วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
Public Health & Health Laws Journal

ISSN 2408-249X

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ Vol. 3 No. 1

มกราคม – เมษายน ๒๕๖๐ January - April 2017

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
- การตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557
- การตัดสินใจใช้บริการรักษาพยาบาลข้ามขั้นตอน ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลศิริราช
- กระบวนการกำกับดูแลการออกใบอนุญาตสารชีวภาพ

บทความวิชาการ

- การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล : ประสิทธิผลของการทำลายเชื้อสำหรับอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล
- การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ
- การค้าและสุขภาพ: การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง
- การดำเนินการในลักษณะองค์การเพื่อสังคมโดยอุตสาหกรรมยาสูบ

คำพิพากษาที่น่าสนใจ

วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
Public Health & Health Laws Journal

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ Vol.3 No.1

มกราคม – เมษายน ๒๕๖๐ January –April 2017

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

  ปิยะมาศ สุดชาขำ.. 1 - 15

- การตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557

  ทัศน์วรรณ ภูมิไชยโชติ .... 16 -30

- การตัดสินใจใช้บริการรักษาพยาบาลข้ามขั้นตอน ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลศิริราช

  สุรางคนา สมันเลาะห์ และคณะ.. 31 - 45

- กระบวนการกำกับดูแลการออกใบอนุญาตสารชีวภาพ

  ธิดารัตน์ นุชถนอม.. 46 - 62

บทความวิชาการ

- การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล: ประสิทธิภาพของการทำลายเชื้อสำหรับสำหรับอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล

  ธนิดา อินทะจักร์..63 - 75

- การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ

  ศิริลักษณ์ ฤทธิ์ไธสง.. 76 - 86

- การค้าและสุขภาพ: การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

  ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ.. 87 - 101

- การดำเนินการในลักษณะองค์การเพื่อสังคมโดยอุตสาหกรรมยาสูบ

  นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์... 102 - 118

คำพิพากษาที่น่าสนใจ

- สัญญาที่มีเงื่อนไขและการใช้สิทธิเรียกร้อง..119 - 121
- ละเมิดลิขสิทธิ์หรือไม่และหลักผู้รับโอนไม่มีสิทธิดีกว่าผู้โอน..........................122 - 128

วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
Public Health & Health Laws Journal

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 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 ยีมิเด็น

ฝ่ายจัดการทั่วไป

นางพิศมัย มณีแจ่มใส

วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

Public Health & Health Laws Journal

คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร ฟองสถิตย์กุล

รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงศีล

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาติ โตรักษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ครึกครื้นจิตร

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ	มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.ยุวนุช สัตยสมบูรณ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.วัลลีรัตน์ พบคีรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ. เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
ศ. เกียรติคุณ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ. ดร. พญ. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ. ดร. ปิยธิดา ตรีเดช	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ. ดร. สุรชาติ ณ หนองคาย	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก กรรมการสภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน
รศ. ดร. ลาวัณย์ ถนัดศิลปกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รศ. ดร. วรางคณา จันทร์คง	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รศ. ดร. พักตร์พิมล มหรรณพ	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
นาวาตรีหญิง ดร. หฤทัย อาจปรุ	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
อาจารย์นำพร อินสิน	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยราชภัฏ สกลนคร
ดร. นพ. ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
อาจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยศรีปทุม
นาวาอากาศเอก นายแพทย์อาภัสร์ เพชรผุด	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

แพทย์หญิง ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
นายอนุชา กาศลังกา	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายวศิน พิพัฒนฉัตร	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย
Manas Ranjan Behera	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก St Theresa International College

ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน
ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขฉบับนี้เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกเนื้อหาบทความเพื่อการศึกษาหรือปฏิบัติงาน แต่ให้อ้างอิงแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

สำนักงาน

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี 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 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193

e-mail chardsumon.pru@mahidol.ac.th

พิมพ์ที่ บริษัท โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก (1997) จำกัด

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและต้นสังกัดพิจารณาบทความ

รองศาสตราจารย์ ดร.ลาวัณย์ ถนัดศิลปกุล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

นาวาอากาศเอกอาภัสร์ เพชรผุด
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

รองศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ
มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.ยุวนุช สัตยสมบูรณ์
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริณธิ์ กิตติพิชัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะธิดา ขจรชัยกุล
มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอื้อมณีกูล
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ รวิวรกุล
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.สรา อาภรณ์
มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.วัลลีรัตน์ พบคีรี
มหาวิทยาลัยมหิดล

นายวศิน พิพัฒนฉัตร
สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย

รองศาสตราจารย์ ดร.พักตร์พิมล มหรรณพ
มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

บทบรรณาธิการแถลง

จากการที่กฎหมายเข้ามามีบทบาทต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพและสาธารณสุขอย่างมาก วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขจึงถือกำเนิดขึ้นเพื่อรองรับงานวิจัยและงานวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพและสาธารณสุข วารสารนี้ได้ดำเนินการมาเป็นปีที่ 3 ซึ่งมีเนื้อหาสาระที่นำเสนอสามส่วน เป็นส่วนที่นำเสนอบทความวิจัยจำนวน 4 บทความ อีกส่วนเป็นบทความวิชาการมีจำนวน 4 บทความ และมีคำพิพากษาศาลฎีกาที่น่าสนใจ 2 เรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการแพทย์และสาธารณสุข

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

รองศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ

บรรณาธิการ

การให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

ปิยะมาศ สุดชาขำ*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 249 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่งส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยค่าระดับมาก (Mean = 9.13) การตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก (Mean = 4.35) การให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยในภาพรวมของการศึกษาครั้งนี้ มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก (Mean = 3.73)และจากการทดสอบสมมติฐานพบว่าความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กันกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การตระหนักมีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .616) และสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .168)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยคือการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยและส่งเสริมการทำวิจัยในหน่วยงานของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้ / การตระหนัก / สภาพแวดล้อมในการทำงาน / การให้ข้อมูลตามสิทธิ

---

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

Providing of Information on the Patient's Rights by Registered Nurses in a Hospital

Piyamars Sudchakham*

Abstract

This quantitative study aimed to investigate the practice in providing information in compliance with the declaration of Patients' Rights among 249 registered nurses in a hospital of health recruited through a purposive sampling. The statistics used were percentage, mean, standard deviation, and Pearson's Correlation Coefficient.

Study results showed that the mean score of knowledge about the Patients' Rights among these registered nurses was in a high level (Mean=9.13). The mean score of their awareness about the necessity of providing information in compliance with the declaration was at a high level (Mean=4.35). The mean score of the overall practice in providing information in such a manner by these registered nurses was at a high level (Mean=3.73). Hypothesis testing revealed that their knowledge about the patients' rights did not significantly associate with their practice in providing information in compliance with the declaration. Their awareness about necessity of providing information significantly had a positive association with their practice in providing information (r=.616). Their work environment significantly had a positive association with their practice in providing information (r=0.168).

The study suggested that work environment should be more favorable to provide information in compliance with this declaration.

Keywords: Knowledge, awareness, work environment, providing information in compliance with declaration of patients' rights

---

*Registered Nurse at Queen Sirikit National Institute of Child Health

บทนำ

สิทธิผู้ป่วยถูกพัฒนาจากสารระหว่างประเทศหลายฉบับ อันได้แก่ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ.1948 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางพลเมืองและการเมือง ค.ศ.1966 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจสังคมละวัฒนธรรม ค.ศ.1966 และพิธีสารต่อท้ายระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางการเมืองและพลเมืองทั้ง 4 ฉบับนี้ได้รวมเรียกเป็นประมวลกฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ ซึ่งเล็งเห็นความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วย จึงได้มีการรับรองสิทธิผู้ป่วยไว้เพื่อเป็นการย้ำเตือนบุคลากรในทีมสุขภาพว่า สิทธิผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ไม่ควรถูกละเมิดหรือถูกละเลย เพราะจะนำไปสู่ความร้าวฉานในสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2536; ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, 2555)

สิทธิผู้ป่วยมีทั้งหมด 10 ข้อ จะครอบคลุมในเรื่องของสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล สิทธิที่จะได้รับข้อมูลเพื่อการเลือกตัดสินใจให้ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติต่อตนหรือเลือกสถานบริการ สิทธิที่จะร่วมมือหรือยุติความร่วมมือในการทดลองวิจัย และได้รับความช่วยเหลือรีบด่วนสิทธิที่จำเป็นเมื่อเกิดภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต รวมทั้งสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง สำหรับผู้ที่อายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์หรือผู้บกพร่องทางกายหรือจิตที่ไม่สามารถใช้สิทธิของตนได้นั้น บิดามารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรมสามารถใช้สิทธิแทนได้ (ศิริลักษณ์ สีบวงค์แพทย์, 2542)

เนื่องจากโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยเด็กมีผู้ป่วยมารับบริการต่อวัน จำนวน 600-700 ราย ซึ่งตามมาตรฐานที่กำหนดต้องมีพยาบาลวิชาชีพสำหรับสถานพยาบาลแห่งนี้ แผนกผู้ป่วยนอกโรคทั่วไปให้มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อผู้ป่วย 100 คน พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อผู้ป่วย 10 คน และแผนกผู้ป่วยในให้มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คน (สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์, 2551) โดยภาพรวมมีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 535 คน แต่มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานพยาบาลจริง ๆ ไม่ได้สัดส่วนตามมาตรฐาน พยาบาลต้องรับผิดชอบให้การพยาบาลผู้มารับบริการมากกว่าอัตรากำลังที่มี จึงมีผลให้ไม่สามารถให้การพยาบาลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมได้อย่างทั่วถึง ผลกระทบต่อมาคือ ผู้ป่วยอาจได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่เข้าใจในแผนการรักษา หรือได้รับข้อมูลไม่ชัดเจน และยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านสิทธิผู้ป่วยกับผู้ป่วยมารับบริการ การให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพต้องกระทำโดยการเคารพต่อสิทธิความเป็นบุคคล ต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยภายใต้หลักจริยธรรมให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีถูกต้องและมีประสิทธิภาพถือเป็นการบริการที่ดีต่อผู้ป่วยอีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ว่าเป็นอย่างไร และอยู่ในระดับใด ทั้งในเรื่องความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วย การตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิ

ผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลตามสิทธิและเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อวัดระดับความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
2. เพื่อวัดระดับการตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
3. เพื่อวัดระดับสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
4. เพื่อหาความสัมพันธ์ของ ความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วย การตระหนักต่อการให้ข้อมูลและสภาพแวดล้อมในการทำงานกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วย การตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

นิยามศัพท์

สิทธิผู้ป่วย หมายถึง อำนาจอันชอบธรรมของผู้ป่วยที่พึงได้รับการคุ้มครองรักษาผลประโยชน์จากการรับการรักษาหรือรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมเสมอภาคกันตามสิทธิ คำประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 มี 10 ข้อ ได้แก่

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มิได้เป็นผู้ให้บริการ แก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่งมีการจำได้ในข้อเท็จจริงรายละเอียดของสิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ

ความตระหนัก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่งรู้สึกเห็นคุณค่าความสำคัญ การยอมรับหรือการเข้าใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยกับผู้ป่วยและญาติ แบ่งเป็นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

สภาพแวดล้อมในการทำงาน หมายถึง พื้นที่ สิ่งแวดล้อม ความเป็นส่วนตัว เสียงและเครื่องมือที่พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเห็นว่าสามารถเอื้ออำนวยในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติตามคำประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็นเอื้ออำนวยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การให้ข้อมูล หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่งถือปฏิบัติในการให้ข้อมูลสิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศรับรองสิทธิแก่ผู้ป่วย แบ่งเป็นปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจำนวน 535 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครซี่ และมอร์แกน ได้จำนวน 249 คน

สูตรที่ใช้ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ

$$n = \frac{X^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + X^2 p (1 - p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

$X2$ = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (X^2 = 3.841)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

แทนค่าใน $n = \frac{(3.841)^2 (535) (0.5) (1 - 0.5)}{(.05)^2 (535 - 1) + (3.841)^2 (0.5) (1 - 0.5)}$

= 249 คน

กลุ่มตัวอย่างคือการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นผู้ปฏิบัติงานให้บริการทั้งผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มกระจายเลือก คือ แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ใช้วิธีการจับสลากเลือกเพื่อให้ทุกคนมีโอกาสถูกเลือกเท่ากัน มีดังนี้

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งหมดโดยเรียงรายชื่อและใส่รหัสในแต่ละรายชื่อ
2. นำรายชื่อทั้งหมดมาจับสลากตามจำนวนที่คำนวณได้ตามสูตรและใส่รหัสในแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบประเมินความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วย ความตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิ สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เอื้ออำนวยต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิ

และการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด (Close end question) โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ครอบคลุมวัตถุประสงค์การศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิดให้เติมคำตอบและปลายปิดเลือกตอบ สอบถาม เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงานและการได้รับข่าวสารเรื่องสิทธิผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ วัดระดับความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วย 2 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 การตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยเป็นแบบสอบถามที่ถามถึงการเห็นคุณค่าของการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ในลักษณะคำถามเป็นแบบใช้ความถี่ในการกำหนดระดับ (rating scale) ให้คะแนนเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 สภาพแวดล้อมในการทำงานประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพื้นที่ในการทำงานบรรยากาศในการทำงาน การแจ้งข้อมูลข่าวสารและเครื่องมือในการปฏิบัติงาน มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 การให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามที่ถามการปฏิบัติงานตามสิทธิผู้ป่วยของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามคำประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 จำนวน 10 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้โดยผู้วิจัยเอง เก็บข้อมูลภาคสนามโดยเก็บจากข้อมูลรวบรวมแบบสอบถามจากพยาบาลวิชาชีพ ของโรงพยาบาลเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมด 249 ชุด จากนั้นนำมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามจากนั้นนำมาลง คะแนนตามรหัสที่กำหนดและนำผลที่ได้จากการเก็บข้อมูลไปวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ทางสังคมศาสตร์ประมวลผล และจัดทำตารางวิเคราะห์ผลทางสถิติ เพื่อนำเสนอข้อมูล และสรุปผลการวิจัย โดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงปริมาณเป็นหลัก ทั้งสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และการวิเคราะห์เนื้อหาในส่วนที่เป็นคำถามปลายเปิด โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ความรู้ ความตระหนัก สิ่งแวดล้อมการทำงาน และการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยโดยใช้ค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจำนวน 249 ราย คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุระหว่าง 23-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.2 มี รองลงมาอายุระหว่าง 35-46 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.5 และอายุ 46 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 17.3 อายุเฉลี่ย 35.55 ปี

ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 91.2 รองลงมามีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 8.8

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ระหว่าง 1-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 53 รองลงมามีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานระหว่าง 13-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.7 และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 25 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 15. 3 ประสบการณ์เฉลี่ย 12.71 ปี

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการคิดเป็นร้อยละ 49.8 รองลงมาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการคิดเป็นร้อยละ 49 และปฏิบัติ งานด้านการพยาบาลในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 1.2

จำนวนแหล่งของการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสิทธิผู้ป่วย แหล่งเดียวคิดเป็นร้อยละ 49 รองลงมาได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสิทธิผู้ป่วย 2-3 แหล่ง คิดเป็นร้อยละ 48.6 และได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสิทธิผู้ป่วย 4 แหล่งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.4 โดยความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสิทธิผู้ป่วยอยู่ที่6 เดือน/ครั้ง ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 41.4 รองลงมาได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสิทธิผู้ป่วยมีความถี่ 3-5 เดือน/ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 28.9 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสิทธิผู้ป่วยมีความถี่ 0-2 เดือน/ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.1 และไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสิทธิผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 5.6

ระดับความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยค่าระดับมาก (Mean = 9.13) มีความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 75.1 มีความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งตอบถูก 9 ข้อขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 75.1 รองลงมาตอบถูกน้อยกว่า 9 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 24.9 ตอบถูก 8 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 21.7 ตอบถูก 7 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 2 และตอบถูก 6 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 1.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75.1 มีความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 24.9 มีความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนร้อยละตอบคำถามความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง (n = 249)

คะแนนที่ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้
ตอบคำถามถูก 9 ข้อขึ้นไป	187	75.1	ระดับดีมาก
ตอบคำถามถูก 6-8 ข้อ	62	24.9	ระดับดีปานกลาง

การตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก (Mean = 4.42) ร้อยละ 13.3 มีการตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 85.1 มีการตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก

ความตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยอยู่ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 85.1 ความตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยอยู่ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 13.3 และมีความตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยอยู่ระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 1.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนของการตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพสถาบันสุขภาพแห่งหนึ่ง

ระดับคะแนนการตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
มีความตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยมาก	212	85.1
มีความตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยปานกลาง	34	13.3
มีความตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยน้อย	3	1.6

สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีค่าเฉลี่ย (Mean = 3.73) โดยกลุ่มตัวอย่าง สภาพแวดล้อมในการทำงานมีระดับคะแนนอยู่ในระดับเอื้ออำนวยมาก

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

ระดับคะแนนสภาพแวดล้อมในการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
มีระดับสภาพแวดล้อมในการทำงานเอื้ออำนวยน้อย	33	13.3
มีระดับสภาพแวดล้อมในการทำงานเอื้ออำนวยปานกลาง	55	22.1
มีระดับสภาพแวดล้อมในการทำงานเอื้ออำนวยมาก	161	64.6

เมื่อพิจารณารายข้อของการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยจากตารางที่ 4 พบว่าพยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.8 การให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยระดับคะแนนปานกลางคิดเป็นร้อยละ 5.6 และการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยระดับคะแนนน้อยคิดเป็นร้อยละ 3.6 ตามลำดับ ผลการวิจัยการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่งส่วนมากมีการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยระดับคะแนนมาก

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

ระดับคะแนนการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับคะแนนการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยมาก	226	90.8
ระดับคะแนนการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยปานกลาง	14	5.6
ระดับคะแนนการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยน้อย	9	3.6

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่าความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพไม่สัมพันธ์กับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของสถาบันสุขภาพแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .084, P <0.01)

ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าการตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.616 P <0.01)

ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.168, P<0.01)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วย ความตระหนักต่อการให้ข้อมูลและสภาพแวดล้อมในการทำงานกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

ตัวแปร	การให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ		การแปลผลความสัมพันธ์
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	
ความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วย	.084	.186	ไม่สัมพันธ์
การตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วย	.616	. 000	สัมพันธ์
สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ	.168	.008	สัมพันธ์

ผลการวิจัยการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า ความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยค่าระดับมาก (Mean = 9.13) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 75.1 การตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก (Mean = 4.42) ส่วนใหญ่มีความตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 85.1 สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีค่าเฉลี่ยในระดับเอื้ออำนวยมาก (Mean = 3.73) ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานเอื้ออำนวยร้อยละ 64 การให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก (Mean = 4.13) ส่วนใหญ่มีการให้ข้อมูลคิดเป็นร้อยละ 90 และจากการทดสอบสมมติฐานพบว่า

ความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพไม่สัมพันธ์กับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .084, P <0.01)

การตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.616)

สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กันน้อยในทางบวกกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .168)

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

อธิบายได้ว่าจากข้อมูลความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่งส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยค่าระดับมาก (Mean = 9.13) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .902 โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24.9 มีความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 75.1 มีความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ ความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยเป็นตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง (ที่ระดับ 0.05 p <0.01, r = .084) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพส่วนมากเป็นผู้มีประสบการณ์และปฏิบัติงานด้านพยาบาลระหว่าง 1-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 53 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 91.2 ทำให้พยาบาลวิชาชีพคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับอนุชา เทวราชสมบูรณ์ (2545) ได้กล่าวว่าความรู้ (knowledge) คือสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ

ความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สิ่งที่ได้มาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติตามหลักวิชาการในแต่ละสาขาซึ่งสอดคล้องกับคาร์เตอร์ วี กู๊ด (Carter, V. Good, 1973)

การตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งหนึ่ง

การตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก (Mean = 4.35) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .735 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.1 พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งมีความตระหนักมากที่สุดคือ ข้อ 1 คิดเป็นร้อยละ 76.1 รองลงมาคือข้อ 2 คิดเป็นร้อยละ 72.3 ความตระหนักน้อยที่สุดคือ ข้อ 5 คิดเป็นร้อยละ 6.8 เมื่อพิจารณารายข้อของการตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ส่วนใหญ่มีการตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยที่เห็นด้วยที่สุดคือ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องต่อผู้ป่วยไม่เลือกปฏิบัติไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะมีความแตกต่างกันทางเชื้อชาติ ศาสนา ลัทธิการเมือง เพศ อายุผู้ป่วยเบิกได้หรือใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพและการอธิบายชี้แจงรายละเอียดข้อมูลอย่างครบถ้วน ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความสำคัญของการรักษา พยาบาลก่อนให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา ซึ่งคาร์เตอร์ วี กู๊ด (Cater, V. Good, 1975) ได้กล่าวว่า ความตระหนักเป็นความรู้สึกที่แสดงถึงการเกิดความรู้ของบุคคล หรือการที่บุคคลแสดงความรู้สึกและความสำนึกดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยและพยาบาลมีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยสูงและสอดคล้องกับการศึกษาของธันยาภรณ์ พุทธา (2550)

ผลการวิจัยนี้ พบว่า การตระหนักต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r =.616) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานสอดคล้องกับการศึกษาของศรีวรรณ มีบุญ (2539) ว่าความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

การให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยในภาพรวมของการศึกษาครั้งนี้ มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก (Mean =3.73) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .707 สอดคล้องกับการศึกษาของ เมธินี นิจพิทักษ์ (2550)

สภาพแวดล้อมในการทำงานสภาพทั้งด้านกายภาพและสังคมที่อยู่รอบ ๆ บุคคลผู้ปฏิบัติงานอยู่มีอิทธิพลหรือส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพเช่นนี้เป็นตัวแปรที่อธิบายถึงการจัดสภาพแวดล้อมในหน่วยงานทั้งความปลอดภัยและอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชูศรี มโนการ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี (2550) การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะเอื้อต่อการปฏิบัติงานและช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานให้องค์กรเต็มกำลังความสามารถเป็นการส่งเสริมความเป็นวิชาชีพแก่พยาบาลอีกด้วย

ผลการวิจัยนี้ได้ว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = .168) ซึ่งอธิบายได้ว่าสิ่งที่เอื้ออำนวยให้คนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนหนึ่งที่สำคัญคือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ วัสดุในการปฏิบัติงาน สถานที่ทำงาน แสง เสียง อุณหภูมิ และสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม (เยาวลักษณ์ กุลพานิช, 2533) รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวผู้ปฏิบัติทำงานอยู่ในหน่วยงานนั้นมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน (กานดา ว่องธนากุล, 2549)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีโอกาสพัฒนาความรู้เรื่องการทำวิจัยหรือการวิจัยจากงานประจำ (R2R) มากขึ้น
2. ผลการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการบริหารจัดการเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การทำงานในแต่ละหน่วยงานและอื้ออำนวยต่อการให้ข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยนี้ได้รับความกรุณาของรองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมและอาจารย์นายแพทย์วัฒน์ชัย จรูญวรรธนะซึ่งได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่สำคัญต่างๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งจึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

กองการพยาบาลสาธารณสุข. (2552). **มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล คลินิกโรคทั่วไป/คลินิกโรคพิเศษศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กานดา ว่องธนากุล. (2549). **ปัจจัยลักษณะสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของบุคลากรมหาวิทยาลัยรามคำแหง**. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การวิจัยการศึกษา), มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ. (2555). **กฎหมายสุขภาพและการรักษาพยาบาล.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย

ทัศนา บุญทอง. (2542). **ทิศทางการปฏิรูประบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.

เมธินี นิจพิทักษ์. (2550). **ทัศนคติต่อการบริการ สภาพแวดล้อมในการทำงานวัฒนธรรมองค์การและความพึงพอใจในการทางานของพนักงานโรงพยาบาล เปาโล เมโมเรียล**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เยาวลักษณ์ กุลพานิช. (2533). สภาพแวดล้อมกับประสิทธิภาพของงาน. **ข้าราชการ** 35: 16-18.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2537). **สิทธิผู้ป่วย.** กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

วีระชน ขาวผ่อง. (2551). **ความรู้การมีส่วนร่วมและความตระหนักต่อระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมของพนักงานในองค์กรที่ได้รับรองมาตรฐานระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม (ISO 14001)**: ศึกษากรณีบริษัทจันทบุรีซีฟู้ดส์ จำกัดและบริษัทจันทบุรีโฟรเซ่นฟู้ดส์ จำกัด. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ศรีวรรณ มีบุญ. (2539). **ความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลการการปฏิบัติการพยาบาล**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สารสภาการพยาบาล. (2541). **คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย** 13(2): 32.

สำนักการพยาบาล. (2549). **หน้าที่และความรับผิดชอบหลักและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ**นนทบุรี: กลุ่มภารกิจพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ทางการพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล** ปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สิวลี ศิริไล. (2544). **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แสงจันทร์ โสภากาล. (2548). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับองค์การบริหารส่วนตำบล**. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.

อนุชาเทวราชสมบูรณ์. (2545). **การจัดการความรู้.** พิษณุโลก: ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ทางการศึกษา สำนักผู้ตรวจราชการประจำเขตตรวจราชการที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก.

Good, C. (1973). **Dictionary of Education. Education**. Edited by Carter V. Good. New York: McGraw-Hill book Company, Inc.

Schultz, D. and Schultz, S.E. (2001). **Psychology and Work Today**. New Jersey: Pearson Education Inc.

การตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาครตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557

ทัศน์วรรณ ภูมิไชยโชติ *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2557 ในจังหวัดสมุทรสาคร และความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร การได้รับข้อมูลข่าวสารการประกันสุขภาพ การได้รับข้อมูลสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพและการได้รับนโยบายรัฐ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ แรงจูงใจในการประกันสุขภาพ และความพึงพอใจในการรับบริการสาธารณสุขกับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2557 ในจังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างคือแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาจำนวน 236 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square และ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย พบว่า แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมามีการตัดสินใจทำประกันสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 56.8 รองลงมาคือไม่แน่ใจว่าจะทำประกันสุขภาพหรือไม่ ร้อยละ 30.9 และตัดสินใจไม่ทำประกันสุขภาพ ร้อยละ 12.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การได้รับข้อมูลข่าวสารการประกันสุขภาพ การได้รับข้อมูลสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ การได้รับนโยบายรัฐ และความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ ควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวมากขึ้นและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำประกันสุขภาพ โดยขอความร่วมมือจากนายจ้างในการให้ข้อมูลแก่แรงงานต่างด้าว

คำสำคัญ: การตัดสินใจ, ประกันสุขภาพ, แรงงานต่างด้าว, ชาวเมียนมา

---

* วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) ผู้ช่วยนักวิจัยคลินิก หน่วยวิจัยโรคเขตร้อนมหิดล-อ๊อกฟอร์ด.

The decision of Myanmar migrant workers enter into the health insurance scheme according to ministry of public health's announcement B.E. 2557 in Samut Sakhon Province

Tassawan Poomchaichote*

Abstract

This research aimed to examine the decision making of Myanmar migrant workers in entering into the health insurance scheme according to ministry of public health's Announcement on Medical Checkups and Health Insurance for Migrant Workers B.E. 2557in Samut Sakhon province and determine the correlation between demographic characteristics, the acquisition of information about health insurance, the acquisition of information about health insurance benefits, the acknowledgement of government's policy, knowledge about health insurance benefits, motivation for entering into the health insurance scheme, satisfaction with public health services and decision making of Myanmar migrant workers for entering into the health insurance scheme. The sample was 236 of Myanmar migrant workers. A structured interview was used to collect the data which was analyzed with percentages, means, standard deviation, Chi-square and Fisher's Exact Test

The results showed that most of the sample (56.8%) decided to renew their health insurance while 30.9%persons felt uncertain about whether to renew and 12.3% decided not to renew. Correlation analyse showed that the factors correlated with the decision making, regarding entering into health insurance scheme was gender, age, marital status, occupation, acquisition of health insurance information, acquisition of information on health benefits, acknowledgement about government policy, and the knowledge about health benefits.

Recommendations from the result suggest that public relations and the provision of information about health insurance should be conducted more extensively. In addition, the objectives of health insurance should be explained to migrant workers. Cooperation may be sought from employers in providing this information to migrant workers.

Keywords: decision, health insurance, Myanmar migrant worker

M.Sc. (Public Health), Clinical Trials Assistant, Mahidol-Oxford Tropical Medicine Research Unit, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University

บทนำ

การขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องของไทย ส่งผลให้แรงงานต่างด้าวต้องการเข้ามาทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน เมียนมา ลาว และกัมพูชา เนื่องจากมีแรงจูงใจจากค่าจ้างที่ได้มากกว่าประเทศของตนในประเภทงานเดียวกัน และค่าจ้างในการจ้างแรงงานต่างด้าวจะถูกกว่าแรงงานไทย จึงทำให้นายจ้างหรือเจ้าของกิจการหันมาจ้างแรงงานต่างด้าวแทน สถิติสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ในแต่ละปีจะพบว่ามีแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานเป็นจำนวนมาก ดังเช่นสถิติในปี 2554 มีจำนวนแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานในประเทศทั้งหมด 1,950,650 คน ในจำนวนนี้มีแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมายตามพระราชบัญญัติคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 (ตามมาตรา 9 และ มาตรา 12) จำนวน 678,235 คน และผิดกฎหมายจำนวน 1,272,415 คน จะเห็นได้ว่าการเข้าเมืองแบบผิดกฎหมายมีจำนวนมากกว่าถูกกฎหมาย ซึ่งแรงงานเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาด้านต่าง ๆ เช่น ปัญหาด้านความมั่นคง ปัญหาด้านอาชญากรรมและยาเสพติด และด้านสาธารณสุข หากแรงงานเจ็บป่วยไม่มากมักซื้อยามากินเอง ยกเว้นเมื่อเจ็บป่วยหนักหรือประสบอุบัติเหตุร้ายแรงจึงจะไปรับบริการจากสถานพยาบาลและต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดซึ่งแรงงานไม่สามารถจ่ายได้ สถานพยาบาลต้องใช้เงินอุดหนุนมาชดเชย ทำให้รัฐต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวปีละหลายล้านบาท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และอีกปัญหาคือ การเกิดโรคระบาดในเด็ก เนื่องจากแรงงานส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ไม่มีการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวทำให้เด็กที่คลอดมาไม่มีการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันส่งผลต่อพัฒนาการและภูมิคุ้มกันต่อเด็ก ประเทศไทยจึงมีนโยบายสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว และผู้ติดตามซึ่งจะแบ่งตามประเภทการเข้าเมืองของแรงงานต่างด้าว แรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกต้องตามข้อตกลงการจ้างงานระหว่างประเทศ (MOU) จะเข้าสู่ระบบประกันสังคมของกระทรวงแรงงาน หากแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่หลบหนีเข้าเมือง ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในประเทศไทย มี ท.ร.38/1 และใบอนุญาตทำงาน กลุ่มนี้จะได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพจากการซื้อประกันสุขภาพ สำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่ไม่มีเอกสารใด ๆ สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการสาธารณสุขได้ทุกที่โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลเองทั้งหมด จากผลการวิจัยของอุษาวดี สุตะภักดิ์ (2556) พบว่าพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรไทย อาจพิจารณาได้ว่ามีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการคือ แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามมีประกันสุขภาพในอัตราที่ต่ำ สาเหตุอาจมาจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านแรงงาน ด้านการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว การไม่ทราบจำนวนแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่แท้จริง การไม่มีสภาพบังคับในการซื้อประกันสุขภาพ และช่องว่างของการพิสูจน์สัญชาติและการเข้าสู่ระบบประกันสังคม ทำให้เกิดช่องว่างในการหลีกเลี่ยงการประกันตนและซื้อบัตรประกันสุขภาพ ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่ยังไม่มีสิทธิสวัสดิการ

จังหวัดสมุทรสาคร เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำท่าจีน มีความอุดมสมบูรณ์ของสัตว์น้ำหลากหลายชนิดซึ่งเป็นทรัพยากรที่เอื้ออำนวยในทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมากจึงเป็นแหล่งประมงที่ใหญ่

ที่สุดของภาคกลาง ทำให้กลายเป็นพื้นที่ตั้งสำคัญของโรงงานอุตสาหกรรมประมงทะเลและอุตสาหกรรมแปรรูปอาหารทะเล รวมทั้งอุตสาหกรรมอื่น ๆ ที่ต้องอาศัยกำลังคนในการทำงาน ทำให้มีแรงงานไทยและแรงงานต่างด้าวหลั่งไหลเข้ามาทำงาน ในปี 2557 พบว่ามีแรงงานต่างด้าวประเภทพิสูจน์สัญชาติที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้ สัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา ที่จังหวัดสมุทรสาครประมาณ 122,138 คน ในจำนวนนี้จะพบว่าเป็นแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมามากที่สุดถึง 97% สถิติการทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาคร ในปี พ.ศ. 2552-2555 ลดลงตามลำดับจาก 155,599 ราย เหลือ 126,790, 134,473 และ 18,614 ราย ส่งผลให้การควบคุมโรคในแรงงานเหล่านี้เป็นไปด้วยความลำบากหากเกิดการแพร่กระจายของโรคติดต่อ จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีโรงพยาบาลหลายแห่งในสังกัดที่ต้องแบกรับภาระรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวนอกระบบ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตอุตสาหกรรมและเมืองท่องเที่ยวอย่างจังหวัดสมุทรสาคร ต้องแบกรับค่ารักษาถึงปีละ 30 ล้านบาท ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาในจังหวัดสมุทรสาครว่าเป็นอย่างไร ทั้งในเรื่องการได้รับข้อมูลข่าวสารการประกันสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ แรงจูงใจในการประกันสุขภาพ และความพึงพอใจในการรับบริการสาธารณสุข เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการวางแผน กำหนดแนวทางแก้ไขให้ตรงต่อความต้องการและปัญหาที่ประสบอยู่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานเกี่ยวกับการประกันสุขภาพในแรงงานต่างด้าวให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของนโยบายรัฐต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อสำรวจการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา ในจังหวัดสมุทรสาคร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2557

2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร การได้รับข้อมูลข่าวสารการประกันสุขภาพ การได้รับข้อมูลสิทธิประโยชน์ ประกันสุขภาพ และการได้รับนโยบายรัฐ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ แรงจูงใจในการประกันสุขภาพความพึงพอใจในการรับบริการสาธารณสุข กับ การตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา ในจังหวัดสมุทรสาคร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2557

ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ คือ แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา ที่ลงทะเบียนมีใบอนุญาตทำงานจากกระทรวงแรงงานและมีประกันสุขภาพ อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร ทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา ที่ลงทะเบียนและมีใบอนุญาตทำงานจากกระทรวงแรงงานและอาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 118,346 คน (กรมการจัดหางาน, 2557)

3.2.1 กลุ่มตัวอย่าง (Samples)

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากสูตรของเครซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร

สูตรที่ใช้ $$n_n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1)+x^2p(1-p)}$$

เมื่อ	n	คือ	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
	N	คือ	ขนาดประชากร
	e	คือ	ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (ผู้วิจัยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ 0.06)
	x	คือ	ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (χ^2 = 3.841)
	p	คือ	สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ปี 2557 มีแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาทำประกันสุขภาพจำนวน 79,060 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2558) คิดเป็นสัดส่วนประมาณ 0.67)

แทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \frac{3.841 \times 118,346 \times 0.67 \times 0.33}{(0.06)^2 (118,346-1) + (3.841 \times 0.67 \times 0.33)}$$

n = 235.4 = 236 คน

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาที่มีประกันสุขภาพและทำงานในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 236 คน

เกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า

1. แรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา อายุ 18 ปี ขึ้นไป

2. ทำงานอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร
3. อาศัยอยู่ในประเทศไทย ประมาณ 6 เดือน ขึ้นไป
4. สมัครใจและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา โดยการเซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูล
2. มีโรคประจำตัวที่อยู่ในระหว่างการรักษาพยาบาล
3. มีปัญหาด้านกฎหมาย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่อาสาสมัครมีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามด้านข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระยะ เวลาที่อยู่ในประเทศไทย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งของการทำประกันสุขภาพ เป็นแบบเลือกตอบ (multiple choice item) และแบบคำถามเปิด (open ended question) จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารการประกันสุขภาพ การได้รับข้อมูลสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ และการได้รับนโยบายรัฐ จำนวน 7 ข้อ โดยมีรายระเอียด ดังนี้

1. การได้รับข้อมูลข่าวสารการประกันสุขภาพ การได้รับข้อมูลสิทธิประโยชน์ ประกันสุขภาพ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (multiple choice item) จำนวน 6 ข้อ
2. การได้รับนโยบายรัฐ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (multiple choice item) จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ เป็นแบบเลือก ตอบ (multiple choice item) โดยการให้เลือกตอบว่าใช่ หรือไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 8 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ถ้าตอบถูก (ใช่) ให้คะแนน 1 คะแนน

ถ้าตอบผิด (ไม่ใช่, ไม่ทราบ) ให้คะแนน 0 คะแนน เกณฑ์การแบ่งคะแนน จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (สุเทพ ศิลปานันทกุล และ คณะ, 2546: 47) คือ ระดับความรู้สูง หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ร้อยละ 60-79 ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการประกันสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (multiple choice item) โดยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือกตอบได้ 5 ระดับ ตาม Likert scale

ส่วนที่ 5 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการรับบริการสาธารณสุข จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (multiple choice item) โดยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือก ตอบได้ 5 ระดับ ตาม Likert scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

ส่วนที่ 6 การตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2557 ในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 2 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (multiple choice item) และแบบคำถามเปิด (open ended question)

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์ (content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาพม่าอีก 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา เมื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในแบบสัมภาษณ์นี้แล้ว จากนั้นได้นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุง แก้ไข เพิ่มเติม ตามคำแนะนำก่อนนำไปทดสอบ

2. นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหา

3. หาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสัมภาษณ์โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach’s Alpha Coefficient)

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.858 แรงจูงใจในการประกันสุขภาพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.550 และความพึงพอใจในการรับบริการสาธารณสุข ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.927

เนื่องจากการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการประกันสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ต่ำกว่า 0.7 ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงข้อคำถาม และนำไปทดสอบกับแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาที่ใช้สิทธิ์ประกันสังคมในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 20 คน ผลการ

ทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาชของแบบสัมภาษณ์ด้านความรู้ แรงจูงใจ และความพึงพอใจ โดยรวมมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.792

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยได้รับการอบรมจริยธรรมการวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบ สอบถามได้แก่ จำนวน ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานตามวัตถุประสงค์ของการ วิจัย โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher exact test)

ผลการวิจัย

แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.4 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.27 ปี อายุสูงสุด 56 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี และกลุ่มอายุ 18-28 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.3 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 29-38 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.2 อาศัยอยู่ในประเทศไทยเฉลี่ย 4 ปี อาศัยอยู่ในประเทศไทยนานที่สุด 20 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในประเทศไทยเป็นระยะเวลา 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.6 และรองลงมาคือ ระยะเวลา 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.7 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาคือโสด คิดเป็นร้อยละ 39.8 การ ศึกษาจบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.1 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 36.0 ส่วนใหญ่ทำงานที่โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 54.7 และรองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 16.5 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ที่ 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 75.8 และรองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 13.6

การทำประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ทำประกันสุขภาพครั้งนี้เป็นครั้งแรก จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 61.4 และทำประกันสุขภาพครั้งนี้ไม่ใช่ครั้งแรก จำนวน 91 คิดเป็นร้อยละ 38.6 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารการประกันสุขภาพ ร้อยละ 79.2 และร้อยละ 20.8 ไม่เคยได้รับข้อมูลร้อยละ 53.8 ได้รับข้อมูลมาจากนายจ้าง รองลงมาร้อยละ16.5 ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับข้อมูลจากเพื่อน ร้อยละ 10.2ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 ได้รับข้อมูลเพียงครั้งเดียว และร้อยละ 45.5 ได้รับข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว พบว่า ร้อยละ78.4 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ และร้อยละ 21.6 ไม่เคยได้รับข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 51.3 ได้รับข้อมูลมาจากนายจ้าง รองลงมาร้อยละ 17.4 ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับข้อมูลจากเพื่อน ร้อยละ 10.2 ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.4 ได้รับข้อมูลเพียงครั้งเดียว และร้อยละ 48.6 ได้รับข้อมูลมากกว่า 1 ครั้งการได้รับนโยบายรัฐของ

แรงงานต่างด้าว ส่วนใหญ่ได้รับนโยบายรัฐมาจากนายจ้าง (ร้อยละ57.2) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ของรัฐ (ร้อยละ 21.2) เพื่อน (ร้อยละ18.2) และญาติ (ร้อยละ 3.4) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิ และความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ กับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา ในจังหวัดสมุทรสาคร

การได้รับข้อมูลข่าวสาร	การตัดสินใจทำประกันสุขภาพ			χ^2	df	p-value
	ทำ	ไม่ทำ	ไม่แน่ใจ			
	จำนวน (%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)			
การได้รับข้อมูลข่าวสารการประกันสุขภาพ				63.9	20	000
ได้รับ	127 (67.91)	25 (13.37)	35 (18.71)			
ไม่ได้รับ	7 (14.29)	4 (8.16)	38 (77.55)			
การได้รับข้อมูลสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ				65.2	2	0.000
ได้รับ	127 (68.66)	24 (12.97)	34 (66.67)			
ไม่ได้รับ	7 (13.73)	5 (9.80)	39 (76.47)			
ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ				40.1	4	0.000
ความรู้ระดับต่ำ	54 (61.36)	10 (11.36)	24 (27.28)			
ความรู้ระดับกลาง	53 (74.65)	12 (16.90)	6 (8.45)			
ความรู้ระดับสูง	27 (35.06)	7 (9.09)	43 (55.85)			

ผลการประเมินระดับความรู้ของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ พบว่า แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คือร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ

32.6 และมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.1 เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้เป็นรายข้อ พบว่า แรงงานต่างด้าวมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพที่ตอบถูกมาก 3 อันดับแรก คือ สิทธิประโยชน์ในการรับการตรวจรักษาโรคทั่วไป การเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล และการฝากครรภ์รวมไปจนถึงคลอด คิดเป็นร้อยละ 89.0, 85.2 และ 82.2 ตามลำดับ ส่วนรายข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ สิทธิประโยชน์ทางการ แพทย์ที่ประกันสุขภาพไม่คุ้มครอง การส่งต่อเพื่อรับการรักษาระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่าย และการ รับบริการด้านการคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 37.3, 40.7 และ 51.1 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาระดับแรงจูงใจในการประกันสุขภาพแล้ว พบว่า แรงงานต่างด้าวมีแรงจูงใจในการประกันสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 3.8 และแรงจูงใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 0.4 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนในระดับแรงจูงใจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ แรงงานต่างด้าวทำประกันสุขภาพ เพราะการทำงานในประเทศไทยต้องทำประกันสุขภาพ ทำประกันสุขภาพเพราะนายจ้างทำให้ และ ทำประกันสุขภาพเพราะไม่ต้องกังวลกับค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 22.5, 15.3 และ 12.3 ตามลำดับการประเมินความพึงพอใจของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาต่อการมารับบริการสาธารณสุขพบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 94.58 และ รองลงมาคือ ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.42 จากการสำรวจการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาพบว่า ส่วนใหญ่ตัดสินใจทำประกันสุขภาพต่อ จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาคือไม่แน่ใจ จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 30.9 และตัดสินใจไม่ทำประกันสุขภาพต่อ จำนวน 29 คน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.05) คือ เพศ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value <0.01) ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การได้รับข้อมูลข่าวสารการประกันสุขภาพ การได้รับข้อมูลสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ การได้รับนโยบายรัฐ และความรู้ในสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งของการทำประกันสุขภาพ แรงจูงใจในการประกันสุขภาพ และความพึงพอใจในการรับบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแหล่งการได้รับนโยบาย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ กับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา ในจังหวัดสมุทรสาคร

การได้รับข้อมูลข่าวสาร	การตัดสินใจทำประกันสุขภาพ			Fisher exact test	p-value
	ทำ	ไม่ทำ	ไม่แน่ใจ		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
แหล่งของการได้รับนโยบายรัฐ				22.563	0.000
จากเจ้าหน้าที่รัฐ	35 (70.0)	0 (0)	15 (30.0)		
จากนายจ้าง	78 (56.93)	24 (17.52)	35 (25.55)		
จากเพื่อนและญาติ	21 (41.18)	5 (9.80)	25 (4.90)		
แรงจูงใจ	128 (56.64)	29 (12.83)	69 (30.53)	3.337	0.546
แรงจูงใจปานกลาง	6 (66.67)	0 (0)	3 (33.33)		
แรงจูงใจน้อย	0 (0)	0 (0)	1 (100)		
ความพึงพอใจ					
ความพึงพอใจมาก	94 (59.90)	9 (5.70)	54 (34.40)	0.695	0.696
ความพึงพอใจปานกลาง	7 (77.78)	0 (0)	2 (22.22)		

การอภิปรายผลและข้อสรุป

จากผลการวิจัยพบว่าแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมามีการตัดสินใจทำประกันสุขภาพต่อมากที่สุด ร้อยละ 56.8 ยังไม่แน่ใจว่าจะทำประกันสุขภาพต่อหรือไม่ ร้อยละ 30.9 และตัดสินใจไม่ทำประกันสุขภาพต่อ ร้อยละ 12.3 โดยให้เหตุผลแตกต่างกันไป เช่น ทำประกันสุขภาพเพราะ "ตอนเจ็บป่วยมาก ๆ ต้องเสียเงินค่ารักษาเยอะ มีประกันสุขภาพไม่ต้องจ่ายเยอะ แค่ 30 บาทเอง และทำประกันสุขภาพ 2,100 บาทต่อปี ถือว่าไม่แพง คุ้มมาก" ไม่ทำเพราะ "อยู่แต่บนเรือ ไม่เคยไปหาหมอเลย ร่างกายแข็งแรงดี จึงไม่จำเป็นต้องซื้อ และไม่มีเงินพอที่จะทำประกันสุขภาพต่อด้วย" และ

ไม่แน่ใจเพราะ “ยังตัดสินใจไม่ได้ในตอนนี้ ขอคิดดูก่อน เพราะรายได้ไม่ค่อยพอใช้จ่าย หากต้องนำมาทำประกันสุขภาพซึ่งต้องเสียเงิน 2,100 บาท ก็ถือว่าแพง เพราะไม่เคยไปหาหมอเลย” จะเห็นได้ว่าการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมานั้นมีเหตุผลในการตัดสินใจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับการมองเห็นประโยชน์ของการทำประกันสุขภาพ การตระหนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การให้ความสำคัญกับสุขภาพ ประสบการณ์การใช้บริการสถานพยาบาล หรือรายได้ของครอบครัว

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ คุณลักษณะประชากรที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ และคุณลักษณะประชากรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และจำนวนครั้งของการทำประกันสุขภาพ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลข่าวสารการประกันสุขภาพและการได้รับข้อมูลสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพกับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการประกันสุขภาพและการได้รับข้อมูลสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับ ผ่องพรรณ ตันติวิท และคณะ (2537) ซึ่งพบว่า การประชาสัมพันธ์โครงการบัตรประจำสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการซื้อบัตรประกันสุขภาพของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับนโยบายรัฐกับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา พบว่า การได้รับนโยบายรัฐมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับชูชัย สมิทธไกร (2553) ซึ่งอธิบายว่า กลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคลหนึ่ง ๆ เช่น การจะตัดสินใจซื้อเสื้อผ้าแบบใดนอกจากจะคำนึงถึงรสนิยมและความชอบส่วนตัวแล้ว อีกส่วนหนึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับการคำนึงถึงเสียงวิจารณ์ของกลุ่มเพื่อนสนิทด้วย กลุ่มอ้างอิงเหล่านี้ ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มเพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน หรือครอบครัว เป็นต้น การศึกษานี้แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาในจังหวัดสมุทรสาครได้รับนโยบายการประกันสุขภาพจากเจ้าหน้าที่รัฐ นายจ้าง เพื่อนและญาติ โดยได้รับทราบนโยบายจากนายจ้างและนายจ้างมีผลต่อการตัดสินใจทำประกันสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 53.8

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพกับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับสุมาลี ปัญญาคำ (2549) ซึ่งพบว่าความรู้ในการใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ของผู้ประกันตนมีความสัมพันธ์กับการใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ของผู้ประกันตนในจังหวัดสมุทรปราการ จากผลการศึกษายังพบว่าแรงงานต่างด้าวยังมีความรู้น้อยเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพในเรื่องสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่ประกันสุขภาพไม่คุ้มครอง การส่งต่อเพื่อรับการรักษาระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายการรับบริการด้านการคุมกำเนิด และการเข้ารับบริการด้านทันตกรรม ซึ่งตอบถูกต่ำกว่าร้อยละ 60 ดังนั้นจึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวให้มากขึ้นเพื่อให้แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมามารับบริการสาธารณสุขได้ถูกต้องและอาจนำไปสู่การตัดสินใจทำประกันสุขภาพในคราวต่อไป

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการประกันสุขภาพกับการตัดสินใจทำประกัน สุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา พบว่า แรงจูงใจในการประกันสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจประกันทำสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ฉัตยาพร เสมอใจ (2546) ที่อธิบายว่าผู้บริโภคจะตัดสินใจซื้อสินค้าหรือบริการนั้นจะมีแรงกระตุ้นทั้งปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ซึ่งปัจจัยด้านแรงจูงใจเป็นปัจจัยภายในหรือปัจจัยด้านจิตวิทยาที่ทำให้ผู้บริโภคตัดสินใจซื้อสินค้าและบริการ หรือ ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ (Hierarchy of Needs) ในด้านความต้องการด้านความปลอดภัย (safety needs) จากผลการวิจัยยังพบว่าแรงจูงใจที่ทำให้แรงงานต่างด้าวตัดสินใจทำประกันสุขภาพมากที่สุดคือ การทำงานในประเทศไทยต้องทำประกันสุขภาพ ($X = 3.64$) ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของประเทศไทยหากแรงงานต่างด้าวต้องการทำงานในประเทศไทยต้องได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดต่อที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น โรควัณโรค โรคเท้าช้าง ซิฟิลิส เพราะแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยโดยผิดกฎหมายจะไม่ได้รับการตรวจร่างกายหากมีโรคติดต่อเหล่านี้เกิดขึ้นจะทำให้การควบคุมโรคเป็นไปด้วยความยากลำบากซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพของคนไทยด้วย (สมศักดิ์ รัตนศรีอำไพพงศ์ 2552) และตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2557 ยังมีการกำหนดให้แรงงานต่างด้าวทำประกันสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้แรงงานต่างด้าวเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้โดยง่าย จึงเสมือนเป็นการบังคับให้ต้องปฏิบัติตามนโยบายของประเทศที่แรงงานต่างด้าวต้องการเข้ามาทำงาน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการรับบริการสาธารณสุข กับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา พบว่า ความพึงพอใจในการรับบริการสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประกันสุขภาพมากขึ้นและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประกันสุขภาพ อาจขอความร่วมมือจากนายจ้างในการให้ข้อมูลเหล่านี้แก่แรงงานต่างด้าว

2. เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ ชี้แจงสิทธิที่แรงงานต่างด้าวจะได้รับหลังจากการทำประกันสุขภาพและการมาใช้บริการที่สถานพยาบาล

3. รัฐสามารถบังคับนายจ้างให้ลูกจ้างต่างด้าวซื้อประกัน ตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 มาตรา 27 ห้ามมิให้รับคนต่างด้าวที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานเข้าทำงาน ซึ่งหากนายจ้างฝ่าฝืน จะมีโทษปรับตั้งแต่ 10,000 บาท ถึง 100,000 บาทต่อคนต่างด้าวที่จ้าง 1 คน (มาตรา 54) ดังนั้น ควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังกับนายจ้างที่ไม่นำลูกจ้างที่เป็นแรงงานต่างด้าวมาขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาตทำงานกับกระทรวงแรงงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย รองศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ และอาจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร นายแพทย์วัฒน์ชัย จรูญวรรธนะ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และได้ให้แนวคิดที่เป็นประโยชน์ และขอขอบพระคุณ คุณณหทัย จุลกะรัตน์ คุณขนิษฐา ปานรักษา Ms. AYE AYE SOE และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ศูนย์เครือข่ายปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่ได้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์และอำนวยความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูล และแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาทุกคนที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งในความอนุเคราะห์ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมการจัดหางาน สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (มปป.). ใน (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://wp.doe.go.th/wp/ images/statistic/sy/sy2554.pdf. (สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 57).

กรมการจัดหางาน สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (มปป.). ใน (ออนไลน์). Available at http://wp.doe.go.th/wp/ images/statistic/sy/sy2557.pdf. (สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 58).

กนิกนิษย์ ตัณฑ์กุลรัตน์ และคณะ. (2553). **คู่มือด้านสิทธิและหน้าที่แรงงานข้ามชาติ (สำหรับผู้ปฏิบัติงาน). องค์กรระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM).** กรุงเทพมหานคร: ธรรมดาเพลส.

กมลภัทร นิยมนา. (2554). **ปัจจัยในการเลือกซื้อประกันชีวิตของผู้บริโภคในเขตเทศบาลนคร** นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

กระทรวงแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กองสวัสดิการแรงงาน. (2551). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองแรงงานในกิจการที่มีการจ้างแรงงานต่างด้าวทำงาน.

กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ. (2548). **คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ.** สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม.

กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลังของกองทุนระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว. กรุงเทพมหานคร.

กรมการจัดหางาน. (2557). วารสารสถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักร. กลุ่มงานพัฒนาระบบควบคุมการทำงานของคนต่างด้าว สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว.

ชูชัย สมิทธิไกร. (2553). **พฤติกรรมผู้บริโภค.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผู้จัดการออนไลน์. (2557). แรงงานต่างด้าวเลี่ยงประกันสุขภาพ เหตุไร้การบังคับ ทำ รพ. แบกค่าใช้จ่ายอ่วม แนะตรวจฟรี. ใน (ออนไลน์).). Available at http://www.manager.co. th/QOL/View News.aspx?NewsID=9570000076132. (สืบค้นวันที่ 31 มกราคม 2558).

ผ่องพรรณ ตันติวิท และคณะ. (2537). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพของประชาชน ในจังหวัดภูเก็ต. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. (2555). เอกสารนำเสนอการดำเนินงานสาธารณสุขในประชากรต่างชาติ จังหวัดสมุทรสาคร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. ใน (ออนไลน์).). Available at http://www.aihd. mahidol.ac.th/aihd_download/?p=57. (สืบค้นวันที่ 28 กันยายน 2557).

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. (2558). สอบถามจากหน่วยงานประกันสุขภาพ เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2558.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2556). ขายประกันสุขภาพต่างด้าว"รพ. ชลบุรี-ระยอง-สมุทรสาคร "แบกค่ารักษาต่างด้าวนอกระบบพุ่ง. ใน (ออนไลน์).). Available at http://www.hisro.or.th/main/?name=news&file=readnews&id=482. (สืบค้นวันที่ 31 มกราคม 2558).

สุมาลี ปัญญาคำ. (2549). การใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ. ศ. 2533 ของผู้ประกันตนในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุษาวดี สุตะภักดิ์. (2556). การศึกษารูปแบบและการดำเนินการด้านสุขภาพที่เหมาะสมของกองทุนระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. ใน (ออนไลน์).). Available at http://www.slideserve.com/kiele/4058764. (วันที่สืบค้น 6 กุมภาพันธ์ 2559).

การตัดสินใจใช้บริการรักษาพยาบาลข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลศิริราช

สุรางคนา สมันเลาะห์* รศ.ดร.ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ**
รศ. ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์** ดร.สุธี อยู่สถาพร** นพ.นพดล โสภารัตนาไพศาล***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศิริราช ขนาดตัวอย่างจำนวน 213 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนจำนวน 142 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน จำนวน 71 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนมีการรับรู้ขั้นตอนการใช้สิทธิ การรักษาอยู่ในระดับดี แต่การใช้สิทธิในภาวะฉุกเฉินและกรณีป่วยเป็นโรคเฉพาะในระดับปานกลาง แต่กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน มีการรับรู้ขั้นตอนการใช้สิทธิ การรักษาอยู่ในระดับดี แต่การใช้สิทธิในภาวะฉุกเฉินและกรณีป่วยเป็นโรคเฉพาะในระดับต่ำ การยอมรับและเชื่อถือต่อแพทย์และโรงพยาบาลศิริราชร้อยละ 91.2 การตัดสินใจใช้บริการข้ามขั้นตอนมีปัจจัยหลายด้าน การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพ การรับรู้บริการทางสุขภาพที่สามารถใช้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการรับรู้สถานพยาบาลที่สิทธิเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้สถานภาพสมรส รายได้ ค่าใช้จ่าย ปัจจัยทางสาธารณูปโภคและการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด ก็มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยจึงควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลของโครงการหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นในทุกด้าน เพื่อลดปัญหาการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

คำสำคัญ การรักษาพยาบาลข้ามขั้นตอน, ผู้ป่วยโรคมะเร็ง, สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

---

*หลักสูตร วท.ม (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Decision on using self-referral health care services by cancer patients under Universal Coverage Scheme at Siriraj Hospital

Surangkana Samanloh* Chardsumon Prutipinyo**
Nithat Sirichotiratana** Suthee U-sathaporn**

Abstract

This research objective is to compare the decision on using self-referral health care services of cancer patients under universal coverage and compare various factors that affect the decision-making process of cancer patients with universal coverage in terms of using self-referral health care services at Siriraj hospital. The sample group comprises of 213 patients. A questionnaire was used as an instrument for data collection.

The results indicated that patients who follow a regular process, their level of acknowledgement of rights to medical care is at a high level. However, their acknowledgements of rights to emergency care and in case of specific diseases are at a moderate level. Similarly, the acknowledgement of rights to medical care of patients who by-pass the process is at a high level. However, their perception of rights to emergency care and in case of specific diseases is at a low level. Furthermore, 91.2% of the participants accept and have confidence in the physicians and Siriraj Hospital. There are many factors that affect the decision-making process in using the by-pass services, which include: the acknowledgement of rights to basic healthcare; the acknowledgement of healthcare services that can be exercised under the universal coverage; and the acknowledgement of eligible healthcare providers under the universal coverage. The aforementioned factors have an influence on the decision-making process of patients with universal coverage in terms of using self-referral health care services at a significant level of 0.05. Likewise, the marital status, levels of income and expenses, public utility factors, and recent illnesses also impact the decision-making process for using self-referral health care services at a significant level of 0.05. According to the research findings, more information regarding the universal healthcare should be provided to the public in all aspects in order to resolve the self-referral health care services issues of cancer patients.

Keywords : using self-referral health care services, cancer patients, Universal coverage

---

*Registered Nurse, Research service, Siriraj hospital
** Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

การมีสุขภาพที่ดี เป็นเป้าหมายสูงสุดของชีวิต เมื่อคนในสังคมมีสุขภาพที่ดี ประเทศชาติก็จะมีโอกาสพัฒนาไปในทิศทางที่ดีด้วย ดังเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แสดงให้เห็นว่าประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพอย่างเสมอภาคและทั่วถึง โดยเป็นบริการสุขภาพที่มีคุณภาพภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ และไม่ก่อให้เกิดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับสิทธิตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้กล่าวไว้ในมาตรา 51 มาตรา 52 และมาตรา 80(2) ด้วยเช่นกัน

โครงการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มมีขึ้นในปี พ.ศ. 2544 และดำเนินการต่อเนื่องเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในระหว่างดำเนินการมีปัญหาหลายประเด็นที่ต้องปรับปรุงและให้ความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติมแก่ประชาชน หนึ่งในนั้นมีปัญหาที่สำคัญ คือการใช้บริการข้ามขั้นตอนโดยไม่ผ่านระบบส่งต่อ ซึ่งมักเกิดขึ้นกับโรงพยาบาลใหญ่ทุกแห่ง ทำให้เกิดผลกระทบกับทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย หรือบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลหนึ่งต้องรองรับการใช้บริการข้ามขั้นตอน โดยปี พ.ศ. 2547 ผู้ป่วยร้อยละ 67.3 ไม่เคยใช้สิทธิตามสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลต้นสิทธิที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้เลย เจาะจงมาทำการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชแม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง เพราะผู้ป่วยมีความเชื่อว่าโรงพยาบาลศิริราชรักษาได้ดีกว่าโรงพยาบาลต้นสิทธิ เพราะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทันสมัย สามารถรักษาได้ทุกโรค (อุดม คชินทร และคณะ, 2548) หน่วยประสานสิทธิการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ รายงานว่า สถิติการใช้บริการข้ามขั้นตอนมายังโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 4,108 คน (มะลิวรรณ หินทอง, 2551)

เห็นได้ว่าแม้เวลาผ่านไป โครงการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีการกำกับมาตรฐานการบริการและพัฒนาระบบการควบคุมมากขึ้น ทั้งยังมีการกำหนดระบบการให้บริการสาธารณสุขและระบบการส่งต่อ เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ศักยภาพสูงขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาการใช้บริการข้ามขั้นตอนอยู่มาก โดยเฉพาะกรณีการเจ็บป่วยนั้นเป็นปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรง ต้องการการวินิจฉัยที่เฉพาะและต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางในการรักษา เช่น โรคมะเร็ง สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งแล้ว การได้รับการวินิจฉัยและเริ่มการรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ทันตามกรอบเวลาในการรักษาโรคมะเร็งแต่ละชนิดนั้น นับว่ามีความสำคัญเพราะเป็นการเพิ่มโอกาสในการมีชีวิตอยู่ให้กับผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนมากจึงตัดสินใจใช้บริการข้ามขั้นตอนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อหวังว่าตนเองจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและเริ่มการรักษาได้เร็วที่สุด โดยอาจไม่ได้คำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในอนาคตเมื่อมีความก้าวหน้าหรือการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ซึ่งการตัดสินใจใช้บริการข้ามขั้นตอนนั้น ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาเองทั้งหมด ก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นแก่ผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราชในแต่ละปีมี

ผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลศิริราช มีทุกสิทธิการรักษา โดยเฉพาะโรคที่มีความเฉพาะเจาะจงและผู้ป่วยคิดว่าตนเป็นโรคที่มีความรุนแรง ต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ยาและเครื่องมือการตรวจพิเศษต่างๆ จากประสบการณ์ของผู้วิจัย พบว่าการรักษาโรคมะเร็งจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เลือกหรือไม่เลือกใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ตัดสินใจใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มที่ตัดสินใจไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสุดท้าย คือกลุ่มที่ไม่แน่ใจว่าจะใช้หรือไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นกลุ่มที่น่าสนใจอย่างยิ่ง เนื่องจากการรับรู้เหตุผลที่ทำให้เกิดความลังเลในการตัดสินใจใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจนำมาสู่การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของระบบสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

จากสถานการณ์ข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงการตัดสินใจใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงระบบการบริการในโรงพยาบาลศิริราช และยังสะท้อนถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยต่อโครงการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อนำไปพัฒนาเครือข่ายการบริการและระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาการตัดสินใจใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้สิทธิ ปัจจัยเลือกใช้บริการ และปัจจัยด้านความเจ็บป่วย

3.เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้สิทธิ ปัจจัยเลือกใช้บริการ และปัจจัยด้านความเจ็บป่วย กับการตัดสินใจใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศิริราช ในกลุ่มที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนและข้ามขั้นตอน

สมมติฐานการวิจัย

1.คุณลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน ทำให้การตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

2.ปัจจัยด้านการรับรู้สิทธิแตกต่างกัน ทำให้การตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

3.ปัจจัยด้านบริการแตกต่างกัน ทำให้การตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

4.ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพแตกต่างกัน ทำให้การตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิดและมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2558 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2558 โดยไม่คำนึงถึงระยะของโรคและวิธีการให้ยาเคมีบำบัด ไม่จำกัดเพศ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และไม่จำกัดระยะเวลาในการรักษา จำนวน 213 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนจำนวน 142 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน จำนวน 71 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งเครื่องมือนี้สร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารบทความวิชาการ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และขอคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์เป็นคำถามปลายปิด (Close-Ended Question) และคำถามปลายเปิด (Open-Ended Question) โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการรับรู้สิทธิการ และการรับรู้ขั้นตอนในการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยในการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศิริราช รวมข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ

ทดสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิดและมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยคำนวณสัมประสิทธ์แอลฟ่า alpha coefficient ซึ่งเสนอแนะโดย Cronbach’s coefficient of alpha method ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.718

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้การทดสอบ Independent Samples t-test เพื่อเปรียบเทียบตัวแปรต่างๆ โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) ที่ α ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบถาม

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.5 กลุ่มอายุ 50 ปี ขึ้นไป มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.0 อาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 35.2 รายได้อยู่ในช่วง 10,000-15,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 50.2 การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.2 สถานภาพสมรส/คู่ คิดเป็นร้อยละ 50.2 ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 25.9 และเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 60.1

ส่วนที่ 2 การตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แยกเป็นรายด้าน ดังนี้

ตารางที่ 1 การตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การตัดสินใจใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	กลุ่มตามขั้นตอน		กลุ่มข้ามขั้นตอน	
	จำนวน (n=142)	ร้อยละ	จำนวน (n=71)	ร้อยละ
ประเมินขั้นตอนในการมารับบริการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ (ประเมินด้วยตนเอง)				
ตามขั้นตอน	142	100.0	0	0.0
ไม่ตามขั้นตอน	0	0.0	71	100.0

- การประเมินขั้นตอนการมารับบริการครั้งนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอน ประเมินว่าตนเองมาถูกต้องตามขั้นตอน ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน ประเมินว่าตนเองไม่ได้มาถูกต้องตามขั้นตอน ร้อยละ 100

- ข้อมูลประเภทของโรคมะเร็ง แยกตามการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า โรคมะเร็งเต้านมเป็นอันหนึ่งของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 29.6 และ 18.3 ตามลำดับ รองลงมาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอน คือโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 18.3 และมะเร็งลำไส้ร้อยละ 11.3 ส่วนรองลงมาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน คือ โรคมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 12.7 มะเร็งปอดและมะเร็งตับ ร้อยละ 9.9

- ข้อมูลระยะของโรคมะเร็ง แยกตามการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ระยะ 3 เป็นระยะที่ผู้ป่วยทั้งสอง

กลุ่มตัดสินใจเข้ารับบริการคิดเป็นร้อยละ 56.3 ของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนและร้อยละ 67.6 ของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และการรับรู้ขั้นตอนในการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิ	กลุ่มตามขั้นตอน		กลุ่มข้ามขั้นตอน	
	จำนวน (n=142)	ร้อยละ	จำนวน (n=71)	ร้อยละ
1.มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า				
ไม่มีสิทธิ	5	3.5	1	1.4
มีสิทธิ	135	95.1	66	93.0
ไม่ทราบ	2	1.4	4	5.6
2.การทราบสิทธิขั้นพื้นฐานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า				
ไม่ทราบ	12	8.5	44	62.0
ทราบ	130	91.5	27	38.0
3.ความสามารถในการเข้ารับบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า				
ทราบ	128	90.1	33	46.5
ไม่ทราบ	14	9.9	38	53.5
บริการต่างๆ(เลือกได้หลายข้อ)				
บริการตรวจรักษาทั่วไป	127	32.2	32	40.0
บริการส่งเสริมและป้องกันโรค	58	14.7	9	11.3
บริการตรวจและฝากครรภ์	74	18.7	9	11.3
บริการกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน	114	28.9	25	31.3
บริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายจิต	22	5.6	5	6.3
4.ทราบสถานพยาบาลที่ลงทะเบียน/มีสิทธิรักษาพยาบาล				
ไม่ทราบ	0	0.0	32	45.1
ทราบ	142	100.0	39	54.9

กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอน และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน เกือบทั้งหมดทราบว่าตนเองมีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 95.1 และร้อยละ 93 ตามลำดับ เรื่องการทราบสิทธิขั้นพื้นฐานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนมีการรับรู้มากถึง ร้อยละ 91.5 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน ไม่รับรู้เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 62 การเข้ารับบริการและประเภทของบริการที่สามารถใช้ได้ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนรับรู้มากถึงร้อยละ 90.1 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอนไม่รับทราบถึงบริการ ร้อยละ 53.5 ในเรื่องของประเภทบริการที่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม รับทราบเน้นไปที่บริการตรวจรักษาทั่วไปและบริการกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน สำหรับการรับรู้สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยได้ลงทะเบียนหรือมีสิทธิเข้ารับการรักษาในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอน การรับรู้ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน รับรู้ ร้อยละ 54.9

ส่วนที่ 4 ปัจจัยในการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศิริราช

- ปัจจัยในการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า โรงพยาบาลนี้มีแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถในการรักษาสูง ร้อยละ 95.3 รองลงมาโรงพยาบาลศิริราชมีความพร้อมในทุกด้าน เพื่อรองรับการให้บริการรักษาพยาบาล ร้อยละ 94.4 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลศิริราช เพราะมีความเชื่อถือในโรงพยาบาลศิริราชมากกว่าโรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 93.0
- การได้รับคำแนะนำให้มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนนั้น จากหนังสือส่งตัวจากโรงพยาบาลที่ระบุในบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 41.6 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน ส่วนใหญ่ได้รับการแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 40
- ประกันสุขภาพเสริม ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่มีประกันสุขภาพเสริม คิดเป็นร้อยละ 89.4 และ85.9 ตามลำดับ ส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษานี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนเกือบทั้งหมดไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ร้อยละ93.7 ส่วนกลุ่มที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอนต้องเสียค่าใช้จ่ายเองเกือบทั้งหมดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 93.0 รองลงมา คือไม่ต้องจ่ายค่ารักษา ร้อยละ 5.6 ซึ่งสัมพันธ์กับกลุ่มที่อยู่ในกลุ่มที่มีประกันสุขภาพเสริมและประกันนั้นครอบคลุมการรักษา

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย

-ประสบการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเคยมีปัญหากับสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 71.1 และ 63.4 ตามลำดับ ความกังวลและปัญหาที่พบเมื่อไปใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ระบุไว้ตามบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม คือ ความจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 21.9 รองลงมา คือ

ความเพียงพอของจำนวนเตียง/ห้องพัก ร้อยละ 17.4 และการบริการรักษาพยาบาล การได้รับคำชี้แจงและขั้นตอนการรับบริการ ร้อยละ 18.3

- การรับรู้ลักษณะความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มประเมินตนเองว่า ลักษณะความเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรงเป็นส่วนใหญ่ ในเรื่องของการรับรู้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยการประเมินด้วยตนเอง ของทั้งสองกลุ่มค่อนข้างไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนใหญ่ประเมินว่า การเจ็บป่วยมีระดับความรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 68.3 และ 91.5 ตามลำดับ เช่นเดียวกับเรื่องการรับรู้การเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน พบว่าทั้งสองกลุ่มประเมินตนเองว่า เป็นการเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉินเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.4 และ 80.3 ตามลำดับ ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยเลือกใช้บริการ และปัจจัยด้านความเจ็บป่วย กับการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศชายและเพศหญิง,อายุต่างกัน และระดับการศึกษาที่ต่างกัน มีการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนสถานภาพสมรสและรายได้ที่ต่างกัน มีการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- ปัจจัยเลือกใช้บริการ พบว่า จำนวนเตียงและห้องพักผู้ป่วย จำนวนห้องน้ำ ความสะดวกในการเดินทาง การส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสิทธิและค่าใช้จ่ายในการรักษา มีผลต่อการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย พบว่า การรับบริการในการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด มีผลต่อการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนลักษณะของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและระดับความรุนแรงของโรคมะเร็ง มีผลต่อการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 7 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศิริราช ในกลุ่มที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนและข้ามขั้นตอน

การรับรู้ว่าตนเองมีสิทธิหรือไม่มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลต่อการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพที่ระบุในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รับรู้บริการทางสุขภาพที่สามารถใช้ในโครงการ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ รวมถึงการรับรู้สถานพยาบาลที่ลงทะเบียนหรือมีสิทธิเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลต่อการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 8 อื่นๆ

จากการตอบคำถามปลายเปิด ในแบบสอบถาม ผู้ตอบได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม ในส่วนของการพัฒนาระบบการเข้าถึงข้อมูล และรายละเอียดของข้อมูลสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทางอินเตอร์เน็ท การพัฒนาความรู้ ศักยภาพต่างๆ รวมถึงการพัฒนาเรื่องการสื่อสารของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลผู้ป่วย และการจัดแบบแผนในการติดต่อหรือดำเนินสิทธิให้มีลักษณะเหมือนกันในทุกๆ โรงพยาบาล เพื่อลดความซับซ้อนในการดำเนินเรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อภิปรายผลการวิจัย

จากการสำรวจข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 54.5 และเพศชาย ร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 54.0 อายุสูงสุด 89 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 35.2 ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเรียนจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50.2 และอยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.2 รายได้ และรายได้ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างประเมินด้วยตนเองว่ารายได้พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 42.7 ชนิดของโรคมะเร็ง พบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม 1 ใน 4 เป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 25.9 รองลงมาคือ มะเร็งปอด ร้อยละ 15.5 และมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 11.8 ส่วนระยะของโรคผู้ตอบแบบสอบถามเกือบ 2 ใน 3 เป็นโรคมะเร็งระยะ 3 ร้อยละ 60.1 รองลงมา คือระยะ 2 ร้อยละ 26.3

การตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนและใช้สิทธิข้ามขั้นตอน สามารถบอกได้ทั้งหมด ว่าตนเองนั้นกำลังใช้สิทธิตามขั้นตอนหรือข้ามขั้นตอนการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอน และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน เกือบทั้งหมดมีการรับรู้ดีมาก ทราบว่าตนเองมีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 95.1 และ 93 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนมีการรับรู้ดีมาก แต่ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอนรับรู้ระดับต่ำ เนื่องจากไม่รับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 62 เรื่องการรับรู้ขั้นตอนในการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสถานพยาบาลที่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นอันดับแรกทั้งสองกลุ่มรับรู้ว่าสถานพยาบาล/โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรประกันสุขภาพเป็นสถานพยาบาลแรกที่เข้ารักษาได้อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 93 และ 74.6 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอน รับรู้ขั้นตอนและสถานพยาบาลใช้สิทธิกรณีฉุกเฉิน และรับรู้สถานพยาบาลกรณีที่ป่วยเป็นโรคเฉพาะ มีการรับรู้ระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอนรับรู้ขั้นตอนและสถานพยาบาลใช้สิทธิกรณีฉุกเฉิน และรับรู้สถานพยาบาลกรณีที่ป่วยเป็นโรคเฉพาะ มีการรับรู้ระดับต่ำ

ความยอมรับและเชื่อถือต่อโรงพยาบาลศิริราช แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถสูง ร้อยละ 91.2 ครึ่งหนึ่งเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าโรงพยาบาลศิริราชมีการชี้แจงและแนะนำขั้นตอนการรับบริการเป็นอย่างดี ร้อยละ 53.4 ความพอเพียงของเตียงและห้องพักอาหาร จดบริการน้ำและห้องน้ำ ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าไม่เพียงพอ การเข้าถึงบริการในส่วนของการเดินทางนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าเดินทางสะดวก แต่การเข้าถึงในเรื่องของบริการที่เกิดจากโรงพยาบาลตามสิทธิส่งตัวมานั้น กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอน เห็นด้วยอย่างยิ่งทั้งหมด ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอนนั้นไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งทั้งหมด การได้รับคำแนะนำให้มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนนั้น มารับบริการจากหนังสือส่งตัวจากโรงพยาบาลที่ระบุในบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 41.6 รองลงมา คือผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง และสมาชิกในครอบครัว ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน ส่วนใหญ่ได้รับการแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 40 รองลงมาเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง การมีประกันสุขภาพเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอน ทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอนและกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประสบการณ์การรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอน ส่วนใหญ่ใช้บริการสถานพยาบาล/โรงพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเรื่องการรักษาพยาบาลครั้งล่าสุดที่กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามขั้นตอน มีการใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถึงร้อยละ 59.9 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอนเมื่อเจ็บป่วยจะใช้บริการคลินิก/โรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนใหญ่ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเรื่องการรักษาพยาบาลครั้งล่าสุดที่กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้ามขั้นตอน ไม่มีการใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถึงร้อยละ 87.3 ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาที่พบ เมื่อไปใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ระบุไว้ตามบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ความจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 20.9 รองลงมา คือ การบริการรักษาพยาบาล การได้รับคำชี้แจงและขั้นตอนการรับบริการ การรับรู้ลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่าลักษณะความเจ็บป่วยอยู่ในระดับอันตรายเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.9 ในเรื่องของการรับรู้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยการประเมินด้วยตนเอง และประเมินว่า การเจ็บป่วยมีระดับความรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 76.1 การรับรู้การเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่า เป็นการเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉิน ร้อยละ 69.0 และทดสอบสมมติฐาน พบว่า

สมมติฐานที่ 1 เพศ อายุ และระดับการศึกษา ไม่แตกต่างกันในการตัดสินใจใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่สถานภาพสมรสและรายได้มีความแตกต่างในการตัดสินใจใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้สิทธิตนเองมีสิทธิหรือไม่มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มีความแตกต่างกันต่อการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพที่ระบุในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การรับรู้บริการทางสุขภาพที่สามารถใช้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการรับรู้สถานพยาบาลที่ลงทะเบียนหรือมีสิทธิเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความแตกต่างกันของผู้รับบริการ

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านการเลือกใช้บริการทั้งด้านสาธารณูปโภค (จำนวนเตียงและห้องพักผู้ป่วย จำนวนห้องน้ำ ความสะดวกในการเดินทาง) มีความแตกต่างกันของผู้รับบริการ นอกจากนี้ปัจจัยด้านบริการส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสิทธิและค่าใช่จ่ายในการรักษา ก็มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยด้านความเจ็บป่วยการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด ทำให้เกิดความแตกต่างกันในการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนลักษณะของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและระดับความรุนแรงของโรคมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนการรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 4

จากผลการวิจัย สรุปได้ว่าควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่แน่ใจว่าจะใช้หรือไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดปัญหาการตัดสินใจในการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรมีการจัดทำระเบียบเกี่ยวกับราคาค่ารักษาพยาบาล ราคายา อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ที่ผู้ป่วยในแต่ละโรคสามารถใช้ได้อย่างละเอียด ลงในเว็บไซต์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำโฆษณาทางสถานีโทรทัศน์และสถานีวิทยุให้ได้ใจความที่ครบถ้วนตามความเหมาะสม

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรจัดให้มีแหล่งข้อมูลที่ชัดเจน เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรคมะเร็งแต่ละชนิด ซึ่งอาจจะระบุไปถึงโปรโตคอลของการใช้ยาเคมีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อยตามลำดับ นอกจากนี้ควรสื่อสารเพื่อให้ประชาชนได้เห็นถึง

การพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานสถานพยาบาล และมีการกำกับดูแลคุณภาพโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานในการให้บริการแก่ผู้ที่มีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานราชการและภาคชุมชนในทุกพื้นที่ ถึงการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ และให้ข้อมูลแก่ประชาชนเกี่ยวกับการใช้สิทธิการรักษาตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้นของการลงทะเบียนรับสิทธิ ขั้นตอนในการรักษา/การส่งตัวเพื่อทำการรักษา รวมทั้งคุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษา

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการพัฒนาระบบเอกสารส่งตัวออนไลน์ เพื่อลดระยะเวลาในการไปดำเนินสิทธิที่โรงพยาบาลต้นสิทธิ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. สถานพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรจัดบุคลากรที่มีความรู้ในเรื่องการแนะนำสิทธิการรักษาตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ข้อมูลแก่ประชาชนในพื้นที่

2. สถานพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรมีการประชาสัมพันธ์ถึงขั้นตอนการลงทะเบียนรับสิทธิ ขั้นตอนในการรักษา ยาและเวชภัณฑ์ การส่งตัวเพื่อทำการรักษา เช่น ทำแผนภูมิในการส่งตัวเพื่อทำการรักษาต่อและเครือข่ายของโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ/ตติภูมิ ที่สถานพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตของพื้นที่นั้นสามารถส่งตัวไปรักษาต่อได้

3. สถานพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรมีการจัดกิจกรรมร่วมกับภาคประชาชน เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์และไขข้อสงสัยของประชาชน นอกจากนี้ควรให้ความรู้กับ อสม. เพื่อเป็นกระบอกเสียงในการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกภาคส่วนหนึ่ง

4. โรงพยาบาลศิริราชควรมีบุคลากรที่มีความรู้เรื่องสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวนมากขึ้น เพื่อเปิดสายในการตอบข้อสงสัยทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการมาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของผู้ที่ต้องการมาใช้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ที่ไม่เคยใช้สิทธิ/อยู่ในระหว่างการตัดสินใจที่จะใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.ควรมีการปรับขั้นตอนการให้บริการ เพื่อเพิ่มความสะดวกและรวดเร็ว ตั้งแต่กระบวนการไปติดต่อขอใช้สิทธิ จนกระทั้งมาใช้สิทธิที่โรงพยาบาลที่ได้รับการส่งตัวมารักษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์

ดร.พักตร์พิมล มหรรณพ ที่ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำที่มีประโยชน์สำหรับผู้วิจัย สุดท้ายผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณยาย บิดา มารดาและทุกคนในครอบครัว ที่เป็นแรงผลักดันและเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

กันยารัตน์ โตธนะรุ่งโรจน์. (2552). **มะเร็งปอด.** ใน **ภาพวินิจฉัยโรคมะเร็ง.** วลัยลักษณ์ ชัยสูตรและคณะบรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: แก้วการพิมพ์.

จอนผะจง เพ็งจาด และคณะ. (2547). **ประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวันภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** วิทยาลัยสภากาชาดไทย.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). **ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2557**. กรุงเทพฯ : บริษัทพรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด.

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11. (2555). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ.

มะลิวรรณ หินทอง.(2551). การตัดสินใจในการใช้บริการรักษาพยาบาลข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร-มหาบัณฑิตสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). รายงานประจำปี พ.ศ.2557คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หมวดผลการดำเนินงานส่วนโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2550). ราชกิจจานุเบกษา.

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2545). หมวดสิทธิการรับบริการสาธารณสุข. ราชกิจจานุเบกษา.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). ความรู้โรคมะเร็ง. สืบค้น 31 กรกฎาคม 2559 Available at www.nci.go.th/th/Knowledge/index_general.html

สาขารังสีและมะเร็งวิทยา. (2555). โรคมะเร็งปอด.ในจักรพงษ์ จักกาบาตร์ และชวลิต เลิศบุษยานุกูล. รู้จัก รู้เรื่อง รู้รักษา โรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ:ซีเอ็ดยูเคชั่น.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพฯ:หจก.อรุณการพิมพ์.

อดิเรก เร่งมานะวงษ์ และคณะ. (2546). ปัญหาการข้ามขั้นตอนของผู้ใช้บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลภูเขียว อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อมราภรณ์ จรจันทร์. (2550). การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับแรงงานต่างด้าว กรณีศึกษา: อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อุดม คชินทร และคณะ. (2548). การศึกษาสาเหตุการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาลศิริราช. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

เจมส์ ซี ยัง (James C Young). (2551). ใน มะลิวรรณ หินทอง. การตัดสินใจในการใช้บริการรักษาพยาบาลข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Igun. (1979). U.A. Stages in Health Seeking : A descriptive model. Soc Sci Med. p.225-256.

Kals,S. and Cobb,S. (1986). Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior. Arch Environmental Health. p. 246-262.

Sara Mackian. (2000). **A review of health seeking behavior problems and prospects.** Health Systems Development Programme University of Manchester.

กระบวนการกำกับดูแลการออกใบอนุญาตสารชีวภาพ

ธิดารัตน์ นุชถนอม*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหลักการสำคัญในการออกใบอนุญาตสารชีวภาพตามกฎหมายของประเทศไทยและเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ ศึกษาวิเคราะห์พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาของกระบวนการขอใบอนุญาตตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารชีวภาพ ดำเนินการตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2558 ถึง เดือนกันยายน 2559 การศึกษาวิจัย ประกอบด้วยการศึกษาใน 2 ส่วนคือ การวิจัยเชิงเอกสาร จากการศึกษารวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารต่างๆและการสัมภาษณ์ โดยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเชื้อโรคและพิษจากสัตว์จำนวนทั้งหมด 5 ท่าน และนักวิชาการด้านกฎหมาย จำนวน 2 ท่าน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า หลักการสำคัญในการขออนุญาตสารชีวภาพเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ซึ่งได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา และสิงคโปร์นั้น มีข้อกำหนดในการขออนุญาตที่มีความทัดเทียมกับต่างประเทศ บางข้อกำหนดมีความคล้ายคลึงแต่มีความเข้มงวดน้อยกว่าและในส่วนข้อกำหนดที่ยังไม่มีสำหรับกฎหมายของประเทศไทยได้แก่ การกำหนดปริมาณการผลิตสารชีวภาพ ส่วนแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดจากกระบวนการขอใบอนุญาตสารชีวภาพของประเทศไทยที่มีความซ้ำซ้อนหรือล่าช้า ได้แก่ การลดขั้นตอนของการกระบวนการขอใบอนุญาต การจัดตั้ง One Stop Service ระดับประเทศโดยมีกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นผู้ประสานงานหลักและการกระจายอำนาจแก่ราชการส่วนท้องถิ่นในการออกใบอนุญาต

การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ คือ ทบทวนข้อกำหนดสำคัญที่ยังไม่มีบัญญัติไว้ในกฎหมายของประเทศไทย นำไปพิจารณาเพื่อกำหนดไว้ในกฎหมายอนุบัญญัติ ในส่วนของกระบวนการออกใบอนุญาตให้จัดตั้ง One Stop Service ที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมพิจารณาใบอนุญาตและปลูกฝังค่านิยมของคนในสังคมในการการต่อต้านการทุจริตทุกรูปแบบ

คำสำคัญ: ใบอนุญาต, สารชีวภาพ, อนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ, การกำกับดูแล

---

* นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

Regulatory Process for Licensing of Biological Agents

Thidarat Nuttanorm*

Abstract

This qualitative research aimed to 1) study the important principles of issuing the biological agents license according to the Thai law to compare with those of the foreign law and 2) analyze and propose solution to the problems of the process of applying for the license according to the law on biological agents use. This research was done from December 2015 to September 2016. The research consisted of two parts as follows: 1) The researcher conducted the documentary research by collecting and analyzing data. 2) The researcher interviewed the sample groups consisting of five technical officers on medical sciences with the work experience in the law on pathogens and animal toxins and two technical officers on law. After that, the researcher analyzed data by using content analysis principles.

The research results found that the regulations on the application for the biological agents' license were similar to those of The United States of America, Canada, and Singapore. Some regulations were less strict than those of The United States of America, Canada, and Singapore. However, the quantity of production of biological agents was not determined in the Thai law. Solution to the problems of the process of applying for the biological agents license are as follows: The steps of applying for the license should be reduced. The one stop service center should be established. And Ministry of Science and Technology should mainly coordinate work and distribute power to local state agencies to issue the license.

As for the research recommendations, related agencies should revise and consider the important regulations which are not provided in the Thai law. As for the license issuing process, the efficient one stop service center should be established. Related agencies should be integrated to participate in consideration of the license and instill values on anti-corruption into people in the society.

Keywords: license, biological agents, biological agents, biological weapon convention, regulatory

---

* Plan and Policy Analyst, Practitioner Level , Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health

บทนำ

ประชาคมโลกมีความพยายามที่จะกำจัดอาวุธที่มีความสามารถในการทำลายล้างสูง ซึ่งได้แก่ อาวุธนิวเคลียร์ อาวุธเคมีและอาวุธชีวภาพให้หมดสิ้นไปจากโลก จึงได้มีการจัดทำอนุสัญญาอาวุธชีวภาพซึ่งเรียกว่า “Convention on the Prohibition of the Development Productions and Stockpiling of Bacteriological and Toxin Weapons and on Their Destruction” หรือเรียกโดยย่อว่า BWC ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2518 (ค.ศ. 1975) มีหลักการสำคัญเพื่อให้ลดอาวุธแบคทีเรีย ชีวภาพโดยทั่วไปและสิ้นเชิง ห้ามการพัฒนา ผลิตและสะสมอาวุธเชื้อโรคโดยเน้นในเรื่องความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพ การพิจารณามาตรการระดับชาติ ภูมิภาค และระหว่างประเทศ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพ ความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการและความมั่นคงของเชื้อโรคและสารพิษ รวมถึงความร่วมมือและความช่วยเหลือระหว่างประเทศ การแลกเปลี่ยนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีชีวภาพเพื่อสันติ และการส่งเสริมขีดความสามารถด้านการตรวจและการควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประเทศกำลังพัฒนาโดยตรงรวมทั้งประเทศไทยด้วย

สำหรับประเทศไทยมีความร่วมมือของหลายหน่วยงานสำหรับการดำเนินการเพื่อให้เป็น ไปตามพันธกรณีของอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพนั้น จึงทำให้มีกฎหมายหรือบทบัญญัติที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานหลายฉบับ บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ได้มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลในส่วนของการขอใบอนุญาตเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ ตามพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558 โดยความรับผิดชอบของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระบวนการขอใบอนุญาต กระทำการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์โดยตรงเท่านั้น การขอใบอนุญาตวัตถุอันตราย มีสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้รับผิดชอบ และการขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในความรับผิดชอบของกรมอนามัย โดยมีการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการออกใบอนุญาตได้

เนื่องจากสารชีวภาพนั้นถือเป็นสินค้าที่ใช้ได้สองทางซึ่งหมายถึง สินค้ารวมไปถึงเทคโนโลยีที่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งทางสันติ และทางสงครามกระบวนการในการควบคุมกำกับดูแลจึงต้องใช้ความเข้มงวดและความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นกระบวนการในการออกใบอนุญาตสำหรับการผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย นำผ่านหรือครอบครองสารชีวภาพเหล่านี้ต้องกระทำการด้วยความละเอียดรอบคอบ แต่จากกระบวนการที่เข้มงวดและการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่หลายฉบับ ทำให้เกิดปัญหาในด้านอุตสาหกรรม ต้องดำเนินการในการขอใบอนุญาตจากหลายหน่วยงาน เกิดความซ้ำซ้อนในหลายขั้นตอน ทำให้เกิดความสับสนในเนื้อหาของตัวบทกฎหมาย การจัดเตรียมเอกสาร ใช้เอกสารจำนวนมาก จนให้เกิดความล่าช้า ซึ่งจะนำมาสู่การลดทอนการพัฒนาประเทศ เกิดการเสียประโยชน์ เสียโอกาสทางเศรษฐกิจด้าน

การลงทุนและการแข่งขันกับต่างชาติ รวมถึงเกิดความไม่เชื่อมั่นในระบบการพิจารณาของหน่วยงานภาครัฐ เนื่องจากเป็นโอกาสการทุจริตคอร์รัปชั่นผ่านวิธีการจ่ายในรูปแบบต่าง ๆ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. ศึกษาหลักการสำคัญในการออกใบอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก ขาย นำผ่าน หรือมีไว้ในครอบครองสารชีวภาพตามกฎหมายของประเทศไทยและเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ
2. ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาของกระบวนการขอใบอนุญาตตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารชีวภาพเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงกฎหมาย และให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558
3. วิเคราะห์และเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดจากกระบวนการขอใบอนุญาตตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารชีวภาพ

วิธีการศึกษาวิจัย

วิธีการศึกษาเป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) วิธีการประกอบด้วยการ ศึกษาใน 2 ส่วน คือ

1. การวิจัยเชิงเอกสาร (documentary research) จากการศึกษารวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารต่าง ๆ ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากหนังสือตำราและบทความทางกฎหมาย รวมทั้งวารสาร ข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต งานนิพนธ์ โดยนำหลักการและแนวคิดของอนุสัญญาระหว่างประเทศรวมถึงกฎหมายต่างประเทศในการนำมาปรับใช้กับหลักกฎหมายในประเทศไทยว่าด้วยเรื่องการควบคุมสารชีวภาพในส่วนของการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลสารชีวภาพในประเทศไทย
2. การสัมภาษณ์โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีการออกแบบโครงสร้างของข้อคำถามเป็นการสัมภาษณ์แบบปลายเปิด ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ จำนวนทั้งหมด 5 ท่าน มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 2 - 28 ปี และนักวิชาการด้านกฎหมาย จำนวน 2 ท่าน มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 2 - 10 ปี โดยทำการสัมภาษณ์ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธี “การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (triangulation)” โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การตรวจสอบด้านข้อมูล ด้านผู้วิจัย และด้านทฤษฎี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาดำเนินการร่วมกับกระบวนการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร โดยดำเนินกระบวนการตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาวิจัย

หลักการสำคัญในการออกใบอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก ขาย นำผ่าน หรือมีไว้ในครอบครองสารชีวภาพตามกฎหมายของประเทศไทยและเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ

1. ประเทศสหรัฐอเมริกา : กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมเชื้อโรคและพิษที่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต (Enhancing Control on Dangerous Biological Agents and Toxins and Effective Death Penalty Act of 1996; Codification in the Public Health Service Act, with amendments. (Sec 315 A.) Enhanced Control of Dangerous Biological Agents and Toxins)

หลักการสำคัญ	เปรียบเทียบกับประเทศไทย (พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558)
ประเด็น : การกำหนดประเภทเชื้อโรคและสารพิษ	
กำหนดให้มีการจัดทำรายการเชื้อโรคและสารพิษโดยการแยกหมวดหมู่ของสารพิษที่มีความรุนแรงต่อสุขอนามัยและความปลอดภัยมีการทบทวนรายการเชื้อโรคปีละ 2 ครั้ง	มีการกำหนดรายการเชื้อโรคโดยคำนึงถึงวิธีป้องกัน วิธีรักษา การแพร่กระจาย และจำนวนหรือปริมาณของเชื้อโรค รวมทั้งกำหนดให้สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นในคน ชุมชน ปศุสัตว์ สัตว์พาหนะ หรือสัตว์อื่น โดยแบ่งเชื้อโรคเป็น 4 กลุ่มตามระดับความเสี่ยง

หลักการสำคัญ	เปรียบเทียบกับประเทศไทย (พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558)
ประเด็น : การกำหนดประเภทเชื้อโรคและสารพิษ	
	หรืออันตราย และแบ่งพิษจากสัตว์เป็น 3 กลุ่มสอดคล้องกับระดับความเสี่ยงของภาวะร่างกายที่ทำงานได้ไม่เป็นปกติหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น
ประเด็น : มาตรการรักษาความปลอดภัยเพื่อป้องกันการก่อการร้ายหรือก่ออาชญากรรม	
มีมาตรการและการบังคับใช้ในการป้องกันการรักษาความปลอดภัยในการเข้าถึงเชื้อโรคและสารพิษ รวมถึงโทษทางแพ่งและอาญา(โทษจำคุก 3-12 ปี โทษปรับไม่เกิน 280,000 เหรียญสหรัฐ)	มีการกำหนดการกระบวนการดำเนินการกรณีที่มีเหตุความไม่ปลอดภัยและอันตราย มีเหตุฉุกเฉินหรือมีเหตุจำเป็น และระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่ 4 ปีถึง 20 ปี และปรับตั้งแต่ 400,000 บาทถึง 2,000,000 บาท
ประเด็น : การจัดทำบัญชีเพื่อการควบคุมตรวจสอบและคู่มือความปลอดภัย	
1.ผู้ขอใบอนุญาตต้องจัดทำบัญชีเพื่อการควบคุมตรวจสอบ โดยหน่วยงานที่ได้รับการแต่งตั้ง 2.มีมาตรการรวมทั้งคู่มือความปลอดภัยสำหรับบุคลากรที่ทำการใช้ หรือเคลื่อนย้ายสารพิษในบัญชี โดยคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดผลกระทบต่อความปลอดภัยส่วนรวม	ผู้ขอใบอนุญาต/ผู้รับหนังสือรับรองการแจ้งมีหน้าที่จัดให้มีบัญชีเชื้อโรคหรือพิษจากสัตว์และบัญชีเกี่ยวกับการผลิต นำเข้า ส่งออก ขาย นำผ่าน หรือมีไว้ในครอบครองตามรายการและจัดให้มีเอกสารแสดงรายละเอียดการประเมินความปลอดภัยของเทคโนโลยีที่ใช้ในการผลิต และให้เก็บเอกสารดังกล่าวไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปีเพื่อการตรวจสอบของพนักงานเจ้าหน้าที่
ประเด็น : การจำกัดบุคคลที่จะเข้าถึงเชื้อและสารพิษ	
อนุญาตให้ผู้ลงทะเบียนเป็นผู้เข้าถึงสารพิษและเชื้อในบัญชีได้เท่านั้น และในทะเบียนประวัติต้องไม่พบลักษณะต้องห้ามหรือประวัติอาชญากรรม	ผู้ดำเนินการมีหน้าที่ควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ผลิต นำเข้า ส่งออก ขาย นำผ่าน หรือมีไว้ในครอบครอง รวมทั้งบุคคลอื่นที่ต้องเข้าไปปฏิบัติงานในสถานที่นั้นๆ โดยมีการจำกัด

หลักการสำคัญ	**เปรียบเทียบกับประเทศไทย (พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558)**
ประเด็น : การกำหนดประเภทเชื้อโรคและสารพิษ	
	และบันทึกการเข้า-ออกของบุคคลภายนอก
ประเด็น : การรายงานข้อมูลที่สำคัญ	
1.เลขานุการต้องรายงาน จำนวนและชนิดของประกาศต่อรัฐสภาทุกปี เกี่ยวกับข้อมูลความปลอดภัย การสูญหาย การทำลายเชื้อโรค	ยังไม่มีการรายงานต่อรัฐสภา แต่มีหน่วยงานรับผิดชอบในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการคุ้มครองความปลอดภัยและป้องกันอันตรายต่อสาธารณชน
2.รายงานการประเมินความเห็น ระหว่างภาครัฐและเอกชน ก่อนและหลังการประกาศใช้กฎหมายในการควบคุมเชื้อโรคและสารพิษ	มีการประชุมสัมมนารับฟังความคิดเห็นเฉพาะก่อนการประกาศใช้กฎหมายในการควบคุมเชื้อโรคและพิษจากสัตว์
ประเด็น : ข้อยกเว้น	
1.ยกเว้นการตรวจสอบสำหรับห้องปฏิบัติการตรวจชันสูตรโรค รวมถึงบุคคลที่ขนส่ง ใช้ หรือครอบครองเชื้อโรคหรือสารพิษ ซึ่งรวมถึงสิ่งส่งตรวจที่จะนำไปตรวจพิสูจน์ ตรวจสอบหรือการควบคุมคุณภาพ 2. มีบทกำหนดโทษสำหรับบุคคล ที่ครอบครองเชื้อโรคต้องห้าม แต่ข้อกำหนดนี้ยกเว้นสำหรับแพทย์ สัตวแพทย์ เภสัชกร หรือผู้ได้สิทธิในการสั่งยา หรือการใช้ในมหาวิทยาลัย หน่วยงานเพื่อการวิจัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยา หรือบุคคลซึ่งเป็นเจ้าของเชื้อโรคที่มีใบรับรองอย่างถูกกฎหมาย	ยกเว้นการขอใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งในกรณี ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป กระบวนการตรวจวินิจฉัยโรค กระบวนการชันสูตรพลิกศพ การเก็บตัวอย่างจากยา อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สิ่งแวดล้อมหรือการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประโยชน์ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวง ทบวง กรม สถาบันการศึกษาของรัฐ สถานพยาบาลของรัฐ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ องค์การเภสัชกรรม และสภากาชาดไทยที่มีการศึกษาวิจัยเพื่อประโยชน์ในการควบคุมโรค การป้องกันโรคและการบำบัดโรค จะผลิตหรือมีไว้ในครอบครองเชื้อโรคหรือพิษจากสัตว์ได้ ต้องจัดให้มีผู้ดำเนินการ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ คณะกรรมการควบคุมความปลอดภัยทางชีวภาพ ซึ่งได้ปฏิบัติตาม

หลักการสำคัญ	เปรียบเทียบกับประเทศไทย (พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558)
ประเด็น : การกำหนดประเภทเชื้อโรคและสารพิษ	
	หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขแล้ว ถือเสมือนว่าเป็นผู้รับใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งแล้ว

สรุป ข้อแตกต่างระหว่างกฎหมายเกี่ยวกับการกำกับดูแลการออกใบอนุญาตสารชีวภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาเปรียบเทียบกับกฎหมายของประเทศไทย ที่ควรนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ มาตรการในการรักษาความปลอดภัย ด้านการจำกัดบุคคลที่จะเข้าถึงเชื้อและสารพิษ โดยอนุญาตให้เฉพาะผู้ลงทะเบียนเป็นผู้เข้าถึงสารพิษและเชื้อในบัญชีได้เท่านั้น การให้ความสำคัญในการรายงานข้อมูลที่เกี่ยวกับความปลอดภัยต่อรัฐสภา และการประเมินความคิดเห็นทั้งก่อนและหลังการประกาศใช้กฎหมายในการควบคุมเชื้อโรคและพิษจากสัตว์

2.ประเทศแคนาดา : กฎหมายเชื้อโรคและสารพิษในมนุษย์ ปี ค.ศ. 2015 (Human Pathogens and Toxins Regulations (SOR/2015-44)

หลักการสำคัญ	เปรียบเทียบกับประเทศไทย (พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558)
ประเด็น : การกำหนดประเภทเชื้อโรคและสารพิษ	
มีการกำหนดประเภทเชื้อโรคและอนุภาคโปรตีนก่อโรค	มีการกำหนดรายการเชื้อโรค โดยแบ่งเชื้อโรคเป็น 4 กลุ่ม และแบ่งพิษจากสัตว์เป็น 3 กลุ่ม
ประเด็น : การออกใบอนุญาต	
1.ใบอนุญาตมีอายุ 1-5 ปี ตามประเภทกลุ่มเสี่ยง 2. ใบอนุญาตสำหรับดำเนินการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ รัฐมนตรีผู้ออกใบอนุญาตต้องทำการตรวจสอบแผนการที่กำหนดมาตรการในการบริหารจัดการความเสี่ยง	ใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งให้มีอายุไม่เกิน 1 ปีนับแต่วันที่ออกหนังสือหรือใบอนุญาต และใบอนุญาตจะสิ้นอายุพร้อมกันทุกฉบับในวันที่ 31 ธันวาคม ของทุกปี

หลักการสำคัญ	เปรียบเทียบกับประเทศไทย (พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558)
ประเด็น : การกำหนดประเภทเชื้อโรคและสารพิษ	
และควบคุมความปลอดภัยทางชีวภาพก่อนที่จะดำเนินการออกใบอนุญาตนั้น	ผู้ขอใบอนุญาต/ผู้รับหนังสือรับรองการแจ้ง มีหน้าที่จัดให้มีเอกสารแสดงรายละเอียดการประเมินความปลอดภัยของเทคโนโลยีที่ใช้ในการผลิต และให้เก็บเอกสารดังกล่าวไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปีเพื่อการตรวจสอบของพนักงานเจ้าหน้าที่
ประเด็น : การกำหนดคุณสมบัติของผู้ขอใบอนุญาต	
1.การตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ยื่นขอใบอนุญาต โดยต้องแสดงข้อมูลอย่างละเอียดเช่น ลักษณะทางกายภาพ ลายนิ้วมือ รวมถึงคู่สมรส(ถ้ามี) 2. ตรวจสอบบันทึกความผิดทางอาญา ตรวจสอบข้อมูลจากหน่วยสืบราชการลับของประเทศแคนาดาและตรวจ- สอบเครดิตเพื่อความปลอดภัยและป้องกันความเสี่ยง	มีการกำหนดคุณสมบัติเช่นในด้านความเป็นเจ้าของกิจการ อายุ ถิ่นที่อยู่ และลักษณะต้องห้ามเช่น บุคคลล้มละลาย คนไร้/เสมือนไร้ความสามารถ เคยได้รับโทษหรือคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เป็นต้นแต่ยังไม่ละเอียดเท่ากับประเทศแคนาดา
ประเด็น : การจำกัดบุคคลที่จะเข้าถึงเชื้อและสารพิษ	
ผู้ได้รับใบอนุญาตต้องเป็นผู้ตรวจสอบการปฏิบัติการของผู้อื่นตลอดระยะเวลาในการดำเนินการ และทำการบันทึกรายชื่อของผู้เข้ามาปฏิบัติการทุกคน	ผู้ดำเนินการมีหน้าที่ควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ผลิต นำเข้า ส่งออก ขาย นำผ่าน หรือมีไว้ในครอบครอง รวมทั้งบุคคลอื่นที่ต้องเข้าไปปฏิบัติงานในสถานที่นั้นๆ โดยมีการจำกัดและบันทึกการเข้า-ออกของบุคคลภายนอก
ประเด็น: การกำหนดตำแหน่งเฉพาะ	
กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางชีวภาพตามคุณสมบัติที่ระบุ ในการทำหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของ	กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ของสำนักกำกับพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ ในการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของการขอใบอนุญาตโดยเฉพาะ

หลักการสำคัญ	เปรียบเทียบกับประเทศไทย (พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558)
ประเด็น : การกำหนดประเภทเชื้อโรคและสารพิษ การขอใบอนุญาตและหน้าที่อื่นใดเพื่อความปลอดภัยทางชีวภาพ	

สรุป ข้อแตกต่างระหว่างกฎหมายเกี่ยวกับการกำกับดูแลการออกใบอนุญาตสารชีวภาพของประเทศแคนาดาเปรียบเทียบกับกฎหมายของประเทศไทย ที่ควรนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ มาตรการและเงื่อนไขในการตรวจสอบความปลอดภัยทั้งด้านกายภาพและบันทึกความผิดอย่างละเอียดของผู้ยื่นขอใบอนุญาตที่มีความละเอียดและเข้มงวด เพื่อป้องกันความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

3. ประเทศสิงคโปร์ กฎหมายสารชีวภาพและสารพิษ ปี 2005 (เลขที่ 26/2005) (Biological Agents and Toxins Act 2005)

หลักการสำคัญ	เปรียบเทียบกับประเทศไทย (พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ.2558)
ประเด็น : การกำหนดปริมาณการผลิต มีการกำหนดปริมาณการผลิตสารชีวภาพ (ไม่เกินสิบลิตร)	ยังไม่มีการกำหนดปริมาณการผลิตสารชีวภาพ (อยู่ระหว่างการพิจารณากำหนดในกฎหมายอนุบัญญัติ)
ประเด็น :บทกำหนดโทษก่อการร้ายบทกำหนดโทษสำหรับผู้ใช้สารชีวภาพเพื่อวัตถุประสงค์ใดที่ไม่เป็นไปในทางสันติ ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 1 ล้านเหรียญสิงคโปร์ / จำคุกตลอดชีวิต หรือทั้งจำทั้งปรับ	การกระทำความผิดอันจะก่อให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรงหรือเพื่อสร้างความปั่นป่วนโดยให้เกิดความหวาดกลัวต่อสาธารณชน ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่ 4 ปีถึง 20 ปี และปรับตั้งแต่ 400,000-2,000,000 บาท

หลักการสำคัญ	เปรียบเทียบกับประเทศไทย (พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ.2558)
ประเด็น : การแต่งตั้งตำแหน่งเฉพาะ มีคณะกรรมการความปลอดภัยทางชีวภาพและผู้ประสานงานความปลอดภัยทางชีวภาพมีหน้าที่ให้คำแนะนำต่อผู้ประกอบการของอาคารสถานที่ในเรื่องมาตรการความปลอดภัยที่กำหนดสำหรับการดำเนินการนั้น และมีบทกำหนดโทษในกรณีให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการของอาคารสถานที่ด้วยความประมาทเลินเล่อหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง	กำหนดให้มีพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายในการออกตรวจสถานที่และอุปกรณ์ประกอบการพิจารณาคำขออนุญาต แต่ไม่มีบทกำหนดโทษกรณีให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการของอาคารสถานที่ด้วยความประมาทเลินเล่อหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง(แต่อาจมีความผิดตามพ.ร.บ.ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539)
ประเด็น : อำนาจในการจับหรือตรวจค้น 1.ในกรณีใช้สารชีวภาพเพื่อวัตถุประสงค์ที่ไม่เป็นไปในทางสันติ อาจถูกจับโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือพนักงานเจ้าหน้าที่โดยไม่ต้องมีหมายจับ 2.พนักงานเจ้าหน้าที่คนใดคนหนึ่งอาจจะเข้าไปในเวลาใดก็ได้และโดยไม่ต้องมีหมายค้นเข้าไปตรวจสอบและค้นหาในอาคารหรือยานพาหนะใดซึ่งถูกใช้หรือสงสัยว่าอาคารหรือยานพาหนะนั้นถูกใช้โดยฝ่าฝืนกฎหมาย	กฎหมายให้อำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่ในการตรวจค้นอาคารหรือสถานที่ โดยต้องแสดงหมายค้นจากศาลพร้อมทั้งแสดงบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ และไม่มีอำนาจในการจับ(ซึ่งอำนาจในการจับเป็นของเจ้าพนักงานตำรวจ และอาจจับโดยไม่มีหมายจับของศาลได้ในกรณีความผิดซึ่งหน้าตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา)
ประเด็น : การประนีประนอมยอมความ ผู้อำนวยการอาจใช้ดุลพินิจประนีประนอมยอมความกับความผิดตามกฎหมายนี้ได้ทั้งหมดยกเว้นความผิดที่ระบุในบัญชีท้ายที่แปด	ความผิดที่มีโทษปรับสถานเดียว ให้อธิบดีหรือผู้ซึ่งอธิบดีมอบหมายมีอำนาจเปรียบเทียบได้ตามหลักเกณฑ์ และเมื่อได้ชำระค่าปรับแล้ว ให้ถือว่าคดีเลิกกัน

หลักการสำคัญ	เปรียบเทียบกับประเทศไทย (พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ.2558)
ประเด็น : การอุทธรณ์ ผู้ใดได้รับความเดือดร้อนเสียหายจากการที่ผู้อำนวยการปฏิเสธไม่ออกใบอนุญาตการสั่งพักใช้หรือเพิกถอนการอนุญาตหรือใบอนุญาตอาจอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อรัฐมนตรีภายในเวลาที่กำหนดและคำวินิจฉัยของรัฐมนตรีให้เป็นที่สุด	ผู้ขอใบอนุญาตหรือผู้ขอรับหนังสือรับรองการแจ้ง มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อรัฐมนตรีภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับคำสั่งไม่อนุญาต และคำวินิจฉัยของรัฐมนตรีให้เป็นที่สุด
ประเด็น : ข้อยกเว้น	
กฎหมายไม่บังคับใช้กับสารชีวภาพคู่สัญญาวัตถุอันตราย การวินิจฉัยโรคหรือชันสูตรพลิกศพ การเก็บตัวอย่างเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ในห้องทดลอง ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางหรือผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์สำเร็จรูป	ยกเว้นการขอใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งในกรณี ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป กระบวนการตรวจวินิจฉัยโรค กระบวนการชันสูตรพลิกศพ การเก็บตัวอย่างจากยา อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สิ่งแวดล้อมหรือการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประโยชน์ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

สรุป ข้อแตกต่างระหว่างกฎหมายเกี่ยวกับการกำกับดูแลการออกใบอนุญาตสารชีวภาพของประเทศสิงคโปร์เปรียบเทียบกับกฎหมายของประเทศไทย ที่ควรนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ การกำหนดปริมาณการผลิตสารชีวภาพในการขอใบอนุญาตและการให้อำนาจในการจับหรือตรวจค้นแก่พนักงานเจ้าหน้าที่

ในปัจจุบันอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ (BWC Convention) ที่ใช้เป็นข้อบังคับต่อรัฐภาคีในการห้ามพัฒนาสะสมจุลชีพหรือสารพิษเพื่อนำไปใช้เป็นอาวุธชีวภาพนั้น มีประสิทธิภาพในการบังคับรัฐภาคีได้ในระดับหนึ่ง เนื่องจากอนุสัญญานี้ยังมีแค่มาตรการที่เป็นลายลักษณ์อักษรกำหนดไว้เท่านั้น แต่ยังไม่มีการตรวจสอบอย่างแท้จริง เพียงเป็นการขอความร่วมมือประเทศภาคีในการออกมาตรการป้องกันของแต่ละประเทศ ซึ่งเมื่อได้เปรียบเทียบกับความร่วมมือด้านเคมีหรือรังสีจะเห็นความแตกต่าง เนื่องจากทั้งสองด้านนี้มีรูปแบบในการควบคุม

อย่างชัดเจนมากกว่า โดยเห็นว่าอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพยังเป็นนโยบายระดับโลก แต่ในระดับประเทศยังไม่สามารถบังคับได้อย่างจริงจัง

ในส่วนของการสะสมอาวุธชีวภาพเพื่อนำมาใช้ในการสงครามของประเทศมหาอำนาจบางประเทศนั้น ไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่ามีการสะสมอาวุธชีวภาพหรือไม่ แต่น่าจะมีการสะสมอยู่เพื่อใช้เป็นอำนาจต่อรอง แต่ไม่เปิดเผยรายละเอียดที่แท้จริง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางส่วนก็คิดว่าอาจไม่ได้เกิดจากการตั้งใจสะสมเพื่อเป็นอาวุธชีวภาพ แต่อาจสะสมเพื่อไว้ใช้ประโยชน์ในอนาคต แต่เนื่องจากระยะเวลาผ่านไปเป็นเวลานาน ทำให้ไม่สามารถรู้ถึงวัตถุประสงค์หรือความมุ่งหมายที่แท้จริงของผู้ที่สะสมสารชีวภาพชนิดนั้น ๆ ไว้ได้ ซึ่งแนวทางหรือมาตรการในการจัดการกับประเทศเหล่านั้นโดยให้ความเข้มงวดในการเข้าไปตรวจสอบ การเข้มงวดในการขอใบอนุญาตสำหรับการดำเนินการเกี่ยวข้องกับสารชีวภาพ หรือมีมาตรการคว่ำบาตรซึ่งเป็นบทลงโทษระดับโลก อย่างไรก็ตาม อาจควบคุมตรวจสอบได้ยาก เนื่องจากผู้ที่มีความตั้งใจในการสะสมอาวุธจะต้องมีวิธีการเก็บสะสมที่สลับซับซ้อนเพื่อให้ยากแก่การตรวจสอบ

ในส่วนของประเทศไทยซึ่งเป็นภาคีในอนุสัญญานี้ ปัจจุบันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสารชีวภาพในประเทศไทยค่อนข้างครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558 นั้น ได้ทำการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในหลายประเด็น แต่ยังมีในส่วนภาคราชการที่เป็นจุดอ่อนที่บทกำหนดในกฎหมายยังบังคับใช้ได้ไม่เต็มที่ สามารถบังคับได้แต่ภาคเอกชน อย่างไรก็ตาม กฎหมายทุกฉบับมักจะมีช่องว่างอยู่เสมอ ขึ้นอยู่กับเจตนาของบุคคลในการพยายามหาช่องว่างของกฎหมายในการกระทำความผิด ดังนั้นความเข้มงวดในการบังคับใช้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญ ซึ่งความเห็นหนึ่งคือโดยธรรมชาติของประเทศไทยเป็นประเทศที่ยากจน ดังนั้นจึงไม่น่าจะมีศักยภาพพอในการใช้สารชีวภาพเพื่อใช้เป็นอาวุธในการสงคราม เนื่องจากการการสร้างอาวุธชีวภาพนั้น ต้องมีสร้างเป็นโรงงานซึ่งต้องใช้งบประมาณในการผลิตสูง

ปัญหาที่พบในกระบวนการขอใบอนุญาต และแนวทางแก้ไขปัญหา

เนื่องจากในการขออนุญาตประกอบกิจการใดกิจการหนึ่งนั้น มีความเกี่ยวข้องกันกับกฎหมายหลายฉบับและประเทศไทยยังไม่มีศูนย์รวมบริการทุกใบอนุญาตในจุดเดียว ดังนั้นปัญหาที่พบคือ เกิดความซ้ำซ้อนในการจัดเตรียมเอกสาร สิ้นเปลืองระยะเวลาในการรอคอย มีผลกระทบในเชิงธุรกิจ และอาจทำให้เกิดการคอร์รัปชั่นในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งได้

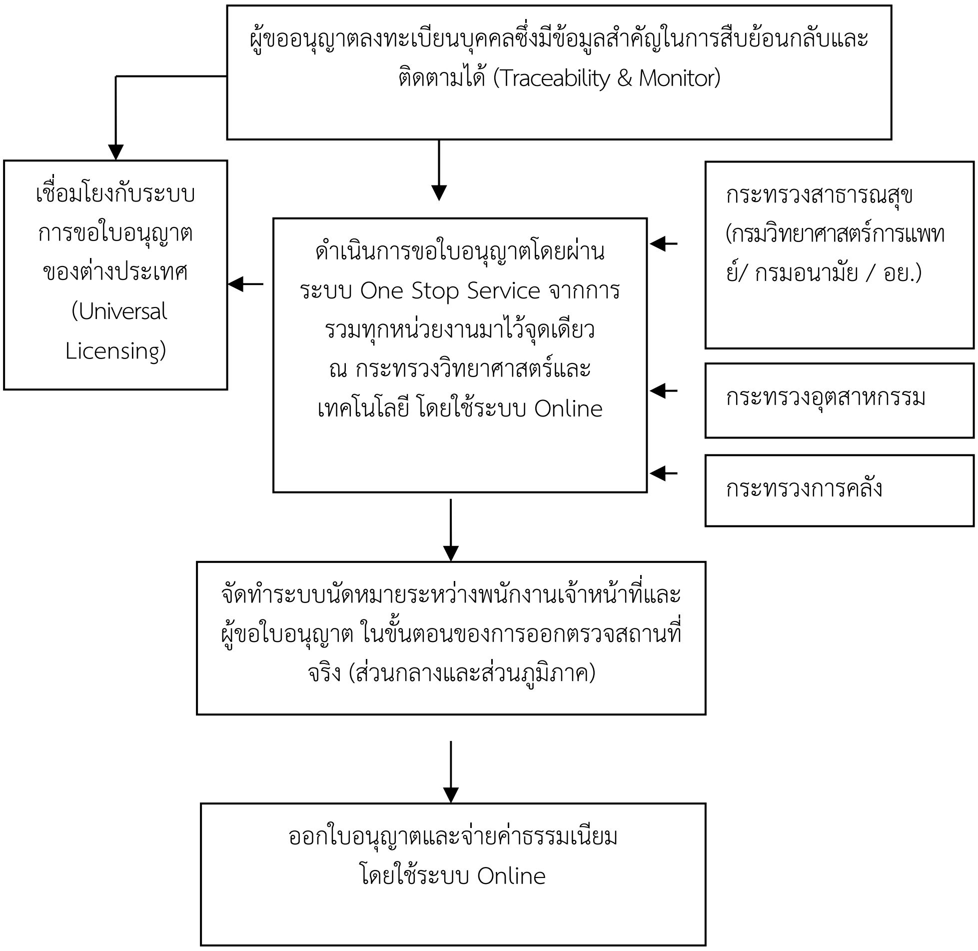
ดังนั้น จากผลการศึกษาจึงได้มีการเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากกระบวนการขอใบอนุญาตดังนี้

1. การลดขั้นตอนของกระบวนการขอใบอนุญาตสารชีวภาพโดยใช้ระบบ online ในการจัดส่งเอกสาร เปลี่ยนแปลงหลักการโดยใช้การลงทะเบียนบุคคลที่ตรวจสอบได้โดยใช้หลักการสืบย้อนกลับ (traceability) ร่วมกับการติดตาม (Monitor) สร้างระบบนัดหมายในการออกตรวจสถานที่ เป็นต้น

2. การจัดตั้ง One Stop Service ในประเทศไทย เพื่อความสะดวกรวดเร็ว แต่ต้องมีความรัดกุม ตรวจสอบได้ และสามารถต่อยอดจนเกิดการพัฒนาไปเป็น Universal Licensing ในการขอใบอนุญาตกับต่างประเทศได้

3. การกระจายอำนาจแก่ราชการส่วนท้องถิ่น ในการออกใบอนุญาตเพื่อเป็นการลดอำนาจและแบ่งเบาภาระของส่วนกลางไม่ให้รวมอยู่ในที่เดียว

ซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการศึกษาสามารถแสดงในรูปแบบแผนผังของกระบวนการขอใบอนุญาตในรูปแบบใหม่ได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 แผนผังแสดงกระบวนการขอใบอนุญาตรูปแบบใหม่ที่ได้จากผลการศึกษา
ที่มา: จากนักวิจัย ธิดารัตน์ นุชถนอม (2559)

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัย ได้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทั้งในเชิงกฎหมายและเชิงนโยบาย ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะเชิงกฎหมาย

จากการเปรียบเทียบกับกฎหมายเกี่ยวกับการกำกับดูแลการออกใบอนุญาตสารชีวภาพของต่างประเทศแล้ว ควรมีการปรับปรุงข้อกฎหมายของประเทศไทยดังนี้

1. อนุญาตให้เฉพาะผู้ลงทะเบียนแล้วเท่านั้นเป็นผู้เข้าถึงเชื้อโรคและสารพิษได้
2. กำหนดมาตรการและเงื่อนไขลงในบทบัญญัติการตรวจสอบความปลอดภัยทั้งด้านกายภาพและประวัติการกระทำความผิดอย่างละเอียดของผู้ยื่นขอใบอนุญาต เพื่อป้องกันความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
3. เพิ่มบทบัญญัติในเรื่องการกำหนดปริมาณการผลิตสารชีวภาพในการขอใบอนุญาตเพื่อป้องกันการผลิตอาวุธชีวภาพ
4. เพิ่มบทบัญญัติในเรื่องการให้อำนาจในการจับหรือตรวจค้นแก่พนักงานเจ้าหน้าที่
5. เสนอการออกพระราชบัญญัติที่ดูแลเกี่ยวกับสารชีวภาพอย่างครอบคลุมโดยเฉพาะ และจัดตั้งกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นผู้รับผิดชอบพระราชบัญญัตินั้น ๆ โดยเป็นการ บูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้รวมเป็นหนึ่งเดียว

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การให้ความสำคัญในการรายงานข้อมูลที่เกี่ยวกับความปลอดภัย การสูญหายหรือการทำลายเชื้อโรคต่อรัฐบาล
2. มีการประเมินความคิดเห็นทั้งก่อนและหลังการประกาศใช้กฎหมายในการควบคุมเชื้อโรคและพิษจากสัตว์
3. มีวิธีการในการตรวจสอบความปลอดภัยของบุคคลในการขอรับใบอนุญาตอย่างละเอียด โดยนำข้อมูลจากบัตรประชาชน Smart Card มาใช้ให้เป็นประโยชน์ เนื่องจากสามารถเก็บรายละเอียดข้อมูลที่สำคัญแก่หน่วยงานได้
4. พัฒนาระบบปฏิบัติการเพื่อรองรับการก่อการร้ายด้วยอาวุธชีวภาพเช่น จัดทำแผนการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดการก่อการร้ายด้วยอาวุธชีวภาพ จัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ในสถานการณ์รูปแบบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกประเทศ ซักซ้อมการปฏิบัติเพื่อรองรับการก่อการร้ายให้เกิดความมั่นใจ เป็นต้น
5. พัฒนาการเตรียมความพร้อมตามยุทธศาสตร์ ของหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น พัฒนากระบวนการตรวจให้ครอบคลุมเชื้อโรคและสารพิษต่าง ๆ ในด้านการตรวจและวินิจฉัยโรคของกระทรวงสาธารณสุข ความพร้อมของโรงพยาบาลในด้านต่าง ๆ ที่

เกี่ยวข้องกับการก่อการร้ายด้วยอาวุธชีวภาพ ด้านการติดตามข้อมูลข่าวสาร การจัดระบบเฝ้าระวังสอบสวนโรค การปฏิบัติการรักษาพยาบาล และการดำเนินการในที่เกิดเหตุ

6. เปลี่ยนแปลงหลักการโดยใช้การลงทะเบียนบุคคลที่ตรวจสอบได้โดยใช้หลักการสืบย้อนกลับ (traceability) ร่วมกับการติดตาม (monitor)

7. จัดตั้งระบบ One Stop Service โดยกำหนดให้สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นผู้ประสานงานหลัก เนื่องจากเป็น National Focal Point ของอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ และในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ให้กรม วิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นผู้ประสานงานในการออกใบอนุญาตเกี่ยวกับสารชีวภาพ เพื่อเชื่อมโยงไปยังกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอีกส่วนหนึ่ง และใช้ระบบ Electronic Monitoring ในการจัดการระบบเอกสารเพื่อความรวดเร็วและลดอัตรากำลังบุคลากรในการทำงาน

8. สร้างระบบนัดหมายในการออกตรวจสถานที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่และผู้ขอใบอนุญาตให้มีความคล่องตัว และรวดเร็วมากที่สุด

9. บูรณาการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานโยธา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและเข้ามามีส่วนร่วมพิจารณาอนุญาต รวมถึงการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นร่วมกันรวมถึงขยายไปยังภาคเอกชน เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

10. ปรับปรุงมาตรการและแนวทางปฏิบัติทุก 5 ปี พร้อมทั้งนำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มาประกอบการพิจารณา โดยให้จัดทำแผนร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่ายและทุกระดับ

11. ประชาสัมพันธ์ถึงหลักเกณฑ์และขั้นตอนในการดำเนินการออกใบอนุญาต และให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการ ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่เกี่ยวข้อง

12. ปลูกฝังค่านิยมของคนในสังคมในการต่อต้านการทุจริตทุกรูปแบบการส่งเสริมให้มีมาตรการในการลงโทษในเชิงสังคมแก่บุคคลที่ทำการทุจริตและการสร้างจิตสำนึกในการคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าผลประโยชน์ส่วนตัว

13. เจ้าหน้าที่รัฐหรือเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับชั้นที่ทำหน้าที่ในการออกใบอนุญาตต้องแสดงบัญชีทรัพย์สินทุกปีแก่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) เพื่อแสดงความมีคุณธรรมและป้องกันการคอร์รัปชั่น

เอกสารอ้างอิง

กรมวิทยาศาสตร์ทหารเรือ. (2558). **ภัยคุกคามจากเชื้อโรคในศตวรรษที่ 21**. 11 กันยายน 2558. Available at http://www.navy.mi.th/Science/Information/Paper?InfoPaper_Bio.html

กรมศุลกากร. (2558) . **พิธีการศุลกากร**, 31 ตุลาคม 2558. Available at http://www.Internet1.customs.go.th/ext/ Formality/Import Formalities.jsp#1

กรมโรงงานอุตสาหกรรม. (2557). **ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาตโรงงาน**. กรุงเทพฯ.

กองนโยบายมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหาร สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ. (2548). **ระเบียบ 4 ฉบับภายใต้กฎหมายป้องกันการก่อการร้ายทางชีวภาพของสหรัฐอเมริกา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กระทรวงการต่างประเทศ. (2553). **การลดอาวุธที่มีอานุภาพทำลายล้างสูง**. 28 สิงหาคม 2558. Available at http:// www.mfa.go.th/main/th/issues/9901

จุฑารัตน์ ถาวรนันท์. (2545). **การป้องกันภัยจากอาวุธชีวภาพ**. 28 สิงหาคม 2558. Available at http://www.webdb. dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_3_002c.asp?info_id=616

จุรีภรณ์ บุณยวงศ์วิโรจน์. (2552). **การก่อการร้ายทางชีวภาพ ศึกษาเฉพาะกรณี: การควบคุมเชื้อโรค และสารพิษ**. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม.

ฉัตรวดี จินดาวงษ์. (2544). อาเซียนกับการเป็นเขตปลอด WMD. **ASEAN Highlights** 2011: 32-35.

ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ. (2553). **หลักการวิจัยทางสังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

ณญาดา ทองนวล. (2553). **การควบคุมการส่งออกอาวุธที่มีอานุภาพทำลายล้างสูง: วิเคราะห์ในกรอบ กฎหมายศุลกากร**. ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.

ณรงค์ ป้อมหลักทองและวิภาดา มาวิจักขณ์. (2546). **หลักเกณฑ์ในการออกใบอนุญาตประกอบการโทรคมนาคม**. สำนักงานกองทุนสนับสุนการวิจัย. กรุงเทพฯ.

บุญเรือง คำศรี. (2555). อาวุธชีวภาพและการก่อการร้ายทางชีวภาพ. **วารสารนิติเวชศาสตร์** 4(3): 259-290.

ประเสริฐ ทองเจริญ. (2546). **มหันตภัยอาวุธชีวภาพและอาวุธเคมี**. กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยพัฒน์จำกัด.

พงษธร เศรษฐถาวร. (2549). กฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยการควบคุมอาวุธชีวภาพ. **รพี** 49: 181-193.

ศักดิ์สิน รัศมิทัต. (2546). **สงครามอาวุธเคมี อาวุธชีวภาพ**. กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสรรค์บุ๊กจำกัด.

ศุภรา. (2549). อาวุธเชื้อโรคในไทย...เรื่องจริงหรือแค่ความกังวล. **ชีวจิต**, 44-46.

สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย. (2558). **การขออนุญาตจัดตั้งโรงงาน**, 31 ตุลาคม 2558. Available at http://www. thaichamber.org/scripts/detail.asp?nNEWSID=1216

สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและ สิ่งแวดล้อม. (2544). **การสัมมนาเรื่อง "อนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพกับประเทศไทย"**, 3 เมษายน 2544 ณ โรงแรมเซ็นจูรี่พาร์ค กรุงเทพฯ. ปทุมธานี: ศูนย์ความหลากหลายทางชีวภาพ.

สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน). (2558). **ศูนย์รวมข้อมูลเพื่อติดต่อราชการ**. 20 ตุลาคม 2558. Available at http://www.info.go.th

อภิชาต พิกุลทอง. (2550). **ความสำคัญของสารชีวภาพเพื่อการเกษตร**. 5 ตุลาคม 2558. Available at http://www. gotoknow.org/posts/153221

อัจรีย์ศุภวรรธนะกุล. (2553). **การควบคุมอาวุธเคมีชีวภาพกับการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมภายใต้กฎหมายมนุษยธรรมระหว่างประเทศ**. ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.

Ambassador Paul van den Ijssel. (2011). **President**'s **Message**.Retrieved October 28, 2015, from the Biological and Toxin Weapons Convention Available at http://www.opbw.org

Office of Export Control Cooperation. (2011). Overview of U.S. **Export Control System**, Retrieved October 28, 2015, Available at http://www.state.gov/strategictrade/overview/index. htm

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล : ประสิทธิผลของการทำลายเชื้อสำหรับอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล

ธนิดา อินทะจักร์*

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลของประเทศไทยมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงและเสียชีวิตภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลนั้นมีหลากหลายสาเหตุ โดยสาเหตุที่ไม่ค่อยมีการรายงานคือ ภาวะติดเชื้อจากการใช้อุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งสาเหตุนี้อาจทำให้เกิดการระบาดของภาวะติดเชื้อได้ เนื่องจากอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ส่วนใหญ่สามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้แต่จะต้องได้รับการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

สำหรับการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้ออุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลนั้นประกอบด้วย การจำแนกประเภทอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ กระบวนการทำลายเชื้อ กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ การตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อและการจัดเก็บอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ที่ผ่านการทำลายชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ โดยในกระบวนการต่างๆ เหล่านี้บุคลากรในโรงพยาบาลทุกคนต้องมีความตระหนักและให้ความสำคัญเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการใช้อุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ และเพื่อเป็นการพัฒนาระบบการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, เครื่องมือแพทย์, การทำลายเชื้อ, การทำให้ปราศจากเชื้อ

---

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Prevention and Infection Control in Health Care Facilities: Effectiveness of Disinfection and Sterilization of Medical Equipment in Hospital

Thanida Intajak*

Abstract

Nosocomial infection is one of the important problems that occur with patients who were admitted in hospital. It can be found in all level of hospital and the numbers of cases increase every year. This infection leads to increase severity of the disease and prolong hospitalization. Medical devices became the focal points for spreading of the disease, because all of them are re-useable. Failure to properly disinfected or sterilized re-useable medical equipment carry a risk associated with breach of the host barrier.

Effectiveness of disinfection and sterilization procedure includes categorization of medical devices and items, disinfection, sterilization and storage of sterilized package. Therefore, all staff in hospital need to know and emphasize on procedure of disinfection and sterilization for reducing infection associated with contaminated patient care items .

Keywords: Nosocomial infection, Prevention and Infection control, Medical device, Disinfection, Sterilization

---

* Registered Nurse , King Chulalongkon Memorial Hospital

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลของประเทศไทยมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงและเสียชีวิตภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว โดยเฉพาะโรงพยาบาลตติยภูมิหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งนอกจากจะมีจำนวนผู้ป่วยที่มีปริมาณมากแล้ว ยังมีการรักษาที่ช่วยยืดอายุผู้ป่วยโดยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ การตรวจรักษาที่ซับซ้อน เช่น การใส่สายสวนหัวใจ การฉีดสายทึบแสง ฯ หรือการผ่าตัดใหญ่ ฯลฯ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เอื้อให้เกิดภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลแทบทั้งสิ้น และสถานการณ์ภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบมากที่สุดจากการศึกษา จากโรงพยาบาลทั่วประเทศจำนวน 20 แห่ง คือ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 36.1 ร้อยละ 25.5 คือการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และร้อยละ 11.0 เป็นการติดเชื้อแผลผ่าตัดใน (สมหวัง ด่านชัยวิจิตร,2544)

ภาวะการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection) หมายถึง การติดเชื้อของผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการติดเชื้อนั้นมาก่อน หรือไม่ได้อยู่ในระยะฟักตัวของโรคนั้นๆ ขณะเริ่มเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ซึ่งอาการของการติดเชื้อนั้นอาจแสดงให้เห็น ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและยังรวมถึงผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลแล้วแต่มีอาการแสดงในช่วงระยะฟักตัวของโรคดังกล่าว กรณีที่ไม่ทราบระยะฟักตัวให้กำหนดระยะเวลาการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายหลังเข้ารักษา ในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง

กรรมวิธีที่ใช้ในการตรวจรักษาผู้ป่วย ที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล(Inducing procedure) ที่สำคัญมีดังนี้

1. การสวนปัสสาวะ เป็นกรรมวิธีที่พบบ่อยที่สุด และในโรงพยาบาลพบว่าประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้รับการสวนปัสสาวะ
2. การผ่าตัด การทำแผล
3. การให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำ
4. การใช้เครื่องมือช่วยหายใจ
5. การใส่ท่อต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย เช่น endotracheal tube, I.v. line เป็นต้น
6. การฉีดยา เจาะเลือด

นอกจากกระบวนการในการทำหัตถการต่างๆที่เอื้อต่อการเกิดภาวะติดเชื้อแล้ว อุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ต่างๆในการทำหัตถการนั้นๆก็มีความสำคัญเป็นอย่างมากโดยอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่สามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ แต่จะต้องได้รับการทำลายเชื้อหรือการทำให้ปราศจากเชื้อที่มีประสิทธิภาพ หากกระบวนการทำลายเชื้อหรือทำให้ปราศจากเชื้อไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ ซึ่งจะทำให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบต่างๆได้ เช่น ผู้ป่วยมีอัตราการตายหรือทุพพลภาพมากขึ้น

ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นทำให้มีการสูญเสียรายได้ หรือโรงพยาบาลมีอัตราการหมุนเวียนเตียงลดลงทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยรายใหม่ได้ นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดการระบาดของการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลได้ (นิตยา อินทราวัฒนา, 2558)

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อของอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ มีรายงานดังนี้

Gransden และคณะศึกษาการระบาดของเชื้อ Serratia marcescens ในโรงพยาบาลในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ ตรวจพบเชื้อ Serratia marcescens ในทารก 30 ราย ผลการศึกษาพบว่าการระบาดเกิดจากการทำลายเชื้อใน breast bump ไม่เหมาะสม เนื่องจากการนำ breast bump แช่ใน hypochlorite แต่บางส่วนของ breast bump ไม่จมอยู่ในน้ำยาและไม่มีการบันทึกเวลาที่แช่ ทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อ Serratia marcescens ในน้ำนมมารดาและหลังจากเปลี่ยนวิธิการเป็นการล้างด้วยเครื่องอัตโนมัติ โดยใช้อุณหภูมิ 80 องศาเซลเซียสและทำให้แห้งการระบาดสงบลง (Gransden, 1986)

เซฟไฟและคณะ (Cefai et al., 1990) ศึกษาการระบาดของเชื้อ Acinetobacter anitratus ที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศอังกฤษเกิดการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากการทำลายเชื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจไม่สมบูรณ์ ทำให้ผู้ป่วย 6 ราย เกิดการติดเชื้อและในจำนวนนี้เสียชีวิต 2 ราย (Cefai, C., 1990)

สำหรับประเทศไทยยังไม่พบรายการภาวะติดเชื้อจากการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อของอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ที่ไม่มีประสิทธิภาพที่ชัดเจน แต่ในโรงพยาบาลต่างๆก็ไม่ควรมองข้ามในเรื่องนี้ได้

ในการควบคุมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลนั้นเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ แต่ไม่ได้ทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากเชื้อที่เป็นสาเหตุโดยมากอยู่ในตัวผู้ป่วยเอง ปัจจัยที่สำคัญคือภูมิคุ้มกันโรคลดลงในผู้ป่วย, การตรวจรักษาที่เสี่ยงต่อการนำเชื้อเข้าสู่ผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงผลที่จะได้จากการป้องกันแล้ว ก็น่าที่จะได้รับการพิจารณาจากหน่วยงานที่วางนโยบายของสถานพยาบาลนั้นๆ การป้องกันกระทำได้โดยวิธีการดังต่อไปนี้

1. มีระบบเฝ้าติดตามโรค (surveillance system) ที่ดี
2. กำจัดแหล่งของเชื้อโรค
3. อาหารและน้ำดื่มต้องสะอาด
4. การเข้มงวดต่อกรรมวิธีปลอดเชื้อ และการทำลายเชื้อ (Aseptic and antiseptic technique)
5. การแยกผู้ป่วย

6. การเข้มงวดต่อการใช้ยาต้านจุลชีพ ซึ่งมาตรการเหล่านี้เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนควรตระหนักและให้ความสนใจเพื่อให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

บทความฉบับนี้นำเสนอเกี่ยวกับมาตรการป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการติดตามประสิทธิภาพการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อสำหรับอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาลเนื่องจากบุคลากรในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีความตระหนักใน การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อของอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดการอบรม, ความหละหลวม อีกส่วนเกิดจากความไว้ใจในยาปฏิชีวนะมากเกินไป ดังนั้นจึงต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้และตระหนักเกี่ยวกับประเภทของอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ในหน่วยงานของตน เพื่อบริหารในการส่งต่อในกระบวนดำเนินการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และควรมีความรู้และให้ความสำคัญในการสังเกตตัวบ่งชี้ประสิทธิภาพการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อบนอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์หรือสังเกตสภาพบรรจุภัณฑ์ของอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์นั้นๆ รวมไปถึงมีความตระหนักในการเก็บรักษาสภาพของอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ที่ผ่านการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

เครื่องมือแพทย์

เครื่องมือแพทย์ (Medical Device) หมายถึง เครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือวัตถุสำหรับใช้ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การประกอบโรคศิลปะ หรือการบำบัดโรคสัตว์ ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นๆ (พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2535)

ประเภทเครื่องมือแพทย์

เมื่อปี ค.ศ. 1972 Dr.E.H.Spaulding ได้แบ่งประเภทอุปกรณ์ทางการแพทย์ออกเป็น 3 ประเภทตามลักษณะการสัมผัสของอุปกรณ์การแพทย์กับส่วนต่างๆของร่างกายของผู้ป่วยและความเสี่ยงต่อการทำให้เกิดการติดเชื้อ ซึ่งแนวคิดของ Dr. Spaulding เป็นที่ยอมรับและใช้เป็นแนวทางในการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อในปัจจุบันโดยสามารถให้ผู้ปฏิบัติงานเลือกวิธีการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

อุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงสูง (Critical items)	อุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงปานกลาง (Semi-critical items)	อุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ (Non-critical items)
อุปกรณ์ที่ใช้สัมผัสกับบาดแผล เยื่อบุที่มีการฉีกขาดหรือใส่ผ่านเข้าไปใน	อุปกรณ์ที่ใช้สัมผัสกับเยื่อบุของร่างกาย ใส่เข้าในส่วนของร่างกายที่มีเชื้อโรคประจำถิ่นอยู่	อุปกรณ์ที่สัมผัสผิวหนังภายนอกร่างกายผู้ป่วย ได้แก่ :

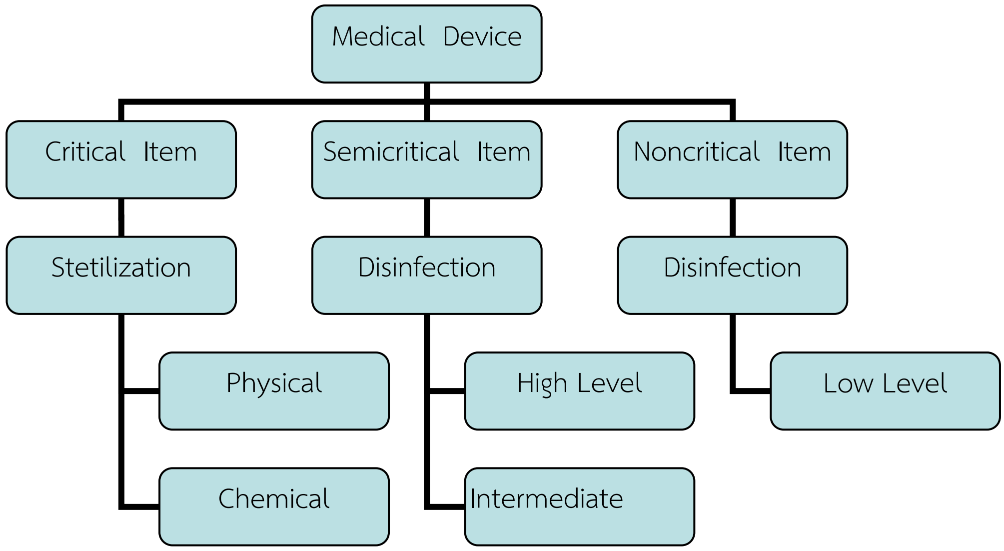
อุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงสูง (Critical items)	อุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงปานกลาง (Semi-critical items)	อุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ (Non-critical items)
เนื้อเยื่อ/ส่วนของร่างกายที่ปราศจากเชื้อ ได้แก่ - เครื่องมือผ่าตัด set เจาะหลัง เจาะท้อง - สายสวนหัวใจ สายและ set สวนปัสสาวะ - เข็มฉีดยา, Syringe	ผิวหนังที่มีบาดแผลถลอก ได้แก่ - gastroscopies - colonoscopies - respiratory equipment - laryngoscope - thermometer (oral, rectal)	- stethoscopes - bed pan - crush - blood pressure cuff

ที่มา: Rutala, W.A.,Weber, D.J.& Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2008). **Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities**, 2008. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

การทำลายเชื้อ (Disinfection) คือกระบวนการทำลายจุลชีพทั้งหมดหรือบางส่วน ยกเว้นสปอร์ โดยประสิทธิภาพของการทำลายเชื้อขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ชนิดและจำนวนเชื้อจุลชีพที่ติดมากับอุปกรณ์ ประเภทและลักษณะของอุปกรณ์ ระยะเวลาที่ใช้แช่ อุณหภูมิและความเป็นกรดด่างในกระบวนการทำลายเชื้อ วิธีการทำลายเชื้อที่สำคัญ มี 3 วิธี คือ การใช้น้ำยาทำลายเชื้อ กระบวนการPasteurization และ Ultraviolet irradiation

วิธีการทำลายเชื้อและทำให้อุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ

ในการเลือกวิธีการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อให้เหมาะสมกับอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ในแต่ละประเภทนอกจากจะทำให้อุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์มีความปลอดภัยจากเชื้อโรคต่างๆ แล้วยังช่วยรักษาสภาพของอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ให้สามารถมีสภาพใช้งานที่ทนทานอีกด้วย



ที่มา: Rutala, W.A.,Weber, D.J.&Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2008). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008. Atlanta:Centers for Disease Control and Prevention.

วิธีการทำลายเชื้อในอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์

วิธีการทำลายเชื้อในอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ แบ่งออกตามประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อได้เป็น 3 ระดับ (ชมรมควบคุมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย, 2533) คือ

1. การทำลายเชื้อในระดับสูง (High – Level disinfection) นิยมใช้น้ำยาทำลายเชื้อระดับสูงที่สามารถทำลายสปอร์ของแบคทีเรียได้ นิยมใช้ในอุปกรณ์ประเภท Critical Item แต่ไม่ถึงขั้นต้องทำให้ปราศจากเชื้อ ปัจจุบันนิยมใช้ทำความสะอาดอุปกรณ์ที่เป็นพลาสติกหรือใช้ทำความสะอาดในส่วนที่เป็นเลนส์ (Telescope) ของกล้องส่องตรวจอวัยวะภายใน เช่น Laparoscope หรือ Arthroscopies การทำลายเชื้อในระดับนี้สิ่งสำคัญคือ ต้องแช่อุปกรณ์โดยให้ทุกส่วนของอุปกรณ์สัมผัสกับน้ำยาทำลายเชื้อในระยะเวลาที่เหมาะสม อุณหภูมิและระดับความเป็นกรด-ด่างของน้ำยาที่เหมาะสม น้ำยาทำลายเชื้อที่นิยมใช้ ได้แก่ Glutaraldehyde Chlorine dioxide Hydrogen peroxide และ Per acetic acid

ทั้งนี้ การใช้น้ำยาทำลายเชื้อในระดับสูงสามารถทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อได้ แต่ไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีทางชีวภาพได้ จึงไม่นิยมใช้วิธีนี้

2. การทำลายเชื้อในระดับกลาง (Intermediated – Level disinfection)

การใช้น้ำยาทำลายเชื้อ เป็นการทำลายเชื้อไวรัสและเชื้อวัณโรคได้ แต่ไม่สามารถทำลายสปอร์ของเชื้อแบคทีเรียได้น้ำยาทำลายเชื้อที่นิยมใช้ ได้แก่ แอลกอฮอล์(70-90 % ethanol) Phenolic Idorphor และ Chlorine compounds

พาสเจอร์ไรเซชั่น (Pasteurization) เป็นการทำลายเชื้อทางกายภาพโดยการใช้ความร้อน สามารถทำลายเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัสและเชื้อรา แต่ไม่สามารถทำลายสปอร์ของเชื้อแบคทีเรียได้ นิยมใช้กับอุปกรณ์ที่สามารถทนความร้อนชื้นได้ เช่น อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ดมยาสลบ โดยมีวิธีการคือ นำอุปกรณ์ที่ล้างทำความสะอาดแล้วแช่ลงในน้ำที่อุณหภูมิระหว่าง 65-77 องศาเซลเซียส เป็นเวลานาน 30 นาที หลังจากนั้นต้องทำให้อุปกรณ์แห้งด้วยเครื่องอบแห้งและบรรจุอุปกรณ์โดยวิธีการปราศจากเชื้อ

3. การทำลายเชื้อในระดับต่ำ (Low – Level disinfection) เป็นการทำลายเชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย และเชื้อราบางชนิดได้ แต่ไม่สามารถทำลายเชื้อที่มีความคงทน เช่น tubercle bacilli หรือสปอร์ของแบคทีเรียได้ เหมาะสำหรับอุปกรณ์ประเภท noncritical items น้ำยาทำลายเชื้อในกลุ่มนี้ได้แก่ Ammonium compounds Idophor หรือ Phenolics ป็นต้น

การทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization)คือ กระบวนการทำลายจุลชีพหรือสิ่งมีชีวิตทุกชนิด รวมทั้งสปอร์ของเชื้อแบคทีเรีย วิธีการทำให้ปราศจากเชื้อในโรงพยาบาลที่นิยมใช้ คือ การอบไอน้ำภายใต้ความดัน การอบความร้อน การอบแก๊ส Ethylene Oxide และการใช้น้ำยาทำลายเชื้อในระดับสูง (อะเคื้อ อุณหเลขกะ, 2555)

วิธีการในการทำให้ปราศจากเชื้อ

1. การใช้ความร้อนสูง (High temperature)

การใช้ความร้อนแห้ง (Dry heat) การทำให้ปราศจากเชื้อวิธีนี้จะบรรจุอุปกรณ์ลงในเครื่องอบไอร้อน (Hot air oven) โดยใช้อุณหภูมิสูง 160-180 องศาเซลเซียส เป็นเวลานาน 1-2 ชั่วโมง วิธีการนี้เหมาะสำหรับอุปกรณ์ประเภทแก้วและโลหะ

การใช้ความร้อนชื้นหรือการนึ่งไอน้ำ (Steam Sterilization) เป็นการทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อที่นิยมใช้มากที่สุดในโรงพยาบาล คือ เป็นวิธีการที่สะดวก ปลอดภัย และเชื่อถือได้มากที่สุด

หลักการ คือ การที่อุปกรณ์แต่ละชิ้นสัมผัสกับไอน้ำโดยตรงที่อุณหภูมิและความดันตามที่กำหนดและในระยะเวลาที่จำเพาะ การทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีการนี้ มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ คือ อุณหภูมิ ความดัน ระยะเวลา และความชื้นสัมพัทธ์

กลไกการทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีนึ่งไอน้ำ

เป็นกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อที่ใช้ไอน้ำอิ่มตัวที่มีอุณหภูมิสูงกว่า 100 องศาเซลเซียสเป็นตัวทำให้ปราศจากเชื้อ การทำให้ไอน้ำมีอุณหภูมิสูงมากกว่า 100 องศาเซลเซียส ทำได้โดยการเพิ่มความดันให้สูงขึ้นกว่าความดันบรรยากาศ โดยในกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อโดยใช้ไอน้ำจะทำให้ไอน้ำมีอุณหภูมิระหว่าง 121-134 องศาเซลเซียส ซึ่งที่ความดัน 15 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว น้ำจะเดือดที่อุณหภูมิ 121 องศาเซลเซียส และไอน้ำต้องสัมผัสห่ออุปกรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ คือ อย่างน้อย15 นาที และ ที่ความดัน 27 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว น้ำจะเดือดที่อุณหภูมิ 134 องศาเซลเซียส และไอน้ำต้องสัมผัสห่ออุปกรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ คือ อย่างน้อย 3 นาที หลังจากนั้นไอน้ำที่อิ่มตัวจะแทรกซึมผ่านเข้าไปในห่ออุปกรณ์ เมื่อไอน้ำสัมผัสกับอุปกรณ์ที่อยู่ภายในซึ่งมีอุณหภูมิที่ต่ำกว่าจะกลั่นตัวเป็นหยดน้ำ และเมื่อไอน้ำกลั่นตัวเป็นหยดน้ำภายในห่ออุปกรณ์ ปริมาตรของไอน้ำจะลดลง ทำให้ภายในห่ออุปกรณ์มีความดันเป็นลบ ไอน้ำจะสามารถแทรกซึมเพิ่มได้อีก และไอน้ำจะปล่อยความร้อนแฝงออกมาอีกจำนวนมาก ทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อ

2. การใช้อุณหภูมิต่ำ (Low temperature)

การทำให้ปราศจากเชื้อด้วยแก๊ส Ethylene oxide (EO)

แก๊ส Ethylene oxide เป็นสารเคมีที่สามารถทำลายเชื้อจุลชีพรวมทั้งสปอร์ของแบคทีเรียได้ โดย แก๊ส Ethylene oxide บริสุทธิ์ติดไฟได้และอาจเกิดการระเบิดได้ จึงมีการนำมาผสมกับ Fluorinated Hydrocarbon หรือ Carbon dioxide เพื่อทำให้เฉื่อยลง โดยการทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีนี้ นิยมใช้ในอุปกรณ์ที่ไม่สามารถทนความร้อนและความชื้นได้ ยกเว้นอุปกรณ์ที่เป็นเส้นใย และมีหลักการ คือ ใช้ความเข้มข้นของแก๊ส Ethylene oxide ที่ 700-1200 มิลลิกรัมต่อลิตร ที่อุณหภูมิประมาณ 49-60 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพันธ์ที่ร้อยละ 30-60 และใช้ระยะเวลาประมาณ 3-6 ชั่วโมง โดยการทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีการนี้อุปกรณ์-เครื่องมือจะต้องสะอาดและแห้ง หากมีความชื้นหรือสารอินทรีย์ต่างๆจะทำให้เกิดสารพิษตกค้างและอุปกรณ์ไม่ปราศจากเชื้อ

การทำให้ปราศจากเชื้อด้วย steam formaldehyde

Formaldehyde มีฤทธิ์ในการทำลายเชื้อจุลชีพได้อย่างกว้างขวาง ฤทธิ์ในการทำลายเชื้อเกิดขึ้นได้อย่างช้าๆที่อุณหภูมิห้อง นิยมใช้กับเครื่องมือที่ไม่สามารถทนความร้อนได้และเป็นอุปกรณ์ที่ที่มีรูกลวง แต่ formaldehyde เป็นแก๊สมีพิษ มีกลิ่นเหม็น ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ จึงไม่ค่อยนิยม

การทำให้ปราศจากเชื้อด้วย hydrogen peroxide gas plasma hydrogen peroxide gas plasma สามารถทำลายเชื้อจุลชีพและสปอร์ของแบคทีเรียที่อุณหภูมิต่ำ นิยมใช้สำหรับอุปกรณ์ที่ไวต่อความร้อนและความชื้น การทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีนี้จะต้องใช้ hydrogen peroxide โดยการกระตุ้นโมเลกุลของ hydrogen peroxide ให้อยู่ในสภาพของ plasma

นอกจากนี้การทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีการนี้เป็นวิธีที่สะดวก รวดเร็วและปลอดภัยต่อผู้ใช้งานและสิ่งแวดล้อม โดยสารสุดท้ายหลังจากเสร็จกระบวนการคือ แก็สออกซิเจนและน้ำ

การตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ (Rutala, WA., 2008)

1. การตรวจสอบทางกลไก (Mechanical Monitoring)

เป็นการตรวจสอบการทำงานของเครื่อง Sterilizer โดยดูจากตัวบ่งชี้ทางกลไก ซึ่งได้แก่ มาตรวัดอุณหภูมิ มาตรวัดความดัน สัญญาณไฟต่างๆ แผ่นกราฟที่บันทึกการทำงานของเครื่องในแต่ละขั้นตอน สิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นสิ่งแรกที่บอกให้ผู้ปฏิบัติงานทราบว่าเครื่องทำงานปกติหรือไม่ ผู้ปฏิบัติงานควรคำนึงอยู่เสมอว่าเครื่องอาจเกิดความผิดปกติหรือทำงานบกพร่องได้ ควรดูแลและติดตามการทำงานของเครื่องอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ นอกจากนี้การทำงานของเครื่องที่ปกติก็ไม่สามารถยืนยันได้อย่างมั่นใจว่า อุปกรณ์ที่อยู่ภายในเครื่องที่ผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อแล้วจะมีสภาพปราศจากเชื้อจริง จึงต้องมีการตรวจสอบประสิทธิภาพโดยวิธีอื่นร่วมด้วย

2. การตรวจสอบทางเคมี

การตรวจสอบทางเคมี (Chemical Monitoring) Process Indicator เป็นตัวบ่งชี้ทางเคมีที่ใช้ติดภายนอกอุปกรณ์มีลักษณะเป็นกระดาษกาวที่มีสารเคมีเคลือบไว้ หากห่ออุปกรณ์ที่ผ่านกระบวนการปราศจากเชื้อแล้วกระดาษกาวจะเกิดเป็นแถบสีดำปรากฏขึ้นหรือกระดาษกาวมีการเปลี่ยนสี

Indicator for Use in Specific test เป็นการตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบดูดสุญญากาศของเครื่องนึ่งไอน้ำชนิด Prevacuum คือ Bowie-Dick test โดยบ่งชี้ว่าเครื่องสามารถไล่อากาศออกจากช่องอบของเครื่องได้สมบูรณ์หรือไม่

Integrating Indicator เป็นตัวบ่งชี้ทางเคมีที่ออกแบบให้สามารถตรวจสอบตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อการทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อทุกปัจจัยโดยระบุค่าที่กำหนดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจนถึงจุดยุติ โดยต้องใช้ใส่ภายในห่ออุปกรณ์ ซึ่งในการใช้ตัวบ่งชี้นี้จะเปลี่ยนแปลงตามวิธีการทำให้ปราศจากเชื้อ

3. การตรวจสอบทางชีวภาพ

การตรวจสอบทางชีวภาพ (Biological Monitoring) เป็นวิธีการตรวจสอบการทำให้ปราศจากเชื้อที่เชื้อถือได้ทากที่สุดและเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง วิธีการตรวจสอบใช้ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพหรือเรียกทั่วไปว่า Spore test โดยใช้สปอร์ของเชื้อ Bacillus ที่ยังมีชีวิตอยู่ โดยวิธีการจะแตกต่างกันคือ

1. การทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำ จะใช้สปอร์ของเชื้อ Geobacillus stearothermophilus เมื่อนำหลอดบรรจุเชื้อที่ผ่านการนึ่งไอน้ำและหลอดควบคุมมาอุ่นเพาะเชื้อที่อุณหภูมิ 55-60 องศาเซลเซียส เป็นระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง หากสีของอาหารเลี้ยงเชื้อในหลอดทดสอบเปลี่ยนไปแสดงว่าเชื้อไม่ตาย นั่นคืออุปกรณ์ที่นึ่งพร้อมหลอดทดสอบไม่ปราศจากเชื้อ

2. การทำให้ปราศจากเชื้อด้วย แก๊ส Ethylene oxide จะใช้สปอร์ของเชื้อ Bacillus atrotherphaeus เมื่อนำหลอดบรรจุเชื้อที่ผ่านการนึ่งไอน้ำและหลอดควบคุมมาอุ่นเพาะเชื้อที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นระยะเวลา 48 ชั่วโมง หากสีของอาหารเลี้ยงเชื้อในหลอดทดสอบเปลี่ยนไปแสดงว่าเชื้อไม่ตาย นั่นคืออุปกรณ์ที่นึ่งพร้อมหลอดทดสอบไม่ปราศจากเชื้อ

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อของอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ประกอบด้วย การเลือกวิธีการทำให้ปราศจากเชื้อให้เหมาะสมกับประเภทของอุปกรณ์ การล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ก่อนนำไปทำให้ปราศจากเชื้อ และระยะเวลาที่ไอน้ำ แก๊ส ความร้อน หรือสารเคมี สัมผัสกับอุปกรณ์จะต้องนานพอ และต้องสัมผัสทุกพื้นผิวของอุปกรณ์

นอกจากกระบวนการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อแล้ว การบริหารจัดการในทุกโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนที่ดี และการกำหนดนโยบายการทำงานที่ชัดเจนซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลมีมาตรฐานในการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ ก่อให้เกิดความมั่นใจในการใช้อุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งต้องมีการบำรุงรักษาเครื่องมือให้ทำงานได้เต็มสมรรถนะ ทั้งนี้เพื่อให้อุปกรณ์-เครื่องมือทุกชิ้นปราศจากเชื้อ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานปลอดภัยไม่เกิดภาวะติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน และสิ่งที่สำคัญคือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ

แนวทางในการบริหารจัดการการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเป็นระบบ มีดังนี้

1. จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อค้นหาปัญหาในการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในโรงพยาบาล โดยคณะทำงานประกอบด้วย แพทย์ที่มีความรู้ด้านโรคติดเชื้อ เภสัชกร และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ เพื่อทำหน้าที่ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติในการทำลายเชื้อของอุปกรณ์และให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่บุคลากร

2. กำหนดนโยบายในการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อของโรงพยาบาลที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยจะต้องกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการแจ้งให้บุคลากรในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลได้ทราบอย่างทั่วถึง

3. จัดทำคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง เหมาะสม และชัดเจน เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลใช้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

4. ให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับหลักการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ ตั้งแต่ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ วิธีการแพร่กระจายเชื้อ อุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ประเภทต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วย การทำความสะอาดอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ประเภทต่างๆ ตลอดจนถึงปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อและแนวทางการปฏิบัติในการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ

5. ติดตามดูแลให้บุคคลากรปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อที่กำหนดขึ้นอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง

6. ฝึกอบรมบุคลากรผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการทำให้อุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อโดยตรง เพื่อให้มีความรู้ ความชำนาญในการใช้เครื่องทำให้ปราศจากเชื้อ ตลอดจนถึงการปฏิบัติตามข้อกำหนดของการใช้เครื่องอย่างเคร่งครัด เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ เครื่องมือได้รับการดูแลไม่เสียหายหรือชำรุดก่อนเวลาที่ควรจะเป็น

7. บริหารจัดการให้มีบุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเพียงพอ และเป็นบุคลากรที่มีความรู้ มีความรับผิดชอบและมีความซื่อสัตย์ ตลอดจนถึงมีการสนับสนุนเกี่ยวกับเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อให้มีปริมาณเพียงพอในการปฏิบัติงาน มีการบำรุงรักษาเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง

8. มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถค้นหาความผิดปกติของการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างทันท่วงที

สรุปและเสนอแนะ

จะเห็นได้ว่าการระบาดของภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ จำนวนมาก ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายหรือทุพพลภาพมากขึ้น ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นทำให้มีการสูญเสียรายได้ หรือโรงพยาบาลมีอัตราการหมุนเวียนเตียงลดลงทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยรายใหม่ได้ และอาจจะทำให้เกิดการระบาดของการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลได้ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุนั้นอาจมีได้หลายสาเหตุ และในโรงพยาบาลต่างๆ มีแนวทางในการควบคุมการป้องกันการติดเชื้อหลากหลายมาตรการสำหรับมาตรการในที่นี้เป็นการการควบคุมและป้องกันเกิดภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยการติดตามประสิทธิภาพการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อสำหรับอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาลเนื่องจากบุคลากรในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีความตระหนัก ขาดการศึกษาอบรมรวมทั้งมีความหละหลวมในการปฏิบัติงาน

ในแนวทางการควบคุมประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเป็นระบบที่กล่าวมาแล้วนั้น จะต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม สะดวกและง่ายต่อผู้ปฏิบัติงานในแต่ละโรงพยาบาล และจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ตั้งแต่การสนับสนุนในด้านต่างๆจากผู้บริหาร การวางแผนนโยบายและแนวทางปฏิบัติจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ การตรวจสอบและประเมินผลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนถึงการปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติที่วางไว้ของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้แนวทางดังกล่าวมีประสิทธิภาพ และยั่งยืนต่อไปและเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

นิตยา อินทราวัฒนา. (2558). **โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและสถานการณ์การดื้อยา.** Journal of the Medicine and Health Sciences.

ชมรมควบคุมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. (2533). **การทำให้ปราศจากเชื้อและการทำลายเชื้อ.**(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สาธิต นฤภัย. (2553). **การบริหารจัดการระบบเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล**.เอกสารประกอบการบรรยาย. กองวิศวกรรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข

สมหวัง ด่านชัยวิจิตร. (2553). **โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล.**(พิมพ์ครั้งที่3).กรุงเทพฯ:แอล ที เพลส การพิมพ์.

อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2555). **หลักและแนวปฏิบัติในการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ**. (พิมพ์ครั้งที่2). เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมืองเชียงใหม่.

Block, S.S. (1991). **Disinfection,Sterilization and Preservation**.(4th ed.). Philadelphia: Lea & Fibiger.

Cefai, C., Richards, J., Gould, F.K. and Mc Peake, P. (1990). **An Outbreak of Acinetobacter Respiratory tract infection resulting from incomplete disinfection of ventilator equipment.** J HospInfect, 15: 1773182.

Gransden, W.R., Webster, M., French, G.L. & Phillips, I. (1986). **An Outbreak of Serratia marcescens transmitted by contaminated breast pumps in a special care baby unit.** J HospInfect, 15: 1773182.

Rutala, W.A., Weber, D.J. and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2008). **Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities**, Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ

ศิริลักษณ์ ฤทธิ์ไธสง *

บทคัดย่อ

ความเสี่ยงนับว่าเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความผิดพลาดที่แต่ละหน่วยงานหรือองค์กรไม่อยากให้เกิดขึ้น เพราะถ้ามีความเสี่ยงหรือความผิดพลาดเกิดขึ้น โอกาสที่จะเกิดความเสียหายย่อมต้องมีไม่มากก็น้อย ความเสี่ยงสามารถเกิดขึ้นได้ทุกเวลาและมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยง ดังนั้น การบริหารความเสี่ยงนับเป็นเครื่องมือบริหารองค์กรที่มีการนำมาใช้แพร่หลายในการจัดการสถานการณ์ ความไม่แน่นอนที่อาจส่งผลกระทบต่อองค์กรให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และยังอาจเป็นโอกาสในการสร้างสรรค์มูลค่าเพิ่มให้แก่องค์กรด้วยการพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น การบริหารความเสี่ยงที่ดีจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในโรงพยาบาล ในการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นค้นหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหารวมถึงการนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน

กระบวนการในการจัดการกับความเสี่ยง ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ การบ่งชี้เหตุการณ์การประเมินความเสี่ยง การตอบสนองต่อความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม และการติดตามประเมินผล ซึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ กระบวนการ Plan-Do-Check-Act โดยการดำเนินงานเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลจะต้องเป็นการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมจะต้องมีการมอบหมายหน้าที่และผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบและสามารถพัฒนางานด้านการบริหารความเสี่ยงอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ความเสี่ยง ความผิดพลาด การบริหารจัดการความเสี่ยง ความเสี่ยงทางการพยาบาล การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม กระบวนการ Plan-Do-Check-Act

---

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมิติเวชเด็ก ศรีนครินทร์

Risk Management of Hospital in Registered Nurse Context

Sirilak Ritthaisong*

Abstract

Risk is the undesirable adverse event and error which should be prevented in any organization. If undesirable risk or error occurs, it produces bad effect and damages. Risk can occur anytime and anywhere, depends on various factors. Risk management is an important management tool in any organization. Risk management is an opportunity for value development for effective working process in any organization. An effective risk management should be a collaborative efforts of all parties for finding risk, cause of risk, and solving the problem, including practical application for routine work.

Risk management process includes an objective setting, situation identification, risk evaluation, risk responds, control activities, and monitoring and evaluation. Plan-Do-Check-Act is a popular tool for risk management in hospitals, which should be a collaborative risk management with a clear responsible individuals/parties being assigned. This will benefit organization's sustainable systematic development of risk management.

Keywords : Risk, Error, Risk Management, Risk of nursing, Collaborative risk management, Plan-Do-Check-Act Process

---

* Registered Nurse, Samitivej Children Hospital

บทนำ

ความเสี่ยง ในที่นี้หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ความเสียหายหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Vaughan, 1997) หรือการกระทำใดๆที่อาจเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนซึ่งอาจเกิดขึ้นในอนาคตและมีผลกระทบทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของหน่วยงานหรือองค์กร ทั้งในด้านยุทธศาสตร์ การปฏิบัติงาน การเงินและการบริหาร

ความเสี่ยงสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ ความเสี่ยงด้านการเงิน การรายงาน และความเสี่ยงด้านกฎหมาย (เมธา สุวรรณสาร, 2552)กฎเกณฑ์ต่างๆและข้อกำหนดผูกพันองค์กร ซึ่งข้อดีของการจัดการความเสี่ยง คือ ช่วยในการกำหนดกลยุทธ์ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกับระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ช่วยให้การตัดสินใจตอบสนองต่อความเสี่ยงได้ดีขึ้น ช่วยลดเหตุการณ์อันไม่คาดคิดและความสูญเสียที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ช่วยเอื้อประโยชน์ต่อการตอบสนองความเสี่ยงให้ดีขึ้น ช่วยเสริมการดำเนินงานเชิงรุกในกรณีที่เกิดเหตุการณ์นั้นๆ และช่วยในการบริหารเงินทุนให้ดีขึ้น

บทความฉบับนี้นำเสนอการบริหารความเสี่ยงในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากว่าทรัพยากรพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลที่มีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพและมีจรรยาบรรณวิชาชีพ มีความสามารถในการบริหารจัดการกับความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความผิดพลาดต่างๆได้เป็นอย่างดี ดังนั้นในการบริหารจัดการกับความเสี่ยง พยาบาลวิชาชีพจะมีแนวทางในการบริหารจัดการที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของความเสี่ยงนั้นๆ ซึ่งเนื้อหาของบทความฉบับนี้จะเป็นแค่บางส่วนของตัวอย่างการบริหารจัดการกับความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลจุดมุ่งหมายของบทความฉบับนี้ก็เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารจัดการความเสี่ยง สามารถนำมาปรับใช้กับการปฏิบัติงาน รวมถึงเป็นแนวทางในการบริหารจัดการกับความเสี่ยง ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงานและองค์กร

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยง อาจเกิดจากปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ (เมธา สุวรรณสาร, 2552)

1. ปัจจัยภายใน เช่น นโยบายของผู้บริหาร ความซื่อสัตย์ จริยธรรม คุณภาพของบุคลากร การเปลี่ยนแปลงระบบงาน ความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ บ่อยครั้ง การควบคุมกำกับดูแลไม่ทั่วถึง และการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ หรือ ข้อบังคับของหน่วยงาน

2.ปัจจัยภายนอก เช่นกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับของทางราชการ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี หรือ สภาพการแข่งขัน สภาวะแวดล้อมทั้งทางเศรษฐกิจ และการเมือง

ส่วนการบริหารความเสี่ยง คือ กระบวนการดำเนินงานของหน่วยงานหรือองค์กรที่มีความเป็นระบบและต่อเนื่อง เป็นการระบุ วิเคราะห์ ประเมิน และจัดระดับความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของกระบวนการทำงานของหน่วยงานหรือองค์กรรวมทั้ง

การบริหาร / จัดการความเสี่ยง (สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง, 2557) เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง ความผิดพลาดหรือแม้กระทั่งความเสียหาย โดยความเสียหายนั้นจะต้องยอมรับได้ ประเมินได้ ควบคุมได้ กรอบการบริหารความเสี่ยงประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ วัฒนธรรมองค์กร (organizational culture) โครงสร้างการบริหารความเสี่ยง (structure) กระบวนการ (process) ปัจจัยพื้นฐาน (infrastructure) (สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง, 2557)

การบริหารความเสี่ยงเป็นระบบงานที่สำคัญที่ส่งเสริมความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในระบบบริการ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ขาดความเชื่อมั่นในการรับบริการ ในการพัฒนาระบบงานบริหารความเสี่ยงจะต้องอาศัยมาตรฐานต่างๆ ทำนองเดียวกันความเสี่ยงที่ต่างกันจะต้องมีมาตรการจัดการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละสถานการณ์ โดยองค์กรจะต้องมีการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักของการบริการ รวมถึงกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในองค์กรทราบและปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (ผ่องพรรณ จันธนสมบัติ และคณะ, 2555) เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา และเพื่อลดข้อขัดแย้งรวมถึงข้อร้องเรียนด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล (วีณา จีระแพทย์, 2550)

การบริหารความเสี่ยงเป็นการบริหารเชิงรุกเพราะเป็นการบริหารจัดการเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาหรือลดความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถลดความสูญเสียขององค์กรได้ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียเงิน ชื่อเสียงของโรงพยาบาลหรือสูญเสียบุคลากรที่ดี ดังนั้นองค์กรจะต้องมีบุคลากรที่รับผิดชอบโดยเฉพาะ ซึ่งต้องไม่ใช่บุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ เพราะหากปฏิบัติงานประจำจะทำให้การดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างไม่เต็มที่ซึ่งกระบวนการในการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย(สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2547)

1. สภาพแวดล้อมภายในองค์กร ในการกำหนดกรอบการบริหารความเสี่ยงขององค์กร จะประกอบด้วยหลายปัจจัย เช่น วัฒนธรรมองค์กร นโยบายของผู้บริหาร แนวทางการปฏิบัติของบุคลากร กระบวนการทำงาน ระบบสารสนเทศ ซึ่งสภาพแวดล้อมจะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดทิศทางของกรอบการบริหารความเสี่ยงขององค์กร
2. การกำหนดวัตถุประสงค์โดยจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ในทุกๆด้าน ซึ่งวัตถุประสงค์ต้องมีความสอดคล้องกับเป้าหมายเชิงกลยุทธ์และความเสี่ยงที่ยอมรับได้ วัตถุประสงค์ที่ดีจะต้องสามารถวัดได้มีความสอดคล้องกับความเป็นจริง
3. การบ่งชี้เหตุการณ์ จะเป็นการระบุถึงความเสี่ยง ปัญหา ว่าเป็นความเสี่ยงด้านใด เกิดจากสาเหตุอะไร มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลให้เกิดเหตุดังกล่าวการบ่งชี้เหตุการณ์จะทำให้รู้ต้นสายปลายเหตุว่ามีที่มาที่ไปอย่างไร เพราะหากเรารู้ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวกับอะไร ก็จะทำให้เราแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด

4. การประเมินความเสี่ยง จะเป็นการประเมินโอกาสว่ามีโอกาสเกิดขึ้นมากหรือน้อยและผลกระทบของความเสี่ยงว่ามีผลกระทบมากหรือน้อยต่อบุคคลหรือระบบการดำเนินงานสามารถทำได้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ก่อนและหลังการจัดการความเสี่ยง
5. การตอบสนองความเสี่ยง จะเป็นวิธีการจัดการกับความเสี่ยงรวมถึงผลที่เกิดขึ้น ในการเลือกพิจารณาจัดการกับความเสี่ยงจะต้องคำนึงความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ต้นทุนของการจัดการความเสี่ยงเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้หรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นเพื่อประกอบการตัดสินใจ
6. กิจกรรมการควบคุมเป็นการกำหนดขั้นตอนวิธีการปฏิบัติเพื่อจัดการกับความเสี่ยงและดำเนินการตามขั้นตอนที่ได้ร่วมกันวางแผนไว้ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน ซึ่งกิจกรรมการควบคุมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความเสี่ยง บางหน่วยงานหรือองค์กรจะทำเป็นคู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตาม
7. สารสนเทศและการสื่อสาร องค์กรจะต้องมีระบบสารสนเทศและการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพราะเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปพิจารณาดำเนินการบริหารความเสี่ยงให้เป็นไปตามกรอบ
8. การติดตามผล เป็นการติดตามประเมินผลว่าสิ่งที่ได้ดำเนินการมามีผลอย่างไร การจัดการกับความเสี่ยงมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ส่งผลกระทบต่อหน่วยงานหรือองค์กรอย่างไร การติดตามประเมินผลสามารถทำได้ 2 กรณี คือ แบบติดตามเป็นรายครั้งหรือกระบวนการแต่ละขั้นตอนและติดตามอย่างต่อเนื่องหรือประเมินผลในตอนสุดท้าย การติดตามผลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะทำให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้ทันท่วงที

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพกับการบริหารความเสี่ยง

วิชาชีพพยาบาล มีบทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพเป็นวิชาชีพที่ปฏิบัติงานภายใต้กรอบแนวคิด ความรู้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ มีมาตรฐานของวิชาชีพ แต่หากการปฏิบัติงานดังกล่าวไม่เป็นไปตามมาตรฐานแล้ว ก็จะส่งผลกระทบทั้งต่อองค์กร ตัวผู้ปฏิบัติงานและต่อผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติงานต่างๆ ย่อมมีความเสี่ยงหรือความผิดพลาดเกิดขึ้น ซึ่งบางครั้งความเสี่ยงหรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมีทั้งที่สามารถป้องกันได้และไม่ได้ อาจจะเกิดจากความไม่ตั้งใจหรือความประมาทหรือแม้แต่การรู้เท่าไม่ถึงการณ์เช่น การติดชื่อผู้ป่วยผิดหรือติดสลับกัน การให้ยาผิด ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด การพยาบาลไม่ได้มาตรฐานหรือแม้แต่การให้บริการ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงที่ไม่ได้เกิดจากการบริการ ซึ่งอาจจะเป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นเปียก มีมดหรือแมลง เสียงดัง การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ถ้าเกิดความเสี่ยงหรือคลาดเคลื่อนขึ้น ผู้รับบริการไม่พอใจในการรักษาก็จะทำให้เกิดการฟ้องร้องได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 420 ระบุว่า “มาตรา

420 ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สิน หรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำเป็นต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

นอกจากนี้การบริหารจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความเสียงได้ถูกระบุไว้ในมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 ตามประกาศของสภาการพยาบาล ในมาตรฐานที 4 ของมาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ทีระบุไว้ว่า “องค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ต้องมีระบบการจัดการความเสี่ยง และต้องจัดไว้เป็นระบบหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขององค์กรนั้นๆ” (สภาการพยาบาล, 2548)

การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลหมายถึง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นจากกระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ โดย พิจารณาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของ วิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle, 1999)

พยาบาลในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพ จำเป็นจะต้องค้นหาความเสี่ยงไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงเชิงรุก เช่นการสังเกต การค้นหาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย การค้นหาข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหรือความเสี่ยงเชิงรับ เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานของเวรตรวจการ รายงานความปลอดภัย คำแนะนำจากผู้รับบริการ เป็นต้น เพราะการค้นหาความเสี่ยงจะเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดหรือลดความรุนแรงของผลกระทบ (ศันสนีย์ รุ่งรัตน์ธวัชชัย, 2554)

การพัฒนาระบบความเสี่ยงในองค์กรพยาบาลนั้น จะต้องพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลโดยเน้นการสร้างความตระหนักให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเป็นผู้จัดการความเสี่ยงในงานของตนเอง เริ่มจากการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานตนเอง โดยรณรงค์ให้มีการบันทึก Incident report องค์กรจะต้องมีการอบรมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มรับเข้าทำงานตลอดจนฝึกอบรมเป็นระยะๆ นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาระบบการค้นหา การรายงานอุบัติการณ์ การจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ มีการตรวจสอบมาตรฐานการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ เพราะความเสี่ยงและความปลอดภัยเป็นหัวใจสำคัญของโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่สร้างความเชื่อมั่น ความศรัทธา ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการว่าได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ที่มีคุณภาพ ดังนั้นระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยจึงเป็นงานหลักที่สำคัญของโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพให้ได้มาตรฐานมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงความสำคัญและต้องได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ทุกระดับรวมทั้งผู้บริหารให้การสนับสนุน พร้อมกับร่วมกระตุ้นการค้นหา การรายงาน การจัดการความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่โดยมุ่งเน้นการพัฒนางานทุกส่วนเพื่อนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (พัฒธิดา สุภีสุทธิ์, 2550)

เนื่องจากความเสี่ยงมีหลายระดับ ไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงทั่วไปหรือความเสี่ยงทางคลินิก (McDonald and Leyhane, 2005) ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการประเมินดูว่าความรุนแรงของความเสี่ยงนั้นอยู่ในระดับใด เพราะการจัดการในแต่ละระดับ แต่ละองค์กรจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละแห่ง หากความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ผู้ปฏิบัติที่อยู่หน้างานก็สามารถจัดการได้ด้วยตัวเอง แต่ถ้าเกิดว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในระดับสูงอาจจะต้องมีหัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชามาช่วยในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าวความเสี่ยงทางการพยาบาล จะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยต่างๆ ดังนี้(ศันสนีย์ รุ่งรัตน์ธวัชชัย, 2554)

1. ปัจจัยภายนอกวิชาชีพ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์สิ่งแวดล้อม ผู้ร่วมงาน
2. ปัจจัยภายในวิชาชีพ เช่น มาตรฐานการบริการองค์ความรู้ จรรยาบรรณวิชาชีพ การควบคุมกำกับโดยองค์กรวิชาชีพ
3. ปัจจัยด้านบุคลากรและเทคนิคการปฏิบัติ เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการวางแผนทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาล การวิเคราะห์งาน การสรรหา การมอบหมายงาน ผลการปฏิบัติการพยาบาล การฝึกอบรม
4. ปัจจัยด้านงบประมาณ เช่น การเบิกจ่ายการจัดสรรงบประมาณการนำงบประมาณมาใช้ในงานพัฒนาคุณภาพ การจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ
5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมีน้ำบริเวณทางเดินมีสายไฟ การเก็บอุปกรณ์ในแผนก
6. ปัจจัยด้านบรรยากาศการทำงาน เช่น การสะท้อนให้เห็นจากการคงอยู่ของบุคลากร ปัญหาการสื่อสารในแผนกหรือหน่วยงาน
7. ปัจจัยด้านสารสนเทศและการสื่อสาร เช่น ระบบการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลคอมพิวเตอร์ การสื่อสารภายในองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง นโยบายหรือแนวทางปฏิบัติ

เมื่อสามารถค้นหาความเสี่ยงหรือความผิดพลาดได้แล้ว พยาบาลในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องรวบรวมข้อมูลว่ามีความเสี่ยงหรือความผิดพลาดอะไรบ้างที่ส่งผลกระทบมากที่สุดโดยเรียงลำดับปัญหาที่มีปริมาณมากไปสู่ปัญหาที่มีปริมาณน้อย แล้วจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แล้วเลือกปัญหาที่คิดว่ามีความสำคัญที่ส่งผลกระทบมากที่สุดมาทำ CQI (Continuous Quality Improvement) และนำมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุรากเหง้าของปัญหา (Root Cause Analysis)ซึ่งทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่นิยม คือ การตั้งคำถาม 5 why โดยการตั้งคำถาม “ ทำไม ” อย่างน้อย 5 ครั้ง และเมื่อได้สาเหตุรากเหง้าของปัญหาแล้ว จะต้องนำมาทบทวนเพื่อวางแผนสร้างกิจกรรมและประเมินผลตามขั้นตอน Plan-Do-Check-Act(หรือเรียกว่า Deming cycle) ต่อไป(สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น, 2552)

Deming cycle เป็นวงจรที่พัฒนามาจากวงจรที่คิดค้นโดยวอล์ทเตอร์ ซิวฮาร์ท (Walter Shewhart)ผู้บุกเบิกการใช้สถิติสำหรับวงการอุตสาหกรรมและต่อมาวงจรนี้เริ่มเป็นที่

รู้จักกันมากขึ้นเมื่อ เอดวาร์ดเดมมิ่ง (W.Edwards Deming) ปรมาจารย์ด้านการบริหารคุณภาพ เผยแพร่ให้เป็นเครื่องมือสำหรับการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพนักงานภายในโรงงานให้ดียิ่งขึ้น และช่วยค้นหาปัญหาอุปสรรคในแต่ละขั้นตอนการผลิตโดยพนักงานเอง จนวงจรนี้เป็นที่รู้จักกันในอีกชื่อว่า “วงจรเด็มมิ่ง” ต่อมาพบว่า แนวคิดในการใช้วงจร PDCA นั้นสามารถนำมาใช้ได้กับทุกกิจกรรม ซึ่ง Deming cycle ประกอบด้วย (สุธาสินี โพธิจันทร์, 2558)

1. Plan หมายถึง การวางแผนการดำเนินงานอย่างรอบคอบ ครอบคลุมถึงการกำหนดหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง รวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน Plan การจัดอันดับความสำคัญของเป้าหมาย กำหนดการดำเนินงาน กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบหรือผู้ดำเนินการและกำหนดงบประมาณ
2. Do หมายถึง การดำเนินการตามแผน ประกอบด้วย การมีโครงสร้างรองรับ การดำเนินการการปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงานที่ได้เขียนไว้อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง
3. Check หมายถึง การตรวจสอบผลการปฏิบัติ เมื่อทำการตรวจสอบผลการดำเนินงานตามแผน เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น และดำเนินการแก้ไขจนได้กระบวนการหรือวิธีการ ปฏิบัติงานที่สามารถกำหนดเป็นมาตรฐาน
4. Act หมายถึง การปฏิบัติตามผลการตรวจสอบหรือแก้ไข การปฏิบัติการใดๆ ที่เหมาะสมตามผลลัพธ์ที่ได้จากขั้นตอนการตรวจสอบหากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จะต้องทำการปรับปรุงแก้ไข ในกรณีผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้จัดทำเป็นมาตรฐานซึ่งเรียกขั้นตอนนี้ ว่าการนำไปปฏิบัติและกำหนดเป็นมาตรฐาน (Action)

กระบวนการทั้ง 4 ที่กล่าวมานี้จะเป็นวงจรต่อเนื่องกันไปพยาบาลวิชาชีพจะต้องเรียนรู้ทำความเข้าใจในหลักการและเหตุผลและนำมาประกอบการบริหารความเสี่ยงขององค์กร ซึ่งการบริหารงานในระดับต่าง ๆ ทุกระดับตั้งแต่เล็กสุดคือการปฏิบัติงานประจำวันของบุคคลคนหนึ่ง จนถึงโครงการในระดับใหญ่ที่ต้องใช้กำลังคนและเงินงบประมาณจำนวนมากย่อมมีกิจกรรม PDCA เกิดขึ้นเสมอ โดยมีการดำเนินกิจกรรมที่ครบวงจรบ้าง ไม่ครบวงจรบ้างแตกต่างกันตามลักษณะงานและและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

นอกจากจะทำตามกระบวนการ Plan-Do-Check-Act แล้ว พยาบาลจะต้องดำเนินงานบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม แนวคิดของ สวอนเบิร์ก (Swanburg, 2002) ได้แบ่งองค์ประกอบดังนี้ คือ การไว้วางใจกัน (Trust) ความยึดมั่นผูกพัน(Commitment) การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน (Goals & objective) ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน (Autonomy) เป็นกระบวนการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนในการ ตัดสินในในเรื่องที่สำคัญต่อการบริหารความเสี่ยง อยู่บนแนวความคิดของการแบ่งอำนาจหน้าที่ โดยการบริหารความเสี่ยงจำเป็นต้องให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบงานการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับ

ผู้รับบริการ ร่วมกันตัดสินใจระบุบุคลากรผู้รับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ที่รูปแบบกำหนดไว้ กำหนดระยะเวลาการทำงานและเลือกกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ (วิมลพร ไสยวรรณ, 2545)

ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือพื้นฐานหรือเครื่องมือระดับสูง ที่มีเป้าหมายมุ่งเน้นให้เกิดการยกระดับคุณภาพปรับปรุงและพัฒนาจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินงานอย่างครบถ้วน ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติการตรวจสอบ และการทำให้เป็นมาตรฐานเพราะจะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบ ถูกทิศทาง และหากพบปัญหาหรืออุปสรรคระหว่างทางก็จะรู้ได้ก่อนสามารถปรับแก้และหาทางแก้ไขได้ทันท่วงที เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามต้องการและเป็นพื้นฐานที่ดีของการปรับปรุง (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2558)

อย่างไรก็ตาม การทำกิจกรรมปรับปรุงงานเพื่อยกระดับคุณภาพงานภายในองค์กรนั้นไม่ว่าจะใช้เครื่องมือระดับพื้นฐานหรือระดับสูง ปัญหาส่วนใหญ่คือการขาดการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร (Swanburg, 2002) หรือเป็นการทำที่ยังไม่ลงถึงระดับปฏิบัติการ และในหลายองค์กรมักพบว่า การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ซึ่งแนวทางหนึ่งที่จะป้องกันการเกิดปัญหา คือ การวางระบบบริหารกิจกรรมอย่างเหมาะสม ควรมีการดำเนินงานตามแนวทางของ PDCA ให้ครบวงจร เพราะจะทำให้การดำเนินงาน ตอบโจทย์ขององค์กรได้ตรงจุด ส่งผลให้การดำเนินงานสอดคล้องกับธรรมชาติของคนในองค์กร จากการวางแผนอย่างเหมาะสมด้วยการใช้ข้อมูลของสถานการณ์จริงและที่สำคัญการดำเนินการได้รับการติดตามอย่างเป็นระยะ ซึ่งก็จะทำให้สามารถปรับแผน ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ รวมถึงมีการสรุปบทเรียนที่ได้หลังจากจบโครงการ ทำให้สามารถเรียนรู้รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับองค์กร และนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานรอบใหม่ ซึ่งจะทำให้ได้รับการพัฒนาและยกระดับได้อย่างต่อเนื่อง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปได้ว่า ความเสี่ยงนั้นมีโอกาสเกิดขึ้นได้ทุกขณะที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งการค้นหาความเสี่ยงของพยาบาลจะเป็นด่านป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายกับผู้รับบริการ ตัวผู้ปฏิบัติงานและองค์กรหรือหากเกิดความเสียหายเกิดขึ้นการจัดการกับความเสี่ยงจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงานเพื่อลดความเสียหายต่อผลกระทบ หรือเปลี่ยนเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ รวมถึงเป็นการจัดการเชิงรุกด้วย

กระบวนการ Plan-Do-Check-Act ในแต่ละความเสี่ยงนั้นจะต้องมีความยืดหยุ่นได้ทั้งนี้จะต้องเหมาะสม สะดวกและง่ายต่อการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงาน และจะต้องมีแหล่งข้อมูลความรู้ในการอ้างอิงสนับสนุน จะพบว่าส่วนใหญ่การบริหารจัดการกับความเสี่ยงของพยาบาลจะจำกัดแค่การทำกิจกรรมและการประเมินผลเท่านั้น ยังขาดแหล่งข้อมูลสนับสนุนที่น่าเชื่อถือ ทำให้ในบางครั้งการดำเนินงานตามกระบวนการ Plan-Do-Check-Actได้ผลไม่เต็มที่ ดังนั้นในการจัดการกับความเสี่ยงใดๆจะต้องหาข้อมูลหรือวิจัยมาสนับสนุน หาตัวอย่างกิจกรรมประกอบหรือ

แม้กระทั่งผู้เชี่ยวชาญมาร่วมในกระบวนการคิดทบทวน รวบรวมข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดมาประกอบการตัดสินใจในการจัดการกับความเสี่ยงของหน่วยงานหรือองค์กร

โดยการจัดการกับความเสี่ยงนั้นมีหลายขั้นตอนตามที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นการบริหารจัดการความเสี่ยงจะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายตั้งแต่ระดับผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงาน ตั้งแต่การวางนโยบายการบริหารความเสี่ยง วางแนวทางการปฏิบัติ รวมถึงการประเมินผลต่างๆ ถึงกระบวนการจัดการความเสี่ยงว่าได้ผลมากน้อยเพียงใด

นอกจากนี้ การบริหารความเสี่ยงยังมีการใช้เครื่องมือที่หลากหลาย ซึ่งผู้เขียนบทความไม่ได้ลงรายละเอียด เช่น ตารางเมตริกซ์ความเสี่ยง แผนภาพความเสี่ยง เป็นต้น อีกทั้งในแง่ของวิชาชีพอื่นๆจะไม่ได้กล่าวถึง ดังนั้น ควรจะมีการนำเสนอในมุมมองของวิชาชีพอื่นๆและเครื่องมือที่แตกต่างกัน เพื่อให้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการกับความเสี่ยงและจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาการบริหารจัดการความเสี่ยงขององค์กรอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

เชาวรัตน์ ศรีวสุธา. (2558) ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ณัฐวัตร มนต์เทวัญ. (2541). การบริหารความปลอดภัย. วารสารเซฟตี้ไลท์, 2(12), หน้า 63-69.

ผ่องพรรณ จันธนสมบัติ และคณะ (2555). การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 35 (กรกฎาคม-กันยายน), 118–124.

พัฑฒิดาสุภีสุทธิ์. (2550). การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร, การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.

ภัทร์ธิตา โภคาพันธ์ และคณะ. (2555). การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี, วารสารพยาบาลทหารบก.

เมธา สุวรรณสาร. (2552). การระบุปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อองค์กร. Available at http://www.itgthailand.com,

วิทยา วิทยอุดม (2550). องค์การและการจัดการ, กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนธัชการพิมพ์.

วิมลพร ไสยวรรณ (2545). การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

วีณา จีระแพทย์. (2550). การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : ด่านสุทธาการพิมพ์.

ศันสนีย์ รุ่งรัตน์ธวัชชัย (2554). **การบริหารความเสี่ยงสำหรับพยาบาล**, วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2547). **แนวทางการบริหารความเสี่ยง** The Committee of Sponsoring Organizations of the Tread way Commission ฉบับปรับปรุง ตุลาคม 2547, Available at http://rama4.mahidol.ac.th/risk_mgt/?q=standard

สุธาสินี โพธิจันทร์ (2558). PDCA หัวใจสำคัญของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง. วารสาร Productivity World, สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2543). **ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล.** สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, กรุงเทพมหานคร.

McDonald A, Leyhane T. (2005). Drill down with root cause analysis. Nurse Manage, 36: 26-31.

Swansburg, R.C., and Swansburg, R.J. (2002). **Introduction to management and Leadership for nurse manager**, 3rd ed. Boston: Jone& Bartlett.

Vaughan, E. J. (1997). **Risk management**. New York: New Baskervi, 1997

Wilson J. & Tingle J. (1999). **Clinical risk modification: A route to clinical governance**, Oxford: Butterworth-Heinemann.

การค้าและสุขภาพ:การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ*

บทคัดย่อ

ภายหลังประเทศไทยได้ให้การรับรองหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทดแทนนมแม่ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 34 ที่มีมติให้แต่ละประเทศปรับปรุงหลักเกณฑ์เรื่องดังกล่าวให้เป็นกฎหมาย เจตนารมณ์ของกฎหมายควบคุมการตลาดนมผงดัดแปลงเพื่อให้เด็กแต่ละคนจะได้รับความเท่าเทียมในอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารเพียงพอ สิทธิที่จะได้รับน้ำนมแม่ซึ่งเป็นอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมที่สุด กฎหมายนี้ได้บัญญัติให้พ่อแม่ต้องได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือเกี่ยวกับการให้นมแม่อย่างครบถ้วน เพื่อที่จะมีความเชื่อมั่นในการให้นมแม่ข้อมูลเกี่ยวกับนมผงที่จะออกสู่สาธารณชนต้องมีการควบคุม ไม่ให้มีการโฆษณาเกินจริง หรือชักนำให้เข้าใจผิดว่านมผงมีคุณค่าเทียบเคียงนมแม่ พ่อแม่จะไม่ถูกชักจูงให้เข้าใจเรื่องการให้นมแม่อย่างผิดๆ โดยการตลาด และการโฆษณานมผงห้ามการแจกนมผงฟรีให้กับแม่ตั้งครรภ์ หลังคลอด หรือแม่ที่มีลูกเล็ก ทั้งนี้เพราะ ทารกต้องดูดนมแม่เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมในทันทีหลังคลอด หากมีการให้นมผงในช่วงนี้ ลูกจะไม่ดูดเต้าแม่ ร่างกายแม่จะหยุดผลิตน้ำนม ทำให้ต้องซื้อนมผงมาชงให้ลูกกินต่อไปเรื่อยๆ นอกจากนี้ การโฆษณาและการทำการตลาดของนมผง ทำให้ราคานมผงแพงเกินจริง ครอบครัวที่มีความจำเป็นต้องใช้นมผง จะต้องสูญเสียรายได้เป็นจำนวนมากไปกับผลิตภัณฑ์ที่ต้นทุนการผลิตต่ำ แต่ต้นทุนการโฆษณาสูง ถ้าไม่มีการโฆษณา ราคาของนมผงจะเป็นธรรมมากขึ้น จึงสมควรที่จะบัญญัติกฎหมายนี้

คำสำคัญ: การค้าและสุขภาพ,การควบคุมการส่งเสริมการตลาด,อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องทารกและเด็กเล็ก

* ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Trade and Health: A control regulation on marketing promotion for infants and young children's food and related products.

Chardsumon Prutipinyo*

After Thailand ratified the international standard for breast milk marketing at the 34th World Health Assembly, which resolved that each country would amend the standard for domestic law. The intent of the law is to regulate the marketing of modified milk code so that each child will have equality in adequate nutrition. The right to breast milk, is the most valuable and optimal diet. This law requires parents to obtain complete information and support breastfeeding. In order to have confidence in breastfeeding, information about milk powder for the public must be controlled, not over-advertised, or misleading that milk powder is comparable to breast milk. Parents should not be misled by marketing and advertisement. The law prohibits distribution of milk powder to pregnant women after delivery, or mother with a baby, because stimulation of breast milk is by baby's sucking of mother's breast immediately after birth. If the milk powder is given to baby in this period, it will stop mother's producing milk, which the mother will have to continue buying powder milk to feed the baby. Moreover, advertising and marketing of milk powder drives the price of powder milk to be more expensive. Families who need to buy milk powder will spend a lot more money because of the cost of advertisement. The price of milk powder will be cheaper if it does not need to be advertised. It is therefore appropriate to legislate this marketing promotion for infants and young children's food control law.

Keywords: Trade and Health, control marketing regulation, products for infants and young children

*Department of Public health Administration, Public Health Faculty, Mahidol University

บทนำ

อุตสาหกรรมทางการแพทย์ ตลอดจนความคิด-ความเชื่อของผู้คนในสังคม และสภาพการทำงานที่เปลี่ยนไป เป็นเหตุให้ตลาดนมผงของไทยมีมูลค่าสูงถึง 2.5 หมื่นล้านบาท โดยมีการแบ่งเกรดเป็น 3 ประเภทคือนมผงระดับพรีเมี่ยมระดับสแตนดาร์ด และระดับอีโคโนมี โดยระดับพรีเมี่ยมมีส่วนแบ่งตลาดสูงถึงร้อยละ 68 ที่เหลืออีกร้อยละ 32 เป็นนมผงระดับสแตนดาร์ดและระดับอีโคโนมี นมผงระดับพรีเมี่ยมราคาอยู่ที่ 556 บาทขึ้นไป นมผงระดับสแตนดาร์ดราคา 300 บาทขึ้นไป และนมผงระดับอีโคโนมีราคาต่ำสุดคือ 189 บาทการเลี้ยงลูกด้วยนมผงทำให้คุณแม่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ดังนี้นมระดับพรีเมี่ยมจะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 6,210 บาท ต่อปี 74,520 บาทนมระดับสแตนดาร์ดมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 3,000 บาท หรือ 36,000 บาทต่อปีส่วนนมระดับอีโคโนมีมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 2,500 บาท หรือ 25,000 บาทต่อปีการสำรวจลึกลงไปแล้ว ยังมีค่าใช้จ่ายแฝงเร้นอีกมากจากการเลี้ยงลูกด้วยนมผง เพราะทำให้ทารกเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ รายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2556 รายงานว่า ทารกที่ไม่ได้กินนมแม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด และโรคอ้วน มากกว่าทารกที่กินนมแม่(กฤษฎา ศุภวรรธนะกุล,2557)

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ หรือ ยูนิเซฟ (United Nations Children's Fund: UNICEF) กล่าวว่า จากการสำรวจเมื่อ 5 ปีก่อน พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของไทยต่ำเกือบที่สุดในโลก อยู่ที่ร้อยละ 5.4 หมายความว่า มีเด็ก 5.4 คนในร้อยคน ที่มีโอกาสกินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนหลังคลอด ส่วนการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปีที่ผ่านมา คือ ปี 2556 พบว่า ปัจจุบันตัวเลขนี้ขยับสูงขึ้นเป็นร้อยละ 12 แต่ก็ยังเป็นอัตราที่ต่ำที่สุดในเอเชียองค์การอนามัยโลกแนะนำให้กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และกินนมแม่ต่อเนื่องควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น เพราะการให้นมแม่ยิ่งนานจะเพิ่มเชาวน์ปัญญาด้านภาษา (Verbal IQ) และเชาวน์ปัญญาด้านการปฏิบัติ (Performance IQ) ดังนั้น เด็กที่กินนมแม่นาน 6 เดือนหรือมากกว่าจะมีเชาวน์ปัญญาด้านภาษามากกว่า 10.2 จุด และเชาวน์ปัญญาด้านการปฏิบัติมากกว่า 6.2 จุด เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่ และผลการศึกษาเด็กคลอดก่อนกำหนด 300 คน เมื่ออายุ 7-8 ปี พบว่าเด็กได้รับนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจะมี IQ สูงกว่า 8.3 เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่กินนมผสมเด็กไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ต่ำที่สุดในอาเซียน คือร้อยละ 12.3 หลายประเทศก็มีการออกกฎหมายดังกล่าวแล้ว เช่น เวียดนาม เป็นต้นบทความนี้ผู้เขียนมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอรายละเอียด 3 ประเด็น ได้แก่ 1) หลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทดแทนนมแม่ หรือ ที่เรียกกันว่า “Code milk” หรือ International Code of Marketing of Breast- milk Substitutes 2) เล่ห์กลของการค้ากับสุขภาพ รวมทั้งตัวอย่างการละเมิดและ 3) ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ...

หลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทดแทนนมแม่

CODE หรือ International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes คือ หลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทดแทนนมแม่ ที่ผ่านการรับรองจากผู้แทนรัฐบาลประเทศ

ต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย ด้วยคะแนนเสียงท่วมท้นในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 34 (WHA 34) เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม ค.ศ. 1981วัตถุประสงค์ของ CODE เพื่อสนับสนุนให้ทารกได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือนแรก และควรส่งเสริมให้ได้รับนมแม่อย่างต่อเนื่องพร้อมอาหารตามวัยที่เหมาะสมเป็นระยะเวลา 2 ปี หรือนานกว่านั้น" และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวนี้ จึงต้องมีกติกาให้บริษัทผู้ผลิตอาหารทดแทนนมแม่และผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ เช่น นมผงดัดแปลงสำหรับทารก อาหารเสริม ขวดนม และจุกนม ฯลฯ ปฏิบัติตามกรอบ "คำแนะนำ" ในขอบเขตของ CODE อย่างไรก็ตาม 'Code นม' ไม่ใช่ข้อกฎหมาย หรือข้อบังคับ แต่เป็นเพียงคำแนะนำเท่านั้น จึงทำให้เกิดการละเมิด 'Code' อยู่ตลอด เช่น การแจกนมผงให้กับแม่ตามโรงพยาบาล คลินิก หรือแม้แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การตลาดลักษณะนี้ของอุตสาหกรรมนมผง ทำให้เกิดผลเสียต่อแม่และลูก อีกทั้งยังทำให้เกิดความเชื่อแบบผิดๆ ว่า นมผงมีคุณค่าเทียบเท่ากับนมแม่เจตนารมณ์ของ Code คือ (ยุพยง แห่งเชาวนิช และ ปิยาภรณ์ บวรกีรติขจร, 2550; 7)

1. เพื่อปกป้องสุขภาพความอยู่รอดของทารก ที่ควรจะได้รับนมมารดา โดยการห้ามการตลาดที่ไม่เหมาะสม ของสารทดแทนนมแม่ การใช้ขวดนมและจุกยาง
   - ไม่ให้มีการโฆษณา
   - ไม่มีการแจกตัวอย่างหรือให้ของขวัญ หรือให้ใช้นมผสมฟรี
   - ห้ามโฆษณาผ่านบุคลากรทางสาธารณสุข
2. Code ไม่ได้ควบคุมไม่ให้มีการผลิตของสารทดแทนนมแม่ หรือการใช้ขวดนม หรือจุกปลอม แต่ควบคุมการตลาด
3. Code ไม่ได้ห้ามการแจกนมผสมฟรีในกลุ่มแม่ที่มี HIV positive หรือกรณีอื่นๆ ที่จำเป็น แต่ต้องการให้มีการแนะนำการใช้ และการเตรียมการผสมโดยคำนึงถึงความปลอดภัยในกลุ่มทารกที่ต้องใช้ให้ถูกต้อง
4. ต้องการให้แน่ใจว่า การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ใดๆ นั้นขึ้นอยู่กับความรู้ และข้อมูลทางการแพทย์ และแพทย์เป็นผู้แนะนำโดยปราศจากอิทธิพลของบริษัทที่ผลิต

จากการรวบรวมใน 69 ประเทศ ระหว่างเดือนมกราคม 2002 และเมษายน 2004 และพิมพ์เผยแพร่ใน Breaking the Rules, Stretching the Rules 2004 ที่จัดทำโดย IBFAN (International Baby Food Action Network) พบว่า ยังมีการละเมิดหลักเกณฑ์ฯ อยู่ในทุกประเทศที่ทำการสำรวจ ดังนี้ (International Baby Food Action Network, 2004)

1. ไม่โฆษณาสารอาหารทดแทนนมแม่ต่อครอบครัวโดยตรง
2. ไม่แจกตัวอย่างหรือให้สินค้ากับบุคลากร หรือสถานที่ทำการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพไว้ใช้
3. ไม่พยายามให้มีการเพิ่มการขายสินค้า โดยวิธีการลดราคา หรือแจกฟรีผ่านสถานบริการทางสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล
4. ไม่ให้ตัวแทนบริษัทติดต่อกับมารดาโดยตรง

5. ไม่ให้บริษัทให้ของขวัญหรือให้สินค้าตัวอย่างกับบุคลากรที่ทำงานที่เกี่ยวกับมารดาและทารก

6. ไม่ให้ใช้ถ้อยคำหรือรูปภาพเพื่อชักชวนการใช้นมผสมว่าเป็นวิธีที่ดี รวมทั้งใช้รูปภาพทารกบนฉลากผลิตภัณฑ์

7. ข้อมูลที่ให้กับบุคลากรที่ให้บริการต่อมารดาและทารก ต้องเป็นข้อมูลที่เป็นจริงและถูกตามหลักวิทยาศาสตร์เท่านั้น

8. บนฉลากบรรจุผลิตภัณฑ์ หรือข้อมูลเกี่ยวกับการให้นมผสม จะต้องมีคำอธิบายประโยชน์ของการให้นมแม่ และอธิบายเรื่องความสิ้นเปลือง และอันตรายอันอาจเกิดจากการให้นมผสม

9. ไม่โฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมต่อทารก

10. ผลิตภัณฑ์ต้องมีคุณภาพที่ดีเยี่ยม และต้องคำนึงถึงสภาพดิน ฟ้า อากาศอุณหภูมิและการเก็บตุนในแต่ละประเทศที่ใช้ผลิตภัณฑ์

สำหรับประสบการณ์ในประเทศไทยนั้นในปี ค.ศ. 2000 ร้อยละ 17 ของทารกอายุน้อยกว่า 6 เดือน ได้รับนมแม่อย่างเดียว ตรงข้ามกับประเทศสวีเดนที่ทารกอายุน้อยกว่า 6 เดือนได้รับนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 80 ประเทศไทยมีการละเมิดCodeอย่างรุนแรงจากบริษัทผลิตนมผสมทั้งในด้านการโฆษณาเกินจริง รูปแบบและวิธีการตลาดต่างๆ (ยุพยง แห่งเชาวนิช และ ปิยาภรณ์ บวรกีรติขจร, 2550; 9)

เล่ห์กลของการค้ากับสุขภาพ

ที่ผ่านมา กลุ่มอุตสาหกรรมอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ. อาหาร พ.ศ. 2522 เนื่องจากไม่มีบทลงโทษในการทำการตลาดแบบผิดจริยธรรม ซึ่งในอดีตมีการให้แพทย์ พยาบาล เภสัชกรเป็นผู้นำเสนอหรือ แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขมีการออกประกาศห้ามบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับธุรกิจนมผง ธุรกิจเหล่านี้ก็เบี่ยงเบนไปให้ชุดของขวัญหรือกิฟต์เซตที่หน่วยงานรับแจ้งเกิดแทน เป็นต้น

จากผลศึกษาของ International Baby Food Action Network – IBFAN (2004)และและ บวรสรรค์ เจี่ยดำรง (2559) พบว่า การเฝ้าระวังและติดตามกลยุทธ์การส่งเสริมการตลาดของอุตสาหกรรมนมผงที่ละเมิดหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก พบว่า การส่งเสริมการตลาดนมผงส่วนใหญ่ใช้กลวิธี 5 รูปแบบที่บูรณาการร่วมกันและส่งผลต่อการตัดสินใจของแม่เป็นอย่างมาก ประกอบด้วย 1) การโฆษณา 2) การส่งเสริมการขาย 3) การตลาดทางตรง 4) การตลาดทางอินเทอร์เน็ต และ 5) พนักงานขาย ซึ่งบริษัทได้หลบเลี่ยงหลักเกณฑ์ ด้วยการเอาผลิตภัณฑ์นมผงของเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป มาโฆษณา โดยออกแบบผลิตภัณฑ์ให้ใกล้เคียงกับนมผงทารก ทำให้แม่สามารถเชื่อมโยงผลิตภัณฑ์ในการเลือกซื้อ นอกจากนี้ ยังพบการละเมิดหลักเกณฑ์สากลฯ โดยการติดต่อสื่อสารกับแม่โดยตรงโดยใช้การตลาดทางตรงผ่านแอปพลิเคชันบนมือถือ เฟ

ซบุ๊ก รวมถึงการจัดกิจกรรมพิเศษในโรงพยาบาลและตามงานต่างๆ เพื่อแจกนมผงทดลองถึงแม่และผู้ปกครอง

ยิ่งไปกว่านั้น การทำงานเฝ้าระวังการตลาดนมผง พบการละเมิด Code ขององค์การอนามัยโลก ทั้งในลักษณะโจ่งแจ้งชัดเจนและแบบแนบเนียน ทั้งการโฆษณาประชาสัมพันธ์ อาหารทารกและเด็กเล็ก ทางทีวี หนังสือพิมพ์ วิทยุ นิตยสาร หรือสื่อออนไลน์ การแจกตัวอย่างสินค้าและของขวัญฟรีแก่แม่ทั้งทางตรงและทางอ้อม การใช้พนักงานการตลาดติดต่อหญิงตั้งครรภ์ แม่และครอบครัว เพราะพนักงานจะมีวิธีชักจูงโน้มน้าวและให้ข้อมูลที่ทำให้แม่เข้าใจผิดว่า ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ การใช้สถานบริการสาธารณสุขเป็นที่โฆษณาประชาสัมพันธ์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการอาหารทารก ที่ยังไม่ได้รับอนุญาตจากกรมอนามัย โดยข้อมูลที่ให้ต้องมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และเป็นจริง รวมถึงการใช้ฉลาก แสดงรูปภาพของทารกหรือข้อความชักจูงให้ใช้สินค้า (ผลักดันร่าง `Code` เพื่อหนุนนมแม่, 17 สิงหาคม 2557)

ในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 33 ปี ค.ศ. 1980 ได้มีการรับรองข้อเสนอแนะทั้งหมดและได้กำหนดว่าควรมีหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดนมดัดแปลงสำหรับทารกและผลิตภัณฑ์อื่นที่ใช้ทดแทนนมแม่เพื่อควบคุมการตลาดที่ไร้จริยธรรมของบริษัทผู้ผลิตนมผสมโดยองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟรับผิดชอบในการจัดทำหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทดแทนนมแม่ (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes) และได้รับการรับรองในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 34 ในปี ค.ศ. 1981 (International Baby Food Action Network, 2004)

ตั้งแต่ปี 2524 เป็นต้นมา คนทั่วไปที่ไม่ได้มีบุตรหรือผ่านช่วงระยะเวลามีบุตรไปนานแล้วอาจไม่เข้าใจว่าเหตุใดจึงต้องมีกฎหมายควบคุมนมผงดัดแปลง เห็นได้ชัดว่าการนำเรื่องสุขภาพมาเป็นธุรกิจการค้า การตลาดและการส่งเสริมการขายธุรกิจนมทารกและนมเด็กเล็ก ซึ่งมีอิทธิพลต่อแม่ลูกอ่อนอย่างมาก การโหมแรงส่งเสริมการตลาดทุกรูปแบบทำให้คุณแม่ลูกอ่อนเข้าใจผิดว่า นมผสมดีกว่า ซึ่งข้อเท็จจริง นมผสมสามารถทำให้เหมือนนมแม่ได้เพียงร้อยละ 20 อีกทั้ง มีงานวิจัยระบุชัดเจนว่า เด็กที่ได้กินนมแม่จะมีระดับสติปัญญาดีมากกว่าเด็กที่ไม่ได้กิน รวมถึง ความรักความอบอุ่นความผูกพันที่เด็กจะได้สัมผัสจากแม่ระหว่างการให้นมด้วย (ศิริพร กัญชนะ, 2559)

ธุรกิจนมผงดัดแปลงประสบความสำเร็จในการทำการตลาดและส่งเสริมการขายธุรกิจนมผงดัดแปลงและอาหารเสริมสำหรับทารกเพราะกลยุทธ์ต่างๆ (บุบผา เผ่าสวัสดิ์ และ คณะ, 2550; 13-14) ดังนี้

1. การใช้ “milk nurses” โดยการฝึกอบรมพยาบาลให้ทำหน้าที่สอนหรือพูดคุยกับแม่ในเรื่องการดูแลทารก แจกตัวอย่างนมและขายผลิตภัณฑ์ ซึ่งพยาบาลจะได้ค่าตอบแทนพิเศษตามปริมาณการขายตามโควตาที่บริษัทกำหนดเพื่อรักษากลยุทธ์การตลาดและสื่อโฆษณาของนมผงดัดแปลงเลี้ยงทารก พยาบาลกลุ่มนี้นอกจากทำงานในโรงพยาบาลแล้วยังรับงานเป็นพนักงานขายของบริษัทอีกด้วย milk nurse จะได้รับการต้อนรับเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เพราะพวกเธอจะช่วยแบ่งเบาภาระงานที่ล้นมือพร้อมของให้แก่เจ้าหน้าที่

2. การแจกตัวอย่างนมผสมและฉลากที่ติดรูปเด็กหน้าตาน่ารัก วิธีการตลาดนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุดวิธีหนึ่ง เป็นการสร้าง brand recognition และ brand loyaltyแต่มีการตั้งข้อสังเกตว่า การแจกนมผสมแก่แม่จะขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จริงหรือ ซึ่งก็ได้ยืนยันจากการศึกษาจำนวนหนึ่งว่า ไม่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีการศึกษาจำนวนมากที่ลงความเห็นพ้องกันว่า การแจกตัวอย่างนมดัดแปลงสำหรับทารกแก่แม่ขณะออกจากโรงพยาบาล มีผลทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลงและระยะเวลาสั้นลง ยิ่งกว่านั้นมีการศึกษาแบบ meta-analysis สองการศึกษา เกี่ยวกับนมดัดแปลงสำหรับเด็กเล็ก ของขวัญสำหรับเด็ก และเอกสารแนะนำผลิตภัณฑ์แก่แม่ โดยสรุป พบว่า แม่ที่ได้รับแจกชุดของขวัญของบริษัทที่ประกอบด้วยตัวอย่างนมสูตรดัดแปลงสำหรับทารก หรือเอกสารที่ส่งเสริมการใช้นมสูตรดัดแปลง สำหรับทารกแก่แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะออกจากโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 24 ของแม่ที่ได้รับชุดของขวัญของบริษัทนมหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด เปรียบเทียบกับกลุ่มแม่ที่ได้ชุดส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบ ร้อยละ 15 และแม่ที่ได้รับชุดของขวัญของบริษัท มีโอกาสที่จะหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลถึง 5 เท่า

ฉลากผลิตภัณฑ์เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ไม่ได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฉลากมักจะใส่รูปทารกแก้มยุ้ย หน้าตายิ้มแย้ม แม่ส่วนใหญ่อยากให้ลูกหน้าตาน่ารักเหมือนเด็กในฉลาก จึงเลือกนมยี่ห้อนั้น และเมื่ออ่านโฆษณาสรรพคุณซึ่งเขียนว่ามีคุณสมบัติคล้ายคลึงนมแม่ สำหรับประเทศไทยองค์การอาหารและยาจะกำกับและควบคุมฉลากผลิตภัณฑ์ต่างๆ ดังนั้น การโฆษณาเกินจริงหรือไม่ถูกต้องจะไม่ได้รับอนุญาตให้เผยแพร่ เช่น การมีรูปทารกในฉลาก เป็นต้น

3. การตอกย้ำโฆษณาผ่านทางสื่อ ในระหว่างปี ค.ศ. 1960-1970 วิธีการโฆษณาของบริษัท ผ่านทางวิทยุโทรทัศน์ รถโฆษณาเคลื่อนที่ ข่าว หรือแผ่นป้ายโฆษณา จากการสำรวจใน Sierra Leone ปี ค.ศ. 1970 พบว่าในวันหนึ่งๆ มีการโฆษณา เนสเล่ แลคโตเจน ตามสถานีวิทยุ 14 แห่ง และใน 1 เดือน โฆษณา เนสเล่แลคโตเจน 135 ครั้ง Cow and Gate 45 ครั้ง และ Abbott-Ross Similac 66 ครั้ง

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1992 ได้มีการพิจารณาผลกระทบต่อสุขภาพทารกที่เกิดจากอิทธิพลของการโฆษณานมดัดแปลงสำหรับทารกในที่สาธารณะ ฉะนั้น สมควรที่จะควบคุมให้เป็นอาหารทางการแพทย์ วิธีการใช้ควรได้รับคำแนะนำและกำกับดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ พิจารณาประเด็นเรื่องการแข่งขัน การโฆษณาโดยตรงแก่แม่ที่มีลูกอายุ 4-6 เดือนแรกไม่เหมาะสม (Gillian Lester, 1992) เนื่องจาก

- การโฆษณานมดัดแปลงสำหรับทารกว่าใช้ทดแทนนมแม่เป็นการแข่งขันที่ไม่ยุติธรรมกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เป็นเรื่องปกติและมีสุขภาพดี ไม่ได้เป็นคู่แข่งในการโฆษณา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นวิธีการให้อาหารทารกที่ดีที่สุดและถูกที่สุด
- การโฆษณานมดัดแปลงสำหรับทารกว่าใช้ทดแทนนมแม่ทำให้กลุ่มที่ยังไม่ได้รับข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเกิดความโน้มเอียงและมองข้ามแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้ให้คำแนะนำที่จำเป็นและดูแลแม่

อย่างไรก็ตาม การโฆษณานมดัดแปลงสำหรับทารก ไม่ได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ คือ ยืนยันว่ามีคุณภาพดีที่สุด ราคาถูกที่สุด และการให้ข้อมูลแก่สาธารณะ นอกจากนี้ ได้มีการอภิปรายถกเถียงว่า การโฆษณานมดัดแปลงสำหรับทารกในที่สาธารณะจะมีผลต่ออัตราและระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่

4. การส่งเสริมการขายผ่านทางแพทย์ ซึ่งเป็นวิธีที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศกำลังพัฒนาคือ ผ่านทางแพทย์ ด้วยวิธีการเยี่ยมเยียนของผู้แทนบริษัท จะมีการให้ของกำนัลแก่แพทย์ที่แม้ว่าราคาค่างวดของสิ่งนั้นไม่มากนัก เช่น สมุดโน้ต ปากกา สมุดฉีก ร่ม นาฬิกา โปสเตอร์ ฯลฯแต่บริษัทต้องลงทุนในการผลิตสิ่งเหล่านี้ซึ่งจะบวกรวมไปในราคาผลิตภัณฑ์แล้ว ของกำนัลเหล่านี้เป็นเครื่องมือการตลาดอย่างหนึ่ง เพราะติดชื่อบริษัทหรือยี่ห้อผลิตภัณฑ์เพื่อให้แพทย์จำได้ง่าย หรือมีโปสเตอร์ติดประดับฝาผนัง เพื่อความสวยงาม หรือเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน จะเป็นที่สนใจของแม่และบุคคลทั่วไป และให้ความเชื่อถือเพราะเชื่อว่าได้รับการยอมรับจากแพทย์

ปัญหาในปัจจุบัน พบว่า ธุรกิจนมผสมหลีกเลี่ยงกฎหมาย นมผงผลิตออกมาหลายสูตร โดยให้มีอายุที่คร่อมกัน เช่น มีนมอยู่ 4 สูตร คือ สูตร 1 สำหรับทารกอายุ 0 - 12 เดือน สูตร 2 สำหรับ อายุ 6 เดือน - 3 ปี สูตร 3 สำหรับอายุ 1 ปีขึ้นไป และคนในครอบครัว และสูตร 4 สำหรับเด็กและทุกคนในครอบครัว โดยปัจจุบันห้ามโฆษณานมสูตร 1 และสูตร 2 อยู่แล้ว ส่วนนมสูตร 3 โฆษณาได้ แต่ห้ามใช้เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี เป็นผู้แสดง หรือพรีเซนเตอร์ แต่ก็มักจะใช้เด็กอายุ 3 ปี นิดๆ มาทำการโฆษณาเพื่อให้ดูลำบากว่าเด็กอายุเท่าไร และดึงดูดความสนใจ โดยการผสมสาร DHA และ ARA เพื่อให้เหมาะสำหรับเด็กเล็ก และมีการมาทำการโฆษณา และการตลาดแบบลดแลกแจกแถม ซึ่งจริงๆ แล้วเด็กเล็กไม่จำเป็นต้องกินนมสูตร 3 เลย เพราะสามารถกินนมสูตร 1 หรือสูตร 2 ได้ ดังนั้น นมสูตร 3 จึงถือเป็นกลยุทธ์ของกลุ่มธุรกิจ

ข้อเรียกร้องของกลุ่มการค้าก็คือ ให้กฎหมายออกมาควบคุมการตลาดนมผงเพียงแค่อายุ 1 ปี ซึ่งก็เท่ากับทุกอย่างเป็นเหมือนเดิม ตาม พ.ร.บ. อาหาร พ.ศ. 2522 ซึ่งมีประกาศห้ามโฆษณานมทารกนมสูตร 1 และสูตร 2 จนถึงอายุ 3 ปีอยู่แล้ว หากออก พ.ร.บ. โค้ดมิลค์ โดยลดการควบคุมลงไปเหลือเพียงอายุ 1 ปี ก็เท่ากับว่า กฎหมายใหม่ลดน้อยไปกว่ากฎหมายเดิมที่มีอยู่ ประเด็นสำคัญคือ แม้จะมีกฎหมายห้ามโฆษณานมสูตร 1 และสูตร 2 แต่ที่ยังเห็นมีการโฆษณาบ่อยๆ เพราะเป็นการเอานมสูตรอื่น เช่น นมสูตร 3 ที่ไม่ได้ห้ามมาโฆษณาแทน จึงต้องควบคุมที่อายุ 3 ปี เพื่อคงมาตรฐานเดิม และป้องกันการโฆษณาข้ามผลิตภัณฑ์ (ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์, 2559)

ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ....

สาระสำคัญที่อยู่ในร่าง พระราชบัญญัติ ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. .... นี้มี 6 หมวด ส่วนแรกเป็นการให้ความหมายของคำสำคัญอยู่หลายคำ ได้แก่ ทารกเด็กเล็กอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กนมดัดแปลงสำหรับทารกนมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็กนมสูตรต่อเนื่องสำหรับเด็กเล็กอาหารเสริมสำหรับทารกอาหารทางการแพทย์ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องฉลากการส่งเสริมการตลาดการ

โฆษณาการให้ข้อมูลผลิตภัณฑ์การให้ข้อมูลผลิตภัณฑ์การประชาสัมพันธ์การเผยแพร่ข่าวสารการส่งเสริมการขายการแสดงสินค้า การจัดหรือสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมพิเศษ การขายตรง การตลาดแบบตรงและตัวอย่างผลิตภัณฑ์

หมวด 1 ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ คุณสมบัติของคณะกรรมการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย

(1) ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กรรมการกิจการกระจายเสียงกิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง

(2) ผู้แทนองค์กรเอกชนจำนวนสามคนซึ่งคัดเลือกกันเองจากองค์กรเอกชนที่มีวัตถุประสงค์มิใช่เป็นการแสวงหากำไรและดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับด้านอนามัยแม่และเด็ก ด้านสิทธิเด็ก ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทั้งนี้ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด

(3) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิหกคนซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ด้านการสื่อสารการตลาด ด้านสูติกรรม ด้านกุมารเวชกรรม ด้านการพยาบาล ด้านสาธารณสุขและด้านกฎหมาย

(4) ให้อธิบดีกรมอนามัยเป็นกรรมการและเลขานุการ

หมวด 2 การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีสาระสำคัญคือ

- ห้ามผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย กระทำการด้วยตัวเองหรือตัวแทน เกี่ยวกับนมดัดแปลงสำหรับทารก นมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก และนมสูตรต่อเนื่องสำหรับเด็กเล็กโดยวิธีการอย่างหนึ่งอย่างใด (แต่ไม่ใช้บังคับกับการบริจาคผลิตภัณฑ์ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรี) ดังต่อไปนี้

(1) การโฆษณา

(2) การจำหน่ายหรือการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์โดยแจกคูปองลดราคา ให้ราคาถูกหรือส่วนลดเฉพาะคราว ขายพ่วง ให้รางวัล ของขวัญ หรือสิ่งอื่นใดเพื่อจูงใจให้ซื้อผลิตภัณฑ์

(3) การแจกตัวอย่างผลิตภัณฑ์ เว้นแต่เพื่อการศึกษาวิจัย โดยบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และวิชาชีพทางการพยาบาล

(4) การบริจาคผลิตภัณฑ์ เว้นแต่อาหารทางการแพทย์ นมผงสำหรับทารกในสถานสงเคราะห์หรือสังคมสงเคราะห์ของหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับทารกและเด็กกำพร้า ทารกและเด็กถูกทอดทิ้ง ทารกที่ไม่สามารถกินนมแม่ได้ หรือทารกที่มารดาไม่สามารถให้นมบุตรได้ตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลกและองค์กรวิชาชีพทางการแพทย์

(5) การให้สิ่งของ หรือสิ่งอื่นใดที่มีชื่อ ตรา เครื่องหมายหรือสัญลักษณ์อื่นใดที่เชื่อมโยงกับผลิตภัณฑ์ปรากฏอยู่แก่หญิงตั้งครรภ์ แม่หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีทารกและเด็กเล็กไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม

(6) การสนับสนุนการจัดประชุม สัมมนา กิจกรรม การประกวด การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือวิธีการอื่นใดที่มีการติดต่อกับหญิงตั้งครรภ์ แม่หรือสมาชิกในครอบครัวของทารกและเด็กเล็กไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์หรือเชื่อมโยงกับผลิตภัณฑ์

(7) การให้สิ่งของ การจัดหาอุปกรณ์หรือบริการที่มีชื่อ ตรา หรือสัญลักษณ์อื่นใดที่เชื่อมโยงกับผลิตภัณฑ์ปรากฏอยู่ให้แก่หน่วยงานและระบบบริการสุขภาพ

(8) การให้หรือเสนอให้ของขวัญ เงิน สิ่งจูงใจหรือประโยชน์อื่นใดแก่บุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และวิชาชีพทางการพยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องสุขภาพแม่และเด็ก

(9) การจัดประชุมอบรม สัมมนาด้านวิชาการเกี่ยวกับอาหารทารกและเด็กเล็ก เว้นแต่ให้การสนับสนุนทุนในการจัดประชุม อบรม สัมมนาด้านวิชาการเกี่ยวกับอาหารทารกและเด็กเล็กให้กับองค์กรวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุข และต้องแจ้งรายละเอียดการสนับสนุนต่อกรมอนามัย ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและระยะเวลาที่คณะกรรมการกำหนด

(10) การกระทำอื่นใดตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

- ห้ามผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย กระทำการส่งเสริมการตลาดอาหารเสริมสำหรับทารก แก่หญิงตั้งครรภ์ แม่ หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีทารกอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงหกเดือน อันเป็นการฝ่าฝืนตามข้อ (1) – (10)

<u>หมวด 3</u> การให้ข้อมูลผลิตภัณฑ์และฉลาก ซึ่งมีสาระสำคัญคือ

- ผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้จำหน่าย หรือตัวแทน ต้องให้ข้อมูลผลิตภัณฑ์แก่บุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และวิชาชีพทางการพยาบาล รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุข ตามความเป็นจริงและไม่มีลักษณะต้องห้ามเกี่ยวกับการให้ข้อมูลผลิตภัณฑ์ผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้จำหน่าย หรือตัวแทน ในลักษณะดังต่อไปนี้

(1) แสดงคุณประโยชน์คุณภาพ สรรพคุณ หรือคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์อันเป็นเท็จ

(2) ปิดบัง อำพรางลักษณะ คุณประโยชน์คุณภาพ หรือสรรพคุณ

(3) โอ้อวดคุณประโยชน์ คุณภาพ สรรพคุณหรือคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์หรือวัตถุอันเป็นส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์

(4) ใช้ข้อความที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด บิดเบือนไปจากสาระสำคัญของผลิตภัณฑ์ ไม่ว่ากระทำโดยใช้หรืออ้างอิงรายการทางวิชาการ สถิติหรือไม่ก็ตาม

(5) รับรองหรือยกย่องคุณประโยชน์ของผลิตภัณฑ์โดยบุคคล คณะบุคคล หรือสถาบันใด ๆ เว้นแต่กรณีที่มีหลักฐานทางวิชาการรับรองอย่างชัดเจน

(6) สื่อความหมายเชิงเปรียบเทียบกับนมแม่ไม่ว่าในทางใดหรือภาษาใด

(7) กระทำโดยฝ่าฝืนหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลของผลิตภัณฑ์ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

- กฎหมายได้กำหนดให้ปรากฏข้อมูล สิ่งของ สื่อ หรือเอกสารการให้ข้อมูลเกี่ยวกับนมดัดแปลงสำหรับทารก นมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก ดังต่อไปนี้

(1) ค่าใช้จ่ายต่อวันโดยประมาณในการใช้นมดัดแปลงสำหรับทารก นมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก

(2) ข้อควรระวังถึงอันตรายต่อสุขภาพจากการเตรียม หรือการใช้นมดัดแปลงสำหรับทารกนมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็กอย่างไม่เหมาะสม

- การแสดงข้อความที่เห็นได้ชัดเจนฉลากอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก นอกจากต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยอาหารแล้ว มีข้อปฏิบัติดังนี้

(1) ต้องมีข้อความว่า “นมแม่ดีที่สุด”

(2) ต้องไม่มีข้อมูลที่สื่อ หรือโน้มน้าวให้ใช้ผลิตภัณฑ์ในการเลี้ยงดูทารกและเด็กเล็ก หรือสื่อความหมายว่าการใช้ผลิตภัณฑ์นี้ถือว่าเป็นสิ่งที่พึงให้แก่ทารกและเด็กเล็ก หรือส่งผลดีต่อสุขภาพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารกและเด็กเล็ก

(3) ต้องไม่ใช้ข้อมูลที่มีความหมายเชิงเปรียบเทียบกับนมแม่ไม่ว่าในทางใดหรือภาษาใด

(4) ข้อกำหนดอื่นใด ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

- การแสดงฉลากของผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และจะต้องแสดงข้อความและปฏิบัติดังนี้

(1) มีข้อความว่า “นมแม่ดีที่สุด”

(2) แสดงวิธีใช้ วิธีทำความสะอาด วิธีเก็บรักษา โดยจะมีภาพประกอบ หรือแสดงภาพประกอบคำบรรยายด้วยก็ได้

(3) การแสดงฉลาก ต้องเข้าใจง่ายและเห็นได้ชัดเจน

(4) ข้อปฏิบัติอื่นๆ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งออกตามพระราชบัญญัตินี้

<u>หมวด 4</u> ระบบบริการสุขภาพกฎหมายให้หน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(1) จัดการให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้

(2) ควบคุมการใช้ผลิตภัณฑ์ให้เป็นไปตามข้อบ่งชี้ตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลกและองค์กรวิชาชีพแพทย์

(3) เฝ้าระวังการส่งเสริมการตลาดที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์

(4) ไม่แสดงสิ่งของ หรือสิ่งอื่นใดที่มีชื่อ ตรา หรือสัญลักษณ์อื่นใดที่เชื่อมโยงกับผลิตภัณฑ์ปรากฏอยู่

(5) การรับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรม ประชุม สัมมนาด้านวิชาการ จากผู้ผลิตผู้นำเข้า ผู้จำหน่าย หรือตัวแทน ไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดในหมวด 2 การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

กฎหมายกำหนดให้บุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และวิชาชีพทางการพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(1) ให้คำปรึกษา แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ และให้รวมถึงการกระตุ้น ส่งเสริมและปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และในกรณีที่จำเป็นต้องใช้อาหารทารกและเด็กเล็กแทนนมแม่ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

(2) เมื่อพบเห็นการกระทำใดอันเป็นการฝ่าฝืนต่อพระราชบัญญัตินี้ ให้แจ้งต่อกรมอนามัยหรือพนักงานเจ้าหน้าที่

- ห้ามบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และวิชาชีพทางการพยาบาล รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(1) การรับสิ่งของ อุปกรณ์หรือบริการ ที่มีชื่อ ตรา หรือสัญลักษณ์อื่นใดที่เชื่อมโยงกับผลิตภัณฑ์ปรากฏอยู่จากผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย หรือบุคคลใดที่กระทำการแทนผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย

(2) การรับของขวัญ เงินสิ่งจูงใจหรือประโยชน์อื่นใดจากผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย หรือบุคคลใดที่กระทำการแทนผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย

(3) การรับหรือการแจกตัวอย่างผลิตภัณฑ์ เว้นแต่ เป็นการรับหรือแจกตัวอย่างเพื่อการศึกษาวิจัย

(4) การสาธิตการใช้ผลิตภัณฑ์ เว้นแต่ เป็นการสาธิตผลิตภัณฑ์เฉพาะแก่แม่และสมาชิกในครอบครัวที่มีทารกและเด็กเล็กที่มีเหตุผลและความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องใช้ผลิตภัณฑ์เท่านั้น

<u>หมวด 5</u> พนักงานเจ้าหน้าที่ <u>และหมวด 6</u> บทกำหนดโทษ

ที่ผ่านมา ขณะที่ร่างกฎหมายนี้กำลังได้รับการพิจารณา สมาคมและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้ผลิตอาหารทารกและเด็กเล็กได้ยื่นหนังสือข้อเสนอต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) เกี่ยวกับการยกร่างพ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ... หรือ พ.ร.บ. โค้ดมิลค์ (Code milk) ได้เสนอข้อห่วงใยและข้อให้แก้ไขประเด็นสำคัญ ได้แก่

ข้อห่วงใยต่อ (ร่าง) เพื่อให้หลุดจากข้อกฎหมายตามร่างพระราชบัญญัตินี้ พอสรุปได้จากที่ออกมาในสื่อมวลชน (ศิริพร กัญชนะ, 2559; ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, 2556, 2559) มีดังนี้

1) อ้างว่ารายละเอียดของร่างพระราชบัญญัตินี้บางประการที่มีปัญหาในทางปฏิบัติ และเสนอให้ พ.ร.บ. ฉบับนี้ควรครอบคลุมเฉพาะอาหารสำหรับทารกอายุแรกเกิดถึง 1 ปีเท่านั้น เนื่องจากถ้าครอบคลุมถึง 3 ปี จะครอบคลุมถึงอาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กเล็กที่ได้ขึ้น

ทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร เช่น นมผสมสำหรับเด็กโต อาหารเสริมซึ่งเด็กอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป รับประทานเป็นอาหารหลัก ซึ่งเป็นอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและสุขภาพเด็ก แต่ พ.ร.บ. นี้จะไม่ครอบคลุมและไม่ควบคุมการส่งเสริมการตลาดของอาหารอื่นๆที่ไม่มีประโยชน์แต่จะเป็นโทษต่อสุขภาพเด็ก เช่น ขนม เครื่องดื่มชาเขียวหรือเครื่องดื่มอื่นๆที่มีน้ำตาลสูง ฯลฯ

2) เสนอให้แก้ไขชื่อกฎหมายเป็น“พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารก พ.ศ ....” (ซึ่งการบังคับใช้ไปเท่ากับ พ.ร.บ. อาหาร พ.ศ. 2522)

3) อาหารทางการแพทย์ไม่ควรถูกควบคุม

4) ระยะเวลาปรับตัวของผู้ผลิต ขอเปลี่ยนจาก 6 เดือน เป็น 1 ปี

5) เสนอให้ผู้ผลิตผู้นำเข้าหรือผู้จำหน่ายสามารถสนับสนุนการประชุมอบรมหรือสัมมนาด้านวิชาการเกี่ยวกับอาหารทารกและเด็กเล็กได้โดยได้รับการอนุมัติจากสถาบัน องค์กร หน่วยบริการซึ่งเป็นต้นสังกัดได้ ควรให้ผู้ผลิตผู้นำเข้าหรือผู้จำหน่ายสามารถบริจาคอาหารทารกและเด็กเล็กแก่หน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับทารกที่มีความจำเป็นต้องใช้และเพื่อการสังคมสงเคราะห์ได้โดยได้รับการร้องขอจากสถาบัน องค์กร หน่วยบริการซึ่งเป็นต้นสังกัดอย่างเปิดเผยและโปร่งใส

6) อาจทำให้ทารกไม่ได้รับประโยชน์จากนมแม่อย่างที่ควร และกระทบสิทธิและเสรีภาพของทารกและครอบครัวในการรับความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมกับวัยเพื่อเป็นแนวทางตัดสินใจอย่างมีความรู้ต้องไม่จำกัดการปฏิบัติงานของหน่วยบริการสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้บริการด้านสุขภาพและวิชาการด้านอาหารทารกที่ถูกต้องแก่ทารก มารดา ครอบครัวและผู้ดูแลต้องไม่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาองค์ความรู้ของประเทศ

7) อาจส่งผลเสียต่อสุขภาวะของทารกและเด็กที่จำเป็นต้องใช้อาหารอื่นอันไม่ใช่นมแม่ เพราะการเจริญเติบโตพัฒนาการและสุขภาวะที่ดีของทารกและเด็กเป็นตัวชี้วัดประสิทธิผลของการให้บริการสุขภาพที่สูงสุด

8) อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นเพียงตัวชี้วัดกระบวนการเท่านั้นควรใช้การเจริญเติบโตพัฒนาการและสุขภาวะที่ดีของทารกและเด็กเป็นตัวชี้วัดประสิทธิผลของการให้บริการสุขภาพ

แม้ว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเรื่องหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2551 พร้อมขอความร่วมมือทุกหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขให้ปฏิบัติตามประกาศนี้ จากการสำรวจการละเมิดหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องในปีดังกล่าวพบว่ามีโรงพยาบาลของรัฐถึงร้อยละ 31 มีการละเมิดหลักเกณฑ์โดยใช้กลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทนมผง เช่น แจกนมผง ณ ที่ว่าการอำเภอหรือเทศบาล หรือแจกคูปองให้แม่และครอบครัวไปรับนมผงที่ร้านขายยา จากนั้นในปี 2553 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย จึงได้เสนอหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องเข้าสู่กระบวนการของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะ ซึ่งมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2554 ให้กระทรวง

สาธารณสุขพัฒนาและผลักดันร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. .... จากติดตามเฝ้าระวังการละเมิดหลักเกณฑ์ แต่ประกาศดังกล่าวเป็นเพียงข้อแนะนำ ไม่มีผลบังคับใช้และบทลงโทษให้ชัดเจน จึงไม่สามารถควบคุมการละเมิดการส่งเสริมการตลาดได้ดังนั้น หลักการควบคุมการการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กนั้น และก่อนหน้านี้ได้มีการถกเถียงในระดับนานาชาติของผู้ที่เกี่ยวข้อง สุดท้ายก็ได้ข้อสรุปโดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า ห้ามทำการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 0 -3 ปี

บทสรุป

เจตนารมณ์ของกฎหมายควบคุมการตลาดนมผงดัดแปลงแล้วเพื่อให้เด็กแต่ละคนจะได้รับความเท่าเทียมในอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารเพียงพอ สิทธิที่จะได้รับน้ำนมแม่ซึ่งเป็นอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมที่สุดกฎหมายนี้ได้บัญญัติให้พ่อแม่ต้องได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือเกี่ยวกับการให้นมแม่อย่างครบถ้วน เพื่อที่จะมีความเชื่อมั่นในการให้นมแม่ข้อมูลเกี่ยวกับนมผงที่จะออกสู่สาธารณชนต้องมีการควบคุม ไม่ให้มีการโฆษณาเกินจริง หรือชักนำให้เข้าใจผิดว่านมผงมีคุณค่าเทียบเคียงนมแม่ พ่อแม่จะไม่ถูกชักจูงให้เข้าใจเรื่องการให้นมแม่อย่างผิดๆ โดยการตลาด และการโฆษณานมผงห้ามการแจกนมผงฟรีให้กับแม่ตั้งครรภ์ หลังคลอด หรือแม่ที่มีลูกเล็ก ทั้งนี้เพราะทารกต้องดูดนมแม่เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมในทันทีหลังคลอด หากมีการให้นมผงในช่วงนี้ ลูกจะไม่ดูดเต้าแม่ ร่างกายแม่จะหยุดผลิตน้ำนม ทำให้ต้องซื้อนมผงมาชงให้ลูกกินต่อไปเรื่อยๆนอกจากนี้การโฆษณาและการทำการตลาดของนมผง ทำให้ราคานมผงแพงเกินจริง ครอบครัวที่มีความจำเป็นต้องใช้นมผง จะต้องสูญเสียรายได้เป็นจำนวนมากไปกับผลิตภัณฑ์ที่ต้นทุนการผลิตต่ำ แต่ต้นทุนการโฆษณาสูง ถ้าไม่มีการโฆษณา ราคาของนมผงจะเป็นธรรมมากขึ้นจึงสมควรที่จะบัญญัติกฎหมายนี้

ข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกนี้เป็นการย้ำว่าร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. .... ที่กระทรวงสาธารณสุขผลักดันอยู่ เพื่อคุ้มครองเด็กไทยให้มีโอกาสได้กินนมแม่ และมีเนื้อหาสอดคล้องตามมาตรฐานสากลการออกกฎหมายมาควบคุมการส่งเสริมการตลาดนมผงสำหรับเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง3ปี จะเป็นการควบคุมตั้งแต่ต้นน้ำ ส่งผลให้การทำการส่งเสริมการตลาดทุกรูปแบบไม่สามารถทำได้ เป็นการเปิดโอกาสให้แม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นกลางก่อนที่จะตัดสินใจเลือกนมที่จะใช้เลี้ยงลูก เด็กก็จะมีโอกาสที่จะได้กินนมแม่มากขึ้น โดยเฉพาะแม่ที่มีศักยภาพเพียงพอในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แทนการใช้นมผง และเมื่อไม่มีการส่งเสริมการตลาดนมผงก็ควรจะต้องถูกลงถึงร้อยละ 20 – 25

เอกสารอ้างอิง

กฤษฎา ศุภวรรธนะกุล (2557). ตลาด'นมผง'ดุ-รุกขายตั้งแต่ฝากครรภ์ สร้างความเชื่อผิดๆว่ามีคุณค่าเท่านมแม่ Available at http://www.tcijthai.com/office-tcij/view.php?ids=4806

ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ (2559, 9 ธันวาคม). ผู้จัดการ Online แฉนมผงเลี่ยง กม.ใช้ “นมสูตร 3” เติมสาร DHA โฆษณาล่อลวงแม่ ยัน พ.ร.บ.โค้ดมิลค์ต้องคุมนมผงถึง 3 ขวบ 9 ธันวาคม 2559 ผู้จัดการออนไลน์ Available at http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.as

บวรสรรค์ เจี่ยดำรง (2559). การเฝ้าระวังและติดตามกลยุทธ์การสื่อสารในการส่งเสริมการตลาดนมผงในประเทศไทยที่ละเมิดหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็กระหว่างการผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก. วารสารร่มพฤกษ์ เล่มที่ 34, ฉบับที่ 2 : พฤษภาคม – สิงหาคม.

บุปผา เผ่าสวัสดิ์, ยุพยง แห่งเชาวนิช, ปารีณา ศรีวนิชย์ (2550). กลยุทธ์การตลาดและสื่อโฆษณาของนมผงดัดแปลงเลี้ยงทารก: ทบทวนวรรณกรรม เรื่อง “นมแม่” ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย สำนักงานพิมพ์ดี: ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย และกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) Available at http://dl.kids-d.org/bitstream/handle/123456789/2324/tbf-ebook-literature-0000005.pdf?sequence=1

ยุพยง แห่งเชาวนิช และปิยาภรณ์ บวรกีรติขจร (2550). the code: เรื่องที่ต้องรู้สำหรับบุคลากรสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2550 หน้า 7, 9. Available at https://www.unicef.org/thailand/tha/BMS_Code.pdf

ยุพยง แห่งเชาวนิช, กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, ปิยาภรณ์ บวรกีรติขจร. (2548). (บรรณาธิการ). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.

ศิริพร กัญชนะ (2559, 21 พฤษจิกายน). นักวิชาการหนุน ‘พ.ร.บ.โค้ด มิลค์’ ชี้คุม ‘โฆษณาอาหารเด็ก’ ถึง 3 ปี เหมาะสม มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. Available at http://www.matichon.co.th/news/367681

ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล (2556). ทำไมต้องหนุน CODE เป็นกฎหมาย. การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 4 วันที่ 5-7 มิถุนายน 2556.

ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล (2559, 5 กุมภาพันธ์). 'เครือข่ายนมแม่' เดินหน้าปลุกองค์กรภาครัฐ-เอกชนฮึดสู้ Available at http://www.thaihealth.or.th/Content/.html

ผลักดันร่าง `Code` เพื่อหนุนนมแม่ไทยรัฐ (2557, 17 สิงหาคม) Available at http://www.thaihealth.or.th/Content/25394%B8%B8%E0%B8%99%E0%B8%99%E0%B8%A1%E0%B9%81%E0%B8%A1%E0%B9%88.html

Gillian Lester (1992). The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes

International Baby Food Action Network . (2004). Breaking the Rules 2004 Stretching the Rules Evidence of Violations of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent Resolutions. Jutaprint, Penang, Malaysia. Available at http://ibfan.org/art/302-2.pdf และ http://ibfan.org/art/302-20.pdf

Survey of national legislation and other measures adopted (1981-1991). Available at http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_HLE_NUT_92.1/en/

การดำเนินการในลักษณะองค์การเพื่อสังคมโดยอุตสาหกรรมยาสูบ

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

บทคัดย่อ

การเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคมเป็นสิ่งที่อุตสาหกรรมยาสูบใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมภาพลักษณ์ การประชาสัมพันธ์เพื่อลดกระแสต่อต้านจากสังคม และสร้างความน่าเชื่อถือในระดับชาติและระดับสากล ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมการเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคมเป็นเครื่องมือทางการตลาดและประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีสำหรับองค์กร โดยมีเป้าประสงค์ในการโน้มน้าวผู้กำหนดนโยบายและการมีอิทธิพลเหนือนโยบายสาธารณสุข

รายงานการวิเคราะห์ขององค์การอนามัยโลกสรุปได้ว่า การทำกิจกรรมเพื่อสังคมและอุตสาหกรรมยาสูบเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกันระหว่างพฤติกรรมของการมีจริยธรรมและการขายผลิตภัณฑ์แห่งความตาย ดังนั้น การใช้มาตรา 5.3 ในกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบอย่างมีประสิทธิผล

คำสำคัญ: อุตสาหกรรมยาสูบ การทำกิจกรรมเพื่อสังคม การส่งเสริมภาพลักษณ์ การประชาสัมพันธ์ นโยบายสาธารณสุข

---

* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Tobacco industry's Corporate Social Responsibility activities

Nithat Sirichotiratana*

Abstract

Tobacco industry uses Corporate Social Responsibility (CSR) activities as a tool in promoting corporate public image and public relations, in order to reduce social resistance and to strengthen public trust at the national and international level. Therefore, corporate social responsibility activities are being used as marketing and public relations strategies in order to create positive corporate image, with the objective of persuading policy makers and to influence over public health policy

World Health Organization's analysis report indicated that corporate social responsibility and tobacco industry are inherently contradicting between ethical behaviours and the selling of the product of death. Therefore, Article 5.3 of the WHO-FCTC is necessary to effectively control tobacco industry.

Key words: tobacco industry, corporate social responsibility, promoting corporate image, public relations, public health policy

---

* Associate Prof., Department of Public Health Administration, Public Health Faculty, Mahidol University.

บทนำ

สถานะของกิจการเพื่อสังคมนั้น เกิดจากการผสมผสานอุดมการณ์ในแบบผสมผสานการพัฒนาสังคมเข้ากับการบริหารจัดการในแบบผู้ประกอบการ ซึ่งเป็น**การผนวกจุดแข็งระหว่างแผนงานของภาคประชาสังคมกับกระบวนการที่มีประสิทธิภาพของภาคธุรกิจ** ในการสร้างประโยชน์สูงสุดแก่สังคมโดยรวม ข้อตกลงโลกแห่งสหประชาชาติ หรือ UN Global Compact จึงถูกริเริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1999 เพื่อเชิญชวนให้เหล่าบรรดาบรรษัทพลเมืองทั้งหลายเข้าร่วมทำข้อตกลงภายใต้หลักสากล 10 ประการ สำหรับนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมทางธุรกิจให้ได้ชื่อว่าเป็น บรรษัทพลเมืองที่มีความรับผิดชอบ หรือ Responsible Corporate Citizen ในสังคมโลก

หลักสำคัญประการหนึ่งในการประเมินว่าธุรกิจมี CSR แท้หรือแค่ "สร้างภาพ" ก็คือจะต้องมีความตั้งใจจริงด้วยความสมัครใจ ด้วยเหตุนี้องค์กรที่มีการทำธุรกิจอย่างมีคุณธรรม ไม่เอาเปรียบและไม่สร้างความเสียหายให้กับลูกค้า คู่ค้า สังคมและสิ่งแวดล้อม จึงเป็นที่น่าเชื่อถือและน่าคบค้า ศาสตราจารย์ ฟิลิป คอตเลอร์ แห่งมหาวิทยาลัยซีแอตเติล ปรมาจารย์ด้านการตลาดจึงยืนยันว่า การมี CSR เป็นแนวทางเพิ่มยอดขาย ขยายส่วนแบ่งทางการตลาด และเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับชื่อเสียงสินค้าและบริการ รวมทั้งตัวองค์กร ผลการวิจัยพบว่ากิจการที่ดีและเก่งเหล่านี้จะมีแนวโน้มของผลประกอบการที่ดีและมีความมั่นคงกว่าองค์กรที่เห็นแก่ผลประโยชน์และมุ่งแต่จะกอบโกยกำไร แนวโน้มกระแสโลกจึงให้ความสนใจทั้งในกิจการที่ต้องการความยั่งยืน และตระหนักในความตื่นตัวของสังคมผู้บริโภคที่ต้องการความปลอดภัยและปลอดการเอาเปรียบ

แนวคิดของอุตสาหกรรมยาสูบในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม

การเป็นองค์กรเพื่อสังคม (Corporate Social Responsibility - CSR) เป็นสิ่งที่อุตสาหกรรมยาสูบใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมภาพลักษณ์ (branding device) เพื่อ

- การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ (publicise)
- การยอมรับอย่างเป็นทางการ (authenticate)
- การวางกรอบใหม่ (reframe)

อุตสาหกรรมยาสูบตระหนักถึงอำนาจของการประชาสัมพันธ์ว่าจะต้องได้รับการสนับสนุน หรือยอมรับจากกลุ่มที่สาม (third party endorsement) ซึ่งอุตสาหกรรมยาสูบสูญเสียการสนับสนุนจากกลุ่มนี้ไปเนื่องจากถูกโดดเดี่ยวจากกลุ่มต่างๆ เป็นเวลาหลายปี (Prideaux M. 2000) แนวคิดกิจกรรมการเป็นองค์กรเพื่อสังคม ‘เป็นโอกาส และเป็นเวทีในการสื่อสารทางบวกเกี่ยวกับสิ่งที่ดีซึ่งดำเนินการโดยบริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโค – ซึ่งในขณะนี้การเผยแพร่ออกอากาศมีเวลาจำกัด’ นอกจากนี้ยังเป็นเวที ‘เพื่อสร้างชื่อเสียงในด้านการ

สื่อสาร.... เป็นการดำเนินการเชิงรุก เพื่อส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ เพื่อสังคมของบริษัท' (Anonymous undated.)

นอกจากนี้ การยอมรับอย่างเป็นทางการยังเป็นโอกาส 'สร้างความน่าเชื่อถือ โดยกระบวนการยอมรับที่เป็นสากล จากทั้งรัฐบาลประเทศต่างๆ องค์กรมูลนิธิต่างๆ และองค์กรข้ามชาติทั้งหลายว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับองค์กรที่จะแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร.... ซึ่งจะช่วยให้บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโคเป็นที่ยอมรับว่าเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคม และลดการถูกมองในทางลบ' (Prideaux M. 2000)

เป้าประสงค์ของบริษัท บริทิช อเมริกันโทแบคโค ในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสังคมเพื่อแสดงให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ (key stakeholders) ได้เห็นว่าบริษัทเป็นองค์กรยาสูบที่รับผิดชอบต่อสังคมในศตวรรษที่ 21 อุตสาหกรรมยาสูบใช้กิจกรรมต่างๆ เพื่อสังคมในการจัดวาระ (agenda setting) เช่น

- เบี่ยงเบนความสนใจไปยังตัวอย่างของกิจกรรมเพื่อสังคมที่ไม่เป็นตัวแทนที่แท้จริง (unrepresentative examples)
- ลดการจัดวาระต่อต้านจากกลุ่มผู้ชี้แนะด้านสาธารณสุข
- แนวคิดริเริ่มบางประเด็นต้องการส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม (civil society) เพื่อมุ่งไปสู่ความร่วมมือและการสร้างสรรค์ ซึ่งทำให้บริษัทบริทิช อเมริกัน โทแบคโค มีโอกาสใช้ความสามารถในการโน้มน้าวนโยบายการควบคุมยาสูบได้

อุตสาหกรรมยาสูบใช้กิจกรรมเพื่อความรับผิดชอบต่อสังคม '...เป็นเครื่องมือในการระงับเสียงต่อต้านจากกลุ่มควบคุมยาสูบ...' "เป็นการ 'ตอบแทน' สังคมด้วยความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร" "เป็นทางเลือกแทนที่จะถูกควบคุมโดยกฎ ระเบียบ จากรัฐบาล" และ "อาจจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะสร้างการยอมรับจากสังคม" (Malone, Smith, McDaniel et al. 2009)

กรณีศึกษาความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบกโก

บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก (BAT) เริ่มจัดทำ 'รายงานการรับผิดชอบต่อสังคม' ในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2002 สาเหตุที่อุตสาหกรรมยาสูบแห่งนี้สนใจที่จะต้องจัดทำโครงการองค์กรธุรกิจที่รับผิดชอบต่อสังคม เพราะ บริษัท EQ Management ซึ่งเป็นบริษัทที่ปรึกษาทางประชาสัมพันธ์ ได้ทำการศึกษาและรายงานว่า บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก เป็นองค์กรธุรกิจข้ามชาติซึ่งถูกเกลียดชังมากกว่าบริษัทอื่นๆ และจำเป็นที่จะต้องแสดงออกถึงความมุ่งมั่นอย่างจริงจังที่จะเปลี่ยนแปลง เพื่อที่จะเป็นที่ยอมรับในสังคมเพื่อการดำเนินธุรกิจต่อไป (Burton and Rowell. 2002)

ตลอดระยะเวลา 2 ปีเศษที่ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก (BAT) ดำเนินการเพื่อจัดทำรายงานความรับผิดชอบต่อสังคม อุตสาหกรรมยาสูบได้เคี่ยวเข็ญผู้สื่อข่าว ผู้ชี้แนะทาง

สุขภาพ กลุ่มผู้รณรงค์เพื่อการควบคุมยาสูบ และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ให้เข้ามาร่วมการประชุมที่มีจุดประสงค์ในการให้คำแนะนำ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก ในการเป็นองค์กรธุรกิจที่รับผิดชอบ

บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก (BAT) มองว่ากรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เป็นสิ่งที่คุกคามการขยายตลาดในประเทศที่กำลังพัฒนา ดังนั้นการจัดทำโครงการ การเป็นองค์กรธุรกิจที่รับผิดชอบต่อสังคมจึงเป็นสิ่งที่จะช่วยให้อุตสาหกรรมยาสูบแห่งนี้สามารถกลับมาควบคุมประเด็นยาสูบได้อีกครั้งหนึ่ง จึงไม่น่าแปลกใจที่ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก (BAT) จะโต้แย้งด้วยเหตุผลว่า กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก จะบ่อนทำลาย ‘การตัดสินใจด้วยตนเอง’ ของรัฐบาลประเทศต่างๆ ซึ่งบริษัทยาสูบอ้างว่าจะไม่ ‘ทำให้เกิดกฎ ระเบียบ ที่เป็นเหตุผลที่ดี’ อุตสาหกรรมยาสูบไม่แตกต่างจากอุตสาหกรรมอื่นๆ ที่กลัวกฎ ระเบียบของรัฐบาล จึงหันไปพึ่งการปฏิรูป หรือการเปลี่ยนแปลงด้วยความสมัครใจเป็นกลยุทธ์ในการป้องกันตัวเองจากการถูกบังคับ

ส่วนหนึ่งของกลยุทธ์ดังกล่าวคือการเชิญคู่ปรับ / ฝ่ายตรงข้ามให้เข้าร่วมในการเจรจา ในคำนำของรายงานทางสังคม ของบริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก (BAT) กล่าวว่าให้พยายามหาหนทางที่จะนำคู่เจรจาที่ลังเลให้เข้ามาร่วมอภิปรายกับเรา ผู้อำนวยการของ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก – ออสเตรเลีย มองว่าโครงการความรับผิดชอบต่อสังคมถูกออกแบบมาเพื่อช่วยให้ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก สามารถควบคุมวาระเกี่ยวกับยาสูบได้

Simon Chapman จากมหาวิทยาลัยแห่งซิดนีย์ ได้ติดตามศึกษาอุตสาหกรรมยาสูบ พบว่าโครงการเพื่อสังคมของ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก (BAT) เช่น การป้องกันเยาวชนจากการสูบบุหรี่ ไม่ได้ช่วยลดแต่กลับเพิ่ม และส่งเสริมให้เยาวชนสูบบุหรี่ ทั้งนี้มีหลักฐานจากเอกสารภายในของบริษัท Brown and Williamson ซึ่งเป็นบริษัทในเครือของ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก (BAT) รายงานว่า ‘จะไม่สนับสนุนโครงการที่ไม่ส่งเสริมให้เยาวชนสูบบุหรี่’

ในเดือนกันยายน ค.ศ. 2001 บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก (BAT) ได้ร่วมกับบริษัท ฟิลิป มอร์ริส (PM) และ แจแปน โทแบคโก (JTM) ในการสมัครใจใช้เกณฑ์สำหรับการตลาดระดับนานาชาติ และเป็นการสร้างมาตรฐานสำหรับอุตสาหกรรมอื่นๆทั่วโลก ในขณะที่นักวิเคราะห์ตลาดการเงินระดับโลกกล่าวว่า กรอบแนวทางการตลาดใหม่ที่อุตสาหกรรมยาสูบจะใช้นี้ จะไม่มีผลต่อการทำให้ยอดขายลดลง เอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบ จากนักวิเคราะห์การตลาดยาสูบสำหรับ Credit Suisse Group กล่าวว่าการที่อุตสาหกรรมยาสูบสมัครใจใช้เกณฑ์สำหรับการตลาดระดับนานาชาติเป็นเพียง ‘การสร้างภาพลักษณ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ’ ทั้งนี้การดำเนินการเชิงรุกในการจัดตั้งเกณฑ์การตลาดยาสูบในระดับนานาชาติของอุตสาหกรรมยาสูบอาจเป็นการตอบโต้และป้องกันแนวทางที่องค์การอนามัยโลกกำลังดำเนินการเพื่อลดการบริโภคยาสูบในระดับนานาชาติ

ถึงแม้จะมีความพยายามโดยอุตสาหกรรมยาสูบที่จะให้ดูเหมือนมีการประชุมเพื่อการอภิปรายอย่างโปร่งใสและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย รวมทั้งมีการจ้างผู้ดำเนินการอภิปรายที่มี

ชื่อเสียงในสังคม แต่ก็ได้รับการประท้วงและการไม่ยอมเข้าร่วมโดยกลุ่มรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เช่น Action on Smoking or Health – ASH ในมุมมองของผู้บริหารอุตสาหกรรมยาสูบเช่น บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก (BAT) การประท้วงด้วยการไม่เข้าร่วมประชุมอภิปรายนับเป็นการบ่อนทำลายความน่าเชื่อถือของความพยายามโดยอุตสาหกรรมยาสูบ

เมื่อบริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก (BAT) ไม่ยอมรับความผิดต่างๆที่เกิดขึ้นตลอด 40 ปีที่ผ่านมาจึงต้องย้อนไปดูพฤติกรรมของอุตสาหกรรมยาสูบที่ผ่านมา ความจริงเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสังคมของ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก (BAT) คือ BAT – Australia ได้ทำลายเอกสารภายในของบริษัทที่เกี่ยวข้องกับคดีฟ้องร้อง ด้วยเจตนาที่จะไม่ให้มีการพิจารณาคดีความอย่างยุติธรรมต่อโจทก์ ซึ่งในที่สุดศาลฎีกาของรัฐ Victoria ในประเทศออสเตรเลียตัดสินลงโทษให้อุตสาหกรรมยาสูบจ่ายค่าเสียหายเป็นจำนวนเงิน 378,000 เหรียญสหรัฐแก่โจท์ก อุตสาหกรรมยาสูบทำลายเอกสารภายในจากคำแนะนำของทนายความผู้เตือนถึง ‘อันตรายของเอกสารภายในที่จะเป็นปัญหาสำหรับคดีความในอนาคต’

ในรายงานทางสังคมของ BAT-Malaysia ไม่มีการยอมรับว่านิโคตินเป็นสารเสพติด เพียงแต่บอกว่าเป็นสารธรรมชาติในใบยาสูบ เมื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ในมาเลเซียเสนอแนะว่า อุตสาหกรรมยาสูบควรจะยุติการทำการตลาดในที่สุด (เช่น การโฆษณาและการส่งเสริมการขาย) คำตอบที่ได้รับคือ ‘คำแนะนำดังกล่าวอยู่นอกเหนือเป้าประสงค์ของการทำการตลาดอย่างรับผิดชอบของเรา’

โดยสรุปคือ รายงานทางสังคมเป็นเพียงการสร้างภาพ หรือการหลอกลวงให้หลงเชื่อว่าพฤติกรรมองค์กรของอุตสาหกรรมยาสูบได้เปลี่ยนแปลงไป แต่ในความเป็นจริงไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ทั้งสิ้น

ความน่าเชื่อถือของอุตสาหกรรมยาสูบในการเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคม

เนื่องจากผลิตภัณฑ์ของอุตสาหกรรมยาสูบเป็นสินค้าแห่งความตาย อุตสาหกรรมยาสูบไม่สามารถจะทำกิจกรรมเพื่อสังคมได้ไม่ว่าจะเป็นการบริจาคเงิน (corporate philanthropy) ความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder collaboration) การรายงานการทำกิจกรรมเพื่อสังคมและการกำกับตนเอง (CSR reporting and self-regulation) อุตสาหกรรมยาสูบไม่มีความน่าเชื่อถือในสายตาของสังคมเพราะพฤติกรรมของอุตสาหกรรมยาสูบในอดีตที่ผ่านมา และผลิตภัณฑ์ที่ทำให้ผู้บริโภคเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ รายงานขององค์การอนามัยโลกปี 1979 ได้ประมาณการณ์ไว้ว่ายาสูบทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 13.6 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปีทั่วโลก ซึ่งตรงกันข้ามกับข้ออ้างของอุตสาหกรรมยาสูบที่อ้างว่าสร้างรายได้ให้แก่สังคมด้วยการสร้างงานและเสียภาษีให้รัฐ (Palazzo G, Richter U. 2005)

ถึงแม้การทำกิจกรรมเพื่อสังคมจะเป็นสิ่งที่องค์กรธุรกิจต่างๆ มุ่งที่จะทำเพื่อประโยชน์ต่อสังคม แต่อุตสาหกรรมยาสูบไม่สามารถจะทำกิจกรรมดังกล่าวเพื่อให้เกิดการยอมรับจากสังคมได้ ด้วยข้อจำกัดและกรณีศึกษาตัวอย่างดังต่อไปนี้ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

1. การบริจาคเงิน (corporate philanthropy) โดยอุตสาหกรรมยาสูบถูกมองว่าเป็น ‘เงินสกปรก’ ผู้รับเงินจากอุตสาหกรรมยาสูบจะถูกกดดันโดยสังคม เมื่อ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก บริจาคเงินให้แก่มหาวิทยาลัยแห่ง น๊อตติ้งแฮม เพื่อก่อตั้งศูนย์วิจัยองค์กรธุรกิจเพื่อสังคม เกิดการถกเถียงอย่างรุนแรงจากภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย

เมื่อ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาแก่นักศึกษาของ London School of Hygiene and Tropical Medicine ก็ได้รับแรงกดดันจากสังคมเช่นกัน

เมื่อ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก ให้ทุนสนับสนุนมหาวิทยาลัยแห่ง Pecz ที่ประเทศฮังการี ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยที่ใหญ่เป็นอันดับสองของประเทศ ก็ได้รับกระแสกดดันจากภาคสุขภาพเช่นกัน

เมื่อมหาวิทยาลัย Western Michigan มอบรางวัลนายจ้างแห่งปีแก่บริษัท ฟิลิป มอร์ริส ยู เอส เอ ก็ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงจากกระแสสังคม

นิตยสาร Ethical Corporation ยกเลิกการสนับสนุนจากบริษัท ฟิลิป มอร์ริส ในการจัดประชุมสัมมนาจริยธรรมองค์กรธุรกิจ ที่ฮ่องกงในเดือนตุลาคม ค.ศ. 2004 เพราะผู้เข้าร่วมประชุมประท้วงด้วยการถอนตัว

2. ความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder collaboration) ผู้มีส่วนร่วมกับอุตสาหกรรมยาสูบมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชื่อเสียงมากกว่าที่จะได้รับความน่าเชื่อถือ โดยเฉพาะในแวดวงของการวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งนี้เพราะสังคมมองว่ามีผลประโยชน์ทับซ้อน (conflicts of interest) ด้วยเหตุนี้องค์กรที่มีความน่าเชื่อถือทางด้านสุขภาพ เช่น องค์การอนามัยโลก จึงไม่ร่วมมือกับอุตสาหกรรมยาสูบ

3. รายงานกิจกรรมเพื่อสังคม (CSR Reporting) โดยอุตสาหกรรมยาสูบ ไม่ได้สร้างความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้นแก่องค์กร แต่เป็นการสร้างภาพเท่านั้น ตราบใดที่ยังไม่มีความโปร่งใสในองค์กร สาเหตุที่อุตสาหกรรมยาสูบไม่สามารถที่จะแสดงความโปร่งใสได้ ก็เพราะผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

4. การควบคุมกำกับตนเอง (Self-regulation) ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก Gro Harlem Brundlandt กล่าวว่ายังไม่เห็นหลักฐานใดๆ ที่บ่งชี้ว่าอุตสาหกรรมยาสูบมีความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

เมื่อบริษัทบริทิช อเมริกัน โทแบคโก ฟิลิป มอร์ริส และ แจแปน โทแบคโก ประกาศอาสาควบคุมการทำการตลาด นักวิเคราะห์ทางการเงินไม่ได้หวังว่ายอดขายจะลดลง การประกาศควบคุมกำกับตนเองเป็นเพียงการสร้างภาพลักษณ์ของอุตสาหกรรมยาสูบเท่านั้น

พฤติกรรมองค์กรของอุตสาหกรรมยาสูบที่ผ่านมาไม่ได้สร้างความน่าเชื่อถือใดๆเพราะมีวาระซ่อนเร้นทางธุรกิจเสมอ ด้วยเหตุนี้รายงานการวิเคราะห์ขององค์การอนามัยโลกบ่งชี้ว่า การทำกิจกรรมเพื่อสังคมและอุตสาหกรรมยาสูบเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกัน จากการศึกษาเอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบบ่งชี้ว่าอุตสาหกรรมยาสูบใช้ความพยายามทั่วโลกอย่างเป็นระบบในการ

บ่อนทำลายนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบและความก้าวหน้าในการวิจัย อุตสาหกรรมยาสูบเรียกร้องให้สาธารณชนและองค์การอนามัยโลก มองอุตสาหกรรมยาสูบในมุมมองใหม่โดยอ้างว่า อุตสาหกรรมยาสูบได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากในอดีตที่เคยขัดขวาง เบี่ยงเบนผลงานวิจัยที่สำคัญเกี่ยวกับยาสูบ แล้ว

บริษัท ฟิลิป มอร์ริส ใช้เงินจำนวนมหาศาลในการประชาสัมพันธ์โครงการที่ตนสนับสนุน เช่น การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อลดกระแสการถูกตำหนิจากสังคม และสร้างภาพให้ดูเหมือนอุตสาหกรรมอื่นๆ ทั่วๆ ไป ทั้งนี้เพื่อทำให้ท่าทีของรัฐและชุมชนที่มีต่ออุตสาหกรรมยาสูบอ่อนลง อุตสาหกรรมยาสูบจะเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคมได้อย่างไรเมื่อบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 4.9 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี เอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบฉบับหนึ่งบันทึกว่า ‘ข้อเสนอหนึ่งคือ เราจะเริ่มแสดงให้เห็นว่าอุตสาหกรรมยาสูบพยายามไม่ส่งเสริมให้เยาวชนสูบบุหรี่ แน่นอนว่านี่เป็นการแสดงความจริงใจแบบหลอกๆ (phoney) อย่างที่พวกเราทราบกันดี’

ชุมชนธุรกิจต่างๆ กลุ่มผู้บริโภค และสาธารณชนทั่วไปควรจะรวมตัวและร่วมมือกับผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้งชุมชนสาธารณสุข ในการที่จะเฝ้าระวังและมองด้วยความระมัดระวังเกี่ยวกับพฤติกรรมการเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ เพราะมีหลักฐานน้อยมากที่บ่งชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและจุดมุ่งหมายของอุตสาหกรรมยาสูบ

กลยุทธ์ของฟิลิป มอร์ริส ในการวางกรอบความคาดหวังของสังคมต่อองค์กร (Yang and Malone. 2008)

การเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ ถูกมองว่าเป็นความพยายามที่จะหลีกเลี่ยง กฎ ระเบียบ เบี่ยงเบนไปจากการพิจารณาโครงสร้าง และเปลี่ยนแปลงความหมายของจริยธรรม ผู้ชี้นำทางด้านสาธารณสุขสังเกตถึงความขัดแย้งทางหลักการพื้นฐานระหว่างการอ้างของอุตสาหกรรมยาสูบในการเป็นองค์กรธุรกิจที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม และพฤติกรรมการส่งเสริมผลิตภัณฑ์แห่งความตายมาโดยตลอด

ผู้บริหารของ ฟิลิป มอร์ริส รู้สึกว่า อุตสาหกรรมยาสูบมีความแปลกแยกและแตกต่างไปจากค่านิยมของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การที่จะทำให้สังคมมองว่า อุตสาหกรรมยาสูบเป็นองค์กรธุรกิจที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ได้รับความเชื่อมั่นจากสังคมและการเมือง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้มั่นใจว่าได้ทำให้สภาพแวดล้อมทางการเมืองเป็นไปในทางบวกสำหรับองค์กรซึ่งหมายถึงว่าจะได้รับการยอมรับจากสังคมว่าอุตสาหกรรมยาสูบเป็นองค์กรธุรกิจธรรมดาทั่วๆ ไปองค์กรหนึ่ง

ในปี ค.ศ. 2002 Kenneth Warner เสนอ 10 ประเด็นที่อุตสาหกรรมยาสูบควรจะดำเนินการเพื่อแสดงความรับผิดชอบอย่างจริงใจ ซึ่งทั้ง 10 ข้อนี้ยังไม่มีอุตสาหกรรมยาสูบบริษัทใดดำเนินการตามข้อเสนอแนะ

1. ยุติการโฆษณาและส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ

2. ร่วมมือกับการขึ้นราคายาสูบ
3. ยุติโครงการที่ไม่ได้ผลของอุตสาหกรรมยาสูบในการป้องกันเยาวชนจากการสูบบุหรี่
4. ยุติการต่อต้านนโยบายสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่
5. ยุติการบริจาคให้นักการเมืองและพรรคการเมือง
6. ให้งบประมาณหน่วยงานอิสระในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบ
7. ยุติการให้เงินวิจัย เพื่อ 'ปิดปาก' นักวิจัย
8. ใช้หีบห่อที่เรียบง่ายและไม่มีสีสรร รวมทั้งพิมพ์ภาพสี่สีแทนคำเตือน
9. ทำตามกฎ ระเบียบของกระทรวงยุติธรรมประเทศสหรัฐอเมริกา
10. เอื้ออำนวยให้ดำเนินการตามกฎ ระเบียบ การควบคุมยาสูบของรัฐบาลกลางประเทศสหรัฐอย่างมีประสิทธิผล

ผู้บริหารระดับสูงของ ฟิลิป มอร์ริส มีเป้าประสงค์ในการใช้กิจกรรมเพื่อสังคมเป็นการป้องกันเชิงรุกในการจัดการประเด็นทางด้านการเมืองและสังคมซึ่งจะมีผลกระทบต่อธุรกิจ ชื่อเสียงขององค์การและการเป็นคดีฟ้องร้อง ในปัจจุบันบริษัทต่างๆ ในเครือ ฟิลิป มอร์ริส เป็นที่รู้จักในชื่อของ Altria ในแผ่นพับประชาสัมพันธ์ของบริษัทให้รายละเอียดว่า 'Altria มาจากคำว่า altus ซึ่งหมายถึง สูงส่ง เป็นเครื่องหมายขององค์กรที่ยิ่งใหญ่อยู่แล้วแต่กำลังก้าวไปสู่ความยิ่งใหญ่มากขึ้นด้วยความมุ่งมั่นในความรับผิดชอบต่อสังคมและเพื่อความสอดคล้องทั้งด้านความคิดและพฤติกรรมในการทำสิ่งที่ดีสำหรับชุมชน'

อุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติพยายามอย่างยิ่งที่จะทำให้สาธารณชนยอมรับและผู้ลงทุนเกิดความเชื่อมั่นในการเป็นองค์กรธุรกิจที่ดีโดยยึดหลักการของการเป็นองค์กรธุรกิจที่รับผิดชอบต่อสังคม บริษัท ฟิลิป มอร์ริส มีเป้าประสงค์ขององค์กรในการทำกิจกรรมเพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมดังต่อไปนี้ (Hirschhorn N. 2004)

1. เพื่อกอบกู้ชื่อเสียงกลับคืนมา
2. เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจสำหรับพนักงาน
3. เพื่อลด หรือทุเลาการฟ้องร้องในอนาคตเพื่อเพิ่มมูลค่าหุ้นขององค์กร

เมื่อเดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. 1998 อุตสาหกรรมยาสูบถูกตัดสินจากศาลในรัฐ มินเนโซตา ประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนหนึ่งของคำพิพากษาที่อุตสาหกรรมยาสูบต้องปฏิบัติคือ จะต้องเผยแพร่เอกสารภายในขององค์กรนับล้านๆ หน้าให้แก่สาธารณชน การตัดสินของศาลในครั้งนี้เป็นภัยคุกคามอย่างยิ่งต่อคดีความอื่นๆ ที่กำลังตามมาในรัฐต่างๆ ของอเมริกา ดังนั้นอุตสาหกรรมยาสูบจึงยินยอมทำข้อตกลงประวัติศาสตร์กับอัยการของรัฐในเดือนพฤศจิกายน ปี ค.ศ. 1998 ที่เรียกว่า Master Settlement Agreement (MSA)

ประเด็นสำคัญของข้อตกลงคือ อุตสาหกรรมยาสูบจะต้องจ่ายเงินจำนวนกว่า 2 แสนล้านเหรียญสหรัฐให้แก่รัฐต่างๆ และเอกสารทุกชิ้นที่ 'ค้นพบ / เปิดเผย' ในคดีต่างๆ จนถึงปี

ค.ศ. 2010 จะต้องถูกนำมาเผยแพร่บนเว็บไซด์ เวิร์ด ไวด์ เว็บ ในปัจจุบัน เอกสารจำนวน 40 ล้านชิ้นที่เป็นเอกสารลับเฉพาะภายในอุตสาหกรรมยาสูบ ทั้งบันทึกข้อความ เอกสารทางโทรสาร รายงาน และ จดหมายต่างๆ ถูกนำมาเผยแพร่สำหรับผู้ที่สนใจ (ดูได้ทางเว็บ http://legacy.library.ucsf.edu/)

เมื่อความลับต่างๆ ภายในองค์กรถูกเปิดเผยดังกล่าว อุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติจึงเปลี่ยนกลยุทธ์ใหม่ด้วยการสร้างภาพลักษณ์ใหม่ในการเป็นองค์กรที่มีจริยธรรม คือยอมรับว่าการสูบบุหรี่มีภัยต่อสุขภาพ แต่ใช้คำพูดที่ระมัดระวัง ดังเช่นที่ บริษัท บริทิช อเมริกัน โทแบคโก เขียนใน 'รายงานทางสังคม' (Social Report) ประจำปี ค.ศ. 2003/4 ว่า 'บทบาทหลักของเรา คือ การยอมรับหน่วยงานทางสุขภาพที่เป็นกระบอกเสียงของสาธารณะเกี่ยวกับอันตรายทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ในขณะเดียวกันสื่อสารเกี่ยวกับองค์กรอย่างชัดเจน' แปลความคือ 'เรายอมรับข้อเท็จจริงของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ แต่เราจะแสดงความชัดเจนให้รัฐบาลได้รับทราบในมุมมองของเราเกี่ยวกับการถูกบังคับให้พิมพ์ภาพคำเตือนบนหีบห่อ / ซอง ของยาสูบเกี่ยวกับอันตรายทางสุขภาพของยาสูบ' (Chapman S. 2004)

กรณีศึกษามหาวิทยาลัยต่างๆ ที่ได้รับเงินสนับสนุนจากบริษัท ฟิลิป มอร์ริส สหรัฐอเมริกา

เอกสารจากหน่วยงานของบริษัท ฟิลิป มอร์ริส ที่ใช้ชื่อว่า Philip Morris External Research Program มีรายชื่อของนักวิจัยจากสถาบันต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัย จอห์นส ฮอบกิ้นส์ มหาวิทยาลัย แห่ง วิสคอนซิน ที่เมือง แมดิสัน มหาวิทยาลัย บอสตัน มหาวิทยาลัยแห่ง มิชิแกน มหาวิทยาลัย นิวยอร์ค มหาวิทยาลัย ฮาร์วาร์ด มหาวิทยาลัยแห่งแคลิฟอร์เนีย ที่เมือง ริเวอร์ไซด์ มหาวิทยาลัยแห่ง อิลลินอยส์ มหาวิทยาลัยแห่ง เนบราสก้า มหาวิทยาลัยแห่ง มินเนโซต้า มหาวิทยาลัย คอร์แนล มหาวิทยาลัย ทูเลน มหาวิทยาลัย ดุ๊ค เป็นต้น

เมื่อเดือนมิถุนายน ปีค.ศ. 2004 บริษัท ฟิลิป มอร์ริส ยู เอส เอ มอบเงินจำนวน 15 ล้านเหรียญสหรัฐแก่มหาวิทยาลัย ดุ๊ค สำหรับงบการวิจัย 3 ปี เพื่อพัฒนา ประเมิน และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ ต่อมาในเดือนตุลาคมปีค.ศ. 2006 บริษัท ฟิลิป มอร์ริส ยู เอส เอ ให้เงินสนับสนุนการวิจัยเพิ่มอีก 15 ล้านเหรียญสหรัฐระหว่างเดือนมิถุนายน ปีค.ศ. 2007 ถึงเดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. 2010 เพื่อหาวิธีการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิผล (Grants – Philip Morris USA. 2009)

เงินจำนวน 30 ล้านเหรียญนี้ใช้ในการจัดตั้ง Duke Center for Nicotine and Smoking Cessation Research (CNSCR) ถึงแม้จะได้รับการร้องขอจากสมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Medical Association) ให้ปฏิเสธการรับเงินจำนวนดังกล่าว Adam Goldstein แห่งมหาวิทยาลัย น้อร์ธ แคโรไลน่า เมือง แชปเปิ้ล ฮิล ตั้งข้อสงสัยในเจตนาของการให้เงินวิจัยดังกล่าวเพราะเขาเชื่อว่าอุตสาหกรรมยาสูบไม่ได้สนใจหรือจริงจังกับการวิจัย แต่สนใจการตลาดมากกว่า (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

เมื่อต้นปี ค.ศ. 2007 มีรายงานว่า มหาวิทยาลัยแห่ง เวอร์จิเนีย ได้รับเงินสนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์ และ ด้านผู้นำทางธุรกิจ จากบริษัท ฟิลิป มอร์ริส ยู เอส เอ เป็นจำนวนเงิน 25 ล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่ง 20 ล้านเหรียญจะใช้สนับสนุนงานวิจัยและโครงการต่างๆในคณะแพทย์ศาสตร์ ซึ่งรวมถึงความร่วมมือระหว่างคณะแพทย์ศาสตร์และคณะพาณิชยศาสตร์ เช่น การป้องกันเยาวชนไม่ให้เริ่มสูบบุหรี่ การพัฒนาประสิทธิผลในคลินิกเพื่อเลิกสูบบุหรี่ และลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ ส่วนที่เหลืออีก 5 ล้านเหรียญจะใช้สนับสนุนการขยายความสัมพันธ์ระหว่างบริษัท ฟิลิป มอร์ริส และคณะพาณิชย์ศาสตร์ ในการพัฒนาผู้นำและประเด็นอื่นๆที่สำคัญในด้านธุรกิจ ก่อนหน้าที่มหาวิทยาลัยแห่งเวอร์จิเนีย จะได้รับเงินสนับสนุนการวิจัยดังกล่าว บริษัท ฟิลิป มอร์ริส ยู เอส เอ ได้มอบเงินสนับสนุนจำนวน 2.3 ล้านเหรียญสหรัฐ สำหรับคณะนิติศาสตร์ สถาบัน ซอเร็นเซ็นเพื่อผู้นำทางด้านการเมือง และคณะบริหารธุรกิจ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ และ คณะแพทย์ศาสตร์ 15 แห่งได้ปฏิเสธเงินสนับสนุนการวิจัยจากอุตสาหกรรมยาสูบ ในระยะไม่กี่ปีที่ผ่านมา คณะบริหารธุรกิจของมหาวิทยาลัย เท็กซัส ที่เมืองออสตินห้ามรับเงินจากอุตสาหกรรมยาสูบ เช่นเดียวกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ของมหาวิทยาลัยต่อไปนี้ มหาวิทยาลัย ฮาร์วาร์ด มหาวิทยาลัย จอห์นส ฮอบกินส์ มหาวิทยาลัยแห่งรัฐแคโรไลน่าเหนือ มหาวิทยาลัยแห่งรัฐโอไฮโอ และสถาบันอื่นๆ บทความวิจารณ์โดย Steve Heilig (บรรณาธิการวารสาร Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics) เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2008 รายงานว่า บริษัท ฟิลิป มอร์ริส ได้สนับสนุนงบประมาณการวิจัยเกี่ยวกับการเสพติดนิโคตินจำนวน 6 ล้านเหรียญสหรัฐแก่มหาวิทยาลัยแห่งแคลิฟอร์เนียที่ลอสแองเจลิส (UCLA) เป็นระยะเวลา 3 ปี ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยในกลุ่มวัยรุ่นและลิงในห้องทดลอง

จากเอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบ ทำให้ข้อเท็จจริงปรากฏเกี่ยวกับอิทธิพลของผู้ให้ทุนและเจตนาของการให้ทุน เป็นผลให้ในปัจจุบันวารสารทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ชั้นนำ ออกกฎและนโยบายที่เข้มงวดเกี่ยวกับการมี ‘ผลประโยชน์ทับซ้อน’ (conflict of interest) ซึ่งทำให้มหาวิทยาลัยหลายแห่งนำนโยบายที่เข้มงวดดังกล่าวมาใช้ และห้ามการรับทุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ เพราะมองว่าการให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจากอุตสาหกรรมยาสูบเป็นเพียง ‘การตลาด’ รูปแบบหนึ่ง (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

อุตสาหกรรมยาสูบใช้วิธีการเป็นองค์กรธุรกิจที่รับผิดชอบต่อสังคมเป็นอาวุธในการต่อสู้

การเป็นองค์กรธุรกิจที่รับผิดชอบต่อสังคมกลายเป็นเส้นทางสู่ความชอบธรรมและปรับปรุงการประชาสัมพันธ์ขององค์กรธุรกิจต่างๆ รวมทั้งอุตสาหกรรมยาสูบ แม้จะได้สมญานามว่าพ่อค้าแห่งความตาย แต่อุตสาหกรรมยาสูบพยายามทุกวิถีทางในการที่จะเป็นที่ยอมรับเหมือนอุตสาหกรรมอื่นๆทั่วๆ ไป อุตสาหกรรมยาสูบใช้กลยุทธ์กิจกรรมการเป็นองค์กรธุรกิจที่รับผิดชอบต่อสังคมเป็นเครื่องมือในการปกป้องตนเองเวลาถูกโจมตี และใช้เป็นอาวุธในการตอบโต้เพื่อเปลี่ยนมุมมองของสาธารณะ เช่น บริษัทยาสูบแห่งหนึ่งใช้กลยุทธ์ที่เรียกว่า ‘การปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสังคม’ (societal alignment) ไม่เพียงแต่จะทำให้สาธารณะเชื่อมั่นว่าอุตสาหกรรม

ยาสูบได้เปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินการทางธุรกิจเท่านั้น แต่พยายามในเชิงรุกเพื่อหล่อหลอมความคาดหวังของสังคมว่าการเปลี่ยนแปลงแบบไหนที่เป็นที่ยอมรับได้

การทำให้อุตสาหกรรมยาสูบเป็นอุตสาหกรรมที่ไม่ธรรมดา (Tobacco Industry Denormalization) โดยกลุ่มชี้แนะทางสุขภาพ เปิดเผยให้เห็นความผิดปกติทางพฤติกรรมองค์กร เช่น การตลาดที่หลอกลวง (deceptive marketing) การบิดเบือนข้อเท็จจริงทางวิทยาศาตร์การแพทย์ (manipulation of science) สิ่งเหล่านี้ทำให้ท่าทีของสาธารณะเป็นไปในทางลบต่ออุตสาหกรรมยาสูบ งานวิจัยบ่งชี้ว่าท่าทีต่อต้านอุตสาหกรรมยาสูบมีผลต่อการลดการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้บรรลุนิติภาวะ และกลุ่มผู้ใหญ่ทั้งวัยเริ่มทำงานและวัยกลางคน ผลประโยชน์อีกอย่างหนึ่งของสาธารณะที่มีท่าทีทางลบต่ออุตสาหกรรมยาสูบคือ แรงสนับสนุนต่อการออกกฎระเบียบ นโยบาย ที่เข้มงวด

การศึกษาจากเอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบบ่งชี้ว่า อุตสาหกรรมยาสูบเปลี่ยนแปลงท่าทีและการดำเนินการทางธุรกิจก็ต่อเมื่อความคิดเห็นสาธารณะและความกดดันทางการเมืองบังคับให้อุตสาหกรรมยาสูบต้องเปลี่ยนแปลง บริษัท ฟิลิป มอร์ริส พยายามเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์องค์กรในปี ค.ศ. 1999 ด้วยการใช้กลยุทธ์ 'การปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสังคม' (societal alignment) ด้วยการประชาสัมพันธ์ และสื่อสารกับสาธารณะครั้งใหญ่โดยยอมรับว่าจะไม่โต้แย้งภาคสุขภาพและสาธารณสุขเกี่ยวกับอันตรายทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ อุตสาหกรรมยาสูบตระหนักว่าตนไม่มีความน่าเชื่อถือในทุกด้าน ทั้งกลยุทธ์การวิจัยทางวิทยาศาสตร์ การเป็นคดีความ และการกำหนดนโยบาย รวมทั้งมุมมองจากสื่อสารมวลชน (Friedman LC. 2009.)

ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายควบคุมยาสูบชั้นนำ 2 คนกล่าวหาอุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติว่าทำลายอุดมการณ์ของการเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคม (CSR) โดยใช้แนวคิดของการเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจออกไปจากผลิตภัณฑ์แห่งความตายและพฤติกรรมการดำเนินธุรกิจที่เคลือบแคลงและน่าสงสัย

Jeff Collin อาจารย์จากศูนย์การเปลี่ยนแปลงโลกและสุขภาพ (Center on Global Change and Health) และ Anna B. Gilmore นักวิจัยจากศูนย์แห่งยุโรปด้านสุขภาพสังคมในการเปลี่ยนผ่าน (European Center on the Health of Societies in Transition - ECOHOST) ซึ่งทั้งสองประจำอยู่ที่ London School of Hygiene & Tropical Medicine ได้กล่าวหาอุตสาหกรรมยาสูบในวารสาร Global Social Policy ว่าฉวยโอกาสตักตวงผลประโยชน์จากแนวคิดของการเป็นองค์กรเพื่อสังคมในการทำให้เกิดการยอมรับและความชอบธรรมจากกลุ่มผู้ถือหุ้น ผู้กำหนดนโยบาย และสาธารณชน (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

องค์การอนามัยโลกวิเคราะห์การเป็นองค์กรเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ

เอกสารขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้บริโภค พนักงาน และผู้จัดการต่างก็คาดหวังว่าบริษัทต่างๆ โดยเฉพาะองค์กรข้ามชาติขนาดใหญ่ จะมีบทบาทที่

มากกว่าบทบาททั่วๆ ไปในการผลิตและจัดจำหน่ายเพื่อแสวงหาผลกำไรจากการดำเนินกิจการธุรกิจ ในมุมมองของสาธารณะ ลำพังแต่เพียงการสร้างงานและการเสียภาษีไม่เป็นการเพียงพอสำหรับองค์กรเอกชนในการที่จะทำประโยชน์ให้แก่สังคม

รายงานการศึกษาซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร การแพทย์บริทิช (British Medical Journal) ให้รายละเอียดเกี่ยวกับทุนการวิจัยและเงินบริจาคจากอุตสาหกรรมยาสูบ รวมทั้งการแต่งตั้งผู้แทนจากบริษัทยาสูบให้มีตำแหน่งในมหาวิทยาลัย จากจำนวนมหาวิทยาลัย 90 แห่ง และคณะแพทย์ศาสตร์ 16 แห่ง 39% ได้รับเงินบริจาคจากอุตสาหกรรมยาสูบและ คณะแพทย์ศาสตร์ 4 ใน 16 แห่งได้รับทุนวิจัย จากอุตสาหกรรมยาสูบ ในระหว่างปี ค.ศ. 1996-2001 ผู้แทนจากอุตสาหกรรมยาสูบได้รับการแต่งตั้งจากมหาวิทยาลัยต่างๆ 26 ตำแหน่ง รวมทั้งตำแหน่ง ประธาน อธิการ และผู้อำนวยการ ตลอดจนตำแหน่งในโรงพยาบาลต่างๆ ที่สอนนักศึกษาแพทย์ การได้รับการแต่งตั้งจากมหาวิทยาลัยต่างๆ เป็นช่องทางการแทรกซึมของอุตสาหกรรมยาสูบเข้าไปในสถาบันที่มีชื่อเสียง นับเป็นการ ‘ปิดปาก’ และการทำให้เกิด ‘ความเมินเฉย’ ในการต่อต้านอุตสาหกรรมยาสูบ

ถึงแม้อุตสาหกรรมยาสูบจะพยายามทำให้องค์กรธุรกิจของตนเป็นที่ยอมรับด้วยการทำกิจกรรมเพื่อประโยชน์ต่อสังคม แต่ความจริงคือ อุตสาหกรรมยาสูบพยายามที่จะป้องกันไม่ให้มีการดำเนินการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการควบคุมยาสูบ (Bialous S. 2007.)

ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกได้แต่งตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญในปี ค.ศ. 1999 เพื่อศึกษาเอกสารภายในของอุตสาหกรรมยาสูบ และพบว่า อุตสาหกรรมยาสูบพยายามที่จะบ่อนทำลายนโยบายการควบคุมยาสูบทั่วโลก รวมทั้งการพัฒนาวิจัยเกี่ยวกับยาสูบ คณะกรรมการชุดนี้พบเอกสารที่บ่งชี้ว่าอุตสาหกรรมยาสูบมองว่าองค์การอนามัยโลกคือศัตรูที่สำคัญ และวางแผนกลยุทธ์ในการควบคุม ทำให้การควบคุมยาสูบไร้ผล และปรับเปลี่ยนแนวทางการควบคุมยาสูบ

วิธีการของอุตสาหกรรมยาสูบคือ เบี่ยงเบนประเด็นจากสาธารณสุข พยายามลดงบประมาณขององค์การอนามัยโลกที่เกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ บิดเบือนข้อเท็จจริงของงานวิจัยและดูหมิ่นองค์การอนามัยโลก

กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เป็นสิ่งที่ใช้เป็นมาตรฐานในการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผล ดังนั้น ข้ออ้างและกิจกรรมต่างๆของอุตสาหกรรมยาสูบในการเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคม เป็นเพียงแค่ ‘ม่านควัน’ ที่ปกปิดความเป็นจริงและพฤติกรรมที่แท้จริงของอุตสาหกรรมยาสูบ

ดังนั้น อุตสาหกรรมยาสูบและการเป็นองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคม เป็นสิ่งที่ขัดแย้งกันอย่างสิ้นเชิง (Tobacco Free Initiative, World Health Organization. 2004)

องค์การอนามัยโลกได้วิเคราะห์ว่าการที่อุตสาหกรรมยาสูบดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคม เช่นการอุปถัมภ์รายการศิลปวัฒนธรรม มีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 2553)

1. เป็นการส่งเสริมบริษัทบุหรี่โดยใช้บุคคลผู้เป็นแบบอย่าง ผู้บริโภคโดยเฉพาะอย่างยิ่งเยาวชนจะถูกแนะนำให้เชื่อมโยงการสูบบุหรี่กับศิลปินและผู้ประสบความสำเร็จด้านวัฒนธรรมที่มีชื่อเสียง

2. เป็นการส่งเสริมบริษัทบุหรี่โดยกิจกรรมทางการตลาด เช่น การแสดงสัญลักษณ์บุหรี่ตั้งที่ห้องโถงแสดงงานศิลปวัฒนธรรม การแถลงข่าวการจัดงานทางสื่อมวลชนโดยใช้ชื่อบริษัทบุหรี่เป็นผู้อุปถัมภ์

3. เป็นการส่งเสริมบริษัทบุหรี่โดยการมีบุญคุณ เช่นเป็นกรรมการตัดสินให้ได้รับค่าตอบแทนหรือให้ได้รับการสนับสนุนการเดินทางไปต่างประเทศ เป็นต้น ซึ่งจะทดแทนบุญคุณบริษัทบุหรี่โดยการสนับสนุน หรือเป็นปากเสียงแทนให้แก่บริษัทบุหรี่ในกรณีที่ถูกกดดัน หรือถูกกระทบจากกฎหมาย หรือเสียงคัดค้านจากการรณรงค์ต่างๆ

กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบบอกความจริงเกี่ยวกับการเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ

การประชุมกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ (Conference of the Parties – COP) ที่เมือง Durban ประเทศ แอฟริกาใต้ในเดือนพฤศจิกายน ปี ค.ศ. 2008 ได้เตือนให้เกิดความตระหนักว่าอุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติไม่ได้มีความใจกว้าง หรือความจริงใจใดๆต่อสังคม การบริจาคเงินให้แก่องค์กรสาธารณกุศล การสนับสนุนกิจกรรมต่างๆเพื่อสังคม หรือโครงการรณรงค์ต่างๆโดยอุตสาหกรรมยาสูบ โดยข้อเท็จจริงแล้วเป็นเครื่องมือทางการตลาดเพื่อสร้างภาพและมีจุดประสงค์เพื่อหาพรรคพวกและดึงดูดใจสาธารณชนทั่วๆไป นอกจากนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของการไล่ล่ากลุ่มคนรุ่นใหม่เพื่อให้เป็นเหยื่อของยาสูบ

ความขัดแย้งกันระหว่างพฤติกรรมของการมีจริยธรรมและการขายผลิตภัณฑ์แห่งความตาย เป็นสิ่งที่ทำให้กลุ่มที่รณรงค์เพื่อการควบคุมยาสูบไม่เชื่อในการทำความดีของอุตสาหกรรมยาสูบ กิจกรรมเพื่อสังคมนับเป็นเครื่องมือทางการตลาดที่มีพลังอย่างมาก โครงการต้นแบบ ‘การสอดคล้องกับกระแสสังคม’ (Societal Alignment) ของบริษัท ฟิลิป มอร์ริส เป็นการปรับเปลี่ยนกระแสสังคม **มากกว่า** การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมองค์กร ทั้งนี้เพื่อให้อุตสาหกรรมยาสูบดำเนินธุรกิจได้อย่างปกติ อุตสาหกรรมยาสูบใช้กลยุทธ์การบริจาคเงินเพื่อปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์องค์กร เพื่อการโน้มน้าวผู้กำหนดนโยบายและการมีอิทธิพลเหนือนโยบายสาธารณสุข (Hastings G and Liberman J. 2009.)

ผลตอบแทนที่อุตสาหกรรมยาสูบได้รับจากการทำกิจกรรมเพื่อสังคมคือการได้รับความนับถือ การเป็นที่ยอมรับ และสิทธิในการดำเนินธุรกิจต่อไปเพื่อการเจริญเติบโต อีกนัยหนึ่งคือความเสียหายจะตกอยู่กับผู้บริโภคยาสูบ การติดสารเสพติด และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

สรุป

มาตรการในการต่อสู้กับการดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบคือนอกจากรัฐบาลของประเทศต่างๆ จะจัดเก็บภาษีสรรพสามิตยาสูบ (dedicated tax or ‘sin

tax’) เพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ หรือพัฒนาสังคม และดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยได้รับงบประมาณจากภาษีสรรพสามิตผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อรัฐบาลและชุมชนมากกว่าที่จะหวังพึ่งโครงการเพื่อสังคมโดยการอุปถัมภ์จากอุตสาหกรรมยาสูบแล้ว รัฐบาลของประเทศต่างๆ จำเป็นที่จะต้องออกกฎ ระเบียบ ห้ามอุตสาหกรรมยาสูบเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับกิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบเป็นผู้สนับสนุนหรืออุปถัมภ์โครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ

อุตสาหกรรมยาสูบไม่ควรได้รับอนุญาตให้ใช้ชื่อบริษัท หรือยี่ห้อผลิตภัณฑ์ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคมต่างๆ เนื่องจากอุตสาหกรรมยาสูบใช้โครงการเพื่อสังคมเป็นเครื่องมือในการเผยแพร่ภาพลักษณ์ของการเป็นองค์กรเพื่อสังคม และธรรมชาติที่แท้จริงของธุรกิจอุตสาหกรรมยาสูบเป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามกับ ‘ความรับผิดชอบต่อสังคม’ ดังนั้น การใช้ชื่อบริษัท หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมต่างๆ จะทำให้สังคมเข้าใจผิด และสับสน

การใช้มาตรา 5.3 ของกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบในการควบคุมการดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ คือ

- ห้ามการมีผลประโยชน์ทับซ้อนสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดตั้งและดำเนินการตามนโยบายการควบคุมยาสูบ
- ป้องกันมิให้รัฐบาลเป็นพันธมิตร หรือร่วมมือกับอุตสาหกรรมยาสูบ ห้ามอุตสาหกรรมยาสูบบริจาคเงิน หรือมอบสิ่งของ อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ให้แก่เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือองค์กร หน่วยงาน และสถาบันของรัฐ
- ภาครัฐควรหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์กับอุตสาหกรรมยาสูบและตั้งกฎที่เข้มงวดถ้าหากจำเป็นที่จะต้องพบกับผู้แทนจากอุตสาหกรรมยาสูบ
- ถ้าหากจะมีการพบกันระหว่างผู้แทนจากภาครัฐและอุตสาหกรรมยาสูบ ต้องทำให้เกิดความโปร่งใส
- ปฏิเสธกิจกรรม ‘การเป็นองค์กรธุรกิจเพื่อสังคม’ โดยอุตสาหกรรมยาสูบ

เอกสารอ้างอิง

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ (2553). การประมวลองค์ความรู้และกรณีศึกษาจากทั้งในประเทศและต่างประเทศ **เกี่ยวกับการดำเนินการในลักษณะองค์การเพื่อสังคมโดยอุตสาหกรรมยาสูบ** สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานส่งเสริมสุขภาพไทย (สสท.) หน้า 12-13; หน้า 58-59; หน้า 60; หน้า 30; หน้า 35

Anonymous. (Undated). Talking about Social Reporting. Bates numbers: 325339800-325339814, 325339811.

Bialous S. (2007). Corporate Social Responsibility Programs. Tobacco Policy International; Tobacco Free Nurses Initiative. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Available at www.jhbsh.edu.org Retrieved on January 15, 2009

Burton B and Rowell A. (2002). British American Tobacco's Socially Responsible Smoke Screen PR Watch / Fourth Quarter.

Chapman S. (2004). Advocacy in action: extreme corporate makeover interrupts denormalising tobacco industry corporate schmoozing. Tobacco Control Journal 13: 445-447.

Friedman LC. (2009). Tobacco Industry Use of Corporate Social Responsibility Tactics as a Sword and a Shield on Secondhand Smoke Issues. Journal of Law, Medicine & Ethics; Winter, p. 819-827.

Grants – Philip Morris USA. (Undated). Available at http://www.philipmorrisusa.com/en/cms/Responsibility/Supporting_Cessation Retrieved on August 3, 2009.

Hastings G and Liberman J. (2009). Tobacco corporate social responsibility and fairy godmothers: the Framework Convention on Tobacco Control slays a modern myth. Tobacco Control Journal Vol. 18, No. 2: 73-74. Downloaded from tobaccocontrol.bmj.com on March 27, 2009.

Hirschhorn N. (2004). Corporate Social Responsibility and the tobacco industry: hope or hype? Tobacco Control 13: 447-453.

Malone RE, Smith E, McDaniel P, Tesler L, Collin J, Fooks G, Bialouse SA. (2009, March 8-12). Is the tobacco industry legitimate? Perspectives on tobacco industry 'corporate social responsibility' initiatives. 14th WCTOH, Mumbai, India, Available at http://www.14wctoh.org/abstract/abs_detail.asp?AbstractID=52 Retrieved on December 24, 2009.

Palazzo G, Richter U. (2005). CSR business as usual? The Case of Tobacco Industry; Journal of Business Ethics, Vol. 61: 387-401.

Prideaux, M. (2000). Meeting Reasonable Public Expectations of a Responsible Tobacco Company. Bastes numbers: 325049576-325049595, 325049576. Available at http://legacy.library.ucsf.edu/tid/hwg61a99, Retrieved on August 15, 2009.

Tobacco Free Initiative, World Health Organization. (2004). Tobacco Industry and Corporate Responsibility ….and inherent contradiction. Available at http://www.who.int/tobacco/communication/CSR_report.pdf Retrieved on January 31, 2009.

Yang JS and Malone RE. (2008, October 9). "Working to shape what society's expectations of us should be": Philip Morris' societal alignment strategy. Tobacco Control 17:391-398.

คำพิพากษาที่น่าสนใจ

คำพิพากษาศาลฎีกานี้ บรรณาธิการได้รวบรวมจากระบบสืบค้นคำพิพากษา คำสั่งคำร้อง และคำวินิจฉัยศาลฎีกา ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศาลฎีกา ในวารสารนี้ได้นำเสนอคำพิพากษาศาลฎีกา 2 เรื่อง ซึ่งบรรณาธิการคาดว่าจะเป็นประโยชน์ไม่เฉพาะแต่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับวงการยุติธรรม แต่ยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้บริหารองค์กรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่ประสงค์จะใช้กฎหมายเหล่านี้

1. สัญญาที่มีเงื่อนไขและการใช้สิทธิเรียกร้อง

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 5573/2552

ย่อฎีกา

ตามสัญญาระบุว่า จำเลยที่ 3 ยินดีที่จะให้การช่วยเหลือโจทก์ที่ได้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพและอาการป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาประมาณ 5 ปี เป็นเงินจำนวนหนึ่งไม่เกิน 500,000 บาท โดยจำเลยที่ 3 จะนำเรื่องนี้ไปปรึกษาคณะกรรมการบริหารของจำเลยที่ 1 ก่อนและจะแจ้งผลให้ทราบภายใน 15 วัน นับแต่วันทำสัญญาฉบับนี้ แสดงว่าข้อตกลงดังกล่าวเป็นสัญญาที่มีเงื่อนไขว่าต้องให้จำเลยที่ 3 นำไปปรึกษาคณะกรรมการบริหารของจำเลยที่ 1 ก่อน ซึ่งยังไม่แน่ว่าคณะกรรมการบริหารของจำเลยที่ 1 จะเห็นชอบและตกลงทำสัญญาดังกล่าวหรือไม่ ข้อพิพาทระหว่างโจทก์กับจำเลยที่ 1 และที่ 3 จึงยังไม่ระงับไปตามสัญญา สัญญาดังกล่าวจึงมิใช่สัญญาประนีประนอมยอมความตาม ป.พ.พ. มาตรา 850 อันมีผลเป็นการรับสภาพความรับผิดต่อโจทก์ตาม ป.พ.พ. มาตรา 193/35 การใช้สิทธิเรียกร้องในค่าเสียหายแต่ละมูลละเมิดของโจทก์จึงต้องใช้ภายใน 1 ปี นับแต่โจทก์รู้ถึงการละเมิดและรู้ตัวผู้จะพึงต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนคือเดือนพฤษภาคม 2539 โจทก์นำคดีมาฟ้องวันที่ 26 กรกฎาคม 2543 จึงล่วงพ้นเวลา 1 ปี นับแต่วันที่โจทก์รู้ถึงการละเมิดและรู้ตัวผู้จะพึงต้องใช้ค่าสินไหมทดแทน ฟ้องโจทก์จึงขาดอายุความ จำเลยทั้งห้าให้การ ขอให้ยกฟ้อง ศาลชั้นต้นพิพากษายกฟ้อง ค่าฤชาธรรมเนียมให้เป็นพับ โจทก์อุทธรณ์โดยได้รับอนุญาตให้ดำเนินคดีอย่างคนอนาถา ศาลอุทธรณ์ภาค 7 พิพากษายืน ค่าฤชาธรรมเนียมชั้นอุทธรณ์ให้เป็นพับ

ประเด็นวินิจฉัยและหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 193/35 และมาตรา 850

ข้อเท็จจริงและการวินิจฉัย

ศาลฎีกาวินิจฉัยว่า "...พิเคราะห์แล้ว ข้อเท็จจริงรับฟังเป็นยุติโดยคู่ความไม่โต้แย้งฎีกาว่า เมื่อประมาณเดือนพฤศจิกายน 2536 โจทก์มีอาการปวดท้อง ท้องอืดและคลื่นไส้ จึงไปพบนายแพทย์ อ ที่โรงพยาบาล พ เพื่อตรวจรักษา ผลการตรวจพบว่ามีก้อนเนื้ออยู่ในตับซีกซ้าย ซึ่งผลจากการตรวจก้อนเนื้อที่ตับด้วยเครื่องซีทีคอมพิวเตอร์ แพทย์มีความเห็นว่า ก้อนเนื้อดังกล่าวน่าจะเป็นปานในตับ รายละเอียดตามบัตรคนไข้ รายงานการตรวจสุขภาพและรายงานผลการตรวจคนไข้ของศาลแพ่ง แพทย์ให้รอดูอาการ 3 เดือน ต่อมาเดือนธันวาคม 2536 นายธน บุตรของโจทก์พาโจทก์ไปพบจำเลยที่ 3 ซึ่งเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาล ม เพื่อตรวจรักษา จำเลยที่ 3 ตรวจร่างกายโจทก์ประกอบผลการตรวจเลือดและผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล พ แล้ว ได้ทำการรักษาโจทก์โดยการผ่าตัดซึ่งต้องให้เลือดระหว่างผ่าตัดโดยใช้เลือดที่รับบริจาคจากสภากาชาดไทย หลังผ่าตัดโจทก์มีอาการปกติ สำหรับชิ้นเนื้อตับที่ผ่าตัดได้ส่งไปตรวจพิสูจน์พบว่าไม่ใช่มะเร็ง แต่เกิดจากเส้นเลือดโป่งพองในตับ หลังจากนั้นโจทก์มีสุขภาพไม่ดีจึงไปส่งตรวจร่างกาย เพื่อจะทำประกันชีวิตจึงทราบว่าโจทก์ติดเชื่อเอชไอวี ต่อมาเดือนมกราคม 2539 โจทก์ได้ไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล พ อีกครั้ง และได้รับการยืนยันเมื่อเดือนพฤษภาคม 2539 ว่า โจทก์ติดเชื้อเอชไอวีจริง โจทก์ไปพบจำเลยที่ 3 และขอให้จำเลยที่ 3 รับผิดชอบ จำเลยที่ 3 ชี้แจงว่า การติดเชื้อเอชไอวีอาจติดได้หลายสาเหตุ จึงไม่แน่ชัดว่าโจทก์จะติดเชื้อจากเลือดที่โจทก์รับจากสภากาชาดไทยระหว่างผ่าตัดหรือไม่ ต่อมาจำเลยที่ 1 กุมภาพันธ์ 2542 โจทก์ได้ร้องเรียนต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือร้องเรียนจนกระทั่งวันที่ 25 มกราคม 2543 โจทก์ จำเลยที่ 3 ผู้แทนสภากาชาดไทยและตัวแทนสภาทนายความได้ร่วมกันทำข้อตกลงกันตามสัญญาเอกสารหมาย จ.8

มีปัญหาต้องวินิจฉัยตามฎีกาของโจทก์ว่า จำเลยที่ 1 และที่ 3 ร่วมกันกระทำละเมิดและต้องรับผิดต่อโจทก์ตามฟ้องหรือไม่ ซึ่งศาลฎีกาจะได้วินิจฉัยในประเด็นว่า ฟ้องโจทก์ขาดอายุความหรือไม่ก่อน ในข้อนี้โจทก์และนายธน บุตรชายโจทก์เบิกความว่า หลังผ่าตัดโจทก์มีสุขภาพไม่ดี จึงคิดจะทำประกันชีวิต เมื่อมีการตรวจร่างกายจึงทราบว่าโจทก์ติดเชื้อเอดส์หรือเอชไอวีต่อมาเดือนมกราคม 2539 นายธนพาโจทก์ไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล พ จากนั้นประมาณเดือนพฤษภาคม 2539 โจทก์ได้รับการยืนยันว่าโจทก์ติดเชื้อเอดส์หรือเอชไอวี โจทก์จึงเดินทางไปพบจำเลยที่ 3 เพื่อให้จำเลยที่ 1 ถึงที่ 3 ร่วมรับผิดชอบต่อโจทก์แสดงว่าโจทก์ได้รู้ถึงการละเมิดและรู้ตัวผู้จะพึงต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2539 ซึ่งสิทธิเรียกร้องค่าเสียหายอันเกิดแต่มูลละเมิด ท่านว่าขาดอายุความเมื่อพ้นปีหนึ่ง นับแต่วันที่ผู้ต้องเสียหายรู้ถึงการละเมิด

และรู้ตัวผู้จะพึงต้องใช้ค่าสินไหมทดแทน แต่โจทก์ จำเลยที่ 1 และที่ 3 นำสืบรับกันว่าเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2543 โจทก์ จำเลยที่ 3 กับผู้แทนสภากาชาดไทยได้เจรจากันและตกลงทำสัญญาตามเอกสารหมาย จ.8 จึงมีปัญหาต้องวินิจฉัยว่า ข้อความตามสัญญาดังกล่าวเป็นการที่ลูกหนี้รับสภาพความรับผิดโดยมีหลักฐานเป็นหนังสือตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 193/35 ซึ่งมีอายุความสองปี นับแต่วันที่ได้รับสภาพความรับผิดหรือไม่ โจทก์เบิกความว่าโจทก์จำเลยที่ 3 กับผู้แทนสภากาชาดไทยได้ร่วมกันทำสัญญาดังกล่าว โดยจำเลยที่ 3 ยอมรับผิดชดใช้ค่าเสียหายแก่โจทก์แต่ตามสัญญาเอกสารหมาย จ.8 ข้อ 3 ระบุว่า จำเลยที่ 3 ยินดีที่จะให้การช่วยเหลือโจทก์ที่ได้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพและอาการป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาประมาณ 5 ปี เป็นเงินจำนวนหนึ่งไม่เกิน 500,000 บาท โดยจำเลยที่ 3 จะนำเรื่องนี้ไปปรึกษาคณะกรรมการบริหารของจำเลยที่ 1 ก่อน และจะแจ้งผลให้ทราบภายใน 15 วัน นับแต่วันทำสัญญาฉบับนี้ แสดงว่าข้อตกลงดังกล่าวเป็นสัญญาที่มีเงื่อนไขว่าต้องให้จำเลยที่ 3 นำไปปรึกษาคณะกรรมการบริหารของจำเลยที่ 1 ก่อน ซึ่งยังไม่แน่ว่าคณะกรรมการบริหารของจำเลยที่ 1 จะเห็นชอบและตกลงตามสัญญาเอกสารหมาย จ.8 หรือไม่

ข้อพิพาทระหว่างโจทก์กับจำเลยที่ 1 และที่ 3 จึงยังไม่ระงับไปตามสัญญา สัญญาเอกสารหมาย จ.8 จึงมิใช่สัญญาประนีประนอมยอมความตามความหมายแห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 850 อันมีผลเป็นการรับสภาพความรับผิดต่อโจทก์ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 193/35

การใช้สิทธิเรียกร้องในค่าเสียหายแต่มูลละเมิดของโจทก์จึงต้องใช้ภายใน 1 ปี นับแต่โจทก์รู้ถึงการละเมิดและรู้ตัวผู้จะพึงใช้ค่าสินไหมทดแทนคือเดือนพฤษภาคม 2539 โจทก์นำคดีมาฟ้องวันที่ 26 กรกฎาคม 2543 จึงล่วงพ้นเวลา 1 ปี นับแต่วันที่โจทก์รู้ถึงการละเมิดและรู้ตัวผู้จะพึงต้องใช้ค่าสินไหมทดแทน ฟ้องโจทก์จึงขาดอายุความ กรณีไม่จำต้องวินิจฉัยฎีกาข้ออื่นของโจทก์อีก ที่ศาลอุทธรณ์ภาค 7 พิพากษายกฟ้องนั้น ศาลฎีกาเห็นพ้องด้วย ฎีกาของโจทก์ฟังไม่ขึ้น" พิพากษายืน ค่าฤชาธรรมเนียมชั้นฎีกาให้เป็นพับ

2. ละเมิดลิขสิทธิ์หรือไม่ และหลักผู้รับโอนไม่มีสิทธิดีกว่าผู้โอน

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 5212/2552

ย่อฎีกา

หนังสือทั้ง 4 เล่มของโจทก์ร่วมทั้งสองดังกล่าวมีเนื้อหาที่ได้แปลมาจากวรรณกรรมภาษาต่างประเทศของเจ้าของลิขสิทธิ์ซึ่งได้รับควมคุ้มครองตาม พ.ร.บ. ลิขสิทธิ์ ฯ มาตรา 42 ประกอบ พ.ร.ฎ. เงื่อนไขเพื่อคุ้มครองลิขสิทธิ์ระหว่างประเทศ ฯ มาตรา 5 ผู้แปลและโจทก์ร่วมทั้งสอง ผู้รับโอนงานแปลต่างไม่ได้ขออนุญาตในการแปลจากเจ้าของลิขสิทธิ์งานวรรณกรรมภาษาต่างประเทศเลย จึงเป็นการดัดแปลงงานอันมีลิขสิทธิ์ของผู้อื่นโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายและไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายแต่อย่างใด การที่โจทก์อ้างว่าขณะแปลยังไม่มี พ.ร.บ.ลิขสิทธิ์ ฯ เพราะหนังสือทั้ง 4 เล่มดังกล่าวได้ตีพิมพ์เผยแพร่ก่อนปี 2537 ทุกเล่มแล้ว ต่อมาหลัง พ.ร.บ. ลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537 ประกาศใช้บังคับ โจทก์ร่วมทั้งสองได้ติดต่อสำนักพิมพ์เจ้าของลิขสิทธิ์งานวรรณกรรมภาษาต่างประเทศเพื่อจ่ายค่าลิขสิทธิ์ แต่ไม่ได้รับการติดต่อกลับ จึงยังไม่ได้รับอนุญาตหรือจ่ายค่าลิขสิทธิ์ให้แก่สำนักพิมพ์หรือเจ้าของลิขสิทธิ์งานวรรณกรรมภาษาต่างประเทศ เท่ากับแสดงว่าโจทก์ร่วมทั้งสองทราบดีอยู่แล้วว่า ผู้แปลหนังสือต่างประเทศที่มีเจ้าของลิขสิทธิ์เป็นภาษาไทยยังไม่ได้รับอนุญาตหรือจ่ายค่าลิขสิทธิ์ให้เจ้าของลิขสิทธิ์งานวรรณกรรมภาษาต่างประเทศ โจทก์ร่วมทั้งสองผู้รับโอนจึงไม่มีสิทธิในงานแปลดังกล่าวดีกว่าผู้โอนและไม่ใช่เจ้าของลิขสิทธิ์ในงานวรรณกรรมหนังสือทั้ง 4 เล่ม ดังนี้ โจทก์ร่วมทั้งสองย่อมไม่ใช่ผู้เสียหายและไม่มีอำนาจฟ้องจำเลย

ประเด็นวินิจฉัยและหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 2 (4) มาตรา 28 มาตรา 195 วรรคสอง

พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศและวิธีพิจารณาคดีทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศ พ.ศ.2539 มาตรา 45

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 193/35 มาตรา 850

ข้อเท็จจริงและการวินิจฉัย

โจทก์ฟ้องขอให้ลงโทษจำเลยตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ.2537 มาตรา 4, 6, 8, 15, 17, 27, 31, 69, 70, 75 และ 76 และสั่งให้ของกลางที่ละเมิดลิขสิทธิ์ตกเป็นของเจ้าของลิขสิทธิ์ กับสั่งจ่ายเงินค่าปรับกึ่งหนึ่งให้แก่เจ้าของลิขสิทธิ์

ศาลฎีกาแผนกคดีทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศวินิจฉัยว่า "...ทางพิจารณาโจทก์นำสืบว่า บริษัท ร จำกัด โจทก์ร่วมที่ 1 เป็นนิติบุคคลประเภทบริษัทจำกัด มีนายแพทย์บรรจบ โจทก์ร่วมที่ 2 เป็นกรรมการผู้มีอำนาจกระทำการแทนโจทก์ร่วมที่ 1 ตามหนังสือรับรอง เอกสารหมาย จ. 1 โจทก์ร่วมที่ 2 จบการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ปี 2516 เคยไปศึกษาวิชาเวชกรรมฝังเข็ม ที่สถาบันแพทยศาสตร์ ตงจื่อหมิน ตั้งอยู่นครปักกิ่ง ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เคยไปศึกษาดูงานด้านธรรมชาติบำบัดที่สถาบัน Ana Aslan ซึ่งตั้งอยู่ที่เมืองดอร์ทมุน ประเทศสหพันธรัฐเยอรมนี และที่สถาบัน Aeskulap ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ รวมทั้งได้ศึกษาการแพทย์แผนธรรมชาติ และการแพทย์แผนไทยจากแพทย์หญิง พ เมื่อปี 2526 โจทก์ร่วมที่ 2 เปิดสถานพยาบาล 3 แห่ง คือ คลินิกคลองประปา ลลิตารวมแพทย์ และชานเมืองโพลีคลินิกซึ่งใช้ความรู้จากการแพทย์แผนปัจจุบันกับความรู้ด้านธรรมชาติบำบัดรักษาผู้ป่วยคลินิกคลองประปาได้รับใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ประมาณต้นปี 2534 นาย ร บรรณาธิการนิตยสารมติชนสุดสัปดาห์เห็นว่าโจทก์ร่วมที่ 2 นำความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติบำบัด และการล้างพิษ มาเผยแพร่ในประเทศไทยเป็นคนแรก จึงให้โจทก์ร่วมที่ 2 เขียนบทความเป็นตอน ๆ ลงในนิตยสารดังกล่าว ตามสำเนาบทความ เอกสารหมาย จ.2 และ จ.ร.1 ต่อมาในปี 2535 โจทก์ร่วมที่ 2 ได้รวบรวมบทความในนิตยสารมติชนสุดสัปดาห์มาพิมพ์เป็นเล่มโดยใช้ชื่อหนังสือว่า "ธรรมชาติบำบัด วิถีสุขภาพแนวใหม่" ตามสำเนาหนังสือเรื่อง "ธรรมชาติบำบัด วิถีสุขภาพแนวใหม่ ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น "เบื่อหมอเบื่อยา หันหาธรรมชาติบำบัด วิถีสุขภาพแนวใหม่" โจทก์ร่วมที่ 1 มอบต้นฉบับหนังสือเรื่อง "Fish Oils Update" ให้นายแพทย์สมไปทำการแปลเป็นหนังสือเรื่อง "น้ำมันปลา น้ำมันลดไขมัน" ซึ่งนายแพทย์สม โอนลิขสิทธิ์งานวรรณกรรมดังกล่าวให้แก่โจทก์ร่วมที่ 1 ตามสำเนาสัญญาโอนลิขสิทธิ์ โจทก์ร่วมที่ 2 เป็นบรรณาธิการหนังสือดังกล่าว และได้เขียนบทนำไว้ด้วย นอกจากนี้ โจทก์ร่วมที่ 1 มอบต้นฉบับหนังสือเรื่อง "Nature Cure for Common Diseases" และหนังสือเรื่อง "10 Day Clean-up Plan" ให้แพทย์หญิงณัฏ ภริยาของโจทก์ร่วมที่ 2 ไปทำการแปลเป็นหนังสือเรื่อง "อโรคยา" และเรื่อง "ล้างพิษ" โดยแพทย์หญิงณัฏ ซึ่งได้โอนลิขสิทธิ์งานวรรณกรรมทั้งสองเรื่องให้แก่โจทก์ร่วมที่

1 ตามสำเนาสัญญาโอนลิขสิทธิ์ หนังสือเรื่อง "น้ำมันปลา น้ำมันลดไขมัน" เรื่อง "อโรคยา" เรื่อง "ล้างพิษ" เรื่อง "เบื่อหมอ เบื่อยา หันหาธรรมชาติบำบัด วิถีสุขภาพแนวใหม่" เผยแพร่ครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อปี 2534, 2532, 2534 และ 2533 ตามลำดับ ตามหนังสือเรื่อง "น้ำมันปลา น้ำมันลดไขมัน" เรื่อง "อโรคยา" เรื่อง "ล้างพิษและบัญชีแสดงวันเดือนปีที่เผยแพร่ และสถานที่ที่เผยแพร่โจทก์ร่วมที่ 2 ได้รับเชิญให้ไปเผยแพร่ความรู้ในเรื่องธรรมชาติบำบัดและการล้างพิษทางสถานีโทรทัศน์ และสถานีวิทยุต่างๆ ตามเทปรายการโทรทัศน์ และโจทก์ร่วมที่ 2 ได้รับเชิญให้ไปบรรยายตามหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งสถาบันการศึกษา ตามหนังสือเชิญ จำเลยเคยเป็นอาจารย์สอนวิชาศัลยกรรมพลาสติกในคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี แต่จำเลยไม่เคยมีชื่อเสียงในด้านธรรมชาติบำบัดและการล้างพิษ เมื่อประมาณปลายเดือนพฤศจิกายน 2543 ถึงต้นเดือนธันวาคม 2543 โจทก์ร่วมที่ 2 พบว่ามีหนังสือของจำเลยชื่อ "อาหารรักษาโรค" "อาหารต้านโรคเสื่อม" "วิถีดูแลตนเองแบบธรรมชาติ" "การล้างพิษโดยวิธีธรรมชาติ" และ "พลังแห่งการรักษาของธรรมชาติ" วางจำหน่ายที่ร้านขายหนังสือ โจทก์ร่วมที่ 2 ได้ซื้อหนังสือดังกล่าว ตามหนังสือเรื่อง "อาหารรักษาโรค" "อาหารต้านโรคเสื่อม" "วิถีดูแลตนเองแบบธรรมชาติ" "การล้างพิษโดยวิธีธรรมชาติ" และ "พลังแห่งการรักษาของธรรมชาติตามลำดับ และใบเสร็จรับเงิน กับสำเนาใบส่งของ โจทก์ร่วมที่ 2 นำข้อความในหนังสือทั้ง 5 เล่ม ดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับหนังสือเรื่อง "น้ำมันปลาน้ำมันลดไขมัน" เรื่อง "อโรคยา" เรื่อง "ล้างพิษ" เรื่อง "เบื่อหมอ เบื่อยา หันหาธรรมชาติบำบัดวิถีสุขภาพแนวใหม่" ของโจทก์ร่วมทั้งสองแล้ว แบบประโยคต่อประโยค บรรทัดต่อบรรทัด คำต่อคำ และเปรียบเทียบคำว่า "ที่ ซึ่ง อัน" ปรากฏว่าเหมือนกัน ตามตารางการคัดลอกงานวรรณกรรม ทำให้โจทก์ร่วมที่ 1 เชื่อว่าจำเลยลอกเลียนงานอันมีลิขสิทธิ์ของโจทก์ร่วมทั้งสอง โจทก์ร่วมที่ 2 มอบให้นาย ส ทนายความของบริษัทที่ปรึกษากฎหมายอินเตอร์เนท จำกัด มีหนังสือถึงจำเลยให้มาเจรจากับโจทก์ร่วมทั้งสอง ในเรื่องละเมิดลิขสิทธิ์ ตามหนังสือของบริษัทที่ปรึกษากฎหมายอินเตอร์เนท จำกัด ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2543 และมีหนังสือไปยังผู้จัดการของสำนักพิมพ์รักสุขภาพ และสำนักพิมพ์ดอกหญ้า ตามหนังสือของบริษัทที่ปรึกษากฎหมายอินเตอร์เนท จำกัด ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2543 ต่อมาจำเลยไปพบโจทก์ร่วมที่ 2 ที่คลินิกคลองประปา โดยจำเลยขอโทษโจทก์ร่วมที่ 1 และขอร้องให้โจทก์ร่วมที่ 2 ไม่เอาเรื่องจำเลย และจำเลยยอมรับว่า ไม่เคยรู้เรื่องธรรมชาติบำบัด และการล้างพิษ แต่ให้บุคคลอื่นคัดลอกบทประพันธ์ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของโจทก์ร่วมทั้งสอง จำเลยขอชดใช้ค่าเสียหายให้แก่โจทก์ร่วมทั้งสอง โดยโจทก์ร่วมที่ 2 เรียกค่าเสียหาย จำนวน 5,000,000 บาท โดยคำนึงถึงยอดจำหน่ายหนังสือของจำเลย ในการพิมพ์ครั้งที่ 4 ซึ่งมียอดจำหน่ายถึง 993,384 บาท ตามสำเนายอดชำระเงินของบริษัทอมรินทร์ บุ๊ค เซ็นเตอร์ จำกัด จำเลยเจรจาต่อรองโดยขอชำระเป็น

หลักทรัพย์ ต่อมาจำเลยให้ทนายความส่งบันทึกข้อตกลงมาให้โจทก์ร่วมที่ 2 พร้อมแนบโฉนดที่ดินมาด้วย ตามสำเนาบันทึกข้อตกลง โจทก์ร่วมที่ 2 ตรวจดูโฉนดที่ดินแล้ว ปรากฏว่าเป็นที่ดินที่ติดจำนอง โจทก์ร่วมที่ 2 จึงไม่ยอมรับ จากนั้น จำเลยมิได้ติดต่อกับโจทก์ร่วมที่ 2 อีก เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2543 โจทก์ร่วมที่ 2 ได้แจ้งความร้องทุกข์ต่อเจ้าพนักงานตำรวจ กองบังคับการสืบสวนสอบสวนคดีเศรษฐกิจ ตามหนังสือร้องทุกข์ โจทก์ร่วมที่ 2 ส่งมอบหนังสือ เอกสารหมาย จ.17 ถึง จ.21 ให้แก่พนักงานสอบสวน ตามบัญชีของกลางคดีอาญา ระหว่างที่พนักงานสอบสวนทำการสอบสวน โจทก์ร่วมที่ 2 พบหนังสือของจำเลย เรื่อง "ธรรมชาติบำบัด 1" และ "ธรรมชาติบำบัด 2" วางจำหน่าย ตามสำเนาหนังสือ เรื่อง "ธรรมชาติบำบัด 1" และ "ธรรมชาติบำบัด 2" เนื้อหาของหนังสือทั้งสองเล่มลอกเลียนมาจากงานอันมีลิขสิทธิ์ของโจทก์ร่วมทั้งสอง

พิเคราะห์แล้ว ข้อเท็จจริงรับฟังได้ในเบื้องต้นว่า โจทก์ร่วมที่ 1 เป็นนิติบุคคลประเภทบริษัทจำกัด มีโจทก์ร่วมที่ 2 เป็นกรรมการผู้มีอำนาจกระทำการแทนโจทก์ร่วมที่ 1 ในปี 2535 โจทก์ร่วมที่ 2 ได้รวบรวมบทความต่าง ๆ ที่เคยเขียนเกี่ยวกับธรรมชาติบำบัดในนิตยสารมติชนสุดสัปดาห์มาพิมพ์รวมเป็นเล่ม ชื่อหนังสือว่า "ธรรมชาติบำบัด วิถีสุขภาพแนวใหม่" ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น "เบื่อหมอ เบื่อยา หันหาธรรมชาติบำบัด วิถีสุขภาพแนวใหม่" นายแพทย์สม ได้โอนงานวรรณกรรมหนังสือเรื่อง "น้ำมันปลา น้ำมันลดไขมัน" ซึ่งแปลมาจากหนังสือเรื่อง "Fish Oils Update" ของ Richard A. Passwater" ให้แก่โจทก์ร่วมที่ 1 ตามสำเนาสัญญาโอนลิขสิทธิ์ และแพทย์หญิงณัฏ ได้โอนงานวรรณกรรมหนังสือเรื่อง "อโรคยา" ซึ่งแปลมาจากหนังสือเรื่อง "Nature Cure for Common Diseases" ของ "VithaldasModi" และงานวรรณกรรมหนังสือเรื่อง "ล้างพิษ" ซึ่งแปลมาจากหนังสือเรื่อง "10 Day Clean - up Plan" ของ leslie Kenton's" ให้แก่โจทก์ร่วมที่ 1 ทั้งสองเรื่อง ตามสำเนาสัญญาโอนลิขสิทธิ์ ส่วนจำเลยเป็นผู้แต่งหนังสือรวม 7 เรื่อง คือ "อาหารรักษาโรค" เรื่อง "อาหารต้านโรคเสื่อม" เรื่อง "วิถีดูแลตนเองแบบธรรมชาติ" เรื่อง "การล้างพิษโดยวิธีธรรมชาติ" เรื่อง "พลังแห่งการรักษาของธรรมชาติ" เรื่อง "ธรรมชาติบำบัด 1" และเรื่อง "ธรรมชาติบำบัด 2" ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน 2543 โจทก์ร่วมที่ 2 พบว่าหนังสือเรื่อง "อาหารรักษาโรค" เรื่อง "อาหารต้านโรคเสื่อม" เรื่อง "วิถีดูแลตนเองแบบธรรมชาติ" เรื่อง "การล้างพิษโดยวิธีธรรมชาติ" และเรื่อง "พลังแห่งการรักษาของธรรมชาติ" รวม 5 เรื่อง ของจำเลยซึ่งวางจำหน่ายตามท้องตลาดได้ละเมิดลิขสิทธิ์โจทก์ร่วมทั้งสอง โดยทำซ้ำ ลอกเลียน หรือดัดแปลงงานวรรณกรรมอันมีลิขสิทธิ์ของโจทก์ร่วมทั้งสอง โจทก์ร่วมทั้งสองจึงแจ้งความร้องทุกข์ต่อพนักงานสอบสวนคดีเศรษฐกิจให้ดำเนินคดีกับจำเลยและพวกในข้อหาละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่นเพื่อการค้าด้วยการทำซ้ำ ดัดแปลง ขาย เสนอขาย และมีไว้เพื่อขายซึ่งงานวรรณกรรม ตาม

หนังสือร้องทุกข์ และสำเนารายงานประจำวัน หนังสือเรื่อง "Fish Oil Update" โฆษณาครั้งแรกที่ประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี 2530 หนังสือเรื่อง "Nature Cure for Common Diseases" โฆษณาครั้งแรกที่ประเทศอินเดีย เมื่อปี 2523 และหนังสือเรื่อง "10 Day Clean-up Plan" โฆษณาครั้งแรกที่ประเทศอังกฤษเมื่อปี 2529 ประเทศดังกล่าวข้างต้นเป็นภาคีแห่งอนุสัญญาระหว่างประเทศกรุงเบอร์นว่าด้วยความคุ้มครองวรรณกรรมและศิลปกรรม หนังสือเรื่อง "น้ำมันปลา น้ำมันลดไขมัน" แปลและโฆษณาครั้งแรกเมื่อปี 2533 หนังสือเรื่อง "อโรคยา" แปลและโฆษณาครั้งแรกเมื่อปี 2532 ส่วนหนังสือเรื่อง "ล้างพิษ" แปลและโฆษณาครั้งแรกเมื่อปี 2534

มีปัญหาต้องวินิจฉัยตามอุทธรณ์ของโจทก์ร่วมทั้งสองและจำเลยว่า จำเลยกระทำผิดดังฟ้องโจทก์หรือไม่ ก่อนอื่นเห็นควรวินิจฉัยก่อนว่า โจทก์ร่วมทั้งสองเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ในงานวรรณกรรมหนังสือทั้ง 4 เล่ม คือ หนังสือเรื่อง "น้ำมันปลา น้ำมันลดไขมัน" เรื่อง "อโรคยา" เรื่อง "ล้างพิษ" และเรื่อง "เบื่อหมอ เบื่อยา หันหาธรรมชาติบำบัด วิถีสุขภาพแนวใหม่" หรือไม่ เห็นว่า นายแพทย์สม ผู้แปลหนังสือเรื่อง "น้ำมันปลา น้ำมันลดไขมัน" และแพทย์หญิงณัฏผู้แปลหนังสือเรื่อง "อโรคยา"และเรื่อง "ล้างพิษ" ต่างก็โอนงานแปลทั้ง 3 เล่ม ดังกล่าวให้โจทก์ร่วมที่ 1 ส่วนหนังสือเรื่อง "เบื่อหมอ เบื่อยา หันหาธรรมชาติบำบัด วิถีสุขภาพแนวใหม่" ซึ่งโจทก์ร่วมที่ 2 อ้างว่าเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ในงานดังกล่าวโดยเป็นผู้สร้างสรรค์คิดค้นรวบรวมขึ้นมาเอง แต่โจทก์ร่วมที่ 2 กลับเบิกความตอบทนายจำเลยถามค้านยอมรับว่า ได้นำข้อความในเนื้อหาสาระสำคัญของหนังสือเรื่อง "อโรคยา" และเรื่อง "ล้างพิษ" ทั้งได้นำความรู้จากหนังสือเรื่อง "น้ำมันปลา น้ำมันลดไขมัน" ของโจทก์ร่วมที่ 1 ทั้ง 3 เล่ม มาลงในหนังสือเรื่อง "เบื่อหมอ เบื่อยา หันหาธรรมชาติบำบัด วิถีสุขภาพแนวใหม่" เพื่อถ่ายทอดให้ประชาชนทราบด้วย ในฐานะที่โจทก์ร่วมที่ 2 เป็นบรรณาธิการหนังสือของโจทก์ร่วมที่ 1 จึงนำมาลงในหนังสือของโจทก์ร่วมที่ 2 หนังสือทั้ง 4 เล่มของโจทก์ร่วมทั้งสองดังกล่าวมีเนื้อหาที่ได้แปลมาจากวรรณกรรมภาษาต่างประเทศของเจ้าของลิขสิทธิ์ซึ่งได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2521 มาตรา 42 ประกอบพระราชกฤษฎีกากำหนดเงื่อนไขเพื่อคุ้มครองลิขสิทธิ์ระหว่างประเทศ พ.ศ. 2526 มาตรา 5 ผู้แปลและโจทก์ร่วมทั้งสองผู้รับโอนงานแปลต่างไม่ได้ขออนุญาตในการแปลจากเจ้าของลิขสิทธิ์งานวรรณกรรมภาษาต่างประเทศเลย จึงเป็นการดัดแปลงงานอันมีลิขสิทธิ์ของผู้อื่นโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายและไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายแต่อย่างใด

การที่โจทก์อ้างว่าขณะแปลยังไม่มีพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537 เพราะหนังสือทั้ง 4 เล่ม ดังกล่าวได้ตีพิมพ์เผยแพร่ก่อนปี 2537 ทุกเล่ม โดยหนังสือเรื่อง "น้ำมันปลา น้ำมันลดไขมัน" เผยแพร่ครั้งแรกเมื่อปี 2534 หนังสือเรื่อง "อโรคยา" เผยแพร่ครั้งแรกเมื่อปี 2532 หนังสือ

เรื่อง "ล้างพิษ" เผยแพร่ครั้งแรกเมื่อปี 2534 และหนังสือเรื่อง "เบื่อหมอ เบื่อยา หันหาธรรมชาติบำบัด วิถีสุขภาพแนวใหม่" เผยแพร่ครั้งแรกเมื่อปี 2533 จนเมื่อปี 2537 หลังพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537 ประกาศใช้บังคับ โจทก์ร่วมทั้งสองได้ติดต่อสำนักพิมพ์เจ้าของลิขสิทธิ์งานวรรณกรรมภาษาต่างประเทศเพื่อจ่ายค่าลิขสิทธิ์ แต่ไม่ได้รับการติดต่อกลับ จึงยังไม่ได้รับอนุญาตหรือจ่ายค่าลิขสิทธิ์ให้แก่สำนักพิมพ์หรือเจ้าของลิขสิทธิ์งานวรรณกรรมภาษาต่างประเทศ เท่ากับแสดงว่าโจทก์ร่วมทั้งสองทราบดีอยู่แล้วว่า ผู้แปลหนังสือต่างประเทศที่มีเจ้าของลิขสิทธิ์เป็นภาษาไทยยังไม่ได้รับอนุญาตหรือจ่ายค่าลิขสิทธิ์ให้เจ้าของลิขสิทธิ์งานวรรณกรรมภาษาต่างประเทศ

โจทก์ร่วมทั้งสองผู้รับโอนจึงไม่มีสิทธิในงานแปลดังกล่าวดีกว่าผู้โอนและไม่ใช่เจ้าของลิขสิทธิ์ในงานวรรณกรรมหนังสือทั้ง 4 เล่ม ดังนี้โจทก์ร่วมทั้งสองย่อมไม่ใช่ผู้เสียหายและไม่มีอำนาจฟ้องจำเลย ซึ่งอำนาจฟ้องเป็นปัญหาข้อกฎหมายที่เกี่ยวกับความสงบเรียบร้อย แม้ไม่มีฝ่ายใดกล่าวอ้าง ศาลฎีกาแผนกคดีทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศก็มีอำนาจหยิบยกขึ้นพิจารณาพิพากษาได้ ตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศและวิธีพิจารณาคดีทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศ พ.ศ. 2539 มาตรา 45 ประกอบประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 195 วรรคสอง ที่ศาลทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศกลางพิพากษามานั้น ศาลฎีกาแผนกคดีทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศไม่เห็นพ้องด้วย อุทธรณ์ของโจทก์ร่วมทั้งสองฟังไม่ขึ้น ส่วนอุทธรณ์ของจำเลยฟังขึ้น พิพากษากลับให้ยกฟ้อง

* **หมายเหตุ** หลักการพิจารณาว่างานวรรณกรรมนั้น ๆ จะเป็นการละเมิดลิขสิทธิ์หรือไม่ต้องดูว่างานที่นำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในงานวรรณกรรมนั้น เป็นงานอันมีลิขสิทธิ์หรือไม่ โดยหากงานที่นำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งเป็นงานอันมีลิขสิทธิ์ ก็ต้องพิจารณาต่อไปว่า งานที่นำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งนั้นอยู่ใต้อายุการคุ้มครองลิขสิทธิ์หรือไม่ และหากงานที่นำเข้ามาดังกล่าวมีลิขสิทธิ์และยังอยู่ในอายุการคุ้มครองลิขสิทธิ์ ก็ต้องพิจารณาต่อไปว่า การนำงานนั้นมาใช้ เข้าข้อยกเว้นในการละเมิดลิขสิทธิ์หรือไม่ สำหรับข้อยกเว้นในการละเมิดลิขสิทธิ์มีกล่าวไว้ในพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ ฯ มาตรา 32 ถึงมาตรา 43 โดยมีหลักการสำคัญคือ การละเมิดลิขสิทธิ์ในงานวรรณกรรมใดสิ่งที่ไปละเมิดต้องเป็นงานอันมีลิขสิทธิ์ ดังนั้น หากงานใดไม่มีลิขสิทธิ์แล้วนำมาใส่ไว้ในงานวรรณกรรมนั้น ๆ การกระทำดังกล่าวย่อมไม่เป็นการละเมิดลิขสิทธิ์

งานอันไม่มีลิขสิทธิ์ที่ผู้สร้างสรรค์นำมาใส่ไว้ในงานวรรณกรรมของตนเองได้ไม่เป็นการละเมิดลิขสิทธิ์ ได้แก่ สิ่งที่ไม่เป็นลิขสิทธิ์โดยสภาพ เช่น งานเขียนที่ไม่มีลักษณะเป็นการสร้างสรรค์อันใช้ความรู้ความสามารถเป็นพิเศษ หรือสิ่งที่หมดอายุการคุ้มครองแล้ว โดยกฎหมายกำหนดอายุการคุ้มครองลิขสิทธิ์ในงานวรรณกรรมไว้ตลอดอายุของผู้สร้างสรรค์ และคุ้มครองต่อไปอีก 50 ปี นับแต่ผู้สร้างสรรค์ถึงแก่ความตาย ดังนั้น เมื่อหมดอายุคุ้มครองแล้ว งานเขียนนั้นจะกลายเป็นสมบัติของสาธารณะบุคคลใด ๆ ก็สามารถนำงานนั้นไปใช้ได้ หรือสิ่งที่เจ้าของลิขสิทธิ์ได้สละสิทธิ์แล้วผู้ใดจะนำไปตีพิมพ์ เผยแพร่ ก็สามารถทำได้โดยไม่ต้องขออนุญาต

ในปัจจุบัน ศาลฎีกาตีความให้ต้องถือตามเงื่อนไขสำคัญอีก 2 ประการ ที่แม้จะเข้าข้อยกเว้นแล้วก็ตาม แต่ก็ยังถือว่าเป็นการละเมิดลิขสิทธิ์ ตาม พ.ร.บ.ลิขสิทธิ์ ฯ มาตรา 32 ได้แก่ 1) การใช้งานลิขสิทธิ์นั้น ต้องไม่ขัดต่อการแสวงหาประโยชน์จากงานอันมีลิขสิทธิ์ตามปกติของเจ้าของลิขสิทธิ์ 2) การใช้งานลิขสิทธิ์นั้น ต้องไม่กระทบกระเทือนถึงสิทธิอันชอบด้วยกฎหมายของเจ้าของลิขสิทธิ์เกินสมควร

คดีนี้ ผู้แปลได้แปลและเรียบเรียงเป็นหนังสือและบทความ โดยมีการแปลโดยการคัดลอกงานของบุคคลอื่นที่มีลิขสิทธิ์ในภาษาต่างประเทศมาเป็นงานของตนเองหรือนำงานอันมีลิขสิทธิ์ของบุคคลอื่นในภาษาต่างประเทศมาใส่ไว้ในงานของตนเองในปริมาณที่มากจนเกินสมควร แม้จะมีการอ้างอิงหรือไม่ก็ตาม ก็ถือเป็นการละเมิดลิขสิทธิ์แล้ว หรือหากผู้แปลประสงค์จะแปลหรือเขียนหนังสือแล้วยกบทความของผู้อื่นมาเป็นกรณีศึกษาและวิเคราะห์ ผู้แปลก็จะต้องดำเนินการขออนุญาตเจ้าของลิขสิทธิ์ก่อน ซึ่งการแปลหนังสือนั้น ไม่ว่าจะแปลจากภาษาใดไปภาษาใดก็ตาม ต้องได้รับอนุญาตจากผู้เขียนหนังสือนั้น ๆ ก่อนเสมอ ดังนั้น เมื่อผู้แปลและโจทก์ร่วมทั้งสองผู้รับโอนงานแปลต่างไม่ได้ขออนุญาตในการแปลจากเจ้าของลิขสิทธิ์งานวรรณกรรมภาษาต่างประเทศเลย ถือได้ว่า เป็นการดัดแปลงใช้งานอันมีลิขสิทธิ์โดยขัดต่อการแสวงหาประโยชน์จากงานอันมีลิขสิทธิ์ตามปกติของเจ้าของลิขสิทธิ์ และกระทบกระเทือนถึงสิทธิอันชอบด้วยกฎหมายของเจ้าของลิขสิทธิ์เกินสมควรแล้ว จึงไม่ชอบด้วยกฎหมายและไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายแต่อย่างใด

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

1. การเตรียมต้นฉบับสำหรับบทความวิจัย

1.1 บทความวิจัย ประกอบด้วย

1. ส่วนปก

ชื่อบทความ (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรกะทัดรัด ไม่ยาวเกินไป ถ้าบทความเป็นภาษาไทย ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน (Authors) ชื่อตำแหน่ง – ชื่อเต็ม – นามสกุลเต็มของผู้เขียนทุกคน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับผู้เขียนประสานงานให้ใส่ที่อยู่ให้ละเอียด พร้อมทั้งหมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร และ E-mail address ที่สามารถติดต่อได้ และให้ใส่เครื่องหมายดอกจันทร์กำกับด้วยไว้บนนามสกุล เพื่อระบุที่อยู่ของผู้เขียน

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

คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล

**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 เพื่อเสนอแนวทางที่จะใช้ประโยชน์ผลการวิจัยและการอภิปรายผล (Results and Discussion) อาจนำมาเขียนตอนเดียวกันได้

สรุป (Conclusion) และข้อเสนอแนะ (Recommendation) เป็นการสรุปประเด็น และสาระสำคัญของการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) เพื่อแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย อาจมีหรือไม่มีก็ได้

เอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นรายชื่อเอกสารที่ใช้เป็นหลักในการค้นคว้าวิจัยที่ได้รับการตรวจสอบเพื่อนำมาเตรียมรายงาน และมีการอ้างอิงถึงเฉพาะเอกสารที่ปรากฏในบทความ

เท่านั้น การอ้างอิงให้จัดเรียงตามลำดับตัวอักษร นำโดยกลุ่มเอกสารภาษาไทย โดยให้ยึดถือรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ดังต่อไปนี้

3. การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่องของบทความ (In-text Citations)

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

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 ตามประเด็นโดยลำดับ ตามหัวข้อที่ศึกษาหรือดำเนินการ

สรุป (Conclusion) สรุปประเด็น และสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษา

3. รูปแบบการพิมพ์บทความวิจัย และบทความวิชาการ

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 (บนนามสกุล) ขนาดตัวอักษร 14
- ตำแหน่งทางวิชาการและที่อยู่ ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12
- ชื่อบทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 15 ตัวหนา และชิดขอบ
- เนื้อหาบทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14
- เนื้อหาบทความ ขนาดตัวอักษร 15

2. หลักการเขียนรายการเอกสารอ้างอิง (Reference list)

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.//ชื่อเรือง./เลขหน้า.//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. สื่ออิเล็กโทรนิกส์(สื่ออิเล็กโทรนิกส์) :WWW.

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

10. ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน

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

11. มีเฉพาะชื่อบรรณาธิการเป็นผู้รวบรวม

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

12. กฎหมาย จดหมายเหตุ คำสั่ง ประกาศ

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

<u>ตัวอย่าง</u>

"พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2518," ราชกิจจานุเบกษา 92 (16 กุมภาพันธ์ 2518), หน้า 120.

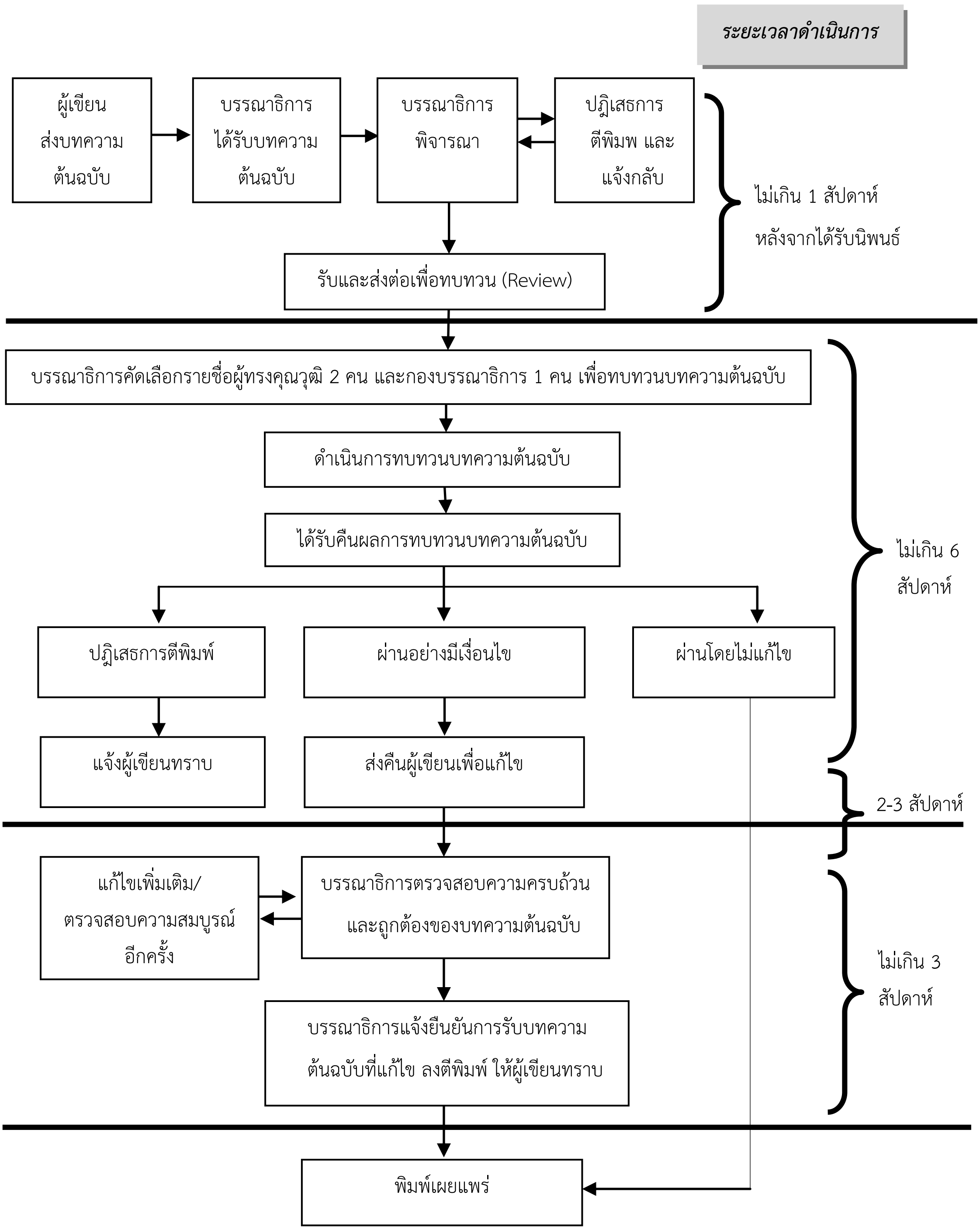
กรมสรรพากร, ," (2551, 12 เมษายน). "หนังสือที่ กค. 0802/10123 เรื่องงบประมาณการจ่ายเงินแผ่นดิน ร.ศ. 111-112," หอจดหมายเหตุแห่งชาติ, หน้า 1, 3.

กระทรวงศึกษาธิการ. (2558, 27 มิถุนายน) "รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพิจารณาการใช้คอมพิวเตอร์ในห้องสมุด, ครั้งที่ 5/2558".

คณะกรรมการวินิจฉัยร้องทุกข์, (2528, 27 มิถุนายน). "คำวินิจฉัยที่ 20/2538 เรื่อง นายวิษณุ หงส์พงศ์ กับ พวกร้องทุกข์ให้เพิกถอนประกาศกระทรวงสาธารณสุข".

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, ," (2551, 12 เมษายน). "มติคณะรัฐมนตรี ที่ สร. 0404/ว. 50 เรื่อง การลงโทษข้าราชการที่กระทำความผิดวินิจฉัยกรณีทุจริตในการสอบ".

3. เกณฑ์การประเมินบทความ

กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้น เกี่ยวกับความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป ถ้าไม่ผ่านการพิจารณา จะส่งกลับเพื่อทำการแก้ไข ถ้าผ่านจะเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกและเมื่อบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับหนังสือรับรองการตีพิมพ์บทความ พร้อมทั้งวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ฉบับที่นำบทความลงตีพิมพ์ผลงาน จำนวน 2 ฉบับ

ขั้นตอนการตรวจสอบ/ทบทวนบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ