

รายงานการวิจัย

เรื่อง

ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนากระบวนการประเมินความพร้อม
ทางการแพทย์ ในการขับขีรยนต์สาธารณะ
เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย
(Policy Proposals for Development of Assessing Medical Fitness
to Drive System for Road Safety in Thailand)

โดย

กัชนี สิริปุชกะ
เวสารัช สรรพอาษา
วีณา กักตีสิริวิชัย

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษา เรื่อง “ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับเคลื่อนสู่สังคม 4.0 เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย” ฉบับนี้ สำเร็จได้อย่างดี โดยความอนุเคราะห์ของบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน ซึ่งคณะผู้ศึกษาต้องขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สร้อยสุตา เกสรทอง คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ นางสุจิตรา อังคศรีทองกุล ข้าราชการบำนาญ ซึ่งเคยดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านวิจัย) กรมควบคุมโรค และ ดร.นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ์ ข้าราชการบำนาญ ซึ่งเคยดำรงตำแหน่งนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) กรมควบคุมโรค ที่ให้คำปรึกษารอบแนวคิด วิธีการดำเนินการศึกษาและเครื่องมือในการศึกษา และขอขอบพระคุณแพทย์หญิงเสาวนีย์ วิบูลสันติ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ และนายสุขสันต์ จิตติมณี นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค ที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาจนมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

คณะผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนา กลไกการขับเคลื่อนนโยบายการบริหารจัดการความพร้อมทางการแพทย์ในการขับเคลื่อนสู่สังคม 4.0 ให้เกิดความความปลอดภัยบนท้องถนนของประเทศไทยต่อไป

คณะผู้ศึกษา
พฤษภาคม พ.ศ. 2567

บทคัดย่อ

การเกิดอุบัติเหตุทางจราจรในประเทศไทยมีเหตุการณ์เพิ่มมากขึ้นมาตลอดเป็นเวลายาวนาน การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทาง การแพทย์เพื่อการขับขี่ยานยนต์สาธารณะ วิเคราะห์ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาระบบการประเมิน ความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ยานยนต์สาธารณะและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบ เก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้นจากเอกสารและข้อมูลจากโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทาง การแพทย์ในผู้ขับขี่ยานยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ยานยนต์อุบัติเหตุ บนท้องถนน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลแบบ อุปนัยและแบบจำแนกชนิดข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า กรมควบคุมโรคมีการตรวจประเมินความพร้อมทาง การแพทย์ในผู้ขับขี่ยานยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว โดยการนำองค์ความรู้ทางเวชศาสตร์การจราจร การกำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาคืออุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน มีกระบวนการพัฒนาระบบ การตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่ยานยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว และการออก ใบรับรองแพทย์จัดบริการตรวจสุขภาพให้แก่ผู้ขับขี่ยานยนต์สาธารณะ พร้อมทั้งตรวจสมรรถนะทางร่างกาย ปัจจุบันความสำเร็จพบว่า มีการพัฒนามาตรฐานการประเมินสมรรถนะ ความพร้อมในการขับขี่ยานยนต์และจัดตั้งคลินิก ดันแบบในประเทศไทย สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขควรมีการพัฒนาคลินิกอาชีว เวชกรรม หรือคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ (Occupational Medicine Clinic) ของโรงพยาบาลในประเทศไทยให้ม ีความครอบคลุม ด้านพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพตามมาตรฐานการวินิจฉัยโรคจาก การประกอบอาชีพในระดับชาติ กรมการแพทย์ควรพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านอาชีวเวชศาสตร์ ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ กรมควบคุมโรคและกรมการขนส่งทางบก ควรมีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลด้านสุขภาพ และฐานข้อมูลการอนุญาตใบขับขี่ทุกประเภท เพื่อติดตามเฝ้าระวังสถานะสุขภาพความพร้อมในการขับขี่ยานยนต์ของ ผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ยานยนต์และจัดตั้งคลินิกอาชีวเวชกรรมที่ได้มาตรฐาน

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การประเมินความพร้อมทางการแพทย์, นโยบายเพื่อความปลอดภัยทางท้องถนน

ABSTRACT

Traffic accidents have been significantly increasing serious incidents in Thailand for a long time. This qualitative study aimed to examine the development process of a medical fitness assessment system for public vehicle drivers, to analyze experiences in implementing the system, and to formulate policy and practical recommendations. Data collection was carried out using methods developed by reviewing documents and information from a project to improve medical fitness assessment systems for licensed public vehicle drivers. The goal of development was to reduce risky driving and traffic accidents. The study performed from January to May 2024, and then continued for data analyses by methods of inductive reasoning and categorical data measurements. The findings revealed that the Department of Disease Control conducted medical fitness assessments for licensed public vehicle drivers by integrating traffic medicine knowledge and establishing measures to prevent and address road traffic accidents. The process included developing the fitness assessment system, issuing medical certificates, providing health check-ups, and evaluating drivers' physical performance. Key success factors comprised the development of driving fitness assessment standards and the establishment of model clinics in Thailand. Policy recommendations proposed that the Ministry of Public Health should authorize the occupational medicine clinics functioning in hospitals nationwide to ensure comprehensive services. This included improving the diagnostic quality of occupational diseases according to the national standards. The Department of Medical Services should enhance expediency of the occupational medicine personnel. Practical recommendations from the findings include connecting health databases with licensing databases across all of vehicle types, enabling the monitoring and surveillance of drivers' health fitness. Additionally, the establishment of standardized occupational medicine clinics is recommended.

Keywords: System Development, Medical Fitness Assessment, Road Safety Policy

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษา เรื่อง ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะ เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย นี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี (Medical Fitness to Drive : MFD) (2) ศึกษาประสบการณ์การดำเนินงาน MFD มุมมองของผู้บริหารและผู้ใช้ปฏิบัติ และ (3) จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในการขับเคลื่อนและขยายผลการดำเนินงาน MFD ในพื้นที่อื่น ๆ โดยกำหนดขอบเขตเนื้อหาในการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) วิเคราะห์กระบวนการพัฒนาระบบ MFD 2) รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบ MFD และ 3) จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน MFD

ผลการศึกษา พบว่า

1. มีกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี รยนต์สาธารณะ (Medical Fitness to Drive : MFD) โดยกรมควบคุมโรค ร่วมกับกรมการขนส่งทางบก และกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) ได้มีการกำหนดการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขีรถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ด้วยการนำองค์ความรู้ทางเวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์การจราจร บูรณาการร่วมกับสำนักวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มากำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน ได้แก่ มาตรการที่มุ่งไปที่ยานพาหนะ สิ่งแวดล้อมและถนน มาตรการที่มุ่งไปยังผู้ขับขีและการตรวจคัดกรองสุขภาพและสมรรถภาพของร่างกายเพื่อใช้ประกอบการขอใบอนุญาตขับขีรถยนต์ ซึ่งผลสำเร็จการดำเนินงาน คือ มีศูนย์ต้นแบบตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ และระบบข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะที่เชื่อมโยงกันระหว่างกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม มีข้อเสนอ คือ การออกใบรับรองแพทย์ต้องแสดงให้เห็นว่าผู้นั้นไม่มีโรคประจำตัวหรือสภาวะของโรคที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเห็นว่าอาจเป็นอันตรายขณะขับรถตามที่แพทย์สภากำหนด มีการกำหนดอายุสูงสุดของการทำใบขับขี การติดตามและตรวจสอบความถี่ในการตรวจ และมีการประเมินแยกเป็นกรณีสำหรับคนที่มิโรค รวมทั้งกำหนดโรคที่ห้ามการขับขีเพิ่มเติม และกำหนดคุณสมบัติของแพทย์ที่สามารถออกใบรับรองแพทย์กรณีโดยสาธารณสุขและรพพิเศษต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจและออกใบรับรอง โดยให้มีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความเป็นไปได้ก่อนนำมาตรการไปปฏิบัติจริง

2. ประเทศไทยมีนโยบายการพัฒนาระบบ MFD ในผู้ที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว เพื่อให้กรมการขนส่งทางบกมีแนวทางในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพเพื่อขอรับใบอนุญาตขับรถ มีนโยบายการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน การออกใบรับรองแพทย์และจัดบริการตรวจสุขภาพให้แก่ผู้ขับขีรถยนต์โดยสาธารณสุขและตรวจสมรรถนะทางร่างกาย มีมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการ MFD ได้แก่ การพัฒนามาตรฐานการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขีที่เป็นต้นแบบในประเทศไทยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการคลินิก MFD มีการจัดทำคู่มือการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี (Assessing Fitness to Drive) เพื่อนำไปใช้ในการจัดบริการคลินิก MFD พบว่ารัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานเพื่อให้การประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะเป็นนโยบายที่ขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการ พบว่ากรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเคยเปิดบริการตรวจสุขภาพให้ผู้ขับขี แต่ไม่ครอบคลุมทุกบริการ และไม่ได้ขยายผลการตรวจไปยังหน่วยบริการอื่น ๆ การตรวจสุขภาพสำหรับแพทย์ผู้ออกใบรับรองแพทย์ใน

หน่วยบริการ ยังคงเป็นการตรวจที่มุ่งตรวจโรคที่กำหนดในใบรับรองแพทย์เท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับเป็นหลักประกันด้านสุขภาพของผู้ขับขี่ให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อสมรรถนะในการขับขี่ และยังเป็น การตรวจที่แยกส่วนกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกรมการขนส่งทางบก อีกทั้งการตรวจสุขภาพเพื่อประเมินสุขภาพและสมรรถนะก่อนการขับขี่ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางที่เป็นระดับชาติ (National Guideline) และมีศูนย์รองรับการให้บริการตรวจแบบครบวงจรก่อนออกใบอนุญาตขับขี่ และยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสมรรถนะของผู้ขับขี่ระหว่าง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกับ กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม จึงเกิดช่องว่างที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนนในระยะยาว

3. ปัจจัยความสำเร็จ คือ การดำเนินโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (MFD) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน ทำให้มีการพัฒนามาตรฐานการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่เป็นต้นแบบในประเทศไทย มีคลินิก MFD ต้นแบบ และมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีศักยภาพ ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์การจราจร และมีระบบข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะของผู้ขับขี่ที่เชื่อมโยงกันระหว่างกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม ส่วนปัญหาอุปสรรค คือ การดำเนินโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเกิดสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้การดำเนินงานในระยะแรกไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด และเนื่องจากเป็นการดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบเป็นแห่งแรกของประเทศไทย จึงต้องศึกษาเรียนรู้การบริหารจัดการด้านต่าง ๆ และจากการทดลองดำเนินการตลอดจนพบว่าบุคลากรยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการ จึงต้องมีการทบทวน/ปรับปรุงรูปแบบและแนวทางต่าง ๆ เป็นระยะ

4. ความคิดเห็นต่อการขยายผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบาย พบว่า การตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว และกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะประเภทรถสองแถว จะพบปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ มีใบอนุญาตในการขับขี่ตลอดชีพ บางรายใบอนุญาตการขับขี่หมดอายุ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีปัญหาสุขภาพที่มีภาวะเสื่อมตามวัย อีกทั้งในปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่มีศักยภาพในการซื้อ-เช่ารถยนต์ส่วนบุคคล และรถจักรยานยนต์ เพื่อใช้ในการคมนาคมขนส่งหรือเดินทางมากขึ้น ทำให้การใช้บริการรถยนต์โดยสารสาธารณะลดลง หากมีกฎหมายในการออกใบอนุญาตการขับขี่ที่เปลี่ยนไปและมีผลบังคับใช้ จะยังมีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพของผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะรายได้ และเศรษฐกิจภายในครอบครัว และพบว่า การรับบริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ไม่ชัดเจนเรื่องค่าใช้จ่าย จะใช้ตามสิทธิการรักษาของตนเองหรือครอบครัว ระยะเวลาในการเข้ารับบริการนานใช้เวลานานหรือไม่ เพราะหากใช้เวลานานจะมีผลกระทบต่อรายได้ สถานที่ให้บริการมีที่โหล่งบากต้องเดินทางไกล ยิ่งส่งผลกระทบการบริหารจัดการเวลาในการปฏิบัติงาน รอบระยะเวลาในการหยุดงาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะ มีรอบระยะเวลาในการขับขี่ให้บริการแตกต่างกันตามระยะทาง

5. บทเรียนการพัฒนาการดำเนินการ MFD ที่สำคัญ ได้แก่ 1) ควรพัฒนากลไกความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมควบคุมโรค กรมการขนส่งทางบก คลินิกอาชีวเวชกรรม กองทุนเพื่อความปลอดภัยทางถนน เป็นต้น 2) ควรพัฒนาฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเกี่ยวกับสมรรถนะทางร่างกาย และการขับขี่ยานพาหนะ เพื่อให้เข้าถึงได้ง่าย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ รวมทั้งพัฒนาช่องทางการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในผู้ขับขี่ยานพาหนะ ข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุทางท้องถนนระหว่างหน่วยงานเครือข่ายระดับจังหวัด ระดับเขต และหน่วยงานเครือข่ายภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยการใช้เทคโนโลยีในการ

เชื่อมโยงข้อมูล และการนำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูล นำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ จังหวัดและระดับเขต 3) ผลักดันการทำงานแบบบูรณาการในระดับนโยบาย จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยมีผู้แทนจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เหมาะสม 4) ส่งเสริมการจัดทำแผนปฏิบัติการ ร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย เพื่อให้เกิดกลไกการประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน รวมทั้งทบทวนปรับปรุงกฎระเบียบในการดำเนินงานเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน 5) เพิ่มขีดความสามารถบุคลากร และสร้างบุคลากรรุ่นใหม่ให้สามารถรองรับการทำงานร่วมกัน และบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานเครือข่าย จัดทำแผนพัฒนาความเชี่ยวชาญ พัฒนาหลักสูตร จัดทำฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความก้าวหน้าทางสายงานให้ชัดเจน ให้มีศักยภาพพร้อมจัดระบบบริการตรวจประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่ที่มีมาตรฐานสากล รวมทั้งปรับปรุงหลักสูตร/การฝึกอบรมควบคุมการฝึกปฏิบัติงานอย่างบูรณาการ โดยทีมแพทย์ควรได้รับการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะทางแพทยเวชศาสตร์การจราจร หรือความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย ส่วนทีมประกอบด้วย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ควรได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะ หลักสูตรระยะสั้นด้านเวชศาสตร์การจราจร รวมทั้งการใช้เครื่องมือพิเศษในการจัดการบริการคลินิก 6) ส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและเครือข่าย จัดทำฐานข้อมูลและ เครือข่าย และจัดให้มีเวทีวิชาการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการและประกวดผลงานดีเด่น 7) พัฒนาการสื่อสารให้ครอบคลุม ครบถ้วน และทันสมัย ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เข้าถึงข้อมูล การใช้ประโยชน์ของข้อมูลตามบริบทพื้นที่ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ประเด็นการสื่อสาร รวมทั้งช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม 8) สร้างความรอบรู้ด้านความปลอดภัยในการขับขี่ การใช้รถใช้ถนนให้แก่ประชาชน กลุ่มผู้ขับขี่ยานพาหนะ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 9) การขยายบริการคลินิกตรวจประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่ ควรขยายผลการดำเนินงานปฏิบัติในระดับเขต โดยบูรณาการทรัพยากรในพื้นที่เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด 10) การดำเนินการในกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะควรดำเนินการควบคู่กับการดำเนินการเชิงรับ โดยจัดบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขที่มีแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถทางด้านเวชศาสตร์การจราจร/อาชีวอนามัย ร่วมกับการดำเนินการเชิงรุกให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ขับขี่ โดยประสานผ่านบริษัทขนส่งสาธารณะ/บริษัทเอกชน/หน่วยงานภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ 11) ควรจัดทำบัญชีโรคและภาวะอันตรายต่อสมรรถนะการขับขี่ ผ่านแพทย์สภาประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และ 12) ควรบูรณาการเครือข่ายในการดำเนินการจัดตั้งคลินิก เพื่อใช้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ในเขตสุขภาพ

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขควรมีการพัฒนาศูนย์อำนวยการเฉพาะกิจของโรงพยาบาลในประเทศไทยให้มีความครอบคลุม ด้านพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพ ตามมาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพในระดับชาติ กรมการแพทย์ควรพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านอาชีวเวชศาสตร์ ส่วนในเชิงปฏิบัติ กรมควบคุมโรคและกรมการขนส่งทางบก ควรมีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลด้านสุขภาพและฐานข้อมูลการอนุญาตใบขับขี่ทุกประเภท เพื่อติดตามเฝ้าระวังสถานะสุขภาพความพร้อมในการขับขี่ของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ และจัดตั้งคลินิกอาชีวเวชกรรมที่ได้มาตรฐาน

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
Abstract	ค
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญแผนภูมิ/รูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
1.3 ขอบเขตของการศึกษา	3
1.4 ความจำกัดของการศึกษา	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนและการจัดการปัญหาของประเทศ และต่างประเทศ (Global Status Report on Road Safety, 2018)	6
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับข้อเสนองานนโยบาย	12
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	14
2.4 แนวคิดการพัฒนาความพร้อมด้านการแพทย์	25
2.5 แนวคิดการจัดคลินิกอาชีวเวชกรรม หรือ คลินิกโรคจากการทำงาน หรือ คลินิกอาชีวอนามัย	31
2.6 งานวิจัย/แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	36
2.7 กรอบแนวคิดในการศึกษา	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	44
3.1 รูปแบบของการศึกษา	44
3.2 ระยะเวลาในการศึกษา	45
3.3 วิธีการศึกษา	45
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	46
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	46
3.7 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม	46

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	47
4.1 ส่วนที่ 1 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทาง การแพทย์เพื่อการขับขีรถยนต์สาธารณะ	48
4.2 ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาประสบการณ์การดำเนินงานประเมินความพร้อมเพื่อการ ขับขี (Medical Fitness to Drive) มุมมองของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ	49
4.2.1 นโยบายระดับประเทศและมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการประเมิน ความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี (Medical Fitness to Drive)	49
4.2.2 การทำงานของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การประเมินความ พร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะ เป็นนโยบายที่ขับเคลื่อนให้ทุก ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการ	49
4.2.3 นโยบาย และ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน และ/หรือตรวจ สุขภาพ หรือสมรรถนะของผู้ขับขีรถยนต์สาธารณะ	50
4.2.4 ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและความคิดเห็นต่อการขยายผลการ ดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบาย	50
4.2.5 บทเรียนการพัฒนาการดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ใน การขับขีรถยนต์สาธารณะ (Medical Fitness to Drive) เพื่อขับเคลื่อนและ ขยายผลการดำเนินงาน	51
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	53
5.1 สรุปผลการศึกษา	53
5.2 อภิปรายผล	54
5.3 ข้อเสนอแนะ	60
บรรณานุกรม	62
ภาคผนวก	67
ภาคผนวก ก แบบเก็บข้อมูลชุดที่ 1 แบบเก็บข้อมูลกระบวนการพัฒนาระบบการประเมิน ความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องและผลสำเร็จการดำเนินงาน	68
แบบเก็บข้อมูลชุดที่ 2 แบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบ การประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี (Medical Fitness to Drive)	71
แบบเก็บข้อมูลชุดที่ 3 แบบฟอร์มการจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิง ปฏิบัติ	72
ภาคผนวก ข หนังสือเชิญเข้าร่วมโครงการ และใบตอบรับ	73

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงช่วงเวลาและนโยบายการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนของสวีเดน	9
ตารางที่ 2 แสดงช่วงเวลาและนโยบายการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนของเนเธอร์แลนด์	10
ตารางที่ 3 แสดงช่วงเวลาและนโยบายการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนของสหรัฐอเมริกา	11
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างแนวคิดความปลอดภัยทางถนนแบบเดิม กับแนวคิด Vision zero และความปลอดภัยที่ยั่งยืน (Sustainable safety)	11
ตารางที่ 5 รูปแบบการวิเคราะห์กรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (6 Building Blocks of A Health System)	37

สารบัญรูปรภาพ

หน้า

ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดในการศึกษา เรื่อง “ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับเคลื่อนสู่รยนต์สาธารณะ เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย”	43
----------	--	----

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติเหตุการจราจรทางถนน ยังเป็นปัญหาสำคัญของโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุของความสูญเสียที่เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยทั่วไป เช่น คนใช้รถยนต์ รถจักรยานยนต์ คนเดินถนน และผู้โดยสาร จากข้อมูลการบูรณาการ 3 ฐาน (ทะเบียนมรณะบัตรของกระทรวงสาธารณสุข, ระบบ CRIMES ของตำรวจและระบบ E-Claim บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ) (กองป้องกันการบาดเจ็บ, 2567) โดยในปี พ.ศ. 2556 - 2560 แนวโน้มมีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสูงขึ้น พบว่าในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิต ถึงปีละ 21,000 คน (อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 32.7 ต่อแสนประชากร) หรือเฉลี่ยวันละ 60 คน และมีผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษายาบาล เฉลี่ยวันละ 600 คน และพิการประมาณ 9,000 คนต่อปี

สำหรับประเทศไทยในทศวรรษที่ผ่านมา พบเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 19,733 คนต่อปี และจากรายงานความปลอดภัยทางถนนของโลก (Global Status Report on Road Safety, 2018) ขององค์การอนามัยโลก รายงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนของโลก พ.ศ. 2561 และจากข้อมูลการสำรวจ 180 ประเทศทั่วโลก พบว่า ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อุบัติเหตุทางถนนที่เกิดขึ้น คิดเป็นอัตรา 17.3 ต่อแสนประชากร โดยประเทศไทยมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุเป็นอันดับ 1 ในภูมิภาคนี้และมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 9 ของโลก โดยมีอัตราตาย 32.7 ต่อแสนประชากร และเป็นอันดับที่ 1 ของเอเชียและอาเซียนที่มีอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุด จากสถิติข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนของระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance: IS) จะพบว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี สำหรับในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2561 - 2565) มีผู้บาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 240,044 คนต่อปี ซึ่งจากข้อมูลมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายพบว่า อัตราเสียชีวิตอยู่ระหว่าง 26 - 31 ต่อแสนประชากร (ดังแสดงในตารางที่ 1) ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนชายต่อหญิง เท่ากับ 1.6:1 กลุ่มอายุที่มีการเสียชีวิตสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 25 - 60 ปี (ร้อยละ 53.7) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี (ร้อยละ 28.1) ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน

ประเทศไทยมีแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2565 - 2570 มีกระบวนการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรมตามตัวชี้วัดคือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 เพื่อลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสของผู้ใช้รถใช้ถนนทุกประเภท ยุทธศาสตร์ที่ 2 เพื่อลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากการใช้รถจักรยานยนต์และรถยนต์ที่ไม่ได้มาตรฐานความปลอดภัย ยุทธศาสตร์ที่ 3 เพื่อลดจำนวนผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บสาหัสที่เกิดขึ้นบนถนนและยุทธศาสตร์ที่ 4 เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างรากฐานในการทำงานด้านความปลอดภัยทางถนนให้มีศักยภาพสูงขึ้น ซึ่งทั้ง 4 ยุทธศาสตร์สามารถเชื่อมโยงการพัฒนาไปสู่การพัฒนากระบวนการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับเคลื่อนเพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนได้ โดยการวิเคราะห์เชื่อมโยงผ่านแผนแม่บทและแผนปฏิบัติการ เพื่อให้มีการติดตามประเมินผลและได้รับการสนับสนุนงบประมาณตามแผนปฏิบัติการรายปี อีกทั้งมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนเพื่อความปลอดภัยทางท้องถนน ตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 และ ฉบับที่ 6, 7, 8, 12 และ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2565 พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2552 (มาตราที่เกี่ยวข้องกับการขอใบอนุญาตขับรถ) และกฎกระทรวงซึ่งการขอและการออกใบอนุญาตขับรถและการต่ออายุใบอนุญาตขับรถ พ.ศ. 2563 สามารถนำมาปรับใช้เพื่อการพัฒนากระบวนการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ เรื่องการออกใบรับรองแพทย์ตามข้อบังคับของแพทยสภาได้

ประเทศไทยมีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนนคือ การลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ได้ไม่เกิน 10 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนภายใน พ.ศ. 2570 โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนนให้สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศ แนวโน้มมีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุสะสมทั้งสิ้น 939,713 ครั้ง เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ถึงร้อยละ 4.7 ส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บสะสม 924,799 ราย และเสียชีวิต 14,737 ราย และข้อมูลรับแจ้งอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ปีพ.ศ. 2566 พบผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 9,907 ราย ผู้บาดเจ็บสะสม 551,123 ราย ประเทศไทยจึงถูกจัดอยู่เป็นหนึ่งในประเทศที่มีอุบัติเหตุทางถนนที่มากที่สุด จำนวนอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดเกิดจากรถโดยสารสาธารณะ

การที่ประเทศไทยมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสูง โดยส่วนหนึ่งเกิดจากสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ขับขี่ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหวและสภาวะทางจิตที่ส่งผลต่อความปลอดภัยในการขับขี่ ซึ่งการตรวจประเมินสมรรถนะทางการแพทย์สามารถช่วยลดความเสี่ยงของอุบัติเหตุได้ อย่างไรก็ตามการนำนโยบายนี้ไปใช้ยังคงมีข้อจำกัดในเชิงการปฏิบัติและการยอมรับจากสังคม ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาทางสุขภาพของผู้ขับขี่และการมีโรคประจำตัวต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคลมชัก โรคเบาหวาน โรคพาร์กินสัน โรคที่เกี่ยวข้องกับสายตา โรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองและโรคทางสมองและระบบประสาท ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อสมรรถนะในการขับขี่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ตลอดเวลา (สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักแผนความปลอดภัย, 2565) ประเทศไทยจึงต้องส่งเสริมสมรรถนะการขับขี่ปลอดภัยและให้สอดคล้องกับแผนระดับโลก (Global Plan) ทศวรรษที่สองของการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยทางถนน ปี พ.ศ. 2021 - 2030 โดยกำหนดเป้าหมายให้ทุกประเทศลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2030 (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

การประเมินความพร้อมในการขับขี่ในช่วงที่ผ่านมา ประเทศไทยยังไม่มีระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ที่เป็นแบบแผนชัดเจน มีเพียงการตรวจสมรรถนะกลุ่มผู้ขับขี่ส่วนบุคคล/ผู้ขับขี่สาธารณะและให้ความรู้เรื่องกฎจราจรเท่านั้น ส่วนแพทย์ผู้ออกใบรับรองแพทย์ในหน่วยบริการยังคงเป็นการตรวจที่มุ่งตรวจโรคที่กำหนดในใบรับรองแพทย์เท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของผู้ขับขี่ อีกทั้งยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสมรรถนะของผู้ขับขี่ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงคมนาคมและไม่มีศูนย์รองรับการให้บริการตรวจแบบครบวงจรก่อนออกใบอนุญาตขับขี่ จึงเกิดช่องว่างที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนนในระยะยาว จากปัญหา ดังกล่าว กรมควบคุมโรคจึงมอบหมายให้สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ดำเนินโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2567 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) และจัดทำข้อเสนอแนะการพัฒนา เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยบนท้องถนนไปสู่หน่วยบริการสุขภาพในจังหวัดอื่น ๆ ของประเทศไทย อีกทั้ง เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ผลการดำเนินงานพบข้อจำกัดที่สำคัญต่าง ๆ เช่น ยังไม่สามารถขยายผลดำเนินการไปยังพื้นที่อื่น โดยดำเนินการเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดในเขตปริมณฑลเท่านั้น การเปิดบริการคลินิกตรวจประเมินความพร้อมสมรรถนะทางการแพทย์เปิดบริการเพียงแห่งเดียวที่สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองจึงยังไม่ครอบคลุมไปพื้นที่อื่น กลุ่มเป้าหมายผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะมีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการจึงมีผู้มารับบริการจำนวนน้อย

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นอาชีพขาดแคลนยังมีน้อยและยังต้องใช้เวลาในการพัฒนาต่อยอดจนเกิดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอาชีพเวชศาสตร์ที่ได้ตามมาตราฐาน ตลอดจนความไม่ชัดเจนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรับบริการในกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะ รวมทั้งระยะเวลาในการเข้ารับบริการที่อาจมีผลกระทบต่อรายได้ที่สูญเสียไปเช่นกัน

จากความเป็นมาและสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น คณะผู้ศึกษาจึงให้ความสำคัญ ทำการศึกษาเรื่อง “ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย”

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

1.2.2 เพื่อศึกษาประสบการณ์การดำเนินงานประเมินความพร้อมเพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) มุมมองของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ

1.2.3 เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในการขับเคลื่อนและขยายผลการดำเนินงานประเมินความพร้อมเพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) ในพื้นที่อื่น ๆ

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) โดยการศึกษาแบบผสานวิธีเชิงคุณภาพด้วยการทบทวนเอกสาร (Document review) การศึกษาจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ร่วมกับการรับฟังข้อคิดเห็นจากประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling Selection) โดยคณะผู้ศึกษา ใช้วิธีการวิเคราะห์กระบวนการพัฒนา รวบรวมข้อมูลและร่วมกับการรับฟังข้อคิดเห็นจากโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) โดยรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา กำหนดขอบเขตเนื้อหาการศึกษา ในการวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาแผนฯ 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การศึกษากระบวนการ

1.1 วิเคราะห์กระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องและผลสำเร็จการดำเนินงาน

1.2 การวิเคราะห์ประสบการณ์การพัฒนาระบบประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) ในประเด็นความรู้ ความเข้าใจและความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 การรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) ได้แก่

2.1 นโยบายระดับประเทศและมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

2.2 การทำงานของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การประเมินความพร้อมในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) เป็นนโยบายที่ขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการ

2.3 นโยบาย และ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและ/หรือตรวจสอบสุขภาพ หรือสมรรถนะของผู้ขับขี่รถสาธารณะ

2.4 ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและความคิดเห็นต่อการขยายผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

2.5 บทเรียนการพัฒนาการดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ (Medical Fitness to Drive) เพื่อขับเคลื่อนและขยายผลการดำเนินงาน

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

3.1 จัดทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในการขับเคลื่อนและขยายผลกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) ในพื้นที่อื่น ๆ โดยรวบรวมข้อคิดเห็น จากการเข้าร่วมประชุมในโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนนและออกแบบเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง เรื่อง การจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสิ้น 5 คน

1.3.2 ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567 รวมทั้งสิ้น 5 เดือน

1.4 ความจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเอกสาร และข้อมูลจากโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว โดยข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากคลินิกต้นแบบบริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ (Medical Fitness To Drive) ซึ่งดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบเป็นแห่งแรกของประเทศ จึงอาจไม่ครอบคลุมการดำเนินงานภาพรวมของประเทศ รวมทั้งการประเมินความคุ้มค่าผู้ขับขี่เฉพาะด้านคนเท่านั้น ไม่รวมปัจจัยด้านพาหนะ ด้านถนน และสิ่งแวดล้อม

1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

ข้อเสนอเชิงนโยบาย หมายถึง ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนโยบาย เพื่อการปฏิบัติในเชิงนโยบาย มีองค์ประกอบสำคัญคือ วัตถุประสงค์ (Policy Objectives) แนวการดำเนินงานของนโยบาย (Policy Means) และกลไกของนโยบาย (Policy Mechanism) (รัตนภรณ์ สมบูรณ์, 2556)

การพัฒนาระบบ หมายถึง การสร้างระบบงานใหม่หรือปรับเปลี่ยนระบบงานเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้สามารถทำงานเพื่อแก้ปัญหาที่เหมาะสมตามความพร้อมของแต่ละหน่วยงาน โดยการกำหนดความต้องการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ คือ การพัฒนาและการนำระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ที่ได้ออกแบบไว้มาทบทวน เพื่อจัดทำคู่มือและการทดสอบระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ที่ต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาที่ดียิ่งขึ้น

การประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อม การประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ เป็นการจัดการทรัพยากร ผู้เชี่ยวชาญ คลินิกตรวจประเมินความ

พร้อมสมรรถนะทางการแพทย์ ศูนย์ความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถตรวจวินิจฉัยที่เป็นแนวทางเดียวกัน ในกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะ

นโยบายเพื่อความปลอดภัยทางท้องถนน หมายถึง นโยบายการบริหารจัดการให้ดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 เพื่อขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยมุ่งหวังให้สามารถลดผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงได้อย่างน้อย 1 ราย จะทำให้ภาพรวมของประเทศมีสถิติการเสียชีวิตจากการใช้รถใช้ถนนลดลงได้อย่างเป็นรูปธรรม (ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย, 2560) โดยกำหนดให้จัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนเพื่อให้หน่วยงานของรัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ รวมทั้งมีบูรณาการระหว่างหน่วยงานเพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน ทั้งด้านนโยบาย หน่วยงานรับผิดชอบวางแผนงบประมาณ การดำเนินงานและระบบกำกับติดตามประเมินผล โดยมีคณะกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ (คณะกรรมการ นปถ.) ที่มีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการและกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย รับผิดชอบงานเลขานุการของคณะกรรมการ นปถ.

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ จะทำให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย ซึ่งจะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ดังนี้

1.6.1 ทราบปัญหาและแนวทางในการบริหารจัดการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย รวมทั้งข้อค้นพบปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานและ/หรือผู้ที่นำไปขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไปได้

1.6.2 ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ในการจัดทำระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย สามารถเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร ในการกำหนดนโยบาย แผนงานและมาตรการป้องกันการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุต่อไปได้

1.6.3 สามารถขยายผลการให้บริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ โดยการพัฒนาให้คลินิกอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลเชี่ยวชาญให้ความครอบคลุมไปจังหวัดอื่น ๆ และสามารถขยายผลไปยังกลุ่มผู้ขับขี่ยานพาหนะสาธารณะประเภทอื่น ๆ ต่อไปได้

บทที่ 2

เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่อง “ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนากระบวนการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ยานต์สาธารณะ เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย”

คณะผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอใน 7 ประเด็น ดังนี้

- 2.1 สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนและการจัดการปัญหาของประเทศไทยและต่างประเทศ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
 - 2.3.1 แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 - 2570
 - 2.3.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ยานต์สาธารณะ
- 2.4 แนวคิดการประเมินความพร้อมด้านการแพทย์
- 2.5 แนวคิดการจัดตั้งคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ
- 2.6 งานวิจัย/แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนและการจัดการปัญหาของประเทศไทย และต่างประเทศ

(Global Status Report on Road Safety, 2018)

2.1.1 ประเทศไทย

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้น โดย“อุบัติเหตุการจราจรทางถนน” ยังเป็นปัญหาสำคัญของโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุของความสูญเสีย ที่เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยทั่วไป เช่น คนใช้รถยนต์ รถจักรยานยนต์ คนเดินถนน และผู้โดยสาร จากข้อมูลการบูรณาการ 3 ฐาน (ทะเบียนมรณะบัตร ของกระทรวง สาธารณสุข, ระบบ CRIMES ของตำรวจ และระบบ E-Claim บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ) (กองป้องกันบาดเจ็บ, 2567) ปี พ.ศ. 2556 - 2560 แนวโน้มมีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสูงขึ้น โดยพบว่าในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิต ถึงปีละ 21,000 คน (อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 32.7 ต่อแสนประชากร) หรือเฉลี่ยวันละ 60 คน นอกจากนี้ ยังพบผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษายาบาล เฉลี่ยวันละ 600 คน และพิการประมาณ 9,000 คนต่อปี

ทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 19,733 คนต่อปี และจากรายงานความปลอดภัยทางถนนของโลก (Global Status Report on Road Safety, 2018) ขององค์การอนามัยโลก รายงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนของโลก พ.ศ. 2561 จากการสำรวจ 180 ประเทศทั่วโลก พบว่าในภูมิภาคเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้อุบัติเหตุทางถนนที่เกิดขึ้น คิดเป็นอัตรา 17.3 ต่อแสนประชากร โดยประเทศไทยมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุเป็นอันดับ 1 ในภูมิภาคนี้ และมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 9 ของโลก อัตราตาย 32.7 ต่อแสนประชากร และเป็นอันดับที่ 1 ของเอเชียและอาเซียนที่มีอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุด จากสถิติข้อมูลอุบัติเหตุ ทางถนนระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance : IS) จะพบว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2561 - 2565) มีผู้บาดเจ็บสาหัสจาก อุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 240,044 คนต่อปี ซึ่งจากข้อมูลมรณะบัตร และหนังสือรับรองการตาย พบว่า อัตราเสียชีวิตอยู่ระหว่าง 26.0 - 31.0 ต่อแสนประชากร ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศ

ชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนชายต่อหญิง เท่ากับ 1.6:1 กลุ่มอายุที่มีการเสียชีวิตสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 25 - 60 ปี (ร้อยละ 53.7) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี (ร้อยละ 28.1) ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน

ในระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2564 ที่เป็นช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่าผู้เสียชีวิต และผู้บาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนนมีจำนวนลดลง อย่างไรก็ตามจำนวนผู้เสียชีวิตสะสม ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนใกล้เคียงกับปี พ.ศ. 2564 ทั้งปี ส่งผลให้จำนวนผู้เสียชีวิตในภาพรวมกลับมาเพิ่มขึ้นอีกครั้ง และในจำนวนนี้มีกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากที่เสียชีวิตบนท้องถนน ดังนั้นแผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2565 - 2570) มุ่งเน้นการจัดการกับความเสี่ยงหรือภัยคุกคามสำคัญของประเทศอย่างจริงจังเร่งด่วน ซึ่งครอบคลุมประเด็น ผู้ใช้รถใช้ถนนทุกกลุ่ม โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มผู้เดินทางที่มีความเปราะบาง เช่น ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ผู้ขับขี่รถยนต์ ผู้ประกอบอาชีพขับรถขนส่ง ผู้สูงอายุและคนเดินเท้า เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนของประเทศไทย การวิเคราะห์ด้านระบาดวิทยาการบาดเจ็บ เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตประกอบไปด้วยปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านคน ด้านพาหนะ และด้านถนนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากการศึกษาของสำนักนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร เมื่อปี พ.ศ. 2565 พบว่า ในประเทศไทย สาเหตุส่วนใหญ่มาจากคนและเหตุอันเกี่ยวเนื่องจากคน ร้อยละ 95.62 โดยมีสาเหตุมาจากคนโดยตรง ร้อยละ 57.10

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย คำนวณมูลค่าความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจรจากพื้นที่ในจังหวัดสระบุรี ด้วยวิธีการประเมินความเต็มใจที่จะจ่ายในการลดอุบัติเหตุทางถนนของคนในพื้นที่พบว่า การเสียชีวิตมีมูลค่าเท่ากับประมาณ 10 ล้านบาทต่อราย ในขณะที่การบาดเจ็บสาหัสมีมูลค่าเท่ากับประมาณ 3 ล้านบาทต่อราย (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2560) อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นในประเทศไทยที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สิน จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 พบว่าอุบัติเหตุเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ เนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรโดย พบในเพศชาย กลุ่มอายุ 15 - 29 ปี และ 30 - 44 ปี สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ได้ประเมินมูลค่าความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วงปี พ.ศ. 2554 - 2556 เฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 545,435 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 6

องค์การอนามัยโลก ได้ประเมินสถานะประเทศไทยในรอบ 12 เป้าหมาย ด้านความปลอดภัยทางถนน พบปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง คือ แม้ว่าเราจะมีศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนรับผิดชอบเป็นองค์กรนำด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประเทศ แต่ยังคงขาดความเข้มแข็งในบทบาทหน้าที่การเป็นผู้นำประสานการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และการกำกับติดตามระหว่างหน่วยงานในแผนแม่บท ด้านความปลอดภัยทางถนนฉบับที่ 5 พ.ศ. 2565 - 2570 มีเป้าหมายหลัก คือ ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเมื่อสิ้นสุดแผนในปี พ.ศ. 2570 จาก 16,494 รายในปี พ.ศ. 2564 ให้เหลือ 8,474 ราย หรือ 12 รายต่อแสนประชากร เมื่อสิ้นสุดแผนในปี พ.ศ. 2570 โดยมุ่งเน้นอุบัติเหตุที่เกิดกับรถจักรยานยนต์ วัยรุ่น การจัดการความเร็วและการกำกับติดตาม

องค์การอนามัยโลก ได้ทำการประเมินความปลอดภัยทางถนนในเชิงกฎหมายและเชิงสถาบันของประเทศไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการความปลอดภัยทางถนนของโลกตามการริเริ่มของบลูมเบิร์ก (Bloomberg Initiative for Global Road Safety หรือ BIGRS) เพื่อปรับปรุงกฎหมายการรับมือกับปัญหาอุบัติเหตุ เพื่อให้องค์กรในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและกฎระเบียบว่าด้วยความปลอดภัยทางถนนมีความเข้าใจตรงกัน พบว่าประเทศไทยมีระบบบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน และมีกฎหมายส่วนใหญ่ ซึ่งจำเป็นต่อการสร้างความปลอดภัยทางถนนอยู่แล้ว นอกจากนี้รัฐบาลไทยได้ออกระเบียบสำนัก

นายกรัฐมนตรีว่า ด้วยการป้องกันและการลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการในการบูรณาการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและในการดำเนินการต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน รวมทั้งได้ให้อำนาจทางกฎหมายแก่ทุกองค์กรในการแก้ไขปัญหาความปลอดภัยทางถนน และประเทศไทยมีกฎหมายที่เน้นการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่อความปลอดภัยทางถนน ยกเว้น กฎหมายว่าด้วยเบาะนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ แม้ว่ามียุทธศาสตร์การบริหารจัดการและกฎหมายที่จำเป็นหลายฉบับ แต่พบว่า จำนวนการเสียชีวิตจากการจราจรทางบกยังคงสูงมาก การวิเคราะห์นี้ ได้ตั้งสมมุติฐาน 2 ประการ คือ

1) ระบบบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน พบข้อบกพร่องและอุปสรรค อันเกิดจากความไร้เสถียรภาพทางการเมือง ประเทศไทยใช้ระบบที่นักการเมืองระดับสูงดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการด้านนโยบายและด้านการบริหาร จึงมีข้อจำกัดเรื่องการนัดหมายประชุมคณะกรรมการ เนื่องจากนักการเมืองระดับสูง มักดำรงตำแหน่งกรรมการในคณะกรรมการหลายชุด ดังนั้นจึงเลือกเข้าประชุมเฉพาะเรื่องที่อยู่ในความสนใจของรัฐบาล มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติและมีการประชุมบ่อยครั้ง อีกทั้งเลขาธิการคณะกรรมการทั้ง 3 ชุด คือ “คณะกรรมการนโยบายป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ” “ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน” และ “ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน”) มีหน้าที่เพียงการประสานงาน แต่ไม่มีอำนาจหรือหน้าที่ด้านการบริหารจัดการองค์กร

2) การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยความปลอดภัยทางถนน อาจเป็นเหตุให้การใช้กฎหมายขาดประสิทธิภาพ ซึ่งการศึกษาต่าง ๆ ชี้ว่า ต้องมีบทกำหนดโทษต่อผู้กระทำความผิดกฎหมายให้รุนแรงขึ้น เช่น โทษปรับและบทกำหนดโทษอื่น ต้องส่งเสริมประชาชนให้เข้าใจและตระหนักถึงกฎหมายว่าด้วยความปลอดภัยทางถนน หากไม่สร้างความเข้าใจ ปัญหาการปฏิบัติตามกฎหมายจะมีมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การบริหารจัดการทรัพยากรไม่เหมาะสมและข้อจำกัดด้านทรัพยากรและขีดความสามารถของหน่วยงานด้านการจราจรและตำรวจจราจร ส่งผลให้การบังคับใช้กฎหมายขาดประสิทธิภาพด้วย

ข้อเสนอแนะจากการประเมินความปลอดภัยทางถนนในเชิงกฎหมายและเชิงสถาบันของประเทศไทย พบว่า ต้องมีการเปลี่ยนแปลง 6 ข้อเสนอแนะ ดังนี้

- 1) หาแนวทางให้ฝ่ายการเมืองมีความตั้งใจจริง ด้านความปลอดภัยทางถนน
- 2) ศึกษาทางเลือกต่าง ๆ เพื่อหาระบบบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้การประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน มีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดปัญหาจากการขาดความตั้งใจจริงของฝ่ายการเมือง
- 3) สร้างระบบสนับสนุนที่ดีให้กับกลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการฯ เพื่อสร้างขีดความสามารถรวมทั้งเพิ่มพูนความรู้ การค้นคว้าวิจัย ขีดความสามารถอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) แก้ไขกฎหมายเดิมให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล เช่น บังคับใช้กฎหมายว่าด้วยเบาะนิรภัยสำหรับเด็ก ลดอัตราความเร็วสูงสุดในเขตเมือง ในผู้ขับขี่มือใหม่ควรกำหนดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดให้ต่ำกว่าผู้ขับขี่รถยนต์ทั่วไป กำหนดให้ผู้นั่งตอนหลังของรถยนต์คาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น
- 5) เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย โดยมีบทกำหนดโทษรุนแรงขึ้น มีเครื่องมือเพียงพอการจัดเก็บค่าปรับมีประสิทธิภาพ และสร้างระบบระดับชาติในการตัดคะแนนเมื่อกระทำความผิดกฎหมายจราจร
- 6) เพิ่มการตระหนักรู้ของประชาชน ต่อความปลอดภัยทางถนนและกฎหมายว่าด้วยความปลอดภัยทางถนน ด้วยการรณรงค์การสื่อสาร

2.1.2 ต่างประเทศ

การพัฒนานโยบายความปลอดภัยทางถนน ยกตัวอย่าง 3 ประเทศ คือ สวีเดน เนเธอร์แลนด์ และสหรัฐอเมริกา มีการพัฒนาดังนี้

สวีเดน วิสัยทัศน์ Vision zero ของสวีเดน ตั้งอยู่บนฐานคิดสำคัญ คือ “มนุษย์ไม่ได้สมบูรณ์แบบ” (Humans are not perfect) และมีมุมมองที่ว่า ผู้เดินทาง (ใช้ยานพาหนะหรือเดินเท้า) หลีกเลียงไม่ได้ที่จะทำสิ่งที่ผิดพลาด แต่ธรรมชาติของมนุษย์ที่ย่อมผิดพลาดได้นี้ ต้องไม่นำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และเชื่อว่า “ถ้าอุบัติเหตุ เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ มันก็จะเกิดขึ้น แค่ออนไทม์เท่านั้นเอง” ดังนั้น จึงสร้างสถานการณ์ที่ปลอดภัยและพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบให้กับผู้ที่เดินทางบนถนนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้น โดย (1) ให้ความสำคัญกับการแบ่งส่วนความรับผิดชอบด้านความปลอดภัยทางถนนระหว่างผู้ออกแบบระบบความปลอดภัยทางถนนต้องพัฒนาออกแบบและบำรุงรักษา กับผู้ใช้งานระบบความปลอดภัยต้องมีจิตสำนึกปฏิบัติตามและเคารพกฎจราจร (2) พัฒนาออกแบบโครงสร้างพื้นฐานการขนส่งยึดหลักการลดความอดทนของร่างกายมนุษย์กับแรงปะทะรุนแรงจากอุบัติเหตุ (3) พัฒนาเทคโนโลยียานยนต์ที่ช่วยลดแรงปะทะรุนแรงเมื่อเกิดอุบัติเหตุ เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่นำไปสู่การเสียชีวิตและบาดเจ็บรุนแรง และ (4) ตระหนักถึงข้อจำกัดการใช้ถนนของประชากรแต่ละกลุ่ม ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงช่วงเวลาและนโยบายการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนของสวีเดน

ช่วงเวลา	นโยบายการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนของสวีเดน
ทศวรรษ 2470	นโยบายความปลอดภัยทางถนน ตั้งอยู่บนฐานคิดว่า อุบัติเหตุบนท้องถนน มีสาเหตุหลักมาจาก ผู้ใช้ถนน
พ.ศ. 2493 - 2513	จำนวนผู้เสียชีวิต บนท้องถนน เพิ่มขึ้นเท่าตัว
3 กันยายน พ.ศ. 2510	- ดำเนินนโยบาย เปลี่ยนการใช้ พวงมาลัยรถยนต์ จากด้านซ้ายเป็นด้านขวามือ หรือ H-DAY - จัดตั้ง สำนักงานความปลอดภัยทางถนนสวีเดน
พ.ศ. 2537	สวีเดน ประกาศ วิสัยทัศน์ vision zero บนฐานคิดการพัฒนา ความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ
พ.ศ. 2539	จำนวนผู้เสียชีวิตจาก อุบัติเหตุบนถนนลดลง จาก 1,307 ราย ในปี พ.ศ. 2513 เป็น 488 ราย ในปี พ.ศ. 2539
22 พฤษภาคม พ.ศ. 2540	รัฐบาลจากพรรค สังคมประชาธิปไตย ยื่น ร่างกฎหมาย “วิสัยทัศน์ ให้เหลือศูนย์” (vision Zero) และ “สังคมแห่งการจราจร ที่ปลอดภัย” (vision zero and traffic-safe society)
9 ตุลาคม พ.ศ. 2540	รัฐสภาสวีเดน รับรองนโยบายความปลอดภัย ทางถนนเพื่อนำทิศทางใหม่และเป้าหมายระยะยาวใหม่ ด้านความปลอดภัยทางถนนมาใช้
พ.ศ. 2553 - 2563	กำหนดเป้าหมาย ให้มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ บนท้องถนนลดลงครึ่งหนึ่ง
พ.ศ. 2592	เป้าหมายระยะยาว การเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุบน ท้องถนนเป็นศูนย์

ที่มา: ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน, มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย (2022)

เนเธอร์แลนด์ วิสัยทัศน์ “ความปลอดภัยที่ยั่งยืน” (Sustainable Safety) และ “ความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ” (Systematic Safety) ของเนเธอร์แลนด์ ตั้งอยู่บนฐานปรัชญาว่า “การเดินทางเคลื่อนย้ายเป็นสิทธิพลเมือง ระบบคมนาคมที่ก่อความเสี่ยงให้ผู้เดินทางเสียชีวิตและบาดเจ็บรุนแรง ถือเป็นการละเมิดต่อสิทธิพลเมือง” นโยบายถนนปลอดภัยที่ยั่งยืนของเนเธอร์แลนด์ มองปัญหาความปลอดภัยทางถนนบนพื้นฐาน “มนุษย์ปัจจัย 2 ประการ คือ (1) มนุษย์เราอ่อนแอ ร่างกายของเราไม่ได้ถูกสร้างมาให้รับแรง

กระแทกจากการชนกับยานยนต์ และ (2) มนุษย์เราทำผิดพลาดได้ (Human error) อาจเกิดจากความตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ ลักษณะธรรมชาติของมนุษย์นี้ ถูกแปลงออกมาเป็นมาตรการสำคัญ ได้แก่การควบคุมความเร็วและการแยกเลนถนนของยานพาหนะแต่ละประเภท ออกแบบถนนให้ใช้งานอย่างสอดคล้องกลมกลืนกัน แต่ยังคงบทบาทหน้าที่หลักของถนนแต่ละประเภท ออกแบบถนนให้ผู้ใช้ถนนตัดสินใจในเรื่องความปลอดภัยขณะขับที่ง่ายขึ้น ออกแบบถนนป้องกันไม่ให้ผู้ใช้ถนนทำผิดพลาด เช่น จำกัดเลนจราจรให้มีเลนเดียวในแต่ละทิศทาง ทำใหยานพาหนะเร่งแซงไม่ได้ และสร้างความตระหนัก เช่น เมาไม่ขับ ไม่ใช้โทรศัพท์ขณะขับรถยนต์ ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 แสดงช่วงเวลาและนโยบายการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนของเนเธอร์แลนด์

ช่วงเวลา	นโยบายการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนของเนเธอร์แลนด์
ทศวรรษ 2530	กระทรวงการบริหารจัดการน้ำและโครงสร้างพื้นฐาน ทดลองโครงการด้านความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่ภูมิภาค แต่ได้ประสิทธิภาพต่ำ
พ.ศ. 2534	วิสัยทัศน์ “ความปลอดภัยที่ยั่งยืน” และ “ระบบ ความปลอดภัย”ถูกเสนอครั้งแรก
พ.ศ. 2535	วิสัยทัศน์ “ความปลอดภัยทางถนนที่ยั่งยืน” พัฒนาเป็น กรอบคิดที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น
พ.ศ. 2538	โครงการภายใต้หลักการความปลอดภัยทางถนนที่ยั่งยืน ริเริ่มดำเนินการบางส่วน
พ.ศ. 2540 - 2545	ดำเนินการโครงการพื้นฐาน (Start-up programs) มาตรการสำคัญ คือ การจำแนกเส้นทางเดินทางตามระยะทางการเดินทาง เส้นทางรถจักรยานยนต์ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และ สิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินทาง เพิ่มมาตรการบังคับใช้กฎหมาย
พ.ศ. 2546	ดำเนินนโยบาย “ความปลอดภัยทางถนนที่ยั่งยืน” ระยะที่ 2
พ.ศ. 2548	ปรับปรุงแนวทางเดิมของนโยบายความปลอดภัยทางถนนที่ยั่งยืน” ครั้งแรก เรียกว่า Advancing sustainable safety
พ.ศ. 2561 - 2573	ดำเนินนโยบาย “ความปลอดภัยทางถนน ที่ยั่งยืน” ระยะที่ 3

ที่มา: ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน, มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย (2022)

สหรัฐอเมริกา เป็นสังคมที่ผู้คนที่พึ่งพาอาศัยกัน (Care dependence) เป็นผลผลิตจากชัยชนะของอาณานิคมที่มีอิทธิพลแทรกแซงทั้งทางการเมือง และแวดวงวิชาการที่ผลิตความรู้ในการบริหารจัดการถนน และสร้างวัฒนธรรมการขับรถยนต์ให้กับคนอเมริกัน ในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา สหรัฐอเมริกาเริ่มตั้งคำถามต่อมุมมองแบบเดิมในการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน ทำให้ปัจจุบันมีการเริ่มนำวิสัยทัศน์ Vision zero มาพัฒนามาตรการสร้างความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ ใน 40 เมืองทั่วประเทศ เป้าหมายระยะยาวเพื่อไม่ให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจร การปรับเปลี่ยนนโยบายการจัดการถนนปลอดภัยของสหรัฐอเมริกา ส่งสัญญาณในทางที่ดีขึ้นในเกือบทุกเมืองที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายเมือง Vision zero ดังตารางที่ 2.3 และ 2.4

ตารางที่ 2.3 แสดงช่วงเวลาและนโยบายการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนของสหรัฐอเมริกา

ช่วงเวลา	นโยบายการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนของสหรัฐอเมริกา
ทศวรรษ 2460	อุตสาหกรรม ยานยนต์ของสหรัฐอเมริกาเติบโต
ทศวรรษ 2450 - 2470	การต่อสู้แย่งชิง พื้นที่ถนนระหว่างรถยนต์กับผู้ใช้ถนนกลุ่มต่าง ๆ
ทศวรรษ 2470	อาณาจักรยานยนต์ ประสบชัยชนะ สหรัฐอเมริกกลายเป็นเมืองแห่งยานยนต์
ทศวรรษ 2500 - 2510	รัฐบาลเริ่มตระหนักถึง ปัญหาการจราจร และสนับสนุนการเดินทางบน ท้องถนน แบบอื่น ๆ
พ.ศ. 2543	เมืองวอชิงตัน ดี.ซี. ประกาศนโยบาย “Target zero”
พ.ศ. 2546	เมืองนิวยอร์ก ประกาศนโยบาย “Towards zero deaths” เมืองยูทาห์ เนวาดา ไอโอวา ประกาศนโยบาย “Zero fatalities”
พ.ศ. 2557	เมืองมินนิโซตา ประกาศนโยบาย “Action zero”

ที่มา: ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน, มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย (2022)

ตารางที่ 2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างแนวคิดความปลอดภัยทางถนนแบบเดิม กับแนวคิด Vision zero และความปลอดภัยที่ยั่งยืน (Sustainable safety)

แนวคิดความปลอดภัยทางถนนแบบเดิม	แนวคิด vision zero และความปลอดภัยที่ยั่งยืน
ระบุและแก้ปัญหามิวนจุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง	- ไม่รอให้อุบัติเหตุจราจรเกิดขึ้น - ประยุกต์ความรู้เรื่องความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ
ความปลอดภัยทางถนนเป็นความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคลผู้ใช้รถใช้ถนน	- ผู้ใช้ถนนทุกกลุ่มเป็นผู้รับผิดชอบต่อความปลอดภัยทางถนนร่วมกัน

ที่มา: ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน, มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย (2022)

ความสำเร็จของนโยบายความปลอดภัยทางถนนสวีเดน เนเธอร์แลนด์ และสหรัฐอเมริกา มีกลไกสำคัญ คือ

- 1) Effective of Lead agency structure การมีกลไกโครงสร้างการบริหารความปลอดภัยทางถนนที่มีประสิทธิภาพ และทำงานควบคู่กับหน่วยงาน/สถาบันทางวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนน
- 2) Infrastructure control เน้นการออกแบบโครงสร้างพื้นฐานและถนนที่ปลอดภัย
- 3) Advocacy and Law enforcement การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มข้น
- 4) Creative Media การสื่อสารที่เข้าถึงประชาชนและกลุ่มเป้าหมายจนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 5) Community Included การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

สรุปสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนยังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ปัจจัยที่มีผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านคน ด้านพาหนะ และด้านถนนและสิ่งแวดล้อม องค์การอนามัยโลกได้การประเมินความปลอดภัยทางถนนในเชิงกฎหมายและเชิงสถาบัน พบปัญหา 2 ประการ คือ (1) ระบบบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนมีข้อบกพร่อง และ (2) การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยความปลอดภัยทางถนน

ขาดประสิทธิภาพและไม่ดีพอ สำหรับนโยบายความปลอดภัยทางถนนของ 3 ประเทศ ได้แก่ ประเทศสวีเดน เนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา มีการพัฒนานโยบายการจัดการควบคุมไปกับการบังคับใช้กฎหมายอย่างต่อเนื่องทุกมิติ เพื่อลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุให้มากที่สุด

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับข้อเสนอเชิงนโยบาย

การวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับข้อเสนอเชิงนโยบายประกอบด้วย ความหมายและความสำคัญของนโยบายและองค์ประกอบของนโยบาย ดังนี้

2.2.1 ความหมายของนโยบาย

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายหรือคำจำกัดความ ต่าง ๆ เช่น

พจนานุกรมฉบับ ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 : นโยบาย คือ หลักและวิธีปฏิบัติซึ่งถือเป็นแนวดำเนินการ

Greenwood (1965); Haimann and Scott (1974); Anderson (1975); Terry (1977) และ Dye (1981) : นโยบาย คือ หลักหรือวิธีการปฏิบัติซึ่งถือเป็นแนวทางดำเนินการที่ผู้บริหารใช้ตัดสินใจเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปโดยถูกต้อง และบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (วันรัฐ สอนสิทธิ์, 2564)

Mark (1994) ให้ความหมายว่า นโยบายเป็นยุทธศาสตร์ที่เลือกสรรแล้ว นำไปสู่การแก้ปัญหา นโยบายจึงเหมือนแนวทางการแก้ปัญหา การกำหนดนโยบายเป็นความพยายามขององค์การเพื่อนำไปสู่กระบวนการแก้ปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของบุคคลในองค์การ

International Livestock Research Institute (ILRI) (1995) : นโยบาย (1) เป็นแนวหรือวิธีการเพื่อการปฏิบัติที่รัฐบาล หรือ สถาบัน หรือกลุ่ม หรือบุคคล เลือกจากทางเลือกหลาย ๆ ทาง เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติ (2) การตัดสินใจหรือชุดของการตัดสินใจนั้นจะออกแบบเพื่อให้แนวทางการปฏิบัตินั้นบรรลุผลสำเร็จ (3) การตัดสินใจดังกล่าวจะเกี่ยวข้องกับแผนงานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และ (4) แผนงานที่ได้รับการวางแผนนั้นจะประกอบด้วยวัตถุประสงค์ที่พึงปรารถนาและวิถีทางเพื่อบรรลุผล

วิโรจน์ สารรัตน์ (2554) และนภดล พูลสวัสดิ์ (2551) นโยบายเป็นแต่เพียงแนวทางกว้าง ๆ ที่ช่วยในการตัดสินใจเพื่อกระทำการสิ่งใดเท่านั้น หรือเป็นสิ่งที่ควรเลือก หรือไม่ควรเลือกกระทำ

2.2.2 ความสำคัญของนโยบาย

นโยบายมีความสำคัญ เพราะเป็นเครื่องบ่งชี้ทิศทางการบริหาร และเป็นข้อมูลที่ผู้บริหารพิจารณาใช้เพื่อการตัดสินใจและสั่งการ นโยบายเกิดจากวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการบริหารที่จะสามารถเป็นไปได้ เมื่อไม่มีนโยบายย่อมไม่มีทั้งวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการบริหารงาน และนโยบายยังเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการจัดการ ดังนั้นนโยบายจึงมีความสำคัญต่อการบริหารในลักษณะดังต่อไปนี้ (Laswell & Kaplan, 1970 อ้างถึงใน คณิง สายแก้ว, 2549) (1) นโยบายจะช่วยให้ผู้บริหารทราบว่าทำอะไร ทำอย่างไรและใช้ปัจจัยชนิดใดบ้าง จะช่วยให้ผู้บริหารปฏิบัติงานต่าง ๆ อย่างมั่นใจ (2) นโยบายจะช่วยให้บุคลากรทุกระดับในองค์การเข้าใจถึงภารกิจของหน่วยงานที่ตนเองสังกัด รวมทั้งวิธีการที่จะปฏิบัติภารกิจให้ประสบผลสำเร็จ โดยไม่ซ้ำซ้อนกับภาระหน้าที่ของหน่วยงานอื่น ๆ ภายในองค์การเดียวกัน (3) นโยบายก่อให้เกิดเป้าหมายในการปฏิบัติงานซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการบริหารงานทุกชนิด (4) นโยบายที่ดีจะช่วยสนับสนุนส่งเสริมใช้อำนาจของผู้บริหารให้เป็นไปโดยถูกต้องมีเหตุผลและมีความยุติธรรม และ (5) นโยบายจะช่วยให้เกิดการพัฒนาทางด้านการบริหาร เพราะนโยบายจะพัฒนาผู้บริหารงานหรือผู้ใช้ให้สามารถแปลความและทำให้นโยบายเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้

กาญจนา พงษ์ใหม่ (2541); วิโรจน์ สารรัตนะ (2543); ประชุม รอดประเสริฐ (2545) Massie & Douglas (1981), อ้างถึงใน นกตล พูลสวัสดิ์, 2551 ได้กล่าวถึงความสำคัญของนโยบาย ดังนี้ (1) ช่วยประหยัดเวลา (2) ก่อให้เกิดการประสานงาน (3) ช่วยให้องค์การเกิดความมั่นคงและสามารถลดความเครียดของสมาชิกภายในองค์กร (4) นโยบายที่ชัดเจนจะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้บริหารแต่ละระดับและแต่ละบุคคลกล้าตัดสินใจ (5) ทำหน้าที่เป็นโครงร่างที่จะนำไปสู่การตัดสินใจของผู้บริหารระดับต้น และช่วยให้ผู้บริหารระดับสูงสามารถมอบหมายอำนาจหน้าที่ให้กับผู้บริหารระดับต้นได้ตรงกับความรู้ความสามารถ และ (6) นโยบายที่ชัดเจนช่วยให้การตัดสินใจถูกต้องยุติธรรมและเที่ยงตรงมากขึ้น

2.2.3 องค์ประกอบของนโยบาย

International Livestock Research Institute: IRI (1995) กล่าวถึง นโยบายมี 2 องค์ประกอบ คือ (1) วัตถุประสงค์ของนโยบาย (policy objectives) และ (2) เครื่องมือของนโยบาย (policy instruments) โดยวัตถุประสงค์ของนโยบายหมายถึง “จุดหมาย” (ends) ที่เป็นที่คาดหวังให้บรรลุผล และเครื่องมือของนโยบาย หมายถึง “วิถีทาง” (means) ที่จะทำให้บรรลุผลในจุดหมายนั้น

วิโรจน์ สารรัตนะ, 2554 โดยได้ขยายความดังนี้ (1) การกำหนดเป้าหมายของสิ่งที่ต้องการกระทำ ในการกำหนดนโยบายเพื่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด (2) การกำหนดวิถีทางในการดำเนินงาน ต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญคือ หลักการและเกณฑ์ของนโยบาย ซึ่งผู้กำหนดนโยบายจะต้องมีความรู้และกำหนดไว้ (3) ปัจจัยสนับสนุนในการกำหนดนโยบาย ประกอบด้วยปัจจัยภายใน ได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการในการกำหนดนโยบาย และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม สภาพดินฟ้าอากาศ หากสภาพแวดล้อมมีผลกระทบอย่างรุนแรง นโยบายอาจไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือไม่อาจกำหนดขึ้น จึงต้องมีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และองค์ประกอบสำคัญคือ การประเมินผลหรือประเมินนโยบาย เพื่อให้นโยบายมีความเป็นไปได้ เหมาะสมกับเวลา สถานการณ์และความเป็นจริง

อิทธิพล แก้วพอง และคณะ (2564) เขียนบทความวิชาการ เรื่อง การเขียนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านสุขภาพ โดยการเขียนข้อเสนอที่ได้จากปัญหาหรือการวิเคราะห์นโยบาย ประกอบด้วย (1) การระบุปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (2) การระบุปัญหาที่สำคัญและจัดลำดับความสำคัญ (3) การเรียบเรียงข้อค้นพบให้เป็นข้อเสนอแนะ (4) การกำหนดสถานะของข้อเสนอแนะ (5) การพิจารณาและการสรุปข้อเสนอแนะ (6) การเผยแพร่ข้อเสนอแนะ และ (7) การทบทวนข้อเสนอแนะ สรุปว่าการเขียนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยการนำข้อมูลปัญหาหรือความต้องการมารวบรวมและเรียบเรียงจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายทางสุขภาพ จะตอบสนองการแก้ไขปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ

สรุปแนวคิดเกี่ยวกับข้อเสนอเชิงนโยบาย มีความหมายที่ยืดหยุ่น สามารถนิยามได้หลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับโอกาสและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน คุณลักษณะที่ดีของนโยบายจะเป็นคุณลักษณะที่เป็นไปตามทัศนะของกลุ่มคนส่วนใหญ่ การกำหนดกรอบนโยบายตามความหมาย ความสำคัญและองค์ประกอบของนโยบายครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางดำเนินการนโยบายและกลไกของนโยบายด้านพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ไปใช้กับผู้ขับชี่รถยนต์สาธารณะ โดยกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นผู้ขับชี่รถยนต์สาธารณะ เพื่อลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตและมีความปลอดภัยทางท้องถนน

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2.3.1 แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 - 2570 (ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2564)

แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 - 2570 โดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ชื่อย่อ สปถ.) เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำ เพื่อใช้เป็นกรอบการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และบูรณาการการทำงานจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยการสังเคราะห์ประเด็นด้านความปลอดภัยทางถนนจาก 5 แหล่งที่มา คือ (1) การทบทวนกรอบการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน (2) การทบทวนปัจจัยความสำเร็จของต่างประเทศ (ประกอบด้วยประเทศออสเตรเลีย ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศสวีเดน และสหราชอาณาจักร) (3) การวิเคราะห์การเชื่อมโยงแผนความปลอดภัยทางถนนของหน่วยงาน (4) การทบทวนสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย และ (5) การทบทวนการดำเนินงานตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561 - 2564 โดยรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องผ่านการจัดประชุมทั่วประเทศเพื่อให้การพัฒนาแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนที่สมบูรณ์

แผนแม่บทฯ ประกอบด้วย 5 เสาหลัก คือ การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน และการจัดการข้อมูล การติดตามและประเมินผลและการศึกษาวิจัยถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย ยานพาหนะที่ปลอดภัย ผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัยและการตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการพิจารณาประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศให้ความสนใจ ประกอบด้วย การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงการสื่อสารสาธารณะและการเข้าร่วมของชุมชน และการสัญจรที่ปลอดภัยและการเดินทางที่ไม่ใช้ยานยนต์และอีก 1 ประเด็นภาพรวม (Cross-cutting) คือ การจัดการความเร็ว โดยแต่ละประเด็นได้ถูกบรรจุในยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดและมาตรการแนะนำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่าง ๆ มีรายละเอียดดังนี้

วิสัยทัศน์ “มุ่งสู่การสัญจรทางถนนที่ปลอดภัยสำหรับทุกคน”

พันธกิจ

- 1) เน้นจัดการกับความเสียหายหรือภัยคุกคามสำคัญของประเทศอย่างจริงจัง เร่งด่วน ซึ่งครอบคลุมประเด็น ผู้ใช้รถใช้ถนน โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง
- 2) เน้นจัดการกับความเสียหายอย่างจริงจัง เร่งด่วน ซึ่งครอบคลุมประเด็นยานพาหนะทุกประเภท โดยให้ความสำคัญกับยานพาหนะที่มีความเสี่ยงสูง
- 3) ปรับปรุงและพัฒนาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ที่เอื้อต่อการสัญจรทุกรูปแบบ อย่างยั่งยืน ทั้งการสัญจรที่ใช้ยานยนต์และการสัญจรที่ไม่ใช้ยานยนต์
- 4) สร้างรากฐานการทำงานด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศให้มีประสิทธิภาพ สามารถขับเคลื่อนการทำงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างยั่งยืน ผ่านการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การปรับปรุงข้อกฎหมาย การจัดสรรงบประมาณอย่างสร้างสรรค์และการติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์

- 1) เพื่อลดอัตราการสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะกลุ่มผู้เดินทางซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง
- 2) เพื่อยกระดับมาตรฐานด้านความปลอดภัยของยานพาหนะทุกประเภท
- 3) เพื่อพัฒนาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับการสัญจรทางถนนและมีทางเลือกการสัญจรที่ปลอดภัยสำหรับผู้เดินทางทุกรูปแบบ

4) เพื่อวางรากฐานการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยทางถนนที่มีประสิทธิภาพ โดยมีแผนงานด้านความปลอดภัยทางถนนที่ดำเนินการได้จริง สามารถสนับสนุนให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกันทุกภาคส่วน มีกฎหมายที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเทียบเท่าสากล มีการจัดสรรงบประมาณด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างเพียงพอ ตลอดจนเกิดระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย (ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์)

1) ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปี พ.ศ. 2570 เหลือ 8,474 คน หรือ 12 คนต่อแสนประชากร

2) ลดจำนวนผู้บาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนนในปี พ.ศ. 2570 เหลือ 106,376 คน ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ชั้นกลาง ประกอบด้วย 12 ตัวชี้วัด แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัส (1) ที่เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ (2) ที่เป็ยวชน (3) ที่เป็นผู้ใช้รถยนต์ส่วนบุคคล (4) ที่เป็นคนเดินเท้า (5) ที่เป็นผู้ใช้จักรยาน (6) ที่เป็นผู้สูงอายุ (7) ที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้รถจักรยานยนต์ (คนขับและผู้โดยสาร) กลุ่มที่ 2 สัดส่วนของผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บสาหัส (8) จาการจักรยานยนต์ที่ไม่ได้มาตรฐานความปลอดภัย (9) จาการยนต์ที่ไม่ได้มาตรฐานความปลอดภัย กลุ่มที่ 3 จำนวนผู้เสียชีวิต (10) ที่เกิดขึ้นบนถนนของกรมทางหลวง (11) ที่เกิดขึ้นบนถนนของกรมทางหลวงชนบท และ (12) ที่เกิดขึ้นบนถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งเป้าลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสของผู้ใช้รถใช้ถนน มี 2 กลยุทธ์ คือ (1) ลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถจักรยานยนต์และเยาวชน และ (2) ลดความเสี่ยงของอุบัติเหตุจากพฤติกรรมการขับขี่และการใช้อุปกรณ์ความปลอดภัยที่ไม่เหมาะสม

ประเด็นการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ที่ 1 ในช่วงครึ่งแรกของแผนมุ่งเน้นประเด็นสำคัญที่สามารถลดอุบัติเหตุของผู้ใช้รถใช้ถนนได้ทันทีและควรต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน ส่วนช่วงครึ่งหลังของแผน มุ่งเน้นประเด็นที่มีความสำคัญในการลดอุบัติเหตุ ทางถนนของผู้ใช้รถใช้ถนนที่ต้องขับเคลื่อนต่อเนื่องเพื่อให้เห็นผลในระยะยาว

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับมาตรฐานด้านความปลอดภัยของยานพาหนะ ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ คือ (1) ยกระดับมาตรฐานด้านความปลอดภัยของรถจักรยานยนต์และอุปกรณ์ส่วนควบ พร้อมกับการให้ความรู้ด้านมาตรฐานรถจักรยานยนต์และการใช้งานอย่างปลอดภัย (2) ส่งเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับมาตรฐานยานยนต์และการใช้งานที่ถูกต้อง และ (3) ปรับปรุงมาตรฐานยานยนต์เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ใช้รถใช้ถนนทุกประเภท

ประเด็นการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ที่ 2 ช่วงครึ่งแรกของแผนมุ่งเน้นประเด็นสำคัญที่ช่วยยกระดับมาตรฐานยานพาหนะและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับมาตรฐานยานพาหนะได้ ส่วนช่วงครึ่งหลังของแผน มุ่งเน้นการรับรองและมีประกาศรับรอง ข้อกำหนดทางเทคนิคยานยนต์ของความตกลงฯ ค.ศ. 1958 ที่เกี่ยวกับความปลอดภัยและเพิ่มสัดส่วน ยานพาหนะที่ได้มาตรฐานสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและการเดินทางที่ยั่งยืน ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ คือ (1) ลดความเร็วในการสัญจรบนถนนของผู้ใช้รถจักรยานยนต์และเยาวชน (2) ลดความเร็วในการสัญจรบนถนนด้วยการใช้เทคโนโลยีและการแก้ไขจุดเสี่ยงในระดับพื้นที่ (3) ประเมินและปรับปรุงถนนให้ปลอดภัยและใช้ข้อมูลอุบัติเหตุเชิงพื้นที่เพื่อจัดการ จุดเสี่ยง ในถนนทุกรูปแบบ และ (4) ส่งเสริมการเปลี่ยนรูปแบบการเดินทางจากการใช้พาหนะส่วนบุคคลไปสู่การเดินทางรูปแบบอื่น ๆ โดยเฉพาะระบบขนส่งสาธารณะ การเดินและการใช้จักรยาน

ประเด็นการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ที่ 3 ช่วงครึ่งแรกของแผนมุ่งเน้นประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ที่ควรต้องดำเนินการ อย่างเร่งด่วนและสามารถคาดหวังผลในระยะสั้นได้ ส่วนช่วงครึ่งหลังของแผนมุ่งเน้นประเด็นสำคัญ ในการลดอุบัติเหตุทางถนนทั้งระบบ และการส่งเสริมการเดินทางที่ยั่งยืน ที่ต้องขับเคลื่อนต่อเนื่อง เพื่อให้เห็นผลในระยะยาว

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนารากฐานโครงสร้างการทำงานด้านความปลอดภัยทางถนน ประกอบด้วย 7 กลยุทธ์ คือ (1) ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเร็วให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับหลักสากล (2) เสริมความแข็งแกร่งของรากฐานการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน (3) ปรับปรุงมาตรฐานถนนเพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ใช้รถใช้ถนนทุกประเภท (4) ปรับปรุงกฎหมายและกฎระเบียบให้มีความทันสมัยเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนนทุกประเภทอุบัติเหตุ (5) เพิ่มความครอบคลุมของบริการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและลดเวลาการตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ (6) เพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการติดตามและประเมินผลทั้งระบบ และ (7) ยกระดับกระบวนการมีส่วนร่วมและการกระจายอำนาจของการทำงานด้านความปลอดภัย ทางถนนในระดับท้องถิ่น

ประเด็นการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ที่ 4 ช่วงครึ่งแรกของแผนมุ่งเน้นประเด็นสำคัญที่สามารถเสริมสร้างการทำงานเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนอย่างเร่งด่วน ส่วนช่วงครึ่งหลังของแผนมุ่งเน้นที่ต้องวางรากฐานการทำงานให้สามารถ ลดอุบัติเหตุทางถนนได้ในระยะยาว

การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ

ประกอบด้วย แนวทางการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับส่วนกลาง และระดับภูมิภาค - ท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

ระดับส่วนกลาง

1. คณะกรรมการ ศปถ. และคณะอนุกรรมการที่รับผิดชอบ จัดประชุมเพื่อแจ้งรายละเอียดของโครงการและการดำเนินงานภายใต้แผนแม่บทฯ ที่เกี่ยวข้อง
2. หน่วยงานรับผิดชอบหลักระดับส่วนกลางวางแผนและแนวทางการถ่ายทอดบทบาทหน้าที่สู่หน่วยงานในระดับภูมิภาค เพื่อกำหนดงบประมาณในการดำเนินโครงการ
3. หน่วยงานผู้สนับสนุนกำหนดแผนและแนวทางที่สอดคล้องกับตัวอย่างแผนงาน เพื่อกำหนดงบประมาณ พร้อมทั้งโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่สนับสนุนการดำเนินโครงการ
4. ศปถ. อำนวยความสะดวกให้เกิดการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้กับหน่วยงานรับผิดชอบหลักสำหรับกิจกรรมที่มีงบประมาณแต่ไม่เพียงพอ หรือโครงการที่ไม่มีงบประมาณ ผ่านความร่วมมือของหน่วยงานผู้สนับสนุน
5. หน่วยงานรับผิดชอบหลักและหน่วยงานผู้สนับสนุนระดับส่วนกลางดำเนินการ ตามรายละเอียดของโครงการและกิจกรรมในระดับส่วนกลาง และถ่ายทอดสู่ระดับจังหวัด
6. หลังดำเนินการตามแผน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยประสานระหว่าง ศปถ. และ ศปถ. จังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดรับผิดชอบ เพื่อติดตามความก้าวหน้าและรายงานผลการดำเนินงานของโครงการ

ระดับส่วนภูมิภาค-ท้องถิ่น

1. หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักทั้งในระดับภูมิภาคและท้องถิ่น กำหนดแผนการทำงานและโครงการที่สอดคล้องกับแนวทางของหน่วยงานต้นสังกัดในส่วนกลาง
2. ศปถ. จังหวัดเรียกประชุมคณะกรรมการ เพื่อแจ้งรายละเอียดโครงการและ การดำเนินงานของแผนงาน ตามที่หน่วยงานรับผิดชอบหลักในระดับพื้นที่ได้กำหนดแนวทางที่สอดคล้องหรือได้รับถ่ายทอดจากในระดับส่วนกลางไว้

3. หน่วยงานรับผิดชอบระดับพื้นดำเนินการตามที่ได้ศึกษาและวางแผนไว้
4. สปถ. จังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดรับผิดชอบ ติดตามความก้าวหน้าและรายงาน ผลการดำเนินงานของโครงการ

การติดตามประเมินผล

1. มีการติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดทุกไตรมาส ช่วงครึ่งทางของแผน (หรือปีพ.ศ. 2567) และเมื่อสิ้นสุดแผน
2. มีการปรับปรุงแก้ไขเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดตามความเหมาะสมในช่วงครึ่งทางของแผนฯ (หรือปี พ.ศ. 2567)
3. มีการรายงานความก้าวหน้าของตัวชี้วัดให้คณะรัฐมนตรีและเผยแพร่ผลการดำเนินงานให้ประชาชนรับทราบ
4. มีการเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่ทำหน้าที่ติดตามและประเมินผล
5. มีการติดตามและประเมินผลการใช้งบประมาณเพื่อการดำเนินงานด้านความปลอดภัย ทางถนนของหน่วยงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งหน่วยงานที่ให้ทุน

สรุปแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2565 - 2570 มีกระบวนการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรมตามตัวชี้วัด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 เพื่อลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสของผู้ใช้รถใช้ถนนทุกประเภท ยุทธศาสตร์ที่ 2 เพื่อลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากการใช้รถจักรยานยนต์และรถยนต์ที่ไม่ได้มาตรฐานความปลอดภัย ยุทธศาสตร์ที่ 3 เพื่อลดจำนวนผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บสาหัสที่เกิดขึ้นบนถนน และ ยุทธศาสตร์ที่ 4 เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างรากฐานในการทำงานด้านความปลอดภัยทางถนนให้มีความก้าวหน้าสูงขึ้น ซึ่งทั้ง 4 ยุทธศาสตร์สามารถเชื่อมโยงการพัฒนาไปสู่การพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนได้ โดยการวิเคราะห์เชื่อมโยงผ่านแผนแม่บท และแผนปฏิบัติการเพื่อให้ประชาชนได้รับการติดตามประเมินผล และได้รับการสนับสนุนงบประมาณตามแผนปฏิบัติการรายปี

2.3.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่รถยนต์สาธารณะ

พระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) จราจรทางบก พ.ศ. 2522 (สถาบันนิติบัญญัติ, 2522) มีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ คือ มาตรา 4 ใน พ.ร.บ. นี้

- (1) “การจราจร” หมายความว่า การใช้ทางของผู้ขับขี่ คนเดินเท้าหรือ คนที่จูง ชี หรือ ไล่ต้อนสัตว์
- (3) “ทางเดินรถ” หมายความว่า พื้นที่ที่ทำไว้สำหรับการเดินรถไม่ว่าในระดับพื้นดิน ใต้ หรือเหนือพื้นดิน
- (5) “ช่องเดินรถประจำทาง” หมายความว่า ช่องเดินรถที่กำหนดให้เป็นช่องเดินรถสำหรับรถโดยสารประจำทางหรือรถบรรทุกทุกคนโดยสารประเภทที่อธิบดีกำหนด
- (15) “รถ” หมายความว่า ยานพาหนะทางบกทุกชนิด เว้นแต่รถไฟและรถราง
- (21) “รถบรรทุกคนโดยสาร” หมายความว่า รถยนต์ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้บรรทุกคนโดยสารเกิน 7 คน
- (23) “รถโดยสารประจำทาง” หมายความว่า รถบรรทุกคนโดยสารที่เดินตามทางที่กำหนดไว้ และเรียกเก็บค่าโดยสารเป็นรายคนตามอัตราที่วางไว้เป็นระยะทางหรือตลอดทาง
- (24) “รถแท็กซี่” หมายความว่า รถยนต์ที่ใช้รับจ้างบรรทุกคนโดยสารไม่เกินเจ็ดคน
- (28) “ผู้ขับขี่” หมายความว่า ผู้ขับรถ ผู้ประจำเครื่องอุปกรณ์การขนส่งตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่ง ผู้ลากขึ้นยานพาหนะ

(32) “ใบอนุญาตขับขี่” หมายความว่า ใบอนุญาตขับรถตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ ใบอนุญาต สำหรับคนขับรถตามกฎหมายว่าด้วยรถจักรยานยนต์ ใบอนุญาตขับขี่ตามกฎหมายว่าด้วยล้อเลื่อน และ ใบอนุญาตผู้ประจำ เครื่องอุปกรณ์การขนส่งตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่ง

ลักษณะ 1 การใช้รถ

หมวด 1 ลักษณะของรถที่ใช้ในทาง

มาตรา 6 ห้ามมิให้ผู้ใดนำรถที่มีสภาพไม่มั่นคงแข็งแรง หรืออาจเกิดอันตราย หรืออาจทำให้เสื่อมเสียสุขภาพอนามัยแก่ผู้ใช้ คนโดยสารหรือประชาชนมาใช้ในทางเดินรถ รถที่ใช้ในทางเดินรถ ผู้ขับขี่ต้องจัดให้มีเครื่องยนต์ เครื่องอุปกรณ์และหรือส่วนควบคุม ที่ครบถ้วนตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ กฎหมายว่าด้วยการขนส่ง กฎหมายว่าด้วยล้อเลื่อน กฎหมายว่าด้วยรถลาก หรือกฎหมายว่าด้วยรถจักรยาน และใช้การได้ดี สภาพของรถที่อาจทำให้เสื่อมเสียสุขภาพอนามัยตามวรรคหนึ่งและวิธีการทดสอบ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 8 ห้ามมิให้ผู้ใดนำรถที่ผู้ขับขี่ไม่อาจแลเห็นทางพ่วงแก่ความปลอดภัยมาใช้ในทางเดินรถ

เครื่องหมายจราจร

มาตรา 43 ห้ามมิให้ผู้ขับขี่ขับรถ (1) ในขณะหย่อนความสามารถในอันที่จะขับ (2) ในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น (3) ในลักษณะกีดขวางการจราจร (4) โดยประมาทหรือน่าหวาดเสียว อันอาจเกิดอันตรายแก่บุคคลหรือทรัพย์สิน (5) ในลักษณะที่ผิดปกติวิสัยของการขับรถตามธรรมดา หรือไม่อาจแลเห็นทางด้านหน้าหรือด้านหลัง ด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้านได้พ่วงแก่ความปลอดภัย (6) ครอบหรือทับเส้นหรือแนวแบ่งช่องเดินรถ เว้นแต่เมื่อเปลี่ยนช่องเดินรถ เลี้ยวรถ หรือกลับรถ (7) บนทางเท้าโดยไม่มีเหตุอันสมควร เว้นแต่รถลากเข็นสำหรับทารก คนป่วยหรือคนพิการ (8) โดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยหรือความเดือดร้อนของผู้อื่น และ (9) ในขณะใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ เว้นแต่การใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่โดยใช้อุปกรณ์เสริมสำหรับการสนทนาโดย ผู้ขับขี่ไม่ต้องถือหรือจับโทรศัพท์เคลื่อนที่นั้น

มาตรา 43 ทวิ ห้ามมิให้ผู้ขับขี่เสพยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษหรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ ต่อจิตและประสาทตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ทั้งนี้ ตามที่อธิบดีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2542 (สถาบันนิติบัญญัติ, 2542)

หมายเหตุในพระราชบัญญัติฉบับนี้ มีรายละเอียด ดังนี้ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่ในปัจจุบันอุบัติเหตุร้ายแรงที่เกิดขึ้น บนท้องถนนอันเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตและทรัพย์สินของบุคคลต่าง ๆ นั้น มีสาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องมาจากผู้ขับขี่เมาสุราหรือของเมาอย่างอื่นหรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนในขณะขับรถ แม้จะ ได้มีการจับกุมปราบปรามและป้องกันมิให้ผู้ขับขี่เสพหรือเมาสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวในขณะขับรถแล้วก็ตาม แต่ก็ปรากฏว่ายังมีผู้ขับขี่ที่ฝ่าฝืนอยู่อีกสมควรกำหนดให้ผู้ตรวจการตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก และผู้ตรวจการตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์มีอำนาจดำเนินการเกี่ยวกับการทดสอบหรือการตรวจสอบของมีเมาหรือสารเสพติด ดังกล่าวในผู้ขับขี่ได้เช่นเดียวกับเจ้าพนักงานจราจรและพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยการจราจรทางบก เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของเจ้าพนักงานดังกล่าวและปรับปรุงอำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน พนักงานเจ้าหน้าที่ และผู้ตรวจการให้สามารถดำเนินการทดสอบหรือตรวจสอบตลอดจนจับกุมปราบปรามผู้ขับขี่ซึ่งเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่นหรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนในขณะขับรถให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดความปลอดภัยในท้องถนนมากยิ่งขึ้น

พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2550 (สถาบันนิติบัญญัติ, 2550)

หมายเหตุในพระราชบัญญัติฉบับนี้ มีรายละเอียด ดังนี้ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่ในปัจจุบันการโดยสารรถจักรยานยนต์เป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย และจำนวนอุบัติเหตุอันเนื่องจากรถจักรยานยนต์ได้เพิ่มมากขึ้นประกอบกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอันเนื่องมาจากการขับรถในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น หรือเสพยาเสพติดให้โทษ หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทได้เพิ่มสูงขึ้นด้วย สมควรกำหนดให้คนโดยสารรถจักรยานยนต์ ต้องสวมหมวกที่จัดทำขึ้นโดยเฉพาะเพื่อป้องกันอันตราย และกำหนดให้ความผิดของผู้ขับขี่ที่ได้ขับรถในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น เป็นความผิดที่ไม่อาจกล่าวอ้างแก้ตัวหรือทำการเปรียบเทียบได้ รวมทั้งปรับปรุงบทกำหนดโทษสำหรับความผิดฐานขับรถในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น หรือเสพยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ตลอดจนปรับปรุงประเภทของรถที่ใช้บรรทุกคน สัตว์ หรือสิ่งของให้ครอบคลุมถึงการ บรรทุกของรถทุกประเภทด้วย จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2551 (สถาบันนิติบัญญัติ, 2551)

หมายเหตุในพระราชบัญญัติฉบับนี้ มีรายละเอียด ดังนี้ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่ปัจจุบัน ผู้ขับขี่ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ในขณะขับรถ เป็นสาเหตุหนึ่งที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนและก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ร่างกายและทรัพย์สินของ บุคคล สมควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เพื่อกำหนดห้ามผู้ขับขี่ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ ในขณะขับรถ เว้นแต่ในกรณีการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่โดยใช้อุปกรณ์เสริมสำหรับการสนทนา โดยผู้ขับขี่ไม่ต้องถือ หรือจับโทรศัพท์เคลื่อนที่นั้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2562 (สถาบันนิติบัญญัติ, 2562)

หมายเหตุในพระราชบัญญัติฉบับนี้ มีรายละเอียดดังนี้ เหตุผลและความจำเป็นในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายและการจัดระเบียบการจราจรทางบกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นประโยชน์แก่ ความปลอดภัยสาธารณะ ความสงบเรียบร้อยและสวัสดิภาพของประชาชน และประโยชน์สาธารณะอย่างอื่น ซึ่งการตราพระราชบัญญัตินี้สอดคล้องกับเงื่อนไขที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๖ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยแล้ว

พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2565 (สถาบันนิติบัญญัติ, 2565)

หมายเหตุในพระราชบัญญัติฉบับนี้ มีรายละเอียดดังนี้ เหตุผลและความจำเป็นในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายและการจัดระเบียบการจราจรทางบกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นประโยชน์แก่ความปลอดภัยสาธารณะ ความสงบเรียบร้อยและสวัสดิภาพของประชาชน

พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 (หมวด 3 มาตราที่เกี่ยวข้องกับการขอใบอนุญาตขับรถ)
(สถาบันนิติบัญญัติ, 2522)

มาตรา 42 ผู้ขับรถต้องได้รับใบอนุญาตขับรถและต้องมีใบอนุญาตขับรถและสำเนาภาพถ่ายใบคู่มือจดทะเบียนรถในขณะขับหรือควบคุมผู้ฝึกหัดขับรถเพื่อแสดงต่อเจ้าพนักงานได้ทันที เว้นแต่ผู้ฝึกหัดขับรถยนต์ตามมาตรา 57 (2) ในกรณีที่ผู้ขับรถเป็นคนต่างด้าวซึ่งได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง ผู้ขับรถซึ่งเป็นคนต่างด้าวนั้นจะใช้ใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 42 ทวิ ขับรถในราชอาณาจักรก็ได้และในกรณีนี้จะต้องมีใบอนุญาตขับรถดังกล่าวพร้อมด้วยเอกสารตามที่ระบุไว้ในอนุสัญญาและหรือความตกลงที่มีอยู่ระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลของประเทศนั้น ๆ เพื่อแสดงต่อเจ้าพนักงานได้ทันที

มาตรา 43(4) ใบอนุญาตขับรถมี 10 ชนิด คือ

- (1) ใบอนุญาตขับรถยนต์ส่วนบุคคล รถยนต์สามล้อส่วนบุคคล หรือรถจักรยานยนต์ชั่วคราว
- (2) ใบอนุญาตขับรถยนต์ส่วนบุคคล
- (3) ใบอนุญาตขับรถยนต์สามล้อส่วนบุคคล
- (4) ใบอนุญาตขับรถยนต์สาธารณะ
- (5) ใบอนุญาตขับรถยนต์สามล้อสาธารณะ
- (6) ใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์
- (7) ใบอนุญาตขับรถบดถนน
- (8) ใบอนุญาตขับรถแทรกเตอร์
- (9) ใบอนุญาตขับรถชนิดอื่นนอกจาก (1) ถึง (8)
- (10) ใบอนุญาตขับรถระหว่างประเทศสำหรับรถยนต์ส่วนบุคคลหรือรถจักรยานยนต์

ใบอนุญาตขับรถตาม (1) ใช้สำหรับขับรถบริการให้เช่าเฉพาะในกรณีที่ผู้ขับเป็นผู้เช่าได้ด้วย ใบอนุญาตขับรถตาม (2) ใช้สำหรับขับรถบริการให้เช่าได้ด้วย ใบอนุญาตขับรถตาม (4) ใช้สำหรับขับรถบริการและใช้แทนใบอนุญาตขับรถตาม (2) ได้ด้วย และใบอนุญาตขับรถตาม (5) ใช้แทนใบอนุญาตขับรถตาม (3) ได้ นอกนั้นใช้แทนกันไม่ได้

มาตรา 43 ทวิ(1) ใบอนุญาตเป็นผู้ขับรถในประเภทการขนส่งประจำทาง การขนส่งไม่ประจำทาง หรือการขนส่งโดยรถขนาดเล็กตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก ให้ใช้แทนใบอนุญาตขับรถยนต์ส่วนบุคคลตามมาตรา 43 (2) และใบอนุญาตขับรถยนต์สาธารณะตามมาตรา 43 (4) ได้

ใบอนุญาตเป็นผู้ขับรถในประเภทการขนส่งส่วนบุคคล ตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก ให้ใช้แทนใบอนุญาตขับรถยนต์ส่วนบุคคลตามมาตรา 43 (2) ได้

มาตรา 44 ใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (1) (2) (3) (4) (5) (6) และ (9) มีอายุหนึ่งปีและใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (7) และ (8) มีอายุสามปีนับแต่วันออก และอาจต่ออายุได้อีกคราวละหนึ่งปีหรือสามปี แล้วแต่กรณี ใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (2) (3) และ (6) ที่เสียค่าธรรมเนียมในอัตราตลอดชีพมีอายุตลอดชีพของผู้ได้รับใบอนุญาต

การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาตตรวจคนเข้าเมือง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 46 ผู้ขอใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (1) ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

(1) มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ แต่ถ้าเป็นผู้ขอใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ชั่วคราวสำหรับรถจักรยานยนต์ความจุของกระบอกสูบขนาดไม่เกินเก้าสิบลูกบาศก์เซนติเมตร ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่าสิบห้าปีบริบูรณ์

(2) มีความรู้และความสามารถในการขับรถ

(3) มีความรู้ในข้อบังคับการเดินรถตามพระราชบัญญัตินี้และตามกฎหมายว่าด้วยการจราจร

ทางบก

(4) ไม่เป็นผู้มีร่างกายพิการจนเป็นที่เห็นได้ว่าไม่สามารถขับรถได้

(5) ไม่มีโรคประจำตัวที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเห็นว่าอาจเป็นอันตรายขณะขับรถ

(6) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน

(7) ไม่มีใบอนุญาตขับรถชนิดเดียวกันอยู่แล้ว

(8) ไม่เป็นผู้อยู่ในระหว่างถูกยึดหรือเพิกถอนใบอนุญาตขับรถ

มาตรา 47 ผู้ขอใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (2) (3) (4) (5) หรือ (6) ต้อง

(1) ได้รับใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (1) มาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปี

(2) มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 46 และ

(3) ไม่เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้ลงโทษหรือถูกเจ้าพนักงานเปรียบเทียบปรับตั้งแต่สองครั้งขึ้นไปสำหรับความผิดเกี่ยวกับการขับรถยนต์อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เว้นแต่จะพ้นโทษครั้งสุดท้ายไม่น้อยกว่าหกเดือนแล้ว

(ก) ฝ่าฝืนสัญญาณจราจรหรือเครื่องหมายจราจร

(ข) ในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น

(ค) ในลักษณะกีดขวางการจราจร

(ง) ใช้ความเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด

(จ) โดยประมาทหรือน่าหวาดเสียวอันอาจเกิดอันตรายแก่บุคคลหรือทรัพย์สิน

(ฉ) โดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยหรือความเดือดร้อนของผู้อื่น

มาตรา 48 ผู้ขอใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (2) (3) หรือ (6) ตลอดชีพ ต้อง

(1) ได้รับใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (2) (3) หรือ (6) แล้วแต่กรณี มาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปี

(2) มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 46 เว้นแต่ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปี

บริบูรณ์ และ

(3) ไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 47 (3)

มาตรา 49 ผู้ขอใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (4) หรือ (5) ต้อง

(1) ได้รับใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (1) มาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปี

(2) มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 46 เว้นแต่ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปี

บริบูรณ์

(3) ไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 47 (3)

(4) มีสัญชาติไทย

(5) รู้จักถนนและทางหลวงในจังหวัดที่ขอรับใบอนุญาตขับรถพอสมควร

(6) ไม่เป็นผู้มีโรคติดต่อที่ร้ายแรงตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

(7) ไม่เป็นผู้ติดสุรายาเมาหรือยาเสพติดให้โทษ

(8) ไม่เคยเป็นผู้ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกในความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ หรือความผิดเกี่ยวกับความสงบสุขของประชาชน ความผิดเกี่ยวกับการก่อให้เกิดอันตรายต่อประชาชน ความผิดเกี่ยวกับเงินตรา ความผิดเกี่ยวกับเพศ ความผิดต่อชีวิต ความผิดต่อร่างกาย ความผิดต่อเสรีภาพ ความผิดฐานลักทรัพย์และวิ่งราวทรัพย์ ความผิดฐานกรรโชก รีดเอาทรัพย์ ชิงทรัพย์และปล้นทรัพย์ ความผิดฐานยกยอก ความผิดฐานรับของโจร และความผิดฐานทำให้เสียทรัพย์ตามประมวลกฎหมายอาญา หรือโดยคำสั่งที่ขอบด้วยกฎหมายให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ หรือพ้นโทษมาแล้วไม่น้อยกว่าสามปี

มาตรา 50 ในกรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (4) หรือ (5) เป็นผู้ขาดคุณสมบัติตามมาตรา 49 (8) แต่พ้นโทษจำคุกมาแล้วไม่น้อยกว่า

(1) หกเดือนสำหรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาไม่เกินสามเดือน

(2) หนึ่งปีสำหรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาไม่เกินสามเดือนแต่คดีนั้นเกี่ยวกับการใช้รถกระทำความผิด หรือ

(3) หนึ่งปีหกเดือนสำหรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาเกินสามเดือน แต่ไม่เกินสามปี และได้ยื่นคำร้องต่อนายทะเบียนโดยชี้แจงถึงเหตุผลที่ตนต้องโทษพร้อมกับแสดงหลักฐานว่า ตนเป็นบุคคลที่มีความประพฤติเรียบร้อยควรไว้วางใจให้ขับรถยนต์สาธารณะได้ ให้นายทะเบียนดำเนินการสอบสวนคำร้องดังกล่าว ถ้าเห็นด้วยกับคำร้อง มิให้นำบทบัญญัติมาตรา 49 (8) มาใช้บังคับ แต่ถ้าไม่เห็นด้วย ให้ส่งยกคำร้องและแจ้งให้ผู้ขอทราบผู้ขอมีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่ออธิบดีภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่รับคำสั่งจากนายทะเบียน คำสั่งของอธิบดีให้เป็นที่สุด

มาตรา 51 ผู้ขอใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (7) (8) หรือ (9) ต้อง

(1) มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 46 และ

(2) มีความรู้ความสามารถในการขับรถประเภทนั้น ๆ เป็นอย่างดี

มาตรา 52 ให้นายทะเบียนแต่งตั้งผู้ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดในกฎกระทรวงตรวจสอบคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ขอรับใบอนุญาตตามมาตรา 46 มาตรา 47 มาตรา 48 มาตรา 49 และมาตรา 51

มาตรา 53 ผู้ใดได้รับใบอนุญาตขับรถประเภทใดแล้ว หากปรากฏในภายหลังว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามที่กำหนดไว้สำหรับผู้ขอรับใบอนุญาตขับรถประเภทนั้น ให้นายทะเบียนสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับรถนั้น

มาตรา 54 ผู้ใดได้รับใบอนุญาตขับรถแล้ว หากปรากฏว่า (1) ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่าได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้หรือกฎกระทรวงที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ (2) ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งอันชอบด้วยกฎหมายของเจ้าพนักงานจราจร หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยการจราจรทางบก (3) ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่าได้กระทำความผิดฐานขับรถหรือกระทำการใด ๆ อันน่าจะเป็นภัยต่อประชาชน หรือ (4) มีผู้กล่าวโทษว่าทำลายความสงบสุขของประชาชนในถนนหรือทางหลวงโดยขู่เข็ญ คุกคาม รังแก หรือรบกวนคนขับรถด้วยกันหรือผู้โดยสาร นายทะเบียนมีอำนาจเรียกใบอนุญาตขับรถมายึดไว้ได้ แต่ห้ามมิให้ยึดเกินหนึ่งปี

ในกรณีที่ผู้รับใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (4) หรือ (5) เป็นผู้ต้องหาในคดีอาญาประเภทที่ระบุไว้ในมาตรา 49 (8) ให้นายทะเบียนหรือผู้ตรวจการซึ่งอธิบดีมอบหมายยึดใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (4) หรือ (5) ตั้งแต่วันยื่นฟ้องต่อศาลจนถึงเวลาที่มีคำพิพากษาถึงที่สุด และในระหว่างเวลาดังกล่าวห้ามมิให้นายทะเบียนต่ออายุใบอนุญาตขับรถดังกล่าวในการยึดใบอนุญาตขับรถ ให้ผู้ยึดบันทึกการยึดไว้ในใบอนุญาตขับรถด้วย

มาตรา 56 ภายใต้บังคับมาตรา 43 และมาตรา 57 ห้ามมิให้เจ้าของรถหรือคนขับรถยินยอมให้ผู้ซึ่งไม่มีใบอนุญาตขับรถ หรือมีใบอนุญาตขับรถประเภทอื่นที่ใช้แทนกันไม่ได้เข้าขับรถของตนหรือรถที่ตนเป็นคนขับ

มาตรา 57 ทวิ (1) ให้ผู้ตรวจการมีอำนาจสั่งให้ผู้ขับรถหยุดรถเพื่อทำการตรวจสอบการปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ กับมีอำนาจสั่งให้บุคคลใดปฏิบัติกรเท่าที่จำเป็นเพื่อประโยชน์แก่การตรวจสอบนั้นได้ และเมื่อพบว่าผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้จะว่ากล่าวตักเตือนหรือสั่งเป็นหนังสือให้ผู้นั้นไปรายงานตนต่อนายทะเบียนภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่รับคำสั่งเพื่อดำเนินการเปรียบเทียบปรับก็ได้ เว้นแต่เป็นกรณีที่ความผิดดังกล่าวมีโทษจำคุก ให้ผู้ตรวจการนำตัวผู้นั้นส่งพนักงานสอบสวนผู้มีอำนาจเพื่อดำเนินคดีต่อไป

ในการออกคำสั่งให้ไปรายงานตนต่อนายทะเบียนตามวรรคหนึ่ง ผู้ตรวจการจะเรียกเก็บใบอนุญาตขับรถของผู้นั้นไว้เป็นการชั่วคราวก็ได้ แต่ต้องรับนำใบอนุญาตขับรถที่เรียกเก็บไปส่งมอบแก่นายทะเบียนภายในแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่ออกคำสั่งและให้ถือว่าคำสั่งนั้นเป็นใบอนุญาตขับรถชั่วคราวภายในกำหนดเวลาที่ให้ไปรายงานตนดังกล่าว

คำสั่งให้ไปรายงานตนต่อนายทะเบียนตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามแบบที่อธิบดีกำหนด

กฎกระทรวงการขอและการออกใบอนุญาตขับรถ และการต่ออายุใบอนุญาตขับรถ พ.ศ. 2563 (สถาบันนิติบัญญัติ, 2563) อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 วรรคหนึ่ง (18) แห่งพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติรถยนต์ (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2542 มาตรา 44 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติรถยนต์ (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2547 มาตรา 44 วรรคห้า แห่งพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติรถยนต์ (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2546 มาตรา 45 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 และมาตรา 49 (6) แห่งพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติรถยนต์ (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2547 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคม ออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 กฎกระทรวงนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ 2 ให้ยกเลิกกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขอและการออกใบอนุญาตขับรถ และการขอต่ออายุและการอนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตขับรถ พ.ศ. 2548

ข้อ 5 ผู้ใดประสงค์จะขอรับใบอนุญาตขับรถยนต์สาธารณะ ใบอนุญาตขับรถยนต์สามล้อ สาธารณะ หรือใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์สาธารณะ ให้ยื่นคำขอตามแบบที่อธิบดีกำหนด พร้อมด้วยใบอนุญาตขับรถยนต์ส่วนบุคคลชั่วคราว ใบอนุญาตขับรถยนต์สามล้อส่วนบุคคลชั่วคราว หรือใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลชั่วคราว ที่ได้รับมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปี ใบอนุญาตขับรถยนต์ส่วนบุคคล ใบอนุญาตขับรถยนต์สามล้อส่วนบุคคล หรือใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลแล้วแต่กรณีและเอกสารหรือหลักฐานดังต่อไปนี้

(1) บัตรประจำตัวประชาชน

(2) ใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่า

(ก) ไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่มีสภาวะของโรคที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเห็นว่า อาจเป็นอันตรายขณะขับรถตามที่แพทย์สภากำหนด

(ข) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน

(ค) ไม่เป็นผู้ติดสุรายาเมาหรือยาเสพติดให้โทษ

(ง) ไม่เป็นผู้เป็นโรคติดต่อ ดังต่อไปนี้

1) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ

2) วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ

ใบรับรองแพทย์ตาม (2) มีอายุใช้ได้ตามที่แพทย์ผู้รับรองกำหนด เว้นแต่ในกรณีที่ใบรับรองแพทย์ไม่ได้กำหนดอายุไว้ ให้ใช้ได้ไม่เกินหนึ่งเดือนนับแต่วันที่ออกใบรับรองแพทย์

ข้อ 8 เมื่อนายทะเบียนได้รับคำขอและเอกสารหรือหลักฐานแล้ว ให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(1) ตรวจสอบคำขอและเอกสารหรือหลักฐานให้ครบถ้วนถูกต้อง

(2) ให้นายทะเบียนพิจารณาสภาพร่างกายและจิตใจ ประวัติการขับรถ และความเหมาะสมในการขับรถของผู้ขอรับใบอนุญาตนั้น โดยนายทะเบียนอาจขอข้อเท็จจริง เอกสารหลักฐาน หรือข้อมูลเพิ่มเติม จาก

ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งอาจสั่งให้ผู้ขอรับใบอนุญาตเข้ารับการทดสอบการขับรถอีกครั้ง หรือมีหนังสือขอให้แพทย์ยืนยันว่าผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้มีความเหมาะสมที่จะขับรถได้โดยปลอดภัย

(3) ในกรณีที่เป็นการขอรับใบอนุญาตขับรถยนต์สาธารณะ ใบอนุญาตขับรถยนต์สามล้อสาธารณะ หรือใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์สาธารณะ ให้นายทะเบียนดำเนินการตรวจสอบประวัติการกระทำความผิดอาญา

ข้อ 9 ผู้ขอรับใบอนุญาตต้องผ่านการอบรมและทดสอบสมรรถภาพของร่างกาย ดังต่อไปนี้

(1) การอบรมความรู้เกี่ยวกับการขับรถและมารยาทในการขับรถ

(2) การทดสอบความรู้ความสามารถในการขับรถและความรู้ในข้อบังคับการเดินรถตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์และกฎหมายว่าด้วยจราจรทางบก

(3) การทดสอบสมรรถภาพของร่างกาย ซึ่งอย่างน้อยต้องทำการทดสอบความสามารถ ของปฏิกิริยาและสายตา

การอบรมและทดสอบสมรรถภาพของร่างกายตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามที่อธิบดีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของรัฐมนตรี

ข้อ 11 ผู้ใดประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์สาธารณะ ใบอนุญาตขับรถยนต์ สามล้อสาธารณะ หรือใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์สาธารณะ ให้ยื่นคำขอตามแบบที่อธิบดีกำหนด พร้อมด้วยใบอนุญาตขับรถฉบับเดิม และเอกสารหรือหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(1) บัตรประจำตัวประชาชน

(2) ใบรับรองแพทย์ตามข้อ 5 (2)

ให้นำความในข้อ 8 และข้อ 9 มาใช้บังคับกับการต่ออายุใบอนุญาตตามวรรคหนึ่งด้วยโดยอนุโลม

ข้อ 12 การยื่นคำขอตามกฎกระทรวงนี้ ให้ยื่นต่อนายทะเบียน ณ สำนักงานขนส่ง กรุงเทพมหานคร พื้นที่ สำนักงานขนส่งจังหวัด หรือสำนักงานขนส่งจังหวัดสาขา หรือสถานที่อื่นตามที่อธิบดีประกาศกำหนด

ข้อ 13 ใบอนุญาตขับรถให้เป็นไปตามแบบที่อธิบดีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ข้อ 14 บรรดาคำขอรับใบอนุญาตขับรถหรือต่ออายุใบอนุญาตขับรถที่ได้ยื่นไว้ก่อนวันที่ กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับ ให้ดำเนินการต่อไปตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการขอและการออกใบอนุญาตขับรถ และการขอต่ออายุและการอนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตขับรถ พ.ศ. 2548 แต่ต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับเว้นแต่คำขอรับใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล คำขอรับใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ ส่วนบุคคล และ คำขอต่ออายุใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล ที่ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ขอ ต่ออายุใบอนุญาตมีความประสงค์จะขับรถจักรยานยนต์ที่มีกำลังเครื่องยนต์ตั้งแต่สามสิบกิโลวัตต์ขึ้นไป หรือมีขนาดความจุของกระบอกสูบรวมกันตั้งแต่สี่ร้อยลูกบาศก์เซนติเมตรขึ้นไป ให้ดำเนินการตามกฎกระทรวงนี้

ข้อ 15 บรรดาระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หรือข้อบังคับที่ออกตามกฎกระทรวงกำหนด หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขอและการออกใบอนุญาตขับรถ และการขอต่ออายุและ การอนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตขับรถ พ.ศ. 2548 ให้คงใช้บังคับได้ต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับ กฎกระทรวงนี้ จนกว่าจะมีระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หรือข้อบังคับตามกฎกระทรวงนี้ใช้บังคับ

หมายเหตุ : เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขอและการออกใบอนุญาตขับรถและการขอต่ออายุและการอนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตขับรถ พ.ศ. 2548 ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานาน บทบัญญัติเกี่ยวกับเอกสารหรือหลักฐานที่ใช้

ประกอบการยื่นขอรับ หรือขอต่ออายุใบอนุญาตขับรถ การพิจารณาออกใบอนุญาตขับรถและการอนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตขับรถและการอบรมและทดสอบการขับรถ ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งควรมีการกำหนดประเภท โรคติดต่อที่ต้องห้ามในการขอรับใบอนุญาตขับรถสาธารณะ สมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข ในการขอและการออกใบอนุญาตขับรถและการขอต่ออายุและการอนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตขับรถเสียใหม่ จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้

สรุปกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนน ตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 และ ฉบับที่ 6, 7, 8, 12 และฉบับที่ 13 พ.ศ. 2565 พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 (มาตราที่เกี่ยวข้องกับการขอใบอนุญาตขับรถ) และกฎกระทรวงการขอและการออกใบอนุญาตขับรถและการต่ออายุใบอนุญาตขับรถ พ.ศ. 2563 เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนน เรื่องการออกใบรับรองแพทย์ การออกแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ตามข้อบังคับของแพทยสภา โดยสรุป คือ ไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่มีสภาวะของโรคที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเห็นว่า อาจเป็นอันตรายขณะขับรถตามที่แพทยสภากำหนด ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่เป็นผู้ติดสุรายาเมาหรือยาเสพติดให้โทษ ไม่เป็นผู้เป็นโรคติดต่อ (โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ และวัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ) ใบรับรองแพทย์มีอายุใช้ได้ตามที่แพทย์ผู้รับรองกำหนด แต่ในกรณีที่ใบรับรองแพทย์ไม่ได้กำหนดอายุไว้ ให้ใช้ได้ไม่เกินหนึ่งเดือนนับแต่วันที่ออกใบรับรองแพทย์ ทั้งนี้ยังให้นายทะเบียนพิจารณาสภาพร่างกายและจิตใจ ประวัติการขับรถ และความเหมาะสมในการขับรถของผู้ขอรับใบอนุญาต โดยนายทะเบียนอาจขอข้อเท็จจริง เอกสารหลักฐาน หรือข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ขอรับใบอนุญาตหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งอาจสั่งให้ผู้ขอรับใบอนุญาตเข้ารับการทดสอบการขับรถอีกครั้ง หรือมีหนังสือขอให้แพทย์ยืนยันว่าผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้มีความเหมาะสมที่จะขับรถได้โดยปลอดภัยตามประกาศกระทรวง ข้อ 9 ผู้ขอรับใบอนุญาตต้องผ่านการอบรมและทดสอบสมรรถภาพของร่างกาย เช่น การทดสอบสมรรถภาพของร่างกาย ซึ่งอย่างน้อยต้องทำการทดสอบความสามารถ ของปฏิกิริยาและสายตา การอบรมและทดสอบสมรรถภาพของร่างกายตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามที่อธิบดีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของรัฐมนตรี

2.4 แนวคิดการพัฒนาความพร้อมด้านการแพทย์

2.4.1 การประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ (Assessing Fitness to Drive) โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, 2567)

คู่มือการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ (Assessing Fitness to Drive) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจประเมินความพร้อมทางด้านสุขภาพของผู้ขับขี่ที่จะเข้ารับบริการในคลินิกตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) ซึ่งประเทศไทยยังไม่เคยมีการจัดทำคู่มือการตรวจประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ฯ มาก่อน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค จึงได้จัดทำโดยผ่านการประชุมให้ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหลายสถาบัน เสนอการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1) การประเมินสุขภาพทั่วไปเพื่อใบรับรองแพทย์เพื่อออกใบขับขี่ (General assessment)

เป็นการตรวจและซักประวัติสุขภาพโดยทั่วไปว่า มีปัจจัยเสี่ยง โรคประจำตัว หรือพฤติกรรมเสี่ยงใดบ้าง รวมถึงสภาวะสุขภาพอื่น ๆ โดยตรวจร่างกาย ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) และ การวัดความดันโลหิต รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count :CBC) การตรวจปัสสาวะ (Urine analysis:

UA) ตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ การเอกซเรย์ปอด และการตรวจสมรรถภาพปอด รวมถึงการซักประวัติทางร่างกายเฉพาะด้านเพื่อประเมินความเสี่ยงโรคหูดหยาใจขณะนอนหลับ เป็นต้น

2) การประเมินสมรรถนะของผู้ขับขียานยนต์

2.1) การประเมินการรับรู้ การคิดวิเคราะห์และการประเมิน เพื่อค้นหาโรคทางจิตเวช (Perception, Cognitive function, and Psychiatric assessment) เพื่อจำแนกระดับความผิดปกติในการรับรู้ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า รวมทั้งการตัดสินใจของผู้รับการตรวจประเมิน รายละเอียดดังนี้

2.1.1) แบบคัดกรองทั่วไป ได้แก่ แบบคัดกรองภาวะทางจิตเบื้องต้น โดยใช้แบบคัดกรองภาวะทางจิตเวช แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต แบบคัดกรองประเมินโรคซึมเศร้า และ แบบประเมินการฆ่าตัวตายตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2.1.2) แบบคัดกรองเฉพาะโรค สำหรับใช้คัดกรอง ประเมินการทำงานของความคิดและประสิทธิภาพของสมอง (Cognitive Functions) ร่วมกับการรับรู้ (Perception) และความจำ โดยให้ความสำคัญกับความเร็วในการตอบ เพราะการตอบได้ถูกต้องและความเร็วสะท้อนว่า สมองทำงานประมวลผลได้ จะแสดงความสามารถแยกแยะความต่างและการตัดสินใจภายใต้ความกดดัน ผลการตรวจวิเคราะห์นี้ เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาได้เหมาะสม ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แบบทดสอบ MMSE (Mini-Mental state examination: Thai version) หรือแบบทดสอบด้านอารมณ์ และสมาธิ (Stroop test)

2.2) การรับรู้ความรู้สึก (Sensory input) ประกอบด้วย การตรวจตาและการตรวจการได้ยิน ตรวจระบบรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ ที่ร่างกายสร้างขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ได้แก่ การกระตุ้นผ่านการสัมผัส การได้ยินเสียง และการกระตุ้นทางเคมี เช่น ระบบการเห็น ระบบการได้ยิน ระบบรับรู้ความรู้สึกทางกายระบบรับรู้ ระบบรู้กลิ่นและระบบการทรงตัว มาตรฐานทางการแพทย์ ในการประเมินสมรรถนะผู้ขับขียานยนต์ กำหนดว่าบุคคลที่ไม่ควรถือใบอนุญาตขับรถแบบไม่มีเงื่อนไข ถ้าบุคคลนั้นมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน หากไม่มีอุปกรณ์ช่วย จะต้องมีการเข้ารับการทดสอบเป็นครั้งคนครั้งคราว และปฏิบัติตามคำแนะนำ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงลักษณะงานขับรถ ความปลอดภัยของผู้โดยสาร เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขีลอุบัติเหตุบนท้องถนน

a. การตรวจตา: การมองเห็น มาตรฐานค่าสายตาขั้นต่ำสำหรับผู้ขับขีรถยนต์ และรถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล (รวมถึงผู้ขับขีที่สวมแว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ด้วย) มีความสามารถในการมองเห็น (Visual acuity) อย่างน้อย 6/18 ตามวิธีวัดสายตาด้วย Snellen chart โดยต้องสามารถมองเห็นด้วยตาทั้งสองข้างหรือข้างเดียวหากมีภาวะการมองเห็นด้วยตาเดียว (Monocular Vision) มาตรฐานค่าสายตาสำหรับผู้ขับขีรถสาธารณะ รถประจำทางและรถบรรทุก มีความสามารถในการมองเห็น (Visual acuity) ที่ดีกว่าผู้ขับขีทั่วไป (โดยใช้แว่นสายตา หรือคอนแทคเลนส์เมื่อจำเป็น) หมายเหตุ หากผู้ขับขีสวมแว่นตา เพื่อให้ได้มาตรฐานการมองตาขั้นต่ำ ควรมีกำลังเพ่งไม่เกิน +8 diopters ในค่า meridian ของเลนส์ข้างใดข้างหนึ่ง

b. การตรวจตา: ลานสายตา (Minimum Standards for Field of Vision) การประเมินลานสายตาของผู้ขับขี เพื่อพิจารณาสมรรถนะความพร้อมในการขับขี ดังนี้ ทดสอบสายตาทั้งสองข้างด้วยการทดสอบลานสายตา (Esternan Field Test) หรือเทียบเท่า ข้อมูลประวัติบอกค่าสายตาของดวงตาแต่ละข้างพิจารณาให้มีการตรวจลานสายตาด้วยเครื่องวัดลานสายตา (Goldmann perimetry assessment) มาตรฐานทัศนวิสัยสำหรับผู้ขับขีวิสัยขั้นต่ำ สำหรับผู้ขับขีรถสาธารณะ รถประจำทางและรถบรรทุก จะสูงกว่าผู้ขับขีรถยนต์และรถจักรยานยนต์ ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับสมรรถภาพในการมองเห็นอื่น ๆ รวมถึงไม่มีปัญหา

ความไวต่อการมองเห็นแสงจ้าและแสงสะท้อน (Glare Sensitivity) ปัญหาเรื่องการแยกความแตกต่างของความมืดสว่าง (Contrast Sensitivity) หรือความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นในเวลากลางคืน (Impairment of Twilight Vision)

c. การตรวจตา: ตาบอดสี ต้องสามารถบอกความแตกต่างของสัญญาณไฟจราจรได้ถูกต้อง และผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานเจ้าหน้าที่กรมขนส่งทางบกกำหนด สามารถสอบใบขับขี่และขับรถได้ (ระบุในใบรับรองแพทย์)

d. การได้ยิน สำหรับผู้ขับขี่รถส่วนบุคคล ไม่มีข้อบังคับในการตรวจประเมิน แต่แนะนำสำหรับคนที่มีปัญหาการได้ยินควรใช้เครื่องมือช่วยการฟัง (hearing aids) หรือเสริมอุปกรณ์บนรถยนต์ เช่น กระจก, เซนเซอร์ เป็นต้น สำหรับขับขี่ในกลุ่มรถสาธารณะ แนะนำให้มีการตรวจประเมินเบื้องต้น ด้วยการตรวจโดยการกระซิบ (Whispering test) หรือประเมินการได้ยินด้วยส้อมเสียง (tuning fork) หากตรวจโดยพบความผิดปกติ จะต้องทำการตรวจซ้ำโดย Audiogram สามารถขับขี่ได้เมื่อมีเสียงไซคือ ได้ยินเสียงมากกว่าหรือเท่ากับ 40 dB ในย่านความถี่ 0.5, 1, 2 และ 3 กิโลเฮิร์ต (KHz) โดยที่ไม่ใช้เครื่องช่วยฟัง ในกรณีไม่เข้าเงื่อนไขดังกล่าว ควรจำกัดการขับขี่ยานยนต์ และแนะนำให้ประเมินโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2.3) การทำงานของระบบกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหว (Motor function and coordination)

ผู้ทำงานขับรถมีหลายประเภท เช่น ขับรถโดยสารประจำทาง ขับรถสองแถว ขับรถบรรทุก ขับรถตู้ประจำทาง หรือขับรถแท็กซี่ เป็นต้น การประกอบอาชีพขับรถมีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจ ความเจริญเติบโตของประเทศ เนื่องจากเป็นระบบในการขนส่งสินค้า การท่องเที่ยวการขนส่งผู้โดยสารจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ผู้ขับขี่รถต้องอาศัยการทำงานจากระบบกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว หากมีความบกพร่องทางร่างกาย หรือมีข้อจำกัดเฉพาะที่สัมพันธ์กับความบกพร่องด้านระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จะต้องผ่านการประเมินโดยแพทย์ก่อน ในขณะที่ผู้ขับขี่อาจมีภาวะสุขภาพหรือการบาดเจ็บระยะยาวทางระบบกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการขับรถ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ขับขี่สามารถขับรถได้อย่างปลอดภัย ต้องมีการทบทวนการให้ใบอนุญาตขับรถของบุคคลนั้น โดยต้องเข้ารับการตรวจร่างกายเพื่อแสดงสมรรถภาพของร่างกายเพื่อการขับขี่ โดยการพิจารณาออกใบอนุญาตขับรถแบบมีเงื่อนไข หรือต้องพิจารณาถึงการยึดใบอนุญาตขับรถ

การตรวจการทำงานที่ควบคุมด้วยเส้นประสาทสมอง, การใช้งานของกล้ามเนื้อ ความสัมพันธ์การเคลื่อนไหวของอวัยวะ ประกอบด้วย a. กำลังของกล้ามเนื้อ b. การเคลื่อนไหวของข้อ และ c. การประสานงานของอวัยวะ

3) การประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่เฉพาะโรค ในกลุ่มที่มีภาวะหรือโรค มีเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการออกใบขับขี่ โดยอิงตามเกณฑ์มาตรฐานการออกใบขับขี่ของประเทศอังกฤษและออสเตรเลีย แต่ปรับความละเอียดซับซ้อนให้น้อยลง และสามารถปรับใช้กับบริบทของประเทศไทยได้ง่าย ลดความซับซ้อนของเกณฑ์อนุญาตในแต่ละโรค โดยนำเฉพาะเกณฑ์หลักที่มีผลกระทบต่อการขับขี่มากมาปรับใช้ เพื่อความสะดวกในการตรวจมากยิ่งขึ้น จัดกลุ่มโรคใกล้เคียงกันให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เพื่อลดความสับสนและซับซ้อนในการออกใบอนุญาตขับขี่ สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรคมอบกองป้องกันการบาดเจ็บ ประชุมปรึกษาหารือทีมแพทย์สาขาต่าง ๆ สรุปข้อตกลงในการประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่เฉพาะโรคในกลุ่มที่มีภาวะหรือโรค 8 โรค ดังต่อไปนี้

(1) โรคทางระบบประสาท (Neurological Disorders) การทำงานของระบบประสาท ประกอบด้วย สมอง ไขสันหลังและเส้นประสาทในร่างกาย ทำหน้าที่ร่วมกันในการรับรู้ความรู้สึกของอวัยวะต่าง ๆ และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม เช่น รู้สึกเย็น ร้อน เจ็บ คัน ปวด แสบ ควบคุมการทำงานของร่างกาย ตลอดจน

ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ความทรงจำต่าง ๆ สมองเป็นหนึ่งในอวัยวะที่มีความสลับซับซ้อนในการทำงาน เซลล์สมองมีความจำเพาะและเปราะบาง มีมากกว่าพันล้านเซลล์สมองทำให้เรามีความสามารถที่จะพูด คิด แก้ปัญหา จำ สั่งการการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ทำหน้าที่แทบทุกอย่างที่คนเราทำ การดูแลรักษาให้สมองทำงานเป็นปกติจึงเป็นสิ่งสำคัญ

โรค/ภาวะทางระบบประสาทที่สำคัญ ได้แก่ ลมชักและอาการลมชัก ภาวะบาดเจ็บที่สมอง ภาวะ เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง เนื้องอกในสมอง โรคมะเร็งสมอง เนื้องอกที่ต่อมใต้สมอง โรคหลอดเลือดในสมองโป่งพอง โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ ภาวะที่หลอดเลือดแดง และหลอดเลือดดำเชื่อมต่อกันอย่างผิดปกติ ภาวะกระดูกเส้นเลือดผิดปกติ พบโรคโดยบังเอิญโดยไม่มีภาวะ เลือดออก ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ ภาวะน้ำในสมอง การผ่าตัดเครื่องกระตุ้นสมองส่วนลึกด้วยไฟฟ้า การใส่ เครื่องกระตุ้นสมองเพื่อบรรเทาอาการปวด โรคสมองน้อยย่อย การผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางศัลยกรรม ประสาท เป็นต้น

ผู้ขับขี่รถจำเป็นต้องได้รับการตรวจประวัติการรักษาโรคทางระบบประสาท ตรวจร่างกาย ECG ตรวจ Visual field ทั้งนี้หากเคยมีประวัติการรักษาโรคทางสมอง จะต้องมีผล CT brain หลังการรักษา เพื่อประกอบการพิจารณาออกใบอนุญาตขับขี่รถต่อไป

(2) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disorders) กลุ่มของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่แสดงความผิดปกติ ในส่วนหลอดเลือดหัวใจและส่งผลต่อการไหลเวียนปริมาณเลือดไปเลี้ยงยัง กล้ามเนื้อหัวใจและเซลล์สมอง โดยมีจุดเริ่มต้นจากการเกิดภาวะลิ่มเลือดไขมันสะสมและอุดตันการไหลเวียน ของเลือด ที่เป็นต้นเหตุของกลุ่มโรคนี้ ผู้ขับขี่ควรได้รับการประเมินจากประวัติการรักษาและผลการตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผลการตรวจ Echocardiogram ร่วมด้วย

(3) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) คือ โรคที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในขบวนการ เปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน โดยขบวนการนี้เกี่ยวข้องกับอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อน เพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลด ภาวะแทรกซ้อน ระยะยาวจากเบาหวาน ทำได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาล ในปัจจุบันระดับน้ำตาลที่เป็น เป้าหมายจะมีค่าที่ เหมาะในผู้ป่วยแต่ละราย โดยขึ้นกับอายุ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน การมีโรคแทรกซ้อน ความเจ็บป่วยและ โรคร่วม รวมถึงประวัติการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ขับขี่รถที่มีประวัติโรคเบาหวานจำเป็นต้องตรวจวัดระดับ น้ำตาลในเลือดอย่างถูกต้องเหมาะสมและรู้สัญญาณเตือนเมื่อตนเองเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทั้งนี้ ในการขับขี่รถจะต้องได้รับการตรวจประเมินสุขภาพและทดสอบสายตาและลานสายตาอย่างต่อเนื่อง

(4) โรคทางจิตเวช (Psychiatric Disorders) โรคจิตเวช หรือโรคทางจิตเวช คือ ปัญหาที่ เกี่ยวกับจิตใจ เกิดจากความผิดปกติของสมองที่ควบคุมเรื่องความคิด อารมณ์และพฤติกรรม โดยภาวะและ โรคที่ต้องมีการประเมินความพร้อมในการขับขี่ในโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรค Anxiety, Depression, Psychotic disorder, Schizophrenia, Mania/ hypomania, Personality disorder, Dementia/Learning disability/ Behavioral disorders โรคทางจิตเวชเหล่านี้ ต้องได้รับการประเมินและรับรองโดยจิตแพทย์ จะสามารถขับขี่ได้ หากไม่ได้อยู่ในระดับรุนแรง

(5) การใช้ยาเสพติดและโรคติดสุรา (Drug or Alcohol Misuse or Dependence) ผู้ขับขี่เสพสาร เสพติดขณะขับขี่รถจะมีความผิด ตาม พ.ร.บ.จราจรทางบกที่ห้ามมิให้ผู้ขับขี่เสพยาเสพติดให้โทษตามกฎหมาย ว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิต และประสาท โดยมีการระบุภาวะและโรคที่ต้องมีการประเมินความพร้อมในการขับขี่ในภาวะการใช้ยาเสพติด

และการติดเชื้อ ได้แก่ โรคติดเชื้อและการติดเชื้อมากเกินไป รวมถึงผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำความผิด ในกรณีติดเชื้อ ศาลจะแจ้งให้หน่วยงานผู้ออกใบอนุญาตขับขี่ (กรมการขนส่งทางบก) ทราบถึงผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำความผิด จะมีการตรวจสอบสุขภาพอีกครั้ง เมื่อหน่วยงานได้รับคำขอคืนใบขับขี่แล้ว กรณีมีปัญหาจากการใช้สารเสพติด กลุ่มกัญชา แอมเฟตามีน ยาไอซ์ เคตามีน สารที่ออกฤทธิ์ทางจิตประสาท รวมถึงสารเสพติดและสารหลอนประสาท ส่วนกลุ่มเฮโรอีน มอร์ฟิน เมทาโดน โคเคน เมทแอมเฟตามีน ยาเบนโซไดอะซีปีน ห้ามขับขี่และต้องแจ้งให้หน่วยงานผู้ออกใบอนุญาตขับขี่ (กรมการขนส่งทางบก) ทราบถึงอาการติดยาหรือการใช้ยาดังกล่าว การออกใบขับขี่ใบใหม่อาจต้องมีการประเมินทางการแพทย์และทำการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด โดยหน่วยงานผู้ออกใบอนุญาตขับขี่

(6) *ความผิดปกติทางสายตา (Visual Disorders)* ภาวะและโรคที่ต้องมีการประเมินความพร้อมในการขับขี่ ในผู้ที่มีความผิดปกติทางสายตา ได้แก่ ต้อกระจก ภาวะการมองเห็นด้วยตาข้างเดียว ความผิดปกติของลานสายตา ภาวะเห็นภาพซ้อน ตาฟางตอนกลางคืน ภาวะตาบอดสี ภาวะตาปิดเกร็ง และภาวะตากระตุก ทั้งนี้ ผู้ขับขี่ต้องได้รับการซักประวัติและตรวจประเมินสมรรถภาพการมองเห็น บางภาวะห้ามขับขี่ และต้องแจ้งให้หน่วยงานผู้ออกใบอนุญาตขับขี่ (กรมการขนส่งทางบก) ทราบ หากมีปัญหาการมองเห็น การเห็นภาพซ้อน ปัญหาลานสายตา ทั้งนี้อาจขับขี่ได้โดยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

(7) *ความผิดปกติของไตและระบบทางเดินหายใจ (Renal and Respiratory disorders)* ภาวะและโรคที่ต้องมีการประเมินความพร้อมในการขับขี่ในผู้ที่มีความผิดปกติของไต ได้แก่ ภาวะไตวายเรื้อรัง การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือการฟอกไต โรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับไต ส่วนโรคระบบทางเดินหายใจ โรคหอบหืด และ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเนื้องอกชนิดร้ายแรงในปอด สามารถขับขี่ได้และไม่จำเป็นต้องแจ้งให้หน่วยงานผู้ออกใบอนุญาตขับขี่ (กรมการขนส่งทางบก) ทราบ ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ที่อาจทำให้สูญเสียสมรรถภาพในการขับขี่ หรืออาการใด ๆ ก็ตามที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้

(8) *กลุ่มโรคอื่น ๆ (Miscellaneous conditions)* ภาวะและโรคอื่น ๆ ที่ต้องมีการประเมินความพร้อมในการขับขี่ ได้แก่ ภาวะง่วงนอนมากผิดปกติ กลุ่มอาการที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ภาวะหูหนวกชั้นรุนแรง มะเร็ง การปลูกถ่ายอวัยวะ การใส่เครื่องกระตุ้น ภาวะสมองทำงานลดลงหลังจากผู้ป่วยมีภาวะสมองขาดเลือดหรือมีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา การขับขี่หลังการผ่าตัด ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นชั่วคราว กระดูกหัก ผลข้างเคียงจากยา อาจก่อให้เกิดภาวะง่วงนอนมากผิดปกติ รวมถึงโรคลมหลับ ต้องได้รับการซักประวัติและการประเมินสมรรถภาพทางร่างกาย

บางภาวะ/โรค เช่น ภาวะง่วงนอนมากผิดปกติ หรือภาวะหยุดหายใจขณะหลับ หากอาการรุนแรงจำเป็นต้องห้ามขับขี่ สามารถกลับมาขับขี่ได้เหมือนเดิมเมื่อสามารถควบคุมอาการได้ในระดับที่น่าพอใจ ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นชั่วคราว โดยทั่วไปผู้ขับขี่ไม่จำเป็นต้องแจ้งให้กรมการขนส่งทางบก ทราบเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่แพทย์แนะนำว่าควรหยุดขับขี่เป็นเวลาต่ำกว่า 3 เดือน หากแพทย์ที่รักษาลงความเห็นว่า ควรแจ้งให้กรมการขนส่งทางบกทราบ บุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำให้ติดต่อกรมการขนส่งทางบก เนื่องจากปัญหาสุขภาพบางอย่างอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ขับขี่ ได้แก่ การฟื้นตัวหลังผ่าตัด โรคไมเกรนชั้นรุนแรง อาการบาดเจ็บที่แขนขาซึ่งคาดว่าจะหายได้ตามปกติ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเป็นลมหรืออาการหน้ามืด อาการแพ้ท้องอย่างรุนแรง ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ การพักฟื้นหลังการผ่าตัด ภาวะลิ้มเลือดออกตลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา หรือโรคลิ้มเลือดออกในปอด

2.4.2 โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบใบอนุญาตขับรถให้เหมาะสมกับประเทศไทย

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้จัดดำเนินการโครงการนี้ พบว่า สภาวะในมิติทางการแพทย์ที่อาจส่งผลกระทบต่อสมรรถนะร่างกายเพื่อการขับขี่ (Medical conditions likely to affect fitness to drive) หรือมีผลต่อกระบวนการของร่างกายที่ต้องทำงานประสานกันเพื่อการขับขี่ปลอดภัย เกิดจากปัจจัยบางประการที่เป็นสาเหตุความบกพร่องขั้นรุนแรง เช่น การหมดสติอย่างฉับพลัน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความผิดปกติของระบบประสาท เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดสภาวะดังกล่าว ด้วยเหตุนี้การมีใบขับขี่ที่ปลอดภัยจะทำให้เกิดความเสี่ยงในการขับขี่บนท้องถนน หากผู้ขับขี่มีสมรรถภาพทางกายที่ถดถอยเนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น

2.4.3 โรคประจำตัวที่กฎหมายห้ามขับรถ 9 โรค

การทำใบขับขี่แต่ละครั้งจะต้องใช้ใบรับรองแพทย์ เพื่อยืนยันว่าร่างกายมีความแข็งแรง สามารถขับขี่ได้อย่างปลอดภัย กรมการขนส่งทางบกและกรมควบคุมโรค ได้กำหนดโรคประจำตัวที่ต้องระวัง ห้ามขับรถห้ามทำใบขับขี่ 9 โรค เพื่อความปลอดภัยบนท้องถนน มีดังนี้

(1) โรคทางสมองและระบบประสาท สมองและระบบประสาทเป็นระบบที่ทำหน้าที่หลักในการควบคุมความสามารถในการคิด ความรู้สึก การเคลื่อนไหว รวมถึงการจดจำสิ่งต่าง ๆ ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวด้านสมองและระบบประสาท เป็นกลุ่มที่ห้ามขับขี่ เพราะอาการหลงลืม ส่งผลให้ตัดสินใจได้ช้าลง นอกจากนี้ยังอาจเกิดอาการหลงลืมขึ้นอย่างฉับพลัน จำเส้นทางไม่ได้ จนเสียสมาธิในการขับรถและเกิดอุบัติเหตุได้

(2) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่เลือดส่งไปเลี้ยงสมองไม่ทัน ทำให้สมองขาดเลือดจนเนื้อเยื่อถูกทำลาย ซึ่งจะมีอาการตั้งแต่แขนขาชา ปากเบี้ยว ทรงตัวลำบาก วิงเวียนและภาพมัว มองเห็นได้ไม่ชัดเจน หากอาการกำเริบขณะขับรถจะทำให้ผู้ขับขี่ตัดสินใจได้ช้าลง อาจเกิดการลังเลจนทำให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนได้

(3) โรคลมชัก เป็นโรคประจำตัวที่ห้ามขับรถโดยเด็ดขาด โรคลมชักเกิดจากความผิดปกติของคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในสมอง ส่งผลให้เกิดอาการกระตุก แขนขาเกิดอาการชา บางครั้งอาจเห็นภาพหลอน ซึ่งโรคลมชักนั้นไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอาการจะกำเริบขึ้นตอนไหน ดังนั้นผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคนี้ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอันตราย รวมถึงหลีกเลี่ยงการขับรถด้วย

(4) โรคพาร์กินสัน เป็นโรคประจำตัวที่กรมการขนส่งทางบกจัดเป็นโรคที่ห้ามขับขี่ เนื่องจากส่งผลทำให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น เคลื่อนไหวได้ช้าลง หรือมีอาการสั่น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพในการขับขี่ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

(5) โรคหัวใจ ผู้ป่วยเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่มีความเครียด หรือถูกกดดันมาก ๆ ส่งผลทำให้หัวใจทำงานผิดปกติ หลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ทำให้เกิดอาการเจ็บที่หน้าอกด้านซ้าย แน่นหน้าอก ซึ่งอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมรถได้และเสียหลักจนเกิดอุบัติเหตุ

(6) โรคความดันโลหิตสูง เมื่อระดับความดันขึ้นสูงร่างกายจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย บางครั้งอาจมีอาการใจสั่นร่วมด้วย หากความดันสูงมาก ๆ อาจถึงขั้นหน้ามืด เป็นลม เมื่อวูบก็จะทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับรถได้ จนส่งผลให้รถเสียหลักได้ง่าย

(7) โรคเบาหวานระยะควบคุมไม่ได้ โรคเบาหวานนั้นมีหลายระยะ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานก็สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสามารถขับรถได้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานระยะควบคุมไม่ได้ เมื่อปริมาณน้ำตาลในเลือดต่ำจะทำให้เกิดอาการวิงเวียน หน้ามืด สายตาพร่ามัว ทำให้มองเห็นไม่ชัดเจน และทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

(8) โรคข้ออักเสบหรือข้อเสื่อม เป็นอีกหนึ่งโรคประจำตัวที่กรมขนส่งทางบก กำหนดไว้ว่าห้ามขับขี่ เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการปวด หรือเจ็บเมื่อต้องขับขี่ ในกรณีที่กระดูกข้อเข่าเสื่อมอาจทำให้ไม่สามารถเหยียบคันเร่ง หรือเหยียบเบรกได้เต็มที่ อาจทำให้เหยียบเบรกไม่ทัน จนเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงได้

(9) โรคที่เกี่ยวข้องกับสายตา เป็นโรคประจำตัวที่ส่งผลกระทบต่อวิสัยทัศน์ในการมองเห็น เมื่อต้องขับรถอาจทำให้มองทางไม่ชัดเจน สายตาพร่ามัว หรือมองเห็นสัญญาณไฟผิดพลาดจนเกิดอุบัติเหตุ

สรุปแนวคิดการพัฒนาความพร้อมด้านการแพทย์ มีข้อกำหนดให้มีการคัดกรองสุขภาพโรคประจำตัวที่กฎหมายห้ามขับรถ 9 โรค การประเมินสุขภาพทั่วไปด้วยใบรับรองแพทย์เพื่อกำหนดใบขับขี่ การประเมินสมรรถนะของผู้ขับขี่ยานยนต์ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการพัฒนาความพร้อมด้านการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ จึงควรพัฒนาระบบการบริหารจัดการทั้งคน วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณและ การบริหารจัดการ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้ครบถ้วนทุกมิติ เพื่อลดความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนน

2.5 แนวคิดการจัดคลินิกอาชีพเวชกรรม หรือ คลินิกโรคจากการทำงาน หรือ คลินิกอาชีวอนามัย

2.5.1 การพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

โดยศูนย์พัฒนาและประเมินคุณภาพการให้บริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สรุปได้ดังนี้

ปี พ.ศ. 2564 มีโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนเข้าร่วมโครงการ จำนวน 111 แห่ง มีสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 เขต โรงพยาบาลแม่ข่ายเขตสุขภาพ 13 แห่ง เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านวิชาการและด้านการบริหารจัดการ ร่วมกับศูนย์พัฒนาและประเมินคุณภาพการให้บริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา ได้เริ่มมีการพัฒนาโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชศาสตร์ (ปัจจุบันมีจำนวน 15 แห่ง) โดยเน้นความเชี่ยวชาญด้านโรคจากการทำงานต่าง ๆ เช่น โรคระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคประสาทหูเสื่อม โรคปอดจากการทำงาน และความเชี่ยวชาญด้านพิษวิทยา เป็นต้น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานศูนย์เชี่ยวชาญฯ และคลินิกโรคจากการทำงานที่ผ่านมา ยังจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเพื่อการพัฒนาให้มีผลการดำเนินงานเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้กระทรวงแรงงาน ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำข้อตกลงความร่วมมือในการขับเคลื่อนดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยที่ดีให้เกิดขึ้นกับคนทำงาน ภายใต้โครงการความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของประเทศไทย (Safety Thailand) รวมทั้งการดำเนินงานตามกรอบแนวทางยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมศักยภาพคน และด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาค และเท่าเทียมกันทางสังคม และการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ “แรงงานปลอดภัยและสุขภาพอนามัยดี” ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) โดยอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการแลกเปลี่ยนข้อมูล ทั้งในส่วนของคลินิกโรคจากการทำงาน สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด ในรูปแบบของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และร่วมกับสถานประกอบการในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและเครือข่ายการดำเนินงาน ระหว่างโรงพยาบาล (Hospital based) และสถานประกอบการ (Factory based) เพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์โลก Vision Zero: Safety Health Wellbeing คือ การให้ความสำคัญกับการบูรณาการเรื่องความปลอดภัย การมีสุขภาพที่ดี เพื่อการป้องกันการเกิดโรคและอุบัติเหตุในสถานประกอบการทุกระดับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพผู้ประกอบอาชีพแบบองค์รวม (Total worker health)

วัตถุประสงค์ของโครงการ (1) เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการคลินิกโรคจากการทำงาน สามารถดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเชิงรับ แก่ลูกจ้างที่เจ็บป่วยหรือสงสัยโรคจากการทำงาน ได้รับการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยโรค การรักษา การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ (2) เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการคลินิกโรคจากการทำงาน ดำเนินการเฝ้าระวังโรคที่มีความสำคัญตามบริบทของพื้นที่แก่ลูกจ้าง ได้แก่ โรคซิลิโคสิส โรคพิษตะกั่ว โรคที่เกิดจากแร่ใยหิน โรคมะเร็งปอด โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคพิษสารตัวทำละลาย อินทรีย์ การสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง รวมทั้งการบาดเจ็บจากการทำงาน เป็นต้น (3) เพื่อสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยระหว่างเครือข่ายกระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ และ (4) เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดบริการอาชีวอนามัยของคลินิกโรคจากการทำงาน ตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน

กรมควบคุมโรค ได้กำหนดบทบาท กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานโครงการคลินิกโรคจากการทำงาน ดังนี้

บทบาท กิจกรรม การดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(1) กิจกรรม/วิธีการดำเนินงานของโครงการสำหรับศูนย์พัฒนาและประเมินคุณภาพการให้บริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ซึ่งกรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลรับผิดชอบโครงการ มีการดำเนินการ ดังนี้

a. สร้างความร่วมมือในการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยระหว่างเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงานทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ รวมทั้งกำหนดแผน เป้าหมาย แนวทาง และผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการดำเนินงานร่วมกัน

b. ผลักดันโรงพยาบาลให้มีการเชื่อมต่อการจัดบริการอาชีวอนามัยระหว่างสถานประกอบการ (Factory Based) กับโรงพยาบาลคลินิกโรคจากการทำงาน (Hospital Based) เพื่อการเฝ้าระวังโรคที่สำคัญและการบาดเจ็บจากการทำงานในพื้นที่

c. พัฒนาแนวทางการดำเนินงานศูนย์เชี่ยวชาญอาชีวเวชศาสตร์ร่วมกับโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วม

d. พัฒนาคุณภาพการจัดบริการอาชีวอนามัย/อาชีวเวชกรรมของคลินิกโรคจากการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน

e. ขยายเป้าหมายการให้บริการคลินิกโรคจากการทำงานในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่เฉพาะ

f. ประสานการดำเนินงาน การนิเทศ ติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำ สนับสนุนวิชาการและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การจัดบริการของคลินิกโรคจากการทำงานในโรงพยาบาล ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 1 - 12 และโรงพยาบาลแม่ข่ายเขตสุขภาพ

g. รวบรวม วิเคราะห์ สรุปผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลคลินิกโรคจากการทำงาน

(2) กิจกรรม/วิธีการดำเนินงานสำหรับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

a. สนับสนุนการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยระหว่างเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงานในระดับพื้นที่ รวมทั้งร่วมกำหนดแผนเป้าหมาย แนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน

b. ผลักดันให้โรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพการจัดบริการอาชีวอนามัยตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

c. สนับสนุนวิชาการด้านการป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่
 d. ร่วมกับศูนย์พัฒนาและประเมินฯ และโรงพยาบาลแม่ข่ายเขตสุขภาพคัดเลือก โรงพยาบาล
 ใหม่เข้าร่วมโครงการ

e. นิเทศติดตามผลการดำเนินงานโรงพยาบาลคลินิกโรคจากการทำงานในพื้นที่

f. สนับสนุนการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานแก่โรงพยาบาล สถานประกอบการในพื้นที่

(3) กิจกรรม/วิธีการดำเนินงานของโครงการสำหรับโรงพยาบาล

จัดระบบการรับและส่งต่อลูกจ้างเพื่อการตรวจเพิ่มเติมและยืนยันการวินิจฉัยโรค (กรณีจำเป็น)

ดังนี้

a. นำมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมไปใช้เพื่อประเมินคุณภาพ
 การจัดบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล

b. จัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเชิงรับ คัดกรอง วินิจฉัย และให้การรักษายาบาล โรค
 จากการทำงาน รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเน้นสถานประกอบกิจการ (ประเด็นอัคคีภัย เครื่องจักร ที่อับ
 อากาศ และรังสี) กิจกรรมก่อสร้าง และกิจกรรมขนส่ง (เน้นประเด็นการขนส่งผู้โดยสารทางบก)

c. ดำเนินการเฝ้าระวังโรคสำคัญ ได้แก่ โรคซิลิโคสิส (silicosis) โรคพิษตะกั่ว โรคที่เกิดจากแร่
 ใยหิน (Asbestos Related Diseases: ARDS) โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคพิษสารทำลายอินทรีย์ การ
 สูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง และการบาดเจ็บจากการทำงาน

d. สร้างเครือข่ายการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยระหว่างเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข
 และกระทรวงแรงงาน ในระดับพื้นที่ รวมทั้งกำหนดแผน เป้าหมายในการดำเนินงานร่วมกัน

e. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์การจัดบริการคลินิกโรคจากการทำงาน

f. จัดตั้ง/ขยายจำนวนวันให้บริการคลินิกโรคจากการทำงานในโรงพยาบาล

g. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานอาชีวอนามัย

h. รายงานผลการดำเนินงานรายสัปดาห์ และสรุปรายงานผลการดำเนินงานฉบับสมบูรณ์ตาม
 กำหนดเวลา

(4) กิจกรรม/วิธีการดำเนินงานของโครงการสำหรับแม่ข่ายระดับเขตสุขภาพ ดำเนินกิจกรรม
 ข้อ (3) เพิ่มเติมจากกิจกรรมสำหรับโรงพยาบาลในข่าย ดังนี้

a. สนับสนุนวิชาการ เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ รวมทั้งจัดประชุมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ วิชาการ
 ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

b. พัฒนาแนวทางในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรคจากการทำงานภายในเครือข่าย

c. สนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาในการบริหารจัดการโครงการพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน

d. เตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรต่าง ๆ และดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดเพื่อพัฒนาสู่การ
 พัฒนาเป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

(5) สำหรับโรงพยาบาลศูนย์เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ดำเนิน
 กิจกรรมระดับโรงพยาบาล ข้อ (3) เพิ่มเติมกิจกรรมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์เชี่ยวชาญฯ ดังนี้

a. การศึกษาวิจัยหรือการทำ R to R ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญ

b. การประสานงานกับแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตามความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาล เช่น
 การจัดทำ Clinical Practice Guideline การทำระบบการส่งต่อภายในโรงพยาบาล

c. ฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องตามความเชี่ยวชาญ

ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

เพื่อให้การดำเนินงานโครงการคลินิกโรคจากการทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถนำเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับการสนับสนุนไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ลูกจ้างมากที่สุด กรมควบคุมโรค สำนักงานกองทุนเงินทดแทนและคณะอนุกรรมการพัฒนาส่งเสริมด้านความปลอดภัย ได้กำหนดตัวชี้วัด ดังนี้ (1) การจัดตั้งคลินิกโรคจากการทำงาน (2) การสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาล (3) การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกเชิงรับ (4) การพัฒนาบุคลากรด้านอาชีวอนามัย (5) การจัดทำข้อมูลและการรายงาน (6) การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน และ (7) การพัฒนาโรงพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการบริการอาชีวอนามัยระดับตติยภูมิ (เฉพาะโรงพยาบาลศูนย์เชี่ยวชาญอาชีวเวชศาสตร์)

การนิเทศ ติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำ สนับสนุนวิชาการแก่โรงพยาบาล มีรูปแบบดังนี้

(1) การนิเทศติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานรายภาค โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาส่งเสริมด้านความปลอดภัย ผู้แทนสำนักงานประกันสังคมและผู้แทนกรมควบคุมโรค (ศูนย์พัฒนาและประเมินคุณภาพการให้บริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค) เป็นการนัดประชุมรายภาค ซึ่งสำนักงานประกันสังคมเป็นแกนหลักในการจัดประชุม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ได้นำเสนอผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา และเป็นเวทีการประชุมร่วมกันระหว่างผู้แทนสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดสำนักงานประกันสังคมจังหวัด และโรงพยาบาลคลินิกโรคจากการทำงาน เพื่อทบทวนวางแผนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้างในจังหวัด โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาส่งเสริมด้านความปลอดภัย เป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน นอกจากนี้คณะอนุกรรมการพัฒนาส่งเสริมด้านความปลอดภัยจะเยี่ยมคลินิกโรคจากการทำงานของโรงพยาบาลในจังหวัดที่จัดประชุม เพื่อพบผู้บริหารโรงพยาบาล รับฟังผลการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะต่าง ๆ พร้อมทั้งเยี่ยมชมการให้บริการคลินิกโรคจากการทำงาน

(2) การนิเทศติดตาม โดยศูนย์พัฒนาและประเมินคุณภาพการให้บริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เป็นการการนิเทศติดตามโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อสนับสนุนด้านวิชาการ และการบริหารจัดการ กลุ่มเป้าหมายคือ โรงพยาบาลใหม่ที่เข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานยังไม่สอดคล้องกับตัวชี้วัดโครงการ โดยศูนย์พัฒนาและประเมินคุณภาพการให้บริการฯ จะประสานสำนักงานป้องกันควบคุมโรค โรงพยาบาลแม่ข่ายเขตสุขภาพ เข้าร่วมการนิเทศติดตามโรงพยาบาลดังกล่าว ทั้งนี้โรงพยาบาลที่รับการนิเทศต้องทำหนังสือประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัด โรงพยาบาลที่มีคลินิกโรคจากการทำงานในจังหวัด (กรณีมีมากกว่า 1 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ) เข้าร่วมรับการนิเทศติดตาม เพื่อร่วมกันบริหารจัดการโครงการคลินิกโรคจากการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์

(3) การนิเทศติดตามโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายเขตสุขภาพ เป็นการนิเทศติดตามโรงพยาบาลลูกข่ายในเขตสุขภาพ โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกแห่งดำเนินการ อย่างน้อย 1 ครั้ง อาจเป็นการติดตามที่โรงพยาบาล หรือการประชุมเครือข่ายเพื่อสนับสนุนวิชาการและการบริหารจัดการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ให้โรงพยาบาลแม่ข่ายทุกแห่ง เชิญผู้แทนจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเข้าร่วมการนิเทศติดตาม เพื่อช่วยผลักดันและขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

2.5.2 การพัฒนาคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ (หรือ คลินิกโรคจากการทำงาน) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ปี พ.ศ. 2567 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการคลินิกโรคจากการทำงาน จำนวน 124 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 102 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง และสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค 1 แห่ง โดยมีบุคลากรด้านอาชีวอนามัย รวม 1,253 คน ได้แก่ แพทย์ 18 คน (14.73 %) พยาบาล 525 คน (ร้อยละ 41.61) นักวิชาการสาธารณสุข 302 คน (ร้อยละ 23.93) และบุคลากรอื่น ๆ 249 คน (ร้อยละ 19.70) จากโรงพยาบาลที่เข้าร่วม 124 แห่ง มีการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับในโรงพยาบาลบริการแก่ลูกจ้าง จำนวนทั้งสิ้น 499,389 ราย โดยมีการให้บริการ ดังนี้ (1) ตรวจสุขภาพแรกรับเข้าทำงาน 98,771 ราย (2) ตรวจสุขภาพประจำปี 143,762 ราย (3) ตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง 75,340 ราย (4) ตรวจสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงานใหม่หลังการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ 1,388 ราย (5) ตรวจสุขภาพก่อนออกจากงาน 1,754 ราย และ (6) ให้คำปรึกษา 178,383 ราย และ มีการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการแก่ลูกจ้าง จำนวนทั้งสิ้น 499,770 ราย จากสถานประกอบการ 79,361 แห่ง โดยมีการให้บริการ ดังนี้ (1) ตรวจสุขภาพประจำปี 157,581 ราย (2) ตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง 52,925 ราย และ (3) ให้สุขศึกษา 226,887 ราย

สรุป หากมีการพัฒนาคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ หรือคลินิกโรคจากการทำงาน โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้วยการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติในหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์จราจร (Traffic Medicine) พยาบาลเวชศาสตร์จราจร และสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้สามารถตรวจประเมินสมรรถนะในการขับขี่ และจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจประเมินฯ **จะสามารถจัดระบบและขยายเครือข่ายของการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง**

2.5.3 การพัฒนาคลินิกเวชศาสตร์จราจร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

1) การเตรียมบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางแพทย์เวชศาสตร์จราจร (Traffic Medicine)

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมสู่ความเชี่ยวชาญในการตรวจประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่รถ (Assessing Medical Fitness to Drive: AFTD) สมาคมเวชศาสตร์การจราจร มีการอนุมัติหลักสูตรในการฝึกอบรมและสอบความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การจราจร (อฝส.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะด้านการจัดการเวชศาสตร์การจราจร ตลอดจนนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในคลินิกเวชศาสตร์การจราจร กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค มีการดำเนินการจัดอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์การจราจรเพิ่มเติมภายใต้โครงการพัฒนาเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและทักษะด้านเวชศาสตร์การจราจร แพทย์ที่ผ่านการอบรมเป็นแพทย์เวชศาสตร์การจราจร 3 ด้าน ได้แก่ EPA-1 การบริหารจัดการงานด้านเวชศาสตร์จราจรเชิงระบบ EPA-2 การเฝ้าระวังและการสอบสวนอุบัติเหตุ EPA-3 การประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่ในการขับขี่รถยนต์ โดยมีการอบรมมาแล้ว 4 รุ่น มีแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์การจราจรระยะสั้น (Short Course in Traffic Medicine) โครงสร้างหลักสูตรประกอบด้วย การบรรยาย ทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติโดยใช้ตัวอย่างแบบกรณีศึกษา ระยะเวลาอบรม 35.5 ชั่วโมง รวม 8 รุ่น มีผู้เข้ารับการอบรมรวม 420 คน

2) การเตรียมมาตรฐานคลินิกเวชศาสตร์จราจร

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค มีการจัดทำคู่มือการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ (Assessing Fitness to Drive) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจประเมินความพร้อมทางด้านสุขภาพของผู้ขับขี่ที่จะเข้ารับบริการในคลินิก Medical Fitness to Drive

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จัดทำคู่มือการจัดระบบบริการคลินิกตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว และมีการจัดตั้งคลินิกบริการ สำหรับ

ตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว เน้นการประเมินสภาวะสุขภาพ และตรวจสอบสมรรถนะผู้ขับขี่รถ สร้างความรู้ด้านสุขภาพ ให้แก่ผู้ขับขี่รวมทั้งประชาชน ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวอย่างถูกต้อง โดยเชื่อมโยงการตรวจประเมินสุขภาพเบื้องต้น จนถึงระดับศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ พัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการออกใบรับรองแพทย์ จัดบริการตรวจสุขภาพให้แก่ผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะ และตรวจสอบสมรรถนะทางร่างกาย ได้แก่ การคัดกรองสุขภาพทั่วไป การตรวจเลือด ปัสสาวะ การตรวจการมองเห็น การตรวจการได้ยิน เอกซเรย์ปอด ตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอด การตรวจสุขภาพจิต กรณีพบความผิดปกติจะมีการนัดให้มาตรวจการนอนหลับ และการตัดสินใจและสมรรถนะในการขับขี่รถยนต์ต่อไป มีการพัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะของผู้ขับขี่ ฐานข้อมูลผู้ขับขี่ เพื่อใช้เชื่อมโยงกับกรมการขนส่งทางบกเพื่อเพิ่มการเฝ้าระวังให้ผู้ขับขี่ถนนมีความปลอดภัย และจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ เพื่อจัดบริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่ฯ ของคลินิก Medical Fitness to Drive ให้สอดคล้องเหมาะสมกับคู่มือการตรวจประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ จัดเตรียมสถานที่จัดบริการคลินิกตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว เพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินงานคลินิก Medical Fitness to Drive

สรุปการพัฒนาคลินิกเวชศาสตร์จราจร ปัจจุบันยังไม่มีคลินิกเวชศาสตร์จราจรเป็นการเฉพาะ แต่มีคลินิกต้นแบบในการดำเนินงานในการตรวจประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่รถยนต์ และคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ (คลินิกโรคจากการทำงาน) ที่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ และสามารถพัฒนาให้สามารถตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์เพิ่มเติมได้ โดยการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรเวชศาสตร์การจราจร และวางแผนจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานเพิ่มเติม

2.6 งานวิจัย/แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด Six Building Box หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557)

“ระบบสุขภาพ” เป็นระบบที่สัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ในสังคมและเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ดังนั้น ในการปฏิรูปหรือการบริหารจัดการระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานร่วมกับระบบอื่น ๆ อย่างบูรณาการ องค์การอนามัยโลกหรือ WHO มีการแบ่งองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่ได้รับการยอมรับและมีการนำไปใช้อ้างอิงอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน คือ Six Building Blocks ประกอบด้วย

(1) Service Delivery การให้บริการ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สภาวะของประชาชน โดยมีหลักการสำคัญ คือ ต้องมุ่งเน้นที่ “คน” เป็นศูนย์กลาง ไม่ใช่มุ่งที่ “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก จึงต้องออกแบบและพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพและเท่าเทียมกัน

(2) Health Workforce กำลังคนด้านสุขภาพ ในที่นี้หมายถึง บุคลากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุน ที่ทำงานในภาครัฐและภาคเอกชน ทำงานเต็มเวลาหรือกึ่งเวลาทำงานเดียวหรือควบหลายงาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานก็ตาม

(3) Information System ระบบสารสนเทศ การมีระบบสุขภาพที่ดีต้องมีระบบฐานข้อมูลที่ครอบคลุม มีระบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่ถูกต้องและมีคุณภาพ เพื่อลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งระบบสารสนเทศที่ดีจะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจขององค์ประกอบอื่น ๆ ของระบบสุขภาพได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

(4) Medical Products, Vaccines & Technologies ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ยา วัคซีนและเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพที่จำเป็น มีความปลอดภัย มีคุณภาพและคุ้มค่ากับราคา

(5) Financing การบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง การคลังด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่าย เก็บสะสม หรือแบ่งปันให้เกิดงานบริการที่ยังขาดไปในระบบ หรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของบุคลากร หรือนำไปจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็น เพื่อทำให้มีความพร้อมให้บริการ ประชาชนเข้าถึงได้ตลอดเวลาและสถานที่ สามารถบรรลุเป้าหมายให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่องยั่งยืน และปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากจนต้องล้มละลาย

(6) Leadership/Governance ภาวะผู้นำ/การอภิบาลระบบ ซึ่งมีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน ผู้นำจำเป็นต้องใส่ใจในยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ต้องกำกับ ดูแล และควบคุมรับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากมายหลายกลุ่ม ภาวะผู้นำมีความสำคัญมากในการบูรณาการทุกภาคส่วนให้เกิดการเชื่อมประสานกันในระบบสุขภาพ ที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ทำให้ระบบสุขภาพของประเทศเกิดความสมดุลและยั่งยืน

รายละเอียดดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 รูปแบบการวิเคราะห์กรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (6 Building Blocks of A Health System)

6 Building Blocks	การเข้าถึง / ครอบคลุม / คุณภาพ / ความปลอดภัย (Access/ Coverage / Quality / Safety)	เป้าหมาย / ผลลัพธ์ (Goals / Outcomes)
1. ระบบบริการ (SERVICE DELIVERY)	เช่น การเข้าถึงการได้รับวัคซีนเพื่อ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค	ได้รับวัคซีนเพื่อเสริมสร้าง ภูมิคุ้มกันโรคได้อย่าง ครอบคลุม ปลอดภัยและ เป็นไปตามมาตรฐาน
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (HEALTH WORKFORCE)	เช่น การจัดสรรกำลังคนให้ เหมาะสมสอดคล้องกับงาน	มีกำลังคนเหมาะสมเพียงพอ ในการปฏิบัติงาน และ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพ
3. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (FINANCING)	เช่น การจัดสรรงบประมาณได้ อย่างเหมาะสม	มีงบประมาณเพียงพอในการ ดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ
4. สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทาง การแพทย์ (ASSESS TO ESSENTIAL MEDICINES)	เช่น มีระบบการแพทย์ทางไกล รูปแบบออนไลน์เพื่อบริการ ประชาชน	ประชาชนเข้าถึงบริการทาง การแพทย์สะดวก ครอบคลุม ทั่วถึง
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (HEALTH INFORMATION SYSTEM)	เช่น มีฐานข้อมูลสุขภาพ	มีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ อย่างเป็นระบบ ปลอดภัย

6 Building Blocks	การเข้าถึง / ครอบคลุม / คุณภาพ / ความปลอดภัย (Access/ Coverage / Quality / Safety)	เป้าหมาย / ผลลัพธ์ (Goals / Outcomes)
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (LEADERSHIP/GOVERNMENT)	เช่น ผู้นำมีนโยบายการดำเนินการ ให้บริการประชาชนตามหลักธรร- มาภิบาล	ประชาชนได้รับบริการอย่าง ทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

วาสนา เชื้อนแก้ว (2553) ศึกษาเรื่อง ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุจราจรในช่วงเทศกาลและผลกระทบของจังหวัดแพร่ ปี พ.ศ. 2551 - 2553 พบว่า อัตราการบาดเจ็บแวนโน้มลดลงเล็กน้อย ช่วงเทศกาลสงกรานต์มีอัตราบาดเจ็บมากกว่าเทศกาลปีใหม่ ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตส่วนมากอายุ 15 - 29 ปี (43.1%) และอายุ 30 - 59 ปี (36.6%) ผู้บาดเจ็บร้อยละ 30.4 ต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาล พบบาดเจ็บรุนแรงเพียงร้อยละ 3.4 ความสูญเสียจากการขาดงานของผู้เสียชีวิต ความเสียหายของทรัพย์สิน ค่ารักษาพยาบาล และค่าสูญเสียการขาดงานของผู้ป่วยและผู้ดูแล เท่ากับ 154,840,752 บาท

ชุติมา คำดี และคณะ (2556) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการคัดกรองสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน พบว่า ควรสนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองความชัดเจนในการมองเห็นสำหรับประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในการต่อใบอนุญาตขับขี่ การปรับเปลี่ยนรายการตรวจร่างกายเพื่อประกอบการขอใบอนุญาตขับขี่ การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มผู้ขับขี่รถส่วนบุคคลและรถสาธารณะ การตั้งด่านตรวจแอลกอฮอล์ และการนำเครื่องวัดระดับแอลกอฮอล์มาบังคับใช้กับผู้ต้องหาคดีมาแล้วซ้ำ ทั้งนี้ ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงประสิทธิผลและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการคัดกรองภาวะตาบอดสีและมาตรการคัดกรองสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนในกลุ่มวัยรุ่นและรถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตของประชากรไทย ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ไม่ควรมีการออกใบอนุญาตขับขี่ตลอดชีพ ควรยกเลิกรายการตรวจร่างกายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองสมรรถนะการขับขี่ และแต่งตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญในการคัดเลือกโรคที่เกี่ยวข้องกับสมรรถภาพการขับขี่

ถิรยุทธ ลิมานนท์ และคณะฯ (2557) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการประเมินความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะระหว่างจังหวัดในประเทศไทย ผลจากการศึกษาได้ถูกพัฒนาเป็นรายการตรวจสอบความปลอดภัย (safety check list) แบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ (1) รายการตรวจสอบความพร้อมของรถโดยสารสาธารณะก่อนการเดินทาง (2) รายการตรวจสอบความพร้อมของผู้ขับขี่รถโดยสารสาธารณะก่อนออกเดินทาง และ (3) รายการตรวจสอบพฤติกรรมระหว่างการใช้รถโดยสารสาธารณะ และพัฒนาเป็นหลักเกณฑ์และคู่มือในการประเมินความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะระหว่างจังหวัด

จเรย์ พูลผล (2558) ศึกษาเรื่อง ความปลอดภัยในการให้บริการรถตู้โดยสารระหว่างเมืองในภาคใต้ พบว่า ผู้ประกอบการรถตู้โดยสาร ส่วนใหญ่ไม่มีการประเมินความพร้อมของผู้ขับขี่และรถตู้โดยสารก่อนออกให้บริการ ผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวทางเพื่อยกระดับมาตรฐานของผู้ขับขี่และยานพาหนะ ตลอดจนระบบจัดการความปลอดภัยในการให้บริการรถตู้โดยสารให้มีความปลอดภัยมากขึ้น

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2560) บทความเรื่อง อุบัติเหตุทางถนน...ความเสียหายร้ายแรงต่อเศรษฐกิจไทย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้คำนวณมูลค่าความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจรจากพื้นที่ในจังหวัดสระบุรี ด้วยวิธีการประเมินความเต็มใจที่จะจ่ายในการลดอุบัติเหตุทางถนนของคนในพื้นที่ พบว่า การเสียชีวิตมีมูลค่าเท่ากับประมาณ 10 ล้านบาทต่อราย ในขณะที่การบาดเจ็บสาหัสมีมูลค่าเท่ากับประมาณ 3 ล้านบาทต่อราย ซึ่งผู้วิจัยได้อ้างอิงมูลค่าดังกล่าว

ในการประเมินความสูญเสียของทั้งประเทศ คณะผู้วิจัยพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2554 - 2556 มูลค่าของอุบัติเหตุเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 545,435 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจำนวนมาก ทำให้เกิดความสูญเสียที่คิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจราว 5 แสนล้านบาทต่อปี ประชาชนยังขาดความตระหนักรู้ถึงปัญหาความปลอดภัยทางถนน มีพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้น ควรรณรงค์ด้านปัญหาความปลอดภัยทางถนนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการปลูกฝังจิตสำนึกและระเบียบวินัยในการใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย ควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด ซึ่งจะช่วยปรับพฤติกรรมการขับขี่ของคนอีกด้วย

กัญดา คำพอ (2562) ศึกษาเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีประสบการณ์ ในการขับรถ 11 - 15 ปี (ร้อยละ 31.9) ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถพยาบาล (ร้อยละ 74.47) พนักงานขับรถพยาบาลให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของรถก่อนใช้งาน มีการคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ปฏิบัติตามกฎหมายจราจรทุกครั้ง (ร้อยละ 100) มีการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในลมหายใจก่อนปฏิบัติงาน (ร้อยละ 70.2) และขับรถพยาบาลความเร็วไม่เกิน 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง (ร้อยละ 97.9) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์ในลำดับแรก คือ ด้านการตรวจรักษาสุขภาพ

มรุธร ศรีทอง (2562) ศึกษาเรื่อง การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากกรดตู้โดยสารสาธารณะ ปัจจุบันการใช้บริการรถตู้โดยสารสาธารณะ พบว่า ผู้ขับรถตู้ขณะปฏิบัติงานมีกลิ่นเหม็นร้อยละ 40.2 รู้สึกไม่สบายตัวจากความร้อนร้อยละ 15.9 และความสั่นสะเทือน/กระแทก ร้อยละ 8.5 รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ร้อยละ 52.4 กลิ่นปัสสาวะเป็นบางครั้ง ร้อยละ 75.6 และปวดตามร่างกายเป็นอาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด (ปวดไหล่ ปวดตา ปวดคอและปวดหลังส่วนล่าง)

พรพิมล สุขอยู่ (2562) ศึกษาเรื่อง ความรู้และทัศนคติที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนขับรถแท็กซี่ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่าคนขับรถแท็กซี่มีการเข้าถึงบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับปานกลาง ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ มีค่าเฉลี่ย 3.49 และด้านความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการที่ได้รับมีค่าเฉลี่ย 3.41 ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ คือ ภูมิสำเนา ทัศนคติที่มีต่อสิทธิการเข้าใช้และอายุ ด้านความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย คือ ทัศนคติที่มีต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สรุปว่า ตัวแปรหลักที่มีอิทธิพล คือ ทัศนคติที่มีต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กัญญาวิณี โมกขาว และคณะ (2562) ศึกษาเรื่อง ภาวะสุขภาพของผู้ขับรถแท็กซี่ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 40 - 59 ปี มีชั่วโมงการขับรถเฉลี่ย 11.45 ชั่วโมงต่อวัน ข้อมูลด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเกิน ร้อยละ 75.43 และมีภาวะอ้วนระดับ 2 ถึงร้อยละ 55.5 ไม่เคยออกกำลังกายและไม่ควบคุมการรับประทานอาหารมากถึงร้อยละ 80.53 และ 90.5 ตามลำดับ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.47 โรคที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี อาการเจ็บป่วยที่พบมากและรุนแรงที่สุด คือ อาการปวด/เมื่อย รองลงมา คือ อ่อนเพลีย ไอ จาม คัดจมูก และการมองเห็นแย่ง

รัชพร ศรีเดช และลัญญา พิมพ์พันธ์ชัยบุลย์ (2564) เขียนบทความเรื่อง อุบัติเหตุบนท้องถนน : การสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ด้านยานพาหนะและด้านสภาพแวดล้อม โดยการนำแนวคิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์มาใช้ในการเสนอแนะและวิเคราะห์สถานการณ์การสร้างแรงกระตุ้นเพื่อให้เกิดการรับรู้

โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์และการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความคาดหวังประสิทธิภาพของการขับขี่รถจักรยานยนต์ด้วยความปลอดภัย และได้นำเสนอวิธีการและการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สนใจนำไปใช้

ศรีสมบุรณ์ คำผิง (2564) ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการฯ ประกอบด้วย (1) การจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ และการกำหนดบทบาทหน้าที่ (2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (3) การจัดทำแผนพัฒนาการป้องกันการเสียชีวิตและลดอุบัติเหตุทางถนน (4) การจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาด้านการบาดเจ็บ (5) การสร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุในระดับอำเภอ (6) พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนการบาดเจ็บทางถนนในระดับอำเภอ (7) การจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และ (8) การสร้างการรับรู้การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การขับเคลื่อนโดยใช้ข้อมูลในการจัดการอุบัติเหตุจราจร ดังนั้น จึงควรพัฒนาการใช้ข้อมูลระบบสารสนเทศในการแก้ปัญหาอุบัติเหตุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักแผนความปลอดภัย (2565) จัดทำรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2565 พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและไม่สามารถบรรลุเป้าหมายเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ภายในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นปีที่สิ้นสุดแผนปฏิบัติการทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2554 - 2563 (Decade of Action for Road Safety) ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 16,957 ราย (จากข้อมูล 3 ฐานของ กรมควบคุมโรค) ลดลงจากปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 4.9 จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนผู้เสียชีวิตและจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดขึ้นบนโครงข่ายในความรับผิดชอบของกระทรวงคมนาคมลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา การจัดทำและพัฒนาฐานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน การมุ่งเน้นวิถีแห่งความปลอดภัย (Safe System Approach) การมุ่งสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ในงานด้านความปลอดภัยทางถนน ซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนในปัจจุบัน

มิตร สารรัตน์ (2565) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยใช้ระบบและกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยใช้ระบบและกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการฯ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ (1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา (2) การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการฯ (3) การจัดทำโครงการ (4) การนิเทศ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และ (5) สรุป ถอดบทเรียนและประชาสัมพันธ์ และหลังการพัฒนาคณะกรรมการฯ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยรวมเพิ่ม จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุลดลง ร้อยละ 27.90 จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บลดลง ร้อยละ 6.29 แต่มีผู้เสียชีวิต 2 คน และไม่มีผู้เสียชีวิตในเทศกาลปีใหม่ และสงกรานต์

เพชรณา พรธรรมรักษ์ (2565) ศึกษาเรื่อง นโยบายความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย พบว่า (1) สภาพปัญหาการดำเนินนโยบายความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ส่วนมากเป็นรถจักรยานยนต์ เกิดอุบัติเหตุบ่อยหลังเวลา 18.00 น. สาเหตุส่วนมากจากเมาแล้วขับและการใช้ความเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด (2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ ปัจจัยด้านคน การบังคับใช้กฎหมายกับผู้ขับขี่รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย

เข้มงวด จริงจัง และต่อเนื่อง ปัจจัยด้านถนน การตรวจสอบลักษณะกายภาพของถนน จุดเสี่ยง จุดอันตราย จุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง ปัจจัยด้านยานพาหนะ ขาดความพร้อมด้านอุปกรณ์พื้นฐานในการใช้ ยานพาหนะที่ปลอดภัย ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม อุปสรรคทางธรรมชาติในการสัญจร และการ ขำรดของอุปกรณ์ ส่งผลให้ความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะลดลง และปัจจัยด้านการ บังคับใช้กฎหมาย ควรนำเทคโนโลยีมาเพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย และแนวทาง แก้ไขปัญหา

นริรัตน์ วาณิชวิชัย และคณะฯ (2566) ศึกษาเรื่อง การยกระดับนวัตกรรมการออกใบอนุญาตขับรถสู่มาตรฐานสากล พบว่า (1) สภาพปัญหาการยกระดับนวัตกรรมการออกใบอนุญาตขับรถสู่ มาตรฐานสากล ได้แก่ การขาดความร่วมมือ บุคลากรขาดความรู้ บรรยาการการทำงานขององค์การไม่เอื้อต่อนวัตกรรม รูปแบบการทำงานไม่เหมาะสม ทรัพยากรการบริหารไม่เพียงพอ ผู้บริหารสนับสนุนไม่มากพอ ขาดการสร้างเสริมแรงจูงใจและการพัฒนาบุคลากรที่ต่อเนื่อง ประชาชนไม่เข้าใจในนวัตกรรม ทำให้ขาดความร่วมมือที่ดี (2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยกระดับนวัตกรรมการออกใบอนุญาตขับรถสู่มาตรฐานสากล ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจของบุคลากร การสร้างสรรค์นวัตกรรม ความร่วมมือในการใช้นวัตกรรม งบประมาณในการพัฒนา นวัตกรรม วัสดุอุปกรณ์ที่ทันสมัย สภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม และการฝึกอบรมและพัฒนา และ (3) แนวทางการยกระดับนวัตกรรมการออกใบอนุญาตขับรถสู่มาตรฐานสากล ได้แก่ องค์การต้องมีการ กำหนดนโยบายที่ชัดเจน ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอและเหมาะสม มีการ พัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากร มีการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือรวมทั้งการติดตาม และประเมินผล

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2567) ได้จัดทำโครงการ พัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน กรุงเทพมหานคร ผลการดำเนินงาน คือ จัดทำคู่มือการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ (Assessing Fitness to Drive) การพัฒนาบุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์การจราจรระยะสั้น การจัดตั้งคลินิกบริการ สำหรับตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์อย่างครบวงจร ได้ตรวจสุขภาพผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะ จำนวน 2,161 คน พบว่า ร้อยละ 35.7 มีปัญหาสายตา ร้อยละ 19.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 19.8 เป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุ > 60 ปี ขึ้นไป ความพึงพอใจ ร้อยละ 97.18

ประพัทธ์ ธรรมวงศา (2567) ศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไก คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอภูมิกวาศ จังหวัดอุดรธานี พบว่ารูปแบบ ความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ระดับอำเภอภูมิกวาศ จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย (1) การขับเคลื่อนสร้างกลไก ศปถ.อำเภอที่มีประสิทธิภาพ (2) การ วิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุด้วยเครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์ (เครื่องมือ 5 ชิ้น) (3) การจัดการจุดเสี่ยงต่อ อุบัติเหตุทางถนนโดยภาครัฐ ท้องถิ่นและชุมชน (4) การประชุม ศปถ.อำเภอ ติดตามอย่างต่อเนื่อง (5) การ ดำเนินงานแนวทางภูมิกวาศโมเดล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 50 คน พบว่า ภายหลังดำเนินการ ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน ในภาพรวมอยู่ระดับมาก มากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ผลการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ พบว่า จำนวน ผู้รับบาดเจ็บลดลงร้อยละ 34.07 และจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงร้อยละ 25.80

Ferreira, I (2020) ศึกษาเรื่อง ความรู้และการฝึกปฏิบัติในการประเมินความพร้อมในการขับขี่ของ แพทย์และนักจิตวิทยา พบว่า แพทย์และนักจิตวิทยาส่วนใหญ่ต้องการให้มีการอบรมเพื่อสร้างความมั่นใจและ ฝึกฝนทักษะให้มีความเชี่ยวชาญในการประเมินความพร้อมในการขับขี่

สรุปแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการรายงานและลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ การประเมินความสูญเสียจากการบาดเจ็บและผู้เสียชีวิต การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัย การประเมินนโยบายความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุ ความปลอดภัยในการให้บริการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานและภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้ขับขี่ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่ชัดเจนและพื้นที่เฉพาะบางอำเภอและบางจังหวัด ยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะ และ ข้อเสนอเชิงนโยบายและปฏิบัติจากระดับนโยบายลงสู่พื้นที่ ในภาพรวมของประเทศ ตามแนวคิด Six Building Blocks หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ได้แก่ ระบบบริการกำลังคนด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ สื่อองค์กรความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยดำเนินงานร่วมกับระบบอื่น ๆ อย่างบูรณาการ คณะผู้วิจัย จึงได้ทำการศึกษา เรื่อง “ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะ เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย” นี้ขึ้น

2.7 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิด เรื่อง “ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะ เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย” ดังภาพที่ 2.1

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษา เรื่อง “ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะ เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย” นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรถยนต์สาธารณะ วิเคราะห์ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรถและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในการขับเคลื่อนขยายผลระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study)

โดยนำเสนอ วิธีดำเนินการศึกษา ดังนี้

- 3.1 รูปแบบของการศึกษา
- 3.2 ระยะเวลาในการศึกษา
- 3.3 วิธีการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

3.1 รูปแบบของการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) โดยการศึกษาแบบผสมผสานวิธีเชิงคุณภาพด้วยการทบทวนเอกสาร (Document review) การศึกษาจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ร่วมกับการรับฟังข้อคิดเห็นจากกลุ่มประชากรได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling Selection) โดยกำหนดขอบเขตเนื้อหาการศึกษาในการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ใน 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การศึกษากระบวนการ

1. วิเคราะห์กระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรถ (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องและผลสำเร็จการดำเนินงาน
2. การวิเคราะห์ประสบการณ์การพัฒนาระบบประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรถ (Medical Fitness to Drive) ในประเด็นความรู้ ความเข้าใจและความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 การรวบรวมข้อมูล

โดยรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรถ (Medical Fitness to Drive) ได้แก่

1. นโยบายระดับประเทศและมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถ (Medical Fitness to Drive)
2. การทำงานของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การประเมินความพร้อมในการขับขีรถ (Medical Fitness to Drive) เป็นนโยบายที่ขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการ
3. นโยบาย และ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน และ/หรือตรวจสอบสุขภาพ หรือสมรรถนะของผู้ขับขีรถสาธารณะ

4. ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและความคิดเห็นต่อการขยายผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

5. บทเรียนการพัฒนาการดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ยานต์สาธารณะ (Medical Fitness to Drive) เพื่อขับเคลื่อนและขยายผลการดำเนินงาน

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในการขับเคลื่อนและขยายผลกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) ในพื้นที่อื่น ๆ

3.2 ระยะเวลาในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาในการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 รวมทั้งสิ้น 5 เดือน ซึ่งผู้ศึกษาได้ร่วมกับการรับฟังข้อคิดเห็นจากกลุ่มประชากรที่ได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling Selection) ในโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ยานต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ยานต์อุบัติเหตุบนท้องถนน และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (รายละเอียดในภาคผนวก ก และ ข) และจากนั้นผู้ศึกษาจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.3 วิธีการศึกษา

3.3.1 ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา มีดังนี้

1) เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการขับขี่ยานต์สาธารณะ เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับเก็บข้อมูล ได้แก่ กระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องและผลสำเร็จการดำเนินงาน โดยรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

2) รวบรวมข้อคิดเห็นในการจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งสิ้น 5 คน

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ชุดที่ 1 คือ แบบเก็บข้อมูลกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องและผลสำเร็จการดำเนินงาน

ชุดที่ 2 คือ แบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

ชุดที่ 3 แบบฟอร์มการจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ โดยมีข้อคำถามครอบคลุมประเด็น ดังต่อไปนี้

1. กระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) ถูกพัฒนามาอย่างไร ใช้ทรัพยากรอะไรในการดำเนินงาน

2. ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบายมีทัศนคติอย่างไรต่อการดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) และมีส่วนร่วมดำเนินการหรือไม่ อย่างไร

3. ผู้ที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติมีทัศนคติอย่างไรต่อการดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) และมีส่วนร่วมดำเนินการหรือไม่ อย่างไร

4. ปัจจัยความสำเร็จและความท้าทายในการดำเนินการคืออะไร อย่างไร

5. บทเรียนการพัฒนาการดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) เพื่อขับเคลื่อนและขยายผลการดำเนินงานได้อย่างยั่งยืนในอนาคตควรเป็นอย่างไร

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาการประเมินความพร้อมด้านการแพทย์ จำนวน 3 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะในความตรงเชิงเนื้อหาแล้วนำมาปรับให้สมบูรณ์และสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการศึกษาและจัดทำเกณฑ์สำหรับการคัดเลือกเอกสารที่เกี่ยวข้องในการศึกษา ประกอบด้วย 1) ความจริง (Authenticity) คือ เป็นเอกสารที่แท้จริง 2) ความถูกต้องน่าเชื่อถือ (Credibility) คือ เอกสารนั้นจะต้องไม่มีข้อมูลที่ผิดพลาด 3) การเป็นตัวแทน (Representativeness) คือ เอกสารดังกล่าวมีความเป็นตัวแทน และ 4) ความหมาย (Meaning) คือ เอกสารที่มีความชัดเจนและสามารถที่จะเข้าใจได้ง่าย (Scott, 1990)

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.5.1 ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.5.2 สร้างกรอบแนวคิด ขอบเขตการศึกษา และวางแผนการดำเนินงานศึกษา โดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์

3.5.3 วางแผนการจัดเก็บข้อมูลตามกรอบแนวคิด และจัดทำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปเก็บข้อมูล

3.5.4 ดำเนินการเก็บข้อมูลและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

3.5.5 สรุปผลและจัดทำรายงานการศึกษา

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ตามแบบ/แนวทางการเก็บข้อมูลที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้น โดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.6.1 ทำการคัดเลือกโดยการอ่าน ทบทวนและบันทึกข้อมูลของเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันของคณะผู้ศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

3.6.2 จัดกลุ่มข้อมูล โดยการประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็นระหว่างคณะผู้ศึกษาและนำกลุ่มข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในรูปแบบของการบรรยาย

3.6.3 หาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นศึกษา

3.6.4 ตีความและอภิปรายข้อมูลที่ได้จากการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

3.6.5 สรุปและนำเสนอผลการศึกษา เพื่อผลักดันเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

3.7 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการศึกษาเอกสารรายงานผลการดำเนินงาน เก็บข้อมูลจากการประชุมที่เกี่ยวข้อง นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ทั้งนี้ได้ขออนุญาตใช้ข้อมูลจากหน่วยงานที่จัดทำโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขบขันลตุบัตเหตุบนท้องถนน

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษา เรื่อง “ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะ เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรถยนต์สาธารณะ วิเคราะห์ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรถยนต์และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในการขับเคลื่อนขยายผลระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์

โดย นำเสนอผลการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรถยนต์สาธารณะ

1.1 ผลการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรถ (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องและผลสำเร็จการดำเนินงาน

1.2 ผลการวิเคราะห์ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรถ จากการรวบรวมข้อคิดเห็นในกลุ่มผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และ ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรถ (Medical Fitness to Drive) ในประเด็นความรู้ ความเข้าใจและความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาประสบการณ์การดำเนินงานประเมินความพร้อมเพื่อการขับขีรถ (Medical Fitness to Drive) มุมมองของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จากการรวบรวมข้อมูล ใน 5 เรื่อง คือ

2.1 นโยบายระดับประเทศและมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรถ (Medical Fitness to Drive) เรื่อง การพัฒนาระบบการตรวจประเมินกับมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการ

2.2 การทำงานของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะ เป็นนโยบายที่ขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการ

2.3 นโยบาย และ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน และ/หรือตรวจสุขภาพ หรือสมรรถนะของผู้ขับขีรถสาธารณะ

2.4 ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและความคิดเห็นต่อการขยายผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

2.5 บทเรียนการพัฒนาการดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะ (Medical Fitness to Drive) เพื่อขับเคลื่อนและขยายผลการดำเนินงาน โดยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

4.1 ส่วนที่ 1 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่รถยนต์สาธารณะ

1.1 ผลการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องและผลสำเร็จการดำเนินงาน พบว่า กระบวนการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ โดยกรมควบคุมโรค ร่วมกับกรมการขนส่งทางบกและกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) กำหนดการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว โดยการนำองค์ความรู้ทางเวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์การจราจร บูรณาการร่วมกับสำนักวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มากำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน ได้แก่ มาตรการที่มุ่งไปที่ยานพาหนะ สิ่งแวดล้อมและถนน มาตรการที่มุ่งไปยังผู้ขับขี่ และการตรวจคัดกรองสุขภาพและสมรรถภาพของร่างกายเพื่อใช้ประกอบการขอใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ ซึ่งผลสำเร็จการดำเนินงาน คือ มีศูนย์ต้นแบบตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์และระบบข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะที่เชื่อมโยงกันระหว่างกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและกรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม

1.2 ผลการวิเคราะห์ผลประสพการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ จากการรวบรวมข้อคิดเห็นในกลุ่มผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) ในประเด็นความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน พบว่า มีข้อเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้อง 2 เรื่อง คือ

1.2.1 การออกใบรับรองแพทย์ ต้องแสดงให้เห็นว่าผู้นั้นไม่มีโรคประจำตัวหรือสภาวะของโรคที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมเห็นว่าอาจเป็นอันตรายขณะขับรถตามที่แพทย์ศากำหนด มีการกำหนดอายุสูงสุดของการทำใบขับขี่ ติดตามและตรวจสอบ ความถี่ในการตรวจและมีการประเมินแยกเป็นกรณีสำหรับคนที่มโรค รวมทั้งกำหนด “ตัวโรค” การห้ามการขับขี่ตามสภาวะที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มเติมจากโรคหลัก

1.2.2 คุณสมบัติของแพทย์ที่สามารถออกใบรับรองแพทย์เพื่อขอใบอนุญาตขับรถ ควรเชื่อมโยงกับประเภทของการขับขี่ รถโดยสารส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 ประเภท ได้แก่ รถโดยสารส่วนบุคคลทุกประเภท รถยนต์และรถจักรยานยนต์ โดยแพทย์ทั่วไปเป็นผู้ตรวจ ส่วนรถโดยสารสาธารณะและรถพิเศษ แพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญควรเป็นผู้ตรวจและออกใบรับรอง ซึ่งเรื่องการออกใบรับรองแพทย์และการกำหนดคุณสมบัติของแพทย์ ให้มีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความเป็นไปได้ก่อนใช้จริง ระหว่างนี้ให้เน้นการเข้มงวดกวดขันตามกฎหมาย สำหรับผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงผู้ไม่มีใบอนุญาตขับรถ โดยต้องดำเนินการคู่ขนานไปกับการควบคุมผู้ที่มีสภาวะ ไม่ปลอดภัยในการขับขี่

สรุปส่วนที่ 1 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องและผลสำเร็จการดำเนินงาน พบว่า กระบวนการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ ได้นำองค์ความรู้ทางเวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์การจราจรบูรณาการร่วมกับสำนักวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มากำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนและจากการวิเคราะห์ผลการรวบรวมข้อคิดเห็นในกลุ่มผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง มีข้อเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้อง 2 เรื่อง คือ การออกใบรับรองแพทย์ ต้องแสดงให้เห็นว่าผู้นั้นไม่มีโรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายขณะขับรถตามที่แพทย์ศากำหนดและกำหนดคุณสมบัติของแพทย์ที่สามารถออกใบรับรองแพทย์เพื่อขอใบอนุญาตขับรถ

4.2 ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาประสบการณ์การดำเนินงานประเมินความพร้อมเพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) มุมมองของผู้บริหารและปฏิบัติ

ผลการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ (Medical Fitness to Drive) ในมุมมองของผู้บริหารและปฏิบัติ จากการรวบรวม วิเคราะห์ใน 5 เรื่อง พบว่า

4.2.1 นโยบายระดับประเทศและมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) สรุปได้ดังนี้

1) การพัฒนาระบบการตรวจประเมิน ประเทศไทยมีนโยบายการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว เพื่อให้กรมการขนส่งทางบก มีแนวทางในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพเพื่อขอรับใบอนุญาตขับรถ นโยบายการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยมีผู้แทนจากภาคส่วนต่างๆ ที่เหมาะสม การออกใบรับรองแพทย์จัดบริการตรวจสุขภาพให้แก่ผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะ และตรวจสมรรถนะทางร่างกาย

2) มาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ ได้แก่ การพัฒนามาตรฐานการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ที่เป็นต้นแบบในประเทศไทย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการคลินิกตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะ ด้วยสภาพปัญหา คือ การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการตรวจประเมินส่วนใหญ่จึงต้องใช้เอกสารอ้างอิงจากต่างประเทศ ซึ่งไม่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้พัฒนาระบบจัดทำคู่มือการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ (Assessing Fitness to Drive) เพื่อนำไปใช้ในการจัดบริการคลินิก Medical Fitness to Drive โดยมีการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ 2 ส่วน คือ

2.1) การประเมินสุขภาพทั่วไปเพื่อใบรับรองแพทย์เพื่อออกใบขับขี่ (General assessment) เป็นการตรวจและซักประวัติสุขภาพโดยทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการซักประวัติทางร่างกาย เฉพาะด้านเพื่อประเมินความเสี่ยงโรคหยุดหายใจขณะนอนหลับ

2.2) การประเมินสมรรถนะของผู้ขับขี่ยานยนต์ โดยประเมินการรับรู้ การคิดวิเคราะห์ และการประเมิน เพื่อค้นหาโรคทางจิตเวช เพื่อจำแนกระดับความผิดปกติในการรับรู้ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า รวมทั้งการตัดสินใจของผู้รับการตรวจประเมิน เช่น การตรวจการมองเห็น การได้ยิน การทำงานของระบบกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว และการประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่เฉพาะโรค ได้แก่ โรคทางระบบประสาท โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคทางจิตเวช การใช้ยาเสพติดและโรคติดเชื้อ ความผิดปกติของไต และระบบทางเดินหายใจ

4.2.2 การทำงานของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ เป็นนโยบายที่ขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการ พบว่า มีการดำเนินของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น คือ

1) กระทรวงสาธารณสุข อบรมพัฒนาแพทย์ พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข โดยอบรมแพทย์เป็นแพทย์เวชศาสตร์การจราจร 3 ด้าน คือ ด้านเวชศาสตร์การจราจรเชิงระบบ ด้านการเฝ้าระวังและการสอบสวนอุบัติเหตุและด้านการประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่ในการขับขี่รถยนต์ ซึ่งเป็นการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์การจราจรระยะสั้น 8 รุ่น จำนวน 420 คน

2) กรมควบคุมโรค จัดทำคู่มือ/แนวทางสนับสนุนการดำเนินงาน Medical Fitness to Drive คู่มือการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ และมาตรฐานการบริการคลินิกและแนวทางในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพเพื่อขอรับใบอนุญาตขับขี่ เพื่อสนับสนุนให้แก่แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการจัดบริการคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ จำนวน 4 เรื่อง

4.2.3 นโยบาย และ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน และ/หรือตรวจสอบสุขภาพ หรือสมรรถนะของผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะ พบว่า

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อเรื่องการพัฒนาสมรรถนะผู้ขับขี่ให้คณะกรรมการระดับกระทรวง เพื่อจัดทำแนวทางการทำใบขับขี่ให้เป็นสากลมีมาตรฐานที่เพียงพอ กรมการแพทย์เคยเปิดบริการตรวจสอบสุขภาพให้ผู้ขับขี่ แต่ไม่ครอบคลุมทุกบริการและไม่ได้ขยายผลการตรวจไปยังหน่วยบริการอื่น ๆ การตรวจสอบสุขภาพสำหรับแพทย์ผู้ออกใบรับรองแพทย์ในหน่วยบริการ ยังคงเป็นการตรวจที่มุ่งตรวจโรคที่กำหนดในใบรับรองแพทย์เท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับเป็นหลักประกันด้านสุขภาพของผู้ขับขี่ให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อสมรรถนะในการขับขี่และยังเป็นการตรวจที่แยกส่วนกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกรมการขนส่งทางบก อีกทั้งการตรวจสอบสุขภาพเพื่อประเมินสุขภาพและสมรรถนะก่อนการขับขี่ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางที่เป็นระดับชาติ (National Guideline) และมีศูนย์รองรับการให้บริการตรวจแบบครบวงจรก่อนออกใบอนุญาตขับขี่ และยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสมรรถนะของผู้ขับขี่ระหว่างกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกับ กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม จึงเกิดช่องว่างที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนนในระยะยาว

4.2.4 ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและความคิดเห็นต่อการขยายผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ดังนี้

1) ปัจจัยความสำเร็จ คือ การดำเนินโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน ทำให้มีการพัฒนามาตรฐานการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ (Assessing Fitness to Drive) เป็นต้นแบบในประเทศไทย มีคลินิกต้นแบบและมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีศักยภาพ ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์การจราจร และมีระบบข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะของผู้ขับขี่ที่เชื่อมโยงกันระหว่างกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและกรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม

2) ปัญหา อุปสรรค คือ การดำเนินโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเกิดสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้การดำเนินงานในระยะแรกไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด ไม่มีความต่อเนื่อง และต้องหยุดดำเนินการเป็นระยะ เนื่องจากเป็นการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ อย่างเต็มรูปแบบเป็นแห่งแรกของประเทศไทย จึงต้องศึกษาเรียนรู้การบริหารจัดการด้านต่าง ๆ จากการทดลองดำเนินการ ตลอดจนพบว่าบุคลากรยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการ จึงต้องมีการทบทวน/ปรับปรุงรูปแบบและแนวทางต่าง ๆ เป็นระยะ

3) ความคิดเห็นต่อการขยายผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบาย พบว่า การตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้วและกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะประเภทรถสองแถว จะพบปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ มีใบอนุญาตในการขับขี่ที่ตลอด

ชีพ บางรายใบอนุญาตการขับขี่หมดอายุ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีปัญหาสุขภาพที่มีภาวะเสื่อมตามวัย อีกทั้งในปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่มีศักยภาพในการซื้อ-เช่ารถยนต์ส่วนบุคคลและรถจักรยานยนต์ เพื่อใช้ในการคมนาคมขนส่ง หรือเดินทางมากขึ้น ทำให้การใช้บริการรถยนต์โดยสารสาธารณะลดลง หากมีกฎหมายในการออกใบอนุญาตการขับขี่ที่เปลี่ยนไปและมีผลบังคับใช้ จะยังมีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพของผู้ขับขี่รถโดยสารสาธารณะ รายได้และเศรษฐกิจภายในครอบครัว

4) การรับบริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ไม่ชัดเจนเรื่องค่าใช้จ่าย จะใช้ตามสิทธิการรักษาของตนเองหรือครอบครัว ระยะเวลาในการเข้ารับบริการนานใช้เวลานานหรือไม่ เพราะหากใช้เวลานานจะมีผลกระทบต่อยาได้ สถานที่รับบริการมีที่ไหนบ้างหากต้องเดินทางไกล ยิ่งส่งผลกระทบการบริหารจัดการเวลาในการปฏิบัติงาน รอบระยะเวลาในการหยุดงาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะ มีรอบระยะเวลาในการขับขี่ ให้บริการแตกต่างกันตามระยะทาง

4.2.5 บทเรียนการพัฒนาการดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ (Medical Fitness to Drive) เพื่อขับเคลื่อนและขยายผลการดำเนินงาน สามารถสรุปผลการศึกษาค้นคว้าพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว จำนวน 15 ประเด็น คือ

1) พัฒนากลไกความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมควบคุมโรค กรมการขนส่งทางบก คลินิกอาชีวเวชศาสตร์ กองทุนเพื่อความปลอดภัยทางถนน เป็นต้น

2) พัฒนาระบบข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเกี่ยวกับสมรรถนะทางร่างกายและการขับขี่ยานพาหนะ เพื่อให้เข้าถึงได้ง่ายและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

3) พัฒนาช่องทางการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในผู้ขับขี่ยานพาหนะ ข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุทางท้องถนนระหว่างหน่วยงานเครือข่ายระดับจังหวัด ระดับเขตและหน่วยงานเครือข่ายภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคโนโลยีในการเชื่อมโยงข้อมูล

4) การนำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูล นำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่จังหวัดและระดับเขต

5) ผลักดันการทำงานแบบบูรณาการในระดับนโยบาย จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยมีผู้แทนจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เหมาะสม

6) ส่งเสริมการจัดทำแผนปฏิบัติการ ร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย เพื่อให้เกิดกลไกการประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน รวมทั้งทบทวนปรับปรุงกฎระเบียบในการดำเนินงานเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

7) เพิ่มขีดความสามารถบุคลากร และสร้างบุคลากรรุ่นใหม่ให้สามารถรองรับการทำงานร่วมกัน และบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานเครือข่าย จัดทำแผนพัฒนาความเชี่ยวชาญ พัฒนาหลักสูตร จัดทำฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความก้าวหน้าทางสายงานให้ชัดเจน ให้มีศักยภาพพร้อมจัดระบบบริการตรวจประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่ที่มีมาตรฐานสากล

8) ปรับปรุงหลักสูตร/การฝึกอบรมความรู้การฝึกปฏิบัติงานอย่างบูรณาการ โดยทีมแพทย์ควรได้รับการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะทางแพทย์เวชศาสตร์การจราจร หรือความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย ส่วนทีมประกอบด้วย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ควรได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะ หลักสูตรระยะสั้นด้านเวชศาสตร์การจราจร รวมทั้งการใช้เครื่องมือพิเศษในการจัดบริการคลินิก

9) ส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและเครือข่าย จัดทำฐานข้อมูลและเครือข่าย และจัดให้มีเวทีวิชาการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการและประกวดผลงานดีเด่น

10) พัฒนาการสื่อสารให้ครอบคลุม ครบถ้วน และทันสมัย ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เข้าถึงข้อมูล การใช้ประโยชน์ของข้อมูลตามบริบทพื้นที่ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ประเด็นการสื่อสาร รวมทั้งช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม

11) การสร้างความรอบรู้ด้านความปลอดภัยในการขับขี่ การใช้รถใช้ถนนให้แก่ประชาชน กลุ่มผู้ขับขี่ยานพาหนะ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

12) การขยายบริการคลินิกตรวจประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่ ควรขยายผลการดำเนินงาน ปฏิบัติในระดับเขต โดยบูรณาการทรัพยากรในพื้นที่เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

13) การดำเนินการในกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะ ควรทำควบคู่กับการดำเนินงานเชิงรับ โดยจัดบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขที่มีแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถทางด้านเวชศาสตร์การจราจร/อาชีวอนามัย ร่วมกับการดำเนินการเชิงรุกให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ขับขี่ โดยประสานผ่าน บริษัทขนส่งสาธารณะ/บริษัทเอกชน/หน่วยงานภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ

14) จัดทำบัญชีโรคและภาวะอันตรายต่อสมรรถนะการขับขี่ที่เป็นข้อเสนอในการตรวจประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่ จำนวน 8 กลุ่มโรค โดยเสนอผ่านแพทยสภา ให้มีการประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และขยายผลให้ผู้ปฏิบัติดำเนินการตามแนวทาง

15) การบูรณาการเครือข่ายในการดำเนินการจัดตั้งคลินิก เพื่อใช้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ในเขตสุขภาพ

สรุปส่วนที่ 2 ผลการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล ด้านนโยบายระดับประเทศและมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ ประเทศไทย มีนโยบายการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีการออกใบรับรองแพทย์จัดบริการตรวจสุขภาพและตรวจสมรรถนะทางร่างกาย ส่วนการทำงานของรัฐบาล มีการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์การจราจรระยะสั้น จัดทำคู่มือการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่และมาตรฐานการบริการคลินิก สำหรับการพัฒนาสมรรถนะผู้ขับขี่ยังไม่ครอบคลุมทุกบริการและยังไม่มีแนวทางที่เป็นระดับชาติ (National Guideline) ศูนย์รองรับการให้บริการตรวจแบบครบวงจรมีน้อยและไม่เชื่อมโยงข้อมูลสมรรถนะของผู้ขับขี่ ส่วนปัจจัยความสำเร็จ คือ มีคลินิกต้นแบบมีการอบรมด้านเวชศาสตร์การจราจรและมีระบบข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะของผู้ขับขี่ที่เชื่อมโยงกัน ปัญหาอุปสรรค คือ บุคลากรยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการ ขาดการบังคับใช้กฎหมายในการออกใบอนุญาตการขับขี่

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษา เรื่อง “ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรยนต์สาธารณะ เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย” มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรยนต์สาธารณะ วิเคราะห์ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในการขับเคลื่อนขยายผลระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) โดยการศึกษาแบบผสานวิธีเชิงคุณภาพด้วยการทบทวนเอกสาร (Document review) การศึกษาจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ร่วมกับการรับฟังข้อคิดเห็นจากประชากรและกลุ่มตัวที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling Selection) ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งสิ้น 5 คน รวบรวมข้อคิดเห็นเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติของผู้เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตเนื้อหาการศึกษา ในการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้นจากเอกสารและข้อมูลจากโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขีรยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 5 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัยและแบบจำแนกชนิดข้อมูล โดยสรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและ ข้อเสนอแนะ ดังนี้

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษากกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องและผลสำเร็จการดำเนินงาน พบว่า กระบวนการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรยนต์สาธารณะ ได้นำองค์ความรู้ทางเวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์การจราจรบูรณาการร่วมกับสำนักวิชาชีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มากำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไข ปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนและการวิเคราะห์ผลการจากการรวบรวมข้อคิดเห็นในกลุ่มผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และ ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง มีข้อเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้อง 2 เรื่อง คือ การออกใบรับรองแพทย์ ต้องแสดงให้เห็นว่าผู้นั้นไม่มีโรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายขณะขับขีรถตามที่แพทย์สภากำหนดและกำหนดคุณสมบัติของแพทย์ที่สามารถออกใบรับรองแพทย์เพื่อขอใบอนุญาตขับขีรถ

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาประสบการณ์การดำเนินงานประเมินความพร้อมเพื่อการขับขี (Medical Fitness to Drive) มุมมองของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ใน 5 เรื่อง พบว่า ด้านนโยบายระดับประเทศและมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ ประเทศไทย มีนโยบายการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีการออกใบรับรองแพทย์ จัดบริการตรวจสุขภาพและตรวจสมรรถนะทางร่างกาย ส่วนการทำงานของรัฐบาล มีการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์การจราจรระยะสั้น จัดทำคู่มือการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขีและมาตรฐานการบริการคลินิก สำหรับการพัฒนาสมรรถนะผู้ขับขียังไม่ครอบคลุมทุกบริการและยังไม่มีแนวทางที่เป็นระดับชาติ (National Guideline) ศูนย์รองรับการให้บริการตรวจแบบครบวงจรมีน้อยและไม่เชื่อมโยงข้อมูลสมรรถนะของผู้ขับขีส่วนปัจจัยความสำเร็จ คือ มีคลินิกต้นแบบมีการอบรมด้านเวชศาสตร์การจราจรและมีระบบข้อมูลสุขภาพ

และสมรรถนะของผู้ขับขี่ที่เชื่อมโยงกัน ปัญหาอุปสรรค คือ บุคลากรยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการ ขาดการบังคับใช้กฎหมายในการออกใบอนุญาตการขับขี่

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องและผลสำเร็จการดำเนินงาน

1) ผลการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องและผลสำเร็จการดำเนินงาน พบว่า

มีการนำองค์ความรู้ทางเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การจราจรบูรณาการร่วมกับสำนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และมีศูนย์ต้นแบบตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ แสดงให้เห็นว่าผล การศึกษานี้ มีระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ที่สามารถนำมาใช้กับศูนย์ต้นแบบตรวจประเมิน ความพร้อมทางการแพทย์จนประสบความสำเร็จได้จริง อย่างไรก็ตามสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุของ ประเทศไทยในปัจจุบันยังคงมีความรุนแรงและมีแนวโน้มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักนโยบาย และแผนการขนส่งและจราจรในประเทศไทย (2565) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต มีสาเหตุมาจากคนโดยตรง ร้อยละ 57.10 ซึ่งในรายงานสาเหตุมาจากคนโดยตรงนั้นอาจเป็นผู้ขับขี่ที่มีโรค ประจำตัวและความบกพร่องด้านร่างกายรวมอยู่ด้วย โดยในปี พ.ศ. 2565 หลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 พบผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีจำนวนเพิ่มขึ้น และในจำนวนนี้มีกลุ่มเสี่ยงจำนวน มากที่เสียชีวิตบนท้องถนน การมีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจำนวนมากนี้ ก่อให้เกิดความสูญเสียกับ ประเทศอย่างมหาศาล สอดคล้องกับการประเมินความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสของ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2560) พบว่า มีมูลค่าประมาณ 10 ล้านบาทต่อราย การบาดเจ็บ สาหัสมีมูลค่าประมาณ 3 ล้านบาทต่อราย ในช่วงปี พ.ศ. 2554 - 2556 มูลค่าของอุบัติเหตุเฉลี่ยต่อปี เท่ากับ 545,435 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) และสอดคล้อง เช่นเดียวกับ วาสนา เชื้อนแก้ว (2553) พบความสูญเสียของจังหวัดแพร่ โดยพบว่าการเกิดอุบัติเหตุจราจร ในช่วงเทศกาล ปี พ.ศ. 2551 - 2553 ความสูญเสียจากการขาดงานของผู้เสียชีวิต ความเสียหายของทรัพย์สิน ค่ารักษาพยาบาล และค่าสูญเสียการขาดงานของผู้ป่วยและผู้ดูแล เท่ากับ 154.84 ล้านบาท

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่มีการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เนื่องมาจาก อุบัติเหตุ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านคน ด้านพาหนะและด้านถนนและสิ่งแวดล้อมซึ่ง แตกต่างและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรัชพร ศรีเดช และลัญญา พิมพ์นัยชัยบุลย์ (2564) ซึ่งเป็นการ ประเมินความพร้อมในการขับขี่เกี่ยวกับคนเพียงด้านเดียวเท่านั้น ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งผลการ คำนวณมูลค่าความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจร พบว่า การเสียชีวิตมีมูลค่า ประมาณ 10 ล้านบาทต่อราย การบาดเจ็บสาหัสมีมูลค่าประมาณ 3 ล้านบาทต่อราย แต่สอดคล้องกับ การศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2560) เมื่อคำนวณการเสียชีวิตและบาดเจ็บยอด รวมทั้งประเทศจะสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล ดังนั้นการพัฒนาระบบการ ประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่รถยนต์สาธารณะ จึงควรขยายผลการพัฒนาความพร้อมด้าน สุขภาพ การประเมินผลสำเร็จ ความคุ้มค่า คุ้มทุน ขยายผลให้เป็นนโยบายในระดับประเทศ เพื่อให้เกิด ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางในการพัฒนาการประเมินฯ อย่างเป็นระบบ มีการพัฒนาระบบข้อมูลให้เกิด การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะของผู้ขับขี่ ระหว่างกรมควบคุมโรคกับกรมการขนส่งทางบกในการ

เผื่อระวังความเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนนในระยะยาว และประเมินความเป็นไปได้ของการประเมินสมรรถนะของผู้ขอรับใบอนุญาตขับรถได้อย่างเป็นระบบด้วย

2) ผลการวิเคราะห์ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ จากการรวบรวมข้อคิดเห็นในกลุ่มผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) ในประเด็นความรู้ ความเข้าใจและความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน พบว่า มีข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือ การออกใบรับรองแพทย์ สำหรับผู้ขอรับและขอต่อใบอนุญาตขับรถหรือใบอนุญาตเป็นผู้ขับรถต้องแสดงให้เห็นว่า ผู้นั้นไม่มีโรคประจำตัวหรือสภาวะของโรคที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเห็นว่าอาจเป็นอันตรายขณะขับรถตามที่แพทย์สภาพกำหนดกับคุณสมบัติของแพทย์ที่สามารถออกใบรับรองแพทย์เพื่อขอใบอนุญาตขับรถ กล่าวคือ ให้มีการปรับปรุงรูปแบบใบรับรองแพทย์สำหรับผู้ขับขี่รถ โดยแพทย์สภาพปรับแก้ไขใบรับรองแพทย์ 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่แพทย์ผู้ตรวจรับรองและส่วนที่ผู้ขอใบอนุญาตต้องทำการรับรองด้วยตนเอง การที่แพทย์ผู้ตรวจเป็นผู้ออกใบรับรองแพทย์ อาจมีผลเสียต่อแพทย์ในกรณีที่เกิดการฟ้องร้อง เพราะถือว่าแพทย์ได้ตรวจรับรองแล้ว ทั้งที่กระบวนการในการตรวจโรคหรืออาการของโรคบางชนิด มีความซับซ้อนสูง จึงต้องพิจารณาให้รัดกุมในส่วนของผู้รับผิดชอบและกระบวนการทางกฎหมายที่จะใช้ในกรณีที่ผู้ขอหรือถือใบอนุญาตไม่ได้ให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง โดยกรมการแพทย์ทำงานร่วมกับกรมการขนส่งทางบก ในการปรับปรุงการออกใบรับรองแพทย์และการกำหนดคุณสมบัติของแพทย์ที่สามารถออกใบรับรองแพทย์เพื่อขอใบอนุญาตขับขี่ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของนริรัตน์ วาณิชวิชัย และคณะฯ (2566) เรื่อง การยกระดับนวัตกรรมการออกใบอนุญาตขับรถสู่มาตรฐานสากล ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอและเหมาะสม มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากร สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินสมรรถนะความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้วของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค (2567) ที่ให้พิจารณาการออกใบรับรองแพทย์ 5 ด้าน คือ (1) Legal aspect ทางกฎหมายตามระเบียบของแพทย์สภา (2) Medical aspect เกี่ยวกับการวิเคราะห์โรคต้องห้ามในการออกแบบใบรับรองแพทย์และกระบวนการตรวจสำหรับนำไปใช้ในกรณีขอใบอนุญาตขับรถสาธารณะ (3) Social aspect มุมมองของภาคสังคมต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคที่เหมาะสมหรือมีความพร้อมต่อการขับขี่ (4) Political aspect ในส่วนของกลไกทางกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย รวมไปถึงแนวทางการปฏิบัติ และ (5) Operational aspect การดำเนินการที่ต้องเชื่อมโยงกับหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ดังนั้นการกำหนดคุณสมบัติของแพทย์ที่สามารถออกใบรับรองแพทย์เพื่อขอใบอนุญาตขับขื่อนั้น กรมการขนส่งทางบก ควรมีการออกกฎกระทรวง ภายใต้ พ.ร.บ.การขนส่งทางบก ให้มีคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การออกใบอนุญาตขับขี่ที่มีองค์ประกอบทั้งจากกรมการขนส่งทางบก กรมควบคุมโรค และสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์สภา สภาวิศวกรและสถาบันการศึกษา เพื่อเป็นนโยบายและบังคับใช้ในทางกฎหมายควบคู่ไปกับการศึกษาวิจัยความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติต่อไป

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ที่ผ่านมา ยังมีผู้ศึกษาเป็นการเฉพาะ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัย การศึกษาพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้ขับขี่ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเท่านั้น อาทิเช่น ถิรยุทธ ลิมานนท์ และคณะฯ (2557) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการประเมินความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะระหว่างจังหวัดในประเทศไทย โดยการจัดทำรายการตรวจสอบความพร้อมก่อนออกเดินทางระหว่างการขับขี่ และหลักเกณฑ์และคู่มือในการประเมินความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะ กัญญา คำพอ (2562) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของ

พนักงานขับรถพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก และกัญญาวิณ โมกขาว และคณะฯ (2562) ศึกษาเรื่อง ภาวะสุขภาพของผู้ขับขี่รถแท็กซี่ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.47 และ อาการเจ็บป่วยที่พบมากและรุนแรงที่สุด คือ อาการปวด/เมื่อย เป็นต้น

3) ผลการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ใน 5 เรื่อง

3.1) นโยบายระดับประเทศและมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) เรื่อง การพัฒนาระบบการตรวจประเมินกับมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการ พบว่า

ประเทศไทยมีนโยบายการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว และมีนโยบายการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยมีผู้แทนจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เหมาะสม และมีการออกใบรับรองแพทย์จัดการตรวจสุขภาพให้แก่ผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะ และตรวจสอบสมรรถนะทางร่างกาย สอดคล้องกับแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 - 2570 ยุทธศาสตร์ที่ 4 กลยุทธ์ที่ 5 (2564) ที่ให้เพิ่มความครอบคลุมของบริการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและลดเวลาการตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ แม้ไม่ระบุเรื่องการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะเป็นการเฉพาะ แต่ผลกระทบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ ในทางอ้อมจะช่วยให้ลดความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุได้ สอดคล้องกับกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 (หมวด 3 มาตราที่เกี่ยวข้องกับการขอใบอนุญาตขับรถ) มาตรา 46 ผู้ขอใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (1) ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม คือ ไม่มีโรคประจำตัวที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเห็นว่าอาจเป็นอันตรายขณะขับรถ สอดคล้องกับการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ (Assessing Fitness to Drive) ของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค (2567) ที่มีการตรวจประเมินสุขภาพแบบครบวงจร ด้านการตรวจสุขภาพทั่วไป และการประเมินสมรรถนะของผู้ขับขี่ยานยนต์ครอบคลุมทั้งด้านการรับรู้ การรับรู้ความรู้สึก การทำงานของระบบกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหว การประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่เฉพาะโรคตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการออกใบขับขี่ โดยมีคลินิกบริการสำหรับตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์แบบครบวงจรที่มีอุปกรณ์เพียงพอและทันสมัย รวมถึงสอดคล้องกับกฎหมายกำหนดโรคประจำตัวที่ห้ามขับรถ 9 โรค (2563) โดยกรมการขนส่งทางบกและกรมควบคุมโรค ซึ่งระบุไว้ว่าการทำใบขับขี่แต่ละครั้งจะต้องใช้ใบรับรองแพทย์เพื่อยืนยันความปลอดภัย และจากผลการศึกษา พบว่าการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้น ยังมีขาดประสิทธิภาพหลายด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ จเรย์ พูลผล (2558) ที่พบว่า การตรวจสมรรถนะของผู้ขับขี่รถยนต์ยังไม่มีระบบติดตามภาวะสุขภาพของผู้ขับขี่และผู้ประกอบการประเมินความพร้อมของผู้ขับขี่โดยสารก่อนออกให้บริการ และไม่สอดคล้องเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานทางการแพทย์ของต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย และสหราชอาณาจักร พบว่า มีความแตกต่างกับประเทศไทย โดยประเทศออสเตรเลีย (Austroads, 2017) ได้สร้างมาตรฐานในการตรวจคัดกรองผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะอย่างเข้มข้น โดยได้กำหนดการประเมินสมรรถนะสำหรับการขับขี่ว่าหากจะรับใบอนุญาตขับรถจะต้องมีการประเมินผ่านตามมาตรฐานทางการแพทย์ มาตรฐานกฎข้อบังคับ และสอบภาคปฏิบัติของการขับขี่ ผู้ขับขี่จะต้องมีการประเมินการเจ็บป่วยและทดสอบสมรรถนะต่าง ๆ ตามข้อกำหนดซึ่งต่างจากประเทศไทย และแตกต่างกับประเทศสหราชอาณาจักร (2020) ที่มีการจัดทำมาตรฐานการตรวจสุขภาพเพื่อการออกใบอนุญาตขับขี่ เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 รถยนต์และมอเตอร์ไซค์ กำหนดอายุขั้นต่ำที่ได้รับอนุญาตให้ขับขี่ได้ คือ 16 ปี โดยไม่มีการกำหนดอายุสูงสุดในการขับขี่ ตั้งแต่เมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป ต้องมีการตรวจซ้ำทุก 3 ปี

กลุ่มที่ 2 รถบรรทุกขนาดใหญ่และรถบัสโดยสาร กำหนดอายุขั้นต่ำที่ได้รับสิทธิขับขี่ คือ 21 ปี สำหรับรถบรรทุก และ 24 ปี สำหรับรถโดยสาร อายุ 45 ปีขึ้นไป ต้องมีการตรวจซ้ำทุก 5 ปี อายุ 65 ปีขึ้นไป ต้องมีการตรวจซ้ำทุกปี (Government of United Kingdom, 2020)

ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Redelmeier (2014) เรื่อง Medical interventions to reduce motor vehicle collisions จะพบผู้ขับขี่ที่มีอาการป่วย หรือมีโรคประจำตัวต่าง ๆ อย่างน้อย 1 โรค ประมาณร้อยละ 45 มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะมากกว่าการขับขี่ในบุคคลทั่วไป และสอดคล้องกับโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล (2567) มีจำนวนผู้เข้ารับบริการตรวจประเมิน จำนวน 2,161 คน พบว่า ร้อยละ 19.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 35.7 มีปัญหาด้านสายตา ร้อยละ 19.8 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกาย และ ร้อยละ 2.6 มีประวัติรอยโรคทางปอด ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการอุบัติเหตุทางถนนทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามหากมีการขยายผลโครงการพัฒนาศูนย์ต้นแบบการประเมินความพร้อมทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อสมรรถนะในการขับขี่ ซึ่งสามารถคัดกรองผู้ที่มีโรคประจำตัวและอาการป่วยครอบคลุมไปยังทุกจังหวัด รวมทั้งต้องมีการเข้มงวดกวดขัน ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงและผู้ไม่มีใบอนุญาตขับรถ และการควบคุมผู้ที่มีสภาวะไม่ปลอดภัยในการขับขี่ตามกฎหมาย สอดคล้องกับผลการประเมินความปลอดภัยทางถนนในเชิงกฎหมายและเชิงสถาบันของประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ได้เสนอแนะให้ประเทศไทยแก้ไขกฎหมายเดิมให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล และ เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย โดยมีบทกำหนดโทษรุนแรงขึ้น และควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและกระทรวงคมนาคมเพื่อการเฝ้าระวังปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการอุบัติเหตุทางถนนได้

ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการคลินิกตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ รูปแบบที่เสนอควรมุ่งเน้น 4 ประเด็นสำคัญ คือ (1) การจัดทำคลินิกตรวจบริการแบบ one-stop service และมีแนวทางการตรวจประเมินที่หลากหลาย เช่น การตรวจแบบพื้นฐาน ตามโรค ตามกลุ่มอายุ และตามคุณสมบัติของรถ (2) ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และความพร้อมของสถานที่ของโรงพยาบาล ในการตรวจสมรรถนะในการขับขี่ที่ต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์หรือรูปแบบการตรวจที่มีความชำนาญเฉพาะทาง (3) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมการตรวจที่จำเป็นในการจัดคลินิกอาชีพเวชศาสตร์ ต้องมีทั้งห้องตรวจตา หู ปอด และเฉพาะทางอื่น ๆ ห้องทดสอบสมรรถนะการขับขี่ได้แก่ ห้องทดสอบการนอนหลับ ทดสอบกล้ามเนื้อการขับขี่ ในรูปแบบ Simulator และ (4) การตรวจเพิ่มเติมผู้มีสิทธิขับขี่ เช่น ตาบอดสี โรคประจำตัว หูหนวกและหูตึง เป็นต้น

3.2) การทำงานของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ เป็นนโยบายที่ขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการ พบว่า มีการอบรมพัฒนาแพทย์ พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข และจัดทำคู่มือการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ และมาตรฐานการบริการคลินิกและแนวทางในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพเผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าการดำเนินงานพัฒนาความพร้อมทางการแพทย์ และจัดตั้งคลินิกบริการสำหรับตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ แบบครบวงจรได้ระดับหนึ่ง แต่ดำเนินการได้เพียง 1 แห่งในพื้นที่ของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เนื่องจากจำเป็นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญเป็นจำนวนมาก และเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง อย่างไรก็ตามการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์โดยทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อนไปสู่

ระดับนโยบายของรัฐบาลนั้น ควรพัฒนาร่วมกับการพัฒนาคลินิกเวชศาสตร์ หรือคลินิกโรคจากการทำงาน โดยการบูรณาการระหว่างหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน และกระทรวงคมนาคม ฯลฯ สอดคล้องกับความสำเร็จของการจัดตั้งคลินิกโรคจากการทำงานในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2567 (2567) มีจำนวน 124 แห่งทั่วประเทศ โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมีการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติในหลักสูตรแพทย์/พยาบาลเวชศาสตร์จรรยา และสหสาขาวิชาชีพเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถตรวจประเมินสมรรถนะในการขับเคลื่อนตามมาตรฐานที่กำหนด และ ขยายเครือข่ายให้ครอบคลุม อีกทั้งการพัฒนาคลินิกเวชศาสตร์จรรยา โดยการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรเวชศาสตร์การจรรยา และวางแผน จัดสรรงบประมาณเพื่อจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจประเมินความพร้อม โดย การตั้งเป้าหมาย/ความสำเร็จและจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้ชัดเจนในแต่ละปี เพื่อให้การทำงานระหว่าง รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3) นโยบาย และ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน และ/หรือตรวจสุขภาพ หรือสมรรถนะของผู้ขับขี่รถสาธารณะ พบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดทำแนวทางการทำให้เป็น มาตรฐานและเปิดบริการตรวจสุขภาพ แต่ไม่ครอบคลุมทุกบริการและไม่ได้ขยายผลการตรวจไปยังหน่วย บริการอื่น ๆ การตรวจสุขภาพสำหรับผู้ขับขี่รถสาธารณะในหน่วยบริการ ยังคงเป็นการตรวจที่มุ่ง ตรวจโรคที่กำหนดในใบรับรองแพทย์เท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับเป็นหลักประกันด้านสุขภาพการตรวจ สุขภาพก่อนการขับขี่ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางที่เป็นระดับชาติ (National Guideline) และมีศูนย์รองรับการ ให้บริการตรวจแบบครบวงจรก่อนออกใบอนุญาตขับขี่เพียง 1 แห่ง ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสมรรถนะของผู้ ขับขี่ระหว่างหน่วยงาน ข้อจำกัดการประเมินความพร้อมฯ ต่าง ๆ เหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน ทางด้านนโยบายจากรัฐบาล การบังคับใช้กฎหมายและการศึกษาวิจัยความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่อง สอดคล้องกับข้อเสนอแนะการศึกษาของชุดีมา คำดี และคณะฯ (2556) ที่ให้ยกเลิกการตรวจ ร่างกายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองสมรรถนะการขับขี่ และควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงประสิทธิผลมาตรการ คัดกรองสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน สำหรับการบังคับใช้กฎหมายซึ่งสอดคล้องตาม กฎกระทรวงการขอและการออกใบอนุญาตขับรถและการต่ออายุใบอนุญาตขับรถ พ.ศ. 2563 (สถาบันนิติ บัญญัติ, 2563) ที่ระบุว่าผู้ขอรับใบอนุญาตขับรถยนต์ต้องแสดงหลักฐาน เป็นใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่าไม่มี โรคประจำตัวหรือไม่มีสภาวะของโรคที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเห็นว่าอาจเป็นอันตรายขณะขับรถตามที่ แพทยสภากำหนด

ดังนั้น นโยบาย และ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน และ/หรือตรวจสุขภาพ หรือสมรรถนะของผู้ขับขี่รถสาธารณะ จำเป็นต้องพัฒนามาตรฐานการตรวจประเมินความพร้อมทาง การแพทย์ควบคู่ไปกับการศึกษาวิจัยความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับการประเมินสุขภาพของผู้ขับขี่รถสาธารณะอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4) ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและความคิดเห็นต่อการขยายผลการดำเนินงาน เพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบาย พบว่า

(1) ปัจจัยความสำเร็จ คือ การได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนเพื่อความ ปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน ทำให้มีการพัฒนามาตรฐานการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ มีคลินิกต้นแบบและมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีศักยภาพ มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะ ทางด้านเวชศาสตร์การจรรยา มีระบบข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะของผู้ขับขี่ในหน่วยงาน อย่างไรก็ตามการ ขยายผลการดำเนินงานประเมินความพร้อมฯ เพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายใน ระบบสุขภาพจำเป็นต้องมี องค์ประกอบครบ 6 ข้อด้วยกัน สอดคล้องกับ แนวคิด Six Building Box หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ

อย่างบูรณาการ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557) ซึ่งประกอบด้วย การให้บริการกำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศ ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ การบริหารจัดการงบประมาณ และภาวะผู้นำ ดังนั้นปัจจัยความสำเร็จการขยายผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายควรพิจารณาให้ครอบคลุมทุกประเด็น โดยพิจารณาการจัดทำแผนรองรับการจัดสรรงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

(2) ปัญหาและอุปสรรค การดำเนินโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ พบว่า บุคลากรยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ferreira (2020) เรื่อง ความรู้และการฝึกปฏิบัติในการประเมินความพร้อมในการขับขี่ของแพทย์ พบว่า แพทย์ต้องการให้มีการอบรมเพื่อสร้างความมั่นใจและฝึกฝนทักษะให้มีความเชี่ยวชาญในการประเมินความพร้อมในการขับขี่ และ สอดคล้องกับแนวคิด Six Building Box หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557) จำเป็นต้องมีเสาหลักที่ 2 เรื่อง Health Workforce คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่ทำงานในภาครัฐ และภาคเอกชน ทำงานเต็มเวลาหรือกึ่งเวลา ทำงานเดียวหรือหลายงาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานก็ตาม ดังนั้นการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่ยานยนต์โดยสารสาธารณะ จึงต้องมีการปรับปรุงมาตรฐานการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ การใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์เทคโนโลยีที่เหมาะสม และ พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมให้กับบุคลากรทางการแพทย์และพัฒนาผู้เชี่ยวชาญควบคู่กันไป

(3) ความคิดเห็นต่อการขยายผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบาย พบว่า การตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ พบปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุประเภทรถสองแถว ที่มีใบอนุญาตในการขับขี่ตลอดชีพ บางรายใบอนุญาตการขับขี่หมดอายุ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีปัญหาสุขภาพที่มีภาวะเสื่อมตามวัย ประชาชนส่วนใหญ่มีการใช้รถยนต์ส่วนบุคคลมากขึ้น ทำให้การใช้บริการรถยนต์โดยสารสาธารณะลดลง หากมีกฎหมายในการออกใบอนุญาตการขับขี่ที่มีผลบังคับใช้ จะยังมีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพของผู้ขับขี่ยานยนต์โดยสารสาธารณะ รายได้และเศรษฐกิจภายในครอบครัว อย่างไรก็ตามหากผู้ขับขี่ยานยนต์โดยสารสาธารณะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวที่ต้องห้ามขับรถ ไม่ได้รับการประเมินความพร้อมด้านการแพทย์ และให้การช่วยเหลือด้านประกอบอาชีพในกลุ่มนี้ จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของซุติมา คำดี และคณะ (2556) ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ควรสนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองความชัดเจนในการมองเห็นสำหรับประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในการต่อใบอนุญาตขับขี่ และไม่ควรมีการออกใบอนุญาตขับขี่ตลอดชีพในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมความเป็นไปได้ของการออกใบอนุญาตขับขี่ตลอดชีพ และระดมสมองเพื่อหาแนวทางสนับสนุนช่วยเหลือให้ครอบคลุมทุกด้านในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ

(4) การรับบริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในผู้ขับขี่ยานยนต์โดยสารสาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ยังมีความไม่ชัดเจนเรื่องค่าใช้จ่ายว่าจะใช้ตามสิทธิการรักษาแบบใด ระยะเวลาในการเข้ารับบริการ เพราะหากใช้เวลานานจะมีผลกระทบต่อรายได้หรือสถานที่รับบริการที่สะดวก ไม่ต้องเดินทางไกล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ขับขี่ยานยนต์โดยสารสาธารณะ มีรอบระยะเวลาในการขับขี่ ให้บริการแตกต่างกันตามระยะทาง ดังนั้นการขยายสถานบริการในการตรวจประเมินความพร้อมฯ เป็นการลดผลกระทบและแก้ไขปัญหาเหล่านี้ โดยมีการขยายเครือข่ายร่วมกับการพัฒนาคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ (หรือคลินิกโรคจากการทำงาน) ปี พ.ศ. 2567 (กรมควบคุมโรค, 2567) ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงแรงงาน มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการคลินิกโรคจากการทำงาน จำนวน 124 แห่ง โดยมีการบริการแก่ลูกจ้างด้านการตรวจสุขภาพแรกรับ การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง การตรวจสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงานใหม่หลังการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ การตรวจสุขภาพก่อนออกจากงาน และการให้คำปรึกษา

(5) **บทเรียนการพัฒนาการดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรยนต์สาธารณะ (Medical Fitness to Drive) เพื่อขับเคลื่อนและขยายผลการดำเนินงาน** พบจุดอ่อนที่สำคัญ 4 ด้าน คือ การบูรณาการและความร่วมมือของเครือข่าย การพัฒนาฐานข้อมูลโรคที่เชื่อมโยงกัน การเพิ่มสมรรถนะบุคลากรผ่านการอบรมเฉพาะทาง และการขยายบริการคลินิกตรวจสุขภาพให้ครอบคลุมทุกภูมิภาค แสดงให้เห็นว่า ประเด็นควรพัฒนาเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนเชิงนโยบายและขยายผลการดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน ใน 4 ประเด็น ดังนี้

1) **การบูรณาการและความร่วมมือของภาคีเครือข่าย** จำเป็นต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงคมนาคม กรมควบคุมโรค และกรมการขนส่งทางบก ฯลฯ เพื่อให้เกิดการแบ่งปันข้อมูลและประสบการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ และ สร้างกลไกความร่วมมือที่ยั่งยืน จะช่วยให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและเทคโนโลยีได้

2) **การจัดทำฐานข้อมูลโรคที่เชื่อมโยงกัน** ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เป็นศูนย์กลางในการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพและโรคของผู้ขับขี่ โดยเชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยงาน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการวางแผนและปรับปรุงมาตรฐาน

3) **การเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร** บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจประเมินยังคงต้องได้รับการอบรมและพัฒนาทักษะเฉพาะด้านเวชศาสตร์การจราจรและการใช้เทคโนโลยีในการตรวจสุขภาพ และ ส่งเสริมให้บุคลากรมีความเชี่ยวชาญและสามารถปรับตัวตามแนวโน้มการพัฒนาใหม่ ๆ จะช่วยเพิ่มคุณภาพและความถูกต้องในการประเมินความพร้อมของผู้ขับขี่

4) **การขยายบริการคลินิกตรวจประเมินสมรรถนะ** ควรมีการขยายบริการตรวจสุขภาพออกไปยังหน่วยบริการในทุกภูมิภาค ไม่ว่าจะเป็นในเขตเมืองหรือพื้นที่ชนบท รวมถึงการจัดตั้งคลินิกให้บริการเพื่อความสะดวกให้แก่ผู้ขับขี่ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา เรื่อง “ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนากระบวนการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรยนต์สาธารณะ เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย” พบข้อจำกัดในนโยบายไปสู่การปฏิบัติและขยายผล ใน 4 ประเด็นที่สำคัญ คือ การบูรณาการและความร่วมมือของเครือข่าย การพัฒนาฐานข้อมูลโรคที่เชื่อมโยงกัน การเพิ่มสมรรถนะบุคลากรผ่านการอบรมเฉพาะทาง และการขยายบริการคลินิกตรวจสุขภาพให้ครอบคลุมทุกภูมิภาค ดังนั้น จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอเชิงปฏิบัติ จากผลการศึกษาและประสบการณ์ของคณะผู้ศึกษา ดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) กรมควบคุมโรค ควรขยายการให้บริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี โดยการพัฒนาให้คลินิกอาชีวเวชศาสตร์ของโรงพยาบาล ให้สามารถดำเนินงานได้ในประเด็น ดังนี้

1.1) ความครอบคลุมของคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งหน่วยบริการสาธารณสุขบางแห่งใช้ชื่อว่า โครงการพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน ควรให้ผู้บริหารโรงพยาบาลพัฒนาทีมงานของโรงพยาบาล โดยมีกรมควบคุมโรคให้การสนับสนุนด้านวิชาการและประสานการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานประกันสังคม

1.2) ควรมีการพัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลเชี่ยวชาญการจัดบริการอาชีวอนามัยร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ โดยมีการพัฒนาโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในระดับภูมิภาค

หรือระดับเขต ด้วยการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านอาชีวเวชศาสตร์ตามบริบทของโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลเชี่ยวชาญ ให้เป็น Training center ด้านอาชีวอนามัยตามความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาล

1.3) คลินิกอาชีวเวชศาสตร์ ควรพัฒนาระบบการคัดกรองและนำข้อมูลการวินิจฉัยมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานและจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) กรมควบคุมโรค ควรสนับสนุนการพัฒนาและยกระดับการจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยงานในสังกัด ได้แก่ สถาบันราชประชาสมาสัย สถาบันบำราศนราดูรและศูนย์พิทักษ์ฯ ให้มีคลินิกอาชีวเวชศาสตร์เป็นต้นแบบให้บริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับเคลื่อน โดยเป็นแหล่งศึกษาดูงาน เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ให้แก่โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ

3) กรมควบคุมโรคและกรมการแพทย์ ควรร่วมกันพัฒนาคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลเอกชน สำหรับการให้บริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับเคลื่อนสู่ระดับสากล ร่วมกับสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

5.3.2 ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ

1) กรมการขนส่งทางบก ควรมีการออกกฎกระทรวงภายใต้ พ.ร.บ.การขนส่งทางบก ให้มีคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การออกใบอนุญาตขับขี่ ที่มีองค์ประกอบทั้งจากกรมการขนส่งทางบก กรมควบคุมโรคและสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทยสภา สภาวิศวกร รวมทั้งสถาบันการศึกษา เป็นต้น

2) กรมการขนส่งทางบกและกรมควบคุมโรค ควรมีจัดทำเชื่อมโยงฐานข้อมูลด้านสุขภาพ และฐานข้อมูลการอนุญาตใบขับขี่ทุกประเภทเพื่อติดตามเฝ้าระวังสถานะสุขภาพ ความพร้อมการขับขี่ของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่

3) กรมควบคุมโรค ควรจัดทำแพลตฟอร์มการประเมินความพร้อมการขับขี่เพื่อการประเมินตนเองของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่แล้วและใช้เป็นช่องทางสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพและการขับขี่ที่ปลอดภัย

4) กรมควบคุมโรค ควรมีการเพิ่มสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข โดยการจัดทำหลักสูตรการอบรมเวชศาสตร์จราจรระยะสั้น 4 เดือน เพื่อให้ครอบคลุมการดำเนินงานทั่วประเทศ

5) กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการพัฒนามาตรฐานของหลักสูตรด้านเวชศาสตร์การจราจรสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในระดับพื้นที่

5.3.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

1) ควรมีการศึกษาการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ปลอดภัย ในประเด็นการขยายผล กรณีการใช้ยานพาหนะข้ามแดนระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อออกใบอนุญาตขับขี่ระดับนานาชาติ

2) ควรมีการศึกษาในลักษณะเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยนำมาประยุกต์ใช้เพื่อขยายผลกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ส่วนตัวและรถจักรยานยนต์รับจ้างสาธารณะ เพื่อลดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์

3) ควรมีการศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพการใช้ชุดสิทธิประโยชน์การประเมินความพร้อมทางการแพทย์ประจำปี ในกลุ่มพนักงานขับรถในหน่วยงานราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกลุ่มผู้ขับรถรับ-ส่งอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน

4) ควรมีการศึกษาเพื่อหาประสิทธิภาพของมาตรฐานคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ที่เป็นภาพรวมของประเทศเพื่อพัฒนาระบบการตรวจสุขภาพผู้ขับขี่ทุกประเภท

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กัญญาวิณัฏฐ์ โมกขขาว, สนธยา มณีรัตน์ และ ณัฐนันท์ วรสุข. (2567). ภาวะสุขภาพของผู้ขับขีรถแท็กซี่ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, 8(2), 77-92. สืบค้นจาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hsudru/article/view/202613>.
- กัญตา คำพอ. (2562). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16(1), 44-52. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/205165>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การทบทวนการดำเนินงานตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2561 - 2564) ตามหลักวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. สืบค้นจาก https://cdn.who.int/media/docs/defaultsrcethailand/roadsafety/hm_report.pdf?sfvrsn=cca20a4d_3.
- กองป้องกันกบฏบาตเจ็บ กรมควบคุมโรค. (2567). สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1587620240712091713.pdf>.
- คณิง สายแก้ว. (2549). ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการศึกษาปฐมวัยในจังหวัดสุรินทร์. ศึกษาศาสตร์ดุสิตบัณฑิต. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จเรย์ พูลผล. (2558). การศึกษาความปลอดภัยในการให้บริการรถตู้โดยสารระหว่างเมืองในภาคใต้. วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต. คณะวิศวกรรมศาสตร์. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชุติมา คำดี, ปฤษฎพร กิ่งแก้ว, กุณจิตา ดำรงปราชญ์ และยศ ตีระวัฒนนานนท์. (2556). ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 7(4), 493 - 504. ตุลาคม - ธันวาคม 2556. สืบค้นจาก <https://www.hitap.net/documents/18712>.
- ถิรยุทธ ลิมานนท์, ภาวัต ไชยชาณวาทิก, อลงกรณ์ โสภานันท์ และวรลักษณ์ สุวรรณ. (2557). การพัฒนาระบบการประเมินความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะระหว่างจังหวัดในประเทศไทย. วิศวกรรมสารเกษมบัณฑิต, 4(2), 37-53. สืบค้นจาก <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/kbej/article/view/74475/60030>.
- นภดล พูลสวัสดิ์. (2551). ยุทธศาสตร์การจัดการศึกษาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นของ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์. ศึกษาศาสตร์ดุสิตบัณฑิต ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นริรัตน์ วาณิชวิชัย. (2566). การยกระดับนวัตกรรมการออกแบบอนุญาตขับรถสู่มาตรฐานสากล. วารสารมจร การพัฒนาสังคม, 8(3), 162-171. สืบค้นจาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/JMSD/article/view/264461>
- ประพัทธ์ ธรรมวงศา. (2567). การพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการ ความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอภูมิกวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(1), 51-62. สืบค้นจาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/272063>.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พรพิมล สุขอยู่. (2562). ความรู้และทัศนคติที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนขับรถแท็กซี่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. วารสารการสาธารณสุข. 28(1), 45-55. สืบค้นจาก <https://phad.ph.mahidol.ac.th/img/research62/3.62%20Sawitree-Charuwan.pdf>
- เพชรณา พรธรรมรักษ์. (2565). นโยบายความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 7(11): 162-178. สืบค้นจาก <https://so04.tci-thaijo.org/index/JSBA/indexWadWangtawantokNakhonSiTham-marat, Thailand>.
- มธุรส ครองชื่น. (2562). การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากกรดตู้โดยสารสาธารณะ. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://hia.anamai.moph.go.th/th /km/ download/?did=206190&id=78905>
- มิตร สารัตน์. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยใช้ระบบและกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 3(1):161-174. สืบค้นจาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/jrhi/article/view/255542>
- รัชพร ศรีเดช และลัญญา พิมพ์นัยชัยบูลย์. (2564). อุบัติเหตุบนท้องถนน: การสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในวัยรุ่นและเยาวชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 22(43), 127-136. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal/article/view/250900/171791>.
- วันรัตน์ สอนสิทธิ์. (2564). การประเมินการนำนโยบายการปฏิรูปการเรียนการสอนภาษาอังกฤษสู่การปฏิบัติในโรงเรียนมัธยมศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. ปรชญาดุษฐ์บัณฑิต. คณะศึกษาศาสตร์. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- วาสนา เชื้อนแก้ว. (2553). ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุจราจรในช่วงเทศกาล และผลกระทบของจังหวัดแพร่ ปี 2551-2553. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 6(3), 287-296. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/191216/133528>.
- วิโรจน์ สารรัตน์. (2554). การวิจัยทางการบริหารการศึกษา: แนวคิดและกรณีศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อักษราพิพัฒน์.
- ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย. (2560). โครงการศึกษาทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลและความคุ้มค่าของการปรับปรุงแก้ไขจุดเสี่ยงและจุดอันตรายบนท้องถนนในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย.
- ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย. (2022). นโยบายความปลอดภัยทางถนน Vision zero. สืบค้นจาก https://road.safetythai.org /edoc/doc_20220901141907.pdf.
- ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. (2564). แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 - 2570. สืบค้นจาก <https://www.cmcity.go.th/News/19610-แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน%20-%202570.html>.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศรีสมบุรณ์ คำผิง. (2567). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 1(2), 72-86. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/article/view/250535>.
- สถาบันนิติบัญญัติ. (2563). กฎกระทรวงกฎกระทรวงการขอและการออกใบอนุญาตขับรถ และการต่ออายุใบอนุญาตขับรถ พ.ศ. 2563. สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/574024>.
- สถาบันนิติบัญญัติ. (2522). พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522. สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/14959>.
- สถาบันนิติบัญญัติ. (2542). พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2542. สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/16101>.
- สถาบันนิติบัญญัติ. (2550). พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2550. สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/16871>.
- สถาบันนิติบัญญัติ. (2551). พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2551. สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/16928>.
- สถาบันนิติบัญญัติ. (2562). พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2562. สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/547325>.
- สถาบันนิติบัญญัติ. (2565). พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2565. สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/596793>.
- สถาบันนิติบัญญัติ. (2522). พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522. สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/15042>.
- สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน. กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). การประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ (Assessing Fitness to Drive). สืบค้นจาก <https://anyflip.com/labwww/ibtc/basic>.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2560). อุบัติเหตุทางถนน...ความเสียหายร้ายแรงต่อเศรษฐกิจไทย. สืบค้นจาก https://tdri.or.th/2017/08/econ_traffic_accidents/.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2557). แนวคิด Six Building Box หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ. สืบค้นจาก <https://www.hsri.or.th/media-issue/492>.
- สมนึก จันทร์เหือน. (2563). การพัฒนาศักยภาพรูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 5(3), 105-116. สืบค้นจาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/252859>.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักแผนความปลอดภัย. (2565). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2565.
สืบค้นจาก https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2566-11/RoadAccidentAna2565_final.pdf.
- อิทธิพล แก้วฟอง, จิตินันท์ อัครเดชอนันต์, อนัญญา คูอาริยะกุล. (2564). การเขียนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านสุขภาพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 13(2), 265 - 274.
สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/253875/171373>.

ภาษาอังกฤษ

- Anderson, J. E. (1975). Public Policy-Making [By] James E. Anderson. Praeger.
- Dye T. R. (1981). Understanding Public Policy Making. New York-Holt, Rinehart & Winston.
- Considine, Mark. (1994). Public Policy: A Critical Approach. South Melbourne, Australia: MacMillan.
- Government of United Kingdom. (2020). DVLA annual report and accounts 2019 to 2020. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/dvla-annual-report-and-accounts-2019-to-2020>.
- International Livestock Research Institute: ILRI. (1995). Livestock Policy Analysis. ILRI Training Manual 2. ILRI, Nairobi, Kenya. pp. 264.
- Redelmeier D. A. (2014). The fallacy of interpreting deaths and driving distances. Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making, 34(8), 940-943. Available from: <https://doi.org/10.1177/0272989X14526642>.
- Rwth Stuckey, Anthony D. LaMontagne and Malcolm Simc. (2007). Working in light vehicles - A review and conceptual model for occupational health and safety, Accident Analysis and Prevention, Column 39, Page 1006-1014. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17854576/>
- World Health Organization. (2018). Global status report on road safety 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบเก็บข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบเก็บข้อมูลกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องและผลสำเร็จการดำเนินงาน

ชุดที่ 2 แบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

ชุดที่ 3 แบบฟอร์มการจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

ภาคผนวก ข หนังสือเชิญเข้าร่วมโครงการ และใบตอบรับ

ภาคผนวก ก

แบบเก็บข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบเก็บข้อมูลกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และผลสำเร็จการดำเนินงาน

1.1 แนวทางการทบทวนข้อมูลจากเอกสาร สำหรับการเตรียมการในศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และผลสำเร็จการดำเนินงาน

1.2 แบบเก็บข้อมูลจากการเข้าร่วมรับฟังการประชุมพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

ชุดที่ 2 แบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

ชุดที่ 3 แบบฟอร์มการจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

ชุดที่ 1

1.1 แนวทางการทบทวนข้อมูลจากเอกสาร สำหรับการเตรียมการในศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และผลสำเร็จการดำเนินงาน

ที่	ประเด็น	ขอบเขตเนื้อหา
1	ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554	- มีนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2554 ด้านใดบ้าง
2	นโยบายด้านพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) ของประเทศไทย	- แนวทางการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) ให้แก่ผู้ขับขี่รถสาธารณะของประเทศไทย เป็นอย่างไร
3	แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 - 2570	- การขับเคลื่อนการดำเนินงานและบูรณาการการทำงานจากทุกภาคส่วนตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565-2570 เป็นอย่างไร
4	พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522	- การเร่งรัดมาตรา 46 ผู้ขอใบอนุญาตขับรถตามมาตรา 43 (1) ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม อะไรบ้าง อย่างไร
5	พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 (มาตราที่เกี่ยวข้องกับการขอใบอนุญาตขับรถ)	- การบริหารจัดการ การขอใบอนุญาตขับรถ พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 เป็นอย่างไร
6	กฎกระทรวงการขอและการออกใบอนุญาตขับรถ และการต่ออายุใบอนุญาตขับรถ พ.ศ. 2563	- การขอใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่าไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่มีสถานะของโรคที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเห็นว่าอาจเป็นอันตรายขณะขับรถตามที่แพทย์ศากำหนด อย่างไร
7	โรคประจำตัวที่กฎหมายห้ามขับรถ 9 โรค	- กำหนดโรคประจำตัวที่ต้องห้ามขับรถ 9 โรค ส่งผลต่อการออกใบรับรองแพทย์ หรือไม่ อย่างไร
8	ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับในการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่โดยสาธารณะ (Medical Fitness to Drive) ของประเทศไทย	นิยาม การประเมินความพร้อมทางการแพทย์ คืออะไร สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในปัจจุบัน เป็นอย่างไร แนวคิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เป็นอย่างไร แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง มีอะไรบ้าง แนวคิดการประเมินความพร้อมด้านการแพทย์ มีอะไรบ้าง

1.2 แบบเก็บข้อมูลจากการเข้าร่วมรับฟังการประชุมพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

วัตถุประสงค์ : เพื่ออธิบายแนวทางการจัดบริการและความต้องการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้แทน 3 กลุ่ม จำนวน 15 คน คือ

- 1) ผู้แทนกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะ จำนวน 5 คน
- 2) เครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 5 คน
- 3) คณะกรรมการ/คณะทำงานเกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนน จำนวน 5 คน

แบบเก็บข้อมูลจากการเข้าร่วมรับฟังการประชุม ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ดังนี้

ลำดับที่	หัวข้อ	ประเด็นในการเก็บข้อมูล
1.	กระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่รถยนต์สาธารณะ	
1.1	การพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์	1. ท่านมีกระบวนการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ อย่างไร 2. ท่านมีมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน อะไรบ้าง 3. ท่านมีการตรวจคัดกรองสุขภาพและสมรรถภาพของร่างกายเพื่อใช้ประกอบการขอใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ อะไรบ้าง อย่างไร
2.	ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่	
2.1	การออกใบรับรองแพทย์ในการทำใบขับขี่	4. ท่านคิดว่า การออกใบรับรองแพทย์ในการทำใบขับขี่รถยนต์สาธารณะ ควรเป็นอย่างไรเพื่อให้มีความปลอดภัยสูงสุด
2.2	คุณสมบัติของแพทย์ที่สามารถออกใบรับรองแพทย์เพื่อขอใบอนุญาตขับรถ	5. ท่านคิดว่า คุณสมบัติของแพทย์ที่สามารถออกใบรับรองแพทย์เพื่อขอใบอนุญาตขับรถ ควรเป็นอย่างไร และควรเชื่อมโยงกับประเภทของการขับขี่หรือไม่ อย่างไร
3.	นโยบายระดับประเทศและมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์	
3.1	นโยบายการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์	6. ท่านมีนโยบายการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว หรือไม่ อย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ
3.2	แนวทางในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพเพื่อขอรับใบอนุญาตขับรถ	7. ท่านมีแนวทางในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพเพื่อขอรับใบอนุญาตขับรถ หรือไม่ อย่างไร

ลำดับที่	หัวข้อ	ประเด็นในการเก็บข้อมูล
3.3	การจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน	8. ท่านมีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือไม่ อย่างไร ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานใดบ้าง
3.4	มาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์	9. ท่านมีมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ หรือไม่ อย่างไร
4.	การทำงานของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
4.1	การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์	10. ท่านมีการจัดอบรมพัฒนาแพทย์ พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข หรือไม่ อย่างไร
4.2	คู่มือการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับเคลื่อน และมาตรฐานการบริการคลินิก	11. ท่านมีการจัดทำคู่มือการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับเคลื่อน และมาตรฐานการบริการคลินิก เพื่อขอรับอนุญาตขับเคลื่อน หรือไม่ อย่างไร
5.	นโยบาย และ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน และ/หรือตรวจสอบสุขภาพ หรือสมรรถนะของผู้ขับเคลื่อนสาธารณะ	12. ท่านมีนโยบายการพัฒนาสมรรถนะผู้ขับเคลื่อนสาธารณะหรือไม่ และมีปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนาสมรรถนะผู้ขับเคลื่อนสาธารณะ หรือไม่ อย่างไร

ชุดที่ 2 แบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

วัตถุประสงค์ : เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย : ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และ ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) จำนวน 5 คน

แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ดังนี้

ลำดับที่	หัวข้อ	ประเด็นในการเก็บข้อมูล
1	กระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)	1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) 2. ความต้องการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน มีอะไรบ้าง
2	ทัศนคติเชิงเชิงปฏิบัติต่อการดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) และการมีส่วนร่วมดำเนินการ	3. ท่านคิดว่า การดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ ควรเป็นอย่างไร และ ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างไร
3	ปัจจัยความสำเร็จและความท้าทายในการดำเนินการ	4. ท่านคิดว่า ปัจจัยความสำเร็จและความท้าทายในการดำเนินการ มีอะไรบ้าง
4	บทเรียนการพัฒนาการดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) เพื่อขับเคลื่อนและขยายผลการดำเนินงานได้อย่างยั่งยืนในอนาคต	5. ท่านคิดว่า บทเรียนการพัฒนาการดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อขับเคลื่อน มีอะไรบ้าง 6. ท่านมีความเห็นในการขยายผลการดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน ในอนาคตอย่างไร

ชุดที่ 3 แบบฟอร์มการจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์การจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

ผู้เสนอแนะ คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการปฏิบัติการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) และ ผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานราชการ จำนวน 5 คน

ผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง.....

ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ดังนี้

ลำดับที่	หัวข้อ	ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์
1	ข้อสรุป ทิศทาง นโยบาย กฎหมายระดับประเทศ/จังหวัดที่มีผลต่อการสนับสนุนต่อการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)	1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร เกี่ยวกับข้อสรุป ทิศทาง นโยบาย กฎหมาย ระดับประเทศ/จังหวัด ที่มีผลต่อการสนับสนุนต่อการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไร
2	ข้อสรุปเกี่ยวกับการบูรณาการและความร่วมมือของเครือข่ายการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่รถยนต์สาธารณะ	2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร เกี่ยวกับการบูรณาการและความร่วมมือของเครือข่ายการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่รถยนต์สาธารณะ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไร
3	ข้อสรุปเกี่ยวกับกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร เกี่ยวกับข้อสรุปกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไร
4	ข้อสรุปเกี่ยวกับการพัฒนาฐานข้อมูลโรคที่เชื่อมโยงกัน	4. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร เกี่ยวกับข้อสรุปกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไร
5	ข้อสรุปเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ	5. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร เกี่ยวกับข้อสรุปการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไร
6	ข้อสรุปเกี่ยวกับการขยายบริการคลินิกตรวจสุขภาพไปยังพื้นที่อื่น	6. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร เกี่ยวกับข้อสรุปการขยายบริการคลินิกตรวจสุขภาพไปยังพื้นที่อื่น และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไร

ภาคผนวก ข

หนังสือเชิญเข้าร่วมโครงการ และการตอบรับ



ที่ สธ ๐๔๔๐/ **พิเศษ**

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
๒๔/๕๖ ถนนพหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์
เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๒๐

๙ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญร่วมพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

เรียน นางกณีนี สิริบุษกะ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมควบคุมโรค

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขีลรถอุบัติเหตุบนท้องถนน
จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย ได้มีการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขีลรถอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยทางท้องถนน (กปถ.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการการตรวจประเมินสมรรถนะของผู้ขอรับใบอนุญาตขับรถพัฒนาระบบข้อมูลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะของผู้ขับขี่ ระหว่างกรมควบคุมโรคกับกรมการขนส่งทางบก ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนนในระยะยาว และเพื่อให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางในการพัฒนาการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ อย่างเป็นระบบและสามารถต่อยอดโครงการขยายผลไปใช้ในระดับประเทศได้ โดยมีการดำเนินโครงการระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในช่วงการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนการพัฒนาการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ

เพื่อให้การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายดังกล่าวข้างต้น สามารถนำไปสู่การขยายผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอเชิญ ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญมีประสบการณ์ มีความรู้ ความชำนาญในการพัฒนา/จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายระดับกรมและระดับกระทรวง ร่วมเป็นผู้ศึกษาและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาขับเคลื่อนการพัฒนาการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ (รายละเอียดตามโครงการสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) โดยอนุญาตให้ใช้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ยินดีเข้าร่วม

(นางกณีนี สิริบุษกะ)

ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

โครงการพัฒนาระบบการตรวจ

ประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ

โทรศัพท์ : ๐๒ ๔๗๒ ๔๖๐๔

(นายสุขสันต์ จิตติมนี)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

ประธานคณะทำงานโครงการพัฒนาระบบ

การตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ



ที่ สธ ๐๔๔๐/พิเศษ

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
๒๔/๕๖ ถนนพหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์
เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๒๐

๙ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญร่วมพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

เรียน นางวิภา ภักดีศิริวิชัย อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะ
ที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่รถอุบัติเหตุบนท้องถนน
จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย ได้มีการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์
ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่
รถอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยทางท้องถนน (กปถ.)
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการการตรวจประเมินสมรรถนะของผู้ขอรับใบอนุญาตขับรถพัฒนา
ระบบข้อมูลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะของผู้ขับขี่ ระหว่างกรมควบคุมโรคกับ
กรมการขนส่งทางบก ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนนในระยะยาว และเพื่อให้เกิดข้อเสนอ
เชิงนโยบายและแนวทางในการพัฒนาการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ อย่างเป็นระบบและ
สามารถต่อยอดโครงการขยายผลไปใช้ในระดับประเทศได้ โดยมีการดำเนินโครงการระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม
๒๕๖๖ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในช่วงการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนการพัฒนา
ระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ

เพื่อให้การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายดังกล่าวข้างต้น สามารถนำไปสู่การขยายผล
การดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอเชิญ ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ มีความรู้ด้านอาชีวอนามัย
และความปลอดภัย และมีความชำนาญในการพัฒนา/จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายระดับกรมและระดับกระทรวง
ร่วมเป็นผู้ศึกษาและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความ
พร้อมทางการแพทย์ฯ (รายละเอียดตามโครงการสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) โดยอนุญาตให้ใช้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ
การดำเนินการดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สินธุ์ เกียรติ
Signature
(นางวิภา ภักดีศิริวิชัย)

(นายสุขสันต์ จิตติมานี)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

ประธานคณะทำงานโครงการพัฒนาระบบ
การตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ

โครงการพัฒนาระบบการตรวจ
ประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ
โทรศัพท์ : ๐๒ ๙๙๒ ๙๖๐๙



คำสั่งกรมควบคุมโรค

ที่ ๓๔๒ / ๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันควบคุมโรค
และภัยสุขภาพที่สำคัญ กรมควบคุมโรค

อนุสนธิคำสั่งกรมควบคุมโรค ที่ ๒๑๒๙/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ได้แต่งตั้ง
คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ
กรมควบคุมโรค ไปแล้ว นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ
กรมควบคุมโรค เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ และบรรลุผลสำเร็จเป็นรูปธรรม โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์
เชิงยุทธศาสตร์ ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน
พ.ศ. ๒๕๓๔ แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕
กรมควบคุมโรค จึงมีคำสั่ง ดังนี้

๑. ให้ยกเลิกคำสั่งกรมควบคุมโรค ที่ ๒๑๒๙/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันควบคุมโรค
และภัยสุขภาพที่สำคัญ กรมควบคุมโรค โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๒.๑ คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ กลุ่มโรคติดต่อ (Cluster CD)

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| ๒.๑.๑ นายโสภณ เอี่ยมศิริถาวร | ประธานคณะกรรมการ |
| รองอธิบดีกรมควบคุมโรค | |
| ๒.๑.๒ นายอภิชาติ วชิรพันธ์ | ประธานคณะกรรมการร่วม |
| รองอธิบดีกรมควบคุมโรค | |
| ๒.๑.๓ นางสาวจุไร วงศ์สวัสดิ์ | รองประธานคณะกรรมการ |
| นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | |
| ๒.๑.๔ นางสาววรรณา หาญเชาว์วรกุล | คณะกรรมการ |
| นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | |
| ๒.๑.๕ นายวีรวัฒน์ มโนสุทธิ | คณะกรรมการ |
| นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | |
| ๒.๑.๖ นายวิศิษฐ์ ประสิทธิศิริกุล | คณะกรรมการ |
| นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | |
| ๒.๑.๗ นายวิศัลย์ มูลศาสตร์ | คณะกรรมการ |
| นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | |
| ๒.๑.๘ นายพรศักดิ์ อยู่เจริญ | คณะกรรมการ |
| นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | |

๒.๑.๙ นางสาว...

๒.๑.๙ นางสาวสุลีพร จิระหงษา นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๐ นางสาวศศิธร ตั้งสวัสดิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๑ นางผลีน กมลวัฒน์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๒ นางวรลักษณ์ ตั้งคณะกุล รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๓ นางสาวชีวันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๔ นางสาวเสาวพักตร์ อินจ้อย รักษาการนายสัตวแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๕ นางสาวสุนี วัชรสินธุ์ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๖ นางสาวธนาวดี ดันติทวีวัฒน์ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๗ นางรพีพรรณ โพธิ์ทอง รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๘ นายไพโรจน์ พรหมพันธุ์ รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๑.๑๙ นางสุภาพร พุทธิรัตน์ รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๑.๒๐ ผู้อำนวยการกองโรคติดต่ออันตราย	คณะทำงาน
๒.๑.๒๑ ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร	คณะทำงาน
๒.๑.๒๒ ผู้อำนวยการกองกฎหมาย	คณะทำงาน
๒.๑.๒๓ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงาน
๒.๑.๒๔ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน
๒.๑.๒๕ ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการโครงการพระราชดำริ	คณะทำงาน
๒.๑.๒๖ ผู้อำนวยการกองนวัตกรรมและวิจัย	คณะทำงาน
๒.๑.๒๗ ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา	คณะทำงาน
๒.๑.๒๘ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ จังหวัดเชียงใหม่	คณะทำงาน
๒.๑.๒๙ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก	คณะทำงาน
๒.๑.๓๐ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี	คณะทำงาน
๒.๑.๓๑ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น	คณะทำงาน
๒.๑.๓๒ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี	คณะทำงาน
๒.๑.๓๓ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครราชสีมา	คณะทำงาน

๒.๑.๓๔ ผู้อำนวยการ...

๒.๑.๓๔ ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป

คณะกรรมการ

และเลขานุการ

๒.๑.๓๕ หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางาน
กองโรคติดต่อทั่วไป

ผู้ช่วยเลขานุการ

๒.๑.๓๖ หัวหน้ากลุ่มแผนปฏิบัติการ
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ผู้ช่วยเลขานุการ

๒.๒ หน้าที่และอำนาจ

๒.๒.๑ เป็นที่ปรึกษาในการวิเคราะห์และให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย เชิงยุทธศาสตร์ และวิชาการ พร้อมทั้งสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ทุกระดับ

๒.๒.๒ ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อน การดำเนินงานแผนงานควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ แผนงานควบคุมโรคติดต่อจากสัตว์และคน แผนงานควบคุมโรคหนองพวยธิ แผนงานควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ และโรกระบบทางเดินหายใจ แผนงานควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ได้แก่ โรคไข้มาลาเรีย โรคติดต่อมาโดยยุงลาย และโรคติดต่อมาโดยแมลงอื่น ๆ แผนงานควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล และแผนงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒.๓.๓ วิเคราะห์ กำหนดกรอบแนวทาง มาตรการการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ และบริการ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรมควบคุมโรค และทบทุน กลั่นกรอง คัดเลือกหัวข้อ ปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ พิจารณาให้ข้อเสนอแนะวิชาการแก่หน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค เพื่อจัดทำข้อเสนอรายการสิทธิประโยชน์และบริการ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเด็น ที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับทิศทางนโยบายและสถานการณ์ปัจจุบัน

๒.๒.๔ จัดทำและพัฒนาแผนบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ในภาพรวมของ กรมควบคุมโรค

๒.๒.๕ พัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะที่ ๒ ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)

๒.๒.๖ ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะการจัดลำดับความสำคัญ เพื่อประกอบ การพิจารณาประมาณ

๒.๒.๗ กำกับ ติดตามการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ กลุ่มโรคติดต่อ (Cluster CD)

๒.๒.๘ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๒.๓ คณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (Cluster SALTH)

๒.๓.๑ นายนิติ เหนือราษฎร์

ประธานคณะกรรมการ

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

๒.๓.๒ นายอภิชาติ วชิรพันธ์

ประธานคณะกรรมการร่วม

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

๒.๓.๓ ร.อ. หญิงบุษบัน เชื้ออินทร์

รองประธานคณะกรรมการ

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

๒.๓.๔ นายวีรวัฒน์ มโนสุทธิ

คณะกรรมการ

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

๒.๓.๕ นายวิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล

คณะกรรมการ

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

๒.๓.๖ นางสาว...

๒.๓.๖ นางสาวจุไร วงศ์สวัสดิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๓.๗ นายกฤตเดช สิทธิสสร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๓.๘ นางสาวสุธีพร จิระพงษา นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๓.๙ นายพรศักดิ์ อยู่เจริญ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๓.๑๐ นางผลิน กมลวัฒน์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๓.๑๑ นายสุเมธ องค์กรอนดี รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๓.๑๒ นางสาวชีวันนธ์ เลิศพิริยสุวัฒน์ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๓.๑๓ นางรพีพรรณ โพธิ์ทอง รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๓.๑๔ นายจุมพล ดันติวงษากิจ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๓.๑๕ นายไพโรจน์ พรหมพันธุ์ รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๓.๑๖ ผู้อำนวยการกองวินโรค	คณะกรรมการ
๒.๓.๑๗ ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย	คณะกรรมการ
๒.๓.๑๘ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะกรรมการ
๒.๓.๑๙ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะกรรมการ
๒.๓.๒๐ ผู้อำนวยการกองกฎหมาย	คณะกรรมการ
๒.๓.๒๑ ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการโครงการพระราชดำริฯ	คณะกรรมการ
๒.๓.๒๒ ผู้อำนวยการกองนวัตกรรมและวิจัย	คณะกรรมการ
๒.๓.๒๓ ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา	คณะกรรมการ
๒.๓.๒๔ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ จังหวัดเชียงใหม่	คณะกรรมการ
๒.๓.๒๕ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดชลบุรี	คณะกรรมการ
๒.๓.๒๖ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี	คณะกรรมการ
๒.๓.๒๗ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครราชสีมา	คณะกรรมการ
๒.๓.๒๘ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา	คณะกรรมการ
๒.๓.๒๙ ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการ และเลขานุการ
๒.๓.๓๐ หัวหน้าศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ผู้ช่วยเลขานุการ

๒.๓.๓๑ หัวหน้ากลุ่มติดตามและประเมินผล
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ผู้ช่วยเลขานุการ

๒.๔ หน้าที่และอำนาจ

๒.๔.๑ เป็นที่ปรึกษาในการวิเคราะห์และให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย เชิงยุทธศาสตร์ และวิชาการ พร้อมทั้งสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ทุกระดับ

๒.๔.๒ ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อน การดำเนินงานแผนงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แผนงานควบคุมโรคเอดส์ แผนงานควบคุมโรคตับอักเสบ จากไวรัส แผนงานควบคุมโรคเรื้อรัง และแผนงานควบคุมวัณโรค และแผนงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒.๔.๓ วิเคราะห์ กำหนดกรอบแนวทาง มาตรการการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ และบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรมควบคุมโรค และทบทุน กลั่นกรอง คัดเลือกหัวข้อ ปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ พิจารณาให้ข้อเสนอแนะวิชาการแก่หน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค เพื่อจัดทำข้อเสนอรายการสิทธิประโยชน์และบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเด็น ที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับทิศทางนโยบายและสถานการณ์ปัจจุบัน

๒.๔.๔ จัดทำและพัฒนาแผนบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ในภาพรวมของ กรมควบคุมโรค

๒.๔.๕ พัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะที่ ๒ ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)

๒.๔.๖ ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะการจัดลำดับความสำคัญ เพื่อประกอบ การพิจารณางบประมาณ

๒.๔.๗ กำกับ ติดตามการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (Cluster SALTH)

๒.๔.๘ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๒.๕ คณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ กลุ่มโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยง (Cluster NATI)

๒.๕.๑ นายติเรก ขำแป้น	ประธานคณะทำงาน
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค	
๒.๕.๒ นายนิติ เทตานุรักษ์	ประธานคณะทำงานร่วม
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค	
๒.๕.๓ นางสาววรรณ หาญเขาวรรกุล	รองประธานคณะทำงาน
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	
๒.๕.๔ นางศศิธร ตั้งสวัสดิ์	คณะทำงาน
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	
๒.๕.๕ นายวิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล	คณะทำงาน
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	
๒.๕.๖ นายวิศิษฐ์ มูลศาสตร์	คณะทำงาน
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	
๒.๕.๗ นายพรศักดิ์ อยู่เจริญ	คณะทำงาน
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	

๒.๕.๘ นางสาว...

๒.๕.๘ นางสาวสุสิพร จิระพงษา นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๕.๙ นางผลีน กมลวาทน์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๕.๑๐ นางวรลักษณ์ ตั้งคณะกุล รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๕.๑๑ นางรพีพรรณ โพธิ์ทอง รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๕.๑๒ นางสาวสุนัน วัชรสินธุ์ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๕.๑๓ นางสาวดารินทร์ อารีโยโชคชัย รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๕.๑๔ นายปณิธิ อัมมวิริยะ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๕.๑๕ นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๕.๑๖ นางสุภาพร พุทธรัตน์ รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๕.๑๗ ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	คณะทำงาน
๒.๕.๑๘ ผู้อำนวยการกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	คณะทำงาน
๒.๕.๑๙ ผู้อำนวยการกองป้องกันการบาดเจ็บ	คณะทำงาน
๒.๕.๒๐ ผู้อำนวยการกองกฎหมาย	คณะทำงาน
๒.๕.๒๑ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงาน
๒.๕.๒๒ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน
๒.๕.๒๓ ผู้อำนวยการกองนวัตกรรมและวิจัย	คณะทำงาน
๒.๕.๒๔ ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา	คณะทำงาน
๒.๕.๒๕ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์	คณะทำงาน
๒.๕.๒๖ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี	คณะทำงาน
๒.๕.๒๗ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา	คณะทำงาน
๒.๕.๒๘ ผู้ช่วยผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน
๒.๕.๒๙ ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน
	และเลขานุการ
๒.๕.๓๐ หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ	ผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๕.๓๑ หัวหน้ากลุ่มงบประมาณ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	ผู้ช่วยเลขานุการ

๒.๖ หน้าที่และอำนาจ

๒.๖.๑ เป็นที่ปรึกษาในการวิเคราะห์และให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย เชิงยุทธศาสตร์ และวิชาการ พร้อมทั้งสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ทุกระดับ

๒.๖.๒ ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อน การดำเนินงานแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ แผนงานควบคุมการบาดเจ็บ แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ และแผนงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒.๖.๓ วิเคราะห์ กำหนดกรอบแนวทาง มาตรการการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ และบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรมควบคุมโรค และทบทุน กลั่นกรอง คัดเลือกหัวข้อ ปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ พิจารณาให้ข้อเสนอแนะวิชาการแก่หน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค เพื่อจัดทำข้อเสนอรายการสิทธิประโยชน์และบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเด็น ที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับทิศทางนโยบายและสถานการณ์ปัจจุบัน

๒.๖.๔ จัดทำและพัฒนาแผนบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ในภาพรวมของ กรมควบคุมโรค

๒.๖.๕ พัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะที่ ๒ ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)

๒.๖.๖ ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะการจัดลำดับความสำคัญ เพื่อประกอบ การพิจารณางบประมาณ

๒.๖.๗ กำกับ ติดตามการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ กลุ่มโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยง (Cluster NATI)

๒.๖.๘ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๒.๗ คณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม (Cluster Env-Occ)

๒.๗.๑	นายอภิชาติ วชิรพันธ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค	ประธานคณะทำงาน
๒.๗.๒	นายดิเรก ขำแป้น รองอธิบดีกรมควบคุมโรค	ประธานคณะทำงานร่วม
๒.๗.๓	นายจุมพล ตันติวงษากิจ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	รองประธานคณะทำงาน
๒.๗.๔	นายกฤตเดช สิริภัสสร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๗.๕	นางวรลักษณ์ ตั้งคณะกุล รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๗.๖	นางสาวสมณี วัชรสินธุ์ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๗.๗	นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๗.๘	ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย	คณะทำงาน
๒.๗.๙	ผู้อำนวยการกองกฎหมาย	คณะทำงาน
๒.๗.๑๐	ผู้อำนวยการ...	

๒.๗.๑๐ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงาน
๒.๗.๑๑ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน
๒.๗.๑๒ ผู้อำนวยการกองนวัตกรรมและวิจัย	คณะทำงาน
๒.๗.๑๓ ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา	คณะทำงาน
๒.๗.๑๔ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก	คณะทำงาน
๒.๗.๑๕ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี	คณะทำงาน
๒.๗.๑๖ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี	คณะทำงาน
๒.๗.๑๗ ผู้อำนวยการกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	คณะทำงาน

และเลขานุการ

๒.๗.๑๘ หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนาองค์กร กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๗.๑๙ หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	ผู้ช่วยเลขานุการ

๒.๘ หน้าที่และอำนาจ

๒.๘.๑ เป็นที่ปรึกษาในการวิเคราะห์และให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย เชิงยุทธศาสตร์ และวิชาการ พร้อมทั้งสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ทุกระดับ

๒.๘.๒ ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อน การดำเนินงานแผนงานควบคุมโรคจากประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และแผนงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒.๘.๓ วิเคราะห์ กำหนดกรอบแนวทาง มาตรการการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ และบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรมควบคุมโรค และทบทวน กลั่นกรอง คัดเลือกหัวข้อ ปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ พิจารณาให้ข้อเสนอแนะวิชาการแก่หน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค เพื่อจัดทำข้อเสนอรายการสิทธิประโยชน์และบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเด็น ที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับทิศทางนโยบายและสถานการณ์ปัจจุบัน

๒.๘.๔ จัดทำและพัฒนาแผนบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ในภาพรวมของ กรมควบคุมโรค

๒.๘.๕ พัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะที่ ๒ ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)

๒.๘.๖ ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะการจัดลำดับความสำคัญ เพื่อประกอบ การพิจารณางบประมาณ

๒.๘.๗ กำกับ ติดตามการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม (Cluster Env-Occ)

๒.๘.๘ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๒.๙ คณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ ประเด็นเชิงระบบและบูรณาการ

๒.๙.๑ นายโสภณ เอี่ยมศิริถาวร รองอธิบดีกรมควบคุมโรค	ประธานคณะทำงาน
๒.๙.๒ นายอภิชาติ วชิรพันธ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค	ประธานคณะทำงานร่วม

๒.๙.๓ นาย...

๒.๙.๓	นายติเรก ข้าแป้น รองอธิบดีกรมควบคุมโรค	ประธานคณะกรรมการร่วม
๒.๙.๔	นายนิติ เทตานุรักษ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค	ประธานคณะกรรมการร่วม
๒.๙.๕	นางรพีพรรณ โพธิ์ทอง รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	ประธานคณะกรรมการร่วม
๒.๙.๖	นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ	รองประธานคณะกรรมการ
๒.๙.๗	นางสาวสมณี วีชรสินธุ์ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๘	นายพรศักดิ์ อยู่เจริญ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๙	นางสาวจุไร วงศ์สวัสดิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๑๐	นางสาววรรณ หาญเชาวนวัตรกุล นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๑๑	นายกฤตเดช สิริภัสสร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๑๒	ร.อ. หญิงบุษบัน เชื้ออินทร์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๑๓	นายวิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๑๔	นายวิศัลย์ มูลศาสตร์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๑๕	นายวีรวัฒน์ มโนสุทธิ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๑๖	นางสาวชุลีพร จิระพงษา นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๑๗	นางศศิธร ตั้งสวัสดิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๑๘	นางผลิน กมลวิทย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๑๙	นางวรลักษณ์ ตั้งคณะกุล รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๒๐	นางสาวชีวันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
๒.๙.๒๑	นางสาวเสาวพักตร์ ยืนจ้อย รักษาการนายสัตวแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะกรรมการ
		๒.๙.๒๒ นาย...

๒.๙.๒๒ นายสุเมธ องค์วรรณดี รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๙.๒๓ นายจุมพล ตันติวงษากิจ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๙.๒๔ นางสาวดารินทร์ อารีย์โชคชัย รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๙.๒๕ นายปณิธิ ธัมมวิจยะ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๙.๒๖ นางสาวธนาดี ตันติทวีวัฒน์ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๙.๒๗ นายไพโรจน์ พรหมพันธุ์ รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๙.๒๘ นางสุภาพร พุทธรัตน์ รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๙.๒๙ ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป	คณะทำงาน
๒.๙.๓๐ ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทางแมลง	คณะทำงาน
๒.๙.๓๑ ผู้อำนวยการกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	คณะทำงาน
๒.๙.๓๒ ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา	คณะทำงาน
๒.๙.๓๓ ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และกักกันโรค	คณะทำงาน
๒.๙.๓๔ ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน	คณะทำงาน
๒.๙.๓๕ ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง	คณะทำงาน
๒.๙.๓๖ ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร	คณะทำงาน
๒.๙.๓๗ ผู้อำนวยการสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ	คณะทำงาน
๒.๙.๓๘ ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการโครงการพระราชดำริฯ	คณะทำงาน
๒.๙.๓๙ ผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ	คณะทำงาน
๒.๙.๔๐ ผู้อำนวยการกองนวัตกรรมและวิจัย	คณะทำงาน
๒.๙.๔๑ ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๒.๙.๔๒ ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล	คณะทำงาน
๒.๙.๔๓ ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง	คณะทำงาน
๒.๙.๔๔ ผู้อำนวยการกองกฎหมาย	คณะทำงาน
๒.๙.๔๕ ผู้อำนวยการกองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค	คณะทำงาน
๒.๙.๔๖ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะทำงาน
๒.๙.๔๗ หัวหน้ากลุ่มงานจริยธรรม	คณะทำงาน
๒.๙.๔๘ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์	คณะทำงาน
๒.๙.๔๙ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี	คณะทำงาน
๒.๙.๕๐ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา	คณะทำงาน

๒.๙.๕๑ รองผู้อำนวยการ...

๒.๙.๕๑	รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน
๒.๙.๕๒	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	คณะทำงาน
๒.๙.๕๓	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาและบริหารยุทธศาสตร์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	และเลขานุการ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๙.๕๔	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	ผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๙.๕๕	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนาองค์กร กองระบาดวิทยา	ผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๑๐	หน้าที่และอำนาจ	
๒.๑๐.๑	เป็นที่ปรึกษาในการวิเคราะห์และให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย เชิงยุทธศาสตร์ และวิชาการ พร้อมทั้งสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ทุกระดับ	
๒.๑๐.๒	ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อน การดำเนินงานแผนงาน ดังต่อไปนี้	
	๑) การป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มประชากรข้ามชาติ/พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ และระเบียบเศรษฐกิจภาคตะวันออก	
	๒) การพัฒนาลิทธิประโยชน์และบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรค ในระบบสุขภาพ	
	๓) เวชศาสตร์การเดินทาง การท่องเที่ยว และการเดินทางเข้าออก ระหว่างประเทศ	
	๔) การจัดการข้อมูล และ Big Data เพื่อการป้องกันควบคุมโรค	
	๕) การป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง	
	๖) โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้อง กับพระบรมวงศานุวงศ์	
	๗) ความร่วมมือระหว่างประเทศ	
	๘) ระบบเฝ้าระวังและระบาดวิทยา	
	๙) การสื่อสารความเสี่ยงและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรค	
	๑๐) การพัฒนายุทธศาสตร์ แผนงานงบประมาณ ติดตามประเมินผล	
	๑๑) พัฒนาระบบราชการ	
	๑๒) แผนงานส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม กรมควบคุมโรค	
	๑๓) การพัฒนาวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการป้องกันควบคุมโรค	
	๑๔) การวางแผน การจัดการและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ด้านการป้องกัน ควบคุมโรค และโครงการพัฒนาผู้นำด้านการป้องกันควบคุมโรค	
	๑๕) ระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	
	๑๖) การพัฒนา...	

๑๖) การพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุข เพื่อการป้องกันควบคุมโรค (Laboratory for Disease Control)

๑๗) แผนงานขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยกลไก พชอ./พชข. และระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

๑๘) กฎหมายเพื่อการป้องกันควบคุมโรค ด้านวิชาการและระบาดวิทยา ประกอบด้วย ด้านวิชาการและระบาดวิทยา ด้านเชิงระบบ ด้านการต่างประเทศ และการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘

๑๙) แผนงานอื่น ๆ ที่เป็นนโยบายการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และกรมควบคุมโรค

๒.๑๐.๓ วิเคราะห์ กำหนดกรอบแนวทาง มาตรการการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และบริการ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรมควบคุมโรค และทบทวน กลั่นกรอง คัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ พิจารณาให้ข้อเสนอแนะวิชาการแก่หน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค เพื่อจัดทำข้อเสนอรายการสิทธิประโยชน์และบริการ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับทิศทางนโยบายและสถานการณ์ปัจจุบัน

๒.๑๐.๔ จัดทำและพัฒนาแผนบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ในภาพรวมของกรมควบคุมโรค

๒.๑๐.๕ พัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะที่ ๒ ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)

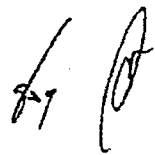
๒.๑๐.๖ ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะการจัดลำดับความสำคัญ เพื่อประกอบการพิจารณางบประมาณ

๒.๑๐.๗ กำกับ ติดตามการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ ประเด็นเชิงระบบและบูรณาการ

๒.๑๐.๘ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายธงชัย กิริติหัตถยากร)
อธิบดีกรมควบคุมโรค