

J.PH.PL

ISSN 2697-6285 (Online)

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 8 No. 2

May - August 2022

ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๒

พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๕



Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.8 No.2

May - August 2022

ปีที่ 8 ฉบับที่ ๒

พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๕

สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Factors Associating Alcohol Drinking of Undergraduate University Students: Phra Nakhon Si Ayutthaya District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province 215-232
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา: มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- Perception, Satisfaction, and Problems with Health Insurance Consumer Protection on Life Insurance Policies of an Insurance Company 233-248
การรับรู้ ความพึงพอใจ และปัญหาการคุ้มครองประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง
- Factors related to the physical therapy services utilization among client in a community hospital, Prachuap Khiri Khan Province 249-264
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
- Field practice learning outcomes of M.Sc. in Public Health Administration program during the COVID-19 pandemic 265-280
ผลการเรียนรู้การฝึกปฏิบัติงานหลักสูตร วท.ม. สาขาวิชาบริหารสาธารณสุขในสถานที่ทำงานช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

- Thai Traditional Medicine Services Standard in Health Promoting Hospitals, Health Region 1 281-294
การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 1
- Hybrid Learning Design in Statistics and Research in Health Management 295-311
การออกแบบการเรียนรู้แบบไฮบริดในชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ สำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

Academic Paper บทความวิชาการ

- Strategies for the Development of Public Health Personnel in Sustainable Health Systems 313-327
ยุทธศาสตร์การพัฒนาศาธารณสุขในระบบสุขภาพที่ยั่งยืน
- United Nations Convention on International Settlement Agreements Resulting from Mediation 329-347
อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ย
- A Circular Resolution and Government Committee's Liabilities 349-360
มติเวียนกับความรับผิดชอบของคณะกรรมการภาครัฐ
- Guidelines on the Collection System of Tobacco Tax for the Local Maintenance of Bangkok 361-373
แนวทางการพัฒนาระบบการจัดเก็บภาษียาสูบเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นของกรุงเทพมหานคร

Interesting Law/Supreme Court Order กฎหมายหรือคำพิพากษาที่น่าสนใจ

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Public Health Policy & Laws Journal

วัตถุประสงค์

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

เจ้าของ

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข Public Health Policy & Laws Journal

คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ ธาตาเดช มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีกรศรีจันทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศรีโชติรัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

Assoc. Prof. Dr. Manas Behera, Kalinga Institute of Industrial Technology, India

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. วิริณธ์ กิตติพิชัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร. ลาวัญย์ ถนัดศิลปกุล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. มลีนี สมภพเจริญ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทรงค์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. สุภัทนา กลางคาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร. นิรมัย พิเศษ มั่นจิตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน มหาวิทยาลัยศรีปทุม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัทรวรรณ ทองใหญ่ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนชพร กังสัช มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ ไรจนวฤทธิ์ Department of Health Professions, Hofstra University

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

อาจารย์ปวีศรี กิจสุขจิต มหาวิทยาลัยเกริก

ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 3 ท่าน
ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขฉบับนี้เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกเนื้อหาบทความเพื่อการศึกษาหรือปฏิบัติงาน แต่ให้อ้างอิงแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

สำนักงาน

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 104 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 103, โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193

e-mail : phlaw.journal@gmail.com

https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/information/authors

บรรณาธิการแถลง

เมื่อปลายเดือนมีนาคม 2565 ที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกมีการประชุมเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับโลก ซึ่งประเด็นสำคัญคือการผลักดันนโยบายในการลดอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมาตรการควบคุมการสื่อสารข้ามพรมแดน และมาตรการฉลากคำเตือนด้านสุขภาพ เป็นกลยุทธ์ที่จำเป็นในการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้ปรับแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ให้สอดคล้องกับนโยบายระดับโลกขององค์การอนามัยโลก คือ กลยุทธ์ SAFER หมายถึง 1) การควบคุมและจำกัดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) การควบคุมพฤติกรรม การซื้อหลังการดื่ม 3) คัดกรอง บำบัดรักษา ผู้มีปัญหาจากสุรา 4) ควบคุมการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์ และ 5) การขึ้นราคาผ่านระบบภาษี

ในบทบรรณาธิการของวารสาร The Lancet Global Health ฉบับเดือนมีนาคม ปีนี้ มีข้อมูลที่น่าสนใจว่า อุปสรรคสำคัญหนึ่งคือการแทรกแซงกระบวนการพัฒนานโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบังคับใช้มาตรการเชิงนโยบาย จากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ และส่วนหนึ่งมาจากความไม่เต็มใจของรัฐบาลในการบังคับใช้นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะเป็นเพราะมีภาวะผู้นำที่อ่อนแอ หรือมีผลประโยชน์ที่ขัดแย้ง ก็ตาม

การแทรกแซงโดยอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในงานวิจัยของ Pepita Barlow และคณะฯ (ตีพิมพ์ในวารสาร The Lancet Global Health ฉบับเดือนมีนาคม 2022 [https://www.thelancet.com/journals/langlo/issue/vol10no3/PIIS2214-109X\(22\)X0003-X](https://www.thelancet.com/journals/langlo/issue/vol10no3/PIIS2214-109X(22)X0003-X)) วิเคราะห์ข้อความต่างๆ ในการประชุมคณะกรรมการขององค์การการค้าโลก เกี่ยวกับฉลากคำเตือนสุขภาพในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างปี ค.ศ. 2010 – 2019 และพบว่ามากกว่าครึ่งของข้อความต่างๆ ในการประชุม เป็นข้อความที่สะท้อนจุดยืนของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พบได้ในที่ต่างๆ

ท่าทีของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการอ้างว่า นโยบายต่างๆ เกี่ยวกับฉลากคำเตือนสุขภาพ เป็นภาระทั้งทางด้านการเงินและการบริหารต่ออุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจำกัดการค้าและการพาณิชย์ หลักฐานในการพัฒนานโยบายฉลาก

คำเตือนไม่มีความถูกต้องทางวิชาการ และอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัญหาที่มาจากบางกลุ่มเท่านั้น เป็นข้ออ้างที่อุตสาหกรรมยาสูบเคยอ้างเหตุผลเหล่านี้อีก่อนที่รัฐบาลไทยจะผ่านกฎหมายภาพสีคำเตือนสุขภาพ แต่เมื่อกฎหมายกำหนดให้พิมพ์ภาพสีคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่ โดยอุตสาหกรรมยาสูบต้องรับภาระในการจัดพิมพ์ภาพสีคำเตือนชุดละ 6-8 ภาพ และจะต้องเปลี่ยนภาพชุดเหล่านี้ทุกๆ 6-9 เดือน อุตสาหกรรมยาสูบก็ต้องดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนด

ประเด็นเรื่องบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นประเด็นที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวง ดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ผลักดันเป็นอย่างมากตั้งแต่เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 โดยอ้างว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว 60 กว่าประเทศ ยอมรับเทคโนโลยีใหม่ และอ้างด้วยว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มีความปลอดภัยกว่าบุหรี่ยี่ห้ออื่น แต่ข้อเท็จจริงคือ ผู้ผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ประเภทให้ความร้อน ยอมรับต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาว่ายังไม่มีหลักฐานว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ เมื่อเปรียบเทียบกับการสูบบุหรี่ยี่ห้ออื่น และยอมรับว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์สามารถทำลายสุขภาพ

กลุ่มผู้สนับสนุนบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ อ้างว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยกว่าบุหรี่ยี่ห้ออื่น แต่ไม่เคยเรียกร้องให้ผู้ผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ไปขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ทั้งๆ ที่กฎหมายอนุญาตให้ไปขึ้นทะเบียนได้ หากพิสูจน์ได้ว่ามีความปลอดภัยต่อสุขภาพ

ที่น่าสนใจมากคือ เหตุใด รัฐมนตรีว่าการกระทรวง ดิจิทัล เพื่อเศรษฐกิจและสังคม จึงสนใจประเด็นเรื่องบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ทั้งๆ ที่หน้าที่ของกระทรวงคือปราบปรามเว็บไซต์ต่างๆ ที่ขายของผิดกฎหมาย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
บรรณาธิการ

Factors Associating Alcohol Drinking of Undergraduate University Students: Phra Nakhon Si Ayutthaya District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Pajaree Sumranchit * Sutee Usathapom ** Chardsumon Prutipinyo **

(Received: 30 January 2022 ; Revised: 22 March 2022; Accepted: 23 March 2022)

Abstract

This research was based on surveys, studying the level of alcohol drinking to measure the level of perception on compliance with laws, attitudes, values and cognition, towards alcohol beverage drinking among undergraduate university students in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Data were collected from 283 undergraduate university students during the 2020 academic year. The questionnaire's reliability test was 0.907, by Cronbach's alpha coefficient. The data analysed using percentages, means, standard deviations and logistic regression.

Findings indicated that the sample group occasionally drank alcohol (72.34). The level of perception on compliance with the law was the highest, with an average of 4.35. The level of attitude, values, and cognition towards alcohol drinking had an average score of 3.23, 2.98, and 3.15, respectively. The correlation between perception on compliance with laws had a statistical significance ($p < 0.05$) that undergraduate university students who had the perception on the effective Alcohol Beverage Control Act enforcement, had a chance to stop drinking. This is equal to about 1-2 times. Furthermore, the correlation between attitude, value, and cognition did not affect alcohol drinking, with statistical significance ($p < 0.05$).

There are two recommendations. First, amendment of the Alcohol Beverage Control Act should consider limiting youths access to obtain alcoholic beverages at any time. Finally, academic institutions should promote the awareness of the Alcohol Beverage Control Act, in order to understand, and ~~in~~ reduce alcohol drinking.

Key words: Alcoholic beverage, undergraduate university students, social values, compliance with the law

* Student in M.Sc. (Public Health) Major in Medical and Public Health Law administration, Faculty of Public Health Law, Mahidol University, Corresponding author: pajaree_01@hotmail.com

** Faculty of Public Health, Mahidol University

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของนักศึกษา:

มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในอำเภอพระนครศรีอยุธยา

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปจรรย์ สำราญจิตต์* สุธิ อยู่สถาพร** ฉัตรสมุน พฤตมิญญ์**

(วันรับบทความ 30 มค.2565; วันแก้ไขบทความ 21 มีค. 2565; วันตอบรับบทความ 23 มีค. 2565)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ วัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย ทศนคติ ค่านิยม และความรู้ต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์กับการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 283 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.907 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างตีแอลกอฮอล์ในระดับตีบ้างเป็นบางครั้งร้อยละ 72.34 ระดับการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.35 ทศนคติต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์อยู่ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.23 ค่านิยมต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.98 และความรู้ต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.15 และพบว่า การรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายมีอิทธิพลต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือหากมีการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายมีโอกาสที่จะไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์เป็น 1.2 เท่า

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้เป็นข้อพิจารณาต่อการแก้ไขข้อกฎหมายควบคุมเครื่องตีแอลกอฮอล์ ในประเด็นการเข้าถึงเครื่องตีแอลกอฮอล์ที่สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลาเพราะจะทำให้เข้าถึงได้ง่าย และสถาบันการศึกษาควรมีการจัดส่งเสริมการรับรู้ข้อกฎหมายให้เกิดความเข้าใจเพื่อลดการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

คำสำคัญ: เครื่องตีแอลกอฮอล์, นักศึกษา, ค่านิยม, การปฏิบัติตามกฎหมาย

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล *ผู้รับผิดชอบบทความวิจัย: pajaree_01@hotmail.com

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ (Introduction)

องค์การอนามัยโลกเผยแพร่สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี 2561 พบว่าประชากรทั่วโลกร้อยละ 43 เป็นนักดื่มสุรา หรือประมาณ 2.3 พันล้านคน ในด้านของผลกระทบต่อภาวะสุขภาพพบว่าแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงลำดับที่ 7 ของการตายและการพิการของประชากรทั้งหมด และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปี มีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราประมาณ 3 ล้าน คนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก (องค์การอนามัยโลก, 2561)

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติระหว่าง ปี พ.ศ. 2544 – 2560 พบว่า ภาพรวมความชุกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วง 16 ปี ที่ผ่านมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็นนักดื่มชายมากกว่านักดื่มหญิง 4.5 เท่า หากจำแนกตามอายุ ช่วงอายุ 15-19 ปี พบว่าแนวโน้มความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลับมีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากร้อยละ 12.9 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 19.4 ในปี 2558 และลดลงในปี 2560 เป็นร้อยละ 13.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น (ประณต คำนิม และ ดวงเดือน แซ่ตั้ง, 2551) ประกอบด้วย เพศ ความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ ซึ่งสังคมยอมรับการดื่มระหว่างเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน ทำให้ส่วนหนึ่งที่เห็นได้ชัดในการดื่มของเพศชายมีมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายสามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ในขณะที่ค่านิยมของสังคมไทยในสมัยก่อนเห็นว่าผู้หญิงไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ปัจจุบันผู้หญิงกลับได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น นอกจากนั้นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นยังมีเรื่องของความต้องการมีตัวตนในสังคม การอยากได้การยอมรับจากกลุ่ม (ภูษนิศา บริหาร, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าการหาง่ายและความสามารถเข้าถึงได้ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สื่อโฆษณาเกี่ยวกับ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพื่อนและครอบครัวที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นที่มีเพื่อนสนิทที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และถูกชักชวนให้ดื่ม การรับรู้การโฆษณาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (อัญชลี เหมชะญาติ และศรวิรรณ ยอดนิล, 2555)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครัว อุบัติเหตุและอาชญากรรม ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ประเทศไทยมีการใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีความหลากหลายมาตรการ ได้แก่การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การกำหนดอายุขั้นต่ำในการขาย การกำหนดวันและเวลาห้ามขาย

การควบคุมการโฆษณาและการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งมาตรการลดความเสี่ยงจากปัญหาแอลกอฮอล์ เช่น โครงการเมาไม่ขับ การตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจ หลายปีที่ผ่านมาประเทศไทยใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มาโดยตลอดจนปัจจุบัน (พ.ศ. 2564) มีประชาชนจำนวนหนึ่งมองว่าสร้างความสับสน มีอุปสรรคและเนื่องด้วยสถานการณ์โควิด-19 ที่มีมานานเกิน 1 ปี ส่งผลกระทบต่อผู้ประกอบการบางกลุ่ม ดังนั้นในภาคประชาชนจึงมีความต้องการแก้ไขกฎหมายในประเด็นการจำกัดเวลาซื้อและขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การให้สถานศึกษาได้รับการยกเว้นให้สามารถบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ในส่วนของสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มองว่ากฎหมายฉบับดังกล่าวนี้ต้องการปรับเปลี่ยนเช่นกันในแง่มาตรการควบคุมการโฆษณาให้เข้มงวดขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2564) แม้จะมีกฎหมายมาบังคับใช้ แต่ยังพบว่าสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มเยาวชนเป็นสิ่งที่สังคมต้องให้ความสำคัญ เนื่องด้วยเยาวชนคือทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศ ค่านิยมในสังคมปัจจุบันเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของเยาวชน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาทางลดพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การวิจัยนี้สนใจศึกษาสถาบันการศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เนื่องจากจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นที่มีขนาดใหญ่ มีความเจริญทั้งด้านการท่องเที่ยว เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และอุตสาหกรรม มีการขยายตัวในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งสิ่งปลูกสร้าง ที่อยู่อาศัย รวมทั้งสถาบันบันเทิง จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นที่รองรับนักเรียน นักศึกษาทั้งจากจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดใกล้เคียง มีสถานศึกษาระดับอุดมศึกษาอยู่ในเขตเมือง นักศึกษาส่วนใหญ่อายุ 18 – 22 ปี ในเขตตัวเมืองมีสถาบันบันเทิงตั้งอยู่จำนวนไม่น้อย ประกอบกับจำนวนนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติมีจำนวนมากขึ้นทำให้ร้านค้าสถานบันเทิงต่าง ๆ มีกิจกรรมดึงดูดความสนใจของลูกค้าเพิ่มมากขึ้น ทำให้นักศึกษามีโอกาสเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลทางสถิติและการทบทวนวรรณกรรมทำให้พบว่า แนวโน้มของการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษามีจำนวนเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2544 - 2554 (ศูนย์วิจัยปัญหา, 2556)

ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการที่นักศึกษาจะมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งต่อสุขภาพ สังคม และครอบครัว จะสามารถเป็นข้อมูลให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้วางแผนดำเนินการที่จะสามารถป้องกัน ลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการนำข้อมูลและข้อสรุปจากการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อพิจารณาในการเสนอปรับแก้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อวัดระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อวัดระดับการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อวัดระดับทัศนคติ ค่านิยม ความรู้ ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย ทัศนคติ ค่านิยม ความรู้ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีการศึกษา 2563 ชั้นปีที่ 1 – 5 จำนวนประชากรทั้งหมด 4,901 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณเท่ากับ 257 ตัวอย่าง และผู้วิจัยทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างไว้ ร้อยละ 10 (จำนวน 26 ตัวอย่าง) หากเก็บแบบสอบถามได้ไม่ครบและหากเกิดกรณีตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 283 ตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างดำเนินการเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

กลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1. นักศึกษาในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในปีการศึกษา 2563 2. ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1. ผู้ที่อยู่ระหว่างลาป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ลาสิกขาและถูกพักการเรียน 2. ผู้ที่อยู่ระหว่างการฝึกปฏิบัติงานนอกสถานที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด มี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย วัดระดับความรู้ มีทั้งหมด 5 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติ ค่านิยม และความรู้ที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จำนวน 21 ข้อ ทำการตรวจคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.907 การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล (COA. No. MUPH 2020-162)

เก็บข้อมูลโดยให้ผู้ตอบกรอกคำตอบเองในแบบสอบถาม (Self-Administered Questionnaire) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ตอบกรอกด้วยตนเอง ช่วงเวลาเก็บข้อมูลดำเนินการในเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2564 โดยทางมหาวิทยาลัยที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลได้ดำเนินการตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ทำการจัดการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ตั้งแต่วันที่ 5 มีนาคม 2564 นั้น ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลได้เป็นส่วนใหญ่ มีแบบสอบถามบางส่วนที่ไม่สามารถเก็บได้ จึงได้ทำการขอความร่วมมือจากอาจารย์ของมหาวิทยาลัยเพื่อส่งแบบสอบถามให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามและนำมาส่งกับอาจารย์ จึงทำให้ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามครบ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 โดยการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ในการทดสอบความสัมพันธ์การรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา สถิติที่ใช้คือ Logistic Regression

ผลการวิจัย (Results)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 39.20 รองลงมาคือชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 35.00 และชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 20.10 ศึกษาอยู่ในคณะวิทยาการจัดการมากที่สุด ร้อยละ 42.40 รองลงมาคือคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ร้อยละ 21.90 และคณะครุศาสตร์ร้อยละ 21.60 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.30 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 25.80 และเพศทางเลือกร้อยละ 3.90 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกในช่วงอายุ 18-21 ปี ร้อยละ 50.70 รองลงมาคือช่วงอายุ 14-17 ปี ร้อยละ 40.85 บุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยครั้งแรกคือดื่มกับเพื่อน เป็นร้อยละ 70.46 รองลงมาคือดื่มกับพ่อแม่ ร้อยละ 16 ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 ชนิดได้แก่ เหล้า-เบียร์-สเปย์ร้อยละ 33.88 รองลงมาคือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2 ชนิด ได้แก่ เหล้า-เบียร์ ร้อยละ 16.12 สถานที่ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ ดื่มที่บ้านมากที่สุด

ร้อยละ 33.93 รองลงมาคือดื่มที่ร้านเหล้า ร้อยละ 28.17 และที่หอพัก/อพาร์ทเมนต์ร้อยละ 19.44 ระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความบ่อยครั้งในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดคือ ดื่มบ้างเป็นบางโอกาสร้อยละ 72.34 และดื่มมาร้อยละ 27.65

ตารางที่ 1 ระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. ชั้นปี		
1	99	35.0
2	111	39.2
3	57	20.1
4	15	5.3
5	1	0.4
รวม	283	100
2. ช่วงอายุ		
18-20 ปี	160	56.54
21-23 ปี	117	41.34
24-26 ปี	6	2.12
รวม	283	100
3. เพศ		
ชาย	73	25.8
หญิง	199	70.3
เพศทางเลือก	11	3.9
รวม	283	100
4. ช่วงอายุที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก		
7-13 ปี	18	8.45
14-17 ปี	87	40.85
18-21 ปี	108	50.70
รวม	213	100

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
5. ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม		
เหล้า-เบียร์-สปาย	82	33.88
เหล้า-เบียร์	39	16.12
เหล้า-สปาย	10	4.13
เบียร์-สปาย	18	7.44
เหล้า	31	12.81
เบียร์	31	12.81
สปาย	22	9.10
อื่น ๆ	9	3.72
รวม	242	100
6. สถานที่ ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
บ้าน	171	33.93
ร้านเหล้า	142	28.17
หอพัก/อพาร์ทเมนต์	98	19.44
ร้านอาหาร	93	18.49
รวม	504	100
7. ความบ่อยครั้งในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่มบ้างเป็นบางโอกาส	170	72.34
ดื่มทุกเดือน	30	12.77
ดื่มทุกสัปดาห์	20	8.51
ดื่มมากกว่าสัปดาห์ละครั้ง	15	6.38
รวม	235	100
8. ระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่มบ้างเป็นบางโอกาส	170	72.34
ดื่มมาก	65	27.65
รวม	235	100

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย

การรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. กฎหมายห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์	4.47	0.82	มากที่สุด
2. กฎหมายห้ามจำหน่ายและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบางสถานที่ เช่น สถานที่ศึกษา สถานที่ราชการ หอพักสวนสาธารณะเป็นข้อห้ามตามกฎหมายการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	4.40	0.76	มากที่สุด
3. กฎหมายห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงเวลา 11.00 - 14.00 น. และ 17.00 - 24.00 น. เท่านั้น เป็นการ กำหนดกฎหมายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4.19	0.94	มาก
4. โครงการเมาไม่ขับ โครงการลดเหล้าเข้าพรรษา เป็นส่วนหนึ่งของการรณรงค์ลดการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4.35	0.85	มากที่สุด
5. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะต้องมีบรรจุภัณฑ์ ฉลาก ที่มีข้อความคำเตือนตามข้อกำหนดกฎหมายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4.36	0.80	มากที่สุด
รวม	4.35	0.67	มากที่สุด

การวัดระดับการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.35 โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าระดับการรับรู้มากที่สุดมี 4 ข้อ ได้แก่ มีการรับรู้กฎหมายห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ มีการรับรู้กฎหมายห้ามจำหน่ายและบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในบางสถานที่ เช่น สถานที่ศึกษา สถานที่ราชการ หอพักสวนสาธารณะเป็นข้อห้ามตามกฎหมายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการรับรู้โครงการเมาไม่ขับ โครงการลดเหล้าเข้าพรรษา เป็นส่วนหนึ่งของการรณรงค์ลดการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีการรับรู้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะต้องมีบรรจุภัณฑ์ ฉลาก ที่มีข้อความคำเตือนตามข้อกำหนดกฎหมายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนในการรับรู้

กฎหมายห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพียงเวลา 11.00 - 14.00 น. และ 17.00 - 24.00 น. เท่านั้น เป็นการกำหนดกฎหมายการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระดับมาก

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้ด้านทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	4.44	0.74	มาก
2. งานเลี้ยงต่าง ๆ ต้องมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ งานสนุกสนาน	2.35	1.04	น้อย
3. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้รู้สึกเป็นผู้ใหญ่	3.09	1.24	ปานกลาง
4. การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจ ทำให้ไม่สามารถ เข้ากับเพื่อนได้	3.27	1.32	ปานกลาง
5. การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นผู้ที่ชนะใจ ตัวเอง	3.40	1.29	ปานกลาง
6. รสชาติของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คุณดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.97	1.21	ปานกลาง
7. มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ตต่าง ๆ ทำให้คุณดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.09	1.21	ปานกลาง
รวม	3.23	0.38	ปานกลาง

การวัดระดับการรับรู้ทางด้านทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมอยู่ในระดับที่ปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.23

ตารางที่ 4 ระดับการรับรู้ด้านค่านิยมต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ค่านิยมต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่น่าลองหรือรู้สึก เป็นเรื่องที่ท้าทาย น่าตื่นเต้น	2.99	1.20	ปานกลาง
2. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เป็นที่ยอมรับในสังคม	3.13	1.29	ปานกลาง

ค่านิยมต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
3. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งอันตรายต่อตนเองและไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้	3.97	1.02	มาก
4. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คลายเครียดและทำให้รู้สึกผ่อนคลายลิ้มความทุกข์	2.55	1.13	ปานกลาง
5. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเป็นเรื่องที่สร้างความภาคภูมิใจ	3.23	1.34	ปานกลาง
6. คนในครอบครัวของท่านตักเตือนท่านในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.33	1.25	น้อย
7. ในงานเลี้ยงสังสรรค์ระหว่างเพื่อนใคร่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือว่าไม่ให้เกียรติเพื่อน	3.25	1.32	ปานกลาง
8. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้มีเพื่อนมาก	3.06	1.28	ปานกลาง
9. ถ้าอยากเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อนที่ดื่มเราต้องดื่มด้วย	3.17	1.31	ปานกลาง
10. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้สนิทกับเพื่อนได้ง่าย	2.94	1.28	ปานกลาง
11. เพื่อนแนะนำให้เพื่อนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยให้เกิดความกล้ามากขึ้น	3.07	1.23	ปานกลาง
12. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กระตุ้นสมองและระบบประสาททำให้ตื่นตัวและเพิ่มความกล้า	2.09	1.02	น้อย
รวม	2.98	0.82	ปานกลาง

การวัดระดับการรับรู้ทางด้านค่านิยมต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่านิยมต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.98

ตารางที่ 5 ระดับความรู้ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ความรู้ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	ระดับแปลความ
1. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคต่าง ๆ	4.02	1.02	มาก
2. สถานที่จัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สะดวกและหาซื้อได้ง่าย	2.29	1.11	น้อย
รวม	3.15	0.63	ปานกลาง

ระดับความรู้ต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.15

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์การรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย ทักษะคิด ค่านิยม และความรู้ต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์กับการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

ปัจจัย	B	S.E.	Wald	Sig.	Exp(β)
การรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย	.188	.067	7.938	.005*	1.207
ทักษะคิดต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์	.022	.093	.056	.813	1.022
ค่านิยมต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์	.064	.045	1.972	.160	1.066
ความรู้ต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์	.033	.061	.293	.588	1.034
Constant	-3.411	1.122	9.249	.002	.033

* นัยสำคัญที่ระดับ < .05

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรพบว่า การรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายของกลุ่มตัวอย่าง มีผลต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายเพิ่มขึ้น จะมีโอกาสที่จะไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์เป็น 1.2 เท่า ($\text{Exp}(\beta) = 1.207$) ส่วนตัวแปรทักษะคิด ค่านิยม และความรู้ต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ไม่ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussions and conclusions)

ระดับการและลักษณะการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

กลุ่มตัวอย่างตีเครื่องตีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับตีบ้างเป็นบางโอกาส คิดเป็นร้อยละ 72.34 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญต์กนิษฐ์ ผลแจ้ง (2556) และรัตติยา บัวสอน, เชษฐ รัชดาพรณานิกุล (2553) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของนักศึกษา ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา

ประชาสัมพันธ์ และแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนในการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ เมื่อพิจารณา ลักษณะการดื่มเครื่องดื่มพบว่า ช่วงอายุที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเป็นช่วงอายุ 18-21 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.70 บุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มด้วยครั้งแรกส่วนใหญ่ดื่มกับเพื่อน ร้อยละ 70.46 มีผู้ร่วมดื่ม 3-5 คน คิดเป็นร้อยละ 49.46 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักศึกษาดื่มมากที่สุด 3 ชนิดได้แก่ เหล้า-เบียร์-สเปย์ คิดเป็นร้อยละ 33.88 ส่วนใหญ่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กันที่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.93 ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาที่มีการดื่มกับเพื่อนและเริ่มดื่มในช่วงอายุที่มีกลุ่มเพื่อนมีเหตุผลมาจากการเป็นการแสดงถึงการรักพวกพ้อง เป็นหนึ่งเดียวกัน ทำให้เกิดความเพลิดเพลินและความสนุกสนาน เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ ลักษณะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาสอดคล้องกับสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2560 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) และอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกของเพศชายอยู่ที่อายุ 19 ปี นอกจากนี้ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีการดื่มมากที่สุดพบว่าเป็น เบียร์ และยังพบว่าสาเหตุของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาจากปัจจัย เพื่อต้องการเข้าสังคมให้เป็นที่ยอมรับของบรรดาเพื่อน นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวแล้วจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรอบมหาวิทยาลัยที่ทำการศึกษามีทั้งที่เป็นจุดจำหน่ายแบบที่นั่งดื่ม จุดจำหน่ายแบบไม่นั่งดื่ม จุดจำหน่ายที่เป็นร้านขายส่ง ร้านค้าสะดวกซื้อ ก็อาจเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้นักศึกษาเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายและส่งผลให้ระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น

ระดับการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย ทศนคติ ค่านิยม และความรู้ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ด้านการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายของกลุ่มตัวอย่างพบว่า การรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายโดยรวมอยู่ในระดับที่มากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.35 ตามผลการศึกษาของ กษิตติส ชันธรัตน์ (2549) และเชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล และชัชชนะ (2553) ก็พบว่าการระดับการปฏิบัติตามกฎหมายยังน้อยเช่นเดียวกัน ทศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ญัฐกาล ลายนอก (2559) ค่านิยมต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตติยา บัวสอน และเชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล (2553) กับประณต คำนิม และดวงเดือน แซ่ตั้ง (2551) ระดับความรู้ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ความรู้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับเห็นด้วยมากที่สุดคือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคต่างๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Schulte M.T., et al (2009) ญัฐกาล ลายนอก (2559) ซึ่งพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม และ

สอดคล้องกับศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ (2564) พบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา ซึ่งนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ไม่แน่ใจความรู้ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างถูกต้อง

จากการศึกษาพบว่าจากแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติมีแนวโน้มที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหรือการกระทำที่เป็นผลมาจากความเข้าใจ ความรู้สึก ค่านิยมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำสิ่งต่างๆ การรับรู้ด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย การรับรู้ด้านทัศนคติ ค่านิยม และความรู้ ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในแต่ละบุคคลจะเป็นสิ่งที่ทำให้แต่ละบุคคลแสดงหรือไม่แสดงพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถึงแม้ผลการศึกษาจะพบว่าระดับการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมากที่สุดก็ยังคงพบว่ายังทัศนคติและค่านิยมต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มนักศึกษาอยู่ระดับที่ไม่แน่ใจว่าจะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจมีสาเหตุจากการที่เข้าถึงการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย นักศึกษาซื้อมาดื่มที่บ้านกับกลุ่มเพื่อน แทนการไปนั่งดื่มที่ร้าน จากผลการศึกษาของ ขนิษฐา พรมกระโทก (2562) พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับเพื่อนและมักจะดื่มที่บ้านเพื่อน และพบว่าเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย คือวันรุ่นซื้อเองทั้งที่ร้านขายของชำ ร้านขายส่ง ร่วมกับการที่วันรุ่นเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยไม่ได้ดื่มจากการที่ผู้ปกครองใช้ให้ไปซื้อ ยาติ/ผู้ใหญ่ให้ไปซื้อ และการมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในบ้าน

ความสัมพันธ์ด้านการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย ทัศนคติ ค่านิยม และความรู้ ที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายของกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาปัจจัยการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมายเพิ่มขึ้นจะมีโอกาสที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น 1.2 เท่า ($\text{Exp (B)} = 1.207$) หมายความว่าคนที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือลดความถี่ของดื่มของนักศึกษาคือดื่มบ้างเป็นบางโอกาส สอดคล้องกับงานวิจัยของรัตติยา บัวสอน และเชษฐ รัชดาพรณานิกุล (2553) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรี พบว่าการเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ทัศนคติ ค่านิยมและความรู้ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจาก

แบบสอบถามเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง และผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ได้รับผลกระทบทางตรงและทางอ้อม จึงทำให้ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความคิดเห็นแตกต่างกัน ในด้านของค่านิยมอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแต่พฤติกรรมจะไม่เกิดขึ้นถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ การสั่งสมความรู้จากประสบการณ์ต่างๆ ที่บุคคลนั้นเคยได้รับหรืออาจเคยได้รับจากปัจจัยภายนอก เช่น ข่าวสาร คำบอกเล่า การโฆษณาประชาสัมพันธ์ ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ ญัฐกาล ลายนอก (2559) ที่พบว่าความรู้มีผลต่อการยังยั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนความรู้ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างไม่ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่านักศึกษาส่วนใหญ่อาจมีความรู้ที่ไม่แตกต่างกันซึ่งในปัจจุบันการให้ความรู้ผ่านสื่อช่องทางที่หลากหลาย อาจเป็นไปได้ว่าความรู้ที่เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวอาจไม่ปรากฏในผู้ที่มีอายุน้อย ในวัยของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ข้อมูลหมายเหตุควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมากที่สุด และการรับรู้การปฏิบัติตามกฎหมายมีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือมีผลต่อการดื่มในระดับที่มีการดื่มบ้างเป็นบางครั้งโอกาส ดังนั้น การพิจารณาแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในประเด็นการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเรื่องของวันและเวลาในการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานที่จำหน่ายและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจเป็นข้อที่ควรพิจารณาแก้ไข

2. สถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้ให้เกิดความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามข้อมูลหมายเหตุลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ขอขอบพระคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ตลอดจนให้การสนับสนุนและความช่วยเหลือในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

- กษิตีธ ขันนิรัตน์. (2549). พฤติกรรมการดื่มสุราของเยาวชนไทยในตำบลกุดสระ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กันต์กนิษฐ์ ผลแจ้ง. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาในระดับปริญญาตรีในเขต กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยศรีประทุม.
- ชนิษฐา พรหมกระโทก. (2562). การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นชุมชนเขตชานเมืองจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคอีสานของประเทศไทย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38 (3), 22 – 31.
- จินตนา วงศ์วาน. (2548). ความชุกและพฤติกรรมการดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดกรมสามัญศึกษาอำเภอ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนาการชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฬารัตน์ เอื้ออำนวย. (2553). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรสมุน วัฒนภิณู และ นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. (2563). ผลของข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยในการตัดสินใจภาครัฐ (รายงานวิจัย). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชญานิน เทพาคำ. (2554). ปัญหาการบังคับใช้มาตรการจัดเก็บภาษีสรรพสามิต กรณีศึกษาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทสุราแช่ชนิดเบียร์. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม.
- เชษฐ รัชดาพรณานิกุล และ ชุชนะ. (2553). การประเมินการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- ณัฐกาล ลายนอก. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการยับยั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกฎหมายและระเบียบฯ โรงเรียนจำอากาศของนักเรียนจำอากาศ ปีการศึกษา 2558. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทักษพล ธรรมรังสี (บรรณาธิการ). (2556). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- เทพไทย โชติชัย และ สรายุ มันทาพันธ์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาขอนแก่น 6 (ตุลาคม-ธันวาคม 2562).
- ธีระวุธ ธรรมกุล, นิตยา เพ็ญศิริณา, ทองทิพย์ สลวงษ์ลักษณ์, ทิพย์รัตน์ ธรรมกุล, และนิยม ไกรบุญ. (2561). สถานการณ์การจำหน่ายและการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตโซนนิ่งรอบสถานศึกษา (รายงานวิจัย). โครงการวิจัยสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรุงเทพฯ.

- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักส์. ประณต
เค้านิมและดวงเดือน แซ่ตั้ง. (2551). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ของนิสิตมหาวิทยาลัย: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.
ปิยะ ทองบาง. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา
ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา
ชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พรพิมล วรวิฑูรพพงศ์ และสงคาร เขาวนศิลป์. (2551). ปัจจัยด้านจิตสังคมในการพยากรณ์พฤติกรรม
หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: ภาควิชา
จิตวิทยา, คณะมนุษยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
- พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560
- ภูษณิศา บริหาร. (2549). พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มวัยรุ่นหญิง: กรณีศึกษา. การ
ค้นคว้าแบบอิสระศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนวบัณฑิต
วิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตติยา บัวสอน และ เชษฐ รัชดาพรณธิกุล. (2553). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ
นักศึกษา มหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหา
บัณฑิต (วิทยาการเสพติด). สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2556). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี
2556. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซีเอสเอ็มเอส.
- ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. (2564). การสำรวจการรับรู้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่:
กรณีศึกษาประชาชนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปใน 15 จังหวัด (ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2550). พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา.
- สาวิตรี อัมมวงศ์กรชัย (บรรณาธิการ). (2562). รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราย
จังหวัด พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).
- สาวิตรี อัมมวงศ์กรชัย (บรรณาธิการ). (2562). ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย
พ.ศ. 2559-2561. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).
- สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ. (2551). พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. (2564). รับฟังความคิดเห็นต่อกฎหมาย “ร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่..) พ.ศ.”. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา <http://www.alcoholact.ddc.moph.go.th/act/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติและสังคม.
- สุทธิชัย ปัญญโรจน์. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. (2555). วัยรุ่นกับการดื่มเหล้าเปียร์. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา <http://www.thaiantialcohol.com/newsletters/view/965>
- สุรเมศวร์ ฮาซิม, รัตนา เลิศสุวรรณศรี และ รมิดา ศรีเหรา. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมปลาย จังหวัดปทุมธานี. Thai Journal of Science and Technology 6 (มกราคม-เมษายน 2560).
- อนงค์ ดิษฐ์สังข์. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมประชานิเวศน์ เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- Emery, E.M., McDermott, R. J., Holcomb, D. R., & Marty, P. J. (1993). The relationship between youth substance use and area-specific self-esteem. Journal of School Health.
- Franklin, J. E., & Frances, R. J. (1999). Alcohol and other psychoactive substance use disorder. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott (Eds.), Textbook of psychiatry (3rd ed). (pp.363-368). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Marocoux, B. C., & Shope, J.T. (1997). Application of the theory of planned behavior to adolescent use misuse of alcohol. Health Education Research.
- Rokeach M. (1968). Beliefs, Attitude and Values: A Theory of organization and change. San Francisco: Jossey-Boss.
- Schuckit, M. A. (2000). Alcohol-related disorder. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (7th ed., pp.653-970). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schulte M. T., Ramo D. & Brown S. A. (2009). Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents. Clinical Psychology Review.

Perception, Satisfaction, and Problems with Health Insurance Consumer Protection on Life Insurance Policies of an Insurance Company

Paveethida Luamcharoen* Chardsumon Prutipinyo**, Natnaree Aimyong**

(Received 15 February 2022; Revised 12 March 2022; Accepted 16 March 2022)

Abstract

Perception, satisfaction, and problems with health insurance consumer protection, adding on life insurance policy, are benefits for the protection of health insurers, or consumer protection. This is a cross-sectional, descriptive research, with the objectives of specifying factors related to health insurers' satisfaction, in addition to life insurance policy; understanding insurers' perception and satisfaction of health insurance policy, in addition to life insurance policy; identifying factors related to insurers' perception and satisfaction; and identify problems of health insurance, in addition to life insurance policy. There were 432 insurers with 20-year-olds and older, who had health insurance in addition to life insurance policies, between 2018 and 2019. Data collection was conducted by an online questionnaire. Content validity and confidence values were checked by experts ($\alpha = 0.762$). A total of 288 completed questionnaires, accounting for 100% of the samples, were collected from July 1- 30, 2021. The data were analyzed by SPSS computer program, for percentage, frequency, average, and standard deviation. Chi-square test and Pearson correlation were used to analyze for association and correlation, with statistic significant level of 0.05

Results indicated that health insurers, in addition to life insurance policies, had a good score on perception level (mean = 4.51), a good score on satisfaction level (mean = 4.50), and a low score on problems for the insurer's protection (mean = 1.70). Demographic characteristics such as age, including knowledge and understanding related to health insurance, and information provided by insurance company staff, were correlated with perception and satisfaction of health insurance policy, in addition to life insurance policy. On top of that, customer service was an important factor, correlated with perception and satisfaction of health insurers, in addition to life insurance policy.

Keywords: Perception of health insurance, Satisfaction of health insurance, Problems of health insurance, life insurance

*Student in M.Sc. (Public Health) Major in Medical and Public Health Law Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University, Corresponding author: paveethidalu@gmail.com

** Faculty of Public Health, Mahidol University

การรับรู้ ความพึงพอใจ และปัญหาการคุ้มครองประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง

ปวีณธิดา เหลื่อมเจริญ* ฉัตรสมัน พงศ์นิญโญ** ณัฐนารี เอมยงค์**
(วันที่รับบทความ 15 กพ.2565; วันแก้ไขบทความ 12 มีค. 2565; วันตอบรับบทความ 16 มีค.2565)

บทคัดย่อ

การรับรู้ ความพึงพอใจ และปัญหาการคุ้มครองประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต เป็นประโยชน์ต่อการคุ้มครองผู้เอาประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตหรือผู้บริโภค การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอธิบายแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุถึงกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้เอาประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต เพื่อเข้าใจการรับรู้และความพึงพอใจของผู้เอาประกันสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต เพื่อค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้และความพึงพอใจของผู้เอาประกันสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต เพื่อระบุปัญหาการคุ้มครองประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เอาประกันอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป โดยต้องเป็นผู้ที่มีสัญญาประกันภัยสุขภาพแนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลในช่วงปีพ.ศ. 2561 – 2562 ที่ยังมีผลบังคับอยู่จำนวน 432 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น ($\alpha = 0.762$) ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 288 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.51) ความพึงพอใจของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ย (Mean = 4.50) ปัญหาของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมีค่าเฉลี่ย (Mean = 1.70) คุณลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพ การให้ข้อมูลรายละเอียดของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และความพึงพอใจการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงการให้บริการของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่สำคัญเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความพึงพอใจของผู้เอาประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ประกันสุขภาพ, ความพึงพอใจประกันสุขภาพ, ปัญหาประกันสุขภาพ, ประกันชีวิต

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอกการบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข (ภาคพิเศษ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) ผู้รับผิดชอบบทความ ติดต่อ paveethidalu@gmail.com

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ (Introduction)

ในประเทศไทยปัจจุบันประชาชนมีสิทธิในการรักษาพยาบาลจากหลายแหล่ง สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ดังนี้

1. ประกันสุขภาพภาครัฐ ประกอบด้วย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานของรัฐภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประชาชนไทยที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักมีสิทธิลงทะเบียนและเลือกหน่วยบริการประจำเพื่อใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการ สิทธิประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคม (สปส.) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ทำหน้าที่ดูแลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบกองทุนประกันสังคม โดยสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ มีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังดูแลและออกกฎระเบียบข้อบังคับสิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและบุคคลในครอบครัวสามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลของรัฐ

2. ประกันสุขภาพภาคเอกชน หรือประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ประชาชนเลือกทำกับบริษัทประกันชีวิตโดยพบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลจากสำรวจอนามัยและสวัสดิการสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมปีพ.ศ. 2560 จำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 51.1 ล้านคน สิทธิประกันสังคมจำนวน 11.6 ล้านคน สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของราชการ จำนวน 4.7 ล้านคน หน่วยงานรัฐอื่นๆ เช่น รัฐวิสาหกิจและหน่วยงานอิสระของรัฐ จำนวน 0.75 ล้านคน สำหรับการประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ประชาชนเลือกทำกับบริษัทประกันในปีพ.ศ. 2550 จำนวนประชาชนที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลจากประกันสุขภาพกับบริษัทประกันมีจำนวน 1.45 ล้านคน ปีพ.ศ. 2552 จำนวน 2.42 ล้านคน ปีพ.ศ. 2554 จำนวน 2.73 ล้านคน ปีพ.ศ. 2556 จำนวน 3.49 ล้านคน ปีพ.ศ. 2558 จำนวน 4.44 ล้านคน ปีพ.ศ. 2560 จำนวน 4.82 ล้านคน (การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2560) หรือเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 3 เท่าในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ด้วยเหตุผลหลายอย่าง เช่น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยทำให้ประชาชนให้ความสนใจเรื่องสุขภาพ การรักษาพยาบาล การดูแลตนเองมากขึ้น จากการค้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น การที่บริษัทประกันมีช่องทางการขายผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ เพิ่มขึ้น เช่น การขายประกันผ่านช่องทางออนไลน์ทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ประชาชนมั่นใจการทำประกันสุขภาพมากขึ้นจากการที่ภาครัฐและหน่วยงานที่กำกับดูแลธุรกิจประกันได้มีมาตรการการควบคุมธุรกิจประกันให้เป็นมาตรฐานมากขึ้น รวมถึงการใช้สิทธิลดหย่อนภาษีสำหรับผู้มีเงินได้ที่ทำประกันสุขภาพ

การประกันชีวิตเป็นการสร้างหลักประกันให้กับตนเองและครอบครัว ประโยชน์ของการทำประกันชีวิตคือ ผู้เอาประกันได้รับความคุ้มครองกรณีเสียชีวิตและผลประโยชน์ที่ได้รับจะตกแก่ผู้รับผลประโยชน์ตามที่ระบุไว้ตั้งแต่เมื่อทำสัญญากรมธรรม์ บางประเภทมีเงินปันผลให้ระหว่างสัญญาช่วยในด้านการออมเงิน การทำสัญญาประกันชีวิตนี้หากผู้เอาประกันต้องการความคุ้มครองเรื่องค่ารักษาพยาบาล สามารถซื้อสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพแนบท้ายสัญญาประกันชีวิตได้ โดยมีเงื่อนไขรายละเอียดต่างๆ สิทธิประโยชน์ ผลประโยชน์ความคุ้มครองตามกรมธรรม์ที่มีรายละเอียดของสัญญาตามกรมธรรม์นั้น บางข้อความเป็นภาษาทางกฎหมายทำให้การสื่อความเข้าใจแก่ผู้เอาประกันที่เป็นประชาชนทั่วไปเข้าใจได้ยาก นอกจากนี้ยังมีรายละเอียดในข้อยกเว้นของสัญญากรมธรรม์หลายข้อที่บริษัทมีสิทธิปฏิเสธการจ่ายเงินตามเงื่อนไขกรมธรรม์ หากผู้เอาประกันไม่ได้มีการค้นหาข้อมูลหรือศึกษารายละเอียดของข้อสัญญาอย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดข้อโต้แย้งหลังการ เคลมประกัน ภายหลังได้

ในเรื่องประเด็นของการร้องเรียนจากประชาชน ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคได้แบ่งประเภทการร้องเรียนเป็นจำนวน 3 ประเภทคือ ประเภทบริการ ประเภทสินค้าอุปโภคและบริโภค และ ประเภทอสังหาริมทรัพย์และที่อยู่อาศัย ในปีงบประมาณพ.ศ. 2560 ช่วงเดือนตุลาคม 2559 – กันยายน 2560 มีจำนวนผู้ร้องเรียนทั้ง 3 ประเภทหลัก จำนวน 8,461 ราย แบ่งเป็น 3 ประเภทหลัก ดังนี้ ประเภทบริการจำนวน 3,118 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.9 ประเภทสินค้าอุปโภคและบริโภคจำนวน 3,115 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.68 ประเภทอสังหาริมทรัพย์และที่อยู่อาศัยจำนวน 2,316 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.41 (สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค, 2560) โดยเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการประกันชีวิตอยู่ในประเภทบริการ

จากข้อมูลสถิติสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ประเภทการร้องเรียนมากที่สุดคือ ปัญหาประเภทบริการ โดยเรื่องที่มีการร้องเรียนมากที่สุดคือ ฟิตเนส จำนวน 686 ราย คิดเป็นร้อยละ 22 เรื่องการประกันชีวิตเป็นลำดับที่ 20 จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 และข้อมูลช่วงเดือนสิงหาคม ปีพ.ศ. 2562 มีผู้ร้องเรียนต่อสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ประเภทบริการจำนวน 328 ราย เรื่องการประกันชีวิตจำนวน 3 ราย (สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ข้อมูล ณ วันที่ 2 กันยายน 2562) สาเหตุมาจากเรื่องตรวจสอบการให้บริการจำนวน 2 ราย และปฏิเสธการจ่ายสินไหมจำนวน 1 ราย

การทำประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากสถิติที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากนี้ความคุ้มครองและเงื่อนไขของสัญญาประกันสุขภาพมีความซับซ้อน รวมทั้งมีปัญหการร้องเรียนด้านการประกันภัยสุขภาพทั้งจากสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคและสำนักงาน

คณะกรรมการการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งอาจเกิดจากการรับรู้ ความพึงพอใจของผู้เอาประกันภัยสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านอายุ เพศ การศึกษา เป็นต้น รวมถึงการให้ข้อมูลการบริการของเจ้าหน้าที่บริษัท ที่เป็นประโยชน์ต่อการคุ้มครองผู้เอาประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะระบุถึงกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้เอาประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการคุ้มครองผู้เอาประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตหรือผู้บริโภค รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้เอาประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตให้ผู้บริหารในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงาน เพื่อสร้างความพึงพอใจของผู้เอาประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อเข้าใจการรับรู้และความพึงพอใจของผู้เอาประกันภัยเพิ่มเติมสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต
2. เพื่อค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้และความพึงพอใจของผู้เอาประกันภัยเพิ่มเติมสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต
3. เพื่อระบุปัญหาการคุ้มครองประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อเข้าใจการรับรู้และความพึงพอใจของผู้เอาประกันภัยเพิ่มเติมสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต เพื่อค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้และความพึงพอใจของผู้เอาประกันภัยเพิ่มเติมสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต เพื่อระบุปัญหาการคุ้มครองประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้เอาประกันเพศชายหรือหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป โดยต้องเป็นผู้ที่สัญญาประกันภัยสุขภาพแนบทำกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลในช่วงปีพ.ศ. 2561 – 2562 ที่ยังมีผลบังคับอยู่จำนวน 1,149 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 288 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 50 สำหรับการตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้จำนวน 432 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ตั้งแต่ 1 ถึง 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ครบถ้วนจำนวน 288 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ (Google-Form) ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการประกันภัยสุขภาพ ประสบการณ์การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การให้รายละเอียดข้อมูลกรรมธรรม์ของเจ้าหน้าที่ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นความพึงพอใจต่อการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 4 ปัญหาที่พบจากการคุ้มครองประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต หลังการเรียกร้องสินไหมทดแทนการประกันสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการบริการจำนวน 2 ข้อ ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้เอาประกันจำนวน 30 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค รวมเท่ากับ 0.762

การแปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความพึงพอใจ และปัญหาออกเป็น 2 ระดับ คือระดับน้อยและระดับมาก ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 – 3.00 หมายความว่า การรับรู้ ความพึงพอใจ และปัญหาอยู่ในระดับน้อย

ช่วงคะแนน 3.01 – 5.00 หมายความว่า การรับรู้ ความพึงพอใจ และปัญหาอยู่ในระดับมาก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 29/2563 ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2564 จากนั้นจึงขอหนังสือขอเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูลการวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในรูปแบบของแบบสอบถามที่ตอบข้อมูลสมบูรณ์แล้วจะถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและเป็นความลับ ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ได้ และนำเสนอข้อมูลแบบภาพรวมเพื่อประโยชน์การศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจึงดำเนินการส่งแบบสอบถามออนไลน์ (Google-Form) และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละค่าเฉลี่ยค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความแตกต่างความพึงพอใจในการรับบริการโดยใช้ค่าสถิติ z-test หาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวนบริษัทที่ผู้เอาประกันทำประกันสุขภาพ โรคและประสบการณ์การนอน

พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้และความพึงพอใจการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต ความรู้เกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพ การให้รายละเอียดข้อมูลกรรมธรรม์ของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ความพึงพอใจการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตโดยใช้ การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

ผลการวิจัย (Results)

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่าผู้เอาประกันสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตในบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในช่วงปีพ.ศ. 2561 – 2562 กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เคลมจำนวน 1 ครั้งต่อปีมากกว่าครึ่ง เป็นเพศหญิงช่วงอายุ 30 -39 ปี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือปริญญาตรี ประกอบอาชีพพนักงานเอกชน รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่คือ 30,001 - 35,000 บาท สิทธิการรักษาพยาบาลที่มีส่วนใหญ่อคือประกันสังคม จำนวนบริษัทที่มีสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพแนบท้ายสัญญาประกันชีวิตส่วนใหญ่คือ 1 บริษัท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยมีประสบการณ์นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำประกันสุขภาพเพิ่มเติมบนสัญญาประกันชีวิตให้ตนเอง ทำประกันชีวิตแบบสะสมทรัพย์ (ครบกำหนดสัญญาได้เงินคืน) ทำประกันชีวิตผ่านช่องทางการเสนอขายผ่านธนาคาร ส่วนใหญ่ได้รับการนำเสนอขายประกันสุขภาพผ่านคำชักชวนของตัวแทนหรือนายหน้า เหตุผลที่เลือกทำประกันสุขภาพเพิ่มเติมบนสัญญาประกันชีวิตเพื่อลดหย่อนภาษี

ส่วนที่ 2 การรับรู้ ความพึงพอใจและปัญหาที่พบเกี่ยวกับการประกันภัยสุขภาพ ประสบการณ์การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การให้รายละเอียดข้อมูลกรรมธรรม์ของเจ้าหน้าที่โดยนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกรายด้านและโดยรวม

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ ความพึงพอใจ และปัญหาของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งจำแนกตามรายด้านและจำแนกโดยรวม (n= 288)

การรับรู้	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
1.การรับรู้เกี่ยวกับการประกันภัยสุขภาพ	4.51	0.54	มาก
2.การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน	4.51	0.53	มาก
3.การให้รายละเอียดข้อมูลกรรมธรรม์ของเจ้าหน้าที่	4.52	0.52	มาก
รวม	4.51	0.55	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่าการรับรู้ของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.51 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ในด้านการให้รายละเอียดข้อมูลกรมธรรม์ของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยที่ 4.52 รองลงมาคือการรับรู้ด้านการรับรู้เกี่ยวกับประกันภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยที่ 4.51 S.D. 0.54 การรับรู้ด้านการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยที่ 4.51 S.D. 0.53

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ และปัญหาของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งจำแนกตามรายด้านและจำแนกโดยรวม (n= 288)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
1.ด้านกระบวนการ	4.50	0.55	มาก
2.ด้านการสื่อความในกรมธรรม์	4.50	0.53	มาก
3.การให้บริการของเจ้าหน้าที่	4.50	0.53	มาก
รวม	4.50	0.55	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าความพึงพอใจของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.5 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านกระบวนการอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.5 S.D. 0.55 รองลงมาคือการสื่อความในกรมธรรม์ และการให้บริการของเจ้าหน้าที่ทั้งสองด้านมีค่าเฉลี่ยและ S.D. เท่ากันคือ 4.5 และ 0.53 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัญหาที่พบของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งจำแนกตามรายด้านและจำแนกโดยรวม (n= 288)

ปัญหาที่พบ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
1. บริษัทปฏิเสธไม่ทำสัญญาประกันภัยสุขภาพ	1.70	0.57	น้อย
2. บริษัทปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทน	1.69	0.55	น้อย
3. กรมธรรม์ขาดอายุ จากการไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัย	1.67	0.57	น้อย
4. ความสะดวกในการส่งหลักฐานการเรียกร้องผลประโยชน์	1.71	0.62	น้อย
5. การอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่ในการรวบรวมเอกสารเพื่อเรียกร้องผลประโยชน์	1.69	0.56	น้อย
6. ความเข้าใจเรื่องผลประโยชน์ความคุ้มครองตามกรมธรรม์	1.71	0.55	น้อย
7. ระยะเวลาในการเรียกร้องผลประโยชน์ ภายหลังการจัดส่งเอกสาร	1.70	0.54	น้อย
8. การเรียกร้องผลประโยชน์ตามกรมธรรม์อยู่ในข้อยกเว้นของสัญญาประกันภัย	1.70	0.55	น้อย
9. สาเหตุของการเรียกร้องไม่ตรงตามคำนิยามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์	1.70	0.58	น้อย
10. มีความเห็นที่ไม่ตรงกันจากที่บริษัทปฏิเสธการจ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์	1.69	0.53	น้อย
รวม	1.70	0.56	น้อย

ปัญหาของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.70 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ความสะดวกในการส่งหลักฐานการเรียกร้องผลประโยชน์อยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.71 S.D. 0.62 รองลงมาสาเหตุของการเรียกร้องไม่ตรงตามคำนิยามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์อยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.71 S.D. 0.58 ตามด้วยความเข้าใจเรื่อง

ผลประโยชน์ความคุ้มครองตามกฎหมายอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.71 S.D. 0.55 บริษัทปฏิเสธไม่ทำสัญญาประกันภัยสุขภาพอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.70 S.D. 0.57 การเรียกร้องผลประโยชน์ตามกฎหมายอยู่ในข้อยกเว้นของสัญญาประกันภัยสุขภาพอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.70 S.D. 0.55 ระยะเวลาในการเรียกร้องผลประโยชน์ภายหลังการจัดส่งเอกสารอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.70 S.D. 0.54 การอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่ในการรวบรวมเอกสารเพื่อเรียกร้องผลประโยชน์อยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.69 S.D. 0.56 บริษัทปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.69 S.D. 0.55 มีความเห็นที่ไม่ตรงกันจากที่บริษัทปฏิเสธการจ่ายผลประโยชน์ตามกฎหมายอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.69 S.D. 0.53 กรมธรรม์ขาดอายุจากการไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัยค่าเฉลี่ย 1.67

ข้อเสนอแนะของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 2

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตกับการรับรู้การทำประกันภัยสุขภาพของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพ การให้ข้อมูลรายละเอียดของเจ้าหน้าที่ กับการรับรู้การทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	0.303*	0.000
การประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต		
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพ	0.975*	0.000
การให้ข้อมูลรายละเอียดของเจ้าหน้าที่	0.994*	0.000

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการรับรู้การทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มี

การเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นความสัมพันธ์ระดับต่ำ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการรับรู้การทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นความสัมพันธ์ระดับสูง การให้ข้อมูลรายละเอียดของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการรับรู้การทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นความสัมพันธ์ระดับสูง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตกับความพึงพอใจการทำประกันภัยสุขภาพของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพ การให้ข้อมูลรายละเอียดของเจ้าหน้าที่ กับความพึงพอใจการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	0.277*	0.000
การประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต		
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพ	0.975*	0.000
การให้ข้อมูลรายละเอียดของเจ้าหน้าที่	0.967*	0.000

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความพึงพอใจการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคล

ของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นความสัมพันธ์ระดับต่ำ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความพึงพอใจการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นความสัมพันธ์ระดับสูง การให้ข้อมูลรายละเอียดของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความพึงพอใจการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นความสัมพันธ์ระดับสูง

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตกับปัญหาการทำประกันภัยสุขภาพของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ จำนวนบริษัทที่ผู้เอาประกันทำประกัน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพ การให้ข้อมูลรายละเอียดของเจ้าหน้าที่ กับปัญหาการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	0.515*	0.000
จำนวนบริษัทที่ผู้เอาประกันทำประกัน	0.166*	0.005
การประกันภัยสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต		
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพ	0.110	0.063
การให้ข้อมูลรายละเอียดของเจ้าหน้าที่	0.095	0.107

จากตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับปัญหาการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัท

ประกันชีวิตแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง จำนวนบริษัทที่ผู้เอาประกันทำประกันมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับปัญหาการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นความสัมพันธ์ระดับต่ำ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง การให้ข้อมูลรายละเอียดของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง

อภิปรายผลการวิจัย (Discussions)

1. ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการประกันภัยสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยที่ 4.51 สอดคล้องกับการศึกษาของ Srimannarayana Gajula (2020) พบว่าผู้เอาประกันภัยสุขภาพส่วนใหญ่มีความสนใจที่จะทำประกันสุขภาพและรับทราบข้อมูลโดยส่วนมากผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต โดยผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งรับรู้ว่าการทำร้ายตนเองโดยจงใจ เป็นข้อยกเว้นการจ่ายสินไหมในกรมธรรม์ร้อยละ 54.5 เนื่องจากเป็นข้อยกเว้นทั่วไปของการจ่ายสินไหมของกรมธรรม์ประกันชีวิต

2. ด้านความพึงพอใจในภาพรวมของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ย 4.5 สอดคล้องกับงานวิจัยของฐิติรัตน์ กอบกิจสูงมงคล (2558) ศึกษาความพึงพอใจที่ลูกค้าตัดสินใจเลือกใช้บริการด้านการประกันชีวิต บริษัท ไทยพาณิชย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ปัจจัยที่สนับสนุนความพึงพอใจทุกด้านได้แก่ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือ ใ้วางใจในการบริการ การตอบสนองต่อลูกค้า การให้ความมั่นใจแก่ลูกค้า ความเห็นอกเห็นใจ ปัจจัยที่สนับสนุนความพึงพอใจโดยรวมกับความพึงพอใจทุกด้านได้แก่กระบวนการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ขั้นตอนให้บริการสถานที่ให้บริการ และสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภนิจ เจนรัตนกรและอัมรินทร์ เทวตา (2560) ศึกษาประเด็นความพึงพอใจในการเลือกทำประกันชีวิตของผู้สูงอายุเขต บางแค จังหวัดกทม. ให้ความสำคัญเรื่องความน่าเชื่อถือของบริษัทมากที่สุด รองลงมาคือปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ ให้ความสำคัญเรื่องการแนะนำและการให้คำปรึกษาของพนักงานมีความเหมาะสมมาก

ที่สุด ตามด้วยปัจจัยด้านอัยยาศัยของตัวแทนประกันชีวิตให้ความสำคัญเรื่องตัวแทนบริษัทตอบข้อซักถามและอธิบายรายละเอียดได้มากที่สุด และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Anjali Jacob (2018) พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่พึงพอใจกับการประกันสุขภาพในเมือง Ranny Thaluk ประเทศอินเดีย

3. ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคล

อายุ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และความพึงพอใจการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับรายงานของ Angela Armah (2020) พบว่าช่วงอายุ 31 – 40 ปีตระหนักรู้และเข้าใจการทำประกันในประเทศกานา

จำนวนบริษัทที่ผู้เอาประกันทำประกันไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และความพึงพอใจการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง

4. ความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพ ประสพการณ์การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การให้รายละเอียดข้อมูลกรมธรรม์ของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และความพึงพอใจการคุ้มครองประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิต พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และความพึงพอใจการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Mehrdad Asghari (2017) พบว่า การให้บริการที่มีคุณภาพและตรงตามการโฆษณาของบริษัทมีผลต่อการประเมินคุณภาพการให้บริการตามความคาดหวังของลูกค้า และสอดคล้องกับรายงานของ Angela Armah (2020) พบว่าผู้เอาประกันรายใหม่จะรับรู้การทำประกันในเชิงบวกมากกว่าผู้เอาประกันรายเก่า

การให้ข้อมูลรายละเอียดของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการรับรู้และความพึงพอใจการทำประกันสุขภาพบนสัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Jas Bahadur Gurung (2016) พบว่าผู้เอาประกันส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับมากและมีความพึงพอใจกับการบริการของเจ้าหน้าที่ของบริษัท

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. จากผลการวิจัยข้อเสนอแนะของผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญรายบุคคลของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในระดับต่ำเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อเสนอแนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด 3 คือให้มีแบบความคุ้มครองมากขึ้น รองลงมาคือเบี้ยประกันถูกลง การบริการหลังการขาย เช่น มีสิทธิประโยชน์พิเศษต่างๆ ตามลำดับ

2. การให้บริการของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้เอาประกันที่มีการเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบสามัญทราบถึงสิทธิประโยชน์ในการเบิกค่าสินไหมประกันสุขภาพ ขั้นตอนการจ่ายสินไหม รวมถึงการให้ข้อมูลของกรมธรรม์แก่ผู้เอาประกัน เนื่องจากรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขค่อนข้างเยอะและบางข้อมีความซับซ้อน เพื่อให้ผู้เอาประกันได้รับรู้และเข้าใจในเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันสุขภาพที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตได้มากขึ้น รวมทั้งยังลดการเกิดปัญหาที่เกิดจากความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างบริษัทผู้รับประกันและผู้เอาประกันอีกทางหนึ่ง

3. ทางผู้บริหารบริษัทประกันชีวิตควรให้การสนับสนุนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างต่อเนื่อง เช่น มีการฝึกอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัยสุขภาพ หรือมีการเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญมาให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้บุคลากรได้เรียนรู้ทักษะประสบการณ์ในการพัฒนางานให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีทั้งแก่ตัวบุคลากรเอง เมื่อบุคลากรมีความพร้อมและเชี่ยวชาญทำให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น ลดการเกิดปัญหาและความเข้าใจที่ตรงกัน ตั้งแต่เริ่มต้นที่ผู้เอาทำประกันสุขภาพแนบท้ายสัญญาประกันชีวิต ส่งผลต่อผู้เอาประกันทำให้ความพึงพอใจในการรับบริการและลดความเสี่ยงในการฟ้องร้องในอนาคต

เอกสารอ้างอิง (References)

- ฐิติรัตน์ กอบกิจสุขมงคล. (2558). ความพึงพอใจที่ลูกค้าตัดสินใจเลือกใช้บริการด้านการประกันชีวิต บริษัท ไทยพาณิชย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์.
- สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. (2560). รายงานประจำปี 2560. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ocpb.go.th/more_news.php?cid=30
- สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. (2560). รายงานประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2560 เดือนตุลาคม 2559 - กันยายน 2560. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ocpb.go.th/news_view.php?nid=9034

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. (มปป.). การคุ้มครองผู้บริโภคในด้านโฆษณา. [อินเทอร์เน็ต][เข้าถึงเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก:

https://www.ocpb.go.th/news_view.php?nid=9764

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามประเภทสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2552 2554 2556 2558 และ 2560. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 27 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก<http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>

ศุภนิจ เจนรัตนกรและอัมรินทร์ เทวตา. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการซื้อประกันชีวิตของผู้สูงอายุ เขตบางแค จังหวัดกรุงเทพมหานคร. คณะวิทยาการจัดการ สาขาการจัดการธุรกิจและภาษาอังกฤษ มหาวิทยาลัยศิลปากร. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://repository.rmutr.ac.th/handle/123456789/791;jsessionid=1CA0B6EE96D1B82D1CD016F02DD30E85>

Angela Armah, Detlev Jahn. (2020). Public perception, awareness and confidence of insurance in Ghana. National Insurance Commission. from https://www.findevgateway.org/sites/default/files/publications/submissions/67311/20200311_Assessment%20of%20Public%20Perception%2C%20Awareness%20and%20Confidence%20in%20Insurance%20in%20%20Ghana.pdf

Anjali Jacob. (2018). A study on customer perception towards health insurance in Ranny Thaluk. International Journal of Advance Research and Development. 3 (12): 41-48. from <https://www.ijarnd.com/manuscripts/v3i12/V3I12-1159.pdf>

Asghari, Mehrdad, Babu, S. (2017). Understanding of Customer Expectations and Perceptions of Indian Health Insurance Companies. International Journal of Engineering Trends and Technology. 43(3): 138-146. <https://doi.org/10.14445/22315381/IJETT-V43P223>.

Gurung, J. B. (2016). Insureds' Perception towards Insurance Services in Pokhara. The Journal of Business and Hospitality. 1(1): 23-36. <https://doi.org/10.3126/repos.v1i0.16040>

Krejcie, R. V., Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30 (3), 607-610.

Srimannarayana Gajula. (2020). Consumer's perception and factors influencing selection of health insurance policy in Hyderabad region. Conference: International Conference on Mathenatical Sciences and Applications (ICMSA-2019). 9 (155 December. 2019): 1-8. <https://doi.org/10.1063/5.0014719>.

Factors related to the physical therapy services utilization among client in a community hospital, Prachuap Khiri Khan Province

Rattanakan Deethong* Youwanuch Sattayasomboon**
Suthee Usathaporn*** Sarunya Benjakul****

(Received: 12 April 2022 ; Revised: 24 April 2022; Accepted: 26 April 2022)

Abstract

Physical therapy services (PTS) are essential to health and quality of life of the population. When clients have health problems, they should be able to access the service timely. This cross-sectional study aimed to analyze factors related to PTS in a community hospital. The participants consisted of 135 clients of physical therapy department in Bang Saphan Noi hospital, Prachuap Khiri Khan Province. Data were collected using a self-administered questionnaire during December 14, 2020 to January 31, 2021. Descriptive statistics and Chi-square test were used to analyze.

The results indicated that the clients in a community hospital were female (71.9%), had the mean age of 50.08 years (± 13.6 years), moderately healthy (54.1%), and had physical therapy access service score at a high level (81.5%). The utilization of PTS at the hospital when registered revealed that 79.3% of the clients can use the services on same day. In addition, the factors that statistically significant related to PTS utilization were personal characteristics including educational level (p -value = 0.040), family monthly income (p -value = 0.011), and health status factor such as health problem treated by continuous physical therapy (p -value = 0.011). On the other hand, accessing services was not associated with PTS utilization. Therefore, the development of PTS in the hospitals should be considered for clients who are inconvenient during office hours.

Key words: services utilization; physical therapy; related factors; community hospital

* Student in M.Sc. (Public Health) Major in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University, Corresponding: you-nuch@hotmail.com

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

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

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

รัตนกานต์ ดีทอง* ยูनुซ สัตยสมบูรณ์** สุธี อยู่สถาพร*** ศรัณญา เบญจกุล****

(วันรับบทความ 24 เม.ย.2565; วันแก้ไขบทความ 22 เม.ย.2565; วันตอบรับบทความ 26 เม.ย.2565)

บทคัดย่อ

บริการกายภาพบำบัดมีความสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบงานกายภาพบำบัดให้มีประสิทธิภาพ มาตรฐาน และตอบสนองได้ตรงความต้องการของผู้ใช้บริการ การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด กับการใช้บริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลบางสะพานน้อย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการกายภาพบำบัด จากการสุ่มตัวอย่างจำนวน 135 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่าง 14 ธันวาคม 2563 ถึง 31 มกราคม 2564 อธิบายตัวแปรโดยสถิติพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการกายภาพบำบัด เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.9 อายุเฉลี่ย 50.1 ปี (± 13.6 ปี) มีสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.5 การใช้บริการกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลชุมชน พบว่า เมื่อลงทะเบียนใช้บริการกายภาพบำบัด ผู้ป่วยได้ใช้บริการกายภาพบำบัดในวันที่ลงทะเบียน ทุกครั้ง ร้อยละ 79.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการกายภาพบำบัดในวันที่ลงทะเบียน ของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p\text{-value} = 0.040$) รายได้ครอบครัว ($p\text{-value} = 0.011$) ปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ มีปัญหาสุขภาพที่ทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องในปัจจุบัน ($p\text{-value} = 0.010$) ส่วนการเข้าถึงบริการโดยรวมและรายด้านไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการ ดังนั้นการพัฒนาบริการควรพิจารณาหาช่องทางให้บริการปรึกษากายภาพบำบัดเชิงรุกแก่ผู้รับบริการที่ไม่สะดวกเวลาราชการ

คำสำคัญ : การใช้บริการ; กายภาพบำบัด; การเข้าถึงบริการสุขภาพ; โรงพยาบาลชุมชน

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้รับผิดชอบบทความ ติดต่อ you-nuch@hotmail.com

*** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ (Introduction)

กายภาพบำบัด (Physical therapy) เป็นส่วนหนึ่งในบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชน ในการส่งเสริม, ป้องกัน, รักษา และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ โดยใช้หลักวิทยาศาสตร์และเครื่องมืออุปกรณ์หรือเทคนิคทางกายภาพบำบัด เพื่อบำบัด ป้องกัน แก้ไข และฟื้นฟูการเสื่อมสมรรถภาพ ป้องกันความพิการของร่างกายหรือจิตใจ (คณะอนุกรรมการฝ่ายมาตรฐานวิชาชีพ คณะกรรมการสภากายภาพบำบัด, 2549) เพื่อให้ประชาชนสามารถได้รับบริการทางกายภาพบำบัดจากนักกายภาพบำบัดที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีสถานที่ เครื่องมือ รวมทั้งระบบและกลไกที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมตามหลักสิทธิมนุษยชน และสอดคล้องกับทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ (พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด, 2547) ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดเป็นที่มีความจำเป็นมากขึ้น ซึ่งการรักษาจะใช้การบำบัดผู้ป่วยตั้งแต่เด็กแรกเกิด ไปจนถึงผู้สูงอายุ เช่น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับกระดูก และกล้ามเนื้อตั้งแต่กำเนิด ผู้ป่วยที่เป็นโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการผ่าตัด ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง และผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ปวดเมื่อยเรื้อรังตามข้อ ไหล่ หลัง แขน และขา แต่ในการรักษาต้องมีความต่อเนื่องเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถหายขาดได้ จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดที่เข้ารับรักษาด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดตั้งแต่ระยะแรกสามารถลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นได้ถึงร้อยละ 60.0 (Chids et al., 2015) และยังได้ผลการรักษาที่ดีขึ้นถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเข้ารับบริการกายภาพบำบัดหลังจากเกิดการบาดเจ็บผ่านไปชั่วระยะเวลาหนึ่งแล้ว (อมรพันธ์ อัจฉิมพร และวาริ วิตจายา, 2559) ซึ่งการรักษาทางกายภาพบำบัดจะช่วยป้องกัน ลดความเจ็บปวดตามอวัยวะส่วนต่างๆ ที่เกิดปัญหา และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพ เสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ รวมทั้งจัดการปัญหาด้านการเคลื่อนไหวหรือความบกพร่องของร่างกาย เพื่อรักษาผู้ป่วยให้กลับมาเคลื่อนไหวหรือใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด และจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบหรือโรคที่เกิดจากการอักเสบบริเวณพังผืดใต้ฝ่าเท้า ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง จะมีช่วงเวลาการฟื้นตัวที่สั้นลงและมีค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ที่ต่ำกว่า (เฉลี่ยประมาณ 10,540 บาท) (Fraser et al., 2017) จะเห็นได้ว่าการที่ผู้รับบริการได้รับบริการกายภาพบำบัดที่ต่อเนื่องและรวดเร็วจะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพ

ได้ดี ลดผลข้างเคียงในการใช้ยากลุ่มระงับอาการปวด ลดค่าใช้จ่ายด้านเวชภัณฑ์ยา และที่สำคัญลดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่จะเกิดขึ้น

ทั้งนี้จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ลดการใช้ยาหรือค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนี้ยังรวมอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดด้วย เพื่อให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดี มีความสนใจ เอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น วิชาชีพกายภาพบำบัดจึงเป็นการรักษาทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังที่ไม่ต้องการเพิ่มปริมาณ หรือลดปริมาณการใช้ยา และลดทรัพยากรค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินจำเป็นในอนาคต และจากสถิติผู้รับบริการกายภาพบำบัด ตามข้อมูลโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาลบางสะพานน้อย ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 320 คน พบว่ามีผู้รับบริการไม่มาตามนัดหมายหรือหยุดการรักษาไปเองร้อยละ 20.0, ขาดการประสานงานหรือส่งปรึกษาล่าช้าร้อยละ 15.0 และไม่เข้ารับบริการกายภาพบำบัดร้อยละ 5.0 ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ที่กลับเข้ารับบริการด้วยอาการเดิมที่แย่ลงเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้รับบริการกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 60.0 การวิจัยที่ผ่านมาภายในประเทศไทย มีข้อมูลการวิจัยการใช้บริการกายภาพบำบัดหรือการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการใช้บริการกายภาพบำบัด และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลบางสะพานน้อย เพื่อจะได้นำข้อมูลผลการวิจัยที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการวางแผน หาโอกาสพัฒนาจัดบริการกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objectives)

1. ประเมินการใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในวันที่ลงทะเบียน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการเข้าถึงบริการ กับการใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในวันที่ลงทะเบียน

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Research) ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการกายภาพบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางสะพานน้อย ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน พ.ศ.2563 มีผู้รับบริการกายภาพบำบัดจำนวนทั้งสิ้น 320 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการที่รับบริการในแผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางสะพานน้อย โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างทราบจำนวนประชากรตามสูตรของ Daniel (Daniel W., 2010) โดยกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และค่าสัดส่วนผู้ป่วยนอกใช้บริการกายภาพบำบัด พ.ศ.2562 เท่ากับ 0.15 ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1)+Z^2pq}$$

$$n = \frac{(320)(1.96)^2(0.15)(0.85)}{(0.05)^2(320-1)+(1.96)^2(0.15)(0.85)}$$

$$n = 122 \text{ คน}$$

จากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 122 คน เพิ่มจากกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณอีกร้อยละ 10 (Barreiro and Albandoz, 2001) จำนวน 13 คน เพื่อป้องกันแบบสอบถามตอบกลับไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 135 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ ทำการเก็บข้อมูลในวันจันทร์ - วันศุกร์ ช่วงเวลาราชการ ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ โดยสุ่มจากบัตรคิวผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จากการเรียงลำดับคิวและทำการสุ่มลำดับคิวในแต่ละวันก่อนผู้รับบริการเข้ารับลำดับคิว เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป พูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตัวเอง มีความต้องการใช้บริการกายภาพบำบัด และเคยลงทะเบียนใช้บริการกายภาพบำบัดมาแล้ว 1 ครั้ง เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เข้ารับบริการด้วยภาวะฉุกเฉินหรืออยู่ในภาวะที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ที่ทุพพลภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำเฉพาะปัจจัยลักษณะประชากร ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และความต้องการด้านสุขภาพ (Anderson et al.,1995) มาใช้กำหนดตัวแปรอิสระในกรอบแนวคิดการวิจัย และนำมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การใช้บริการกายภาพบำบัด เป็นข้อคำถามเลือกตอบรวมทั้งหมด 7 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วนคำถาม คือ 1.ความต้องการใช้บริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนนี้ 1 ข้อ ให้เลือกตอบ 1 คำตอบจาก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ได้ใช้ตามที่ต้องการทุกครั้ง ได้ใช้ตามต้องการบางครั้ง และไม่เคยได้ใช้บริการตามที่ต้องการเลย และ 2.ลักษณะการใช้บริการกายภาพบำบัดที่ผ่านมา 6 ข้อ รวมทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นข้อคำถามเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ระดับภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่รับบริการกายภาพบำบัดต่อเนื่อง อาการที่ต้องการกายภาพบำบัดในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัว และปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน หมายถึง ระดับการรับรู้ถึงการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas (Penchansky R. and Thomas J. W.,1981) 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความพร้อมของบริการกายภาพบำบัด, ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด, ด้านความสะดวกในการรับบริการกายภาพบำบัด, ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการกายภาพบำบัด และด้านความยอมรับคุณภาพบริการกายภาพบำบัด เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ (มาก ปานกลาง น้อย) รวมจำนวน 29 ข้อ แบ่งเกณฑ์ระดับการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด ดังนี้ ระดับคะแนน 29-51 คือ การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดน้อย, ระดับคะแนน 52-69 คือ การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดปานกลาง และระดับคะแนน 70-87 คือ การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดสูง

ส่วนที่ 4 คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามเลือกตอบหรือเติมข้อความตามความเป็นจริง จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย รายได้เฉลี่ยของครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านมีค่าความเห็นร่วมของผู้เชี่ยวชาญ (ICO) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ถือว่าเนื้อหาแบบสอบถามมีความถูกต้อง (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชญาภา วันทุม, 2560) และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลบางสะพาน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (วัฒนา สุนทรชัย และวนิดา คูชัยสิทธิ์, 2558) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองจริยธรรมในมนุษย์เลขที่ MUPH 2020-106 เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2563 รหัสโครงการ 107/2563 ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์ จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางสะพานน้อย เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล
2. ประสานงานกับหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลที่ผ่านการอบรมแล้ว เป็นผู้เก็บข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร
4. ผู้วิจัยขอรับแบบสอบถามตอบกลับในวันเดียวกับที่แจกแบบสอบถาม ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถาม ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

สถิติในการวิเคราะห์

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด กับการใช้บริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้สถิติ Chi – Square กำหนดนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05

ผลการวิจัย (Results)

1. การใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผู้รับบริการได้ใช้บริการกายภาพบำบัดตามความต้องการในวันที่ลงทะเบียน ทุกครั้ง ร้อยละ 79.3 ลักษณะการบริการกายภาพบำบัดที่เคยได้รับจากแผนกกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ คือ ทุกคนเคยรับบริการรักษาโดยเครื่องมือกายภาพบำบัด ร้อยละ 100 รองลงมาคือการปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อขอคำแนะนำ ร้อยละ 80.7 และแพทย์ส่งปรึกษาปัญหาสุขภาพกับนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 78.5 ตามลำดับ

2. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการกายภาพบำบัด ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า จากจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด 135 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.9 มีอายุระหว่าง 24 - 77 ปี อายุเฉลี่ย 50.08 ปี สถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกัน ร้อยละ 61.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.3 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 45.2 รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 31.9 และอาศัยอยู่กับญาติ (สายตรง) ร้อยละ 84.4 ผู้รับบริการประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีปานกลาง ร้อยละ 54.1 รองลงมาสุขภาพไม่ค่อยดี ร้อยละ 26.7 มีปัญหาเข้ารับบริการกายภาพบำบัดต่อเนื่อง ร้อยละ 34.8 ปัญหาที่ต้องการใช้บริการกายภาพบำบัดมากที่สุดคืออาการปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 87.4 รองลงมาเป็นอาการชาหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้อยละ 43.0 มีโรคประจำตัวร้อยละ 58.5 และมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกายเล็กน้อย ร้อยละ 39.3 รองลงมามีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกายปานกลาง ร้อยละ 33.3

3. การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน โดยรวมมีการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.2 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.0 เมื่อแยกพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้รับบริการเข้าถึงคุณภาพของบริการกายภาพบำบัดอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 92.6 รองลงมาคือการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด และการความพร้อมของบริการกายภาพบำบัด ร้อยละ 83.7 และ 83.0 ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการกายภาพบำบัด ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับการศึกษาสูงสุด (p -value = 0.040) และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (p -value = 0.011) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพที่ทำกายภาพบำบัด

ต่อเนื่องในปัจจุบัน (p -value = 0.010) ส่วนการเข้าถึงบริการโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 1 การใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน (n=135)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้บริการกายภาพบำบัดตามความต้องการเมื่อลงทะเบียนในโรงพยาบาลชุมชนนี้ (รพช.บางสะพานน้อย)		
ได้ใช้ทุกครั้ง	107	79.3
ได้ใช้บางครั้ง	28	20.7
ไม่ใช่เลย	0	0.0
สถานที่ใช้บริการกายภาพบำบัดเพื่อรักษาปัญหาสุขภาพล่าสุด		
โรงพยาบาลชุมชนนี้ (ที่เดียว)	96	71.1
สถานที่ใช้บริการกายภาพบำบัดเพื่อรักษาปัญหาสุขภาพล่าสุด		
โรงพยาบาลชุมชนนี้และที่คลินิกอื่นด้วย	34	18.9
โรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่น/คลินิกอื่น (ที่เดียว)	5	10.0
บริการจากแผนกกายภาพบำบัดที่เคยได้รับ (โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
ได้ใช้ทุกครั้ง	107	79.3
การรักษาโดยใช้เครื่องมือกายภาพบำบัด	135	100
การปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อขอคำแนะนำ	109	80.7
แพทย์ส่งพบนักกายภาพบำบัดที่แผนกกายภาพบำบัด	106	78.5
การสอนทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองที่บ้าน	60	44.4
การจัดการอาการขา/นิ้ว	42	31.1
โปรแกรมสอนการบริหารร่างกาย/ข้อต่อ	40	29.6
การเบิกกายอุปกรณ์/อุปกรณ์กายภาพบำบัด	32	23.7
การดูแลเท้าเบาหวาน	13	9.6
เคยไม่ไปรับบริการกายภาพบำบัดเมื่อแพทย์ส่งตรวจ		
ไม่เคย	101	74.8

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคย (ระบุเหตุผลได้มากกว่า 1 ข้อ)	34	25.2
ทำงาน/ประกอบอาชีพ/ผลงานไม่ได้	16	47.1
เวลาที่ให้บริการไม่สะดวก	12	35.3
เดินทางไม่สะดวก	5	14.7
อาการทุเลาลง	5	14.7
ลืมวันนัด	3	8.8
ไม่มีคนพามา	1	2.9

ตารางที่ 2 ปัจจัยมีความความสัมพันธ์ระหว่างกับการใช้บริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน

ตัวแปร	การใช้บริการกายภาพบำบัดใน โรงพยาบาลชุมชน		χ^2 (df)	p-value
	ได้ใช้ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ได้ใช้บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ	0.279 (1)	0.598	เพศ	0.279 (1)
ชาย	29 (21.5)	9 (6.7)	ชาย	29 (21.5)
หญิง	78 (57.8)	19 (14.1)	หญิง	78 (57.8)
อายุ (ปี)			อายุ (ปี)	
20 - 29	7 (70.0)	3 (30.0)	20 - 29	7 (70.0)
30 - 39	20 (83.3)	4 (16.7)	30 - 39	20 (83.3)
40 - 49	26 (76.5)	8 (23.5)	40 - 49	26 (76.5)
50 - 59	21 (77.8)	6 (22.2)	50 - 59	21 (77.8)
60 ปี ขึ้นไป	33 (82.5)	7 (17.5)	60 ปี ขึ้นไป	33 (82.5)
สถานภาพสมรส			3.748 (2)	0.154
โสด	21 (15.6)	10 (7.4)		
คู่/อยู่ด้วยกัน	70 (51.9)	13 (9.6)		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	16 (11.9)	5 (3.6)		

ตัวแปร	การใช้บริการกายภาพบำบัดใน โรงพยาบาลชุมชน		χ^2 (df)	p-value
	ได้ใช้ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ได้ใช้บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับการศึกษาสูงสุด			4.238(1)	0.040*
ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	82 (60.7)	16 (11.9)		
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	25 (18.5)	12 (8.9)		
อาชีพ			2.610 (1)	0.271
งานประจำ	29 (70.7)	12 (29.3)		
งานอิสระ	64 (83.1)	13 (16.9)		
บ้านญาติ/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	14 (82.4)	3 (17.6)		
หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ				
รายได้ส่วนตัว			0.801 (1)	0.371
น้อยกว่า 15,000 บาท	78 (57.8)	18 (13.3)		
15,001 บาทขึ้นไป	29 (21.5)	10 (7.4)		
รายได้ครอบครัว (เฉลี่ยต่อเดือน)			11.236(3)	0.011*
น้อยกว่า 10,000 บาท	25 (92.6)	2 (7.4)		
10,001 – 20,000 บาท	27 (62.8)	16 (37.2)		
20,001 – 30,000 บาท	19 (82.6)	4 (17.4)		
30,001 บาทขึ้นไป	36 (85.7)	6 (16.3)		
บุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้าน		0.050 ^A		
อยู่คนเดียว	6 (54.5)	5 (45.5)		
อยู่กับบุคคลอื่น	101 (91.5)	23 (18.5)		
สุขภาพในปัจจุบัน			1.260 (2)	0.533
สุขภาพไม่ดี	31 (23.0)	11 (8.1)		
สุขภาพปานกลาง	59 (43.7)	14 (10.4)		
สุขภาพดี	17 (12.6)	3 (2.2)		
ปัญหาสุขภาพที่ทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องในปัจจุบัน			6.569 (1)	0.010*

ตัวแปร	การใช้บริการกายภาพบำบัดใน โรงพยาบาลชุมชน		χ^2 (df)	p-value
	ได้ใช้ทุกครั้ง	ได้ใช้บางครั้ง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
มีปัญหา	76 (86.4)	12 (13.6)		
ไม่มีปัญหา	31 (66.0)	16 (34.0)		
การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดโดยรวม				0.274 ^A
ระดับต่ำและปานกลาง	17 (70.8)	7 (29.2)		
ระดับสูง	90 (81.1)	21 (18.9)		

A = Fisher's Exact test

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

1. การใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าผู้รับบริการได้ใช้บริการกายภาพบำบัดตามความต้องการ(ในวันที่ลงทะเบียนขอรับบริการ) ทุกครั้ง ร้อยละ 79.3 เป็นอัตราการให้บริการที่สูง แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนมีบริการกายภาพบำบัดที่เพียงพอสำหรับผู้รับบริการ ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับบริการกายภาพบำบัดทันทีในวันนั้น อาจเนื่องมาจากต้องประกอบอาชีพ เวลาในการรับบริการไม่สะดวก สัมพันธ์กับการเข้ารับบริการ และมีอาการทุเลาลง การตอบสนองความต้องการเมื่อขอรับบริการกายภาพบำบัด (ครั้งสุดท้ายที่ใช้บริการที่นี้) ได้รับบริการกายภาพบำบัดในวันแรก ร้อยละ 69.6 นั้ดรับบริการกายภาพบำบัดวันอื่น ร้อยละ 28.1 ตามกระบวนการติดตามนัดหมาย แต่อาจมีผู้รับบริการที่ทำงานในวันเวลาราชการราชการไม่สะดวกและไม่มารับบริการกายภาพบำบัด จากขั้นตอนเข้ารับบริการเมื่อมีปัญหาสุขภาพต้องผ่านการพิจารณาจากแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกก่อนส่งไปพบนักกายภาพบำบัด ทั้งนี้ผู้รับบริการต้องได้รับตรวจสอบขั้นตอน คือ การตรวจจากแพทย์และการตรวจจากนักกายภาพบำบัด ทำให้ผู้รับบริการที่มีอาการเพียงเล็กน้อยเลือกที่จะไม่ตรวจและไปรักษาที่สถานพยาบาลเอกชน หรือซื้อยาเพื่อบรรเทาอาการเบื้องต้น หรือมีอาการทุเลาลงจึงไม่ได้เข้ารับบริการกายภาพบำบัดตามที่แพทย์ส่งตรวจ หรือในกรณีที่

มีการนัดหมายพบนักกายภาพบำบัดในครั้งถัดไป เป็นวันที่ผู้รับบริการไม่สามารถมางานหรือขาดงานได้ จึงไม่สะดวกที่มารับบริการกายภาพบำบัด

2. คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุด และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยสูงสุด พบว่า ผู้รับบริการที่ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีอัตราส่วนของผู้ใช้บริการได้ทุกครั้งมากกว่าผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.5 จัดเป็นงานอิสระ สามารถจัดการเวลาของตนเองได้ และพบว่า ผู้รับบริการที่รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท มีอัตราส่วนของผู้ใช้บริการได้ทุกครั้ง มากกว่าผู้รับบริการที่มีรายได้ครอบครัว 10,001 – 20,000 บาท และสูงกว่ากลุ่มผู้รับบริการที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป ทั้งนี้พบว่ารายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยช่วยสนับสนุนให้ผู้รับบริการกายภาพบำบัดมาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้ ในวิจัยนี้ผู้รับบริการกายภาพบำบัด ร้อยละ 68.1 มีความเห็นว่า ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลแห่งนี้ไม่เป็นภาระ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับศิริพร (ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล และจารุวรรณ หมั่นมี, 2561) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพที่ทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องในปัจจุบัน เนื่องมาจากผู้รับบริการที่มีปัญหาต้องทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง จะได้รับการนัดหมายติดตามการรับบริการต่อเนื่องและรู้กำหนดเวลาที่ต้องเตรียมมารับบริการ ผู้รับบริการต้องเตรียมตัวให้พร้อมมีเวลารอคิวในช่วงนัดหมายสามารถมารับบริการได้ ซึ่งผู้รับบริการ ร้อยละ 74.1 มารับบริการกายภาพบำบัดตามนัดหมายทุกครั้ง มีความเห็นว่า โรงพยาบาลชุมชนนี้มีการให้บริการกายภาพบำบัดตรงกับปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 82.2 สอดคล้องกับ Kim และ Lee (Kim and Lee, 2016) พบว่า ปัจจัยด้านความเจ็บป่วยและความทุพพลภาพมีสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพในเกาหลี และสอดคล้องกับ Tran และคณะ (Tran et al., 2016) วิจัยในประเทศเวียดนามพบว่า สถานะปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการดูแลสุขภาพ

4. การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน อาจเป็นเพราะผู้รับบริการที่มารับบริการกายภาพบำบัดใน

โรงพยาบาลชุมชนบางสะพานน้อยเป็นประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล อาจมีระยะทางไกลบ้าน จึงมีการเข้าถึงบริการที่ได้อยู่แล้ว ทำให้ไม่มีผลต่อการใช้บริการกายภาพบำบัด ผลวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับ Tran และคณะ (Tran et al., 2016) ในประเทศเวียดนามพบว่า ระยะทางมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการการดูแลสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล

สรุป (Conclusion)

การใช้บริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า เมื่อมีความต้องการใช้บริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกได้ใช้บริการกายภาพบำบัดตามความต้องการทุกครั้ง ร้อยละ 79.3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุด (p -value = 0.040) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (p -value = 0.011) และปัญหาสุขภาพที่ทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องในปัจจุบัน (p -value = 0.010) ส่วนปัจจัยการเข้าถึงบริการโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการกายภาพบำบัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. หน่วยงานกายภาพบำบัด ควรเพิ่มช่องทางสำหรับผู้รับบริการที่ลงทะเบียนรับบริการกายภาพบำบัดแต่ไม่สามารถเข้ารับบริการกายภาพบำบัดในวันที่ลงทะเบียนได้ เช่น ช่องทางการให้บริการทันทีสำหรับผู้ต้องการลงทะเบียนบริการกายภาพบำบัด ช่องทางการให้คำแนะนำแก่ผู้ลงทะเบียนรับบริการที่มีอาการเจ็บปวดเพียงเล็กน้อยหรือไม่รุนแรง การให้บริการกายภาพบำบัดนอกเหนือจากเวลาทำการปกติ เป็นต้น

2. ส่งเสริมการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในหน่วยงาน ให้สามารถนัดหมายได้ง่ายมากขึ้น

3. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ ให้ผู้รับบริการและประชาชนในพื้นที่ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบริการกายภาพบำบัดมากขึ้น เพื่อเป็นการรักษา/ป้องกันภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่อาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันหรือเกิดภาวะพิการ ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี และเป็นการลดต้นทุนทรัพยากรทางการแพทย์ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง (References)

- กรมอนามัย. (2562). แผนปฏิบัติการระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565). กรุงเทพฯ. กรมอนามัย.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. (2559). (ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะทำงานจัดทำชุดความรู้กายภาพบำบัดชุมชน. (2555). คู่มือการปฏิบัติงานนักกายภาพบำบัดชุมชน. กรุงเทพฯ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย, และสภากายภาพบำบัด.
- คณะอนุกรรมการฝ่ายมาตรฐานวิชาชีพ คณะกรรมการสภากายภาพบำบัด. (2549). มาตรฐานกายภาพบำบัด พ.ศ.2549. กรุงเทพฯ. สภากายภาพบำบัด.
- น้อมจิตต์ นวลนทร์.(2552).นักกายภาพบำบัดกับงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ Physical therapists and primary health care services. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว.1.1: 43-46.
- น้อมจิตต์ นวลนทร์. (2553). ศาสตร์น่ารู้สำหรับงานกายภาพบำบัดชุมชน. ขอนแก่น. คลังนาวิทยา.
- พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547. 22 ตุลาคม 2547.ราชกิจจานุเบกษา. 65 ก. 52-69.
- วัฒนา สุนทรชัย, วนิดา คูชัยสิทธิ์. (2558). ความเชื่อมั่นของแบบวัดที่มีเป้าหมายของการวัดที่แตกต่างกัน กรณีศึกษา:แบบประเมินผลการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยกรุงเทพ. BU ACADEMIC REVIEW. 14. 1. 13 – 25.
- ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, จารุวรรณ หมั่นมี. (2561). การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. วารสารเกื้อการุณย์. 25. 2. 91-104.
- อมรพันธ์ อัจฉิมพร, วารี วิตยา. (2559). สมรรถภาพร่างกายและปริมาณคอร์ติซอลในคนงานที่ได้รับการบาดเจ็บจากการทำงาน ภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเป็นเวลา 6 เดือน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา. 16. 2. 89-98.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, ชญาภา วันทุม. (2560). การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 11. 2. 105 – 111.
- Andersen, R. M., McCutcheon, A., Aday A. A., Chiu et al. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. Journal of Health and Social behavior. 36. 1. 1-10.
- Bach Xuan Tran, Long Hoang Nguyen, Vuoung Minh Nong, Cuong Tat Nguyen. (2016). Health status and health service utilization in remote and mountainous areas in Vietnam. Health and Quality of Life Outcomes. 14(85). cited 2020 May 21. Available from <https://hql.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0485-8#citeas>

- Barreiro PL, Albandoz JP. (2001). Management mathematics for European schools. Population and sample: sampling technique. Seville. The University of Seville.
- Chids JD, Fritz JM, Wu SS, Flynn TW, Wainner RS, Robertson EK et al. (2015). Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs. BMC Health Services Research. 15(150). cited 2020 August 15. Available from <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0830-3> 2018/4/1589_1.pdf
- Daniel W. W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York. John Wiley & Sons.
- Fraser JJ, Glaviano NR, Hertel J. (2017). Utilization of physical therapy intervention among patients with plantar fasciitis in the United States. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 47. 2. 49-56.
- Han-Kyoul Kim, Munjae Lee. (2016). Factors associated with health services utilization between the years 2010 and 2012 in Korea: using Andersen's Behavioral model. Osong Public Health Res Perspect. 7. 1. 18-25.
- Penchansky R. and Thomas J.W. (1981). The concept of Access Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Medical. 19. 2. 127-140.

Field practice learning outcomes of M.Sc. in Public Health Administration program during the COVID-19 pandemic

Pissamai Marneejamsai, Chardsumon Prutipinyo, Sunisa Kumboonsri*

(Received: 11 April 2022 ; Revised: 21 April 2022; Accepted: 22 April 2022)

Abstract

Due to the outbreak of COVID-19 pandemic, students had to adjusted their internship at their workplaces. This research aimed to measure perceptions and learning outcomes by self-assessment of students in field practice. Research methods were, studying from documents, using an online questionnaire, and telephone interviews with 6 students.

The results showed that students' self-assessment had the 3 highest average scores on: 1) ability to manage problems and emotions, with highest average score of 3.67; 2) teamwork building while on field practice, with the average score of 3.43; 3) ability to use information of his/ her organization, with the average score of 3.33 respectively. Results of both qualitative and quantitative researches indicated that, for outcome learning, while in field practicum, students were able to control themselves. There was a mentor who advised in the workplace. Student in field practicum must be careful in terms of epidemic conditions, and working with a full-time job as before. At the same time, students had to do field internship after working hours. The student's internship achieved learning outcomes as expected, but not all. There are some recommendations from students, who wanted to do internships outside of their own workplaces, so they can learn somethings different.

Recommendations for the future of field training management are as follows: 1) The curriculum administration committee should arrange appropriate mentors for students; 2) arranging time/ expanding time for field internship, so that students would have less stress / fatigue; 3) students should be divided into 2 groups: those who would like to do field practicum in their own workplaces, and those who wish to practice at another places other than their own, in order to achieve different learning needs/outcomes.

Keywords: learning outcomes; workplace field training; M.Sc. in Public Health
Administration curriculum; Covid-19 pandemic

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

*Corresponding author) e-mail: sunisa.kub@mahidol.ac.th

ผลการเรียนรู้การฝึกปฏิบัติงานหลักสูตร วท.ม.สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข ในสถานที่ทำงานช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

พิศมัย มณีแจ่มใส, ฉัตรสุมน พงษ์ภิญโญ, สุนิสา คำบุญศรี*

(วันรับบทความ 11 เม.ย.2565; วันแก้ไขบทความ 21 เม.ย.2565; วันตอบรับบทความ 22 เม.ย.2565)

บทคัดย่อ

เนื่องจากเกิดภาวะการระบาดของโรคโควิด-19 หลักสูตร วท.ม.สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข จึงมีการปรับให้นักศึกษาได้ฝึกงานในที่ทำงาน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดการรับรู้และผลการเรียนรู้ โดยการประเมินตนเองของนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม วิธีการศึกษาใช้ข้อมูลเอกสารแบบสอบถามออนไลน์จำนวน 25 คน และสัมภาษณ์นักศึกษาทางโทรศัพท์ จำนวน 6 คน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาประเมินตนเองให้คะแนนการรับรู้และผลลัพธ์การเรียนรู้เฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ นักศึกษาสามารถจัดการแก้ปัญหาและอารมณ์ได้ มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.67 รองลงมา คือ มีการทำงานเป็นทีม ขณะฝึกงานได้เท่ากับ 3.43 และความสามารถใช้ข้อมูลของหน่วยงานได้เท่ากับ 3.33 ตามลำดับ ผลการศึกษาทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณ พบว่า ในส่วนของผลการเรียนรู้ ขณะฝึกงานนักศึกษาสามารถควบคุมตนเองในการฝึกงานได้ มีพี่เลี้ยงซึ่งเป็นอาจารย์ที่จะให้คำแนะนำในที่ทำงาน การฝึกงานต้องระวังทั้งในเรื่องภาวะการระบาด การทำงานที่มีงานประจำอยู่เท่าเดิม ขณะเดียวกัน จะต้องฝึกงานภาคสนามหลังจากเลิกงาน การฝึกงานของนักศึกษาได้ผลลัพธ์การเรียนรู้เป็นไปตามคาดหวัง แต่ไม่ทั้งหมด มีข้อเสนอจากนักศึกษาบางส่วนต้องการไปฝึกงานที่หน่วยงานอื่น เพื่อจะได้เรียนรู้มากกว่าการฝึกในที่ทำงานของตนเอง

ข้อเสนอแนะ การจัดการฝึกปฏิบัติภาคสนามในอนาคตควรมีดังนี้ 1) คณะกรรมการบริหารหลักสูตรควรจัดอาจารย์พี่เลี้ยงที่เหมาะสมให้กับนักศึกษา 2) จัดเวลา/ขยายเวลาเพื่อให้นักศึกษาลดความเหน็ดเหนื่อย 3) ควรแบ่งนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม นักศึกษาควรได้ฝึกในสถานที่ที่ต้องการฝึกในที่ทำงานตนเองและกลุ่มที่ต้องการฝึกในที่ทำงานอื่นที่มีใช้ที่ทำงานของตนเองเพื่อตอบสนองในการเรียนรู้แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ผลการเรียนรู้; การฝึกปฏิบัติงานภาคสนามในสถานที่ทำงาน; หลักสูตร วท.ม.สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข; การระบาดโควิด-19

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*ผู้รับผิดชอบบทความวิจัย ติดต่อ sunisa.kub@mahidol.ac.th

บทนำ (Introduction)

เป้าหมายหลักของการพัฒนาการศึกษาของประเทศไทย คือ การพัฒนาผู้เรียนให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพ ด้วยกระบวนการเรียนรู้ เพื่อความเจริญงอกงามของบุคคลและสังคม โดยถ่ายทอดความรู้ การฝึกปฏิบัติงานภาคสนามเพื่อให้เกิดทักษะ ความสามารถในการบริหารจัดการงาน การสร้างองค์ความรู้ตามสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง โดยจากการวิเคราะห์ปัญหา การค้นหาปัญหาในองค์กรที่ฝึกปฏิบัติงาน นำมาซึ่งวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการจัดทำโครงการ อย่างไรก็ตาม ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมานี้ มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้ส่งผลกระทบต่อการทำงานและกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมต่างๆ ส่งผลต่อการทำงานในสถานที่ทำงาน เนื่องจากมีการสั่งปิดสถานที่ทำงานหลายแห่ง มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีออนไลน์เป็นพื้นที่ติดต่อสื่อสาร (Online Platform) โดยเฉพาะทางด้านการศึกษา แต่การฝึกปฏิบัติงานภาคสนามยังไม่สามารถใช้ระบบออนไลน์ได้ทั้งหมด ด้วยว่า นักศึกษาจะต้องฝึกงานในสถานที่จริง การสื่อสารและการนิเทศงานของอาจารย์และอาจารย์พี่เลี้ยง มีความเป็นไปได้ที่จะใช้ออนไลน์เป็นพื้นที่ส่งเสริมแนะนำให้การฝึกงานเป็นไปอย่างราบรื่น

หลักสูตรการศึกษาผ่านการฝึกงาน ณ สถานที่ทำงาน (Workplace based learning) ทำให้เกิดจุดร่วมและหลอมรวมกันระหว่างการเรียนรู้ในเชิงทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ทางทฤษฎี (Formal Learning) กับกระบวนการฝึกปฏิบัติ ด้วยการทำงานที่มีคุณภาพ (Productive Work) เป็นระบบหนึ่งของการสร้างความรู้จากแหล่งที่ทำงาน (Cooper et al, 2010)

การเรียนรู้ในสถานที่ทำงานทำให้สามารถเพิ่มศักยภาพของการศึกษาได้มากขึ้น การนำแนวคิดของ Bloom ในส่วนของความเข้าใจ ประยุกต์ใช้กับการฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม (Lorman Blog, 2021) โดยเน้นจุดเด่นให้นักศึกษาสามารถฝึกทำโครงการภายในหน่วยงาน ผ่านโมเดล “เรียนทฤษฎีควบคู่การฝึกปฏิบัติงาน” ที่นำมาซึ่งทักษะสำคัญทั้ง 3 ได้แก่ 1) ทักษะด้านอาชีพ (Professional skills) คือองค์ความรู้ วิชาการที่ใช้ในการประกอบอาชีพ 2) ทักษะด้านสังคม (Social Skills) คือความสามารถในการสื่อสาร มีมนุษยสัมพันธ์ การทำงานเป็นทีม การอยู่ร่วมในสังคม และ 3) ทักษะด้านการดำเนินชีวิต (Life Skills) ที่พัฒนาทัศนคติในการดำเนินชีวิต จัดการปัญหา การปรับตัวและอารมณ์ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขท่ามกลางสภาพสังคมและความเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบัน (สยามรัฐออนไลน์ 1 ตุลาคม 2560) การประยุกต์ความรู้ในหน่วยงานด้านสาธารณสุข พัฒนาทักษะการวิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT analysis) การสังเคราะห์ความรู้เพื่อเสนอแนวทางแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมตามบริบททางวัฒนธรรมและ

สังคม การจัดทำโครงการ การปฏิบัติตามแผนโครงการ และการรายงานผลให้หน่วยงาน ปฏิบัติตนอย่างมีจรรยาบรรณวิชาชีพ การเรียนรู้ตลอดชีวิต

ในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตร วท.ม. สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข จะมีวิชา สศบส 692 การฝึกงานทางการบริหารสาธารณสุข (PHAD 692 Field Practicum in Public Health Administration) นักศึกษาจะต้องฝึกปฏิบัติงานจำนวน 150 ชั่วโมง จำนวนไม่น้อยกว่า 10 สัปดาห์ขึ้นไป โดยความคาดหวังว่า รายวิชานี้จะทำให้ให้นักศึกษาได้ประยุกต์องค์ความรู้ ทางด้านบริหารงานสาธารณสุขให้ทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านวิชาการ สังคม เศรษฐกิจ กฎระเบียบต่าง ๆ และเพื่อนำประสบการณ์ไปพัฒนาระบบงานสาธารณสุข การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีจริยธรรมและคุณธรรม ตามค่านิยมร่วมของมหาวิทยาลัยมหิดล

รูปแบบการฝึกงานนั้น เริ่มต้นด้วยการปฐมนิเทศนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานภาคสนามออนไลน์ด้วย Cisco WebEx Meeting นักศึกษาจะต้องศึกษาและรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของ หน่วยงานที่ฝึกปฏิบัติงาน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์ขององค์กร (ภายใต้การให้ คำปรึกษาแนะนำของอาจารย์นิเทศและอาจารย์พี่เลี้ยงในพื้นที่) นักศึกษาสังเคราะห์ข้อมูล สรุป ประเด็นปัญหาที่ค้นพบ และกำหนดหัวข้อการพัฒนาเพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการ นักศึกษา นำเสนอผลการฝึกงานในประเด็นปัญหาที่ค้นพบ และกำหนดหัวข้อการพัฒนาเพื่อจัดทำ แผนงาน/โครงการ กับอาจารย์นิเทศ นักศึกษาจัดทำแผนงาน/โครงการ ที่จะดำเนินการพัฒนา เพื่อการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาให้งานดีขึ้น (ภายใต้การให้คำปรึกษาแนะนำของอาจารย์พี่เลี้ยง นักศึกษาดำเนินการตามแผนงาน/โครงการที่กำหนดไว้ ประเมินผลแผนงาน/โครงการ และ นำเสนอผล ตลอดจนสรุปผลการดำเนินงาน (ภายใต้การให้คำปรึกษาแนะนำของอาจารย์นิเทศ และอาจารย์พี่เลี้ยง)

เนื่องจากการฝึกงานแต่เดิม หลักสูตรได้มีการจัดกลุ่มนักศึกษาตามความเหมาะสมลง พื้นที่ฝึกงานในพื้นที่ต่างๆ ตามสัดส่วนนักศึกษาและตามความสมัครใจ พื้นที่ที่ฝึกงาน ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัดต่างๆ ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี สาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี และสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี เป็นต้น ต่อมา ในปี 2563 ได้มีการจัดการ หลักสูตรรูปแบบใหม่ เนื่องจากเกิดภาวะการระบาดของโรคโควิด-19 จึงทำให้นักศึกษาต้อง ฝึกงานในสถานที่ทำงานของตนเอง และนักศึกษาเสนอชื่ออาจารย์พี่เลี้ยง ซึ่งส่วนใหญ่เป็น ผู้บังคับบัญชาเบื้องต้น ในพื้นที่ฝึกงานเป็นผู้ให้คำปรึกษา และนักศึกษาต้องนำเสนอผลการฝึกงาน ทุกๆ 1-2 สัปดาห์ การนำเสนอไม่น้อยกว่า 6 ครั้ง ซึ่งประเมินผลลัพท์ออกมาพบว่า ดีมาก ต่อมา ในปี 2564 มีภาวะการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกสาม ทำให้นักศึกษาระดับหลักสูตร วท.ม.

สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข ต้องฝึกงานในสถานที่ทำงานอีกครั้ง และบางที่ทำงานก็มีบางส่วนที่ทำที่บ้าน (Work from home) ทำให้เกิดปัญหาว่า การฝึกงานของนักศึกษาฝึกงานได้ผลลัพธ์การเรียนรู้เป็นไปตามคาดหวังหรือไม่ เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลในการเรียนหรือไม่ นักศึกษาสามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้เพื่อจัดทำโครงการได้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร และแก้ไขด้วยวิธีการใด

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

เพื่อวัดการรับรู้ ปัญหาอุปสรรค การฝึกงานและผลการเรียนรู้ของการฝึกงาน โดยการประเมินตนเองของนักศึกษาหลักสูตร วท.ม.สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีการวิจัย (Research Method)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา

วิธีวิจัยที่เลือกใช้ ใช้การวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ

กลุ่มประชากร/ ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Sample/ Research Participant) เป็นนักศึกษาฝึกงานรุ่นปี 2563 ทั้งหมดจำนวน 25 คน การสอบถามผ่าน google form จำนวน 25 คน และการเลือกสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จำนวน 6 คน โดยใช้วิธีการเลือกให้ชาย หญิงคละกัน และมีผลการเรียนจากเกรดเฉลี่ยภาคแรกของปีการศึกษา 2564 ในเกณฑ์ปานกลาง และระดับดี และดีมากอย่างละ 2 คน เป็นตัวแทน

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามผ่านออนไลน์ google form มีคำถาม 12 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1-4 คะแนน โดย คะแนนเท่ากับ 4 หมายถึง รับรู้มากและได้ผลลัพธ์การเรียนรู้ดีมาก คะแนนเท่ากับ 3 หมายถึง รับรู้มากและได้ผลลัพธ์การเรียนรู้ดี คะแนนเท่ากับ 2 หมายถึง รับรู้บ้างและได้ผลลัพธ์การเรียนรู้บ้าง คะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง รับรู้บ้างน้อยและได้ผลลัพธ์การเรียนรู้บ้างน้อยมาก ประเมินผลการรับรู้ในเรื่องผลลัพธ์การเรียนรู้ของการฝึกงาน

ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง มี 2 คำถามหลัก ได้แก่ กระบวนการฝึกงานในสถานที่ทำงานของตนเอง นักศึกษามีความเห็นอย่างไร และผลลัพธ์การเรียนรู้ของการฝึกงานเมื่อสิ้นสุดการฝึกงานแล้ว นักศึกษารู้สึกหรือมีความเห็นอย่างไรในผลลัพธ์ของการฝึกงาน

การรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ตามผลลัพธ์การเรียนรู้จาก มคอ. 4 โดยมีเครื่องมือคือการบันทึกการนำเสนอผลแต่ละสัปดาห์โดยใช้โปรแกรมออนไลน์ Cisco WebEx ผลการตอบแบบสอบถาม ผ่าน google form

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย

ใช้การสัมภาษณ์ การถอดคำสัมภาษณ์ และพิจารณาคำสำคัญจากประโยค เน้นการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยให้ประเด็นหลัก และประเด็นรอง (Themes & sub-themes) ส่วน คະแนตามแบบสอบถามใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย

การวิเคราะห์จะสะท้อนการเรียนรู้ของนักศึกษาโดยวิเคราะห์จากการแสดงความ คิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนว่านักศึกษาได้เรียนรู้อะไรและเกิดการเรียนรู้ในเรื่องที่เรียนได้ อย่างไร จากนั้นจึงคัดเลือกข้อความเพื่อนำมาเป็นตัวอย่าง ที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถใน การคิดวิเคราะห์ของนักศึกษา โดยการแจกแจงข้อค้นพบในเชิงพรรณนาร่วมกับการวิเคราะห์จาก แบบบันทึกหลังจากการทวนสอบผลสัมฤทธิ์ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วิจัยเชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH2021-013

สถานที่ฝึกงาน ตามสถานที่ทำงานของนักศึกษาจำนวน 25 แห่ง จำแนกได้ 5 กลุ่ม ดังนี้

1) โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์, โรงพยาบาลรามธิบดีจักรี นฤเบดินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดสมุทรปราการ, โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี, โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร, โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์, โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล

2) กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือก, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข, กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง สาธารณสุข, สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์ทดสอบความชำนาญ กองบริการทดสอบความชำนาญกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

3) ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 วัดไผ่ตัน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

4) กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครสมุทรสาคร, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, เทศบาลตำบลพุมเรียง อำเภอยะโฮง จังหวัดสุราษฎร์ธานี, องค์การบริหารส่วนตำบลหนองสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

5) รพ.สต.บ่อพลับ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม, รพ.สต.บ้านน้ำฉา ต.ครน อ.สวี จังหวัดชุมพร, รพ.สต.ชัยจำปา อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี, รพ.สต.ละหาน อำเภोजตุรัส จังหวัดชัยภูมิ, มูลนิธิพัฒนาสถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา (Result)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีนักศึกษาตอบแบบสอบถามออนไลน์กลับมา 21 คน จาก 25 คน คิดเป็นร้อยละ 84 ผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนค่าเฉลี่ยแสดงผลการรับรู้และผลลัพธ์การเรียนรู้

การรับรู้และผลลัพธ์การเรียนรู้	ค่าเฉลี่ย
1. มีความสามารถในการวิเคราะห์ SWOT ขององค์กรได้	3.05
2. สามารถดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมายงานล่วงหน้าอย่างเรียบร้อย	3.24
3. มีความสามารถในการคิดรวบยอดได้	3.10
4. มีการจัดทำรายงานสรุปการฝึกงานได้ดี	3.10
5. ความสามารถนำเสนอโครงการโดยประยุกต์ความรู้ด้านการบริหารสาธารณสุขได้	3.10
6. ความสามารถใช้ข้อมูลของหน่วยงานได้	3.33
7. มีความสามารถวิเคราะห์ปัญหาในงานที่ฝึกปฏิบัติได้	3.14
8. มีความสามารถในการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติได้	2.95
9. มีการแสดงออกถึงภาวะผู้นำ ขณะฝึกงานได้	3.14
10. มีการทำงานเป็นทีม ขณะฝึกงานได้	3.43
11. มีความสามารถในการควบคุมตนเองในการฝึกงานได้	3.38
12. มีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหา อารมณ์ได้	3.67

ในส่วนคำถามปลายเปิด พบว่า ปัญหาอุปสรรคในขณะฝึกงานที่ทำงาน มีดังนี้

- 1) เนื่องจากระยะเวลาที่ฝึกงานอยู่ในช่วงเวลาที่ยานที่ทำงานมีงานด่วนและสำคัญ จึงทำให้การรวมกลุ่มเพื่อรับฟังคำชี้แจงไม่สามารถทำได้ตามแผนที่กำหนด
- 2) การดำเนินงานในบางช่วงอาจไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้
- 3) ระยะเวลา ความสะดวกของหน่วยงานที่ฝึก จากการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โควิด 19 ทำให้บุคลากรค่อนข้างยุ่ง เนื่องจากภาระงานสถานการณ์โควิด ที่การให้ข้อมูล แนะนำ ไม่ครบถ้วน เท่าที่ควร
- 4) ช่วงสถานการณ์โควิด มีข้อจำกัดในการรวมตัวหรือทำกิจกรรม ทำให้ขาดประสบการณ์ในสถานที่จริง ขาดบรรยากาศจริง
- 5) ภาระหน้าที่มีมาก ทำให้การฝึกงานมีการใช้เวลางานมารวมกับการทำงาน เวลา น้อย
- 6) ช่วงเวลาการฝึกปฏิบัติงานค่อนข้างสั้น ไม่สามารถแบ่งเวลาได้
- 7) ภาระงานประจำมีมาก ทำให้เหนื่อยมากที่ต้องฝึกงานไปด้วย เวลาสำหรับการฝึกปฏิบัติงานค่อนข้างน้อย
- 8) เวลาในการทำกิจกรรมฝึกงานทับซ้อนกับเวลาทำงานนอกเวลา (เวรนอกเวลา)
- 9) เหน็ดเหนื่อยมาก ไม่สามารถจัดเวลาได้

การประเมินผลการเรียนรู้เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกงานนักศึกษาได้ตอบแบบประเมินการฝึกภาคสนามทางออนไลน์ ดังนี้

- 1) เรียนรู้องค์กร/หน่วยงานที่ตนเองทำงานได้มากขึ้น
- 2) นำความรู้ที่ได้จากการฝึกงานมาประยุกต์ใช้ในงานได้จริง เช่น การเขียนโครงการ แผนงานต่างๆ การบริหารเวลา และการนำทฤษฎีต่างๆ เข้ามาในงาน เพิ่มความน่าเชื่อถือของงาน
- 3) ได้นำความรู้ที่เรียนมาไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง รู้จักการบริหารเวลาและยืดหยุ่น และมีความเป็นผู้นำมากขึ้น
- 4) ได้ฝึกกระบวนการค้นหาปัญหา การหาแนวทางในการแก้ปัญหา การวางแผน การเขียนโครงการ รวมถึงการประเมินติดตามผลลัพธ์ของโครงการ สามารถนำทักษะต่างๆมาประยุกต์ใช้กับการทำงานได้เป็นอย่างดี

- 5) ได้รู้จักหน่วยงานที่ฝึกมากขึ้น วิเคราะห์แผนการทำให้โครงการได้ รู้จักการประสานงาน รวมถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการสอนและนำเสนอสรุปโครงการ
- 6) ได้ปรับประยุกต์ใช้องค์ความรู้ที่ได้ศึกษามาในการวางแผนงาน ดำเนินงาน ให้ออกมาในรูปแบบที่ต้องการ เป็นการเปิดประสบการณ์ และได้ฝึกลงมือทำจริงๆ แก่ไขสถานการณ์จริงๆ เป็นประโยชน์มากๆ
- 7) ได้คิดวิเคราะห์ปัญหา การแก้ปัญหา เกิดเป็นภาวะผู้นำในการทำงาน การประสานงานหน่วยงานเครือข่าย
- 8) ได้รับทราบจุดแข็ง จุดอ่อน ของหน่วยงานที่ทำงาน และสามารถพัฒนา ไปถึงระดับที่ใหญ่ขึ้นได้
- 9) สามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้ จัดทำโครงการ และการเขียนรายงานเป็น
- 10) ได้ใช้ความรู้ที่เรียนภาคทฤษฎีมาใช้ในการฝึกงาน
- 11) เรียนรู้และเข้าใจการทำโครงการ
- 12) ได้รับทราบข้อมูลในหน่วยงานของตนเองและนำข้อมูลนั้นไปพัฒนาหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อผู้ปฏิบัติงานท่านอื่นๆ
- 13) ปรับปรุงพัฒนาหน่วยงานให้ดีขึ้นได้ใช้ความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริง

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ มี 4 ประเด็นดังนี้

1. ผลลัพธ์การเรียนรู้

- สามารถใช้เป็นข้อมูลของหน่วยงานได้ สามารถวิเคราะห์ปัญหาในงาน
หัตถกรรมเพื่อหาแนวทางในการแก้ไข และปรับปรุงงานให้ดีขึ้น
- นำความรู้ที่ได้จากการศึกษาดูงานมาปรับใช้ในองค์กรเพื่อให้เกิดการพัฒนา
องค์กร
- หากไม่มีโรคระบาดควรฝึกงานในหน่วยงานอื่น และฝึกแบบเป็นกลุ่มจะได้
บูรณาการความรู้ได้มากกว่า
- การวางแผนงานโครงการ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตการทำงานในระบบ
ราชการ การทำอะไร (แผนงานโครงการ) ต้องมีการคิดวิเคราะห์ และมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า

เสมอ เพื่อเป็นการกระตุ้นและชี้ให้เห็นจุดมุ่งหมายของการดำเนินงาน เนื่องในโอกาสการประสบผลสำเร็จที่มากกว่าการไม่ได้เตรียมตัว ความพร้อม ยอมรับในสถานการณ์

- มีจัดทำรายงานสรุปการฝึกงาน/และนำเสนอโครงการโดยประยุกต์ความรู้ด้านการบริหารสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างเป็นระบบ นักศึกษาสามารถนำความรู้ในการทำโครงการต่างๆ ในหน่วยงาน ค้นหาปัญหาวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยงาน

- กำหนดเนื้อหาของตารางนำเสนอไม่ชัดเจน นักศึกษาบางคนไม่ทราบว่าควรเสนอวิเคราะห์ SWOT analysis หรือ ยังไม่ต้องนำเสนอถึง SWOT analysis รวมทั้งอยากให้อาจารย์และนักศึกษาในทุกกลุ่ม ค่อยกันมาก่อนว่าให้แต่ละกลุ่มนำเสนอไปถึงตรงไหน

- การฝึกงานเป็นกลุ่มจะได้ฝึกการระดมความคิด ให้ได้ความคิดที่หลากหลายในการจัดทำโครงการ

- การศึกษาดูงานควรเพิ่มเวลาให้มากขึ้น จะได้มีเวลาในการศึกษาข้อมูลและการบริหารของแต่ละหน่วยงานได้มากยิ่งขึ้น

ผลการสัมภาษณ์ นักศึกษาบางคนกล่าวว่า

“ข้อดีของการฝึกงานในที่ทำงานที่ตนเองทำอยู่ คือไม่ต้องปรับตัว รู้จักหน่วยงานตนเองดีขึ้น วิเคราะห์มากขึ้น แต่มีข้อเสียคือไม่ได้กระบวนการ หรือได้ไม่เต็มที่ ประมาณ 70%”

“ชินกับหน่วยงานเดิม ไม่มีโอกาสได้รับรู้บริบทของหน่วยงานอื่น ถ้าเลือกได้อยากฝึกงานที่อื่นมากกว่า”

“ทำให้ได้วิเคราะห์ สังเคราะห์ องค์กรของตัวเอง ได้เห็นมุมมองที่แตกต่างจากการศึกษาดูงานต่างประเทศเปรียบเทียบกับไทย”

“นำความรู้ที่เรียนมามาใช้ในหน่วยงานของเราเอง ปฏิบัติเอง ทำเองทุกขั้นตอน หากฝึกเป็นกลุ่มอาจไม่ได้มีโอกาสเรียนรู้ทุกขั้นตอน”

“มีการจัดลำดับกิจกรรมในวิชานี้ จากง่ายไปยาก มีช่วงที่ต้องผ่านความรู้สึกของความยากลำบาก แต่สุดท้ายเมื่อจบแล้วรู้สึกดี”

2. การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ได้สาระครบถ้วนและถูกต้องตามหลักวิชาการ

- มีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้ มีความสะดวก

- ความรู้ทางวิชาการ เอกสารการสอน การชี้วัดรายละเอียดต่างๆ ผ่านทางระบบออนไลน์ เป็นการประยุกต์ความสามารถทางเทคโนโลยี (IT) เข้ามา

ช่วย ทำให้เพิ่มความสะดวกและลดต้นทุนด้านต่างๆ ของการเรียนรู้ของนักศึกษา

- ประหยัดค่าเดินทางในการเรียน และลดการติดต่อของโรคระบาดโควิด การเรียนการสอน โดยระบบ Cisco WebEx ง่าย สะดวกรวดเร็ว
- เป็นการเรียนผ่านระบบออนไลน์ที่รู้สึกสะดวกและปลอดภัย มีการเข้าถึงได้ง่าย ใช้ง่าย
- ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ที่มีความไม่เสถียรของการเรียนรู้ผ่านระบบ Cisco WebEx ควรมีสภาพแวดล้อมและบริบทพื้นที่ของแต่ละบุคคล, เครือข่ายระบบขัดข้องบ่อย มีปัญหาด้านการเชื่อมต่อสัญญาณบ้างในบางครั้ง

3. การแสดงออกซึ่งภาวะผู้นำ ประพฤติตนอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม

- ไม่สามารถทำงานเป็นทีมได้
- การฝึกในที่ทำงานตนเอง ได้แสดงความคิดสร้างสรรค์ ค้นหาโครงการที่เป็นที่ต้องการของหน่วยงาน หาวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับอาจารย์พี่เลี้ยง
- ความต้องการไปฝึกงานนอกสถานที่ ถ้าฝึกงานในหน่วยงานตัวเองต้องทำนอกเวลา ทำให้นักศึกษารู้สึกเหนื่อยมาก เพราะภาระหน้าที่ในช่วงโควิดจะเหนื่อยมาก แต่หากมองในแง่ดีคือ นักศึกษาได้รู้จักหน่วยงานตัวเองมากขึ้น
- ประสานงาน และชี้แจงรายละเอียด การดำเนินงาน และเป้าหมายของรายวิชาแก่หน่วยงานและอาจารย์พี่เลี้ยง
- การฝึกงานร่วมกันเป็นกลุ่มน่าจะดีกว่า ได้ความเป็นผู้นำ ควรมีการฝึกงานเป็นกลุ่มเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถแชร์ประสบการณ์และความรู้ในด้านการบริหารสาธารณสุขได้

ผลการสัมภาษณ์ นักศึกษาบางคนกล่าวว่า

“ต้องลงทุน ลงแรงเองหมดทุกอย่าง เหนื่อยมาก ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากใคร เพราะเราเรียนเอง”

“ถ้าในเรื่องการควบคุมตนเอง และการทำงานให้ได้ตามเป้าหมายทำได้ดี” “ต้องทำงานคนเดียว อาจารย์พี่เลี้ยงชี้แนะบ้าง”

“อยากออกไปฝึกภาคสนามข้างนอกมากกว่า สบายใจกว่า”

“ฝึกในที่ทำงาน ได้งานน้อย เรื่องความเป็นทีมไม่ได้เลย”

“กลุ่มงานของนักศึกษาบางคนไม่มีหัวหน้ากลุ่มงาน จึงต้องหาอาจารย์พี่เลี้ยงที่อยู่ในระดับเดียวกัน เป็นเพื่อนร่วมงาน ทำให้ได้คนที่ไม่มีประสบการณ์มากนักมาเป็นพี่เลี้ยง เสนอว่าในสถานการณ์โควิดนี้ อยากให้ถ้าในหน่วยงานมีการอนุญาตให้ไปฝึกงานที่อื่นได้ อยากให้ที่หลักสูตรอนุญาตให้ไปฝึกงานที่อื่นได้ ไม่ใช่เพียงหน่วยงานของตนเองเท่านั้น”

4. การประเมินกระบวนการฝึกงาน สามารถสกัดเนื้อหาที่สำคัญมาได้ดังนี้

- อาจารย์ช่วยเหลือนักศึกษาให้คำแนะนำต่างๆ
- การติดต่อประสานงานทางทีมผู้สอน และเจ้าหน้าที่ทุกนักศึกษาที่มีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง ทีมผู้สอนเขาในบริบทของหน่วยงาน และให้มุมมอง แนวทางการดำเนินงานต่อไป
- ทุกทีมให้ความร่วมมือและสนับสนุนในการฝึกงานซึ่งทำให้ผ่านไปได้อย่างราบรื่นและสมบูรณ์
- ทีมผู้สอน อาจารย์นิเทศ อาจารย์พี่เลี้ยง มีความใส่ใจและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี
- ชี้แนะแนวทางเป้าหมายการฝึกภาคสนาม
- อาจารย์มีการปรับวิธีการสอนเข้ากับสถานการณ์ได้ดี
- มีการนิเทศงานโดยตรง อาจารย์เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ สามารถให้คำแนะนำในการจัดทำโครงการได้
- อาจารย์ประจำกลุ่มให้ความรู้ ช่วยในการฝึกงานได้ดีมาก และช่วยแนะนำการติดต่อประสานงานที่ดีต้องทำอย่างไร

ผลการสัมภาษณ์ นักศึกษาบางคนกล่าวว่า

“เป็นไปได้หรือไม่ที่อาจารย์และพี่เลี้ยงคุยกันเองในเรื่องการประเมินผล โดยไม่ได้ผ่านนักศึกษา อาจทำให้มี conflict of interest พี่เลี้ยงก็อาจเกรงใจ”

“การประเมินด้วย formative assessment เห็นว่าดี ที่ได้มีการเจอกันระหว่างอาจารย์ประจำกลุ่มและนักศึกษาแต่ละกลุ่มอยู่ตลอด เพื่อนำไปปรับปรุงได้ตลอด”

“อยากไปฝึกงานที่จุดอื่นที่จะได้เรียนรู้เพิ่ม เช่น ระดับกรม ที่สูงขึ้น หรือนอกหน่วยงานตนเอง หรือในชุมชน อยากให้มีการจัดการจัดทำแผนงานในระดับชาติว่าทำอย่างไร ทำให้ได้มุมมองทั้งระดับจุลภาคและมหภาคด้วย”

“ควรไปฝึกงานสาธารณะสุขที่อื่นกับกลุ่มเพื่อน อาจจะทำให้ได้เรียนรู้อะไรมากขึ้น ได้เปิดมุมมองใหม่ๆ”

“หากได้พี่เลี้ยงที่เขาไม่มีความรู้ด้านนี้ เขาอาจไม่เข้าใจ ทำให้ต้องใช้เวลาในการอธิบายพี่เลี้ยง”

อภิปรายผล (Discussion)

โดยทั่วไปการฝึกงานจะเสร็จสิ้นในช่วงภาคเรียนภาคฤดูร้อนของปีการศึกษาที่ 1 ระยะเวลาการฝึกงาน โดยปกติแล้ว การฝึกงานตามหลักสูตรมีจำนวน 16 สัปดาห์ จำนวน 150 ชั่วโมง หลักสูตรได้จัดหาที่ฝึกงานที่เหมาะสมให้กับนักศึกษา แต่เนื่องจากการระบาดโควิด ทำให้ประยุกต์ให้ฝึกงานในที่ทำงานที่นักศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่อยู่แล้ว ระหว่างศึกษาในหลักสูตร วท.ม. สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข นี้ ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานซึ่งเป็นสถานที่ที่นักศึกษาไปทำงานอยู่ โดยอาจารย์พี่เลี้ยงดูแลและสนับสนุนในเรื่องการฝึกงาน สังเกตนักศึกษาในระหว่างการฝึกงาน (มีข้อกำหนดและเงื่อนไขของการฝึกงาน ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการประเมินผลการฝึกงาน)

เนื่องจากมาตรฐานการเรียนรู้ในวิชานี้ มุ่งเน้นผลลัพธ์ของการฝึกงานเมื่อสิ้นสุดการฝึกงานแล้ว นักศึกษาสามารถ 1) จัดทำรายงานสรุปการฝึกงาน/และนำเสนอโครงการโดยประยุกต์ความรู้ด้านการบริหารสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างเป็นระบบ และนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ได้สาระครบถ้วนและถูกต้องตามหลักวิชาการ 2) ประพฤติตนอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณทางวิชาการ 3) แสดงออกถึงภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และความรับผิดชอบในการฝึกงาน จากการประเมินตนเอง

ผลการศึกษานี้ พบว่า แม้นักศึกษาจะฝึกภาคสนามในสถานที่ทำงานตนเอง นักศึกษาต้องแบ่งเวลาและฝึกภาคสนามนอกเวลาการทำงาน ในขณะเดียวกัน ก็มีพี่เลี้ยงซึ่งเป็นอาจารย์ที่จะให้คำแนะนำในที่ทำงาน อย่างไรก็ตาม การทำงานในช่วงระบาดโควิด ต้องระวังทั้งในเรื่องภาวะการระบาด การทำงานที่มีงานประจำอยู่เท่าเดิม ขณะเดียวกัน จะต้องฝึกงานภาคสนามหลังจากเลิกงาน จากการใช้แบบสอบถามออนไลน์และการสัมภาษณ์ นักศึกษามีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหา ความเครียดทางอารมณ์ได้ ซึ่งพบว่ามีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.67 รองลงมาคือ มีการทำงานเป็นทีม ขณะฝึกงานได้ มีความสามารถในการควบคุมตนเองในการฝึกงานได้เพื่อวัดการรับรู้เกี่ยวกับการฝึกงาน

เห็นได้ว่า การฝึกงานของนักศึกษาฝึกงานได้ผลลัพธ์การเรียนรู้เป็นไปตามคาดหวัง แต่ไม่ทั้งหมด ในส่วนของผลการเรียนรู้โดยการประเมินตนเองของนักศึกษา พบว่า ผลการศึกษาทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพและปริมาณ พบว่า นักศึกษาประเมินตนเองว่าการฝึกงานมีความสามารถ

ในการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติได้ต่ำสุด ที่ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.95 รองลงมาคือ มีความสามารถในการคิดรวบรวบยอดได้ มีการจัดทำรายงานสรุปการฝึกงานได้ดี ความสามารถนำเสนอโครงการโดยประยุกต์ความรู้ด้านการบริหารสาธารณสุขได้ที่คะแนนระดับเฉลี่ย 3.10 อย่างไรก็ตาม นักศึกษาเห็นว่า การฝึกงานทำให้สามารถคิด วิเคราะห์ปัญหา แก้ปัญหา เกิดเป็นภาวะผู้นำในการทำงาน ได้มีการประสานงานหน่วยงานเครือข่าย จึงเกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลในการเรียน นักศึกษาสามารถสร้างองค์ความรู้ตามโครงการที่ทำได้ มีปัญหาอุปสรรคบ้างในบางคน เนื่องจากการทำงานในที่ทำงานพร้อมกับการฝึกงานหลังจากเวลางานเสร็จสิ้นทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย เนื่องจากนักศึกษาทั้งหมดที่มาเรียนเป็นนักศึกษาภาคพิเศษที่เรียนวันเสาร์อาทิตย์ จึงมีได้ลาเรียน ขณะเดียวกัน การฝึกงานเป็นวิชาแกน (Core course) ที่บังคับอยู่ในหลักสูตร จึงต้องบริหารเวลาการฝึกงานหลังจากงานเลิกแล้ว และอีกประการหนึ่งคือ ระบบสัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ตมีจำกัดบางพื้นที่ ทำให้การนำเสนอของนักศึกษาในช่วงวันเสาร์อาทิตย์ ของแต่ละสัปดาห์มีปัญหาบ้าง ซึ่งปัญหาทั้งสอง นักศึกษาได้ดำเนินการแก้ไขและจัดสรรเวลาได้ในเวลาต่อมา

เนื่องจากความซับซ้อนที่เพิ่มขึ้นของสภาพแวดล้อมการทำงานในปัจจุบัน ทำให้ความต้องการทักษะแบบ soft skill เช่น การทำงานเป็นทีม การสื่อสาร ความเป็นผู้นำ และการแก้ปัญหา มีความโดดเด่นมากกว่าที่เคย การจัดการกำลังเตรียมนักศึกษาให้พร้อมสำหรับความต้องการของสถานที่ทำงานอย่างไร การออกแบบหลักสูตรใหม่ที่ใช้กระบวนการออกแบบย้อนหลัง (backward design) เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะ soft skill ที่หน่วยงานต้องการ โดยเน้นที่การพัฒนาชุดทักษะที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นทีม (Barbara et al, 2018) จึงเป็นสิ่งจำเป็น ปี 2563-2564 มีผลกระทบจากวิกฤตการระบาดของโรค “COVID-19” และสถาบันการศึกษาเกือบทั้งหมดทั้งในภูมิภาคเอเชีย ตะวันออกกลาง ยุโรป และอเมริกาเหนือ ได้ปิดพื้นที่การเรียนการสอนในสถาบันการศึกษา ขณะที่สถาบันการศึกษาในหลายประเทศ นำเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตมาใช้ เพื่อเปิดการเรียนการสอนผ่านออนไลน์ การจัดการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา (ระดับปริญญาโทและปริญญาเอก) ดำเนินการอยู่ภายในกรอบข้อบังคับหรือระเบียบหรือประกาศของหน่วยงานทั้งโดยตรงและโดยอ้อมสามระดับ คือ ระดับกระทรวงและสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา สำนักงานรับรองและประเมินคุณภาพและมาตรฐานการศึกษา (องค์กรมหาชน) และสถาบันอุดมศึกษา (รวมทั้งหลักสูตรหรือโปรแกรมการศึกษา) ซึ่งผู้เรียนต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ความคาดหวังของการฝึกงานภาคสนามคือจะให้นักศึกษาได้เรียนรู้วิธีการเป็นผู้นำ การแก้ไขปัญหา และการแลกเปลี่ยนมุมมองที่น่าสนใจ นอกจากนี้ นักศึกษายังจะพัฒนา

ความสามารถในการรับมือกับความกดดันและการทำงานให้เสร็จทันกำหนดเวลาด้วย ซึ่งทั้งหมดนี้จะทำให้นักศึกษาโดดเด่นกว่านักศึกษาที่ไม่ได้ฝึกงาน

การฝึกงานเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญา หลายหลักสูตรจะช่วยให้นักศึกษาสร้างความเชี่ยวชาญทางวิชาการและได้รับประสบการณ์ในโลกของการทำงานจริง นักศึกษาจะได้รับหน่วยกิต การฝึกงานในสถานที่ทำงานจะเปิดโอกาสให้นักศึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้เรียนรู้และทักษะที่ได้รับมา มาใช้ในการทำงานจริง การฝึกงานภาคสนามทำให้เกิดทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) ซึ่งแสดงออกมาได้โดยตรง โดยมีเวลาและคุณภาพของงานเป็นตัวชี้ระดับของทักษะ (Simpson, 1972) นักศึกษาสามารถนำเอาหลักวิชา กฎเกณฑ์หรือความรู้ต่าง ๆ ไปพลิกแพลงใช้ในการฝึกงานเพื่อการแก้ปัญหาใหม่ ๆ ให้ลุล่วงไป สามารถรวบรวมผสมผสานความรู้หรือประสบการณ์ในรูปของการหาวิธีการ แนวทางหรือการวางแผนทำงานได้เพื่อสื่อความคิดให้ผู้อื่นรู้ (Boom, 1956)

สิ่งนี้จะทำให้นักศึกษาเข้าใจและได้รับข้อมูลเชิงลึกอันมีค่าเกี่ยวกับวิธีการทำงานของหน่วยงาน และวิธีการปรับใช้สิ่งที่ได้เรียนรู้ในการทำงานมาใช้ในระหว่างการฝึกงาน ได้รับประสบการณ์จริงเกี่ยวกับวัฒนธรรมและพฤติกรรมในที่ทำงาน ตลอดจนทักษะที่ใช้และวิธีการสร้างและรักษาความสัมพันธ์แบบมืออาชีพ

ข้อเสนอแนะการวิจัย (Recommendations)

ผู้วิจัยเห็นว่า แผนการฝึกงานภาคสนามครั้งต่อไป ควรดำเนินการ ดังนี้

1. จัดอาจารย์พี่เลี้ยงที่เหมาะสมกับนักศึกษา
2. จัดเวลา/ขยายเวลาเพื่อให้นักศึกษาลดความเหน็ดเหนื่อย
3. แบ่งนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มหนึ่งได้ฝึกปฏิบัติตามที่ต้องการฝึกในที่ทำงาน และอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องการฝึกในที่ทำงานอื่น ที่มีใช้ที่ทำงานของตนเอง เพื่อตอบสนองในการเรียนรู้แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง (References)

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2563). ประกาศกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เรื่อง มาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) (ฉบับที่ 2)

- กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2563).ประกาศกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เรื่อง มาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ 3): การปฏิบัติการของสถาบันอุดมศึกษาเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. (2563).
- มหาวิทยาลัยมหิดล, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์. มคอ. 4 รหัสวิชา สศบส 692 ชื่อรายวิชา การฝึกงานทางการบริหารสาธารณสุข หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข ระดับปริญญาโท ภาคพิเศษ 1/2563
- มหาวิทยาลัยมหิดล, กองพัฒนาคุณภาพ สำนักงานอธิการบดี (2564). กว่าจะเข้าสู่ AUN-QA. <https://op.mahidol.ac.th/qd/aun/ass.html>
- มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะสาธารณสุขศาสตร์. (2563) หลักสูตรภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข, <https://www.ph.mahidol.ac.th/department/%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%8A%E0%B8%B2/>
- มหาวิทยาลัยมหิดล, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์. มคอ. 4 รหัสวิชา สศบส 692 ชื่อรายวิชา การฝึกงานทางการบริหารสาธารณสุข หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข ระดับปริญญาโท ภาคพิเศษ 1/2563
- สำนักมาตรฐานและสำนักประเมินผลอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (2560). เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับอุดมศึกษา พ.ศ. ๒๕๕๘ และเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: บริษัทสวส์ว่างพับลิชชิงแอนด์พริ้นติ้ง จำกัด.
- สยามรัฐออนไลน์ “WORK-BASED EDUCATION” ทางออกการพัฒนาทักษะคนยุคใหม่ 1 ตุลาคม 2560
- Barbara A. Ritter, Erika E. Small, John W. Mortimer, and Jessica L. Doll. Designing Management Curriculum for Workplace Readiness: Developing Students’ Soft Skills. *Journal of Management Education* 2018, Vol. 42(1) 80–103
- Boom. (1956). Taxonomy of Educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I, cognitive
- Cooper, L., Orrell, J. and Bowden, M., 2010 Work Integrated Learning: A guide to Effective Practice
- Simpson, E.J. (1972) The Classification of Educational Objectives in the Psychomotor Domain. Gryphon House, Washington DC.
- Lorman Blog. (2021). What is Bloom’s Taxonomy? Applying Learning Theory to Your Training Program: Applying Bloom’s Taxonomy in the Workplace on 02/01/21 <https://www.lorman.com/blog/post/what-is-blooms-taxonomydomain>. New York: Longman.

Thai Traditional Medicine Services Standard in Health Promoting Hospitals, Health Region 1

Sasikorn Songkumchum¹, Wirin Kittipichai^{2*}

(Received: 30 March 2022 ; Revised: 26 April 2022; Accepted: 29 April 2022)

Abstract

This cross-sectional study aims to explore the coverage percentage of Thai traditional medicine (TTM) services in Health Promoting Hospital (HPH), and to find factors associated with the TTM services standard in the HPHs, according to the Thai traditional medicine and integrative medicine promoting hospital standard (TIPhS). The questionnaire was mailed to 409 representatives of the HPHs in health region 1 and 168 HPHs were responded (response rate 41.08%). The representatives were HPHs personnel who conduct TTM in the HPHs.

The results found that 162 HPHs provide TTM services (96.4%). 74 HPHs (45.7%) met the criteria of TIPhS guideline as to the standardized HPH. The significant factors associated with the TTM services standard were as follows: internal factors such as having herbal drug products 10 items or over (OR = 3.90, 95% CI 1.87 – 8.14), monitoring in HPHs (OR = 3.80, 95% CI 1.80 – 8.04), and the responsible person with TTM services experience (OR = 3.42, 95% CI 1.70 – 6.88), including the monitoring by Provincial Health Office (OR = 3.25, 95% CI 1.62 – 6.52) as the external factor. Also, every HPH that had the TTM practitioner passed TIPhS.

The study findings led to the recommendations that TTM board in regional health level should set a policy and transfer to the provincial level to support herbal medicine prescription in HPHs including enhancing health provider capability in TTM services, training registered nurses to be able to diagnose and prescribe herbal medicine to treat primary illnesses while monitoring and evaluation continuously for sustainability.

Keywords: Thai Traditional Medicine, Services Standard, Health Promoting Hospital

¹ Pharmacist, Lampang Provincial Health Office,

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University

* Corresponding author, email: wirin.kit@mahidol.ac.th

การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 1

ศศิกร สองคำชุม¹, วิรินธิ กิตติพิชัย^{2*}

(วันรับบทความ 30 มี.ค.2565; วันแก้ไขบทความ 26 เม.ย.2565; วันตอบรับบทความ 29 เม.ย.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาร้อยละความครอบคลุมในการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) เก็บข้อมูลทางไปรษณีย์กับ รพ.สต. ในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 409 แห่ง ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 168 แห่ง (อัตราตอบกลับร้อยละ 41.08) ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการตรวจวินิจฉัยและสั่งจ่ายยาใน รพ.สต.

ผลการศึกษาพบว่า การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกใน รพ.สต. มีทั้งหมด 162 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 96.4 โดยมีจำนวน 74 รพ.สต. (ร้อยละ 45.7) ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการที่ได้มาตรฐานมีดังนี้ ปัจจัยภายใน ได้แก่ การมีรายการยาสมุนไพรตั้งแต่ 10 รายการขึ้นไป (OR = 3.90, 95% CI 1.87 – 8.14) การกำกับติดตามภายใน รพ.สต. (OR = 3.80, 95% CI 1.80 – 8.04) และประสบการณ์ของผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพร (OR = 3.42, 95% CI 1.70 – 6.88) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การกำกับติดตามของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (OR = 3.25, 95% CI 1.62 – 6.52) ทั้งนี้พบว่า รพ.สต. ที่มีบุคลากรแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการทุกแห่ง

จึงมีข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการบริหารในระดับเขตสุขภาพว่าควรมีการกำหนดนโยบายและส่งต่อนโยบายให้กับสาธารณสุขจังหวัดในการสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรใน รพ.สต. ส่งเสริมให้บุคลากรมีสมรรถนะการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และให้ความรู้เกี่ยวกับการจ่ายยาสมุนไพรในการรักษาโรคพื้นฐานให้กับพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้ควรต้องมีการกำกับและประเมินผลการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ : การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, มาตรฐานการจัดบริการ,
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹ เภสัชกร, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง,

² รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้ประสานงานบรรณกิจ อีเมล: wirin.kit@mahidol.ac.th

บทนำ

การเข้ามาของการแพทย์แผนปัจจุบัน ในสมัยรัชกาลที่ 5 ทำให้การแพทย์แผนไทยที่อยู่ในวิถีชีวิตของคนไทยมาตั้งแต่อดีตถูกลดบทบาทลง และไม่ได้รับการอุปถัมภ์จากภาครัฐอย่างเป็นทางการมาตั้งแต่นั้น กระทั่งในปี พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all by the year 2000) ประเทศไทยจึงมีนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานในแผนสุขภาพแห่งชาติ เกิดกระแสการยอมรับสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย ทำให้การแพทย์แผนไทยถูกนำเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข (สำนักข้อมูลและประเมินผลกระทบพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2556)

ด้วยว่าปี พ.ศ.2545 มีพระราชกฤษฎีกาได้ประกาศตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้เป็นหน่วยงานในการดำเนินการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และจัดให้มีการบริการในสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นการให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยาสมุนไพร การนวดเพื่อรักษาหรือฟื้นฟูสภาพ การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้วยการแพทย์แผนไทย การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน (สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2559) และได้มีการกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ประกอบด้วยมาตรฐาน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการควบคุมคุณภาพ และด้านการจัดบริการ เพื่อเป็นมาตรฐานการดำเนินงาน (กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร, 2556) ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกแห่งที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ต้องได้รับการประเมินมาตรฐาน รพ.สส.พท.

นอกจากนี้ แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ได้ตั้งเป้าหมายให้มีการบริการการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรบูรณาการผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้นในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561 – 2565 จึงกำหนดเป้าหมายว่า ภายในปี พ.ศ. 2565 “ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20” (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2557-2559 ของเขต

สุขภาพที่ 1 พบว่ามีผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยคิดเป็น ร้อยละ 9.72, 10.47, และ 11.75 ตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ในอันดับท้ายเมื่อเทียบกับผลการดำเนินงานของ เขตสุขภาพทั้งประเทศ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข, 2557)

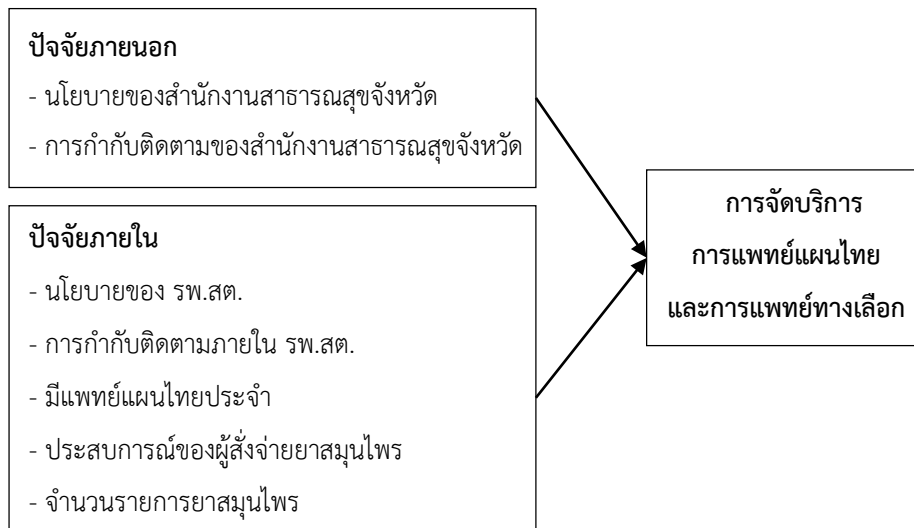
มีผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยที่ดี เป็นผลมาจากการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ชัดเจนจากโรงพยาบาลหรือสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ขณะที่โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย พบว่า ขาด การสนับสนุน ติดตามการดำเนินงานที่ชัดเจน และไม่มีรายการยาสมุนไพรเพียงพอต่อการรักษา (อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล และนิธิดา สุทธิพันธุ์, 2557) และยังพบว่าการดำเนินนโยบายใน ระดับประเทศยังขาดกลยุทธ์ แนวทางปฏิบัติ การวางแผนในการสนับสนุนที่ชัดเจน มีการ เปลี่ยนแปลงนโยบายบ่อยครั้ง และแพทย์ไม่เชื่อมั่นในประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการ ใช้น้ำมันสมุนไพร ทำให้การให้บริการการแพทย์แผนไทยเป็นไปได้ไม่ดี (คัคณางค์ โตสงวน และ คณะ, 2554) ปัจจัยข้างต้นเป็นไปตามแนวคิด Health Services Organization or System (Longest, et al, 2000) ที่กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้บริการ ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัย ภายนอก ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมหรือนโยบายที่มาจากนอกองค์กร และปัจจัยภายใน คือปัจจัย ขององค์กร เช่น ทรัพยากรมนุษย์ แหล่งวัตถุดิบ เครื่องมืออุปกรณ์ เทคโนโลยี ผู้มารับบริการ เมื่อเกิดกระบวนการทำงานโดยระบบขององค์กรและบุคลากร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและ นำไปสู่ผลลัพธ์นั่นคือ ผลการดำเนินงานขององค์กร

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐม ภูมิ ที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีประเมินการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน รพ.สต. ซึ่งการศึกษาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกใน รพ.สต. เขต สุขภาพที่ 1 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จะเป็นข้อมูลให้กับผู้บริหารทั้งในระดับเขตสุขภาพและ จังหวัด ในการส่งเสริมการจัดบริการฯ ที่มีมาตรฐานใน รพ.สต. ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อหาร้อยละความครอบคลุมการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 1
2. เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกตามเกณฑ์มาตรฐานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH 2017-110) ประชากรเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 1,093 แห่ง แบ่งพื้นที่บริหารเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ล้านนา 1 (เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน) ล้านนา 2 (ลำปาง แพร่ น่าน) และล้านนา 3 (เชียงราย พะเยา) (กลุ่มงานแผนและยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 1, 2559) จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรตามหนังสือของ Wayne (2009) และการสุ่มตัวอย่างใช้แบบแบ่งกลุ่ม ได้จำนวนตัวอย่างจำนวน 168 ตัวอย่าง กำหนดผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ที่มีหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยและสั่งจ่ายยาที่ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย โดยลงนามในเอกสารยินยอม

จากการสุ่มเขตพื้นที่ในการเก็บข้อมูลได้พื้นที่ล้านนา 1 มี รพ.สต. จำนวน 409 แห่ง การเก็บข้อมูลใช้การส่งทางไปรษณีย์ไปยัง รพ.สต.ทุกแห่ง โดยส่งแบบสอบถามและเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แยกซองปิดผนึกไปในซองเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยได้แนบซองเปล่าติดตราไปรษณียากรพร้อมระบุที่อยู่ส่งกลับให้ มีแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนจำนวน 168 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 41.08

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามมี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อมูล รพ.สต. ได้แก่ จำนวนประชากรในความรับผิดชอบ บุคลากรใน รพ.สต. ผู้รับผิดชอบหลักในการตรวจวินิจฉัยและสั่งจ่ายยา และข้อมูลผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการทำงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานแพทย์แผนไทย ส่วนที่ 2 นโยบายการกำกับติดตามการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นคำถามชนิดเลือกตอบและเติมข้อความสั้น จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้นโยบาย การกำกับติดตาม และการจัดหายาสมุนไพร และ ส่วนที่ 3 แบบประเมินการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน รพ.สต. อ้างอิงจากมาตรฐาน รพ.สส.พท. (กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร, 2556) จำนวน 37 ข้อ คำถามเป็นชนิดเลือกตอบ คือ มี หรือ ไม่มี

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คน และนำไปทดลองใช้กับ รพ.สต. ที่ไม่ได้เป็นตัวอย่างในการวิจัยนี้จำนวน 30 แห่ง เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของภาษาก่อนนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Binary logistics regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

มาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์ รพ.สส.พท. จำแนกเป็น 5 ระดับ โดยใช้คะแนนร้อยละรวม ได้แก่ ระดับดีเยี่ยม (90–100%) ดีมาก (80–89%) ดี (70–79%) พื้นฐาน (60–69%) และไม่ได้มาตรฐาน (น้อยกว่า 60%) (กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร, 2556)

ผลการวิจัย

ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 168 แห่ง พบว่าประมาณร้อยละ 65 มีประชากรในความรับผิดชอบมากกว่า 3,000 คน บุคลากรที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือพยาบาลวิชาชีพ ในขณะที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานอยู่เพียงร้อยละ 11.4 ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการตรวจวินิจฉัยและสั่งจ่ายยา (ร้อยละ 45.2 และ 25.9 ตามลำดับ) โดยมากกว่าร้อยละ 75 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 24 – 58 ปี โดยมากกว่าร้อยละ 55 มีอายุมากกว่า 40 ปี และเกือบร้อยละ 70 มีระยะเวลาในการ

ทำงานมากกว่า 10 ปี ทั้งนี้พบมากกว่าร้อยละ 60 มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานแพทย์แผนไทย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
จำนวนประชากรในความรับผิดชอบ (คน)		
3,000 หรือน้อยกว่า	58	35.2
3,001 – 7,000	86	52.1
7,001 – 10,000	13	7.9
มากกว่า 10,000	8	4.8
Min – Max = 975 – 18,603, Median 3,844.0, $Q_1 - Q_3 = 2,422.5 - 5,625.5$		
บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ตอบได้หลายข้อ)		
พยาบาลวิชาชีพ	159	96.4
นักวิชาการสาธารณสุข	139	84.2
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	108	65.5
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	53	32.1
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	44	27.4
แพทย์แผนไทย	19	11.4
พนักงานสุขภาพชุมชน	8	4.8
ผู้รับผิดชอบหลักในการตรวจวินิจฉัยและสั่งจ่ายยา		
พยาบาลวิชาชีพ	75	45.2
นักวิชาการสาธารณสุข	43	25.9
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	31	18.7
แพทย์แผนไทย	15	9.0
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและพนักงานสุขภาพชุมชน	2	1.2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูล ผู้รับผิดชอบหลักในการตรวจวินิจฉัยและสั่งจ่ายยา		
เพศ		
หญิง	129	77.7
ชาย	37	22.3
อายุ (ปี)		
24 – 30	40	23.9
31 – 40	34	20.2
41 – 50	54	32.1
51 – 60	40	23.8
Min – Max = 24 – 58, Median = 43.0, Q1 – Q3 = 31.0 – 50.0		
ระยะเวลาในการทำงาน (ปี)		
6 เดือน – 10 ปี	47	28.0
11 – 20	31	18.5
21 – 30	63	37.5
30 – 42	27	16.0
Min – Max = < 1 – 42 , Median = 21.5, Q ₁ – Q ₃ = 8.0 – 28.3		
ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานแพทย์แผนไทย		
มี	101	62.7
ไม่มี	60	37.3

การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อมูลจาก รพ.สต. ตัวอย่าง จำนวน 168 แห่ง พบว่ามีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 162 แห่ง (ร้อยละ 96.4) ในจำนวนนี้พบว่า รพ.สต. มากกว่าครึ่งหนึ่งมีผลการประเมินอยู่ในระดับที่ไม่ได้มาตรฐาน และผลการประเมิน รพ.สต. อยู่ในระดับดีเยี่ยมและดีมาก พบเพียงร้อยละ 12.3 และ 10.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาผลการประเมินมาตรฐานรายด้าน พบว่าในด้านการควบคุมคุณภาพนั้น ผ่านเกณฑ์การประเมินน้อยที่สุด (ร้อยละ 44.4) เนื่องจากไม่มีรายงานและการดำเนินการ ทบทวนเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการรับบริการในงานแพทย์แผนไทย และไม่มีการ ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในงานแพทย์แผนไทย ขณะที่มาตรฐานด้านบุคลากร และการจัดบริการ ก็ผ่านมาตรฐานไม่ถึงร้อยละ 50 เช่นกัน เนื่องจากมีบุคลากรได้รับ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย หรือสาขาการแพทย์แผน ไทยประยุกต์มีเพียงร้อยละ 20 ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. และจากจำนวนนี้ มี รพ.สต. ที่มีระบบ การตรวจ วินิจฉัย และสั่งการรักษา โดยผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์ แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพียง 1 ใน 3 นอกจากนี้ยังพบว่า มี รพ.สต. เพียงร้อยละ 40 ที่มีรายการยาแผนไทยตั้งแต่ 10 รายการขึ้นไป (ตารางที่ 3)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตาม มาตรฐาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการจัดบริการการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.พบ. มีดังนี้ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การกำกับติดตามของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (OR = 3.25, 95% CI 1.62 – 6.52) สำหรับปัจจัยภายใน ได้แก่ การกำกับติดตามภายใน รพ.สต. (OR = 3.80, 95% CI 1.80 – 8.04) ประสบการณ์ของผู้ส่งจ่ายยาสมุนไพร (OR = 3.42, 95% CI 1.70 – 6.88) และการมี รายการยาสมุนไพรตั้งแต่ 10 รายการขึ้นไป (OR = 3.90, 95% CI 1.87 – 8.14) และยังพบว่า รพ.สต. ทุกแห่งที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน ผ่านมาตรฐาน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จำแนกตามระดับมาตรฐาน รพ.สต.พบ. (n = 162)

ระดับมาตรฐาน รพ.สต.พบ.		ผ่านมาตรฐาน	
		จำนวน	ร้อยละ
ดีเยี่ยม	(ร้อยละ 90.0 – 100.0)	20	12.3
ดีมาก	(ร้อยละ 80.0 – 89.9)	17	10.6
ดี	(ร้อยละ 70.0 – 79.9)	23	14.2
พื้นฐาน	(ร้อยละ 60.0 – 69.9)	14	8.6
ไม่ได้มาตรฐาน	(น้อยกว่า ร้อยละ 60.0)	88	54.3

ตารางที่ 3 การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำแนกตามระดับมาตรฐาน รพ.สส.พท. รายด้าน (n = 162)

มาตรฐานรายด้าน	ผ่านมาตรฐาน	
	จำนวน	ร้อยละ
1. สถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม	81	50.0
2. บุคลากร	76	46.9
3. การปฏิบัติงาน	94	58.0
4. การควบคุมคุณภาพ	72	44.4
5. การจัดบริการ	77	47.5

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตัวแปร	ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)	OR	95%CI
นโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
ทราบ	63 (48.5)	67 (51.5)	2.19	0.94 – 5.15
ไม่ทราบ	9 (30.0)	21 (70.0)		
การกำกับติดตามของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
มี	57 (55.3)	46 (44.7)	3.25	1.62 – 6.52
ไม่มี	16 (27.6)	42 (72.4)		
นโยบายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				
ทราบ	66 (45.2)	80 (54.8)	1.10	0.36 – 3.33
ไม่ทราบ	6 (42.9)	8 (57.1)		
การกำกับติดตามภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				
มี	60 (54.5)	50 (45.5)	3.80	1.80 – 8.04
ไม่มี	12 (24.0)	38 (76.0)		
มีแพทย์แผนไทยประจำ				
มี	19 (100.0)	0 (0.0)	NA	
ไม่มี	54 (38.0)	88 (62.0)		

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สส.พท. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ต่อ)

ตัวแปร	ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)	OR	95%CI
ประสบการณ์ของผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพร				
มี	56 (56.6)	43 (43.4)	3.42	1.70 – 6.88
ไม่มี	16 (27.6)	42 (72.4)		
จำนวนรายการยาสมุนไพร (รายการ)				
≥ 10	31 (68.9)	14 (31.1)	3.90	1.87 – 8.14
< 10	42 (36.2)	74 (63.8)		

อภิปรายผล

ข้อมูลจาก รพ.สต. ทั้งหมด 168 แห่ง พบ 162 แห่ง (ร้อยละ 96.4) มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แต่มากกว่าครึ่งยังไม่ผ่านมาตรฐาน รพ.สส.พท. และพบว่ามากกว่าครึ่งไม่ผ่านมาตรฐานด้านการควบคุมคุณภาพ ด้านบุคลากร และด้านการจัดบริการ สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สส.พท. ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีทั้ง ปัจจัยภายนอก และ ปัจจัยภายใน รายละเอียดดังนี้

ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการผ่านมาตรฐาน รพ.สส.พท. ของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การกำกับติดตามของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ในที่นี้จะเป็นการติดตามผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยของ รพ.สต. ในความรับผิดชอบ โดยกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของ สสจ. นั้นๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล และนิธิตา สุทธิพันธุ์ (2557) ที่พบว่าการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ชัดเจนจาก สสจ. ส่งผลให้สถานพยาบาลมีผลการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยที่ดี ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยใน สสจ. ต้องมีการชี้แจงนโยบายการดำเนินงานที่ได้รับจากระดับกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงนโยบายของ สสจ. ให้ชัดเจน และต้องมีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยของ รพ.สต. อย่างสม่ำเสมอ

ปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อการผ่านมาตรฐาน รพ.สส.พท. ของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การกำกับติดตามภายใน รพ.สต. เป็นการควบคุมกำกับกับการดำเนินงานใน

แพทย์แผนไทย โดยผู้อำนวยการ รพ.สต. เป็นผู้รับนโยบาย และชี้แจงแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ใน รพ.สต. ให้การดำเนินงานแพทย์แผนไทยเป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและ จังหวัดเป็นไปตามเป้าหมาย นอกจากนี้ ปัจจัยในด้านบุคลากร คือ การมีบุคลากรแพทย์แผนไทย โดยบุคลากรที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยหรือ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งเป็นบุคลากรที่จบการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยมาโดยตรง สามารถช่วยขับเคลื่อนการบริการการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. ร่วมกับสหวิชาชีพ นอกจากนี้ ประสพการณ์ของผู้ส่งจ่ายยาสมุนไพร ซึ่งการศึกษานี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับการจัดการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่เป็นไปตามมาตรฐาน รพ.สต. สอดคล้องกับการ ศึกษาของ ธนากร ประทุมชาติ และปัทมพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2558) ที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งจ่ายยาสมุนไพร คือตำแหน่งปัจจุบันของผู้ส่งจ่ายยาเป็นแพทย์แผนไทยหรือพยาบาล วิชาชีพ และการที่บุคลากรจะเลือกตัดสินใจส่งจ่ายยาสมุนไพรได้ จำเป็นต้องมีความรู้และ ประสพการณ์ นำไปสู่การเพิ่มจำนวนรายการยาสมุนไพรที่ใช้ใน รพ.สต. สอดคล้องกับข้อค้นพบ ในการศึกษานี้ที่พบว่า รพ.สต. ที่มีจำนวนรายการยาสมุนไพรตั้งแต่ 10 รายการขึ้นไป ผ่าน มาตรฐานการจัดการบริการ เห็นได้ว่าปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมานี้ มีส่วนส่งเสริมให้การดำเนินงาน การจัดการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกใน รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รพ. สต.พท.

จากการศึกษาที่ผ่านมาของ บุญใจ ลิ้มศิลา (2551) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จในการจัดการบริการสุขภาพด้านการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการบริการ ได้แก่ ภาวะผู้นำ รูปแบบการบริหารจัดการ ความพร้อมของโรงพยาบาลในด้านสถานที่ บุคลากร งบประมาณ สำหรับปัจจัยรอง ได้แก่ การได้รับสนับสนุนงบประมาณ การมีนโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องใน การพัฒนา ซึ่งมีความคล้ายคลึงและเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษานี้ ที่พิจารณาทั้งด้าน ความพร้อมของสถานที่ บุคลากร การจัดการ ตามมาตรฐาน รพ.สต.พท. รวมถึงการมีนโยบายที่ ชัดเจนสำหรับการดำเนินงานและการกำกับติดตาม

สรุปและข้อเสนอแนะ

รพ.สต. ที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวนครึ่งหนึ่งยังไม่ผ่านมาตรฐาน รพ.สต.พท. และ จำนวนรายการยาสมุนไพรมากกว่าหรือเท่ากับ 10 รายการ การกำกับติดตามภายใน รพ.สต. ประสพการณ์ของผู้ส่งจ่ายยาสมุนไพร และการกำกับติดตามของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่เป็นไปตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ซึ่งข้อค้นพบนี้จึงมีข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการบริหารในระดับเขตสุขภาพว่าควรมีการกำหนดนโยบาย และส่งต่อนโยบายให้กับสาธารณสุขจังหวัดในการสนับสนุนการใ้ยาสมุนไพรใน รพ.สต. ส่งเสริมให้บุคลากรมีสมรรถนะการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และให้ความรู้เกี่ยวกับการจ่ายยาสมุนไพรในการรักษาโรคพื้นฐานให้กับพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้ควรต้องมีการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

อย่างไรก็ดีในการศึกษานี้ยังขาดการศึกษาปัจจัยด้านงบประมาณ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน จึงมีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไปว่า ควรเก็บข้อมูลด้านงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรว่าเพียงพอต่อการดำเนินงาน และเป็นปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน และแม่ฮ่องสอน รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตัวอย่างทุกแห่ง ที่อำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลสำคัญทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Wayne W Daniel. (2009). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 9thed. USA: John Wiley & Sons Inc.
- Longest Beaufort B, Rakich Jonathon S, Darr Kurt. (2000). *Managing Health Services Organizations and Systems*. 4thed. USA: Barton Matheson Willse & Worthington.
- กลุ่มงานแผนและยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 1. (2559). *การบริหารจัดการในระดับเขต*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 1 ธันวาคม 2559). สืบค้นจาก: <http://www.rh1.go.th/web/m1-structure.php>.
- กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร. (2556). *มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.)*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- คัคนางค์ โตสงวน, ณัฐธิญา คำผล, มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ฐ, เนติ สุขสมบูรณ์, วันทนี กุลเพ็ง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ยศ ตีระวัฒนานนท์. (2554). ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาจากสมุนไพร และนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร
ในสถานบริการสาธารณสุข. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 5(4): 513 – 521.
- ธนากร ประทุมชาติ และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2558). การส่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน*. 3(1): 1293 – 1304.
- บุญใจ ลิ้มศิลา. (2551). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพด้านการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการของรัฐ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี.
วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก 1: 26 – 34.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 1 ธันวาคม 2559). สืบค้นจาก:
<https://msn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- สำนักข้อมูลและประเมินผล กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2556). รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก 2554 – 2556. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561 – 2565*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2559). *แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล และนิธิตา สุทธิพันธุ์. (2557). นโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ: มายาคติหรือความจริง. *เภสัชศาสตร์อีสาน*. 9(3): 149 – 154.

Hybrid Learning Design in Statistics and Research in Health Management for Graduate Students during the COVID-19 outbreak

Warangkana Chankong¹, Akaphol Kaladee^{2*}

(Received: 12 April 2022 ; Revised: 29 April 2022; Accepted: 30 April 2022)

Abstract

This action research aimed to design a hybrid learning model and evaluate the educational achievement of the statistics and research in health management course. The research process was divided into 4 phases: phase 1, Planning Stage, phase 2, Operational Stage, phase 3 Observation Stage, and phase 4 Reflection Stage. And also study success factors. The study was conducted among all 61 students who enrolled in the Statistics and Research in Health Management Course and 4 instructors. Data were collected by using questionnaires. The statistics used in the data analysis were percentage, mean, standard deviation and independent t-test

The results of the study showed that during the COVID-19 outbreak students and teachers have a preference for hybrid learning, and the problem encountered with hybrid teaching and learning is the difficulty in using technology. There were suggestions that there should be prepared in the use of technology for both teachers and students and increase communication channels. However, when evaluating the hybrid learning achievement, it was found that the hybrid group had higher scores than the face-to-face group alone. Both in terms of test scores and collect scores the statistical significance at the 0.05 level for the assessment of student and teacher satisfaction with the hybrid teaching and learning management was found that the students and teachers were satisfied with the hybrid learning method. Overall and each aspect is at a high level in every aspect. The success factor in hybrid learning is designing activities that allow students to participate or have a clear agreement between teachers and students. preparation of both learners and instructors, especially in terms of using programs that are used to teach online, the convenience of staff and quick communication, and being able to review knowledge by studying online retrospectively.

Keywords: Hybrid learning; Learning design; Module Statistics and research in health Management; COVID-19

¹Associate Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

²Assistant Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

การออกแบบการเรียนรู้แบบไฮบริดในชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ สำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

วรางคนา จันทร์คง¹ เอกพล กาละดี^{2*}

(วันรับบทความ 12 เม.ย.2565; วันแก้ไขบทความ 29 เม.ย.2565; วันตอบรับบทความ 30 เม.ย.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบการเรียนการสอนแบบไฮบริดและประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ ระยะที่ 3 ขั้นสังเกตและระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล ศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ทำการศึกษาในนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพทุกคน จำนวน 61 คนและอาจารย์ผู้สอนจำนวน 4 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีแบบอิสระ

ผลการวิจัย พบว่า ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 นักศึกษาและอาจารย์มีความต้องการเรียนแบบไฮบริดและปัญหาที่พบหากมีการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดคือความยากลำบากในการใช้เทคโนโลยี โดยมีข้อเสนอแนะคือควรมีการเตรียมความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีทั้งในส่วนของอาจารย์และนักศึกษาและควรเพิ่มช่องทางการติดต่อ ทั้งนี้เมื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแบบไฮบริด พบว่า กลุ่มที่เรียนแบบไฮบริดมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบเผชิญหน้าเพียงอย่างเดียว ทั้งในส่วนของการคะแนนสอบและคะแนนเก็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับผลประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาและอาจารย์ต่อการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริด พบว่า นักศึกษาและอาจารย์มีความพึงพอใจต่อการเรียนแบบไฮบริด ในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยปัจจัยความสำเร็จในการเรียนแบบไฮบริด คือ การออกแบบกิจกรรมที่เปิดให้นักศึกษามีส่วนร่วมหรือมีข้อตกลงร่วมกันที่ชัดเจนระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา การเตรียมตัวทั้งของผู้เรียนและผู้สอนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการใช้โปรแกรมที่ใช้สอนออนไลน์ และการอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่ การติดต่อที่สะดวกรวดเร็ว และสามารถทบทวนความรู้โดยศึกษาจากระบบออนไลน์ย้อนหลังได้

คำสำคัญ : การเรียนแบบไฮบริด; การออกแบบการเรียนรู้; ชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ, โควิด-19

¹รองศาสตราจารย์ ดร., ประจําสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., ประจําสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*Corresponding author: หมายเลขโทรศัพท์ 097-364-4535, E-mail address: akaphol.kal@stou.ac.th

บทนำ (Introduction)

ตามพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ.2521 เป็นสถาบันการศึกษาแบบไม่มีชั้นเรียนของตนเอง มีวัตถุประสงค์ให้การศึกษาและส่งเสริมวิชาการและวิชาชีพชั้นสูง ทำการวิจัยให้บริการวิชาการแก่สังคมและทำนุบำรุงวัฒนธรรม (พระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2521) โดยการจัดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษาของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชเป็นระบบการศึกษาทางไกลเน้นสื่อสิ่งพิมพ์เป็นเอกสารหลักมีเอกสารการเรียนคือประมวลสาระชุดวิชา เป็นเนื้อหาสาระในส่วนที่ทดแทนการบรรยาย แนวการศึกษา เป็นเอกสารคู่มือการเรียนการสอนของชุดวิชา และแผนกิจกรรมการศึกษาประจำชุดวิชา เป็นเอกสารคู่มือแนะแนวประกอบกิจกรรมการศึกษาของนักศึกษาตลอดภาคการศึกษา มหาวิทยาลัยกำหนดเวลาที่นักศึกษาควรใช้ในการศึกษาชุดวิชาแต่ละชุดวิชาในแต่ละสัปดาห์ เพื่อเป็นแนวทางให้นักศึกษาสามารถวางแผนการศึกษาของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยแต่ละชุดวิชาจะมีกำหนดเวลาแตกต่างกันตามเนื้อหาสาระ และวัตถุประสงค์ของชุดวิชาแต่ทั้งนี้เวลาศึกษาทั้งหมดจะรวมกันได้ประมาณ 18 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยกระจายเวลาสำหรับแต่ละกิจกรรมโดยแบ่งเป็น 1) การศึกษาจากสื่อหลัก คือ สื่อสิ่งพิมพ์ 2) การศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากแหล่งความรู้ และเอกสารแนะนำ ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 3) การทำกิจกรรมภาคปฏิบัติ การสัมมนาเข้ม การอบรมเข้มประสบการณ์ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือตามที่สภาวิชาชีพ/องค์กรวิชาชีพกำหนด โดยมีกิจกรรมปฏิสัมพันธ์เป็นกิจกรรมที่ช่วยเสริมความรู้ความเข้าใจและพัฒนาทักษะต่างๆในส่วนที่ไม่สามารถ ถ่ายทอดสมบูรณ์โดยสื่ออื่น เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างนักศึกษาและคณาจารย์ โดยประกอบด้วย 1) การสัมมนาเสริมแบบเผชิญหน้า เป็นกิจกรรมที่บังคับให้นักศึกษาทุกคนต้องเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อส่งงานและเสนอผลงานซึ่งกำหนดไว้ในแผนกิจกรรมการเรียนและแนวการศึกษา นักศึกษาต้องอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และ 2) การสัมมนาเข้มแบบเผชิญหน้าเป็นกิจกรรมที่นัดหมายให้นักศึกษาเสนอผลงานและฝึกปฏิบัติระยะสั้น (สำนักบัณฑิตศึกษา ฝ่ายส่งเสริมมาตรฐานบัณฑิตศึกษา, 2564)

ในส่วนของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ได้มีการจัดการเรียนการสอนโดยยึดหลักการดังกล่าวของมหาวิทยาลัยเป็นกรอบในการออกแบบการเรียนการสอน โดยชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพซึ่งเป็นวิชาแกน ได้กำหนดผลการเรียนรู้ที่คาดหวังที่นักศึกษาสามารถวิเคราะห์และวิจารณ์งานวิจัยด้านการจัดการสุขภาพ จัดทำข้อเสนอการวิจัย โดยอิงระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้อง และอธิบายจรรยาบรรณนักวิจัย และจริยธรรมการวิจัย โดยรูปแบบการเรียนการสอนแบ่งออกเป็น การศึกษาจากสื่อหลัก คือ สื่อสิ่งพิมพ์ การศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากแหล่งความรู้ และ

เอกสารแนะนำ และการสัมมนาเสริม 2 ครั้ง ครั้งละ 2 วัน และการสัมมนาเข้ม 1 ครั้ง 3 วัน ซึ่งเป็นลักษณะของการสอนแบบเผชิญหน้า โดยในการสัมมนาเสริมได้มอบหมายกิจกรรมให้นักศึกษาคือการวิเคราะห์และวิจารณ์งานวิจัยด้านการจัดการสุขภาพ การจัดทำข้อเสนอการวิจัย และการเลือกใช้สถิติในวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการเขียนรายงานผล ในส่วนของการสัมมนาเข้ม จะเป็นการฝึกใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล (สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2563)

ในช่วงปีการศึกษา 2563-2564 เป็นช่วงที่ประเทศไทยมีการระบาดของโรคโควิด-19 กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้ออกประกาศ เรื่องมาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ 3): การปฏิบัติการของสถาบันอุดมศึกษาเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ให้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ (ประกาศกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมฯ, 2563) จากประกาศดังกล่าวทำให้คณะกรรมการบริหารชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ จึงต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้าเพียงอย่างเดียว มาสู่การเรียนรู้แบบไฮบริดซึ่งเป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ผสมผสานระหว่างการเรียนการสอนแบบดั้งเดิม (Traditional Learning) คือสอนในชั้นเรียนแบบเผชิญหน้า ร่วมกับการเรียนการสอนผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (WebBased Learning) หรือการเรียนออนไลน์ (Online Learning) การเรียนการสอนแบบไฮบริดเป็นวิธีการสอนที่ใช้เทคโนโลยีเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่หลากหลายสำหรับผู้เรียน เป็นวิธีการที่ผู้สอนสามารถมั่นใจได้ว่าผู้เรียนมีส่วนร่วมกับเนื้อหาหลักสูตรโดยผสมผสานชุมชนการเรียนรู้ออนไลน์ การอภิปรายแบบซิงโครนัสและแบบอะซิงโครนัส และวิธีการทำงานร่วมกันทางออนไลน์ที่หลากหลายซึ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนแลกเปลี่ยนกับผู้สอน และเพื่อนร่วมชั้นในลักษณะต่างๆ การเรียนการสอนแบบไฮบริดยังเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการใช้แหล่งข้อมูลออนไลน์เพื่อเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้ องค์ประกอบที่เป็นประโยชน์มากที่สุดอย่างหนึ่งของวิธีการเรียนการสอนแบบไฮบริดคือความสอดคล้องกับรูปแบบการสอนที่แตกต่างกันซึ่งมีกิจกรรมการเรียนรู้ที่ออกแบบเองสำหรับกลุ่มผู้เรียนที่หลากหลาย ในการสอนที่แตกต่างซึ่งอิงตามหลักการของ Universal Design for Learning (UDL) ผู้สอนจะพิจารณาโดยประเมินจากความต้องการในการเรียนรู้ของผู้เรียน ประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับเนื้อหาสาระ และความสนใจในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงกับการเรียนรู้ (Linder, 2017)

อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนในส่วนของคุณภาพ รูปแบบ วิธีการ และตอบสนองต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังในชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 จึงควรมีการวิจัยเพื่อออกแบบการเรียนรู้ที่

เหมาะสมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามที่คาดหวัง ตลอดจนมีการประเมินผลทั้งในส่วนของผู้เรียนและผู้สอน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการเรียนการสอนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อออกแบบการเรียนการสอนแบบไฮบริดและประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพในนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบท สภาพปัญหาและความต้องการในการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดของนักศึกษาและข้อเสนอแนะของอาจารย์ผู้สอนชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพในนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา
2. เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแบบไฮบริด ชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพในนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอนในการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริด ชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพในนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา
4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการเรียนการสอนแบบไฮบริดชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพในนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

วิธีดำเนินการศึกษา (Method)

การวิจัยฉบับนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) มี 4 ระยะ ได้แก่ **ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)** เป็นการศึกษาความพร้อม ปัญหาและความต้องการให้มีการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริด **ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)** เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนมาดำเนินการ **ระยะที่ 3 ขั้นสังเกต (Observing)** ประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวัดจากคะแนนการทำกิจกรรมและการสอบปลายภาคการศึกษา และประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอน และ**ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflecting)** ประเมินปัจจัยความสำเร็จในการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดในกลุ่มอาจารย์และนักศึกษา

ประชากร แบ่งเป็นสองกลุ่มคือนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพทุกคน จำนวน 61 คน ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2563 และ

อาจารย์ผู้สอนในชุดวิชานี้ จำนวน 4 คน (เป็นอาจารย์ผู้สอนระดับบัณฑิตศึกษา สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาโทขึ้นไปและมีตำแหน่งทางวิชาการผู้ศาสตราจารย์ขึ้นไป) โดยเก็บทุกหน่วยประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ความต้องการ บริบท และสภาพปัญหาการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดของนักศึกษา 6 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ 2) แบบสอบถามข้อเสนอแนะของอาจารย์ต่อการจัดการเรียนการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพแบบไฮบริด 3) แบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวัดจากคะแนนการทำกิจกรรมและการสอบปลายภาคการศึกษา 4) แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาและอาจารย์ต่อการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ 10 ข้อ และ 5) แบบสอบถามปัจจัยความสำเร็จในการเรียนการสอนแบบไฮบริด 1 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ระหว่าง 0.75-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษา โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการจัดการเรียนการสอน และแบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากสอบปลายภาค และส่วนที่ 4 และดำเนินการจัดการเรียนการสอนแล้วเสร็จ และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาจารย์ผู้สอนโดยใช้แบบสอบถามส่วนที่ 2 ดำเนินการก่อนจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดและแบบสอบถามส่วนที่ 5 เก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อดำเนินการจัดการเรียนการสอนแล้วเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานได้แก่การทดสอบทีแบบอิสระ (independent t-test)

ผลการวิจัย (Results)

1. ความต้องการ บริบท และสภาพปัญหาของนักศึกษาและข้อเสนอแนะของอาจารย์ต่อการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพของนักศึกษาและอาจารย์

ผลการศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจำนวน 61 รายต่อการเรียนการสอนเพื่อออกแบบแนวทางการจัดการเรียนรู้แบบไฮบริดในชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนจัดการเรียนการสอน พบว่า ความต้องการการจัดการเรียน

การสอนแบบไฮบริดในชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ ร้อยละ 59.0 มีความต้องการเรียนในชั้นเรียนร่วมกับออนไลน์ (แบบไฮบริด) และร้อยละ 32.8 มีความต้องการเรียนในชั้นเรียนอย่างเดียว (แบบเผชิญหน้า) ทั้งนี้เมื่อสอบถามประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 62.2 เคยเรียนแบบเผชิญหน้าอย่างเดียว และร้อยละ 26.2 เรียนแบบออนไลน์ในฐานะผู้เรียน ร้อยละ 6.6 เรียนแบบออนไลน์ในฐานะผู้สอน และไม่มีนักศึกษาเคยเรียนแบบไฮบริด และเมื่อสอบถามถึงอุปกรณ์ที่ใช้หากต้องเรียนแบบไฮบริดคือเพิ่มการเรียนออนไลน์เข้ามาจากเดิมที่เรียนแบบเผชิญหน้าเพียงอย่างเดียว พบว่า อุปกรณ์การเรียนที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้คอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลหรือคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก และใช้อินเทอร์เน็ตบ้าน (Home Use) ทั้งนี้ปัญหาที่พบหากต้องมีการเรียนแบบไฮบริด คือ ความเร็วของสัญญาณอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์ที่ใช้ เช่น คอมพิวเตอร์/แท็บเล็ต ฯลฯ ไม่ทันสมัย ความยากลำบากในการใช้เทคโนโลยี เช่น โปรแกรม Microsoft Teams หรืออุปกรณ์ที่ใช้ การเมื่อยล้าสายตาขณะเรียนออนไลน์ การสื่อสารกับอาจารย์/เพื่อน ขณะเรียนออนไลน์ และปัญหาการทำงาน/ส่งงานผ่านระบบออนไลน์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บริบท สภาพ ปัญหาและความต้องการให้มีการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดตามความเห็นของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการการจัดการเรียนการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัย		
เรียนในชั้นเรียนอย่างเดียว (แบบเผชิญหน้า)	20	32.8
เรียนออนไลน์อย่างเดียว	5	8.2
เรียนในชั้นเรียนร่วมกับออนไลน์ (ไฮบริด)	36	59.0
ประสบการณ์การเรียนการสอน		
เรียนแบบเผชิญหน้าอย่างเดียว	41	62.2
เรียนแบบออนไลน์ในฐานะผู้เรียน	16	26.2
เรียนแบบออนไลน์ในฐานะผู้สอน	4	6.6
เรียนแบบไฮบริด	0	0.0
อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนออนไลน์		
สมาร์ทโฟน		
มีอยู่แล้ว	55	93.2
ไม่ได้ใช้	4	6.8

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
แท็บเล็ต		
มีอยู่แล้ว	33	55.9
ต้องจัดหาเพิ่ม	4	6.8
ไม่ได้ใช้	22	37.3
คอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล/คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก		
มีอยู่แล้ว	56	91.8
ต้องจัดหาเพิ่ม	5	8.2
สัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)		
ใช้อินเทอร์เน็ตบ้าน (Home Use)	47	79.7
ใช้อินเทอร์เน็ต 3G/4G (โทรศัพท์เคลื่อนที่)	46	85.2
ใช้อินเทอร์เน็ตจากที่ทำงาน	33	58.9
ต้องซื้อสัญญาณอินเทอร์เน็ตเพิ่ม	14	26.9
ใช้อินเทอร์เน็ตฟรีจากสถานที่สาธารณะ	7	13.7

ทั้งนี้เมื่อสอบถามอาจารย์ถึงข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอนซึ่งเป็นการสอบถามก่อนการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริด พบว่า 3 ใน 4 คนมีความเห็นว่าควรจัดให้มีการเรียนในชั้นเรียนร่วมกับออนไลน์ (แบบไฮบริด) อีก 1 คนมีความเห็นว่าควรจัดแบบเผชิญหน้าเนื่องจากเป็นชุดวิชาที่มีเนื้อหายาก แต่หากจัดแบบไฮบริดควรจะต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งอาจารย์และนักศึกษา และสิ่งสนับสนุนเป็นอย่างดี โดยควรเริ่มใช้ในภาคการศึกษาถัดไป หากจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริด คือ สอนแบบเผชิญหน้าในส่วนที่เป็นการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเนื่องจากต้องอาศัยทักษะและฝึกปฏิบัติจริง และในส่วนของการเรียนออนไลน์เป็นการมอบหมายให้ทำกิจกรรม โดยควรมีการเตรียมความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีทั้งในส่วน của อาจารย์และนักศึกษา และเพิ่มช่องทางการติดต่อ โดยมีข้อเสนอแนะ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อเสนอแนะของอาจารย์ต่อการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดชุดวิชาสถิติและการวิจัย
สำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ประเด็น	ข้อเสนอแนะ
ด้านกระบวนการจัดการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์	- คณะกรรมการบริหารชุดวิชาควรจัดเตรียมระบบเพื่อให้นักศึกษาส่งงานล่วงหน้าทั้งในส่วน of ไฟล์เอกสารที่เป็นรายงานและไฟล์สำหรับการนำเสนอ รวมถึงเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนการจัดกิจกรรม เอกสารใบรายชื่อการแบ่งกลุ่ม เกณฑ์การให้คะแนน เป็นต้น - คณะกรรมการบริหารชุดวิชาควรออกแบบกิจกรรมอื่นที่หลากหลาย นอกเหนือจากการสอนเพียงในเนื้อหาในเอกสารประมวลสาระการเรียนรู้ - อาจารย์และบุคลากรฝ่ายสนับสนุนการเรียนรู้ระดับบัณฑิตศึกษาของมหาวิทยาลัย ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารที่สะดวกทั้งอาจารย์และนักศึกษา กรณีเข้าระบบไม่ได้รวมถึงปัญหาเชิงเทคนิคต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการเรียนการสอน
ด้านผู้สอน	- อาจารย์ผู้สอนควรมีการเตรียมความพร้อมทั้งในเรื่องของการเข้าใช้ระบบ Microsoft Team คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง
ด้านผู้เรียน	- นักศึกษาควรมีการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาต้องมากขึ้นสำหรับการเรียนออนไลน์ - นักศึกษาควรมีการเตรียมความพร้อมทั้งในเรื่องของการเข้าใช้ระบบ Microsoft Team คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง - นักศึกษาควรเตรียมตัวในการนำเสนอผลการทำรายงานในแต่ละกิจกรรมให้มีคุณภาพ

จากความต้องการ บริบท และสภาพปัญหาการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพของนักศึกษาและอาจารย์ ผู้วิจัยได้นำมาออกแบบรูปแบบการเรียนรู้แบบไฮบริด ประกอบด้วยการศึกษาด้วยตนเอง การสัมมนาเสริม 2 ครั้ง ครั้งละ 2 วันและการสัมมนาเข้ม 1 ครั้ง 3 วัน และหลังจากนั้นจะเป็นการสอบวัดผล (ตามประกาศของมหาวิทยาลัย) โดยมีการสอน 3 ครั้งดังนี้ 1) สัมมนาเสริมครั้งที่ 1 แบบเผชิญหน้า 2) สัมมนาเข้มแบบเผชิญหน้าเพื่อสอนโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูล และ 3) สัมมนาเสริมครั้งที่ 2 แบบออนไลน์ โดยใช้ Microsoft Teams ทั้งนี้ได้มีการจัดทำกลุ่มไลน์ของนักศึกษาและอาจารย์เพื่อเป็นช่องทางการติดต่อเสริมอีกช่องทางหนึ่งร่วมด้วย และมีการเตรียมความพร้อมอาจารย์และนักศึกษาในการใช้ Microsoft Teams โดยการส่งคลิปวิดีโอและคู่มือการใช้โปรแกรมดังกล่าวให้ทางกลุ่มไลน์ รวมถึงมีการซักซ้อมวิธีการใช้ Microsoft Teams โดยให้เข้าใช้โปรแกรมจริงก่อนเริ่มการเรียนการสอน ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการเรียนรู้แบบไฮบริดชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ



2. ผลของการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริด ชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ

การสอนแบบไฮบริด ชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ กับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา จำนวน 61 คน ปีการศึกษา 2563 เมื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาโดยประเมินจากคะแนนระหว่างเรียนมีคะแนนเก็บ 50 คะแนน และคะแนนสอบปลายภาค 50 คะแนน โดยการตัดสินผลสอบใช้การอิงเกณฑ์ พบว่า เมื่อเทียบนักศึกษาที่เรียนแบบไฮบริดในปีการศึกษา 2563 กับนักศึกษาที่เรียนแบบเผชิญหน้าเพียงอย่างเดียว ในปีการศึกษา 2562 พบว่า กลุ่ม

ที่เรียนแบบไฮบริดมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบเผชิญหน้าเพียงอย่างเดียว ทั้งในส่วนของคะแนนสอบและคะแนนเก็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปลายภาคระหว่างนักศึกษาที่เรียนแบบเผชิญหน้ากับเรียนแบบไฮบริดเปรียบเทียบปีการศึกษา 2562 กับ ปีการศึกษา 2563

ผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียน	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		df	t	p-value
	เรียนแบบเผชิญหน้า (n=43)	เรียนแบบไฮบริด (n=61)			
คะแนนเก็บ	43.07 (2.1)	45.05 (1.9)	104	4.86	<0.001
คะแนนสอบ	29.20 (5.2)	31.19 (4.8)	104	2.03	0.048
คะแนนรวม	72.27 (6.4)	76.24 (5.6)	104	3.36	0.001

3. ความพึงพอใจของนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอนในการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ

เมื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริด พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการเรียนแบบไฮบริด (เผชิญหน้าและแบบออนไลน์) ในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านที่นักศึกษามีความพึงพอใจสูงสุดคือ ด้านอาจารย์ผู้สอน รองลงมาคือด้านผลที่ได้รับจากการสัมมนา (ดังตารางที่ 4) ทั้งนี้ในส่วนของอาจารย์พบว่าความพึงพอใจ ต่อการเรียนแบบไฮบริดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือการติดต่อประสานงานและสิ่งอำนวยความสะดวก ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ภาพรวมระดับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริด

การจัดการเรียนการสอน	n	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความพึงพอใจ			Mean (SD)	การแปล ผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย		
		(1.00-2.33)	(2.34 –3.66)	(3.67–5.00)		
การเรียนแบบเผชิญหน้า						
ด้านกระบวนการเรียนการสอน	61	31 (50.8)	29 (47.6)	1 (1.6)	3.80 (0.55)	มาก
ด้านอาจารย์ผู้สอน	59	51 (86.4)	8 (13.6)	-	4.30 (0.62)	มาก
ผลที่ได้รับจากการสัมมนา	60	51 (85.0)	9 (15.0)	-	4.15 (0.57)	มาก

การจัดการเรียนการสอน	n	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความพึงพอใจ			Mean (SD)	การแปลผล
		มาก (1.00-2.33)	ปานกลาง (2.34 –3.66)	น้อย (3.67–5.00)		
การติดต่อประสานงานและ สิ่งอำนวยความสะดวก	58	52 (89.7)	6 (10.3)	-	4.14 (0.56)	มาก
ความพึงพอใจโดยภาพรวม	60	50 (83.3)	10 (16.7)	-	4.05 (0.59)	มาก
การเรียนแบบออนไลน์						
ด้านกระบวนการเรียนการสอน	58	37 (63.8)	21 (34.2)	-	3.95 (0.49)	มาก
ด้านอาจารย์ผู้สอน	57	57 (100.0)	-	-	4.41 (0.48)	มาก
ผลที่ได้รับจากการสัมมนา	59	58 (98.3)	1 (1.7)	-	4.28 (0.46)	มาก
การติดต่อประสานงานและสิ่ง อำนวยความสะดวก	60	50 (86.2)	8 (13.8)	-	4.14 (0.57)	มาก
ความพึงพอใจโดยภาพรวม	58	54 (93.1)	4 (6.91)	-	4.23 (0.50)	มาก

ตารางที่ 5 ภาพรวมระดับความพึงพอใจของอาจารย์ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริด (n=4)

การจัดการเรียนการสอน	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความพึงพอใจ			Mean (SD)	การแปลผล
	มาก (3.67–5.00)	ปานกลาง (2.34 –3.66)	น้อย (1.00-2.33)		
การเรียนแบบเผชิญหน้า					
ด้านกระบวนการเรียนการสอน	4 (100.0)	-	-	4.08 (0.6)	มาก
การติดต่อประสานงานและสิ่งอำนวยความสะดวก	4 (100.0)	-	-	4.75(0.5)	มาก
ความพึงพอใจโดยภาพรวม	4 (100.0)	-	-	4.20 (0.5)	มาก
การเรียนแบบออนไลน์					
ด้านกระบวนการเรียนการสอน	2 (50.0)	2 (50.0)	-	3.93(3.2)	มาก
การติดต่อประสานงานและสิ่งอำนวยความสะดวก	3 (75.0)	1 (25.0)	-	4.41 (1.2)	มาก
ความพึงพอใจโดยภาพรวม	2 (50.0)	2 (50.0)	-	4.25 (0.8)	มาก

4. ปัจจัยความสำเร็จในการเรียนการสอนแบบไฮบริด

จากการสอบถามปัจจัยความสำเร็จในการเรียนการสอนแบบไฮบริดในมุมมองของอาจารย์ผู้สอน ประกอบด้วย 1) การออกแบบกิจกรรมที่เปิดให้นักศึกษามีส่วนร่วมหรือมีข้อตกลงร่วมกันที่ชัดเจนระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา 2) การเตรียมตัวทั้งของผู้เรียนและผู้สอนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการใช้โปรแกรมที่ใช้สอนออนไลน์ และ 3) การอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่และการติดต่อที่สะดวกรวดเร็ว

ในส่วนปัจจัยความสำเร็จในการเรียนการสอนแบบไฮบริด ในมุมมองของนักศึกษา ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาในการใช้โปรแกรมที่ใช้สอนออนไลน์ 2) การติดต่อประสานงานกับอาจารย์ผู้สอนที่สะดวก 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทำกิจกรรม และ 4) การสามารถทบทวนความรู้โดยศึกษาจากระบบออนไลน์ย้อนหลังได้

อภิปรายผล (Discussion)

การจัดการจัดการเรียนการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพแบบไฮบริดพบว่า แนวทางการจัดการเรียนโดยการเพิ่มการเรียนแบบออนไลน์โดยที่นักศึกษาได้ผ่านการฝึกทักษะและการปูพื้นฐานความรู้มาก่อนด้านสถิติและการวิจัยโดยเป็นการสอนแบบเผชิญหน้าและมาทำกิจกรรมเพิ่มในระบบออนไลน์ ซึ่งการจัดการจัดการเรียนการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพแบบไฮบริดครั้งนี้ นักศึกษาสามารถเข้ามาฟังการเรียนการสอนย้อนหลังในระบบออนไลน์ ได้ตลอดภาคการศึกษาซึ่งต่างจากเดิมที่นักศึกษาเรียนในชั้นเรียนแบบเผชิญหน้าเพียงอย่างเดียว ทำให้หากต้องการทบทวนความรู้ นักศึกษาจะต้องอ่านจากตำราหรือค้นคว้าจากแหล่งเรียนรู้อื่น นอกจากนี้การเพิ่มช่องทางการติดต่อให้กับนักศึกษาผ่านแอปพลิเคชัน ก็เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาสามารถติดต่อกับอาจารย์และเพื่อนนักศึกษาด้วยกันได้ ซึ่งรูปแบบการเรียนการสอนที่ออกแบบนี้มาจากการสอบถามทั้งอาจารย์และผู้เรียนทำให้ออกแบบได้กับความต้องการเรียนรู้ซึ่งสอดคล้องกับกรอบทฤษฎีระบบ (ADDIE) ที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (input) ซึ่งในที่นี้คือขั้นตอนของการวิเคราะห์ (A=Analysis) กระบวนการ (Process) คือ ขั้นตอนของการออกแบบและพัฒนา (DD = Design & Development) ผลลัพธ์ (Output) คือ ชิ้นงานและกระบวนการซึ่งผ่าน การประเมินผลมาแล้ว และปรับแก้จากผลลัพธ์ที่ได้ในขั้นตอน ของการประเมินผล ทั้งในระหว่างการทำนิงาน (Implementation) และการประเมินผลรวมสุดท้าย (E=Evaluation) (พิจิตรา ธงพานิช, 2560) โดยการเรียนแบบไฮบริดเป็นการผสมผสานการเรียนแบบออฟไลน์และออนไลน์ เป็นรูปแบบที่ง่ายที่สุด โดยการเรียนแบบออนไลน์หมายถึงการเรียนผ่านระบบ

อินเทอร์เน็ตหรืออินทราเน็ต ส่วนการเรียนรู้แบบออนไลน์นั้นหมายถึงการเรียนรู้แบบเผชิญหน้าในชั้นเรียนปกติ ผู้สอนจะใช้ช่องทางทั้งสองอย่างนี้ร่วมกันในการจัดการเรียนการสอนจะเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนของผู้เรียนได้ ซึ่งการเรียนรู้แบบไฮบริดสนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตัวเอง (Self-directed learning) เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student Centered) โดยผู้เรียนสามารถ ค้นคว้า บทเรียนได้ ทุกเวลา ทุกสถานที่ ตามศักยภาพ ของผู้เรียนในระบบการศึกษาทางไกลทางอิเล็กทรอนิกส์ พร้อมไปกับการเรียนในห้องเรียน (มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2557)

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนพบว่า กลุ่มที่เรียนแบบไฮบริดมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบเผชิญหน้าเพียงอย่างเดียวทั้งในส่วนของคะแนนสอบและคะแนนเก็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริด (Hybrid Learning) ที่เป็นการผสมผสานระหว่างการเรียนรู้แบบดั้งเดิม (Traditional Learning) ที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้สอนและผู้เรียนในห้องเรียน (Face-to-Face) กับการเรียนการสอนผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Web-Based Learning) หรือการเรียนออนไลน์ (Online Learning) ไม่จำกัดสถานที่และตามศักยภาพของผู้เรียนซึ่งบางครั้งการเรียนรู้ในระบบอิเล็กทรอนิกส์เพียงอย่างเดียวไม่สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพได้อย่างสมบูรณ์ และการออกแบบการเรียนการสอนในครั้งนี้ได้ออกแบบโดยเริ่มจากการประเมินความต้องการ บริบท และสภาพปัญหาการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดของนักศึกษาและอาจารย์แล้วจึงนำมาสู่การออกแบบการเรียนการสอน ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Linder (2017) ที่อธิบายว่า Hybrid Learning เป็นการนำส่วนที่ดีที่สุดของการเรียนการสอนแบบดั้งเดิมและระบบการศึกษาทางไกลทางอิเล็กทรอนิกส์มาผสมผสานกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียน การเรียนการสอนแบบ Hybrid Learning จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ทั้งด้านการบริหารจัดการด้านเทคโนโลยี ด้านเนื้อหาหลักสูตรวิชา ด้านผู้สอนและด้านผู้เรียน การจัดการเรียนการสอนภายใต้สถานการณ์ของการสอนแบบไฮบริดนั้น ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์และวางแผน (Analysis and Planning) 2) การออกแบบ (Design Solutions) 3) การพัฒนา (Development) 4) การนำไปใช้ (Implementation) และ 5) การประเมินผล (Evaluation) สอดคล้องกับการศึกษาของเมษา นวลศรี (2563) ที่พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาวิจัยทางการศึกษาหลังการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานสูงกว่าการจัดการเรียนรู้ แบบดั้งเดิม และการศึกษาของชัยวัฒน์ สุภัควกุล, สุทธิพงศ์ หกสุวรรณและนิคม ชมภูหลง (2560) ที่พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแบบไฮบริดของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏสูงกว่าการนักศึกษาที่มีการเรียนการสอนแบบปกติ

ปัจจัยความสำเร็จในการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบไฮบริดพบว่าปัจจัยความสำเร็จในการเรียนการสอนแบบไฮบริด ในมุมมองของอาจารย์ผู้สอนประกอบด้วย 1) การออกแบบกิจกรรมที่เปิดให้นักศึกษามีส่วนร่วมหรือมีข้อตกลงร่วมกันที่ชัดเจนระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา 2) การเตรียมตัวทั้งของผู้เรียนและผู้สอนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการใช้โปรแกรมที่ใช้สอนออนไลน์ และ 3) การอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่และการติดต่อที่สะดวกรวดเร็ว ในส่วนปัจจัยความสำเร็จในการเรียนการสอนแบบไฮบริดในมุมมองของนักศึกษาได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาในการใช้โปรแกรมที่ใช้สอนออนไลน์ 2) การติดต่อประสานงานกับอาจารย์ผู้สอนที่สะดวก 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทำกิจกรรมและ 4) การสามารถทบทวนความรู้โดยศึกษาจากระบบออนไลน์ย้อนหลังได้ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้แบบไฮบริดที่ถูกต้องตามหลักการทฤษฎีที่กำหนดผู้ปฏิบัติต้องมีทักษะและความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนถ่องแท้ต่อการออกแบบการสอนในเชิงปฏิสัมพันธ์ พิจารณาในบริบทของงานหรือองค์กรให้ละเอียด ความสำเร็จของการเรียนแบบไฮบริดเกิดจาก ศักยภาพของการปรับและยอมรับในเทคโนโลยีที่มีต่อการพัฒนาการเรียนรู้ ความสำเร็จต้องเริ่มตั้งแต่ระดับล่าง นับจากการออกแบบหลักสูตรการเรียนในลักษณะของไฮบริดสู่การปฏิบัติจริง และการใช้รูปแบบการเรียนแบบไฮบริดเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลักสูตรที่ออกแบบหรือกำหนดไว้ (ศิวาพัชญ์ บำรุงเศรษฐพงษ์, ฐริสร ฐานปัญญา และเกรียงไกร สัจจะหลัทย, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับ Huba และ Freed, (2000) ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนไปใช้ห้องเรียนไฮบริดหลักการสำคัญคือการเปลี่ยนจากวิธีการและเทคนิคที่เน้นครูเป็นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง รวมถึงการให้อิสระหรือเปิดโอกาสให้ผู้เรียนในการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้นในรูปแบบของทำกิจกรรมเสริมทักษะ (Caulfield, 2011) นอกจากนี้การเตรียมตัวและการอบรมหรือชี้แนะทั้งผู้สอนและผู้เรียนถึงการใช้เทคโนโลยีก็เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญสำหรับการเรียนแบบไฮบริด (Koehler & Mishra, 2008)

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) การจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดในชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ ในครั้งนี้เริ่มจากการสำรวจความต้องการ บริบท และสภาพปัญหาการจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพของนักศึกษาและอาจารย์และนำมาสู่การออกแบบการเรียนการสอน ดังนั้นหากจะมีการนำไปประยุกต์ใช้อาจต้องพิจารณาประเด็นความแตกต่างของผู้เรียนและผู้สอนด้วย

2) การจัดการเรียนการสอนแบบไฮบริดควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารที่สื่อสารได้ง่ายระหว่างผู้เรียนและผู้สอน นอกจากนี้การเตรียมตัวทั้งของผู้เรียนและผู้สอนก็เป็นสิ่งจำเป็น และการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่ดีการออกแบบกิจกรรมก็เป็นสิ่งสำคัญที่กิจกรรมต้องเอื้อให้เกิดทักษะการเรียนรู้

3) ควรมีการเตรียมความพร้อมทั้งผู้เรียนและผู้สอนก่อนเริ่มการเรียนการสอนโดยอาจทำเป็นคลิปที่สามารถปฏิบัติตามได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลการเรียนรู้แบบไฮบริดกับแบบออนไลน์เต็มรูปแบบเพื่อรองรับโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นและจำเป็นต้องใช้การเรียนการสอนแบบออนไลน์เต็มรูปแบบ

เอกสารอ้างอิง (References)

- ประกาศกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เรื่อง มาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ 3): การปฏิบัติการของสถาบันอุดมศึกษาเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. (2563). อุดมศึกษา. 46(502). 4.
- ชัยวัฒน์ สุภัทกุล, สุทธิพงศ์ หกสุวรรณ และนิคม ชมภูหลง. (2560). การพัฒนาระบบการเรียนการสอนแบบไฮบริด สำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏ. วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 23(1). 66-77.
- พิจิตรา ธงพานิช. (2560). วิชาการออกแบบและการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์.
- มหาวิทยาลัยศิลปากร. (2557). รายงานการวิจัยเรื่องแนวทางการพัฒนาอีเลิร์นนิ่งสำหรับสถาบันการศึกษาไทย การนำเสนอแนวทางการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานที่ใช้ ubiquitous – learning เป็นเครื่องมือการเรียนรู้. สืบค้นจาก <http://www4.educ.su.ac.th/images/research/57/04.pdf>
- เมษา นวลศรี. (2563). การพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาในรายวิชาการวิจัยทางการศึกษาด้วยการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 13(1). 77-94.
- พระราชบัญญัติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2521. (2521, 21 กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 95 ตอนที่ 99 ก. หน้า 1-15.
- ศิวาพัชญ์ บำรุงเศรษฐพงษ์ , ภูริสร ฐานปัญญา และ เกรียงไกร สัจจะหฤทัย. (2563). การเรียนการสอนแบบไฮบริด (Hybrid Learning) กับการพัฒนาคุณภาพการศึกษาไทยในศตวรรษที่ 21. วารสารนาคนุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. 12(3), 212-224.

- สมใจ จันทร์เต็ม. (2553). Hybrid Learning กับนวัตกรรมการเรียนการสอนวิชาบัญชีในศตวรรษที่ 21: กรณีศึกษาของมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, 30(1), 134-150.
- สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (2563) แผนกิจกรรมการศึกษาชุดวิชา 50703 สถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ. (อัดสำเนา).
- สำนักบัณฑิตศึกษา ฝ่ายส่งเสริมมาตรฐานบัณฑิตศึกษา. (2564). คู่มือนักศึกษาระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สืบค้นจาก [https://www.stou.ac.th/thai/grad_std/Masters/CD/คู่มือนักศึกษา %20ป.โท%20ปี%202564.pdf](https://www.stou.ac.th/thai/grad_std/Masters/CD/คู่มือนักศึกษา%20ป.โท%20ปี%202564.pdf)
- อารี ชีวเกษมสุข. (2564).การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสาน ในยุคความปกติใหม่. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 37(1). 25-37.
- Hariadi, B., Sunarto, D., Sudarmaningtyas, P., & Jatmiko, B. (2019). Hybrid Learning by Using Brilian Applications as One of the Learning Alternatives to Improve Learning Outcomes in College. International. Journal of Emerging Technologies in Learning. 14(10). <https://doi.org/10.3991/ijet.v14i10.10150>.
- Caulfield, J. (2011). How to Design and Teach a Hybrid Course. Sterling, VA: Stylus.
- Huba, M .E., & Freed. J. E. (2000). Learner-Centered Assessment on College Campuses. Boston: Allyn & Bacon.
- Snow, K. (2016). Opting In or Opting Out: The Role of Hybrid Learning Course Design on Student Persistence Decisions in an Indigenous Pre-Nursing Transitions Program. International Journal of E-Learning & Distance Education, 32(1), 1–14. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eue&AN=117079586&site=eds-live>.
- Linder, K.E. (2017). Fundamentals of Hybrid Teaching and Learning. Teaching and Learning. 2017, 11-18. <https://doi.org/10.1002/tl.20222>
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria, Australia: Deakin University
- Koehler, M.J., & Mishra, P. (2008). Introducing TPCK. In Handbook of Technological Pedagogical Content Knowledge (TPCK) for Educators. New York: Routledge.
- Cremers, P.H.M., Wals, A.E.J., Wesseling, R & Mulder, M. (2016). Design Principles for Hybrid Learning Configurations at the Interface between School and Workplace. Learning Environ Res.19, 309-334. <https://doi.org/10.1007/s10984-016-9209-6>.

Strategies for the Development of Public Health Personnel in Sustainable Health Systems

Narong Chaitiang^{1*} Vikrom Boonnun² Layla Triekanukul² Patipat Vongruang³

(Received: 25 December 2021 ; Revised: 13 February 2022; Accepted: 4 March 2022)

Abstract

This paper aimed to study strategies related to the development of current public health personnel. Under present circumstances, the COVID- 19 pandemic, which the outbreaking started in 2019, and has mutated rapidly. Planning for development of supplying vaccines so the situation can be controlled, public health administration is imperative to ensure that the Thai health system is safe from the epidemic. The Sustainable Development Goals, or SDGs, is related to health systems as one of the Three Pillars of Sustainability: Society, Economy, and Environment. In addition, due to migration of public health personnel to local government administrations, it is relevant to public health administration in the future. Public health personnel are therefore extremely important in the sustainable health system development, because they are frontline personnel who have sacrifices, and provide public health care. Therefore, the strategy for developing health care personnel is to improve capacity, potential, knowledge and competency, which will enable public health workers to work effectively in a sustainable health system.

Keywords: Strategy, Health personnel, Health system

¹Ph.D. Candidate (Regional Development Strategies), Chiang Rai Rajabhat University

²Assistant Professor, Regional Development Strategy, Chiang Rai Rajabhat University

³Assistant Professor at Department of Environmental Health, School of Public Health, University of Phayao

*Corresponding author: kongkangku69@gmail.com

ยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์กลางสาธารณสุขในระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

ณรงค์ ใจเที่ยง^{1*} วิกรม บุญนุ่น² เลห์ล่า ตรีเอกานุกูล² และปฎิพัทธ์ วงศ์เรือง³

(วันรับบทความ 25 ธค.2564; วันแก้ไขบทความ 13 กพ. 2565; วันตอบรับบทความ 4 มีค.2565)

บทคัดย่อ

บทความเรื่องนี้ มีจุดมุ่งหมายในการศึกษายุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศูนย์กลางทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน ภายใต้สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งมีการระบาดมาตั้งแต่ปี 2562 และมีการพัฒนากลายพันธุ์ไปอย่างรวดเร็ว การวางแผนพัฒนาจัดหาวัคซีนเพื่อให้สามารถควบคุมสถานการณ์โรคได้ งานสาธารณสุขจึงมีความสำคัญที่จะทำให้ระบบสุขภาพของคนไทยมีความปลอดภัยจากโรคระบาด ซึ่งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ SDGs ที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพก็เป็นอีกการพัฒนาที่สอดคล้องกันใน 3 เสาหลักของมิติความยั่งยืน (Three Pillars of Sustainability) ประกอบด้วย สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม และจากสถานการณ์ที่มีการโอนย้ายจากศูนย์กลางสาธารณสุขไปสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีความเกี่ยวข้องกับการบริหารงานสาธารณสุขในอนาคต ศูนย์กลางสาธารณสุขจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน เพราะเป็นศูนย์กลางด้านหน้าที่มีความเสียสละ และให้การดูแลสุขภาพของประชาชน ดังนั้นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศูนย์กลางสาธารณสุขให้มีขีดความสามารถ ศักยภาพ ความรู้ และสมรรถนะ จะทำให้นักสาธารณสุขทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: ยุทธศาสตร์, ศูนย์กลางสาธารณสุข, ระบบสุขภาพ

¹ นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนามิภาค มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนามิภาค มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author: kongkangku69@gmail.com

บทนำ

บทความวิชาการ ยุทธศาสตร์การพัฒนาศาธารณสุขในระบบสุขภาพที่ยั่งยืน มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอการศึกษายุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศาธารณสุขในปัจจุบัน ภายใต้สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะการระบาดของโรคโควิด 19 และความสำคัญที่จะทำให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีความปลอดภัยจากโรคระบาด ซึ่งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ SDGs ตลอดจนการโอนย้ายจากบุคลากรสาธารณสุขไปสู่กึ่งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยปัจจุบันระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน โดยเฉพาะการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุการเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ทำให้ระบบสุขภาพไทยต้องเตรียมเพื่อรับมือกับสิ่งต่าง ๆ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะส่วนราชการจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ขึ้นตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรีฯ และเพราะแนวโน้มของสถานการณ์สุขภาพในอนาคตอันใกล้ที่ประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แต่ในทางกลับกันสังคมไทยยังขาดคุณภาพในทุก ๆ ด้านรวมถึงด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ตระหนักถึงการวางแผนในระยะยาวเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและกำลังจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ได้วางกรอบแนวคิดโดยให้สอดคล้องกับ แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประเทศไทย 4.0 นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข และปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การนำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายระดับกระทรวง “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มที่กำลังจะเกิดขึ้นมากที่สุด จึงได้วางทิศทางการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งเป็นเมืองที่มีประชากรมากที่สุดในภาคกลางของประเทศจีน กว่า 19 ล้านคน วันที่ 30 ธันวาคม 2562 สำนักงานสาธารณสุขเมืองอู่ฮั่นมณฑลหูเป่ย์ได้ออกประกาศเป็นทางการ พบโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับตลาดอาหารทะเลที่เมืองอู่ฮั่น โดยสาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดในการติดต่อสู่คน คือการสัมผัสกับเนื้อสัตว์ประเภทต่าง ๆ ที่วางขายในตลาด และเนื่องจากเมืองอู่

อันเป็นเมืองใหญ่ที่มีประชาชนอยู่หนาแน่น จึงทำให้การระบาดแพร่กระจายไปอย่างรวดเร็ว มีผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก หลังจากพบการระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนและองค์การอนามัยโลก ได้ออกมาระบุว่า ไวรัสชนิดดังกล่าว คือ SARS-CoV-2 เรียกว่า COVID-19(ย่อมาจาก CO แทน corona, VI แทน virus, D แทน disease และ 19 แทน 2019) ตามการประกาศชื่ออย่างเป็นทางการที่ใช้เรียก โรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ขององค์การอนามัยโลก และพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คน ผ่านละอองฝอยขนาดเล็ก (aerosol) องค์การอนามัยโลก(WHO)ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC) (งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ,2564)

โคโรนาไวรัส หรือ โควิด-19 ที่เข้ามาเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยการระบาดได้แพร่กระจายไปทั่วโลกมากกว่า 2 ปี ซึ่งขณะนี้แต่ละประเทศในภูมิภาคต่างๆ ได้หาวิธีการในการป้องกันและหยุดการแพร่ระบาดของโรค ไวรัสร้ายตัวนี้ก็พัฒนาตัวเองกลายเป็นชนิดที่ 5 หลังจากสายพันธุ์อัลฟา , เบตา, แกมมา และเดลตา ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) จัดให้อยู่ในกลุ่มสายพันธุ์ที่น่ากังวล โควิด-19 กลายพันธุ์ล่าสุดนี้มีชื่อในทางวิทยาศาสตร์ว่า B.1.1.529 ก่อนที่ องค์การอนามัยโลกตั้งชื่อเรียกให้ตามลำดับตัวอักษรกรีก ว่า “โอไมครอน” (Omicron) การระบาดของโควิด-19 โอไมครอนถูกระบุแยกแยะออกมาเป็นครั้งแรกในจังหวัดเคาเต็ง (Gauteng) ของแอฟริกาใต้ เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 ที่ผ่านมา โดยขณะนี้มีการพบผู้ติดเชื้อโควิดสายพันธุ์โอไมครอนแล้วอย่างน้อย 13 ประเทศ ได้แก่ แอฟริกาใต้ บอตสวานา เบลเยียม ฮังการี อิสราเอล อังกฤษ เยอรมนี อิตาลี เนเธอร์แลนด์ เดนมาร์ก ออสเตรเลีย แคนาดา สาธารณรัฐเช็ก ผู้ติดเชื้อรวมทั้งหมดอยู่ในหลักร้อย หลังจากพบการอุบัติขึ้นทางตอนใต้ของทวีปแอฟริกา ปัจจุบันมีการพบผู้ติดเชื้อกลายพันธุ์ชนิดนี้ในหลายประเทศทั่วโลก ส่งผลให้ประเทศต่าง ๆ ซึ่งเพิ่งจะเริ่มเปิดประเทศได้ไม่กี่สัปดาห์ต้องกลับมายกระดับมาตรการรับคนต่างชาติเข้าประเทศอีกครั้ง เช่น การกำหนดให้กักตัว 14 วัน และตรวจหาเชื้อด้วยวิธี RT-PCR เพื่อป้องกันไม่ให้โอไมครอนเข้ามาในประเทศ ขณะเดียวกันบริษัทเวชภัณฑ์หลายแห่งเผยว่า ได้เริ่มต้นกระบวนการพัฒนาวัคซีนต้านโควิด-19 รุ่นใหม่ที่ได้รับการปรับสูตร เพื่อรับมือกับเชื้อกลายพันธุ์ชนิดใหม่ “โอไมครอน” องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนที่จะบ่งชี้ได้ว่า เชื้อโอไมครอนสามารถแพร่ระบาดได้ง่ายกว่าเชื้อสายพันธุ์อื่น ๆ หรือทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยได้รุนแรงกว่า ผู้ผลิตวัคซีนได้เริ่มมีการพัฒนาและทดสอบวัคซีนสำหรับเชื้อกลายพันธุ์ใหม่ ๆ แล้ว เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับการแพร่ระบาดของเชื้อกลายพันธุ์ที่เกิดขึ้นใหม่(World Health Organization,2021) ซึ่งหากเกิดขึ้นเมื่อไหร่ วัคซีนตัวใหม่ก็อาจพร้อมนำไปใช้ภายในไม่กี่สัปดาห์

หลังการทดลอง ผู้ผลิตวัคซีนก็สามารถเร่งผลิตวัคซีนให้เร็วขึ้น และหน่วยงานด้านยา ก็ได้ดำเนินการเพื่อเร่งกระบวนการอนุมัติอย่างไรแน่นอนว่าจะไม่มีทางลัดสำหรับขั้นตอนทั้งหมด แต่เราอาจได้วัคซีนตัวใหม่เร็วกว่ารอบแรกบริษัทโนวาแวกซ์ (Novavax) คาดว่าการพัฒนาวัคซีนต้านโควิดรุ่นใหม่จะแล้วเสร็จ พร้อมสำหรับการทดสอบและการผลิตภายในอีกไม่กี่สัปดาห์ เชื้อไวรัสผลิตสร้างตัวเองขึ้นซ้ำ ๆ แต่บางทีกระบวนการที่ผิดพลาดไม่สมบูรณ์แบบไปเปลี่ยนพันธุกรรมตัวเองทำให้เกิดเป็นเชื้อไวรัสแบบใหม่หรือที่กลายพันธุ์นั่นเอง หากกระบวนการนั้นช่วยให้ไวรัสดังกล่าวอยู่รอดได้ เชื้อกลายพันธุ์ก็จะแพร่ระบาดมากขึ้น เมื่อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่มีโอกาสผลิตตัวเองขึ้นซ้ำ ๆ ในร่างกายมนุษย์มากขึ้นเท่าไร โอกาสที่จะเกิดการกลายพันธุ์ก็จะยิ่งมากขึ้นเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ การพยายามทำให้มีคนติดเชื้อน้อยที่สุดจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยวัคซีนจะคอยช่วยลดการติดเชื้อและกักกันไม่ให้คนล้มป่วยหนัก นอกจากนี้ยังพบผู้ติดเชื้อในประเทศบอตสวานา รวมทั้งพบกรณีและผู้ติดเชื้อเดินทางจากแอฟริกาใต้ไปยังฮ่องกง อีกทั้งยังพบผู้ระบาดในสหราชอาณาจักร สกอตแลนด์ เนเธอร์แลนด์ และออสเตรเลีย ในโลกมีเชื้อโควิดกลายพันธุ์หลายพันสายพันธุ์แพร่ระบาดอยู่ นั่นเป็นเรื่องปกติเพราะไวรัสทุกชนิดสามารถกลายพันธุ์ได้เองตามธรรมชาติ และเชื้อ Sars-CoV-2 ที่ก่อโรคโควิด-19 ก็ไม่มีข้อยกเว้น เราเรียกเชื้อไวรัสที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมนี้ว่า "เชื้อกลายพันธุ์" WHO ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ส่งผลเพียงเล็กน้อยต่อคุณสมบัติของเชื้อไวรัส และมักค่อย ๆ หายไปตามกาลเวลา แต่นาน ๆ ครั้ง เชื้อไวรัสอาจโชคดีที่มีการกลายพันธุ์ในลักษณะที่ช่วยให้มันอยู่รอดและเพิ่มจำนวนขึ้นได้อย่างไร้ดี โควิดชนิดใหม่นี้ น่ากังวลเป็นพิเศษเพราะมีการกลายพันธุ์ของยีนรวมทั้งสิ้นถึง 50 ตำแหน่ง (กรมควบคุมโรค,2564) ซึ่งถือว่าผิดปกติอย่างยิ่งและทำให้มันมีความแตกต่างจากเชื้อโควิดกลายพันธุ์อื่น ๆ การกลายพันธุ์แบบเหนือความคาดหมายนี้ จัดเป็นการกลายพันธุ์ของโปรตีนบนส่วนหนามของไวรัสถึง 32 ตำแหน่ง ซึ่งส่วนดังกล่าวมีความสำคัญยิ่ง ในการเป็นกุญแจที่ไวรัสใช้ไขประตูเข้าสู่เซลล์ร่างกายมนุษย์ นอกจากนี้ยังพบการกลายพันธุ์ที่ส่วนตัวรับ (receptor binding domain) ซึ่งไวรัสใช้จับยึดกับเซลล์ของคนเราถึง 10 ตำแหน่งด้วย ในขณะที่เชื้อโควิดกลายพันธุ์ที่ร้ายแรงอย่างสายพันธุ์เดลตา มีการกลายพันธุ์ในส่วนนี้เพียง 2 ตำแหน่งเท่านั้น (BBC new,2564) การได้รับวัคซีนโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทั้งถึง และรวดเร็ว คือทางออกจากวิกฤติการระบาดของโควิด-19 ที่ได้ผลที่สุด อย่างน้อย 1-2 ปี ความเชื่อที่ว่าในปีหน้าตลาดวัคซีนจะเริ่มกลายเป็นตลาดของผู้ซื้อจนทำให้ไม่ต้องวางแผนมากนักในการจัดหาวัคซีน น่าจะไม่ใช่จริงอีกต่อไป สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) จึงจัดทำข้อเสนอแนะให้มีการปรับแผนการจัดหาวัคซีนให้มองไปข้างหน้าอย่างเหมาะสม โดยเรียนรู้จากตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในต่างประเทศ และบทเรียนที่ผ่านมาของประเทศไทยเอง ไม่ว่าจะเป็นการจองและ

จัดซื้อวัคซีนล่าช้าและมีปริมาณน้อยเกินไป ความจำกัดของประเภทวัคซีน และการบริหารความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ ที่ไม่เพียงพอ อันเป็นผลจากการติดกฎระเบียบที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ความล่าช้าในกระบวนการต่าง ๆ ของระบบราชการ การไม่มีกลไกคุ้มครองผู้ตัดสินใจหากตัดสินใจผิดพลาดโดยสุจริต การขาดมุมมองและทักษะหลายด้านที่จำเป็นรวมทั้งการมีภารกิจล้นตัวจากงานประจำของคณะผู้จัดหาวัคซีน ซึ่งทำให้การจัดหาวัคซีนไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีการตัดสินใจที่สำคัญที่สาธารณะไม่ได้รับทราบกระบวนการและเหตุผลในการตัดสินใจทั้งที่เป็นการตัดสินใจที่มีความสำคัญอย่างสูงสุดเพราะเกี่ยวข้องกับชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน ทั้งประเทศการกระจายและระดมฉีดวัคซีนนั้น ที่ผ่านมามีประเทศไทยมีความสามารถในการฉีดวัคซีนได้เร็วพอสมควร แต่ประสบปัญหาวัคซีนไม่เพียงพอ ไม่ตรงกับความต้องการของประชาชน และความสับสนในการสื่อสารระหว่างหน่วยงานในเรื่องประมาณการจำนวนวัคซีนที่แต่ละหน่วยงานฉีดวัคซีนจะได้รับการจัดสรรจนทำให้ต้องเลื่อนการฉีดวัคซีนออกไปกระทบกับผู้สมควรได้รับวัคซีนลำดับแรก ๆ จำนวนการฉีดต่ำกว่าที่วางแผนไว้มากจนเกิดความเสี่ยงสูงที่จะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการฉีดวัคซีนได้ 100 ล้านโดสก่อนสิ้นปี 2564 และยังมีปัญหาการกระจายวัคซีนที่บิดเบือนไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ ซึ่งส่วนสำคัญน่าจะเป็นผลจากการตัดสินใจทางการเมืองที่คำนึงถึงเป้าหมายอื่นมากกว่ายุทธศาสตร์ที่วางไว้ ปัจจัยเหล่านี้น่าจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัย การลดความสูญเสียชีวิตของประชาชนและการฟื้นฟูเศรษฐกิจให้กลับมา (วิโรจน์ ณ ระนอง, 2564) โดยมีรายละเอียดคือ

1. การจัดหาวัคซีนจากต่างประเทศ

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่วัคซีนยังมีไม่เพียงพอกับความต้องการของโลกนั้น การจัดหาวัคซีนที่มีประสิทธิภาพในปริมาณที่มากพอจากต่างประเทศ จะเป็นวิธีที่มีประโยชน์สูงสุดทั้งด้านการแพทย์และด้านเศรษฐกิจของประเทศไทยในขณะนี้ ซึ่งการที่จะบรรลุเป้าหมายที่กล่าวมาแล้วได้ ประเทศไทยจะต้องอยู่ในฐานะที่สามารถแข่งขันกับประเทศผู้ซื้ออื่นๆ ทั่วโลกได้ ดังนั้น เป้าหมายที่สำคัญในการจัดหาวัคซีนของไทยในปัจจุบันก็คือ ต้องบริหารความเสี่ยงโดยคำนึงถึงทุกความเป็นไปได้ไม่ว่าจะเล็กน้อยเพียงใด ซึ่งประกอบด้วยหลักการและแนวปฏิบัติ โดยมุ่งจัดหาวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูง เช่นวัคซีนที่ใช้เทคโนโลยี mRNA หรือ protein subunit และวัคซีนที่มีประสิทธิภาพรองลงมาแต่ยังใช้ได้ผลดี เช่นวัคซีนที่ใช้เทคโนโลยี viral vector ซึ่งวัคซีนเหล่านี้มีประสิทธิภาพในการป้องกันการป่วยหนักและเสียชีวิต และยังสามารถป้องกันการติดเชื้อได้มากกว่าวัคซีนที่ใช้เทคโนโลยีที่เก่ากว่าด้วย นอกจากนี้ วัคซีนเหล่านี้สามารถสร้างภูมิคุ้มกันในระดับที่ค่อนข้างสูง ซึ่งงานวิจัยในระยะหลังบ่งชี้ว่าวัคซีนที่สร้างระดับภูมิคุ้มกันได้สูงมักมีประสิทธิภาพใน

การป้องกันไวรัสสายพันธุ์ใหม่ได้ดีกว่าวัคซีนที่สร้างระดับภูมิคุ้มกันที่ต่ำกว่าหรือมีระดับภูมิคุ้มกันตกลงเร็วกว่า การใช้วัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูงจึงน่าจะช่วยให้ประเทศไทยเกิดภูมิคุ้มกันหมู่ได้เร็วขึ้น ป้องกันการติดเชื้อและคงประสิทธิภาพในการป้องกันไวรัสสายพันธุ์ได้ดีกว่า และช่วยให้เศรษฐกิจกลับมาฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ทั้งนี้ แผนการจัดหาวัคซีนควรมีความยืดหยุ่นเพียงพอในการปรับสัดส่วนการจัดหาวัคซีนชนิดต่างๆ ตามผลการวิจัยด้านประสิทธิผลที่มีอยู่ปัจจุบันและที่จะออกมาในอนาคตเป็นระยะๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการจัดหาวัคซีนประสิทธิภาพสูงอย่างเพียงพอ เพราะถ้าหากสามารถรักษาชีวิตของประชาชนจำนวนมากและฟื้นฟูเศรษฐกิจได้อย่างรวดเร็ว ก็จะมีมูลค่าอย่างแน่นอน รัฐบาลจึงไม่ควรตั้งเป้าหมายในการจัดหาให้ได้วัคซีนเหล่านี้ในราคาถูก แต่ควรตั้งเป้าหมายจัดหาวัคซีนประสิทธิภาพสูงอย่างน้อย 150 ล้านโดสหรือมากกว่านั้นในปี 2565 เพื่อให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม รวมทั้งชาวต่างชาติที่พำนักอาศัยถาวรในประเทศไทยด้วย และถ้าหากจัดหาได้เกินความต้องการในประเทศ ก็สามารถขายต่อหรือบริจาคให้ประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดกับไทย หรือนำวัคซีนส่วนเกินมาฉีดให้กับแรงงานที่ข้ามพรมแดนไทยเป็นประจำเพื่อช่วยลดโอกาสการระบาดระลอกใหม่ในประเทศไทยเองด้วย ส่วนเป้าหมายในปี 2564 ก็ยังคงพยายามอย่างยิ่งที่สุดในการจัดหาให้ได้ใกล้เคียงกับเป้าหมายเดิม 100 ล้านโดส โดยมีสัดส่วนของวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อเพิ่มโอกาสสูงสุดที่จะให้ได้วัคซีนประสิทธิภาพสูงอย่างเพียงพอ และทันกับสถานการณ์ รัฐควรจัดตั้ง“คณะทำงานของประเทศเพื่อจัดหาวัคซีนโควิด-19” โดยให้นักธุรกิจที่มีประสบการณ์สูงเป็นหัวหน้าคณะ และให้มีอิสระในการเลือกคณะทำงานจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และวัคซีน หุต นักธุรกิจและนักเจรจาการค้าที่มีความสามารถจากทั้งภาครัฐและเอกชน โดยให้ทำงานเต็มเวลาหรือเกือบเต็มเวลา ไม่ให้มีการกีดกันหรือรบกวนในระหว่างทำหน้าที่นี้ การทำงานไม่ถูกจำกัดหรือถูกจำกัดน้อยที่สุดจากระเบียบราชการ ดังตัวอย่างของคณะทำงานในลักษณะเดียวกันในอังกฤษ เพื่อให้คณะทำงานฯ สามารถจัดหาวัคซีนได้โดยไม่ติดกฏระเบียบที่เป็นอุปสรรคควรให้การจัดหาวัคซีนสามารถดำเนินการได้โดยใช้อำนาจตามมาตรา 18(4) ของพระราชบัญญัติความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2561 อันเป็นแนวทางเดียวกับที่รัฐบาลใช้ในการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการจัดหาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ในกรณีมีเหตุฉุกเฉินหรือเหตุจำเป็น พ.ศ. 2563 ซึ่งมีผลคุ้มครองคณะทำงานไม่ให้มีความรับผิดในกรณีจัดหาวัคซีนที่อยู่ในระหว่างการทดลองแต่ในภายหลังไม่ผ่านการอนุมัติ เว้นแต่จะมีหลักฐานโดยประจักษ์ชัดว่าดำเนินการโดยทุจริต

เพื่อเพิ่มโอกาสในการได้รับวัคซีนประสิทธิภาพสูงเร็วขึ้นและในปริมาณมากขึ้น ในระยะแรกรัฐบาลอาจสนับสนุนให้เอกชนสามารถจัดหาวัคซีนทางเลือกได้คล้ายกับที่เป็นอยู่ใน

ปัจจุบัน แต่อาจยังยึดถือแนวคิดว่าการได้รับวัคซีนโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นสิทธิพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญที่รัฐควรจัดให้ประชาชนทุกคน ดังนั้นหากวัคซีนทางเลือกถูกนำมารวมกับวัคซีนหลักที่คณะทำงานฯ จัดหามาและกระจายให้ทุกคนตามยุทธศาสตร์การกระจายวัคซีน รัฐบาลก็ควรเป็นผู้จ่ายค่าวัคซีนที่เอกชนนำเข้ามาทั้งหมด (แต่ต้องใกล้เคียงกับต้นทุนรวมของวัคซีนหลักประเภทเดียวกันหรือที่เทียบเคียงได้ที่คณะทำงานฯ จัดหามาได้ เพื่อป้องกันการนำเข้าวัคซีนทางเลือกที่แพงอย่างไม่สมเหตุผล) รวมทั้งคำดำเนินการจัดหาให้เอกชนผู้นำเข้าด้วย แต่หากประชาชนบางกลุ่มต้องการได้รับวัคซีนก่อนและมีวัคซีนเพียงพอสำหรับฉีดให้กลุ่มเป้าหมายหลักตามยุทธศาสตร์การกระจายวัคซีนของประเทศแล้ว ก็อาจอนุญาตให้คนทั่วไปจองซื้อวัคซีนทางเลือกได้โดยรัฐบาลยังคงอุดหนุนต้นทุนบางส่วนแต่ต้องไม่เกินต้นทุนรวมต่อโดสของวัคซีนหลักประเภทเดียวกันหรือที่เทียบเคียงได้ที่คณะทำงานฯ จัดหามาได้ ในกรณีที่คณะทำงานฯ ประสบความสำเร็จในการจัดหาวัคซีนตามเป้าหมายทั้งในปี 2564-2565 และปีต่อ ๆ ไป อาจพิจารณายกเลิกการจัดหาวัคซีนทางเลือกในส่วนภาคเอกชนก็ได้ เพื่อป้องกันปัญหาความเหลื่อมล้ำในการได้รับวัคซีนของประชาชนกลุ่มต่างๆ การเจรจาซื้อวัคซีนทั้งในส่วนภาครัฐและภาคเอกชน ควรคำนึงถึงการได้มาซึ่งวัคซีนรุ่นใหม่ที่มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันการติดเชื้อที่กลายพันธุ์ของไวรัสโควิด-19 ได้ดีที่สุด โดยเลือกเจรจากับบริษัทที่มีแผนการพัฒนาวัคซีนรุ่นใหม่อยู่แล้วหรือมีแผนที่ชัดเจนว่าจะพัฒนาวัคซีนรุ่นใหม่และควรระบุในสัญญาให้ชัดเจนว่าประเทศไทยจะได้รับวัคซีนนั้นตามจำนวนที่เจรจากันทันทีที่บริษัทสามารถผลิตวัคซีนรุ่นใหม่ได้

2. การสนับสนุนการวิจัยพัฒนาและการผลิตวัคซีนภายในประเทศ

ในปัจจุบัน หน่วยงานต่างๆ ในประเทศไทยมีศักยภาพในการวิจัยและพัฒนา และแม้กระทั่งส่งออกวัคซีนสำหรับป้องกันโรคบางชนิด ในกรณีวัคซีนโควิด-19 เรามีการวิจัยและพัฒนาวัคซีนกว่า 20 ชนิด ซึ่งมีทั้งวัคซีนชนิด mRNA, protein-subunit, DNA และวัคซีนเชื้อตาย และที่สำคัญ ไทยยังประสบความสำเร็จในการรับจ้างผลิตวัคซีนชนิด viral-vector ให้แอสตราเซนเนกา ได้รับการสนับสนุนโครงการพัฒนาและผลิตวัคซีนในประเทศที่มีขีดความสามารถในการพัฒนาเทคโนโลยีและการผลิตที่ได้มาตรฐานสากลอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนเงินทุนในการพัฒนาและผลิตวัคซีนประสิทธิภาพสูงในลักษณะที่ยืดหยุ่นกว่าการใช้เงินงบประมาณปกติ รวมถึงส่งเสริมให้บริษัทผลิตวัคซีนระดับโลกมาลงทุนในประเทศไทยมากขึ้นด้วย เพื่อให้ประเทศไทยมีทางเลือกเพิ่มขึ้นในการได้มาซึ่งวัคซีนโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพสูง อีกทั้งมีความพร้อมในการรับมือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต อย่างไรก็ตาม ควรหลีกเลี่ยงการตั้งความหวังที่เกินจริงต่อการผลิตวัคซีนใน

ประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการตั้งความหวังดังกล่าวนำไปสู่การดำเนินการที่ส่งผลให้การจัดหาวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูงจากต่างประเทศในปริมาณน้อยหรือล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น

3. การกระจายวัคซีน

ในช่วงประมาณสองเดือนที่ผ่านมา การกระจายวัคซีนกลายเป็นปัญหาใหญ่ที่สร้างความโกลาหลในวงกว้างและกระทบคนจำนวนมากด้วยเหตุผลหลัก 3 ประการคือ (1) การได้รับวัคซีนที่จัดซื้อล่าช้ากว่าที่คาด และ (2) การแย่งชิงกันในการกระจายวัคซีนระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยขาดการประสานงานที่ดี และ (3) มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มเป้าหมายในการกระจายวัคซีนไปมาหลายครั้งตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น รัฐบาลควรพยายามกลับไปใช้แนวทางการมีช่องทางหลักช่องทางเดียวในการจองฉีดวัคซีนของประชาชน โดยใช้ระบบการจองผ่านแอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” แทนการจองผ่านหลายช่องทางในปัจจุบัน และควรเชื่อมโยงข้อมูลโรคประจำตัวของกลุ่มเสี่ยงจากโรงพยาบาลต่างๆ เข้ากับระบบดังกล่าวอย่างครบถ้วน เนื่องจากการมีช่องทางหลักช่องทางเดียวสำหรับประชาชนทุกกลุ่มจะช่วยให้ระบบสามารถจัดลำดับในการรับวัคซีนของประชาชนตามยุทธศาสตร์ในการกระจายวัคซีนที่ต้องปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ได้ ในขณะที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการแทรกแซงทางการเมืองหรือการปล่อยให้สถานพยาบาลใช้ดุลยพินิจในการปรับเปลี่ยนการฉีดวัคซีนเอง ระบบหมอพร้อมควรเพิ่มการแจ้งเตือนประชาชนให้มาฉีดเมื่อใกล้เวลา การแจ้งเตือนให้ผู้จองฉีดลำดับถัดไปเลื่อนคิวขึ้นมาได้หากมีผู้ถึงกำหนดฉีดแต่ไม่มาฉีดจำนวนมาก รวมทั้งการเลื่อนการฉีดออกไปเมื่อวัคซีนมีปริมาณไม่มากเท่ากับที่คาดการณ์ไว้ หรือมีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ในการกระจายวัคซีน

4. ประเด็นอื่น ๆ

การฉีดวัคซีนกระตุ้นหลังจากเข็มที่สอง รวมทั้งการสลับชนิดวัคซีน ควรเกิดขึ้นเมื่อมีงานวิจัยเบื้องต้นรองรับ โดยชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ รัฐบาลต้องเปิดเผยผลการวิจัยนั้นต่อประชาชนโดยละเอียดเพื่อสร้างความมั่นใจว่าการตัดสินใจดังกล่าวอยู่บนข้อมูลทางวิชาการ ปัญหาการแย่งวัคซีนน่าจะค่อยๆ ดีขึ้นในอนาคต เมื่อมีวัคซีนชนิดต่างๆ เข้ามาในปริมาณที่มากขึ้น ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงวัคซีนที่ต้องการได้ อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ที่กล่าวมาน่าจะเกิดขึ้นเร็วที่สุดภายในต้นหรือกลางปีหน้า ซึ่งเมื่อแก้ปัญหานี้แล้ว อีกปัญหาใหญ่ที่ควรต้องเตรียมรับมือต่อไปก็คือการที่ประชาชนบางส่วนอาจยังปฏิเสธการฉีดวัคซีน ซึ่งต้องหาแนวทางในการสื่อสารและรณรงค์กันไป

ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้ กำหนดยุทธศาสตร์ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ซึ่งได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพทุกสาขาที่มีบทบาทในด้าน ส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค รวมกลุ่มวิชาชีพและ สายสนับสนุน ซึ่งอยู่ในภาครัฐ ภาคเอกชนและ ชุมชน ให้เป็นหนึ่งในสี่ประเด็นยุทธศาสตร์หลัก ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย การ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และควบคุมผู้บริโภค เป็นเลิศ (PP&P Excellence) การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ที่จะบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบ สุขภาพยั่งยืน ” ส่ววิสัยทัศน์ “กระทรวง สาธารณสุข เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” ขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ สู่มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน การดำเนินการตามยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การพัฒนาบุคลากรเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพราะถือว่า “ทรัพยากรมนุษย์” เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ขององค์กรอย่างมีกลยุทธ์และมีทิศทางชัดเจนสอดคล้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาบุคลากรประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2563 – 2566 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาบุคลากรให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการด้านวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ เสริมสร้างศักยภาพข้าราชการให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานและก้าวทันบริบทการเปลี่ยนแปลงในยุค Digital ที่สอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) ด้านการพัฒนากำลังคนโดยยึดหลักสมรรถนะ (Competency) และพัฒนาขีดความสามารถ (Capability) สามารถปฏิบัติงานภายใต้การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีและระบบบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาตรฐานเท่าเทียมระดับสากลและปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขผูกพันองค์กร ด้านการพัฒนาวิชาการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฝ่ายกายพัฒนาการแพทย์ของประเทศไปสู่มาตรฐานสากล สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสร้างสุขภาวะที่ดีนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่มาใช้ในการสร้างความเป็นเลิศทางด้านบริการทางการแพทย์และสุขภาพแบบครบวงจรและทันสมัยรวมถึงการพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ในการให้คำปรึกษาวินิจฉัยและพยากรณ์การเกิดโรค โดยมีการศึกษาวิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีคุณภาพ ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้านหรือในระดับตติยภูมิที่ยู่งยากซับซ้อนอย่างได้

มาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจมีการติดตามกำกับมาตรฐานทางการแพทย์ จัดทำฐานข้อมูล เพื่อการพัฒนา สนับสนุน เสริมสร้างการมีส่วนร่วม (Co – Creation) ทางวิชาการและบริการทางการแพทย์ในทุกภาคส่วนพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (Seamless comprehensive Health Care) ยกระดับสถานบริการและกระจายผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขให้ทั่วถึง ครอบคลุมพื้นที่และช่วงวัย เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยมีเป้าหมายนำความเป็นเลิศเฉพาะทาง (The Best) ไปสู่ประชาชนในพื้นที่ (The Most) อีกทั้งเสริมสร้างให้บุคลากรและประชาชนมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ สามารถจัดการตนเองครอบครัวและชุมชนได้ ส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดี ครอบคลุมทั้งด้านกาย ใจ สติปัญญา และสังคม ประชาชนทุกช่วงวัยมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม คุณภาพอยู่ในสถานะที่เอื้อและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพตลอดช่วงชีวิตพร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ 21 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ในการฝึกอบรมและพัฒนาทรัพยากรบุคคลเชิงรุกนั้น หัวข้อการฝึกอบรมและพัฒนา บุคลากรจะต้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์/กลยุทธ์ขององค์กร ต้องกำหนดระบบการพัฒนาสมรรถนะ หรือขีดความสามารถ ให้สอดคล้องกับที่องค์กรต้องการ ทั้งความสามารถหลักขององค์กร (Core Competency) ความสามารถทางเทคนิคเฉพาะงาน (Functional Competency) และ ความสามารถด้านการบริหารจัดการ (Management Competency) บุคลากรที่เข้ามาทำงานกับ องค์กรจะต้องมีการวางแผนเส้นทางพัฒนาเส้นทางสายอาชีพ (Career Path Development) อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้รูปแบบของการเรียนรู้ในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลเชิงรุกจะเปลี่ยนแปลง ไปจากแนวทางเดิม ๆ จากการวิจัยโดย Association of Talent Development (ATD) ซึ่งเป็น องค์กรด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในระดับสากล ได้วิเคราะห์ถึงแนวโน้มการพัฒนาทรัพยากร มนุษย์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2014 - 2019 พบว่า รูปแบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคลจะเปลี่ยนไปจากเดิม จะ เป็นการเรียนรู้ที่เน้นการผสมผสานทั้งการเรียนรู้ในห้องเรียนและการเรียนรู้จากประสบการณ์ใน สัดส่วน 70 : 20 : 10 ซึ่งเป็นสัดส่วนของเวลา ทรัพยากรและงบประมาณที่ถูกใช้ไปใน กระบวนการพัฒนาที่ผสมผสานกัน นั่นคือ การเรียนรู้ 70% จะเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองจากการ ทำงาน (On-the-job Training) 20% ถัดมา เป็นการเรียนรู้จากการเรียนรู้จากผู้อื่น ซึ่งอาจเป็นการ เรียนรู้ผ่านระบบพี่เลี้ยง (Mentor) การให้คำแนะนำ (Coaching) และ 10% สุดท้ายเป็นการเรียนรู้ ด้วยการเข้าฝึกอบรม การฟัง อภิปราย หรือการบรรยาย การเรียนผ่านสื่อออนไลน์ต่างๆ ความก้าวหน้าเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้การเรียนรู้ของบุคลากรในองค์กรมีการเปลี่ยนแปลงจาก เดิม วิธีการเรียนรู้เป็นแบบ E-learning หรือ On-line Training ผ่านเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Learning) เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมทางสังคมที่สนับสนุนให้เกิดการ

เรียนรู้เช่น ใช้วิธีการสอนงาน ระบบพี่เลี้ยง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นต้น การออกแบบระบบ การพัฒนาบุคลากรจึงต้องออกแบบรูปแบบของการเรียนรู้และเลือกใช้เทคนิควิธีการที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากองค์กรสุขภาพมีความจำเพาะซับซ้อนมากกว่าองค์กรทั่ว ๆ ไป ประกอบด้วยบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางที่หลากหลายมารวมกัน การบริหารทรัพยากร มนุษย์นอกจากกระบวนการสรรหา ฝึกอบรม และธ ารงรักษา แล้วยังต้องคำนึงถึงด้านต่างๆ อาทิ การเปลี่ยนแปลงทางโลกาภิวัตน์ การเตรียมความพร้อมต่อการเข้าสู่สังคมสูงอายุการมุ่งเน้นการ ป้องกันมากกว่ารักษาโรค การใช้นวัตกรรมสารสนเทศ การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์เพื่อ เพิ่มความได้เปรียบทางการแข่งขัน กระบวนการทางความคิดของผู้มารับบริการที่มุ่งเน้นการรักษาที่ มีคุณภาพอิงหลักฐานเชิงประจักษ์การต้องการความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวมากขึ้น (กิติกร วิชัยเรืองธรรม และคณะ, 2564)

กลยุทธ์การสร้างและพัฒนาไกลในการกำหนด นโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านส ขภาพแห่งชาติที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ ปรับเปลี่ยนระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้ได้กำลังคนที่เพียงพอ สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพ ของประชาชนมีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การสร้าง ความเสมอภาคในระบบสุขภาพ ปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้มี การกระจาย บุคลากรอย่างเป็นธรรม สามารถคงอยู่ในระบบ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และมี สุขภาพ สร้างและการจัดการความรู้เพื่อไปสู่การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ มี ประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพของประเทศ ส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญา ไทยและผู้ดูแลสุขภาพในชุมชนให้มีบทบาทใน การดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ และส่งเสริมสุขภาพของชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การโอนย้ายจากบุคลากรสาธารณสุขไปสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยที่ประชุม คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีมติเห็นชอบใน การถ่ายโอน การกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไปสังกัดองค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น ตามหลักการกระจายอำนาจ แต่ผู้บริหาร อปท.บางแห่ง เห็นว่า แม้พร้อมที่จะให้การ สนับสนุน การกระจายอำนาจ แต่ก็กังวลถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณ โดยเฉพาะ อปท.ขนาดกลาง และ ขนาดเล็ก มีการเตรียมข้อมูลเพื่อปรับกรอบอัตราค่าจ้าง และออกค่าส่งย้าย และหรือมอบหมาย ให้ปฏิบัติงาน กรณีเลือกปฏิบัติราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยคณะอนุกรรมการ บริหารการกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในคณะกรรมการการ กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในคราวประชุมครั้งที่ 3/2564 เมื่อวันที่ 30 พ.ย.

2564 มีมติเห็นชอบให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 49 แห่ง รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามายณ์เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี(สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ในเขตจังหวัดตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ลงวันที่ 5 ต.ค.2564 พร้อมทั้งจัดทำบัญชีรายชื่อข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างทุกประเภทที่สมัครใจถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด และแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้การดำเนินการถ่ายโอนเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และเกิดการกระจายอัตรากำลังไปยังหน่วยบริการอื่นในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ยังมีความขาดแคลน รวมทั้งให้สอดคล้องกับการปรับบทบาทภารกิจที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต ตามแผนปฏิรูปกำลังคน และภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (hfocus,2564)

การนำยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศเพื่อให้เกิดบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีศักยภาพในการทำงานในการสร้างขีดความสามารถในการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อขับเคลื่อนกำลังคนด้านสุขภาพ (Human resources for health) เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งยังเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีในหมู่ประชาชน สอดคล้องกับบริบทและนโยบายจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ ทั้งในระดับสูงและผู้ปฏิบัติ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต กระทรวงสาธารณสุขมีภารกิจหลักคือ การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีหน่วยงานบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพที่ให้บริการแก่ประชาชนทุกระดับตั้งแต่ตำบลถึงจังหวัด และประเทศ (ณรงค์ ใจเที่ยง และกฤตเมธ บุญนุ่น,2564)

สรุป

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งยังเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ขึ้นในหมู่ประชาชน ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นทรัพยากรด้านสุขภาพที่จึงมีความสำคัญที่จะปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพทางด้านสาธารณสุข ซึ่งภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 บุคลากรสาธารณสุขต้องใช้ศักยภาพสมรรถนะ ความรู้ความสามารถในการบริหารเป็นบุคลากรด้านหน้า ควบคุมการระบาด และเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพยั่งยืนเป็นไปตามเป้าหมายพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals มีความเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพก็เป็นอีกการพัฒนาที่สมดุลกัน จากสถานการณ์ที่มีการโอนย้าย

จากบุคลากรสาธารณสุขไปสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น นักสาธารณสุขก็มีการนำยุทธศาสตร์มาใช้ในการปรับตัวให้เป็นระบบโดยนำยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรมาปรับใช้ในการพัฒนา บุคลากรสาธารณสุขจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพราะเป็นบุคลากรด่านหน้าที่มีความเสียสละ และให้การดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550-2559. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์บริการทางการแพทย์ประจำปีงบประมาณ 2563 – 2566. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- กรมควบคุมโรค.(2564). แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. บริษัท ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด.
- กิติกร วิชัยเรืองธรรม, พิสมัย จารุจิตติพันธ์ และเกียรติชัย วีระญาณนันท. (2564). การบริหารทรัพยากรมนุษย์ขององค์กรสุขภาพในยุคศตวรรษที่21. หัวหินเวชสาร. 6(2): 1-18.
- งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ.(2564). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. องค์การอนามัยโลก กรมควบคุมโรค, กองโรคติดต่อทั่วไป, กองระบาดวิทยา.
- ณรงค์ ใจเที่ยง และกฤตเมธ บุญนุ่น.(2564).การพัฒนายุทธศาสตร์ของบุคลากร สาธารณสุขในจังหวัดพะเยา.วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข.7(2):347-258.
- วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ.(2564).ข้อเสนอแนะการจัดการและการกระจายวัคซีนโควิด-19. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. TDRI. (ทีดีอาร์ไอ).
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- BBC new. (2564). โควิด: หลายบริษัทเริ่มกระบวนการผลิตวัคซีนต้านเชื้อกลายพันธุ์ โอไมครอนแล้ว. <https://www.bbc.com/thai/international-59444315>
- Hfocus.(2564). สธ.เตรียมปรับเกลียวอัตราค่าจ้างใหม่ ล่าสุดส่งหนังสือถึงผู้ว่าฯ ขอรายชื่อคนไม่จ่ายโอนไปท้องถิ่นแล้ว. <https://www.hfocus.org/content/2021/12/23923>

World Health Organization. (2021 Classification of Omicron (B.1.1.529): SARS-CoV-2 Variant of Concern 26 November 2021. <https://www.who.int/thailand/news/detail/29-11-2021-Update-on-Omicron>.

United Nations Convention on International Settlement Agreements Resulting from Mediation

Asst. Prof. Dr. Chittasuphang Tontipiromya*

(Received: 7 March 2022 ; Revised: 16 March 2022; Accepted: 18 March 2022)

Abstract

The United Nations Convention on International Settlement Agreements Resulting from Mediation aims to promote international trade and alternative dispute resolution (ADR). Therefore, business people and investors conducting international business will be confident that disputes can be resolved by alternative dispute resolution. This is more flexible than litigation, especially where laws and languages are different in each relevant country. Thus, alternative dispute resolution becomes popular when there is an international trade dispute. The United Nations Convention on International Settlement Agreements Resulting from Mediation unified the enforcement of settlement agreements resulting from mediation. The essential part is to determine the requirement for enforcement and the limited grounds for refusing to grant relief. Thailand, as a Member States of all other international commercial ADR instruments, has not signed the United Nations Convention on International Settlement Agreements Resulting from Mediation, which is similar to the Convention on the Recognition and Enforcement of Foreign Arbitral Awards. The reason is, perhaps, that Thailand has had unsatisfied experiences regarding the enforcement of the ADR outcomes in the cases where a state or its governmental agency was a party. To avoid that concern, Thailand may make a reservation not to apply the Convention to settlement agreements that Thailand or its governmental agency is a party. Notwithstanding, joining the United Nations Convention on International Settlement Agreements Resulting from Mediation will help to build the confidence of business people and investors to conduct their businesses in Thailand, and that will benefit the overall economy of Thailand.

Keywords: Singapore Convention, mediation, alternative dispute resolution

* School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University, Tel. 0974655145,
e-mail: chittasuphang.t@gmail.com

อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยข้อตกลงเพื่อระงับ

ข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตตศุภางค์ ตันติภิรมย์*

(วันรับบทความ 7 มีค.2565; วันแก้ไขบทความ 16 มีค.2565; วันตอบรับบทความ 18 มีค. 2565)

บทคัดย่อ

อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ย มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดำรงระหว่างประเทศและการระงับข้อพิพาททางเลือก เพื่อให้ นักธุรกิจและนักลงทุนที่ทำธุรกิจระหว่างประเทศมีความเชื่อมั่นว่าหากเกิดข้อพิพาทขึ้นแล้ว ข้อพิพาท นั้นจะสามารถยุติได้อย่างแท้จริงโดยการระงับข้อพิพาททางเลือก ซึ่งเป็นวิธีการระงับข้อพิพาทที่มีความ ยืดหยุ่นสูงกว่าการระงับข้อพิพาทโดยการฟ้องร้องซึ่งมีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง กฎหมายและภาษามีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ทำให้การระงับข้อพิพาททางเลือกได้รับความ นิยมสำหรับคู่กรณีที่มีข้อพิพาทเกี่ยวกับการดำรงระหว่างประเทศ ในการนี้ อนุสัญญาสหประชาชาติว่า ด้วยข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ยได้กำหนดมาตรฐานในการบังคับ ข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ยขึ้น โดยมีหลักสำคัญ คือ กำหนดเกี่ยวกับ เอกสารที่คู่กรณีที่ร้องขอให้มีการบังคับข้อตกลงฯ จะต้องยื่นเพื่อดำเนินการขอบังคับและเหตุในการ ปฏิเสธการบังคับตามข้อตกลงฯ ที่มีอยู่อย่างจำกัด ในส่วนของประเทศไทยที่เข้าร่วมเป็นภาคีในพิธีสาร และอนุสัญญาเกี่ยวกับการระงับข้อพิพาททางเลือกสำหรับข้อพิพาททางพาณิชย์มาโดยตลอดกลับไม่มี ทำที่จะเข้าร่วมเป็นภาคีของอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศ ด้วยการไกล่เกลี่ย ทั้งที่อนุสัญญา ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์และสาระสำคัญคล้ายคลึงกับอนุสัญญาว่าด้วย การยอมรับและบังคับตามคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการต่างประเทศที่ประเทศไทยเป็นภาคีอยู่ ทั้งนี้ อาจเป็นเหตุมาจากความกังวลในการบังคับผลที่เกิดจากการระงับข้อพิพาททางเลือกในกรณีที่รัฐหรือ หน่วยงานของรัฐเป็นคู่กรณี แต่ในกรณีดังกล่าวประเทศไทยสามารถสงวนสิทธิไม่ใช้บังคับอนุสัญญา สหประชาชาติว่าด้วยข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ยในกรณีที่ประเทศ ภาคีหรือหน่วยงานรัฐของประเทศภาคีเป็นคู่กรณีได้ และการเข้าร่วมเป็นภาคีในอนุสัญญาฯ น่าจะส่งผล ดีต่อเศรษฐกิจภาพรวมของประเทศ เพราะจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับนักธุรกิจและนักลงทุนต่างชาติ มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: อนุสัญญาสิงคโปร์, ไกล่เกลี่ย, การระงับข้อพิพาททางเลือก

* สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ติดต่อกับ โทร. 0974655145

e-mail: chittasuphang.t@gmail.com

บทนำ

การระงับข้อพิพาททางเลือก (Alternative Dispute Resolution: ADR) นั้น มีหลากหลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นการเจรจา (Negotiation) การไกล่เกลี่ย (Mediation) การประนีประนอมข้อพิพาท (Conciliation) และการอนุญาโตตุลาการ (Arbitration) แต่ไม่จำเป็นว่าการระงับข้อพิพาททางเลือกประเภทใดก็ได้ได้รับความนิยมสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในกรณีของการระงับข้อพิพาททางพาณิชย์ระหว่างประเทศ (Sidiropoulou, Katerina, 2003) เนื่องจากคู่กรณีไม่จำเป็นต้องกังวลเกี่ยวกับระบบกฎหมาย กฎหมาย และภาษาที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ (Hoellering, Michael F., 1986, pp. 794) เพราะคู่กรณีสามารถกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ ในการระงับข้อพิพาทระหว่างกันได้อย่างเป็นอิสระ อย่างไรก็ตาม การระงับข้อพิพาททางเลือกก็มีจุดอ่อนอยู่คือการบังคับผลที่เกิดจากการระงับข้อพิพาททางเลือกนั้นๆ เพราะหากมีคู่กรณีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ปฏิบัติตามผลที่เกิดจากการระงับข้อพิพาททางเลือกระหว่างกัน ไม่จำเป็นคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการสำหรับการอนุญาโตตุลาการหรือข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทสำหรับการไกล่เกลี่ย คู่กรณีอีกฝ่ายหนึ่งต้องไปร้องต่อศาลในประเทศที่ตนอาจไม่คุ้นเคยกับกฎหมายและภาษาเพื่อขอบังคับตามคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการหรือข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทในท้ายที่สุด

ด้วยเหตุนี้ ประชาคมโลกจึงได้ให้ความสำคัญกับการสร้างมาตรฐานสากลสำหรับการบังคับผลที่เกิดจากการระงับข้อพิพาททางเลือก เพื่อให้การระงับข้อพิพาททางเลือกสามารถระงับข้อพิพาทระหว่างคู่กรณีได้อย่างแท้จริง โดยที่คู่กรณีไม่ต้องกังวลว่าจะต้องเผชิญกับข้อขัดข้องที่ได้พยายามหลีกเลี่ยงมาตั้งแต่ต้นโดยการเลือกใช้การระงับข้อพิพาททางเลือกแทนที่จะเป็นการระงับข้อพิพาทโดยการฟ้องร้องต่อศาลของประเทศใดประเทศหนึ่ง การสร้างมาตรฐานสากลที่กล่าวข้างต้นนั้นเป็นไปในลักษณะของการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการบังคับผลที่เกิดจากการระงับข้อพิพาททางเลือก ได้แก่ การกำหนดหลักฐานในการขอบังคับคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการหรือข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทโดยการไกล่เกลี่ย การกำหนดเหตุในการปฏิเสธที่จะบังคับตามคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการหรือข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทโดยการไกล่เกลี่ย ซึ่งส่งผลให้นักธุรกิจและนักลงทุนระหว่างประเทศเกิดความเชื่อมั่นว่าหากตกลงทำธุรกิจหรือลงทุนไปแล้วมีข้อพิพาทเกิดขึ้น การระงับข้อพิพาททางพาณิชย์ระหว่างประเทศซึ่งคู่กรณีมักจะตกลงกันใช้การระงับข้อพิพาททางเลือกนั้นจะเป็นไปอย่างรวดเร็ว สะดวก ยุติธรรม และสามารถระงับข้อพิพาทได้อย่างแท้จริง

ในส่วนของการไกล่เกลี่ย (Mediation) นั้น แม้จะเป็นการระงับข้อพิพาททางเลือกที่คนกลางที่เป็นอิสระหรือที่เรียกว่า “ผู้ไกล่เกลี่ย” มีหน้าที่ช่วยเหลือและแนะนำคู่กรณีในการเจรจา เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาและหาทางออกที่พึงพอใจร่วมกัน (โชติช่วง ทัพวงศ์, 2560, หน้า 9) โดยไม่มีอำนาจในการชี้ขาดข้อพิพาท ก็ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศ เนื่องด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ประหยัดค่าใช้จ่าย (American Bar Association, 2021) ประหยัดเวลา เป็นความลับ และมีลักษณะที่ไม่เป็นการเผชิญหน้าอย่างฝ่ายตรงข้ามกัน ซึ่งแตกต่างกับการดำเนินคดีโดยการฟ้องร้อง (Litigation) หรือการอนุญาโตตุลาการ (Arbitration) (Leiden Law School, Leiden University, 2019) ยิ่งไปกว่านั้น การไกล่เกลี่ยมีลักษณะเป็นวิธีการระงับข้อพิพาทฉันมิตรและมุ่งรักษาความสัมพันธ์ระหว่างคู่กรณี ซึ่งนอกจากกระบวนการไกล่เกลี่ยจะเป็นไปเพื่อระงับข้อพิพาทแล้ว บ่อยครั้งการพูดคุยในกระบวนการไกล่เกลี่ยก็นำไปสู่ความร่วมมืออื่นๆ ของคู่กรณีในอนาคตด้วยเช่นกัน (Limparangsri, Sorawit, 2010) และเมื่อกระบวนการไกล่เกลี่ยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คู่กรณีจะทำข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทตามที่ได้ตกลงกันในการไกล่เกลี่ย ซึ่งโดยปกติแล้วคู่กรณีก็มักจะปฏิบัติตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทที่เกิดจากการไกล่เกลี่ยดังกล่าวโดยสมัครใจ อย่างไรก็ตาม บางครั้งคู่กรณีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งกลับไม่ยอมปฏิบัติตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทที่เกิดจากการไกล่เกลี่ย กรณีเช่นนี้อาจเพียงก่อให้เกิดความยุ่งยากหากเป็นการไกล่เกลี่ยภายในประเทศและข้อพิพาทนั้นไม่มีลักษณะระหว่างประเทศ เพราะคู่กรณีสามารถไปร้องขอต่อศาลให้บังคับตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทที่เกิดจากการไกล่เกลี่ยในลักษณะเดียวกันกับการร้องขอต่อศาลให้บังคับตามสัญญาโดยทั่วไปได้ แต่หากเป็นกรณีที่คู่กรณีเป็นบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลที่สถานประกอบธุรกิจอยู่คนละประเทศกัน หรือเป็นกรณีที่เกี่ยวกับการค้าระหว่างประเทศแล้ว การบังคับตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทที่เกิดจากการไกล่เกลี่ยย่อมเป็นเรื่องที่ยุ่งยากมากอย่างแน่นอน เนื่องด้วยข้อจำกัดในหลายๆ ด้าน เช่น กฎหมายภายในของแต่ละประเทศที่มีความแตกต่างกัน ภาษาที่แตกต่างกัน เป็นต้น ดังนั้น กระบวนการที่มีลักษณะเป็นสากลที่จะทำให้เกิดการบังคับตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทที่เกิดจากการไกล่เกลี่ยระหว่างประเทศได้โดยสะดวกย่อมจะสร้างความเชื่อมั่นให้กับนักธุรกิจและนักลงทุนมากยิ่งขึ้น และย่อมส่งผลถึงความคล่องตัวทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศอีกด้วย

ด้วยเหตุนี้ อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ย หรือเป็นที่รู้จักในอีกชื่อหนึ่งว่าอนุสัญญาสิงคโปร์ว่าด้วยการไกล่เกลี่ย หรืออนุสัญญาสิงคโปร์ (United Nations Convention on International Settlement

Agreements Resulting from Mediation; Singapore Convention on Mediation; Singapore Convention) จึงได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อสร้างมาตรฐานกลางในการบังคับตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทที่เกิดจากการใกล้เคียงระหว่างประเทศ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมการระงับข้อพิพาททางพาณิชย์ระหว่างประเทศโดยการใกล้เคียงมากยิ่งขึ้น

ความเป็นมาของอนุสัญญาสิงคโปร์ว่าด้วยการใกล้เคียง

การระงับข้อพิพาททางเลือกเกิดจากข้อตกลงโดยสมัครใจร่วมกันระหว่างคู่กรณีที่จะระงับข้อพิพาทระหว่างกันด้วยวิธีการระงับข้อพิพาททางเลือก กล่าวคือ การระงับข้อพิพาททางเลือกเกิดจากการตกลงกันของคู่กรณี ไม่ได้เกิดจากการใช้อำนาจในทางตุลาการของรัฐ ดังนั้นการบังคับผลที่เกิดจากการระงับข้อพิพาททางเลือกจึงไม่ได้เป็นไปในลักษณะเดียวกันกับคำพิพากษาของศาล ยิ่งไปกว่านั้น ในกรณีที่เป็นการระงับข้อพิพาททางพาณิชย์ระหว่างประเทศ หากคู่กรณีไม่สามารถบังคับตามข้อตกลงที่เกิดจากการระงับข้อพิพาททางเลือกอาจก่อให้เกิดผลกระทบร้ายแรงได้ เช่น การค้าระหว่างประเทศมีมูลค่าในการค้าขายสูง และบ่อยครั้งเป็นลักษณะของการซื้อขายไปหรือเป็นการซื้อสินค้ามาเพื่อนำไปใช้ในโครงการต่างๆ ที่ต่างมีเงื่อนไขและเงื่อนไขให้ต้องปฏิบัติตามและหากไม่สามารถปฏิบัติตามได้จะต้องถูกปรับเป็นเงินจำนวนมาก และในกรณีที่มีการผิดนัดและเกิดดอกเบี้ย หากปล่อยเงินเข้าไปดอกเบี้ยก็ย่อมต้องเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย หรือในมิติเรื่องเวลา นักธุรกิจหรือนักลงทุนมักเลือกใช้วิธีการระงับข้อพิพาททางเลือกส่วนหนึ่งก็เพราะกระบวนการมีลักษณะที่ไม่เป็นทางการ รวดเร็ว ซึ่งเวลาเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการทำธุรกิจ หากข้อพิพาททางพาณิชย์สามารถระงับได้อย่างรวดเร็วด้วยวิธีการระงับข้อพิพาททางเลือก แต่การบังคับตามข้อตกลงที่เกิดจากการระงับข้อพิพาททางเลือกนั้นไม่สามารถกระทำได้หรือยุ่งยากและใช้เวลามากย่อมทำให้การระงับข้อพิพาททางเลือกนั้นๆ ไม่มีประสิทธิภาพในการจะระงับข้อพิพาทให้บรรลุผลสำเร็จ

ก่อนที่จะมีอนุสัญญาสิงคโปร์เกิดขึ้น ได้มีความพยายามในระดับระหว่างประเทศที่จะส่งเสริมและสนับสนุนการระงับข้อพิพาททางเลือกให้มีประสิทธิภาพและสามารถระงับข้อพิพาทได้จริง โดยความพยายามแรกในระดับระหว่างประเทศที่จะส่งเสริมและสนับสนุนการระงับข้อพิพาททางเลือก คือ พิธีสารว่าด้วยข้อตกลงการมอบให้อนุญาตตุลาการชี้ขาด ค.ศ. 1923 หรือ พิธีสารเจนีวา (Protocol on Arbitration Clauses 1923: Geneva Protocol) ซึ่งเป็นการตกลงที่จะยอมรับและปฏิบัติตามข้อตกลงที่มอบให้อนุญาตตุลาการชี้ขาดข้อพิพาทเท่านั้น ต่อมา

อนุสัญญาว่าด้วยการปฏิบัติตามคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการต่างประเทศ ค.ศ. 1927 หรืออนุสัญญาเจนีวา (Convention on the Execution of Foreign Arbitral Awards 1927: Geneva Convention) กำหนดให้ประเทศภาคีต้องยอมรับและบังคับคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการที่สร้างขึ้นในประเทศภาคีอื่น เมื่อเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ จนกระทั่งใน ค.ศ. 1958 อนุสัญญาว่าด้วยการยอมรับและบังคับตามคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการต่างประเทศ ค.ศ. 1958 หรืออนุสัญญานิวยอร์ก (Convention on the Recognition and Enforcement of Foreign Arbitral Awards 1958: New York Convention) กำหนดให้ประเทศภาคีต้องยอมรับและบังคับคำชี้ขาดอนุญาโตตุลาการต่างประเทศตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในอนุสัญญานิวยอร์ก ทั้งนี้ ประเทศภาคีอาจปฏิเสธที่จะยอมรับและบังคับคำชี้ขาดอนุญาโตตุลาการต่างประเทศได้เมื่อเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในอนุสัญญานิวยอร์กเท่านั้น (Article V) ทำให้กระบวนการระงับข้อพิพาทโดยอนุญาโตตุลาการมีประสิทธิภาพและสามารถระงับข้อพิพาทได้อย่างแท้จริงยิ่งขึ้น และต้องถือว่าอนุสัญญานิวยอร์กประสบความสำเร็จมากเพราะมีประเทศภาคีจำนวนมากทั่วโลก เพราะในปัจจุบันอนุสัญญานิวยอร์กมีประเทศภาคีทั้งหมด 169 ประเทศ (United Nations, Convention on the Recognition and Enforcement of Foreign Arbitral Awards, 2022) จากประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติทั้งหมด 193 ประเทศ (United Nations, Member States, 2022) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีการยอมรับบังคับตามคำชี้ขาดอนุญาโตตุลาการที่สร้างขึ้นในประเทศอื่นที่ไม่ใช่ประเทศที่มีการร้องขอให้บังคับคำชี้ขาดอย่างกว้างขวาง ดังนั้น คู่กรณีที่เกิดลงกันระงับข้อพิพาทโดยอนุญาโตตุลาการ โดยเฉพาะกรณีของการระงับข้อพิพาททางพาณิชย์ระหว่างประเทศ จึงมีความเชื่อมั่นว่าข้อพิพาทจะสามารถถูกระงับได้จริงและจะมีการบังคับตามคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการ

คณะกรรมการการสหประชาชาติว่าด้วยกฎหมายการค้าระหว่างประเทศ (United Nations Commission on International Trade Law: UNCITRAL) เป็นหน่วยงานขององค์การสหประชาชาติที่ดำเนินงานในส่วนของกฎหมายการค้าระหว่างประเทศ โดยมีคณะทำงานต่างๆ รับผิดชอบในการจัดเตรียมข้อมูลและเอกสารต่างๆ ตามหัวข้อในแผนงานของ UNCITRAL โดยคณะทำงานที่ 2 ว่าด้วยการระงับข้อพิพาท (Working Group II – Dispute Settlement) รับผิดชอบหัวข้อเกี่ยวกับการระงับข้อพิพาท

ในการประชุมครั้งที่ 47 ของ UNCITRAL คณะทำงานที่ 2 ว่าด้วยการระงับข้อพิพาท (Working Group II – Dispute Settlement) ซึ่งเดิมในขณะนั้น คือ คณะทำงานที่ 2 (การอนุญาโตตุลาการและการประนอมข้อพิพาท) (Working Group II (Arbitration and

Conciliation)) โดยสหรัฐอเมริกาเป็นผู้นำเสนอข้อเสนอโครงการในอนาคตของคณะทำงานที่ 2 ในเรื่องการบังคับข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทจากการประณอมข้อพิพาททางพาณิชย์ระหว่างประเทศ ทั้งนี้ กฎหมายแม่แบบว่าด้วยการไกล่เกลี่ยพาณิชย์ระหว่างประเทศและข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ย (UNCITRAL Model Law on International Commercial Mediation and International Settlement Agreements Resulting from Mediation, 2018 (amending the UNCITRAL Model Law on International Commercial Conciliation, 2002)) มาตรา 1(3) ได้ให้นิยามความหมายของคำว่า “mediation” หรือ “การไกล่เกลี่ย” ไว้ และมีนัยยะสื่อถึงคำว่า “conciliation” หรือ “การประณอมข้อพิพาท” ว่าเป็นถ้อยคำที่ใช้แทนกันได้ (ต่อจากนี้ ผู้เขียนจะใช้คำว่า “การไกล่เกลี่ย” เพียงคำเดียว) โดยข้อเสนอของคณะทำงานที่ 2 นั้นกล่าวถึงหลักการและเหตุผลว่าการไกล่เกลี่ยเป็นวิธีการระงับข้อพิพาทที่ถูกใช้อย่างกว้างขวางทั่วทุกมุมโลก ทั้งยังกลายเป็นวิธีการระงับข้อพิพาทที่ศาลและหน่วยงานของรัฐจำนวนหนึ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้ถูกนำมาใช้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่าการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทเป็นวิธีการระงับข้อพิพาทที่มีอัตราผลสำเร็จในการไกล่เกลี่ยสูง อย่างไรก็ตาม ยังคงมีอุปสรรคสำคัญของการระงับข้อพิพาทโดยการไกล่เกลี่ยซึ่งก็คือการบังคับตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทจากการไกล่เกลี่ยเป็นไปได้ยากมากเมื่อเปรียบเทียบกับคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการ คณะทำงานที่ 2 จึงมุ่งหมายที่จะพัฒนาอนุสัญญาระหว่างประเทศให้กระชับและเรียบง่าย เช่นเดียวกันกับอนุสัญญานิวยอร์กที่ประสบความสำเร็จไปก่อนหน้านี้แล้ว (United Nations, 2014, pp. 2-3) ซึ่งในที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางในหลากหลายประเด็น และในท้ายที่สุดที่ประชุมได้มอบหมายให้คณะทำงานที่ 2 ไปศึกษาความเป็นไปได้ (United Nations, 2014, p. 23-24)

ต่อมา คณะทำงานที่ 2 ก็ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการทั้งในส่วนของการร่างอนุสัญญาว่าด้วยข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ยและร่างแก้ไขกฎหมายแม่แบบว่าด้วยการไกล่เกลี่ยพาณิชย์ระหว่างประเทศและข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ย จนกระทั่งในการประชุมครั้งที่ 51 ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนว่าด้วยกฎหมายการค้าระหว่างประเทศ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนฯ อนุมัติร่างอนุสัญญาว่าด้วยข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ยและกฎหมายแม่แบบว่าด้วยการไกล่เกลี่ยพาณิชย์ระหว่างประเทศและข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ย รวมถึงมีมติให้ใช้คำว่า “mediation” แทนคำว่า “conciliation” ด้วย (United Nations, 2018, p. 4)

หลังจากนั้น อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ย หรือเป็นที่รู้จักในอีกชื่อหนึ่งว่าอนุสัญญาสิงคโปร์ว่าด้วยการไกล่เกลี่ย (United Nations Convention on International Settlement Agreements Resulting from Mediation or Singapore Convention on Mediation) ได้รับการรับรองด้วยมติเอกฉันท์จากสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly) เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม ค.ศ. 2018 (United Nations, 2018) เปิดให้ลงนามครั้งแรก เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม ค.ศ. 2019 ที่ประเทศสิงคโปร์ และอนุสัญญาสิงคโปร์ว่าด้วยการไกล่เกลี่ยมีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 12 กันยายน ค.ศ. 2020

ในปัจจุบัน (มีนาคม 2565) อนุสัญญาสิงคโปร์ว่าด้วยการไกล่เกลี่ยมีประเทศที่เข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกทั้งหมด 9 ประเทศ ได้แก่ สาธารณรัฐสิงคโปร์ สาธารณรัฐฟีจี รัฐกาตาร์ ราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบีย สาธารณรัฐเบลารุส สาธารณรัฐเอกวาดอร์ สาธารณรัฐฮอนดูรัส สาธารณรัฐตุรกี และประเทศจอร์เจีย และมีอีก 46 ประเทศลงนาม ซึ่งรวมถึง สหรัฐอเมริกา สาธารณรัฐประชาชนจีน และสาธารณรัฐอินเดียด้วย (United Nations Commission on International Trade Law, 2022)

โครงสร้างของอนุสัญญาสิงคโปร์ว่าด้วยการไกล่เกลี่ย

อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ยมีทั้งหมด 16 มาตรา โดยจะกล่าวถึงในรายละเอียดเฉพาะมาตราสำคัญๆ ดังนี้

มาตรา 1 ขอบเขตการบังคับใช้ (Article 1 Scope of application) โดยอนุสัญญาสิงคโปร์ใช้บังคับกับข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาททางพาณิชย์ที่ทำเป็นลายลักษณ์อักษรและมีลักษณะ “ระหว่างประเทศ” กล่าวคือ

1) คู่กรณีในข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทมีสถานประกอบธุรกิจตั้งอยู่คนละประเทศ หรือ

2) คู่กรณีในข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทมีสถานประกอบธุรกิจตั้งอยู่คนละที่กับ

(1) ประเทศที่หนึ่งอันเป็นสาระสำคัญตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทจะต้องได้รับการชำระ หรือ

(2) ประเทศที่ประเด็นในข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดที่สุด

นอกจากนี้ อนุสัญญาสิงคโปร์จะไม่ใช้บังคับกับข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทที่สร้างขึ้นเพื่อระงับข้อพิพาทที่ไม่ใช่ข้อพิพาททางพาณิชย์ ไม่ว่าจะเป็นข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทอันเกิดจากธุรกรรมที่คู่กรณีฝ่ายหนึ่งเข้าร่วมในฐานะส่วนตัวหรือในนามของครอบครัว หรือข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทเกี่ยวกับครอบครัว มรดก หรือกฎหมายแรงงาน และยังรวมถึงข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทที่ได้รับการรับรองโดยศาลหรือถือว่าเป็นกระบวนการพิจารณาของศาลและสามารถบังคับได้ในลักษณะเดียวกันกับคำพิพากษาของศาลนั้น หรือข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทที่ได้ถูกบันทึกไว้และสามารถบังคับได้ในลักษณะเดียวกันกับคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการ

เนื้อหาของมาตรา 1 นั้น ได้กำหนดว่าข้อตกลงระงับข้อพิพาทที่อยู่ในบังคับของอนุสัญญาสิงคโปร์จะต้องมีลักษณะ “ระหว่างประเทศ” ซึ่งมีเนื้อหาคล้ายคลึงกับลักษณะ “ระหว่างประเทศ” ที่ปรากฏอยู่ในมาตรา 1(3) ของกฎหมายแม่แบบว่าด้วยอนุญาโตตุลาการพาณิชย์ระหว่างประเทศของ UNCITRAL (UNCITRAL Model Law on International Commercial Arbitration) ที่ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้อนุสัญญานิวยอร์ก

มาตรา 2 นิยามศัพท์ (Article 2 Definitions) ได้ให้นิยามความหมายโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1) ขยายความมาตรา 1 วรรค 1 ในสองกรณี กล่าวคือ (1) คู่กรณีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีสถานประกอบธุรกิจมากกว่า 1 แห่ง ให้ถือว่าสถานประกอบธุรกิจที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับข้อพิพาทมากที่สุดเป็นสถานประกอบธุรกิจที่เกี่ยวข้อง (2) คู่กรณีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสถานประกอบธุรกิจ ภูมิลำเนาของคู่กรณีดังกล่าวจะถูกใช้เป็นสถานที่อ้างอิง

2) คำว่า “in writing” กล่าวคือ ข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทจะถือว่าเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อได้ถูกบันทึกในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ข้อมูลที่ผ่านการติดต่อสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถเข้าถึงและอ้างอิงได้ในภายหลังก็ถือว่าเป็นข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาททางพาณิชย์ที่ว่าเป็นลายลักษณ์อักษร

3) คำว่า “Mediation” หมายถึง กระบวนการที่คู่กรณีซึ่งพยายามระงับความขัดแย้งระหว่างกันฉันมิตรด้วยความช่วยเหลือของบุคคลที่สามในฐานะผู้ไกล่เกลี่ยที่ไม่มีอำนาจกำหนด

วิธีการแก้ปัญหาข้อพิพาทให้กับคู่กรณี โดยไม่คำนึงถึงว่าจะใช้ถ้อยคำเรียกกระบวนการนั้นว่าอย่างไร

เนื้อหาของมาตรา 2 ส่วนที่ 1) นั้นคล้ายคลึงกันกับมาตรา 1(4) ของกฎหมายแม่แบบว่าด้วยอนุญาโตตุลาการพาณิชย์ระหว่างประเทศของ UNCITRAL สำหรับในส่วนที่ 2) คำว่า “in writing” นั้น อนุสัญญาสิงคโปร์ได้ขยายความให้ครอบคลุมถึงข้อมูลที่ผ่านการติดต่อสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ให้สอดคล้องกับสภาวะการณ์ในปัจจุบันด้วย

มาตรา 3 หลักทั่วไป (Article 3 General principles) กำหนดเกี่ยวกับพันธกรณีของประเทศภาคีตามอนุสัญญาสิงคโปร์ฯ ทั้งในเรื่องของการบังคับข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทตามกระบวนการและเงื่อนไขที่กำหนดไว้ และการอนุญาตให้คู่กรณีอ้างถึงข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้เพื่อที่จะพิสูจน์ว่าข้อพิพาทได้ระงับแล้ว

มาตรา 4 ข้อกำหนดเพื่อความเชื่อถือในข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาท (Article 4 Requirement for reliance on settlement agreements) กำหนดเกี่ยวกับเอกสารที่คู่กรณีซึ่งร้องขอให้มีการบังคับข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทจะต้องยื่นต่อองค์กรที่มีอำนาจของประเทศภาคีดังนี้

1) ข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทที่ลงนามโดยคู่กรณี

2) หลักฐานที่แสดงว่าข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทเป็นผลลัพธ์จากการไกล่เกลี่ย ได้แก่ การลงนามของผู้ไกล่เกลี่ยในข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาท เอกสารที่ลงนามโดยผู้ไกล่เกลี่ยระบุว่าการไกล่เกลี่ยบรรลุผลสำเร็จ การรับรองโดยสถาบันที่จัดการการไกล่เกลี่ย หรือหากไม่มีหลักฐานที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ก็อาจใช้หลักฐานอื่นที่องค์กรที่มีอำนาจยอมรับ

เงื่อนไขของข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทที่ต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษรและลงนามโดยคู่กรณีในกรณีที่เป็นการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์นั้น วิธีการที่ใช้จะต้องสามารถระบุตัวตนและเจตจำนงของคู่กรณีและผู้ไกล่เกลี่ยได้ และวิธีการที่ใช้นั้นจะต้องเชื่อถือได้ว่าเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ในการจัดให้มีการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์นั้นขึ้นหรือพิสูจน์ได้ว่าเป็นไปตามเงื่อนไขในการระบุตัวตนและเจตจำนงของคู่กรณีและผู้ไกล่เกลี่ย

ในกรณีที่ข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทถูกทำขึ้นโดยใช้ภาษาที่ไม่ใช่ภาษาทางการของประเทศภาคีที่มีการร้องขอให้บังคับข้อตกลงดังกล่าว องค์กรที่มีอำนาจอาจขอให้แปลข้อตกลงดังกล่าวเป็นภาษาทางการของประเทศภาคีได้ ยิ่งไปกว่านั้น องค์กรที่มีอำนาจอาจขอเอกสาร

เพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบให้เป็นไปตามข้อกำหนดของอนุสัญญาสิงคโปร์ฯ ก็ได้ และในการดำเนินการพิจารณานั้น องค์การที่มีอำนาจจะต้องดำเนินการอย่างรวดเร็ว

เนื้อหาของมาตรา 4 นั้นกำหนดเกี่ยวกับเอกสารที่คู่กรณีซึ่งร้องขอให้มีการบังคับข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทจะต้องยื่นต่อองค์กรที่มีอำนาจของประเทศภาคี ซึ่งแตกต่างกับ Article IV ของอนุสัญญานิวยอร์กเนื่องจากข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทกับคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการมีลักษณะที่ต่างกัน อย่างไรก็ตาม อนุสัญญาทั้งสองฉบับต่างมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการแปลให้เป็นภาษาทางการของประเทศที่มีการร้องขอให้บังคับเช่นเดียวกัน

มาตรา 5 เหตุในการปฏิเสธการบังคับ (Article 5 Grounds for refusing to grant relief) กำหนดเงื่อนไขที่องค์กรที่มีอำนาจของประเทศภาคีจะสามารถปฏิเสธการบังคับข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทใน 2 กรณี ดังนี้

1) เมื่อคู่กรณีฝ่ายที่ถูกเรียกร้องให้ต้องปฏิบัติตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทพิสูจน์ได้ว่า

(1) คู่กรณีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทบกพร่องในเรื่องความสามารถ

(2) ข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทนั้นเป็นโมฆะหรือตกเป็นพันวิสัยตามกฎหมาย ไม่มีผลผูกพันหรือยังไม่ถึงที่สุด หรือได้ถูกเปลี่ยนแปลง

(3) หนี้ตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทได้ถูกชำระแล้ว หรือไม่ชัดเจนหรือไม่อาจเข้าใจได้

(4) การบังคับตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทจะขัดต่อข้อสัญญาในข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาท

(5) ผู้ไกล่เกลี่ยฝ่าฝืนมาตรฐานในการเป็นผู้ไกล่เกลี่ยหรือในการไกล่เกลี่ยอย่างร้ายแรงที่หากไม่มีการฝ่าฝืนดังกล่าว คู่กรณีจะไม่เข้าทำข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาท

(6) ผู้ไกล่เกลี่ยบกพร่องในการเปิดเผยสิ่งที่อาจทำให้เกิดข้อสงสัยในความเป็นกลางและความเป็นอิสระของผู้ไกล่เกลี่ย และการบกพร่องนั้นมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญหรือเป็นการใช้อำนาจครอบงำผิดคลองธรรมหากไม่มีการบกพร่องดังกล่าว คู่กรณีจะไม่เข้าทำข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาท

2) เมื่อองค์กรที่มีอำนาจของประเทศภาคีพบว่า

(1) การบังคับตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทจะขัดต่อความสงบเรียบร้อยของประเทศภาคี หรือ

(2) ข้อพิพาทนั้นไม่สามารถระงับโดยการไกล่เกลี่ยได้ตามกฎหมายของประเทศภาคี

เนื้อหาของมาตรา 5 นั้นกำหนดเกี่ยวกับเหตุในการปฏิเสธการบังคับข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทซึ่งมีข้อเหมือนกับอนุสัญญานิวยอร์ก เช่น กรณีที่ข้อตกลงระงับข้อพิพาท/คำชี้ขาดอนุญาโตตุลาการไม่มีผลผูกพันคู่กรณีหรือยังไม่ถึงที่สุด (Article V(1)(e)) หรือกรณีที่มูลเหตุแห่งข้อพิพาทหรือข้อตกลงระงับข้อพิพาทขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน (Article V(2)(b)) เป็นต้น และข้อแตกต่างกับมาตรา 5 ของอนุสัญญานิวยอร์กเนื่องจากข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทกับคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการมีลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น ในกรณีของข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทซึ่งมีลักษณะเป็นสัญญาจะมีประเด็นเรื่องความบกพร่องในเรื่องความสามารถในการเข้าทำสัญญา ซึ่งตามอนุสัญญาสิงคโปร์จะหมายถึงการเข้าทำข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาท ในขณะที่ตามอนุสัญญานิวยอร์กจะหมายถึงการเข้าทำสัญญาอนุญาโตตุลาการเพื่อให้อนุญาโตตุลาการชี้ขาดข้อพิพาท (Article V(1)(a)) หรือประเด็นเรื่องการบังคับตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทจะขัดต่อข้อสัญญาในข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาท เป็นต้น

มาตรา 6 การร้องซ้อน (Article 6 Parallel applications or claims) กำหนดว่าในกรณีที่มีการร้องขอให้มีการบังคับตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทต่อศาล อนุญาโตตุลาการ หรือองค์กรที่มีอำนาจอื่นแล้ว องค์กรที่มีอำนาจของประเทศภาคีอาจเลื่อนการตัดสินไปก่อน และหากคู่กรณีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งร้องขอ องค์กรที่มีอำนาจอาจสั่งให้คู่กรณีอีกฝ่ายวางหลักประกันก็ได้

มาตรา 7 กฎหมายหรือสนธิสัญญาอื่น (Article 7 Other laws or treaties) กำหนดว่าอนุสัญญาสิงคโปร์ฯ ไม่ตัดสิทธิคู่กรณีในการเรียกร้องตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทตามกฎหมายหรือสนธิสัญญาอื่น

มาตรา 8 ข้อสงวนสิทธิ์ (Article 8 Reservations) กำหนดให้ประเทศภาคีสามารถสงวนสิทธิ์ได้ในกรณีที่กำหนดไว้เท่านั้น กล่าวคือ ข้อสงวนสิทธิ์ในการบังคับอนุสัญญาสิงคโปร์กับข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทที่ประเทศภาคีเป็นคู่กรณี หรือหน่วยงานรัฐหรือผู้แทนของหน่วยงานรัฐของประเทศภาคีเป็นคู่กรณี และข้อสงวนสิทธิ์ว่าให้ใช้บังคับอนุสัญญาสิงคโปร์ภายใต้ขอบเขต

ข้อตกลงของคู่กรณีเท่านั้น โดยได้มีการกำหนดกระบวนการและการมีผลบังคับของการสงวนสิทธิ์และการเพิกถอนข้อสงวนสิทธิ์ไว้ด้วย

เนื้อหาของมาตรา 8 ทำให้อนุสัญญาสิงคโปร์มีลักษณะที่ค่อนข้างยืดหยุ่นและน่าจะดึงดูดให้ประเทศต่างๆ เข้าร่วมเป็นภาคี เพราะได้เปิดช่องทางให้ประเทศภาคีสามารถสงวนสิทธิ์ในการบังคับอนุสัญญาสิงคโปร์เพื่อลดความกังวลในกรณีที่รัฐหรือหน่วยงานรัฐเป็นคู่กรณีในข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทลงได้

มาตรา 9 ผลต่อข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาท (Article 9 Effect on settlement agreements) กำหนดว่าอนุสัญญาสิงคโปร์ ข้อสงวนสิทธิ์หรือการเพิกถอนข้อสงวนสิทธิ์ จะบังคับใช้กับข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาท (settlement agreement) ที่ทำขึ้นหลังจากที่อนุสัญญาสิงคโปร์ ข้อสงวนสิทธิ์หรือการเพิกถอนข้อสงวนสิทธิ์มีผลบังคับสำหรับประเทศภาคีนั้น

มาตรา 10 ผู้เก็บรักษาอนุสัญญา (Article 10 Depositary) กำหนดว่าเลขาธิการสหประชาชาติเป็นผู้เก็บรักษาอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ย

มาตรา 11 การลงนาม การให้สัตยาบัน การยอมรับ การให้ความเห็นชอบ การภาคยานุวัติ (Article 11 Signature, ratification, acceptance, approval, accession) กำหนดเกี่ยวกับการลงนาม การให้สัตยาบัน การยอมรับ การให้ความเห็นชอบ และการภาคยานุวัติ

มาตรา 12 การมีส่วนร่วมขององค์กรความร่วมมือทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาค (Article 12 Participation by regional economic integration organizations) กำหนดให้องค์กรความร่วมมือทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาคที่ก่อตั้งโดยประเทศต่างๆ และมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องกับอนุสัญญาสิงคโปร์ สามารถลงนาม ให้สัตยาบัน ยอมรับ ให้ความเห็นชอบ หรือภาคยานุวัติอนุสัญญาสิงคโปร์ได้

มาตรา 13 ระบบกฎหมายที่แตกต่างกัน (Article 13 Non-unified legal system) กำหนดสำหรับกรณีที่ประเทศภาคีมีหน่วยอาณาเขตตั้งแต่ 2 หน่วยขึ้นไปและใช้ระบบกฎหมายที่แตกต่างกัน

มาตรา 14 การให้มีผลบังคับใช้ (Article 14 Entry into force) กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการที่อนุสัญญาสิงคโปร์จะมีผลบังคับใช้

มาตรา 15 การแก้ไขเพิ่มเติม (Article 15 Amendment) กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการแก้ไขเพิ่มเติมอนุสัญญาสิงคโปร์

มาตรา 16 การบอกเลิก (Article 16 Denunciations) กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการบอกเลิกอนุสัญญาของประเทศภาคี

ทั้งนี้ กฎหมายแม่แบบว่าด้วยการไกล่เกลี่ยพหุขั้วระหว่างประเทศและข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ยก็ได้ถูกแก้ไขให้เป็นไปในทางเดียวกันกับอนุสัญญาสิงคโปร์ในปี ค.ศ. 2018

ประเทศไทยกับอนุสัญญาสิงคโปร์ว่าด้วยการไกล่เกลี่ย

หากจะกล่าวถึงท่าทีของประเทศไทยต่อการระงับข้อพิพาททางเลือกก่อนที่จะมีอนุสัญญาสิงคโปร์ คงต้องกล่าวว่าประเทศไทยสนับสนุนการระงับข้อพิพาททางเลือกเป็นอย่างดีมาโดยตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสดงออกถึงท่าทีของประเทศไทยต่อการระงับข้อพิพาททางเลือกสำหรับข้อพิพาททางพาณิชย์ในเวทีโลก จะเห็นได้จากการที่ประเทศไทยเข้าเป็นภาคีในพิธีสารและอนุสัญญาที่เกี่ยวกับการระงับข้อพิพาททางเลือกสำหรับข้อพิพาททางพาณิชย์ทุกฉบับ ไม่ว่าจะเป็นพิธีสารเจนีวา ซึ่งประเทศไทยให้สัตยาบันเมื่อวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2473 และมีผลบังคับใช้เมื่อ 23 ตุลาคม พ.ศ. 2473 อนุสัญญาเจนีวา ซึ่งประเทศไทยให้สัตยาบันเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2474 และมีผลบังคับใช้เมื่อ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2473 และอนุสัญญานิวยอร์ก ซึ่งประเทศไทยให้สัตยาบันเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2502 และมีผลบังคับใช้เมื่อ 20 มีนาคม พ.ศ. 2503 (จิตตศุภางค์ ดันติภิรมย์, 2564, หน้า 7-18-7-19) แต่เมื่อพิจารณาถึงกฎหมายภายในเกี่ยวกับการระงับข้อพิพาททางเลือกของประเทศไทยแล้ว ก็อาจทำให้เกิดข้อกังขาในท่าทีที่แท้จริงของประเทศไทยต่อการระงับข้อพิพาททางเลือกได้

การระงับข้อพิพาทที่มีลักษณะเดียวกันกับการไกล่เกลี่ยหรือการอนุญาโตตุลาการมีมาช้านานแล้วในประเทศไทย แต่เป็นไปในลักษณะของการให้คนกลางที่คู่กรณีศรัทธามาช่วยเป็นคนกลางเพื่อช่วยเหลือในการพูดคุยตกลงกันหรือเพื่อให้ช่วยชี้ขาดข้อพิพาท โดยไม่ได้มีกฎหมายเพื่อใช้บังคับกับการระงับข้อพิพาทในลักษณะดังกล่าว จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2530 ได้มีการตรากฎหมายที่เกี่ยวกับการระงับข้อพิพาททางเลือกโดยเฉพาะฉบับแรกขึ้น ได้แก่พระราชบัญญัติอนุญาโตตุลาการ พ.ศ. 2530 หลังจากการเข้าเป็นภาคีของอนุสัญญานิวยอร์กถึง 27 ปี

สำหรับการใกล้เคียงนั้น ในช่วงแรกประเทศไทยได้มีการออกอนุบัญญัติเกี่ยวกับการใกล้เคียง ได้แก่ ข้อบังคับกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการปฏิบัติงานประณีประนอมข้อพิพาทของคณะกรรมการหมู่บ้าน พ.ศ. 2530 กฎกระทรวงว่าด้วยการใกล้เคียงและประนอมข้อพิพาททางแพ่ง พ.ศ. 2553 กฎกระทรวงว่าด้วยการใกล้เคียงความผิดที่มีโทษทางอาญา พ.ศ. 2553 และได้มีการตรากฎหมายเฉพาะที่มีการบัญญัติเกี่ยวกับการใกล้เคียงไว้ เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2553 เป็นต้น จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยได้มีการตรากฎหมายที่เกี่ยวกับการใกล้เคียงโดยเฉพาะขึ้นเป็นฉบับแรก คือ พระราชบัญญัติการใกล้เคียงข้อพิพาท พ.ศ. 2562 ซึ่งครอบคลุมทั้งการใกล้เคียงข้อพิพาททางแพ่ง การใกล้เคียงข้อพิพาททางอาญา การใกล้เคียงข้อพิพาททางอาญาในชั้นการสอบสวน และการใกล้เคียงข้อพิพาทภาคประชาชน โดยใน หมวด 2 การใกล้เคียงข้อพิพาททางแพ่งนั้น มีบทบัญญัติใน ส่วนที่ 2 การบังคับตามข้อตกลงระงับข้อพิพาท มาตรา 33 ได้บัญญัติเหตุที่ศาลจะปฏิเสธการบังคับตามข้อตกลงระงับข้อพิพาทที่มีส่วนคล้ายคลึงกับเหตุในการปฏิเสธการบังคับตามมาตรา 5 ของอนุสัญญาสิงคโปร์และมาตรา 19 ของกฎหมายแม่แบบว่าด้วยการใกล้เคียงพาดิษฐ์ระหว่างประเทศและข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการใกล้เคียง ค.ศ. 2018 ไม่ว่าจะเป็นในกรณีความบกพร่องในเรื่องความสามารถของผู้เข้าทำข้อตกลงระงับข้อพิพาท กรณีที่ข้อตกลงระงับข้อพิพาทตกเป็นโมฆะด้วยเหตุต่างๆ กรณีที่ข้อตกลงระงับข้อพิพาทตกเป็นพ้นวิสัย กรณีที่มูลเหตุแห่งข้อพิพาทหรือข้อตกลงระงับข้อพิพาทขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และกรณีความบกพร่องของผู้ใกล้เคียงในการเปิดเผยข้อเท็จจริงที่อาจเป็นเหตุอันควรสงสัยในความเป็นกลางและความเป็นอิสระของผู้ใกล้เคียงที่มีผลต่อการทำบันทึกข้อตกลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ประเทศไทยกลับยังไม่แสดงท่าทีในการเข้าร่วมเป็นภาคีของอนุสัญญาสิงคโปร์จนถึงปัจจุบัน

หากจะพิจารณาถึงประโยชน์และข้อกังวลของประเทศไทยต่อการเข้าร่วมเป็นภาคีของอนุสัญญาสิงคโปร์ การเปรียบเทียบกับกรณีของอนุสัญญานิวยอร์กซึ่งมีเนื้อหาบางส่วนถูกนำมาเป็นต้นแบบของอนุสัญญาสิงคโปร์ (United Nations, 2015, p. 24) ทั้งยังมีวัตถุประสงค์ในลักษณะเดียวกันกับอนุสัญญาสิงคโปร์ (Hioureas, Christina G., 2019, p. 224) น่าจะทำให้เห็นภาพได้ชัดเจนที่สุด โดยทั้งอนุสัญญานิวยอร์กและอนุสัญญาสิงคโปร์ต่างก็ใช้บังคับกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการระงับข้อพิพาททางเลือกของข้อพิพาททางพาดิษฐ์ที่มีลักษณะระหว่างประเทศ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการระงับข้อพิพาททางเลือกและการค้าระหว่างประเทศ

ในส่วนของการข้อกำหนดเกี่ยวกับเอกสารในการขอบังคับคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการตามอนุสัญญานิวยอร์กหรือข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทตามอนุสัญญาสิงคโปร์ ได้มีการกำหนดไว้ในมาตรา 4 ของอนุสัญญาทั้งสองฉบับ และในส่วนสาเหตุในการปฏิเสธการบังคับคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการตามอนุสัญญานิวยอร์กหรือข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทตามอนุสัญญาสิงคโปร์ ได้มีการกำหนดจำกัดไว้เฉพาะเท่าที่ปรากฏในมาตรา 5 ของอนุสัญญาทั้งสองฉบับเท่านั้น อย่างไรก็ตาม อนุสัญญานิวยอร์กใช้บังคับกับการยอมรับและบังคับคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการซึ่งทำหน้าที่เป็นคนกลางชี้ขาดข้อพิพาท ในขณะที่อนุสัญญาสิงคโปร์ใช้บังคับกับข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทซึ่งคู่กรณีจะต้องสมัครใจทำข้อตกลงดังกล่าว เพราะผู้ไกล่เกลี่ยมีหน้าที่เพียงช่วยเหลือในการเจรจาตกลงกันเท่านั้น ดังนั้น การบังคับข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทตามอนุสัญญาสิงคโปร์จึงเป็นไปในลักษณะเดียวกันกับการบังคับสัญญาโดยทั่วไป และไม่ได้มีข้อกำหนดใดๆ ที่เกินไปกว่าพันธกรณีที่ประเทศไทยในฐานะภาคีของอนุสัญญานิวยอร์กได้ยอมรับอยู่ก่อนแล้ว เพียงแต่เป็นการกำหนดกฎเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานสากลขึ้นมาเพื่อให้การบังคับข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทระหว่างประเทศด้วยการไกล่เกลี่ยเป็นมาตรฐานเดียวกันและกระทำโดยสะดวกยิ่งขึ้นเท่านั้น ซึ่งจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับนักธุรกิจและนักลงทุนได้

ในส่วนของสิ่งที่อาจเป็นข้อกังวลของประเทศไทยในการเข้าร่วมเป็นภาคีของอนุสัญญาสิงคโปร์นั้น เป็นไปได้หรือไม่ว่าเกิดจากประสบการณ์ในฐานะของประเทศภาคีในอนุสัญญานิวยอร์ก ดังเช่นในกรณีของค่าเสียหายที่รัฐบาลไทยต้องชำระตามสัญญาสัมปทานต่างๆ เช่น ค่าโง่ทางด่วน ค่าโง่ไฮปาลล์ เป็นต้น ที่เมื่อเกิดข้อพิพาทขึ้นและได้เข้าสู่กระบวนการระงับข้อพิพาททางเลือกโดยอนุญาโตตุลาการตามสัญญา แล้วอนุญาโตตุลาการชี้ขาดให้ประเทศไทยหรือหน่วยงานของรัฐบาลไทยต้องชดเชยค่าเสียหายเป็นจำนวนมาก ดังนั้น เมื่ออนุสัญญาสิงคโปร์มีลักษณะใกล้เคียงกับอนุสัญญานิวยอร์กจึงอาจทำให้เกิดความไม่มั่นใจที่จะเข้าร่วมเป็นภาคีได้ อย่างไรก็ตาม กรณีที่กล่าวนี้ประเทศไทยอาจป้องกันไม่ให้เกิดสถานการณ์เดียวกับที่เคยเกิดขึ้นในกรณีของการบังคับคำชี้ขาดอนุญาโตตุลาการได้โดยการสงวนสิทธิ์ตามมาตรา 8 ของอนุสัญญาสิงคโปร์ ซึ่งในปัจจุบัน สาธารณรัฐเบลารุส ประเทศจอร์เจีย สาธารณรัฐอิสลามอิหร่าน และราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบียได้สงวนสิทธิ์ในข้อนี้แล้ว(United Nations, 2022) ทั้งนี้ โอกาสที่จะเกิดสถานการณ์ไม่พึงประสงค์ในกรณีของการบังคับตามข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทน่าจะเป็นไปได้น้อย เนื่องจากผู้ไกล่เกลี่ยไม่มีอำนาจชี้ขาดข้อพิพาทและข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทจะต้องทำขึ้นโดยความสมัครใจของคู่กรณีเท่านั้น

บทสรุป

อนุสัญญาสิงคโปร์มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการค้าระหว่างประเทศและการระงับข้อพิพาททางเลือก เมื่อนักธุรกิจและนักลงทุนระหว่างประเทศมีความเชื่อมั่นในการลงทุนและเชื่อมั่นว่าจะได้รับความเป็นธรรมและความสะดวกในกรณีที่มีข้อพิพาทเกิดขึ้นก็ย่อมส่งผลไม่เพียงต่อเศรษฐกิจของประเทศที่มีการลงทุนซึ่งจะมีเงินทุนไหลเวียนเข้ามาในประเทศเท่านั้น แต่ยังส่งผลถึงการจ้างแรงงานและสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนด้วย

ตั้งแต่เกิดวิกฤตโควิด-19 สถานการณ์เศรษฐกิจทั่วโลกก็เกิดการชะงักงัน เมื่อประชาคมโลกมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น ประเทศต่างๆ จึงมีความพยายามผลักดันเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจให้กระเตื้องขึ้นและกลับสู่สภาพเดิมโดยเร็วที่สุด ซึ่งอาจทำได้หลายช่องทาง เช่น การสนับสนุนการค้าและการลงทุนโดยใช้มาตรการทางกฎหมาย ไม่ว่าจะเป็นการลดภาษีที่เกี่ยวข้อง การให้ความสะดวกในการเข้าเมือง เป็นต้น หรือรัฐอาจสร้างความเชื่อมั่นให้กับนักธุรกิจและนักลงทุนโดยทางอื่น ซึ่งการเข้าเป็นภาคีของอนุสัญญาสิงคโปร์น่าจะเป็นประโยชน์กับประเทศไทยในการสร้างความเชื่อมั่นและดึงดูดนักธุรกิจและนักลงทุนให้เข้ามาในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบันที่คู่ค้าต่างต้องพยายามรักษาความสัมพันธ์ระหว่างกันไว้ให้ดีที่สุด การแก้ปัญหาเวลาเกิดข้อพิพาทโดยการไกล่เกลี่ยซึ่งผู้ไกล่เกลี่ยที่ทำหน้าที่เป็นคนกลางที่เป็นอิสระไม่มีอำนาจชี้ขาดข้อพิพาท และข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทจะต้องเกิดจากความสมัครใจของคู่กรณีย่อมเอื้อต่อการรักษาความสัมพันธ์ทางธุรกิจให้มั่นคงและยาวนาน แต่หากข้อตกลงเพื่อระงับข้อพิพาทโดยการไกล่เกลี่ยไม่สามารถบังคับได้หรือมีความยุ่งยาก ลำบากในการบังคับ ย่อมก่อให้เกิดความกังวลใจสำหรับนักธุรกิจและนักลงทุนได้ ด้วยเหตุนี้ ประเทศไทยซึ่งส่งเสริมและสนับสนุนการค้าระหว่างประเทศและการระงับข้อพิพาททางเลือกมาโดยตลอดควรจะต้องพิจารณาแสดงท่าทีต่ออนุสัญญาสิงคโปร์ในช่วงเวลาที่เศรษฐกิจถดถอยเช่นตอนนี้หรือไม่ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประเทศชาติและประชาชน

เอกสารอ้างอิง

กฎหมาย

พระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562

United Nations Convention on International Settlement Agreements Resulting from Mediation

United Nations Convention on the Recognition and Enforcement of Foreign Arbitral Awards

หนังสือ/ตำรา/วารสาร/เอกสาร

จิตตศุภางค์ ตันติภิรมย์. (2564). กระบวนการยุติธรรมทางเลือก. ใน ขจรศักดิ์ สิทธิ และจิตตศุภางค์ ตันติภิรมย์. องค์ความรู้ด้านกระบวนการยุติธรรม หลักสิทธิมนุษยชน และหลักธรรมาภิบาล.

นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

โชติช่วง ทังวงศ์. (2560). คู่มือนักเจรจาไกล่เกลี่ย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หจก.แสงจันทร์การพิมพ์.

Hioureas, Christina G. (2019). The Singapore Convention on International Settlement Agreements Resulting from Mediation: A New Way Forward?. Berkeley Journal of International Law. 37. 215.

Hoellering, Michael F. (1986). Alternative Dispute Resolution and International Trade.

N.Y.U. Review of Law and Social Change. XIV. 785.

United Nations. (2014). Planned and possible future work – Part III. A/CN.9/822. New York.

United Nations. (2014). Report of the United Nations Commission on International Trade Law. A/69/17. New York.

United Nations. (2015). Report of the United Nations Commission on International Trade Law. A/70/17. Vienna.

United Nations. (2018). Report of the United Nations Commission on International Trade Law. A/73/17. New York.

United Nations. (2018). Resolution adopted by the General Assembly on 20 December 2018. A/RES/73/198.

เว็บไซต์

American Bar Association. (2021). The Singapore Mediation Convention. Retrieved on February 28, 2022 from

https://www.americanbar.org/advocacy/governmental_legislative_work/publications/washingtonletter/october-2021-wl/singapore-treaty-1021wl/.

- Leiden Law School, Leiden University. (2019). The Singapore Mediation Convention: a promising start, an uncertain future. Retrieved on February 28, 2022 from <https://leidenlawblog.nl/articles/the-singapore-mediation-convention-a-promising-start-an-uncertain-future>.
- Limparangsri, Sorawit. (2010). Alternative Dispute Resolution in ASEAN: A Contemporary Thai Perspective. Thai Law Journal 2010 Spring (Issue 1 Volume 13): 1. Retrieved on March 1, 2022 from <http://thailawforum.com/articles/Alternative-dispute-resolution-asean.html>.
- Sidiropoulou, Katerina. (2003). The Role of Alternative Dispute Resolution (ADR) Scheme in the Settlement of Disputes within Commercial Transactions. Retrieved on March 1, 2022 from <https://www.grin.com/document/317295>.
- United Nations. (2022). Convention on the Recognition and Enforcement of Foreign Arbitral Awards. Retrieved on March 1, 2022 from https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=XXII-1&chapter=22&clang=_en.
- United Nations. (2022). Member States. Retrieved on March 1, 2022 from <https://www.un.org/en/about-us/member-states>.
- United Nations. (2022). United Nations Convention on International Settlement Agreements Resulting from Mediation. Retrieved on March 7, 2022 from https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=XXII-4&chapter=22&clang=_en.
- United Nations Commission on International Trade Law. (2022). Status: United Nations Convention on International Settlement Agreements Resulting from Mediation. Retrieved on March 1, 2022 from https://uncitral.un.org/en/texts/mediation/conventions/international_settlement_agreements/status.

A Circular Resolution and Government Committee's Liabilities

Asst. Prof. Dr. Pongsit Aroonratanakul*

(Received: 5 April 2022 ; Revised: 24 April 2022; Accepted: 29 April 2022)

Abstract

The administration of government agencies, nowadays, have usually operated by committees. A committee may consist of experts from different fields and representatives from various sectors. The meeting of a committee reflects many viewpoints, administrative measures, including complete resolutions. Therefore, the committee's resolution should obviously provide more efficient and effective result than a decision of an individual person.

Due to the committee's many responsibilities coupled with the urgency of problem-solving decisions and considerations, a number of governmental offices have resorted to circulation to seek resolutions aka "circular resolutions." However, these circular resolutions are not passed as a result of any discussions or debates, but individual committee members' decisions or considerations. Accordingly, the resolutions are incompatible with the principle of collective body's consideration. In the case where a circular resolution illegally affects a person's rights, the committee is deemed liable for administrative fines, civil penalties and criminal penalties.

Key words: circular resolution, committee, liability

* School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University, Tel. 084-593-6996,
e-mail: Pongsit.aro@gmail.com

มติเวียนกับความรับผิดชอบของคณะกรรมการภาครัฐ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พงษ์สิทธิ์ อรุณรัตน์กุล*

(วันรับบทความ 5 เม.ย.2565; วันแก้ไขบทความ 24 เม.ย.2565; วันตอบรับบทความ 29 เม.ย.2565)

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันการบริหารงานในหน่วยงานของภาครัฐ ได้มีการดำเนินงานผ่านรูปแบบของคณะกรรมการซึ่งเป็นที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย คณะกรรมการอาจจะประกอบไปด้วยบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน รวมถึงคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนของหน่วยงานหลายภาคส่วน ฯลฯ การประชุมหรือโดยคณะกรรมการย่อมทำให้เกิดมุมมอง วิธีการหรือแนวทางในการบริหารจัดการ รวมถึงการแก้ไขปัญหาที่รอบด้าน ส่งผลให้มติที่ได้จากคณะกรรมการย่อมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานนั้นๆ มากกว่าการที่จะให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งพิจารณาตัดสินใจโดยลำพัง

ด้วยเหตุปัจจัยอันอาจเกิดจากภาระหน้าที่ของคณะกรรมการที่มีอยู่เป็นอย่างมากประกอบกับความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องพิจารณาตัดสินใจหรือใช้ดุลยพินิจเพื่อแก้ไขปัญหาให้ทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หน่วยงานภาครัฐหลายหน่วยงานจึงนำเอาวิธีการเวียนมติมาใช้เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการ หรือที่เรียกว่าการใช้ “มติเวียน” แต่อย่างไรก็ดี มติเวียนที่เกิดขึ้นนั้นมิได้เกิดขึ้นจากการประชุมหารือของคณะกรรมการ แต่เกิดขึ้นจากการพิจารณาตัดสินใจใช้ดุลยพินิจของกรรมการแต่ละคน โดยปราศจากการถกแถลง อภิปราย แลกเปลี่ยนความเห็น มติที่เกิดขึ้นจากการเวียนนั้นจึงขัดต่อหลักการในการพิจารณาโดยองค์กรกลุ่ม และหากมตินั้นกระทบต่อสิทธิของบุคคลโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายแล้ว คณะกรรมการจะต้องมีความรับผิดชอบทั้งในทางปกครอง ทางแพ่ง และทางอาญา

คำสำคัญ: มติเวียน, คณะกรรมการ, ความรับผิดชอบ

* สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ติดต่อ โทร. 084-593-6996

e-mail: pongsit.aro@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันการบริหารงานของหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ได้นำรูปแบบการบริหารงานผ่านองค์กรกลุ่มมาใช้หรือที่เรียกว่าบริหารงานโดย “คณะกรรมการ” มีการจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อให้ได้มาซึ่งมติของที่ประชุมและใช้มติของที่ประชุมดังกล่าวในการดำเนินงานทางปกครอง การออกคำสั่งทางปกครอง รวมถึงการงดเว้นการกระทำใดๆ ในทางปกครอง คณะกรรมการสามารถถูกจัดตั้งขึ้นและมีอำนาจหน้าที่หลากหลายประการตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายแต่ละฉบับ

การประชุมของคณะกรรมการถือได้ว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญกระบวนการหนึ่ง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ได้มาซึ่งมติของที่ประชุม แต่จากข้อเท็จจริงที่ปรากฏให้เห็นอย่างแพร่หลาย หน่วยงานภาครัฐหลายหน่วยงานได้มีการนำเอาวิธีการเวียนขอมติจากคณะกรรมการมาใช้ โดยเหตุผลที่ใช้ในการเวียนขอมตินั้นอาจเกิดขึ้นได้หลากหลายกรณี อาทิ กรณีเป็นเรื่องที่เร่งด่วน จำเป็นที่จะต้องใช้มติที่ประชุมเพื่อดำเนินการ หรือกรณีที่เป็นเรื่องที่มีได้มีความสำคัญและเห็นว่าไม่มีความจำเป็นในการที่จะต้องจัดประชุม ฯลฯ อย่างไรก็ตาม “มติเวียน” ที่เกิดขึ้นนั้น มิได้เกิดขึ้นจากการอภิปราย ถกเถียง หรือมีการให้ความเห็นโดยรอบด้าน หากแต่เป็นเพียงการแสดงความเห็นของกรรมการแต่ละท่าน โดยมิได้มีการปรึกษาหารือกัน ซึ่งขัดแย้งต่อหลักการในการพิจารณาโดยองค์กรกลุ่ม และหากมติเวียนนั้นก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อสิทธิของบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยมิชอบหรือเป็นมติเวียนที่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งกฎหมายแล้ว คณะกรรมการย่อมมีอาจปฏิเสธความรับผิดชอบหรืออ้างความชอบธรรมตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายได้ ทั้งนี้ ความรับผิดชอบของคณะกรรมการเนื่องจากการใช้มติเวียนอาจเกิดขึ้นได้ 3 กรณี อันได้แก่ ความรับผิดชอบในทางปกครอง ความรับผิดชอบในทางแพ่ง และความรับผิดชอบในทางอาญา

สำหรับบทความนี้ ผู้เขียนจะขอเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้ (1) คณะกรรมการและการใช้มติเวียน (2) ผลในทางกฎหมายจากการใช้มติเวียน (3) ความรับผิดชอบของคณะกรรมการ และ (4) บทสรุป

คณะกรรมการและการใช้มติเวียน

การดำเนินงานตามภารกิจของรัฐมีความสำคัญและมีผลกระทบต่อประชาชน การที่รัฐมอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งในองค์กรหรือในหน่วยงานภาครัฐเพียงคนเดียวเป็นผู้รับผิดชอบ มีอำนาจในการใช้ดุลยพินิจต่างๆ สามารถกระทำได้ในกรณีที่เป็นภารกิจที่ไม่สลับซับซ้อน ประกอบกับการให้บุคคลคนเดียวมีอำนาจในการตัดสินใจ การดำเนินงานต่างๆ ก็จะเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ประหยัด สะดวก ฯลฯ แต่ในทางกลับกัน การให้บุคคลคนเดียวมีอำนาจพิจารณา สั่งการ ตัดสินใจ อาจจะนำไปสู่การทุจริต หรือมีความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากความไม่รอบคอบ ปราศจากการคาน

อำนาจในการใช้ดุลยพินิจ ดังนั้น รัฐจึงได้สร้างรูปแบบการบริหารจัดการผ่าน “องค์กรกลุ่ม” (Collective body) หรือที่เรียกว่า “คณะกรรมการ” ขึ้นมา เพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจของรัฐเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (วิชัช ตันมี, 2563, หน้า 1)

คณะกรรมการ หมายถึง “กลุ่มบุคคลที่กำหนดขึ้นเพื่อให้ดำเนินการด้านบริหารหรือกระทำการบางอย่างมีเป้าหมายร่วมกัน และมีความสัมพันธ์ร่วมกันอย่างใดอย่างหนึ่ง รวมทั้งต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกันเพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกัน ในทางบริหารนั้นเราถือว่าคณะกรรมการเป็นการกระทำของกลุ่มและถือว่าคณะกรรมการเป็นกลุ่มก่อให้เกิดการรวมพลัง (synergy) ผลรวมของงานที่เกิดขึ้นจากการทำงานเป็นกลุ่มย่อมมีมากกว่าผลรวมของงานที่เกิดจากต่างคนต่างทำ” (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2551, หน้า 433)

ในปัจจุบันมีบทบัญญัติทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการอยู่หลากหลายฉบับ อาทิ เช่น พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 มาตรา 11 (6) กำหนดให้นายกรัฐมนตรีสามารถแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อปฏิบัติราชการใดๆ ได้ พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 หมวด 5 มาตรา 75 ถึง 84 ได้มีการกำหนดเกี่ยวกับคณะกรรมการที่มีอำนาจดำเนินการพิจารณาทางปกครอง นอกจากนี้แล้ว คณะกรรมการอาจถูกจัดตั้งขึ้นได้จากพระราชบัญญัติเฉพาะเรื่อง รวมถึงมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการตามที่กฎหมายได้บัญญัติไว้ เช่น พระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2521 มาตรา 22 กำหนดให้คณะกรรมการประจำสาขาวิชามีหน้าที่พิจารณาดำเนินงานด้านบริหารและวิชาการของสาขาวิชา และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่สภามหาวิทยาลัยหรือสภาวิชาการมอบหมาย พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2539 มาตรา 10 กำหนดให้คณะกรรมการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ เสนอความเห็น ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรี ควบคุม สอดส่องการปฏิบัติหน้าที่ของส่วนราชการ ประเมินผลการดำเนินงาน เป็นต้น

สำหรับการดำเนินงานของคณะกรรมการ เนื่องจากเป็นการตัดสินใจโดยกลุ่มบุคคล (Group decision making) การจะพิจารณาหรือใช้ดุลยพินิจสั่งการจำเป็นที่จะต้องมีการประชุมเพื่อให้ได้มาซึ่งมติของที่ประชุม การประชุมคือการที่บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปได้มาพบปะ ประึกษา อภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และได้ลงมติเพื่อนำมติที่ได้ไปบริหารหรือปฏิบัติต่อไป (ส่วนพัฒนาและบริหารจัดการความรู้ สถาบันดำรงราชานุภาพ, 2553, หน้า 6) สาระสำคัญประการหนึ่งของการจัดให้มีการประชุม คือ การร่วมกันตัดสินใจของกลุ่มบุคคลหรือคณะกรรมการ เป็นการมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม การแสดงความคิดเห็นและการให้ข้อมูล ส่งผลให้คณะกรรมการได้รับข้อมูลที่เพิ่มมากขึ้น หรือได้รับความเห็นจากหลากหลายฝ่าย ซึ่งมีประสบการณ์และความชำนาญที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันของคณะกรรมการและทำให้การตัดสินใจโดยกลุ่มมีลักษณะเป็นข้อผูกพันร่วมกัน

ระหว่างบุคคลต่างๆ เพื่อผลักดันให้การทำงานประสบความสำเร็จ (กองฝึกอบรม กระทรวงมหาดไทย, 2558, หน้า 8-10)

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงสาระสำคัญประการหนึ่งของการได้มาซึ่งมติที่ประชุมโดยคณะกรรมการนั้น เกิดขึ้นจากการประชุมหารือ แลกเปลี่ยนความเห็น อภิปราย ถกแถลง โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการผู้ซึ่งมีประสบการณ์ ความชำนาญหรือมีมุมมองทรรศนะที่แตกต่างหลากหลาย เพื่อให้มติที่ได้มานั้นเป็นมติผ่านการกลั่นกรอง ทบทวนมารอบด้านแล้ว

สำหรับการได้มาซึ่งมติของคณะกรรมการ อาจจะได้มาหลากหลายรูปแบบ เช่น (1) การจัดประชุมแบบเผชิญหน้า (face to face) (2) การประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (online) หรือ (3) การเวียนขอมติที่ประชุม (circular resolution)

สำหรับการจัดประชุมแบบเผชิญหน้าซึ่งปรากฏให้เห็นเป็นการทั่วไป เป็นรูปแบบการประชุมที่ถูกยึดถือปฏิบัติในทุกหน่วยงานของรัฐ แต่ในปัจจุบันอาจจะประสบปัญหาเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ยากต่อการจัดประชุม เนื่องจากคณะกรรมการอาจไม่ประสงค์ที่จะอยู่ในห้องประชุมซึ่งเป็นสถานที่แออัด อากาศไม่ถ่ายเทและอาจนำไปสู่การติดเชื้อหรือแพร่เชื้อได้ เป็นต้น นอกจากนี้ การประชุมแบบพบเจอหน้ากันอาจจะไม่สามารถกระทำได้นื่องด้วยกฎ ระเบียบ หรือ ประกาศของแต่ละจังหวัดที่กำหนดห้ามรวมตัวกันเกินกว่าจำนวนที่แต่ละจังหวัดกำหนด ฯลฯ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงได้มีการประกาศใช้พระราชกำหนดว่าด้วยการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2563 ขึ้น เพื่อให้การจัดประชุมสามารถดำเนินการได้โดยสอดคล้องกับสภาวะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

สำหรับการได้มาซึ่งมติของคณะกรรมการในรูปแบบที่สอง คือ การได้มติผ่านการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ประชุมออนไลน์) ซึ่งได้รับความนิยมและถูกนำมาใช้ปฏิบัติอย่างแพร่หลาย และรูปแบบสุดท้ายในการได้มาซึ่งมติที่ประชุม คือ การได้มาโดยการเวียนขอมติ ทั้งนี้ มติเวียนนี้ปรากฏให้เห็นเป็นปกติในหน่วยงานภาครัฐหลากหลายแห่ง

อย่างไรก็ดี ในส่วนของ “มติเวียน” มีข้อสังเกตที่น่าสนใจประการหนึ่ง กล่าวคือ แม้มติเวียนจะได้มาจากคณะกรรมการ แต่มติดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นจากการประชุมหารือของคณะกรรมการ แต่เกิดขึ้นจากการใช้ดุลยพินิจของกรรมการแต่ละคนเพียงลำพัง ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่ามติเวียนที่ได้มาจากคณะกรรมการขัดต่อหลักการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการ และขัดแย้งต่อทฤษฎีที่มองว่า “การตัดสินใจขององค์กรกลุ่มในรูปแบบของคณะกรรมการเป็นการตัดสินใจขององค์กรที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (entité unique) ที่แสดง “เจตจำนงร่วมกันเป็นหนึ่งเดียว” (volonté unique) มิใช่การนำจุดยืนของกรรมการแต่ละคนมาบวกกัน” (ศุภวัฒน์ สิงห์สุวงศ์, 2563, หน้า 12-13)

ผลในทางกฎหมายจากการใช้มติเวียน

สำหรับประเด็นผลในทางกฎหมายจากการใช้มติเวียน ขอแบ่งแยกการอธิบายออกมาเป็น 2 ส่วน คือ (1) ในส่วนของความเห็นทางวิชาการเกี่ยวกับการใช้มติเวียน และ (2) ในส่วนของคำพิพากษาที่เกี่ยวข้องกับมติเวียน

สำหรับความเห็นทางวิชาการนั้น มีความเห็นแยกออกเป็น 2 ฝ่าย แต่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ นักวิชาการหรือนักกฎหมายมหาชนส่วนหนึ่งเห็นว่ามติเวียนสามารถนำมาใช้ได้เฉพาะเรื่องภายใต้เงื่อนไขบางประการ กล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่ามติเวียนสามารถใช้ได้ไม่ถึงขนาดตกเป็นโมฆะหรือไม่ชอบด้วยกฎหมาย แต่การใช้มติเวียนจะต้องใช้ในขอบเขตที่จำกัดเท่านั้น กล่าวคือ ต้องใช้กับเรื่องที่มีความชัดเจน กระบวนการทราบเรื่องราวเป็นอย่างดีอยู่แล้ว ไม่จำเป็นที่จะต้องมีการอภิปรายหรือมาประชุมกัน มติที่ได้จากการเวียนเช่นนี้ย่อมสามารถกระทำได้ (วรเจตน์ ภาคีรัตน์, 2557, หน้า 113) ในขณะที่นักวิชาการหรือนักกฎหมายมหาชนอีกฝ่ายหนึ่งเห็นว่า การเวียนขอให้กรรมการพิจารณาลงมติ โดยปราศจากการประชุมนั้นไม่ชอบด้วยกฎหมาย เนื่องจากมิได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อภิปรายโต้แย้ง แต่ใช้เพียงข้อมูลจากฝ่ายเลขานุการเพียงแหล่งเดียว จึงเป็นการสื่อสารเพียงทางเดียว ขัดกับหลักธรรมาภิบาลในส่วนของความมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ แต่มิใช่ว่าการเวียนขอมติจะกระทำมิได้เลย การเวียนขอมติอาจจะกระทำได้ แต่ไม่ควรใช้วิธีนี้บ่อยครั้งและต้องไม่ใช้กับเรื่องพิจารณาที่สำคัญซึ่งโดยปกติแล้วจะต้องมีการสอบถามหรือขอข้อมูลต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณาเป็นต้น (วิษณุ เครืองาม, 2556, หน้า 105)

ผู้เขียนเห็นว่า การใช้มติเวียนสามารถกระทำได้ แต่ต้องอยู่ภายใต้ขอบเขตเงื่อนไขที่ชัดเจน การใช้มติเวียนจะต้องใช้สำหรับเรื่องที่มีใช้เรื่องที่มีความสำคัญ และต้องไม่ใช้กับเรื่องที่มีผลกระทบกระเทือนต่อสิทธิของบุคคล เช่น การใช้มติเวียนเพื่อขออนุมัติให้จัดงานปีใหม่ภายในแผนก งานทำบุญตามขนบธรรมเนียมประเพณีของคณะหรือสาขาวิชาในมหาวิทยาลัย ฯลฯ แต่หากนำเอามติเวียนไปใช้กับเรื่องที่มีความสำคัญหรือกระทบต่อสิทธิของบุคคลดังที่ได้กล่าวมาแล้ว มตินั้นย่อมไม่อาจใช้บังคับได้ เนื่องจากมติที่ได้นั้นขัดกับหลักการของการประชุมหรือการพิจารณาโดยองค์กรกลุ่ม อย่างไรก็ตามก็มีข้อควรพิจารณาอยู่ประการหนึ่ง กล่าวคือ หากมีบทบัญญัติของกฎหมายไม่ว่าจะเป็นพระราชบัญญัติ ระเบียบ ข้อบังคับ อนุญาติและกำหนดให้สามารถใช้มติเวียนได้ มตินั้นย่อมชอบด้วยกฎหมายและสามารถบังคับได้ เช่น

ระเบียบสภกรรมการบริหารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด ว่าด้วย การประชุม คณะกรรมการดำเนินการ พ.ศ. 2561 หมวด 5 ข้อ 10 (3) กำหนดให้ ในกรณีเร่งด่วนที่ไม่สามารถ

เรียกประชุมได้ ซึ่งหากล่าช้าจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่สหกรณ์ ให้ประธานกรรมการขอมติ คณะกรรมการดำเนินการด้วยวิธีการใช้หนังสือเวียนเพื่อพิจารณา โดยมีมติเวียนให้มีผลใช้ได้ต่อเมื่อ คณะกรรมการดำเนินการเห็นชอบเป็นเอกฉันท์เท่านั้น และให้เสนอรายงานมติเวียนให้คณะกรรมการ ดำเนินการสร้างในการประชุมคราวถัดไป

ระเบียบคณะกรรมการอัยการ ว่าด้วยการประชุมและการลงมติ พ.ศ. 2554 ข้อ 10 วรรคสอง กำหนดว่า ประธานคณะกรรมการอัยการอาจนัดเร็วกว่านั้นหรือนัดประชุมโดยวิธีการอื่นใดหรือ อาจให้คณะกรรมการอัยการลงมติโดยใช้มติเวียนก็ได้ เมื่อเห็นว่าเป็นเรื่องเร่งด่วน เรื่องจำเป็น หรือมี เหตุสมควรประการอื่น และในวรรค 3 กำหนดว่า มติเวียนให้มีผลใช้ได้ต่อเมื่อคณะกรรมการอัยการ เห็นชอบเป็นเอกฉันท์เท่านั้นและให้ทำรายงานที่ประชุมคณะกรรมการอัยการทราบในวันประชุมครั้งต่อไป

ดังนั้น หากมีการใช้มติเวียนตามระเบียบดังกล่าวข้างต้น มติเวียนที่เกิดขึ้นมานั้น ย่อมมีผล โดยชอบตามกฎหมาย เนื่องจากมีบทบัญญัติของกฎหมายรองรับการกระทำดังกล่าวไว้ในทางกลับกัน หากหน่วยงานใด มิได้มีระเบียบหรือกฎหมายรองรับการเวียนมติเช่นนั้น การใช้มติเวียนอาจไม่ชอบ ด้วยกฎหมายเพราะขัดแย้งต่อหลักการประชุมโดยองค์กรกลุ่ม และมติเวียนนั้นมิได้เกิดขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุดต่อหลักธรรมาภิบาล ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ในส่วนของคำพิพากษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้มติเวียน จากการศึกษาพบว่าศาลปกครองสูงสุด ให้ความสำคัญกับการพิจารณาของคณะกรรมการเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 มาตรา 75 ถึงมาตรา 84 (รวมถึงกฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง) กล่าวคือ ในการได้มาซึ่งมติ จะต้องมีการจัดให้มีการประชุมคณะกรรมการขึ้น เพื่อให้ กรรมการได้ร่วมกันพิจารณา ถกเถียง อภิปราย ชี้แจง ตอบข้อสงสัยหรือข้อซักถามทั้งหลาย นอกจากนี้ ในกรณีที่มีได้มีกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับต่างๆ ที่บัญญัติรับรองให้คณะกรรมการ สามารถใช้รูปแบบการเวียนขอมติได้ คณะกรรมการก็ไม่อาจใช้มติเวียนแทนการพิจารณาโดยการ ประชุมได้ มติเวียนที่ได้มาจึงไม่ชอบด้วยกฎหมาย (เทียบคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดที่ อ. 224/2548, อ. 210/2552 และ อ. 245/2552) ซึ่งแนวคำพิพากษาเช่นนี้ สอดคล้องกับความเห็นของ คณะกรรมการกฤษฎีกาที่ได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับมติเวียนไว้ (เรื่องเสร็จที่ 75/2536) ดังนี้ “... ความประสงค์ของมาตรา 80 จึงมุ่งหมายให้กรรมการเข้าประชุมด้วยตนเองเพื่อที่จะนับเป็นองค์ ประชุมและสามารถแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับมติในการดำเนินกิจการของบริษัทร่วมกันได้ ... การมี มติของคณะกรรมการเพื่อดำเนินกิจการของบริษัท จะต้องจัดให้มีการประชุมเพื่อให้กรรมการได้ แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและมีมติตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดไว้เสมอ ส่วนวิธีการประชุมจะจัดให้

มีขึ้นโดยวิธีเช่นใดย่อมเป็นไปตามที่คณะกรรมการพิจารณาเห็นเหมาะสมเพื่อประโยชน์ของบริษัท แต่การที่จะกำหนดในข้อบังคับของบริษัทว่า คณะกรรมการอาจมีมติโดยไม่มีการประชุมได้ ถ้ากรรมการทุกคนเห็นชอบด้วยกับมติเช่นนั้น โดยลงลายมือชื่อของตนไว้ในเอกสารซึ่งแสดงถึงมตินั้น เป็นการกำหนดไว้ในลักษณะที่ยืนยันว่าคณะกรรมการสามารถมีมติในเรื่องใดๆ ทุกเรื่องโดยไม่ต้องจัดให้มีการประชุมก็ได้ จึงเป็นข้อบังคับที่ไม่ตรงต่อความประสงค์ของมาตรา 80 แห่งพระราชบัญญัติบริษัทมหาชนจำกัด พ.ศ. 2535”

ความรับผิดชอบของคณะกรรมการ

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น การจัดให้มีการประชุมเพื่อให้คณะกรรมการได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความเห็น ถกแถลง อภิปราย หรือได้รับข้อมูลที่เพิ่มมากขึ้นก่อนที่จะมีการลงมติ การประชุมจึงถือเป็นเรื่องสาระสำคัญ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่า หน่วยงานภาครัฐหลายหน่วยงานได้มีการนำเอารูปแบบการเวียนขอมติมาใช้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการนำเอามติเวียนมาบังคับใช้ในหน่วยงานภาครัฐหลายหน่วยงาน แต่หากหน่วยงานนั้นมีมติบัญญัติของกฎหมายให้อำนาจหรือรับรองไว้ มติเวียนที่ได้ก็จะมีผลเป็นการไม่ชอบด้วยกฎหมาย

ในส่วนของได้มาซึ่งมติเวียน คือ การได้มาซึ่งความเห็นของคณะกรรมการแต่ละคนเป็นปัจเจก โดยมิได้เกิดขึ้นจากการหารือร่วมกัน มติที่ได้ก็จะมาจากเสียงข้างมากของคณะกรรมการแต่ละคนบวกรวมกัน ทำให้มีมติขัดแย้งกับหลักการมีส่วนร่วมตามหลักธรรมาภิบาล และขัดแย้งต่อหลักการประชุมขององค์กรกลุ่ม ส่งผลให้มติเวียนไม่ชอบด้วยกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งมติเวียนที่มีผลกระทบต่อสิทธิของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการพิจารณาทางวินัย การปลดออก การไม่เลื่อนขึ้นเงินเดือน หรือการใช้ดุลยพินิจในเรื่องอื่นๆ เช่น การปรับเปลี่ยนตำแหน่ง การอนุมัติหรือไม่อนุมัติให้ดำเนินการใดๆ ฯลฯ บุคคลผู้เสียหายย่อมมีสิทธิที่จะฟ้องร้องและดำเนินคดีต่อคณะกรรมการผู้ที่แสดงความเห็นไปในทางที่เป็นปฏิปักษ์หรือทำให้บุคคลนั้นเสียหายได้

ความรับผิดชอบของคณะกรรมการหรือกรรมการจากมติเวียน สามารถแบ่งได้ออกเป็น 3 กรณี คือ ความรับผิดชอบในทางปกครอง ความรับผิดชอบในทางแพ่ง และความรับผิดชอบในทางอาญา (กมลชัย รัตน-สากาวงค์, 2560, หน้า 4.)

1. ความรับผิดชอบในทางปกครอง

พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 มาตรา 3 บัญญัติว่า

“เจ้าหน้าที่ของรัฐ” หมายความว่า

(1) ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง คณะบุคคล หรือผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานทางปกครอง

(2) คณะกรรมการวินิจฉัยข้อพิพาท คณะกรรมการหรือบุคคลซึ่งมีกฎหมายให้อำนาจในการออกกฎ คำสั่ง หรือมติใด ๆ ที่มีผลกระทบต่อบุคคล และ

(3) บุคคลที่อยู่ในบังคับบัญชาหรือในกำกับดูแลของหน่วยงานทางปกครอง หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐตาม (1) หรือ (2)

จากบทบัญญัติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าคณะกรรมการภาครัฐที่มีอำนาจตามกฎหมายในการออกกฎ หรือคำสั่งที่มีผลกระทบต่อสิทธิของบุคคลถือได้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ ตามความนัยมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542

ในกรณีที่เจ้าหน้าที่รัฐหรือคณะกรรมการภาครัฐได้มีมติเวียนและมติดังกล่าวกระทบต่อสิทธิของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง บุคคลผู้นั้นย่อมถือได้ว่าเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหาย อันเนื่องจากการกระทำหรือการงดเว้นการกระทำของเจ้าหน้าที่ของรัฐ (มาตรา 42) บุคคลนั้นย่อมมีสิทธิฟ้องร้องหรือนำคดีขึ้นสู่ศาลปกครองได้ ซึ่งศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาหรือมีคำสั่งตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542

สำหรับการฟ้องร้องคดี หากผู้ได้รับความเดือดร้อนเสียหายฟ้องคดีตามมาตรา 9 (1) หรือ (2) ศาลปกครองมีอำนาจกำหนดค่าบังคับ สั่งให้เพิกถอนกฎหรือคำสั่ง หรือสั่งห้ามการกระทำทั้งหมดหรือบางส่วนของคณะกรรมการ หรือสั่งให้เจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามหน้าที่ภายในเวลาที่ศาลปกครองกำหนด แต่หากผู้ฟ้องคดีได้ฟ้องคดีตามความนัยมาตรา 9 (3) ซึ่งเป็นเรื่องในทางละเมิด ศาลปกครองอาจสั่งให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือคณะกรรมการภาครัฐที่ใช้ดุลยพินิจส่วนตน (เสี่ยงฝ่ายข้างมาก) ใช้เงินหรือให้ส่งมอบทรัพย์สินได้ ทั้งนี้ จะต้องนำเอาพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 มาพิจารณาประกอบด้วย กล่าวคือ หากการแสดงความเห็นหรือการใช้ดุลยพินิจของกรรมการฝ่ายข้างมากที่ก่อให้เกิดมติ และมติดังกล่าวเป็นการละเมิดต่อบุคคลหนึ่งบุคคลใด กรรมการฝ่ายข้างมากหรือคณะกรรมการทั้งหมด (แล้วแต่กรณี) อาจจะต้องรับผิดในทางละเมิดจากผลของมติเวียนนั้น เช่น มติไม่เลื่อนขึ้นเงินเดือน มติปลดออกจากตำแหน่งที่มีเงินประจำตำแหน่ง ฯลฯ โดยกรรมการหรือคณะกรรมการทั้งหมด (แล้วแต่กรณี) จะต้องรับผิดทางละเมิดต่อผู้เสียหาย หากได้กระทำด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ซึ่งเป็นไปตามบทบัญญัติในมาตรา 8 พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่

2. ความรับผิดในทางแพ่ง

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 กำหนดว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี

ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

จากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น การใช้มติเวียนโดยไม่มีการประชุมถือได้ว่าเป็นการกระทำที่มีชอบด้วยกฎหมาย และหากผลของมติเวียนนั้นเป็นไปในทางที่กระทบต่อสิทธิของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในทางละเมิด ผู้เสียหายจากการละเมิดนั้น ย่อมมีสิทธิตามกฎหมายที่จะฟ้องร้องหรือดำเนินคดีต่อคณะกรรมการหรือกรรมการ (แล้วแต่กรณี) ได้ ตัวอย่างเช่น การใช้มติเวียนเพื่อปลดนาย A ออกจากตำแหน่ง ทั้งที่นาย A ยังมีวาระในการดำรงตำแหน่งอีก 2 ปี อีกทั้งการดำรงตำแหน่งดังกล่าวยังได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินประจำตำแหน่งอีกด้วย การมีมติเวียนให้นาย A ออกจากตำแหน่งดังกล่าว ส่งผลให้นาย A ขาดรายได้จากเงินประจำตำแหน่งเป็นระยะเวลา 2 ปี จากความเสียหายที่เกิดขึ้น นาย A สามารถที่จะฟ้องร้องต่อศาลแพ่งให้คณะกรรมการหรือกรรมการ (แล้วแต่กรณี) ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนตามจำนวนเงินที่นาย A ควรจะได้รับหลังจากที่ถูกปลดแล้วเป็นระยะเวลาสองปี ดังนั้น อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า มติเวียนเป็นมติที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายและผู้เสียหายจากการละเมิดสามารถฟ้องร้องคดีต่อศาลแพ่งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากคณะกรรมการหรือกรรมการได้ ตามมาตรา 420 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

3. ความรับผิดชอบในทางอาญา

หากในทางนำสืบปรากฏว่าในการใช้มติเวียน คณะกรรมการหรือกรรมการภาครัฐได้ใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาโดยทุจริตแล้ว นอกจากมติเวียนจะไม่ชอบด้วยกฎหมายแล้ว คณะกรรมการหรือกรรมการอาจจะต้องรับผิดชอบในทางอาญา ตามพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต พ.ศ. 2561 มาตรา 172 ที่บัญญัติว่า “เจ้าพนักงานของรัฐผู้ใดปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติอย่างใดในตำแหน่งหรือหน้าที่ หรือใช้อำนาจในตำแหน่งหรือหน้าที่โดยมิชอบ เพื่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด หรือปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยทุจริต ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงสิบปี หรือปรับตั้งแต่สองหมื่นบาทถึงสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

เจ้าพนักงานของรัฐตามบทบัญญัติข้างต้น หมายความว่า ความรวมถึง เจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต พ.ศ. 2561 ได้กำหนดไว้ว่า

“เจ้าหน้าที่ของรัฐ” หมายความว่า ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐหรือในรัฐวิสาหกิจ ผู้บริหารท้องถิ่น รองผู้บริหารท้องถิ่น ผู้ช่วยผู้บริหารท้องถิ่น และสมาชิกสภาท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าพนักงาน

ตามกฎหมายว่าด้วยลักษณะปกครองท้องที่ หรือเจ้าพนักงานอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ และให้หมายความรวมถึงกรรมการ อนุกรรมการ ลูกจ้างของส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ และบุคคลหรือคณะบุคคลบรรดาซึ่งมีกฎหมายกำหนดให้ใช้อำนาจหรือได้รับมอบให้ใช้อำนาจทางปกครองที่จัดตั้งขึ้นในระบบราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือกิจการอื่นของรัฐด้วย แต่ไม่รวมถึงผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง ตุลาการศาลรัฐธรรมนูญ ผู้ดำรงตำแหน่งในองค์กรอิสระ และคณะกรรมการ ป.ป.ช.

จากบทนิยามความหมายดังกล่าว คณะกรรมการภาครัฐที่มีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการ การกิจต่างๆ ของหน่วยงานรัฐ หรือเรียกโดยรวมว่ามีอำนาจทางปกครองในการบริหารจัดการ ออกคำสั่งที่มีผลกระทบต่อประชาชน หรือบุคคลใด คณะกรรมการดังกล่าวย่อมถือเป็นเจ้าพนักงานของรัฐตามความในมาตรา 4 และหากเจ้าพนักงานของรัฐปฏิบัติในตำแหน่งหรือหน้าที่หรือใช้อำนาจในตำแหน่งหรือหน้าที่โดยมิชอบ เพื่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด เจ้าพนักงานของรัฐผู้นั้นย่อมต้องรับผิด ซึ่งพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญดังกล่าวได้กำหนดโทษทางอาญาไว้

บทสรุป

การใช้มติเวียนของคณะกรรมการภาครัฐ ไม่สมควรที่จะนำมาใช้ในเรื่องที่มีความสำคัญ หรือเรื่องที่มีผลกระทบต่อสิทธิของบุคคล ในกรณีดังกล่าวคณะกรรมการควรจะต้องมีการประชุมหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการอภิปราย ถกแถลงเหตุผล เพื่อให้ได้มาซึ่งมติที่ชอบและเป็นธรรมสำหรับทุกฝ่าย อย่างไรก็ตาม การใช้มติเวียนโดยปราศจากความระมัดระวัง หรือด้วยความตั้งใจ หรือโดยเจตนาทุจริต อาจนำไปสู่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการทั้งในทางปกครอง ในทางแพ่ง และในทางอาญา ดังนั้น การพิจารณาโดยคณะกรรมการภาครัฐจึงจำเป็นที่จะต้องกระทำด้วยความรอบคอบ รัดกุม เพื่อป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เกี่ยวข้องและคณะกรรมการในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

กฎหมาย

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542

พระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต พ.ศ. 2561

หนังสือ/ตำรา/วารสาร/เอกสาร

กมลชัย รัตนสากววงศ์. (2560). ปัญหาของระบบคณะกรรมการตามกฎหมาย. หน้า 4. ในโครงการ
สัมมนา เรื่อง หลักเกณฑ์การใช้ระบบคณะกรรมการในกฎหมาย.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2551). คู่มือแบบการร่างกฎหมาย. กรุงเทพฯ : สำนักงาน
คณะกรรมการกฤษฎีกา.

วรเจตน์ ภาคีรัตน์. (2557). คำสอนว่าด้วยรัฐและกฎหมายมหาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะ
นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิชญ์ เครืองาม. (2556). การตัดสินใจในรูปคณะกรรมการการรัฐ. วารสารราชบัณฑิตยสถาน. ปีที่ 38.
ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน. หน้า 105.

เว็บไซต์

กองฝึกอบรม กระทรวงมหาดไทย. (2558). การตัดสินใจ. ค้นคืน 15 มีนาคม 2565 จาก

<https://www.dol.go.th/train/DocLib1/13decision.pdf>

วิษุวัช ต้นมี. (2563). ความชอบด้วยกฎหมายขององค์กรกลุ่มในรูปคณะกรรมการ. ค้นคืน 1 เมษายน
2565 จาก <https://www.krisdika.go.th/data/activity/act13497.pdf>

ศุภวัฒน์ สิงห์สูงษ์. (2563). หลักทั่วไปในการดำเนินงานของคณะกรรมการที่มีอำนาจพิจารณาทาง
ปกครอง. ค้นคืน 2 เมษายน 2565 จาก

<https://www.krisdika.go.th/data/activity/act13701.pdf>

ส่วนพัฒนาและบริหารจัดการความรู้ สถาบันดำรงราชานุภาพ. (2553). การประชุมที่มีประสิทธิภาพ
และประสิทธิผล. ค้นคืน 1 เมษายน 2565 จาก

<https://library.moi.go.th/search/reader/moi344>

Guidelines on the Collection System of Tobacco Tax for the Local Maintenance of Bangkok

Vasin Pipattanachat¹ *Wanapa Naravage² Duangkamon Sritabutra³

(Received: 12 April 2022 ; Revised: 30 April 2022; Accepted: 1 May 2022)

Abstract

Bangkok Metropolitan Administration (BMA) began to have the concept of collecting tobacco tax for local maintenance, similar to Provincial Government Administration, since 2012. At present, in 2022, BMA has not implemented tobacco tax collection at all. BMA should start local tobacco tax collection as soon as possible, by issuing a local ordinance, or an amendment of the Bangkok Administrative Regulations Act, should be enacted in accordance with the Act of Determining Plans and Procedures for Decentralization of Powers to Local Administrative Organizations, B.E. 2542. The rate per one cigarette is supposed to be not over 10-cent per cigarette stick. Currently the tax collection exercised by the Provincial Administrative Organization is up to 9.30-cent per cigarette, or 1.86 bath per pack of cigarettes. By not collecting tobacco tax for the Bangkok Metropolitan area, may cause tax evasion problems for trans-national tobacco industry, which transports imported cigarettes into the Bangkok area. For the purpose of data collection on taxes collected by the Excise Department, it is advisable to separate the data on licences for domestically produced cigarettes, and imported cigarettes, with the collection of data on the number of cigarette sticks. By this method, the license numbers would be useful for the estimation, or useful for any other necessary studies.

Keywords: Tobacco tax, Tobacco tax for local maintenance, tax estimates

1 Faculty of Public Health, Thammasat University

2 Faculty of Public Health, Thammasat University

3 Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth)

* Corresponding author: hidedz99@hotmail.com

แนวทางการพัฒนาระบบการจัดเก็บภาษียาสูบเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ของกรุงเทพมหานคร

วศิน พิพัฒน์ฉัตร¹ * วรรณภา นาราเวช² ดวงกมล สิตบุตร์³

(วันรับบทความ 12 เม.ย.2565; วันแก้ไขบทความ 30 เม.ย. 2565; วันตอบรับบทความ 1 พค. 2565)

บทคัดย่อ

กรุงเทพมหานครเริ่มมีแนวคิดในการจัดเก็บภาษียาสูบเพื่อท้องถิ่นเหมือนกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปัจจุบันปี 2565 พบว่ากรุงเทพมหานครยังไม่ได้มีการจัดเก็บภาษีนี้แต่อย่างใด ซึ่งกรุงเทพมหานครสมควรมีการจัดเก็บภาษียาสูบเพื่อการบำรุงท้องถิ่นโดยเร็ว โดยอาจออกเป็นข้อบัญญัติท้องถิ่นหรือมีการแก้ไขพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานครให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 โดยกำหนดอัตราภาษีไม่เกินมวณละ 10 สตางค์ ปัจจุบัน องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่างๆ จัดเก็บที่มวณละ 9.30 สตางค์ หรือของละ 1.86 บาท ซึ่งการที่ไม่จัดเก็บภาษียาสูบเพื่อท้องถิ่นกรุงเทพมหานครยังอาจก่อให้เกิดปัญหาการหลีกเลี่ยงภาษีของอุตสาหกรรมยาสูบต่างชาติที่มีการนำเข้าบุหรี่มาไว้ในพื้นที่กรุงเทพมหานครด้วย ตลอดจน การจัดเก็บข้อมูลของกรมสรรพสามิตในเรื่องใบอนุญาตยาสูบ ไม่สมควรเก็บข้อมูลแบบรวมใบอนุญาตทั้งบุหรี่ผลิตในประเทศและบุหรี่ยานำเข้าเป็นข้อมูลเดียวในการจัดเก็บ สมควรมีการแยกการเก็บข้อมูลใบอนุญาตทั้งบุหรี่ยผลิตในประเทศและบุหรี่ยานำเข้า โดยมีการเก็บข้อมูลจำนวนมวนด้วย เพื่อสามารถนำตัวเลขใบอนุญาตไปใช้ในการประมาณการณ์หรือประกอบการศึกษาในเรื่องอื่นๆที่จำเป็นได้

คำสำคัญ: ภาษียาสูบ, ภาษียาสูบเพื่อการบำรุงท้องถิ่น, ประมาณการภาษี

1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

3 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.)

* ผู้รับผิดชอบบทความ ติดต่อ: hidedz99@hotmail.com

บทนำ (Introduction)

ประเทศไทยเป็นรัฐภาคีของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 (United Nations, 2003) ซึ่งมีพันธกรณีที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บภาษี คือ มาตรการลดอุปสงค์ทางด้านราคาและภาษีตามมาตรา 6 สำหรับประเทศไทยการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาใน 2 เรื่องนี้ บทบาทหลักจะเป็น กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง ที่ทำหน้าที่บังคับใช้พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 แต่ทั้งนี้ในระบบการจัดเก็บภาษียาสูบของประเทศไทย นอกจาก พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 แล้วยังมีการจัดเก็บเพื่อท้องถิ่น โดยกระจายอำนาจการจัดเก็บให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดำเนินการจัดเก็บโดยจะอาศัยอำนาจจากพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 มาตรา 64 ประกอบพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 (พาเกียรติ สมานบุตรและคณะ, 2553) ซึ่งแต่เดิม กรุงเทพมหานคร และราชการส่วนท้องถิ่น ได้รับเงินจัดสรรจาก ภาษีสรรพสามิต ตามพระราชบัญญัติ จัดสรรเงินภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2527 แต่ไม่มีการจัดเก็บจาก ยาสูบ เป็นการเรียกเก็บจาก สินค้าอื่นๆ เช่น น้ำมัน หรือ ซีเมนต์ สำหรับกรุงเทพมหานครมีความพยายามจัดเก็บภาษียาสูบเพื่อท้องถิ่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 โดย ปลัดกรุงเทพมหานคร ในขณะที่นั้น ได้มีการเสนอต่อกระทรวงมหาดไทย ขอให้ปรับปรุงกฎหมายเพื่อเก็บภาษีบุหรี่ท้องถิ่นของพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการเสนอขอเก็บภาษี 5 สตางค์ต่อมวน ซึ่ง ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สนับสนุนข้อเสนอของปลัดกรุงเทพมหานคร ที่จะให้กระทรวงมหาดไทยแก้กฎหมายเพื่อเก็บภาษีบุหรี่ท้องถิ่นให้แก่กรุงเทพมหานคร แต่ควรให้เก็บมวนละ 9.3 สตางค์ แทนที่จะเสนอเก็บเพียง 5 สตางค์ต่อมวน เนื่องจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศได้เก็บภาษีบุหรี่ซิกาแรตท้องถิ่นมานานแล้ว และอัตราการจัดเก็บล่าสุดเท่ากับมวนละ 9.3 สตางค์หรือ 1.86 บาทต่อซอง (บุหรี่ 20 มวน) ทั่วประเทศไทย กรุงเทพฯซึ่งมีมาตรฐานการครองชีพที่สูงกว่าจังหวัดอื่น ๆ ของประเทศ จึงไม่ควรที่ภาษีบุหรี่ท้องถิ่นจะเก็บในอัตราที่ต่ำกว่าจังหวัดอื่น ๆ (สสส, 2555) ในปี พ.ศ. 2555 นี้ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เคยสนับสนุนให้ กทม.จัดเก็บภาษีบำรุงท้องถิ่น สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ มีการถกแถลงในหมู่นักวิชาการควบคุมยาสูบในเรื่องนี้อยู่เป็นระยะ

ในปี พ.ศ. 2560 ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ได้เคยมีการนำเสนอข่าว “หนุนแก้ กม.ให้ กทม.เก็บภาษีค่าปลีกยาสูบได้เหมือน อปท.อื่น” (H Focus, 2560) และในปีเดียวกัน มีความพยายามอีกครั้ง ในการเสนอญัตติ โดย นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ สมาชิกสภากรุงเทพมหานคร (ส.ก.) ปรากฏตาม หนังสือที่ ญ. 22/2560 ลงวันที่ 27 กันยายน 2560 เรียน

ประธานสภากรุงเทพมหานคร เรื่อง เสนอญัตติขอให้กรุงเทพมหานครเร่งดำเนินการผลักดันขับเคลื่อนการเก็บภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบในกรุงเทพมหานคร สมัยประชุมสามัญ สมัยที่ 4 (ครั้งที่ 1) เรื่อง ขอให้ กทม.เร่งดำเนินการผลักดันขับเคลื่อนการเก็บภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบใน กทม. และมาในปี พ.ศ. 2563 นายชจิต ชีวานิชย์ รองปลัด กทม. ได้กล่าวว่า “กทม.อยู่ระหว่างการเสนอร่างพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร (ฉบับที่...) พ.ศ. ...ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 25 เพื่อให้ กทม.มีอำนาจออกข้อบัญญัติจัดเก็บรายได้จากภาษีบำรุงกรุงเทพมหานครสำหรับยาสูบ โดยกำหนดอัตราภาษีไม่เกินมวลละ 10 สตางค์ เช่นเดียวกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่างๆ และได้แก้ไขมาตรา 116 ให้กรุงเทพมหานครสามารถมอบให้การยาสูบแห่งประเทศไทยซึ่งเป็นรัฐวิสาหกิจเรียกเก็บภาษีบำรุงกรุงเทพมหานครสำหรับยาสูบที่ผลิตในราชอาณาจักรได้” (ไทยรัฐ, 2563) ทั้งนี้ผลจากปัญหาของการที่ กรุงเทพมหานครไม่มีการจัดเก็บภาษีบำรุงท้องถิ่น นอกจาก กรุงเทพมหานครจะขาดรายได้ อันเป็นงบประมาณที่กรุงเทพมหานครสมควรได้รับแล้ว ยังส่งผลต่อการใช้กลไกช่องว่างทางกฎหมายนี้หลีกเลี่ยงการเสียภาษียาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานครด้วย ดังจะเห็นได้จาก การให้ข้อมูลของ นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ สมาชิกสภากรุงเทพมหานคร (ส.ก.) ปรากฏตาม หนังสือที่ ญ. 22/2560 ลงวันที่ 27 กันยายน 2560 เรียบประธานสภากรุงเทพมหานคร เรื่อง เสนอญัตติขอให้กรุงเทพมหานครเร่งดำเนินการผลักดันขับเคลื่อนการเก็บภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบในกรุงเทพมหานคร สมัยประชุมสามัญ สมัยที่ 4 (ครั้งที่ 1) เรื่อง ขอให้ กทม.เร่งดำเนินการผลักดันขับเคลื่อนการเก็บภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบใน กรุงเทพมหานคร (กรุงเทพมหานคร, 2560) อีกประเด็นหนึ่งคือ พื้นที่กรุงเทพมหานคร ยังถูกใช้เป็นพื้นที่ในการเลี่ยงภาษีของ บุหรืนำเข้าได้ด้วย ซึ่งนพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ ยังกล่าวต่อสื่อมวลชนว่า “วิธีการจัดเก็บภาษีนี้นั้น โรงงานยาสูบและผู้นำเข้าจะจ่ายภาษียาสูบ 1.86 บาทต่อซองส่งให้ส่วน อบจ. ทันทิแต่ส่วนนี้กทม.ไม่เคยได้ โดยเฉพาะบุหรืนำเข้าจากต่างประเทศพบว่า บริษัทต่างประเทศจะนำสินค้ามาพักในพื้นที่กรุงเทพฯ เพราะไม่ถูกเก็บภาษียาสูบ ก่อนที่ร้านค้าในกทม.จะกระจายสินค้าไปยังต่างจังหวัดเพื่อนำขายต่อไป ทำให้กทม.ได้รับผลกระทบจากบุหรืต่างประเทศสองแดง คือ ไม่ได้ภาษียาสูบของละ 1.86 บาทและผู้นำเข้ายังมาฝากขายบุหรือีก” บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจถึงวิธีการหลีกเลี่ยงภาษีของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการใช้พื้นที่กรุงเทพมหานคร และเพื่อประมาณการรายได้เริ่มต้นจาก ปี 2555 ถ้ามีการจัดเก็บภาษียาสูบบำรุงท้องถิ่นของกรุงเทพมหานครจนถึงปัจจุบัน ด้วยเหตุที่มาของปัญหาดังที่ได้กล่าวข้างต้นนี้ จึงเป็นที่มาของบทความวิชาการฉบับนี้ เพื่อสนับสนุนการผลักดันนโยบาย ให้ข้อเสนอแนะในการจัดเก็บภาษียาสูบเพื่อพัฒนาท้องถิ่นให้กับ กรุงเทพมหานครต่อไป

ประเด็นระบบการจัดเก็บภาษียาสูบเพื่อบำรุงท้องถิ่น

การทำความเข้าใจเรื่องระบบการจัดเก็บภาษียาสูบเพื่อบำรุงท้องถิ่นนั้น ต้องเข้าใจใน 2 ประเด็นหลักที่เป็นสาระสำคัญ คือ 1) บุหรี่ 1 มวน มีภาระภาษี อะไรบ้าง และ 2) ระบบใบอนุญาตยาสูบของกรมสรรพสามิต เพื่อนำไปสะท้อนให้เห็นถึงตัวเลขของผู้ประกอบการค้ายาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และอาจนำไปใช้ในการประเมินจำนวนรายได้ที่กรุงเทพมหานครพึงได้รับถ้ามีการจัดเก็บภาษีเพื่อบำรุงท้องถิ่นด้วย

1) บุหรี่ 1 มวน มีภาระภาษี ดังนี้

1. ภาษีสรรพสามิต ตามพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ซึ่งจะทำให้หน้าที่จัดเก็บภาษีเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ (Earmark Tax) ภาษีโทรทัศน์ ตามพระราชบัญญัติการกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2551 มาตรา 12 (ร้อยละ 1.5 ของสรรพสามิตจากสุราและยาสูบ) กำหนดให้มีขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการจัดหาเงินทุนสำหรับองค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (ทีวีไทย) เงินบำรุง สสส. ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 (มาตรา 11 ร้อยละ 2 ของภาษีสรรพสามิตจากสุราและยาสูบ) กำหนดให้มีขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการจัดหาเงินทุนสำหรับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ส่งเงินบำรุงกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติการกีฬาแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2558 (มาตรา 17 ร้อยละ 2 ของภาษีสรรพสามิตจากสุราและยาสูบ) ส่งเงินบำรุงให้กองทุนผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 (มาตรา 15/1 ร้อยละ 2 ของภาษีสรรพสามิตจากสุราและยาสูบ) และ การจัดเก็บเงินภาษีเพิ่มขึ้นเพื่อราชการส่วนท้องถิ่น ในส่วนที่ 15 มาตรา 150-151 พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ซึ่งขณะนี้มีการประกาศพระราชกฤษฎีกากำหนดอัตราภาษีสรรพสามิตที่จัดเก็บเพิ่มขึ้นเพื่อราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560 โดยให้ผู้มีหน้าที่เสียภาษีสรรพสามิตตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิตเสียภาษีเพิ่มขึ้นเพื่อราชการส่วนท้องถิ่นสำหรับสินค้าหรือบริการในอัตราร้อยละสิบของภาษี

2. ภาษีมูลค่าเพิ่ม ตามประมวลรัษฎากร (ร้อยละ 7 ของราคาขายปลีกสูงสุด) โดยจัดเก็บในขั้นตอนเดียวโดยผู้ผลิตหรือนำเข้า คิดตาม “จำนวนเต็มของราคา”

3. เงินบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ชองละ 1.86 บาท) มีผลบังคับใช้กับพื้นที่ใน 75 จังหวัดและกรมสรรพสามิตเป็นตัวแทนในการจัดเก็บในนามองค์การบริหารส่วนจังหวัดทั่วประเทศ (แต่ไม่รวมถึง กรุงเทพมหานคร) โดยในปี พ.ศ. 2543 โรงงานยาสูบมีหน้าที่เสียภาษีเงินได้แทนผู้ขายสินค้าทอดหนึ่งทอดใดหรือทุกทอดที่ซื้อยาสูบของโรงงานยาสูบตามวิธีการ อัตรา และ

ประเภทยาสูบตามที่กำหนดโดยกฎกระทรวง ทั้งนี้ เฉพาะสำหรับเงินได้จากการขายยาสูบนั้น ตาม มาตรา 48 ทวิ และมาตรา 65 จัตวา แห่งประมวลรัษฎากร ซึ่งกฎกระทรวง ฉบับที่ 134 (พ.ศ. 2516) และกฎกระทรวง ฉบับที่ 158 (พ.ศ. 2526) กำหนดว่า โรงงานยาสูบจะต้องเสียภาษีเงินได้แทนผู้ขาย ยาสูบทุกทอดที่ซื้อยาสูบของโรงงานยาสูบ ทั้งกรณีผู้ขายทุกทอดเป็นบุคคลธรรมดาและบริษัทหรือ ห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล โดยต้องเสียภาษีในอัตราร้อยละ 12.5 ของกำไรของผู้ขายส่งไม่ว่าทอดใด และ ในอัตราร้อยละ 10.0 ของกำไรของผู้ขายปลีก กรมสรรพสามิตได้ออกประกาศกรมสรรพสามิต เรื่อง กำหนดราคายาสูบ (ฉบับที่ 7/2542) ลงวันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ.2542 กำหนดราคายาสูบปลีกสำหรับผู้ รับอนุญาตขายยาสูบประเภทต่าง ๆ ซึ่งเป็นราคาเดียวกันทั่วประเทศไม่ว่าร้านค้าจะตั้งอยู่ในเขต องค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือไม่ก็ตาม และเป็นราคาเดียวกันกับราคายาสูบปลีกที่โรงงานยาสูบ ประกาศกำหนด (กรมสรรพากร, 2543) โดยประเด็นนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การยาสูบแห่ง ประเทศไทยทำหน้าที่เพียงแต่ยื่นแบบให้ผู้ค้านั้น โดยภาระทางภาษียังคงผลักให้กับผู้ค้า ซึ่ง ปัจจุบันมีการประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 ได้ให้เห็นชอบตามข้อเสนอของ กระทรวงการคลังเกี่ยวกับมาตรการการปรับปรุงแก้ไขการเสียภาษีเงินได้ออกแทนให้ผู้ขายส่งและ ผู้ขายปลีกสินค้ายาสูบของการยาสูบแห่งประเทศไทย โดยกำหนดให้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 การยาสูบแห่งประเทศไทย จะไม่มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ออกแทน ให้ผู้ขายส่งและผู้ขายปลีกสินค้า ยาสูบแล้ว ดังนั้น ผู้ขายสินค้ายาสูบทั้งที่เป็นนิติบุคคลและบุคคลธรรมดานั้นมีหน้าที่นำเงินได้จากการ ขายสินค้ายาสูบมารวมคำนวณและยื่นแบบแสดงรายการภาษีเงินได้ประจำปี ซึ่งก่อนหน้านี้การยาสูบ แห่งประเทศไทย มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้แทนผู้ขายสินค้ายาสูบ ในอัตรา 12.5% ของกำไรของผู้ขายส่ง ไม่ว่าทอดใด และในอัตรา 10% ของกำไรของผู้ขายปลีก โดยผู้ขายสินค้ายาสูบที่เสียภาษีเงินได้นิติ บุคคล ให้ถือว่าภาษีเงินได้ที่การยาสูบออกแทนนั้นถือเป็นเครดิตภาษีของผู้ขายสินค้ายาสูบ และ กรณีผู้ขายสินค้ายาสูบที่เสียภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา เงินได้จากการขายสินค้ายาสูบที่การยาสูบแห่ง ประเทศไทยได้ออกภาษีเงินได้แทนนั้นจะได้รับการยกเว้นไม่ต้องนำมารวมคำนวณเพื่อเสียภาษีเงินได้ บุคคลธรรมดา การดำเนินการดังกล่าวจะทำให้ผู้ประกอบการที่ขายสินค้ายาสูบของการยาสูบแห่ง ประเทศไทยมีการเสียภาษีเงินได้เช่นเดียวกับการขายสินค้าอุปโภคบริโภคทั่วไป และยังเป็นการสร้าง ความเท่าเทียมในการแข่งขันทางการค้าระหว่างผู้ผลิตสินค้าบุหรี่ประเทศและผู้นำเข้าสินค้าบุหรื จากต่างประเทศ (เดลินิวส์, 2562) แต่ในประเด็นนี้ รศ.ดร.สุชาติ ตังทางธรรม มีข้อสังเกตว่า มติ คณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 7 พ.ค. 2562 ที่เห็นชอบตามข้อเสนอของกระทรวงการคลัง เรื่อง การเก็บภาษี เงินได้จากผู้ค้ายาสูบ อาจส่งผลกระทบต่อ การยาสูบแห่งประเทศไทย และเอื้อต่ออุตสาหกรรมยาสูบ ต่างชาติ เพราะ ความเป็นจริง การยาสูบแห่งประเทศไทย ไม่ได้รับภาระภาษีแทนผู้ค้า แต่คำนวณและ

เก็บภาษีเงินได้จากผู้ค้าแล้วตั้งแต่ต้นทาง จากนั้นจึงคืนเงินส่วนดังกล่าวกลับไปให้ผู้ค้าเพื่อจ่ายภาษีเอง ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 เป็นต้นไป แต่จากข่าวที่นำเสนอ กลับกล่าวว่า การยาสูบแห่งประเทศไทย (ยสท.) หรือโรงงานยาสูบเดิม รับภาระภาษีโดยจ่ายภาษีเงินได้ให้แก่กรมสรรพากรแทนผู้ค้าส่ง ผู้ค้าปลีกมาโดยตลอดและปัจจุบันกำลังจะไม่รับภาระนี้อีกต่อไปจุดที่เป็นข้อสังเกตของ รศ.ดร.สุชาติ ตังทางธรรม ต่อกรณีปัญหานี้ คือ ระบบเดิมที่ถือปฏิบัติกันมาแต่เดิม คือการเก็บภาษีเงินได้ตั้งแต่ต้นทาง โดย ยสท. นำส่งภาษีนี้นี้ให้กรมสรรพากรแทนผู้ค้าส่งค้าปลีก จะทำให้ผู้ค้าไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาษีได้ ซึ่งเป็นระบบปฏิบัติที่ดีอยู่แล้วและควรใช้กับบุหรี่นำเข้า ด้วยเพื่อลดช่องทางการเลี่ยงภาษี แต่มติ คณะรัฐมนตรีดังกล่าว จะทำให้ผู้ค้าอาจเลิกจำหน่ายบุหรี่ไทย เพราะกระบวนการเสียภาษีมีความยุ่งยาก ซึ่งเอื้อต่อบุหรี่ต่างชาติที่นำเข้ามาในประเทศ (ผู้จัดการออนไลน์, 2562)

4. กรณีบุหรี่ซิการ์เรต นำเข้าอากรขาเข้า ตามภาษีศุลกากรผันแปรไปตามประเทศ แหล่งกำเนิดที่ส่งสินค้ามาขายในประเทศไทย (หลักการปฏิบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับการอนุเคราะห์ยิ่ง)

ทั้งนี้ วิธีการจัดเก็บภาษียาสูบ เพื่อบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะอาศัยอำนาจจากพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 มาตรา 64 ซึ่งมีสาระสำคัญ คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจออกข้อบัญญัติเก็บภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด จากการค้าในเขตจังหวัด สำหรับยาสูบจัดเก็บเพิ่มขึ้นได้ไม่เกินมวลละสิบสตางค์ เช่น ข้อบัญญัติองค์การบริหาร ส่วนจังหวัดราชบุรีเก็บภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดจากผู้ค้ายาสูบ พ.ศ.2555 (องค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี, 2555) หรือ ข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัดฉะเชิงเทรา เรื่อง การเก็บภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2553 (องค์การบริหารส่วนจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2553)

ประเด็นวิเคราะห์ภาษียาสูบเพื่อการบำรุงท้องถิ่น

เจตนารมณ์ของการจัดเก็บไม่แตกต่างกัน คือ เพื่อสนับสนุนราชการส่วนท้องถิ่น แต่ข้อต่างกัน จะมี 2 ประเด็นกล่าวคือ

ประเด็นที่ 1 ในเรื่องของ การใช้อำนาจในการบริหารจัดการ กรณีถ้าให้กรมสรรพสามิตจัดเก็บตาม พระราชกฤษฎีกากำหนดอัตราภาษีสรรพสามิตที่จัดเก็บเพิ่มขึ้นเพื่อราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560 คำว่า “ราชการส่วนท้องถิ่น” ไม่มีการบัญญัติไว้โดยตรงในพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ตลอดจน พระราชกฤษฎีกากำหนดอัตราภาษีสรรพสามิตที่จัดเก็บเพิ่มขึ้นเพื่อราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560 ดังนั้น การตีความคำว่า “ราชการส่วนท้องถิ่น” จึงต้องอาศัยความหมายจากพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 เข้ามาร่วมในการตีความ ซึ่งสะท้อนให้เห็น

ถึงหลักการรวมอำนาจ แต่การจัดเก็บภาษียาสูบ เพื่อบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะอาศัยอำนาจจากพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นหลักการกระจายอำนาจ ซึ่งให้อำนาจ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เท่านั้น ในการจัดเก็บภาษียาสูบได้เอง โดยไม่ต้องผ่านการจัดเก็บจากกรมสรรพสามิต แต่ถ้าพิจารณาจากคำว่า “ราชการส่วนท้องถิ่น” จะมีหลายระดับด้วยกันตาม พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล ราชการส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่มิกฎหมายกำหนด ซึ่งไม่เจาะจงในการให้อำนาจในการจัดเก็บภาษีโดยตรงแก่ราชการส่วนท้องถิ่น

ประเด็นที่ 2 การจัดเก็บภาษียาสูบ เก็บจากบุคคลที่แตกต่างกัน ถ้าเป็น พระราชกฤษฎีกากำหนดอัตราภาษีสรรพสามิตที่จัดเก็บเพิ่มขึ้นเพื่อราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560 จะเก็บจาก ผู้มีหน้าที่เสียภาษีสรรพสามิต ซึ่งสำหรับยาสูบ จะจัดเก็บจาก ผู้ผลิตและผู้นำเข้า แต่ถ้าเป็นการจัดเก็บของ องค์การบริหารส่วนจังหวัด จะจัดเก็บจาก ผู้ค้าส่งหรือค้าปลีกในเขตจังหวัด เว้นแต่ผู้ประกอบการค้าหรือค้าปลีกที่มีหลักฐานแสดงว่าได้ซื้อหรือรับยาสูบชนิดบุหรี่ยี่ห้อจาก ผู้ประกอบการที่ได้จดทะเบียนสถานการค้าและเสียภาษีแล้ว

2) ระบบใบอนุญาตยาสูบของกรมสรรพสามิต ในเรื่องใบอนุญาตยาสูบนั้น ขอแยกพิจารณาเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก เป็นใบอนุญาตก่อนจะมีการใช้บังคับพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 โดยจะบังคับตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง ฉบับที่ 17 (2534) แยกเป็น 3 ประเภท (ฉัตรสมน พดุมิภิญโญ, 2558) กล่าวคือ

- ประเภทที่ 1 ขยายบุหรี่ยี่ห้อโดยไม่จำกัดจำนวน ซึ่งต้องเป็น (1) โรงอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐ หรือ (2) ผู้นำเข้าที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นตัวแทนจำหน่าย หรือได้รับแต่งตั้งจาก (1) และ (2)

- ประเภทที่ 2 ขายครั้งละไม่เกิน 20,000 มวน ต้องได้รับการแต่งตั้งจากผู้ขายประเภท 1 หรือเรียกว่า ผู้ขายส่งแบบจำกัดจำนวน ถ้าเป็นยาเส้นปรุงหรือยาเคี้ยว ครั้งละไม่เกิน 10 กิโลกรัม

- ประเภทที่ 3 ขายครั้งละไม่เกิน 1,000 มวน ถ้าเป็นยาเส้นปรุงหรือยาเคี้ยว ครั้งละไม่เกิน 200 กรัม หรือที่เรียกว่า ผู้ค้าปลีก ซึ่งต้องพิจารณาสถานที่ขายด้วย กล่าวคือ ไม่ตั้งอยู่ในสถานศึกษา รวมทั้งบริเวณต่อเนื่องที่ติดกับสถานศึกษา ศาสนสถาน ไม่ว่าจะมีรั้วหรือไม่ รวมทั้งบริเวณต่อเนื่องที่ติดกับศาสนสถาน หรือ สถานที่ขายยาสูบที่ไม่เคยถูกเพิกถอนใบอนุญาตขยายบุหรี่ยี่ห้อตั้งแต่ที่พ้นเวลา 5 ปี กล่าวคือ เป็นใบอนุญาตตาม พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 เดิม เนื่องจากในช่วงปี พ.ศ. 2555 ที่ได้ข้อมูลจาก ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสรรพสามิต การบังคับใช้เรื่องการ

อนุญาตจะยังคงอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 และมีการแยกจัดเก็บข้อมูลอย่างชัดเจนในส่วนของใบอนุญาตบุหรี่ยี่ห้อที่ผลิตในประเทศและบุหรี่ที่นำเข้าในพื้นที่กรุงเทพมหานครแต่ในส่วนข้อมูลใบอนุญาตตามพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ไม่มีการแยกการจัดเก็บข้อมูลบุหรี่ยี่ห้อที่ผลิตในประเทศและบุหรี่นำเข้า ดังนั้น ในส่วนของการวิเคราะห์รายได้ที่กรุงเทพมหานครพึงได้รับโดยอาศัยจากการประมาณการณจึงจำกัดขอบเขตตั้งแต่ปี 2555 ถึง 2560

ประมาณการของภาษียาสูบเพื่อบำรุงท้องถิ่นของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เนื่องด้วยไม่มีข้อมูลจำนวนผู้บริโภคในพื้นที่ กรุงเทพมหานครและจำนวนมวนเฉลี่ยในการสูบบุหรี่ ดังนั้นในการวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้วิธีการนำจำนวนบุหรี่ยี่ห้อเสียภาษีของทั้งประเทศ มาคูณด้วย ภาษีองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่จัดเก็บจำนวน 1.86 บาทต่อซอง และนำมาลบกับ ภาษีองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่จัดเก็บได้ โดยข้อมูลจำนวนของบุหรี่ยี่ห้อเสียภาษีได้มาจาก ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และ ข้อมูล ภาษีองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้มาจาก สำนักเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง โดยการประมาณการเริ่มต้นจาก ปี พ.ศ. 2555 ปีที่ กรุงเทพมหานคร เริ่มต้นแนวคิดที่จะจัดเก็บภาษียาสูบ

ตารางที่ 1 การประมาณการภาษียาสูบในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

ปี	จำนวนของบุหรี่ยี่ห้อที่มีการจัดเก็บภาษี (ล้านซอง)	ภาษีองค์การบริหารส่วนจังหวัด 1.86 บาทต่อซอง (ล้านบาท)	ภาษีองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ล้านบาท)	ประมาณการภาษียาสูบในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร (ล้านบาท)
2555	2,156.70	4,011.46	3,027.39	984.07
2556	2,182.00	4,058.52	3,062.28	996.24
2557	2,003.67	3,726.83	3,131.17	595.66
2558	2,164.04	4,025.11	3,401.80	623.32
2559	1,923.74	3,578.16	3,060.29	517.87
2560	1,950.95	3,628.77	3,130.14	498.63
รวม				4,215.79

**จำนวนใบอนุญาตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ
กรมสรรพสามิต จำนวนใบอนุญาตที่มีอายุ 1 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร**

ตารางที่ 2 จำนวนใบอนุญาตยาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ปี	ใบอนุญาต	บุหรี่ผลิตในประเทศ จำนวน (ใบ)	บุหรี่นำเข้า จำนวน (ใบ)
2555	ประเภทที่ 1	9	35
	ประเภทที่ 2	129	83
	ประเภทที่ 3	37,443	36,045
2556	ประเภทที่ 1	7	34
	ประเภทที่ 2	134	110
	ประเภทที่ 3	40,840	35,558
2557	ประเภทที่ 1	9	40
	ประเภทที่ 2	129	111
	ประเภทที่ 3	37,443	32,755
2558	ประเภทที่ 1	14	41
	ประเภทที่ 2	133	117
	ประเภทที่ 3	40,238	35,236
2559	ประเภทที่ 1	15	53
	ประเภทที่ 2	131	111
	ประเภทที่ 3	33,804	30,153
2560	ประเภทที่ 1	16	56
	ประเภทที่ 2	133	113
	ประเภทที่ 3	37,225	32,841

จากข้อมูล ใบอนุญาต ประเภท 1 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครจะเห็นได้ว่า มีจำนวนมากกว่า ใบอนุญาตประเภท 1 ของบุหรี่ผลิตในประเทศ ซึ่งแสดงให้เห็นถึง ช่องว่างและโอกาสในการที่ บริษัทที่นำเข้าบุหรี่อาจใช้กลไก การไม่เสียภาษีเพื่อบำรุงท้องถิ่นของ กรุงเทพมหานครจึงอาจเป็นช่องทางหนึ่งในการเลี่ยงภาษีได้ โดยผ่านกลไกรูปแบบการค้าสมัยใหม่ (Modern Trade) ซึ่งสอดคล้อง

กับความเห็นของ นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ ที่ได้กล่าวในตอนต้น และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตัวแทนผู้ค้าส่งบุหรี่ผลิตในประเทศ ประเด็นที่น่าสนใจ คือ กรมสรรพสามิตควรมีการเก็บข้อมูลจำนวนมวนบุหรี่แบบแยกบุหรี่ยี่ห้อเข้าและบุหรี่ภายในประเทศด้วย เพื่อสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการวิเคราะห์เพิ่มเติมในประเด็นที่สำคัญได้ เช่น รัฐจะสูญเสียรายได้เท่าไรจากการไม่จัดเก็บภาษียาสูบนำเข้าในพื้นที่กรุงเทพมหานครของ อุตสาหกรรมยาสูบต่างชาติ

สรุปและขอเสนอแนะ (Conclusion and Recommendations)

1. วิธีการหลีกเลี่ยงภาษีของอุตสาหกรรมยาสูบที่นำเข้าบุหรี่ยี่ห้อกรวด โดยการใช้พื้นที่กรุงเทพมหานคร จากข้อมูลการสัมภาษณ์ตัวแทนผู้ค้าส่ง และค่าปลีกของบุหรี่ยี่ห้อผลิตในประเทศให้ความเห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่ อุตสาหกรรมยาสูบที่นำเข้าบุหรี่ยี่ห้อกรวด อาจใช้พื้นที่กรุงเทพมหานครในการเลี่ยงภาษีได้ โดยเป็นการกระทำที่อาศัยช่องว่างของการที่กรุงเทพมหานคร ไม่จัดเก็บภาษีท้องถิ่น เหมือนกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งสอดคล้องไปกับข้อมูลของ กรมสรรพสามิต ที่จะเห็นได้ว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง 2560 ใบอนุญาตประเภทที่ 1 ของบุหรี่ยี่ห้อนำเข้าจะมากกว่า ใบอนุญาตประเภทที่ 1 ของบุหรี่ยี่ห้อผลิตในประเทศ และรายได้ถ้ามีการจัดเก็บจากบุหรี่ยี่ห้อนำเข้าจะสูงกว่าบุหรี่ยี่ห้อผลิตในประเทศ

2. การประมาณการรายได้เริ่มต้นจาก ปี 2555 ถ้ามีการจัดเก็บภาษียาสูบบำรุงท้องถิ่นของ กรุงเทพมหานครจนถึงปี 2560 จะได้รายได้ประมาณ 4,215.79 ล้านบาท แต่ทั้งนี้ข้อมูลที่มีขณะนี้ยังไม่สามารถประมาณการจำนวนรายได้แบบแยกบุหรี่ยี่ห้อผลิตในประเทศกับบุหรี่ยี่ห้อนำเข้าได้ กรมสรรพสามิต สมควรมีการจัดเก็บข้อมูลจำนวนมวนหรือจำนวนของ แบบแยกบุหรี่ยี่ห้อผลิตในประเทศ กับนำเข้า ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อสะดวกต่อการประมาณการรายได้ ที่กรุงเทพมหานครพึงได้รับ

3. จากข้อมูลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของกรุงเทพมหานครที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดเก็บภาษีไม่เห็นว่าเป็นภาระเพิ่มเนื่องจากเป็นภารกิจที่ต้องมีการทำตามกฎหมายอยู่แล้ว ในส่วนของการดำเนินงานของกรุงเทพมหานครที่มีร่างพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร (ฉบับที่...) พ.ศ. ที่เสนอต่อ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย วันที่ 8 ตุลาคม 2563 ที่กังวลต่อหลักการขัดต่อหลักการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตนั้นจริงๆแล้ว ผู้เขียนเห็นว่าไม่ขัดต่อหลักการจัดเก็บภาษีสรรพสามิต เนื่องจากเป็นการใช้หลักการบริหารราชการแผ่นดินที่แตกต่างกัน การจัดเก็บภาษีเพื่อท้องถิ่นเป็นการใช้อำนาจตามหลักการกระจายอำนาจ ให้ราชการส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่จัดเก็บเอง และผู้ที่ถูกจัดเก็บภาษีจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งการจัดเก็บภาษีเพื่อท้องถิ่นจะเป็น

การจัดเก็บจากผู้ค้าในพื้นที่เท่านั้น ไม่ได้มีการจัดเก็บให้ทั่วไปเหมือนกับการจัดเก็บของกรมสรรพสามิต

บทความนี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

1. กรุงเทพมหานครต้องจัดเก็บภาษีอาสูบเพื่อการบำรุงท้องถิ่นโดยเร็ว โดยอาจออกเป็นข้อบัญญัติท้องถิ่น หรือ มีการแก้ไขพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร โดยนำตัวอย่างจาก พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาเป็นแนวทาง โดยกำหนดอัตราภาษีไม่เกินมวลละ 10 สตางค์ ปัจจุบัน องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่างๆ จัดเก็บที่มวลละ 9.30 สตางค์ หรือของละ 1.86 บาท

2. การจัดเก็บข้อมูลของ กรมสรรพสามิตในเรื่องใบอนุญาตอาสูบ ไม่สมควรเก็บข้อมูลแบบรวมใบอนุญาตทั้งบุหรี่ผลิตในประเทศและบุหรี่ยำเข้าเป็นข้อมูลเดียวในการจัดเก็บ สมควรมีการแยกการเก็บข้อมูลใบอนุญาตทั้งบุหรี่ผลิตในประเทศและบุหรี่ยำเข้า ตลอดจนการจัดเก็บจำนวนของบุหรี่ในประเทศและบุหรี่ยำเข้า เพื่อสามารถนำตัวเลขใบอนุญาตไปในการประมาณการหรือประกอบการศึกษาในเรื่องอื่นๆที่จำเป็นได้

เอกสารอ้างอิง (References)

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560

พระราชกฤษฎีกากำหนดอัตราภาษีสรรพสามิตที่จัดเก็บเพิ่มขึ้นเพื่อราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560

พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534

กรมสรรพากร. (2543). ภาษีเงินได้ชำระแทนผู้ประกอบการค้ายาสูบที่มีข้อบัญญัติให้เก็บภาษีองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.). [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 1 มีนาคม 2565).จาก

<https://www.rd.go.th/23830.html>

กรุงเทพมหานคร. (2560). หนังสือที่ ญ. 22/2560 ลงวันที่ 27 กันยายน 2560. (วันที่สืบค้น 1 มีนาคม

2565). จาก <http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000110/News/Motion/motion60-04-01-3.pdf>

ฉัตรสุมน พงศ์ภิณูญ. (2558). กฎหมายและนโยบายการควบคุมยาสูบอย่างครอบคลุม. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 1(3): 259-260.

เดลินิวส์. (2562). ค่าส่ง-ค่าปลีกบุหรี่ย่อม สรรพากรออกกฎหมายให้จ่ายภาษีเพิ่ม. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 3 มีนาคม 2565).จาก <https://d.dailynews.co.th/economic/708944/>

- ผู้จัดการออนไลน์. (2562). จวกคลังทำไทยเสียค่าโง่ "ภาษีบุหรี่" 2 ต่อ ระวังบุหรืนอกยึดตลาด. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 3 มีนาคม 2565). จาก <https://mgronline.com/qol/detail/9620000056779>
- ไทยรัฐออนไลน์. (2563). กทม.เสนอแก้ พ.ร.บ.บริหาร กทม. คิดเก็บภาษีบุหรี่-โรงแรม-น้ำมัน. (วันที่สืบค้น 1 มีนาคม 2565) จาก <https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/1837096>
- พาเกียรติ สมานบุตรและคณะ. (2553). โครงการวิจัยและพัฒนา เรื่อง การเพิ่มขีดความสามารถขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในการจัดเก็บภาษียาสูบ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สสส. (2555). สนับสนุน กทม.เก็บภาษียาสูบ. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 1 มีนาคม 2565). จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/14604-สนับสนุน%20กทม.%20เก็บภาษียาสูบ.html>
- องค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี. (2555). คู่มือประชาชนการเก็บภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดจากผู้ค้ายาสูบองค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 1 มีนาคม 2565). สืบค้นจาก http://ratchaburipao.go.th/klang/news/news-pdf/K-newsPDF_1478146703.pdf
- องค์การบริหารส่วนจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2553). ข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัดฉะเชิงเทรา เรื่อง การเก็บภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2553 ราชบุรี. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 1 มีนาคม 2565). จาก <https://cpao.go.th/attachments/article/69/ข้อบัญญัติ%20การเก็บภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด%20พ.ศ.%202553.pdf>
- H Focus. (2560). “หนุนแก้ กม.ให้ กทม.เก็บภาษีค้ายาสูบได้เหมือน อปท.อื่น ชี้ที่ผ่านมาทำเสียรายได้ 615 ล้านบาทต่อปี”, [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 1 มีนาคม 2565) จาก <https://www.hfocus.org/content/2017/10/14679>
- United Nations Treaty Collection. (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control. Retrieved 2 February 2022, Available from https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsq_no=IX-4&chapter=9&clang=_en

Unlawful rule of the Ministry of Finance

Chardsumon Prutipinyo*

Abstract

Disputes concerning the unlawful rule by an administrative agency, The Ministry of Finance is the person who has been prosecuted according to the Central Administrative Court's judgment Case No. 502/2015.

For the reason that all forms of SYSADOA (glucosamine, chondroitin sulfate and diacerein) and the injectable group of osteoarthritis (hyaluronan and its derivatives) also, the benefits of the treatment have not been conclusively proven and they are costly. The Ministry of Finance issued a rule to suspend the disbursement of those drugs. A pensioner who used civil servant rights to treat osteoarthritis and has disbursement of injections to treat osteoarthritis has filed a lawsuit against the Ministry of Finance. The Central Administrative Court used two reasons for the plaintiff and the defendant: 1. Evidence of medical science by reviewing Thai and foreign medical practice guidelines and opinions from the Royal College of Physicians but the judgment of the case was not based on the medical practice to judge alone. 2. Principles of suitability under the law, equality of medical care, not eliminating the likelihood that patients will improve under limited evidence. The Ministry of Finance argues that SYSADOA is not cost effective and has unclear efficacy, which also contradicts practical guidelines. The court held that no firm conclusions had been reached on the efficacy of the prohibited drug. The reasons for the Ministry of Finance are not yet weighted to the hearing because there are no clear and consistent academic conclusions, issuing a rule that cuts off the benefits of government personnel under the constitution. It is therefore an unreasonable and unlawful exercise of discretion. The Central Administrative Court ruled that this rule was revoked and the Ministry of Finance did not appeal, so it was considered final.

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

การออกกฎของกระทรวงการคลังไม่ชอบด้วยกฎหมาย

ฉัตรสมน พฤตมิถุนิโย*

บทคัดย่อ

คดีพิพาทเกี่ยวกับการที่หน่วยงานทางปกครองออกกฎโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายโดยกระทรวงการคลัง เป็นผู้ถูกฟ้องคดี ตามคำพิพากษาศาลปกครองกลาง คดีหมายเลขแดงที่ อ. 502/2558

ด้วยเหตุผลที่ว่ายา SYSADOA (กลูโคซามีน คอนดรอยตินซัลเฟตและไดอะเซอเรน) ทุกรูปแบบและกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม (ไฮยาลูโรแนน และอนุพันธ์) ยังไม่ได้มีบทพิสูจน์ความชัดเจนเรื่องประโยชน์แห่งการรักษา และยังมีค่าใช้จ่ายสูงอีกด้วย ทำให้กระทรวงการคลังมีหนังสือออกมาเพื่อระงับการเบิกจ่ายยานั้น ทำให้อดีตข้าราชการที่ใช้สิทธิข้าราชการในการรักษาพยาบาลโรคข้อเข่าเสื่อมและมีการเบิกจ่ายสารฉีดเพื่อรักษาข้อเข่าเสื่อมฟ้องร้องกระทรวงการคลัง การพิจารณาคดีของศาลปกครองกลาง การนำเสนอเหตุผลของฝ่ายผู้ฟ้องคดีและผู้ถูกฟ้องคดี ใช้หลักการสองประการ ประการแรกคือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งการทบทวนแนวทางในประเทศไทยและต่างประเทศ แนวทางทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ การขอความเห็นจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แต่ว่าการตัดสินใจไม่ได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติมาตัดสินอย่างเดียว ประการที่สองที่ใช้ในการพิจารณาคดี คือ ความเหมาะสมตามหลักกฎหมาย ความเท่าเทียมกันของการรักษาพยาบาล การไม่ตัดโอกาสที่ผู้ป่วยจะดีขึ้น ภายใต้หลักฐานอันจำกัด ทั้งนี้ ในการออกหลักเกณฑ์ที่พิพาทของกระทรวงการคลังที่ให้เหตุผลว่าเป็นยา SYSADOA ไม่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพที่ไม่ชัดเจนนั้นยังขัดแย้งกับแนวทางปฏิบัติจริง ดังนั้น จึงต้องถือว่ายังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาที่ห้ามเบิกจ่าย เหตุผลของกระทรวงการคลังจึงยังไม่มีน้ำหนักแก่การรับฟัง เมื่อไม่มีข้อสรุปทางวิชาการที่ชัดเจนและสอดคล้องกัน การออกกฎอันเป็นการตัดสิทธิประโยชน์ของบุคลากรภาครัฐตามที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ จึงเป็นการใช้ดุลพินิจที่ไม่มีเหตุผลเพียงพอ และไม่ชอบด้วยกฎหมาย ศาลปกครองกลางพิพากษาให้เพิกถอนกฎดังกล่าว คดีนี้ไม่มีการอุทธรณ์ จึงถือว่าถึงที่สุด

* ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

ข้อเท็จจริงในคดีนี้ผู้ฟ้องคดีฟ้องและแก้ไขเพิ่มเติมฟ้องว่าผู้ฟ้องคดีเป็นข้าราชการบำนาญ โดยก่อนเกษียณอายุราชการ ผู้ฟ้องคดีดำรงตำแหน่งอาจารย์ 2 ระดับ 7 สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ ผู้ฟ้องคดีต้องพบแพทย์โรงพยาบาลศิริราชเป็นประจำ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับกระดูกและไขข้อ ซึ่งแพทย์ได้ให้ยาในกลุ่ม SYSADOA แล้วผู้ฟ้องคดีได้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมาโดยตลอด ต่อมาผู้ถูกฟ้องคดีโดยรองปลัดกระทรวงการคลังได้มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว.127 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2553 แจ้งว่า ได้กำหนดให้กลุ่มยา SYSADOA (กลูโคซามีน คอนดรอยตินซัลเฟต และโดอะเซเรน) ทุกรูปแบบและกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม (ไฮยาลูโรแนน และอนุพันธ์) เป็นรายการยาที่ห้ามเบิกจ่ายจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและไม่ให้คณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาลออกหนังสือรับรองการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้ผู้มีสิทธินำไปใช้เป็นหลักฐานประกอบการเบิกเงินจากส่วนราชการต้นสังกัด ทั้งนี้ให้มีผลบังคับใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ายากลุ่ม SYSADOA ทุกรูปแบบ และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม ไฮยาลูโรแนนและอนุพันธ์ ที่มีการสั่งใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2554 เป็นต้นไป โดยให้เหตุผลว่าคณะทำงานวิชาการทางการแพทย์ได้พิจารณาบททวนเอกสารทางวิชาการ จากองค์กรวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับอย่างรอบคอบแล้ว พบว่ากลุ่มยา SYSADOA ทุกรูปแบบ และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม (ไฮยาลูโรนิกและอนุพันธ์) ไม่มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิผล ไม่ชัดเจน ซึ่งผู้ฟ้องคดีเห็นว่า กลูโคซามีนซัลเฟต มีประสิทธิผลในการรักษาข้อเข่าเสื่อมและบรรเทาอาการปวดข้อเข่าและชะลอการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้ รวมทั้งมีผลเสียน้อยกว่าการผ่าตัดด้านการอักเสบในระยะยาวและได้รับการยอมรับทางการแพทย์ว่าเป็นทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม การออกหลักเกณฑ์ห้ามเบิกจ่ายกลุ่มยาดังกล่าวเป็นการใช้ดุลพินิจโดยไม่ชอบ ด้วยไม่สามารถแสดงให้เห็นว่ากลุ่มยาดังกล่าวไม่มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิผลไม่ชัดเจนอย่างไร ทั้งมีเจตนาแอบแฝงเพื่อต่อต้านการเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ตลอดจนผู้ฟ้องคดีไม่มีอำนาจตามกฎหมายในการออกคำสั่งห้ามคณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาลออกหนังสือรับรองที่เป็นการก้าวก้าวการใช้วินิจฉัยญาณในการประกอบโรคศิลปะของผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ การออกหลักเกณฑ์ของผู้ถูกฟ้องคดีดังกล่าวไม่ชอบด้วยกฎหมาย ทำให้ผู้ฟ้องคดีได้รับความเดือดร้อนเสียหายจากการที่ไม่สามารถเบิกจ่ายค่ายาในกลุ่มดังกล่าวได้จึงนำคดีมาฟ้องต่อศาล

ประเด็นและแนวทางการวินิจฉัยของศาลปกครองกลาง

กรณีมีประเด็นที่ต้องพิจารณาวินิจฉัยว่า หลักเกณฑ์ของผู้ถูกฟ้องคดีตามหนังสือกระทรวงการคลังด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว.127 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2553 ที่ห้ามเบิกจ่ายค่ายา กลุ่ม SYSADOA ทุกรูปแบบ และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อมไฮยาลูโรแนนและอนุพันธ์จากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและไม่ให้คณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาลออกหนังสือรับรองการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้ผู้มีสิทธินำไปใช้เป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายจากส่วนราชการต้นสังกัด เป็นกฎที่ขัดด้วยกฎหมายหรือไม่ ซึ่งในประเด็นนี้มีปัญหาที่ต้องพิจารณาวินิจฉัย ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ถูกฟ้องคดีมีอำนาจตามกฎหมายในการออกหลักเกณฑ์ดังกล่าวหรือไม่ พิจารณาแล้วเห็นว่า พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518 ได้บัญญัติให้ผู้ฟ้องคดีมีอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับการจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนั้นการที่ผู้ฟ้องคดีแจ้งหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ ตามหนังสือกระทรวงการคลังด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว.127 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2553 ที่ห้ามเบิกจ่ายค่ายากลุ่ม SYSADOA ทุกรูปแบบ และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม และไม่ให้คณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาลออกหนังสือรับรองการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติกลุ่มดังกล่าว อันมีผลทำให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการดังกล่าวของตนเองและบุคคลในครอบครัวไม่สามารถนำค่าใช้จ่ายอันเกิดขึ้นจากการรักษาที่เป็นค่ายาในกลุ่มยาดังกล่าวไปยื่นขอเบิกจ่ายได้ จึงเป็นการดำเนินการออกหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลทางราชการตามที่มาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ.2518 ประกอบกับมาตรา 8 วรรคสองแห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 บัญญัติให้อำนาจไว้

ส่วนข้ออ้างของผู้ฟ้องคดีที่ว่า ผู้ถูกฟ้องคดีไม่มีอำนาจออกคำสั่งห้ามคณะกรรมการแพทย์ ของสถานพยาบาลออกหนังสือรับรองการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งคำสั่งห้ามของผู้ถูกฟ้องคดีดังกล่าว เป็นการก้าวล่วงการใช้วินิจฉัยในการประกอบโรคศิลปะของผู้ได้รับอนุญาตประกอบโรคศิลปะซึ่งถือเป็นการขัดต่อความสงบเรียบร้อยของประชาชนนั้น

เมื่อพิจารณาตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 บัญญัติว่า ในพระราชบัญญัตินี้ “วิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสาร การสอดใส่วัตถุใดๆเข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย เห็นได้ว่า การออกหนังสือไม่ออกหนังสือรับรองการใช้นานอกับยาหลักแห่งชาติของคณะกรรมการแพทย์ตามหลักเกณฑ์ของผู้ถูกฟ้องคดีดังกล่าว ไม่ใช่การกระทำในขอบเขตความหมายของ “การประกอบวิชาชีพเวชกรรม” ตามบทนิยามในความหมาย ในพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ประกอบกับที่มาของการมีอำนาจในการออกหนังสือรับรองการใช้นานอกับยาหลักแห่งชาติของคณะกรรมการแพทย์ดังกล่าว ประกอบกับที่มาของการมีอำนาจในการออกหนังสือรับรองการใช้นานอกับยาหลักแห่งชาติของคณะกรรมการแพทย์ดังกล่าว สืบเนื่องจากผู้ฟ้องคดีได้มีประกาศเรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 แจกเวียนตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว.177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 กำหนดให้คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองการใช้นานอกับยาหลักแห่งชาติโดยให้ถือปฏิบัติตามหนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0526.5/ว.66 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2542 สำหรับสถานพยาบาลให้ถือตามหนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค 0526.5/ว.65 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2542 กรณีการออกหนังสือรับรองที่แสดงถึงสิทธิในการเบิกจ่ายค่ายานอกับยาหลักแห่งชาติจากระบบสวัสดิการของทางราชการของคณะกรรมการแพทย์ดังกล่าว จึงเป็นเรื่องที่คณะกรรมการแพทย์ได้รับมอบหมายอำนาจหน้าที่ทางปกครองจากผู้ฟ้องคดีอีกทอดหนึ่ง ดังนั้น หลักเกณฑ์ที่พิพาทของผู้ถูกฟ้องคดีในส่วนที่ห้ามคณะกรรมการแพทย์ออกหนังสือรับรองการใช้นานอกับยาหลักแห่งชาติกรณีกลุ่มยา SYSADOA และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม เพื่อไม่ให้ผู้มีสิทธินำไปใช้เป็นหลักฐานประกอบการเบิกเงินจากส่วนราชการต้นสังกัดดังกล่าว จึงหาใช่เป็นการก้าวล่วงไปในวิจรรณญาณการประกอบโรคศิลปะของผู้ได้รับอนุญาตประกอบโรคศิลปะหรือเป็นการดำเนินการที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยของประชาชนตามที่ผู้ฟ้องคดีกล่าวอ้างแต่อย่างใด **ข้ออ้างนี้ไม่อาจรับฟังได้**

ประเด็นที่ 2 การกระทำของผู้ถูกฟ้องคดีในการกำหนดหลักเกณฑ์ห้ามเบิกจ่าย ค่ายากลุ่มยา SYSADOA (กลูโคซามีน คอนดรอยตินซัลเฟต และไดอะเซอเรน) ทุกรูปแบบและกลุ่มยาฉีดเข้า

ข้อบรรเทาอาการ ข้อเสื่อม (ไฮยาลูโรแนนและอนุพันธ์) จากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นการใช้ดุลพินิจที่ชอบด้วยกฎหมายหรือไม่

ในประเด็นนี้มีปัญหาที่ต้องพิจารณาก่อนว่า หลักเกณฑ์ที่พิพาทของผู้ถูกฟ้องคดีดังกล่าว สอดคล้องกับมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบและอนุมัติในหลักการเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 หรือไม่

ข้อเท็จจริงปรากฏตามหนังสือกระทรวงการคลังด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว.127 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2553 ที่ห้ามเบิกจ่ายค่ายากลุ่มยา SYSADOA (กลูโคซามีน คอนดรอยตินซัลเฟต และ ไดอะเซอเรน) ทุกรูปแบบและกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการ ข้อเสื่อม (ไฮยาลูโรแนนและอนุพันธ์) จากระบบสวัสดิการรักษายาบาลว่า การออกหลักเกณฑ์นี้เป็นเรื่องที่สืบเนื่องจากคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพื่อจัดทำมาตรการกำกับดูแลการใช้จ่ายให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า โดยที่ความเป็นมาของมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าวปรากฏเนื้อหาตามหนังสือกระทรวงการคลังด่วนที่สุดที่ กค 0422.2/2528 ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2553 ว่า ผู้ถูกฟ้องคดีได้เสนอคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับข้อมูลกลุ่มรายการยาที่มีมูลค่าการสั่งใช้ยาก่อนข้างสูง และเป็นรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งเป็นรายการยาที่มีราคาแพงและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า มีการสั่งยาไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 9 กลุ่ม ซึ่งในจำนวนนี้มียาลดอาการข้อเข่าเสื่อม (Glucosamine) รวมอยู่ด้วย และผู้ถูกฟ้องคดีได้เสนอมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา โดยให้มีระบบตรวจสอบและควบคุมการเบิกจ่ายค่ายาบางกลุ่มหรือบางรายการให้เป็นไปตามบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือตามเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่องค์กรวิชาชีพกำหนด และให้ตั้งคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพื่อทำหน้าที่ให้ข้อมูลและให้ความคิดเห็น รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะทางนโยบาย เพื่อให้การพิจารณาดำเนินการไปเป็นไปอย่างละเอียดรอบคอบและสอดคล้องกับฐานะอำนาจตามกฎหมาย ต่อมาวันที่ 23 มีนาคม 2553 คณะรัฐมนตรีได้พิจารณามาตรการที่ผู้ถูกฟ้องคดีเสนอดังกล่าวแล้ว มีมติเห็นชอบและอนุมัติในหลักการ จะเห็นได้ว่า มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ถูกฟ้องคดีที่ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีดังกล่าว ได้วางหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบและควบคุมการเบิกจ่ายค่ายาโดยให้คำนึงถึงองค์ประกอบสำคัญสองประการ ประการแรก คือ บัญชียาหลักแห่งชาติ และประการที่สอง คือ เงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่องค์กรวิชาชีพกำหนด ซึ่งข้อเท็จจริงในคดีนี้รับฟังได้ว่า

กลุ่มยา SYSADOA (กลูโคซามีน คอนดรอยตินซัลเฟต และไคอะเซอเรน) ทุกรูปแบบและกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการ ข้อเสื่อม (ไฮยาลูโรแนนและอนุพันธ์) เป็นยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติเช่นนี้แล้ว กรณีการดำเนินการตรวจสอบและควบคุมการเบิกจ่ายค่ายาในรายการเหล่านี้ต้องให้ความสำคัญอย่างมากกับองค์ประกอบประการที่สอง คือ เงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่องค์กรวิชาชีพกำหนด ดังนั้น การจะรับฟังว่าหลักเกณฑ์ที่พิพาทของผู้ถูกฟ้องคดีสอดคล้องกับมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา กองสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ ซึ่งเป็นฐานที่มาของการออกหลักเกณฑ์ดังกล่าวหรือไม่ จึงต้องพิจารณาให้ได้ความก่อนว่า การห้ามเบิกจ่ายยา SYSADOA และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อมดังกล่าวสอดคล้องหรือเป็นไปในทิศทางเดียวกับเงื่อนไขหรือข้อบ่งชี้ที่องค์กรวิชาชีพกำหนดหรือไม่

สำหรับข้อสนับสนุนการห้ามเบิกจ่ายค่ายากลุ่มยา SYSADOA และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อมนั้น ผู้ถูกฟ้องคดีได้อ้างเหตุผลในการออกหลักเกณฑ์ดังกล่าวไว้ตามหนังสือกระทรวงการคลังด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว.127 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2553 ว่า คณะทำงานวิชาการทางการแพทย์ได้พิจารณาทบทวนเอกสารวิชาการจากองค์กรวิชาชีพ ที่ได้รับการยอมรับอย่างรอบคอบแล้วว่า พบว่ากลุ่มค่ายา SYSADOA และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อมไม่มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพไม่ชัดเจน โดยมีรายละเอียดข้อมูลทางวิชาการตามเอกสารสรุปประเด็นข้อเท็จจริงและข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับกลูโคซามีน คอนดรอยตินซัลเฟต และไฮยาลูโรแนน ชนิดฉีดเข้าข้อ ในบทสรุปสำหรับผู้บริหาร และปรากฏตามคำให้การของผู้ถูกฟ้องคดีว่า คณะทำงานวิชาการทางการแพทย์ดำเนินการสืบค้นรวบรวมเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลและความคุ้มค่าของกลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า (SYSADOA) ทุกรูปแบบ และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อมจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศจำนวน 134 ฉบับ โดยมีการเปรียบเทียบผลการวิจัยจากหน่วยงานต่างๆ และมีข้อโต้แย้งด้านต่างๆ รวมทั้งข้อสรุปทางวิชาการ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ยาดังกล่าวไม่มีความคุ้มค่า และรัฐบาลหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร สกอตแลนด์ สวีเดน สาธารณรัฐไอร์แลนด์ ตลอดจนกระทรวงกลาโหมของสหรัฐอเมริกาก็ไม่อนุญาตให้เบิกจ่ายยากลุ่มดังกล่าวในระบบสวัสดิการแล้ว ทั้งคณะทำงานฯ ได้มีหนังสือแจ้งให้ราชวิทยาลัยมูลนิธิ สมาคมและตัวแทนบริษัทยาที่เกี่ยวข้องกับกลูโคซามีน จำนวน 9 หน่วยงานเสนอข้อมูลวิชาการด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่า กรณีที่มีความเห็นขัดแย้งกับคณะทำงาน ปรากฏว่ามีหน่วยงานที่ตอบกลับจำนวน 5 หน่วยงาน ได้แก่ ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย มูลนิธิโรคข้อ สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย และมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย (ซึ่งมูลนิธิแจ้งว่า ไม่มีความเห็นเรื่องนี้ เนื่องจากไม่ใช่ภารกิจหลักของมูลนิธิ) ส่วนหน่วยงานที่ไม่ตอบกลับมามีจำนวน 4 หน่วยงาน ได้แก่ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สมาคมผู้วิจัยและผลิตภัณฑ์ (PREMA) และสมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์ยาแผนปัจจุบัน (TPMA) จากข้อเท็จจริงดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ก่อนที่ผู้ถูกฟ้องคดีจะออกหลักเกณฑ์ที่พิพาท ผู้ถูกฟ้องคดีโดยคณะกรรมการทางการแพทย์ และคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความคุ้มค่าและประสิทธิภาพของกลุ่มยา SYSADOA และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อ บรรเทาอาการข้อเสื่อมโดยศึกษาข้อมูลจากงานวิจัยทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ตลอดจนรวบรวมข้อโต้แย้งของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว

เมื่อนำแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาโรคข้อเข้าเสื่อม พ.ศ. 2553 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2553 ของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยที่จัดทำขึ้น เพื่อเป็นแนวทางสำหรับแพทย์ทุกระดับใช้ประกอบการตัดสินใจในการบริหารผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมได้อย่างเหมาะสมกับทรัพยากรที่จำกัดมาคำนึงประกอบ ปรากฏว่าตามแนวปฏิบัติดังกล่าว ได้ให้น้ำหนักคำแนะนำทั้งกรณีการฉีดยากรดไฮยาลูโรนิกเข้าข้อและการใช้กลุ่มยา SYSADOA เท่ากับ +/- (ซึ่งหมายถึง ไม่แน่ใจว่ามีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย แล้วไม่แน่ใจว่ามีความคุ้มค่าในบริบทของสังคมไทย วิเคราะห์แล้วไม่แสดงถึงความคุ้มค่าหรือยังไม่ผ่านการวิเคราะห์) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตามเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ของราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย การใช้ยาเหล่านี้ยังไม่ถึงขนาดที่จะระบุได้แน่ชัดว่า เป็นมาตรการที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย หรือไม่คุ้มค่าในบริบทของสังคมไทย และหากเป็นเช่นนั้น ตามแนวปฏิบัติของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ย่อมกำหนดให้การใช้ยากลุ่มดังกล่าวมีน้ำหนักคำแนะนำเท่ากับ "-" และมีข้อคัดค้านการนำมาตรการเหล่านี้มาใช้ อย่างชัดเจน ดังเช่น กรณีคัดค้านการใช้แถบเหนียวยึดดิ่งสะบ้า หรือการเจาะล้างข้อเข้า เป็นต้น ในทางตรงกันข้าม ตามแนวปฏิบัติดังกล่าว กลับมีความเห็นในเชิงสนับสนุนการใช้ยากลุ่มนี้ว่า การฉีดยากรดไฮยาลูโรนิกเข้าข้อ โดยแพทย์เฉพาะทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นทางเลือกอีกอย่างหนึ่งในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเคลลขึ้น 2-4 ซึ่งอาการไม่ดีขึ้น หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาปวดหรือยา NSAIDs หรือในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน และการใช้ยากลุ่มกลูโคซามีน คอนดรอยติน

ซัลเฟต และไดอะเซอเรนเป็นการบำบัดทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยข้อเสื่อมที่มีความรุนแรงเคแอล
 ชั้น 2-4 โดยให้เลือกใช้ยาในกลุ่มนี้ตัวใดตัวหนึ่ง ทั้งมีความเห็นคัดค้านแต่เฉพาะกรณีการฉีดยากรดไฮ
 ยาสุโรนิกเข้าข้อโดยแพทย์ทั่วไป การใช้ยากลุ่ม SYSADOA เพื่อป้องกันข้อเสื่อม และการใช้ยาในกลุ่ม
 นี้ร่วมกันเท่านั้น ซึ่งในการกำหนดเกณฑ์การให้น้ำหนักคำแนะนำดังกล่าว ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปี
 ดิกส์แห่งประเทศไทยได้พิจารณาโดยคำนึงถึงหลักการ "5ป" ได้แก่ 1. ปลอดภัย (Safety) 2. ประสิทธิ
 ศักดิ์ (efficacy) หมายถึงผลการรักษาในงานวิจัย 3. ประสิทธิผล (effectiveness) หมายถึง
 ผลการรักษาในเวชปฏิบัติ 4. ประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึงผลการรักษาในเวชปฏิบัติเมื่อนำ
 ความสิ้นเปลืองทรัพยากรมาประกอบด้วยและ 5. ประโยชน์ (benefit) หมายถึงประโยชน์ต่อประชากร
 และสังคมโดยรวมอันเป็นการพิจารณาหลักเกณฑ์คำแนะนำโดยนำหลักความคุ้มค่าและประสิทธิภาพ
 มาคำนึงประกอบด้วย ข้อคิดเห็นและน้ำหนักคำแนะนำของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปีดิกส์แห่ง
 ประเทศไทยที่มีที่มาจากการวิเคราะห์ผลงานวิจัยทางวิชาการในต่างประเทศประกอบกับการศึกษา
 ข้อเท็จจริงที่เป็นสถานการณ์ของโรค ระบบสวัสดิการและฐานะทางเศรษฐกิจในบริบทของสังคมไทย
 ย่อมมีน้ำหนักแก่การรับฟังไม่น้อยไปกว่าข้อมูลทางงานวิจัยทางวิชาการที่คณะทำงานวิชาการทาง
 การแพทย์ของผู้ถูกฟ้องคดีรวบรวมและวิเคราะห์ไว้ ประกอบกับเมื่อพิจารณาข้อเท็จจริงตามเอกสาร
 สรุปรประเด็น ข้อเท็จจริงและข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับกลูโคซามีน คอนดรอยตินซัลเฟต ไดอะเซอ
 เรน และไฮยาสุโรนแนตติเข้าข้อของคณะทำงานวิชาการทางการแพทย์ ปรากฏรายละเอียดว่า มี
 งานวิจัยบางส่วนเช่นกันที่สนับสนุนว่ากลูโคซามีนช่วยชะลอการเสื่อมของข้อเข่า เช่น งานวิจัยของ
 Pavelka และคณะ (2002) Reginster และคณะ (2001) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้กลูโคซามีนซัลเฟต
 (GS) อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปี มีการเปลี่ยนแปลงของช่องว่างของข้อเข่าน้อยกว่ากลุ่ม
 เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งผลการศึกษาที่ระบุว่า กลูโคซามีนไม่มีผลในการชะลอ
 การเสื่อมของข้อและไม่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เช่น การวิจัยโดย NIH แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา
 ก็เป็นการวิจัยโดยใช้กลูโคซามีนไฮโดรคลอไรด์ (GH) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการใช้ยาในประเทศไทยที่ใช้
 กลูโคซามีนซัลเฟต (GS) เป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีความเห็นของราชวิทยาลัยและสมาคมที่ได้แย้ง
 หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยากลูโคซามีนและเสนอให้มีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลทางการแพทย์และ
 ความคุ้มค่าของยากลูโคซามีนในประเทศไทย เพื่อประกอบพิจารณาอย่างสมบูรณ์ก่อนมีการออก
 หลักเกณฑ์ห้ามมีการเบิกจ่ายค่ายากลุ่มดังกล่าว อันเป็นข้อมูลที่บ่งชี้ว่าความคิดเห็นในทางวิชาการ
 เกี่ยวกับประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของยากลูโคซามีน ในประเทศไทยยังไม่ตกผลึกโดยทั้งฝ่าย

สนับสนุนและฝ่ายคัดค้าน การมีงานวิจัยทางวิชาการกล่าวอ้างเป็นพยานหลักฐานเสริมน้ำหนักความคิดเห็นของตนและมีความเห็นจากองค์กรวิชาชีพในประเทศไทยที่คัดค้านหลักเกณฑ์ของผู้ถูกฟ้องคดีดังกล่าว โดยเฉพาะ องค์กรวิชาชีพในที่นี้ คือ ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2547 (ต่อมา ยกเลิกโดยข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2557) ให้ดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทยสภาในการจัดการฝึกอบรมและสอบเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ กำหนดและควบคุมมาตรฐานทางวิชาการในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ในประเทศไทย ตลอดจนเผยแพร่ความรู้สาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ซึ่งเป็นสาขาวิชาแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวกับกระดูก ข้อเอ็นยึดกระดูกกล้ามเนื้อและเส้นประสาทอันเป็นความเชี่ยวชาญที่ตรงกับศาสตร์ในการบริบาลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม

ข้อเท็จจริงเป็นอันรับฟังได้ว่า ผู้ถูกฟ้องคือออกหลักเกณฑ์ห้ามเบิกจ่ายกลุ่มยา SYSADOA ทุกรูปแบบและห้ามเบิกจ่ายกลุ่มยานี้ดัดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อมจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยไม่ได้ตรวจสอบเงื่อนไขและข้อบ่งชี้เกี่ยวกับการใช้ยาที่องค์กรวิชาชีพกำหนดอย่างรอบด้าน ทำให้เนื้อหาตามหลักเกณฑ์ที่พิพาทของผู้ถูกฟ้องคดีไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่องค์กรวิชาชีพกำหนด อันเป็นองค์ประกอบสำคัญตามมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบและอนุมัติในหลักการเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ส่วนข้ออ้างของผู้ถูกฟ้องคดีที่ว่ากำหนดหลักเกณฑ์ที่พิพาทมีเจตนารมณ์เพื่อให้การใช้เงินงบประมาณในส่วนของค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลเป็นไปอย่างคุ้มค่าและเหมาะสม นั้น พิจารณาตามมาตรา 78 (8) แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 (ซึ่งเป็นกฎหมายที่ใช้บังคับในขณะเกิดเหตุพิพาท) บัญญัติว่า “รัฐต้องดำเนินการตามนโยบายด้านการบริหารราชการแผ่นดินโดยดำเนินการให้ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐได้รับสิทธิประโยชน์อย่างเหมาะสม” โดยที่สวัสดิการด้านรักษายาบาลเป็นประโยชน์ตอบแทนที่รัฐให้การช่วยเหลือในลักษณะเป็นสิทธิประโยชน์อย่างหนึ่ง นอกเหนือจากเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัดบำนาญ ฯลฯ สิทธิประโยชน์ที่เป็นค่ารักษายาบาลอย่างเหล่านี้ ย่อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จูงใจให้บุคคลตกลงเข้าทำงานเป็นข้าราชการด้วยคาดหวังในพันธะที่รัฐบาลจะดูแลและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลแก่บุคลากรของรัฐรวมถึงบุคคลในครอบครัว ซึ่งเดิมในเรื่องการเบิกจ่ายค่ายาที่เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาตินั้น ผู้

ฟ้องคดีได้มีประกาศกระทรวงการคลังเรื่องอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 แจกเวียนตามหนังสือกรมบัญชีกลางด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว.177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 กำหนดว่า " ค่ายาที่เบิกได้ หมายถึง 1. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 2. ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยเงื่อนไขดังนี้ 2.1 คณะกรรมการที่อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองให้ โดยให้ถือปฏิบัติตามหนังสือกระทรวงการคลังด่วนที่สุด ที่ กค 0526.5/ว.66 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2542 สำหรับสถานพยาบาลให้ถือตามหนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค 0526.5/ว.65 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2542 ทั้งนี้ให้ระบุเหตุผลที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ 2.2 เป็นยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยา (อย.) เพื่อจำหน่ายในประเทศ 2.3 การใช้ยาต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่ อย. กำหนด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตามหลักเกณฑ์เดิมข้าราชการมีสิทธิเบิกจ่ายากลุ่มยา SYSADOA และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม ที่เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติจากระบบสวัสดิการการรักษายาบาลของรัฐได้ตามความจำเป็น โดยคณะกรรมการแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยและออกใบรับรองให้แต่ละรายไป

กรณีที่ผู้ถูกฟ้องคดีออกหลักเกณฑ์ใหม่ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ที่พิพาทในคดีนี้ ห้ามเบิกจ่ายกลุ่มยา SYSADOA (กลูโคซามีน คอนดรอยตินซัลเฟต และไดอะเซอเรน) ทุกรูปแบบและกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม (ไฮยาลูโรแนน และอนูพันธ์) และไม่ให้คณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาลออกหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติกลุ่มดังกล่าว อันมีผลกระทบรุนแรงต่อผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล ด้วยเป็นการตัดสิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่ายค่ายาในกลุ่มนี้ไปเสียทั้งหมด เช่นนี้แล้ว การที่ผู้ถูกฟ้องคดีอ้างเหตุผลของการตัดสินใจว่า กลุ่มยาดังกล่าวไม่มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพไม่ชัดเจน ต้องเป็นการพิจารณาบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการทางการแพทย์ที่มีน้ำหนักให้รับฟังได้ว่าเป็นเช่นนั้นอย่างหนักแน่น แต่เมื่อได้วินิจฉัยไปในเบื้องต้นแล้วว่า หลักเกณฑ์ที่พิพาทของผู้ถูกฟ้องคดีดังกล่าวไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่องค์การวิชาชีพกำหนดเกี่ยวกับประสิทธิภาพ และแนวทางในการใช้ยากลุ่มนี้ ประกอบข้อเท็จจริงตามหนังสือกระทรวงการคลังด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว.62 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2554 ว่าภายหลังจากที่ผู้ถูกฟ้องคดี ได้กำหนดหลักเกณฑ์ที่พิพาทถ้าเบิกจ่ายค่ายากลุ่มยา SYSADOA ทุกรูปแบบ และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อมแล้ว ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย และสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทยได้ขอให้ผู้ถูกฟ้องคดีพิจารณาทบทวนข้อห้ามดังกล่าว โดยแจ้งว่า มีผู้ป่วย

บางกลุ่มจำเป็นต้องใช้ยากลุ่มดังกล่าว ซึ่งคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการได้แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ เพื่อพิจารณาหาข้อสรุปเกี่ยวกับประสิทธิผลและ
ความคุ้มค่าของกลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเสื่อม ต่อมาคณะกรรมการมีข้อสรุปว่า ยากลูโคซามีน
ซัลเฟตมีค่าใช้จ่ายที่ใช้ป้องกันโรคข้อข้อเข่าเสื่อม แต่เป็นยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวด ซึ่งอาจมีประโยชน์
ต่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมบางกลุ่มโดยต้องมีการกำหนดเงื่อนไขการใช้และวิธีการบริหารจัดการ รวมทั้ง
ระบบการควบคุมกำกับให้การใช้จ่ายเป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้และตรงกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิด
ความคุ้มค่าในการใช้จ่าย โดยให้กรมบัญชีกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาความคุ้มค่าทาง
เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและวางแผนแนวทางการบริหารจัดการ การควบคุมกำกับกับการใช้จ่ายที่สามารถ
ปฏิบัติได้จริงเพื่อให้เป็นมาตรฐานที่ทุกฝ่ายยอมรับและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการใช้งบประมาณ
แผ่นดิน ผู้ถูกฟ้องคดีฟ้องศาลขอให้ผู้มีสิทธิสามารถเบิกจ่ายค่ายากลูโคซามีนซัลเฟตในระหว่างที่รอผล
การศึกษาโดยต้องเป็นการสั่งจ่ายตามแนวทางกำกับกับการใช้จ่ายยากลูโคซามีนซัลเฟตของราชวิทยาลัย
แพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ 1. ใช้ยากลุ่มนี้เฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อ
เข่าเสื่อมจากความชราเท่านั้น โดยมีความมุ่งหมายบรรเทาอาการปวดและลดการใช้ยาต้านการอักเสบ
ทุกชนิดลงให้ได้ระหว่างการใช้จ่ายกลุ่มนี้ 2. ผู้ป่วยต้องมีพยาธิสภาพข้อเข่าเสื่อมในระยะปานกลาง
กระดูกอ่อนของข้อถูกทำลายบางส่วนแต่ยังไม่หมด 3. ผู้ป่วยต้องผ่านการรักษาอย่างอนุรักษ์นิยม
อย่างเต็มที่ตามแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยแล้วเป็นเวลา
อย่างน้อย 3 เดือน แต่อาการปวดไม่ทุเลาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการอักเสบหรือมี
ข้อห้ามการใช้ยาต้านการอักเสบโดยเฉพาะผู้ป่วยมีการทำงานของไตหรือตับบกพร่อง... 5. ผู้ป่วยต้องมี
อายุตั้งแต่ 56 ปีขึ้นไป... 8. ให้ใช้ยากลุ่มนี้ติดต่อกันได้โดยมีข้อจำกัด คือ เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้วต้องม
ีการประเมินอาการภายใน 3 เดือน หากผู้ป่วยไม่ทุเลาหรือกลับต้องการยาระงับด้านการอักเสบ และ/
หรือยาควบคุมอาการปวดดั้งเดิมโดยตลอด ให้ถือว่ายานั้นไม่ได้ผลต้องระงับการใช้ยา หากผู้ป่วยมี
อาการดีขึ้นอาจให้ยาคขนาดนั้นต่อได้และหยุดการใช้ยานั้นในเดือนที่ 6 และเฝ้าดูอาการของผู้ป่วยต่อ
เป็นการประเมินประสิทธิผลต่อเนื่องของยาเป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน หากผู้ป่วยกลับม
ีอาการมากขึ้นเหมือนกับก่อนการใช้ยากลุ่มนี้จึงอาจพิจารณากลับมาใช้ยากลุ่มนี้ได้อีกระยะเวลา 3
เดือนที่หยุดการใช้ยาไปแล้วและต้องประเมินผลการใช้ยาใหม่เหมือนเมื่อเริ่มต้นใช้ยากลุ่มนี้ ฯลฯ

ต่อมาคณะกรรมการได้มีมติให้ยกเลิกการฟ้องคดีการเบิกจ่ายค่ายาดังกล่าว ซึ่งผู้ถูก
ฟ้องคดีได้แจ้งเวียนให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติตามหนังสือกระทรวงการคลังด่วน

ที่สุด ที่ กค 0422.2/ว.116 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2555 แต่ภายหลังจากนั้นไม่นาน ผู้ถูกฟ้องคดีได้มีหนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว.129 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2555 แจ้งให้ชะลอการบังคับใช้ตามหนังสือกระทรวงการคลังด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว.116 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2555 ไปพลางก่อน และให้ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายค่ายาเกลือโคซามินซัลเฟตได้ต่อไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2555 โดยให้เหตุผลว่า เนื่องจากมีการร้องเรียนว่า ยาเกลือโคซามินได้รับการจดทะเบียนเป็นยา และผู้ป่วยบางรายได้ใช้ได้ผลในการบรรเทาอาการปวดเข่า ทั้งมีแพทย์และผู้ป่วยบางกลุ่มกำลังดำเนินการร้องศาลปกครองเพื่อขอความคุ้มครองชั่วคราว จากนั้นผู้ถูกฟ้องคดีได้มีหนังสือกระทรวงการคลังด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว.149 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2553 แจ้งให้ขยายระยะเวลาเบิกจ่ายยาโดยให้เหตุผลว่า คณะรัฐมนตรีได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาเวชภัณฑ์การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อทำหน้าที่จัดทำแนวทางการบริหารระบบประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้มีมติว่า การเบิกจ่ายค่ายาดังกล่าวต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และได้มอบหมายให้กรมการแพทย์พิจารณาปรับปรุงข้อบ่งชี้การใช้ยาเกลือโคซามินซัลเฟตให้เหมาะสมต่อไป จึงให้ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายยาเกลือโคซามินซัลเฟตต่อไปได้จนกว่าจะได้มีการเวียนแจ้งหลักเกณฑ์ใหม่

คำวินิจฉัยของศาลปกครองกลาง

ข้อเท็จจริงดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การออกหลักเกณฑ์ห้ามเบิกจ่ายค่ายาคูมา SYSDOA และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อมของผู้ถูกฟ้องคดีเป็นการพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการทางการแพทย์ที่ขาดน้ำหนักให้รับฟังได้อย่างหนักแน่นว่า กลุ่มยาดังกล่าวไม่มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพไม่ชัดเจน เนื่องจากยังมีข้อโต้แย้งทั้งจากราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยและสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทยที่เป็นองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้ยาคุมดังกล่าว รวมทั้งจากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการออกหลักเกณฑ์ของผู้ถูกฟ้องคดี สำหรับกรณีที่มีการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของกลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเสื่อมตามรายงานโครงการวิจัยต้นทุนอรรถประโยชน์ของการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทย นั้น เป็นการศึกษาวิจัยในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2555 อันเป็นระยะเวลาภายหลังจากที่ผู้ถูกฟ้องคดีออกหลักเกณฑ์ที่พิพาทแล้วหลายปีและผลการวิจัยดังกล่าวระบุว่า การให้ยาเกลือโคซามินซัลเฟตมีความคุ้มค่าได้ หากราคายาลดลงประมาณ

2,800 บาทต่อปี และมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายว่า "ควรลดต้นทุนยาที่มีราคาสูงโดยยาากลุ่มโคลซาอิมิน ซัลเฟตอยู่ในวิสัยที่จะลดราคายาลงประมาณร้อยละ 25 และศึกษาประสิทธิภาพของยาที่ผลิตในประเทศไทยเพื่อลดต้นทุนการรักษา" นอกจากนี้ข้อเท็จจริงยังรับฟังได้ว่า มีทางเลือกอื่นอีกในการควบคุมค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาของกลุ่มาดังกล่าวให้การใช้จ่ายเงินงบประมาณแผ่นดินเป็นไปอย่างคุ้มค่าและเหมาะสม เช่น การนำแนวทางกำกับการใช้ยาโคลซาอิมินซัลเฟตของราชวิทยาลัยแพทยอโรโธปิดิกส์แห่งประเทศไทยมาใช้ การกำหนดให้การเบิกจ่ายค่ายาคูมดังกล่าวต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และการปรับปรุงข้อบ่งชี้การใช้ยาโคลซาอิมินซัลเฟตให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ตามความเห็นของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารเวชภัณฑ์การเบิกจ่ายค่าตรวจรักษาและค่าบริการทางการแพทย์ฯลฯ เช่นนี้แล้ว การที่ผู้ถูกฟ้องคดีเลือกนำมาตรการห้ามเบิกจ่ายค่ายาคูมยา ดังกล่าวมาใช้ ซึ่งมีผลรุนแรงด้วยเป็นการตัดสิทธิประโยชน์ของบุคลากรของรัฐในส่วนนี้ไปเสียทั้งหมด และกระทบกระเทือนต่อสิทธิประโยชน์ของข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐตามมาตรา 78 (8) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ย่อมไม่อาจรับฟังได้ว่า เป็นการใช้ดุลพินิจที่เหมาะสมและมีเหตุผลที่เพียงพอ

ดังนั้น หลักเกณฑ์ของผู้ถูกฟ้องคดีที่ห้ามเบิกจ่ายค่ายากลุ่มดังกล่าวและห้ามคณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาลออกหนังสือรับรองการใช้นานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแจ้งตามหนังสือกระทรวงการคลังด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว.127 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2553 จึงเป็นกฎที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย

โดยเหตุผลดังได้วินิจฉัยข้างต้น ศาลปกครองกลางจึงพิพากษาเพิกถอนหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง แจ้งตามหนังสือกระทรวงการคลังด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว.127 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2553 กำหนดให้กลุ่มยา SYSADOA (กลูโคซามีน คอนดรอยตินซัลเฟต และไดอะเซอเรน) ทุกรูปแบบ และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม (ไฮยาลูโรแนน และออนุพันธ์) เป็นรายการยาที่ห้ามเบิกจ่ายจากระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ และไม่ให้คณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาลออกหนังสือรับรองการใช้นานอกบัญชียาหลักแห่งชาติกลุ่มดังกล่าว โดยให้การเพิกถอน มีผลตั้งแต่วันที่มีการประกาศผลแห่งคำพิพากษาในราชกิจจานุเบกษา