เภสัชกรแขวนป้ายในร้านยา : ช่องว่างการกำกับดูแลวิชาชีพและข้อเสนอเชิงนโยบาย

Absence of pharmacists in Thai drug stores : professional regulatory gaps and policy recommendations

วันชัย นนทกิจไพศาล[1]

Wanchai Nontakitpaisan[1]

บทคัดย่อ

ปัญหา "เภสัชกรแขวนป้าย" หมายถึงกรณีที่เภสัชกรมีชื่อเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมาย แต่ไม่ได้ปฏิบัติงานจริงในช่วงเวลาที่ร้านเปิดดำเนินการ ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการด้านยา ความปลอดภัยของผู้บริโภค และความน่าเชื่อถือของระบบกำกับดูแลวิชาชีพเภสัชกรรม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กรอบกฎหมาย บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และช่องว่างของระบบกำกับดูแลปัญหาเภสัชกรแขวนป้ายในประเทศไทย โดยอาศัยการทบทวนกฎหมาย เอกสารนโยบาย วรรณกรรมทางวิชาการ และข้อมูลสาธารณะที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์พบว่า แม้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลสถานประกอบการด้านยา แต่ภารกิจหลักมุ่งเน้นการควบคุมผลิตภัณฑ์และความเสี่ยงด้านยา ขณะที่ปัญหาเภสัชกรแขวนป้ายมีลักษณะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งอยู่ภายใต้บทบาทการกำกับดูแลของสภาเภสัชกรรม อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านกำลังคน กลไกการบังคับใช้กฎหมาย และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้การกำกับดูแลขาดประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง บทความเสนอแนวทางพัฒนาระบบกำกับดูแลโดยประยุกต์ใช้แนวคิด Responsive Regulation, Tripartism และ Risk-Based Regulation ประกอบด้วยการเพิ่มศักยภาพด้านบุคลากรและงบประมาณสำหรับการตรวจสอบ การพัฒนามาตรการทางวินัยแบบขั้นบันได การเสริมสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการกำกับดูแล และการพัฒนาฐานข้อมูลการปฏิบัติงานของเภสัชกรอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการกำกับดูแลวิชาชีพเภสัชกรรมและส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบร้านขายยาของประเทศไทย

คำสำคัญ : เภสัชกรแขวนป้าย, ร้านขายยา, สภาเภสัชกรรม, การกำกับดูแลวิชาชีพ, การกำกับดูแลแบบตอบสนอง

[1] เลขานุการ, สมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. E-mail : n.wanchai42@gmail.com

[1] Secretary, Public Health Pharmacy Association (Thailand).

Received: 22 JUN 2026, Revised: 23 JUN 2026, Accepted: 24 JUN 2026

Abstract

Absent pharmacists refer to pharmacists who are officially registered as responsible pharmacists in licensed drug stores but are not physically present to perform their professional duties during operating hours. This issue poses risks to the quality of pharmaceutical services, consumer safety, and the credibility of professional regulatory systems. This article aims to examine the legal framework, institutional responsibilities, and regulatory gaps associated with absent pharmacists in Thailand. The analysis is based on a review of relevant laws, policy documents, academic literature, and publicly available information, using a policy and legal analysis framework. The findings indicate that while the Food and Drug Administration and Provincial Public Health Offices play important roles in regulating pharmaceutical establishments and pharmaceutical risks, issues relating to professional conduct and ethical standards fall primarily within the professional oversight functions of the Pharmacy Council of Thailand. Nevertheless, limitations in enforcement capacity, interagency coordination, and information sharing continue to constrain regulatory effectiveness. Drawing upon the concepts of Responsive Regulation, Tripartism, and Risk-Based Regulation, the article proposes policy recommendations including strengthening inspection capacity, developing graduated disciplinary measures, enhancing interagency collaboration, utilizing digital technologies to support regulatory oversight, and establishing a comprehensive pharmacist practice database. These measures may contribute to more effective professional regulation and stronger consumer protection within Thailand's community pharmacy sector.

Keywords : Absence of pharmacists, community pharmacy, Pharmacy Council of Thailand, professional regulation, responsive regulation

เมื่อเภสัชกรกลายเป็นเพียงชื่อบนป้าย

พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 39 บัญญัติให้เภสัชกรชั้นหนึ่งประจำอยู่ ณ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตลอดเวลาที่เปิดทำการ และกำหนดหน้าที่ไว้ใน (1) ถึง (8) เจตนารมณ์ของกฎหมายคือการควบคุมให้มีเภสัชกรรับผิดชอบการขายยาอันตราย เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษที่หากใช้ผิดอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต แต่ในความเป็นจริง มาตรฐานนี้กลับถูกละเลยมาอย่างยาวนาน

ปรากฏการณ์ที่เรียกกันว่า "เภสัชกรแขวนป้าย" คือการที่เภสัชกรให้ชื่อตนเองผูกกับร้านยา เพื่อให้ได้รับใบอนุญาต แต่ไม่ได้อยู่ประจำหรือปฏิบัติงานในร้านจริง บางรายรับหลายร้านพร้อมกัน บางรายทำงานประจำที่อื่นในเวลาเดียวกัน ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่จริงในร้านยาอาจไม่ใช่เภสัชกร ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพการให้คำปรึกษาด้านยาและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงที่ผู้บริโภคไม่รู้ตัว

สภาเภสัชกรรมกำหนดบทลงโทษเภสัชกรที่แขวนป้ายโดยไม่ปฏิบัติหน้าที่ด้วยการพักใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเป็นเวลา 2 ปี จากข้อมูลปี พ.ศ. 2565 พบเรื่องร้องเรียนมากกว่า 100 คดี โดยการแขวนป้ายเป็นประเภทที่ร้องเรียนมากที่สุดเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ การโฆษณาทางโซเชียลมีเดีย[1] ตัวเลขดังกล่าวอาจสะท้อนเพียงส่วนหนึ่งของปัญหาที่แท้จริง เนื่องจากผู้บริโภคส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าสิ่งที่พบเห็นอยู่นั้นเป็นการกระทำที่ผิดทั้งกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ

อย่างไรก็ตาม แม้กระบวนการร้องเรียนจะมีอยู่ แต่การนำไปสู่การลงโทษจริงกลับเผชิญกับอุปสรรคสำคัญประการแรก คือ ความยากในการรวบรวมพยานหลักฐาน การที่คณะกรรมการพิจารณาจรรยาบรรณจะมีมติลงโทษเภสัชกรได้จำเป็นต้องมีพยานหลักฐานที่ชัดเจนเพียงพอ ปราศจากข้อสงสัยว่าเภสัชกรผู้นั้นไม่ได้ปฏิบัติงานจริงในร้านยาในช่วงเวลาที่ร้านเปิดทำการ แต่ในทางปฏิบัติ การพิสูจน์การขาดงานอย่างเป็นระบบทำได้ยาก เนื่องจากการตรวจสอบส่วนใหญ่เป็นการออกตรวจเพียงครั้งเดียวหรือไม่ต่อเนื่อง ขณะที่เภสัชกรบางรายอาจปรากฏตัวเฉพาะช่วงที่คาดว่าจะมีการตรวจ ทำให้หลักฐานที่ได้ไม่เพียงพอสำหรับกระบวนการทางวินัย

การทบทวนบทบาทและความรับผิดชอบขององค์กรที่เกี่ยวข้อง

การทำความเข้าใจปัญหาอย่างถูกต้องต้องเริ่มจากการแยกแยะบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน เนื่องจากที่ผ่านมามีความเข้าใจผิดว่าปัญหาการแขวนป้ายเป็นความรับผิดชอบหลักของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งไม่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 ที่กำหนดให้จัดตั้งสภาเภสัชกรรมขึ้นเพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมและควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมได้โดยอิสระเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คือผู้กำกับดูแลความเสี่ยงด้านยาโดยทำหน้าที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 แต่ไม่ใช่ผู้ตรวจสอบจรรยาบรรณเภสัชกร ซึ่งอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 91 มีดังนี้

1. เข้าไปในสถานที่ผลิตยา สถานที่ขายยา สถานที่นำหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร หรือสถานที่เก็บยาในระหว่างเวลาทำการ เพื่อตรวจสอบควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

2. นำยาในปริมาณพอสมควรไปเป็นตัวอย่างเพื่อตรวจสอบหรือวิเคราะห์

3. ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ อาจเข้าไปในสถานที่ใด ๆ เพื่อตรวจสอบยา และอาจยึดหรืออายัดยา เครื่องมือเครื่องใช้ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิด ตลอดจนภาชนะ หีบห่อบรรจุและเอกสารที่เกี่ยวกับยาดังกล่าวได้

4. ประกาศผลการตรวจสอบหรือวิเคราะห์คุณภาพของยาที่นำไปตรวจสอบหรือวิเคราะห์ให้ประชาชนทราบ โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ใช้ยา

5. ในกรณีที่ปรากฏต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่ายาใดไม่ปลอดภัยหรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ยา ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเรียกเก็บหรือสั่งให้ผู้รับอนุญาตจัดเก็บยาดังกล่าวคืน และมีอำนาจทำลายยาดังกล่าวเสียได้ ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การขาย และการนำหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร ต้องอำนวยความสะดวกตามแต่กรณี ทั้งนี้ ในการปฏิบัติหน้าที่พนักงานเจ้าหน้าที่ถือเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

นอกจากนี้ ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 93 ระบุว่า ยา รวมทั้งภาชนะ หีบห่อบรรจุและเอกสารที่ได้ยึดไว้ตามมาตรา 91 หากไม่ปรากฏเจ้าของ หรือพนักงานอัยการมีคำสั่งเด็ดขาดไม่ฟ้องคดี หรือศาลไม่พิพากษาให้ริบ และเจ้าของหรือผู้ครอบครองไม่ได้ร้องขอรับคืนภายใน 90 วัน ให้ตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข

จะเห็นได้ว่า พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ให้อำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่เน้นหนักไปที่การตรวจสอบตัวยาเป็นสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 มาตรา 47 ที่กำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม หรือสถานที่ที่มีเหตุอันควรเชื่อว่ามีการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในระหว่างเวลาทำการ เพื่อตรวจใบอนุญาต ค้นหรือยึดเอกสารหลักฐานที่อาจใช้ในการดำเนินคดีเกี่ยวกับการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537

จึงกล่าวได้ว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มีอำนาจตรวจเก็บตัวอย่าง และยึดอายัดยา ซึ่งตรงกับภารกิจหลักของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ยาให้ปลอดภัยและได้มาตรฐาน มากกว่าการตรวจสอบพฤติกรรมรายบุคคลของผู้ประกอบวิชาชีพ แม้การแขวนป้ายจะเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านยาอย่างหนึ่ง แต่การให้พนักงานเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานทั้งสองรับภาระเพียงฝ่ายเดียวจึงไม่ถูกต้องทั้งในแง่กฎหมายและประสิทธิภาพในการบังคับใช้

จากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปี พ.ศ. 2568 พบว่ามีร้านขายยาแผนปัจจุบันทั่วประเทศจำนวน 19,258 แห่ง[2] ขณะเดียวกัน มีพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ที่ปฏิบัติงานใน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวมกันเพียง 957 คน โดยจังหวัดที่มีพนักงานเจ้าหน้าที่น้อยที่สุดมีเพียง 4 คน และมากที่สุด 23 คน นอกจากนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ยังต้องดูแลสถานประกอบการด้านสาธารณสุขประเภทอื่น ส่งผลให้สามารถตรวจร้านยาได้เพียงปีละครั้งหรือน้อยกว่านั้น[3]

สภาเภสัชกรรมกับบทบาทการกำกับดูแลวิชาชีพเภสัชกรรม

พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 มอบอำนาจและหน้าที่ให้สภาเภสัชกรรมในการกำกับดูแลการประกอบวิชาชีพ รักษาจรรยาบรรณ และลงโทษสมาชิกที่กระทำผิด ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกร การแขวนป้ายถือเป็นการละเมิดจรรยาบรรณวิชาชีพโดยตรง สภาเภสัชกรรมจึงควรมีบทบาทเชิงรุกในการตรวจสอบและกำกับดูแลการปฏิบัติวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

พนักงานเจ้าหน้าที่โดยตรงตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 ได้แก่ นิติกรของสภาเภสัชกรรม ซึ่งมีจำนวนเพียงไม่กี่คนเมื่อเทียบกับจำนวนร้านยาเกือบ 20,000 แห่ง ส่วนพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายประเภทอื่น เช่น กรรมการสภาเภสัชกรรม หรือผู้แทนสภาเภสัชกรรมประจำจังหวัด ยังขาดความชัดเจนในแง่บทบาท และแนวทางปฏิบัติสำหรับการตรวจสอบเฝ้าระวังเภสัชกรแขวนป้ายอย่างเป็นระบบ ข้อเท็จจริงนี้ยิ่งตอกย้ำว่าสภาเภสัชกรรมต้องเร่งลงทุนสร้างศักยภาพด้านกำลังคนและงบประมาณ เพื่อรับผิดชอบปัญหานี้อย่างแท้จริง

นอกจากข้อจำกัดด้านกำลังคนแล้ว กระบวนการลงโทษจริงยังมีอุปสรรคเชิงโครงสร้างประการสำคัญ คือ การที่การลงโทษทางวินัยวิชาชีพ จะมีผลบังคับใช้ได้จริงต้องผ่านความเห็นชอบจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่ดำรงตำแหน่งสภานายกพิเศษของสภาเภสัชกรรม ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 ซึ่งกำหนดให้รัฐมนตรีมีอำนาจไม่ให้ความเห็นชอบหรือสั่งให้สภาเภสัชกรรมทบทวนมติได้ กลไกดังกล่าวแม้จะมีเจตนารมณ์เพื่อให้มีการตรวจสอบถ่วงดุลโดยฝ่ายบริหาร แต่ในทางปฏิบัติอาจส่งผลให้กระบวนการลงโทษล่าช้า หรือมติของคณะกรรมการจรรยาบรรณไม่ได้รับการบังคับใช้อย่างสมบูรณ์ หากรัฐมนตรีผู้ดำรงตำแหน่งมีความเห็นเป็นอื่นด้วยเหตุผลทางการเมืองหรือดุลยพินิจส่วนตน ภาวะดังกล่าวสะท้อนถึงความเปราะบางของการกำกับดูแลวิชาชีพที่ยังขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลในอำนาจบริหาร มากกว่าการยึดถือมาตรฐานวิชาชีพที่เป็นระบบและโปร่งใส และเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในแง่ความเป็นอิสระขององค์กรวิชาชีพ (Professional Autonomy) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญประการหนึ่งของการกำกับดูแลวิชาชีพในระดับสากล

ช่องว่างของการประสานงานที่ต้องปิด

แม้จะมีความชัดเจนเรื่องบทบาท แต่ปัญหาการแขวนป้ายยังคงดำรงอยู่ได้เพราะช่องว่างในการประสานงานระหว่าง 3 องค์กร เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจพบการกระทำผิดและดำเนินคดี ข้อมูลดังกล่าวมักไม่ถูกส่งต่อไปยังสภาเภสัชกรรมโดยอัตโนมัติ ทำให้เภสัชกรที่ถูกพบว่าแขวนป้ายยังคงประกอบวิชาชีพต่อไปได้โดยไม่ถูกดำเนินการทางวินัยวิชาชีพ

ในทางกลับกัน เมื่อสภาเภสัชกรรมรับเรื่องร้องเรียน ข้อมูลนั้นก็ไม่ได้ถูกแจ้งกลับไปยังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อบันทึกเป็นประวัติความเสี่ยงของร้านยา ยิ่งไปกว่านั้น ความสัมพันธ์เชิงบังคับบัญชาระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งเป็นหน่วยงานส่วนกลางกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งอยู่ภายใต้สายงานของผู้ว่าราชการจังหวัด ทำให้การกำกับทิศทางนโยบายจากส่วนกลางไปยังระดับจังหวัดไม่มีผลผูกพันทางกฎหมายอย่างเต็มที่ การสร้างกลไกประสานงานสามฝ่ายที่มีสภาเภสัชกรรมเป็นแกนนำจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการอุดช่องว่างนี้

กรอบทฤษฎีเพื่อการออกแบบระบบกำกับที่ถูกต้อง

Ayres และ Braithwaite เสนอแนวคิด Responsive Regulation ผ่าน Enforcement Pyramid ที่เริ่มจากการโน้มน้าวให้ปฏิบัติตามโดยสมัครใจ แล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มระดับมาตรการจนถึงโทษทางอาญาและการเพิกถอนใบอนุญาต[4] กรอบนี้ชี้ให้เห็นว่าองค์กรวิชาชีพอย่างสภาเภสัชกรรม เหมาะกับบทบาทผู้กำกับดูแลชั้นแรกมากที่สุด เพราะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสมาชิก มีอำนาจทางวิชาชีพที่เภสัชกรให้ความเกรงใจ และมีมาตรการที่หลากหลายกว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ Ayres และ Braithwaite พัฒนาแนวคิดดังกล่าวในบริบทของระบบกำกับดูแลองค์กรธุรกิจในประเทศตะวันตก การนำมาปรับใช้กับบริบทไทยจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมวิชาชีพ โครงสร้างอำนาจระหว่างองค์กร และข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่เป็นลักษณะเฉพาะของระบบสาธารณสุขไทย

หลัก Tripartism ยืนยันว่าองค์กรวิชาชีพที่เป็นอิสระควรมีบทบาทอย่างเป็นทางการในกระบวนการกำกับดูแล ไม่ใช่เพียงผู้รับเรื่องร้องเรียนแบบเชิงรับ (Passive) แต่ต้องเป็นผู้กระทำการเชิงรุก (Active Enforcer) สอดคล้องกับแนวคิด Enforced Self-Regulation ของ Sparrow ที่ให้วิชาชีพรับผิดชอบการกำกับตนเอง โดยมีรัฐคอยกำกับดูแลจากระยะห่าง[5]

Baldwin และ Black เสนอหลัก Risk-Based Regulation ซึ่งมีความสำคัญสำหรับทั้งสภาเภสัชกรรมและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการจัดสรรทรัพยากรที่จำกัดไปยังกรณีที่มีความเสี่ยงสูงก่อน ไม่ว่าจะเป็นร้านยาที่มีประวัติการร้องเรียน หรือเภสัชกรที่จดทะเบียนปฏิบัติงานในร้านหลายแห่งพร้อมกัน[6]

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบกำกับดูแลวิชาชีพเภสัชกรรม

- เสาที่ 1 : เพิ่มกำลังคนและงบประมาณสำหรับงานตรวจสอบ พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 ให้อำนาจสภาเภสัชกรรมแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจสอบการประกอบวิชาชีพ แต่ปัจจุบันกลไกนี้ยังไม่ได้รับการใช้อย่างเต็มที่ สภาเภสัชกรรมควรจัดสรรงบประมาณจากเงินค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและเงินสมาชิกมาสนับสนุนงานตรวจสอบเชิงรุกอย่างเป็นระบบ โดยใช้หลัก Risk-Based Regulation จัดลำดับการตรวจเภสัชกรที่มีชื่อซ้ำซ้อนในร้านยาหลายแห่งพร้อมกันก่อน
- เสาที่ 2 : สร้างมาตรการลงโทษทางวิชาชีพแบบขั้นบันได อิงตามหลัก Enforcement Pyramid[4] สภาเภสัชกรรมควรออกแบบมาตรการลำดับขั้นที่ชัดเจน ตั้งแต่การแจ้งเตือนอย่างเป็นทางการ การพักการรับรองการปฏิบัติงานชั่วคราว ไปจนถึงการพักใช้ใบอนุญาต 2 ปี ตามมติสภา

เภสัชกรรม และการเพิกถอนใบอนุญาตในกรณีร้ายแรง มาตรการเหล่านี้ต้องมีความชัดเจนคาดเดาได้ และบังคับใช้จริงในทางปฏิบัติ

- เสาที่ 3 : จัดตั้งกลไกประสานงานสามฝ่ายที่มีผลผูกพัน อิงตามหลัก Tripartism[5] ควรจัดตั้งคณะกรรมการร่วมระหว่างสภาเภสัชกรรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยให้สภาเภสัชกรรมเป็นผู้นำในประเด็นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของเภสัชกร และกำหนดระเบียบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับการแขวนป้ายไปยังสภาเภสัชกรรมภายในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้สภาเภสัชกรรมดำเนินการทางวินัยวิชาชีพควบคู่กันได้ทันที

- เสาที่ 4 : นำเทคโนโลยีมาเสริมอำนาจการตรวจสอบ ควรพัฒนาระบบลงเวลาด้วยการยืนยันตัวตนแบบชีวมิติ (Biometrics), QR Code หรือระบบอื่นใดที่เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของสภาเภสัชกรรมแบบ Real-time ระบบนี้ไม่เพียงแต่ช่วยตรวจสอบ แต่ยังสร้างหลักฐานดิจิทัลที่ใช้ในกระบวนการทางวินัยได้โดยตรง ลดการพึ่งพาการออกตรวจภาคสนามที่ใช้ทรัพยากรสูง อย่างไรก็ตามการนำระบบชีวมิติมาใช้ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ต้นทุนการติดตั้งและบำรุงรักษาสำหรับร้านยาขนาดเล็ก ซึ่งอาจต้องการมาตรการอุดหนุนจากสภาเภสัชกรรมหรือกองทุนกลาง 2) ความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และ 3) ความเป็นไปได้ที่ผู้ประกอบการบางรายจะต่อต้านหรือหาทางเลี่ยงระบบ จึงต้องมีมาตรการสุ่มตรวจ (Spot Check) ควบคู่กันไป

- เสาที่ 5 : สร้างเงื่อนไขการป้องกันผ่านข้อบังคับสภาเภสัชกรรม สภาเภสัชกรรมควรออกข้อบังคับกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมทุกคนมีหน้าที่รายงานสถานที่ประกอบวิชาชีพของตนต่อสภาเภสัชกรรมให้เป็นปัจจุบัน ทั้งในขณะเริ่มต้นและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานที่ปฏิบัติงาน ข้อมูลดังกล่าวให้ถือเป็นฐานข้อมูลกลางที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถอ้างอิงประกอบการพิจารณาอนุญาตร้านขายยาได้ทันที หากปรากฏว่าเภสัชกรรายใดมีชื่อผูกพันกับสถานประกอบการมากกว่าหนึ่งแห่งในเวลาเดียวกัน จะถือเป็นสัญญาณเตือนภัยเชิงระบบที่ป้องปรามการแขวนป้ายได้ก่อนที่ความเสียหายจะเกิดขึ้น ผลพลอยได้สำคัญคือสภาเภสัชกรรมจะได้ฐานข้อมูลสมาชิกที่ครบถ้วนและทันสมัยเพื่อใช้ในการวางแผนกำลังคนและพัฒนานโยบายวิชาชีพในระยะยาว

ข้อจำกัดของการศึกษา

บทความนี้เป็นการวิเคราะห์เชิงนโยบายและกฎหมายจากเอกสารทุติยภูมิเป็นหลัก จึงมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความผลการศึกษาดังนี้

1. การวิเคราะห์อาศัยข้อมูลจากกฎหมาย เอกสารนโยบาย รายงานทางวิชาการ และข้อมูลสาธารณะที่เผยแพร่แล้ว โดยไม่ได้เก็บข้อมูลภาคสนามหรือสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง เช่น เภสัชกรผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบการร้านยา ผู้บริโภค หรือผู้กำกับดูแลในระดับพื้นที่

2. บทความไม่ได้ประเมินขนาดของปัญหาเภสัชกรแขวนป้ายในเชิงปริมาณระดับประเทศ จึงไม่สามารถประมาณอัตราความชุกความสูญเสียทางเศรษฐกิจ หรือผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้อย่างชัดเจน

3. ข้อเสนอเชิงนโยบายที่นำเสนอมีพื้นฐานจากกรอบแนวคิดด้านการกำกับดูแล ได้แก่ Responsive Regulation, Tripartism และ Risk-Based Regulation ซึ่งพัฒนาขึ้นในบริบทต่างประเทศ การนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยอาจต้องปรับให้สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารราชการ วัฒนธรรมองค์กรวิชาชีพ และข้อจำกัดด้านทรัพยากรของระบบสาธารณสุขไทย

4. บทความไม่ได้วิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ต้นทุนการดำเนินงาน หรือผลกระทบทางการคลังของมาตรการที่เสนอ ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมก่อนการนำไปปฏิบัติจริง ดังนั้น ข้อเสนอในบทความนี้ควรได้รับการพัฒนาต่อยอดผ่านการวิจัยเชิงประจักษ์ การศึกษาความเป็นไปได้เชิงปฏิบัติการ และการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้เกิดมาตรการกำกับดูแลที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของประเทศไทย

บทสรุป

ปัญหาเภสัชกรแขวนป้ายเป็นความท้าทายสำคัญของระบบกำกับดูแลวิชาชีพเภสัชกรรมในประเทศไทย ซึ่งเกี่ยวข้องทั้งมิติของการบังคับใช้กฎหมาย การกำกับดูแลวิชาชีพ และการคุ้มครองผู้บริโภค แม้ว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลสถานประกอบการด้านยา แต่การกำกับพฤติกรรมการประกอบวิชาชีพของเภสัชกรจำเป็นต้องอาศัยบทบาทของสภาเภสัชกรรมในฐานะองค์กรวิชาชีพตามกฎหมาย

การเพิ่มประสิทธิภาพการกำกับดูแลจึงควรดำเนินควบคู่ทั้งการพัฒนาศักยภาพของสภาเภสัชกรรม การเสริมสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการตรวจสอบและติดตามการปฏิบัติงานของเภสัชกรอย่างเป็นระบบ แนวทางดังกล่าวจะช่วยยกระดับมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม เสริมสร้างความเชื่อมั่นของประชาชน และสนับสนุนการคุ้มครองผู้บริโภคให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายและมาตรฐานวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. สภาเภสัชกรรม. ระวัง! เภสัชกร "แขวนป้าย" ไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ร้านขายยามีโทษพักใช้ใบอนุญาต 2 ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2023/05/27698
2. กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ข้อมูลเชิงสถิติ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://drug.fda.moph.go.th/statistical-data/category/statistics
3. ชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย. อัตรากำลังเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขทั่วประเทศ. ใน: เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมและประสานการปฏิบัติงานคุ้มครองด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2569; 2569; เชียงราย.
4. Ayres I, Braithwaite J. Responsive regulation: Transcending the deregulation debate. New York: Oxford University Press; 1992.
5. Sparrow MK. The regulatory craft: Controlling risks, solving problems, and managing compliance. Washington, D.C.: Brookings Institution Press; 2000.
6. Baldwin R, Black J. Really responsive regulation. Modern Law Review. 2008;71(1):59-94. doi:10.1111/j.1468-2230.2008.00681.x