฮอร์โมนในสตรีวัยทอง ว่ากันว่า สารสกัดเห็ดหลินจือจะนะคะ อันนี้กะดูแลระบบทั้ง 5 ให้ปกตินะคะ บำรุงตับไต เสริมสมรรถภาพทางเพศนะคะ ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคเก๊าท์ ว่ากันว่า สารสกัดเมล็ดองุ่นนะคะ สารสกัดเมล็ดองุ่นจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงในหลอดเลือดนะคะ สร้างภูมิคุ้มกัน เสริมสร้างการไหลเวียนของคอลลาเจนนะคะ ด้านอนุมูลอิสระชะลอความแก่ ยับยั้งการเกิดเม็ดสีผิวและฝ้า กระ เสริมการไหลเวียนของหลอดเลือดในร่างกายว่ากันว่า แล้วจะมีสารสกัดเปลือกสนฝรั่งเศส เห็ดให้ผนังหลอดเลือดแข็งแรง เสริมการไหลเวียนของวิตามิน C และ E เพิ่มคอลลาเจนนะคะ เห็ดให้ข้อต่อแข็งแรง แผลเขาไว ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจว่ากันว่า พวกเส้นเลือดอุดตัน การอุดตันของหลอดเลือด ลดปัญหา ฝ้า กระ ผิวหมองคล้ำได้ดีเลยทีเดียวเนาะคะ และก็มีเอนไซม์ซีเอสเตอิน เป็นกรดอะมิโนนะคะ เป็นสารตั้งต้น กระตุ้นให้ตับอ่อนสร้างกลูตาไธโอนให้กับร่างกาย ป้องกันตับจากการถูกทำลาย ด้านการเสื่อมของเซลล์ เห็ดให้ผิวขาวใส เนียนเรียบ เปล่งปลั่ง แบบธรรมชาติว่ากันว่าเนาะนะคะ แล้วก็มีแคลเซียมเอสคอร์เบตนะคะ เป็นวิตามินซี ฟีนอลชา มีความเป็นกรดต้านไวรัส สร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกาย เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเม็ดเลือดขาว บำรุงผิวพรรณแล้วก็ชะลอความแก่ ได้นะคะ โอ๊ะ ไม่มีใครต้องการเลยคะ คำว่าแก่	การแสดงความ กล่าวอ้างเกี่ยวกับ หน้าที่ของ สารอาหาร

จากเนื้อหาพบว่าผิดกฎหมายตาม

พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522

มาตรา 41 ผู้ใดประสงค์จะโฆษณาคุณสมบัติ ประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณ ของอาหารทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ ทางฉายภาพ ภาพยนตร์ หรือทางหนังสือพิมพ์ หรือสิ่งพิมพ์อื่น หรือด้วยวิธีอื่นใดเพื่อประโยชน์ในทางการค้า ต้องนำเสียง ภาพ ภาพยนตร์ หรือข้อความที่จะโฆษณาดังกล่าวนั้นให้ผู้อนุญาตตรวจพิจารณา ก่อน เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงจะโฆษณาได้

ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2551

ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง การแสดงความกล่าวอ้างเกี่ยวกับหน้าที่ของสารอาหาร พ.ศ. 2551

3. ปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนข้อความที่ไม่ถูกต้องของโฆษณาตามกฎหมายของผลิตภัณฑ์ทั้ง 2 ชนิด

ผลการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนข้อความที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายของโฆษณา พบว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่มีปัจจัยใดที่มีผลต่อจำนวนข้อความที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ในขณะที่โฆษณายาพบ 6 ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ คลื่นความถี่ สถานีวิทยุ แหล่งที่มาของสถานีวิทยุ วันออกอากาศ ช่วงเวลาที่ออกอากาศ จำนวนนาฬิกาในการออกอากาศ และรูปแบบในการถ่ายทอดเนื้อหา โดยที่คลื่นเอกซัน สถานีวิทยุความถี่ FM ออกวันหยุดราชการ ช่วงเวลาเย็น ออกอากาศนานมากกว่า 2 นาฬิกาต่อครั้ง รูปแบบโฆษณา โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่ใช้แล้วได้ผล จะมีจำนวนข้อความที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล (Conclusion and Discussion)

จากผลการศึกษาเนื้อหาและความถูกต้องตามกฎหมายของสื่อโฆษณายา และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จากวิทยุ ในชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม พบโฆษณายามากที่สุด จำนวน 74 ชิ้นโฆษณาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบ 26 ชิ้นโฆษณา การโฆษณายา และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เป็นการถ่ายทอดผ่านสถานีวิทยุ FM ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 คลื่นความถี่ที่พบโฆษณาทั้ง 2 ผลิตภัณฑ์มากที่สุดคือ คลื่นความถี่ 92.25 MHz คลื่นเอกซันเป็นแหล่งที่มาของโฆษณายามากที่สุด โฆษณาทั้ง 2 ผลิตภัณฑ์จะออกอากาศทั้งวันราชการและวันหยุดราชการมากกว่าการออกอากาศเฉพาะวันราชการหรือวันหยุดราชการเท่านั้น รูปแบบการถ่ายทอดเนื้อหาพบว่าทั้ง 2 ผลิตภัณฑ์จะมีรูปแบบแบบสปอตวิทยุมากที่สุด จากจำนวนชิ้นโฆษณาทั้งหมดพบว่ามีโฆษณาที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

จากการเก็บข้อมูลพบว่าทุกชิ้นโฆษณาเนื้อหาไม่ถูกต้องตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนมาตราที่เนื้อหาไม่ถูกต้องตามนั้น พบว่า ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่มีปัจจัยใดที่มีผลต่อจำนวนมาตราที่เนื้อหาไม่ถูกต้อง ในขณะที่ยาพบปัจจัย 6 ปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนที่เนื้อหาไม่ถูกต้องตามมาตรฐานกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ คือ คลื่นความถี่สถานีวิทยุ แหล่งที่มาของสถานีวิทยุ วันออกอากาศ ช่วงเวลาที่ออกอากาศ ระยะเวลาที่ออกอากาศ และรูปแบบในการถ่ายทอดเนื้อหา

จากจำนวนชิ้นโฆษณาทั้งหมด พบการโฆษณายามากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องสถานการณ์การโฆษณายาและอาหารที่แสดงสรรพคุณเป็นยาทางสื่อวิทยุในเขตเทศบาลตำบลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ของกฤติยา โลมาศ และกรแก้ว จันทภาษา ในปี 2554 การศึกษานี้พบการโฆษณาผ่านสถานีวิทยุ FM ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องโฆษณาอาหารและเครื่องสำอาง วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2539 รูปแบบการถ่ายทอดเนื้อหาแบบสปอตพบจำนวนชิ้นโฆษณามากที่สุด ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องสถานการณ์และผลกระทบของโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีปัญหาตามกฎหมายทางสื่อวิทยุกระจายเสียงชุมชนต่อผู้บริโภคจังหวัดเชียงใหม่ของมัลลิกา เจริญวงศ์ ในปี 2554

จากการศึกษาพบว่า การโฆษณา และโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทางวิทยุ มีเนื้อหาไม่ถูกต้องตามกฎหมายทุกโฆษณา ซึ่งเป็นความเสี่ยงอย่างมากต่อผู้บริโภคในการรับฟังและเชื่อต่อเนื้อหาที่ได้รับจากโฆษณา และนำไปสู่การซื้อเพื่อการบริโภคด้วยความเชื่อต่อเนื้อหานั้น ดังนั้นแนวทางที่ยั่งยืนต่อการคุ้มครองผู้บริโภคจากสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายที่ดีที่สุดคือ การเพิ่มศักยภาพของผู้บริโภคในการคุ้มครองตนเองได้ ร่วมกับการเพิ่มบทบาทของบุคลากรสุขภาพในชุมชนในการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากโฆษณาที่ไม่ถูกต้อง อาทิเช่น เภสัชกรชุมชน ให้ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ในงานบริการปฐมภูมิ คือการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ โดยทำงานร่วมเป็นเครือข่าย เช่น ทำงานร่วมกับหน่วยงานการควบคุมและกำกับดูแลเกี่ยวกับการโฆษณาที่มีกฎหมายในการทำงานเป็นของตน เช่น พระราชบัญญัติยาและพระราชบัญญัติอาหาร นั่นคือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ให้ดำเนินการบังคับและควบคุมให้ผู้ที่จะประสงค์จะโฆษณาผลิตภัณฑ์ ต้องแจ้งเนื้อหาและขออนุญาตก่อน ถ้าไม่ขออนุญาตจะต้องมีมาตรการในการดำเนินการตามกฎหมายอย่างเข้มงวด สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งเป็นหน่วยงานกำกับดูแลการโฆษณาหลังจากที่มีการออกอากาศแล้วและรับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้บริโภคเป็นหลัก จะต้องดำเนินการตรวจสอบการกระทำผิดกฎหมายให้รวดเร็ว ไม่ล่าช้า ด้วยการออกอากาศไปแล้ว การดำเนินการเอาผิดแก่ผู้กระทำการโฆษณาที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายต้องมีการรวบรวมหลักฐานประกอบความผิดที่ชัดเจน เช่น เทปบันทึกเสียงที่ใช้โฆษณาที่ผิดกฎหมาย (Wongboonnak, 2016) ซึ่งนอกจากนี้การพัฒนาบุคลากรสุขภาพหรือประชาชนในพื้นที่ให้มีส่วนร่วมในการดูแลการโฆษณาในพื้นที่ของตนเอง การพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้นำหมู่บ้าน เยาวชน กลุ่มแม่บ้าน ให้มีความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เท่าทันสื่อวิทยุ รวมถึงการให้ความรู้ที่เท่าทันต่อผู้ผลิตโฆษณา เช่น การเชิญเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมาให้ความรู้เรื่องความถูกต้องตามกฎหมายของโฆษณาให้กับประชาชนในชุมชนบ้านมะกอก แนวทางทั้งหมดดังกล่าวควรเร่งดำเนินการเพื่อช่วยคุ้มครองประชาชนบ้านมะกอกจากการได้รับสื่อวิทยุที่โฆษณา และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และขอบคุณเภสัชกร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในการอนุเคราะห์พิจารณา

พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาโฆษณาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารตามกฎหมาย และ
ผู้ใหญ่วัย ๖๐-๖๙ ปี ในการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง (References)

- Ampant P. (2015). Situations, Problems, and Model Development to Solve the Problems Associated with the Radio Broadcasting Advertisement of Health Products in Sisaket Province. *Journal of Health Science*, 24:1060-9.
- Bureau of Drug Control. (2005, Sep 10). Food and Drug Administration, Thailand. Drug Act, B.E. 2510 (1967). Retrieved from: http://drug.fda.moph.go.th/zone_service/files/ser001_03.asp.
- Bureau of Food Control. (2005, Sep 10). Food and Drug Administration, Thailand. Announcement of Ministry of Public health (No. 293) B.E.2548 Re. Food Supplement. Retrieved from: http://food.fda.moph.go.th/law/announ_moph251-300.php.
- Chantarawong M. (2011). Situation and impacts of drug and health product advertisements with legal problems on community radio broadcasts toward consumers in Chiang Mai Province. [Master Thesis]. Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University.
- Kittisopee T, Anantachoti P, Tangcharoensathien V. (2005). Radio drug advertisement situation and regulation in Thailand. HEFP working paper.
- Lomas K, Chanthapasa K. (2012). The Situation of Radio Advertisement of Drug and Food Claimed as Drug in Phraibung Municipality, Sisaket Province. *Isan Journal of Pharmaceutical Science* (Supplement for the 4th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2012 “Pharmacy Profession in Harmony”, February 11 – 12, 2012): 55-60.
- Suwanmanee O, Lerkiatbundit S. (2011). Illegal advertising of products classified as drugs by law among local radios. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 3: 41-55.
- Tangcharoensathien V, et al. (1993). Survey on Radio Advertisement of Food, Drug and Cosmetics, 1993. Health System Research Institute, Ministry of Public Health.
- Wannathip T, Kerdsook K, Lohanoot T, Keawsanthia A, Ploylearmsang C, Phupalee T. (2010). Factors affecting to attitude on buying and using food supplements in Banmakok Community, Maha Sarakham. [Research Project of Pharm.D.student]. Faculty of Pharmacy. Mahasarakham University.
- Wongboonnak R. (2016). Analysis of Laws Regarding Information and Communication Technology on the Advertisings Violating Health Products Laws. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 8(1): 217-227.

การสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการนวดไทย มุ่งสู่มาตรฐานองค์การอนามัยโลก

วันวิสาข์ ศรีสมุทรชัย * มลีนี สมภพเจริญ **

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอการพัฒนาการนวดไทยเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานการฝึกอบรมนวดไทยตามองค์การอนามัยโลกให้การรับรอง วิธีการศึกษา โดยการทบทวนเอกสารสืบค้นข้อมูลผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้านตำแหน่งงานนวดไทยในต่างประเทศ

ผลการศึกษาพบว่า มีสถาบันที่ให้การฝึกอบรมด้านการนวดไทยที่ได้รับการรับรองจากกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน 552 แห่ง ที่เปิดให้ความรู้ด้านนวดไทยซึ่งจะเน้นไปที่ หลักสูตรการนวดไทย 60 ชั่วโมงและ 150 ชั่วโมง และหลักสูตรผู้ให้บริการสปา โดยการจัดการเรียนการสอนต้องได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์การรับรองวุฒิที่กำหนดหลักสูตรด้านการนวดและด้านการให้บริการสปา เพื่อให้ผู้จบการศึกษาด้านนวดไทยสามารถสอบใบประกอบโรคศิลปะด้านการนวดไทยเพื่อเป็นให้เกิดการยอมรับและตรงตามมาตรฐานด้านการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาหลักสูตรนวดไทยเพื่อการรักษาซึ่งมีรูปแบบในการอบรม จำนวน 3 รูปแบบ ประกอบด้วย นวดไทยรูปแบบที่ 1 จำนวน 400 ชั่วโมง นวดไทยรูปแบบที่ 2 และนวดไทยรูปแบบที่ 3 จำนวน 1,000 ชั่วโมง ซึ่งผ่านการรับรองมาตรฐานโดยองค์การอนามัยโลก การวิจัยนี้มีข้อเสนอให้มุ่งเน้นพัฒนามาตรฐานที่สถาบันการอบรมความรู้ด้านการนวดแผนไทย ให้ตรงตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำเป็นมาตรฐานสำหรับฝึกอบรมนวดไทยที่รับรองโดยองค์การอนามัยโลก และการจัดทำเอกสารมาตรฐานฝึกอบรมนวดไทยฉบับภาษาไทยเพื่อใช้เป็นแนวทางให้กับสถาบันฝึกอบรมนวดไทยได้ดำเนินการจัดรูปแบบการอบรมต่อไป

คำสำคัญ: นวดไทยเพื่อการรักษา/นวดไทยเพื่อสุขภาพ/มาตรฐานการอบรมนวดไทย

* ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ Corresponding Author
Email:vanvisamu@gmail.com

** ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

The synthesis of proposals for benchmarks development of Nuad Thai toward World Health Organization's standard

Vanvisa Sresumatchai* Malinee Sompopcharoen**

Abstract

The purpose of this study is to provide synthesis of proposals for benchmarks development of Nuad Thai toward World Health Organization's standard. This study is a documentary review, through internet for the position of Thai masseur globally.

Results of this study found that there were 552 certified training organizations for Nuad Thai in Thailand, accredited by Division of Health Establishment. The training programme consists of 60 hours, and 150 hours of Nuad Thai, and a curriculum on Qualified Spa Therapist. All of training programme must be according to standard criteria for accreditation, in order for passing of Nuad Thai license exam, and Spa manager license exam for spa therapist. In addition, the Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Thailand, develops Nuad Thai for Therapy, in the form of 3 types of training. Nuad Thai type 1 consists of 400 hours, Nuad Thai type 2 and 3 consist of 1,000 hours, with standard certification by the World Health Organization. This is part of the implementation of collaborative projects with WHO in the field of traditional medicine. This research offer benchmarks for Nuad Thai Programme according to Ministry of Health's standard for Nuad Thai training programme, accredited by the World Health Organization, and publication of the basic training in Thai version document as guideline for other Nuad Thai Training organizations.

Keywords: Nuad Thai for health/ Nuad Thai therapy/Benchmarks for training in Nuad Thai

* Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University.

Corresponding Author Email: vanvisamu@gmail.com,

** Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University.

บทนำ (Introduction)

การแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวดไทยเป็นที่รู้จักไปทั่วโลก และยังเป็นระบบการรักษาที่เก่าแก่ที่สุดที่มนุษย์ใช้ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่จึงเรียกว่าเป็นการแพทย์ดั้งเดิมหรือการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะการนวดไทยซึ่งเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายทั้งในกลุ่มคนไทยและชาวต่างชาติที่ชื่นชอบการบำบัดแบบผ่อนคลายด้วยการนวด รวมถึงการนวดร่วมกับการใช้สมุนไพรตามศาสตร์การประกอบโรคศิลป์ โดยมีหน่วยงานหลักคือ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ในการผลักดันให้ตลาดการนวดไทยเป็นที่รู้จักมากขึ้น จึงส่งผลให้เกิดรูปแบบธุรกิจร้านสปา(ยศวดี แววัฒนะ และเสาวณีย์ สมันตริพร 2015) หรือ สถานประกอบการกิจการสปาไทย นวดไทยเพื่อสุขภาพได้มาตรฐาน (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข 2556) จนได้รับความสนใจในต่างประเทศมากขึ้น คนไทยในต่างประเทศนิยมเปิดร้านนวดไทย และ สปา ซึ่งปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ธุรกิจจะดำเนินไปอย่างราบรื่นในต่างประเทศก็จำเป็นต้องได้รับใบอนุญาต ตามขั้นตอนของกฎหมายครอบคลุมทั้งตัวสถานประกอบการและผู้ให้บริการในสายอาชีพนวดไทย เว็บไซต์เมดิคอลฮับนิวส์ ได้กล่าวถึงความสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขไทยการผลักดัน ประเทศไทยสู่การเป็นเมดิคอลฮับ และข้อดีลักษณะการใช้สมุนไพรไทยให้เป็นที่รู้จักทั่วโลก โดยนายแพทย์วิศิษฐ์ ตั้งนภกร แพทย์มีเอกกฎหมาย ได้เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนสถานพยาบาลของประเทศไทยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ นโยบาย“Medical Hub” ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ซึ่งได้มีชาวต่างชาติเดินทางเข้ามารักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านสปาและการนวดไทย(Med Hub News 2018)

นโยบายรัฐบาลภายใต้มุ่งเน้นด้านการสาธารณสุข และการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดไทยที่ได้มีการผลักดันให้เป็นมรดกโลกเพื่อมุ่งเน้นอัตลักษณ์ของความเป็นไทย จึงได้มีการเปลี่ยนรูปแบบการเรียกจาก “Thai Massage” เป็น นวดไทย (Nuad Thai) โดยประเทศสหรัฐอเมริกาถือเป็นประเทศที่มีร้านประกอบการนวดไทยและนวดสปาเป็นจำนวนมาก โดยมีทั้งสถานประกอบการที่เปิดแบบถูกกฎหมายและได้รับมาตรฐานสปาไทย และสถานประกอบการที่ดำเนินงานในรูปแบบที่หลีกเลี่ยงกฎหมายจนถูกตรวจจับและถูกปิดกิจการด้วยความไม่รู้กฎหมายหรือระเบียบการดำเนินธุรกิจในห้องนี้ จึงส่งผลให้ใบอนุญาตมีความสำคัญมาก ทั้งด้านประกาศนียบัตรการนวดไทยและใบอนุญาตการเป็นผู้ดำเนินการสปา

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการพัฒนาหลักสูตรการนวดไทยเพื่อเป็นหลักสูตรกลางสำหรับการฝึกอบรม รวมถึงการออกกฎหมายเพื่อควบคุมมาตรฐานการนวดเพื่อสุขภาพ เช่น กฎหมายอาญาและกฎหมายแพ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพนวดแผนไทย รวมถึงการจัดให้มีระบบการขึ้นทะเบียนหมอนวดไทย การออกใบอนุญาตประกอบกิจการ และ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนวดไทยรายบุคคล ซึ่งมีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ(สบส .) ดำเนินการตรวจ และขึ้นทะเบียน ได้มีการออก พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 2559 ขึ้นมาเพื่อควบคุมดูแลให้มีมาตรฐาน คัดกรองผู้บริโภค และการออกกฎหมายห้ามชาวต่างชาติปฏิบัติอาชีพนวดไทยเพราะเป็นอาชีพที่ต้องคงอัตลักษณ์ความเป็นวัฒนธรรมไทย (PPTV 2561) กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มอบอำนาจให้แต่ละ

สถาบันเปิดคอร์สจัดการเรียนการสอน อบรมการนวด ทักษะการนวดไทยประเภทต่างๆ ตามมาตรฐาน เช่น สมาคมแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย มีการเปิดเป็น "ศูนย์ทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงาน" โดยมีสำนักงานใหญ่ตั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ และกระจายสาขาไปทั่วประเทศเพื่อให้สะดวกต่อผู้ประกอบการอาชีพ

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสังเคราะห์จากการทบทวนงานวรรณกรรม ระเบียบ กฎหมาย มาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาข้อเสนอแนะบูรณาการ (Integrated research program) ประกอบการเสนอของบประมาณแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัยและนวัตกรรม ในการจัดทำรูปแบบการจัดบริการสุขภาพทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อลดปัญหาการใช้ยาเกินความจำเป็น และจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โครงการวิจัยประสิทธิผลของการฝึกอบรมผู้ประกอบการด้วยเทคนิคนวดสัมผัสบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนปัญหาพฤติกรรมก่อนวัยในเด็กออทิสติก การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (IRB No.2016-133)

ผลการศึกษา (Result)

1. ระบบบริการการแพทย์แผนไทยตามยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ

การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาสมุนไพร การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ การทำหัตถ์บำบัด การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน

การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย การฝึกสมาธิบำบัด การฝังเข็ม การกดจุดบำบัด และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย

การจัดให้บริการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ถือได้ว่าเป็นการพัฒนากระบวนการสุขภาพ รวมถึงระบบส่งต่อ การทำให้บริการคลินิกเฉพาะด้านทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพรวมถึงการป้องกัน รักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพให้กับประชาชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในด้านการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข อันเป็นการพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์นานาชาติ (Medical Hub) ซึ่งจะต้องมีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในระดับเขต เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน โดยร้อยละของผู้ป่วยนอกที่

ได้รับบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่ได้มาตรฐานในปี 2558 พบว่าเขตบริการสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการทางการแพทย์แผนไทยถึง ร้อยละ 24.18 และเขตบริการสุขภาพที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทยเพียงร้อยละ 10.67 ซึ่งตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน จะคำนวณจาก $(A/B \times 100)$ โดยที่ A หมายถึง จำนวนครั้งที่มาผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และ B หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

การพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะด้านนวดไทยที่ได้รับการผลักดันให้มุ่งไปสู่มาตรฐาน จนมีชาวต่างชาติให้ความสนใจเข้ามาเรียนเพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว โดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพน ซึ่งในการเรียนรู้ด้านการนวดไทยนั้น ไม่เพียงแต่การเรียนรู้ทางทฤษฎีและการปฏิบัติแต่การมุ่งเน้นไปสู่มาตรฐานระดับนานาชาติยังมีด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้ป่วยและผู้บริโภคที่ผู้เรียนทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติต้องรู้ ประกอบด้วย พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 ที่ สามารถควบคุมดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพให้มีการแสวงหาผลประโยชน์หรือใช้วิชาชีพโดยมิชอบ อันอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ประชาชนผู้มาขอรับบริการ รวมถึงเป็นการคุ้มครองประชาชนมิให้ถูกเอารัดเอาเปรียบหรือถูกหลอกลวงจากผู้ประกอบวิชาชีพ โดยสาระสำคัญของพระราชบัญญัตินี้กล่าว คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต การห้ามผู้ประกอบโรคศิลปะทำการประกอบโรคศิลปะข้ามสาขา ผู้ประกอบโรคศิลปะมีหน้าที่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการประกอบโรคศิลปะ และการกำหนดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ซึ่งขอบเขตและกลไกของการใช้กฎหมายเกี่ยวกับวิชาการแพทย์แผนไทยในการคุ้มครองผู้ป่วยและผู้บริโภค โดยการควบคุมไม่ให้เกิดการละเมิดกฎเกณฑ์ข้อบังคับ โดยมีคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ คณะกรรมการวิชาชีพ และพนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจในการควบคุมบังคับใช้กฎหมาย

2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการนวดไทย

ในการควบคุมมาตรฐานผู้ประกอบการและผู้ให้บริการนวดและสปา จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตั้งแต่การเปิดกิจการต้องทำให้ถูกต้องตามกฎหมายโดยร้านต้องมีใบอนุญาต ส่วนผู้นวดต้องมีการขึ้นทะเบียน หากไม่ปฏิบัติตามจะมีโทษทางกฎหมาย เช่น เปิดกิจการโดยไม่ได้รับอนุญาต มีโทษจำคุก 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 50,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ รวมทั้งต้องรับผู้ให้บริการ (หมอนวด) ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนกับกรม สนับสนุนบริการสุขภาพแล้วเท่านั้น

กฎหมายและข้อปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการนวดไทยที่สำคัญได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 ได้ให้ความหมายของ “การนวดไทย” หมายถึง การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรคการส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับศิลปะการนวดไทย นอกจากนี้ยังมีกฎหมายที่ใช้ในการควบคุม การคุ้มครองและการส่งเสริมการนวดไทยได้จำแนกออกเป็น

- **การนวดเพื่อการรักษา**ซึ่งมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องคือ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 ใช้ควบคุมผู้ประกอบโรคศิลปะโดยตรง เพราะการนวดไทยเป็นหนึ่งในประเภทของการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ที่ระบุถึงการทำการกิจการในด้านการนวดไทย โดยเฉพาะสถานที่ในการดำเนินการนั้น จะต้องมีการควบคุมลักษณะสถานพยาบาลแต่ละประเภท และลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง พระราชบัญญัติสถานบริการ (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2559 ซึ่งเป็นการแก้ไขบทนิยามคำว่า “สถานพยาบาล” โดยให้ใช้ข้อความ “สถานอาบน้ำ นวด หรืออบตัว ซึ่งมีผู้บริการให้แก่ลูกค้า แต่ไม่รวมถึง (ก) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (ข) สถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหรือ (ค) สถานที่อื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง” โดยการจัดสถานที่เพื่อประกอบกิจการนวดไทยยังต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ที่มีหลักในการคุ้มครองประชาชนด้านสุขลักษณะ และการอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

- **การนวดไทยเพื่อสุขภาพ** มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม คุ้มครอง และส่งเสริมการนวดไทยเพื่อสุขภาพ ได้แก่ พระราชบัญญัติสถานบริการ (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2546 พระราชบัญญัติสถานบริการ (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2559 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดสถานที่เพื่อสุขภาพ หรือเพื่อเสริมสวย มาตรฐานของสถานที่ การบริการ ผู้ให้บริการ หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบเพื่อการรับรองให้เป็นไปตามมาตรฐาน สำหรับสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวยตามพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ.2509

3. มาตรฐานหลักสูตรการนวดไทย

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำมาตรฐานหลักสูตรนวดไทยด้วยการนำหลักการทางวิชาการ เข้ามารองรับตามหลักการทางการศึกษา ซึ่งสามารถพัฒนาจนเข้าสู่ระดับมหาวิทยาลัยและกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยได้พัฒนาหลักสูตรระบบการเรียนการสอนเพื่อให้ได้ในระดับมาตรฐาน โดยแบ่งออกเป็น

- หลักสูตรนวดฝ่าเท้า 60 ชั่วโมง
- หลักสูตรนวดตัวเพื่อสุขภาพ 150 ชั่วโมง
- หลักสูตรนวดเพื่อรักษาโรค 372 ชั่วโมงและ 800 ชั่วโมง
- หลักสูตรนวดไทย 1,300 ชั่วโมงตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก

โครงสร้างหลักสูตรการนวดไทยซึ่งจัดได้ว่าเป็นหลักสูตรกลางรวม ถึงราชกิจจานุเบกษาที่เกี่ยวข้องเพื่อควบคุมมาตรฐานสถาบันที่ให้ความรู้ด้านการนวดไทย โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๙ (๓) แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจึงกำหนดหลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตร หรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการ หรือผู้ให้บริการได้รับจากสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ โดยสถาบันที่ให้ความรู้ด้านนวดไทยจะต้องได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนได้

มาตรฐานตามหลักเกณฑ์การรับรองวุฒิที่กำหนดหลักสูตรด้านการนวดและด้านการให้บริการสปา เพื่อให้ผู้จบการศึกษาด้านนวดไทยสามารถสอบใบประกอบโรคศิลปะด้านการนวดไทยเพื่อเป็นให้เกิดการยอมรับและตรงตามมาตรฐานด้านการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขโดยกองการแพทย์แผนไทยได้พัฒนาหลักสูตรนวดไทยเพื่อการรักษาซึ่งมีรูปแบบในการอบรม จำนวน 3 รูปแบบ ประกอบด้วย นวดไทยรูปแบบที่ 1 จำนวน 400 ชั่วโมง นวดไทยรูปแบบที่ 2 โปรแกรมนี้จะคล้ายกับโปรแกรม นวดไทยรูปแบบที่ แต่สามารถยกเว้นหมวดวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้ และนวดไทยรูปแบบที่ 3 จำนวน 1,000 ชั่วโมง (World Health Organization 2010) รายละเอียดดังตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 หลักสูตรการนวดไทย 60 ชั่วโมง

ชื่อวิชา	จำนวนชั่วโมง		
	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	รวม
1. หมวดวิชาพื้นฐาน			
1.1 ประวัติและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการนวดเท้า	1	-	1
1.2 ความรู้เบื้องต้นและกายวิภาคศาสตร์การนวดเท้า	2	-	2
2. หมวดวิชาการแพทย์แผนไทย			
2.1 เภสัชกรรมไทยเบื้องต้น	-	2	2
3. หมวดวิชาชีพ			
3.1 การดัดตน	-	4	4
3.2 การนวดเท้าเพื่อสุขภาพ	-	30	30
4. หมวดจริยธรรม			
4.1 หลักจรรยาบรรณ	1	-	1
5. หมวดการฝึกงานภาคสนาม	-	20	20
รวมทั้งสิ้น	4	56	60

ที่มา: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ตารางที่ 2 หลักสูตรนวดไทย 150 ชั่วโมง

ชื่อวิชา	จำนวนชั่วโมง		
	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	รวม
1. หมวดวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ			
1.1 ร่างกายของเรา (กายวิภาคศาสตร์ทั่วไป)	3	-	3
2. หมวดวิชาการแพทย์แผนไทย			
2.1 ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย	3	-	3
2.2 เภสัชกรรมไทยเบื้องต้น	2	-	2
3. หมวดวิชาการนวดไทย			
3.1 ประวัติ องค์ความรู้และการประยุกต์ใช้การนวดไทย	1	-	1
3.2 เส้นประธานสิบกับการเกิดโรค	3	-	3
3.3 การตรวจร่างกายเบื้องต้น	-	12	12
3.4 การนวดไทยเพื่อสุขภาพ	3	30	33
3.5 การดัดตน	2	7	9
3.6 การบันทึกผลการนวด	5	-	5
3.7 การนวดไทยแก้ไขอาการที่พบบ่อย	2	10	12
3.8 การทบทวนการนวดไทยเพื่อสุขภาพ		5	5
4. หมวดวิชากฎหมายและจริยธรรม			
4.1 กฎหมายวิชาชีพการแพทย์แผนไทย	3	-	3
4.2 ธรรมะกับสมาธิ	-	9	9
5. หมวดการฝึกงานภาคสนาม	-	50	50
รวมทั้งสิ้น	27	123	150

ที่มา: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ตารางที่ 3 หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (330 ชั่วโมง)

ชื่อวิชา	จำนวนชั่วโมง		
	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	รวม
1. หมวดวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	18	6	24
1.1 ร่างกายของเรา (กายวิภาคศาสตร์ทั่วไป)	-	6	6
1.2 การปฐมพยาบาล	3	-	3
1.3 สุขภาพจิต	3	-	3
1.4 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับยา			
2. หมวดวิชาการแพทย์แผนไทย	12	-	12
2.1 ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย	18	12	30

ชื่อวิชา	จำนวนชั่วโมง		
	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	รวม
2.2 เกสัชกรรมไทยเบื้องต้น			
3. หมวดวิชาการนวดไทย	4	-	4
3.1 ประวัติองค์ความรู้และการประยุกต์ใช้การนวดไทย	3	9	12
3.2 เส้นประธานสิบกับการเกิดโรค	3	24	27
3.3 หลักพื้นฐานการนวดไทย	3	3	6
3.4 การตรวจแยกอาการปวด	3	17	20
3.5 การนวดไทยเพื่อสุขภาพ	3	25	28
3.6 การนวดไทยบำบัด 1	-	12	12
3.7 การนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ 1	3	15	18
3.8 การนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ	-	7	7
3.9 การตัดตน	-	3	3
3.10 การบันทึกผลการนวด			
4. หมวดวิชากฎหมายและจริยธรรม	12	-	12
4.1 กฎหมายวิชาชีพการแพทย์แผนไทย	3	-	3
4.2 ระบบสุขภาพ		100	100
5. หมวดการฝึกงานภาคสนาม	91	239	330
รวมทั้งสิ้น			

ที่มา: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ตารางที่ 4 หลักสูตรนวดไทย (องค์การอนามัยโลก)

ชื่อวิชา	จำนวนชั่วโมง		
	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	รวม
1.วิทยาศาสตร์สุขภาพ (152 ชั่วโมง)			
1.1 กายวิภาคขั้นพื้นฐาน	24	-	24
1.2 สรีรวิทยาพื้นฐาน	24	-	24
1.3 เกสัชวิทยาขั้นพื้นฐาน	6	-	6
1.4 พื้นฐานวิทยาศาสตร์ทางคลินิก	36	-	36
1.5 จิตวิทยาพื้นฐาน	6	-	6
1.6 ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกขั้นพื้นฐาน	20	-	20
1.7 การตรวจสอบความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	6	12	18
1.8 การประเมินอาการเจ็บปวด	6	-	6

ชื่อวิชา	จำนวนชั่วโมง		
	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	รวม
1.9. การปฐมพยาบาล	6	6	12
2. หมวดวิชาการแพทย์แผนไทย (60 ชั่วโมง)			
2.1. ปรัชญาการแพทย์แผนไทย	6	-	6
2.2. ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย	12	-	12
2.3. พื้นฐานเภสัชกรรมไทย	20	10	30
2.4. พื้นฐานการวินิจฉัยและรักษาโรคทางแพทย์แผนไทย	12	-	12
3. หมวดวิชาการนวดไทย (316 ชั่วโมง)			
3.1 ประวัติ องค์ความรู้และการประยุกต์ใช้การนวดไทย	4	-	4
3.2 เส้นประธานสิบกับการเกิดโรค	3	9	12
3.3 หลักพื้นฐานการนวดไทย	-	24	24
3.4 การวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับเส้นและโรคที่เกี่ยวข้องกับลม	-	18	18
3.5. นวดไทย 1	-	18	18
3.6.นวดไทย 2	-	48	48
3.7. นวดไทย สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ 1	-	12	12
3.8. นวดไทย สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ 2	-	12	12
3.9. การนวดเท้า	4	10	14
3.10. นวดไทย สำหรับนักกีฬา	-	24	24
3.11. นวดไทย สำหรับก่อนคลอด หลังคลอดและการดูแลทารก	-	24	24
3.12. นวดน้ำมัน	3	24	27
3.13. นวดไทย เพื่อสุขภาพ	-	24	24
3.14. นวดเท้าเพื่อสุขภาพ	3	15	18
3.15. การบำบัดด้วยสปา	3	-	3
3.16. สมุนไพรบำบัด	-	10	10
3.17. ฤาษีดัดตน	-	24	24
4.กฎหมาย / จริยธรรม การบันทึกประวัติทางการแพทย์ (72 ชั่วโมง)			
4.1. กฎหมายวิชาชีพการแพทย์แผนไทย	12	-	12
4.2. ระบบสุขภาพ	3	-	3
4.3. การบันทึกผลการนวด	-	30	30
4.4. การบริหารจัดการทางคลินิก	3	-	3
4.5. กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการทำงานเป็นทีม	3	3	6
4.6. หลักการสื่อสาร	6	-	6

ชื่อวิชา	จำนวนชั่วโมง		
	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	รวม
4.7. ความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม	6	-	6
4.8. จริยธรรมวิชาชีพ	3	-	3
4.9. ศิลปะการบริการ	3	-	3
5. หมวดการฝึกงานภาคสนาม	-	400	400
รวมทั้งสิ้น	243	757	1000

ที่มา:องค์การอนามัยโลก

อภิปรายผล (Discussion)

จากการศึกษาพบว่าการศึกษาการยกระดับมาตรฐานนวดไทยได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งแพทย์แผนไทยคือสาขาที่ 12 โดยมุ่งเน้นไปที่การนำแพทย์แผนไทยให้เป็นแพทย์ทางหลักของชาติด้วยการพัฒนาให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานระดับโลก รวมถึงการจัดระดับสถานบริการ Service Plan ใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ เพื่อเป็นการยกระดับการแพทย์แผนไทย ด้วยการจัดการบริการคลินิกเฉพาะโรคที่ โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไปเช่นการรักษาโรคลมปะกัง (ไมเกรน) ด้วยการนวดแผนไทย และการประคบด้วยสมุนไพรจากนั้นให้การบำบัดด้วยยาสมุนไพรได้แก่ ยาหอมนวโกฐ ยาหอมเทพจิตร นอกจากนี้ยังมีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมและโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ที่ใช้การบำบัดด้วยการนวดไทย จะเห็นได้ว่าทั้ง 3 โรคที่ระบุเป็นโรคที่มีความชุกในระบบการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันในทางกลับกันก็สามารถรักษาด้วยการนวดไทยได้ ซึ่งผู้ให้บริการด้านการนวดไทยจะต้องได้รับการเรียนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงสร้างร่างกายของมนุษย์และกลไกการเกิดโรค

เมื่อพิจารณาจากหลักสูตรที่มีอยู่ในปัจจุบันและเปิดอบรมโดยทั่วไปจะเน้นไปที่ หลักสูตรการนวดไทย 60 ชั่วโมงและ 150 ชั่วโมง โดยผู้ที่จบหลักสูตรดังกล่าวจะเน้นไปปฏิบัติงานในร้านสปา ซึ่งมีสถาบันและหลักสูตรที่ได้รับการรับรองถึง 552 แห่ง (กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 2558) และหลักสูตรส่วนใหญ่จะอยู่ที่ 60-180 ชั่วโมง และหลักสูตรผู้ให้บริการสปา โดยตำแหน่งงานที่ต้องการจะมีความแตกต่างกันระหว่างหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานด้านการนวดไทยที่ได้รับใบประกาศนียบัตรหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330/372 ชั่วโมง หรือประเภทการนวดไทย 800 ชั่วโมง ในขณะที่กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน รับสมัครพนักงานนวดเพื่อไปปฏิบัติงานยังต่างประเทศ คุณสมบัติต้องมีใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรนวดแผนไทย หรือนวดเท้าจากสถาบันที่ได้รับการรับรองจำนวน 150 ชั่วโมง หรือผ่านการทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ ประเภทการนวดไทย ระดับ 1 เทียบเท่าการอบรม 150 ชั่วโมง ซึ่งสถานประกอบการส่วนใหญ่ในต่างประเทศจะเป็นในรูปแบบสถานบริการสปาที่เน้นด้านการนวดเพื่อสุขภาพ ในขณะที่โรงพยาบาลจะเน้นด้านการนวดเพื่อการรักษา

สรุปและขอเสนอแนะ (Conclusion and Recommendations)

จากการทบทวนเอกสารและการสังเคราะห์รูปแบบการรับสมัครงานของโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน พบว่าคุณสมบัติของผู้สมัครจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330/372 ชั่วโมง ในขณะที่สถาบันที่ให้ความรู้ด้านการนวดไทยที่ผ่านการรับรองจากกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่มีถึง 552 แห่งกลับมุ่งเน้นหลักสูตรที่เปิดอบรมในแนวทางนวดสปา นวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ และนวดไทยเพื่อสุขภาพ ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขพยายามผลักดันเพื่อยกระดับและพัฒนามาตรฐานหมอนวดไทยแผน ให้ได้รับใบประกอบโรคศิลปะเพื่อรองรับวิชาชีพนวดแผนไทย โดยเน้นต้องมีความรู้ทั้งวิชาการ และภาคปฏิบัติ (Snook online 2552) จากการสังเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้พบว่า

1. แนวทางในการพัฒนาหลักสูตรนวดแผนไทยให้ได้มาตรฐานควร มุ่งเน้นมาตรฐานที่สถาบันการอบรมความรู้ด้านการนวดแผนไทย ให้ตรงตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำเป็นมาตรฐานสำหรับฝึกอบรมนวดไทยที่รับรองโดยองค์การอนามัยโลก (Benchmarks for training in Nuad Thai) ซึ่งเป็นมาตรฐานการนวดเพื่อการรักษา
2. ควรจัดทำหนังสือมาตรฐานสำหรับฝึกอบรมนวดไทยที่ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกให้เป็นฉบับภาษาไทยเพื่อให้สถาบันที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการฝึกอบรมได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรของสถาบัน
3. ควรจัดทำมาตรฐานสำหรับการฝึกอบรมนวดไทยเพื่อสุขภาพเพื่อเป็นมาตรฐานในระดับนานาชาติเนื่องจากได้เกิดสถาบันที่ให้ความรู้ด้านการนวดไทยเพื่อสุขภาพเกิดขึ้นอย่างมากมายในต่างประเทศเช่น ประเทศเยอรมันนี้ได้มีสถาบันให้ความรู้ด้านนวดไทยที่ผ่านการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขไทย โดยเปิดอบรมเรื่องการนวดท้องแบบ “ชินซัง-Shi-Nei-Tsang” ซึ่งเป็นศาสตร์การนวดตามลัทธิเต๋า แต่ระบุว่าเป็นหลักสูตรการนวดหน้าท้องแบบไทย (Abdominal Massage Thai Style Courses)
4. ควรสื่อสารเรื่องการนวดไทยให้ระดับนานาชาติได้เข้าใจถึงรูปแบบการนวดไทยว่ามี 2 รูปแบบได้แก่รูปแบบการนวดเพื่อการรักษา และรูปแบบการนวดไทยเพื่อสุขภาพ เพื่อมิให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เนื่องจากการนวดเพื่อการรักษาเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพในเชิงวัฒนธรรม ในขณะที่การนวดไทยเพื่อสุขภาพเป็นการผสมผสานรูปแบบการดูแลสุขภาพในหลากหลายวัฒนธรรม

เอกสารอ้างอิง (References)

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (2556). รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก 2554-2556. – นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, กันยายน
- กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (2558). รายชื่อหน่วยงานและหลักสูตรที่ผ่านการรับรอง (ณ มีนาคม 2558) เข้าถึงจาก [Online] http://www.thaispa.go.th/spa2013/web/?wpfb_dl=455.

- ข่าว PPTV (2561). “นวดไทย” อาจเป็นอาชีพต้องห้ามของต่างด้าว เข้าถึงจาก [Online], available from <https://today.line.me/th/pc/article/A7-0ZpG3D>
- ข่าว Sanook (2552). แนะนำนวดเตรียมยกระดับมาตรฐานเตรียมสอบใบประกอบโรคศิลปะประเภทการนวดไทย เข้าถึงจาก[Online], available from <https://www.sanook.com/news/872057>
- ยศวดี แววัฒนะ และเสาวณีย์ สมันตธีรพร (2558). การพัฒนารูรูกิจสพาสู่ความยั่งยืน: วิธีการทางจิตวิทยาสู่ความยั่งยืน. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม-มิถุนายน 2558: 174-84.
- เว็บไซต์สุขภาพ (2018). “หมอวิศิษฐ์” แพทย์มือกฎหมาย ผลักดัน “Medical Hub” ชูอัตลักษณ์ สมุนไพรไทยทั่วโลก เข้าถึงจาก [Online] <https://medhubnews.com/>
- Learn 4 Good. Thai Massage School in Germany, Europe. เข้าถึงจาก [Online] <https://www.learn4good.com/schools/thai-massage-europe.htm>
- World Health Organization (2010). Benchmarks for training in traditional /complementary and alternative medicine: benchmarks for training in Nuad Thai. เข้าถึงจาก [Online] <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js17554en/>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

1. การเตรียมต้นฉบับสำหรับบทความวิจัย

1.1 บทความวิจัย ประกอบด้วย

1. ส่วนปก

ชื่อบทความ (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรกะทัดรัด ไม่ยาวเกินไป ถ้าบทความเป็นภาษาไทย ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน (Authors) ชื่อตำแหน่ง – ชื่อเต็ม – นามสกุลเต็ม ของผู้เขียนทุกคน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับผู้เขียนประสานงานให้ใส่ที่อยู่ให้ละเอียด พร้อมทั้งหมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร และ E-mail address ที่สามารถติดต่อได้ และให้ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) กำกับด้วยไว้บนนามสกุล เพื่อระบุที่อยู่ของผู้เขียน

บทคัดย่อ (Abstract) ควรสั้น ตรงประเด็น ครอบคลุมสาระสำคัญของการศึกษา ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการวิจารณ์ เป็นต้น ถ้าบทความเป็นภาษาไทยจะต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยให้ภาษาไทยขึ้นก่อน

คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถนำไปใช้สืบค้นในระบบฐานข้อมูล

****หมายเหตุ :** เนื้อหาส่วนปกจะต้องเขียนให้อยู่ในกระดาษจำนวน 1 หน้า เท่านั้น

2. ส่วนเนื้อหา

บทนำ (Introduction) เพื่ออธิบายถึงความสำคัญของปัญหา และวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงการตรวจเอกสาร วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการ (Materials and Methods) / วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) อธิบายเครื่องมือและวิธีการดำเนินการวิจัยให้ชัดเจน

ผลการวิจัย (Results) เสนอผลการทดลอง วิจัย อย่างชัดเจน ตรงประเด็น ควรมีรูปภาพ และ/หรือ ตารางประกอบ การอธิบายผลในตารางและรูปภาพต้องไม่ซ้ำซ้อนกัน

การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายผลการวิจัย เพื่อให้ผู้อ่านมีความเห็นคล้อยตาม เพื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัยของผู้อื่น เพื่อเสนอแนวทางที่จะใช้ประโยชน์ ผลการวิจัยและการอภิปรายผล (Results and Discussion) อาจนำมาเขียนตอนเดียวกันได้

สรุป (Conclusion) และข้อเสนอแนะ (Recommendation) เป็นการสรุปประเด็น และสาระสำคัญของการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) เพื่อแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย อาจมีหรือไม่ก็ได้

เอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นรายชื่อเอกสารที่ใช้เป็นหลักในการค้นคว้าวิจัยที่ได้รับ การตรวจสอบเพื่อนำมาเตรียมรายงาน และมีการอ้างอิงถึงเฉพาะเอกสารที่ปรากฏในบทความ

เท่านั้น การอ้างอิงให้จัดเรียงตามลำดับตัวอักษร นำโดยกลุ่มเอกสารภาษาไทย โดยให้ยึดถือรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ดังต่อไปนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่องของบทความ (In-text Citations)

การอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่องใช้ ระบบนามปี (Name-year System) เท่านั้น โดยเริ่มจากชื่อผู้แต่งแล้วตามด้วยปีที่เผยแพร่เอกสารนั้น ถ้าเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้เพียงชื่อสกุลนำหน้าแล้วตามด้วยปีที่เผยแพร่เอกสารถ้าเป็นเอกสารภาษาไทยให้ใช้ชื่อต้นนำหน้า ตามด้วยนามสกุล และปีที่เผยแพร่เอกสาร ในกรณีที่ผู้แต่ง 2 คนให้ใส่ชื่อครบทุกคน และถ้ามากกว่า 2 คน ให้ใส่เฉพาะชื่อคนแรกแล้วตามด้วย “และคณะ” (ถ้าเป็นภาษาอังกฤษใช้ “et al.”)

การเขียนรายการเอกสารอ้างอิง (Reference list) จาก

1. หนังสือ

ผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อหนังสือ.// ครั้งที่พิมพ์ (ถ้ามี).// เมืองที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

2. หนังสือแปล

ผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อเรื่องของหนังสือแปล.// แปลจาก (ชื่อเรื่องในภาษาเดิม).// โดย (ชื่อผู้แปล).// ครั้งที่พิมพ์ (ถ้ามี).// เมืองที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

3. บทความหรือบทในหนังสือ

ผู้เขียนบทความ.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// ใน ชื่อบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม.// ชื่อเรื่อง.// เล่มหน้า.// สถานที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

4. บทความในหนังสือรายงานประชุมทางวิชาการ/สัมมนาทางวิชาการ

ผู้เขียนบทความ.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// หน้า/เลขหน้า.// ใน ชื่อบรรณาธิการ.// ชื่อเรื่องรายงานการประชุม.// สถานที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

5. วารสาร

ผู้เขียนบทความ.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// ชื่อวารสาร.// ปีที่.// ฉบับที่.// เลขหน้า.

6. บทความในหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียน.// (ปี, วัน, เดือน).// ชื่อบทความ.// ชื่อหนังสือพิมพ์.// หน้า/เลขหน้า.

7. บทความในสารานุกรม

ชื่อผู้เขียนบทความ.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// ใน ชื่อสารานุกรม.// เล่มที่.// เลขหน้า-เลขหน้า.

8. วิทยานิพนธ์

ผู้เขียนวิทยานิพนธ์.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อวิทยานิพนธ์.// ระดับวิทยานิพนธ์.// ชื่อสาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย.

9. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (สื่ออิเล็กทรอนิกส์) :WWW.

ผู้เขียน.// (ปี.)//ชื่อบทความ.//ชื่อวารสารหรือนิตยสาร.//ปีที่(เดือนหรือฉบับที่):/เลขหน้า (ถ้ามี).//วัน เดือน ปีที่ค้นข้อมูล/ชื่อฐานข้อมูลหรือที่อยู่ของบทความ/(URL).

10. จดหมายเหตุ คำสั่ง ประกาศ

ชื่อหน่วยงาน.// (ปี./วัน./เดือน.)//ชื่อของเอกสาร.//เลขที่ของเอกสาร(ถ้ามี).

11. ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน

ชื่อหน่วยงาน.// (ปีที่พิมพ์).//ชื่อหนังสือ.//เล่มที่(ถ้ามี).//ครั้งที่พิมพ์(ถ้ามี).//เมืองที่พิมพ์.//สำนักพิมพ์.

12. มีเฉพาะชื่อบรรณาธิการเป็นผู้รวบรวม

ชื่อบรรณาธิการ หรือผู้รวบรวม หรือผู้เรียบเรียง.// (ปีที่พิมพ์).//ชื่อหนังสือ.//เล่มที่(ถ้ามี).//ครั้งที่พิมพ์(ถ้ามี).//เมืองที่พิมพ์.//สำนักพิมพ์.

1.2 บทความวิชาการ ประกอบด้วย

1. ส่วนปก

มีส่วนประกอบเหมือนบทความวิจัย และเขียนให้อยู่ในกระดาษจำนวน 1 หน้า เท่านั้น

2. ส่วนเนื้อหา ประกอบด้วย

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนของที่มาของมูลเหตุของการเขียนบทความ

วิธีการศึกษา/วิธีดำเนินการ (Method) (ถ้ามี) เป็นการอธิบายวิธีการศึกษาหรือการดำเนินการตามประเภทของบทความวิชาการ

ผลการศึกษา/ผลการดำเนินการ (Results) เป็นการเสนอผลอย่างชัดเจน ตามประเด็น โดยลำดับ ตามหัวข้อที่ศึกษาหรือดำเนินการ

สรุป (Conclusion) สรุปประเด็น และสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษา

2. รูปแบบการพิมพ์บทความวิจัย และบทความวิชาการ

2.1 การตั้งค่าหน้ากระดาษ

- ระยะขอบของขอบบน (Top Margin) ขอบล่าง (Bottom Margin) 2.54 ซม.
ขอบขวา (Right Margin) 2.54 ซม. ขอบซ้าย (Left Margin) 3.17 ซม.

- รูปแบบตัวอักษร ใช้ TH Sarabun ตลอดทั้งบทความ ขนาด 15

- หมายเลขหน้า ตำแหน่ง ด้านบน

- จำนวนหน้า 10 -15 หน้า

- ชื่อวารสาร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 18 ตัวหนา

- ชื่อบทความ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 18 ตัวหนา

- ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 15 จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

- ตัวเลขยก (บรรณามสกุล) ขนาดตัวอักษร 14

- ตำแหน่งทางวิชาการและที่อยู่ ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12

- ชิดชอบ
- ชื่อบทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 15 ตัวหนา และ
 - เนื้อหาบทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14
 - เนื้อหาบทความ ขนาดตัวอักษร 15

3. เกณฑ์การประเมินบทความ

กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้น เกี่ยวกับความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป ถ้าไม่ผ่านการพิจารณา จะส่งกลับเพื่อทำการแก้ไข ถ้าผ่านจะเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกและเมื่อบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับหนังสือรับรองการตีพิมพ์บทความ พร้อมทั้งวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ฉบับที่นำบทความลงตีพิมพ์ผลงาน จำนวน 2 ฉบับ

ขั้นตอนการตรวจสอบ/ทบทวนบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

