



วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข Public Health & Health Laws Journal

ISSN 2408-249X

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑

Vol. 4 No. 1

มกราคม – เมษายน ๒๕๖๑

January - April 2018

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทหารผ่านศึก
- ประสิทธิภาพการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพของเจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
- ปัญหาการออกคำสั่งทางปกครองของเจ้าพนักงานท้องถิ่น กรณีเพิกถอนคำสั่งตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕
- มาตรการของบุรีแบบเรียบ : กฎหมายและคำพิพากษาของศาลต่างประเทศ
- แนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาในจังหวัดกำแพงเพชร

บทความวิชาการ

- การประกันภัยสุขภาพ
- กฎหมายคุ้มครองการซื้อเครื่องสำอางผ่านสื่อออนไลน์
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน
- โรคที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขและการใกล้เคียงข้อพิพาท

คำสังศาลปกครองที่น่าสนใจ



วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
Public Health & Health Laws Journal

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑
มกราคม – เมษายน ๒๕๖๑

Vol.4 No.1
January –April 2018

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
ที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทรมานผ่านศึก
รุ่งมณี พุกไพบูลย์ และคณะ..... 1 - 14
- ประสิทธิภาพการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพของ
เจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
เวชศาสตร์ เรื่องโสภิษฐ์ และคณะ 15 - 31
- ปัญหาการออกคำสั่งทางปกครองของเจ้าพนักงานท้องถิ่น กรณีเพิกถอนคำสั่ง
ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕
เมธี ชุ่มศิริ และคณะ 32 - 48
- มาตรการของบุหรี่แบบเรียบ : กฎหมายและคำพิพากษาของศาลต่างประเทศ
เอ้ออารีย์ อึ้งจะนิล..... 49 - 64
- แนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน
นอกสถานศึกษา ในจังหวัดกำแพงเพชร
วรางคณา จันทรงค์ และปาจริย์ ผลประเสริฐ..... 65 - 74

บทความวิชาการ

- การประกันภัยสุขภาพ
ปวีณธิดา เหลื่อมเจริญ..... 75 - 87
- กฎหมายคุ้มครองการซื้อขายเครื่องสำอางผ่านสื่อออนไลน์
รัตนาพร ฉัตรมงคล 88 - 97
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน
สุภัชญา สุนันตะ 98 - 107
- โรคที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขและการใกล้เคียงข้อพิพาท
กิตติธร ปานเทศ..... 108 - 119

คำสั่งศาลปกครองที่น่าสนใจ

- เรื่องคดีพิพาทเกี่ยวกับการที่หน่วยงานทางปกครองและเจ้าหน้าที่ของรัฐ
ออกคำสั่ง โดยมีขอบด้วยกฎหมายและละเลยต่อหน้าที่ ตามที่กฎหมาย
กำหนดให้ต้องปฏิบัติ 120 - 127
- เรื่องคดีพิพาทเกี่ยวกับการกระทำละเมิดของหน่วยงานทางปกครองหรือ
เจ้าหน้าที่ของรัฐอันเกิดจากการใช้อำนาจตามกฎหมายหรือจากการละเลย
ต่อหน้าที่ตามกฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ 128 - 131

วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข Public Health & Health Laws Journal

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ ด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
3. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารวิชาการ
4. เพื่อเป็นเอกสารประกอบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา

เจ้าของ

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน- ธันวาคม

ฝ่ายจัดการสารสนเทศ

นางสาวศิริมา ยี่มิเด็น

ฝ่ายจัดการทั่วไป

นางพิศมัย มณีแจ่มใส

วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข Public Health & Health Laws Journal

คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงศีล
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาติ โตรักษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ครีกครั้นจิตร

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พุทธิภิญโญ มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.ยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ. เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
ศ. เกียรติคุณ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ. ดร. พญ. สาวิตรี อัมมวณิชกรชัย	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ. ดร. ปิยธิดา ตรีเดช	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ. ดร. สุรชาติ ณ หนองคาย	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก กรรมการสภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน
รศ. ดร. ลาวณีย์ ถนัดศิลปกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รศ. ดร. วรางคณา จันทร์คง	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รศ. ดร. พกตร์พิมล มหรรณพ	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
นางวาทรีหญิง ดร. หฤทัย อาจปรั	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
อาจารย์นำพร อินสิน	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยราชภัฏ สกลนคร
ดร. นพ. ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
อาจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยศรีปทุม
นางวาทาเอก นายแพทย์อภัสร์ เพชรสุด	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
แพทย์หญิง ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
นายอนุชา กาศลังกา	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายวศิน พิพัฒน์ฉัตร	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย
Manas Ranjan Behera	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก St Theresa International College

ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน
ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขฉบับนี้เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกเนื้อหาบทความเพื่อการศึกษาหรือปฏิบัติงาน แต่ให้อำนาจแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

สำนักงาน

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

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชมรรค์ เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193
e-mail chardsumon.pru@mahidol.ac.th, chardsumon@gmail.com

พิมพ์ที่ บริษัท โรงพิมพ์วิบูลย์การปก (1997) จำกัด

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและต้นสังกัดพิจารณาบทความ

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์ภิรักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล	อาจารย์ ดร.ยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศรีโชติรัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ กิตติพิชัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะธิดา ขจรชัยกุล มหาวิทยาลัยมหิดล	ศาสตราจารย์ นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
รองศาสตราจารย์ ดร.ลาวัณย์ ฤกษ์ศิลป์กุล มหาวิทยาลัยมหิดล	อาจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช	อาจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายวศิน พิพัฒน์ฉัตร สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย	รองศาสตราจารย์ ดร.พัชร์พิมล มหรรณพ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
อาจารย์ ดร.กรวรรณ ยอดไม้ มหาวิทยาลัยมหิดล	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ วัฒนวงศ์ สภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

บทบรรณาธิการแถลง

จากการที่กฎหมายเข้ามามีบทบาทต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพและสาธารณสุขอย่างมาก วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขจึงถือกำเนิดขึ้นเพื่อรองรับงานวิจัยและงานวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพและสาธารณสุข วารสารนี้ได้ดำเนินการมาเป็นปีที่ 4 ซึ่งมีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจสามส่วน เป็นส่วนที่นำเสนอบทความวิจัยจำนวน 5 บทความ อีกส่วนเป็นบทความวิชาการมีจำนวน 4 บทความ และมีคำพิพากษาที่เป็นคำสั่งศาลปกครองสูงสุด 2 เรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการแพทย์และสาธารณสุข

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

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน์ พฤตภิณโญ

บรรณาธิการ

การตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทวารผ่านศึก

รุ่งมณี พุกไพจิตร* สุธี อยู่สถาพร**±
ฉัตรสุมน พฤตมิญญ์** นิตศน์ ศิริโชติรัตน์**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทวารผ่านศึก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือผู้ป่วยทวารผ่านศึกที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอัมพาตของโรงพยาบาลทวารผ่านศึกจำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทวารผ่านศึกส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 51-60 ปี นับถือศาสนาพุทธ เป็นบัณฑิตทวารผ่านศึกชั้น 4 มากที่สุด มีสภาพความพิการ คือ อัมพาตครึ่งท่อนมากที่สุด มีระยะเวลาได้รับการรักษามากที่สุดคือ 20 ปีขึ้นไป ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยทวารผ่านศึกส่วนใหญ่เล็กกับภรรยาเนื่องจากความพิการด้านร่างกาย จากแบบประเมิน The Barthel Activity of Daily Living scale พบว่าผู้ป่วยทวารผ่านศึกมีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคือ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองในระดับปานกลางมากที่สุด ผู้ป่วยทวารผ่านศึกเคยประสบการณืกับภาวะใกล้ตายด้วยตนเอง และเคยมีประสบการณ์เห็นผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต หรือเสียชีวิต ผู้ป่วยทวารผ่านศึกทุกคนยังขาดความรู้ แต่ทุกคนก็ตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยบริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยทวารผ่านศึกต้องการที่จะปฏิเสธมากที่สุดคือการช่วยฟื้นคืนชีพ และการใส่ท่อช่วยหายใจตามลำดับ

จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะคือ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทวารผ่านศึกมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตด้านเอกสารสำหรับผู้ป่วยทวารผ่านศึกที่จะประสงค์จะใช้สิทธิในการแสดงเจตนาดังกล่าว

คำสำคัญ: การตัดสินใจ/ การใช้สิทธิ/ ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข/
วาระสุดท้ายของชีวิต

* นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

± Corresponding author, e-mail: suthee3711@gmail.com

Decision Making to Refuse Medical Intervention in Living Will among Veteran Patients

Rungmanee Pukpaijit^{*} Suthee Usathaporn^{**±}
Chardsumon Prutipinyo^{**} Nithat Sirichotiratana^{**}

Abstract

This qualitative research aimed at studying decision making to refuse medical intervention in living will directives among military veteran patients. The samples were 40 veteran in-patients in the Acute Stroke Unit in Veterans General Hospital. The research tools were observations and in-depth interviews. The results found that most veteran patients were Buddhist, between 51-60 years of age, held a Veterans Identification Card rank 4, and had paraplegia. The longest treatment for these patients lasted for over 20 years and their family relationships were affected. Most veteran patients separated from their wives due to their physical disability. From the assessment using the Barthel Activities of Daily Living Scale and observations, these veteran patients were able to perform daily routines on their own at a moderate level. They had near death experiences and witnessed deceased people or people with near death conditions before. Nonetheless, although every veteran patient still lacked knowledge in living will, they decided to refuse medical intervention in their living wills. The top two refused health services were resuscitation and intubation. It is recommended from the study that knowledge and understanding regarding refusal of medical intervention in living wills should be promoted, and related documents should be provided to veteran patients who desire to exercise their refusal rights.

Keywords: decision making/ exercising of right/ refusal of medical intervention in living wills/ final stage of life

^{*} Student in MSc. (Public Health), majoring in Medical and Public Health Law, Faculty of Public Health, Mahidol University. [±] Corresponding author, e-mail: suthee3711@gmail.com

^{**} Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

ความตายเป็นสัจธรรมของชีวิต ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ ปัญหาที่พบบ่อยครั้งในเวชปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว อำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจะไปอยู่ที่ญาติและผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งการตัดสินใจของทั้งสองฝ่ายอาจไม่ลงรอยกันจนเกิดเป็นปัญหาความสัมพันธ์ หรือสิ่งที่ได้ตัดสินใจร่วมกันนั้นอาจไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้จึงต้องหาหนทางที่สามารถให้ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตแล้วสามารถสื่อเจตนาของตนออกมาให้ผู้บริการสาธารณสุขและญาติได้รับรู้รับทราบ เพื่อที่ทุกฝ่ายจะได้ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ได้จากไปอย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ปัจจุบันมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในหมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 บัญญัติให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาล่วงหน้าในการที่จะไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

โรงพยาบาลทหารผ่านศึกเป็นโรงพยาบาลขนาด 500 เตียง เปิดให้บริการแก่ทหารผ่านศึก และบุคคลทั่วไป ก่อตั้งโดยพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีพันธกิจในให้การรักษาพยาบาลทหารผ่านศึก ครอบครัวทหารผ่านศึก และประชาชนทั่วไป ตามมาตรฐานคุณภาพและประสิทธิภาพ ดำรงไว้ซึ่งคุณธรรมและจริยธรรม เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทหารผ่านศึกจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกที่พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอัมพาตอาคร 2/3 2/4 และ 2/6 ของโรงพยาบาลทหารผ่านศึกมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ และเมื่อทราบว่ากฎหมายนี้ผู้ป่วยทหารผ่านศึกจะตัดสินใจใช้สิทธิหรือไม่ และใช้สิทธิปฏิเสธในประเด็นใดมากที่สุด เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาแนวทางที่จะพัฒนาให้ผู้ป่วยทหารผ่านศึกมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถเข้าถึงการใช้สิทธิดังกล่าวได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย อันจะบรรลุเจตนารมณ์ของกฎหมายอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อทางศาสนา ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย และภาวะใกล้ตาย ความรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทหารผ่านศึก

2. เพื่ออธิบายระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน The Barthel Activity of Daily Living scale ของผู้ป่วยทหารผ่านศึก

3. เพื่ออธิบายการตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทวารผ่านศึก

คำถามการวิจัย

ในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยทวารผ่านศึกมีการตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ มีปัจจัยอะไรที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยทวารผ่านศึกทุกคนที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอาครอัมพาต 2/3 2/4 และ 2/6 ของโรงพยาบาลทวารผ่านศึก จำนวน 40 คน ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยทวารผ่านศึกพิการ ทพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความยากลำบากในการดำรงชีวิต และครอบครัวไม่พร้อมจะดูแล โดยผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ไม่มีการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย แต่จะยกเว้นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสังเกต ประเมิน The Barthel Activity of Daily Living scale (ADL) ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ อายุ ชั้นบัตร์ทวารผ่านศึก ราชการสนมรบ ศาสนา ความเชื่อ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ความเจ็บป่วยหรือความพิการ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความรู้ และการตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต และการใช้สิทธิ

อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก และปากกา

เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2560

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทวารผ่านศึกตักอัมพาตอาครอัมพาต 2/3 2/4 และ 2/6 จำนวน 40 คนสามารถอธิบายผลการศึกษาดังนี้

1.1 ลักษณะทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยทหารผ่านศึก

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยทหารผ่านศึก จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (N=40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)
ช่วงอายุ	
30-40 ปี	4
41-50 ปี	4
51-60 ปี	21
61-70 ปี	7
71 ปีขึ้นไป	4
ชั้นบัตร	
บัตรชั้น 1	11
บัตรชั้น 2	2
บัตรชั้น 3	6
บัตรชั้น 4	21
ราชการสนาม	
ภายในประเทศ	35
ภายนอกประเทศ	5
สภาพความพิการ	
อัมพาตทั้งตัว	5
อัมพาตครึ่งซีก	10
อัมพาตครึ่งท่อนล่าง	16
อื่นๆ	9
ระยะเวลาที่มารับการรักษา	
0 – 5 ปี	9
5 – 10 ปี	13
10 – 20 ปี	6
20 ปีขึ้นไป	12
ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัว	
เลิกกับภรรยาเนื่องจากความพิการด้านร่างกาย	26
มีญาติมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์	10
ไม่มีญาติพี่น้องมาเยี่ยมเลย	4

จากตารางที่ 1 พบว่า ช่วงอายุ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกที่มีช่วงอายุ 51 – 60 ปีมากที่สุดคือ 21 คน รองลงมาคือช่วงอายุ 61-70 ปี และช่วงอายุ 30-40 ปี 41-50 ปี และ 70 ปีขึ้นไปมีจำนวนเท่ากันคือ 4 คน

ชั้นบัตรจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกชั้นบัตรที่ 4 มีมากที่สุด 21 คน รองลงมาคือ บัตรชั้น 1 มีจำนวน 11 คน ชั้นที่ 3 จำนวน 6 คน และชั้นที่ 2 จำนวน 2 คนตามลำดับ

การปฏิบัติราชการสนาม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกการปฏิบัติราชการสนามภายในประเทศ 35 คน และนอกประเทศ 5 คนตามลำดับ

สภาพความพิการจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกมีสภาพความพิการอัมพาตครึ่งท่อนมากที่สุด 16 คน รองลงมาคือ อัมพาตครึ่งซีกมีจำนวน 10 คน พิการอื่นๆ มีจำนวน 9 คนและอัมพาตทั้งตัวมีจำนวน 5 คนตามลำดับ

ระยะเวลาที่มารับการรักษาจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกมีระยะเวลาได้รับการรักษานานที่สุดคือ 20 ปีขึ้นไปจำนวน 14 คน รองลงมาคือ 5 – 10 ปีจำนวน 11 คน 0 – 5 ปีจำนวน 9 คนและ 10 – 20 ปีจำนวน 6 คนตามลำดับ

ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกมีการเลิกกับภรรยาเนื่องจากความพิการด้านร่างกายมากที่สุดจำนวน 30 คน รองลงมามีปัญหาเมียเยื่อมอย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์จำนวน 10 คนและไม่มีญาติพี่น้องมาเยี่ยมเลยจำนวน 4 คนตามลำดับ

1.2 ความเชื่อทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ในเรื่องการเกิด แก่ เจ็บตาย และที่พึ่งทางใจที่ผู้ป่วยยึดถือ

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกทั้งหมด 40 คน มีที่พึ่งทางใจคือศาสนาพุทธ การทำความดีเมื่อเสียชีวิตจะได้ขึ้นสวรรค์ หากทำไม่ดีต้องตกนรก ไม่มีความเชื่ออื่นใดอีก

1.3 ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยทหารผ่านศึก

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกจำนวน 15 คนเคยประสบการณ์กับภาวะใกล้ตายด้วยตนเอง ผู้ป่วยทหารผ่านศึก 5 คนเคยถูกยิง หรือถูกสะเก็ดระเบิดในสนามรบจนบาดเจ็บสาหัส และมีความพิการมาถึงปัจจุบันผู้ป่วยทหารผ่านศึก 7 คนเคยประสบอุบัติเหตุจากรถหรือตกจากที่สูงจนบาดเจ็บสาหัสและมีความพิการ ผู้ป่วยทหารผ่านศึก 3 คนเคยมีภาวะติดเชื้ในร่างกายจนต้องเข้ารับการรักษาด่วนในห้องไอซียู

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกจำนวน 25 คนเคยมีประสบการณ์เห็นผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต หรือเสียชีวิตแล้วโดยมีผู้ป่วยจำนวน 17 คนที่เคยออกสนามรบแล้วพบเพื่อนทหารถูกยิงหรือถูกสะเก็ดระเบิดจากเหตุปะทะทำให้บาดเจ็บสาหัส หรือเสียชีวิต ผู้ป่วยทหารผ่านศึก 10 คนมีประสบการณ์ญาติพี่น้องหรือบุคคลใกล้ชิดเจ็บหนัก หรือเสียชีวิต ผู้ป่วยทหาร

ผ่านศึก 5 คนมีประสบการณ์จากผู้ป่วยทหารผ่านศึกเพียงใกล้เคียงมีอาการหนักใส่ท่อช่วยหายใจหรือปั๊มหัวใจ

1.4 ความรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทหารผ่านศึก

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกทั้งหมด 40 คนยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทหารผ่านศึก

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จากคะแนน Barthel Activity of Daily Living scale พบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกมีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคือ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองในระดับปานกลางมากที่สุด 14 คน รองลงมาคือ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองในระดับมาก 12 คน ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองต้องการความช่วยเหลืออย่างมากที่สุด และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองต้องการความช่วยเหลืออย่างมากเท่ากันจำนวน 6 คน และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ/มากที่สุดจำนวน 2 คนตามลำดับเนื่องจากผู้ป่วยทหารผ่านศึกมีความพิการที่มีความแตกต่างกัน แต่ที่มากที่สุดคือพิการครึ่งท่อน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่างๆ จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทหารผ่านศึกทุกอย่าง ตั้งแต่การอาบน้ำ แต่งตัว การจัดเตียงทรงผม การขับถ่าย การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตนเอง การรับประทานอาหารตามข้อจำกัดของผู้ป่วยทหารผ่านศึกแต่ละคน

ตารางที่ 2 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน)
ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองต้องการความช่วยเหลืออย่างมากที่สุด (0-4 คะแนน)	6
ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก (5-9 คะแนน)	6
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองในระดับปานกลาง (10-14 คะแนน)	14
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองในระดับมาก (15-19 คะแนน)	12
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ/มากที่สุด (20 คะแนน)	2

จากการประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกมีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคือ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองในระดับปานกลางมากที่สุดจำนวน 14 คน รองลงมาคือมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองในระดับมากจำนวน 12 คนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองต้องการความช่วยเหลืออย่างมากที่สุดและไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองต้องการความช่วยเหลืออย่างมากเท่ากันจำนวน 6 คน และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ/มากที่สุดจำนวน 2 คนตามลำดับ เนื่องจากผู้ป่วยทหารผ่านศึกมีความพิการที่มีความแตกต่างกัน แต่ที่มากที่สุดคือพิการครึ่งท่อน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่างๆ จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทหารผ่านศึกทุกอย่าง ตั้งแต่การอาบน้ำ แต่งตัว การจัดแต่งทรงผม การขับถ่าย การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตนเอง การรับประทานอาหารตามข้อจำกัดของผู้ป่วยทหารผ่านศึกแต่ละคน

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทหารผ่านศึก

ผู้ป่วยทหารผ่านศึกทั้ง 40 คนมีความคิดเห็นว่าจะตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยแยกเป็นประเด็นต่างๆที่ต้องการดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาจำแนกตามการรับบริการสาธารณสุข

บริการสาธารณสุข	การตัดสินใจ		
	รับบริการ	ไม่รับบริการ	ไม่ตัดสินใจ
การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ	14	25	1
การใส่สายให้อาหารทางสายยาง	21	16	3
การให้ยาแก้ปวด	40	0	0
การดูดเสมหะ	34	6	0
การเข้าการรักษาในห้องไอซียู	29	10	1
การทำกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา	40	0	0
การช่วยฟื้นคืนชีพ	12	26	2
การล้างไต	27	12	1
การให้ยาเพิ่มความดัน	34	6	0
กลับไปเสียชีวิตที่บ้านเกิด	6	31	3

ผู้ป่วยทหารผ่านศึกทั้ง 40 คน มีความต้องการที่จะใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ในประเด็นต่างๆ บริการ 10 รายการที่ผู้วิจัยกำหนดเป็นประเด็นที่สนใจในการศึกษาครั้งนี้พบว่าบริการสาธารณสุขที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดมาก หรือทำให้ผู้ป่วยสุขสบายผู้ป่วยจะเลือกการรักษานั้นมากที่สุด คือ การให้ยาแก้ปวด และกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา

การให้ยาแก้ปวด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกจำนวนทั้งหมด 40 คน ต้องการได้รับยาแก้ปวดทุกคนเนื่องจากความปวดเป็นความทรมาน หรือถ้าเหนื่อยก็ทรมาน วิธีการให้ยาแก้ปวดไม่ทำให้เจ็บมากผู้ป่วยทหารผ่านศึกทุกคนจึงต้องการยาแก้ปวด

ทหารผ่านศึกต้องการที่พึ่งทางจิตใจคือการทำกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึก จำนวน 40 คน ต้องการทำกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนาเนื่องจากผู้ป่วยที่สัมภาษณ์ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธเป็นที่ยึดเหนี่ยวของจิตใจ แต่อาจมีความแตกต่างกันของกิจกรรมบางคนชอบฟังธรรมะ บางคนไม่ต้องการฟัง แต่ทุกคนต้องการทำบุญ ไหว้พระ ทำสมาธิ ทำสังฆทาน

รองลงมาคือบริการสาธารณสุขที่ไม่เจ็บปวดมากแต่ทำให้มีชีวิตรุนแรงขึ้นคือ

การให้ยาเพิ่มความความดัน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึก จำนวน 34 คน เนื่องจากต้องการรักษาตามกระบวนการของแพทย์ วิธีให้เจ็บไม่มากแต่ก็มีผู้ป่วยทหารผ่านศึกจำนวน 6 คนไม่ต้องการให้ยาเพิ่มความความดันเนื่องจากต้องการหลับไปอย่างสบาย ไม่ต้องการยืดชีวิต

การดูแลหะ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึก จำนวน 34 คนต้องการให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลช่วยดูแลหะ เนื่องจากช่วยให้สามารถหายใจได้สะดวกขึ้น ไม่น่ากลัวหรือเจ็บมากจำนวน 6 คน ไม่ต้องการให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลช่วยดูแลหะให้เนื่องจากไม่ต้องการทำอะไรหากใกล้เสียชีวิต

การล้างไต จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึก จำนวน 27 คน ต้องการล้างไตเนื่องจากถ้าล้างไตแล้วสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกนานพอควร วิธีการล้างไม่เจ็บมาก เห็นคนอื่นล้างแล้วก็ดี แล้วแต่กระบวนการทางการแพทย์จำนวน 12 คน ไม่ต้องการล้างไต เนื่องจากอยากเสียชีวิตอย่างสบายไม่ทรมาน ไม่ต้องการยืดชีวิตจำนวน 2 คนยังไม่สามารถตัดสินใจได้เนื่องจากยังไม่ถึงเวลานั้นยังตัดสินใจไม่ได้

การเข้าการรักษาในหอนอไอชียู จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึก จำนวน 29 คน ต้องการเข้าการรักษาในหอนอไอชียู เนื่องจากแต่ขั้นตอนกระบวนการรักษาของแพทย์จำนวน 10 คน ไม่ต้องการเข้าการรักษาในหอนอไอชียูเนื่องจากถ้าอาการหนักมากๆ ก็ไม่ยากเข้า หรือตัวคนเดียวก็ไม่ยากเข้า ไม่อยากรักษาอยากตายอย่างสบาย จำนวน 1 คนยังไม่สามารถตัดสินใจได้

เนื่องจากต้องดูอาการตอนนั้นก่อน ถ้าเป็นโรคไม่ร้ายแรงรักษาหายก็เข้าไอซียูสำหรับบริการสาธารณสุขที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ทำให้เกิดความเจ็บปวดมาก ผู้ป่วยจึงมีผู้ที่ต้องการทำและไม่ทำไม่แตกต่างกันมากนักคือ

การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึก จำนวน 25 คนไม่ต้องการที่จะใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเนื่องจากเคยเห็นคนที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจแล้วทรมาณ กลัวเจ็บ ไม่สามารถพูดได้ ใส่ไปก็เสียชีวิต เป็นการยืดเวลาออกไปจำนวน 14 คนต้องการจะใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเนื่องจากยังมีความคิดว่า แล้วแต่แพทย์ ใส่ตามกระบวนการทางการแพทย์จำนวน 1 คนยังไม่สามารถตัดสินใจเนื่องจากยังไม่ถึงเวลานั้น ถ้ามีโอกาสรอดมากก็ใส่ ถ้าไม่มีโอกาสรอดก็ไม่ใส่

การใส่สายให้อาหารทางสายยาง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึก จำนวน 21 คนต้องการใส่สายให้อาหารทางสายยาง เนื่องจากเคยใส่ช่วงที่มีเลือดออกทางเดินอาหารใส่เพื่อล้างกระเพาะ เจ็บไม่มากทนได้ ใส่เพราะต้องการรักษาตามกระบวนการของแพทย์จำนวน 16 คน ไม่ต้องการใส่สายให้อาหารทางสายยาง เนื่องจากเคยใส่ช่วงที่เลือดออกในกระเพาะอาหารหรือตอนที่ไม่วู้สึกตัว ไม่ใส่เพราะรู้สึกว่เจ็บ และทรมาณมากจำนวน 3 คนยังไม่สามารถตัดสินใจเนื่องจากเคยใส่ช่วงที่อาการหนักๆ ทรมาณแต่ก็ขอดูภาวะของโรคอีกที

การช่วยฟื้นคืนชีพ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึก จำนวน 12 คนต้องการช่วยฟื้นคืนชีพเนื่องจากเคยเห็นเขาปั๊มหัวใจแล้วรอด อยากลองดู ปั๊มเพื่อรอญาติ ทำตามกระบวนการของแพทย์ จำนวน 26 คนไม่ต้องการช่วยฟื้นคืนชีพอยากกลับไปอย่างสบายๆ บางคนเคยมีประสบการณ์ถูกปั๊มหัวใจเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพบอกว่าหลังปั๊มเจ็บหน้าอกมาก ทรมาณจำนวน 2 คนยังไม่สามารถตัดสินใจได้เนื่องจาก ต้องการดูก่อนว่าเป็นโรคอะไรถ้าเป็นโรคร้ายแรงก็ไม่ต้องการให้ช่วยฟื้นคืนชีพ

ระยะสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยจะต้องเสียชีวิต ต้องการเสียชีวิตที่บ้านเกิดหรือไม่

พบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึก จำนวน 6 คนต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านเกิดเนื่องจากต้องการเสียชีวิตที่ตัวเองมีความผูกพัน ท่ามกลางญาติพี่น้อง จำนวน 31 คนไม่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านเกิดผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลทหารผ่านศึกมานานเหมือนบ้านมีความรักความผูกพันกับสถานที่ เจ้าหน้าที่ เพื่อนทหารผ่านศึกจนอยากตายที่ในโรงพยาบาล และมองโรงพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลกว่าบ้าน ไม่อยากเป็นภาระกับใครจำนวน 3 คนยังไม่สามารถตัดสินใจได้เนื่องจากมองว่ คนเราไม่แน่นอนเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือเสียชีวิตที่บ้านก็ได้

อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยทหารผ่านศึก

จากการศึกษามีผู้ป่วยทหารผ่านศึกจำนวน 40 คนมีความแตกต่างกันอายุ ชั้นบรรดาระาชการสนามรบ ระยะเวลาการรักษา ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัว ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สภาพความพิการ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายจากการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า สภาพความพิการของผู้ป่วยทหารผ่านศึกไม่มีผลต่อการตัดสินใจใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาเพราะทุกคนตัดสินใจใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาทุกคน จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยทหารผ่านศึก พบว่าไม่มีผลต่อการตัดสินใจใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาเพราะทุกคนตัดสินใจใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาทุกคน จากการศึกษาค้นคว้า กำพลศิริ (2542) พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายโดยอ้อมมีผลทำให้มีการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายน้อยลง

ความรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทหารผ่านศึก จากการศึกษามีผู้ป่วยทหารผ่านศึกจำนวน 4 คนที่บอกว่าเคยได้ยินเกี่ยวกับกฎหมายนี้ แต่เมื่อถามรายละเอียดไม่สามารถให้รายละเอียดได้ถูกต้อง จากการศึกษาค้นคว้ามีผู้ป่วยทหารผ่านศึกจำนวน 36 คน ที่ไม่เคยได้ยินการใช้สิทธิ ไม่ใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต สรุปคือผู้ป่วยทหารผ่านศึกไม่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย

ส่วนที่ 2 การตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทหารผ่านศึก

ผู้ป่วยทหารผ่านศึกทั้ง 40 คนมีความต้องการที่จะใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กำพลศิริ (2542) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตาย วันวิสาขี เส็งประเสริฐ (2546) พบว่า ผู้ป่วยต้องการรู้ข้อเท็จจริงว่าเป็นมะเร็ง ต้องการให้แพทย์อธิบายเกี่ยวกับการรักษาเพื่อตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเอง และต้องการปฏิเสธการรักษาที่ก่อให้เกิดความทรมาน และซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนาฏศิริ ราชฉวาง (2555) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต จุฑามาศ บุญบาล (2556) ศึกษาพบว่า สิทธิการปฏิเสธการ

รักษาพยาบาลของผู้ป่วยวาระสุดท้ายนั้นเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่บุคคลอื่นจะต้องยอมรับในการใช้สิทธินั้น ชัชวาล มีเมตตา (2553) ศึกษารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ได้กำหนดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเสรีภาพในชีวิต และร่างกายของบุคคลไว้ในมาตรา 4 มาตรา 28 และมาตรา 32 วรรคหนึ่ง และการตัดสินใจของตนเรื่องการรักษาพยาบาล ถือเป็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือสิทธิมนุษยชน ดุสิต สถาวร (2550) ได้อธิบายไว้ว่า ตามสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ที่กล่าวว่า “ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน สิทธิผู้ป่วยดังกล่าวนี้ ครอบคลุมถึงสิทธิที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเองที่จะหยุดการรักษาเพื่อยืดชีวิต

เมื่อพิจารณาถึงการบริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยทหารผ่านศึกต้องการที่จะปฏิเสธมากที่สุด คือบริการสาธารณสุขที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดและทรมานมาก ผู้ป่วยจะเลือกที่จะปฏิเสธบริการสาธารณสุขนั้นมากที่สุด คือท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กำพลศิริ (2542) พบว่า การบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุต้องการที่จะปฏิเสธมากที่สุด คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ/เจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น และสอดคล้องกับนาฏศิริ ราชฉวาง (2555) พบว่า การบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุต้องการที่จะปฏิเสธมากที่สุด คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ/เจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น

ส่วนบริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยทหารผ่านศึกต้องการที่จะปฏิเสธน้อยที่สุด

การให้ยาแก้ปวด วันวิสาข์ เล็งประเสริฐ (2546) พบว่า ต้องการการรักษาที่บรรเทาความเจ็บปวด สุชีรา เกตุคง (2548) พบว่า อาการที่มีความชุกและความทุกข์ทรมานสูงสุดคืออาการปวด ยาที่ใช้มากที่สุดคือยาบรรเทาอาการปวด

การทำกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุล โพธิ์ทอง (2556) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กลัวความตาย การสวดมนต์ ทำให้ผู้มีสื่อน้ำเศร้าหมอง เป็นทุกข์ กลับมีสื่อน้ำสว่าง ผ่องใส

การให้ยาเพิ่มความความดันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กำพลศิริ(2542) พบว่า การบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุต้องการที่จะปฏิเสธน้อยที่สุด คือ การกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด

Teresa Cardoso (2009) พบว่าแพทย์ร้อยละ 79 ตัดสินใจประยักต์หลักการให้การรักษาด้วยยา แต่ไม่มีการช่วยชีวิตเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย

การมอบหมายให้บุคคลใดทำหน้าที่ตัดสินใจแทน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกมอบหมายให้แพทย์-พยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจแทนมากที่สุด สุภัสสรา ชูช่อ และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวไทยพุทธร้อยละ 51.9 ตัดสินใจยุติการรักษาร้อยละ 28.6 ต้องการให้แพทย์ หรือครอบครัวตัดสินใจแทน มีเพียงร้อยละ 19.5 ที่ตัดสินใจรับการรักษาเพื่อยืดชีวิต คุณค่าที่สำคัญที่สุดที่ผู้ป่วยและครอบครัวไทยพุทธต้องการให้แพทย์และครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทน คือความเชื่อถือไว้วางใจ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกยังขาดความรู้ ความเข้าใจในสิทธิผู้ป่วย การใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคิดว่าแล้วแต่การรักษา กระบวนการทางการแพทย์ จึงควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะยืดการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วยทหารผ่านศึก และเรื่องสิทธิที่ผู้ป่วยทหารผ่านศึกควรทราบมากขึ้น โดยการจัดให้ความรู้ข้างเตียงผู้ป่วย

2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตและมีแนวปฏิบัติในโรงพยาบาลทหารผ่านศึกอย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- กรแก้ว กำพลศิริ. (2542). การตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์ และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุล โพธิ์ทอง. (2556). ผลการพัฒนาจิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนววิถีพุทธ: กรณีศึกษาการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต (พระพุทธศาสนา), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- เกษร เกตุชู. (2557). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดุสิต สถาพร. (2550). ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987).

- นพวรรณ ผ่องใส. (2553). ผลการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันวิสาข์ เส่งประเสริฐ. (2546). สิทธิที่จะเลือกและกำหนดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์ และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2555). ก่อนวันผลิตใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวันระสุดท้าย. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ทิพยกิจ จำกัด.
- สุชีรา เกตคง. (2553). ประสบการณ์เผชิญอาการ การดูแลแบบประคับประคอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภัทสร ชูช่อ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และ จารุวรรณ มานะสุรการ. (2554). ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติมุสลิมระยะสุดท้าย. เอกสารรายงานการประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษา สถาบันการศึกษา สาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช). (2554). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: บ. วิจิ จำกัด.
- Critical Care “Life-Sustaining Treatment Decision in Portuguese Intensive Care Units: ANational Survey of Intensive Care Physicians.” 2003. [Online]. Available: <http://www.medscape.com/viewarticle/464501>. (4 January 2009).

คำสั่งศาลปกครองที่น่าสนใจ

คำสั่งศาลปกครองนี้ บรรณาธิการได้รวบรวมจากระบบสืบค้นคำพิพากษา คำสั่งของศาลปกครองสูงสุด ในวารสารนี้ได้นำเสนอคำสั่งศาลปกครอง 2 เรื่อง ซึ่งบรรณาธิการคาดว่าจะประโยชน์ไม่เฉพาะแต่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับวงการยุติธรรม แต่ยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้บริหารองค์กรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่ประสงค์จะใช้คำสั่งศาลหรือกฎหมายเหล่านี้

1. คำสั่งที่ คส.5 /2559

เรื่องคดีพิพาทเกี่ยวกับการที่หน่วยงานทางปกครองและเจ้าหน้าที่ของรัฐออกคำสั่ง โดยมีขอบด้วยกฎหมายและละเลยต่อหน้าที่ ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ

ย่อคำสั่ง

คดีนี้ผู้ฟ้องคดีฟ้องและแก้ไขเพิ่มเติมฟ้องว่า ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ได้ทำฟาร์มเลี้ยงสุกรขนาดใหญ่ ใกล้บ้านพักอาศัย ของผู้ฟ้องทั้ง 11 และคนในชุมชน ทำให้มีกลิ่นเหม็นรุนแรงจากมูลสุกร ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 และคนในชุมชน ได้รับความเดือดร้อนจากกลิ่นมูลสุกรดังกล่าว ผู้ฟ้องคดีทั้งสิบเอ็ดและชาวบ้านได้ร้องเรียน ต่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ว่าการเลี้ยงสุกรยังไม่ขออนุญาตเลี้ยงตามขั้นตอนที่ต้อง ขัดต่อคำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุขฉบับที่ 3 / 2549 กล่าวคือ สถานที่ตั้งของฟาร์มสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 อยู่ห่างจากบ้านของผู้ฟ้องคดีที่ 1 ประมาณ 300 เมตร และอยู่ห่างจากบ้านของผู้ฟ้องคดีที่ 2 ถึงผู้ฟ้องคดีที่ 11 ประมาณ 350 เมตร บ้านเรือนดังกล่าวอยู่ทางทิศตะวันออกของฟาร์มเลี้ยงสุกร อันเป็นทิศทางที่ลมจะพัดผ่าน ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 จะได้รับกลิ่นของมูลสุกรตั้งแต่ช่วงเวลาเที่ยงคืนถึง 7 โมงเช้า หากศาลมีคำสั่งคุ้มครองชั่วคราวตามคำขอ จะทำให้ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 ได้รับความเดือดร้อนเสียหายคือมีปัญหาด้านสุขภาพ ศาลปกครองสูงสุดมีคำสั่งยืนตามคำสั่งของศาลปกครองชั้นต้นให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติอื่นที่เกี่ยวข้องออกคำสั่งหรือดำเนินการเพื่อบังคับให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ก่อเหตุเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 ที่เกิดจากการดำเนินกิจการฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 เป็นการชั่วคราว

ประเด็นวินิจฉัย

คำร้องอุทธรณ์คำสั่งกำหนดมาตรการหรือวิธีการคุ้มครองเพื่อบรรเทาทุกข์ชั่วคราว

ข้อเท็จจริงและการวินิจฉัย

ศาลปกครองชั้นต้น พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ถูกฟ้องคดีทั้ง 11 ได้รับความเดือดร้อนรำคาญจากผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ทำฟาร์มเลี้ยงสุกรขนาดใหญ่ใกล้บ้านพักอาศัยทำให้เกิดมูลสุกรซึ่งส่ง

กลิ่นเหม็นรุนแรง ทำให้ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 และคนในชุมชนได้รับความเดือดร้อนจากกลิ่นสุกรดังกล่าว ผู้ฟ้องคดีทั้งสิบเอ็ดและคนในชุมชนได้ร้องเรียนต่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 แต่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 อ้างว่าไม่มีกฎหมายให้อำนาจผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว และการเลี้ยงสุกรยังไม่ขออนุญาตตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ทำได้เพียงขอให้เจ้าของฟาร์มไปขออนุญาตเลี้ยงสุกรแล้วจะทำการปรับย้อนหลังเท่านั้น ต่อมาผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 กลับออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามใบอนุญาตเลขที่ 24/2558 ให้แก่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2558 ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 เห็นว่าการออกใบอนุญาตเลี้ยงสุกร ให้แก่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ดังกล่าว ขัดต่อคำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุขฉบับที่ 3/2559 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2549 จึงนำมาฟ้องต่อศาลปกครองชั้นต้น ขอให้เพิกถอนใบอนุญาตและมีคำขอ กำหนดมาตรการหรือวิธีการคุ้มครองชั่วคราวก่อนการพิพากษานั้น

เมื่อข้อเท็จจริงที่ปรากฏจากคำฟ้องและคำขอแก้ไขเพิ่มเติมคำฟ้อง รวมทั้งได้รับฟังข้อเท็จจริงจากการไต่สวนผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 และผู้ถูกฟ้องคดีทั้งสามรับฟังได้ว่าคดีนี้มีเหตุและมีเหตุผลเพียงพอ ที่จะนำมาตรการหรือวิธีการคุ้มครองเพิ่มชั่วคราวก่อนการพิพากษาคดีมาใช้ เนื่องจากผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 ยังได้รับความเดือดร้อนรำคาญจากกลิ่นเหม็นจากการประกอบกิจการฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 แม้ว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 จะอ้างว่า ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหารีเอกลิ่นจากมูลสุกรมาโดยตลอดจนปัจจุบัน ปัญหาดังกล่าวได้ลดลงไปมากแล้วกับทั้งได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนบริเวณข้างเคียงฟาร์มสุกรโดยประชาชนส่วนใหญ่จำนวน 132 คน เห็นด้วยที่จะให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ดำเนินการประกอบกิจการฟาร์มเลี้ยงสุกรต่อไป ประกอบกับผู้ถูกฟ้องคดีทั้งสามได้เสนอมาตรการป้องกันกลิ่นมูลสุกรเพิ่มเติมต่อศาลตามคำชี้แจงฉบับลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2558 ก็ตาม แต่เมื่อปัจจุบันฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 มีสุกรเป็นจำนวนมากถึง 2,600 ตัว ย่อมส่งกลิ่นเหม็นสร้างความเดือดร้อนรำคาญให้แก่ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 อยู่ ทำให้ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 มีปัญหาด้านสุขภาพ เวลาหายใจจะแสบคอ แสบจมูก เวียนศีรษะรับประทานอาหารไม่ได้ สุขภาพจิตเสีย และบางรายเป็นโรคมะเร็ง ดังนั้น ความเดือดร้อนรำคาญตามที่กล่าวมาจากการดำเนินการกิจการฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 และหากปล่อยให้มีการดำเนินฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 โดยไม่มีมาตรการป้องกันกลิ่นเหม็นจากมูลสุกรเช่นนี้ต่อไป ความเดือดร้อนรำคาญจากกลิ่นเหม็น จากการดำเนินกิจการฟาร์มเลี้ยงสุกรดังกล่าวก็ยังมีอยู่ จึงถือว่าผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 ยังคงได้รับความเดือดร้อนจากการดำเนินกิจการดังกล่าวของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3

ศาลปกครองชั้นต้นมีคำสั่งให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องออกคำสั่ง หรือดำเนินการเพื่อมิให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ก่อเหตุเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 ที่เกิดจากการดำเนินกิจการฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 เป็นการชั่วคราว จนกว่าศาลจะมีคำพิพากษาหรือคำสั่งเป็นอย่างอื่นหรือจนกว่าคดีจะถึงที่สุด

ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ยื่นคำอุทธรณ์ คำสั่งศาลปกครองชั้นต้น ที่กำหนดมาตรการหรือวิธีการคุ้มครอง เพื่อบรรเทาทุกข์ชั่วคราวก่อนการพิพากษาความว่า สถานที่ตั้งฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 อยู่ห่างจากชุมชนพอสมควร บริเวณโดยรอบของฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 มีลักษณะเป็นสวนยางพารา มีบ้านเรือนของประชาชนอยู่กระจัดกระจายไม่ได้มีรูปแบบเป็นชุมชนที่หนาแน่นตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ประกอบหลักเกณฑ์ในการควบคุมการประกอบกิจการเลี้ยงสุกรตามคำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุขฉบับที่ 3/2559 ระบุว่า การประกอบกิจการเลี้ยงสุกรเกินกว่า 500 ตัว ควรมีระยะห่างจากชุมชน ศาสนสถาน โบราณสถาน สถาบันการศึกษา โรงพยาบาล หรือสถานที่อื่นๆ ตามกฎหมายว่าด้วยโรงงานและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกำหนด ในระยะที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และไม่ก่อเหตุรำคาญต่อชุมชน โดยมีระยะห่างจากสถานที่ดังกล่าวไม่น้อยกว่า 1,000 เมตร ฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 อยู่ห่างจากศาสนสถาน โบราณสถาน สถาบันการศึกษา โรงพยาบาลถึงประมาณ 2,059 เมตร ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 มิได้ละเลยไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ประกอบคำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุขฉบับที่ 3/2559 รายละเอียดปรากฏตามแผนที่ภาพถ่ายทางดาวเทียม เอกสารท้ายคำร้องในการออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามใบอนุญาตเลขที่ 24/2558 ก่อนที่จะได้มีการออกใบอนุญาตดังกล่าว ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ได้มีการเลี้ยงสุกรอยู่ก่อนแล้วเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2557 ซึ่งในช่วงปี พ.ศ. 2557 ได้มีเหตุร้องเรียนจากประชาชนว่า มีกลิ่นเหม็น จากมูลสุกรจากฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ได้ส่งเจ้าหน้าที่ลงไปตรวจสอบได้ปรึกษากับผู้ใหญ่บ้านหมู่ 7 ตำบลชุมแสง อำเภोजันทร์ จังหวัดระยอง ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและได้มีการจัดการประชุมผู้เดือดร้อนจากฟาร์มสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ซึ่งในที่ประชุมมีมติให้จัดตั้งคณะกรรมการตรวจสอบเรื่องกลิ่นเหม็นของมูลสุกร และที่ประชุมได้แจ้งต่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ว่า ถ้าแก้ไขปัญหาร่องกลิ่นเหม็นของสุกรไม่ได้ จะให้เวลาเลี้ยงสุกรต่อไปจนถึงจับสุกรขายในเดือนมกราคม 2557 ซึ่งในการประชุมวันที่ 15 กันยายน 2557 ผู้ฟ้องคดีเกือบทั้งหมดก็ได้เข้าร่วมประชุมด้วย และยังได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการตรวจสอบเรื่องกลิ่นเหม็นของมูลสุกรด้วย หลังจากที่ถูกฟ้องคดีที่ 3 จับสุกรขายแล้วได้ทำการปรับปรุงฟาร์มสุกรใหม่ โดยปรับปรุงโรงเรือนด้วยการทาสีระบายน้ำภายในโรงเรือน เพื่อให้ระบายได้สะดวก ไม่ซังภายในโรงเรือนสุกรและได้นำผ้าใบมาคลุมบ่อบำบัดน้ำเสียให้ถูกต้องตามแบบแปลน ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 มิได้ละเลย ไม่ควบคุมดูแลการประกอบกิจการที่มีผลกระทบต่อประชาชน แต่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้ทำการควบคุมดูแลและรับฟังความคิดเห็นประชาชนตามอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายบัญญัติไว้เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2558 ผู้ถูกฟ้องคดี ที่ 3 ได้ยื่นคำร้องขอประกอบกิจการอันเป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภทการเลี้ยงสุกรต่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 รับไว้พิจารณาและได้ให้เจ้าหน้าที่ทำการตรวจสอบเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำร้องขอประกอบกิจการอันเป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภทการเลี้ยงสุกร ของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ว่าครบถ้วนหรือไม่ รวมทั้งได้ให้เจ้าหน้าที่ลง

ตรวจพื้นที่ ตรวจสอบปัญหาเรื่องกลิ่นมูลสุกรเป็นระยะ สอบถามประชาชนในพื้นที่ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการเลี้ยงสุกรว่ามีกลิ่นเหม็นของมูลสุกรหรือไม่ พบว่าประชาชนในพื้นที่ที่ไม่มีกรร็องเรียนเกี่ยวกับกลิ่นเหม็นของมูลสุกรอีก ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 จึงได้ออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายแก่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ตามใบอนุญาตเลขที่ 24/2558 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2558 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ไม่ได้ปล่อยปละละเลยหรือกระทำการขัดต่อคำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุขฉบับที่ 3/2549 หรือกระทำตามอำเภอใจ แต่การที่พิจารณาออกใบอนุญาตให้ไปนั้น เป็นไปตามหลักข้อเท็จจริงตามขั้นตอน และตามหลักกฎหมายทุกประการ การที่ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 มีปัญหาด้านสุขภาพที่หายใจแสบคอ แสบจมูก เวียนศีรษะ รับประทานอาหารไม่ได้ สุขภาพจิตเสีย นั้น อาการดังกล่าวของผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 ยังไม่มีผลการตรวจสุขภาพของนายแพทย์ผู้มีใบประกอบโรคศิลป์มาประกอบการยืนยันฟ้อง จึงไม่สามารถสรุปได้ชัดว่า อาการดังกล่าวเกิดจากกลิ่นเหม็นของสุกร เพราะมีการปรับปรุงฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ก็จะทำให้กลิ่นเหม็นของสุกรลดน้อยลงมาก จึงเป็นการกล่าวอ้างอย่างลอยๆ

ขอให้ศาลปกครองสูงสุด มีคำสั่งยกคำสั่งของศาลปกครองชั้นต้น ให้คุ้มครองชั่วคราวก่อนการพิพากษา

ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ยื่นคำร้องอุทธรณ์คำสั่งศาลปกครองชั้นต้นที่กำหนดมาตรการหรือวิธีคุ้มครองเพื่อบรรเทาทุกข์ชั่วคราว ก่อนการพิพากษาความว่า ที่ตั้งฟาร์มสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 อยู่ห่างจากชุมชนพอสมควร ที่พักอาศัยโดยรอบของบริเวณฟาร์มสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 มีลักษณะเป็นสวนยางพารา มีบ้านเรือนของประชาชนอยู่กระจัดกระจาย มิได้เป็นชุมชนหนาแน่นตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ประกอบคำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุขฉบับที่ 3/2549 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2549 ระบุว่า การประกอบการเลี้ยงสุกรเกินกว่า 500 ตัว ควรมีระยะห่างจากชุมชน ศาสนสถาน โบราณสถาน สถาบันการศึกษา โรงพยาบาล สถานที่อื่นๆ ตามกฎหมายว่าด้วยโรงงานและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกำหนด ในระยะที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและไม่ก่อเหตุรำคาญต่อชุมชนโดยมีระยะห่างจากสถานที่ดังกล่าวไม่น้อยกว่า 1,000 เมตร ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ได้มีการเลี้ยงสุกรก่อนจะมีการออกใบอนุญาตในช่วงปี พ.ศ. 2557 ได้มีประชาชนร้องเรียนว่ามีกลิ่นเหม็นจากมูลสุกรผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ได้ส่งเจ้าหน้าที่ไปตรวจสอบและได้ปรึกษากับผู้ใหญ่บ้านหมู่ 7 ตำบลชุมแสง อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยองได้มีการจัดประชุมผู้เดือดร้อน ที่ประชุมมีมติให้จัดตั้งคณะกรรมการตรวจสอบเรื่องกลิ่นเหม็นของมูลสุกร ซึ่งในการประชุมในวันที่ 15 กันยายน 2557 ผู้ฟ้องคดีเกือบทั้งหมดก็ได้เข้าร่วมประชุมและยังได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการตรวจสอบเรื่องกลิ่นเหม็นของมูลสุกรด้วย เมื่อได้มีการประชุมและได้มีมติที่ประชุมแล้ว ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ก็รับดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยทำการคลุมผ้าใบบริเวณบ่อมูลสุกร ทำให้กลิ่นสุกรลดน้อยลงมาก เหลือเพียงกลิ่นที่พัดลมดูดออกมาจากโรงเรือนเลี้ยงสุกร ซึ่งผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ใช้จุลินทรีย์เคมีมาช่วยย่อยสลายมูลสุกร แต่เนื่องจากจุลินทรีย์เคมีมีราคาสูง ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 จะไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ตลอด จึงได้เปลี่ยนมาใช้หมักชีวภาพแทน ซึ่งก็จำกัดกลิ่น

ของมูลสุกรได้ผลเป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ก็ได้ให้บุตรชายไปทำการอบรมหลักสุตร ผู้ประกอบการมาตรฐานฟาร์มเลี้ยงสุกรที่กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์จนผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร ซึ่งบุตรชายก็ได้รับคำแนะนำจากกรมปศุสัตว์ให้ดำเนินการทำกำแพงดักลมเพื่อลดกลิ่นมูลสุกรที่พัดลมได้พัดออกไป โดยใช้แผ่นพลาสติกพรางแสง เปลือกมะพร้าวแห้งปิดกั้นลม บริเวณหลังพัดลมติดตั้งปั้มน้ำและหัวฉีดสเปรย์น้ำไปยังเปลือกมะพร้าวแห้ง เพื่อดูดซับมูลสุกรให้กระจายออกไป ได้น้อยลงมากที่สุด ประมาณเดือนธันวาคม 2557 คณะกรรมการหมู่บ้านได้เข้ามาตรวจสอบครั้งที่ 2 ก็ได้ให้ความเห็นว่า กลิ่นเหม็นของมูลสุกรลดน้อยลงแล้ว เมื่อครบกำหนดจับสุกรชุดแรกออกไปขายจนหมดจากโรงเรือนแล้ว ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ได้ปรับปรุงแก้ไขส้วมน้ำ ในโรงเรือนเลี้ยงสุกรให้ลาดเอียงมากขึ้น เพื่อสะดวกต่อการทำความสะอาดมูลสุกรที่ตกค้างและทำการย้ายจุดต้อนน้ำสุกรไปไว้ในรางส้วมน้ำ เพื่อให้พื้นโรงเรือนไม่ชื้นแฉะ ในครั้งนี้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ได้แจ้งคณะกรรมการหมู่บ้านให้เข้ามาตรวจสอบ การแก้ไขกลิ่นเหม็นสุกร ผลปรากฏว่า คณะกรรมการลงความเห็นว่า ไม่มีกลิ่นเหม็นสุกรแต่อย่างใด ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 จึงได้เร่งดำเนินการยื่นคำร้องขอประกอบกิจการอันเป็นอันตรายต่อสุขภาพต่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ในวันที่ 9 มีนาคม 2558 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ได้รับคำร้องไว้พิจารณาและเจ้าหน้าที่ของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ได้ทำการลงตรวจพื้นที่ พร้อมกับคณะกรรมการของหมู่บ้านทุกฝ่ายก็ได้ความเห็นว่า ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ได้ปรับปรุงแก้ไขโรงเรือนเลี้ยงสุกร แก้ไขระบบควบคุมกลิ่นจากมูลสุกรตามที่ได้ตกลงไว้ในที่ประชุมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 จึงได้ออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพให้แก่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ในวันที่ 18 มีนาคม 2558 หาใช่เป็นการที่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 กระทำการปล่อยปละละเลย หรือกระทำการขัดกับคำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุขฉบับที่ 3/2559 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2549 การที่ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 อ้างว่ามีกลิ่น มีปัญหาด้านสุขภาพที่หายใจแสบคอ แสบจมูก เวียนศีรษะ รับประทานอาหารไม่ได้ สุขภาพจิตเสียนั้น อาการดังกล่าวของผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 ยังไม่มีผลการตรวจสุขภาพของแพทย์ผู้มีใบประกอบโรคศิลป์ จึงไม่สามารถสรุปให้แน่ชัดว่า อาการดังกล่าวเกิดจากกลิ่นเหม็นของมูลสุกรเป็นการกล่าวอ้างขึ้นมอลอยลอยของผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 โดยยังไม่มีหลักฐานเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพมาประกอบ ปัจจุบัน ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ก็ไม่ได้นิ่งนอนใจแต่อย่างใด ยังดำเนินการแก้ไขกลิ่นรบกวนจากมูลสุกรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันบริเวณกำแพงดักลมผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ได้เปลี่ยนมาใช้เยื่อกระดาษซับน้ำ ซึ่งได้มาตรฐานกว่า มาเป็นตัวซับกลิ่นมูลสุกร จึงทำให้กลิ่นเหม็นลดน้อยลงจนแทบไม่มีเหลือเลยก็ว่าได้ ได้ดำเนินการปลูกต้นไม้โดยรอบบริเวณฟาร์มเลี้ยงสุกร และบริเวณหลัง พัดลมระบายอากาศหลังโรงเรือนเลี้ยงสุกรเพื่อลดแรงปะทะลมที่พัดผ่านนำกลิ่นมูลสุกรไปกับลม ไม่ให้ถูกพัดพาไปไกลและไม่ฟุ้งกระจายมาก รวมถึงจะเพิ่มจำนวนพนักงานทำความสะอาดส้วมน้ำภายในโรงเรือนเลี้ยงสุกรให้ถี่ขึ้น จากเดิมทำวันเว้นวัน แก้ไขให้มีการทำความสะอาดทุกวันอย่างสม่ำเสมอเพื่อระบายน้ำทิ้งที่เกิดจากการหมักหมมของมูลสุกรภายในโรงเรือนทันที ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ได้เพิ่มมาตรการทำความสะอาดด้วยน้ำสารส้มมาผสมกับน้ำ มาฉีดทำความสะอาดพื้นโรงเรือนสุกร ปัจจุบันไม่มีกลิ่นรบกวนจากมูลสุกรในชุมชนของผู้ถูกฟ้องคดี

ที่ 3 อีกแล้ว ปัจจุบันได้มีเจ้าหน้าที่จากกรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ได้มาตรวจ โรงเรือนเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 และได้ออกใบรับรองให้ฟาร์มสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ได้รับการรับรองการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับฟาร์มเลี้ยงสุกร ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ได้แก้ปัญหามาจากการเลี้ยงสุกรมาโดยตลอด ไม่ได้ปล่อยปละละเลยจนทำให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนแต่อย่างใดอีก ทั้งการออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายให้แก่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ได้ดำเนินการโดยผ่านกระบวนการที่ถูกต้องตามกฎหมายแล้ว

ขอให้ศาลปกครองสูงสุดมีคำสั่งยกคำสั่งของศาลปกครองชั้นต้น ที่ให้คุ้มครองชั่วคราว ก่อนการพิพากษา

ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 ชี้แจงข้อเท็จจริงตามคำสั่งของศาลปกครองสูงสุดว่าผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 ได้นำส่งพยานหลักฐานทั้งหมดต่อศาลปกครองชั้นต้นตามคำฟ้องและคำฟ้องเพิ่มเติม บันทึกคำให้การในชั้นไต่สวนและคำคัดค้านคำให้การที่ยื่นต่อศาลปกครองชั้นต้นไว้แล้วและขอส่งภาพถ่ายดาวเทียมแสดงภาพที่ตั้งของฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 และชุมชนโดยรอบ เพื่อประกอบการพิจารณาของคดีปกครองสูงสุดต่อไป

ศาลปกครองสูงสุดพิเคราะห์แล้วเห็นว่าตามมาตรา 66 วรรคหนึ่งแห่งพระราชบัญญัติ จัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 บัญญัติว่า ในกรณีที่ศาลปกครอง เห็นสมควรกำหนดมาตรการหรือวิธีการใดๆ เพื่อบรรเทาทุกข์ให้แก่คู่กรณีที่เกี่ยวข้องเป็นการ ชั่วคราวก่อนการพิพากษาคดี ไม่ว่าจะมีความร้องขอจากบุคคลดังกล่าวหรือไม่ ให้ศาลปกครองมี อำนาจกำหนดมาตรการหรือวิธีการชั่วคราว และออกคำสั่งไปยังหน่วยงานทางปกครองหรือ เจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องให้ปฏิบัติได้ ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กำหนดโดยระเบียบของที่ประชุม ใหญ่ตุลาการในศาลปกครองสูงสุดวรรคสองบัญญัติว่า การกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตาม วรรคหนึ่ง ให้คำนึงถึงความรับผิดชอบของหน่วยงานทางปกครองหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ และ อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นแก่การบริหารงานของรัฐประกอบด้วยข้อ 37 แห่งระเบียบของที่ประชุม ใหญ่ตุลาการในศาลปกครองสูงสุด ว่าด้วยวิธีพิจารณาคดี พ.ศ. 2543 กำหนดว่าให้นำความใน ลักษณะหนึ่ง ของภาค 4 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งมาใช้บังคับกับหลักเกณฑ์ใน การพิจารณาคำขอ เงื่อนไขในการออกคำสั่งของศาลและผลของคำสั่งกำหนดมาตรการหรือ วิธีการคุ้มครองอย่างใดเพื่อบรรเทาทุกข์ชั่วคราวก่อนการพิพากษา หรือวิธีการเพื่อคุ้มครอง ประโยชน์ของผู้ขอ ในระหว่างการพิจารณาหรือเพื่อบังคับตามคำพิพากษาโดยอนุโลม เท่าที่ สภาพของเรื่องจะเปิดช่องให้กระทำได้ และโดยไม่ขัดต่อระเบียบนี้และหลักกฎหมายทั่วไปว่าด้วย วิธีพิจารณาคดีปกครอง ประกอบกับมาตรา 254 วรรคหนึ่งแห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณา ความแพ่งบัญญัติว่า ในคดีอื่นๆ นอกจากคดี민โนสารเร โจทก์ขอขบที่จะยื่นต่อศาลพร้อมกับคำฟ้อง หรือในเวลาใดๆ ก่อนพิพากษา ซึ่งคำขอฝ่ายเดียว ร้องขอให้ศาลมีคำสั่งภายในบังคับแห่งเงื่อนไข ซึ่งจะกล่าวต่อไปเพื่อจัดให้มีวิธีคุ้มครองใดๆ ดังต่อไปนี้ (1)...(2) ให้ศาลมีคำสั่งห้ามชั่วคราวไม่ให้ จำเลยกระทำซ้ำหรือกระทำต่อไปซึ่งการละเมิด หรือการผิดสัญญาหรือการกระทำที่ถูกฟ้องร้อง หรือมีคำสั่งอื่นใดในอันที่จะบรรเทาความเดือดร้อนเสียหาย ที่โจทก์อาจได้รับต่อไป เนื่องจากการ

กระทำของจำเลย หรือมีคำสั่งห้ามชั่วคราวไม่ให้จำเลยโอนขายยกย้ายหรือจำหน่ายซึ่งทรัพย์สินที่พิพาท หรือทรัพย์สินของจำเลยหรือมีคำสั่งให้หยุดหรือป้องกันการเปลี่ยนไปเปล่าของการบุกสลายสิ้นทรัพย์สินดังกล่าว ทั้งนี้จนกว่าคดีจะถึงที่สุดหรือศาลจะมีคำสั่งเป็นอย่างอื่น (3) ... แล้วมาตรา 255 แห่งประมวลกฎหมายเดียวกันบัญญัติว่า ในการพิจารณาอนุญาตตามคำขอที่ยื่นไว้ตามมาตรา 255 ต้องให้เป็นที่น่าพอใจของศาลว่า คำฟ้องมีมูลและมีเหตุเพียงพอที่จะนำวิธีคุ้มครองตามที่ขอนั้นมาใช้ได้ตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (1) ... (2) ในกรณีที่ยื่นคำขอให้ศาลมีคำสั่ง ตามมาตรา 254 (2) ต้องให้เป็นที่น่าพอใจของศาลว่า (ก) จำเลยตั้งใจจะกระทำซ้ำหรือกระทำต่อไปซึ่งการละเมิด การผิดสัญญาหรือการกระทำที่ถูกฟ้อง (ข) โจทก์จะได้รับความเดือดร้อนเสียหายต่อไป เนื่องจากการกระทำของจำเลย (ค)... เห็นว่าเงื่อนไขแห่งการที่ศาลปกครองจะมีอำนาจออกคำสั่งกำหนดมาตรการหรือวิธีการคุ้มครอง เพื่อบรรเทาทุกข์ชั่วคราว ก่อนการพิพากษามีอยู่ 3 ประการประกอบกัน คือประการแรกคำฟ้องมีมูล ประการที่สองมีเหตุเพียงพอที่จะนำมาตราการหรือวิธีคุ้มครองเพื่อบรรเทาทุกข์ชั่วคราวก่อนการพิพากษามาใช้ โดยผู้ฟ้องคดีต้องแสดงให้เห็นที่น่าพอใจแก่ศาลว่า ผู้ถูกฟ้องคดีตั้งใจจะกระทำซ้ำหรือกระทำต่อไปซึ่งการละเมิดการผิดสัญญาหรือการกระทำที่ถูกฟ้องหรือผู้ฟ้องคดีจะได้รับความเดือดร้อนต่อไป เนื่องจากการกระทำของผู้ถูกฟ้องคดี และประการที่สามจะต้องคำนึงถึงความรับผิดชอบของหน่วยงานทางปกครองหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ และปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นแก่การบริหารงานของรัฐด้วย

เมื่อข้อเท็จจริงปรากฏตามคำฟ้องว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ได้ทำฟาร์มเลี้ยงสุกรขนาดใหญ่ใกล้บ้านพักของผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 และคนในชุมชน ทำให้กลิ่นเหม็นรุนแรงจากมูลสุกรรบกวนผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 และคนในชุมชนได้รับความเดือดร้อนด้านสุขภาพ เวลาที่หายใจจะแสบคอ แสบจมูก เวียนศีรษะ รับประทานอาหารไม่ได้ เสียสุขภาพจิต เสียสิทธิ์ได้รับอากาศบริสุทธิ์ในการหายใจไป และบางรายเป็นโรคมะเร็ง ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 และชาวบ้านได้ร้องเรียนต่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 แต่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 กลับออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามใบอนุญาตเลขที่ 24/2558 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2558 ให้แก่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 เห็นว่าการออกใบอนุญาตเลี้ยงสุกรให้แก่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ดังกล่าว ขัดต่อคำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุขฉบับที่ 3/2549 ศาลพิเคราะห์แล้วเห็นว่า ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ได้รับอนุญาตประกอบกิจการเลี้ยงสุกรเป็นจำนวน 2,600 ตัว และตั้งอยู่ห่างจากบ้านและชุมชนที่ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 อาศัยอยู่ โดยห่างจากบ้านหลังใกล้สุดประมาณ 100 เมตร ห่างจากบ้านของผู้ฟ้องคดีที่ 1 ประมาณ 300 เมตร และห่างจากบ้านของผู้ฟ้องคดีที่ 2 ถึงผู้ฟ้องคดีที่ 11 ประมาณ 350 เมตร ถึง 500 เมตร ย่อมทำให้ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 ได้รับความเดือดร้อนรำคาญจากกลิ่นเหม็นอันเกิดจากการประกอบกิจการฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 แม้ว่าผู้ถูกฟ้องคดีทั้งสามจะอ้างว่าได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาระยะไกลจากมูลสุกรมาโดยตลอด จนปัญหาดังกล่าวได้ลดลงไปมากแล้วก็ตาม แต่เมื่อฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ยังดำเนินการอยู่ ก็ย่อมทำให้เกิดกลิ่นเหม็น ซึ่งทำให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้ฟ้องคดีทั้งสิบเอ็ดและคนในชุมชนดังกล่าวได้ และหากปล่อย

ให้ผู้ฟ้องคดีที่ 3 ดำเนินกิจการฟาร์มเลี้ยงสุกรต่อไป โดยไม่ได้มีมาตรการในการควบคุมกลิ่น จากการประกอบกิจการฟาร์มเลี้ยงสุกร ดังกล่าว ย่อมจะก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญ แก่ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 ต่อไป ประกอบกับ ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 เป็นผู้มีอำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติอื่นที่เกี่ยวข้องในการออกคำสั่งหรือดำเนินการเพื่อป้องกัน หรือระงับเหตุเดือดร้อนรำคาญเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว การที่ศาลปกครองชั้นต้นมีคำสั่งให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องออกคำสั่งหรือดำเนินการ เพื่อมิให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ก่อเหตุเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 เป็นกรณีที่ศาลปกครองชั้นต้นกำหนดให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ดำเนินการตามหน้าที่ ซึ่งผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 มีอำนาจตามกฎหมายอยู่แล้ว เมื่อคำนึงถึงความรับผิดชอบของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 และความเดือดร้อนเสียหายของผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 แล้ว กรณีจึงถือว่าคำฟ้องของผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 มีมูลและมีเหตุผลเพียงพอ ที่จะนำมาตรการ หรือวิธีการคุ้มครอง เพื่อบรรเทาทุกข์ชั่วคราวก่อนการพิพากษาตามผู้ฟ้องคดี ทั้ง 11 มีคำขอมาใช้ได้ แล้วไม่เป็นปัญหาอุปสรรคแก่การบริหารงานของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 แต่อย่างใด

การที่ศาลปกครองชั้นต้นมีคำสั่ง ให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติอื่นที่เกี่ยวข้องออกคำสั่งหรือดำเนินการเพื่อมิให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ก่อเหตุเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้ฟ้องคดีทั้ง 11 ที่เกิดจากการดำเนินกิจการฟาร์มเลี้ยงสุกรของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 เป็นการชั่วคราวจนกว่าศาลจะมีคำพิพากษาหรือคำสั่งเป็นอย่างอื่นหรือจนกว่าคดีจะถึงที่สุดนั้น ศาลปกครองสูงสุดเห็นพ้องด้วย จึงมีคำสั่งยืนตามคำสั่งของศาลปกครองชั้นต้น

2. คำสั่งที่ 178 /2559

เรื่อง คดีพิพาทเกี่ยวกับการกระทำละเมิดของหน่วยงานทางปกครองหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐอันเกิดจากการใช้อำนาจตามกฎหมายหรือจากการละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ (คำร้องอุทธรณ์คำสั่งไม่รับคำฟ้องไว้พิจารณา)

ย่อคำสั่ง

คดีนี้ศาลปกครองชั้นต้นมีคำสั่งไม่รับคำฟ้องของผู้ฟ้องคดีไว้พิจารณาโดยเหตุที่ผู้ฟ้องคดีได้ยื่นฟ้องคดีก่อนหน้านั้นแล้ว เนื่องจากข้อพิพาทในคดีเป็นข้อพิพาทที่เกิดจากการกระทำละเมิดทางกายภาพในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ มิใช่เป็นการกระทำละเมิดอันเนื่องมาจากการใช้อำนาจตามกฎหมาย หรือจากการละเลยหน้าที่หรือปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวซ้ำเกินสมควร จึงมีใช้คดีปกครองตามมาตรา 9 วรรคหนึ่ง (3) แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 ผู้ฟ้องคดีอุทธรณ์คำสั่งไม่รับคำฟ้องไว้พิจารณาของศาลปกครองชั้นต้น คดีอยู่ระหว่างการพิจารณาของศาลปกครองสูงสุด ผู้ฟ้องคดียื่นฟ้องคดีนี้ต่อศาลปกครองชั้นต้นอีกจึงเป็นการฟ้องซ้อนต้องห้าม จึงมีคำสั่งไม่รับคำร้องอุทธรณ์คำสั่งของผู้ฟ้องคดีไว้พิจารณา

ประเด็นวินิจฉัย

1. ข้อพิพาทในคดีเป็นข้อพิพาทที่เกิดจากการกระทำละเมิดทางกายภาพในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่
2. คำร้องอุทธรณ์คำสั่งที่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน
3. การฟ้องซ้อนต้องห้าม

ข้อเท็จจริงและการวินิจฉัย

คดีนี้ผู้ฟ้องฟ้องว่า เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2553 ผู้ฟ้องคดีประสบอุบัติเหตุ ขณะขับขีรถจักรยานยนต์เป็นเหตุให้ผู้ฟ้องคดีได้รับบาดเจ็บผู้ฟ้องคดีถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค โดยมีนายแพทย์ ธ เป็นแพทย์ผู้ทำการรักษาและรักษาผู้ฟ้องคดี โดยการใส่สกรูที่สะโพก 1 ตัว คำว่าผู้ฟ้องคดีย้ายไปรักษาตัวยังโรงพยาบาลรวมแพทย์เชียงใหม่ โดยมีนายแพทย์ ย เป็นแพทย์ผู้ทำการรักษาและในวันที่ 27 สิงหาคม 2553 ผู้ฟ้องคดีถูกส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยมีนายแพทย์ ข เป็นแพทย์ผู้ทำการรักษา โดยไม่ผ่าตัดสะโพกด้านซ้ายใหม่และใส่สกรูเพิ่มอีก 1 ตัว ต่อมาในวันที่ 31 สิงหาคม 2553 ได้มีการถ่ายภาพเอกซเรย์บาดเจ็บแผลของผู้ฟ้องคดีไว้ ซึ่งผู้ฟ้องคดีสังเกตจากฟิล์มเอ็กซเรย์ แล้วพบว่ากระดูกสะโพกของผู้ฟ้องคดีแยกออกจากกันเป็น 2 ส่วนชัดเจน รวมทั้งเหล็กตามต้นขาที่ใส่มาจากโรงพยาบาลแมคคอร์มิคไปทางด้านข้างประมาณครึ่งนิ้ว ผู้ฟ้องคดีเห็นว่าการรักษาจากแพทย์ผู้ทำการรักษาของโรงพยาบาลทั้ง 3 ดังกล่าว เป็นผลทำให้ผู้ฟ้องคดีมีอาการเจ็บที่กระดูกสะโพก มีอาการสะบัดเวลาเดินและกระดูกโคนขาซ้ายที่ตามเหล็กไว้มีอาการเจ็บเวลาเดินทาง ที่ปรากฏในภาพเอกซเรย์

ของโรงพยาบาลแมคคอร์มิคเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2553 สภาพกระดูกนิ้วและฝ่าเท้าด้านซ้ายมีสภาพเป็นปกติ แต่หลังจากเข้ารับการผ่าตัดแล้วกลับผิดรูปคดไปด้านซ้ายประมาณ 3 นิ้ว และปลายนิ้วชี้ฝ่าเท้าด้านซ้ายยังมียาการหักงอ กระดูกฝ่าเท้าด้านซ้ายนูนขึ้นมา ปลายนิ้วชา ฝ่าเท้าด้านซ้ายทั้ง 3 นิ้ว มีอาการชาหยุกไม่เจ็บ และบริเวณน่องด้านซ้ายลีบเล็กกว่าด้านขวาประมาณ 1 นิ้ว เนื่องจากนิ้วเท้าด้านขวาเดินแล้วมีเสียงดัง มีอาการเจ็บเมื่อเวลาเดินหรือพักผ่อนเท้าหรือและกระดูกต้นแขนด้านซ้าย เมื่อใส่เหล็กตามแล้วกระดูกยังห่างกันเกือบ 1 เซนติเมตร และเมื่อแผลหายแล้ว แขนด้านซ้ายยาวกว่าแขนด้านขวาและมีอาการชาที่ปลายนิ้วมือ ผู้ฟ้องคดีจึงนำคดีมาฟ้องต่อศาลปกครองชั้นต้น

ขอให้ศาลมีคำพิพากษาหรือคำสั่งให้ผู้ถูกฟ้องคดีทั้ง 3 ชดใช้ค่าเสียหายให้แก่ผู้ฟ้องคดีเป็นจำนวนเงิน 5 ล้านบาทพร้อมกับยื่นคำขอยกเว้นค่าธรรมเนียมศาล

ศาลปกครองชั้นต้นพิจารณาแล้วเห็นว่า เมื่อข้อเท็จจริงปรากฏว่าผู้ฟ้องคดี เคยยื่นฟ้องคณะกรรมการแพทยสภาต่อศาลปกครองเชียงใหม่ เป็นคดีหมายเลขดำที่ 4/2557 ขอให้เพิกถอนมติของแพทยสภาที่พิจารณายกข้อกล่าวโทษผู้ถูกฟ้องคดีทั้งสามตามหนังสือของแพทยสภาที่ พส 011/(จ.4) 719 ลงวันที่ 28 ตุลาคม 2556 ต่อมาผู้ฟ้องคดียื่นคำร้องทางไปรษณีย์ลงวันที่ 20 เมษายน 2558 ขอแก้ไขเพิ่มเติมคำฟ้องภายหลัง จากที่ผู้ถูกฟ้องคดีได้จัดทำคำให้การเพิ่มเติมเสนอต่อศาลแล้ว โดยผู้ฟ้องคดีขอเรียกค่าเสียหายจากโรงพยาบาลทั้ง 3 โรงพยาบาลละ 5 ล้านบาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 15 ล้านบาทพร้อมทั้งมีคำร้องขอให้ยกเว้นค่าธรรมเนียมศาล

ศาลปกครองชั้นต้นได้มีคำสั่งไม่รับคำฟ้องในประเด็นดังกล่าว ในวันที่ 30 เมษายน 2558 เนื่องจากเห็นว่าประเด็นดังกล่าวไม่เกี่ยวกับคำฟ้องเดิม ทั้งยังเป็นการกระทำละเมิดทางกายภาพในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่เท่านั้น มิใช่การกระทำละเมิด อันเนื่องจากการใช้อำนาจตามกฎหมายหรือการละเลยต่อหน้าที่หรือปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวล่าช้าเกินสมควร จึงมิใช่คดีปกครองตามมาตรา 9 วรรคหนึ่ง (3) แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 ที่ศาลปกครองจะรับไว้พิจารณาพิพากษาได้

ต่อมาผู้ฟ้องคดีอุทธรณ์คำสั่งไม่รับคำฟ้องในประเด็นดังกล่าวต่อศาลปกครองสูงสุด ซึ่งในปัจจุบันคดีดังกล่าวอยู่ในระหว่างการพิจารณาคดีของศาลปกครองสูงสุด ดังนั้นการที่ผู้ฟ้องคดีนำประเด็นดังกล่าวมายื่นฟ้องใหม่ในคดีนี้จึงเป็นการยื่นฟ้องเรื่องเดียวกันต่อศาลเดียวกันหรือศาลอื่นอีก อันเป็นการฟ้องซ้อนต้องห้ามตามข้อ 36 แห่งระเบียบของที่ประชุมใหญ่ตุลาการในศาลปกครองสูงสุดว่าด้วยวิธีพิจารณาคดีปกครอง ศาลปกครองจึงไม่อาจรับคำฟ้องดังกล่าวไว้พิจารณาได้และเมื่อไม่อาจรับคำฟ้องดังกล่าวไว้พิจารณาแล้ว ศาลจึงไม่จำเป็นต้องพิจารณาคำร้องขอให้ยกเว้นค่าธรรมเนียมศาลของผู้ฟ้องคดี

ศาลปกครองชั้นต้นจึงมีคำสั่งไม่รับคำฟ้องไว้พิจารณา และมีคำสั่งยกคำร้องขอให้ยกเว้นค่าธรรมเนียมศาล

ผู้ฟ้องคดียื่นคำร้องอุทธรณ์คำสั่งศาลปกครองชั้นต้น ที่ไม่รับคำฟ้องไว้พิจารณา ความว่าการรักษาพยาบาลของผู้ถูกฟ้องคดีทั้ง 3 ไม่ได้มาตรฐาน ทำให้ผู้ฟ้องคดีได้รับความเดือดร้อนและเสียหายจึงเรียกค่าเสียหายกับผู้ถูกฟ้องคดีทั้ง 3 โรงพยาบาลละ 5 ล้านบาท

ขอให้ศาลปกครองสูงสุดมีคำสั่งให้ศาลปกครองชั้นต้นรับคำฟ้องไว้พิจารณา

ศาลปกครองสูงสุดพิเคราะห์แล้วเห็นว่าข้อ 37 วรรคสองแห่งระเบียบของที่ประชุมใหญ่ตุลาการในศาลปกครองสูงสุด ว่าด้วยวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ. ศ. 2543 กำหนดให้ตุลาการหัวหน้าคณะแต่งตั้งตุลาการในองค์คณะคนหนึ่งเป็นตุลาการเจ้าของสำนวน แล้วให้ตุลาการเจ้าของสำนวนตรวจคำฟ้อง ถ้าเห็นว่าเป็นคำฟ้องที่ไม่สมบูรณ์ ครบถ้วนซึ่งผู้ฟ้องคดีอาจแก้ไขได้ หรือผู้ฟ้องคดีชำระค่าธรรมเนียมศาลไม่ครบถ้วนให้ตุลาการเจ้าของสำนวนมีคำสั่งให้ผู้ฟ้องคดีแก้ไขหรือชำระค่าธรรมเนียมศาล ให้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด ถ้าไม่มีการแก้ไขหรือชำระค่าธรรมเนียมศาลให้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนดหรือข้อที่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนนั้น เป็นกรณีที่ไมอาจแก้ไขให้ถูกต้องได้หรือเป็นคดีที่ไม่อยู่ในอำนาจของศาลปกครอง ให้ตุลาการเจ้าของสำนวนเสนอองค์คณะสั่งไม่รับคำฟ้องไว้พิจารณา และสั่งจำหน่ายคดีออกจากสารบบความ ข้อ 101 วรรคหนึ่งกำหนดว่า คำอุทธรณ์ที่ทำเป็นหนังสือและอย่างน้อยต้องระบุ...(2) ข้อคัดค้านคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลปกครองชั้นต้น ข้อ 116 กำหนดว่า นอกจากวิธีพิจารณาคดีปกครองในศาลปกครองสูงสุดที่กำหนดไว้โดยเฉพาะในภาคนี้ ให้นำวิธีพิจารณาคดีปกครองในศาลชั้นต้นมาใช้บังคับโดยอนุโลม คดีนี้ศาลปกครองชั้นต้นมีคำสั่งไม่รับคำฟ้องของผู้ฟ้องคดีไว้พิจารณา โดยเหตุที่ผู้ฟ้องคดี ได้ยื่นฟ้องคดีก่อนหน้านั้นแล้ว และศาลปกครองชั้นต้นมีคำสั่งไม่รับคำฟ้องไว้พิจารณา เนื่องจากข้อพิพาทในคดีเป็นข้อพิพาทที่เกิดจากการกระทำละเมิดทางกายภาพในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ มิใช่เป็นการกระทำละเมิดอันเนื่องมาจากการใช้อำนาจตามกฎหมาย หรือจากการละเลยหน้าที่หรือปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวล่าช้าเกินสมควร จึงมิใช่คดีปกครองตามมาตรา 9 วรรคหนึ่ง (3) แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 ผู้ฟ้องคดีอุทธรณ์คำสั่งไม่รับคำฟ้องไว้พิจารณาของศาลปกครองชั้นต้น คดีอยู่ระหว่างการพิจารณาของศาลปกครองสูงสุด ผู้ฟ้องคดียื่นฟ้องคดีนี้ต่อศาลปกครองชั้นต้นอีก จึงเป็นการฟ้องซ้อนต้องห้ามตามข้อ 36 แห่งระเบียบของที่ประชุมใหญ่ตุลาการในศาลปกครองสูงสุด ว่าด้วยวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2543 เมื่อพิจารณาคำร้องอุทธรณ์คำสั่งไม่รับคำฟ้องของผู้ฟ้องคดีนี้แล้ว เห็นว่าผู้ฟ้องคดีอุทธรณ์เพียงว่าการรักษาพยาบาลของผู้ถูกฟ้องคดีทั้ง 3 ไม่ได้มาตรฐาน ทำให้ผู้ฟ้องคดีได้รับความเดือดร้อนและเสียหาย จึงเรียกค่าเสียหายจากผู้ถูกฟ้องคดีทั้ง 3 โรงพยาบาลละ 5 ล้านบาท ขอให้ศาลปกครองสูงสุดมีคำสั่งให้ศาลปกครองชั้นต้นรับคำฟ้องไว้พิจารณา โดยมีได้มีข้อความระบุถึงข้อคัดค้านคำสั่งของศาลปกครองชั้นต้นว่า ผู้ฟ้องคดีไม่เห็นด้วยกับคำสั่งศาลปกครองชั้นต้นอย่างไร และประสงค์จะโต้แย้งคัดค้านเรื่องอะไร ด้วยเหตุผลอะไร จึงไม่ต้องด้วยข้อ 101 วรรคหนึ่ง (2) แห่งระเบียบดังกล่าว จึงเป็นคำร้องอุทธรณ์คำสั่งที่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน และข้อที่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนเช่นว่านี้ เป็นกรณีที่ไมอาจแก้ไขให้ถูกต้องได้ตาม

ข้อ 37 วรรค 2 ประกอบกับข้อ 116 แห่งระเบียบของที่ประชุมใหญ่ตุลาการในศาลปกครองสูงสุด ว่าด้วยวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2543 จึงมีคำสั่งไม่รับคำร้องอุทธรณ์คำสั่งของผู้ฟ้องคดีไว้พิจารณา

ประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

เวชศาสตร์ เรื่องโสภณัฐ * ฉัตรสุมน พงศ์นิญโญ^{**±}
นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์^{**} ปิยะธิดา ขจรชัยกุล^{**}

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพของเจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง มีจำนวนทั้งหมด 73 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 61 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 83.56 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ t-test และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Simple regression

ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะประชากร เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน ประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.01$ ในที่นี้ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่คือ การปฏิบัติหน้าที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไปและยังพบว่า เจตคติต่องานอาชีพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพ ร้อยละ 32.4 (Beta = 0.324)

การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะคือ ควรมีการศึกษาเรื่องความครบถ้วนของการให้ข้อมูลสินไหมทดแทนสุขภาพแก่ผู้เอาประกันภัย ควรมีการประเมินผลเจตคติต่อการประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัย และศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้เอาประกันภัยต่อการเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพ

คำสำคัญ : ประสิทธิผลการปฏิบัติ / หลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพ/ บริษัทประกันชีวิต

* ผู้จัดการส่วนอาวุโส ฝ่ายพิจารณารับประกัน บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[±] Corresponding author, e-mail: chardsumon@gmail.com

STAFF'S EFFECTIVENESS ACCORDING TO THE HEALTH GUIDELINES CLAIMS OF
A LIFE INSURANCE COMPANY IN BANGKOK

Wejchasard Ruangsopit^{*} Chardsumon Prutipinyo^{**±}
Nithat Sirichotiratan^{**} Piyathida Kachornkul^{**}

Abstract

This study was a survey research with the objective of finding staff's effectiveness according to the health guidelines claims of a life insurance company in Bangkok. There were 73 questionnaires distributed to the life insurance company staff, and 61 were completed (83.56%). The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, testing the difference in mean of one-sample test and testing relationship with simple regression.

The study found the following population characteristics: sex, age, job position, education, and experience on the job which affected the staff's effectiveness according to the health guidelines claims with a statistical significance ($p < 0.01$). The effectiveness level of a life insurance company staff was at an acceptable performance of more than 80%. In addition, this study found that attitude on life insurance profession was statistically significantly correlated with staff's effectiveness at 32.4% (Beta = 0.324).

It is recommended that a study on giving complete information for the insured persons, an evaluation of insured person's attitude toward life insurance, and a study on the insured person's satisfaction of health insurance claims should be conducted.

Keywords: Effectiveness / The health guidelines claims / Life Insurance Company

* Senior Medical Underwriting Manager at Ocean Life Insurance Public Company Limited

**Faculty of Public Health, Mahidol University

[±] Corresponding author, e-mail: chardsumon@gmail.com

บทนำ

หลักการชดเชยค่าสินไหมทดแทนตามความเป็นจริง (Principle of Indemnity) กล่าวคือ การประกันภัยนั้นมีจุดประสงค์ในการช่วยบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ที่ประสบกับความเสียหาย และเพื่อให้ผู้ที่ประสบกับความเสียหายมีสถานภาพที่กลับคืนสู่สถานภาพเดิมโดยเฉพาะในสถานภาพด้านการเงิน ดังนั้น บริษัทประกันภัยจะปฏิบัติตามสัญญาที่ให้ไว้แก่ผู้เอาประกันภัยว่าเมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้น บริษัทประกันภัยจะชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นให้แก่ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์ (แล้วแต่กรณี) ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ได้รับไปไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย (จิตติวิติ ชัยวัฒน์ 2556 : 60)

จากกรณีที่มีญาติของผู้เอาประกันภัยรายหนึ่ง ได้โพสต์ข้อความบน pantip.com เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2558 สมาชิกพันทิปได้ตั้งกระทู้ว่า มารดาของตนได้ทำประกันสุขภาพ ที่โฆษณาว่าไม่ต้องตรวจสุขภาพ แต่เมื่อมารดาเสียชีวิต กลับมีจดหมายจากบริษัทประกันชีวิตที่รับประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัยแจ้งว่า สุขภาพของผู้เอาประกันไม่อยู่ในเกณฑ์รับประกัน เพราะมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มาก่อนทำสัญญาประกันชีวิต กรมธรรม์ประกันชีวิตนั้นจึงตกเป็นโมฆียะ และบริษัทประกันชีวิตไม่สามารถจ่ายค่าชดเชยสินไหมทดแทน ตามที่เรียกร้องมาได้ ต่อมาเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2558 บริษัทประกันชีวิตแห่งนั้นได้ออกมาชี้แจงข้อเท็จจริงดังกล่าว ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ว่า ที่มีการโพสต์เอกสารดังกล่าวเป็นลูกค้าของบริษัทฯ จริง แต่ลูกค้าเลือกทำประกันแบบตลอดชีพ โดยลูกค้าขอเอาประกันชีวิตแบบไม่ตรวจสุขภาพ แต่ต้องตอบคำถามสุขภาพและข้อเท็จจริงอื่นๆ ตามที่ปรากฏในใบขอเอาประกันชีวิตเพื่อการพิจารณารับประกัน ซึ่งบริษัทฯ ได้ตรวจสอบแล้วพบว่าลูกค้ามิได้เปิดเผยข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญต่อการพิจารณารับประกันภัย ซึ่งหากบริษัททราบจะไม่รับเข้าทำสัญญาประกันชีวิต ทางบริษัทจึงใช้สิทธิ์ยกเลิกกรมธรรม์ดังกล่าว ทั้งนี้บริษัทฯ มีผลิตภัณฑ์เฉพาะแบบสำหรับผู้สูงอายุ ที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพแต่ต้องการทำประกันชีวิต และจะมีเงื่อนไขที่แตกต่างจากกรมธรรม์ทั่วไป เพราะไม่ต้องตรวจหรือตอบคำถามสุขภาพ แต่ผู้เอาประกันภัยท่านดังกล่าวมิได้ขอเอาประกันภัยประเภทนี้

จากปัญหาการเรียกร้องสินไหมทดแทนข้างต้น สังคมจึงเกิดข้อสงสัยในการพิจารณาสินไหมทดแทนของบริษัทที่รับประกันชีวิตและสุขภาพว่าปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ได้ถูกต้องและเป็นธรรมแก่ผู้เอาประกันเพียงใด เมื่อมองการพิจารณาสินไหมทดแทน (Claim Assessment) ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในบริษัทประกันชีวิต ประกอบด้วยการให้ความคุ้มครองการเสียชีวิต การเจ็บป่วยและการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งผู้ที่ซื้อความคุ้มครองไว้จะต้องได้รับการพิจารณาสินไหมอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และมีความเป็นธรรม ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่พิจารณาสินไหม (Claim Assessor) จึงควรมีความเชี่ยวชาญในหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบ

โดยฝ่ายสินไหมทดแทนในธุรกิจประกันชีวิตจะมีการแบ่งส่วนงานภายในที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับนโยบายการแบ่งหน้าที่ของบริษัทประกันชีวิตนั้นๆ ด้วย ซึ่งโดยทั่วไปจะแบ่งหน้าที่ออกเป็น 4

ส่วนตามหน้าที่การทำงานคือ (สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย 2559)

1. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (Administration Team) ทำหน้าที่เกี่ยวกับงานด้านลงทะเบียนสินไหมและงานเอกสารทั่วไป

2. ฝ่ายพิจารณาสินไหม (Living Claim) ทำหน้าที่พิจารณาสินไหมกรณีผู้เอาประกันเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาล เช่น การพิจารณาสินไหมผ่านแฟกซ์ (Fax Claim) ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และค่าชดเชยรายวันจากอุบัติเหตุหรือความเจ็บป่วยจากโรค

3. ฝ่ายพิจารณาสินไหม (Death Claim) ทำหน้าที่พิจารณาสินไหมกรณีผู้เอาประกันเสียชีวิต เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคมะเร็ง ทูลภาพ หรือผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิตหรือทูลภาพ

4. ฝ่ายพิจารณาสินไหมประกันกลุ่ม (Group Claim) ทำหน้าที่ให้บริการพิจารณาสินไหมลูกค้าประกันกลุ่มสำหรับพนักงานบริษัท (Group Employee Benefit)

การให้บริการด้านสินไหมนั้นเป็นส่วนงานที่มีผลต่อความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้ถือกรมธรรม์เป็นอย่างมาก เพราะธุรกิจประกันชีวิตเป็นการเสนอบริการให้แก่ผู้เอาประกัน เพื่อให้ผู้เอาประกันนั้นมั่นใจว่า ตนเองจะได้รับบริการที่ดี จากบริษัทผู้รับประกันหากในอนาคตผู้เอาประกันต้องติดต่อกับบริษัทไม่ว่าจะด้วยกรณีใดๆ ก็ตาม เช่น การขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลในกรมธรรม์ การขอเวนคืนมูลค่าเงินสดในกรมธรรม์ รวมทั้งการเรียกร้องสินไหมทดแทนด้วย เนื่องจากการที่ลูกค้าซื้อประกันกับผู้รับประกันนั้น ก็คาดหวังว่าเมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้นกับผู้เอาประกัน เช่น ผู้เอาประกันเสียชีวิต ผู้ถือกรมธรรม์หรือผู้รับประโยชน์ก็คาดหวังว่าบริษัทจะดำเนินการพิจารณาสินไหมมรณกรรมตามจำนวนเงินเอาประกันให้แก่ผู้รับผลประโยชน์อย่างถูกต้องและเป็นธรรม

จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เห็นว่าการพิจารณาสินไหมทดแทนนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงความถูกต้อง รวดเร็วและมีความเป็นธรรม เนื่องจากผู้เอาประกันก็มีความคาดหวังว่าตนจะได้รับความคุ้มครองจากสัญญากรมธรรม์ประกันชีวิตรวมถึงสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพที่ถูกต้องและเป็นธรรม แต่สิ่งที่เกิดขึ้นกลับพบว่าผู้เอาประกันไม่ได้รับความคุ้มครองจากสัญญากรมธรรม์ประกันชีวิต รวมถึงสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดจากเจ้าหน้าที่ของบริษัทประกันชีวิตเองที่อธิบายและชี้แจงไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วนตามเหตุการณ์ดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงประสิทธิภาพการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพของเจ้าหน้าที่ที่ถูกต้องควรมีลักษณะอย่างไร โดยประมวลจากแบบสอบถามของประชากร คือ เจ้าหน้าที่ในส่วนงานสินไหมของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวัดระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพของเจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะประชากร เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน กับประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพของเจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่องานประกันชีวิต กับประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพของเจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะประชากร เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน แตกต่างกันทำให้ประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพของเจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครแตกต่างกัน

2. เจตคติต่องานประกันชีวิต มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพของเจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

นิยามศัพท์

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้กำหนดวัตถุประสงค์ในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

1. การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนประกันสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ดำเนินการตามเกณฑ์ ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้เอาประกันที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งต้องลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน และให้รวมถึงกรณีรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในแล้ว ต่อมาเสียชีวิตก่อนครบ 6 ชั่วโมง

1.2 บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์สำหรับค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอาหารทางสายยาง ค่าบริการพยาบาลและค่าบริการในโรงพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล โดยจะจ่ายให้สูงสุดไม่เกิน 90 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง

1.3 บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลในส่วนวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ (เวชภัณฑ์ 1) ค่าวัสดุ หรืออุปกรณ์ที่ใส่ติดตัวภายในตัวผู้ป่วย (เวชภัณฑ์ 3) เครื่องกระตุ้นหัวใจ Defibrillator หรือ Pacemaker เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ออกซิเจน อวัยวะเทียม เช่น แขนเทียม ขาเทียม ตาเทียม

1.4 การผ่าตัดตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปในการผ่าตัดหนึ่งครั้งโดยผ่านการเปิดแผลที่เดียวกัน บริษัทจะจ่าย เฉพาะการผ่าตัดที่มีอัตราค่าธรรมเนียมสูงสุดเท่านั้น

1.5 การผ่าตัดตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปในการผ่าตัดมากกว่าหนึ่งแผลในการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลครั้งใดครั้งหนึ่งการจ่ายผลประโยชน์ความคุ้มครองจะจ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงของการผ่าตัดรวมกันแต่ไม่เกินร้อยละหนึ่งร้อย

1.6 บริษัทจะจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับการตรวจรักษาโดยการผ่าตัดหรือหัตถการ ในการสลายนิ่ว โดยถือเสมือนว่าผู้ป่วยประกันภัยได้เข้ารับการตรวจรักษาในฐานะผู้ป่วยในในอัตราไม่เกินร้อยละของผลประโยชน์อัตราค่าธรรมเนียมการผ่าตัด

1.7 บริษัทมีข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์ค่าตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยนอก การตรวจหัวใจด้วยคลื่นไฟฟ้าหรือการตรวจในห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคนั้น

1.8 บริษัทมีข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินขณะเป็นผู้ป่วยนอก (เนื่องจากอุบัติเหตุ)

1.9 บริษัทมีสิทธิบอกเลิกสัญญาเพิ่มเติมนี้ โดยการบอกกล่าวล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรไม่น้อยกว่า 30 วัน โดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงผู้เอาประกันภัย

1.10 บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลในการตั้งครรภ์ แท้งบุตร ทำแท้ง การคลอดบุตร โรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ การทำหมันหรือการคุมกำเนิด

1.11 บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลในการตรวจรักษาความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา การทำเลสิก ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์เพื่อช่วยในการมองเห็น หรือการรักษาความผิดปกติของการมองเห็น

1.12 บริษัทมีข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์ในการตรวจรักษาหรือผ่าตัดเกี่ยวกับฟัน หรือเหงือก การทำฟันปลอม การครอบฟัน การรักษารากฟัน อุดฟัน การจัดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน การใส่รากฟันเทียม ยกเว้นในกรณีจำเป็นอันเนื่องจากการบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุ ทั้งนี้ไม่รวมค่าฟันปลอมและการครอบฟันและการรักษาฟันหรือใส่รากเทียม

1.13 บริษัทมีข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์ในการตรวจรักษา อาการ หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตใจ โรคทางจิตเวช หรือทางพฤติกรรม หรือความผิดปกติทางบุคลิกภาพรวมถึงสภาวะสมาธิสั้น ออติสซึม เครียด ความผิดปกติของการกิน หรือความวิตกกังวล

1.14 บริษัทมีข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์ที่เกิดจากการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตนเอง หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างวิกลจริตหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงอุบัติเหตุจากการที่ผู้เอาประกันภัย กิน ดื่ม หรือ ฉีดยาหรือสารมีพิษเข้าร่างกาย การใช้ยาเกินกว่าที่แพทย์สั่ง

1.15 บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากภาวะสงคราม การรุกราน การกระทำที่มุ่งร้ายของศัตรูต่างชาติ หรือการกระทำที่มุ่งร้ายคล้ายสงคราม ไม่ว่าจะได้มีการประกาศสงครามหรือไม่ก็ตาม สงครามกลางเมือง การแข็งข้อ การกบฏ การจลาจล การนัดหยุดงาน การก่อความไม่สงบ การปฏิวัติ การรัฐประหาร การประกาศกฎอัยการศึก หรือเหตุการณ์ใด ๆ ซึ่งจะเหตุให้มีการประกาศหรือคงไว้ซึ่งกฎอัยการศึก

2. ประสิทธิภาพการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันสุขภาพ หมายถึง ระดับของการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป

3. เจตคติต่องานอาชีพ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อธุรกิจประกันชีวิตที่เจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งกระทำเพื่อการพิจารณาจ่ายสินไหมทดแทนประกันสุขภาพให้แก่ผู้สมัครหรือผู้เอาประกันชีวิต รวมถึงผู้รับประโยชน์ โดยมีพื้นฐานมาจากความรู้ในข้อกฎหมาย ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือสิ่งแวดล้อมอันมีแนวโน้มที่จะให้เจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งแสดงปฏิกิริยา และกระทำต่องานนั้น ๆ ในทางสนับสนุนหรือปฏิเสธ

4. เจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง หมายถึง เจ้าหน้าที่ในส่วนงานสินไหมของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

วิธีการวิจัย

แบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหม ของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งหมด 73 คน โดยประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ 63 คน และ เจ้าหน้าที่ระดับบริหาร 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลจากประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 1 ชุด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยต่างๆ รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร และประสบการณ์เกี่ยวกับการประกันชีวิต

ส่วนที่ 2 เจตคติต่อการประกันชีวิต เกี่ยวกับธุรกิจประกันชีวิต บริษัทประกันชีวิต และตัวแทนประกันชีวิต คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 1-5 มากที่สุด-น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันสุขภาพในสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพเอชซี (HC)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพตรงตามวัตถุประสงค์และเนื้อหาของงานวิจัย เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 17 - 28 กรกฎาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง แล้วนำมาวิเคราะห์โดยดำเนินการดังนี้

- จัดทำคู่มือรหัส

- นำข้อมูลทั้งหมดจากแบบสัมภาษณ์ลงในแบบฟอร์มลงรหัส (Coding Form)
- นำข้อมูลไปประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากร
2. ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Simple Regression

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพของเจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ประเมินตนเอง จำนวน 73 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 61 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 83.56 ผลการวิเคราะห์นำเสนอเป็น 4 ส่วน คือ

ลักษณะทางประชากรของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหม

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง มีอายุเฉลี่ย 38.79 ปี เพศชายร้อยละ 41.0 คน เพศหญิงร้อยละ 59.0 ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งเจ้าหน้าที่ร้อยละ 88.5 รองลงมาดำรงตำแหน่งผู้จัดการร้อยละ 6.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรีร้อยละ 80.3 รองลงมาเป็นวุฒิมัธยมศึกษาอื่นๆ เช่น ปวช. ร้อยละ 11.5 มีประสบการณ์การทำงานในส่วนงานสินไหมเฉลี่ย 8 ปี

เจตคติต่องานอาชีพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหม

เจตคติต่องานอาชีพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมเห็นด้วยมากถึงมากที่สุดว่า ทราบถึงค่านิยมขององค์กร ได้นำความรู้และประสบการณ์มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของงานและการบริการ การปฏิบัติงานได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และมีความตั้งใจและพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานให้สำเร็จ ร้อยละ 90.2 86.9 83.6 และ 81.9 ตามลำดับ แต่พบว่า มีโอกาสในการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น และมีความสุขกับการปฏิบัติงานในงานประกันชีวิต ร้อยละ 24.6 และ 0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพของเจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมที่มีการปฏิบัติหน้าที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้มากที่สุดเป็นหลักเกณฑ์ว่า บริษัทมีข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์ที่เกิดจากการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการ

พยายามทำร้ายร่างกายตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตนเอง หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างวิกลจริตหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงอุบัติเหตุจากการที่ผู้เอาประกันภัย กิน ดื่ม หรือ ฉีดยาหรือสารมีพิษเข้าร่างกาย การใช้จ่ายเกินกว่าที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 100 และพบว่าการปฏิบัติหน้าที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือหลักเกณฑ์ที่ว่า บริษัทจะจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับการตรวจรักษาโดยการผ่าตัดหรือหัตถการ ในการสลายนิ่ว โดยถือเสมือนว่าผู้เอาประกันภัยได้เข้ารับการตรวจรักษาในฐานะผู้ป่วยในในอัตราไม่เกินร้อยละของผลประโยชน์อัตราค่าธรรมเนียมการผ่าตัด ร้อยละ 59.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ร้อยละของเจตคติต่องานอาชีพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหม จำแนกรายข้อ (จำนวนตัวอย่าง = 61 คน)

ข้อความ	ระดับเจตคติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การมีความสุขกับการปฏิบัติงานในงานประกันชีวิต	0	0	23.0	41.0	36.1
2. การไม่สามารถแก้ไขปัญหอุปสรรคในการปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วง	0	9.8	19.7	34.4	36.1
3. การปฏิบัติงานได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้	18.0	65.6	16.4	0	0
4. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นการให้คำปรึกษาและอภิปรายปัญหา	9.8	31.1	52.5	3.3	3.3
* 5. งานที่ปฏิบัติมีความยากง่ายไม่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ	0	6.6	42.6	23.0	27.9
6. งานที่ปฏิบัติเป็นงานที่ทำหาความสามารรถและน่าสนใจ	36.1	41.0	21.3	1.6	0
* 7. งานที่ทำเป็นงานที่ไม่ตรงกับความรู้ความสามารถในวิชาชีพ	6.6	19.7	27.9	34.4	11.5
* 8. การไม่มีความตั้งใจและพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานให้สำเร็จ	4.9	6.6	6.6	18.0	63.9
9. การมีโอกาสนในการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น	3.3	21.3	49.2	16.4	9.8
10. การมีโอกาสนเข้าร่วมประชุม อบรม หรือร่วมกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกองค์กร	3.3	31.1	52.5	8.2	4.9
11. การมีโอกาสนเข้าร่วมประชุม อบรม หรือร่วมกิจกรรมในงานประกันชีวิต	4.9	27.9	47.5	13.1	6.6

ข้อความ	ระดับเจตคติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
12. การนำความรู้และประสบการณ์มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของงานและบริการ	13.1	73.8	13.1	0	0
*13. การไม่ทราบถึงค่านิยมขององค์กร	1.6	0	8.2	45.9	44.3
14. นำค่านิยมขององค์กรมาปรับใช้ในการทำงาน	21.3	57.4	19.7	1.6	0
15. งานที่ทำให้มีการติดต่อสื่อสารกับตัวแทนประกันชีวิต	21.3	24.6	26.2	19.7	8.2
*16. การติดต่อสื่อสารกับตัวแทนประกันชีวิตเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น	11.5	4.9	16.4	29.5	37.7

ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด = 45.00 - 80.00 , ค่าเฉลี่ย = 59.5082, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.33854

หมายเหตุ * คำถามเชิงลบ

ตารางที่ 2 ร้อยละของการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพ จำแนกรายข้อ (จำนวนตัวอย่าง = 61 คน)

หลักเกณฑ์การปฏิบัติ	ตามเกณฑ์	ไม่ใช่	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้เอาประกันที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งต้องลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน และให้รวมถึงกรณีรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในแล้ว ต่อมาเสียชีวิตก่อนครบ 6 ชั่วโมง	98.4	1.6	0.128
2. บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์สำหรับค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอาหารทางสายยาง ค่าบริการในโรงพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล โดยจะจ่ายให้สูงสุดไม่เกิน 90 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง	96.7	3.3	0.180
3. บริษัทมีข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลในส่วนวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ (เวชภัณฑ์ 1) ค่าวัสดุ หรืออุปกรณ์ที่ใส่ติดตัวภายในตัวผู้ป่วย (เวชภัณฑ์ 3) เครื่องกระตุ้นหัวใจ Defibrillator หรือ Pacemaker เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ออกซิเจน อวัยวะเทียม เช่น แขนเทียม ขาเทียม ตาเทียม	86.9	13.1	0.340
4. การผ่าตัดตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปในการผ่าตัดหนึ่งครั้งโดยผ่านการเปิดแผลที่เดียวกัน บริษัทจะจ่าย เฉพาะการผ่าตัดที่มีอัตราค่าธรรมเนียมสูงสุดเท่านั้น	96.7	3.3	0.180

หลักเกณฑ์การปฏิบัติ	ตาม เกณฑ์	ไม่ใช่	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
5. การผ่าตัดตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปในการผ่าตัดมากกว่าหนึ่งแผลในการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลครั้งใดครั้งหนึ่งการจ่ายผลประโยชน์ความคุ้มครองจะจ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงของการผ่าตัดรวมกันแต่ไม่เกินร้อยละหนึ่งร้อย	91.8	8.2	0.277
6. บริษัทจะจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับการตรวจรักษาโดยการผ่าตัดหรือหัตถการ ในการสลายนิ่ว โดยถือเสมือนว่าผู้ป่วยประกันภัยได้เข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในในอัตราไม่เกินร้อยละของผลประโยชน์อัตราค่าธรรมเนียมการผ่าตัด	59.0	41.0	0.496
7. บริษัทจ่ายผลประโยชน์ค่าตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยนอก การตรวจหัวใจด้วยคลื่นไฟฟ้าหรือการตรวจในห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการรักษาโรคนั้น	82.0	18.0	0.388
8. บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินขณะเป็นผู้ป่วยนอก (เนื่องจากอุบัติเหตุ)	95.1	4.9	0.218
9. บริษัทมีสิทธิบอกเลิกสัญญาเพิ่มเติมนี้ โดยการบอกกล่าวล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรไม่น้อยกว่า 30 วัน โดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงผู้เอาประกันภัย	96.7	3.3	0.180
10. บริษัทมีข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลในการตั้งครรภ์ แท้งบุตร ทำแท้ง การคลอดบุตร โรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ การทำหมันหรือการคุมกำเนิด	95.1	4.9	0.218
11. บริษัทมีข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลในการตรวจรักษาความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา การทำเลสิก ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์เพื่อช่วยในการมองเห็น หรือการรักษาความผิดปกติของการมองเห็น	95.1	4.9	0.218
12. บริษัทมีข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์ในการตรวจรักษาหรือผ่าตัดเกี่ยวกับฟัน หรือเหงือก การทำฟันปลอม การครอบฟัน การรักษา รากฟัน อดฟัน การจัดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน การใส่รากฟันเทียม ยกเว้นในกรณีจำเป็นอันเนื่องจากการบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุ ทั้งนี้ไม่รวมค่าฟันปลอมและการครอบฟันและการรักษารากฟันหรือใส่รากเทียม	96.7	3.3	0.180
13. บริษัทมีข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์ในการตรวจรักษา อาการหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตใจ โรคทางจิตเวช หรือทางพฤติกรรม หรือความผิดปกติทางบุคลิกภาพ รวมถึงสภาวะสมาธิสั้น ออติสซึม เครียด ความผิดปกติของการกิน หรือความวิตกกังวล	95.1	4.9	0.218

หลักเกณฑ์การปฏิบัติ	ตาม เกณฑ์	ไม่ใช่	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
14. บริษัทมีข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์ที่เกิดจากการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตนเอง หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างวิกลจริตหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงอุบัติเหตุจากการที่ผู้เอาประกันภัย กิน ดื่ม หรือ ฉีดยาหรือสารมีพิษเข้าร่างกาย การใช้ยาเกินกว่าที่แพทย์สั่ง	100	0	0
15. บริษัทมีข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากภาวะสงคราม การรุกราน การกระทำที่มุ่งร้ายของศัตรูต่างชาติ หรือการกระทำที่มุ่งร้ายคล้ายสงคราม ไม่ว่าจะเป็นได้มีการประกาศสงครามหรือไม่ก็ตาม สงครามกลางเมือง การแข็งข้อ การกบฏ การจลาจล การนัดหยุดงาน การก่อความวุ่นวาย การปฏิวัติ การรัฐประหาร การประกาศกฎอัยการศึก หรือเหตุการณ์ใด ๆ ซึ่งจะเหตุให้มีการประกาศหรือคว่ำง้างกฎอัยการศึก	88.5	11.5	0.321

ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยแบบของ One-Sample Test และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบ Simple regression

จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยแบบของ One-Sample Test ผลการทดสอบพบว่า คุณลักษณะประชากร เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน แตกต่างกันทำให้ประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.01$ ในที่นี้ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ คือ การปฏิบัติหน้าที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ดังตารางที่ 3

จากการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบ Simple regression ตัวแปรเจตคติต่องานอาชีพกับประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพ พบว่า เจตคติต่องานอาชีพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพ ด้วยขนาดร้อยละ 32.4 (Beta = 0.324) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยแบบของ One-Sample Test ของประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพ กับคุณลักษณะประชากร เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน (จำนวนตัวอย่าง = 61 คน)

คุณลักษณะ	t	p-value	ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	95% Confidence Interval of the Difference	
				Lower	Upper
เพศ	25.045	< .001	1.590	1.46	1.72
อายุ	29.419	< .001	38.787	36.15	41.42
ตำแหน่งงาน	17.310	< .001	1.180	1.04	1.32
การศึกษา	15.246	< .001	1.311	1.14	1.48
ประสบการณ์การทำงาน	8.486	< .001	7.770	5.94	9.60

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบ Simple regression ตัวแปรเจตคติต่องานอาชีพกับประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพ (จำนวนตัวอย่าง = 61 คน)

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
ค่าคงที่	9.315	1.693		5.504	.000
เจตคติต่องานอาชีพ	.074	.028	.324	2.632	.011

R = .324, R Square = .105, Adjusted R Square = .090, Std. E = 1.605, F = 6.929

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากรของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหม

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง มีอายุเฉลี่ย 38.79 ปี อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมที่ทำการศึกษาค้นคว้าอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early adulthood) เพศชายร้อยละ 41.0 คน เพศหญิงร้อยละ 59.0 ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งเจ้าหน้าที่ร้อยละ 88.5 รองลงมาดำรงตำแหน่งผู้จัดการร้อยละ 6.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรีร้อยละ 80.3 รองลงมาเป็นวุฒิการศึกษาอื่นๆ เช่น ปวช. ร้อยละ 11.5 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีของสายพยาบาลศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ นิติศาสตร์ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีประสบการณ์การทำงานในส่วนงานสินไหมเฉลี่ย 8 ปี

เจตคติต่องานอาชีพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหม

เจตคติต่องานอาชีพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหม โดยภาพรวมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมนั้นมีเจตคติต่องานอาชีพที่ดี ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหม ทราบถึงค่านิยมขององค์กร และได้นำความรู้และประสบการณ์มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของงานและการบริการของตนเอง ร้อยละ 90.2 และ 86.9 ตามลำดับ อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมที่ทำการศึกษาค้นคว้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับเจ้าหน้าที่ ซึ่งลักษณะงานส่วนมากเน้นเกี่ยวกับการให้บริการผู้เอาประกันภัย ซึ่งควรจะต้องนำค่านิยมขององค์กรมาประกอบการให้บริการตามนโยบายขององค์กร และครอบคลุมไปถึงการพัฒนาคุณภาพงานของตนเองด้วย ส่วนในเรื่องของโอกาสในการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น และมีความสุขกับการปฏิบัติงานในงานประจำวันชีวิต พบว่า มี เจตคติต่องานอาชีพที่ไม่ดี ได้คะแนนเพียงร้อยละ 24.6 และ 0 ตามลำดับ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมมีจำนวนบุคลากรภายในส่วนงานสินไหมเป็นจำนวนมาก ทำให้โอกาสที่จะเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งลดลง สำหรับความสุขกับการปฏิบัติงานในงานประจำวันชีวิตที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมมีภาระงานที่หนักมาก อาจทำให้ต้องรับหน้าที่ทำงานล่วงเวลาหลังเวลาทำงานปกติจึงอาจทำให้ไม่มีความสุขกับการปฏิบัติงานในงานประจำวันชีวิต เป็นต้น

ประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพของเจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพของเจ้าหน้าที่บริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า โดยภาพรวมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมนั้นมีการปฏิบัติหน้าที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพคือหลักเกณฑ์แต่ละข้อของการปฏิบัติงานในการจ่ายสินไหมทดแทนสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมที่ทำการศึกษาค้นคว้าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานในการจ่ายสินไหมทดแทนสุขภาพเป็นประจำ คู่กันเคยกับหลักเกณฑ์แต่ละข้อของการปฏิบัติงานในการจ่ายสินไหมทดแทนสุขภาพเป็นอย่างดี และมีความเชี่ยวชาญในหลักเกณฑ์แต่ละข้อของการปฏิบัติงานในการจ่ายสินไหมทดแทนสุขภาพ ส่วนในหลักเกณฑ์ของการปฏิบัติงานในการจ่ายสินไหมทดแทนสุขภาพเรื่อง บริษัทจะจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับการตรวจรักษาโดยการผ่าตัดหรือหัตถการ ในการสลายนิ้ว โดยถือเสมือนว่าผู้เอาประกันภัยได้เข้ารับการตรวจรักษาในฐานะผู้ป่วยในในอัตราไม่เกินร้อยละของผลประโยชน์อัตราค่าธรรมเนียมการผ่าตัด ได้คะแนนร้อยละ 59 ซึ่งถือว่าเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมนั้นมีการปฏิบัติหน้าที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพในหัวข้อดังกล่าว อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสินไหมที่ทำการศึกษาค้นคว้ามีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการจ่ายสินไหมทดแทนสุขภาพหัวข้อดังกล่าว

ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยแบบของ One-Sample Test และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบ Simple regression

จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยแบบของ One-Sample Test ผลการทดสอบพบว่า คุณลักษณะประชากร เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน แตกต่างกันทำให้ประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.01$ ในที่นี้ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่คือ การปฏิบัติหน้าที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ สาวนีย์ เดือนเด่น และคณะ (2558) พบว่า ประชากรที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในการทำงาน และเงินเดือน/รายต่อเดือนต่างกัน มีส่วนร่วมในการทำงานต่างกันมากขึ้น ด้วย

จากการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบ Simple regression พบว่า ตัวแปรที่มีความสำคัญต่อประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพ คือ เจตคติต่องานอาชีพ ซึ่งอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 10.5 นั่นคือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสิทธิใหม่ที่มีเจตคติต่องานอาชีพที่ดี จะทำให้ประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพเป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้

เจตคติต่องานอาชีพมีความสำคัญต่อประสิทธิผลการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพ อธิบายได้ว่า เจตคติต่องานอาชีพจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ทางการประกันชีวิตและช่วยชี้แนะวิธีการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการที่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนงานสิทธิใหม่จะปฏิบัติเป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามหลักเกณฑ์การเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพได้มากน้อยเพียงใดนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยเจตคติต่องานอาชีพด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยนันท ศรีวิจารณ์ (2554) พบว่า ทักษะคติในการทำงานมีผลต่อความภักดีในองค์กร มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจในการทุ่มเทความสามารถเพื่อประโยชน์ขององค์กร ความรู้สึกการเป็นเจ้าขององค์กร ความปรารถนาที่จะคงไว้ซึ่งการเป็นสมาชิกภาพขององค์กร และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพอันเกิดประโยชน์ต่อองค์กร

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเรื่องความครบถ้วนของการให้ข้อมูลสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพแก่ผู้เอาประกันภัย ควรมีการประเมินผลเจตคติต่อการประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัย และศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้เอาประกันภัยต่อการเรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทุกท่านไว้ ณ ที่นี้ และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรชาติ ณ หนองคาย ที่ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบ และให้คำแนะนำที่มีค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้วิจัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาตอบแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอน้อมระลึกถึงพระคุณบิดา มารดา สมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ สนับสนุนการพัฒนาผลงาน ให้สารนิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ชยันต์ ศรีวิจารณ์ (2554). ทศนคติในการทำงานที่มีผลต่อความภักดีในองค์กร : กรณีศึกษา พนักงานสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ (ส่วนกลาง)
<http://www.repository.rmutt.ac.th/xmlui/handle/123456789/742>
- รัฐวิทย์ ชัยวัฒน์. (2556). การบริหารความเสี่ยงภัยและการประกันภัยในศตวรรษที่ 21. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บมจ.ไทยสมุทรประกันชีวิต. (2559). ฐานะการเงินและผลการดำเนินงาน ณ วันที่ 31 มีนาคม 2559. ฝ่ายคณิตศาสตร์.
- บมจ.ไทยประกันชีวิต. (2560). ฐานะการเงินและผลการดำเนินงาน ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2560. ฝ่ายคณิตศาสตร์.
- ฝ่ายวิเคราะห์ธุรกิจและสถิติ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย. (2558). สถิติจำนวนกรรมธรรม์และจำนวนเงินเอาประกันภัยของธุรกิจประกันชีวิต ประจำปีสิ้นสุดวันที่ 31 ธันวาคม 2557. สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย.
- วรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2541). ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติของแพทย์ต่อธุรกิจประกันชีวิต. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิฑูรย์ อังประพันธ์ และคนอื่นๆ. (2535). บทบาทของบริษัทประกันที่มีต่อสวัสดิการสังคม. เอกสารทางวิชาการ “สัมมนาโต๊ะกลม” คุณภาพชีวิตกับกฎหมาย ชุดที่ 2. โครงการสำนักงานส่งเสริมการวิจัยกฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อมและวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมประกันชีวิตไทย. (2556). รอบรู้เรื่องประกันชีวิต. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สมาคมประกันชีวิตไทย.
- สายกฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย. (2559). การฉ้อฉลในการใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนในธุรกิจประกันภัย (Fraudulent Claims in Insurance Business). สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย.
- เสาวนีย์ เตือนเด่น และคณะ (2558) โครงการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการทำงานของบุคลากร กองบริการการศึกษา สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยรามคำแหง

สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย. (2559). การประกันชีวิต.

สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย.

Dorfman, Mark S. (1991). Introduction to Risk Management and Insurance. New Jersey :
Prentice – Hall International.

ปัญหาการออกคำสั่งทางปกครองของเจ้าพนักงานท้องถิ่น กรณีเพิกถอนคำสั่งตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

เมธี ชุ่มศิริ* อาจารย์ สำราญจิตต์**
ภัทรรัช เทศณอม** ฉัตรสุนัน พฤตนิญโญ***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้จะทำการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ปัญหาการออกคำสั่งทางปกครองของเจ้าพนักงานท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทราบปัญหาและนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการออกคำสั่งทางปกครองตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ใช้วิธีการทบทวนเอกสารและการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2557 – 2559 จำนวนเรื่องอุทธรณ์ทั้งหมด 417 เรื่อง ผลการศึกษาจำแนกเป็นเรื่องอุทธรณ์ที่มีการยกอุทธรณ์ 373 เรื่อง ส่วนคำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนมากที่สุดออกโดยกรุงเทพมหานครจำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองลงมาคือ คำสั่งทางปกครองที่ออกโดย อบต. ทั้งหมด 11 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 25 และ คำสั่งทางปกครองที่ออกโดยเทศบาลตำบล ทั้งหมด 9 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 20.45 ส่วนกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ที่ถูกเพิกถอนคำสั่งมากที่สุด ได้แก่ กิจการเกี่ยวกับยานยนต์ เครื่องจักร หรือเครื่องกล จำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองลงมาคือกิจการเกี่ยวกับสัตว์เลี้ยง จำนวน 6 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 13.64 และกิจการเกี่ยวกับการบริการ จำนวน 4 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 9.09 ประเภทคำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนมากที่สุดคือ ประเภทคำสั่งแก้ไข/ปรับปรุง มีจำนวน 29 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 65 เหตุผลการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนมากที่สุดคือ ประเด็นข้อกฎหมาย ทั้งหมด 19 เรื่อง ประกอบด้วย การอ้างมาตรา/ตีความไม่ถูกต้อง หรือไม่มีกฎหมายระบุไว้ จำนวน 11 เรื่อง และคำสั่งเกินกว่าเหตุ จำนวน 8 เรื่อง และเหตุผลการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองในประเด็นข้อเท็จจริง ทั้งหมด 7 เรื่อง ประกอบด้วย การไม่พบข้อเท็จจริง 6 เรื่อง และข้อเท็จจริงไม่เพียงพอ 1 เรื่อง

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะ ได้แก่ 1. ผู้ออกคำสั่งทางปกครองควรศึกษาให้มีความรู้ความเข้าใจกฎหมายอย่างถูกต้อง ต้องตรวจสอบข้อเท็จจริงอย่างรอบด้านเพื่อนำมาประกอบการพิจารณาในการออกคำสั่ง 2. ผู้ออกคำสั่งต้องมีดุลยพินิจอย่างถูกต้อง ต้องมีคุณธรรม จริยธรรม มีธรรมาภิบาล 3. กระบวนการอุทธรณ์ที่มีระยะเวลาการพิจารณานานเกินไป อาจทำให้เกิดปัญหาผลกระทบในทางปฏิบัติของผู้ออกคำสั่งและผู้รับคำสั่งที่ต้องดำเนินการระหว่างรอผลการตัดสินชี้ขาด ต้องมีการนำมาวิเคราะห์ พิจารณาร่วมกันว่ากระบวนการใดที่ทำให้เกิดความล่าช้าด้วยการทำการวิเคราะห์กระบวนการ (Process Analysis) นำไปสู่การพัฒนากระบวนการงานเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อไป

คำสำคัญ : การออกคำสั่งทางปกครอง/ เจ้าพนักงานท้องถิ่น/ การเพิกถอนคำสั่ง/ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

* นักวิชาการ ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

**นักศึกษาลัทธิสุตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข (ภาคพิเศษ)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Corresponding author, e-mail: chardsumon@gmail.com

The problem of issuing administrative orders of local officials: The case for revocation of the order under the Public Health Act B.E. 2535

Methee Chumsiri* Pajaree Sumranchit**

Phatthararat Tettanom** Chardsumon Prutipinyo***

Abstract

This study investigates the problem of issuing administrative orders of local officials, to help clear the problem and to guide those involved with the development of the administrative order under the Public Health Act B.E. 2535. Documentary research was employed by analysis of the documents during the past 3 years, between fiscal year 2014 – 2017. A total of 417 appeals was analyzed and 373 cases were not successful for appeal. In fiscal year of 2016, the appeal cases were highest with 216 cases, or 97.74% and 44 appeal cases were revoked. Most of the revocations were issued by the Bangkok Metropolitan 20 cases, or 45.45%, followed by administrative orders issued by the local administration 11 cases, or 25 percent, 9 cases were issued by district municipalities, accounted for 20.45 percent, for businesses that are harmful to health, which were mostly revoked were 20 cases regarding vehicles, machinery, or mechanicals, accounted for 45.45%, followed by pet-related businesses, which accounted for 6 cases or 13.64% and service industry accounted for four cases or 9.09 percent. Categories of administrative orders which were mostly revoked, were amended or corrected orders, which accounted for 29 cases or 65.91 percent. The reasons for the revocation of administrative order the most were legality issue which accounted for 19 cases including incorrect citation / interpretation, or no legal indication accounted for 11 cases and 8 orders were over the limit order, and factual issues accounted for 7 cases including no factual evidence accounted for 6 cases and 1 insufficient evident.

This study has following recommendations: 1. The officials who issue administrative order must have knowledge and understanding of the law correctly. Officials must investigate all facts completely for considerations of issuing orders. 2. Officials must have a good and proper discretion, including good standard of moral, ethics, and good governance. 3. An appeal process that has a long overdue period may have impact on practicality of officials who issue the orders and officials who have to implement the orders. Process should be analyzed together to find out what cause the delay be / through process analysis, which would lead to working process development to achieve the expected results.

Keywords: administrative order/ local official/ revocation of the Order/ the Public Health Act B.E. 2535

* Officials, Public Health Law Center, Health department, Ministry of Public Health

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

***Faculty of Public Health, Mahidol University, Corresponding author, e-mail:chardsumon@gmail.com

บทนำ

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีเจตนารมณ์ในการให้ความคุ้มครองประชาชนด้านสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม กระจายอำนาจการออกกฎหมายสู่ท้องถิ่น ให้สามารถออกข้อกำหนดของท้องถิ่นในการควบคุมดูแล ให้มีเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการตรวจตรา แนะนำ เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการแก่เจ้าพนักงานท้องถิ่น ให้มีคณะกรรมการสาธารณสุข กำกับดูแล ให้การสนับสนุน และให้สิทธิแก่ประชาชนในการยื่นอุทธรณ์ได้ กฎหมายดังกล่าวให้อำนาจแก่เจ้าพนักงานท้องถิ่นและเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการออกคำสั่งทางปกครอง และในมาตรา 66 กำหนดให้ผู้ที่ได้รับคำสั่ง หากไม่พอใจคำสั่งหรือพิจารณาแล้วว่าคำสั่งของเจ้าพนักงานไม่เหมาะสม ผู้ที่ได้รับคำสั่งมีสิทธิอุทธรณ์ต่อรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ภายในสามสิบวัน นับตั้งแต่วันรับคำสั่ง (พระราชบัญญัติการสาธารณสุข, 2535) จากข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานท้องถิ่น กรณีการออกคำสั่งทางปกครอง อาจเกิดปัญหาในการออกคำสั่งโดยมิชอบได้ นำมาซึ่งผลกระทบต่อสิทธิของผู้รับคำสั่ง

คำสั่งที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย ฝ่ายปกครองมีหน้าที่ที่จะต้องเพิกถอนคำสั่งนั้นคำสั่งทางปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายบางครั้งก็ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสังคมส่วนรวมได้ จึงอาจต้องถูกเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกผลของคำสั่งเพื่อรักษาประโยชน์ส่วนรวม ดังนั้นคำสั่งทางปกครองไม่ว่าจะชอบด้วยกฎหมายหรือไม่ก็อาจมีการเพิกถอนได้ เพียงแต่การเพิกถอนคำสั่งทางปกครองจะต้องมีหลักเกณฑ์ที่แตกต่างกัน คำสั่งทางปกครองที่ออกมาโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย ถ้าไม่มีผลกระทบต่อผู้ใด หรือมีผลกระทบต่อบางคน แต่มีประโยชน์สาธารณะที่สำคัญมาเกี่ยวข้องอาจมีการเพิกถอนไปทั้งหมด ในบางกรณีคำสั่งทางปกครองอาจไม่ขัดต่อกฎหมายเสียทั้งหมด หรืออยู่ในดุลพินิจการใช้กฎหมายว่าจะสมควรปฏิบัติเช่นใด การเพิกถอนผลของคำสั่งทางปกครองเพียงบางส่วนก็อาจเกิดขึ้นได้ (ฐิติพร ลิ้มแหลมทอง, 2550)

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์ในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนด้านสุขภาพอนามัย โดยการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรและเจ้าหน้าที่ของรัฐระดับท้องถิ่นเป็นผู้มีบทบาทในการใช้อำนาจแห่งกฎหมายนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ในการออก“คำสั่งทางปกครอง” เพื่อบังคับต่อประชาชน เป็นการป้องกันการกระทำที่ผิดพลาดในขั้นตอนก่อนมีการออกคำสั่งทางปกครองหรือในขั้นตอนการพิจารณาวินิจฉัยข้อเท็จจริงก่อนออกคำสั่งทางปกครองในชั้นเจ้าพนักงานท้องถิ่น ครอบคลุมการดำเนินงานของเจ้าพนักงานท้องถิ่นในกระบวนการออกคำสั่งทางปกครอง ตั้งแต่การพบข้อเท็จจริงที่เป็นเหตุแห่งการออกคำสั่งตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 หรือได้รับคำร้อง หรือคำขอจากประชาชนคู่กรณี การเข้าดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง การออกคำแนะนำ ตลอดจนกระบวนการจัดทำคำสั่งทางปกครอง(ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุขกรมอนามัย, 2558)

การอุทธรณ์คำสั่งทางปกครองตามกฎหมายมีวัตถุประสงค์เพื่อเยียวยาผลกระทบที่เกิดขึ้น แก่คู่กรณีผู้รับคำสั่งทางปกครอง โดยเปิดโอกาสให้ คู่กรณีโต้แย้งคำสั่ง และขอให้ฝ่ายปกครอง ทบทวนและเปลี่ยนแปลงแก้ไข หรือเพิกถอนคำสั่ง เป็นกระบวนการที่คุ้มครองสิทธิของประชาชน และเป็นวิธีการที่ช่วยแก้ไข ความเดือดร้อนหรือเสียหายของคู่กรณีในขั้นต้นก่อนเข้าสู่ กระบวนการพิจารณาของศาลต่อไป

ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจในการ ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพถูกต้อง และ เที่ยงธรรม ประชาชนในท้องถิ่นได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมาย กลุ่มคุ้มครองสิทธิศูนย์ บริหารกฎหมายสาธารณสุข จึงมีหน้าที่ในการพัฒนากลไกด้านกฎหมายสาธารณสุขโดย ดำเนินการพิจารณาอุทธรณ์และเสนอข้อวินิจฉัยคำอุทธรณ์ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข แก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุขกรมอนามัย, 2559)

จากการดำเนินงาน 3 ปี ที่ผ่านมา มีเรื่องที่ยื่นอุทธรณ์ทั้งหมด 417 เรื่อง มีการเพิกถอน คำสั่งจำนวน 44 เรื่อง (กลุ่มคุ้มครองสิทธิ ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุขกรมอนามัย, 2560) กรณีคำสั่งทางปกครองมีผลทันทีนับตั้งแต่วันออกคำสั่ง ส่งผลกระทบต่อผู้ประกอบการทำให้ สูญเสียรายได้และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจชุมชน และอาจนำไปสู่การฟ้องร้องต่อศาลปกครอง กรณีออกคำสั่งโดยมิชอบได้ การศึกษานี้จะทำการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ปัญหาการออก คำสั่งทางปกครองของเจ้าพนักงานท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทราบปัญหาและนำไปเป็น แนวทางในการพัฒนาการออกคำสั่งทางปกครอง ผลการศึกษาทำให้สามารถติดตามปัญหาและ เสนอต่อคณะกรรมการยกร่างคำวินิจฉัยอุทธรณ์เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาการออกคำสั่งทาง ปกครองของเจ้าพนักงานท้องถิ่น และมีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานในการพัฒนาเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพในการออกคำสั่งทางปกครอง

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อรวบรวมข้อมูลคำสั่งที่มีการเพิกถอนเบื้องต้นจากหลักฐานเอกสารของศูนย์ บริหารกฎหมายสาธารณสุขที่ได้มีการรวบรวมไว้
2. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองกรณีอุทธรณ์

วิธีการศึกษา

1. การทบทวนเอกสารและศึกษากระบวนการออกคำสั่งทางปกครอง
2. วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ศึกษาคำสั่งที่มีการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองกรณีมี ผู้อุทธรณ์คำสั่งระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 มาวิเคราะห์เนื้อหา

ขอบเขตการศึกษา	ปีงบ 2557 (เรื่อง)	ปีงบ 2558 (เรื่อง)	ปีงบ 2559 (เรื่อง)	รวม (เรื่อง)
1. ข้อมูลทั่วไป	28	11	5	44
2. ข้อมูลเชิงลึกโดยศึกษาจากคำ วินิจฉัย เพิกถอนคำสั่ง	5	5	5	15

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

- 1.1. รวบรวมข้อมูลการอุทธรณ์กรณีเพิกถอนคำสั่งทางปกครองจากทะเบียนงานอุทธรณ์ 3 ปีย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559) ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุขที่ได้มีการรวบรวมไว้
- 1.2. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้แบบบันทึกตามประเด็นที่ต้องการศึกษาดังนี้
 - 1.2.1. ประเภทคำสั่งที่มีการอุทธรณ์และเพิกถอน
 - 1.2.2. เหตุในการพิจารณาเพิกถอนคำสั่งทางปกครองของคณะอนุกรรมการยกเว้นคำวินิจฉัยอุทธรณ์
 - 1.2.3. ระยะเวลาดำเนินการพิจารณาอุทธรณ์คำสั่งทางปกครองของคณะอนุกรรมการยกเว้นคำวินิจฉัยอุทธรณ์ ศึกษาระยะเวลาจากผู้รับคำสั่งถึงผู้ออกคำสั่งผลการอุทธรณ์
 - 1.2.4. ผลกระทบจากคำสั่งทางปกครอง

2. ขั้นตอนสรุปผล

- 2.1. ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Method) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบตามประเด็นที่ศึกษา
- 2.2. สรุปประเด็นที่ได้จากการศึกษาเพื่อเสนอต่อหน่วยงาน
- 2.3. นำเสนอโครงการต่อหน่วยงาน

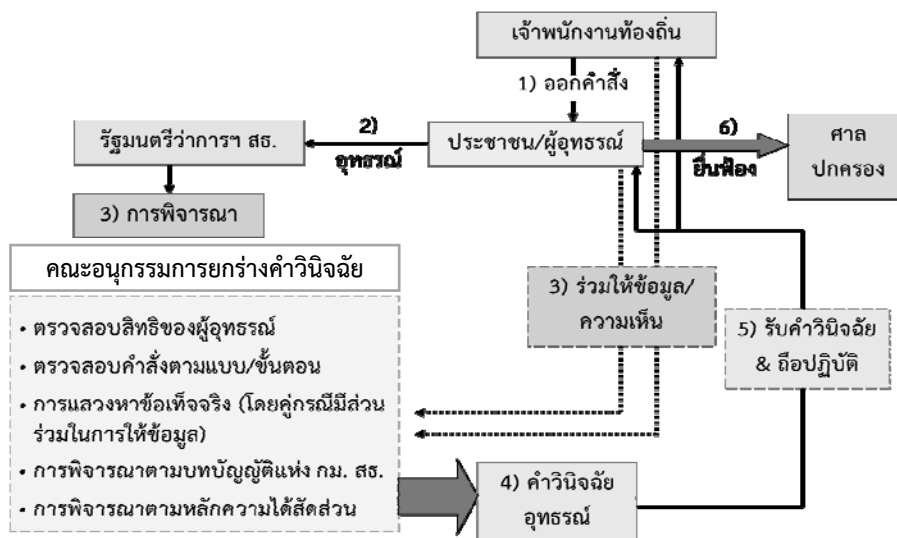
ระยะเวลาการดำเนินงาน 5 มิถุนายน 2560 ถึง 8 สิงหาคม 2560

ผลการศึกษา

คำสั่งทางปกครองที่มีสิทธิอุทธรณ์ ตามมาตรา 66 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้แก่ (ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย, 2558)

1. คำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่น
 - คำสั่งตามมาตรา 21 และมาตรา 22 เกี่ยวกับเรื่องสุขลักษณะของอาคาร

- คำสั่งตามมาตรา 27 วรรคหนึ่ง และมาตรา 28 วรรคหนึ่ง หรือวรรคสาม เกี่ยวกับเรื่องเหตุรำคาญ
- คำสั่งตามมาตรา 45 เป็นคำสั่งให้ผู้ดำเนินการใด ๆ ตามพระราชบัญญัตินี้ แก้ไข หรือปรับปรุงให้ถูกต้อง หรือให้หยุดดำเนินการไว้ทันทีเป็นการชั่วคราว
- คำสั่งตามมาตรา 48 วรรคห้า และมาตรา 52 เกี่ยวกับเรื่องหนังสือรับรองการแจ้ง
- คำสั่งตามมาตรา 65 วรรคสอง เป็นคำสั่งให้หยุดดำเนินการกรณีมีการค้างชำระค่าธรรมเนียมติดต่อกันเกินกว่า 2 ครั้ง
- คำสั่งตามมาตรา 56 วรรคสอง ในเรื่องการไม่ออกใบอนุญาตหรือไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ใบอนุญาต
- คำสั่งตามมาตรา 59 และมาตรา 60 ในเรื่องการพักใช้และการเพิกถอนใบอนุญาต



แผนภูมิ กระบวนการดำเนินงานพิจารณาอุทธรณ์ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535
ที่มา: กลุ่มบริหารกฎหมายสาธารณสุข, 2555

1. คำสั่งของเจ้าพนักงานสาธารณสุข

ตามมาตรา 46 วรรคสอง ในกรณีที่ตรวจพบเหตุที่ไม่ถูกต้องหรือมีการกระทำใด ๆ ที่ฝ่าฝืนต่อบทแห่งพระราชบัญญัตินี้หรือข้อกำหนดของท้องถิ่นแล้ว จะมีผลกระทบต่อสถานะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีพของประชาชนหรือจะเป็นอันตรายอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพของประชาชนเป็นส่วนรวมซึ่งสมควรจะดำเนินการแก้ไขโดยเร่งด่วน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหาการออกคำสั่งทางปกครองของเจ้าพนักงานท้องถิ่นกรณีเพิกถอนคำสั่งทางปกครอง ได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการอุทธรณ์คำสั่งทางปกครองตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีงบประมาณ 2557 – 2559 โดยนำข้อมูลคำสั่งที่มีการเพิกถอนมาศึกษาตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ เพื่อรวบรวมข้อมูลคำสั่งที่มีการเพิกถอนเบื้องต้น และเพื่อวิเคราะห์ปัญหาการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองกรณีอุทธรณ์ มีประเด็นที่ต้องการศึกษา ดังนี้

1. ประเภทคำสั่งที่มีการอุทธรณ์และเพิกถอน
2. เหตุในการพิจารณาเพิกถอนคำสั่งทางปกครองของคณะกรรมการยกย่องคำวินิจฉัยอุทธรณ์
3. ระยะเวลาดำเนินการพิจารณาอุทธรณ์คำสั่งทางปกครองของคณะกรรมการยกย่องคำวินิจฉัยอุทธรณ์ ศึกษาระยะเวลาจากผู้รับคำสั่งถึงผู้ออกคำสั่งผลการอุทธรณ์
4. ผลกระทบจากคำสั่งทางปกครอง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละการอุทธรณ์คำสั่งทางปกครอง

ปีงบประมาณ	จำนวนเรื่องอุทธรณ์		รวม
	ยกอุทธรณ์	เพิกถอนคำสั่ง	
2557	113 (80.14%)	28 (19.86%)	141
2558	44 (80%)	11 (20%)	55
2559	216 (97.74%)	5 (2.26%)	221
รวม	373	44	417

จากตารางที่ 1 ข้อมูลคำสั่งที่มีการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองกรณีมีผู้อุทธรณ์คำสั่งระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 พบว่า มีจำนวนเรื่องอุทธรณ์ทั้งหมด 417 เรื่อง จำแนกเป็นเรื่องอุทธรณ์ที่มีการยกอุทธรณ์ 373 เรื่อง ซึ่งในปีงบประมาณ 2559 พบเรื่องอุทธรณ์ที่มีการยกอุทธรณ์มากที่สุด 216 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 97.74 และเรื่องอุทธรณ์ที่มีการเพิกถอนคำสั่ง 44 เรื่อง ซึ่งในปีงบประมาณ 2557 พบเรื่องอุทธรณ์ที่มีการเพิกถอนคำสั่งมากที่สุด 28 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 19.86

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลจำนวนคำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนจำแนกตามผู้ออกคำสั่งทางปกครอง

ปีงบประมาณ	ผู้ออกคำสั่ง					รวม
	อบต.	เทศบาลตำบล	เทศบาลเมือง	เทศบาลนคร	กทม.	
2557	4 (14.29%)	3 (10.71%)	0 (0%)	1 (3.57%)	20 (71.43%)	28
2558	5 (44.45%)	3 (27.27%)	1 (9.09%)	2 (18.18%)	0 (0%)	11
2559	2 (40.00%)	3 (60.00%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5
รวม	11 (25.00%)	9 (20.45%)	1 (2.27%)	3 (6.82%)	20 (45.45%)	44

จากตารางที่ 2 ข้อมูลคำสั่งที่มีการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองกรณีมีผู้อุทธรณ์คำสั่งระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 พบว่าคำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนมากที่สุดออกโดย กทม. จำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองลงมาคือ คำสั่งทางปกครองที่ออกโดย อบต. ทั้งหมด 11 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 25 และ คำสั่งทางปกครองที่ออกโดยเทศบาลตำบล ทั้งหมด 9 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 20.45

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลจำนวนคำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนจำแนกตามประเภทกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ประเภทกิจการ	ปีงบประมาณ			รวม
	2557	2558	2559	
1. กิจการที่เกี่ยวกับสัตว์เลี้ยง	4 (14.29%)	2 (18.18%)	0 (0%)	6 (13.64%)
2. กิจการที่เกี่ยวกับสัตว์และผลิตภัณฑ์	0 (0%)	1 (9.09%)	1 (20%)	2 (4.55%)
3. กิจการที่เกี่ยวกับอาหาร เครื่องดื่ม น้ำดื่ม	0 (0%)	1 (9.09%)	0 (0%)	1 (2.27%)
4. กิจการที่เกี่ยวกับโลหะหรือแร่	0 (0%)	1 (9.09%)	2 (40%)	3 (6.82%)
5. กิจการที่เกี่ยวกับยานยนต์	20	0	0	20

ประเภทกิจการ	ปีงบประมาณ			รวม
	2557	2558	2559	
เครื่องจักร หรือเครื่องกล	(71.43%)	(0%)	(0%)	(45.45%)
6. กิจการที่เกี่ยวกับไม้หรือกระดาษ	0 (0%)	1 (9.09%)	0 (0%)	1 (2.27%)
7. กิจการที่เกี่ยวกับการบริการ	0 (0%)	3 (27.27%)	1 (20%)	4 (9.09%)
8. กิจการที่เกี่ยวกับหิน ดิน ทราย ซีเมนต์ หรือวัตถุที่คล้ายคลึง	0 (0%)	1 (9.09%)	0 (0%)	1 (2.27%)
9. กิจการที่เกี่ยวกับปิโตรเลียม ปิโตรเคมี ถ่านหิน ถ่านโค้ก และสารเคมีต่าง ๆ	2 (7.14%)	1 (9.09%)	1 (20%)	1 (2.27%)
10. กิจการอื่นๆ	2 (7.14%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (4.55%)
รวม	28	11	5	44

จากตารางที่ 3 ข้อมูลคำสั่งที่มีการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองกรณีมีผู้อุทธรณ์คำสั่งระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 พบว่ากิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ที่ถูกเพิกถอนคำสั่งมากที่สุด ได้แก่ กิจการที่เกี่ยวกับยานยนต์ เครื่องจักร หรือเครื่องกล จำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองลงมาคือกิจการที่เกี่ยวกับสัตว์เลี้ยง จำนวน 6 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 13.64 และกิจการที่เกี่ยวกับการบริการ จำนวน 4 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 9.09

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลจำนวนคำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนจำแนกตามประเภทคำสั่ง
(n = 44 เรื่อง)

ประเภทคำสั่ง	ปีงบประมาณ			รวม
	2557	2558	2559	
แก้ไข/ปรับปรุง	23 (82.14%)	5 (45.45%)	1 (20%)	29 (65.91%)
หยุดดำเนินการ	4 (14.29%)	3 (27.27%)	2 (40%)	9 (20.45%)
ไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาต	0 (0%)	1 (9.09%)	0 (0%)	1 (2.27%)
ไม่ออกใบอนุญาต	1 (3.57%)	2 (18.18%)	0 (0%)	3 (6.82%)

เพิกถอนใบอนุญาต	0 (0%)	0 (0%)	2 (40%)	2 (4.55%)
รวม	28	11	5	44

ตารางที่ 5 ข้อมูลคำสั่งที่มีการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองกรณีมีผู้อุทธรณ์คำสั่งระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 พบว่า ประเภทคำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนมากที่สุดคือประเภทคำสั่งแก้ไข/ปรับปรุง มีจำนวน 29 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 65.91 รองลงมาคือ คำสั่งหยุดดำเนินการ มีจำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.45 และคำสั่งไม่ออกใบอนุญาต มีจำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.82

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละคำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนจำแนกตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

มาตรา	ปีงบประมาณ			รวม
	2557	2558	2559	
มาตรา 27 การออกคำสั่งให้ระงับเหตุรำคาญ กรณีมีเหตุรำคาญในที่หรือทางสาธารณะ	20 (68.97)	1 (7.69%)	0 (0)	21 (43.75)
มาตรา 28 การออกคำสั่งให้ระงับเหตุรำคาญ กรณีมีเหตุรำคาญในที่เอกชน	2 (6.90)	6 (46.15)	1 (16.67)	9 (18.75)
มาตรา 35 ข้อกำหนดของท้องถิ่นเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลตลาด	1 (3.45)	0 (0)	0 (0)	1 (2.08)
มาตรา 45 การออกคำสั่งให้หยุดประกอบกิจการจนกว่าจะแก้ไขเหตุรำคาญ	1 (3.45)	2 (15.38)	1 (16.67)	4 (8.33)
มาตรา 54 การออกใบอนุญาต	1 (3.45)	0 (0)	0 (0)	1 (2.08)
มาตรา 56 ไม่อนุญาตให้ต่อใบอนุญาตประกอบกิจการ	4 (3.45)	3 (23.08)	2 (33.33)	9 (18.75)
มาตรา 59 สั่งพักใช้ใบอนุญาต	0 (0)	0 (0)	1 (16.67)	1 (2.08)
มาตรา 60 เพิกถอนใบอนุญาต	0 (0)	0 (0)	1 (16.67)	1 (2.08)
มาตรา 65 ค่าธรรมเนียมสำหรับการดำเนินการ	0	1	0	1

มาตรา	ปีงบประมาณ			รวม
	2557	2558	2559	
	(0)	(7.69)	(0)	(2.08)
รวม	29	13	6	48

จากตารางที่ 5 ข้อมูลคำสั่งที่มีการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองกรณีมีผู้อุทธรณ์คำสั่งระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 พบว่า คำสั่งทางปกครองตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ที่ถูกเพิกถอนมากที่สุดคือ คำสั่งทางปกครองมาตรา 27 การออกคำสั่งให้ระงับเหตุรำคาญ กรณีมีเหตุรำคาญในที่หรือทางสาธารณะ มีจำนวน 21 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 43.75 รองลงมาคือ คำสั่งทางปกครองมาตรา 28 การออกคำสั่งให้ระงับเหตุรำคาญ กรณีมีเหตุรำคาญในที่เอกชน และมาตรา 56 ไม่อนุญาตให้ต่อใบอนุญาตประกอบกิจการ มีจำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.75 และมาตรา 45 การออกคำสั่งให้หยุดประกอบกิจการจนกว่าจะแก้ไขเหตุรำคาญ มีจำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.33

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลจำนวนคำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนจำแนกตามประเภทคำสั่งตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539

ประเภทคำสั่ง	ปีงบประมาณ			รวม
	2557	2558	2559	
มาตรา 51 คำสั่งทางปกครองที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งเป็นการให้เงินหรือให้ทรัพย์สินหรือให้ประโยชน์ที่อาจแบ่งแยกได้	23 (82.14)	5 (44.45)	1 (20)	29 (65.9)
มาตรา 52 คำสั่งทางปกครองที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายและไม่อยู่ในบังคับของมาตรา 51	5 (17.86)	6 (54.55)	4 (80%)	15 (34.0)
มาตรา 53 คำสั่งทางปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งไม่เป็นการให้ประโยชน์แก่ผู้รับคำสั่งทางปกครอง	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
รวม	28	11	5	44

จากตารางที่ 6 ข้อมูลคำสั่งที่มีการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองกรณีมีผู้อุทธรณ์คำสั่งระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 พบว่าคำสั่งทางปกครองตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 ที่ถูกเพิกถอนมากที่สุดคือ มาตรา 51 คำสั่งทางปกครองที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งเป็นการให้เงินหรือให้ทรัพย์สินหรือให้ประโยชน์ที่อาจแบ่งแยกได้ มีจำนวน

29 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 65.91 รองลงมาคือ มาตรา 52 คำสั่งทางปกครองที่ไม่มีขอบด้วยกฎหมาย และไม่อยู่ในบังคับของมาตรา 51 มีจำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 34.09

ตารางที่ 7 แสดงข้อมูลจำนวนคำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนจำแนกตามเหตุผลการเพิกถอน คำสั่ง (ศึกษาจากคำวินิจฉัยเพิกถอนคำสั่ง)

ปีงบประมาณ	เหตุผลการเพิกถอนคำสั่ง				รวม
	ประเด็นข้อเท็จจริง		ประเด็นข้อกฎหมาย		
	ไม่เพียงพอ	ไม่พบ	อ้างมาตรา/ตีความ ไม่ถูกต้อง หรือไม่มี กฎหมายระบุไว้	คำสั่งเกิน กว่าเหตุ	
2557	0	3	5	1	9
2558	0	1	3	4	8
2559	1	2	3	3	9
รวม	1	6	11	8	26

จากตารางที่ 7 ข้อมูลคำสั่งที่มีการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองกรณีมีผู้อุทธรณ์คำสั่งระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 พบว่า เหตุผลการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนมากที่สุดคือ ประเด็นข้อกฎหมาย ทั้งหมด 19 เรื่อง ประกอบด้วย การอ้างมาตรา/ตีความไม่ถูกต้อง หรือไม่มีกฎหมายระบุไว้ จำนวน 11 เรื่อง และคำสั่งเกินกว่าเหตุ จำนวน 8 เรื่อง และเหตุผลการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองในประเด็นข้อเท็จจริง ทั้งหมด 7 เรื่อง ประกอบด้วย การไม่พบข้อเท็จจริง 6 เรื่อง และข้อเท็จจริงไม่เพียงพอ 1 เรื่อง

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลจำนวนคำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนจำแนกตามระยะเวลาที่ดำเนินการพิจารณา

ระยะเวลา (วัน)	ปีงบประมาณ			รวม (เรื่อง)
	2557	2558	2559	
≤ 90	0	0	1	1
91-120	0	0	0	0
121-150	0	0	1	1
151-180	0	0	0	0
181-210	2	1	0	3
211-240	1	3	0	4
241-270	25	1	2	28

ระยะเวลา (วัน)	ปีงบประมาณ			รวม (เรื่อง)
	2557	2558	2559	
271-300	0	2	0	2
301-330	0	0	1	1
331-360	0	1	0	1
361-390	0	0	0	0
391-421	0	1	0	1
422-451	0	1	0	1
452-481	0	1	0	1
รวม	28	11	5	44

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลคำสั่งที่มีการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองกรณีมีผู้อุทธรณ์คำสั่งระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 พบว่าระยะเวลาที่ดำเนินการพิจารณาอุทธรณ์คำสั่งทางปกครองที่ถูกเพิกถอนมีระยะเวลายาวนานที่สุดอยู่ในช่วง 241-270 วัน มีจำนวน 28 เรื่อง

อภิปรายผล

1. จากประเด็นเหตุการณ์การเพิกถอนคำสั่งทางปกครองส่วนใหญ่เป็นเรื่องข้อกฎหมายไม่ถูกต้องและข้อเท็จจริงไม่เพียงพอ แสดงว่าการแสวงหาข้อเท็จจริงยังไม่มีมาตรฐานเพียงพอ ดังนั้นควรให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นมีการปฏิบัติในการแสวงหาข้อเท็จจริงไปในแนวทางเดียวกัน หรือจัดทำเป็นมาตรฐานในการตรวจสอบข้อเท็จจริงรวมถึงการประเมินการบังคับใช้กฎหมายของเจ้าพนักงานท้องถิ่นในเรื่องการออกคำสั่งทางปกครองว่ามีปัญหาในด้านใด ทำการวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านการบังคับใช้กฎหมายในส่วนกลาง ฝ่ายวิชาการควรส่งเสริมให้มีการเรียนรู้และเข้าใจการออกคำสั่งทางปกครองในแต่ละเรื่องให้แก่เจ้าพนักงานท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ในเรื่องดังต่อไปนี้

1. การออกคำสั่งให้ระงับเหตุรำคาญ
2. การออกใบอนุญาต
3. การไม่อนุญาตให้ต่อใบอนุญาตประกอบกิจการ
4. การสั่งพักใช้ใบอนุญาต
5. การเพิกถอนใบอนุญาต
6. ค่าธรรมเนียมสำหรับการดำเนินกิจการ

2. จากประเด็นการใช้ดุลยพินิจในการออกคำสั่งทางปกครอง ผู้ออกคำสั่งทางปกครองอาจต้องใช้ขั้นตอนการใช้ดุลยพินิจ (กองนิติการ กลุ่มงานที่ปรึกษากฎหมาย นิติกรรม และสัญญา, ม.ป.ป.) ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยข้อเท็จจริง: มีการตรวจสอบข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากพยานหลักฐาน และต้องพิจารณาหลักฐานพยานที่มีอยู่ว่าเพียงพอต่อการพิสูจน์ข้อเท็จจริง เจ้าพนักงานท้องถิ่นต้องแสวงหาข้อเท็จจริงทุกอย่างที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 การปรับบทกฎหมาย: บางกรณีกฎหมายจะบัญญัติข้อเท็จจริงที่เป็นองค์ประกอบโดยใช้ถ้อยคำที่มีความชัดเจนแน่นอน แต่บางกฎหมายบัญญัติถ้อยคำที่มีความหมายกว้าง ๆ ไม่มีคำจำกัดความไว้ซึ่งเจตนารมณ์คือ ให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นจะต้องปรับบทกฎหมายเข้ากับข้อเท็จจริง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจ: ต้องพิจารณาว่ากฎหมายกำหนดให้ฝ่ายปกครองกระทำการได้เพียงประการเดียวหรือหลายประการ ซึ่งดุลยพินิจที่บัญญัติอยู่ในกฎหมายแบ่งได้เป็น 2 ประการ คือ ดุลยพินิจตัดสินใจ และดุลยพินิจเลือกกระทำ

หลักในการใช้ดุลยพินิจ ประกอบด้วย

1) หลักความเหมาะสม (Principle of Suitability) เป็นหลักการที่บังคับให้ผู้มีอำนาจทางปกครองออกคำสั่งที่สามารถดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กฎหมายได้ให้อำนาจไว้เท่านั้น

2) หลักแห่งความจำเป็น (Principle of Necessity) เป็นหลักการที่ต้องวิเคราะห์เปรียบเทียบมาตรการที่อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนน้อยที่สุด

3) หลักแห่งความได้สัดส่วนในความหมายอย่างแคบ (Principle of Proportionality in The Narrow Sense) เป็นหลักการมุ่งพิจารณาที่ภาวะสมดุลระหว่างความเสียหายที่เอกชนจะได้รับกับประโยชน์ที่สังคมจะพึงได้รับจากการปฏิบัติให้เป็นไปตามคำสั่งทางปกครอง ทั้งนี้หลักการดังกล่าวประสงค์ให้การออกคำสั่งทางปกครองเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

ประเด็นนี้อาจต้องมีแนวทางในการสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้ดุลยพินิจในการออกคำสั่งทางปกครองในท้องถิ่นของกลุ่มผู้มีหน้าที่ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากหากใช้ดุลยพินิจไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมอาจเกิดผลกระทบในเรื่องของควมมีคุณธรรม จริยธรรม และธรรมาภิบาลของผู้ใช้อำนาจได้

3. จากประเด็นกระบวนการอุทธรณ์ที่มีระยะเวลาการพิจารณานานเกินไป แนวคิดหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เพื่อให้องค์กรเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน ได้แก่ Lean ซึ่งแนวคิด Lean คือการเปลี่ยนจากความสูญเปล่า (Waste) ไปสู่คุณค่า (Value) ในมุมมองของผู้รับผลงาน ค้นหาความสูญเปล่า และเปลี่ยนให้เป็นคุณค่าที่ผู้รับผลงานของหน่วยงานต้องการ หน่วยงานต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่าความสูญเปล่า (Waste) คือกิจกรรมใดที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าแก่ผู้รับผลงาน ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ถูกออกแบบไว้ในระบบโดยผู้ปฏิบัติงานไม่รู้ตัวว่าเป็นความสูญเปล่า หรืออาจเป็นสิ่งที่

ที่ผู้ปฏิบัติงานต้องทำเพื่อแก้ไขความผิดพลาดบางครั้งทำเป็นประจำจนเกิดความรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ปกติ ดังนั้นเป้าหมายของการ Lean คือ ต้องพยายามมองหาความสูญเปล่าและพยายามขจัดออกไป เพื่อที่จะได้มีเวลาที่มีคุณค่าได้มากขึ้น (ความสูญเปล่าเป็นสิ่งที่เมื่อถูกขจัดออกไปแล้วต้องไม่มีผลกระทบต่อคุณค่าของผู้รับผลงาน) (โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2555)

แนวทางต่อไปนี้อาจใช้ในการวิเคราะห์ความสูญเปล่าในกระบวนการทำงาน

1. Defect: ข้อบกพร่องที่ต้องทำงานซ้ำเพื่อแก้ไข
2. Overproduction: การผลิตหรือให้บริการมากเกินไป
3. Waiting: การรอคอย
4. Not Use Staff Talent: ความรู้ความสามารถไม่ถูกใช้อย่างเต็มที่
5. Transportation: การเดินทางและการเคลื่อนย้าย
6. Inventory: วัสดุคงคลัง
7. Motion: การเคลื่อนที่หรือการเดินทางของเจ้าหน้าที่
8. Excessive Processing: ขั้นตอนที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น

ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานนั้นสิ่งสำคัญคือ การทำความเข้าใจภาพรวมของกระบวนการให้เป็นอย่างถ่องแท้ โดยเริ่มต้นตั้งแต่ภาพรวมในระดับองค์กร (Organization) โดยใช้ Model ในการวิเคราะห์คือ SIPOC Model ประกอบด้วย (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2558)

S – Supplier หมายถึง ผู้ส่งมอบสิ่งของหรือข้อมูลที่จะต้องนำไปผ่านกระบวนการ

I – Input หมายถึง สิ่งของหรือข้อมูลที่จะต้องนำไปผ่านกระบวนการ

P – Process หมายถึง กระบวนการที่ประกอบด้วยหลาย ๆ ขั้นตอน เพื่อที่จะเปลี่ยนสิ่งของหรือข้อมูล (Input) ให้เป็นสิ่งของหรือข้อมูลที่ต้องการ (Output)

O – Output หมายถึง สิ่งของหรือข้อมูลที่เป็นไปตามความต้องการของผู้รับผลงาน

C – Customer หมายถึง ผู้รับผลงานหรือลูกค้าผู้ที่กำหนดความต้องการของสิ่งของหรือข้อมูล

หากต้องการวิเคราะห์กระบวนการทำงานของหน่วยงานอาจพิจารณาว่า Supplier ของหน่วยงานคือฝ่ายหรือแผนกที่ทำงานก่อนหน้าหน่วยงานที่มีหน้าที่ส่งมอบงานให้หน่วยงานเรา และ Customer คือ ฝ่ายหรือแผนกที่ต้องทำงานต่อจากหน่วยงานเรา เรามีหน้าที่ส่งมอบงานให้เพื่อให้หน่วยงานสามารถวิเคราะห์กระบวนการได้ครบถ้วน อาจใช้ Process Workflow “Service Blueprint” (พิมพ์เขียวการบริการ) เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นหนึ่งในการมองหาจุดปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและวิเคราะห์คำสั่งที่มีการเพิกถอนคำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่นทั้งหมด มีข้อเสนอที่สำคัญที่เป็นปัญหาของกระบวนการออกคำสั่งทางปกครองและการพิจารณาอุทธรณ์ 3 ประเด็น ได้แก่

1. ผู้ออกคำสั่งทางปกครองควรพัฒนาความรู้ความเข้าใจกฎหมายอย่างถูกต้อง ต้องตรวจสอบข้อเท็จจริงอย่างรอบด้านเพื่อนำมาประกอบการพิจารณาในการออกคำสั่ง

2. ผู้ออกคำสั่งต้องมีเรื่องของการใช้ดุลยพินิจอย่างถูกต้อง ต้องมีคุณธรรม จริยธรรม มีธรรมาภิบาล

3. กระบวนการอุทธรณ์ที่มีระยะเวลาการพิจารณานานเกินไป อาจทำให้เกิดปัญหาผลกระทบในทางปฏิบัติของผู้ออกคำสั่งและผู้รับคำสั่งที่ต้องดำเนินการระหว่างรอผลการตัดสินชี้ขาด ต้องมีการนำมาวิเคราะห์ พิจารณาร่วมกันว่ากระบวนการใดที่ทำให้เกิดความล่าช้าด้วยการทำ Process Analysis นำไปสู่การพัฒนากระบวนการงานเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มคุ้มครองสิทธิ ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย. (2560). เอกสารทะเบียนงานอุทธรณ์
ปีงบประมาณ 2557-2559. นนทบุรี: กรมอนามัย.
- กลุ่มบริหารกฎหมายสาธารณสุขกรมอนามัย. (2555). คู่มือการปฏิบัติงานตามกฎหมายการสาธารณสุข.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กองนิติการ กลุ่มงานที่ปรึกษากฎหมาย นิติกรรมและสัญญา. (ม.ป.ป.). หลักการใช้ดุลยพินิจ .
[อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก:
http://legal.labour.go.th/index.php?option=com_attachments&task=download&id=723
<http://lms.mju.ac.th/courses/183/locker/การปกครองท้องถิ่นของไทย.doc>
- ฉัตรสุมน พดพิภิญโญ (2558). กฎหมายสำหรับการบริหารงานสาธารณสุข. คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฐิติพร ล้อมแหลมทอง. (2550). กฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองและความรับผิดชอบของ
เจ้าหน้าที่. เอกสารประกอบการสอนวิชา LW461(H)50 มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
[อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 30 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก:
[http://e-book.ram.edu/e-book/inside/html/dlbook.asp?code=LW461\(H\)50](http://e-book.ram.edu/e-book/inside/html/dlbook.asp?code=LW461(H)50)
- พระราชบัญญัติการสาธารณสุขพ.ศ. 2535. (2535, 5 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 109 ตอนที่
38. หน้า 27. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก:
www.anamai.moph.go.th/download/download/publichealthact.htm

พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539. (2539, 14 พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา.
เล่ม 113 ตอนที่ 60. หน้า 1.

<http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%C728/%C728-20-2539-a0001.pdf>

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. (2555). พัฒนาคุณภาพพระบบบริการผู้ป่วยนอกใน

ปีงบประมาณ 2555. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก:

http://www.hospital.tu.ac.th/doc/ha/270355/PDF_p/01.pdf

ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุขกรมอนามัย. (2558). *แนวทางการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการ
สาธารณสุข พ.ศ. 2535*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุขกรมอนามัย. (2559). ประวัติ บทบาท และพันธกิจ. [อินเทอร์เน็ต]
[เข้าถึงเมื่อ 30 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก:

http://laws.anamai.moph.go.th/main.php?filename=History_Laws2016

สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. (2558). เอกสารประกอบการอบรมโครงการพัฒนาทักษะการจัดการ

คุณภาพและกลยุทธ์. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก:

WWW.FTPI.OR.TH

มาตรการของบุห์รีแบบเรียบ : กฎหมายและคำพิพากษาของศาลต่างประเทศ

เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบกฎหมายและคำพิพากษาของศาลในคดีกฎหมายของบุห์รีแบบเรียบของประเทศออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร และประเทศฝรั่งเศส เพื่อให้ทราบถึงคำฟ้องคดีและคำพิพากษาของศาลทั้ง 3 ประเทศข้างต้น เพื่อวิเคราะห์แนวทางการตีความของศาลในคดีกฎหมายของบุห์รีแบบเรียบ และเป็นแนวทางการจัดทำกฎหมายของประเทศไทยเกี่ยวกับของบุห์รีแบบเรียบในอนาคต

ผลการวิจัยได้แสดงให้เห็นว่าศาลในประเทศที่เกิดการฟ้องคดีดังกล่าววางหลักว่า กฎหมายของบุห์รีแบบเรียบไม่ขัดแย้งกับกฎหมายภายในประเทศและข้อตกลงระหว่างประเทศ แต่อย่างไรก็ดี กล่าวคือ กฎหมายของบุห์รีแบบเรียบไม่ขัดแย้งกับสิทธิในเครื่องหมายการค้า หลักความได้สัดส่วน หลักความเสมอภาค สิทธิในทรัพย์สินและเสรีภาพในการประกอบกิจการ

จากผลการศึกษาข้างต้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการจัดทำกฎหมายของบุห์รีแบบเรียบของประเทศไทยว่า ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกในกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) จึงย่อมมีพันธกรณีในการดำเนินการผลักดันมาตรการต่าง ๆ ให้เป็นไปตามอนุสัญญาดังกล่าว กฎหมายของบุห์รีแบบเรียบเป็นมาตรการที่รัฐไทยสามารถดำเนินการได้ ภายใต้การเคารพหลักความได้สัดส่วนและการไม่เลือกปฏิบัติ

คำสำคัญ: ของบุห์รีแบบเรียบ, หลักความได้สัดส่วน, ทรัพย์สินทางปัญญา, การเวนคืน, เครื่องหมายการค้า

* คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, e-mail address: aengchanil@gmail.com

Plain Packaging: Laws and Judgements

Aua-aree Engchanil^{*}

Abstract

The research objective is to study and compare the issue of laws and judgments of plain packaging's case in Australia, United Kingdom and France. In order to understand the complaints and the decisions of these three courts above, this study has the main point in analyzing the interpretation of plain packaging's challenge by the courts. The study also aims to prepare for Thailand to implement the plain packaging law in the future.

The research found that the courts in these countries considered that the plain packaging laws do not conflict with their domestic law and the International agreements' principles. These principles include: Trademark laws, proportionality, non-discrimination, property rights and freedom of business

From the above-mentioned research finding, the author suggests that Thailand as a party of the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), has the obligation to use its law complying with this convention, the principle of proportionality, as well as, the non-discrimination.

Keywords: Plain packaging, proportionality, intellectual property, expropriation, trade mark

^{*} Faculty of Law, Chulalongkorn University, e-mail address: aengchanil@gmail.com

1. บทนำ (Introduction)

1.1 ความสำคัญของปัญหา

การจัดทำซองบุหรี่แบบเรียบ (Plain packaging) เป็นหนึ่งในมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) โดยมุ่งประสงค์ให้บริษัทผู้ผลิตบุหรี่จัดทำซองบุหรี่ที่ปราศจากสีและสัญลักษณ์ที่ดึงดูดผู้บริโภค เพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มนักสูบหน้าใหม่ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวย่อมกระทบกับรูปแบบ สี สัญลักษณ์หรือโลโกบนซองบุหรี่ ทั้งที่ลักษณะดังกล่าวเป็นสาระสำคัญของการแสดงสิทธิในเครื่องหมายการค้าของบริษัทบุหรี่และได้รับความคุ้มครองจากกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาทั้งภายในและระหว่างประเทศ

มาตรการซองบุหรี่แบบเรียบได้เริ่มถูกนำไปตราเป็นกฎหมายใช้บังคับอย่างเต็มรูปแบบในหลายประเทศ อย่างไรก็ตาม การนำมาตราของซองบุหรี่แบบเรียบมาบังคับใช้ได้รับการโต้แย้งจากผู้ไม่เห็นด้วย โดยเฉพาะกลุ่มธุรกิจยาสูบ ด้วยเหตุนี้รัฐบาลของประเทศที่นำมาตราของซองบุหรี่แบบเรียบมาบังคับใช้จึงได้ถูกกลุ่มธุรกิจยาสูบดำเนินการฟ้องร้อง เพื่อให้ศาลพิจารณาว่าการออกมาตรการดังกล่าว มีความเหมาะสม สอดคล้องกับความได้สัดส่วนและเป็นธรรมต่อกลุ่มธุรกิจมากน้อยเพียงใด

ในปัจจุบันได้มีคำพิพากษาของศาลในคดีซองบุหรี่แบบเรียบแล้ว 3 ประเทศ ได้แก่ ศาลสูงแห่งประเทศออสเตรเลีย ศาลสูงของสหราชอาณาจักร คณะตุลาการรัฐธรรมนูญของฝรั่งเศส และศาลปกครองสูงสุดของประเทศฝรั่งเศส ด้วยเหตุนี้จึงสมควรทำการศึกษาและวิเคราะห์คำพิพากษาของศาลทั้ง 3 ประเทศ เพื่อให้ทราบถึงประเด็นข้อโต้แย้งของผู้ฟ้องคดีและแนวทางคำตัดสิน ตลอดจนรวมถึงการให้เหตุผลของศาลในเรื่องมาตรการซองบุหรี่แบบเรียบ อันจะเป็นประโยชน์ต่อทิศทางการประเทศไทยในการเตรียมการหรือการสร้างองค์ความรู้ต่อมาตรการซองบุหรี่แบบเรียบ ที่อาจนำมาใช้ในประเทศไทยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 ศึกษากฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบและวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางคำพิพากษาของศาลต่างประเทศในคดีกฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบ

1.2.2 เผยแพร่องค์ความรู้ของมาตรการซองบุหรี่แบบเรียบ ข้อโต้แย้งทางคดีและคำพิพากษาของคดีกฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบ

1.2.3 สังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาและให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับใช้กับกรณีการจัดทำกฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบในประเทศไทย

1.3 การตรวจเอกสารและวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพโดยศึกษาจากเอกสารต่างๆ กล่าวคือ เอกสารชั้นทุติยภูมิ หมายถึง หนังสือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง บทความจากวารสารกฎหมาย การค้นคว้าผ่านฐานข้อมูลระบบ

อินเทอร์เน็ต เอกสารขึ้นปฐมภูมิ กล่าวคือ คำพิพากษาของศาลประเทศออสเตรเลีย อังกฤษและฝรั่งเศสในคดีกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบ ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1.3.1 กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) ว่าด้วยเรื่องมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการบรรจุภัณฑ์ เพื่อให้ทราบถึงหลักเกณฑ์และแนวคิดของการสร้างมาตรการบรรจุภัณฑ์ปราศจากสีส่น และมาตรการเรื่องการโฆษณา

1.3.2 แนวปฏิบัติแห่งสหภาพยุโรปที่ 2014/40/UE ว่าด้วยการออกกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การแสดงและการขายยาสูบและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำของบุหรี่แบบเรียบ

1.3.3 ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (ความตกลงทริปส์) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเครื่องหมายการค้า เพื่อให้ทราบถึงสิทธิและหน้าที่ของเจ้าของเครื่องหมายการค้า รวมไปถึงข้อยกเว้นทางกฎหมาย

1.3.4 กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบของประเทศออสเตรเลีย สหราชอาณาจักรและประเทศฝรั่งเศส

1.3.5 คำพิพากษาของศาลสูงแห่งประเทศออสเตรเลีย ศาลแห่งสหราชอาณาจักร คณะตุลาการรัฐธรรมนูญและศาลปกครองสูงสุดแห่งประเทศฝรั่งเศส

2. ผลการศึกษา (Results)

แนวคิดเรื่องซองบุหรี่แบบเรียบปรากฏอยู่ในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control : WHO FCTC) มาตรา 11 ว่าด้วยการบรรจุหีบห่อและการติดป้ายแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบและมาตรา 13 ว่าด้วยการห้ามการโฆษณา เป้าหมายในการจัดทำของบุหรี่แบบเรียบของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ มีขึ้นเพื่อลดแรงจูงใจของผู้บริโภคในการสูบบุหรี่ เนื่องจากผลการวิจัยหลายฉบับพบว่าภาพ สัญลักษณ์ รูปแบบต่าง ๆ ที่ปรากฏบนซองบุหรี่ยุคก่อนทำให้เกิดความดึงดูดต่อผู้บริโภค รวมถึงเกิดการกระตุ้นให้ผู้บริโภคเกิดความอยากในการบริโภคยาสูบมากขึ้นกว่าเดิม ด้วยเหตุนี้หากประเทศภาคีใดกำหนดมาตรการเพื่อรองรับการจัดทำของบุหรี่แบบเรียบตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) จะส่งผลให้บุหรี่ที่ขายภายในประเทศ ห้ามปรากฏสีส่น เครื่องหมาย สัญลักษณ์หรือรูปภาพ รวมทั้งข้อความโฆษณาบนซองบุหรี่อย่างที่เคยมีมาในอดีต โดยรัฐจะดำเนินการให้ซองบุหรี่ยุคใหม่เป็นแบบเรียบหรือแบบมาตรฐานรูปแบบเดียวกัน กล่าวคือรัฐจะกำหนดให้หีบห่อบรรจุภัณฑ์บุหรี่ยุคใหม่มีการจัดทำข้อความ รูปแบบ สีส่นและตัวอักษรตามมาตรฐานแบบเดียวกันทั้งหมด ในขณะที่ชื่อของยี่ห้อบุหรี่ยังคงปรากฏบนหีบห่อบรรจุภัณฑ์เพื่อบอกความแตกต่างหรือที่มาของบุหรี่แต่ละยี่ห้อเท่านั้น

ในปัจจุบันมีประเทศที่ได้ดำเนินการจัดทำของบุหรี่แบบเรียบโดยการออกกฎหมายและมีการบังคับใช้อย่างสมบูรณ์ทั้งฉบับไปบ้างแล้ว ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร

ประเทศฝรั่งเศสและประเทศไอร์แลนด์ ซึ่งประเทศออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร และประเทศฝรั่งเศสต่างถูกกลุ่มธุรกิจยาสูบฟ้องคดีเรื่องกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบ ในขณะที่ประเทศไอร์แลนด์เพิ่งประกาศใช้บังคับกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบเมื่อเดือนกันยายน ค.ศ. 2017 ยังไม่ได้ถูกฟ้องจากกลุ่มธุรกิจยาสูบแต่อย่างใด จากข้อเท็จจริงดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ประเด็นการฟ้องคดีและคำพิพากษาของศาลทั้ง 3 ประเทศ เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการตีความของคดีกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบ อันจะนำมาสู่การเตรียมความพร้อมของประเทศไทยในเรื่องการจัดทำกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบต่อไป ดังนี้

(1) วิเคราะห์กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบไม่ได้กระทบสิทธิในเครื่องหมายการค้า

สิทธิในเครื่องหมายการค้าเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ฟ้องคดีได้ยกขึ้นฟ้องไปยังที่ศาลเนื่องจากกลุ่มธุรกิจยาสูบเห็นว่าสินค้ายาสูบของพวกเขาได้มีการจดทะเบียนอย่างถูกต้อง รวมถึงสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาเป็นสิทธิที่ได้รับการคุ้มครองทั้งกฎหมายภายในประเทศและข้อตกลงระหว่างประเทศจำนวนมาก กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบจึงเสมือนเป็นการละเมิดสิทธิในเครื่องหมายการค้าทั้งกฎหมายภายในประเทศและข้อตกลงระหว่างประเทศที่กลุ่มธุรกิจยาสูบควรได้รับการคุ้มครอง

ศาลสูงของประเทศออสเตรเลียได้พิจารณาว่า กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญามีขึ้นเพื่อให้บริการในเรื่องของเป้าหมายทางนโยบายสาธารณะ มิได้เป็นไปแค่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตัวของผู้ทรงสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งพระราชบัญญัติเครื่องหมายการค้าของประเทศออสเตรเลียมิได้ให้เสรีภาพในการใช้เครื่องหมายที่จดทะเบียนอย่างเสรีโดยปราศจากข้อจำกัดใด (Matter No. S409/2011 & S389/2011, (2012), para 22) กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบยังคงยินยอมให้อุตสาหกรรมยาสูบสามารถใช้ชื่อยี่ห้อหรือชื่อของตัวบุหรี่ต่อไปได้ ความเฉพาะเจาะจงของชื่อยี่ห้อสินค้าเหล่านี้ยังคงส่งผลต่อผู้ซื้อปลีกที่จะสามารถหาซื้อสินค้าบุหรี่ได้ต่อไป และชื่อยี่ห้อหรือชื่อเป็นความแตกต่างของสินค้าแต่ละชิ้นที่ยังคงค่าความนิยม (goodwill) ไว้ ทั้งการเห็นการพูด การได้ยิน แม้ว่ากฎหมายของบุหรี่แบบเรียบจะจำกัดการแสดงภาพหรือสัญลักษณ์บางอย่างบนหีบห่อหรือตามแต่สิทธิเฉพาะ (exclusive right) ของยาสูบจากการที่ยังคงแยกแยะชื่อยี่ห้อสินค้าได้และยังคงก่อให้เกิดการซื้อขายสินค้ายาสูบต่อไปถือว่าสินค้าเหล่านี้ยังมีมูลค่าอยู่ (valuable right) (Matter No. S409/2011 & S389/2011, (2012), para 293) นอกจากนี้สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาก็เป็นสิทธิในการปฏิเสธ (negative right) กล่าวคือเป็นสิทธิที่มีไว้เพื่อกันมิให้บุคคลที่สามเข้ามาใช้ประโยชน์ในทรัพย์สินทางปัญญาของเจ้าของผู้จดทะเบียนข้อกำหนดในกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบเป็นการวางหลักการในเรื่องการขายสินค้ายาสูบ รัฐบาลมิได้เข้าใช้ประโยชน์จากหีบห่อบรรจุภัณฑ์ยาสูบหรือสินค้ายาสูบแต่อย่างใดและแม้ว่าบริษัทบุหรี่อาจสูญเสียมูลค่าบางอย่างในทางการค้า แต่มูลค่าในทางการค้ามิใช่เป้าหมายที่รัฐธรรมนูญคุ้มครอง ถึงกระนั้นกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบยังคงอนุญาตให้บริษัทบุหรี่ใช้ชื่อยี่ห้อหรือชื่อต่อไปได้ ซึ่งความสามารถที่ยังคงใช้ชื่อยี่ห้อหรือชื่อเป็นมูลค่าอย่างหนึ่ง กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบมิได้มีความแตกต่างไปจากกฎหมายอื่น ๆ ที่กำหนดมาตรการเกี่ยวกับสุขภาพหรือความปลอดภัย

อีกทั้งสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาถูกสร้างขึ้นมาเพื่อให้บริการสาธารณะ ไม่ได้จัดทำขึ้นเพื่อสร้างความศักดิ์สิทธิ์ (sacrosanct) หรือเพื่อบังคับการให้กฎหมายอยู่เหนือหรือแยกออกไปจากกฎหมายอื่น ๆ ที่มีเป้าหมายเพื่อประโยชน์สาธารณะ (Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation, 2016)

ศาลสูงแห่งสหราชอาณาจักรพิพากษาว่า สิทธิในเครื่องหมายการค้าเป็นสิทธิในเชิงปฏิเสธ (negative right) กล่าวคือ เจ้าของเครื่องหมายการค้าที่ได้ทำการจดทะเบียนมีสิทธิที่จะหวงกั้นบุคคลอื่นที่จะเข้ามาใช้เครื่องหมายการค้าของตน สิทธิในเชิงปฏิเสธนี้จึงไม่ได้มีความหมายถึงสิทธิในการใช้เครื่องหมายการค้าแต่อย่างใด (right to use) ศาลยังได้เห็นว่าไม่มีส่วนใดของข้อตกลงระหว่างประเทศ กฎเกณฑ์ของสหภาพยุโรปหรือกฎหมายภายในประเทศในเรื่องสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่ยินยอมให้เครื่องหมายการค้ามีความหมายรวมถึงการใช้สิทธิไปในทางที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพสาธารณะอย่างถูกกฎหมาย (BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 1169, (2016), para 40) โดยย้ำว่าไม่มีส่วนใดในข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPS) กำหนดให้แก่เจ้าของเครื่องหมายการค้าหมายรวมถึงสิทธิในการใช้ทรัพย์สิน (เครื่องหมายการค้า) ของเจ้าของที่จดทะเบียนดำรงอยู่เพื่อใช้อำนวยความสะดวกให้กับโรคภัยที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพที่ร้ายแรง ด้วยเหตุนี้หลักการของข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPS) และกรอบอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) สามารถประสานวัตถุประสงค์ไปด้วยกันได้ระหว่างการคุ้มครองสุขภาพสาธารณะกับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาของเอกชนโดยไม่กระทบหรือขัดแย้งซึ่งกันและกัน (BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 1169, (2016), para 186)

คณะตุลาการรัฐธรรมนูญของประเทศฝรั่งเศสเคยวางหลักว่าสิทธิในทรัพย์สินนั้น รวมถึงเครื่องหมายการค้า (CC., Décision n. 90-283 DC, (1991), para 7) ในคดีกฎหมายของบูห์รีแบบเรียบ คณะตุลาการรัฐธรรมนูญวินิจฉัยว่าเงื่อนไขของกฎหมายของบูห์รีแบบเรียบยินยอมให้ใช้ชื่อยี่ห้อของบูห์รีได้ ทำให้ผู้บริโภคสามารถแยกแยะผลิตภัณฑ์ยาสูบแต่ละยี่ห้อออกจากกันได้ถือเป็นการสร้างความชัดเจนให้แก่ผู้ซื้อ ในขณะที่เดียวกันเจ้าของเครื่องหมายการค้ายังคงสิทธิในการได้รับความคุ้มครองต่อการใช้สิทธิในเครื่องหมายการค้าจากบุคคลที่สามอยู่เช่นเดิม (CC., Décision 2015-727 DC, (2016), para 20)

ในขณะที่ศาลปกครองสูงสุดของประเทศฝรั่งเศสได้พิจารณาเรื่องสิทธิในเครื่องหมายการค้าของผู้ประกอบการว่า บทบัญญัติในกฎหมายลำดับรองเรื่องของบูห์รีแบบเรียบแม้จะห้ามมิให้แสดงภาพเครื่องหมาย หรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ บนหีบห่อบรรจุภัณฑ์ของบูห์รีซิการ์และบูห์รีมวนเอง แต่ชื่อยี่ห้อของบูห์รียังคงปรากฏอยู่บนหีบห่อยาสูบได้ตามปกติ การใช้ชื่อยี่ห้อสินค้าปรากฏได้ต่อไปบนหีบห่อบรรจุภัณฑ์ ถือว่าเพียงพอที่ผู้บริโภคจะแยกแยะตัวสินค้าและผลิตภัณฑ์ของยี่ห้อต่าง ๆ ออกจากกันได้ การจัดทำของบูห์รีแบบเรียบไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้บริโภคเกิดความสับสนระหว่างบูห์รียี่ห้อต่างๆ ที่วางจำหน่ายในท้องตลาดแต่อย่างใด (CE.,

Société JT International SA, Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes, Société Philip Morris France SA et autres, (2017), para 53) ในขณะเดียวกันกฎเกณฑ์ที่รัฐได้ตราขึ้นเป็นกฎหมายลำดับรองเรื่องของบุหรี่แบบเรียบเป็นเพียงเงื่อนไขในการใช้ (conditions d'exercice) เครื่องหมายการค้าบนซองบุหรี่แบบเรียบ โดยที่ผู้เป็นเจ้าของเครื่องหมายที่ได้ทำการจดทะเบียนยังคงเป็นเจ้าของซึ่งมีสิทธิในทรัพย์สิน ได้แก่ เครื่องหมายการค้าของตนอยู่ สาระสำคัญของสิทธิในเครื่องหมายการค้าจึงมิได้ถูกกระทบกระเทือนโดยผลของกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบแต่อย่างใด (CE., Société JT International SA, Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes, Société Philip Morris France SA et autres, (2017), para 25)

กล่าวโดยสรุป สิทธิในเครื่องหมายการค้าเป็นสิทธิในการปฏิเสธ (negative right) ได้แก่ เป็นสิทธิที่มีไว้เพื่อกันมิให้บุคคลที่สามเข้ามาใช้ประโยชน์ในทรัพย์สินทางปัญญาของผู้จดทะเบียน ซึ่งรัฐผู้ตรากฎหมายของบุหรี่แบบเรียบไม่ได้เข้ามาใช้ประโยชน์ดังกล่าว รัฐตรากฎหมายของบุหรี่แบบเรียบเพื่อกำหนดเงื่อนไขในการใช้ (conditions d'exercice) เครื่องหมายการค้าบนซองบุหรี่ โดยที่กลุ่มธุรกิจยาสูบเจ้าของเครื่องหมายการค้ายังคงสิทธิในการหวงกันไม่ให้บุคคลที่สามเข้ามาใช้ประโยชน์ในเครื่องหมายการค้าของตนได้ต่อไป อีกทั้งผู้บริโภคยังคงสามารถแยกแยะสินค้าบุหรี่แต่ละยี่ห้อออกจากกันได้ เนื่องจากกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบยังคงยินยอมให้ยี่ห้อบุหรี่ปรากฏอยู่บนซองบรรจุภัณฑ์บุหรี่ ซึ่งทำให้ผู้บริโภคไม่เกิดการสับสนหลงผิดในตัวสินค้าแต่ละยี่ห้อแต่อย่างใด นอกจากนี้กฎหมายระหว่างประเทศที่คุ้มครองสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา เช่น TRIPS และกรอบอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) ไม่ได้มีความขัดแย้งซึ่งกันและกัน เนื่องจากแม้ข้อตกลงระหว่างประเทศเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาจะมุ่งคุ้มครองผู้เป็นเจ้าของทรัพย์สินทางปัญญาที่จดทะเบียนอย่างถูกต้อง แต่ก็จะมีข้อยกเว้นในเรื่องมาตรการเพื่อสุขภาพเสมอ ดังนั้นกฎหมายบุหรี่แบบเรียบจึงไม่ได้กระทบสิทธิในเครื่องหมายการค้าแต่อย่างใด

(2) วิเคราะห์กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบสอดคล้องกับหลักความได้สัดส่วน

กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบกำหนดให้สิ่งที่เคยปรากฏบนซองบุหรี่ไม่สามารถมีได้อีกต่อไป ยกเว้นเพียงชื่อยี่ห้อ ในขณะที่รายละเอียดอื่น ๆ เช่น การใช้สีบนซองบุหรี่ ขนาดตัวอักษร ตำแหน่งจัดแสดงหรือขนาดภาพคำเตือนจะถูกกำหนดและควบคุมโดยบทบัญญัติในกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบ การกำหนดเงื่อนไขการแสดงรายละเอียดบนซองบุหรี่เช่นนี้ กลุ่มธุรกิจยาสูบมีความเห็นว่าธุรกิจของตนได้รับผลกระทบกระเทือนเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในเรื่องมูลค่าและความเป็นตัวตนของบุหรี่แต่ละยี่ห้อ กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบจึงเสมือนเป็นเครื่องมือของรัฐที่ใช้อำนาจ “เวนคืน” ธุรกิจที่ตนได้ลงทุนไปแล้ว

การฟ้องคดีกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบในสหราชอาณาจักร กลุ่มธุรกิจผู้ฟ้องคดีได้ร้องขอให้มีการผกผันประโยชน์ระหว่างรัฐกับเอกชนผู้ประกอบการธุรกิจ ศาลสูงแห่งสหราชอาณาจักรได้พิจารณาว่ามาตรการตามกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบนั้นมีความเหมาะสมแล้วและไม่มีความ

จำเป็นใด ๆ ที่ต้องประสานประโยชน์ในเรื่องเป้าหมายของการจัดทำของบุหรี่แบบเรียบให้เข้ากับผลประโยชน์ตามความต้องการของเอกชน เนื่องจากการจัดทำของบุหรี่แบบเรียบมีขึ้นด้วยเหตุที่รัฐมีหน้าที่ดูแลให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งถือเป็นหน้าที่พื้นฐานของรัฐอย่างหนึ่ง ในขณะที่เป้าหมายของเอกชนที่ประกอบธุรกิจคือมุ่งหวังเรื่องผลประโยชน์หรือกำไร เมื่อพิจารณาถึงภารกิจที่รัฐต้องดูแลหรือให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชนอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานกับการที่รัฐต้องคุ้มครองผลกำไรของเอกชนนั้นจึงไม่มีความจำเป็นใด ๆ ที่จะต้องให้กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบประนีประนอมกับผลประโยชน์ของเอกชน (BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 1169, (2016), para 682)

ในขณะที่การฟ้องคดีของบุหรี่แบบเรียบในประเทศฝรั่งเศส คณะตุลาการรัฐธรรมนูญได้ให้ความเห็นว่าแม้กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความสามารถในการโฆษณาสื่อสารสิ่งที่อยู่บนของบุหรืกับประชาชน แต่เมื่อพิจารณาถึงตัวผลิตภัณฑ์ยาสูบซึ่งเป็นสินค้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การจัดทำของบุหรี่แบบเรียบจึงเป็นมาตรการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพ โดยที่บทบัญญัติในเรื่องการจัดทำของบุหรี่แบบเรียบนี้ ไม่ได้ห้ามการผลิตหรือห้ามการขายสินค้ายาสูบ มาตรการในเรื่องของบุหรี่แบบเรียบจึงมิได้กระทบต่อผู้ประกอบการจนเกินความได้สัดส่วนแต่อย่างใด (CC., Décision 2015-727 DC, (2016), para 18)

นอกจากคณะตุลาการรัฐธรรมนูญฝรั่งเศสแล้ว กลุ่มธุรกิจยาสูบได้ขอให้ศาลปกครองสูงสุดของประเทศฝรั่งเศสเพิกถอนกฎหมายลำดับรองที่ประกาศใช้เพื่อขยายรายละเอียดของกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบอีกด้วย โดยผู้ร้องได้ยกประเด็นถึงความไม่สอดคล้องของกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบและสนธิสัญญาว่าด้วยการบริหารงานของสหภาพยุโรป ซึ่งสนธิสัญญานี้คุ้มครองเสรีภาพในการเคลื่อนย้ายสินค้าของเอกชนภายในตลาดสหภาพยุโรป ศาลปกครองสูงสุดได้พิพากษาว่าการจำกัดเสรีภาพในการเคลื่อนย้ายสินค้าของรัฐสามารถกระทำได้ หากเป็นไปเพื่อเหตุผลเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน มาตรการของบุหรี่แบบเรียบมีความสอดคล้องกับเงื่อนไขขั้นพื้นฐานในเรื่องนี้จึงถือว่ากฎหมายของบุหรี่แบบเรียบมีความชอบด้วยกฎหมายและไม่เกินความจำเป็น (CE. Société JT International SA, Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes, Société Philip Morris France SA et autres, (2017), para 39)

กล่าวโดยสรุป หลักความได้สัดส่วนได้ถูกนำมาพิจารณาในการฟ้องคดีกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบ โดยศาลได้ชี้ให้เห็นระหว่างความจำเป็นของรัฐที่ตรากฎหมายของบุหรี่แบบเรียบขึ้นเพื่อเป็นมาตรการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากอันตรายของบุหรืและประโยชน์ของเอกชน ได้แก่ กลุ่มธุรกิจยาสูบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับธุรกิจของผู้ประกอบการจากการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้มีความเหมาะสม ได้สัดส่วนหรือจำเป็นมากน้อยเพียงใด ซึ่งหากพิจารณาถึงความรุนแรงต่อปัญหาสุขภาพ ภาระทางงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลกับผลประโยชน์ของสังคม กลุ่มธุรกิจยาสูบ รวมถึงการที่ธุรกิจยังสามารถดำเนินการต่อไปได้ตามปกติ การตรากฎหมายของบุหรี่แบบเรียบจึงมีความสอดคล้องกับหลักความได้สัดส่วนตามรัฐธรรมนูญ

(3) วิเคราะห์กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบสอดคล้องกับหลักการไม่เลือกปฏิบัติ

ผู้ฟ้องคดีกล่าวหาว่ากฎหมายการจัดทำของบุหรี่แบบเรียบก่อให้เกิดผลกระทบต่อธุรกิจยาสูบ เนื่องจากกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบได้จำกัดเนื้อหาและความสามารถของผู้ผลิตในการโฆษณาสื่อสารหรือการจัดวางเครื่องหมายการค้าบนซองหรือบนหีบห่อบรรจุภัณฑ์ ก่อให้เกิดความตึงเครียดของยี่ห้อหรือการโฆษณาของผลิตภัณฑ์บุหรี่ลง ศาลแห่งสหราชอาณาจักรได้วางหลักในเรื่องนี้ว่ากฎหมายของบุหรี่แบบเรียบมิได้เลือกปฏิบัติในการดำเนินการลดความตึงเครียดบนหีบห่อบุหรี่ให้แตกต่างกันออกไปในแต่ละยี่ห้อแต่อย่างใด (BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 1169, (2016), para 2) และไม่มีผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายยาสูบรายใดได้รับการยกเว้นจากกฎหมายฉบับดังกล่าว (BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 1169, (2016), para 794) นอกจากนี้ผู้ผลิตยังคงสามารถใช้ชื่อยี่ห้อบนซองบุหรี่ ซึ่งเป็นวิธีการที่สามารถสื่อสารตัวตนของบุหรี่แต่ละยี่ห้อไปยังผู้บริโภค ตลอดจนใช้เพื่อแยกแยะความแตกต่างของสินค้าของตนออกจากสินค้าของผู้แข่งขันรายอื่นๆ ได้ (BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 1169, (2016), para 785)

ในขณะที่การฟ้องคดีกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบที่กลุ่มธุรกิจยาสูบได้ฟ้องศาลปกครองสูงสุดของประเทศฝรั่งเศส เพื่อขอให้เพิกถอนกฎหมายลำดับรอง ได้แก่ รัฐฎีกาและระเบียบว่าด้วยซองบุหรี่แบบเรียบของบุหรี่ซิการ์และผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้น ผู้ร้องได้ยกเรื่องการจัดทำซองบุหรี่แบบเรียบละเมิดหลักความเสมอภาคของกฎบัตรสิทธิขั้นพื้นฐานของสหภาพยุโรป (CE. Société JT International SA, Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes, Société Philip Morris France SA et autres, (2017), para 33) โดยอ้างเหตุผลว่ากฎหมายของบุหรี่แบบเรียบเลือกปฏิบัติให้สินค้ายาสูบแตกต่างออกไปจากผลิตภัณฑ์ประเภทอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเช่นกัน ในเรื่องนี้ศาลปกครองสูงสุดพิพากษาว่าหากพิจารณาเปรียบเทียบกับสินค้าประเภทอื่น ๆ แล้วพบว่า สินค้ายาสูบส่งผลกระทบต่อสุขภาพรุนแรงกว่าสินค้าอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด ผู้ตรากฎหมายจึงมีเหตุผลและความจำเป็นที่จะสามารถปรับใช้มาตรการการที่แตกต่างกันออกไปด้วยวัตถุประสงค์เพื่อการปกป้องและคุ้มครองสุขภาพสาธารณะ มาตรการการจัดทำซองบุหรี่แบบเรียบจึงไม่ขัดแย้งกับหลักความเสมอภาคภายใต้กฎบัตรสิทธิขั้นพื้นฐานของสหภาพยุโรป

กล่าวโดยสรุป กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบแม้จะมีเงื่อนไขที่กำหนดกฎเกณฑ์จำกัดการใช้สิทธิในเครื่องหมายการค้าบนซองบุหรี่ แต่เป็นกฎหมายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน โดยที่ผู้ผลิตหรือผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบซึ่งจำหน่ายบุหรี่ในประเทศที่บังคับใช้กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบต้องปฏิบัติตามภายใต้กฎเกณฑ์ตามกฎหมายฉบับนี้เช่นเดียวกัน กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบมิได้มีเงื่อนไขหรือข้อยกเว้นแก่กลุ่มธุรกิจกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นพิเศษ ดังนั้นกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบจึงสอดคล้องกับหลักความเสมอภาคหรือหลักการไม่เลือกปฏิบัติตามที่รัฐธรรมนูญหรือข้อตกลงระหว่างประเทศให้การคุ้มครองไว้

(4) วิเคราะห์กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบไม่ขัดกับสิทธิของผู้ประกอบการตามรัฐธรรมนูญ สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญที่ผู้ฟ้องคดีกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบได้ฟ้องไปยังศาลทั้ง 3 ประเทศด้วยกัน 2 เรื่องหลัก ได้แก่ สิทธิในทรัพย์สินและเสรีภาพในการประกอบกิจการ

(4.1) กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบไม่ขัดกับสิทธิในทรัพย์สินตามรัฐธรรมนูญ

ผู้ฟ้องคดีกล่าวหาว่ามาตรการที่กฎหมายกำหนดห้ามมิให้ผู้ผลิตหรือผู้ประกอบการยาสูบสามารถแสดงเครื่องหมายการค้า รูปภาพ สัญลักษณ์หรือสีอื่นใดบนซองบุหรี่ได้อีกต่อไป ยกเว้นตามที่กฎหมายกำหนดนั้น ส่งผลให้กรรมสิทธิ์ในทรัพย์สินของผู้ฟ้องที่มีอยู่บนซองบุหรี่ เช่น เครื่องหมายการค้า ลิขสิทธิ์ ค่าความนิยม การออกแบบ หรือสิทธิบัตรซึ่งได้ทำการจดทะเบียนไว้ อย่างถูกต้อง ได้ถูกเวนคืนโดยผลของกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบและผู้ฟ้องไม่สามารถใช้ประโยชน์ในทรัพย์สินของตนได้อีก

ศาลสูงของประเทศออสเตรเลีย ได้วางหลักในเรื่องนี้ว่า การที่ผู้ประกอบการยาสูบฟ้องว่าทรัพย์สินของตนได้ถูกรัฐออกกฎหมายของบุหรี่แบบเรียบเวนคืนไปนั้น การเวนคืนต้องหมายถึง การที่บุคคลได้มาซึ่งการใช้ประโยชน์หรือการได้มูลค่าของทรัพย์สินไป แต่กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบกำหนดเพียงกฎเกณฑ์ไปยังการใช้สิทธิในเครื่องหมายการค้าและควบคุมการแสดงหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ รัฐหรือบุคคลอื่น ๆ ไม่ได้กำไรหรือผลประโยชน์ใดๆ จากทรัพย์สินของผู้ประกอบการยาสูบ และแม้กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบกำหนดให้มีฉลากคำเตือนบนผลิตภัณฑ์หรือแม้ฉลากคำเตือนจะมีขนาดใหญ่ก็ไม่ส่งผลเป็นการเวนคืนแต่อย่างใด (Matter No S409/2011 & S389/2011, (2012), para 181) ศาลยังได้มีความเห็นว่าผลิตภัณฑ์จำนวนมากต่างถูกกฎหมายกำหนดมาตรการเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดอันตรายต่อสุขภาพผู้บริโภคเช่นกัน เช่น ยา สารพิษหรืออาหาร ด้วยเหตุนี้กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบจึงไม่ได้เป็นกฎหมายที่มีเหตุในการเวนคืนทรัพย์สินตามที่รัฐธรรมนูญได้กำหนดไว้ ดังนั้นการที่ผู้ฟ้องกล่าวหาว่ากฎหมายของบุหรี่แบบเรียบเป็นการเวนคืนทรัพย์สินที่รัฐต้องเยียวยาจ่ายค่าทดแทนให้กับเจ้าของทรัพย์สิน ย่อมหมายถึงรัฐต้องได้รับประโยชน์หรือกำไรจากทรัพย์สินนั้น ๆ (Matter No S409/2011 & S389/2011, (2012), para 169-170) แต่เป้าหมายของรัฐในเรื่องการบังคับใช้กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบมิได้เป็นไปเพื่อประโยชน์ของตนเอง หรือหากแม้กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบจะดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและธุรกิจของบริษัทบุหรี่อาจได้รับผลกระทบบ้าง แต่ถึงกระนั้นรัฐก็ยังคงไม่ได้รับประโยชน์หรือมูลค่าทางการค้าใด ๆ จากทรัพย์สินเหล่านี้ของเอกชน (Matter No S409/2011 & S389/2011, (2012), para 143, 148, 296, 300, 306)

ในขณะที่ศาลสูงแห่งสหราชอาณาจักรอธิบายว่า สิทธิในทรัพย์สินไม่ใช่สิทธิโดยเด็ดขาด และต้องมีความสมดุลกับประโยชน์สาธารณะ (BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 1169, (2016), para 186, 829, 916) สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาย่อมถูกยกเลิกได้ในกรณีที่รัฐมีการดำเนินการเพื่อสุขภาพสาธารณะอันเป็นประโยชน์สาธารณะประเภทหนึ่งในตัวเอง กฎหมายการจัดทำของบุหรี่แบบเรียบเพียงกำหนดให้จำกัดสาระ (substantial

restrictions) เสรีภาพของบริษัทยาสูบในการใช้สิทธิในทรัพย์สิน โดยเฉพาะเครื่องหมายการค้า ซึ่งการจำกัดสิทธิดังกล่าวไม่ใช่จำกัดสิทธิในทรัพย์สินแบบเด็ดขาด เนื่องจากผู้ฟ้องคดียังคงเป็นเจ้าของเครื่องหมายการค้าโดยผ่านทางชื่อยี่ห้อ (brand name) และชื่อผู้ผลิต ศาลยังได้พิจารณาต่อไปว่า การจำกัดสิทธิในทรัพย์สินภายใต้กฎหมายของบุห์รีแบบเรียบ รัฐไม่มีความจำเป็นใด ๆ ที่ต้องจ่ายค่าทดแทนให้แก่เอกชนผู้ฟ้องคดี (BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 1169, (2016), para 784) เนื่องจากการจัดทำของบุห์รีแบบเรียบเป็นการควบคุมการใช้ (control of use) มิได้เป็นการเวนคืนสิทธิในทรัพย์สินของผู้ประกอบการ เครื่องหมายการค้ายังคงเป็นทรัพย์สินของผู้ประกอบการและรัฐมิได้ทำการเวนคืนหรือพรากสิทธิในเครื่องหมายการค้าดังกล่าวไปเป็นของรัฐหรือนำไปให้บุคคลที่ 3 ใช้ประโยชน์แต่อย่างใด นอกจากนี้สามัญสำนึก (common sense) ภายใต้ข้อเท็จจริงที่ว่ารัฐต้องออกกฎหมายเพื่อเข้าไปจัดระเบียบการควบคุมสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภค ถือเป็นสภาพปกติที่กลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจย่อมได้รับความเสียหายบ้างจากการประกาศใช้กฎหมายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมหรือลดการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลว่าทำให้รัฐจึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องจ่ายค่าทดแทนแก่กลุ่มอุตสาหกรรมยาสูบ ตลอดจนถึงเจตนารมณ์ของบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญก็ไม่ได้มีขึ้นเพื่อรักษาคุณค่าของธุรกิจการค้าหรือมูลค่าของทรัพย์สินเหล่านี้ (BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 1169, (2016), para 295)

คณะตุลาการรัฐธรรมนูญของฝรั่งเศสได้พิจารณาเรื่องสิทธิในทรัพย์สินกับกฎหมายของบุห์รีแบบเรียบเช่นกัน เนื่องจากผู้ร้องได้ยกประเด็นว่าบทบัญญัติว่าด้วยของบุห์รีแบบเรียบกระทบต่อสิทธิในทรัพย์สินหรือกรรมสิทธิ์ของผู้ประกอบการยาสูบ เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ สิทธิในทรัพย์สินของประเทศฝรั่งเศสได้รับการรับรองไว้ในกฎหมายที่มีค่าบังคับเทียบเท่ารัฐธรรมนูญ ได้แก่ คำประกาศสิทธิมนุษยชนและพลเมือง 1789 อย่างไรก็ดี แม้สิทธิในทรัพย์สินหรือหลักกรรมสิทธิ์จะได้รับการรับรองไว้ในกฎหมายระดับรัฐธรรมนูญ แต่สิทธิดังกล่าวสามารถถูกจำกัดได้ด้วยเหตุผลเรื่องประโยชน์สาธารณะ (CC., Décision 2015-727 DC, (2016), para 18) คณะตุลาการรัฐธรรมนูญมีความเห็นว่าผู้ประกอบการในฐานะเจ้าของเครื่องหมายการค้า ยังคงสิทธิในการได้รับความคุ้มครองต่อสิทธิในเครื่องหมายการค้าของตนจากบุคคลที่สาม กฎหมายของบุห์รีแบบเรียบที่ถูกโต้แย้งจึงมิได้เป็นการก่อให้เกิดการเวนคืนกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สินตามที่ผู้ร้องได้กล่าวหา นอกจากนี้การที่กฎหมายของบุห์รีแบบเรียบกำหนดให้ผู้ประกอบการสามารถใช้ชื่อยี่ห้อของบุห์รีปรากฏบนของบุห์รีได้ต่อไป เงื่อนไขดังกล่าวส่งผลให้ผู้บริโภคสามารถแยกแยะสินค้าบุห์รีแต่ละยี่ห้อออกจากกันได้ ผู้ประกอบการจึงมิได้ถูกละเมิดต่อสิทธิในทรัพย์สิน โดยผ่านการแสดงตัวตนของบุห์รีจากการใช้ชื่อยี่ห้อ สะท้อนว่ากฎหมายของบุห์รีแบบเรียบมิได้เป็นการเวนคืนสิทธิในทรัพย์สิน เนื่องจากสิทธิในเครื่องหมายการค้าของเจ้าของหรือผู้ประกอบการที่ทำการจดทะเบียนยังคงเป็นสิทธิที่ได้รับการหวงกันมิให้บุคคลที่สามเข้ามาใช้ประโยชน์อยู่ต่อไปโดยไม่ได้รับความกระทบกระเทือน

ในขณะที่ศาลปกครองสูงสุดของประเทศฝรั่งเศสซึ่งผู้ฟ้องคดีได้โต้แย้งกฎหมายลำดับรองเรื่องซองบุหรี่แบบเรียบว่า ไม่สอดคล้องกับอนุสัญญาแห่งยุโรปว่าด้วยสิทธิมนุษยชนในเรื่องสิทธิในทรัพย์สิน ก็ได้พิพากษาว่ากฎหมายลำดับรองดังกล่าวไม่ได้ขัดแย้งกับหลักสิทธิในทรัพย์สินของอนุสัญญาแห่งยุโรปว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแต่อย่างใด เนื่องจากบทบัญญัติในกฎหมายลำดับรองเพื่อขยายรายละเอียดเรื่องการจัดทำซองบุหรี่แบบเรียบแม้จะห้ามมิให้แสดงภาพเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ บทห้ามบรณกรรมภัณฑ์ของบุหรี่ซิการ์และบุหรี่มวนเอง แต่ชื่อยี่ห้อของบุหรี่ยังคงสามารถปรากฏอยู่บนหีบห่อได้ตามปกติ กฎเกณฑ์ที่รัฐได้ตราขึ้นเป็นเพียงเงื่อนไขในการใช้ (conditions d'exercice) เครื่องหมายการค้า โดยที่ผู้เป็นเจ้าของเครื่องหมายที่ได้ทำการจดทะเบียนยังคงเป็นเจ้าของซึ่งมีสิทธิในทรัพย์สิน ได้แก่ เครื่องหมายการค้าของตนอยู่ด้วยเหตุนี้แก่นสาระ (substance) ของสิทธิในเครื่องหมายการค้าจึงมิได้ถูกระทบแต่อย่างใด (CE. Société JT International SA, Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes, Société Philip Morris France SA et autres, (2017), para 25) กฎหมายลำดับรองเรื่องซองบุหรี่แบบเรียบมิได้ก่อให้เกิดผลที่เป็นการเวนคืนสิทธิในทรัพย์สินของเครื่องหมายการค้าของผลิตภัณฑ์ยาสูบ แต่เนื่องจากรัฐมุ่งหมายให้กฎหมายลำดับรองเรื่องซองบุหรี่แบบเรียบเป็นการใช้ประโยชน์ในทรัพย์สินของเอกชนภายใต้ประโยชน์สาธารณะ (l'intérêt général) จึงต้องมีการวางเงื่อนไขการดำเนินการต่อสิทธิในทรัพย์สินของเอกชน (CE. Société JT International SA, Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes, Société Philip Morris France SA et autres, (2017), para 26)

กล่าวโดยสรุป สิทธิในทรัพย์สินแม้จะได้รับการรับรองในระดับรัฐธรรมนูญแต่ก็เป็นสิทธิที่รัฐสามารถจำกัดได้ หากการจำกัดการใช้สิทธิดังกล่าวเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะ กฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบกำหนดกฎเกณฑ์เงื่อนไข “การใช้” สิทธิในทรัพย์สินของเอกชน เนื่องจากสินค้าบุหรี่ยังเป็นสินค้าที่ไม่ปกติ เมื่อบริโภคแล้วก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ รัฐจึงมีความจำเป็นในฐานะที่ต้องดูแลสุขภาพประชาชน กฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบจึงเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่รัฐใช้เพื่อดำเนินการตามภารกิจด้านสาธารณสุข แม้กฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบกำหนดเงื่อนไขการใช้ทรัพย์สินของเอกชน แต่สิทธิทางทรัพย์สินทางปัญญาที่กลุ่มธุรกิจยาสูบได้จดทะเบียนเป็นเจ้าของยังคงได้รับการคุ้มครองและสามารถหวงกันมิให้บุคคลที่ 3 เข้ามาใช้ประโยชน์ดังกล่าวได้ ในขณะที่รัฐนั้นไม่ได้เข้ามาใช้ประโยชน์หรือได้รับประโยชน์ใด ๆ จากทรัพย์สินทางปัญญาที่กลุ่มธุรกิจยาสูบได้ทำการจดทะเบียนเป็นเจ้าของ เมื่อเอกชนยังคงสิทธิในการเป็นเจ้าของทรัพย์สินทางปัญญา กฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบจึงไม่ขัดกับหลักสิทธิในทรัพย์สินตามรัฐธรรมนูญ

(4.2) กฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบไม่ขัดกับหลักเสรีภาพในการประกอบกิจการตามรัฐธรรมนูญ เสรีภาพในการประกอบกิจการได้กลายเป็นประเด็นในเรื่องกฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบว่า การที่รัฐตรากฎหมายซึ่งมีเนื้อหาจำกัดการเครื่องหมายการค้าหรือสัญลักษณ์อื่นใดบนซองบุหรี่ จะส่งผลให้เสรีภาพในการประกอบกิจการของกลุ่มธุรกิจยาสูบยังคงดำรงอยู่อย่างปกติ

หรือไม่ การฟ้องคดีของบุหรืแบบเรียบกับเสรีภาพในการประกอบกิจการได้มีการพิจารณาโดยองค์กรตุลาการของสหราชอาณาจักรและประเทศฝรั่งเศส ดังนี้

จากคำพิพากษาของศาลสูงแห่งสหราชอาณาจักรได้อธิบายเรื่องเสรีภาพในการประกอบกิจการว่า เสรีภาพในการประกอบกิจการไม่ใช่สิทธิเสรีภาพเด็ดขาด การใช้สิทธิในเสรีภาพประเภทนี้มักถูกกฎหมายจำกัดเสมอ เช่น กฎหมายการแข่งขัน กฎหมายสิ่งแวดล้อม กฎหมายสุขภาพและความปลอดภัย เนื้อหาของกฎหมายเหล่านี้มักมีบทบัญญัติที่จำกัดเสรีภาพของผู้ประกอบการ เสรีภาพในการประกอบกิจการจึงเป็นสิทธิที่ถูกรัฐจำกัดบ่อยครั้ง โดยความหนักเบาของการจำกัดเสรีภาพดังกล่าวขึ้นอยู่กับประโยชน์สาธารณะในเรื่องที่รัฐต้องการคุ้มครอง (BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 1169, (2016), para 862) ศาลสูงยืนยันว่ากฎหมายของบุหรืแบบเรียบไม่ได้ละเมิดสิทธิในทรัพย์สินของผู้ประกอบการยาสูบเนื่องจากเป้าหมายของกฎหมายฉบับนี้ต้องการควบคุมการใช้ (control of use) ซึ่งการจำกัดการใช้เครื่องหมายการค้าภายใต้กฎหมายของบุหรืแบบเรียบไม่ได้ส่งผลกระทบต่อธุรกิจยาสูบจนไม่สามารถดำเนินธุรกิจของตนต่อไปได้ (BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 1169, (2016), para 787) ศาลสูงแห่งสหราชอาณาจักรจึงพิจารณาว่าการจัดทำของบุหรืแบบเรียบไม่เป็นการละเมิดเสรีภาพในการประกอบกิจการแต่อย่างใด

ในขณะเดียวกันการฟ้องคดีกฎหมายของบุหรืแบบเรียบว่ากระทบเสรีภาพในการประกอบกิจการได้เกิดขึ้นที่ประเทศฝรั่งเศสด้วย กล่าวคือ ผู้ร้องได้ตั้งประเด็นว่ากฎหมายของบุหรืแบบเรียบไม่สอดคล้องกับเสรีภาพในการประกอบกิจการซึ่งได้รับการคุ้มครองในระดับรัฐธรรมนูญ คณะตุลาการรัฐธรรมนูญได้พิจารณาประเด็นดังกล่าว แล้ววินิจฉัยว่ารัฐอาจจำกัดเสรีภาพในการประกอบกิจการได้ ภายใต้หลักการว่าการจำกัดสิทธิเสรีภาพเหล่านี้ต้องชอบด้วยเหตุผลในเรื่องประโยชน์สาธารณะ (l'intérêt général) และมีความได้สัดส่วนต่อวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ควบคุม (CC., Décision 2015-727 DC, (2016), para 18) เมื่อพิจารณาถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบจะพบว่าเป็นสินค้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มาตรการควบคุมสินค้าประเภทดังกล่าวจึงมีความจำเป็น ดังนั้นการที่รัฐต้องการให้ยับยั้งผลิตภัณฑ์ยาสูบลดความสามารถในการโฆษณาสื่อสารกับประชาชนโดยผ่านช่องทางการจัดทำกฎหมายของบุหรืแบบเรียบจึงเป็นสิ่งรัฐธรรมนูญยินยอมให้รัฐออกมาตรการที่อาจกระทบต่อสิทธิในทรัพย์สินและเสรีภาพในการประกอบกิจการของเอกชนได้ ซึ่งบทบัญญัติในเรื่องการจัดทำของบุหรืแบบเรียบนี้ ไม่ได้ห้ามการผลิตหรือห้ามการขายสินค้ายาสูบ มาตรการในเรื่องของบุหรืแบบเรียบจึงมิได้กระทบต่อเสรีภาพในการประกอบกิจการในลักษณะที่เกินความได้สัดส่วน (CC., Décision 2015-727 DC, (2016), para 21)

นอกจากนี้กฎหมายลำดับรองเรื่องของบุหรืแบบเรียบกับเสรีภาพในการประกอบกิจการก็ได้ถูกฟ้องไปยังศาลปกครองสูงสุดของประเทศฝรั่งเศสด้วย โดยผู้ฟ้องได้อ้างถึงคำประกาศสิทธิมนุษยชนและพลเมือง รวมถึงกฎบัตรสิทธิขั้นพื้นฐานของสหภาพยุโรป ซึ่งหลักการทั้ง 2 เรื่องต่างรับรองเสรีภาพในการประกอบกิจการ ในเรื่องนี้ศาลปกครองสูงสุดได้พิพากษาว่า กฎหมายลำดับ

รองเรื่องของบุหรี่แบบเรียบยังคงอนุญาตให้ผู้ประกอบการใช้ชื่อยี่ห้อบนซองบุหรี่ต่อไปได้ เนื่องจากผู้บริโภคยังมีความจำเป็นที่จะต้องรู้ชื่อยี่ห้อเพื่อแยกแยะสินค้าออกจากกัน กฎหมายลำดับรองจึงไม่ได้ตราโดยขยายอำนาจเกินเลยไปจากขอบเขตที่กฎหมายหลักมอบอำนาจ อีกทั้งมาตรการการจัดทำซองบุหรี่แบบเรียบมิได้ห้ามผู้ประกอบการผลิตหรือขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ หากแต่เป็นบทบัญญัติที่มีขึ้นเพื่อกำหนดกฎเกณฑ์เงื่อนไขในการค้า เสรีภาพในการประกอบกิจการของกฎหมายลำดับรองเรื่องซองบุหรี่แบบเรียบจึงมิได้ขัดแย้งกับคำประกาศสิทธิมนุษยชนและพลเมือง และกฎบัตรสิทธิขั้นพื้นฐานของสหภาพยุโรปแต่อย่างใด

กล่าวโดยสรุป เสรีภาพในการประกอบกิจการแม้จะได้รับการรับรองในระดับรัฐธรรมนูญ แต่ก็มีใช้เสรีภาพโดยเด็ดขาด รัฐสามารถตรากฎหมายเพื่อจำกัดการใช้เสรีภาพในการประกอบกิจการได้ หากมีความจำเป็นเพื่อประโยชน์สาธารณะ กฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบก็เช่นเดียวกับกฎหมายทั้งหลาย ๆ ฉบับที่มีเป้าประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพสาธารณะ แม้รัฐจะออกกฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบเพื่อควบคุมการใช้รูปแบบบนซองบุหรี่ที่กำหนดโดยรัฐ แต่กฎหมายฉบับนี้ไม่ได้ “ห้าม” ผู้ประกอบการผลิตหรือขายสินค้ายาสูบ ทั้ง ๆ ที่ข้อเท็จจริงได้ประจักษ์ชัดว่าบุหรี่สร้างอันตรายให้กับสุขภาพอย่างร้ายแรง แต่รัฐก็ยังยินยอมให้มีการผลิตหรือการขายบุหรี่ได้ต่อไป ดังนั้นการจำกัดเสรีภาพในการประกอบกิจการของผู้กลุ่มธุรกิจยาสูบโดยผลของกฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบจึงไม่ขัดกับหลักเสรีภาพในการประกอบกิจการตามรัฐธรรมนูญ

3. บทสรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and Recommendation)

จากคำพิพากษาของศาลในประเทศที่มีการฟ้องคดีกฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบพบว่ากฎหมายดังกล่าวไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมายภายในประเทศและข้อตกลงระหว่างประเทศแต่อย่างใด หากประเทศไทยประสงค์ที่จะดำเนินการตรากฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบในอนาคต รัฐไทยควรพิจารณาจากประสบการณ์ของคดีกฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบในประเทศออสเตรเลีย สหราชอาณาจักรและประเทศฝรั่งเศส ดังนี้

(1) ประเทศไทยในฐานะภาคีของกรอบอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) มีพันธกรณีที่จะผลักดันมาตรการต่าง ๆ ให้เป็นไปตามข้อตกลงของกรอบอนุสัญญาฉบับดังกล่าว การจัดทำซองบุหรี่แบบเรียบเป็นหนึ่งในมาตรการที่ปรากฏในกรอบอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนให้รัฐภาคีดำเนินการเมื่อมีความพร้อม ในขณะที่มาตรา 38 ของพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ได้รองรับเรื่องการจัดทำกฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบของประเทศไทยไว้แล้ว

(2) การตรากฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบสามารถกระทำได้ เนื่องจากวัตถุประสงค์ของกฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบมีเป้าหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากพิษภัยของบุหรี่ แม้ข้อตกลงระหว่างประเทศหลายฉบับที่ประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิก เช่น ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวพันกับการค้า (TRIPS) หรือปฏิญญาโตฮาจะมีสาระในเรื่องการ

คุ้มครองเจ้าของทรัพย์สินทางปัญญา แต่ข้อตกลงระหว่างประเทศเหล่านี้ล้วนมีข้อยกเว้น โดยเฉพาะกรณีที่รัฐต้องการออกมาตรการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพสาธารณะ ดังนั้น หลักการด้านสุขภาพภายใต้กรอบอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) กับ ข้อตกลงระหว่างประเทศในเรื่องการค้าหรือทรัพย์สินทางปัญญา เช่น ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวพันกับการค้า (TRIPS) สามารถดำเนินการไปด้วยกันได้ ไม่ขัดหรือแย้งกันแต่อย่างใด

(3) อย่างไรก็ดี แม้รัฐจะอ้างเรื่องการออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน เช่น การตรากฎหมายของบุหรี่แบบเรียบ แต่รัฐต้องตระหนักถึงหลักการสำคัญที่มีค่าบังคับในทางรัฐธรรมนูญ ได้แก่ หลักการไม่เลือกปฏิบัติและหลักความได้สัดส่วน เนื่องจากหลักการทั้ง 2 เรื่องนี้เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการควบคุมการออกกฎหมายของรัฐ เพื่อพิจารณาว่ากฎหมายที่รัฐตราขึ้นนั้นจะอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่เกินเลยไปจากเป้าหมายที่รัฐต้องการให้บรรลุผล ได้แก่ มีวัตถุประสงค์ที่อยู่ในขอบเขตการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ในขณะที่เดียวกันต้องไม่มีบุคคลภายใต้การบังคับใช้กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบที่ถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม มิฉะนั้นแล้วหากมีผู้ที่ไม่ได้รับความไม่เป็นธรรมจากกฎหมายฉบับดังกล่าว อาจฟ้องคดีไปยังศาลเพื่อขอให้เพิกถอนกฎหมายฉบับดังกล่าวได้ อันจะเป็นการเสียเวลาและเกิดภาระต้นทุนค่าใช้จ่ายทั้งฝ่ายรัฐผู้ผลักดันกฎหมายและฝ่ายเอกชนผู้ได้รับความเสียหาย

4. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “มาตรการของบุหรี่แบบเรียบ : กฎหมายและคำพิพากษาของศาลต่างประเทศ” โดยได้รับการสนับสนุนเงินงบประมาณการวิจัยจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ประจำปี พ.ศ. 2559

เอกสารอ้างอิง

- BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 1169, (2016), September 21, 2017. <https://www.judiciary.gov.uk/wp-content/uploads/2016/05/bat-v-doh-judgment.pdf>
- Conseil Constitutionnel, Décision n. 90-283 DC (1991), October 15, 2017. <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/1991/90-283-dc/decision-n-90-283-dc-du-8-janvier-1991.8752.html>
- Conseil Constitutionnel, Décision 2015-727 DC, (2017), September 29, 2017. <http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2016/2015727dc.htm>

- Conseil d'Etat, CE. Société JT International SA, Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes, Société Philip Morris France SA et autres (2017), October 17, 2017.<http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Decisions/Selection-des-decisions-faisant-l-objet-d-une-communication-particuliere/CE-23-decembre-2016-societe-JT-International-SA-Societe-d-exploitation-industrielle-des-tabacs-et-des-allumettes-societe-Philip-Morris-France-SA-et-autres>
- High court of Australia: Matter No. S409/2011 & S389/2011, (2012), October 1, 2017.
<http://www.hcourt.gov.au/cases/case-s409/2011>
- WHO, (2016), Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation. August 15, 2017.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207478/1/9789241565226_eng.pdf.

แนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน นอกสถานศึกษา ในจังหวัดกำแพงเพชร

วารางคณา จันทรงค์* ปาจริย์ ผลประเสริฐ**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหา ยาเสพติดในชุมชนตามทัศนะของผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา 2) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน และ 3) ศึกษาแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 300 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยใช้แบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 60 คน โดยการสนทนากลุ่มและการทำแผนผังความคิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาประเมินว่าปัญหายาเสพติดในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง โดยสาเหตุมาจากครอบครัว ชุมชน และจากตัวเด็กและเยาวชน 2) การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) แนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา คือควรเริ่มจากที่ตัวเด็กเป็นลำดับแรกโดยจะต้องสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในเด็กและเยาวชนเพื่อให้ไม่ทดลองเสพยาเสพติด มีทักษะในการปฏิเสธเพื่อนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ส่วนแนวทางด้านชุมชน คือ จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดแก่ประชาชนในชุมชน เพื่อให้เข้าใจบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสามารถสนับสนุนเด็กและเยาวชนไม่ให้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และแนวทางด้านครอบครัวควรสร้างความเข้าใจให้แก่คนในครอบครัวถึงวิธีการปฏิบัติหากพบว่าสมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติด

คำสำคัญ: การสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติด/ เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา

*สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช Corresponding author: e-mail address: warangstou@gmail.com

** คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

The guidelines on preventive strategy for addictive substances and drugs prevention among children and youth group outside the educational institutions in Kamphaeng Phet Province

Warangkana Chankong^{*} Pajaree Polprasert^{**}

Abstract

The purpose of this research were to 1) study the state of drugs problem in a community according to the community leaders, children and youth group outside the educational institutions, 2) study the participation of community leaders, children and youth group outside the educational institutions, in preventing and solving drug abuse problems in the community, and 3) study the guidelines on preventive strategy and drugs prevention among children and youth groups outside the educational institutions. This research used a mixed method design, collecting data with 300 questionnaires, with stratified randomization. The qualitative part was conducted through group discussion and a conceptual mapping from 60 community leaders. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data analysis was by content analysis.

The findings were as follows: 1) community leaders, children and youth group outside the schools assessed that the situation of drug abuse problems in the community was moderate, the cause of the problems were from their families, community and children themselves, 2) the participation of community leaders, children and youth groups outside the educational institutions in preventing and solving drug problems in the community was at the moderate level, 3) the guidelines to build up the preventive strategies for drug problems among children and youth groups outside the educational institutions should start with the children themselves, by building up self-confidence and strong refusal skills for drugs in children and youth. The seminar on illicit drugs should be held in the community so that people will understand the context of social change and will be able to support children and youth to stay away from illicit drug. Moreover, there should be guidelines for the family such as understanding among all family members to behave properly when their family members are addicted to drugs.

Keywords: Build up immunity from drugs and drug prevention, Children and youth, outside the educational institutions

^{*}School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University, Corresponding author:
e-mail address: warangstou@gmail.com

^{**} Faculty of Management Science, Kamphaeng Phet Rajabhat University

บทนำ

ประเทศไทยยังคงประสบปัญหาสำคัญ คือ ปัญหาการเสพติดและการใช้ยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการที่ยังไม่มีมาตรฐานระบบการป้องกันและควบคุมที่ดี การแพร่ระบาดของในหมู่บ้านชุมชน ซึ่งนำมาสู่ปัญหาความเดือดร้อนให้แก่ประชาชนทั่วไป (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2560) สถานการณ์ปัจจุบันปัญหายาเสพติดยังคงเป็นภัยร้ายแรงต่อโครงสร้างสังคมไทยและประเทศชาติอยู่ ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของประชากรและสถาบันทางสังคมแล้ว ยังกระทบถึงความมั่นคงของชาติอีกด้วย ปัญหาเหล่านี้ ไม่ใช่ปัญหาเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะชุมชนเท่านั้น แต่เป็นปัญหาที่หากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้สังคมโดยรวมเกิดปัญหาไปด้วย โดยเฉพาะปัญหายาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นเนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่จะก้าวผ่านจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ต่อไป ทำให้บางครั้งความคิดเห็นที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นเองแตกต่างออกไปจากผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบแล้ว ในขณะที่เดียวกันวัยรุ่นก็ไม่ใช่ว่าเด็กอีกต่อไป สังคมรอบข้างล้วนแปรเปลี่ยนไป สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ต้องแข่งขันกันทำให้ผู้ปกครองไม่มีเวลาอบรมและใกล้ชิดบุตรหลาน จนบางครั้งวัยรุ่นเกิดความรู้สึกสับสน ด้วยวัยที่ด้อยวุฒิและอ่อนประสบการณ์ทำให้หาทางออกด้วยวิธีการที่ผิด

จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดระดับโลกพบว่าแนวโน้มประชากรโลกในกลุ่มอายุ 15-35 ปีจะมีการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น (United Nations Office on Drugs and Crime, 2560) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจากสถาบันธัญญารักษ์ในปีงบประมาณ 2556-2560 พบว่า ทั้ง 5 ปีงบประมาณ ประมาณร้อยละ 85 ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 15-19 ปีและ 20-24 ปี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2560) ซึ่งสังคมในปัจจุบันคือสังคมที่มาจากกาเติบโตของค่านิยมแบบตะวันตก ทำให้วัยรุ่นมีแนวคิดนิยมวัตถุมากขึ้น ทำให้เกิดการใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือย ความต้องการเป็นที่สนใจของเพศตรงกันข้าม ความผิดหวังในชีวิตเกี่ยวกับเรื่องการเรียน และการปรับตัวให้เข้ากับสังคม ความเครียดเกี่ยวกับปัญหาภายในครอบครัว ล้วนเป็นปัจจัยผลักดันให้วัยรุ่นเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด วัยรุ่นจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดโดยการเริ่มจากการเป็นผู้เสพ และต่อมาก็จะเข้าไปสู่การเป็นผู้จำหน่าย และเมื่อมีความข้องเกี่ยวไปเรื่อยๆ เมื่อโตขึ้นก็จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับขบวนการผลิตต่อไปได้ นอกจากนี้ยาเสพติดอาจนำไปสู่การค้าประเวณีเพื่อนำเงินมาซื้อยาเสพติดและใช้จ่ายตามค่านิยมของสังคม

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2559 ได้ให้ความเห็นชอบโครงการเพื่อการปฏิรูปในระยะที่ 1 กระทรวงยุติธรรม (พ.ศ.2559-2560) แผนประชารัฐร่วมใจสร้างหมู่บ้าน/ชุมชนมั่นคงปลอดภัยยาเสพติดพ.ศ.2559-2560 ซึ่งจะบูรณาการและขับเคลื่อนไปพร้อมกับภารกิจของกระทรวงยุติธรรม โดยเฉพาะศูนย์ยุติธรรมชุมชน ซึ่งจะลงสู่พื้นที่ (สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, 2559) ทำให้ในปัจจุบันมีหน่วยงานหลายฝ่ายให้ความสนใจแก้ปัญหายาเสพติดมากขึ้น อย่างไรก็ตาม โครงการเหล่านี้มักกระทำในกลุ่มเยาวชนที่อยู่

ในภาคการศึกษา แต่จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เยาวชนนอกกระบวนการศึกษาหรือกลุ่มที่อยู่ในชุมชนเป็นกลุ่มที่หากมีปัญหายาเสพติดแล้วแนวโน้มในการก่อความรุนแรงจะสูงกว่าเยาวชนในภาคการศึกษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการไม่มีผู้ดูแล ผู้ติดตามอย่างใกล้ชิด ตลอดจนความไม่เข้าใจของคนในชุมชนเองในการร่วมแก้ไขปัญหาดังนั้น หากเยาวชนกลุ่มนอกกระบวนการศึกษาไม่มีภูมิคุ้มกันที่ดีพอ อาจตกเป็นทาสของยาเสพติดได้ จากข้อมูลของศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง พบว่ามีการนำเข้ายาเสพติดจากจังหวัดเมียวดี ประเทศเมียนมา เพื่อลำเลียงเข้าสู่พื้นที่ขึ้นในของประเทศไทย จังหวัดกำแพงเพชรเป็นจังหวัดภาคเหนือตอนล่างซึ่งมีเขตพื้นที่ติดต่อกับจังหวัดตาก ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีการลักลอบปลูกพืชเสพติด ตลอดจนเป็นทางผ่านและจังหวัดพักคอยของการนำยาเสพติดจากประเทศเมียนมาเข้ามาสู่จังหวัดในภาคกลาง และมีการจำหน่ายรายย่อยให้กับเยาวชนในพื้นที่ถึงแม้สถานการณ์การเสพยาโดยภาพรวมของจังหวัดยังไม่มากนัก แต่จากการศึกษาของเสมอแสงสนธิ์ และคณะ (2559) พบว่าเยาวชนในจังหวัดกำแพงเพชรยังไม่ทราบบทบาทของตนเองและไม่ได้เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติด และชุมชนไม่เปิดโอกาสให้เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหายาเสพติด

ดังนั้น การสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นเร่งด่วน อย่างไรก็ตาม คนในชุมชนเองก็ต้องมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมและต้องถือเป็นหน้าที่โดยตรงที่จะร่วมมือกันศึกษาหาความรู้ถึงพิษภัยของยาเสพติด ให้คำแนะนำบุตรหลานหรือวัยรุ่น ด้วยเหตุผลดังกล่าวหากมีการศึกษาแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา ในจังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งมาจากความเห็นของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่จะทำให้การดำเนินการต่อต้านการแพร่ระบาดของยาเสพติดได้ตรงจุด และจะเป็นชัยชนะอย่างยั่งยืน ตลอดไปด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหายาเสพติดในชุมชนตามทัศนะของผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน
3. เพื่อศึกษาแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) โดยมีการดำเนินงาน 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาสาเหตุในชุมชนและการมีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไข ปัญหาสาเหตุในชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในขั้นตอนที่ 1 จำนวน 300 คน โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) เป็นผู้นำชุมชน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 122 คน และเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาที่มีอายุไม่เกิน 25 ปี (“เด็ก” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ “เยาวชน” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่สิบแปดปีบริบูรณ์ถึงยี่สิบห้าปีบริบูรณ์ (ราชกิจจานุเบกษา, 2551)) จำนวน 185 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sample) โดยสุ่มเลือกอำเภอ ตำบล และเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อของตำบล

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ 1) สอบถามข้อมูลทั่วไป 2) สอบถามการรับรู้สภาพปัญหาสาเหตุในชุมชนตามทัศนะของผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา โดยข้อคำถามมี 2 ส่วนคือ ปัญหาสาเหตุในชุมชน โดยให้คะแนนปัญหาเต็ม 10 (จาก 0 คือไม่มีปัญหา 10 คือมีปัญหารุนแรง) และ ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ถึงปัญหา จำนวน 10 ข้อ และ 3) การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาเหตุในชุมชนข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อ โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ผลค่าความเที่ยงตรงมากกว่า 0.65 ทุกข้อคำถาม และทดลองใช้ในกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 30 คน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาโดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มและทำแผนผังความคิด (mind map) ในกลุ่มผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา โดยผู้วิจัยสนทนากลุ่มโดยนำเสนอปัญหาสาเหตุในชุมชนซึ่งเป็นข้อค้นพบจากขั้นตอนที่ 1 หลังจากนั้น ให้กลุ่มสรุปเป็นทำผังความคิดเพื่อนำเสนอแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในขั้นตอนที่ 2 คือ ผู้นำชุมชน จำนวน 30 คน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา จำนวน 30 คน โดยทำการสนทนากลุ่ม 6 ครั้ง ครั้งละ 10 คน โดยเลือกผู้ร่วมสนทนากลุ่มแบบเจาะจงเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสนทนากลุ่ม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นชายร้อยละ 47.03 และหญิงร้อยละ 52.97 มีอายุเฉลี่ย 16.95 ปี อายุสูงสุดของเยาวชน 19 ปี ต่ำสุด 14 ปี จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมต้นสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 51.35 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.22 ว่างงานร้อยละ 13.51 และเมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้นำชุมชน พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 36.07 เพศหญิง ร้อยละ 63.93 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 33.81 ปี อายุสูงสุด 69 ปี และต่ำสุด 20 ปี ร้อยละ 35.25 มีวุฒิการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมต้น รองลงมาคือจบมัธยมปลาย ร้อยละ 29.51 อาชีพรับจ้าง สูงสุด รองลงมาคือเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 38.52 และ 31.97 ตามลำดับ

2. สภาพปัญหาและสาเหตุยาเสพติดในชุมชน ตามทัศนะของผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา ในส่วนของปัญหาเสพติดในชุมชนนั้นได้สอบถามการรับรู้ปัญหาเสพติดในชุมชนในภาพรวม พบว่า ระดับปัญหาเสพติดภายในชุมชน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 5 จากคะแนน 10 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 23.78 รองลงมา มีปัญหาในระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 19.54 โดยเมื่อพิจารณาจำแนกระหว่างการรับรู้ปัญหาเสพติดในชุมชนตามทัศนะของผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา พบว่าทั้งสองกลุ่มให้คะแนนระดับปัญหาไม่แตกต่างกันคือ เด็กและเยาวชนให้คะแนนปัญหาในระดับ 5 ร้อยละ 25.41 และผู้นำชุมชนให้คะแนนปัญหาในระดับ 5 ร้อยละ 21.31 ทั้งนี้พบว่าปัญหาเสพติดส่วนใหญ่มาจากปัจจัยภายนอกชุมชน เช่น จากสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่าย ผู้ชักชวนเยาวชนให้เสพยาเสพติดชุมชนมาจากชุมชนอื่นและแหล่งผลิตอยู่ใกล้เคียงชุมชน จากปัจจัยภายในชุมชน ได้แก่ คนภายในชุมชนไม่ให้โอกาสผู้ที่พ้นโทษจากยาเสพติด เขาเหล่านั้นจึงได้กลับไปค้าขายและเสพยาเสพติดอีกครั้ง จากปัจจัยภายในครอบครัว ได้แก่ ผู้ปกครองไม่มีเวลา จึงให้ทำเด็กขาดคนให้คำปรึกษา และไม่ได้อยู่ร่วมกันกับบิดามารดา ส่วนปัจจัยด้านตัวเด็กเอง พบว่าปัญหาเสพติดเกิดจากอยากรอง อยากรับของกลุ่มเพื่อน เชื่อในคำโฆษณาแอบอ้างสรรพคุณที่ผิดๆ และต้องการมีรายได้จากความสะดวกสบาย

3. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน พบว่าโดยภาพรวมผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.0) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ และการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 , 3.20, 3.50) ส่วนการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลนั้นอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.28) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน เด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	กลุ่มเด็กและเยาวชน		กลุ่มผู้นำชุมชน		ภาพรวม	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	2.99	1.42	3.10	1.29	3.03	1.37
การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	3.16	1.53	3.27	1.37	3.20	1.47
การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์	3.43	1.41	3.60	1.30	3.50	1.37
การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	2.33	1.44	2.21	1.50	2.28	1.46
ภาพรวม	3.15	1.40	3.12	1.27	3.00	1.35

4. **แนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา** โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มและทำแผนผังความคิด (mind map) และนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเสนอแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในชุมชน โดยแบ่งแนวทางออกเป็น 3 ด้าน คือ *ด้านสังคม ด้านครอบครัว และด้านตัวเด็กและเยาวชน* ทั้งนี้เห็นว่าควรเริ่มจากที่ตัวเด็กเป็นลำดับแรกโดยจะต้องสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในเด็กและเยาวชนเพื่อให้ไม่ทดลองเสพสิ่งเสพติด มีทักษะในการปฏิเสธเพื่อนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองเพื่อเป็นเกราะป้องกันตนเองให้เข้าไปสู่ภาวะความเสี่ยง สำหรับการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้านสังคมเสนอแนวทาง คือ จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดแก่ประชาชนในชุมชน เพื่อให้เข้าใจบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสามารถสนับสนุนเด็กและเยาวชนไม่ให้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด จัดตั้งศูนย์รับแจ้งเบาะแสเกี่ยวกับยาเสพติด ส่งเสริมกิจกรรมยามว่างด้วยการออกกำลังกาย มีส่วนร่วมในโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันหรือแก้ไขปัญหายาเสพติดภายในชุมชน และการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนด้านครอบครัว โดยเสนอแนวทาง คือ สร้างความเข้าใจให้คนในครอบครัวถึงวิธีการปฏิบัติหากพบว่าสมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติด สร้างความรักความอบอุ่นและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครัวเรือน ดูแลเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ข้องเกี่ยวกับยาเสพติด (ดังตัวอย่างภาพการวิเคราะห์แนวทางการป้องกันและแก้ไขแก้ปัญหายาเสพติดในชุมชน ภาพที่ 1-2)



ภาพที่ 1-2 ภาพการวิเคราะห์แนวทางการป้องกันและแก้ไขแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย การรับรู้ปัญหายาเสพติดในชุมชนในภาพรวม พบว่า ระดับปัญหายาเสพติดในชุมชน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งนี้อาจเป็นเพราะในพื้นที่ดังกล่าวยังไม่มี การแพร่ระบาดของยาเสพติด ประกอบกับมาตรการของภาครัฐที่เข้มงวดในการควบคุม ได้ กำหนดกลยุทธ์ “3 ลด 3 เพิ่ม 3 เน้น” โดยการลดเยาวชนกลุ่มเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยงเป็นหนึ่งในกล ยุทธ์สำคัญตามปฏิบัติการ หรือตามคำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 82/2552 เรื่อง ยุทธศาสตร์และกลไก การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดตามนโยบายรัฐบาล ก็ได้กำหนดให้เยาวชนเป็นเป้าหมาย หลักของการพัฒนา เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันต่อยาเสพติดและปัจจัยยั่วต่างๆ (สำนักพัฒนาการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด, 2552 ; 2560) ส่วนปัจจัยสาเหตุของการทำให้เด็กและเยาวชนยุ่ง เกี่ยวกับยาเสพติดนั้นพบว่าปัจจัยภายในครอบครัวยังคงเป็นสาเหตุหลัก และสาเหตุจากปัจจัย ภายนอกคือการเข้าถึงสื่อออนไลน์ที่ง่าย ทั้งนี้ยังพบว่าสาเหตุจากตัวเด็กและเยาวชน คืออยาก ลอง อยากเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน เชื่อในคำโฆษณาแอบอ้างสรรพคุณที่ผิดๆ และต้องการมี รายได้จากความสะกดสบายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐนนท์ ทวีสิน และอานนท์ ทวีสิน (2560) ที่พบว่าปัญหายาเสพติดของเยาวชนในจังหวัดฉะเชิงเทรามีปัจจัยด้านการดูแลที่มีต่อเด็ก และเยาวชน และการวิจัยของกิตติวงศ์ สาสดและปรีชา ดิลกภูมิสิทธิ์ (2559) ที่พบว่าการติดยา เสพติดของเด็กและเยาวชนมีสาเหตุมาจาก 1) สภาพแวดล้อมในชุมชนมีแหล่งซื้อขายยาเสพติด อย่างแพร่หลาย 2) การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมเพื่อนที่ติดยาเสพติด 3) การเลียนแบบเพื่อน ที่ติดยาเสพติด 4) สถานศึกษาขาดสถานที่ที่จะมาช่วยผ่อนคลายความเครียดให้กับนักเรียน นักศึกษา 5) นักเรียน นักศึกษาเป็นอยู่ในวัยที่อยากรู้อยากลอง 6) มีปัญหาครอบครัวแตกแยก และ 7) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารผิดๆ เกี่ยวกับยาเสพติด

แนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐนนท์ ทวีสิน และอานนท์ ทวีสิน (2560) ที่พบว่าควรมีการพัฒนาทักษะชีวิตให้กับเยาวชนให้อยู่ในสถานการณ์แวดล้อมที่ไม่พึงประสงค์อย่างปลอดภัย สามารถเอาตัวรอด และการวิจัยของปิยลักษณ์ โพธิ์วรรณ (2557) ที่พบว่าในการป้องกันยาเสพติดนั้นจำเป็นต้องใช้จิตสำนึกร่วมของคนในชุมชน โดยคนในชุมชนต้องตระหนักถึงความสำคัญขอปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง/ระบบพื้นฐานการดำเนินงานป้องกันปัญหาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยง และแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2560 ที่ประกอบด้วยการดำเนินงานหลัก 6 ประการ โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาและลักษณะของเยาวชน จากนั้นจึงจัดการข้อมูลและองค์ความรู้ต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาสำรวจและรวบรวมมาสร้างและพัฒนาเป็นฐานข้อมูลที่เป็นระบบ เพื่อเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการดำเนินงาน โดยเมื่อสามารถเข้าใจสภาพปัญหาของเยาวชนได้แล้ว ต่อมาจำเป็นต้อง “เข้าถึง” เยาวชนกลุ่มเสี่ยงซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงาน โดยพัฒนากลไกการดำเนินงาน อันได้แก่บุคคล/องค์กร/หน่วยงาน/เครือข่ายที่สามารถเข้าถึงและจัดการกับปัญหาได้อย่างตรงเป้าหมาย รวมถึงจำเป็นต้องมีกระบวนการพัฒนารูปแบบ/วิธีการดำเนินงานควบคู่ไปด้วย เพื่อก่อให้เกิดองค์ความรู้สำหรับนำไปดำเนินงาน จากนั้นจึงเป็นขั้นตอนสำคัญ คือการดำเนินงานป้องกันปัญหายาเสพติดในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นการ “พัฒนา” เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่กลุ่มเป้าหมายและลดทอนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่ปัญหายาเสพติด และเมื่อได้พัฒนากลุ่มเป้าหมายแล้ว จำเป็นต้องดูแลติดตามกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง เพื่อประคับประคองให้ออกจากสภาวะและพฤติกรรมเสี่ยงให้นานที่สุด หรือจนกว่ากลุ่มเป้าหมายจะมีภูมิคุ้มกันพอที่จะเผชิญปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปได้ (สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 2552 ; 2560)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรมีการนำผลการวิจัยคืนกลับสู่พื้นที่และทดลองทำตามแนวทางที่ค้นพบคือสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในเด็กและเยาวชนเพื่อให้ไม่ทดลองเสพสิ่งเสพติด สร้างทักษะในการปฏิเสธเพื่อนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงานควรดึงครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

กิตติวงศ์ สาสวดและปรีชา ดิลกวุฒิสวัสดิ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนในเขตพื้นที่เทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารชุมชนวิจัย* ปีที่ 10 ฉบับที่ 1. หน้า 116-124.

- ณัฏฐนนท์ ทวีสิน และอานนท์ ทวีสิน. (2560). แนวทางการป้องกันปัญหาเสพยาเสพติดของเยาวชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร. ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 หน้า 151-158. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/AJPU/issue/view/7450>. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2561.
- ปิยลักษณ์ โพธิ์วรรณ. (2557). ศักยภาพชุมชนในการจัดการแก้ไขปัญหายาเสพติด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการการพัฒนาชนบทอย่างยั่งยืน ครั้งที่ 4 ประจำปี 2557. (อัดสำเนา).
- ราชกิจจานุเบกษา. (2551). พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550. สืบค้นจาก: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2551/A/009/1.PDF>. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2560.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2561). จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2556-2560. สืบค้นจาก: http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2545&Itemid=. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2561.
- เสมอ แสงสนธิ์, สุนทรี ดวงทิพย์ และปาจรีย์ ผลประเสริฐ. (2559). ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ปัญหายาเสพติดในเยาวชน โดยชุมชนจังหวัดกำแพงเพชร. สักทอง: วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ปีที่ 22 ฉบับที่ 1. หน้า 107-118 สืบค้นจาก <file:///C:/Users/hsaspwar/Downloads/60704-Article%20Text-141001-1-10-20160629.pdf> สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2561.
- สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. (2552). แนวคิดการป้องกันยาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยง. กรุงเทพฯ: บริษัท รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด.
- _____. (2559). คู่มือแนวทางดำเนินงานขับเคลื่อนแผนประชารัฐร่วมใจสร้างหมู่บ้าน/ชุมชนมั่นคงปลอดภัยยาเสพติดพ.ศ.2559-2560. (อัดสำเนา).
- _____. (2560). แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2560. มปท.
- Daniel. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York : Wiley & Sons.
- United Nations Office on Drugs and Crime. [Online]. (2560). World drug report 2016. From: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPOR T_2016_web.pdf. Retrieve 2 Jan, 2017.

การประกันภัยสุขภาพ

ปวีณธิดา เหลื่อมเจริญ*

บทคัดย่อ

การร้องเรียนเรื่องความไม่เป็นธรรมแก่ผู้บริโภคที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัยเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เหตุปัจจัยที่เกิดการร้องเรียนมีหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการประกันภัยคือการรองรับความเสี่ยงในอนาคตที่มีความไม่แน่นอน ผู้เอาประกันภัยหรืออีกนัยหนึ่งคือผู้บริโภคมักมีความรู้สึกเหมือนถูกเอาเปรียบจากผู้รับประกันภัยคือบริษัท ด้วยการที่ต้องชำระเบี้ยให้ตามระยะเวลาที่กำหนด แต่เมื่อถึงเวลาที่จะเบิกประกันบางครั้งอาจไม่ได้รับความคุ้มครองทุกอย่างตามที่ประสงค์ไว้ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจระหว่างผู้เอาประกันกับผู้รับประกันจนเกิดเหตุร้องเรียนขึ้น หรืออาจเกิดจากผู้รับประกันเองที่ต้องการเพิ่มยอดขายให้แก่บริษัทจนไม่ได้ใส่ใจถึงสิทธิของผู้บริโภค บทความนี้ได้นำเสนอในประเด็นของหลักพื้นฐานของการประกันภัย ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้บริโภค และผู้บริโภคเป็นผู้มีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารของสินค้าในที่นี้คือสัญญาประกันภัย ควรต้องทราบเกี่ยวกับสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกันภัย ขอบเขตของการประกันภัย ประเภท ลักษณะสำคัญของสัญญา ข้อยกเว้นและเงื่อนไขทั่วไป โดยเน้นในการทำประกันภัยสุขภาพซึ่งเป็นการประกันแบบสมัครใจที่กำลังเป็นที่นิยมและผู้สนใจสมัครทำประกันให้ความสนใจมากขึ้น และได้ศึกษาแนวทางการพิจารณาสำหรับผู้สนใจก่อนการทำประกันภัยไว้พอสังเขป

คำสำคัญ : ประสิทธิผล/ แนวทางเรียกร้องประกันภัย/บริษัทประกันชีวิต

* ผู้ชำนาญด้านพิจารณารับประกันชีวิต บริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

Health insurance

Paveethida Luamcharoen*

Abstract

Complaints about unfairness by consumers about insurance are common problems. There are many factors involved in the complaint, because insurance is a guarantee for risk-free future which is uncertain. The insured person, in other words, a consumer feels that they are being taken advantage of by the insurance companies. Consumers have to pay insurance fees regularly for the scheduled payment. However, when it is time to take out insurance, consumers may not have all the protection he/she wants. There is a misunderstanding between consumers and insurance companies, and this is the root cause for the complaints. Or maybe the cause comes from the insurer wants to increase sales for the company, and overlook the consumers' rights. This article presents the basic principles of insurance, in order for acceptable mutual understanding between insurance companies and consumers. Consumers are entitled to receive information of the insurance contract. Consumers need to know all the essentials of insurance contract, scope of insurance, categories of insurance, important characteristics of insurance, exceptions, general terms and conditions. The emphasis of this article is on health insurance, which is a voluntary insurance that is becoming popular and more consumers are interested in getting health insurance coverage. This study takes into considerations guidelines or approach for those who are interested in getting health insurance before getting or applying for health insurance.

Keywords: Effectiveness / The health guidelines claims / Life insurance company

* Life Insurance Underwriting, Muang Thai Life Assurance Public Company Limited.

บทนำ

การดำรงชีวิตประจำวันเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน มนุษย์ต้องพบเจอกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้การดำเนินชีวิตไม่ได้เป็นไปอย่างราบเรียบ บางครั้งต้องพบกับภัยที่ไม่คาดคิดทั้งที่เกิดจากภัยธรรมชาติ จากสิ่งมีชีวิต หรือจากโรคภัยไข้เจ็บหนึ่งในวงจรชีวิตเปรียบเสมือนภัยอย่างหนึ่งที่ทำให้การดำเนินชีวิตไม่เป็นไปตามปกติ ภัยต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นอย่างไม่พึงประสงค์ ทำให้มนุษย์ต้องคอยระมัดระวังดูแลทั้งชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สินให้ปลอดภัย การประกันภัยจึงเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลใช้เพื่อแบ่งเบาความเสียหายทางเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตของบุคคล หรือภัยต่างๆ ที่เกิดขึ้น ความหมายของสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 861 คือ สัญญาที่บุคคลหนึ่งตกลงจะชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในกรณีมีภัย หรือเหตุการณ์ใดที่ไม่พึงประสงค์ตามที่ระบุไว้ในสัญญาเกิดขึ้น โดยมีบุคคลหนึ่งตกลงที่จะชำระเงินจำนวนหนึ่งเป็นประจำเรียกว่า “เบี้ยประกันภัย” ให้แก่บริษัทประกันภัย เมื่อเกิดเหตุภัยหรือครบกำหนดระยะเวลาประกันภัย เช่น ในกรณีของการประกันชีวิต บริษัทประกันภัยจะจ่ายเงินทดแทนจำนวนตามที่กำหนดไว้ในสัญญา โดยมีกลุ่มคนจำนวนมากร่วมกันเฉลี่ยภัยแบ่งเบาความเสียหายเป็นการช่วยเหลือกันและกันระหว่างสมาชิก เป็นธุรกิจที่อยู่กลางระหว่างการค้าแสวงหากำไรกับการคุ้มครองภัยแก่สังคม เช่น ร่างกาย ชีวิต ทรัพย์สิน เพื่อช่วยเหลือสมาชิกเมื่อเกิดการสูญเสียทางการเงิน เปรียบเทียบคล้ายกับหัวหน้าครอบครัวเป็นเสาหลักของบ้าน เมื่อเจ็บป่วยลงเปรียบได้กับเสาหลักที่ไม่มั่นคง ทำให้บุคคลในครอบครัวที่อยู่ในบ้านเริ่มได้รับผลกระทบจากความไม่มั่นคงนั้น ถ้ามีการทำประกันภัยไว้เปรียบเสมือนมีอีกเสาที่คอยค้ำจุนบ้านไว้ให้ตั้งมั่นอยู่ได้เมื่อเสาหลักสั่นคลอน การประกันภัยจึงมีความสำคัญในการดำรงชีวิต เพราะทุกอย่างมักขึ้นอยู่กับความไม่แน่นอน นอกจากนี้ยังมีความสำคัญต่อการดำเนินธุรกิจหลายด้านทั้งภาคอุตสาหกรรม ภาคเกษตร ภาคการบริการ เมื่อสังคมปัจจุบันเจริญก้าวหน้ามากขึ้นส่งผลต่อเศรษฐกิจสังคมของประเทศ ส่งผลต่อความเสี่ยงแก่ชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สิน การประกันภัยจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นทางเศรษฐกิจและสังคม

ขอบเขตของการประกันภัย

เนื่องจากภัยมีหลากหลายรูปแบบทั้งที่มองเห็น คือสภาพความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงสามารถประเมินค่าได้ และที่มองไม่เห็นคือ ความทุกข์ใจ ความโศกเศร้าที่ไม่อาจประเมินค่าได้ โดยแบ่งขอบเขตการประกันภัยออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. ความเสียหายเกี่ยวกับพลังในการหารายได้
 - 1.1 ความสูญเสียพลังงานในการหารายได้ของบุคคลธรรมดา
โดยภัยเกิดจากการเสียชีวิต เจ็บป่วย ชรา อุบัติเหตุ เป็นสาเหตุให้บุคคลสูญเสียรายรับ
 - 1.2 ความสูญเสียพลังงานในการหารายได้ของธุรกิจ

โดยภัยเกิดจากไฟไหม้ น้ำท่วม พายุ แผ่นดินไหว เป็นสาเหตุให้สถานประกอบการได้รับความเสียหายสูญเสียรายได้จากการประกอบธุรกิจ

2. ความเสียหายเกี่ยวกับทรัพย์สิน คือการที่ทรัพย์สินถูกทำลาย เสียหายจากภัยต่างๆ
 - 2.1 ภัยโดยแท้ คือภัยที่คาดไม่ถึง เช่น ไฟไหม้ แผ่นดินไหว พายุ เรืออัปปาง การจลาจล อุบัติเหตุ
 - 2.2 การกระทำไม่สุจริต เช่น โจรกรรม การปลอมเอกสาร การยักยอกฉ้อโกง
 - 2.3 การผิดข้อตกลง คือ ไม่ทำตามข้อกำหนดหรือสัญญาที่ได้ตกลงกันไว้แต่แรก เช่น ลูกหนี้ผิดชำระหนี้
 - 2.4 การรับผิดชอบตามกฎหมาย เช่น นายจ้างต้องจ่ายเงินแก่ลูกจ้างเมื่อบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการปฏิบัติงานตามหน้าที่
 - 2.5 ค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดในอนาคต เช่น ค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยในอนาคต การซ่อมแซมฟื้นฟูธุรกิจเมื่อเกิดภัยพิบัติ

ขอบเขตของสัญญาประกันภัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. สัญญาประกันวินาศภัย
สัญญาที่ผู้รับประกันตกลงใช้ค่าสินไหมทดแทน เป็นเงินจำนวนหนึ่งให้แก่ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์โดยภัยนั้นมีลักษณะไม่แน่นอน การจ่ายเงินชดเชยจ่ายตามความเสียหายของภัยที่เกิดขึ้นจริงแต่จำนวนเงินชดเชยจะไม่เกินวงเงินที่ระบุไว้ในสัญญา
2. สัญญาประกันชีวิต
สัญญาที่ผู้รับประกันภัยตกลงใช้เงินจำนวนหนึ่งแก่ผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับผลประโยชน์ตามที่ระบุไว้ในสัญญากรมธรรม์เมื่อผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตหรือมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดความเสียหายต่อร่างกายจนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ โดยวงเงินที่ชดใช้เป็นจำนวนเงินแน่นอนตามระยะเวลาที่ระบุไว้ในสัญญา

ลักษณะสำคัญของสัญญาประกันภัย

1. เป็นสัญญาต่างตอบแทน ผู้เอาประกันภัยและผู้รับประกันภัยต่างเป็นเจ้าหนี้ลูกหนี้ซึ่งกันและกัน โดยผู้เอาประกันภัยเปรียบเสมือนลูกหนี้มีหน้าที่ชำระเบี้ยประกันภัย และเป็นเจ้าหนี้ที่มีสิทธิได้รับค่าสินไหมทดแทนเมื่อเกิดภัยตามสัญญา
2. เป็นสัญญาที่มีเงื่อนไขไม่แน่นอน
เนื่องจากภัยเป็นสิ่งไม่คาดคิดว่าจะเกิดเมื่อใด เมื่อผู้เอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยไปแล้วอาจจะได้ผลตอบแทนคืนขึ้นกับภัยที่ระบุไว้ในสัญญา ส่วนผู้รับประกันหรือบริษัทประกันอาจต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนจำนวนสูงแก่ผู้เอาประกันภัยภายหลังจากที่รับเบี้ยประกันภัยมาเพียง

จำนวนน้อยกว่า จึงเหมือนกับเป็นสัญญาเสี่ยงโชคที่มีการชำระหนี้ตามสัญญา เมื่อมีเหตุการณ์ไม่แน่นอนในอนาคต (จิตติ ตังศภัทย์, 2543)

3. เป็นสัญญาที่รัฐควบคุม

ธุรกิจประกันภัยต้องจัดตั้งเป็นบริษัทจำกัด และได้รับอนุญาตจากรัฐมนตรีโดยอนุมัติคณะรัฐมนตรีตามพระราชบัญญัติประกันวินาศภัย พ.ศ. 2535 มาตรา 6 และพระราชบัญญัติประกันชีวิต พ.ศ. 2535 มาตรา 7 การออกกรมธรรม์แก่ผู้เอาประกันภัยต้องเป็นไปตามแบบเพื่อป้องกันผู้รับประกันภัยพิมพ์ข้อความเงื่อนไขขนาดเล็กมากจนไม่สามารถอ่านได้ชัดเจนและนำมากล่าวอ้างว่าไม่สามารถชดเชยค่าสินไหมได้ เนื่องจากไม่ตรงกับเงื่อนไขในสัญญา และอัตราเบี้ยประกันภัยต้องเป็นไปตามที่นายทะเบียนเห็นชอบ บริษัทไม่สามารถกำหนดได้เองตามพระราชบัญญัติประกันวินาศภัย พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติประกันชีวิต พ.ศ. 2535 มาตรา 30 (มาตราเดียวกัน)

4. เป็นสัญญาที่ต้องเปิดเผยข้อความจริง

ค่าสินไหมทดแทนที่ผู้รับประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันเมื่อเกิดภัยมาจากเบี้ยประกันที่เรียกเก็บ อัตราเบี้ยประกันภัยจะมากหรือน้อยขึ้นกับภัยที่ผู้รับประกันภัยต้องเสี่ยง ดังนั้น เมื่อผู้รับประกันภัยตกลงทำสัญญาประกันภัย จึงจำเป็นต้องทราบข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญเกี่ยวกับผู้เอาประกัน เช่น ผู้ขอเอาประกันมีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่ามาตรฐานทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคในอนาคต ผู้รับประกันจึงต้องเรียกเก็บเบี้ยประกันสูงขึ้นเพื่อรับความเสี่ยงนั้นไว้

ผู้เกี่ยวข้องในสัญญา

การทำสัญญาประกันภัยมีผู้เกี่ยวข้อง 3 ฝ่ายคือ (วิเชียร วิทยอุดม, 2559)

1. ผู้รับประกันภัย คือบุคคลผู้ให้สัญญาจะจ่ายค่าสินไหมทดแทนเป็นเงินจำนวนหนึ่งแก่ผู้เอาประกันหรือผู้รับผลประโยชน์
2. ผู้เอาประกันภัย คือบุคคลคู่สัญญาที่มีหน้าที่ชำระเบี้ยประกันภัยตามที่ตกลงไว้กับผู้รับประกันภัย โดยเป็นผู้มีส่วนได้เสียในการเอาประกันภัยนั้น
3. ผู้รับประโยชน์ คือบุคคลที่มีสิทธิได้รับค่าสินไหมทดแทน โดยไม่จำเป็นต้องมีส่วนได้เสียในการเอาประกันภัย อาจเป็นบุพการี ทายาททางสายเลือดหรือพี่น้อง เจ้าหนี้ สาธารณกุศล เช่น วัด มูลนิธิ เป็นต้น

จากที่กล่าวตอนต้นว่า การเจ็บป่วยเป็นภัยที่ไม่คาดคิดและเป็นภัยที่มนุษย์ไม่อยากจะประสบกับตนเองและบุคคลอันเป็นที่รัก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมต้องการให้การป่วยนั้นหายขาดกลับมาสู่สภาวะปกติให้ได้มากที่สุด สำหรับสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุจราจร และการเจ็บป่วยจากกลุ่มโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง เบาหวาน (คณะอนุกรรมการสถิติสุขภาพ, 2557) จะเห็นว่าเป็นกลุ่มโรคที่มีการค่ารักษาพยาบาลสูง และเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องทำการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการรักษาโรคต่างๆ ซับซ้อนมากขึ้นเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคไม่ว่าจะเป็นเชื้อดื้อยา ผลกระทบจากการเป็นโรคที่รุนแรงกว่า

อดีต นอกจากนี้ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดแบบแผลเล็กหรือการผ่าตัดผ่านกล้องด้วยการเจาะผิวหนังให้เป็นรู พบว่ามีข้อดีมากกว่าการผ่าตัดเปิดผิวหนังแบบกว้าง เพราะการผ่าตัดผ่านกล้องส่งผลต่อการทำลายเส้นประสาท กล้ามเนื้อและอวัยวะน้อยกว่า เสียเลือดปริมาณน้อย การฟื้นหายเร็วขึ้น ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดแผลมากทำให้ลดระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เฉพาะ (Minimally Invasive and Bloodless Heart Surgery Center, 2016) ค่ารักษาพยาบาลจึงเพิ่มตามไปด้วยตามการใช้วัสดุอุปกรณ์ เทคโนโลยีเหล่านี้ การทำประกันสุขภาพจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายได้ โดยพบว่าประชาชนหันมาสนใจวางแผนทำประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเห็นได้จากเบี้ยประกันสุขภาพ พ.ศ. 2558 มีมูลค่าเพิ่มขึ้นจาก 54 ล้านบาทเป็น 61 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 14 (สมาคมประกันชีวิตไทย, 2560)

การประกันภัยสุขภาพ

การประกันภัยสุขภาพ คือ การที่บริษัทประกันภัยตกลงที่จะชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย เนื่องจากการบาดเจ็บจากโรคภัย อุบัติเหตุ (สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย, 2556) โดยการซื้อจากบริษัทประกันสุขภาพจะได้รับกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพ หรือซื้อจากบริษัทประกันชีวิตจะได้รับสัญญาเพิ่มเติมด้านสุขภาพ

ประเภทของการประกันภัยสุขภาพ

การประกันภัยสุขภาพ แบ่งตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็น 2 ประเภท คือ การประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพรายบุคคล และการประกันภัยสุขภาพกลุ่ม (ศูนย์คุ้มครองผู้ใช้บริการทางการเงิน, 2557)

1. การประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพรายบุคคล

1.1 ความคุ้มครอง

ให้ความคุ้มครองเฉพาะบุคคลคนเดียว ความคุ้มครองหลักแบ่งออกเป็น 7 หมวด ดังนี้

- 1) การรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้ความคุ้มครองเมื่อผู้เอาประกันภัยบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุหรือการป่วยไข้ มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน โดยมีการชดเชยค่าใช้จ่าย คือ ค่าห้องและค่าอาหาร ค่าบริการทั่วไป ค่าใช้จ่ายในกรณีที่มีการรักษาพยาบาลหรือผ่าตัดฉุกเฉินภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ
- 2) การรักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด ให้ความคุ้มครองสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจาก 2.1) การผ่าตัดโดยแพทย์หรือศัลยแพทย์ และ 2.2) การปรึกษาแพทย์ในกรณีที่มีการผ่าตัด
- 3) การดูแลโดยแพทย์ ให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการดูแลโดยแพทย์ของโรงพยาบาลแต่ละวันหรือค่าแพทย์เยี่ยมไข้ ค่าปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค

- 4) การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกหรือคลินิก ในกรณีที่มาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการภายหลังออกจากโรงพยาบาล หรือมีความจำเป็นในการรับการรักษาฟื้นฟูต่อเนื่อง
- 5) การคลอดบุตร โดยผู้เอาประกันภัยสามารถซื้อเพิ่มเติมได้จากกรมธรรม์หลักเป็นการขยายความคุ้มครองให้แก่ผู้เอาประกันภัย
- 6) การรักษาฟัน โดยผู้เอาประกันภัยสามารถซื้อเพิ่มเติมได้จากกรมธรรม์หลักเป็นการขยายความคุ้มครองให้แก่ผู้เอาประกันภัย
- 7) การชดเชยค่าใช้จ่าย อันเกิดขึ้นจากการบริการโดยพยาบาลพิเศษขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หรือที่บ้านภายหลังออกจากโรงพยาบาลที่มีความจำเป็นตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

1.2 ข้อยกเว้น

โดยทั่วไปการประกันภัยจะปฏิเสธค่าใช้จ่ายจากการรักษาอาการเรื้อรัง สภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก่อนวันที่ทำประกันภัย หรือการรักษาความบกพร่องของร่างกายที่มีมาแต่กำเนิด เช่น ผู้สมัครทำประกันป่วยเป็นโรคเบาหวาน จะไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาล ค่ายารวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ โดยบริษัทต้องพิสูจน์แล้วว่าผู้เอาประกันเป็นโรคเบาหวานมาก่อนการสมัครทำประกันจึงมีสิทธิปฏิเสธความคุ้มครองได้ นั่นจึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งทำให้การจ่ายค่ารักษาแก่ผู้เอาประกันไม่สามารถจ่ายให้ได้รวดเร็วทันที ซึ่งการที่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงข้อความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนตั้งแต่วันที่สมัครทำประกันจะมีผลทำให้บริษัทสามารถรับประกันได้แต่จะมีข้อยกเว้น การรักษาโรคเบาหวานไว้ โดยจะเพิ่มจำนวนเงินการชำระเบี้ยประกันตามความเสี่ยงของตัวโรคและอายุของผู้สมัครทำประกัน แต่ในกรณีที่พิสูจน์แล้วว่าเป็นโรคเรื้อรังภายหลังการสมัครบริษัทจะต้องให้ความคุ้มครองตามสัญญา กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพส่วนบุคคลให้ความสำคัญกับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยที่จำเป็นสมควรทางการแพทย์ เช่น กรณีที่มีข้อมูลค่าอาหารพิเศษ โดยปกติทั่วไปคือวันละ 3 มื้อ เมื่อมีหลักฐานว่าเบิกอาหาร 4 มื้อ จึงต้องมีการตรวจสอบข้อเท็จจริงว่าเกิดเหตุอย่างไร ความสมเหตุสมผลในการยกเว้นที่จะไม่คุ้มครองเป็นไปได้อย่างไร เหตุการณ์ขณะนั้นผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่บริโภคอาหารได้หรือไม่หรือเป็นญาติผู้ป่วยที่สั่งอาหารพิเศษมารับประทาน โดยในกรณีนี้จะไม่คุ้มครองเนื่องจากการเป็นบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล หรือการรักษาเพื่อความสะดวกสบาย เช่น สิว ฝ้า รังแค รวมทั้งความสูญเสียที่เนื่องมาจากการกระทำของผู้เอาประกันภัยเอง เช่น การดื่มสุราจนไม่มีสติรวมถึงโรคหรืออาการพิษสุรา เช่น กระเพาะอาหารอักเสบจากสุรา ตับอักเสบจากสุรา ข้อยกเว้นนี้ระบุไว้ในสัญญากรมธรรม์ที่ผู้เอาประกันควรศึกษาเพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจากบริษัท เหตุผลการที่บริษัทปฏิเสธในการจ่ายค่ารักษา การยกเว้นขึ้นกับผู้พิจารณาที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาทางการแพทย์ และบนพื้นฐานข้อมูลการพิจารณาโดยอ้างอิงจากหลักฐานทางการแพทย์ที่มีความน่าเชื่อถือเพื่อเป็นการป้องกันการเอาเปรียบผู้บริโภค และการที่มีหลักฐานทางการแพทย์ รวมถึงข้อมูลจากแหล่งอ้างอิง

ที่น่าเชื่อถือเป็นแนวทางประกอบการพิจารณาเป็นหลักฐานยืนยันที่จะช่วยป้องกันการถูกฟ้องร้องจากผู้บริโภคได้

1.3 เจียนไขทั่วไปและข้อกำหนด

เป็นข้อความที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ที่ผู้เอาประกันภัยควรต้องทราบเกี่ยวกับสิทธิหน้าที่ของผู้เอาประกันภัยและบริษัทประกันภัย โดยสัญญาประกันภัยเกิดจากการที่บริษัทเชื่อถือข้อแถลงของผู้เอาประกันภัยที่ได้ให้ข้อมูลในใบคำขอเอาประกันภัยและใบแถลงเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งเอกสารข้อแถลงเพิ่มเติม โดยผู้เอาประกันภัยได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในการตกลงรับประกันภัยตามสัญญาประกันภัย บริษัทจึงได้ออกกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารสรุปข้อกำหนด ข้อตกลงคุ้มครอง และช้อยกเว้นให้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดความจริงไว้ไม่แจ้งให้บริษัททราบ ถ้าบริษัททราบความจริงนั้นสามารถเก็บเบี้ยประกันภัยให้สูงขึ้น หรือไม่รับทำสัญญาประกันภัยได้ถ้ามีโรคร้ายแรง สัญญาประกันภัยจะตกเป็นโมฆียะตามมาตรา 865 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้

1.3.1 สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre – existing condition)

สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย หมายถึง อาการเจ็บป่วยที่ผู้เอาประกันทราบถึงความผิดปกติและต้องได้รับการรักษา เช่น ผู้เอาประกันภัยทราบว่าตนเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่ได้ทำการรักษาจนเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตวายเรื้อรัง (National Heart, Lung and Blood Institute, 2015) แต่ไม่ได้แจ้งบริษัทประกันภัยรับทราบ บริษัทมีสิทธิที่จะปฏิเสธความคุ้มครองที่เกี่ยวข้องกับโรคไตวายเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่มีสาเหตุมาจากสภาพความเจ็บป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงนั้น ในกรณีกรมธรรม์มีผลบังคับไม่น้อยกว่า 3 ปี และโรคเรื้อรังนั้นไม่มีอาการหรือไม่มีประวัติการพบแพทย์ในระยะเวลา 5 ปีก่อนที่กรมธรรม์มีผลบังคับบริษัทไม่สามารถนำมากล่าวอ้างเพื่อปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เอาประกันได้

1.3.2 ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting period)

ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง หมายถึง ระยะเวลาที่บริษัทปฏิเสธความคุ้มครองสำหรับความเจ็บป่วยบางโรคในช่วงเริ่มต้นของการสมัครทำประกัน โดยโรคและระยะเวลาที่ไม่คุ้มครองจะกำหนดไว้ในสัญญากรมธรรม์ เหตุผลที่ต้องมีระยะเวลารอคอยนี้เพื่อป้องกันการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากความผิดปกติที่เป็นมาก่อนการสมัครทำประกัน ระยะเวลาที่กำหนดโดยทั่วไปคือ 30 วันสำหรับการเจ็บป่วยใดๆ เช่น นาย ก สมัครทำประกันสุขภาพเมื่อวันที่ 4 มกราคม วันที่ 20 มกราคม นาย ก เจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาลสาเหตุจากโรคลำไส้อักเสบ ดังนั้นบริษัทมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแก่นาย ก เนื่องจากอยู่ในระยะเวลารอคอย 30 วัน สำหรับโรคบางโรค เช่น เนื้องอกทุกชนิด ริดสีดวงทวาร เส้นเลือดขอดจะมีระยะเวลารอคอยประมาณ 120 วันหรือมากกว่าตามที่ระบุในสัญญากรมธรรม์ โดยนับตั้งแต่วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ

1.3.3 การขอยกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัย (Free look)

ผู้เอาประกันสามารถยกเลิกกรรมธรรม์ได้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม สามารถส่งคืนกรรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับกรรมธรรม์ แต่ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ไม่มีสิทธิยกเลิกกรรมธรรม์ได้

2. กรรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพกลุ่ม

การประกันภัยสุขภาพกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ความคุ้มครอง ข้อยกเว้น เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด เช่นเดียวกับกรรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพส่วนบุคคล แต่ไม่มีในเรื่องการบอกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัย โดยบริษัทซึ่งเป็นผู้รับประกันภัยก็มีสิทธิในการบอกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัยได้

หลักในการทำสัญญาประกันภัยสุขภาพ

สัญญาประกันภัยต้องตั้งอยู่บนรากฐานแห่งความสุจริตใจ เนื่องจากเป็นสัญญาที่ต้องการความไว้วางใจกันอย่างยิ่ง (ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, 2559) โดยเฉพาะผู้เอาประกันภัยที่เป็นผู้ทราบข้อเท็จจริงของภัยทั้งหมดจึงมีหน้าที่เปิดเผยอาการ ความเจ็บป่วยเพื่อประโยชน์ในการพิจารณาว่าสมควรรับประกันภัย หรือควรกำหนดเงื่อนไขการรับประกัน หรือเบี้ยประกันภัยจำนวนเท่าใด หากผู้เอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อเท็จจริงให้ผู้รับประกันภัยทราบเท่ากับผิดหน้าที่ส่งผลต่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หน้าที่ของผู้เอาประกันภัยประกอบด้วย

1. หน้าที่ต้องเปิดเผยความจริง

บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 ดังนี้

“ ถ้าในเวลาทำสัญญาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยก็ดี หรือในกรณีประกันชีวิตบุคคลอื่นการใช้เงินยืมอาศัยความทรงชีพ หรือมรณะของเขานั้นก็ดี รู้อยู่แล้วจะเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง ซึ่งอาจจะได้จูงใจผู้รับประกันภัยให้เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นอีก หรือให้บอกปิดไม่ยอมทำสัญญา หรือว่ารู้อยู่แล้วแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จไซ้ ท่านว่าสัญญานั้นเป็นโมฆียะ

ถ้ามิได้ใช้สิทธิบอกกล่าวภายในกำหนดเดือนหนึ่งนับแต่วันที่ผู้รับประกันภัยทราบมูลอันจะบอกกล่าวได้ก็ดี หรือมิได้ใช้สิทธินั้นภายในกำหนดห้าปีนับแต่วันทำสัญญาที่ดี ท่านว่าสิทธินั้นเป็นอันระงับสิ้นไป”

ดังกรณีตัวอย่าง คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 3682/2545 โจทก์กรอกคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต โจทก์ว่าไม่เคยเป็นหรือทราบว่าเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำหรือการรักษาโรคมะเร็งอก ตุ่มเนื้อหรืออวัยวะใดๆ ที่งอกหรือโตขึ้นผิดปกติ ไม่เคยมีอาการผิดปกติที่เต้านมมาก่อน แต่ปรากฏว่าโจทก์เคยเข้าโรงพยาบาลด้วยอาการปวดบริเวณเต้านม ซึ่งแพทย์ตรวจพบว่ามีก้อนเนื้อ

ที่ด้านมด้านซ้าย เมื่อโจทก์ทราบแล้ว การกระทำของโจทก์มีผลทำให้สัญญาประกันชีวิตและสัญญาพิเศษเพิ่มเติมตกเป็นโมฆียะตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 วรรคหนึ่ง

2. หน้าที่ชำระเบี้ย

ผู้เอาประกันต้องชำระเงินที่เรียกว่า เบี้ยประกันภัยตามที่ได้ตกลงกันไว้ เนื่องจาก การขาดส่งเบี้ยประกันภัยจะทำให้ไม่ได้รับความคุ้มครอง โดยกรมธรรม์จะมีระยะเวลาถ้าขาดส่ง เบี้ยเกิน 30 วัน บริษัทจะยังคงให้ความคุ้มครองต่อแต่เมื่อเกินระยะเวลาผ่อนผันนี้ผู้เอาประกันมี สิทธิในกรมธรรม์เป็นระยะเวลา 5 ปี แต่จะต้องถูกที่หักเบี้ยยังค้างชำระในอนาคตได้ และภายใน ระยะเวลา 1 ปีนับการขอยกเลิกกรมธรรม์จะยังไม่ได้จำนวนเงินคืน เนื่องจากกรมธรรม์นั้นยังไม่มี มูลค่า วิธีที่ช่วยแก้ปัญหาส่งเบี้ยประกันไม่พอ คือการปรึกษากับบริษัทว่าจะขอลดทุนประกันลงได้ หรือไม่ หรือเปลี่ยนแปลงแผนประกัน แม้กระทั่งยกเลิกสัญญาอื่นๆ ที่ได้ซื้อไว้เพิ่มเติมเพื่อให้เบี้ย ประกันที่ต้องจ่ายถูกลด การขอยกเลิกกรมธรรม์เป็นทางออกสุดท้าย เนื่องจากกรมธรรม์บาง ประเภทมีการสะสมเงินออมให้ การยกเลิกก่อนระยะเวลาก่อนจะทำให้เสียโอกาสที่จะได้เงินออมที่มี จำนวนมากกว่าในอนาคตซึ่งการตัดสินใจก็ขึ้นกับความสมัครใจของผู้เอาประกันเป็นสำคัญ

แนวทางการพิจารณาก่อนทำประกันสุขภาพ

1. ควรตรวจสอบสิทธิการรักษาของตนเอง

การตรวจสอบสิทธิที่ตนเองมีอยู่ในปัจจุบันเพื่อให้ทราบสิทธิในการรักษาพยาบาล พื้นฐานของตนเอง เช่น บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม หรือข้าราชการ แล้วจึง พิจารณาว่าสิทธิที่ตนเองมีนั้นเพียงพอต่อการรักษาเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่ ความคุ้มครองที่ได้รับเป็น อย่างไร มีส่วนใดที่ขาดหรือต้องการให้คุ้มครองเรื่องใดเพิ่มเติม

2. ศึกษาแผนประกันสุขภาพ

ผู้ที่สนใจทำประกันสุขภาพควรหาข้อมูลรายละเอียดของแผนประกันสุขภาพจาก บริษัทที่สนใจ โดยพิจารณาความคุ้มครองเป็นแบบใด เช่น คุ้มครองแบบผู้ป่วยนอก คุ้มครองแบบ ผู้ป่วยใน คุ้มครองอุบัติเหตุ คุ้มครองโรคร้ายแรง สามารถคุ้มครองได้ในทันทีหรือต้องมีระยะเวลา รอคอย เพื่อให้ได้แผนประกันสุขภาพที่ตรงกับความต้องการ

3. อายุในการรับประกัน

เนื่องจากประกันภัยสุขภาพ เป็นการประกันความเสี่ยงกับโรคร้ายที่จะเกิดขึ้นในแต่ละ ช่วงอายุ ความคุ้มครองในแต่ละช่วงวัยจึงแตกต่างกัน ผู้สนใจทำประกันควรประเมินความ เจ็บป่วยของตนเองในแต่ละช่วงอายุเพื่อเลือกแผนประกันสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และพิจารณา เลือกแผนประกันที่ให้ความคุ้มครองครอบคลุมถึงช่วงอายุที่สูง เช่น แผนประกัน A คุ้มครองถึง อายุ 70 ปี แผนประกัน B คุ้มครองถึงอายุ 90 ปี แผน B ให้ความคุ้มครองในช่วงอายุสูงกว่าแผน A โดยขึ้นกับการตัดสินใจเลือกของผู้ขอทำประกันเป็นสำคัญว่าสมัครใจที่จะเลือกแผนใด เนื่องจากอายุมากขึ้นย่อมมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น การเลือกความคุ้มครองระยะยาว จะช่วยลดความเสี่ยงได้

4. สถานพยาบาลคู่สัญญา

ผู้สนใจทำประกันควรตรวจสอบชื่อสถานพยาบาลคู่สัญญาว่าเป็นสถานที่ใช้ประจำเดินทางสะดวก รวมทั้งการสำรองเงินจ่ายเพื่อลดปัญหาค่าใช้จ่ายในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

5. ค่าความคุ้มครอง

พิจารณาว่ามีความคุ้มครองเพียงพอกับความต้องการ สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญคือ อัตราค่าห้องพัก ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาล ค่าแพทย์ ค่าบริการทั่วไป เช่น เด็กอายุ 3 ปีมีแบบแผนประกันสุขภาพที่คุ้มครองในวงเงินผู้ป่วยในมากกว่าเด็กอายุ 12 ปีเนื่องจากเด็กเล็กเจ็บป่วยบ่อย มีโอกาสที่จะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่าเด็กโต จึงควรได้รับความคุ้มครองกรณีผู้ป่วยในมากกว่า กรณีโรงพยาบาลบางแห่งมีค่าใช้จ่ายแพงหรือค่ารักษาเกินวงเงิน ทำให้ผู้เอาประกันต้องจ่ายส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นนอกเหนือจากวงเงินเอาประกันนั้น

6. ระยะเวลาการจ่ายสินไหม

เมื่อผู้เอาประกันจ่ายเงินสำรองไปก่อน ควรทราบระยะเวลาโดยทั่วไปของบริษัทผู้รับประกันในการจ่ายค่าสินไหมทดแทน เนื่องจากการที่ให้ผู้เอาประกันรอการจ่ายสินไหมทดแทนเป็นระยะเวลานานเกินไป อาจส่งผลต่อปัญหาทางการเงินของผู้เอาประกันได้

7. ความน่าเชื่อถือของบริษัท

บริษัทประกันภัยเป็นสถาบันการเงินประเภทหนึ่ง ผู้สนใจทำประกันควรตรวจสอบสถานะทางการเงิน ความน่าเชื่อถือของบริษัทเพื่อป้องกันการถูกเอาเปรียบ และเพื่อความมั่นคงปลอดภัยของทรัพย์สิน

สรุป

การทำประกันสุขภาพคือการทำสัญญาประกันภัยอย่างหนึ่ง ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกให้ความสำคัญด้านการคุ้มครองผู้บริโภค มาตรา 46 กล่าวถึง สิทธิผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง บุคคลย่อมมีสิทธิรวมกันจัดตั้งองค์กรของผู้บริโภคเพื่อคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค ในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคได้รับการสนับสนุนจากรัฐ โดยหน่วยงานหลักที่ประชาชนสามารถร้องเรียนเมื่อถูกเอาเปรียบคือ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัยโดยตรงคือ สำนักคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการและไม่เป็นรัฐวิสาหกิจมีฐานะเป็นนิติบุคคลหน้าที่สำคัญคือกำกับ พัฒนารูฏกิจประกันภัย คุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนด้านการประกันภัย และส่งเสริมให้ธุรกิจประกันภัยมีบทบาทในการสร้างความแข็งแกร่งในระบบเศรษฐกิจและสังคมของประชาชน (สำนักคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย, 2556) ในสาระสำคัญของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยฉบับที่ 2 พ.ศ. 2541 บัญญัติสิทธิผู้บริโภค 5 ประการ ในการตกลงกันระหว่างผู้บริโภคด้านการ

ประกันภัยและผู้ประกอบธุรกิจนั้นเป็นจึงสิทธิของผู้บริโภคที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา

การประกันภัยสุขภาพเป็นการทำสัญญาที่ส่งผลต่อผู้เอาประกันที่เน้นในประเด็นของการเจ็บป่วยจากโรคร้ายเป็นหลัก แม้ว่าหลักกฎหมาย เงื่อนไข ความคุ้มครองต่างๆ ในกรมธรรม์ถูกกำกับจากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ที่ทำหน้าที่เป็นองค์กรอิสระช่วยในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการประกันภัย แต่ด้วยปัจจัยหลายประการไม่ว่าจะเป็น ด้วยอายุ ตัวโรค ยาที่ตอบสนองต่อการรักษา ที่ส่งผลให้การเบิกประกันไม่ได้ตรงตามความต้องการของผู้เอาประกัน การป้องกันการร้องเรียนภายหลังทำประกันภัยคือ การแถลงปัญหาสุขภาพและข้อเท็จจริงอื่นๆ ของตนตรงตามความเป็นจริง ส่งผลให้สัญญานั้นมีผลทันทีเมื่ออนาคตเกิดมีภัยที่จะต้องเบิกประกันในภายหลังทำให้ผู้รับประกันจ่ายค่าสินไหมได้โดยไม่มีข้อขัดข้อง ผู้ที่สนใจซื้อควรทำการศึกษาคู่มืออย่างละเอียดรอบคอบก่อนตัดสินใจซื้อ และผู้เอาประกันเมื่อได้รับกรมธรรม์ควรศึกษารายละเอียดต่างๆ ให้เข้าใจ เพื่อให้ทราบถึงผลประโยชน์ ความคุ้มครองของผู้เอาประกันภัยหรือเรียกได้ว่า เป็นผู้บริโภคด้านการประกันภัยให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและลดข้อร้องเรียนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการการสถิติสาขาสุขภาพ และคณะทำงานสถิติด้านสุขภาพ. (2557). แผนพัฒนาสถิติสาขาสุขภาพฉบับที่ 1 พ.ศ. 2557 – 2558 [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก http://osthailand.nic.go.th/files/social_sector/SDP_health291057-new6.pdf, 7 – 9
- จิตติ ติงศรัทย์. (2543). กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยประกันภัย. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ. (2559). กฎหมายเบื้องต้นทางธุรกิจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522. ราชกิจจานุเบกษา (30 เมษายน 2522), หน้า 12-13.
- พระราชบัญญัติประกันชีวิต พ.ศ.2535. ราชกิจจานุเบกษา (4 เมษายน 2535), หน้า 6.
- พระราชบัญญัติประกันวินาศภัย พ.ศ. 2535. ราชกิจจานุเบกษา (4 เมษายน 2535), หน้า 13.
- พระราชบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พ.ศ. 2535. ราชกิจจานุเบกษา (31 มีนาคม 2535), หน้า 140.
- วิเชียร วิทย์อุดม. (2559). กฎหมายธุรกิจ. นนทบุรี: ธนัชการพิมพ์.
- ศูนย์คุ้มครองผู้ใช้บริการทางการเงิน ธนาคารแห่งประเทศไทย. (2554). ประกันภัยสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก <https://www.1213.or.th/th/others/insurances/Pages/medical.aspx>
- สมาคมประกันชีวิตไทย. (2560). ประกันสุขภาพมีไว้จะได้ไม่เจ็บจนจุ [ออนไลน์]. วารสารประกันชีวิต, 36(153), 24-25. เข้าถึงได้จาก <http://www.tlaa.org/2012/downloads.php>
- สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย. (2556). การประกันสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก http://www.oic.or.th/th/consumer/Health_ins

สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย. (2556) . แนะนำ

สำนักงานคปภ. [ออนไลน์].เข้าถึงได้จาก

<http://www.oic.or.th/th/consumer/about/recommended>

Minimally Invasive and Bloodless Heart Surgery Center. (2016). Advantages and

Disadvantages of Minimally Invasive Surgery. Retrieve from

<http://heartsurgeryinfo.com/advantages-and-disadvantages-of-minimally-invasive-surgery/>

National Heart, Lung and Blood Institute. (2015). Complications of High Blood

Pressure. Retrieved from [https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-](https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hbp/signs)

[topics/topics/hbp/signs](https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hbp/signs)

กฎหมายคุ้มครองการซื้อขายเครื่องสำอางผ่านสื่อออนไลน์

รัตนาพร ฉัตรมงคล*

บทคัดย่อ

การซื้อขายเครื่องสำอางผ่านสื่อออนไลน์ในปัจจุบันเป็นที่นิยมสูงมาก เพราะประหยัดเวลา และราคาต่ำกว่าช่องทางตลาดอื่นทั่วไป ทำให้เป็นการเพิ่มโอกาสให้กับนักธุรกิจหน้าใหม่ในการขายสินค้าผ่านสื่อออนไลน์เพิ่มมากขึ้น ในส่วนของการควบคุมการเปิดร้านขายผ่านช่องทางออนไลน์ มักจะมีการขาดการจดทะเบียนการค้าตามที่กฎหมายระบุ และมักพบปัญหาจากการซื้อขายที่เกิดขึ้น เช่น สินค้าปลอมหรือมีสารปนเปื้อน จนสามารถเกิดอันตรายต่อผู้บริโภคในภายหน้าได้ ผู้บริโภคจึงไม่ได้รับความเป็นธรรม ไม่สามารถร้องเรียนเอาผิดกับร้านค้าออนไลน์ได้ ดังนั้นข้อผิดพลาดในการซื้อขายสินค้าออนไลน์ คือการที่ผู้ซื้อและผู้ขายมิได้พบปะเจอหน้ากัน และไม่ทราบตำแหน่งร้านค้าที่ชัดเจน เป็นผลให้เกิดปัญหาจากการซื้อสินค้า ก็ไม่สามารถตามตัวคนผิดได้

ดังนั้นจึงควรมีมาตรการการควบคุมการซื้อขายเครื่องสำอางผ่านสื่อออนไลน์มากขึ้น เนื่องจากส่งผลกระทบต่อผู้บริโภค ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภาพลักษณ์ เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับสิทธิประโยชน์และได้รับความปลอดภัยจากการซื้อเครื่องสำอางผ่านสื่อออนไลน์ ในการควบคุมจะระบุให้เป็นหน้าที่ทางภาครัฐในการตรวจเพียงอย่างเดียวจะไม่เพียงพอ จะต้องมีการให้ความรู้ความเข้าใจต่อผู้บริโภคที่เพียงพออีกด้วย ทั้งการเลือกซื้อสินค้าที่มีหน่วยงานของภาครัฐรับรองอย่างชัดเจน และเมื่อเกิดความเสียหาย ก็สามารถตรวจสอบและเรียกค่าเสียหายได้อย่างสมเหตุสมผล และในขณะที่ร้านขายออนไลน์ยังไม่ปฏิบัติตามระเบียบของการซื้อขายออนไลน์ จะต้องได้รับโทษตามที่พระราชบัญญัติกำหนดไว้

คำสำคัญ : เครื่องสำอางออนไลน์/ การคุ้มครองผู้บริโภค /การซื้อขายสินค้าออนไลน์

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

Law to Protect the Purchase of Cosmetics through Online Media.

Rattanaorn Chatmongkol*

Cosmetics marketing through the online media is very popular because it saves time and lower prices than other sales channels. There is an increasing trend of new online marketing of various products through online channel. In terms of controlling the product outlets through online channels, they are not registered as a trade outlet / retails as required by law, and often encountered problems arising from counterfeit goods or contaminants, which can be harmful to consumers. Consumers are not protected and it is not fair that they cannot register a complaint against the online outlet. Therefore, the mistake of shopping online is that consumers and sellers are not meeting face to face, consumers do not know the exact location of the online operators, resulting in unresolved problems with the purchase, since no one is able to apprehend the guilty party.

Therefore, the state should take measures to control trading of cosmetics through online media, because it affects consumers in various ways: economically, environmentally, and product's image. In order to protect consumers to enjoy the benefits and safety of buying cosmetics through online media, government officials monitoring alone is not enough, but consumers should be educated to choose only products which are certified by government agency. When problems arise from a certified product, consumers can register a complaint and ask for a reasonable damage compensation. While online retailers still do not follow the online trading regulations, they must be punished according to the Ministry of Commerce Act on online trading.

Keywords: online cosmetics / consumer protection from purchasing online products.

* Registered Nurse at Bumrungrad Hospital

บทนำ

ในยุคโลกาวิวัฒน์นี้ มีสิ่งอำนวยความสะดวกทันสมัยเกิดขึ้นมากมาย ในปัจจุบันนี้มีช่องทางเกิดขึ้นในสื่อออนไลน์เป็นจำนวนมาก อาทิเช่น Line, face book, Instagram หรือ online social network ที่ใช้ในการซื้อขายสินค้า ไม่ว่าจะเป็นเครื่องใช้ เครื่องสำอาง อุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่มีการโฆษณาบอกสรรพคุณผ่านทางสื่อออนไลน์ ซึ่งบุคคลสามารถเปิดชมจากที่ใดก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นช่องทางผ่านคอมพิวเตอร์ที่บ้าน ที่ทำงาน หรือแม้แต่การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตผ่านมือถือ จึงเป็นอีกทางเลือกให้ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตสามารถซื้อขายสินค้าผ่านสื่อออนไลน์มากขึ้น เพราะมีความสะดวกและมีประโยชน์ที่หลากหลาย

แนวโน้มในการซื้อสินค้าจากต่างประเทศมีมากขึ้น โดยเฉพาะเครื่องสำอางจากประเทศเกาหลีที่มีดารา นักแสดง เป็นพรีเซ็นเตอร์ ชักจูงซื้อสินค้าผ่านสื่อออนไลน์ ทำให้สินค้าแบรนด์ต่างๆ ได้รับความนิยม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นไทย ทั้งหญิงและชาย การโฆษณาชวนเชื่อเกิดขึ้นจำนวนมาก ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามประเภทสินค้า ส่งผลให้สินค้าจากแบรนด์ต่างประเทศเหล่านี้ได้รับความนิยม จนทำให้มียอดจำหน่ายเพิ่มขึ้น โดยที่อาจจะไม่ต้องเกิดการลงทุนทางด้านการตลาดมากนัก และสินค้าที่ได้รับความนิยมหนึ่งในนั้นก็คือ เครื่องสำอาง

คนรุ่นปัจจุบันได้ให้ความสำคัญต่อรูปลักษณ์มากขึ้นทั้งในด้านการแต่งกาย และการให้ความสำคัญกับความสวยงามบนใบหน้า จึงส่งผลให้เครื่องสำอางแทบทุกกลุ่มผลิตภัณฑ์ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มน้ำหอม ผลิตภัณฑ์บำรุงผิว หรือเครื่องสำอาง เป็นส่วนสำคัญในชีวิตประจำวัน และในปัจจุบันเครื่องสำอางต่างประเทศ โดยเฉพาะเครื่องสำอางจากประเทศเกาหลีกำลังเข้ามาบุกตลาดเครื่องสำอางในประเทศไทย ซึ่งได้รับผลตอบรับจากผู้บริโภคดีมาก ดังนั้นจึงทำให้มีผู้ออกร้างในการผลิตสินค้าปลอม คล้ายผลิตภัณฑ์จากประเทศเกาหลี ขายผ่านสื่อออนไลน์ โดยอาศัยการโฆษณาชวนเชื่อ เพราะผู้บริโภคเครื่องสำอางส่วนใหญ่ให้ความสนใจเครื่องสำอางจากประเทศผู้ผลิตโดยตรง และเมื่อเกิดปัญหากับผิวหน้า เมื่อได้ใช้ผลิตภัณฑ์ปลอมที่มีสารพิษปนเปื้อนทางด้านผู้บริโภคก็ไม่สามารถเอาผิดต่อร้านค้าออนไลน์ได้ รวมไปถึงมีการปิดบังราคาสินค้า เช่น การขึ้นภาพสินค้าแต่ไม่ระบุราคาที่ชัดเจน ทำให้เกิดการไม่พอใจ เมื่อคุณภาพสินค้า และผลของสินค้า ไม่เหมาะสมกับราคา หรือไม่ตรงตามที่โฆษณาไว้ แต่ขณะเดียวกันก็อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้บริโภคได้ เช่น อาจถูกฉ้อโกงเงิน มีผู้บริโภคจำนวนมากประสบปัญหานี้ และไม่สามารถเอาผิดต่อร้านค้าทางออนไลน์ได้

การใช้งานสื่อออนไลน์เพื่อการซื้อสินค้าและบริการ

จากการสำรวจกลุ่มที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตของ(สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) 2558) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 16,661 คน เป็นเพศหญิง 57.3% เพศชาย 41.4% เพศที่สาม 1.3% ขณะเดียวกัน ยังมีการแบ่งในส่วนของกลุ่มตัวอย่างละเอียดมากขึ้น โดยเป็นกลุ่ม Gen Y 54.4% Gen X 36.3% Baby Boomer 8.5% และ Gen

Z 0.8% สำหรับจำนวนชั่วโมงการใช้อินเทอร์เน็ตในภาพรวม ทั้งผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ และคอมพิวเตอร์ โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือคิดเป็นระยะเวลาการใช้งานเฉลี่ย 6.4 ชั่วโมงต่อวัน โดยเพศที่สาม และ Gen Y เป็นกลุ่มที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตโดยเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ที่ 48.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และ 53.2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ตามลำดับ

จากการจัดเก็บสถิติระหว่างการจัดงาน Thailand Online Mega Sale 2015 ในช่วงวันที่ 1-3 ธันวาคม 2558 พบว่า ผู้ซื้อสินค้าส่วนใหญ่เข้าถึงเว็บไซต์ผ่านมือถือ 56.8 % คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะ (PC) 32.0% และแท็บเล็ต 11.2% โดยเข้าถึงเว็บไซต์ผ่านการพิมพ์ URL โดยตรง 45.9% คลิกผ่านจาก Social Media 30.3% และจากการค้นหา 9.4% นอกจากนี้เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ซื้อ ได้ทำการสำรวจเพิ่มเติมช่วงหลังการจัดงาน พบว่า ผู้หญิงยังคงซื้อทางออนไลน์มากกว่าผู้ชาย ในสัดส่วน 63% และ 35% ตามลำดับ โดยสามารถแจกแจงรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า อันดับหนึ่ง 40% เป็นผู้มีรายได้ 15,000 – 29,999 บาท รองลงมา 23% เป็นผู้มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท ส่วนอันดับที่สาม 21% เป็นผู้มีรายได้ประมาณ 30,000 – 49,999 บาท สำหรับประเภทของสินค้าที่ได้รับความนิยมมากที่สุด ได้แก่ (1) กลุ่มเครื่องสำอางอาหาร และสุขภาพ 45% (2) กลุ่มเสื้อผ้าและแฟชั่น 27% (3) กลุ่มโทรศัพท์และอุปกรณ์สื่อสาร 23% เท่ากับ กลุ่มเครื่องใช้ไฟฟ้า โดยมีมูลค่าการจับจ่ายเฉลี่ยต่อคน ประมาณ 3,857 บาท (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ 2558)

สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (2558) พบว่า การซื้อสินค้าและบริการออนไลน์ เป็นอันดับ 8 ใน 10 ของการใช้บริการอินเทอร์เน็ตซึ่งในการสำรวจปี 2558 ทาง ETDA ยังสอบถามเรื่องการซื้อของออนไลน์ มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ 64.9% ของผู้ตอบแบบสอบถามเคยซื้อของผ่านสื่อออนไลน์ และเหตุผลยอดนิยมที่ไม่ซื้อของออนไลน์คือ กลัวโดนหลอก ไม่ได้สัมผัสของก่อนซื้อ ไม่มีสินค้าที่ต้องการ ปัจจัยที่มีผลให้เข้าเว็บไซต์ของออนไลน์คือ ข้อมูลหรือการรีวิวจากผู้ที่เคยซื้อมาก่อน โฆษณาบนเว็บไซต์ เพื่อนแนะนำ สินค้าออดิตที่ซื้อผ่านสื่อออนไลน์ ได้แก่ แฟชั่น 42.6% ไอที 27.5% สุขภาพและความงาม 24.4% การเดินทางและการท่องเที่ยว 23.2% (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ 2558)

ในปี 2560 เพย์พอล (Paypal) สำรวจพบว่า จำนวนคนไทยที่ซื้อผ่านออนไลน์ มี 2 ล้านคน ที่ซื้อขายออนไลน์ข้ามประเทศ (Cross-Border Commerce) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน 30,892 บาท คิดเป็นยอดใช้จ่ายรวมกว่า 60,000 ล้านบาท ผลวิจัยระบุว่าในประเทศไทย ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จากจำนวนผู้บริโภคที่ซื้อออนไลน์ พบว่า 5 อันดับแรก นิยมซื้อสินค้าประเภทแฟชั่น อาทิ เสื้อผ้า รองเท้า เครื่องประดับ (55%) ตามมาด้วย เครื่องสำอาง/ผลิตภัณฑ์เพื่อความงาม (43%) การท่องเที่ยว และการเดินทางขนส่ง (39%) สินค้าอิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์/แท็บเล็ต/อุปกรณ์มือถือ (38%) และ สื่อเพื่อความบันเทิง – สื่อการเรียนรู้ (ดิจิทัล/ดาวน์โหลด/ออนไลน์) 34% (เพย์พอล 2560)

ธุรกิจออนไลน์ดำเนินกิจกรรมระหว่างผู้ซื้อและผู้ขายผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เช่น การสั่งซื้อ การชำระเงินหรือการส่งสินค้า ซึ่งมีความแตกต่างจากการทำธุรกิจการค้าโดยทั่วไป

เนื่องจากผู้ซื้อและผู้ขายไม่จำเป็นต้องพบกันหรือเห็นหน้ากัน ก็สามารถซื้อสินค้าได้ ดังนั้นผู้ที่เข้าสู่การทำธุรกรรมบนสื่อออนไลน์นั้นจะต้องเข้าใจถึงลักษณะเฉพาะของตลาดอินเทอร์เน็ตที่แตกต่างจากธุรกิจอื่น และเมื่อสื่ออินเทอร์เน็ตช่วยสร้างความสะดวกสบายในการซื้อสินค้าออนไลน์ มีความจำเป็นที่ผู้บริโภคต้องเพิ่มความระมัดระวังในการทำธุรกรรมผ่านทางเว็บไซต์ เช่นเดียวกัน อรชร มณีนธ์ (2546:74) กล่าวว่า ตลาดอินเทอร์เน็ต เป็นตลาดของผู้บริโภค เนื่องจากการซื้อของเกิดจากการตัดสินใจของผู้บริโภคเป็นหลัก โดยธุรกิจจะประสบความสำเร็จในตลาดอินเทอร์เน็ตได้นั้น ต้องสามารถทำให้ลูกค้าพึงพอใจมากที่สุด และสามารถบริการสินค้าได้รวดเร็ว

เครื่องสำอางต่างประเทศ

เครื่องสำอางในตลาดมีการแข่งขันกันจำหน่ายให้แก่ผู้บริโภค ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งในด้าน ราคา แบรินด์/ยี่ห้อ บรรจุภัณฑ์/ลักษณะหีบห่อ ช่องทางการจัดจำหน่ายและกลุ่มลูกค้าเป้าหมายที่ต่างกัน สินค้าที่นำเข้าจากต่างประเทศเป็นอีกตัวเลือกหนึ่งที่จะทำให้ตลาดเครื่องสำอางมีส่วนแบ่งการตลาดที่เปลี่ยนแปลงไป ในปัจจุบัน เครื่องสำอางจากเกาหลีมีบทบาทในประเทศไทยเป็นอย่างมาก ซึ่งเหตุผลก็มาจากการได้รับอิทธิพลทั้งการฟังเพลง แฟชั่น การแต่งตัว หรือแม้กระทั่งเครื่องสำอางเกาหลีโดยผลิตภัณฑ์นำเข้าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเครื่องสำอางสำหรับเสริมความงามใบหน้าและบำรุงรักษาผิว เป็นสินค้าที่มีตราสินค้าที่มีชื่อเสียงและเป็นที่รู้จักทั่วโลก มีวางจำหน่ายในห้างสรรพสินค้าเป็นส่วนใหญ่ การนำเข้าทั้งหมดจากประเทศเกาหลี ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประเทศเกาหลีเข้ามาเป็นตลาดใหม่ ครองใจผู้บริโภคชาวไทย ได้แก่ กระแสเกาหลีคลั่งไคล้ที่เป็นการสนับสนุนซึ่งกันและกันของวัฒนธรรมเพลงป๊อปของเกาหลี แฟชั่นการแต่งกาย ทรงผม รวมไปถึงเครื่องสำอางและการแต่งหน้า ซึ่งเครื่องสำอางจากประเทศเกาหลีที่นำเข้ามามีจำหน่ายในประเทศไทยมีหลากหลายแบรนด์ เช่น ETUDE, SKIN FOOD, THE FACE SHOP, MISSHA, BEAUTY CREDIT เป็นต้น แต่แบรนด์ที่ได้รับความนิยมและใช้กันมาก คือ ETUDE และ SKIN FOOD สำหรับผู้บริโภคที่ไม่ได้เดินทางไปประเทศเกาหลี และจากการซื้อผ่านสื่อออนไลน์ราคาถูกกว่าเคาเตอร์แบรนด์ที่มาเปิดในประเทศไทย ทำให้มีผู้นิยมซื้อผ่านสื่อออนไลน์มากกว่า จึงส่งผลให้ธุรกิจเครื่องสำอางจากแบรนด์เกาหลีเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อผู้บริโภคในปัจจุบันเป็นอย่างมาก และได้รับความนิยมอย่างสูง

ปัญหาที่พบจากการซื้อเครื่องสำอางผ่านสื่อออนไลน์

จากการดำเนินการตรวจสอบมาตรฐานของเครื่องสำอางที่มีการจำหน่ายในประเทศไทยพบว่า ปัญหาที่พบจากการซื้อเครื่องสำอางผ่านสื่อออนไลน์ โดยพบเป็นเครื่องสำอางปลอม เครื่องสำอางที่ไม่ได้มาตรฐานส่วนใหญ่จะเป็นเครื่องสำอางประเภทครีมหน้าแดง ครีมหน้าขาว โดยพบว่ามีสารผสมสารอันตรายห้ามใช้ เช่น สารไฮโดรควิโนน สารปรอท สารสเตียรอยด์ เป็นต้น ซึ่งพบประมาณร้อยละ 30 ทั้งนี้ สารอันตรายนี้มีผลทำให้หน้าขาวไว แต่สุดท้ายแล้วส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพในระยะยาว เช่น สเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาที่ต้องสั่งใช้โดยแพทย์เท่านั้น โดย

ปกติมักจะใช้ไม่เกิน 7 วันก็จะหยุด ดังนั้น เมื่อใช้เครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของสารสเตียรอยด์เป็นเวลานาน จะทำให้หน้าบางลง และเมื่อใช้เกิน 2 ถึง 4 สัปดาห์ขึ้นไป จะส่งผลให้ผิวแตกกลายได้นอกจากนี้ สารสเตียรอยด์ยังมีโอกาสซึมเข้าสู่ร่างกายทำให้กระดูกอ่อน รวมไปถึงจะเข้าไปกดภูมิคุ้มกันในร่างกาย ทำให้เกิดโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เมื่อได้มีการตรวจจับเครื่องสำอางที่ผสมสารอันตราย ก็มักจะมีการนำสารใหม่ๆ ที่มีฤทธิ์รุนแรงกว่าเดิมมาใช้แทนมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างสารกลุ่มสเตียรอยด์ก็พบว่าการใช้สเตียรอยด์ในกลุ่มที่ออกฤทธิ์แรงมากขึ้น โดยในปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการตรวจเครื่องสำอางทั้งจากตลาดนัด การขายตรง การขายผ่านระบบออนไลน์ และตัวอย่างที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ส่งตรวจ พบว่า สารสเตียรอยด์ที่ลักลอบผสมกลายเป็นตัวที่แรงขึ้น คือ “คลอเบทาซอล โพรไพโอเนต (Clobetasol propionate)” พบมากประมาณ 10% ถือเป็นการพบครั้งแรก ส่วนมากเป็นผลิตภัณฑ์แบรนด์ที่ไม่เป็นที่รู้จัก ผลิตภัณฑ์เลียนแบบ (กระทรวงสาธารณสุข แกลงข่าว) และจากการตรวจติดตามการปนเปื้อนของเชื้อโรคและโลหะหนัก เช่น ตะกั่ว สารหนู ในกลุ่มเครื่องสำอาง ทั้งครีมทาหน้าอายไลเนอร์ อายแชโดว์ ดินสอเขียนคิ้ว พบว่า มีการปนเปื้อนไม่มาก ประมาณ 2-3% เท่านั้น สำหรับการเลือกซื้อเครื่องสำอาง ผู้ซื้อต้องสังเกตทางกายภาพภายนอกของผลิตภัณฑ์ก่อน ว่า มีฉลากระบุชื่อ ส่วนผสม ที่ตั้งผู้ผลิต/ผู้นำเข้า โดยหากเป็นเครื่องสำอางที่ไม่มีฉลากภาษาไทย หากไม่มีแหล่งที่มา ไม่ควรซื้อ นอกจากนี้ ต้องสังเกตเนื้อครีม หากพบที่มีการแยกชั้นเป็นตะกอน จับเป็นก้อน สีเปลี่ยน หรือส่งกลิ่นผิดปกติ ควรหลีกเลี่ยง หากผลิตภัณฑ์เป็นปกติดีก่อนซื้อควรมีการทดสอบก่อน โดยอาจทาบริเวณใต้ท้องแขนทิ้งไว้ 2 ชั่วโมง เพื่อดูว่ามีการแพ้หรือไม่ นอกจากนี้ ควรสังเกตสารที่เป็นส่วนผสมด้วยว่ามีสารที่ตนเองเคยมีประวัติแพ้หรือไม่ และเลือกผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการรับรองจาก อย. เท่านั้น รวมถึงหลีกเลี่ยงการทาบริเวณที่อักเสบเพราะอาจทำให้แพ้รุนแรงได้

เนื่องจากเครื่องสำอางไม่สามารถบำบัด บรรเทา รักษาโรคได้ ผู้บริโภคควรมีวิจารณญาณในการเลือกซื้อ อย่าตกเป็นเหยื่อหลงเชื่อคำโฆษณาเครื่องสำอางที่อวดอ้างสรรพคุณเกินจริง ควรซื้อเครื่องสำอางจากร้านค้าที่มีหลักแหล่งแน่นอน เชื่อถือได้ เพราะหากเกิดปัญหา จะสามารถติดต่อผู้รับผิดชอบได้ ให้เลือกซื้อเครื่องสำอางที่มีฉลากภาษาไทยที่มองเห็นและอ่านได้ ชัดเจน โดยอย่างน้อยต้องระบุข้อความ เลขที่ใบรับแจ้ง 10 หลัก ชื่อเครื่องสำอาง ชื่อทางการค้า ซึ่งต้องมีขนาดใหญ่กว่าข้อความอื่น ประเภทหรือชนิดของเครื่องสำอาง ชื่อของสารทุกชนิดที่เป็นส่วนผสมวิธีใช้ เครื่องสำอาง ชื่อและที่ตั้งผู้ผลิต/นำเข้า ปริมาณสุทธิ เลขที่แสดงครั้งที่ผลิต เดือน ปี ที่ผลิต หรือหมดอายุ และที่สำคัญหลังจากใช้ผลิตภัณฑ์หมดแล้ว ก่อนทิ้งควรทำลายบรรจุภัณฑ์ด้วยการตัด เจาะ หรือทำให้เป็นรอย เพื่อป้องกันการนำบรรจุภัณฑ์มาใช้ซ้ำดังที่เกิดกรณีเครื่องสำอางปลอม ตรงตามสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กำหนด

ปัญหาข้อร้องเรียนเกี่ยวกับธุรกิจตลาดแบบตรง (สั่งซื้อสินค้าทางอินเทอร์เน็ต)

1. โอนเงินชำระค่าสินค้าแล้ว แต่ไม่ได้รับสินค้า

2. โอนเงินชำระค่าสินค้าแล้ว แต่ได้รับสินค้าชำรุดบกพร่อง เสื่อมคุณภาพหรือไม่ได้มาตรฐาน หรือได้รับสินค้าไม่เป็นไปตามที่โฆษณาหรือประกาศ
3. มีการหลอกลวงให้ซื้อสินค้า แต่ไม่มีสินค้าอยู่จริง เป็นเหตุให้ผู้ซื้อต้องสูญเสียเงินเพื่อชำระค่าซื้อสินค้า (ซื้อสินค้า ไม่ได้สินค้า)
4. ไม่สามารถติดต่อกับผู้ขายตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แจ้งได้

ปัญหาการหลอกลวงจากการซื้อสินค้าออนไลน์ เป็นปัญหาอันดับต้นของการร้องเรียนมาที่สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เนื่องจากการโอนเงินแล้ว ไม่ได้รับสินค้า หรือผู้ขายหลบหนีหายไป

การคุ้มครองสิทธิในการได้รับการชดเชยความเสียหาย

1. การคุ้มครองผู้ซื้อ

กรณีได้สินค้าไม่ตรงตามคำโฆษณา ตามกฎหมายมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2541 ซึ่งวางหลักการสำคัญเรื่องคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค 5 ประการ ได้แก่

1. สิทธิที่จะได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการที่ถูกต้อง
2. สิทธิที่จะเลือกซื้อสินค้าและบริการ
3. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าและบริการ
4. สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา
5. สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย

ซึ่งหลักการทั้ง 5 ประการนี้ แม้จะไม่มีบทบัญญัติที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภคที่ซื้อสินค้าและบริการทางอินเทอร์เน็ตโดยเฉพาะ แต่เจตนารมณ์ของกฎหมายได้ให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภคทุกกรณี แม้ว่าจะเป็นการซื้อสินค้าออนไลน์

ตาม พ.ร.บ.ขายตรงและตลาดแบบตรง พ.ศ. 2545 กำหนดให้ผู้ประกอบการต้องทำการจดทะเบียนกับทางสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ก่อนที่จะเริ่มประกอบการ เนื่องจากหากมีการร้องเรียนเกิดขึ้น เมื่อผู้บริโภคไม่ได้รับความเป็นธรรม ไม่ว่าจะเป็นการสั่งสินค้าแล้วไม่ส่งให้ หรือสินค้าที่ได้รับไม่ได้มาตรฐาน และสินค้าชำรุดเสียหาย จะได้มีการตรวจสอบและติดตามผู้ประกอบการได้ หากร้านค้าออนไลน์มีการฝ่าฝืน ไม่ไปขอจดทะเบียนประกอบธุรกิจขายตรงกับทางสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ตามมาตรา 47 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำและปรับ อีกวันละไม่เกิน 10,000 บาท ตลอดเวลาที่ยังฝ่าฝืนอยู่ นอกจากนี้ ผู้ประกอบการจะต้องมาจดทะเบียนพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ ที่ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ เพื่อออกเครื่องหมายการจดทะเบียนให้กับผู้ประกอบการ หากฝ่าฝืน ตาม พ.ร.บ.ทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ.2499 ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท

2. การควบคุมการผลิตการนำเข้าเครื่องสำอาง

ตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.2558 บัญญัติการนำเข้าดังนี้

มาตรา 25 เมื่อมีประกาศตามมาตรา 6 (9) การนำเข้าเพื่อขายเครื่องสำอาง ต้องผ่านการตรวจสอบของพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ ด่านตรวจสอบเครื่องสำอาง

มาตรา 26 ผู้จัดแจ้งต้องผลิตหรือนำเข้าเครื่องสำอางให้ตรงตามที่ได้จัดแจ้งไว้

มาตรา 27 ห้ามมิให้ผู้ใดผลิตเพื่อขาย นำเข้าเพื่อขาย รับจ้างผลิตหรือขายเครื่องสำอางดังต่อไปนี้

- (1) เครื่องสำอางที่ไม่ปลอดภัยในการใช้
- (2) เครื่องสำอางปลอม
- (3) เครื่องสำอางผิดมาตรฐาน
- (4) เครื่องสำอางที่รัฐมนตรีประกาศห้ามตามมาตรา 6 (1)
- (5) เครื่องสำอางที่ถูกสั่งเพิกถอนใบรับจัดแจ้งตามมาตรา 36 หรือมาตรา 37

มาตรา 28 เครื่องสำอางที่มีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นเครื่องสำอางที่ไม่ปลอดภัยในการใช้

- (1) เครื่องสำอางที่ผลิตหรือใช้ภาชนะบรรจุไม่ถูกสุขลักษณะอันอาจเป็นอันตรายต่อผู้ใช้
- (2) เครื่องสำอางที่มีสารอันตรายตัวใดรวมอยู่ด้วยและอาจทำให้เกิดเป็นพิษอันเป็นอันตรายต่อผู้ใช้
- (3) เครื่องสำอางที่มีสิ่งที่เป็นอันตรายต่อผู้ใช้เจือปนอยู่ด้วย
- (4) เครื่องสำอางที่มีวัตถุที่ห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอางตามมาตรา 6

(2)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการกำกับดูแลคุณภาพและมาตรฐานการผลิต การนำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักร การจำหน่ายเครื่องสำอางให้มีคุณภาพมาตรฐานและปลอดภัยต่อการใช้ ซึ่งขอบข่ายการทำงานจะประกอบด้วย การกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ก่อนออกสู่ตลาด (Pre-marketing Control) และการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์หลังออกสู่ตลาด (Post-marketing Control) ตลอดจนการพัฒนาเพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชน

3. การกำกับดูแลผู้ประกอบการในระบบพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์

การให้ผู้ประกอบการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการจำหน่ายสินค้าและบริการผ่านระบบพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉบับที่ 44 พ.ศ. 2560 เรื่องการแสดงราคาและรายละเอียดเกี่ยวกับการจำหน่ายสินค้าและบริการ ผ่านระบบพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2560) เพื่อให้ผู้บริโภคได้มีโอกาสในการเปรียบเทียบราคาหรือค่าบริการก่อนตัดสินใจซื้อสินค้าหรือใช้บริการ อาศัยอำนาจ

ตามความในมาตรา 9 (5) มาตรา 28 แห่งพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2542 คณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ดังนี้

- ในประกาศนี้ “ผู้ประกอบการธุรกิจ” ได้แก่ ผู้ประกอบการธุรกิจเกี่ยวกับการจำหน่ายสินค้าหรือบริการ ผ่านระบบพาณิชย์ อิเล็กทรอนิกส์หรือออนไลน์

- ให้ผู้ประกอบการธุรกิจแสดงราคาจำหน่าย ค่าบริการ รวมถึงประเภท ชนิด ลักษณะ ขนาด น้ำหนัก และรายละเอียดของสินค้าหรือบริการ โดยการเขียน พิมพ์ หรือกระทำให้ปรากฏด้วยวิธีอื่นใดในระบบพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์หรือระบบออนไลน์ของผู้ประกอบการธุรกิจนั้น ในลักษณะที่ชัดเจน ครบถ้วน เปิดเผย สามารถอ่านได้โดยง่าย การแสดงราคาจำหน่ายสินค้า ค่าบริการตามวรรคหนึ่ง ให้แสดงราคาต่อหน่วย ราคาหรือค่าบริการนั้นจะมีตัวเลขภาษาใดก็ได้ แต่ต้องมีตัวเลขอาราบิกอยู่ด้วย สำหรับข้อความหรือรายการที่แสดงควบคู่กับราคาจำหน่ายหรือค่าบริการต้องเป็นภาษาไทย แต่จะมีภาษาอื่นด้วยก็ได้

- กรณีที่มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายอื่นๆ นอกเหนือจากราคาจำหน่ายสินค้าหรือค่าบริการที่ให้บริการที่แสดงไว้ตามข้อ 3 ผู้ประกอบการธุรกิจจะต้องแสดงค่าใช้จ่ายดังกล่าวให้ชัดเจน ครบถ้วนและเปิดเผย โดยแสดงไว้ควบคู่กับการแสดงราคาจำหน่ายสินค้าหรือค่าบริการที่ให้บริการ

- การแสดงราคาจำหน่ายปลีกสินค้าหรือค่าบริการที่ให้บริการ ต้องแสดงให้เห็นตรงกับราคาที่จำหน่าย หรือค่าบริการที่ให้บริการ

สรุปและข้อเสนอแนะ

เครื่องสำอางสามารถทำให้บุคลิกภายนอกดูดีขึ้น และเป็นที่ดึงดูดความสนใจต่อบุคคลภายนอกที่พบเจอ ทำให้ผู้ใช้เกิดความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น แต่การค้นพบเครื่องสำอางที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลนั้นยาก ต้องอาศัยจากเพื่อน หรือดารานักแสดง ในการประกอบการตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์ ซึ่งมาจากการรับโฆษณาในช่องทางที่ง่ายที่สุดคือ สื่อออนไลน์

การซื้อเครื่องสำอางผ่านสื่อออนไลน์ เป็นการซื้อที่ประหยัดเวลา และอาจจะได้ราคาถูกกว่าช่องทางอื่น ส่งผลให้ความตระหนักต่อการตัดสินใจซื้อสินค้านั้นลดลง หรือคล้อยตามไปกับการรีวิว (การโฆษณา) ของร้านค้าานั้น ผลกระทบที่ตามมา คือสินค้าไม่เป็นไปตามที่โฆษณา หรือการถูกหลอกลวงผ่านสื่อออนไลน์ ซึ่งผู้บริโภคสามารถร้องเรียนไปที่สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคได้ แต่การร้องเรียนผู้บริโภคต้องทราบรายละเอียดของร้านค้าออนไลน์นั้น หลายร้านในสื่อออนไลน์หลีกเลี่ยงการจดทะเบียนการค้าตามกฎหมาย เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงภาษี และหลีกเลี่ยงการตรวจสอบคุณภาพสินค้า ทำให้ผู้บริโภคเสี่ยงต่อการได้รับผลเสียจากการซื้อสินค้าออนไลน์

ดังนั้น การซื้อเครื่องสำอางผ่านสื่อออนไลน์ ต้องมีการตรวจสอบถึงการจดทะเบียนการค้า และสถานที่ตั้งการค้าขายให้ชัดเจน รวมถึงการศึกษาถึงส่วนประกอบการผลิตเครื่องสำอาง เมื่อเครื่องสำอางที่นำเข้ามาจากประเทศเกาหลี การตรวจสอบส่วนประกอบจึงมี

ความยาก เนื่องจากเป็นภาษาต่างประเทศ เช่น เกาหลี และบางชนิดไม่ได้ระบุไว้ สินค้าปลอมจึงเกิดขึ้นได้จำนวนมากขึ้น ในราคาที่ต่ำกว่า ถือเป็นการโฆษณาการขายไปในตัว ผู้บริโภคควรตรวจสอบก่อนตัดสินใจซื้อให้ถี่และถี่ถ้วน เพื่อเป็นการป้องกันภัยอันตรายมาสู่ผู้บริโภค

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (2559). ETDA เผยคนไทยใช้เน็ตมือถือ 6.2 ชั่วโมงต่อวัน [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.manager.co.th/game/viewnews.aspx?NewsID=9590000085024>
- จิตรภา ยิงยง และ ดุชนิ พรหมโสตา(2555). การศึกษาพฤติกรรมการเลือกซื้อเครื่องสำอางเกาหลีผ่านระบบอินเทอร์เน็ต. กรุงเทพฯ: มหาลัทธิศิลปากร
- สุขุม กาญจนพิมาย อธิปไตยมหาวิทยาลัยการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559).ตรวจ “เครื่องสำอาง” พบกลุ่มครีมหน้าขาว หน้าแดง ลอบผสมสารห้ามใช้ 30% [ออนไลน์].เข้าถึงได้ <http://www.manager.co.th>
- พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535. (แก้ไข 2558). ราชกิจจานุเบกษา. ตอนที่ 86 หน้า 5-25.
- พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522. (2522). ราชกิจจานุเบกษา.ตอนที่ 43 หน้า 25-64.
- ประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉบับที่ 44 พ.ศ. 2560 เรื่องการแสดงราคาและรายละเอียดเกี่ยวกับการจำหน่ายสินค้าและบริการ ผ่านระบบพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ หรือออนไลน์ ราชกิจจานุเบกษา ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2560
- ฉัตรสมุน พฤฒิกัญญา. (2552). *การคุ้มครองผู้บริโภค* กรุงเทพฯ : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- เพ็ญพล. เปลือยพฤติกรรมคนไทยบ้าช้อปปิ้ง! ใช้จ่ายทะลุกว่า 3 แสนล้าน นิยมซื้อผ่าน “มือถือ” รองจากจีน <https://www.brandbuffet.in.th/2017/02/thai-consumer-online-shopping-behavior-paypal/>
- ภารุจา บุญจรัสทัศน์ (2556). การควบคุมการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ผ่านสังคมออนไลน์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยแอแบค
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) (2557). ผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตไทยประจำปี 2558 และ ETDA เผยพฤติกรรมนักช้อปปิ้ง Thailand Online Mega Sale 2015. <https://www.etda.or.th/content/thailand-online-mega-sale-2015-statistics.html>
- ศุภาสินี โชความ และสุนนา อธิปัตติกุล (2558).ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจซื้อเครื่องสำอางนำเข้าจากประเทศเกาหลีในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยกรุงเทพ
- ปิยรัตน์ ณ สงขลา. (2546). ปัจจัยที่ใช้ในการเลือกซื้อเครื่องสำอางเพื่อดูแลผิวพรรณของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการตลาด คณะบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

สุภัชญา สุนันตะ*

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายถึงความพร้อมและปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยความพร้อมด้านการจัดการสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นที่สำคัญ คือ ความพร้อมเชิงองค์การขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และความพร้อมของชุมชน ซึ่งทัศนคติของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่อการรักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรง และรูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน ซึ่งองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นกลไกของการมีส่วนร่วมในเชิงปกครองหรือในเชิงโครงสร้างของชุมชนท้องถิ่นที่สำคัญ และการมีส่วนร่วมประชาชนเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่ง ต่อการผลักดันให้เกิดการดำเนินการกิจการพัฒนาท้องถิ่นให้ขับเคลื่อนไปได้

การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเป็นสิ่งที่สำคัญ จึงควรมีการสร้างทัศนคติและกระตุ้นความกระตือรือร้นของประชาชนในพื้นที่ให้เห็นความสำคัญของงานด้านสาธารณสุข และให้มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง และท้องถิ่นควรมีการตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอที่ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือที่ยั่งยืนกว่าการสนับสนุนเพียงงบประมาณในรายโครงการเท่านั้น

คำสำคัญ : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ บทบาทด้านสาธารณสุข /ความพร้อมของท้องถิ่น

* เจ้าหน้าที่พิจารณารับประกันแบบตรวจสุขภาพ (พยาบาลวิชาชีพ) บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

Local Government Administration and Its Role in Community Health Promotion

Supachchaya Sunanta*

Abstract

This article aims to explain the readiness of and factors affecting on health promotion role of local government administrations. The readiness of health management in the local community is the organizational readiness of local administrative organizations and community capacity, where the attitudes of the people in the local community to healthy living are strong. The local government is a mechanism for the involvement of the local community or an important structural factor of the local community. Public participation is a very important factor for pushing the local community developmental activity to move forward.

Encouraging public participation is important, therefore, stimulating the attitude and enthusiasm of the local people in the area for the importance of public health should be emphasized. Local community should be encouraged to participate in projects and related activities. Local district health committees should be set up, consisting of local government, private sector, civil society and local experts in the community. In addition, there should be an encouragement for sustainable partnerships more than just supporting budget in the project only.

Keywords: local government/ public health role/ local community readiness

* Medical Underwriting Officer (Registered Nurse), Thai Life Insurance Public Company Limited.

บทนำ

เนื่องจากแนวนโยบายของรัฐบาลกำหนดให้มีการกระจายอำนาจไปสู่ประชาชนในทุกระดับ โดยได้กำหนดให้ทั่วทุกพื้นที่ของประเทศอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถือว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดประชาชนในท้องถิ่นมากที่สุด โดยมีกฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่นที่บัญญัติขึ้นเพื่อจัดตั้งองค์การปกครองท้องถิ่นและกระจายอำนาจการบริหารจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น ที่กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นกับส่วนกลางในขอบเขตการกำกับดูแลเพื่อการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประโยชน์ของประเทศโดยส่วนรวม ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ เพื่อให้มีการจัดทำบริการสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ มีการบริการอย่างทั่วถึง ตรงกับความต้องการของประชาชนตามความเหมาะสมและความจำเป็นในแต่ละท้องถิ่น และเพื่อเป็นกระบวนการให้การเรียนรู้ในระบบประชาธิปไตยแก่ประชาชนในระดับท้องถิ่นโดยผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่นจะมาจากการเลือกตั้งของประชาชนในท้องถิ่นนั้น ประชาชนจะมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ โดยท้องถิ่นจะต้องมีอิสระในการตัดสินใจ กำหนดทิศทาง นโยบาย และการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนาท้องถิ่นของตนเองได้ และราชการส่วนกลางจะมีบทบาทในการกำกับดูแลและให้ความช่วยเหลือ ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีรูปแบบการปกครองท้องถิ่นทั้งหมด 5 รูปแบบ คือ กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด และองค์การบริหารส่วนตำบล

จากข้างต้นเห็นได้ว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นถูกจัดตั้งขึ้นบนพื้นฐานของแนวความคิดในการพัฒนาระบบการปกครองแบบประชาธิปไตยที่ให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมและเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการท้องถิ่น จึงถือได้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นรากฐานของระบอบประชาธิปไตยโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งมาจากประชาชน ดำเนินกิจการเพื่อประชาชน และโดยการกำกับดูแลของประชาชน ดังนั้นองค์กรปกครองท้องถิ่นจึงเป็นกลไกของการมีส่วนร่วมในเชิงปกครองหรือในเชิงโครงสร้างของชุมชนท้องถิ่น ประชาชนในฐานะผู้เป็นเจ้าของอำนาจที่แท้จริง เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการผลักดันให้เกิดการดำเนินการกิจการพัฒนาท้องถิ่นให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดต่อการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากกรอบแนวทางการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข กำหนดงานที่ต้องปฏิบัติออกเป็น 4 ส่วน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการสุขภาพสิ่งแวดล้อมหรือการอนามัยสิ่งแวดล้อมและการส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วน

หนึ่งในการพัฒนาการสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของชุมชน ในกรอบงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ในการให้บริการด้านการสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยทั่วไปเป็นบทบาทภาระหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามในบริบทของงานส่งเสริมสุขภาพและงานสุขภาพสิ่งแวดล้อมหรือการบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐานนั้น หน่วยงานรัฐส่วนกลางได้กระจายอำนาจการจัดการดังกล่าวไปสู่องค์กรปกครองท้องถิ่น นับตั้งแต่มีการจัดตั้งองค์กรปกครองท้องถิ่นขึ้น

อำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองท้องถิ่นที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหรือการสุขภาพสิ่งแวดล้อมพื้นฐานนั้น มีภารกิจเพื่อการป้องกันโรคติดต่อและส่งเสริมการอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทยที่บัญญัติว่าการบริการทางสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะทำได้ และเพื่อส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด คือ 1) การจัดการบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในเขตพื้นที่ 2) การเข้าไปมีส่วนร่วมในการบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่อยู่นอกเขตพื้นที่ เฉพาะกรณีที่มีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่ของตน 3) การมีส่วนร่วมในการพิจารณา เพื่อริเริ่มโครงการหรือกิจกรรมใดนอกเขตพื้นที่ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้น องค์กรปกครองท้องถิ่นจึงเป็นองค์กรหรือกลไกของประชาชนที่สำคัญ ที่มีบทบาทในการพัฒนาการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของประชาชนในท้องถิ่นนั้นๆ

บทความฉบับนี้นำเสนอความพร้อมและความสำคัญด้านบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในบทบาทด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้ความสำคัญ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของประชาชนในท้องถิ่นอย่างยั่งยืน

ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน

ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนเป็นปัจจัยหลักของความสำเร็จในการบรรลุถึงสุขภาวะของประชาชน การประเมินและพิจารณาความพร้อมด้านการจัดการสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น 2 ประเด็นหลัก คือ

1) ความพร้อมเชิงองค์การขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Institutional Capacity of Local Administrative Organizations) ซึ่งประกอบด้วย ภาวะผู้นำและเจตคติของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โครงสร้างของระบบสนับสนุนภายในองค์กร ความเพียงพอของบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อจำนวนประชากร และศักยภาพทางด้านการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) ความพร้อมของชุมชน (Community Capacity) ซึ่งทัศนคติของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่อการรักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรง และรูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน

จากการปฏิรูปความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและชุมชนท้องถิ่นนั้น ความสัมพันธ์มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หากพิจารณาจากกระบวนการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และ 2550 เป็นการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ที่เป็นทางการ คือ เป็นการปฏิรูปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ตามตัวบทกฎหมาย กระบวนการดังกล่าวอาจยังไม่ได้บรรลุเป้าประสงค์ที่ได้วางไว้ทีเดียว แต่ในขณะเดียวกันความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการในชุมชนท้องถิ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน และกลายเป็นแรงขับเคลื่อนหลักในการแปลงนโยบายสาธารณะบางนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เช่น ความกระตือรือร้นในการบริหารกิจการต่างๆ ในชุมชนของตนเองของประชาชน และการเรียกร้องขอมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายที่มีผลกระทบต่อชุมชนของตนเอง ตลอดจนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการสาธารณสุขมูลฐาน

ทิศทางการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างการปกครองของประเทศ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นในการให้บริการในด้านต่างๆ แก่ประชาชน อีกทั้งยังจะเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ภาวะผู้นำในชุมชนท้องถิ่นที่ ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำชุมชนเหล่านั้น และประชาชนจะเป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนกระบวนการงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัจจัยที่มีผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทด้านสาธารณสุข มีตัวแปรสำคัญในการประเมินความพร้อมที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1. ความพร้อมเชิงองค์กร (Institutional Capacity) ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ

1) ภาวะผู้นำและเจตคติของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) โครงสร้างของระบบสนับสนุนภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเพียงพอของบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อจำนวนประชากร

3) ศักยภาพทางด้านการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ความพร้อมของชุมชน (Community Capacity) ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ

1) ทักษะคิดของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่อการรักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรง

2) รูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน

ปัจจัยข้างต้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทด้านสาธารณสุขแตกต่างกัน หรืออีกนัยหนึ่งความพร้อมของปัจจัยดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการพัฒนาบทบาทด้านสาธารณสุขไปอย่างมาก ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดที่มีปัจจัยดังกล่าวข้างต้นพร้อมและครบถ้วน นับว่ามีความเหมาะสมที่จะมีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพประสิทธิผลสำเร็จมากกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่ได้มีปัจจัยดังกล่าว

ตามกรอบรัฐธรรมนูญและกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญได้วางระบบและขั้นตอนการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบนพื้นฐานของทฤษฎีว่าด้วยการกระจายอำนาจ (Decentralization Theory) ซึ่งได้แบ่งองค์ประกอบของกระบวนการกระจายอำนาจเป็น 3 มิติ ได้แก่

มิติทางการเมือง มิติทางการบริหาร และมิติทางการคลัง ทั้งนี้สำหรับมิติทางการเมือง (Political Dimension) ประชาชนในชุมชนท้องถิ่นไทยในปัจจุบันสามารถคัดเลือกผู้บริหารและสมาชิกสภาท้องถิ่นได้โดยผ่านกระบวนการเลือกตั้งท้องถิ่นซึ่งทำให้เกิดกลไกความรับผิดชอบทางการเมือง (Political Accountability) ขึ้นระหว่างคณะผู้บริหารท้องถิ่นและประชาชน โดยผู้บริหารท้องถิ่นถือเป็นผู้นำของชุมชนที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการสร้างวิสัยทัศน์การพัฒนา แปลงวิสัยทัศน์ไปเป็นนโยบาย และกำกับดูแลการนำนโยบายนั้นไปสู่ภาคปฏิบัติ

มิติทางการบริหาร (Administrative Dimension) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ในการบริหารกิจการสาธารณะให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทยังมีพระราชบัญญัติเฉพาะของตนเองซึ่งระบุขอบเขตภาระหน้าที่ในการให้บริการประชาชน และมีการระบุแหล่งที่มาของทรัพยากรสำหรับใช้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มิติทางการคลัง (Fiscal Dimension) กฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการกระจายอำนาจได้กำหนดแหล่งที่มาของรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้ 4 แหล่ง คือ รายได้ที่จัดเก็บเอง (ภาษีท้องถิ่นและค่าธรรมเนียม) รายได้ที่รัฐจัดเก็บและจัดสรรให้ รายได้ที่รัฐแบ่งให้ตามสัดส่วนที่ระบุไว้ในกฎหมาย และเงินอุดหนุนจากรัฐ

มิติทั้งสามของกระบวนการกระจายอำนาจถือเป็นกรอบแนวคิดในภาพรวมของบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะเป็นองค์กรภาครัฐที่ทำงานใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด บทบาทหน้าที่ของท้องถิ่นจึงมีมากมายหลายด้าน เช่น ด้านการศึกษา ด้านการสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งในด้านสาธารณสุขนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานให้ครอบคลุมทุกมิติคุณภาพชีวิต ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต คุณภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพภายในเขตพื้นที่ชุมชน ซึ่งบทบาทหน้าที่ดังกล่าวครอบคลุมไปถึงการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการบริหารสุขภาพจิตให้สมบูรณ์

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ บทบาทในการให้บริการและบทบาทในการบริหารงานภายในองค์กรและการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกเพื่อให้งานด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน

บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การสร้างเสริมสุขภาพก็คือ กระบวนการในการป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มนุษย์ต้องเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร โดยป้องกันไม่ให้เกิดคนต้องตกอยู่ในสภาพการเจ็บป่วยโดยการจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยการควบคุมมิให้ปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร รวมทั้งลดปัจจัยเสี่ยงและให้ประชาชนหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพทั้งหลายโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพสู่พฤติกรรมที่ปลอดภัย จากพฤติกรรมที่ปลอดภัยนี้จะนำไปสู่วิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละคนจนกลายเป็นค่านิยม วิถีปฏิบัติ ในด้านพฤติกรรมสุขภาพของสังคมและนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี (Well being) ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2553)

กฎหมายที่ส่งผลต่อการขยายบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน คือ พระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ซึ่งเน้นเชิงการจัดการสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน เช่น การรักษาความสะอาดของถนนทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลตลอดจนการป้องกันโรคและ

ระงับโรคติดต่อ แต่ยังไม่ครอบคลุมบทบาทของการสร้างเสริมสุขภาพเท่าที่ควร แม้ว่าจะมีพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 และแผนการถ่ายโอนฯ พ.ศ. 2545 ที่เร่งการกระจายอำนาจภารกิจของรัฐไปสู่ท้องถิ่น ต่อมาแผนปฏิบัติการปี 2551 ปรากฏคำว่า สร้างเสริมสุขภาพอยู่ในชื่องานตามภารกิจที่ต้องถ่ายโอน แต่ขอบเขตการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณนั้น หน่วยงานบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ไปพร้อมกับสถานีนามัยและบุคลากร ซึ่งน่าจะทำให้ภาวะการนำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพล่าช้าออกไป เนื่องจากจะต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอนในการรับโอนสถานีนามัย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอื่นของระบบสุขภาพตั้งแต่อดีตจนกระทั่งมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เริ่มหนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรบริหารส่วนตำบลและเทศบาล ในการตัดสินใจทำแผนจัดสรรทรัพยากรในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ประกอบกับความเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมไปพร้อมๆ กับการพัฒนาชุมชน ในรูปแบบที่หลากหลายและที่เห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น

สิ่งที่ท้าทายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมอนามัยส่วนบุคคล เช่น การดูแลเรื่องนม อาหารเสริมและอาหารกลางวันเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กและโรงเรียน การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การตรวจสุขภาพ การทำฟัน การจัดหาเวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ให้แก่สถานีนามัย การป้องกันโรคติดต่อ ยาเสพติด และมีการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตเช่น การส่งเสริมอาชีพ และการสงเคราะห์ เบี้ยยังชีพให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ เด็ก สตรี ผู้ด้อยโอกาส ผู้ประสบภัย และผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เป็นต้น แม้จะพบว่า มีการประสานและดำเนินงานนโยบายสาธารณะอื่นๆ แล้วเช่น งานป้องกันยาเสพติด การลดปริมาณการใช้สารเคมี การจัดการขยะ และงานควบคุมมาตรฐานอาหารและยา ตาม พ.ร.บ.อาหาร (พ.ศ. 2522) และ พ.ร.บ. ยา (พ.ศ. 2510) แต่ปัจจุบันมีสิ่งที่ท้าทายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพอีกมาก ในด้านภัยคุกคาม และการใช้ชีวิต ดังนี้

1. ภัยคุกคามจากปัจจัยภายนอก

1.1 ผลกระทบจากเทคโนโลยีสมัยใหม่ มีผลกระทบ เช่น เสียสุขภาพกายถ้าใช้คอมพิวเตอร์นานๆ เสียการเรียนหรือการทำงานเนื่องจากติดเกมส์ ขาดสังคมหรือขาดสัมพันธ์ภาพแบบเผชิญหน้าพบปะพูดคุยโดยตรง หรือมีผลต่ออารมณ์

1.2 ผลกระทบจากแบบแผนการผลิตที่ก่อให้เกิดมลพิษจากอุตสาหกรรมพิษจากสารเคมีปราบศัตรูพืช ผลกระทบจากโรคติดต่อข้ามพรมแดนและโรคติดต่อจากแรงงานย้ายถิ่น

2. การใช้ชีวิตที่มีผลกระทบต่อสุขภาพรวมถึงพฤติกรรมบริโภคนิยม การใช้สารเสพติด อันได้แก่ สุรา ยาสูบ และยาเสพติด และการใช้ชีวิตอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุหรือในพื้นที่ภัย

จากข้างต้นเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและมีแนวโน้มที่จะพัฒนาระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับรู้และเตรียมความพร้อมในการรับมือภัยคุกคามต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและวิถีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากแนวนโยบายของรัฐบาลที่กำหนดให้มีการกระจายอำนาจไปสู่ประชาชน โดยได้กำหนดให้ทั่วทุกพื้นที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถือว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดประชาชนในท้องถิ่นมากที่สุด กรอบแนวทางการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข กำหนดงานที่ต้องปฏิบัติเป็น 4 ส่วน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยบทบาทด้านสาธารณสุขที่สำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคืองานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเดิมมีแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของภาคส่วนและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพมานานแล้ว แต่กิจกรรมในอดีตมักจะทำให้ประชาชนเป็นผู้ร่วมทำมากกว่าร่วมคิดและตัดสินใจ การเพิ่มบทบาทในรูปแบบกองทุนสุขภาพตำบลหรืองบประมาณจัดสรรจากท้องถิ่นสู่ชุมชนเพื่องานสาธารณสุขมูลฐานก็ดียังพัฒนาได้อีกมาก ซึ่งต้องสนับสนุนศักยภาพของชุมชนในการร่วมตัดสินใจให้มากขึ้น นอกจากนี้พบว่ามีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเกิดขึ้นได้ในบางจังหวัด บางตำบล ดังนั้นการจัดการในการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนอย่างไร เพื่อให้ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จึงยังเป็นคำถามที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- วินัย ลิสมิทธิ์ และสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2553). บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. รายงานวิจัย; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิวัฒน์ วนรังสิกุล. (2559). บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนนทบุรีต่อส่วนร่วมในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 46(1), 71-81.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จิรบุรณ โตสงวน และ หทัยชนก สุมาลี. (2553). บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพและข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานวิจัย; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนสุ และธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา. (2556). ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ. คลังน่านาวิทยา : ขอนแก่น.
- ศูนย์บริหารกฎหมาย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). อบต.กับการจัดการปัญหาสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมาย. มปท.
- สุพัตรา ศรีวณิชการ, ทศนีย์ ญาณะ, มธุพร ภาคพรต และพฤษภา บุญญ. (2558). “สู่ชุมชนสุขภาพดี” คู่มือการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. สหมิตรพรินตังแอนด์พับลิชชิง : นนทบุรี.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). อบต. กับการจัดการสภาวะชุมชน. *หมออนามัย*, 19 (1), 49-53.

โรคที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขและการใกล้เคียงชีพาท

กิตติธรร ปานเทศ*

บทคัดย่อ

สถิติการฟ้องร้องค่าชดเชยทางการแพทย์ตั้งแต่ปี 2539-2558 มีคดีแพ่งสูงสุด 241 คดี จากคดีทั้งหมด 323 คดี สาเหตุฟ้องร้องสูงสุดคือ การรักษาผิดพลาด และการคลอດความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เป็นผลมาจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์หรือความผิดพลาดต่างๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย สาเหตุใหญ่มีทั้งสาเหตุเชิงบุคคลและสาเหตุเชิงระบบ ประเภทความเสียหายแบ่งเป็นความเสียหายแก่ชีวิต ความเสียหายแก่ร่างกาย และความเสียหายแก่จิตใจ การชดเชยค่าเสียหายมีกระบวนการทางกฎหมายคือประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และกระบวนการเยียวยาความเสียหายโดยฝ่ายบริหาร ซึ่งมี 1) การชดเชยค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายโดยรัฐตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2539 2) มาตรการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การศึกษานี้ใช้กรณีศึกษาของผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการคลอດบุตร ในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง รับส่งต่อผู้ป่วยอายุครรภ์ 8 เดือน ทารกในครรภ์มีอาการหัวใจเต้นช้าผิดปกติจากโรงพยาบาลชุมชน พบว่ามารดาขณะคลอດมีอาการแทรกซ้อนจนต้องถูกตัดมดลูกและบุตรเสียชีวิตต่อมา ปัญหาที่พบในเชิงระบบมีสาเหตุมาจากการประเมินอาการผู้ป่วยไม่ละเอียด การสื่อสารไม่ชัดเจนระหว่างแพทย์และญาติผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ที่รับส่งต่อมีคนไข้มากเข้าถึงผู้ป่วยช้า วิธีการใกล้เคียงต้องมีทีมนำการใกล้เคียงที่รวดเร็วร่วมกับทีมแพทย์เจ้าของไข้เข้าชี้แจงเหตุการณ์พร้อมกับอธิบายสาเหตุสุดวิสัยที่เกิดขึ้น พร้อมกับช่วยเหลือในการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รัฐบาลควรสนับสนุนนโยบายสาธารณสุขในการจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอ และเน้นการสร้างคุณธรรมจริยธรรม ในส่วนโรงพยาบาล เน้นพัฒนาการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เพื่อสร้างเข้าใจที่ดีและเพิ่มพูนศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนให้มีความสามารถในการให้บริการเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์

คำสำคัญ : ผู้ได้รับความเสียหาย/ การชดเชยค่าเสียหาย/การใกล้เคียง

* เกษักรชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

Iatrogenic disease from Health Service and Reconciliation

Kittithorn Panthes^{*}

Abstract

Damage from public health services is the result of misconceptions or errors made by medical personnel in the treatment of patients. A major cause is due to both personnel and the system. Damage is divided into loss of life, bodily damages and damages to the mind (sanitation). Compensation for damages is a legal process, namely the Civil and Commercial Code, and compensation process by administration as followed: 1) Compensation to the victim by the state, according to Abuse of the officials Act, B.E. 2539. 2) Measures to pay for the victim, according to the Universal Coverage Act in section 41. Statistics on filing lawsuits for medical service from 1996 – 2015, found that the highest lawsuits were 241 civil cases from a total of 323 cases. Major reason for lawsuit was medical malpractice and delivery cases.

A case study of a woman with 8 month pregnancy affected by childbirth at a regional center hospital, who was being transferred from a community hospital with abnormal heart beat of the fetal. It was found that the mother had complications, received a hysterectomy and her son died. Systemic problems are caused by poor patient evaluation. Communication is not clear between the physician and the patient relatives. The regional center hospital had too many patients and the medical team was not able to help the transferred patient in time. The mediation process must be quick in getting all the facts from medical team before explaining to the patient and relatives about the uncontrollable factors and assist with basic compensation according to Article / Section 41.

The policy recommendation is that the government should support the public health policy by allocating enough personnel, and emphasizes on moral ethics. On the part of the hospital, should emphasize on developing good relationships between doctors and patients, to create a better understanding and increase the capacity of the community hospital to have the ability to provide services, and reduces congestion of the regional center hospital.

Keywords: patient damage, medical damage compensation, medical reconciliation

^{*}Pharmacist , Professional level Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao Province

บทนำ

สถานการณ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2539-2558 (ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2558) มีคดีที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการทางการแพทย์ กล่าวคือ มีคดีแพ่ง 241 คดี คดีอาญา 36 คดี คดีปกครอง 2 คดี มีคดีแพ่งและคดีผู้บริโภคอยู่ในศาลรวม 44 คดี (ทุนทรัพย์คดีทั้งหมดประมาณ 2,873 ล้านบาท) โดยอยู่ในศาลชั้นต้น 14 คดี ศาลอุทธรณ์ 10 คดี (ศาลชั้นต้นให้กระทรวงสาธารณสุขชนะ 10 คดี) ศาลฎีกา 20 คดี (ศาลอุทธรณ์ให้กระทรวงสาธารณสุขชนะ 17 คดี แพ้ 3 คดี) คดีผู้บริโภคตั้งแต่ 23 สิงหาคม 2551 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 รวม 133 คดี ไกล่เกลี่ยได้แล้ว 100 คดี ทุนทรัพย์ที่ฟ้องรวม 874,923,514 บาท ใช้เงินไกล่เกลี่ย 100 คดีเป็นเงิน 20 ล้านบาท สำหรับคดีทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขแพ้ และต้องจ่ายเงินตามคำพิพากษาแล้ว กระทรวงการคลังมีคำสั่งให้ไต่เบี่ย ตั้งแต่ปี 2539 จนถึง 2558 มีจำนวน 4 คดี ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 3 คน พยาบาล 5 คน (กลุ่มงานคดีทางการแพทย์ กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

บทความนี้ผู้เขียนจะนำเสนอความเสียหายในการรับบริการสาธารณสุข ในด้านต่างๆ ทั้งความหมาย สาเหตุ ประเภทของความเสียหาย การขอรับเงินชดเชยค่าเสียหาย พร้อมกับกรณีศึกษาความเสียหายที่เกิดขึ้น ความสำคัญในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นงานบริการที่มีประชาชนมารับบริการจำนวนมาก เน้นการให้การรักษได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ประชาชนที่อยู่ห่างไกลสามารถเข้ารับบริการสถานพยาบาลใกล้บ้าน ถ้ามีอาการที่หนักมากขึ้นจะมีการส่งต่อผู้ป่วยสู่โรงพยาบาลที่ใหญ่ขึ้น แต่ก็มีข้อเสียบางประการคือถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน อาจทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการได้รับบริการที่ล่าช้า

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในปัจจุบันมีประชาชนเข้ารับการรักษาจำนวนมาก ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้นด้วย แพทย์มีเวลาให้กับผู้ป่วยแต่ละคนน้อยมาก มีความเร่งรีบในการรักษา เนื่องจากมีผู้มารับบริการอีกจำนวนมาก ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์

ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุการฟ้องคดีทางการแพทย์

มูลเหตุ	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	รวม
รักษาผิดพลาด	85	32	116
คลอด	33	23	56
ไม่เอาใจใส่ดูแล	21	2	23
วินิจฉัยผิดพลาด	16	6	22
แพ้ยา	3	7	10
ผิดมาตรฐาน	3	3	6
อุปกรณ์การแพทย์	2	-	2

ที่มา : กลุ่มงานคดีทางการแพทย์ กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

และผู้ป่วยน้อยลง แต่ญาติและผู้ป่วยมีความคาดหวังในการรับบริการที่ดี มีมาตรฐาน และปลอดภัย แต่เมื่อเกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล จึงเกิดความไม่พอใจ จนเกิดความขัดแย้งและเกิดการฟ้องร้องทางการแพทย์เป็นปริมาณมาก

ตารางที่ 1 แสดงถึงโรคที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุข (iatrogenic disease) มีชื่อภาษาไทยว่า “โรคหมอทำ” เกิดจากรากศัพท์ 2 ตัวคือ iatros หมายถึง แพทย์ Genic หมายถึง เกิดจาก รวมศัพท์ทั้งสองเข้าด้วยกันจะหมายถึง โรคที่เกิดจากแพทย์ทำอันเป็นผลมาจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือ ความผิดพลาดต่างๆที่เกิดขึ้น ในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533; 675-680)

1. สาเหตุของความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข สามารถแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังต่อไปนี้ (มนต์ชัย ชนินทรลีลา, มปป)

1.1 สาเหตุเชิงตัวบุคคล ที่มาจากการขาดทักษะ หรือความรู้ ความสามารถ หรือเกิดจากความประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข หรือ ผู้ป่วยที่ไม่ได้ปฏิบัติตามตัวอย่างถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ ยกตัวอย่างเช่น

- ความบกพร่องในการซักประวัติผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเด็ก 15 เดือน มีอาการหายใจหอบถี่และอาการอื่นๆ จากการพิษยา แอสไพริน แต่แพทย์บกพร่องในการซักประวัติ วินิจฉัยว่าเป็นไข้หวัด ส่งผลให้เด็กเสียชีวิต

- ความบกพร่องในการตรวจร่างกาย เช่น ผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน แต่แพทย์ใช้เวลาตรวจเร็วๆ ไม่ได้ตรวจทางทวารหนัก ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคลำไส้บิดตัว

- ความบกพร่องในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผู้ป่วยเด็กอายุ 3 ปี ปวดท้องรุนแรงและมีไข้สูง อาเจียน ไม่สามารถยืนได้ แพทย์ไม่ได้สั่งเจาะเลือด และปัสสาวะ แล้วส่งผู้ป่วยกลับบ้าน เข้าวันต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยสาเหตุเยื่อช่องท้องอักเสบเนื่องจากไส้ติ่งแตก

- ความบกพร่องในการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย เช่น ผู้ป่วยถูกหัตถะกระดูกต้นขาขวา แพทย์เพียงใช้แว่นขยายส่องแต่ไม่ได้ส่งตรวจทางรังสี เศษตะปูที่กระดูกเข้าไปในตาจนผู้ป่วยเสียการมองเห็น

1.2 สาเหตุเชิงระบบ หมายถึง ความเสียหายที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการของสถานบริการ ตลอดจนเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ ในการตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล เป็นการบกพร่องของระบบการทำงาน ระบบประสานงาน ระบบบริหารจัดการ เช่น ความเสียหายจากวิธีการรักษา เครื่องมือ ยาที่ให้ผู้ป่วย อาจเกิดการแพ้ยา รุนแรงแม้ไม่เคยแพ้ยาตัวนั้นมาก่อน หรือเป็นการแพ้ยาซ้ำจากระบบยาภายในไม่สามารถดักข้อมูลเดิมของผู้ป่วยไว้ได้

2. ประเภทความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

การจำแนกประเภทของความเสียหายทั่วไป อาศัยประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 ได้บัญญัติประเภทความเสียหายจากการถูกรุณภัยละเมิด ประกอบด้วย ความ

เสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สิน หรือสิทธิ อย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจากการศึกษาในครั้งนี้มีขอบเขตในการศึกษาความเสียหายแก่ชีวิต ความเสียหายแก่ร่างกาย และความเสียหายแก่อนามัยของผู้ป่วย ดังนี้

2.1 ความเสียหายแก่ชีวิต

ชีวิตมนุษย์ นับเป็นความสำคัญอันดับแรกที่ถูกกฎหมายให้ความคุ้มครอง เนื่องมาจากการดำรงชีวิตของมนุษย์ย่อมก่อให้เกิดมูลค่าของผลผลิตหรือรายได้ที่บุคคลนั้นก่อขึ้น เมื่อมีความเสียหายต่อชีวิตย่อมกระทบถึงมูลค่าในส่วนที่บุคคลนั้นก่อขึ้นกับผู้อยู่เบื้องหลัง

2.2 ความเสียหายแก่ร่างกาย

ศูนย์พัฒนาและวิจัยระดับชาติ (National Research and Development Center) แบ่งการด้อยประสิทธิภาพของร่างกาย (Disability dimension) ออกเป็นระดับต่างๆ ได้ 8 ระดับ โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพในการทำงานและกิจกรรมอื่นๆในสังคม ตั้งแต่ไม่มีผลกระทบถึงไม่สามารถร่วมกิจกรรมในทางสังคมได้เลย เช่น ผู้เสียหายมีอาการฟกช้ำใช้เวลารักษาไม่นานก็หายเป็นปกติ หรือ มีความเสียหายรุนแรงถึงขั้นพิการ ทุพพลภาพ ดังนี้

- 1) ประสิทธิภาพในการทำงานและกิจกรรมในสังคมไม่ลดลง
- 2) ประสิทธิภาพในการทำงานและกิจกรรมในสังคมลดลงเล็กน้อย
- 3) ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและกิจกรรมในสังคมลดลงมาก
- 4) มีความจำกัดในการทำงาน
- 5) ไม่สามารถทำงานหรือไปเรียนหนังสือ ไม่สามารถออกจากบ้านได้ตามลำพัง
- 6) ต้องนั่งรถเข็น
- 7) ต้องนอนแต่บนเตียง
- 8) ไม่รู้สีก้าว

2.3 ความเสียหายแก่อนามัย

ความเสียหายแก่อนามัยเป็นความเสียหายที่บุคคลได้รับความกระทบกระเทือนในการใช้ชีวิตอยู่อย่างสุขสงบ หมายถึง ความตื่นตระหนก ได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ การทนทุกข์ทรมานทางใจ การรบกวนจิตใจ ความเจ็บปวดทางใจที่ร้ายแรง เดือดร้อนรำคาญ หรือหวาดระแวง เป็นการรบกวนสิทธิส่วนบุคคลที่จะมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ บางคนปรับตัวได้ดีไม่ค่อยมีอาการทางโรคจิตได้ง่ายเมื่อประสบกับสภาพอารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ในขณะที่บุคคลอีกคนเต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวาย กระวนกระวาย ความไม่เป็นมิตร ย่อมนำไปสู่ความเสียหายทางจิตใจได้ง่ายจนถึงเจ็บป่วยทางจิตที่ร้ายแรง (สุนันทา จันทร์แก้ว, มปป)

การชดเชยค่าเสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุข

ค่าเสียหาย หมายถึง เงินที่ชดเชยให้แก่ผู้เสียหายเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดกับผู้เสียหายที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนมีการละเมิด ประกอบด้วยเงินที่ชดเชยกับผู้เสียหายและเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่จ่ายให้กับผู้เสียหาย ความเป็นมาของการชดเชยค่าเสียหาย มีมาแล้ว

ประมาณ 1780 ปีก่อนคริสต์ศักราชในสมัยกรีกโบราณ ที่มีคำสั่งศาลเกี่ยวกับความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยแพทย์มีความผิดที่ให้การรักษาโดยไม่ได้อุบัติเอาใจใส่ดีพอ ขาดความรู้ความชำนาญในการรักษา ไม่ปฏิบัติตามระเบียบวิธีการทางแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย แพทย์ผู้นั้นถือว่ามีความผิดและต้องชดเชยให้กับผู้เสียหาย พอมาถึงยุคโรมัน 450 ปีก่อนคริสต์ศักราช มีการประมวลกฎหมาย ชื่อว่า “กฎหมายสิบสองโต๊ะ” ที่ได้บัญญัติเกี่ยวกับการชดเชยค่าเสียหายไว้ว่า กรณีมีบุคคลใดกระทำให้ผู้อื่นพิการ แต่ไม่จ่ายค่าชดเชย สามารถให้ผู้เสียหายแก้แค้นได้ ในศตวรรษที่ 13 ในประเทศอังกฤษ ได้กำเนิดระบบ หมายถึงคดีละเมิด เพื่อให้ผู้เสียหายต้องขอหมายศาลเรียกจำเลยมาให้การ เป็นจุดเริ่มต้นของคดีละเมิดในทางแพ่งของกฎหมาย (นฤพนธ์ ทรงพระ, 2533)

วัตถุประสงค์ของค่าเสียหาย สามารถแยกจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกันในหลักการใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภทคือ

1) ค่าเสียหายแบบเป็นค่าสินไหมทดแทน (Compensatory Damages) มีรูปแบบที่เป็นตัวเงิน เช่น ค่าใช้จ่าย รายได้ที่หายไป ที่ผู้ทละเมิดจะต้องจ่ายชดเชยให้แก่ผู้เสียหาย เพื่อให้ผู้เสียหายได้กลับคืนฐานะเดิมก่อนถูกกระทำละเมิดใกล้เคียงที่สุด ทั้งในรูปตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงิน มีลักษณะดังนี้ คือ เป็นการชดเชยทดแทนความเสียหายที่ผู้เสียหายได้รับจริงๆ ผู้เสียหายต้องพิสูจน์ความเสียหายที่ตนได้รับในชั้นศาล และการชดเชยค่าเสียหายเป็นก้อนหรือแบ่งจ่าย

2) ค่าเสียหายแบบเป็นการลงโทษ (Punitive Damages หรือ Exemplary Damages หรือ Vindictive Damages) มีลักษณะที่สำคัญคือ

- เป็นค่าเสียหายที่กำหนดลงโทษตอบแทนผู้กระทำละเมิดเพื่อปรามมิให้กระทำเช่นนั้นอีก
- ฝ่ายโจทก์ไม่จำเป็นต้องพิสูจน์ความเสียหาย ศาลจะเป็นผู้พิจารณาเพื่อกำหนดความเหมาะสม
- เป็นค่าเสียหายที่เพิ่มเติมขึ้นนอกเหนือจากค่าเสียหายจากความเสียหายจริง
- ศาลจะกำหนดให้เฉพาะกรณีละเมิดที่มีพฤติการณ์รุนแรง

ประเทศไทย มีการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยมีกระบวนการยุติธรรมทางหลัก คือ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และมีการเยียวยาความเสียหายโดยฝ่ายบริหาร (Exhaustion of administrative remedy) เป็นกระบวนการยุติธรรมทางเลือก (จิตา รัตน์ ขาวเงินยวง , 2558 และ ฉัตรสุนัน พฤทธิญาณ, 2555) ได้แก่ การชดเชยค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายโดยรัฐ มาตรา 11 พ.ร.บ.ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 และมาตรการการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายที่รับบริการสาธารณสุข มาตรา 41 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

1) การดำเนินคดีตามกระบวนการยุติธรรมทางแพ่ง

- หลักกฎหมายและกระบวนการดำเนินคดี

ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยการละเมิด เป็นกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิของบุคคลไม่ให้ถูกละเมิดจากการกระทำของผู้อื่น เช่น สิทธิในชีวิต ร่างกาย อนามัย ในบัญญัติมาตรา 420 กระบวนการทางแพ่งมีการดำเนินการดังนี้ ผู้ที่ได้รับความเสียหายสามารถยื่นต่อศาลแพ่งที่มีเขตอำนาจพิจารณาคดีภายในอายุความ 1 ปี นับตั้งแต่วันที่รู้ถึงการละเมิดและรู้ตัวผู้รับผิดชอบ หรือภายใน 10 ปีนับตั้งแต่วันที่ได้มีการกระทำที่เป็นการละเมิดเกิดขึ้น

- ค่าเสียหายและการกำหนดค่าเสียหาย

กรณีความเสียหายแก่ชีวิต ผู้ที่ได้รับความเสียหายมีสิทธิได้รับการชดเชยค่าเสียหาย ประกอบด้วย ค่าขาดไร้อุปการะ ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้ก่อนเสียชีวิต ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องเสียไปก่อนเสียชีวิต และค่าปลงศพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอย่างอื่น ถ้าไม่ได้เสียชีวิตในทันที ค่าสินไหมทดแทนได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล รวมค่าเสียหายที่ต้องขาดประโยชน์ทำมาหาได้

กรณีความเสียหายกับร่างกายและอนามัย ผู้ที่ได้รับความเสียหายมีสิทธิได้รับการชดเชยค่าเสียหาย ประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องเสียไปและที่จะมีต่อไปในอนาคต ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้ปัจจุบันและที่มีต่อไปในอนาคต และค่าเสียหายอย่างอื่นที่ไม่ใช่ตัวเงิน

การกำหนดค่าเสียหาย กฎหมายให้อำนาจศาลเป็นผู้ใช้ดุลยพินิจในการพิจารณา กำหนดค่าเสียหาย โดยคำนึงถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการกระทำละเมิดและความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดขึ้น

2) การชดเชยค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายโดยรัฐตามมาตรา 11 พ.ร.บ.ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539

- หลักกฎหมายและกระบวนการดำเนินคดี

เป็นการยื่นขอรับชดเชยค่าสินไหมทดแทนจากหน่วยงานของรัฐที่เจ้าหน้าที่รัฐผู้กระทำผิดสังกัดอยู่ กระบวนการชดเชย ผู้มีสิทธิขอรับการชดเชยค่าเสียหายได้แก่ ผู้ที่ได้รับความเสียหาย หรือทายาท หรือ ผู้จัดการมรดก โดยยื่นคำขอต่อหน่วยงานของรัฐนั้น หรือยื่นต่อกระทรวงการคลัง เมื่อหน่วยงานได้รับคำขอแล้วต้องออกไปรับคำขอให้แก่ผู้เสียหายไว้เป็นหลักฐานและตั้งคณะกรรมการพิจารณาคำขอให้แล้วเสร็จภายใน 180 วัน พร้อมกับแจ้งผลการวินิจฉัยให้กับผู้เสียหายทราบ

- ค่าเสียหายและการกำหนดค่าเสียหาย

กรณีความเสียหายแก่ชีวิต ประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาลก่อนเสียชีวิต ค่าที่ขาดประโยชน์ในการทำมาหาได้ระหว่างเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิต ค่าปลงศพ ค่าขาดไร้อุปการะ

กรณีความเสียหายกับร่างกายและอนามัย ประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องเสียไป ค่าขาดประโยชน์ที่ทำมาหาได้ระหว่างเจ็บป่วย ค่าชดเชยทดแทนการสูญเสียอวัยวะหรือสมรรถภาพของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง

การกำหนดค่าเสียหาย การชดเชยค่ารักษาพยาบาลจะจ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินสองหมื่นบาทต่อผู้ได้รับความเสียหายหนึ่งรายและมีใบเสร็จรับเงินจากสถานพยาบาลมาแสดงเป็นหลักฐาน ค่าที่ขาดประโยชน์ทำมาหาได้ จ่ายไม่เกินเดือนละ เก้าพันบาท ไม่เกินสองเดือน ค่าชดเชยอวัยวะ จ่ายได้ไม่เกิน ห้าหมื่นบาท ค่าปลงศพ จ่ายได้ไม่เกินสองหมื่นบาท ค่าที่ขาดไร้อุปการะ จ่ายได้ไม่เกินสองหมื่นบาท

3) การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหาย ตามมาตรา 41 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

- หลักกฎหมายและกระบวนการดำเนินคดี

การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 นี้ เป็นกองทุนที่ได้กักเงินจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไว้เพื่อเป็นเงินช่วยเหลือผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข กระบวนการจ่ายเงิน ผู้เสียหายสามารถยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือเบื้องต้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 1 ปี ตั้งแต่วันที่รับทราบความเสียหาย เมื่อหน่วยงานได้รับคำร้องจะมีคณะกรรมการวินิจฉัยให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน

- ค่าความเสียหายและการกำหนดค่าเสียหาย

ผู้เสียหายขอรับเงินช่วยเหลือได้จำแนกความเสียหายได้ 3 กรณี คือ กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร ได้รับเงินช่วยเหลือไม่เกิน สองแสนบาท กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ ได้รับเงินช่วยเหลือไม่เกิน หนึ่งแสนสองหมื่นบาท กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง ได้รับเงินช่วยเหลือไม่เกิน ห้าหมื่นบาท

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี ตั้งครรภ์ท้องแรก มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และครั้งนี้ก็มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องในช่วงค่ำ อายุครรภ์ 8 เดือน แพทย์พบอาการผิดปกติ คือเสียงหัวใจเด็กเต้นช้าผิดปกติ จึงส่งต่อผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลศูนย์ในเครือข่ายมาถึงโรงพยาบาลประมาณหลังเที่ยงคืน เมื่อมาถึงแพทย์เวรส่งต่อให้แพทย์เฉพาะทางสูตินรีเวชให้ดูแลต่อ สูตินรีแพทย์มีการผ่าตัดค้างอยู่ในห้องผ่าตัดทางสูติกรรม ทำให้เข้าดูอาการผู้ป่วยช้า แต่เมื่อเข้าตรวจสอบแล้วสั่งให้ทำการผ่าตัดฉุกเฉิน แต่กว่าจะได้ผ่าตัดผู้ป่วยท่านนี้เวลาได้ล่วงเลยไปถึงตอนเช้า ในขั้นตอนขณะผ่าตัด เกิดมดลูกไม่รัดตัว จนเลือดออกตลอด แพทย์จึงตัดสินใจตัดมดลูกทิ้ง และทารกอาการไม่ดี ตามกุมารแพทย์เข้าร่วมดูแลหลังคลอด ทารกต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และเข้า admit ที่ตึก ICU กุมารเวชกรรมได้ 2 วันเสียชีวิต ผู้ป่วยที่เป็นมารดามีอาการซึมเศร้าและมีอาการเสียเลือดมาก พร้อมกับได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจเนื่องจากเป็นท้องแรก ตั้งครรภ์อายุมากและถูกตัดมดลูกไปแล้วไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีก นำเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม และต้องตามจิตแพทย์พร้อมกับนักจิตวิทยาเข้าช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจ

มูลเหตุของการร้องเรียน

กล่าวคือ พฤติกรรมบริการที่ล่าช้าทำให้เกิดการสูญเสียบุตร ความสูญเสียโอกาสในการตั้งครรภ์เนื่องจากถูกตัดมดลูกไปแล้ว และผู้ป่วยได้รับความเสียหายทางจิตใจได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ จนเกิดอาการซึมเศร้า

วิธีการร้องเรียน คือ ยื่นหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

คู่กรณี คือ ผู้เสียหายและสามี

ปัญหาที่พบภายในระบบงาน

- (1) การประเมินผู้ป่วยไม่ละเอียด ไม่ครอบคลุม : แพทย์โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน มาดูผู้ป่วยช้า พยาบาลไม่กล้ารายงานแพทย์ และไม่ใช้พยาบาลเฉพาะทาง ขาดความรู้ทักษะในการตรวจประเมินผู้ป่วย ไม่สามารถทำอัลตราซาวด์นอกเวลาราชการ
- (2) การสื่อสารไม่ชัดเจนระหว่างผู้ป่วยและญาติกับเจ้าหน้าที่ และขาดการประสานงานที่ดีเรื่องข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดภาวะวิกฤต
- (3) โรงพยาบาลศูนย์ผู้ป่วยมาก ทำให้ต้องรอเวลาในการเข้ารับการรักษา ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้การผ่าตัดคลอด
- (4) แพทย์ และพยาบาลให้ข้อมูลไม่เพียงพอ สำหรับผู้ป่วยและใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่ญาติไม่เข้าใจในการอธิบายข้อมูล
- (5) การแก้ไขปัญหาเมื่อความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤต ไม่ทันการณ์ ล่าช้าทำให้สูญเสีย
- (6) มีการบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน

วิธีการไกล่เกลี่ย

- (1) หัวหน้าหอผู้ป่วย ICU กุมารเวชกรรม แจ้งทีมไกล่เกลี่ย และผู้ตรวจการให้รับทราบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- (2) ทีมไกล่เกลี่ยลงพื้นที่ เพื่อหาข้อมูล ประวัติการรักษา พูดคุยกับผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์
- (3) ทีมไกล่เกลี่ยหาจุดบกพร่อง ที่เป็นเหตุแห่งการเสียชีวิตในครั้งนี้ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้คือ หัวใจเด็กมีอาการเต้นช้าลง อาการมดลูกไม่รัดตัวทั้งที่ให้ยากระตุ้นมดลูกแล้ว สูตินรีแพทย์เริ่มผ่าตัดเข้าไป
- (4) ทีมไกล่เกลี่ย รวมทั้งหัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวช รายงานเป็นลายลักษณ์อักษรและด้วยวาจาให้ผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง
- (5) ทีมไกล่เกลี่ยร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ทั้งผู้ป่วยและเด็กที่เสียชีวิต ชี้แจงการดูแลรักษาผู้ป่วยพร้อมทั้งอธิบายถึงสาเหตุที่เกิดขึ้น ที่ผู้ป่วยและญาติอาจจะยังไม่เข้าใจตรงกันกับ

ทางแพทย์และพยาบาล อธิบายถึงเหตุสุดวิสัยที่เกิดขึ้น พร้อมกับการดูแลของทางโรงพยาบาลอย่างเต็มที่

- (6) ทีมใกล้เคียงตกลงหาข้อยุติร่วมกับญาติหรือผู้ร้องเรียนที่เกี่ยวข้อง เช่น การอธิบายให้เข้าใจในสิ่งที่ยังเป็นข้อสงสัย การดูแลรักษา และค่าชดเชยความเสียหาย
- (7) ทีมใกล้เคียงเข้าร่วมงานศพเด็กที่เสียชีวิตเพื่อร่วมแสดงความเสียใจ
- (8) ทีมใกล้เคียงช่วยจัดการทำหนังสือเพื่อขอรับค่าชดเชยความเสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุข เพื่อยื่นต่อไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา 41
- (9) ทำสัญญาประนีประนอมไว้เป็นหลักฐานเมื่อมีการหาข้อสรุปที่สามารถตกลงกันได้ เช่น ค่าชดเชยที่ได้รับ การอธิบายชี้แจงแก่ผู้ป่วยและญาติจนเป็นที่เข้าใจ
- (10) ติดตามให้การรักษาอย่างต่อเนื่องจนเรื่องยุติ หรือผู้ป่วยกลับบ้านได้ และรับฟังคำติชมจากทางญาติเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาต่อไป

ข้อยุติ ญาติยอมรับต่อการสูญเสีย และรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น มาตรา 41 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จำนวนเงินสามแสนบาท และ เงินช่วยเหลือจากโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งหมื่นห้าพันบาท ผลคือไม่ฟ้องร้องต่อ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ระบบการจัดการความขัดแย้งที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วยความเร็ว การสื่อสารที่ดี การยอมรับในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้ด้านกฎหมายการแพทย์ การไกล่เกลี่ย มีความสำคัญในการสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและญาติกับการให้บริการของแพทย์และพยาบาล เพื่อลดความขัดแย้งและการฟ้องร้อง เนื่องจากการให้บริการทางการแพทย์มีลักษณะเฉพาะ ถ้าสามารถบริหารจัดการความขัดแย้งได้จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์และญาติ ได้รับความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย

ข้อเสนอแนะในส่วนของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข ควรดำเนินการดังนี้ (ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2552)

(1) รัฐบาลเพราะเป็นหน่วยผลักดันนโยบาย งบประมาณ และมีการปรับโครงสร้างระบบบริการ โดยใช้ประเทศที่มีการฟ้องร้องน้อยที่สุดเป็นต้นแบบเช่น ประเทศแคนาดา หรือ ประเทศอังกฤษ ที่มีระบบบริหารจัดการที่รัฐบาลกลางจัดสรรงบประมาณให้กับองค์กรท้องถิ่น ช่วยรับผิดชอบบริหารระบบและการดูแลสุขภาพ ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหาร จ่ายค่ารักษาพยาบาล และค่าบริการ ระบบประกันสุขภาพมีความยั่งยืนมาตลอด โดยไม่มีการฟ้องร้องด้านการแพทย์เลย

(2) รัฐบาลต้องสร้างและสนับสนุนความเข้มแข็งด้านนโยบายสาธารณสุข จัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและสร้างบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพให้เพียงพอกับการให้บริการประชาชน บริการด้วยมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีคุณธรรมจริยธรรม

(3) กระทรวงสาธารณสุขออกแนวทางการป้องกันปัญหาการฟ้องร้องเกี่ยวกับการทำคลอดในโรงพยาบาลของรัฐในระดับประเทศ เพื่อป้องกันปัญหาฟ้องร้อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ รวมทั้งเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยให้แก่หญิงมีครรภ์ผู้มาคลอดด้วย

ข้อเสนอแนะในแต่ละโรงพยาบาล ควรดำเนินการดังนี้ (แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2554)

(1) ควรมีแนวทางจัดการความขัดแย้งที่ชัดเจนและทันเวลา มีหน่วยงานทำหน้าที่เจรจาไกล่เกลี่ยเมื่อเกิดข้อพิพาท

(2) สร้างความตระหนัก สร้างเสริมจริยธรรม ให้ความรู้ทางกฎหมายแก่บุคลากรทางการแพทย์

(3) ปรับปรุงแนวทางการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทที่มีอยู่ โดยเพิ่มบุคลากรที่มีความรู้ด้านกฎหมายทางการแพทย์ เพิ่มบุคลากรที่มาจากภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและมีทัศนคติที่เป็นกลางทั้งสองฝ่าย

(4) การพัฒนาระบบบริการให้มีมาตรฐาน พัฒนาศักยภาพทั้งด้านวิชาการ-จริยธรรม และในโรงพยาบาลชุมชนต้องเพิ่มศักยภาพในการให้บริการ เพื่อลดการส่งต่อมาระบบสุขภาพศูนย์

(5) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ (Personalize-base medicine) ในการให้การรักษ เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีต่อสิ่งที่แพทย์กำลังดำเนินการอยู่ พร้อมกับการชี้แจงถึงอาการโรค ขั้นตอนการรักษา อาการข้างเคียง ผลดี ผลเสียที่อาจเกิดขึ้น อธิบายตามหลักวิทยาศาสตร์ ตามความเหมาะสม (Evidence-base medicine) เพราะถ้าเมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้วค่อยมาชี้แจงนั้นอาจถูกมองว่าเป็นคำแก้ตัว

(6) การทำประกันของแพทย์ แต่ก็ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้งหมด ระบบประกันช่วยชดเชยค่าเสียหายในคดีแพ่งเท่านั้น ไม่สามารถยุติการฟ้องร้องคดีอาญาได้

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มคดีทางการแพทย์ กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(มปป.) สถิติคดีทางการแพทย์.ออนไลน์

http://www.legal.moph.go.th/index.php?option=com_remository&Itemid=814&func=fileinfo&id=472 เข้าถึงเมื่อ 8/11/2017

ฉัตรสุนัน พงศ์กัญญา. (2555). กฎหมายสุขภาพและการรักษาพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิตรารัตน์ ขาวเงินยวง. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข.วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)เอกบริหารกฎหมายทางการแพทย์และสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

- นฤพนธ์ ทรงพระ. (2553). ประสิทธิผลของมาตรการทางกฎหมายในการชดเชยแก่ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกบริหารกฎหมายทางการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. มนต์ชัย ชนินทรลีลา.(มปป). การแพทย์กับความรับผิดชอบทางแพ่ง (คดีละเมิด). ออนไลน์ www.judiciary.go.th/atyc/bablic_html/c08.htm14 เข้าถึงเมื่อ 8/11/2017
- ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง พุทธศักราช 2477. เล่ม 52 หน้า 723 วันที่ 20 มิถุนายน 2478.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์.(2533). การประกันภัยจากโรคหมอทำ. *วารสารคลินิก* 6(9), หน้า 675-680.
- ศุภชัย ธนอมทรัพย์.(2552). การฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์. งานเอกสารวิชาการส่วนบุคคล หลักสูตรผู้บริหารกระบวนการยุติธรรมระดับสูง วิทยาลัยการยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม. สุนันทา จันทรแก้ว.(มปป.). คำสั่งใหม่ทดแทนกรณีละเมิดที่ก่อให้เกิดความเสียหายทางจิตใจ.สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.ออนไลน์ <http://web.krisdika.go.th/data/activity/act225.pdf> เข้าถึงเมื่อ 8/11/2017
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส.(2554). ปัญหาฟ้องร้องทางการแพทย์และแนวทางแก้ไข. *จุลนิติ*, หน้า 47-58.
- Illich, I.; Hose, R. Medical Nemesis the expropriation of health. *Elkimbouziane*. p. 1967. Retrieved 2017-02-15.
- Kuhl, D. (2003). What Dying People Want: Practical Wisdom For The End Of Life. *Public Affairs*. p. 55. ISBN 9780786725830. Retrieved 2017-02-15.
- Medical-dictionary. "Iatrogenesis definition of iatrogenesis by Medical dictionary". Online www.thefreedictionary.com. Retrieved 2017-02-15.
- The National Research and Development Center for Welfare and Health in Finland. The Disability Dimension in Development Action. online http://www.un.org/disabilities/documents/toolaction/FF-DisalibilityDim0103_b1.pdf เข้าถึงเมื่อ 8/11/2017

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

1. การเตรียมต้นฉบับสำหรับบทความวิจัย

1.1 บทความวิจัย ประกอบด้วย

1. ส่วนปก

ชื่อบทความ (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรกะทัดรัด ไม่ยาวเกินไป ถ้าบทความเป็นภาษาไทย ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

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

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

คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล

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

2. ส่วนเนื้อหา

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

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

การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายผลการวิจัย เพื่อให้ผู้อ่านมีความเห็นคล้ายตาม เพื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัยของผู้อื่น เพื่อเสนอแนวทางที่จะใช้ประโยชน์ผลการวิจัยและการอภิปรายผล (Results and Discussion) อาจนำมาเขียนตอนเดียวกันได้

สรุป (Conclusion) และข้อเสนอแนะ (Recommendation) เป็นการสรุปประเด็น และสาระสำคัญของการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) เพื่อแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย อาจมีหรือไม่มีก็ได้

เอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นรายชื่อเอกสารที่ใช้เป็นหลักในการค้นคว้าวิจัยที่ได้รับการตรวจสอบเพื่อนำมาเตรียมรายงาน และมีการอ้างอิงถึงเฉพาะเอกสารที่ปรากฏในบทความ

เท่านั้น การอ้างอิงให้จัดเรียงตามลำดับตัวอักษร นำโดยกลุ่มเอกสารภาษาไทย โดยให้ยึดถือรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ดังต่อไปนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่องของบทความ (In-text Citations)

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

การเขียนรายการเอกสารอ้างอิง (Reference list) จาก

1. หนังสือ

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

2. หนังสือแปล

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

3. บทความหรือบทในหนังสือ

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

4. บทความในหนังสือรายงานประชุมทางวิชาการ/สัมมนาทางวิชาการ

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

5. วารสาร

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

6. บทความในหนังสือพิมพ์

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

7. บทความในสารานุกรม

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

8. วิทยานิพนธ์

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

9. สื่ออิเล็กทรอนิกส์(สื่ออิเล็กทรอนิกส์) :WWW.

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

10. จดหมายเหตุ คำสั่ง ประกาศ

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

11. ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน

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

12. มีเฉพาะชื่อบรรณาธิการเป็นผู้รวบรวม

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

1.2 บทความวิชาการ ประกอบด้วย

1. ส่วนปก

มีส่วนประกอบเหมือนบทความวิจัย และเขียนให้อยู่ในกระดาษจำนวน 1 หน้า เท่านั้น

2. ส่วนเนื้อหา ประกอบด้วย

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนของที่มาของมูลเหตุของการเขียนบทความ

วิธีการศึกษา/วิธีดำเนินการ (Method) (ถ้ามี) เป็นการอธิบายวิธีการศึกษาหรือการดำเนินการตามประเภทของบทความวิชาการ

ผลการศึกษา/ผลการดำเนินการ (Results) เป็นการเสนอผลอย่างชัดเจน ตามประเด็น โดยลำดับ ตามหัวข้อที่ศึกษาหรือดำเนินการ

สรุป (Conclusion) สรุปประเด็น และสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษา

2. รูปแบบการพิมพ์บทความวิจัย และบทความวิชาการ

2.1 การตั้งค่าหน้ากระดาษ

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

- รูปแบบตัวอักษร ใช้ TH Sarabun ตลอดทั้งบทความ ขนาด 15

- หมายเลขหน้า ตำแหน่ง ด้านบน

- จำนวนหน้า 10 -15 หน้า

- ชื่อวารสาร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 18 ตัวหนา

- ชื่อบทความ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 18 ตัวหนา

- ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 15 จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

- ตัวเลขยก (บนนามสกุล) ขนาดตัวอักษร 14

- ตำแหน่งทางวิชาการและที่อยู่ ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12

- ชิดชอบ
- ชี้อบตคัยย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 15 ตัวหนา และ
 - เนื้อหาบตคัยย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14
 - เนื้อหาบทความ ขนาดตัวอักษร 15

3. เกณฑ์การประเมินบทความ

กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้น เกี่ยวกับความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป ถ้าไม่ผ่านการพิจารณา จะส่งกลับเพื่อทำการแก้ไข ถ้าผ่านจะเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกและเมื่อบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับหนังสือรับรองการตีพิมพ์บทความ พร้อมทั้งวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ฉบับที่นำบทความลงตีพิมพ์ผลงาน จำนวน 2 ฉบับ

ขั้นตอนการตรวจสอบ/ทบทวนบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

