

รายงานการสอบสวนข้อเท็จจริง

ของ

คณะกรรมการสอบสวนข้อเท็จจริง

ตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 227 / 2552 ลงวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2552

(ฉบับที่ 1)

ความเป็นมา

นายกรัฐมนตรีได้มีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 227/2552 ลงวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ปรากฏในเหตุผลของการออกคำสั่งว่า “ด้วยปรากฏข้อเท็จจริงว่า ได้มีการแพร่ข่าวทางสื่อต่างๆ และมีการร้องเรียนเป็นจำนวนมากเกี่ยวกับการทุจริตการจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ และสิ่งก่อสร้าง ตลอดจนการกำหนดราคากลางและรายการครุภัณฑ์การแพทย์ที่ไม่เหมาะสมในโครงการลงทุนตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโครงการของรัฐบาลอันส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์โดยรวมของกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาล” จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้น โดยกำหนดให้มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. ให้คณะกรรมการมีอำนาจสอบสวนเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงกรณีการร้องเรียนการทุจริตทั้งปวงในโครงการลงทุนภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข
2. ให้มีอำนาจเรียกบุคคลที่เกี่ยวข้องมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหรือพยานหลักฐานต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณาได้ และให้ดำเนินการสอบสวนข้อเท็จจริงให้แล้วเสร็จและรายงานผลให้ทราบโดยเร็ว
3. ให้มีอำนาจ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อช่วยเหลือปฏิบัติงานได้ตามความจำเป็น และให้คณะกรรมการสอบสวนฯ เบิกเบี้ยประชุมและค่าใช้จ่ายต่างๆ จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารหมายเลข 1)

การดำเนินการของคณะกรรมการ

1. คณะกรรมการได้กำหนดขอบเขตและแนวทางการพิจารณา ดังนี้
 - 1.1 ขอบเขตการพิจารณาครอบคลุมทั้งในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมอื่น ๆ ทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข

1.2 เนื้อหาการพิจารณา จะครอบคลุมทั้งสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์การแพทย์ และครุภัณฑ์
ขนส่งด้วย

1.3 คณะกรรมการจะดำเนินการสอบสวนข้อเท็จจริงให้แล้วเสร็จและรายงานผลต่อ
นายกรัฐมนตรีโดยเร็ว โดยให้ได้ข้อมูล ข้อเท็จจริง และข้อสรุปที่ชัดเจนพอสมควร ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดด้านเวลา
คณะกรรมการไม่สามารถสอบสวนข้อเท็จจริงได้ทุกรายการ กระทรวงสาธารณสุขควรดำเนินการ
ตรวจสอบในส่วนอื่นๆ ที่เหลือต่อไป

2. คณะกรรมการได้ดำเนินการสอบสวนข้อเท็จจริงโดยวิธีการต่างๆ ดังนี้

2.1 เรียก รับ ประมวล วิเคราะห์ และพิจารณา เอกสารต่างๆ จากหน่วยงาน บุคคลทั้ง
ในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนบริษัทห้างร้าน ทั้งนี้คณะกรรมการได้เปิดรับข้อมูลโดยเปิดตู้
ปณ.ฝ.25 สนามเป้า กท. 10400 และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชน ให้บุคคลและประชาชนที่ทราบ
เบาะแสหรือมีข้อมูล ส่งเอกสารหรือข้อมูลให้แก่คณะกรรมการด้วย ซึ่งคณะกรรมการได้รับเอกสารทั้งสิ้น
307 รายการ รวม 4,733 แผ่น

(บัญชีรายชื่อเอกสารตามภาคผนวก 1)

2.2 แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานเพื่อช่วยเหลือปฏิบัติงานรวม 3 คณะ ดังนี้

(1) คณะอนุกรรมการตรวจสอบเอกสารและข้อมูลในส่วนของสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เอกสารหมายเลข 2)

(2) คณะทำงานช่วยเหลือขานุกรการ (เอกสารหมายเลข 3)

(3) คณะอนุกรรมการตรวจสอบเอกสารและข้อมูลในส่วนราชการอื่น
นอกเหนือจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เอกสารหมายเลข 4)

2.3 สอบบุคคลรวม 45 คน

(บัญชีรายชื่อบุคคลที่มาให้ถ้อยคำตามภาคผนวก 2)

2.4 การตรวจสอบในพื้นที่ 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดราชบุรี และจังหวัด
นครศรีธรรมราช

2.5 การประชุมคณะอนุกรรมการ รวม 6 ครั้ง

2.6 การประชุมคณะกรรมการ รวม 26 ครั้ง

(รายงานการประชุมตามภาคผนวก 3)

ผลการสอบสวน

คณะกรรมการได้พิจารณา แยกการพิจารณาเป็น 2 ส่วนใหญ่ ได้แก่

- ก. ในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ข. ในส่วนของกรมการแพทย์

ซึ่งมีผลการสอบสวนและความเห็นดังนี้

ก. ในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

- 1. สิ่งก่อสร้าง
- 2. ครุภัณฑ์การแพทย์
- 3. รถพยาบาล
- 4. เครื่องยิวีแฟน

มีผลการสอบสวนโดยสังเขป ดังนี้

1 สิ่งก่อสร้าง

คณะกรรมการได้สอบสวนและพิจารณาแล้วพบความผิดปกติในลักษณะต่างๆ ดังนี้

1. ไม่มีการเตรียมการและการดำเนินการอย่างเป็นระบบและโดยถูกต้องตามที่ควร ไม่มีการกำหนดหลักการ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และหลักเกณฑ์การพิจารณาอย่างชัดเจน ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ ขึ้นพิจารณาตามที่ควร

2. มีการแทรกแซงจากฝ่ายการเมือง ข้อมูลเดิมกว่าครึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในช่วง 2 – 3 เดือนสุดท้าย โดยการสั่งผ่าน รมช. และเลขานุการรัฐมนตรีจะเรียก นพ.สุชาติ เลาบริพัตร ผู้อำนวยการสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโครงการให้ไปปรับคำขอโดยตรง

3. การลงทุนในสิ่งก่อสร้างต่างๆ ไม่ส่งเสริมความเข้มแข็งของประเทศในอนาคต เนื่องจากขาดยุทธศาสตร์ และการจัดลำดับความสำคัญที่ชัดเจน งบประมาณยังกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ มากกว่าที่จะกระจายออกไปในระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิที่ขาดแคลนมากกว่า จึงไม่ส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ การจัดสรรให้แก่โรงพยาบาลใหญ่ในระดับตติยภูมิและศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellent Center) จัดให้ตามคำขอโดยแทบไม่มีการตัดเลย ขณะที่ในระดับโรงพยาบาลชุมชน วงเงินครั้งแรก ตั้งไว้ขณะยังไม่มียุทธศาสตร์สร้างโรงพยาบาลชุมชนใหม่ 58 แห่งในอำเภอตั้งใหม่ เมื่อเพิ่มนโยบายเข้ามา ก็ไม่มีการปรับวงเงิน ทำให้ รพ.ชุมชนทั่วประเทศ

735 แห่ง ได้รับจัดสรรงบประมาณเพียง 235 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 26 แห่ง ที่มีนโยบายยกฐานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ได้รับงบประมาณไม่ครบตามเป้าหมายที่กำหนด บางแห่งแทบไม่ได้รับงบประมาณเลย

การลงทุนสิ่งก่อสร้างลักษณะนี้ จะกระทบต่อโครงสร้างสัดส่วนงบประมาณระหว่างจังหวัดกับอำเภอ ซึ่งเดิมเหมาะสมอยู่แล้ว (ดูภาพที่ 1) และจะดึงให้ประชาชนต้องเดินทางเข้าไปใช้บริการในเมืองใหญ่ในสัดส่วนเพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มความเสี่ยงต่อชีวิตให้แก่ประชาชนโดยไม่สมควร โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤต และจะมีผลเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการรับบริการเดิมของประชาชนซึ่งมีแนวโน้มดีขึ้นในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา (ดูภาพที่ 2)

4. การจัดสรรงบประมาณไม่เป็นไปตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System – GIS) มีการจัดสรรงบประมาณลงไปในพื้นที่ที่มีโอโรกราฟิกรายยาวยาวได้สาวเอา หรือน้ำขึ้นให้รับตก ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งจะมีเตียงผู้ป่วยล้นเกิน เพราะเดิมอัตราครองเตียงก็ไม่ถึง 90 % อยู่แล้ว และหลายแห่งจำนวนเตียงไม่พอ

5. การจัดสรรงบประมาณซ้ำซ้อน เช่น รพ.มุกดาหาร ได้รับงบประมาณอาคารผู้ป่วยใน 10 ชั้น เมื่อปีงบประมาณ 2552 ขณะนี้ก่อสร้างถึงชั้นที่ 2 ในปี 2553 ได้รับงบประมาณผู้ป่วยใน 10 ชั้น อีก 1 อาคาร ทั้งๆ ที่มีอัตราครองเตียงแค่ 80 % ประชากรทั้งจังหวัดแค่ 4.5 แสนคน และไม่ได้เป็นศูนย์รับผู้ป่วย จากจังหวัดอื่น

การจัดสรรงบประมาณลักษณะนี้เป็นการสิ้นเปลือง และจะใช้ประโยชน์ไม่ได้เต็มที่ และทำให้เสียโอกาส แทนที่จะได้นำเงินงบประมาณจัดสรรให้แก่ที่ที่ขาดแคลนกว่า

6. การจัดสรรอาคารขนาดใหญ่ให้แก่โรงพยาบาลขนาดเล็กอย่างไม่เหมาะสม และไม่ น่าจะสามารถใช้ประโยชน์ได้เต็มที่ เช่น จัดสรรอาคารผู้ป่วยใน 5 ชั้น 114 เตียง ให้แก่ รพ.ป่าโมก จ.อ่างทอง ซึ่งเป็น รพ.ขนาดเล็ก อยู่ห่างตัวจังหวัดแค่ 12 กม. และให้แก่ รพ.สมเด็จพระ จ.กาฬสินธุ์ ขณะที่เตียงเดิม 60 เตียง ก็ยังว่างอยู่ และจัดสรรอาคาร 4 ชั้น ให้แก่ รพ.หันคา จ.ชัยนาท ซึ่งอยู่ห่างตัวจังหวัดเพียง 20 กม. ขณะที่อาคารผู้ป่วยใน 60 เตียง ยังไม่ได้เปิดใช้งาน

7. การจัดสรรโดยเลือกแบบไม่เหมาะสม ที่ชัดเจนคือกรณีเสาธงราคา 495,000 บาท ซึ่งไม่เหมาะสมเพราะอาคาร รพ.ขนาด 30 เตียง สร้างใหม่ ด้านหน้าสูงสุด 2 ชั้น ไม่เกิน 12 เมตร แต่เลือกเสาธงสูง 20 เมตร และราคากลางเพียง 367,700 บาท แต่ตั้งงบประมาณไว้ถึง 495,000 บาท ขณะที่เสาธงขนาด 12 เมตร ราคากลางเพียง 119,700 บาท

8. การตั้งราคากลาง มีการตั้งราคาสูงเกินเหตุในหลายลักษณะ ต่อเจตนาไม่สุจริต เปิดช่องให้มีการแสวงหาผลประโยชน์ เช่น

8.1 อาคารผู้ป่วยใน 298 เตียง 8 ชั้น รวมชั้นใต้ดิน แบบเลขที่ 9448/51 ราคา กลางกองแบบแผนปี 2552 ตั้งไว้ 252,763,700 บาท รพ.พหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี ประมูลได้ราคา 194,300,000 บาท แต่ตั้งงบประมาณไว้ถึง 290 ล้านบาท

8.2 อาคารผู้ป่วยใน 10 ชั้น แบบเลขที่ 8998 จัดสรรให้ที่ รพ.มหาราช นครราชสีมา รพ.มุกดาหาร รพ.ยโสธร และ รพ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ กำหนดราคากลางได้ที่ 135,093,400 บาท ตั้งราคางบประมาณไว้ถึง 182,000,000 บาท

8.3 อาคารพักพยาบาล 3 ชั้น 24 ห้อง แบบเลขที่ 9555 รพ.ปลาปาก นครพนม ประมูลได้ในราคา 6,300,000 บาท แต่ตั้งราคาไว้ถึง 9,570,000 บาท เมื่อมีการให้กองแบบแผนกำหนด ราคากลางใหม่ เหลือ 8,524,900 บาท และต่อมาได้มอบให้บริษัท อรุณชัยเสรี คอนซัลติ้งจิเนียร์ส จำกัด กำหนดราคาเพียง 7.2 ล้านบาท ราคาที่ตั้งไว้จึงสูงเกินสมควรถึง 32.9 %

8.4 ถนนคอนกรีตเสริมเหล็กไม่รวมไหล่ทางและรางระบายน้ำ แบบเลขที่ 2406 ตั้งราคาไว้สูงถึง 1,023 บาท / ตร.เมตร หลังจากมีข่าวอื้อฉาวแล้ว กำหนดราคาใหม่เหลือ 873 บาท/ ตร.เมตร ขณะที่ รพ.หลายแห่ง สอบราคาได้ราว 500 บาท / ตร.เมตร

8.5 อาคารผู้ป่วยนอก – อุบัติเหตุ 5 ชั้น พื้นที่ใช้สอย 9,318 ตารางเมตรเท่ากัน แต่ตั้งราคาถึง 3 ราคา คือ

- 168,300,000 ที่ รพ.เชียงใหม่ จ.อุบลราชธานี, รพ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี, รพ.พนมสารคาม จ.ฉะเชิงเทรา, รพ.สามพราน จ.นครปฐม, รพ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี, รพ.บ้านฉาง จ.ระยอง

- 178,000,000 บาท ที่ รพ.กระทู้มแบน จ.สมุทรสาคร

- 185,130,000 บาท ที่ รพ.แม่สาย จ.เชียงราย, รพ.ฮอด จ.เชียงใหม่, รพ.ฝาง จ.เชียงใหม่, รพ.แม่จัน จ.เชียงราย

อาคารนี้มีการสร้างจริง ที่ รพ.ทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช ปี 2542 – 43 ราคา 60 ล้านบาท รพ.ลิซล จ.นครศรีธรรมราช สร้างปี 2544 – 46 ราคา 60 ล้านบาท รพ.ท่าศาลา นครศรีธรรมราช ปี 2551 – 52 ราคาสูงขึ้นมาเป็น 128 ล้านบาท เมื่อมีเรื่องอื้อฉาวแล้ว กำหนดราคาใหม่สำหรับแบบเลขที่ 8708/43 ราคารวมฐานราคชนิดเข็มเจาะ เหลือ 152,624,000 บาท ซึ่งก็ยิ่งสูงกว่าที่ เพิ่งประมูลได้ที่ รพ. ท่าศาลา นครศรีธรรมราช ราคางบประมาณที่ตั้งไว้ 178,165,185 บาท สูงกว่าที่ ประมูลได้ที่ รพ.ท่าศาลา 39.2 %

9. การจัดสรรที่น่าจะเกิดจากการกดดันของฝ่ายการเมืองโดยไม่เหมาะสม เช่น

(1) รพ.เลิงนกทา จ.ยโสธร ได้อาคารผู้ป่วยในขนาด 114 เตียง ทั้งๆ ที่เดิมเป็น รพ.สมเด็จพระยุพราชขนาด 90 เตียง

(2) รพ.ฮอด จ.เชียงใหม่ ใด้อาคารผู้ป่วยนอก – อุบัติเหตุ ราคา 185,130,000 บาท
ทั้งๆ ที่เป็น รพ.ขนาด 60 เตียง ยังไม่มีที่ดินสำหรับก่อสร้าง ต้องเตรียมทอดผ้าป่าหาเงินซื้อที่ และมี
ป้ายคัดเอาที่ขนาดใหญ่ของนักการเมืองโฆษณาว่าเป็นผู้ดึงงบประมาณมาให้

(3) รพ.เชียงใหม่ จ.อุบลราชธานี ใด้อาคารใหม่ 5 ชั้น ราคา 168 ล้าน ทั้งๆ ที่เป็น
รพ.ขนาด 60 เตียง ห่างจังหวัดเพียง 30 กม.

10. กรณีจังหวัดราชบุรี มีโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในจังหวัดถึง 4 แห่ง คือ
รพ.ศูนย์ราชบุรี รพ.โพธาราม รพ.บ้านโป่ง และ รพ.ดำเนินสะดวก ถือว่ามากที่สุดในประเทศไทย ขณะที่
มีประชากรเพียง 7.2 แสนคน รพ.ศูนย์ราชบุรี มีเตียงผู้ป่วย 939 เตียง อัตราครองเตียง 81.53 %
เป็นพื้นที่ของนายมานิต นพอมรบดี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้กดดันให้ทาง
โรงพยาบาลขออาคาร 10 ชั้น และอาคารอื่นๆ รวม 5 อาคาร ขณะที่ทางโรงพยาบาลต้องการเพียง
2 อาคาร ในที่สุดมีการย้ายผู้อำนวยการโรงพยาบาลออกจากพื้นที่ โดยมีหลักฐานการแทรกแซงการจัดสรร
งบประมาณชัดเจน

11. มีแบบอาคารอย่างน้อย 16 แบบ ที่คิดราคาต่อตารางเมตรสูงเกินสมควร
คณะกรรมการได้ส่งให้บุคคลและคณะบุคคลที่น่าเชื่อถือกว่าคำนวณเปรียบเทียบ ขณะนี้ยังไม่ทราบผลการ
คำนวณ ทั้งนี้ควรมีการตรวจสอบการคิดราคาของแบบอาคารอื่นๆ ที่ผิด้สังเกต โดยเฉพาะที่มีการก่อสร้าง
หลายแห่ง

ความเห็นของคณะกรรมการ

คณะกรรมการพิจารณาแล้ว มีความเห็นต่อกรณีสิ่งก่อสร้างในโครงการตามแผนปฏิบัติ
การไทยเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุข สรุปได้ ดังนี้

1. การบริหารจัดการ ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ไม่มี
กระบวนการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ไม่มีการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และหลักเกณฑ์ตามที่ควร
และไม่มีคณะกรรมการ / คณะอนุกรรมการ ที่จำเป็นเพื่อพิจารณากันกรองโครงการให้เป็นไปตามนโยบาย
ยุทธศาสตร์และหลักเกณฑ์ ปลดปล่อยให้มีการดำเนินการตามอำเภอใจ ในลักษณะมือใครยาวสาวได้สาวเอา
หรือในลักษณะ “น้ำขึ้นให้รีบตัก” และมีการแทรกแซงจากทั้งฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำระดับสูง
โดยมิชอบ

2. ผลการจัดสรรเป็นไปอย่างไม่เหมาะสม ไม่ส่งเสริมให้เกิดการกระจายทรัพยากรอย่าง
เป็นธรรม ไม่สามารถแก้ปัญหาของระบบบริการทั้งในปัจจุบันและในอนาคต หลายแห่งได้รับงบประมาณ
เกินความจำเป็นในขณะที่หน่วยงานที่ขาดแคลนไม่ได้รับงบประมาณ ซึ่งจะส่งผลทำให้เพิ่มปัญหาแทนที่จะ
แก้ปัญหา หลายแห่งจะใด้อาคารที่ไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า และเป็นภาระแก่การบำรุงรักษา
ขณะที่หลายแห่งไม่ใด้รับอาคารที่จำเป็น

3. ราคาสิ่งก่อสร้างที่กำหนดไว้ มีจำนวนมากที่สูงเกินความเป็นจริงไปมาก โดยนำเสนอด้วยว่าหน่วยงานและบุคคลที่มีหน้าที่ในการกำหนดราคา จะดำเนินการโดยไม่ถูกต้องและไม่สุจริต เพื่อเปิดทางให้มีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ

4. มีการแทรกแซงการดำเนินการโดยผู้มีอำนาจ ดังกรณีตัวอย่างในจังหวัดราชบุรี

5. ความบกพร่อง ผิดพลาดที่เกิดขึ้น น่าจะเกิดจาก

(1) การขาดความรู้ความสามารถ

(2) การขาดความเอาใจใส่

(3) เจตนาปล่อยปละละเลย เพื่อเปิดทางให้มีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ทั้งในการตั้งงบประมาณลงพื้นที่และการตั้งราคาไว้สูงเกินสมควร

6. มีผู้สมควรต้องรับผิดชอบกับความบกพร่อง ผิดพลาดและการดำเนินการที่ไม่สุจริต เปิดทางให้มีการแสวงหาผลประโยชน์ ดังนี้

(1) อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์) ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบสูงสุดของฝ่ายข้าราชการประจำขณะนั้น

(2) อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พญ.ศิริพร กัญชนะ) ซึ่งได้รับมอบหมายโดยตรงให้รับผิดชอบโครงการนี้

(3) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ไพจิตร วราชิต) ซึ่งได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค สมัยเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(4) นพ.สุชาติ เลขาธิบดี ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในโครงการนี้

(5) ผู้อำนวยการกองแบบแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในขณะนั้น ซึ่งมีหน้าที่กำหนดราคากลาง และกำหนดราคากลางที่สูงเกินสมควรมากมาย

(6) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งมีหน้าที่กลั่นกรองตรวจสอบโครงการก่อนเสนอผู้มีอำนาจลงนามถึงสำนักงบประมาณและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(7) รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายมานิต นพอมรบดี) ซึ่งใช้อำนาจในตำแหน่งหน้าที่แทรกแซงการดำเนินงานและโยกย้ายข้าราชการ

(8) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายวิทยา แก้วภราดัย) ซึ่งไม่อาจปิดความรับผิดชอบในความผิดพลาดบกพร่องทั้งปวงที่เกิดขึ้น

(รายละเอียดโปรดดูรายงาน ฉบับที่ 2 และ 3)

2 ครุภัณฑ์การแพทย์

คณะกรรมการได้ตรวจพบความผิดปกติในการจัดทำคำของบประมาณครุภัณฑ์การแพทย์ 11 รายการ ดังนี้

1. เครื่องตรวจสารชีวเคมีในเลือด (Automate Blood Chemistry) เป็นครุภัณฑ์การแพทย์ที่ไม่มีความจำเป็นต้องจัดซื้อ เพราะบริษัทที่ทำธุรกิจเกี่ยวกับเครื่องมือนี้ จะนำเครื่องมือไปติดตั้งไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และได้รับรายได้จากการให้บริการการตรวจเป็นรายครั้ง ซึ่งมีผลดีต่อโรงพยาบาล คือ ไม่ต้องลงทุนซื้อเครื่องมือและไม่ต้องรับผิดชอบการซ่อมบำรุง เมื่อเครื่องมือตกครุภัณฑ์ก็จะนำเครื่องรุ่นใหม่ไปติดตั้งให้แทน

2. เครื่องตรวจนับเม็ดเลือดอัตโนมัติ ไม่จำเป็นต้องจัดซื้อเหมือนรายการที่ 1 ครุภัณฑ์การแพทย์รายการ 1 และ 2 นี้ มีบริษัทไปติดต่อโรงพยาบาลต่างๆ ให้จัดทำคำของบประมาณโดยส่งสเปคให้ และบางโรงพยาบาลถูกเร่งรัดข่มขู่ให้จัดทำคำขอ บริษัทดังกล่าวคือบริษัท Imed มีผู้ถือหุ้นรายหนึ่งคือ นพ.เศรษฐพันธ์ อรรถากรวัฒน์ เป็นเพื่อนร่วมรุ่นกับ นพ.สุชาติ เลาบริพัตร ผู้อำนวยการสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบจัดทำคำของบประมาณครุภัณฑ์การแพทย์ทั้งหมดกว่า 7,000 รายการ

3. เครื่องช่วยหายใจ มีการจัดสรรเกินความจำเป็น ทำให้ราคาแพงโดยใช่เหตุ และไม่ตรงกับความต้องการ เช่น โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง ไม่มีอายุรแพทย์ แต่ได้รับจัดสรรเครื่องช่วยหายใจชนิดวัดความจุปอดได้ เช่น รพ.ป่าโมก รพ.โพธิ์ทอง รพ.ไชโย และ รพ.แสวงหา จ.อ่างทอง ส่วน รพ.สมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ ต้องการเครื่องกำเนิดไฟฟ้าเพราะไฟฟ้าดับบ่อย แต่ไม่ได้ กลับได้เครื่องช่วยหายใจแบบหย่าเครื่องอัตโนมัติแทน รพ.สกลนคร ต้องการเครื่องช่วยหายใจชนิดธรรมดา 6 เครื่อง แต่กลับได้ชนิดวัดความจุปอด 3 เครื่อง ทำให้เปิดไอซียูเพิ่มอีก 6 เตียงไม่ได้

4. เครื่องดมยาสลบ มีการจัดสรรเครื่องที่มีระบบการทำงานสูงเกินความจำเป็น ทำให้ราคาแพงโดยใช่เหตุ เช่น รพ.สมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จ.เลย, รพ.สมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์, รพ.สมเด็จพระยุพราชยะหา จ.ยะลา, รพ.สมเด็จพระยุพราชนครไทย จ.พิษณุโลก, รพ.หลังสวน จ.ชุมพร, รพ.พาน จ.เชียงราย ได้รับจัดสรรเครื่องแบบมีระบบวัดความลึกของการสลบ (BIS Monitor) ซึ่งโดยทั่วไปไม่มีความจำเป็น แต่ทำให้ราคาแพงเกินเหตุ บางโรงพยาบาล เช่น รพ.ศรีประจันต์ จ.สุพรรณบุรี, รพ.พิบูลมังสาหาร จ.อุบลราชธานี, รพ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี ได้รับเครื่องดมยาสลบแบบมีเครื่องบันทึกการใส่ยาของวิสัญญีแพทย์ (Electronic Charting) ซึ่งโดยทั่วไปไม่มีความจำเป็นและทำให้ราคาแพงโดยใช่เหตุ

5. เครื่องควบคุมการทำงานของหัวใจกลาง (Central Monitor) มีการจัดทำค่าของงบประมาณในราคาแพงเกินสมควร และแตกต่างกันมาก ระหว่าง 3 – 10 ล้านบาท และมีการระบุข้อความที่เข้าข่ายเป็นการล่อคสเปคเพื่อเอื้อประโยชน์ให้แก่บริษัทที่ครองตลาดอยู่เดิม คือข้อความว่าต้อง “เชื่อมต่อกับระบบเดิมได้”

6. เครื่องเอ็กซเรย์เต้านม (Mammogram) มีการจัดสรรเครื่องแบบดิจิทัล ในราคาแตกต่างกันมาก ระหว่าง 17 – 28 ล้านบาท เครื่องแบบดังกล่าวราคาแพงกว่าแบบฟิล์ม 3 – 5.6 เท่า โดยที่คณะทำงานด้านบริการป้องกันโรคของสหรัฐมีคำแนะนำว่าเครื่องทั้ง 2 แบบ ให้ผลลัพธ์การทำงานไม่แตกต่างกัน เพราะแบบดิจิทัลที่มีราคาแพงมาก ไม่มีผลต่อการลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม

7. เครื่องสลายนิ่ว ไม่มีความจำเป็นต้องจัดซื้อเช่นเดียวกับรายการที่ 1 และ 2

8. เครื่องฟันยุงติดยนต์ มีการเขียนโครงการจัดซื้อในลักษณะเร่งรัดผิดสังเกต โดยกำหนดสเปคที่อาจไม่เหมาะสมกับการใช้งานในพื้นที่ และตั้งราคาสูงเกินสมควร บริษัทจำหน่ายเครื่องเป็นเพื่อนร่วมรุ่นกันที่มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์กับรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

9. เครื่องทำลายเชื้อด้วยระบบแสงอัลตราไวโอเลตระบบปิด (ยูวีแฟน) มีการจัดสรรให้โรงพยาบาลชุมชนแห่งละ 1 เครื่อง รวม 800 เครื่อง ในราคาสูงเกินสมควร มีผู้เกี่ยวข้องในการสั่งการมากมาย (รายละเอียดโปรดดูรายงานฉบับที่ 8 และ 9)

10. รถปิ๊กอัพดับเบิลแค็บ 320 คัน ราคาแพงเกินสมควร คันละ 1.72 แสนบาท และรถปิ๊กอัพแบบขับเคลื่อน 4 ล้อ อีก 42 คัน ซึ่งแพงเกินสมควรคันละ 1 แสนบาท รวมมูลค่าที่แพงเกินสมควร 59.24 ล้านบาท

11. รถพยาบาล มีความพยายาม “ฮั้ว” ซึ่งหากฮั้วสำเร็จจะทำให้รัฐสูญเสียงบประมาณคันละ 1 แสนบาท รวม 800 คัน มูลค่า 80 ล้านบาท โดยอาจมีการลดคุณภาพอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ประจำรถ ซึ่งเป็นการไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย (รายละเอียดโปรดดูรายงานฉบับที่ 7)

12. ยูนิตทำฟัน 400 เครื่อง จากสถาบันพระบรมราชชนก ราคายูนิตละ 6 แสนบาท เทียบกับที่จัดสรรให้สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ ยูนิตละ 415,000 บาท จึงแพงกว่ายูนิตละ 185,000 บาท รวมแพงเกินสมควร 74 ล้านบาท

ครุภัณฑ์ทั้ง 12 รายการ หากมีการทบทวนจะประหยัดงบประมาณ ได้ดังนี้

(1) เครื่องตรวจสอบสารชีวเคมีในเลือด	120	ล้านบาท
(2) เครื่องตรวจนับเม็ดเลือดอัตโนมัติ	12.8	ล้านบาท
(3) เครื่องช่วยหายใจ	195.75	ล้านบาท

(4) เครื่องดมยาสลบ	30	ล้านบาท
(5) เครื่องควบคุมการทำงานของหัวใจกลาง	65	ล้านบาท
(6) เครื่องเอ็กซเรย์เต้านม	172	ล้านบาท
(7) เครื่องสลายนิ่ว	33.5	ล้านบาท
(8) เครื่องฟั่นยูงติครอยนค์	1.89	ล้านบาท
(9) เครื่องยูวีแฟน มูลค่าอย่างต่ำ	16	ล้านบาท
(10) รถปิกอัพดับเบิลแค็บ	59.24	ล้านบาท
(11) รถพยาบาล	80	ล้านบาท
(12) ยูนิตทำฟัน	74	ล้านบาท
รวมมูลค่าที่ควรประหยัดได้	719.74	ล้านบาท
และควรป้องกันการสูญเสียในอนาคตได้	645 – 1,308	ล้านบาท

(รายละเอียดโปรดดูรายงานฉบับที่ 4 และ 5)

ความเห็นคณะกรรมการ

คณะกรรมการมีความเห็นว่า การลงทุนในเครื่องมือแพทย์ราคาแพงเกินจำเป็น เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และไม่ส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งแก่ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ การจัดสรรครุภัณฑ์การแพทย์บางรายการ คือรายการที่ 1, 2 และ 7 เป็นการจัดสรรโดยไม่สุจริต การจัดสรรรายการที่ 5 เป็นการจัดสรรโดยทุจริต เพราะมีการกระทำที่เข้าข่ายเป็นการล่อลวงและ การตั้งราคาสูงเกินสมควร เป็นการเปิดช่องทางให้มีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ

3 รถพยาบาล

การดำเนินการของคณะกรรมการ

คณะกรรมการได้ดำเนินการสอบสวนข้อเท็จจริง โดยได้ติดต่อขอข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องได้
ดังนี้

1. ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งยินดีให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรแก่ประธานกรรมการเป็นการลับเฉพาะ โดยประธานคณะกรรมการสอบสวนฯ ได้ให้ใช้รหัสว่า “นายไก่” (เอกสารหมายเลข รพ. 6)

2. ผู้บริหารของบริษัทผลิตรถพยาบาลรายใหญ่รายหนึ่ง ได้ไปเล่าข้อเท็จจริงเป็นการลับ ให้ประธานคณะกรรมการสอบสวนฯ ฟังต่อหน้า ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขตามข้อ 1 ซึ่งประธานคณะกรรมการได้เล่าเรื่องราวให้คณะกรรมการทราบ และคณะกรรมการได้มีการบันทึกคำบอกเล่าดังกล่าวไว้ (เอกสารหมายเลข รพ. 7)

3. สอบสวนพยานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

3.1 นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ ได้ให้ถ้อยคำต่อคณะกรรมการเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2552 และได้ส่งเอกสารเพิ่มเติม ลงวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ต่อคณะกรรมการสรุปสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ว่า ขอยืนยันข่าวที่ปรากฏในสื่อมวลชนในเรื่องนี้ โดยขอแก้ไขรายละเอียด และเพิ่มเติมข้อมูล ดังนี้

(1) ร้านอาหารที่หนังสือพิมพ์ลงไปในัน ที่ถูกต้องคือ ภัตตาคารอาหารจีน ไคเนสดี ในโรงแรมเซ็นทารา ลาดพร้าว

(2) ในการไปเจรจาเพื่อ “ฮั้ว” งานกันที่ร้านอาหารดังกล่าว ผู้ที่ไปทำหน้าที่ประสานเจรจากับบริษัทรถยนต์ทั้งสอง คือ นายสุทธิชัย ธรรมประมวล เป็นอดีตนักศึกษาคณะวิศวกรรมศาสตร์ แผนกโยธา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เพื่อนร่วมรุ่นกับ นายมานิต นพอมรบดี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมให้รายละเอียด และที่มาของข้อมูลจากหลายแหล่ง ซึ่งมีสาระสำคัญตรงกัน (เอกสารหมายเลข รพ.8)

3.2 นางศิริวรรณ ปราศจากศัตรู อดีตเลขานุการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขยอมรับว่าได้ไปที่โรงแรมเซ็นทารา ลาดพร้าว เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2552 ตอนเย็นจริง และได้ไปพบกับ นายมานิต นพอมรบดี ในห้องอาหารที่ภัตตาคารไคเนสดีจริง แต่ปฏิเสธเรื่องการเจรจาเพื่อฮั้วเรื่องรถพยาบาล โดยในวันเวลาดังกล่าว ตนได้ไปที่โรงแรมแห่งนั้น และทราบว่า รัฐมนตรีช่วยมานิต รับประทานอาหารที่ภัตตาคารดังกล่าว จึงขึ้นไปพบและร่วมรับประทานอาหารอยู่ด้วยพักหนึ่งก็กลับ

3.4 นายมานิต นพอมรบดี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้ถ้อยคำว่า รู้จักสนิทสนมกับ นายสุทธิชัย ธรรมประมวล เป็นอย่างดี เพราะเป็นเพื่อนร่วมรุ่นเรียนมหาวิทยาลัยด้วยกันที่แผนกโยธา คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จบแล้วได้ทำงานด้วยกัน ปัจจุบันมีบริษัทก่อสร้างที่จังหวัดราชบุรี มีที่ตั้งสำนักงานอยู่ในสถานที่เดียวกับตน และตนได้ตั้งให้เป็นที่ปรึกษา

รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประเภทไม่ได้รับเงินเดือน แต่ได้มอบหมายให้ช่วยทำงาน เช่น กรณีการจัดซื้อวัคซีนไข้สมองอักเสบ เจอี ได้มอบให้ไปศึกษาข้อมูลมาเสนอ และเรื่องไข้ชิคุนกุญา ก็ได้มอบให้ไปศึกษามาเสนอ นายมานิต ยอมรับว่าเมื่อวันจันทร์ที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2552 หลังพระอาทิตย์ตกแล้ว ได้ไปที่ภัตตาคารไดเนสตี โรงแรมเซนทารา ลาดพร้าวจริง และได้พบกับนางศิริวรรณ ปราศจากศัตรู เป็นช่วงเวลาสั้นๆ จริง แต่ให้เหตุผลในการไปสถานที่ดังกล่าวว่า มีนัดกับเพื่อนเก่าชื่อนายวิจิตร ซึ่งรับราชการอยู่กรมชลประทาน เช้าวันนั้นนายวิจิตรได้มาขอพบตน แต่ตนไม่ได้ให้พบ และขออนัดไปพบตอนรับประทานอาหารเย็น เมื่อทราบว่านายวิจิตรไปที่ภัตตาคารไดเนสตี โรงแรมเซนทารา ลาดพร้าว ตนจึงไปพบ และได้พบปะกันราว 5 นาที ตนก็ขอลากลับ เพราะปกติจะกลับลงพื้นที่ที่จังหวัดราชบุรีเสมอ ในวันดังกล่าว ตนไม่ได้พบนายสุทธิชัย ธรรมประมวล อยู่ในห้องอาหารนั้นด้วย

3.3 นายสุทธิชัย ธรรมประมวล ที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ยอมรับว่าเป็นเพื่อนสนิทกับนายมานิต นพอมรบดี ตั้งแต่สมัยเรียนหนังสืออยู่แผนกโยธา คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จบแล้วได้ตั้งบริษัทรับเหมาก่อสร้างร่วมกัน มีสำนักงานตั้งอยู่ที่จังหวัดราชบุรี โดยงานหลักคือรับเหมาร้างงานมาทำ เมื่อนายมานิตได้รับตำแหน่งเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ก็ได้แต่งตั้งตนเป็นที่ปรึกษาคนหนึ่ง ตนมักจะเข้าไปกระทรวงสาธารณสุข สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง วันทีมักไปเป็นประจำคือวันอังคาร โดยนายมานิต ได้จัดห้องให้ที่ปรึกษามีโต๊ะทำงานหลายคนในห้องเดียวกัน ตนได้รับให้คำปรึกษาเรื่องการระบาดของโรคชิคุนกุญาทางภาคใต้ เพราะตนเป็นคนปัตตานี เรื่องการไปรับประทานอาหารที่ภัตตาคารไดเนสตี โรงแรมเซนทารา ลาดพร้าว เมื่อเย็นวันจันทร์ที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2552 นายสุทธิชัย อ้างว่าเหตุการณ์เกิดขึ้นหลายเดือนมาแล้ว จำไม่ได้ แต่ยืนยันว่าไม่ได้ไปที่นั่นในวันดังกล่าว อย่างไรก็ตาม นายสุทธิชัยยอมรับว่า รู้จักคุ้นเคยกับนายวิจิตร ซึ่งเป็นข้าราชการกรมชลประทาน เพราะเป็นนักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รุ่นเดียวกัน แต่นายวิจิตรเรียนอยู่แผนกชลประทาน วันที่ 17 สิงหาคม จำได้ว่า นายวิจิตรได้มาหาเพื่อใหช่วยวิ่งเต้นติดต่อเพื่อเลื่อนตำแหน่งในกรมชลประทาน เนื่องจากตนเป็นอุปนายกสมาคมศิษย์เก่า มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ รู้จักกับอธิบดีกรมชลประทานซึ่งเป็นรุ่นพี่หนึ่งปี เวลาที่นายวิจิตรมาหาคือ ช่วง 09.00 - 11.00 น. นายวิจิตรเป็นเพื่อนร่วมรุ่นนายมานิตด้วย แต่วันนั้นไม่ได้พบ เพราะรัฐมนตรีมานิตไม่อยู่ นอกจากนี้ นายสุทธิชัยยืนยันว่าไม่เคยรู้จักหรือพูดคุยกับนางศิริวรรณ ปราศจากศัตรู เลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยอ้างว่านายมานิตและนายวิจิตรรวมทั้งทีมงานขัดแย้ง

กันหรือ “เกาเหลา” กัน จนปรากฏเป็นข่าวเนืองๆ กรณีไม่สามารถให้ถ้อยคำแก่คณะกรรมการเมื่อได้รับเชิญครั้งแรก นายสุทธิชัยแจ้งว่าในวันดังกล่าวตนไปปลูกต้นไม้ในไร่ของตนเองที่อำเภอวังน้ำเขียว

4. ศึกษาเอกสารเรื่อง “จากทวจิตยา ถึงรถพยาบาลฉาว” ของชมรมแพทย์ชนบท (เอกสารหมายเลข รพ.9) ซึ่งมีข้อมูลเรื่องการลือคสปก และเรื่องราคารถพยาบาลโดยละเอียด

คณะกรรมการพิจารณาจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดแล้ว มีความเห็นสรุปได้ ดังนี้

1. มีการเสนอของบประมาณเพื่อจัดซื้อรถพยาบาลจำนวน 800 คัน ในโครงการไทยเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุขจริง

2. นำเชื่อว่ามีกรไปร่วมรับประทานอาหารเย็นกันที่ภัตตาคารไคเนสตี๋ในโรงแรมเซนทารา ลาดพร้าว เมื่อเย็นวันจันทร์ที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2552 จริง โดยผู้ร่วมรับประทานอาหารประกอบด้วย ผู้ประกอบการรถพยาบาลรายใหญ่ในประเทศไทย ทั้ง 2 ราย (คือบริษัทพูลภัณฑ์พัฒนา จำกัด 2 คน และบริษัทสุพริม โปรดักส์ จำกัด 2 คน) นายสุทธิชัย ธรรมประมวล ที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายมานิต นพอมรบดี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนางศิริวรรณ ปราศจากศัตรู เลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

3. นำเชื่อว่าการรับประทานอาหารในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว มีความพยายามในการเจรจาให้มีการฮั้วกันเรื่องการจัดซื้อรถพยาบาลในงบไทยเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุขจริง ด้วยเหตุผลดังนี้

(1) แม้คำให้การของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นเพียง “พยานบอกเล่า” แต่เนื้อหาสาระสำคัญตรงกันกับคำบอกเล่าของพยานในเหตุการณ์จริงทุกประการ ทั้งเรื่องชื่อบริษัทรถที่มีการไปขอลือคสปก ชื่อลือคสปกที่ทำหน้าที่เจรจา วิธีการฮั้ว จำนวนเงินผลประโยชน์ต่อคนที่ขอ และการแจ้งว่าถ้าไม่ร่วม “ฮั้ว” ก็จะไม่มีโอกาสได้งานนี้ เป็นต้น

(2) นางศิริวรรณ ปราศจากศัตรู อดีตเลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ยอมรับว่าได้ไปพบปะรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขในห้องอาหารดังกล่าว ในวันเวลาดังกล่าวจริง

(3) นายมานิต นพอมรบดี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ยอมรับว่าได้ไปที่ภัตตาคารไคเนสตี๋ โรงแรมเซนทารา ลาดพร้าว ในวัน – เวลา ตามข่าวจริง คือหัวค่ำวันจันทร์ที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2552 และได้พบกับนางศิริวรรณ ปราศจากศัตรู จริง แม้จะอ้างว่าไปพบเพื่อนเก่าชื่อ

นายวิจิตร และได้พบนายสุทธิชัย ก็ไม่น่าเชื่อ เพราะอ้างว่านายวิจิตร ไปขอพบถึงหน้าห้อง แต่ไม่ได้ให้เข้าพบ และได้นัดพบตอนเย็นหลังเลิกงานแทน โดยที่นายมานิต ย้ำว่า ปกติตนจะกลับพื้นที่ราชบุรีเป็นประจำทุกวัน เว้นเฉพาะเมื่อมีภารกิจจำเป็น เมื่อเพื่อนเก่ามาขอพบถึงหน้าห้องกลับไม่ให้เข้าพบ แต่นัดให้ไปพบตอนเย็นซึ่งเป็นเวลาที่ตนจะกลับราชบุรี การที่ต้องเดินทางไปที่โรงแรมเซนทารา ลาดพร้าว เวลาหัวค่ำ ย่อมต้องเสียเวลามาก เพราะบริเวณนั้นรถติดมาก เมื่อไปพบก็อ้างว่าพบกันเพียง 5 นาทีเท่านั้น ซึ่งผิดวิสัย สำหรับนายสุทธิชัย นายมานิต รับว่าเป็นเพื่อนที่สนิทกันมาก เพราะเรียนมหาวิทยาลัยเดียวกัน ในคณะและแผนกเดียวกัน เมื่อเรียนจบยังมาทำงานด้วยกันและมีที่ทำการบริษัทอยู่สถานที่เดียวกัน เมื่อมารับตำแหน่งรัฐมนตรี ก็ได้แต่งตั้งให้นายสุทธิชัยเป็นที่ปรึกษา แต่น่าแปลกที่มอบหมายงานทางการแพทย์ และสาธารณสุขซึ่งนายสุทธิชัยไม่มีความรู้ความชำนาญให้ทำ คือ เรื่องวัคซีนไข้สมองอักเสบ เจอี และเรื่องโรคชิคุนกุนยา

(4) นายสุทธิชัย ธรรมดาธรรมดา ยอมรับว่าสนิทสนมกับนายมานิต นพอมรบดี เพราะเป็นเพื่อนร่วมรุ่นที่คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เมื่อเรียนจบก็มาตั้งบริษัทรับเหมาด้วยกัน และได้รับแต่งตั้งเป็นที่ปรึกษา เมื่อนายมานิตได้รับแต่งตั้งเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับให้คำปรึกษาเรื่องโรคชิคุนกุนยา และเรื่องการก่อสร้างอาคารในบริเวณที่มีแผ่นดินไหวซึ่งตนเป็นวิศวกร แต่ไม่ระบุว่าที่กระทรวงหรือหน่วยงานอื่นมีการพิจารณาเรื่องอาคารสำหรับบริเวณที่มีแผ่นดินไหวในประเทศไทยหรือไม่ นายสุทธิชัย ยืนยันว่าตนไม่ได้ไปที่กัตตากาโร ไคเนสต์ เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2552 อย่างไรก็ดี นายสุทธิชัยยอมรับว่าในวันดังกล่าว นายวิจิตร ซึ่งเป็นเพื่อนร่วมรุ่นคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้ไปหาตนที่กระทรวงสาธารณสุข ช่วง 09.00 – 11.00 น. ได้พบตน แต่ไม่ได้พบนายมานิตโดยอ้างว่านายมานิตไม่อยู่ ซึ่งขัดแย้งกับคำให้การของนายมานิต และนายสุทธิชัยยังยืนยันว่าไม่เคยรู้จักกับนางศิริวรรณ ปราศจากศัตรูเลย ทั้งๆ ที่ห้องที่ปรึกษาที่ตนเข้าไปทำงานเป็นประจำกับห้องทำงานของนางศิริวรรณ เลขานุการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็อยู่ใกล้ๆ กัน กรณีที่อ้างว่า ทีมงานของรัฐมนตรีและรัฐมนตรีช่วย “เกาเหลา” กัน ก็ขัดต่อข้อเท็จจริงที่นางศิริวรรณ ปราศจากศัตรู ได้ให้ถ้อยคำต่อคณะกรรมการว่าตนได้ไปที่โรงแรมเซนทารา และเมื่อทราบว่ารัฐมนตรีช่วยรับประทานอาหารอยู่ที่กัตตากาโร ไคเนสต์ ก็ยังได้ขึ้นไปพบและร่วมรับประทานอาหารด้วย รวมทั้งเมื่อมีข่าวอื้อฉาวเกี่ยวกับเรื่องนี้มีการระบุชื่อผู้เกี่ยวข้อง มีอักษร “ส” อยู่ด้วย นายสุทธิชัยก็เฉยๆ

คณะกรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่า คำให้การของนายสุทธิชัยมีพิรุช ไม่น่าเชื่อ โดยเฉพาะเรื่องนายวิจิตรกับนายมานิต และเรื่องที่ไม่รู้จักกับนางศิริวรรณ คณะกรรมการไม่แปลกใจที่นายสุทธิชัยจะให้การว่าไม่ได้ไปที่ภัตตาคารไดแนสตี เมื่อเย็นวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2552 สอดคล้องกับ คำให้การของนายมานิต ซึ่งก็ให้การว่าไม่พบนายสุทธิชัยในห้องอาหารที่ภัตตาคารไดแนสตี โดยมีข้อสังเกตว่าเมื่อคณะกรรมการได้เรียกนายสุทธิชัยมาให้ถ้อยคำครั้งแรก เพื่อให้ไม่มีเวลาชักซ้อมกับนายมานิต นายสุทธิชัยอ้างติดภารกิจในต่างจังหวัด และได้ขอไปให้ถ้อยคำในวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2552 แทน ซึ่งเหตุผลความจำเป็นเรื่องติดภารกิจไปปลูกต้นไม้ น่าจะไม่ใช่เหตุผลสมควร

4. สรุปแล้ว คณะกรรมการเชื่อว่า มีความพยายามดำเนินการเพื่อให้มีการ “ฮั้ว” การจัดซื้อรถพยาบาล 800 คัน ตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุขจริง โดยมีการขอผลประโยชน์ คันละ 1 แสนบาท ซึ่งตรงกับการขอปรับราคารถพยาบาลที่เคยจัดซื้อได้เดิมคันละ 1.7 ล้านบาท เป็นคันละ 1.8 ล้านบาท ซึ่งหากไม่มีเรื่องราวปรากฏเป็นข่าว ก็อาจมีการ “ฮั้ว” สำเร็จ และวงเงินผลประโยชน์ในรายการนี้สูงถึง 80 ล้านบาท

(รายละเอียดโปรดดูรายงานฉบับที่ 7)

4 เครื่องยิวีแฟน

คณะกรรมการได้ตรวจวิเคราะห์เอกสาร สอบพยานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ลงพื้นที่ดูของจริง และประชุมพิจารณาแล้ว มีความเห็นสรุปได้ ดังนี้

1. การของบประมาณรายการเครื่องยิวีแฟน เป็นการจัดสรรจากส่วนกลางจริง โดยไม่มีคำขอจากหน่วยงานผู้ใช้

2. การจัดสรรงบประมาณรายการเครื่องยิวีแฟน เป็นการจัดสรรที่ผิดหลักเกณฑ์ เพราะราคาต่อหน่วยเพียง 40,000 บาท ขณะที่หลักเกณฑ์กำหนดว่าครุภัณฑ์การแพทย์สำหรับบริการทุติยภูมิให้มีราคาตั้งแต่ 5 แสนบาทขึ้นไป ครุภัณฑ์ราคา 40,000 บาทโรงพยาบาลต่างๆ สามารถใช้เงินบำรุงโรงพยาบาลจัดซื้อได้เอง

3. มีการเร่งรัดให้หน่วยงานดำเนินการจัดซื้อจริง ที่จังหวัดสงขลาโดยจังหวัดสั่งการให้ดำเนินการ “ด่วนที่สุด” โดยใช้สเปคของบริษัทก่อเกียรติชัยพลาย จำกัด จริง ซึ่งสเปคดังกล่าวมีความบกพร่องและมีลักษณะเป็นการลือคสเปคให้แก่สินค้าของบริษัทก่อเกียรติชัยพลาย จำกัดด้วย

4. มีบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสั่งการให้บรรจุรายการเครื่องยูวีแฟน เข้าในโครงการตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 ของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งฝ่ายการเมืองและฝ่ายข้าราชการประจำตามพยานหลักฐาน ดังนี้

4.1 นายแพทย์สุชาติ เลขาธิบดีฯ ได้จัดทำเอกสาร “สรุปเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการของบประมาณเครื่องฆ่าเชื้อด้วยแสงอัลตราไวโอเล็ต” หลังปรากฏเป็นข่าวครึกโครมแล้ว เอกสารดังกล่าวน่าเชื่อถือ เพราะนายแพทย์สุชาติได้ประชุมสอบถามจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค และได้ให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแล้วก่อนเผยแพร่ สรุปสาระสำคัญ ได้ดังนี้

(1) นายแพทย์กฤษดา มนูญวงษ์ ที่ปรึกษาคนหนึ่งของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้นำโครงการจัดซื้อเครื่องยูวีแฟนไปมอบให้ แต่นายแพทย์สุชาติแจ้งว่าจะบรรจุรายการดังกล่าวได้ต้องเป็นการสั่งการจากปลัดกระทรวงหรือรองปลัดกระทรวงที่ได้รับมอบหมาย

(2) แพทย์หญิงศิริพร กัญชนะ รองปลัดกระทรวงซึ่งได้รับมอบหมายให้ดูแลโครงการไทยเข้มแข็งในฐานะรองปลัดกระทรวงฝ่ายบริหาร ได้สั่งการให้บรรจุรายการดังกล่าวเข้าไปในโครงการไทยเข้มแข็ง ต่อมารายการดังกล่าวถูกตัดออกไป เพื่อนำยอดงบประมาณรายการนี้ไปจัดสรรให้โครงการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมของจังหวัดระยอง แพทย์หญิงศิริพร ตรวจพบจึงได้สั่งการโดยตรงกับนางจุฑารัตน์ มากคงแก้ว เจ้าหน้าที่ในสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค ให้บรรจุรายการนี้กลับเข้าไปใหม่

(3) นายแพทย์ปราชญ์ บุญวงษ์ศิริโรจน์ ปลัดกระทรวงได้เป็นผู้ติดตามการบรรจุครุภัณฑ์รายการนี้กับนายแพทย์สุชาติ และเมื่อหัวหน้าฝ่ายแผนของสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาคคือนางศุภรดา รอดอาตม์ ได้ทักท้วงกับนายแพทย์สุชาติว่าผิดหลักเกณฑ์ นายแพทย์สุชาติได้ต่อโทรศัพท์ให้คุยกับนายแพทย์ปราชญ์โดยตรง หลังจากพูดโทรศัพท์แล้วนางศุภรดาก็มีได้ทักท้วงเรื่องนี้อีก

คณะกรรมการพิจารณาแล้ว มีความเห็นว่าสาระสำคัญตามที่นายแพทย์สุชาติสรุปเกี่ยวกับผู้สั่งการให้บรรจุยูวีแฟนในโครงการไทยเข้มแข็งน่าจะเป็นความจริง ด้วยเหตุผลดังนี้

ก. นอกจากความน่าเชื่อถือในกระบวนการจัดทำเอกสารแล้วเอกสารของนายแพทย์สุชาติ สื่อมวลชนได้นำไปลงข่าวเผยแพร่อย่างกว้างขวาง ย่อมกระทบต่อชื่อเสียงของบุคคลทั้งสามคือนายแพทย์กฤษดา มนูญวงษ์ นายแพทย์ปราชญ์ บุญวงษ์ศิริโรจน์ และแพทย์หญิงศิริพร กัญชนะอย่างมาก แต่ไม่ปรากฏว่าบุคคลทั้งสามได้ออกมาปฏิเสธ หรือดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อปกป้องชื่อเสียงของตนเอง โดยเฉพาะนายแพทย์กฤษดา และแพทย์หญิงศิริพร รับว่าไม่เคยสอบถามหรือต่อว่านายแพทย์สุชาติ ทั้งๆ ที่รู้จักกันดี รวมทั้งเมื่อคณะกรรมการสอบถามว่าจะให้มาให้ถ้อยคำต่อหน้า นายแพทย์สุชาติ บุคคลทั้งสองก็ปฏิเสธ และรับว่าไม่เคยมีเรื่องโกรธเคืองใดๆ กับนายแพทย์สุชาติมาก่อน สำหรับนายแพทย์ปราชญ์ รับว่าเป็นผู้รับนายแพทย์สุชาติกลับเข้ารับราชการเอง และมอบให้ทำหน้าที่สำคัญคือ ผู้อำนวยการสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค และรับว่าได้พูดคุยทางโทรศัพท์กับนางศุภรดา เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม จริง

ข. พยานปากสำคัญคือ นางจุฑารัตน์ มากคงแก้ว ให้การยืนยันการสั่งการของแพทย์หญิงศิริพรให้บรรจุรายการนี้กลับเข้าไปใหม่ ซึ่งการสั่งการดังกล่าวเป็นการสั่งการล้วงลึกถึงตัวเจ้าหน้าที่ และเป็นการสั่งการข้ามสายงาน เพราะแพทย์หญิงศิริพรไม่ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค โดยแพทย์หญิงศิริพรรับว่าไม่เคยมีเรื่องโกรธเคืองใดๆ กับนางจุฑารัตน์มาก่อน นอกจากนี้ นางจิราภรณ์ สิงหเสนี เจ้าหน้าที่ในสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาคก็ยืนยันว่า เป็นผู้บรรจุรายการนี้กลับเข้าไปใหม่ โดยต้องตัดรายการที่มียอดงบประมาณเท่ากันออกไป และเป็นการดำเนินการตามการสั่งการของนางศุภรดา รอดอาคม ซึ่งเป็นหัวหน้าของตน

4.2 นายแพทย์สุชาติ เลาบริพัตร ได้มีบันทึกข้อความ ลงวันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2550 ถึงผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ระบุชัดเจนว่า “รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้การบรรจุรายการครุภัณฑ์เครื่องทำลายเชื้อโรคด้วยระบบแสงอัลตราไวโอเลตระบบปิด สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ในโครงการพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิจำนวน 800 เครื่อง ราคาเครื่องละ 40,000 บาท เป็นเงินจำนวนทั้งสิ้น 32,000,000 บาท (สามสิบล้านบาทถ้วน) ภายใต้ระบบปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555” ประเด็นดังกล่าวนี้ คณะกรรมการได้สอบถามผู้เกี่ยวข้องจำนวน 5 คน และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และพิจารณาแล้วมีความเห็นสรุปได้ว่ารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขน่าจะมีส่วนรู้เห็นหรือเห็นชอบกับการบรรจุรายการเครื่องยูวีแฟนเข้าไปในโครงการไทยเข้มแข็งจริง

5. นอกจากผลประโยชน์โดยมิชอบจากการจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดซื้อเครื่องยูวีแฟนแล้ว เฉพาะนายแพทย์ปราชญ์และแพทย์หญิงศิริพร น่าจะมีเหตุจูงใจส่วนตน ดังนี้

5.1 นายแพทย์ปราชญ์ ได้มีนโยบายเร่งรัด หยุดยั้งวันโรคโดยอ้างอิงผิดหลักวิชาว่า ประเทศไทยติดอันดับมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สูงเป็นอันดับ 18 ใน 22 ประเทศในโลก และได้มอบให้สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการเร่งรัด หยุดยั้งวันโรค โดยนายแพทย์ปราชญ์ได้ไปบรรยายทางวิชาการด้วยตนเอง กำหนดให้รับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ไว้รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 14 วัน ซึ่งผิดหลักวิชาการ และแนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก เพราะจะทำให้มีการแพร่เชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลมากขึ้น นโยบายดังกล่าวทำให้มีการจัดทำห้องแยกโรคตามโรงพยาบาลต่างๆ โดยติดตั้งเครื่องฟอกอากาศซึ่งมีระบบทำลายเชื้อด้วยรังสียูวี โดยราคาเครื่องมือดังกล่าวพร้อมค่าบำรุงรักษาสูงถึงห้องละ 250,750 บาท และนโยบายดังกล่าว หลายจังหวัดได้นำไปอ้างเพื่อจัดซื้อเครื่องยูวีแฟนอย่างมีเงื่อนไข (ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไปในข้อ 6) นโยบายดังกล่าวน่าจะเชื่อว่าจะมีผลประโยชน์แอบแฝงเป็นอันมาก ควรมีการตั้งคณะกรรมการสอบสวนข้อเท็จจริงเพิ่มเติมต่อไป

การลงไปเร่งรัดงานวันโรคของนายแพทย์ปราชญ์ เป็นเรื่องผิดปกติ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับโครงการตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็งซึ่งเป็นโครงการใหญ่มีความสำคัญมาก และเป็นเรื่องรับผิดชอบโดยตรงของปลัดกระทรวง แต่นายแพทย์ปราชญ์มิได้เอาใจใส่

เท่าที่ควร ไม่มีการตั้งคณะกรรมการ ไม่มีการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และหลักเกณฑ์การดำเนินการ ทั้งเรื่องแนวทางการจัดสรรและการกำหนดราคา ปล่อยให้เป็นที่ของรองปลัดฝ่ายบริหาร คือแพทย์หญิงศิริพร กัญชนะ ซึ่งก็ไม่เอาใจใส่เท่าที่ควร นายแพทย์ปราชญ์อ้างว่า มีการประชุมติดตามเรื่องนี้ในที่ประชุมเช้าวันอังคาร ที่เรียกว่า Tuesday Breakfast Meeting เรียกย่อว่า TBM แต่ตรวจสอบจากรายงานการประชุม TBM แล้วมีการพิจารณาติดตามโครงการนี้น้อยมาก

5.2 นายแพทย์ปราชญ์ และแพทย์หญิงศิริพร ได้ร่วมกันเสนอบริจาคเงินแก่โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) รวมเป็นเงิน 2 แสนเหรียญสหรัฐ (ราว 6.8 ล้านบาท) เพื่อเป็นค่าจ้างให้แพทย์หญิงศิริพร ไปเป็นผู้ปฏิบัติงานของโครงการดังกล่าวเป็นเวลา 2 ปี หลังเกษียณอายุราชการ ทั้งๆ ที่แพทย์หญิงศิริพร เคยสมัครไปทำงานกับโครงการดังกล่าว แต่ไม่ผ่านการคัดเลือก การดำเนินการดังกล่าว นายแพทย์ปราชญ์ ได้ลงนามในหนังสือแจ้งต่อโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติโดยไม่มีอำนาจ เพราะการบริจาคเงินในลักษณะดังกล่าวแก่องค์กรระหว่างประเทศเป็นอำนาจของคณะรัฐมนตรี หนังสือที่นายแพทย์ปราชญ์ลงนามดังกล่าว มิได้จัดทำโดยสำนักการสาธารณสุขต่างประเทศด้วย ทั้งนี้ผู้ได้ประโยชน์จากการกระทำนี้คือ แพทย์หญิงศิริพร ที่จะได้ไปทำงานในโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติหลังเกษียณอายุราชการ โดยใช้เงินจากภาษีอากรของประชาชนไทยเป็นเงินประมาณ 6.8 ล้านบาท และนายแพทย์ปราชญ์จะได้ประโยชน์จากการมีโอกาสเสนอแต่งตั้งรองปลัดกระทรวงทดแทนก่อนที่ตนจะเกษียณอายุราชการ

6. การจัดซื้อเครื่องยิวีแอฟอย่างมีเงื่อนไข ได้ดำเนินการไปแล้วในหลายจังหวัดโดยใช้งบประมาณอื่น เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น สามจังหวัดในเขตตรวจราชการที่ 12 ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ จังหวัด กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด และมหาสารคาม และจังหวัด นครศรีธรรมราช เป็นต้น โดยมีการดำเนินการที่มีขอบในลักษณะต่างๆ ดังนี้

6.1 สามจังหวัดในเขตตรวจราชการที่ 12 ได้แก่ จังหวัด กาฬสินธุ์ มหาสารคาม และร้อยเอ็ด พบความผิดปกติ เช่น

(1) มีการกำหนดสเปกที่บกพร่องและในลักษณะที่มีการล็อกสเปคให้แก่บริษัท ก่อเกียรติชีพหลาย จำกัด ดังนี้

ก. กำหนดความยาวคลื่นรังสียูวีอย่างเฉพาะเจาะจงที่ 253.7 นาโนเมตร โดยบางแห่งเขียนหน่วยผิดเป็นมิลลิเมตร

ข. กำหนดให้ต้องได้ใบรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขต่างประเทศ และได้รับการรับรองตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติทางห้องปฏิบัติการที่ดี (Good Laboratory Practice : GLP) ของหน่วยงานในประเทศอิตาลีตามมาตรฐานที่จำเพาะเจาะจงมาก

ก. กำหนดให้มีผลการทดลองประสิทธิภาพการทำลายเชื้อในประเทศไทย ซึ่งมีการนำผลการทดลองที่สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้ามาอ้าง ซึ่งผลการทดลองดังกล่าว ผู้ทำการทดลองได้แจ้งต่อคณะกรรมการว่าข้อมูลที่ทดลอง “ใช้เฉพาะของแผนกเท่านั้น” จึงยอมไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงทางการค้าได้

นอกจากนี้ ผลการทดลองดังกล่าว ยังทำในห้องขนาด 3 X 4 เท่ากับ 12 ตารางเมตร แต่สเปกกระบอกขนาดห้อง 20 ตารางเมตร ทั้งนี้สเปกกระบอกเป็นขนาดความจุไม่น้อยกว่า 20 ตารางเมตร ซึ่งผิดเพราะหน่วยความจุต้องเป็นลูกบาศก์และควรใช้คำว่า “ไม่มากกว่า” มิใช่ “ไม่น้อยกว่า”

ง. บางแห่งระบุต้องเป็นผลิตภัณฑ์จากต่างประเทศ ซึ่งเป็นการกีดกันสินค้าไทย

(2) น่าสงสัยว่า สินค้าที่มีการจัดซื้อและโรงพยาบาลต่างๆ ได้รับ อาจมิใช่สินค้านำเข้าจากต่างประเทศ ควรมีการสอบสวนเพิ่มเติมให้ได้ข้อเท็จจริงโดยกระจ่างต่อไป

(3) สถาบันโรคทรวอกได้ผลิตเครื่องดังกล่าวได้ในราคาเพียง 7,000 บาท (ต้นทุนเพียง 4,920 บาท) แต่สินค้านำเข้าในราคาสูงถึงเครื่องละ 40,000 บาท และต่อมามีการปรับปรุงการผลิตเหลือต้นทุนราว 2 พันบาท

(4) สืบเนื่องจากการจัดซื้อครุภัณฑ์รายการนี้มีการไปทัศนศึกษาที่ประเทศนิวซีแลนด์ ระหว่างวันที่ 14-20 ตุลาคม พ.ศ. 2552 โดยผู้ร่วมคณะประกอบด้วยผู้บริหารสาธารณสุขในเขต 12 และผู้บริหารหน้าที่สาธารณสุขนิเทศก์ในเขต พร้อมครอบครัวโดยอ้างว่าใช้เงินส่วนตัว ซึ่งไม่น่าเชื่อเพราะพบพิรุธมากมาย น่าเชื่อว่าใช้เงินจากการจัดซื้อยูวีแฟน

(5) ผู้บริหารสาธารณสุขในเขต 12 ในส่วนกลางที่น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การดำเนินการเรื่องยูวีแฟนในเขต ได้แก่ นายแพทย์สมชัย ภิญโญพรพานิชย์ ผู้ตรวจราชการ นายแพทย์ คำนธ์ ไชยศิริ สาธารณสุขนิเทศก์ และนายแพทย์ธีรารัง สมบุญตนนท์ ผู้ทำหน้าที่สาธารณสุขนิเทศก์แทน นายแพทย์คำนธ์ ไชยศิริ ซึ่งได้รับคำสั่งให้ไปดูแลโครงการไทยเข้มแข็ง

6.2 องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น เคยจัดซื้อเครื่องยูวีแฟน 230 เครื่องในปี พ.ศ. 2550 แจกจ่ายแก่โรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดขอนแก่น ปรากฏว่าโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นได้ส่งเครื่องดังกล่าวคืน เพราะคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พิจารณาถึง คุณประโยชน์ ผลดี ผลเสีย ความคุ้มค่า คุ้มทุน และค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาแล้ว “ได้มีมติร่วมกันที่จะ ส่งครุภัณฑ์ที่ได้รับการสนับสนุนครั้งนี้คืน.....” เป็นการไม่ยอมรับแม้จะให้ฟรี

กรณีดังกล่าวทำให้ในปีงบประมาณ 2552 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ไม่ยอมจัดซื้อเครื่องยูวีแฟนตาม “นโยบาย” ของเขต และไม่ได้ร่วมไปกับคณะทัศนศึกษาที่ประเทศนิวซีแลนด์ด้วย

จากการตรวจสอบสเปคของเครื่องยูวีแฟนที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
ขอนแก่นจัดซื้อในปี 2550 พบความผิดปกติเช่นเดียวกับกรณีตามข้อ 6.1

6.3 จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการจัดซื้อตามคำร้องขอของนายแพทย์จักรกฤษณ์
ภูมิสวัสดิ์ สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการเขต ในโรงพยาบาลหลายแห่ง ในราคาสูงถึงเครื่อง
ละ 99,000 บาท ซึ่งมีความผิดปกติในเรื่องสเปคและสินค้าเช่นเดียวกับกรณีในข้อ 6.1 แม้จะเป็นสินค้าคน
ละยี่ห้อกัน และซื้อจากคนละบริษัท

(รายละเอียดโปรดดูรายงานฉบับที่ 8 และ 9)

หมายเหตุ นายแพทย์จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์ ยังมีกรณีขอเงินจากโรงพยาบาลต่างๆ ได้แก่
พัทลุง นครศรีธรรมราช ชุมพร และสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลละ 4 แสน - 1 ล้านบาท นำไปจัดซื้อ
รถยนต์ยี่ห้อโฟล์คสวาเกน ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขใช้ด้วย และต่อมา นายแพทย์จักรกฤษณ์
ได้รับแต่งตั้งเลื่อนฐานะเป็นผู้ตรวจราชการกระทรวงตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2552

(รายละเอียดโปรดดูรายงานฉบับที่ 10)

ข. ในส่วนของกรมการแพทย์

คณะกรรมการพิจารณาจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดแล้ว พบว่ากรมการแพทย์เป็นหน่วยงานใน
กระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับงบประมาณมาก รองจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

สิ่งก่อสร้าง	4,884,912,900	บาท
ครุภัณฑ์การแพทย์	2,646,780,000	บาท
รวม	7,531,692,900	บาท

คณะกรรมการพบความผิดปกติ เท่าที่มีการตรวจสอบเฉพาะในอาคารใหญ่ๆ และครุภัณฑ์
การแพทย์ราคาสูงๆ ดังนี้

ก. สิ่งก่อสร้าง

1. อาคารศูนย์การแพทย์ราชวิถี พื้นที่ 91,206 ตร.เมตร 25 ชั้น ใต้ดิน 2 ชั้น

งบประมาณรวม	2,286,219,300	บาท
ใช้เงินงบประมาณ	1,623,031,100	บาท
ใช้เงินบำรุงสมบัติ	663,188,200	บาท
ราคาต่อตารางเมตร	25,066.54	บาท

2. อาคาร ภปร. 2550 สถาบันประสาทวิทยา พื้นที่ 12,748 ตร.เมตร 9 ชั้น

ราคาต่อตารางเมตร 29,007 บาท

3. อาคารผู้ป่วยนอก หออภิบาล และสำนักงาน 16 ชั้น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พื้นที่

34,480 ตร.เมตร

งบประมาณ 829,080,000 บาท

ราคาต่อตารางเมตร 24,045.24 บาท

4. อาคารโรงพยาบาลเด็ก พื้นที่ 51,625 ตร.เมตร 27 ชั้น

ราคาประมาณ 750 ล้านบาท

ใช้งบประมาณ 500 ล้านบาท

ใช้เงินบำรุงสมทบ 250 ล้านบาท

ราคาต่อตารางเมตร 14,527.85 บาท

คณะกรรมการมีข้อสังเกตว่า เมื่อเปรียบเทียบกับอาคารลักษณะคล้ายคลึงกันในสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีราคาต่อตารางเมตรอยู่ระหว่าง 14,000 – 24,000 บาท โดยราคาอาคารของ รพ.เด็ก เพียงตารางเมตรละ 14,527.85 บาท แต่ราคาอาคารอื่นของกรมการแพทย์ที่กำหนดไว้ค่อนข้างแพง โดยเฉพาะที่มีราคาเกินกว่า 24,000 บาท/ตร.เมตร ควรมีการทบทวน

ข. ครุภัณฑ์การแพทย์

คณะกรรมการพบความผิดปกติลักษณะต่างๆ ดังนี้

1. เปรียบเทียบกับครุภัณฑ์การแพทย์ชื่อเดียวกันกับที่ได้รับจัดสรรให้แก่โรงพยาบาลศูนย์ / ทั่วไป ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ราคาที่ตั้งไว้ของกรมการแพทย์สูงกว่าของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หลายรายการ เช่น

1.1 เครื่องหัวใจและปอดเทียม (Heart-Lung Machine) สถาบันโรคทรวงอกในสังกัดกรมการแพทย์ กำหนดราคา 6.6 ล้านบาท ในขณะที่ รพศ. สุราษฎร์ธานี, รพศ. ลำปาง, รพศ. พุทธชินราช และ รพศ. นครปฐม ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับจัดสรรราคา 5 ล้านบาท ราคาของกรมการแพทย์แพงกว่า 1.6 ล้านบาท

1.2 เครื่องเอ็กซเรย์เต้านมแบบดิจิทัล (Digital Mammogram) ศูนย์มะเร็งอุดรธานี, ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี และศูนย์มะเร็งลำปาง ในสังกัดกรมการแพทย์ กำหนดราคา 20 ล้านบาท

แต่ รพศ.และโรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ที่ 15 ล้านบาท เช่น รพ. วชิระภูเก็ต, รพศ.ยะลา, รพ. นครพิงค์ จ.เชียงใหม่, รพศ.นครปฐม, รพศ.หาดใหญ่ จ.สงขลา, รพ. นราธิวาสราชนครินทร์, รพ.น่าน, รพศ.เชียงราย เป็นต้น

1.3 เครื่องเอกซเรย์ส่องตรวจระบบดิจิทัล (Digital Fluoroscopy) รพ.นพรัตนราชธานี และศูนย์มะเร็งชลบุรีของกรมการแพทย์ ได้รับจัดสรรราคา 15 ล้านบาท ขณะที่ รพศ./รพท. ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับจัดสรรในราคา 8 ล้านบาท เช่น รพ. นครพิงค์ จ.เชียงใหม่, รพศ. อุตรธานี, รพศ. นครปฐม, รพ. อุดรดิตถ์, รพ. มุกดาหาร, รพ. ลพบุรี, รพ. ปทุมธานี, รพ.พระพุทธบาท สระบุรี, รพ.พระปกเกล้าฯ จันทบุรี, รพ. นครนายก, รพ. กำแพงเพชร, รพ.ศรีสะเกษ และ รพ.พะเยา

กรณีการตั้งราคาสูงกว่าเช่นนี้ มักมีข้ออ้างว่า เพราะมีชุดอุปกรณ์ประกอบแตกต่างกัน ซึ่งความเป็นจริงอาจไม่เป็นเช่นนั้น โดยหลักการแล้ว หากกำหนดราคาสูงกว่าจะต้องระบุเหตุผลความจำเป็น และมีการศึกษาความคุ้มค่าอย่างชัดเจนของอุปกรณ์ประกอบที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งระบุสาระสำคัญไว้ในรายการคำขอไม่เช่นนั้นจะเป็นช่องทางให้เกิดการทุจริตได้โดยง่าย

2. ครุภัณฑ์รายการเดียวกัน เคยจัดซื้อในราคาหนึ่ง แต่ตั้งงบประมาณสูงขึ้นมาก เช่น

- ชุดศูนย์กลาง ฝ้าติดตามการทำงานของหัวใจ (Central Monitor) ขนาดรับสัญญาณผู้ป่วยข้างเตียงได้พร้อมกัน 8 เตียง จำนวน 1 ชุด ของ รพ. เลิดสิน ในสังกัดกรมการแพทย์ ราคา 9,200,000 บาท แต่การจัดซื้อของ รพ. เลิดสิน ชนิด 8 เตียงเช่นกัน เมื่อปี 2552 ราคา 3.5 ล้านบาท ต่างกันถึง 5.7 ล้านบาท แพงกว่ากัน 2.6 เท่า หรือ 162.8 % (เอกสารหมายเลข กพ. 1)

3. มีการจัดสรรครุภัณฑ์การแพทย์ราคาสูง เช่น

(1) เครื่องเร่อกอนุภาคพลังงานสูงพร้อมชุดฉายรังสี radiosurgery IGRT, STEREOTACTIC และชุด MLC มูลค่า 180 ล้านบาท (สถาบันมะเร็ง)

(2) เครื่องเร่อกอนุภาคพลังงานสูง และลำรังสีอิเล็กตรอน พร้อมชุดจำกัดลำรังสี และเครื่องวางแผนการรักษาแบบ 3 มิติ (High Energy Linear Accelerator and Electron Beam with Multileaf Collimator and 3D Planning) มูลค่า 65 ล้านบาท (ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ฯ และชลบุรี)

(3) ระบบจัดเก็บรูปภาพทางการแพทย์ผ่านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ความละเอียดและความจุสูง (P.A.C.S) มูลค่า 60 ล้านบาท (สถาบันมะเร็ง)

(4) เครื่องรักษามะเร็งด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (High Intensity Focus Ultrasound) ราคา 40 ล้านบาท (สถาบันมะเร็งฯ)

ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงเหล่านี้ ไม่มีการประเมินความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และ ความคุ้มค่าอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้กรมการแพทย์ซึ่งเป็นกรมวิชาการ ควรมีหน่วยงานประเมินเทคโนโลยีทาง การแพทย์ (Office of Medical Technology Assessment) ที่สามารถคัดกรองเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยเฉพาะเครื่องมือแพทย์ และวิธีการรักษาที่มีราคาแพง เช่นเดียวกับที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมี หน่วยงานประเมินเทคโนโลยีทางสาธารณสุข คือ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program : HITAP) เพื่อให้สามารถประเมินและคัด กรองเทคโนโลยีโดยเฉพาะที่ราคาแพงต่างๆ ให้สามารถนำมาใช้ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม คุ้มค่า ป้องกัน การทุจริตประพฤติกมิชอบ และไม่ตกเป็นทาสเทคโนโลยีโดยไม่สมควร

การไม่มีหน่วยงานประเมินเทคโนโลยี หรือมีแต่ไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่ ทำให้ กรมการแพทย์ขาดความรู้และทักษะในด้านนี้ เป็นผลให้มีการนำเทคโนโลยีราคาแพงมาใช้โดยอาจไม่มี เหตุผลสมควร และราคาแพงเกินเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่มีการพิจารณาโดยคณะกรรมการที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและมีการดำเนินการพิจารณาอย่างโปร่งใส

4. การจัดสรรในลักษณะที่อาจซ้ำซ้อนโดยไม่สมควร ในหลายจังหวัดซึ่งเป็นที่ตั้งโรงพยาบาล ศูนย์ทำหน้าที่ศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellent Center) คู่มือเรื่องโรคหัวใจ มะเร็ง และอุบัติเหตุ ขณะเดียวกัน ก็มีศูนย์มะเร็งของกรมการแพทย์ตั้งอยู่ในจังหวัดเดียวกัน เช่น อุตรธานี อุบลราชธานี ลำปาง และชลบุรี พบว่ามีการจัดสรรเครื่องเอกซเรย์เต้านมแบบดิจิทัล แก่ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์และศูนย์มะเร็งในจังหวัด เดียวกัน คือที่ อุตรธานี และลำปาง รวมจังหวัดละ 2 เครื่อง โดยขาดการประสานกันระหว่างกรมการ แพทย์และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ครุภัณฑ์การแพทย์รายการนี้ คณะทำงานด้านการให้บริการป้องกันโรคของสหรัฐ (U.S.Preventive Services Task Force) ได้ศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะ ตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์ Annals of Internal Medicine ฉบับเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2552 สรุปว่า เครื่องตรวจเต้านมแบบดิจิทัลมี ข้อดีกว่าแบบฟิล์ม (Film Mammogram) ที่อาจตรวจพบมะเร็งเต้านมในสตรีอายุต่ำกว่า 50 ปี ซึ่งมีเนื้อเต้านม แน่นกว่าสตรีอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่เครื่องทั้งสองแบบสามารถอ่าน “ผลบวกปลอม” (False Positive) คือไม่เป็นมะเร็งแต่อ่านว่าเป็นมะเร็งได้พอๆ กัน และเครื่องแบบดิจิทัล (Digital Mammogram) ที่อาจตรวจ พบได้มากกว่านั้น ไม่มีผลต่อการลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านม (เอกสารหมายเลข กพ. 2)

5. รายการอื่นๆ ที่มีข้อสังเกตทั้งเรื่องเหตุผลความจำเป็น ความเหมาะสม และราคา ได้แก่

5.1 เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) ชนิด Multislice ของสถาบันมะเร็งตั้งไว้ 27,000,000 บาท ของสถาบันประสาทวิทยา ตั้งไว้ 30,000,000 บาท โดยที่ของสถาบันมะเร็งเป็นชนิด 64 Slice ซึ่งสูงที่สุด ขณะที่สถาบันประสาทวิทยา ตั้งไว้ 30,000,000 บาท โดยไม่ระบุที่ Slice ต่อวินาที

5.2 กรณีเครื่อง MRI ของสถาบันมะเร็งมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์ ราคา 25,000,000 บาท โดยไม่ระบุขนาดที่ Testlar ซึ่งเป็นส่วนที่บอกความแรง, ความเร็ว, ความชัดที่มีผลต่อราคาที่สูงที่สุด ขณะที่ของโรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ตั้งไว้ 30,000,000 บาท โดยไม่บอกว่่าที่ Testlar เช่นกัน และผ่านคณะกรรมการกลางของกรมชุดเดียวกันโดยไม่ได้เทียบเคียงกัน อันบ่งบอกถึงความไม่รอบคอบในการตั้งงบประมาณ ประกอบกับมีการจัดหาในกรมเดียวกันถึง 3 เครื่อง น่าจะมีอำนาจต่อรองมากพอ ราคาควรจะถูกกลงเมื่อซื้อ 3 เครื่องพร้อมกัน

5.3 เครื่อง Digital Fluoroscopy ราคา 15,000,000 บาท โดยไม่บอกว่่าที่ MA ของศูนย์มะเร็ง ชลบุรี ขณะที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้หลายราคา ตั้งแต่ 8,000,000 บาท 10,000,000 บาท และ 12,000,000 บาท

5.4 เครื่องเอ็กซเรย์เต้านมแบบดิจิทัล (Digital Mammogram) ของศูนย์มะเร็ง ราคาเครื่องละ 20,000,000 บาท ทุกแห่ง ขณะที่โรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งได้เครื่องรุ่นที่ศูนย์ของศิริราช จุฬา และโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งเป็นสินค้ายี่ห้อเดียวกัน จัดหาได้เมื่อปลายปี 2552 ในราคาเพียงเครื่องละ 16,000,000 บาท และสอดคล้องกับศูนย์มะเร็งลพบุรีจัดซื้อเครื่องในปี 2552 ได้ในราคา 15,900,000 บาท เท่านั้น ดังนั้นการตั้งราคาเครื่องละ 20 ล้านบาท จึงแพงเกินเหตุและไม่มีเหตุผล

5.5 เครื่องติดตามสัญญาณชีพ (Central Monitor) เชื่อมได้ 8 เตียง โรงพยาบาล เลิดสิน ตั้งไว้ 9,200,000 บาท โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีไม่ได้บอกว่่าที่เตียง ราคา 4,500,000 บาท ขณะที่สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขสรุปโดยคณะกรรมการทบทวนของกระทรวง ส่วนใหญ่ชนิด 8 เตียง มีสาย Invasive ทุกเตียง ชุดละไม่เกิน 4,500,000 บาท เท่านั้น โดยเป็นยี่ห้อค่อนข้างดี มีราคาถูกกว่านี้เพียง 3,200,000 บาท ก็มี

5.6 เครื่องเร่งอนุภาคพลังงานสูง และส่งแสงอิเล็กตรอน พร้อมชุดจำกัดรังสี และเครื่องวางแผนการรักษาแบบ 3 มิติ (High Energy Linear Accelerator and Electrom Beam with Multileaf Collimator and 3D Planning) ตั้งไว้เครื่องละ 65,000,000 บาท ขณะที่โรงพยาบาลพุทธชินราช

จ.พิษณุโลก ตั้งงบประมาณที่ 60,000,000 บาท โดยมีอุปกรณ์ทุกระบบตามหัวข้อ และยังรวมโปรแกรมจำลองรักษา (Virtual Simulator) ด้วย และพิจารณาราคาจัดซื้อเสร็จแล้วในราคา 59,900,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันมะเร็งที่เคยซื้อเมื่อสองปีก่อนในราคา 59,000,000 บาทเศษ ตามเอกสารของโรงพยาบาลพุทธชินราชที่ประมูลแบบ E-Auction เสร็จแล้วเมื่อตุลาคม 2552 (เอกสารหมายเลข กพ. 3) และจากข้อมูลของศูนย์มะเร็งอุบลฯ เพิ่งจัดซื้อในปี 2552 ซึ่งเครื่องพลังงานสูง Linac และ Multileaf ในราคา 44,900,000 บาท เพียงแต่ไม่มี 3D Planning สมควรเปรียบเทียบราคากับสเปคว่าเหมาะสมหรือไม่ แพงเกินไปหรือไม่

5.7 เครื่องใส่แร่อัตโนมัติ ปริมาณรังสีสูง (High dose rate) ของสถาบันมะเร็ง ราคา 27,000,000 บาท แต่ข้อมูลของศูนย์มะเร็งลพบุรี ซื้อในปี 2550 ในราคา 19,200,000 บาท และในขณะนี้ค่าเงิน US Dollar อ่อนค่าลง เมื่อเทียบกับเงินไทยราคาไม่น่าจะแพงขึ้นเป็น 27,000,000 บาท หรือเพิ่มขึ้น 40 % จากราคาเดิมโดยไม่มีเหตุผล

5.8 เครื่องราคาแพง เช่น

(1) High Intensity Focus Ultrasound 40,000,000 บาท ของสถาบันมะเร็ง ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งได้มาให้การว่า เครื่องดังกล่าวมีของฝรั่งเศส ยุโรป และจีน และเครื่องนี้ ทางประเทศจีนช่วยสนับสนุนประเทศไทย โดยคิดราคาลดจาก 60,000,000 บาท เป็น 40,000,000 บาท เมื่อเทียบกับยุโรปราคา 60,000,000 บาท ดูเหมือนว่า ถูกกว่า 20 ล้านบาท แต่ควรตรวจสอบว่า ราคาขายทั่วไปในประเทศจีนราคาเท่าไร และจุดประสงค์การรักษาสำหรับใช้รักษามะเร็งขนาดเล็ก เช่น มะเร็งต่อมลูกหมากขนาดเล็กกว่าเม็ดข้าวสาลี ซึ่งเหตุผลดังกล่าวควรพิจารณาทบทวน เพราะทั่วประเทศไทยมีมะเร็งขนาดเล็กเช่นนี้ไม่มากนัก รวมทั้งควรตรวจสอบประสิทธิผลการรักษาด้วย

(2) เครื่อง PET SCAN 120,000,000 บาท ที่ควรจะวางแผนใช้ร่วมกับ โรงพยาบาลรามธิบดี และสถาบันการแพทย์ในบริเวณนั้น เช่น ของสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ที่อยู่ไม่ไกลนัก ศิริราช จุฬาลงกรณ์ ขณะนี้ต่างก็มี และหากยังไม่มียอดการใช้งานเต็มที่ (Full capacity load utilization) ควรจะเลือกซื้อบริการ ร่วมกันน่าจะคุ้มกว่า

(3) เครื่องฉายแสง IGRT ชุด Radio Surgery ชนิด Stereotactic และ ชุด MLC ที่ใช้ฉายรังสี ของสถาบันมะเร็ง ราคา 180,000,000 บาท สำหรับอวัยวะที่เคลื่อนไหวได้ ควรที่จะได้ประเมินเทคโนโลยีก่อน แม้เครื่องนี้จะมีประโยชน์ แต่การวางแผนการใช้ จำนวนผู้ป่วย และความมี

ประสิทธิผลต่อโรคที่เป็นเมื่อเทียบกับแบบเทคนิคดั้งเดิม (Conventional Technic) และการใช้เครื่องอื่นๆ ตลอดจนความคุ้มค่าและแสดงเหตุผลความจำเป็นออกมาให้ชัดเจนก่อนจัดซื้อ

5.9 เครื่องจัดเก็บระบบภาพทางการแพทย์ด้วยคอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (Hospital PACS) ราคา 60,000,000 บาท สำหรับสถาบันมะเร็ง ราคานี้หากเทียบกับศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี จัดหาเมื่อปี 2551 ในราคา 19,000,000 บาท ราคาต่างกันกว่า 3 เท่า หากเทียบจำนวนเทอร์มินัล ของ จ.อุบลราชธานีอาจน้อยกว่าของสถาบันมะเร็งราว 2 เท่า และหากเทียบกับโรงพยาบาลศูนย์ของสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่โรงพยาบาลศูนย์ตั้งงบประมาณไว้ตั้งแต่ 15,000,000 ถึง 30,000,000 บาท สำหรับโรงพยาบาลขนาดมากกว่า 600 – 1,000 เตียง ดังนั้นควรที่จะได้ประเมินเทียบเคียงกับจำนวน ขนาด และตัวศูนย์กลางเก็บภาพ ตลอดจนเงื่อนไขอื่นๆ ประมาณราคาที่เหมาะสมซึ่งอาจจะได้ราคาที่ต่ำกว่า 60,000,000 บาท ค่อนข้างมาก เนื่องจากสถาบันมะเร็งมีปริมาณผู้ป่วย ปริมาณภาพทางรังสี ไม่น่าจะมากกว่าของโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง

6. ข้อสังเกตในเรื่องการบริหารจัดการ คณะกรรมการมีข้อสังเกต ดังนี้

6.1 จากการให้ถ้อยคำของอดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ปราชูญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์) รองปลัดกระทรวง (พญ.ศิริพร กัญชนะ) อธิบดีและรองอธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.วันชัย สัตยาวุฒิพงษ์) และ นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรรัตน์) สอดคล้องกันคือ สำนักงานปลัดกระทรวงฯ และกรมการแพทย์ ไม่มีการวางแผนการจัดสรรและใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเฉพาะกรณีงบประมาณไทยเข้มแข็ง การประชุมแบบกึ่งทางการ ในวันอังคารตอนเช้าที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีเป็นประจำที่เรียกว่า Tuesday Breakfast Meeting (TBM) ไม่ปรากฏมีระเบียบวาระหรือร่วมกันในเรื่องนี้ และไม่มีคณะกรรมการร่วมระหว่างกรม จึงทำให้ขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในเรื่องของเหตุผลความจำเป็น คุณสมบัติทางเทคนิค ราคาที่เหมาะสม ะไหล่ และบริการหลังการขาย ที่เกี่ยวข้องกับครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงเหล่านี้ เป็นเหตุให้ครุภัณฑ์ซื้อเดียวกัน มีราคาแตกต่างกันและมีความซ้ำซ้อนกัน

6.2 แม้อธิบดีกรมการแพทย์จะให้ถ้อยคำว่าการแพทย์มีการตั้งคณะกรรมการขึ้นดูแลเรื่องนี้ แต่ไม่ปรากฏหลักฐานการประชุมคณะกรรมการ รวมทั้งไม่มีการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และหลักเกณฑ์ในการพิจารณาอย่างเป็นกิจลักษณะ การพิจารณาใช้วิธีให้รองอธิบดีแต่ละคนดูแลตามสายงาน ซึ่งรองอธิบดีส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ ไม่มีความรู้พอเพียงเกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ราคาแพง ที่สำคัญกรมการแพทย์ไม่ดำเนินการอย่างจริงจังให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมิน

เทคโนโลยีอย่างเป็นระบบ บนพื้นฐานของข้อมูลและหลักวิชาอย่างแท้จริง รวมทั้งมิได้มีการวางแผนล่วงหน้า ระยะเวลาที่ตีพอ

ความบกพร่องทางการบริหารดังกล่าว ทำให้การจัดสรรเกิดปัญหา ไม่สามารถแสดง หลักการและเหตุผลความจำเป็นที่ชัดเจน มีความซ้ำซ้อน และราคาแพงเกินสมควร

ความเห็นคณะกรรมการ

1. คณะกรรมการมีความเห็นสรุปได้ว่า ปัญหาความไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องราคาส่งก่อสร้าง การเลือกเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงโดยไม่มีการแสดงหลักการ เหตุผล และความจำเป็นที่ชัดเจน เพียงพอ การกำหนดรายการครุภัณฑ์ราคาแพงอย่างคลุมเครือในราคาสูงเกินสมควร โดยอ้างว่ามี อุปกรณ์เสริมต่างกัน การกำหนดราคาแตกต่างกันมาก จากราคาที่เคยจัดซื้อได้ในระยะเวลาไม่นาน เกิดจากสาเหตุต่อไปนี้

1.1 เป็นความบกพร่องทางการบริหาร ไม่มีการเตรียมแผนการระยะยาวที่ตีพอ ไม่มีการ กำหนดหลักการ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการทั้งระดับ นโยบายและระดับผู้เชี่ยวชาญขึ้นพิจารณาอย่างสมควรกระทำ

1.2 การตั้งราคาทั้งสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง อาจเกิดจากเจตนาไม่สุจริต เปิดช่องทางให้มีการแสวงหาผลประโยชน์

2. คณะกรรมการมีความเห็นว่า ผู้มีส่วนสำคัญในความบกพร่องและอาจมีเจตนาไม่สุจริต เปิดช่องทางให้มีการแสวงหาผลประโยชน์ คือ อธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.เรวัต วิศรุตเวช)

(รายละเอียดโปรดดูรายงานฉบับที่ 6)

ความเห็นของคณะกรรมการ

1. การพิจารณาด้านหลักการ นโยบาย แนวทางปฏิบัติ และระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการได้ศึกษาและพิจารณาความเป็นมาของโครงการตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 ของกระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาหลักการ นโยบาย แนวทางปฏิบัติ และระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อมูล ข้อเท็จจริง สรุปได้ดังนี้

1.1 โครงการนี้น่าจะสัมพันธ์โดยตรงกับ นโยบายของรัฐบาล ที่ปรากฏในคำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2551 ข้อ 3.3.3 ซึ่งมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

“ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของภาครัฐในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกกระดับสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล...”

ในคำแถลงนโยบายดังกล่าว มีหลักการและแนวทางการดำเนินงานตามข้อ 8 คือนโยบายการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ในข้อ 8.1.6 ซึ่งมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

“สร้างมาตรฐานด้านคุณธรรม จริยธรรม และธรรมาภิบาลให้แก่ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐ พร้อมทั้งพัฒนาความโปร่งใสในการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้เป็นที่เชื่อถือไว้วางใจของประชาชนตลอดจนสนับสนุนการสร้างค่านิยมของสังคมให้ยึดมั่นในความซื่อสัตย์สุจริตและถูกต้องชอบธรรม.....” (เอกสารหมายเลข 5)

1.2 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกคำแถลงนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่จันทร์ที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2552 ปรากฏในนโยบายข้อ 2 ดังนี้

“ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของภาครัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกกระดับสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล” (เอกสารหมายเลข 6)

1.3 กระทรวงสาธารณสุขได้ออก “แนวทางการดำเนินงานภายใต้รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี นายวิทยา แก้วภราดัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายมานิต นพอมรบดี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข” ปรากฏในนโยบายเร่งด่วนข้อแรก ดังนี้

นโยบายเร่งด่วน

เร่งลงทุนเพื่อการพัฒนาประเทศ (ด้านสุขภาพ) คือ การลงทุนเพื่อปรับโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ที่มุ่งสู่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (นโยบายเร่งด่วน ข้อ 1.1.7)

วิธีดำเนินการ

1. ปรับปรุงและก่อสร้างสถานบริการใหม่ให้ครอบคลุมทุกอำเภอและกิ่งอำเภอให้เป็นโรงพยาบาลระดับตำบล (ขนาด 10 เตียง) โดยการปรับปรุงสถานอนามัย

เดิมหรือก่อสร้างใหม่ เพื่อรองรับการดูแลด้านส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพที่ครบวงจรจนถึงระดับชุมชน

2. สนับสนุนการก่อสร้างอาคารเพื่อรองรับผู้ป่วยให้เพียงพอ ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
3. ก่อสร้างอาคารเพื่อรองรับการบริการเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคติดต่อร้ายแรง การบำบัดยาเสพติด ฯลฯ ตามความต้องการของพื้นที่ต่างๆ ที่พร้อม
4. สนับสนุนการจัดหาเครื่องมือแพทย์ที่มีความทันสมัย และจำเป็นให้กับสถานบริการทุกระดับ และมีบุคลากรพร้อมที่จะรองรับการใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย (เอกสารหมายเลข 7)

1.4 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการเตรียมการในเรื่องนี้มาก่อนแล้วในโครงการเมกะโปรเจกต์ ตั้งแต่สมัยรัฐบาล พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร ต่อเนื่องมาถึงสมัยรัฐบาลนายสมัคร สุนทรเวช และรัฐบาลนายสมชาย วงศ์สวัสดิ์

ความเห็นคณะกรรมการ

คณะกรรมการพิจารณาแล้วมีความเห็นในประเด็นนี้ว่า แม้นโยบายนี้จะเป็นนโยบายเร่งด่วน แต่มีการดำเนินการที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานมาก่อนหน้านานพอสมควร และมีการประกาศเป็นนโยบายของรัฐบาลนี้ชัดเจนตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2551 และกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ประกาศเป็นนโยบายและแนวทางการดำเนินงานมาตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2552 หน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขจึงมีเวลาพอสมควรในการเตรียมการและดำเนินงาน หากมีความเอาใจใส่ ดำเนินการอย่างถูกต้อง เป็นระบบ และดำเนินการโดยสุจริต จะเป็นโอกาสอย่างยิ่งในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการสุขภาพภาครัฐของประเทศ แทนที่จะลุกลามกลายเป็นปัญหาที่ “กระทบต่อภาพลักษณ์โดยรวมของกระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาล” อย่างที่เกิดขึ้น

2. การศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินการในอดีต

เนื่องจากโครงการตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 เป็นโครงการที่ต้องใช้เงินจำนวนมาก และเป็นเงินกู้ในภาวะที่ประเทศประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ จึงจำเป็นต้องใช้เงินให้บรรลุวัตถุประสงค์ อย่างคุ้มค่า และโปร่งใส สามารถสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประเทศไทยได้อย่างแท้จริง คณะกรรมการได้ศึกษาการดำเนินการโครงการเงินกู้ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ต่อเนื่องมานานหลายปี มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้น 2 ระดับ ได้แก่ 1) คณะกรรมการเพื่อจัดทำแผนแม่บท มีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และ 2) คณะอนุกรรมการกลั่นกรองโครงการหลายคณะ มีผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งจากภายนอกและภายในกระทรวงสาธารณสุขมาร่วมเป็นอนุกรรมการ (เอกสารหมายเลข 8) แต่สำหรับโครงการตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง จากการตรวจสอบเอกสารและสอบพยานบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์) รองปลัดกระทรวงที่ได้รับมอบหมาย (พญ.ศิริพร กัญชนะ) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์) ผู้อำนวยการสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค (นพ.สุชาติ เลาบริพัตร) อธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.เรวัต วิศรุตเวช) รองอธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.วันชัย สัตยาวิฑูพิพงศ์ และ นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์) ไม่ปรากฏว่ามีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานกลั่นกรองเพื่อดำเนินการโครงการนี้แต่อย่างใด

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์) อ้างว่า ได้ใช้กลไกการประชุมผู้บริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เรียกว่า Tuesday Breakfast Meeting เรียกย่อๆ ว่า TBM เป็นที่ประชุมติดตามโครงการตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการได้ตรวจสอบรายงานการประชุมดังกล่าว พบว่าที่ประชุมดังกล่าวเป็นการประชุมแบบกึ่งทางการ ซึ่งในช่วงเดือนมีนาคม 2552 ถึงเดือน กันยายน 2552 มีการประชุมทั้งสิ้น 29 ครั้ง มีการพิจารณาเรื่องโครงการไทยเข้มแข็งเพียง 10 ครั้งเท่านั้น โดยเป็นระเบียบวาระเล็กๆ ไม่มีการพิจารณาอะไรมาก (เอกสารหมายเลข 9)

ความเห็นคณะกรรมการ

คณะกรรมการมีความเห็นว่าโครงการตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง เป็นโครงการขนาดใหญ่มาก นอกจากใช้เงินจำนวนมากแล้ว ยังมีผลต่อการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคตอย่างมาก หากดำเนินการผิดพลาด นอกจากจะไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการแล้วยังก่อปัญหาได้มากมาย ตามคำพังเพยที่ว่า “ปลูกเรือนผิด คิดจนเรือนทลาย” การดำเนินการโครงการเช่นนี้ จึงควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการขึ้นรับผิดชอบ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีความสามารถได้มีส่วนช่วยการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นการทำงานอย่างโปร่งใส มีส่วนร่วมตามหลักธรรมาภิบาล หรือ หลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ซึ่งจะทำให้เกิดผลดี คือ

- 1) มีการกระจายทรัพยากรการลงทุนอย่างเหมาะสม
- 2) มีการประเมินและกลั่นกรอง เลือกใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม
- 3) มีการพิจารณาเรื่องราคาอย่างเหมาะสม

การที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินการเรื่องนี้ เป็นสาเหตุหลักประการหนึ่งที่ทำให้โครงการตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็งของ กระทรวงสาธารณสุขเกิดปัญหา จน “กระทบต่อภาพลักษณ์โดยรวมของกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาล ”

3. การพิจารณาหน่วยงานรับผิดชอบ

ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบงบประมาณส่วนใหญ่ในโครงการตาม แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็งโดยเฉพาะในส่วนของสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์การแพทย์ และครุภัณฑ์ขนส่ง มี 3 หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบโครงการนี้ ได้แก่

- (1) สำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค ซึ่งรับผิดชอบในการจัดทำคำของบประมาณทั้งหมด
- (2) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มีหน้าที่หลักในการตรวจสอบโครงการที่สำนักบริหาร สาธารณสุขภูมิภาคจัดทำขึ้นก่อนเสนอให้ผู้มีอำนาจลงนามส่งไปยังสำนักงบประมาณและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง
- (3) กองแบบแผน มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับแบบก่อสร้างและกำหนดราคากลาง

คณะกรรมการพบว่า หน่วยงานที่รับผิดชอบทั้ง 3 หน่วยงาน มีปัญหาในการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

ก. สำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค เป็นเพียงหน่วยงานภายในของสำนักงานปลัดกระทรวง เดิมคือกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค แต่ทั้งสองกองถูกยุบไปอยู่ภายใต้กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ เมื่อมีการปฏิรูปโครงสร้างของส่วนราชการครั้งใหญ่ เมื่อปี พ.ศ. 2545 ทำให้มีปัญหาในการ บริหาร เพราะไม่มีหน่วยงานภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลหน่วยงานในส่วนภูมิภาค คือ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และหน่วยงานภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ จนต้องมีการ จัดตั้งหน่วยงานภายในขึ้นมาใหม่ แต่ไม่สามารถหาผู้บริหารที่มีความรู้ความสามารถอย่างพอเพียงมาทำ หน้าที่ผู้อำนวยการได้ เพราะสถานะที่เป็นเพียงหน่วยงานภายใน ทำให้ทั้งผู้บริหารและข้าราชการตลอดจน ลูกจ้างและพนักงานราชการที่มาปฏิบัติงานย่อมไม่มีความมั่นคงและความก้าวหน้าเหมือนหน่วยงานทั่วไป จึงมีแต่ผู้บริหารที่มาทำงาน “บางเวลา” ไม่ได้ทุ่มเทให้แก่งานที่มีความสำคัญมากน้อยอย่างเต็มที่ จนกระทั่ง เมื่อนายแพทย์สุชาติ เลขาบริพัตร กลับเข้ารับราชการและได้รับมอบหมายให้มาทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการ

สำนักแห่งนี้ ทั้งนี้ แต่เดิมทั้งผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุขจะคัดเลือกผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่มีผลงานโดดเด่นมาทำหน้าที่ แต่หลังจากที่ กพ. กำหนดตำแหน่งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศเป็นระดับ 9 แต่กำหนดให้ผู้อำนวยการทั้ง 2 กองนี้เป็นแค่ระดับ 8 จึงเป็นจุดตั้งต้นของความเสื่อมของทั้ง 2 กองนี้ และเสื่อมลงจนต่ำสุดเมื่อมีการรวมกองทั้งสองกองเข้าด้วยกัน และถูกยุบไปรวมอยู่กับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

โดยหลักการแล้ว ผู้ที่จะมาทำหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาคที่ดีจะต้องมีความรู้ความสามารถโดดเด่นเท่ากับผู้อำนวยการสองกองสำคัญ 2 กองรวมกันคือ ผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาค และผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค แต่ที่ผ่านมามักได้แต่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่มีความรู้ความสามารถปานกลางแบ่งเวลามาทำงานให้สำหรับ นพ.สุชาติ เลาบริพัตร ไม่เคยมีประสบการณ์เป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาก่อนและออกจากราชการไปนานพอสมควร

ปัจจุบัน สำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพียง 53 คน เป็นข้าราชการและลูกจ้างในสังกัดเพียง 28 คน อีก 25 คน ยืมตัวมาช่วยราชการ มีแพทย์เพียงคนเดียวคือนพ.สุชาติ เลาบริพัตร (เอกสารหมายเลข 10) ในการจัดทำงบประมาณโครงการตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็งครั้งนี้ต้องพิจารณาครุภัณฑ์การแพทย์ทั้งสิ้นกว่า 7,000 รายการ นพ.สุชาติ ระบุว่า เป็นคนเดียวที่ดูแลเรื่องครุภัณฑ์การแพทย์ทั้ง 7 พันกว่ารายการนั้น

ข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั้งสิ้น 283 คน เป็นข้าราชการในสังกัด 181 คน ข้าราชการที่มาช่วยราชการ 42 คน มีแพทย์ 4 คน (เอกสารหมายเลข 10) แต่ทั้งผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ที่มาให้ถ้อยคำต่อคณะกรรมการ รวมทั้ง พญ.ศิริพร ภัณฑนะ รองปลัดกระทรวง ซึ่งได้รับมอบหมายจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้รับผิดชอบโครงการไทยเข้มแข็ง และรับผิดชอบในการกำกับดูแลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ต่างยืนยันว่าสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มีหน้าที่เพียงการตรวจสอบยอดงบประมาณให้ตรงกับวงเงินและหมวดงบประมาณ และมีหน้าที่ไปเป็นผู้ชี้แจงกับสำนักงานงบประมาณและหน่วยงานภายนอกที่รับผิดชอบเท่านั้น

ค. กองแบบแผน ซึ่งรับผิดชอบในเรื่องแบบก่อสร้างและการคิดราคากลาง มีปัญหาการดำเนินงานมาโดยตลอด ทั้งระบบการทำงานที่ขาดการพัฒนาให้เป็นมืออาชีพอย่างแท้จริง และที่สำคัญคือความโปร่งใสในการดำเนินงาน ทำให้ขาดความน่าเชื่อถือ และราคาส่งก่อสร้างสูงเกินเหตุมากมาย จนเป็นที่น่าเคลือบแคลงในความซื่อสัตย์สุจริต และน่าสงสัยว่าจะมีความพยายามในการแสวงหาผลประโยชน์

ความเห็นคณะกรรมการ

คณะกรรมการพิจารณาแล้วมีความเห็นว่า การกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง มีความไม่เหมาะสม สำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาคไม่มีศักยภาพเพียงพอในการแบกรับภาระหน้าที่นี้ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ไม่มีส่วนรับผิดชอบในงานนี้เท่าที่ควร ขาดการระดมทรัพยากรเข้ามาทำงานอย่างเป็นระบบ และกองแบบแผนซึ่งควรเป็นผู้สนับสนุนหลักของการดำเนินงานโครงการนี้ก็ขาดการพัฒนา ไม่ทำหน้าที่อย่างมืออาชีพ และมีความน่าเชื่อถือแคลงในความซื่อสัตย์สุจริต

ผู้บริหารระดับสูงที่ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลโครงการนี้คือ พญ.ศิริพร กัญชนะ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขน่าจะมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ไม่เพียงพอ เพราะไม่เคยปฏิบัติงานอยู่ในสายงานภูมิภาคของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาก่อน ไม่เคยเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่เคยเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ไม่เคยบริหารกองสำคัญในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และในการให้ถ้อยคำต่อคณะกรรมการก็ยังเข้าใจว่า มิได้รับมอบหมายให้เป็นเสมือน “ผู้อำนวยการโครงการ” (Project Director) ของโครงการนี้ รวมทั้งอาจมีผลประโยชน์ส่วนตัวแอบแฝงด้วย

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ไพจิตร วราจิต) ซึ่งได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาคก็ได้ทำหน้าที่ “กำกับดูแล” หน่วยงานที่รับหน้าที่สำคัญนี้เท่าที่ควร คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องที่ตนเป็นผู้แต่งตั้งขึ้นตามคำสั่งที่ 762 / 2551 เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ก็ไม่ปรากฏว่ามีการประชุมกันเลย

4. การศึกษาแบบอย่างการดำเนินงานที่ดีในอดีตของกระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการได้ศึกษาการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุขในอดีต พบว่ามีการพัฒนาอย่างเป็นระบบที่สำคัญ 4 ครั้ง ได้แก่

(1) การพัฒนาตามแนวทางการกระจายอำนาจตามภูมิภาค (Decentralization by Regionalization) โดยการจัดแบ่งพื้นที่ออกเป็นเขต มีเครือข่ายเชื่อมโยงกัน มีการพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เชื่อมโยงกันอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับกำลังทรัพยากร เพราะไม่สามารถพัฒนาโรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่งให้เป็นโรงพยาบาลศูนย์ได้

(2) การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (พบส.) เป็นการพัฒนาต่อจากการพัฒนาตามข้อ (1) ทำให้ระบบเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง ระดับเขต จังหวัด

อำเภอ ตำบล เชื่อมโยงกันอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้น มีการพัฒนาอย่างมียุทธศาสตร์ และมีระบบส่งต่อ ตลอดจน การระดมกำลัง ไปช่วยให้บริการเมื่อมีภัยพิบัติขนาดใหญ่

(3) การพัฒนาตามนโยบายทศวรรษการพัฒนาชนบทในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ที่มุ่งพัฒนาสถานบริการในระดับอำเภอและตำบล จนมีโรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอ และมีสถานีอนามัยครบทุกตำบลในประเทศไทย โดยการตัดสินใจอย่างกล้าหาญในการชะลอการลงทุนในส่วนกลางและเมืองใหญ่

(4) การพัฒนาระบบบริการตามข้อมูลระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System หรือ GIS) โดยกำหนดจำนวนเตียงผู้ป่วยให้ได้สัดส่วนกับจำนวนประชากร ระยะทาง และสภาพพื้นที่ เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้แก่ท้องที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉินได้ในเวลาอันสมควร

ความเห็นคณะกรรมการ

คณะกรรมการ มีความเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขมีต้นทุนทางปัญญาและประสบการณ์ที่ดีในการ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง โครงการตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็งซึ่งมีงบประมาณ ถึง 86,685.61 ล้านบาท หากมีการใช้ประสบการณ์ที่ดีในอดีต และมีความตั้งใจที่จะใช้เงินเพื่อประโยชน์ ของประเทศชาติ และประชาชนอย่างแท้จริง ไม่ฉวยโอกาสแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนหรือพวกพ้อง โครงการนี้จะเป็นโครงการที่ดียิ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่จะพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ให้เข้มแข็งขึ้นอย่างมาก

การตัดสินใจอย่างถูกต้องและกล้าหาญ ในรัฐบาลสมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ที่มุ่งพัฒนา บริการสาธารณสุขในระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิคือ โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ส่งผลกระทบ อย่างสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งแก่ประเทศอย่างแท้จริง เพราะแต่เดิมผู้ป่วยต้องหลั่งไหลเข้าไปรับ บริการในเมืองใหญ่ จนโครงสร้างการใช้บริการมีลักษณะเป็นสามเหลี่ยมหัวกลับ แต่ผลการพัฒนาสมัยพล เอกเปรม ทำให้โครงสร้างการใช้บริการค่อยๆ เปลี่ยนเป็นรูปสามเหลี่ยมหัวตั้ง ซึ่งถูกต้อง เพราะผู้ป่วยจะ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการโดยไม่จำเป็น และสามารถบรรเทาความแออัด ยัดเยียดของ โรงพยาบาลในเมืองใหญ่ลงได้ แต่โครงสร้างจัดงบประมาณตามโครงการไทยเข้มแข็ง กลับจัด งบประมาณให้แก่บริการระดับตติยภูมิและศูนย์ความเป็นเลิศมากกว่าอย่างเห็นได้ชัด หากไม่มีการแก้ไข จะไม่สามารถแก้ปัญหาความแออัดยัดเยียดในโรงพยาบาลตติยภูมิและศูนย์ความเป็นเลิศ ประชาชนต้อง แบกรับภาระค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงในการเดินทางไปรับบริการ ในอนาคตโครงสร้างการใช้บริการจะค่อยๆ กลับเป็นรูปสามเหลี่ยมหัวกลับอีก !

อนึ่ง การลงทุนในเครื่องมือแพทย์ราคาแพง ซึ่งต้องนำเข้าจากต่างประเทศทั้งสิ้น น่าจะสวนทางกับการสร้างความเข้มแข็งของประเทศโดยตรง

5. การพิจารณาเจตนาในการดำเนินงาน

จากการให้ถ้อยคำต่อคณะกรรมการของ นพ.ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์ นพ.ปราชญ์ได้แสดงและมอบแผนภาพ “ขั้นตอนการดูแลการจัดทำคำขอโครงการไทยเข้มแข็ง (SP2) สธ” มอบให้แก่คณะกรรมการ ในแผนภาพดังกล่าว มีผู้เกี่ยวข้องคือ “คณะทำงานเลขานุการรัฐมนตรี” อยู่ทางมุมขวาบน เชื่อมโยงโดยตรงระหว่าง “รพมว / รพมช เลขฯฯ / ที่ปรึกษา” กับ “สำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค (สบภ.)” โดยมีลูกศรสีดำ ซึ่งมีคำอธิบายว่าเป็นลูกศรแสดงการ “ประสานการทำของบ” ระหว่างฝ่ายการเมืองและหน่วยปฏิบัติในฝ่ายข้าราชการประจำ แทนที่จะเป็นการสั่งการตามสายงานผ่านผู้บริหารระดับสูง คือ ปลัดกระทรวงและรองปลัดกระทรวง (เอกสารหมายเลข 11)

นอกจากการเปิด “ช่องทาง” การทำงานในโครงการนี้ ยังมีการ “ยืมตัว” นพ.สุชาติ เลาบริพัตร ผู้อำนวยการสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค ไปปฏิบัติงานในคณะทำงานเลขานุการรัฐมนตรีด้วย เพื่อให้มีการ “ประสาน” โดยตรงระหว่างฝ่ายการเมืองและหน่วยปฏิบัติในฝ่ายราชการประจำต่างๆ ที่ นพ.สุชาติ มีงานที่ต้องรับผิดชอบมากมายและเป็นแพทย์เพียงคนเดียวในสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค

การให้ยืมตัว นพ.สุชาติ ไปช่วยราชการในคณะทำงานเลขานุการรัฐมนตรีนี้ นพ.ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์ เป็นผู้ให้ถ้อยคำพร้อมเอกสารแก่คณะกรรมการโดยให้ข้อมูลเพียงครึ่งเดียว (Half Truth) ว่า พญ.ศิริพร กัญชนะ รองปลัดกระทรวงเป็นผู้อนุมัติการยืมตัวครั้งนี้ ซึ่งหากเป็นความจริงก็จะเป็นการอนุมัติตัวบุคคลข้ามสายงาน เพราะ พญ.ศิริพร มิได้รับมอบหมายให้เป็นผู้กำกับดูแลสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาคซึ่ง นพ.สุชาติเป็นผู้อำนวยการอยู่ แต่จากการให้ถ้อยคำของ พญ.ศิริพร ต่อคณะกรรมการพร้อมเอกสารหลักฐานที่คณะกรรมการตรวจพบภายหลัง ผู้อนุมัติการยืมตัวกรณีนี้คือ นพ.ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์เอง (เอกสารหมายเลข 12) แสดงว่า นพ.ปราชญ์ จงใจให้ข้อมูลที่ต่อคณะกรรมการและจงใจโยนความผิดให้แก่อดีตผู้ได้บังคับบัญชา

ความเห็นคณะกรรมการ

คณะกรรมการพิจารณาแล้วมีความเห็นว่า การเปิดช่องทางให้มีการประสานสั่งงานโดยตรงจากฝ่ายการเมืองถึงข้าราชการประจำหน่วยปฏิบัติ และการให้ยืมตัวหัวหน้าหน่วยปฏิบัติไปช่วยงานในฝ่ายการเมือง โดยหน่วยปฏิบัติดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบสำคัญในการจัดทำคำขอของบประมาณโครงการไทยเข้มแข็ง ทั้งๆ ที่หัวหน้าหน่วยปฏิบัติดังกล่าวมีงานล้นมืออยู่แล้ว และเป็นแพทย์เพียงคนเดียวซึ่งมีหน้าที่ต้องดูแลการทำคำขอของบประมาณครุภัณฑ์การแพทย์ถึง 7 พันกว่ารายการ การกระทำดังกล่าวเป็นการ

เปิดช่องทางให้มีการ “ล้วงลูก” จากฝ่ายการเมืองโดยตรง และผู้ที่มีส่วนสำคัญในฝ่ายข้าราชการประจำที่
เปิดช่องทางดังกล่าวนี้คือ นพ.ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น

การเปิดช่องทางดังกล่าวนี้ อาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้ดังนี้

(1) เป็นเพราะขาดความรู้ความสามารถ ซึ่งไม่น่าจะเป็นไปได้ เพราะ นพ.ปราชญ์ เป็นผู้ที่มี
ประสบการณ์สูงมาก เคยเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหลายจังหวัด เป็นผู้ตรวจราชการกระทรวง
เป็นอธิบดี และเป็นรองปลัดกระทรวงถึงสองรอบ ก่อนจะเป็นปลัดกระทรวง และห้วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์
ดังกล่าวก็เป็นช่วงที่เป็นปลัดกระทรวงมาหลายปีแล้ว

(2) เป็นเพราะขาดความเอาใจใส่ ซึ่งก็ไม่น่าจะเป็นไปได้ เพราะโครงการนี้เป็นนโยบายสำคัญ
ของรัฐบาล และจะต้องถูกรังรัดจากหน่วยเหนือ

(3) น่าจะมีเจตนาที่จะเปิดช่องทางให้มีการแสวงหาผลประโยชน์ทั้งจากการจัดสรรงบประมาณ
ลงพื้นที่ การตั้งราคาสูงตามใจชอบ การสอดแทรกหรือใส่รายการที่ผิดหลักเกณฑ์ รวมทั้งมีการล๊อคสเปค
เป็นต้น จนทำให้เกิดความผิดพลาด บกพร่อง ไม่เหมาะสม และมีเจตนาส่อไปในทางไม่สุจริตจำนวนมาก
รวมทั้ง นพ.ปราชญ์เองก็มีการดึงงบประมาณลงสู่จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นจังหวัดบ้านเกิด จนเป็น
จังหวัดที่ได้งบประมาณจากโครงการนี้สูงสุด

6. การพิจารณาผู้รับผิดชอบ

คณะกรรมการพิจารณาแล้ว เห็นว่า ความผิดพลาด บกพร่อง ไม่เหมาะสม ส่อเจตนาไม่
สุจริต เปิดช่องทางให้มีการแสวงหาผลประโยชน์ ที่เกิดขึ้นในการจัดทำค่าของงบประมาณโครงการตาม
แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง รวมทั้งการดำเนินการที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายไปแล้วก่อนหน้านี้ซึ่ง
คณะกรรมการได้ตรวจพบ ควรมีผู้รับผิดชอบทั้งฝ่ายราชการประจำและฝ่ายการเมือง ดังนี้

ก. ฝ่ายราชการประจำ ได้แก่

(1) นพ.ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีได้เอาใจใส่ใน
การบริหารราชการในโครงการนี้และมีการกระทำที่เข้าข่ายบกพร่องต่อหน้าที่อย่างมาก รวมทั้งมีพฤติกรรม
ที่ส่อเจตนาไม่สุจริต เปิดช่องทางให้มีการแสวงหาผลประโยชน์ทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น ตลอดจนมีการ
ดำเนินงานที่ไม่สุจริตเกี่ยวกับเรื่องการส่งตัว พญ.ศิริพร ไปปฏิบัติงานที่โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ
เครื่องยูวีแฟน และการจัดทำห้องแยกโรคซึ่งขัดต่อหลักวิชาการ โดยมีข้อมูลว่าอาจมีผลประโยชน์แอบแฝง
อยู่ด้วย

เนื่องจาก นพ.ปราชัญญ์ พ้นจากราชการเพราะเกษียณอายุไปแล้ว ควรส่งเรื่องให้ ป.ป.ช.ดำเนินการตาม มาตรา 84 แห่งพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ต่อไป

(2) พญ.ศิริพร กัญชนะ อธิบดีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งบกพร่องต่อหน้าที่ และอาจดำเนินการโดยมีผลประโยชน์ส่วนตัวแอบแฝง กรณีการขอไปปฏิบัติงานที่โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ และการสั่งการเรื่องยูวีแฟน ซึ่ง พญ.ศิริพร เกษียณอายุราชการไปแล้ว ควรส่งเรื่องให้ ป.ป.ช.ดำเนินการเช่นเดียวกับ นพ.ปราชัญญ์

(3) ผู้อำนวยการกองแบบแผนและเจ้าหน้าที่ในกองแบบแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการกำหนดครุภัณฑ์ก่อสร้างสูงเกินสมควรมากมาย ควรตั้งคณะกรรมการสอบสวน หากพัวพันข้าราชการที่เกษียณอายุไปแล้ว ควรส่งเรื่องให้ ป.ป.ช.ดำเนินการต่อไป

(4) นพ.เรวัต วิศรุตเวช อธิบดีกรมการแพทย์ ซึ่งต้องรับผิดชอบฐานะหัวหน้าส่วนราชการในการจัดทำค่าของงบประมาณทั้งสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์การแพทย์ของกรมการแพทย์ในราคาแพงมาก และหลายรายการ

(5) นพ.สุชาติ เลาบริพัตร ซึ่งคณะกรรมการสอบสวนข้อเท็จจริงชุด นพ.เสรี หงษ์หยก ได้ชี้มูลความผิดไว้แล้ว

(6) ผู้ที่อาจเข้าข่ายบกพร่องต่อหน้าที่ โดยไม่มีหลักฐานแสดงว่ามีเจตนาไม่สุจริต ได้แก่

ก. นพ.ไพจิตร วราชิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อครั้งดำรงตำแหน่งรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค

ข. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งมีได้ทำหน้าที่กั้นกรองค่าของงบประมาณ โครงการเท่าที่ควร

(7) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการยูวีแฟนทั้งหมด ทั้งข้าราชการในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและบุคลากรในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

(8) นพ.จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่อง เครื่องยูวีแฟน และเรื่องการซื้อรถตู้ไฟฟ้าคันเก่าอย่างมีเงื่อนไข

ข. ฝ่ายราชการการเมือง ได้แก่

(1) นายมานิต นพอมรบดี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสั่งการเรื่องสิ่งก่อสร้างต่างๆ โดยเฉพาะในจังหวัดราชบุรี รวมทั้งเครื่องฟันท้าย และรถพยาบาล

(2) นางศิริวรรณ ปราศจากศัตรู อดีตเลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งเรื่องคำสั่งการเกี่ยวกับโครงการแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็งโดยรวม และเรื่องรถพยาบาล

(3) นายวิทยา แก้วภราดัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่อาจปิดความรับผิดชอบในความผิดพลาด บกพร่อง ส่อเจตนาไม่สุจริต และการเปิดช่องทางให้มีการแสวงหาผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข

(4) นายแพทย์กฤษดา มนูญวงศ์ ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีส่วนพัวพันเรื่องยูวีแฟน

ข้อเสนอแนะ

คณะกรรมการพิจารณาแล้ว มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

(1) ควรมีการทบทวนพิจารณาโครงการไทยเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุขใหม่ทั้งหมด ทั้งสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์การแพทย์ รถพยาบาล ทั้งในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมอื่นๆ โดยเฉพาะกรมการแพทย์ รวมทั้งโครงการพัฒนาบุคลากร ซึ่งจะต้องได้สัดส่วนเหมาะสมกัน ทั้งนี้ ควรดำเนินการโดยมุ่งคุณภาพ เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมความเข้มแข็งของประเทศอย่างแท้จริง มิใช่ทำให้ประเทศชาติอ่อนแอลง และสร้างปัญหาในระยะยาว

ข้อสำคัญที่ต้องทบทวน คือ จะต้องมุ่งเน้นการพัฒนาในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อให้เกิดการกระจายความเจริญออกจากเมืองหลวงและเมืองใหญ่ ให้เกิดความเป็นธรรม และเป็นประโยชน์อย่างแท้จริงแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งเสียเปรียบมาโดยตลอด ทั้งนี้ควรศึกษาและดำเนินการตามที่เคยเริ่มต้นมาเป็นอย่างดีแล้วในสมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์

อนึ่ง ขณะนี้ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจได้คลี่คลายลงระดับหนึ่งแล้ว ไม่น่าจะมีความจำเป็นต้องเร่งรัดใช้งบประมาณโครงการนี้ เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจตามแผนเดิม

(2) ควรมีการสอบสวนทั้งทางวินัยและทางอาญากับข้าราชการที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่ยังรับราชการ และที่เกษียณอายุไปแล้ว สำหรับข้าราชการที่เกษียณอายุราชการไปแล้ว ให้พิจารณาส่งเรื่องให้ ป.ป.ช. ดำเนินการต่อไป

(3) ควรพิจารณาดำเนินการกับนักการเมืองที่เกี่ยวข้องตาม “กฎเหล็ก 9 ข้อ” ของ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี ที่แถลงภายหลังการประชุมคณะรัฐมนตรีครั้งแรก เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2551 โดยเฉพาะในข้อ 2 ที่ “เน้นให้ยึดถือการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริตอย่างเคร่งครัด” และ ข้อ 9 ที่ระบุว่า “ความรับผิดชอบทางการเมืองนั้นมีมาตรฐานที่สูงกว่าความรับผิดชอบทางกฎหมาย”

(4) ควรปรับปรุงโครงสร้างการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขเสียใหม่ ยุบกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเข้าไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงตามเดิม จัดให้มีหน่วยงานที่ดูแลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ / ทั่วไป ในระดับสำนัก ให้มีความเข้มแข็งอย่างน้อยเท่ากับกองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสาธารณสุขภูมิภาคในอดีต ก่อนถูกทำให้เสื่อมลงโดยการตัดสินใจที่ผิดพลาดของ กพ. และ กพร.

(5) ควรปรับปรุงระบบการทำงานของกองแบบแผนเสียใหม่ ให้ทำงานอย่างมืออาชีพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และมุ่งประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนอย่างแท้จริง

(6) กรมการแพทย์ควรมีหน่วยงานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Office of Medical Technology Assessment) อย่างเป็นลักษณะที่สามารถประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์โดยเฉพาะที่ใหม่ ๆ และราคาแพงได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเชื่อถือได้ ซึ่งจะสามารถป้องกันการทุจริต และได้เครื่องมืออุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและต่อประเทศชาติอย่างแท้จริง

(7) ควรฟื้นฟูระบบคุณธรรมในระบบราชการ เพื่อส่งเสริมผู้มีความรู้ ความสามารถ และความซื่อสัตย์สุจริต ให้มีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถทำประโยชน์แก่หน่วยงานได้ ไม่ควรปล่อยให้ระบบราชการเต็มไปด้วยข้าราชการที่มีความรู้ความสามารถไม่พอเพียง พึ่งพาแต่ระบบวังเด่นเส้นสาย ขาดความกล้าหาญทางจริยธรรม โอนอ่อนยอมตามผู้มีอำนาจโดยไม่ยึดความถูกต้อง ซอบธรรมและประโยชน์ของราชการ อย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

อนึ่งในการสอบสวนครั้งนี้ ได้พบปัญหาส่อไปในทางทุจริต นอกเหนือจากโครงการไทยเข้มแข็ง คือ มีพฤติกรรมรวบรวมเงินจากสวัสดิการของโรงพยาบาลในเขตตรวจราชการที่ 6 ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดซื้อรถยนต์ให้ผู้มีอำนาจ คณะกรรมการฯ จึงได้แนบเรื่องดังกล่าวมาด้วยเพื่อโปรดพิจารณา

(รายละเอียดโปรดดูรายงานฉบับที่ 10)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาคำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ
(นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช)

ลงชื่อ.....รองประธานกรรมการ
(พลตำรวจเอกประทีป สันติประภพ)

ลงชื่อ.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์บรรเจิด สิงคะเนติ)

ลงชื่อ.....กรรมการ
(นายแพทย์สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย)

ลงชื่อ.....กรรมการ
(นายแพทย์นิวัติชัย สุจริตจันทร์)

ลงชื่อ.....กรรมการ
(นายแพทย์วัชรระ บถพิบูลย์)

ลงชื่อ.....กรรมการและเลขานุการ
(นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์)

ลงชื่อ.....กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทจิรา เอี่ยมมยุรา)

ลงชื่อ.....กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(นายไพโรจน์ แก้วมณี)