



สืบสาน พระราชปณิธาน

ส่งเสริม ธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สร้างสรรค์ ยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ
และมาตรฐานสุขภาพของคนไทย

สัมมนาวิชาการ ปอพ.ครั้งที่ 6

MD KPI Symposium #6



อุดมการณ์สถาบันพระปกเกล้า
ทำให้วิชาการเด่น เน้นเครือข่ายเพื่อสังคม สังคมคุณธรรม



พันธกิจแพทยสภา

เป็นวิชาชีพที่มีการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ
ในการส่งเสริมจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พัฒนามาตรฐาน
การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชี้นำสังคมด้านสุขภาพ
อย่างมีระบบ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของแพทย์และ
ประชาชนโดยมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม



หลักนิติธรรม Rule of Laws

หลักคุณธรรม Ethics

หลักความโปร่งใส Transparency

หลักมีส่วนร่วม Participation

หลักสำนึกรับผิดชอบ Accountability

หลักความคุ้มค่า Value for Money

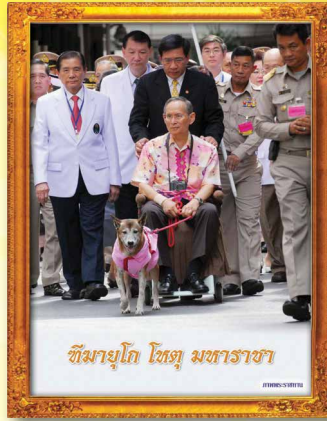


สืบสาน พระราชปณิธาน
ส่งเสริม ธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สร้างสรรค์ ยกกระดับมาตรฐานวิชาชีพ
และมาตรฐานสุขภาพของคนไทย

สัมมนาวิชาการ ปพพ.ครั้งที่ 6
MD KPI Symposium #6

ปีที่พิมพ์ 2561
จำนวนพิมพ์ 1,500 เล่ม
ISBN : 978-616-92902-1-6

มูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ชั้น 11 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่
แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 02-692-7222, 089-890-0990
เว็บไซต์ www.ggm.or.th



พระราชดำรินำมาซึ่งหลักสูตรสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ไทย

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง (ปธพ.) เป็นหลักสูตรที่ออกแบบขึ้นเพื่อสนองพระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่พระราชทานแก่คณะกรรมการแพทยสภาว่า.... ในยุคที่บ้านเมืองมีความขัดแย้งขอให้แพทย์ไทย “อ่อนน้อมถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร” แพทยสภาจึงได้นำพระราชดำริดังกล่าวมาจัดหลักสูตรการศึกษาระดับสูงสำหรับผู้บริหารทางสายการแพทย์เพื่อการศึกษาเรียนรู้ในหลายมิติเริ่มจากการศึกษาร่วมกันของแพทย์ซึ่งจบจากคณะแพทยศาสตร์ต่างมหาวิทยาลัย (ปัจจุบันมี 21 แห่ง) และปฏิบัติงานอยู่ใน 4 สาขาหลักทางการแพทย์ไทย ได้แก่

1. ครูแพทย์ (คณะแพทยศาสตร์)
2. แพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข (77 จังหวัด)
3. แพทย์ในภาครัฐอื่นๆ (ตำรวจ ทหาร กทม.)
4. แพทย์ในภาคเอกชน

ซึ่งแพทย์ทั้ง 4 สาขาหลัก จะร่วมกันดูแลระบบสาธารณสุขไทย และประชาชนไทยร่วมกับ 2 เสริมคือองค์กรภาครัฐและเอกชน (4+2=6) ผู้บริหารทั้ง 6 เส้า จะมาเรียนรู้ระบบการแพทย์ไทยร่วมกันแบบบูรณาการนำข้อเท็จจริงในมุมที่ต่างกันมาวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาในระบบสาธารณสุขของประเทศร่วมกันด้วยกลไกของธรรมาภิบาล โดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการแพทย์และสาธารณสุขไทยไปในทิศทางที่สอดคล้องกันท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีในปัจจุบัน

ปัจจุบัน หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูงเป็นหลักสูตรที่ผ่านการอนุมัติตามมติกรรมการแพทยสภาและผ่านการพัฒนาโดยสถาบันพระปกเกล้า ซึ่งได้ดำเนินการมาแล้ว 6 รุ่นและมีนักศึกษาทั้งสายการแพทย์และสายอื่น รวมทั้งสิ้น 777 คน มูลนิธิฯ โดยท่านประธาน ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ เกษม วัฒนชัย ได้เข้ามาดูแลตั้งแต่วันที่ 4 จนถึงปัจจุบัน และขยายงานแพทย์อาสาและจิตอาสาไปหลายโครงการทั้งในประเทศและต่างประเทศ

รุ่น	ระยะเวลาการอบรม	จำนวนผู้อบรม
หลักสูตร ปธพ. รุ่นที่ 1	28 กันยายน 2555 – 9 มีนาคม 2556	120 คน
หลักสูตร ปธพ. รุ่นที่ 2	14 มิถุนายน 2556 – 2 พฤศจิกายน 2556	120 คน
หลักสูตร ปธพ. รุ่นที่ 3	24 กันยายน 2557 – 25 เมษายน 2558	128 คน
หลักสูตร ปธพ. รุ่นที่ 4	24 กันยายน 2558 – 15 พฤษภาคม 2559	129 คน
หลักสูตร ปธพ. รุ่นที่ 5	24 กันยายน 2559 – 15 พฤษภาคม 2560	140 คน
หลักสูตร ปธพ. รุ่นที่ 6	3 พฤศจิกายน 2560 – 3 มิถุนายน 2561	140 คน

หลักธรรมาภิบาล

(GOOD GOVERNANCE)



หลักธรรมาภิบาล หมายถึง การบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี เป็นแนวทางในการจัดระเบียบเพื่อให้สังคมของประเทศทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ เอกชนและภาคประชาชนสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสงบสุข และตั้งอยู่ในความถูกต้องเป็นธรรม ตามหลักพื้นฐานการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ประกอบด้วยหลักต่างๆ ดังนี้

1. หลักนิติธรรม (The Rule of Law)



หลักนิติธรรม หมายถึง การปฏิบัติตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ โดยถือว่าเป็นการปกครองภายใต้กฎหมายมิใช่ตามอำเภอใจ หรืออำนาจของตัวบุคคล จะต้องคำนึงถึงความเป็นธรรม และความยุติธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ รวมทั้งมีความรัดกุมและรวดเร็วด้วย

2. หลักคุณธรรม (Morality)



หลักคุณธรรม หมายถึง การยึดมั่นในความถูกต้อง ดีงาม ซึ่งจะแสดงออกมาโดยการกระทำทางกาย วาจา และจิตใจ และส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนาตนเองให้มีความซื่อสัตย์ จริงใจ ขยัน อดทน มีระเบียบ วินัย สำนึกในหน้าที่ของตนเอง และเคารพในสิทธิของผู้อื่น จนเกิดเป็นนิสัยเป็นการประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม

Research Topic Index



กลุ่มวิชาการที่ 1 The DMS Medical Complex — a public private partnership (PPP) : A Case Study	48
กลุ่มวิชาการที่ 2 Use of Corporate Governance Concept analysis “Co-payment for medical expenses” is appropriate for the quality and sustainable Thai health system.	56
กลุ่มวิชาการที่ 3 Community health survey for elderly health care management in urban community using information technology (A case study : Bangkoknoi model)	66
กลุ่มวิชาการที่ 4 Strategy of Ministry of Public Health 4.0 to improve quality of life of Medical Staffs : In case of quality of life of Registered nurses in Thailand.	77
กลุ่มวิชาการที่ 5 Efficient Telemedicine for Thailand 4.0	87
กลุ่มวิชาการที่ 6 Impact of International Medical Hub Project in Eastern Economic Corridor (EEC) on Medical Personnel in Thailand	96
กลุ่มวิชาการที่ 7 Good governance and the merger of Thailand three health funds administration regarding to the Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) policy	104
กลุ่มวิชาการที่ 8 Lesson learned and opinions of medical professionals and patients on the innovation of automated pharmacy robotics system in the era of Thailand 4.0	114
กลุ่มวิชาการที่ 9 The role of the Thai Ministry of Public Health in the management of the health system in accordance with good governance	123
กลุ่มวิชาการที่ 10 The evaluation of health promotion and prevention schedule in Thailand 2018	131

ปฐพ. 6
MD KPI Symposium #6

สารบัญ

กลุ่มวิชาการที่ 5	โทรเวช (Telemedicine) ที่มีประสิทธิภาพเพื่อประเทศไทย 4.0	85
กลุ่มวิชาการที่ 6	ผลกระทบของการจัดตั้งศูนย์การแพทย์นานาชาติในเขตระยอง เศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ต่อบุคลากรทางการแพทย์ไทย	94
กลุ่มวิชาการที่ 7	ธรรมาภิบาลกับการควมรวมการบริหารจัดการสามกองทุน สุขภาพของประเทศไทย กรณีศึกษาฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่	101
กลุ่มวิชาการที่ 8	บทเรียนและมุมมองเชิงระบบ Ecosystem for Innovation ในการพัฒนาหุ่นยนต์จัดยาครบวงจรในยุค Thailand 4.0	112
กลุ่มวิชาการที่ 9	บทบาทกระทรวงสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาลในอุดมคติ	121
กลุ่มวิชาการที่ 10	การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2561	129
โครงการกิจกรรมเพื่อสังคม		
	โครงการแพทย์อาสาเฉพาะทางเพื่อประชาชน ครั้งที่ 1	139
	โครงการแพทย์อาสาเฉพาะทางเพื่อประชาชน ครั้งที่ 2	141
	โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 (ปพพ.3)	143
	โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 4 (ปพพ.4)	145
	โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร	147
	โครงการแพทย์อาสาร่วมใจ ถวายเป็นพระราชกุศล	150
	พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร	
	โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ	154
	สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ครั้งที่ 2	
	กิจกรรมศึกษาดูงาน หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 (ปพพ.6)	161
	รายชื่อนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6	170

สารจาก ประธานมูลนิธิธรรมาภิบาล ทางการแพทย์



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย
ประธานมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์

ผมขอแสดงความยินดีต่อนักศึกษาที่สำเร็จหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง (ปพพ.) รุ่นที่ 6 ทุกคนต่างก็มุ่งมั่นใส่ใจและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของหลักสูตรอย่างเต็มความสามารถ ผมหวังว่าความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากหลักสูตรนี้จะเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษารุ่นที่ 6 ที่จะนำไปใช้ในการบริหารจัดการองค์กรของท่าน

ปัจจุบันประเทศไทยของเราได้ผ่านการพัฒนามาหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 3-4 ปีนี้ เป้าหมายการพัฒนาประเทศได้กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน และกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะยาว ผมหวังว่านักศึกษาทุกท่านจะออกไปเป็นผู้บริหารที่มีส่วนในการพัฒนาประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ชาติอย่างเข้มแข็งเพื่อให้ประเทศไทยของเราเจริญพัฒนานำความสุขและความยั่งยืนมาสู่ประชาชนทุกหมู่เหล่า

ขอส่งความปรารถนาดีมายังนักศึกษาทุกท่าน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย
ประธานมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สารจาก นายกแพทยสภา



ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา
นายกแพทยสภา

การพัฒนาบุคลากรทั้งในเชิงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานจำเป็นต้องควบคู่ไปกับการพัฒนาจิตใจให้ถึงพร้อมซึ่งคุณธรรมและมีจริยธรรม ขณะเดียวกันการพัฒนาบุคลากรจะต้องมีความสอดคล้องไปกับการพัฒนาระบบ (ระบบการปฏิบัติงาน ระบบ การบริหาร ระบบ เครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง) และการพัฒนาองค์กร หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหาร ระดับสูงให้ความสำคัญและร้อยเรียงสาระ รวมทั้งดำเนินการให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การสาธารณสุข หนังสือรวบรวมเอกสารวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการศึกษาของหลักสูตร

พระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชที่ได้พระราชทานให้กับอดีตคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ว่า “อ่อนน้อมถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร” เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการนำผู้บริหารจากหลากหลาย หน่วยงานมาร่วมเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน มุมมองที่แตกต่างกันของแพทย์ทั้งในส่วนของภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้บริหาร หน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐและภาคเอกชนที่ไม่ใช่แพทย์ เป็นฐานสำคัญของเอกสารวิจัยในหนังสือเล่มนี้ หลายบทความวิจัย มุ่งสู่การแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาการแพทย์ การสาธารณสุข

ของประเทศ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หากผู้มีหน้าที่รับผิดชอบระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนเห็น
ว่างานวิจัยเหล่านี้มีประโยชน์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร
ธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 คงจะมีความยินดีและพร้อมที่จะ
ร่วมมือในการดูแลให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพดีทั้งกาย และใจ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ
ในที่สุด

ในท้ายที่สุดนี้ ขออัญเชิญพระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพล
อดุลยเดช ที่ได้พระราชทานเนื่องในพิธีพระราชทานปริญญาบัตร ณ มหาวิทยาลัยมหิดล ตุลาคม
พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งทรงชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและความสัมพันธ์ของสุขภาพของประชาชนและ
การพัฒนาประเทศ ดังนี้

*“..การรักษาความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายเป็นปัจจัยของเศรษฐกิจที่ดีและสังคม
ที่มั่นคงเพราะร่างกายที่แข็งแรงนั้น โดยปกติจะอำนวยผลให้สุขภาพจิตใจสมบูรณ์และเมื่อ
มีสุขภาพสมบูรณ์ดี พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจแล้ว ย่อมมีกำลังทำประโยชน์สร้างสรรค์
เศรษฐกิจ และสังคมของบ้านเมืองได้เต็มที่ ทั้งไม่เป็นภาระแก่สังคมด้วย คือเป็นผู้แต่งสร้าง
มิใช่ผู้ถ่วงความเจริญ....”*

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา

นายกแพทยสภา

สารจาก เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า



ศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันไชย
เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า

ผมขอแสดงความยินดีกับนักศึกษาทุกท่านที่สำเร็จการศึกษาอบรมในหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 ซึ่งตลอดระยะเวลาที่จัดการศึกษาอบรม ผมรับทราบได้ถึงความตั้งใจและความเอาใจใส่ของนักศึกษาทุกท่าน ทั้งการเข้าเรียนและการมุ่งมั่นที่จะจัดทำเอกสารวิชาการที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุขของไทย รวมถึงการจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม อาทิเช่น โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ณ โรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จังหวัดลพบุรี ซึ่งโครงการดังกล่าวได้รับการตอบรับจากทั้งหน่วยงานและประชาชนเป็นอย่างมาก

นอกจากการสนับสนุนให้นักศึกษาได้รับองค์ความรู้ทั้งในห้องเรียนและการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมแล้ว สถาบันฯ ยังตระหนักถึงการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพความเป็น “ผู้นำ” ผู้ที่นับได้ว่าเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติไปสู่ความก้าวหน้าและเท่าทันการณ์ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ โดยมุ่งเน้นให้นักศึกษามีองค์ความรู้ที่รอบด้าน เพื่อผลักดันพลังความเป็น “ผู้นำ” ของสังคมไปสู่การขับเคลื่อนประเทศให้ก้าวหน้าบนความเชื่อพื้นฐานที่ว่า

ผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรมีความพร้อมทั้งคุณวุฒิ ประสบการณ์ หน้าที่การงานและศักยภาพ หากได้มีโอกาสที่จะทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม บุคคลเหล่านี้คือคนที่มีศักยภาพสูงสุด ดังนั้นสถาบัน จึงมีความตั้งใจที่จะสร้างความเป็น “ผู้นำ” ด้วย “KPI DNA” อันประกอบไปด้วย Knowledge การเป็นผู้มีความรู้ที่เป็นความรู้จากหลักวิชาและความรู้อันเกิดจากการปฏิบัติงานและประสบการณ์ จริงๆ *Publicness* การตระหนักถึงประโยชน์สาธารณะ ประโยชน์ส่วนรวม และ *Integrity* การมีความซื่อตรงต่อตนเอง และซื่อตรงต่อหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น เพราะสถาบันเชื่อว่าผู้นำที่ดีจึง จำเป็นต้องมีการพัฒนาตนให้มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล เพื่อเตรียมความพร้อมในการก้าวไปเป็นอีกหนึ่งกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต

ในโอกาสนี้ ผมขอแสดงความยินดีกับนักศึกษาทุกท่านที่สำเร็จการศึกษารอบในหลักสูตร ประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 และผมขอพระบารมี พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 10 และอำนาจความดีงามทั้งปวง จงดลบันดาลให้ท่านประสบแต่ความสำเร็จ ความเจริญในหน้าที่การงานและสร้างคุณค่า ต่อตนเอง หน่วยงานและสังคมสืบไป

ศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันไชย

เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า

สารจาก ผู้อำนวยการหลักสูตรฯ



พลอากาศตรี นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ
เลขาธิการแพทยสภา

"อ่อนน้อมถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร"

จากพระราชดำรัสของ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ที่ทรงพระราชทานให้คณะแพทย์ผู้รักษา เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาทางการแพทย์ไทย เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 ได้ถูกนำมาวิเคราะห์และออกแบบโดยแพทยสภา เป็นโครงการ ธรรมนูญการแพทย์ โดย มอบให้ทางสถาบันพระปกเกล้าจัดหลักสูตรธรรมนูญ 6 ใน ภาคทฤษฎี และทาง “แพทยสภา” รับผิดชอบในองค์ความรู้ด้าน “ระบบสาธารณสุขไทย” “งานวิจัยเพื่อพัฒนา” และ “ธรรมนูญภาคปฏิบัติ” จึงเป็นที่มาของหลักสูตรธรรมนูญการแพทย์สำหรับการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง (ปรพ.) ซึ่งถือกำเนิดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบัน เป็นรุ่นที่ 7

ผู้ที่เข้ารับการศึกษานี้มาจาก 6 สาขาหลักในวงการแพทย์คือ แพทย์ผู้บริหาร จาก (1) มหาวิทยาลัย หรือครูแพทย์ (2) กระทรวงสาธารณสุข (3) ทหาร ตำรวจ และแพทย์ภาค รัฐอื่น (4) แพทย์ภาคเอกชน ร่วมกับผู้บริหารที่มีใช้แพทย์ (Non MD) ภาครัฐในสาขา (5) และ ผู้บริหารธุรกิจเอกชนในสาขา (6) มาเรียนรู้หลักธรรมนูญทั้ง 6 พร้อมข้อมูลและปัญหาในระบบ สาธารณสุขไทย โดยน้อมนำพระราชดำรัสไปสู่ 6 ขั้นตอนกล่าวคือ

(1) นำความ “อ่อนน้อมถ่อมตน” สร้างให้เกิดความรักและสามัคคีกันในหมู่ผู้บริหารระดับสูง ที่มาจากบุคคลสำคัญ ทั้งในภาครัฐและเอกชน ให้ร่วมแรงร่วมใจกันแก้ไขปัญหาของระบบสาธารณสุขไทย ด้วยความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องระยะยาว

(2) ปลุกฝังความคิด “ทุกคนมีดี” ให้เรียนรู้กันว่าในแต่ละเสาหลักมีคุณความดี มีจุดแข็งจุดอ่อนที่แตกต่างกัน หากเข้าใจข้อดีกันแล้ว ย่อมร่วมมือแก้ไขปัญหของตนได้อย่างง่ายดาย โดยปราศจากอคติต่อกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จแบบยั่งยืน

(3) ให้พึงระลึกเสมอว่า “อย่าดูถูกใคร” เหตุเพราะความรู้ในโลกมีมากมายหากข้อมูลไม่พอ ไม่เข้าใจ หรือใช้เหตุผลของตนเองเป็นหลักอาจพลาดไปถูกผู้อื่นได้ หลักสูตรนี้จึงเน้นการนำข้อเท็จจริงทุกด้านที่เกี่ยวข้อง มาเรียนรู้สังเคราะห์ให้เกิดการแก้ปัญหาาร่วมกัน หลักสำคัญ คือ ให้ดู “ข้อเท็จจริง” ให้เพียงพอแทน จะไร้ซึ่งข้อขัดแย้งของอวิชา

(4) วิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข ด้วย “ธรรมาภิบาล” คัดเลือกปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศรุ่นละ 10 หัวข้อนำมาออกแบบเป็น “งานวิจัย” โดยผู้ปฏิบัติงานใน 6 เสาหลัก ภายใต้มาตรฐานของสถาบันพระปกเกล้า หวังใช้ผลการวิจัยมาแก้ปัญหาาระบบสาธารณสุขไทยให้ได้อย่างจริงจังเป็นรูปธรรม

(5) เรียนรู้ “รักในหลวงภาคปฏิบัติ” โดยจัดให้มีกิจกรรม การออกหน่วยแพทย์อาสา เฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ และแพทย์อาสาหลายรูปแบบ ขึ้นเพื่อให้ทุกคนมีโอกาสเรียนรู้ ปัญหาของการให้บริการผู้เจ็บป่วย เข้าใจความทุกข์ของคนไข้ที่รอคอยในต่างจังหวัด และร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาแบบเป็นรูปธรรม เข้าถึงปัญหาจริงของระบบสาธารณสุข พร้อมสร้างความสมานฉันท์ของหน่วยงานสาธารณสุข 5 กระทรวงในภาครัฐและเอกชน ในการทำงานกับพื้นที่ เป้าหมายในลักษณะ “รพ.สนามต้นแบบ” ทั้งในการรักษาและช่วยเหลือทางวิชาการระยะยาว เพื่อร่วมใจถวายแด่ในหลวงรัชกาลที่ 9 ของเรา

(6) จากงานวิจัยสู่ “งานพัฒนาแก้ปัญหาประเทศ” โดยเสนอผลการวิจัยในการประชุมวิชาการประจำปีของ แพทยสภา-ปธพ. ให้ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องรับฟัง และพิมพ์เผยแพร่สาธารณะ นำไปสู่การริเริ่มแก้ไขในหน่วยงานที่มีปัญหา ทำให้งานวิจัยสามารถขยายผลไปเกิดประโยชน์จริงกับระบบสาธารณสุขไทย ทั้งนี้มีจำนวนมากถูกนำไปใช้แล้ว

ในฐานะผู้อำนวยการหลักสูตรฯ ต้องขอแสดงความชื่นชมและขอบคุณนักศึกษา รุ่นที่ 6 ที่มีความวิริยะอุตสาหะจนผ่านจนเป็นงานวิจัยทั้ง 10 หัวข้อในเล่มนี้ หวังว่าผลงานนี้จะมีส่วนให้มีการพัฒนาระบบสาธารณสุขไทยไปในทิศทางที่ดีขึ้น และด้วย “ธรรมาภิบาล” และ “ระบบคุณธรรม” ในสังคมไทย ไปถึง “โรงพยาบาลคุณธรรม” และ “องค์กรคุณธรรม” ตามแนวทางที่ ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย องคมนตรีมอบไว้ ผลดีจะขยายไปยังประชาชนผู้เจ็บป่วยทุกคนในอนาคต ซึ่งเป็นไปดังพระราชดำรัสฯ

**“ความสำเร็จของการศึกษาที่แท้จริง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้มาก
แต่ขึ้นอยู่กับการนำเอาความรู้นั้นมาประยุกต์ใช้ ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมได้มากเพียงไร”**

พระราชดำรัส สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

พลอากาศตรี นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ
ผู้อำนวยการหลักสูตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง
เลขาธิการแพทยสภา

สารจาก ประธานที่ปรึกษา คณะกรรมการ ปธพ. 6



ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงศึกษาธิการ

นับเป็นโอกาสอันดียิ่ง ที่ผมได้มีโอกาสเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของนักศึกษาในหลักสูตร “ประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง (ปธพ.) รุ่นที่ 6” และได้รับเกียรติ คัดเลือกให้เป็นประธานที่ปรึกษา ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการฝึกอบรม นอกจากการเรียนในห้องบรรยายแล้ว นักศึกษามีการจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เช่น โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ณ โรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลมะเร็ตลพบุรี จังหวัดลพบุรี ตลอดจน การไปศึกษาดูงานในโรงพยาบาลชายแดน ซึ่งขาดแคลนกำลังทรัพยากรบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ แต่ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งโครงการดังกล่าวทำให้นักศึกษา ซึ่งประกอบด้วย แพทย์จากโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลภาครัฐ โรงพยาบาลเอกชน และ ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ เช่น นักปกครอง นักการเมือง นักกฎหมาย นักธุรกิจ ผู้บริหารระดับสูง ได้มีความเข้าใจถึงบริบทที่แท้จริง ที่มีความหลากหลายของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย นอกจากนี้ นักศึกษายังมีการจัดกิจกรรม พบปะสังสรรค์ เป็นประจำ เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ จนกลายเป็นครอบครัว ปธพ. 6

ในด้านวิชาการ งานวิจัย นักศึกษา ปพพ.6 ได้ร่วมกันทำวิจัย เพื่อตอบโจทย์ปัญหา สาธารณสุขของประเทศ ในสามประเด็นใหญ่ คือ 1) Health system sustainability : ระบบสุขภาพไทยกับความยั่งยืน 2) Societal well being : สังคมอุดมสุขภาวะ และ 3) Health care 4.0 : ดูแลสุขภาพยุค 4.0 จนได้ผลงานวิจัยจำนวน 10 เรื่องคือ 1. ความเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐและเอกชนในระบบสุขภาพกรณีศึกษา โครงการศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรมการแพทย์ 2. การใช้หลักธรรมาภิบาลวิเคราะห์แนวคิด “การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล” ที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทยที่มีคุณภาพและยั่งยืน 3. การจัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยในเขตเมือง ด้วยการใช้สื่อสารสนเทศ (กรณีศึกษาบางกอกน้อยโมเดล: Bangkoknoi Model) 4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพชีวิตของพยาบาลในยุคประเทศไทย 4.0 5. โทรเวช (Tele-medicine) ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อประเทศไทย 4.0 6. ผลกระทบของการจัดตั้งศูนย์การแพทย์นานาชาติ ในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ต่อบุคลากรทางการแพทย์ไทย 7. ธรรมาภิบาลกับการควบคุม 3 กองทุนสุขภาพของประเทศไทยกรณีศึกษา : “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” 8. บทเรียนและมุมมองเชิงระบบ Ecosystem for Innovation ในการพัฒนาหุ่นยนต์จัดยาครบวงจร ในยุค Thailand 4.0 9. บทบาทกระทรวงสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาลในอุดมคติ 10. ประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย 2561

ตลอดระยะเวลาร่วม 8 เดือนที่เข้าร่วมในหลักสูตร ปพพ. ทำให้นักศึกษา ได้ซาบซึ้งถึงกระแสพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชบรมนาถบพิตร ที่ทรงพระราชทานให้คณะแพทย์ผู้รักษา เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาวงการแพทย์ไทย เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 “อ่อนน้อมถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร” การที่นักศึกษา มาจากหลากหลายอาชีพ ทำให้เราเรียนรู้ ถึงมุมมองต่างๆ จากหลายศาสตร์ เมื่อมามองร่วมกัน จะทำให้เราเห็นภาพรวมของระบบสุขภาพ ได้ชัดเจนมากขึ้น การมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ ทำให้นักศึกษา ได้ละหัวโขน จากที่ทำงาน เปิดใจ รับรู้ มุมมองใหม่ๆ เกิดความรักและสามัคคีกัน ในหมู่ นักศึกษา ด้วยความสัมพันธ์ ฉันทันใจ จนเกิดวลีในหมู่ ปพพ. ว่า “แม้จะจบหลักสูตร แต่สายสัมพันธ์ ปพพ. 6 ไม่มีวันจบ”

ในฐานะตัวแทนรุ่น กระผมขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านจากสถาบันพระปกเกล้า และแพทย์สภา ที่ได้กรุณาให้เกียรติ และเสียสละเวลา มาบรรยาย การพัฒนาระบบสาธารณสุขไทย

ด้วย “ธรรมาภิบาล” และ “ระบบคุณธรรม” และเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในงานวิจัยต่างๆ ผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แม้ว่า หลักสูตร ปธพ.6 จะจบลง แต่ความสัมพันธ์ และความร่วมมือของนักศึกษา จะยังคงอยู่ตลอดไป เพื่อนำความรู้ และประสบการณ์ ไปพัฒนางานของตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคมโดยรวมสืบไป ดังพระราชดำรัส สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก “True success is not in the learning but in its application to the benefit of mankind”

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ อดุม คชินทร
รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงศึกษาธิการ



หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 (ปรพ.6) จัดโดยสถาบันพระปกเกล้า และแพทยสภา

หลักการและเหตุผล

แพทยสภาในฐานะสภาวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มีภารกิจตั้งแต่กำกับดูแลการผลิตนักศึกษาแพทย์ใน 21 คณะแพทยศาสตร์ไปจนถึงควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมกว่า 55,000 คน ในสาขาเชี่ยวชาญ 81 สาขา ภายใต้ 15 ราชวิทยาลัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งต้องรับผิดชอบการตรวจรักษาผู้ป่วยกว่า 200 ล้านครั้งต่อปีในทุกภาคส่วน นอกจากความซับซ้อนทางวิชาการแพทย์ตามเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นแล้ว ทางด้านสังคมวิทยา เศรษฐกิจ และกฎหมาย ก็มีการพัฒนาและทวีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบันโดยเฉพาะด้านการเมืองการปกครอง ในระบอบประชาธิปไตย ด้านเศรษฐกิจทั้งในระดับอาเซียนและระดับโลก ด้านกระบวนการยุติธรรมและด้านกฎหมายมหาชน ซึ่งเป็นมิติใหม่ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรม ดังนั้นแพทย์และผู้บริหารสายแพทย์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อภาวะวิสัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างถ่องแท้ในการตัดสินใจการกำหนดทิศทางและสมดุลในระบบสุขภาพของประเทศภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด เพื่อดูแลประชาชนซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีค่าสูงสุดของรัฐ โดยคณะกรรมการแพทยสภาได้รับพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระราชทานมาให้เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาวงการแพทย์ไทยว่าทำอะไรให้แพทย์ไทย อ่อนน้อม ถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร ซึ่งเป็นต้นแบบในการนำมาถอดเป็นกระบวนการเรียนรู้สมภาคปฏิบัติเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพภายในวงการแพทย์ 4 เสาหลักและนอกวงการแพทย์ทั้งรัฐและเอกชน ให้มองเห็นปัญหาระบบสาธารณสุขประเทศนำ

ไปสู่การแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ทั้งนี้แพทยสภาได้จัดตั้งสถาบันส่งเสริมจริยธรรมขึ้นมาเป็นผู้กำหนดทิศทางดูแลการสร้างองค์ความรู้และธรรมาภิบาลในวงการแพทย์ เพื่อให้สัมฤทธิ์ผลตามพระราชดำรัสที่พระราชการแก่กรรมการแพทยสภา

สถาบันพระปกเกล้า ในฐานะที่เป็นสถาบันศึกษาด้านการเมือง การปกครอง กฎหมาย และเศรษฐศาสตร์อันดับสูงสุดของประเทศภายใต้รัฐสภา ในฐานะที่เป็นสถาบันที่ผลิตผู้บริหารระดับสูงหลากหลายสาขาและเป็นที่ประจักษ์ต่อสังคม จึงถือเป็นโอกาสอันเหมาะสมที่ทั้งสองสถาบันจะได้บูรณาการองค์ความรู้ความเข้าใจ และประสบการณ์ความเชี่ยวชาญแก่ผู้บริหารระดับสูงทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อผลิตบุคลากรที่จะเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติในการแก้ไขปัญหาวงการแพทย์และสาธารณสุขนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตยและธรรมาภิบาลแก่ผู้บริหารสายแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องในการประกอบวิชาชีพ
2. เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจภาวะวิสัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคมวิทยา เศรษฐกิจและกฎหมาย ที่มีผลต่อการปฏิบัติวิชาชีพทางการแพทย์
3. เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจ การกำหนดทิศทาง และวิธีดำเนินงานที่ชัดเจนในระบบสุขภาพของประเทศ
4. เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่สะท้อนคุณธรรมและจริยธรรม และหลักธรรมาภิบาลที่เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้บริหาร
5. เพื่อให้เกิดกระบวนการกลุ่มของผู้บริหารระดับสูงในการนำปัญหาสาธารณสุขของประเทศมาร่วมกันพิจารณาหาทางแก้ไขแบบบูรณาการทุกภาคส่วน ด้วยการบริหารงานสมัยใหม่บนหลักธรรมาภิบาล ผ่านระบบงานวิจัยและนำเสนอผลงานให้กับแพทยสภาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านการนำเสนอผลงานวิจัยทางวิชาการเผยแพร่สู่สาธารณะในงานประชุมวิชาการประจำปีและจัดให้มีกิจกรรมแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติเพื่อถวายพระราชกุศลในทุกวันปีของการศึกษา

ธรรมาภิบาลหลักสำคัญของสังคมไทย

นักศึกษาทุกท่านจะได้รับความรู้ด้านหลักธรรมาภิบาล ทั้ง 6 ร่วมกับข้อเท็จจริงของวงการแพทย์ไทยในทุก ๆ มิติตลอดจนปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันด้วยธรรมาภิบาล ทั้ง 6 หลัก คือ

1. หลักนิติธรรม Rule of Laws
2. หลักคุณธรรม Ethics
3. หลักความโปร่งใส Transparency
4. หลักมีส่วนร่วม Participation
5. หลักสำนึกรับผิดชอบ Accountability
6. หลักความคุ้มค่า Value for Money

แพทยสมาคมมุ่งหวังว่าการมี “ธรรมาภิบาล” ในทั้งภาครัฐ, ภาคเอกชน, ภาคธุรกิจและภาคประชาชน จะช่วยแก้ปัญหา ระบบสาธารณสุขไทยได้จริง และสร้างความแข็งแกร่งตลอดจนพัฒนาระบบสาธารณสุขไทย ให้ก้าวหน้าเป็นหนึ่งในอาเซียนและหนึ่งในโลกต่อไป



คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6



เป็นผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ หรือผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีอายุไม่ต่ำกว่า 40 ปี (นับจนถึงวันรับสมัคร) โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ ข้าราชการการเมือง (ซึ่งได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง) และข้าราชการรัฐสภาฝ่ายการเมือง (ซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายรัฐสภา)

2. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ (ข้าราชการระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า)

2.1 ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหารระดับต้นขึ้นไป

2.2 ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับสูง

2.3 ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป

3. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือผู้ดำรงตำแหน่งอื่นที่ปฏิบัติราชการเช่นเดียวกับประเภทอำนวยการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี (ข้าราชการระดับ 8 เทียบเท่าตำแหน่งผู้อำนวยการกองเดิม)

4. เจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรมหาชน หรือข้าราชการเจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งดำรงตำแหน่งระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ดำรงตำแหน่งระดับ 10 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือผู้บริหาร

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัด/เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง)
ในตำแหน่งนายก หรือปลัด

5. นายทหารหรือนายตำรวจที่มีชั้นยศ อัตราเงินเดือน พันเอก นาวาเอก นาวาอากาศเอกหรือพันตำรวจเอกขึ้นไป ต้องดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารหน่วยงาน หรือองค์กร

6. แพทย์ผู้บริหารจากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ข้าราชการพลเรือน หรือพนักงานในสถาบันอุดมศึกษาซึ่งดำรงตำแหน่งอธิการบดี รองอธิการบดี คณบดี หรือดำรงตำแหน่งบริหารของคณะแพทยศาสตร์

7. แพทย์ผู้บริหารในภาคเอกชน มีความรู้ ความสามารถ และเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง

8. แพทย์ผู้บริหารในภายใต้หน่วยงานกรุงเทพมหานคร และภายใต้หน่วยงานรัฐอื่น ซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง

9. ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรพัฒนาเอกชน ผู้ประกอบกิจการ ผู้บริหารระดับสูงของกิจการภาคเอกชน และสื่อมวลชน มีอายุไม่ต่ำกว่า 40 ปี และอายุไม่เกิน 65 ปี (นับจนถึงวันหมดเขตรับสมัคร)

10. เป็นบุคลากรที่คณะกรรมการหลักสูตรมีมติเห็นสมควรให้เข้ารับการศึกษอบรม เนื่องจากเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรืองานสาธารณสุข

ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ จะพิจารณาคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษอบรม โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 6 ประเภท ดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากกระทรวงสาธารณสุข (ตามคุณสมบัติข้อ 2 และ ข้อ 3)

ประเภทที่ 2 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 6)

ประเภทที่ 3 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากทหาร ตำรวจ กทม. และองค์กรของรัฐอื่น ๆ (ตามคุณสมบัติข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 5 และ ข้อ 8)

ประเภทที่ 4 ผู้บริหารทางการแพทย์ของสถานพยาบาลภาคเอกชน หรือองค์กรเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 7)

- ประเภทที่ 5** ผู้บริหารหรือผู้มีประสบการณ์บริหารในภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข (ไม่ใช่แพทย์) ผู้บริหารในกระบวนการนิติบัญญัติ ผู้บริหารสภาวิชาชีพสุขภาพต่าง ๆ ผู้บริหารในกระบวนการยุติธรรม ผู้บริหารในกระบวนการคุ้มครองประชาชน ผู้บริหารในกระบวนการสื่อสารสาธารณะ ผู้บริหารการเงินการคลังระดับประเทศ ผู้บริหารในองค์กรของรัฐอื่น ๆ และผู้บริหารจากหน่วยงานที่ได้รับเชิญจากแพทยสภา (ตามคุณสมบัติ ข้อ 1, ข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 5, และ ข้อ 10)
- ประเภทที่ 6** ผู้บริหารจากองค์กรและหน่วยงานภาคเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม (ตามคุณสมบัติ ข้อ 9) โดยมีอายุไม่เกิน 65 ปี (นับจนถึงวันรับสมัคร)

หมายเหตุ

ผู้สมัครจะต้องไม่เป็นนักศึกษาในหลักสูตรที่มีระยะเวลาศึกษาในขณะเดียวกัน กับการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง

ในกรณีเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมในระดับพักใช้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือเพิกถอนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

โครงสร้างหลักสูตร

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง ใช้เวลาการศึกษาอบรมในหลักสูตรฯ ประกอบไปด้วย 4 กลุ่ม 50 วิชา มีวัตถุประสงค์ และขอบเขตเนื้อหา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มวิชาที่ 1 : การเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตย

- 1.1 แนวคิดการเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตย
- 1.2 โลกาภิวัตน์กับผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง
- 1.3 การเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรม : ประเด็นร่วมสมัย
- 1.4 รัฐธรรมนูญกับการบริหารงานภาครัฐ
- 1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายบริหาร และฝ่ายตุลาการ ในการใช้อำนาจ

อธิปไตย

- 1.6 กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะของไทย
- 1.7 บทบาทภาคพลเมืองในบริบทสังคมการเมืองไทย
- 1.8 ถกแถลง (Discussion) กลุ่มวิชาการเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตย

กลุ่มวิชาที่ 2 : หลักธรรมาภิบาล กับ ธรรมาภิบาลทางการแพทย์

- 2.1 หลักการ และองค์ประกอบของธรรมาภิบาล
- 2.2 หลักประสิทธิภาพประสิทธิผล
- 2.3 หลักความโปร่งใส
- 2.4 หลักการมีส่วนร่วม
- 2.5 หลักนิติธรรม
- 2.6 หลักความรับผิดชอบและถูกตรวจสอบได้
- 2.7 หลักจริยธรรม (คุณธรรม)
- 2.8 การวัดธรรมาภิบาล
- 2.9 การกำกับดูแลกิจการที่ดีสำหรับภาคเอกชน (Corporate Governance)
- 2.10 การสัมมนากลุ่มวิชาที่ 2 : การมีส่วนร่วมของประชาชนกับระบบการรักษายาบาล
- 2.11 การสัมมนากลุ่มวิชาที่ 2 : จริยธรรมทางการแพทย์กับธรรมาภิบาล
- 2.12 การสัมมนากลุ่มวิชาที่ 2 : ธรรมาภิบาลภาคเอกชน
- 2.13 การสัมมนากลุ่มวิชาที่ 2 : ธรรมาภิบาลภาครัฐ

กลุ่มวิชาที่ 3 หลักกฎหมาย ศาลยุติธรรม และศาลปกครอง

- 3.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบอันอาจเกิดจากการให้บริการสาธารณสุข
- 3.2 กระบวนการพิจารณาคดีแพ่ง คดีอาญา และคดีผู้บริโภค
- 3.3 การศึกษาดูงานกระบวนการพิจารณาคดีอาญา
- 3.4 การศึกษาดูงานระบบพยาน การสืบ การซักถาม การพิสูจน์ และพยานผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์
- 3.5 การสัมมนากระบวนการยุติธรรมและการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์
- 3.6 หลักกฎหมายมหาชน
- 3.7 การศึกษาดูงานการใช้อำนาจทางปกครอง กับธรรมาภิบาลทางการแพทย์
- 3.8 กระบวนการยุติธรรมทางปกครอง กับธรรมาภิบาลทางการแพทย์
- 3.9 กระบวนการตรวจสอบจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพเวชกรรม

3.10 สัมมนากระบวนการยุติธรรมทางปกครองกับธรรมาภิบาลทางการแพทย์

กลุ่มวิชาที่ 4 : การบริหารงานสาธารณสุข และ เครื่องมือสำหรับการบริหารงานสมัยใหม่

- 4.1 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวกับธรรมาภิบาลทางการแพทย์ไทย
- 4.2 พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์กับการบริหารระบบแพทย์ของไทย
- 4.3 ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา
- 4.4 ประวัติศาสตร์และทิศทางในอนาคตระบบสาธารณสุขไทย
- 4.5 นโยบายการแพทย์ระดับสากลกับการแพทย์ไทย
- 4.6 มุมมองเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ผลกระทบของพลวัตโลกาภิวัตน์กับธรรมาภิบาลทางการแพทย์
- 4.7 ภาวะผู้นำและการบริหารในโลกยุคใหม่ กับธรรมาภิบาลทางการแพทย์
- 4.8 การศึกษาดูงานธรรมาภิบาลในการกำกับบริษัทในตลาดหลักทรัพย์
- 4.9 บทบาทขององค์กรปกครองท้องถิ่นกับระบบสุขภาพ ต้นแบบโครงการร่วมรัฐ-เอกชนด้านการแพทย์
- 4.10 สัมมนาทิศทางและนโยบายสายวิชาชีพแพทย์ในการพัฒนาผู้นำในเอเชียแปซิฟิก
- 4.11 การสื่อสารสาธารณะสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์
- 4.12 แนวคิดสื่อมวลชนกับการเสนอข่าวทางการแพทย์
- 4.13 บทบาทและทิศทางขององค์กรภาครัฐกับการสร้างความเป็นธรรมในการรักษาพยาบาล (กองทุนรัฐ)
- 4.14 บทบาทและทิศทางขององค์กรภาครัฐกับการสร้างความเป็นธรรมในการรักษาพยาบาล (โรงพยาบาล)
- 4.15 บทบาทและทิศทางของ รพ.เอกชนกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ
- 4.16 บทบาทของภาคประชาสังคมและประชาชนกับการจัดการสุขภาพ
- 4.17 การใช้เทคโนโลยีอนาคต กับผู้บริหารในยุค 4.0 และเทคโนโลยีสารสนเทศและความปลอดภัยข้อมูลสาธารณสุข
- 4.18 ระบบสาธารณสุขไทยในยุค 4.0
- 4.19 Health Tech Starup และ Disruptive Technology in Thailand 4.0

ก้าวแรก (ปรพ.1)



หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ รุ่นที่ 1 (ปรพ.1) ได้ถูกอนุมัติโดยมติกรรมการแพทยสภา และผ่านการพัฒนาโดยสถาบันพระปกเกล้า มีผู้เข้ารับการศึกษารุ่นแรกจำนวน 120 ท่าน เปิดการอบรมในวันศุกร์ที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2555 ณ ห้องสัตมราามาธิราช ชั้น 5 สถาบันพระปกเกล้า ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ถนนแจ้งวัฒนะ โดยท่านนิคม ไวยรัชพานิช ประธานวุฒิสภา และรองประธานสภาสถาบันพระปกเกล้า ได้เป็นประธานในพิธีเปิด ศาสตราจารย์บวรศักดิ์ อุวรรณโณ เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า เป็นผู้กล่าวรายงาน ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อานาจ กุศลานันท์ นายกแพทยสภา กล่าวต้อนรับ และรองศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันไชย รองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า เป็นผู้แนะนำภาพรวมหลักสูตร โดยพลอากาศตรีนายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภาและผู้อำนวยการหลักสูตรฯ ได้บรรยายถึงที่มาของหลักสูตรฯ ตลอดจนข้อเท็จจริง ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการพัฒนาระบบแพทย์ไทย ให้กับผู้บริหารที่เข้ารับการอบรมทุกท่าน

ก้าวที่สอง (ปธพ.2)



หลังจากหลักสูตรฯ รุ่นที่ 1 ดำเนินการจนจบการศึกษาจนสมบูรณ์แล้ว ทางแพทยสภาได้ประเมินผลนำมาพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรโดยได้เปิดการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ รุ่นที่ 2 (ปธพ.2) ขึ้นต่อเนื่องและรับนักศึกษาจำนวน 120 คนเท่ากัน พิธีเปิดการศึกษามีขึ้นวันศุกร์ที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ณ ห้องสัตมรามาธิราช ชั้น 5 สถาบันพระปกเกล้า ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ถนนแจ้งวัฒนะ โดยรองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า (นายวิฑูรย์ ชัยภาคภูมิ) เป็นประธานในพิธีเปิดการอบรมหลักสูตรฯ โดยมี ฯพณฯ ขวณ หลีกภัย อดีตนายกรัฐมนตรีและนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ รุ่นที่ 1 แสดงปาฐกถาพิเศษ ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อานาจ กุศลนันท์ นายกแพทยสภาอาวุโส กล่าวต้อนรับ พร้อมด้วยพลอากาศตรีนายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภาและผู้อำนวยการหลักสูตรฯ ได้บรรยายถึงที่มาของหลักสูตรฯ ตลอดจนข้อเท็จจริง ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการพัฒนาระบบแพทย์ไทย ให้กับผู้บริหารที่เข้ารับการอบรมทั้ง 120 ท่าน

ก้าวที่สาม (ปธพ.3)



เมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2557 เวลา 13.30 น. รองศาสตราจารย์วุฒิสาร ตันไชย รองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้าเป็นประธานในการเปิดอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง ปธพ.3 โดยสถาบันพระปกเกล้าร่วมกับแพทยสภาและกล่าวต้อนรับ แนะนำหัวข้อวิชาการ และกิจกรรมกลุ่มในส่วนของแพทยสภา โดย พลอากาศตรี นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา ที่ห้องประชุมราชบัณฑิตาสิรินธร อาคาร ศรีสวรินทิรา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ทั้งนี้ หลักสูตรดังกล่าว ก่อตั้งขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ไทยตามแนวทางพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวว่า ต่อกรมการแพทยสภาซึ่งประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ไปแล้ว 2 รุ่น ในการนี้แพทยสภา ร่วมกับสถาบันพระปกเกล้ามีมติให้จัดอบรม รุ่นที่ 3 ต่อเนื่องโดยมีผู้บริหารระดับสูงเข้ารับการอบรม จำนวน 130 ท่าน

และเพื่อเป็นสิริมงคลและเป็นเกียรติแก่นักศึกษาผู้บริหารระดับสูงที่เข้ารับการอบรม ทั้ง 3 รุ่นในช่วงเช้าได้เชิญผู้แทนนักศึกษา ปธพ.1 และ ปธพ.2 ร่วมวางพวงมาลาถวายสักการะ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และถ่ายรูปร่วมกันหลังเสร็จพิธี ร่วมชมประวัติศาสตร์การแพทย์ ณ “พิพิธภัณฑ์ศิริราชพิมุขสถาน” ต่อจากนั้นเป็นการกล่าวต้อนรับ และบรรยายพิเศษเรื่องพระเจ้าอยู่หัวกับธรรมาภิบาล และกำเนิดศิริราชพยาบาลโดย ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ก้าวที่สี่ (ปรพ.4)



เมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2558 เวลา 09.00 น. นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร ธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง ปรพ.4 ได้ร่วมพิธีวางพวงมาลาถวายราช สักการะ ณ พระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และ วางพานพุ่ม ณ พลับพลาประดิษฐานพระบรมราชานุสาวรีย์พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้า เจ้าอยู่หัว และ สมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ บริเวณริมแม่น้ำเจ้าพระยา และ เยี่ยมชมพิพิธภัณฑ์ ศิริราชพิพิธภัณฑสถาน เพื่อทราบประวัติความเป็นมาการแพทย์ไทยและประวัติการแพทย์แผนปัจจุบัน เวลา 13.00 น. ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาลกล่าวต้อนรับคณะนักศึกษาฯ ณ ห้องบรรยาย อวย เกตุสิงห์ อาคารศรีสวรินทิรา และ ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินธร อธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล บรรยายพิเศษ หัวข้อ “พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวกับธรรมาภิบาล ต้นกำเนิดของหลักสูตร ปรพ.” และ 14.30 น. รองศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันไชย รองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า เป็นประธานในการเปิดอบรม หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง ปรพ.4 โดยสถาบัน พระปกเกล้าร่วมกับแพทยสภาและกล่าวต้อนรับ พร้อม บรรยายพิเศษ เรื่อง “ภาวะผู้นำกับการ ส่งเสริมธรรมาภิบาลในองค์กร” แนะนำหัวข้อวิชาการ และกิจกรรมกลุ่มในส่วนของแพทยสภา โดย พลอากาศตรี นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา ที่ห้องประชุม ราชปนัดดาสิรินธร อาคารศรีสวรินทิรา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ทั้งนี้ หลักสูตรดังกล่าว ก่อตั้งขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ไทยตามแนวทางพระราชดำรัสของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ต่อกรรมการแพทยสภาซึ่งประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ไปแล้ว 3 รุ่น ในการนี้แพทยสภาร่วมกับสถาบันพระปกเกล้ามีมติให้จัดอบรม รุ่นที่ 4 ต่อเนื่อง โดยมีผู้บริหารระดับสูงเข้ารับการอบรมจำนวน 130 ท่าน

ก้าวที่ห้า (ปธพ.5)



เมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2559 เวลา 09.00 น. นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร ธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง ปธพ.5 ได้ร่วมพิธีวางพวงมาลาถวายราชสักการะ ณ พระราชานุสาวรีย์ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และ วางพานพุ่ม ณ พลับพลาประดิษฐานพระบรมราชานุสาวรีย์พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และ สมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ บริเวณริมแม่น้ำเจ้าพระยา และ เยี่ยมชมพิพิธภัณฑ์ศิริราชพิมุขสถาน เพื่อทราบประวัติความเป็นมาการแพทย์ไทยและประวัติการแพทย์แผนปัจจุบัน และในเวลา 13.00 น. ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลกล่าวต้อนรับคณะนักศึกษา ณ ห้องบรรยาย อวยเกตุสิงห์ อาคารศรีสวรินทิรา ทั้งนี้หลักสูตรดังกล่าว ก่อตั้งขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ไทยตามแนวทางพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวว่า ต่อกรมการแพทยสภา ซึ่งประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ไปแล้ว 4 รุ่น ในการนี้แพทยสภา ร่วมกับสถาบันพระปกเกล้ามีมติให้จัดอบรม รุ่นที่ 5 ต่อเนื่องโดยมีผู้บริหารระดับสูงเข้ารับการอบรม จำนวน 140 ท่าน

ก้าวที่หก (ปธพ.6)



เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 เวลา 09.00 น. ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา นายกแพทยสภา พร้อมคณะกรรมการแพทยสภา พลอากาศตรี นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ ผู้อำนวยการหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหาร ระดับสูง นำคณะนักศึกษา ปธพ 1, 2, 3, 4, 5 ร่วมพิธีวางพวงมาลาถวายราชสักการะ ณ บริเวณ พระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก พร้อมถ่ายภาพหมู่ ร่วมกันหน้าศาลาศิริราช 100 ปี หลังจากนั้น ศาสตราจารย์ คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร ตัวแทน นักศึกษาหลักสูตรฯ ปธพ.6 และคณะนักศึกษาได้ วางพานพุ่ม ณ พลับพลาประดิษฐานพระบรมราชานุสาวรีย์พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ พร้อมกันนี้คณะนักศึกษา ปธพ.6 ได้เยี่ยมชมพิพิธภัณฑ์ศิริราชพิมุขสถาน เพื่อทราบประวัติและความเป็นมาการแพทย์ไทยและประวัติการแพทย์ปัจจุบัน

พิธีเปิดการศึกษาอบรม โดยรองศาสตราจารย์วุฒิสาร ตันไชย เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า พร้อมบรรยายพิเศษเรื่อง ภาวะผู้นำกับการส่งเสริมธรรมาภิบาลในองค์กร และกล่าวต้อนรับนักศึกษา ปธพ.6 โดย ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และ ศาสตราจารย์ คลินิก นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งบรรยายพิเศษเรื่อง การแพทย์และสาธารณสุข 4.0 ในช่วงท้าย ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล บรรยายพิเศษเรื่อง “พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชกับหลักสูตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์” ให้คณະนักศึกษาทราบ โดยมีแพทย์ผู้บริหารทางการแพทย์สายสาธารณสุขในองค์กรภาครัฐและภาคเอกชนจำนวน 140 ท่าน ที่ห้องบรรยายอวย เกตุสิงห์ อาคารศรีสวรินทิรา

สำหรับหลักสูตรดังกล่าวจัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตยและธรรมาภิบาลแก่ผู้บริหารสายแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องในการประกอบวิชาชีพ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจภาวะวิสัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคมวิทยา เศรษฐกิจและกฎหมาย ที่มีผลต่อการปฏิบัติวิชาชีพทางการแพทย์ และเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจ การกำหนดทิศทาง วิธิดำเนินงานที่ชัดเจนในระบบสุขภาพของประเทศ รวมทั้งเสริมสร้างพฤติกรรมที่สะท้อนคุณธรรมและจริยธรรมด้วย



แก้ปัญหาด้วยงานวิจัย



มูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ร่วมกับแพทยสภา สนับสนุนการศึกษาและพัฒนาระบบการแพทย์ไทยด้วยธรรมาภิบาล โดยการจัดงานประชุมวิชาการประจำปี “โครงการประชุมวิชาการ ปธพ. และเสนอผลงานวิจัยของ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง (ปธพ.) แต่ละรุ่นจะระดมความรู้ ความคิด และประสบการณ์ เพื่อจัดทำผลงานวิจัยทางวิชาการ รุ่นละ 10 เรื่อง (โดยแบ่งนักศึกษาเป็น 10 กลุ่ม กลุ่มละ 1 เรื่อง) โดยเน้นให้ทำการศึกษาวิจัยปัญหาด้านสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ของประเทศเพื่อนำมาแก้ไขพัฒนาในขณะศึกษาและเมื่อจบหลักสูตรจะนำผลงานวิจัยนั้นมานำเสนอต่อคณะกรรมการ และผู้บริหาร เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขบริหารระบบสาธารณสุขเป็นรูปธรรมต่อไป ปัจจุบันมีทั้งสิ้น 50 หัวข้อเรื่อง และเป็นที่น่ายินดียิ่งที่ผลงานวิชาการดังกล่าวจะถูกนำเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในปัจจุบันมีโครงการขยายไปให้ความรู้กับนิสิตนักศึกษาแพทย์ และ แพทย์ทั่วไปด้วย

นอกจากนี้ยังถือเป็นการนำเสนอผลงานวิชาการให้สาธารณชนทราบโดยกว้าง และยังเป็นการทำงานร่วมกันตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อสร้าง “แพทยสภาสมัยใหม่” ที่อยู่บนหลักการทำงานร่วมกัน สำหรับหัวข้อผลงานวิชาการของนักศึกษา ปธพ. แต่ละรุ่น มีดังนี้

**หัวข้อเอกสารวิชาการของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาล
สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ รุ่นที่ 1**

กลุ่ม	หัวข้อเอกสารวิจัย
กลุ่มที่ 1	ธรรมาภิบาลสำหรับศูนย์กลางการแพทย์ระดับนานาชาติ (Good Governance for Medical Hub)
กลุ่มที่ 2	การพิจารณาปัจจัยจริยธรรมของแพทยสภา : การศึกษาคำพิพากษาศาลปกครอง
กลุ่มที่ 3	การบริหารจัดการทางการแพทย์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้
กลุ่มที่ 4	ระบบร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทยที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน
กลุ่มที่ 5	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแพทย์ภาคเอกชนในการตัดสินใจไปทำงานในประเทศประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC)
กลุ่มที่ 6	บทบาทกระทรวงสาธารณสุขในด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
กลุ่มที่ 7	การเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐและเอกชนสำหรับบริการสาธารณสุขของประเทศไทย : กรณีศึกษาการเพิ่มบริการเครื่องมือแพทย์สมัยใหม่
กลุ่มที่ 8	แนวทางการจัดการบริหารสุขภาพแบบเอกชนในโรงพยาบาลของรัฐอย่างมีธรรมาภิบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลตติยภูมิ
กลุ่มที่ 9	การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพไทย
กลุ่มที่ 10	การศึกษาด้านอัตรากำลังแพทย์และพยาบาล : นโยบายและแนวทางแก้ไข



**หัวข้อเอกสารวิชาการของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาล
สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ รุ่นที่ 2**

กลุ่ม	หัวข้อเอกสารวิจัย
กลุ่มที่ 1	การคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข ทุกสิทธิด้วยการเพิ่มเติมมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
กลุ่มที่ 2	การคุ้มครองผู้รับบริการในสถานพยาบาล : กรณีศึกษาสถานพยาบาลเสริมความงาม
กลุ่มที่ 3	ความพร้อมในการนำระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามผลปฏิบัติงาน (Pay for Performance) มาใช้ในประเทศไทย
กลุ่มที่ 4	แนวทางการแก้กฎหมายฟ้องร้องทางอาญาคดีทางการแพทย์
กลุ่มที่ 5	ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนของประเทศไทยอย่างยั่งยืน (กรณีศึกษา : ชุมชนในจังหวัดชลบุรีและกาญจนบุรี)
กลุ่มที่ 6	ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล : แนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน
กลุ่มที่ 7	การผลิตแพทย์หลักสูตรนานาชาติในประเทศไทย
กลุ่มที่ 8	ธรรมาภิบาลกับการบริหารทางการแพทย์สำหรับแรงงานต่างประเทศในประเทศไทย กรณีศึกษา : อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร
กลุ่มที่ 9	การบูรณาการให้บริการและการชดเชยค่าบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในของระบบประกันสุขภาพสามกองทุน
กลุ่มที่ 10	การเปิดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านโดยโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย(Residency Training by Private Hospitals in Thailand)



**หัวข้อเอกสารวิชาการของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3**

กลุ่ม	หัวข้อเอกสารวิจัย
กลุ่มที่ 1	Model การใช้ทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ร่วมกัน เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง
กลุ่มที่ 2	การเตรียมตัวของระบบทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งระบบกับสังคมผู้สูงวัยใน 5 ปี ข้างหน้า อย่างเป็นรูปธรรม
กลุ่มที่ 3	การพัฒนาต้นทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนสู่สังคมที่ดี
กลุ่มที่ 4	การบริหารจัดการกิจการบ้านเมืองที่ดี
กลุ่มที่ 5	Medical Hub : กรณีศึกษาการเป็นศูนย์กลางผลิตภัณฑ์สมุนไพรนานาชาติอย่างมีธรรมาภิบาล
กลุ่มที่ 6	การวิเคราะห์ผลการบริหารงบประมาณของ สปสช. ภายใต้กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลและทิศทางที่เหมาะสมตามหลักธรรมาภิบาล
กลุ่มที่ 7	การใช้หลักธรรมาภิบาลในการพัฒนาระบบและนโยบายการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชน สำหรับระบบสาธารณสุขของประเทศ
กลุ่มที่ 8	การศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะ แทรกซ้อนทางไตระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนสวัสดิการข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม
กลุ่มที่ 9	บทบาทของโรงพยาบาลและสถาบันเอกชนในระบบการแพทยศาสตร์ศึกษาหลังปริญญาตามหลัก ธรรมาภิบาล
กลุ่มที่ 10	โครงสร้างและระบบการมีส่วนร่วมเพื่อคุ้มครองประชาชนและผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขตาม หลักการของธรรมาภิบาล



**หัวข้อเอกสารวิชาการของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4**

กลุ่ม	หัวข้อเอกสารวิจัย
กลุ่มที่ 1	การใช้ธรรมาภิบาลในการกำหนดนโยบายด้านอัตราค่าล้างแพทย์และพยาบาลของประเทศไทย เช่น ประเด็น คุณภาพชีวิตเพื่อความสะดวกและยั่งยืนของระบบ
กลุ่มที่ 2	ศึกษา วิเคราะห์ กฎหมาย และกลไกคุ้มครองเพื่อสร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชนในการรับบริการด้วยเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์
กลุ่มที่ 3	การใช้หลักธรรมาภิบาล วิเคราะห์แนวคิด การจ่ายร่วมค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทยที่มีคุณภาพและยั่งยืน
กลุ่มที่ 4	การพัฒนาระบบนโยบาย การเป็นหุ้นส่วนภาครัฐ-เอกชน สำหรับระบบสาธารณสุขของประเทศอย่างมีธรรมาภิบาล
กลุ่มที่ 5	นโยบายและรูปแบบ การพัฒนาประเทศในการเป็นศูนย์กลางการแพทย์นานาชาติอย่างมีธรรมาภิบาล
กลุ่มที่ 6	การควบคุมการบริหารจัดการ 3 กองทุนสุขภาพของประเทศไทย สปสช.-สปส.-สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ควรหรือไม่ อย่างไร โดยใช้หลักธรรมาภิบาล
กลุ่มที่ 7	การเตรียมตัวของระบบทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งระบบกับสังคมผู้สูงอายุใน 5 ปีข้างหน้า อย่างเป็นรูปธรรม
กลุ่มที่ 8	การปฏิรูประบบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของประเทศอย่างเป็นรูปธรรม ตามหลักธรรมาภิบาล (National Health Prevention Programs and Financing Reform)
กลุ่มที่ 9	ศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบของสื่อสังคม (Social Media) ต่อสุขภาพประเด็นปัญหา การป้องกัน การให้ความรู้และกลไกการควบคุมกำกับดูแล
กลุ่มที่ 10	ศึกษาปัญหา สิ่งเสพติด เหล้า บุหรี่ ในเยาวชน ในประเด็นนโยบายสาธารณะ และการบังคับใช้ตามหลักธรรมาภิบาล



**หัวข้อเอกสารวิชาการของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5**

กลุ่ม	หัวข้อเอกสารวิจัย
กลุ่มที่ 1	การศึกษาเมืองต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี
กลุ่มที่ 2	การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพเพื่อการให้บริการทางคลินิก แก่ประชาชนไทยบนพื้นฐานธรรมาภิบาล
กลุ่มที่ 3	การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพโดยภาครัฐของผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดีหรือ Healthy aging มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ทั้ง 50 เขตของกรุงเทพมหานคร
กลุ่มที่ 4	การนำหุ่นยนต์มาใช้ทางการแพทย์ และความรับผิดชอบทางกฎหมาย
กลุ่มที่ 5	ผลกระทบของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ที่มีผลต่อบุคลากรทางการแพทย์ และระบบสาธารณสุข
กลุ่มที่ 6	การวิจัยสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปรับปรุงการออกไปรับรองแพทย์เพื่อขอรับใบอนุญาตขับรถยนต์
กลุ่มที่ 7	Good governance in thai Healthcare Financing
กลุ่มที่ 8	การประเมินสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับชุมชน
กลุ่มที่ 9	โครงการวิจัย “โมเดลระบบอภีบาลการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์”
กลุ่มที่ 10	การเตรียมบุคลากรเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข



หัวข้อเอกสารวิชาการของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6

กลุ่ม	หัวข้อเอกสารวิจัย
กลุ่มที่ 1	ความเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐและเอกชนในระบบสุขภาพกรณีศึกษา โครงการศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรมการแพทย์
กลุ่มที่ 2	การใช้หลักธรรมาภิบาลวิเคราะห์แนวคิด “การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล” ที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทยที่มีคุณภาพและยั่งยืน
กลุ่มที่ 3	การจัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยในเขตเมือง ด้วยการใช้สื่อสารสนเทศ (กรณีศึกษาบางกอกน้อยโมเดล : Bangkoknoi Model)
กลุ่มที่ 4	ยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ในยุคประเทศไทย 4.0
กลุ่มที่ 5	โทรเวช (Telemedicine) ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อประเทศไทย 4.0
กลุ่มที่ 6	ผลกระทบของการจัดตั้งศูนย์การแพทย์นานาชาติ ในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ต่อบุคลากรทางการแพทย์ไทย
กลุ่มที่ 7	ธรรมาภิบาลกับการควมรวม 3 กองทุนสุขภาพของประเทศไทยกรณีศึกษา : “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่”
กลุ่มที่ 8	บทเรียนและมุมมองเชิงระบบ Ecosystem for Innovation ในการพัฒนาหุ่นยนต์จัดยาครบวงจร ในยุค Thailand 4.0
กลุ่มที่ 9	บทบาทกระทรวงสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาลในอนาคต
กลุ่มที่ 10	ประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย 2561



3. หลักความโปร่งใส (Transparency)



หลักความโปร่งใส หมายถึง การบริหารบนพื้นฐานของการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารให้ประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวก เป็นจริง ทันท่วงที ตรงไปตรงมา ชัดเจนและเท่าเทียม มีระบบหรือกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้การดำเนินงานของภาครัฐและภาคเอกชนปลอดจากการทุจริต คอรัปชัน

4. หลักการมีส่วนร่วม (Participation)



หลักการมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้ และร่วมคิด ร่วมเสนอความเห็นในการตัดสินใจปัญหาสำคัญของประเทศในด้านต่าง ๆ เช่น การแจ้งความเห็น การไต่สวนสาธารณะ การประชาพิจารณ์ การแสดงประชามติ หรืออื่น ๆ เพื่อขจัดความผูกขาด นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการร่วมตรวจสอบ และร่วมรับผิดชอบต่อผลของการกระทำนั้น

เอกสารวิชาการ
ปฐพ.6

กลุ่มวิชาการที่ 1

ความเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐและเอกชนในระบบสุขภาพ :
กรณีศึกษาโครงการศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรรมการแพทย์



ชื่อผู้จัดทำ : นายกิตติ พัวถาวรสกุล นพ.เกรียงไกร นามไธสง ทพญ.จุไรภรณ์ วิจักขณวงศ์ พลตรี นพ.ชัชวาลบุรณรัช นายมลฑล มานิตย์ นายฤทธิณรงค์ กุลประสูตร ทนพ.วิฑูรย์ อารยะพิพัฒน์กุล นายวิโรจน์ วสุศุทธิกุลกานต์ นพ.สุกิจ ศรีทิพวรรณ นายสุพรรณ อัครพันธุ์ นายสุรชัย พรหมพันธุ์ นพ.องอาจ จันทร์จรัสสิน ดร.อดุลยคุปต์ ทองจีน ดร.อรพินทร์ เสริมประภาศิลป์

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทัย ก๊กผล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างหลักคิด หลักวิชาที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำโครงการที่ใช้การลงทุนรูปแบบ PPP ในการจัดบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขกับการดำเนินการจริง ในการจัดทำโครงการศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรรมการแพทย์ ซึ่งมีการใช้การลงทุนรูปแบบ PPP

2) เพื่อระบุปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการจัดทำโครงการศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรรมการแพทย์ ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นดังกล่าว

3) เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในการจัดทำโครงการที่ต้องการใช้การลงทุนรูปแบบ PPP ในการจัดบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย :

- 1) การเก็บรวบรวมข้อมูล : จะใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ทฤษฎี/เอกสาร/บทความ/งานวิจัย/กฎหมาย/ระเบียบ/ ข้อบังคับ หนังสือเอกสารของทางราชการ เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ผู้บริหารในโครงการศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรมการแพทย์ เกี่ยวกับการดำเนินการจัดทำโครงการศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรมการแพทย์ ที่ใช้การลงทุนลงทุนรูปแบบ PPP ตลอดจนการสอบถาม และรับฟังข้อคิดเห็นจากนักลงทุนภาคเอกชนเกี่ยวกับการลงทุนโครงการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข โดยใช้รูปแบบ PPP
- 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดทำโครงการที่ใช้การลงทุนรูปแบบ PPP สำหรับโครงการศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรมการแพทย์ และโครงการที่ต้องการใช้การลงทุนรูปแบบ PPP ในการจัดบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคต

ผลการวิจัย : จากการศึกษาพบว่า การจัดทำ Feasibility study ไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ภาคเอกชนจะใช้ประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมลงทุน ซึ่งข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และเชิงปฏิบัติที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้ สามารถสรุปได้ดังนี้

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรัฐบาล : การจัดทำ “ร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการร่วมทุน” ฉบับใหม่เพื่อให้การเสนอ และอนุมัติโครงการกระชับ และไม่ซับซ้อน โดยใช้หลัก “ความโปร่งใส รัดกุม ตรวจสอบได้” มาป้องกันการทุจริตคอร์รัปชัน/ประเด็นทางการเมืองเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกระทบต่อความเชื่อมั่นของภาคเอกชน/การเผยแพร่ความรู้ และสร้างความเข้าใจกับประชาชนเกี่ยวกับการลงทุนรูปแบบ PPP

2) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติต่อกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ : การกำหนด Mission ที่ชัดเจนโดยใช้หลักธรรมาภิบาล/คณะทำงานที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการทำโครงการที่ใช้การลงทุนรูปแบบ PPP/ที่ปรึกษาโครงการที่มีประสบการณ์ในการทำ Feasibility study โครงการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ใช้การลงทุนรูปแบบ PPP การจัดทำ Feasibility study ควรมีรายละเอียดครอบคลุม 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

1) มิติด้านกฎหมาย (Legal aspect) : การกำหนดสถานะของโครงการที่สามารถบริหารจัดการองค์กรจนบรรลุ Mission/การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลโดยเฉพาะบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข/การบริหารสัญญาที่เป็นธรรม

2) มิติทางด้านเทคนิค (Technical aspect) : การกำหนด Output Specifications และ Performance Indicators ที่ครอบคลุมบริการต่างๆ/Risk Allocation ระหว่างภาครัฐ และ ภาคเอกชนที่สมเหตุสมผล/แผนการดำเนินงาน และการติดตามผลการดำเนินงาน

3) มิติทางด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic aspect) : การกำหนด Government financial support /การประเมินความสามารถในการจ่ายของผู้มาใช้บริการ และของภาครัฐ/การวิเคราะห์ทางการเงิน – ความเสี่ยงทางการเงิน – สมมติฐานทางการเงิน - การออกแบบ Financial model - การวิเคราะห์ Value for money/การประเมินความน่าสนใจของโครงการในมุมมองของภาคเอกชน/การวิเคราะห์ผู้ลงทุน/การประเมิน Project Viability ในภาพรวม/การทำ Market Sounding

4) มิติทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม (Social and environmental aspects) : การสำรวจ Public interest test ที่ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน

สรุป : ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติเหล่านี้เป็น Key Success Factor ที่จะต้องมีการบริหารจัดการที่เหมาะสม จึงจะทำให้การดำเนินการจัดทำโครงการด้านบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ใช้การลงทุนรูปแบบ PPP ประสบความสำเร็จ

The DMS Medical Complex — a public private partnership (PPP) : A Case Study

Authors : Students in Course in Good Governance for Medical Executives, King Prajadhipok's Institute and the Medical Council of Thailand, Class 6, First academic group.

Advisor : Miss Orathai Kokphol. PhD.

Abstract (1)

Objectives : The objective of this study is to analyze the conceptual framework of the project feasibility study of the DMS Medical Complex Project by using the principle of PPPs and suggestions from interviewing both the director of the DMS Medical Complex Project and private healthcare investor. Finally, we would like to present our suggestions about the PPP - policy and practical points in performing the future PPPs – Healthcare Project.

Methodology: This is a case study project. 1) Data collection : 2) PPP related Act/ Law/Theory/Regulation/Guideline/Research paper 2) Dept interview : Director of the DMS Medical Complex Project and private healthcare investor 3) To analyze data and suggest about the PPP - policy and practical points in performing the future PPPs – Healthcare project in Thailand.

Result: From this study, we found that most PPP failures can be attributed to inadequate or non-existent feasibility studies. We also present our suggestions to the government, the Ministry of Public Health and the Department of Medical Service about the PPP – policy and the practical points in performing PPPs – Healthcare projects. PPP - Policy suggestions for the government are as followed : 1) We suggest

to set up the “New PPP – Act”. The legal and policy framework of a PPP should be “Fewer, better, simpler” with effective governance. 2) No political interference. 3) To conduct PPPs - Public education.

Practical points suggestions in performing PPPs – Healthcare projects for the Ministry of Public Health and the Department of Medical Service are as followed : 1) Clarity of mission with effective governance. 2) Experienced project director / project team : Project director needs to be capable of understanding the principle of PPPs. 3) Use qualified consultants to help on projects : It is critical to use experienced and independent consultants. A feasibility study typically focuses on 4 broad aspects of a project.

4.1: Legal aspect: The status of DMS Medical Complex should be designed to work effectively to meet the mission./ Human resource management especially healthcare personnels/ Contractual management with effective governance. A) Technical aspect : Output specifications and performance indicators (“KPIs”) should be determined./ Risks should be allocated to the party based able to manage the risk./ Monitoring and evaluation with effective governance. A.Economic aspect : Calculation of explicit government financial support to the project/ To provide services that are affordable either to the users of the services or the public sector paying for the services./ Financial analysis/ Financial risk assessment/ Financing assumptions/ Financial model./ To determine “Value for money”/ To demonstrate that the project will be attractive to the private sector./Investor analysis/Project viability/Market sounding. B. Social and environmental aspects : To evaluate whether a project meets the public interest.

Conclusion

The feasibility study is an essential component of proper PPP - project preparation, and achieving success in PPP - Healthcare project will require these suggestions as the key success factors.

ที่มาและความสำคัญ

การขยายตัวอย่างมากของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล/สถาบันทางการแพทย์ในสังกัดหน่วยงานของรัฐ ส่งผลให้เกิดปัญหา และผลกระทบต่อโรงพยาบาล/สถาบันทางการแพทย์ในสังกัดหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ ความแออัด และระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่ส่งต่อมายังโรงพยาบาล/สถาบันทางการแพทย์ในสังกัดหน่วยงานของรัฐ พื้นที่ให้บริการไม่เพียงพอต่อการให้บริการ มาตรฐาน และคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ ตลอดจนการลาออกของแพทย์ พยาบาล บุคลากรด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล/สถาบันทางการแพทย์ในสังกัดหน่วยงานของรัฐ อันเนื่องมาจากภาระงานที่หนักไม่เหมาะสมกับค่าตอบแทนที่ได้รับจากทางราชการ

ด้วยเหตุนี้กรมการแพทย์จึงมีแนวคิดให้มีการกระจายผู้ป่วยส่วนหนึ่งไปยังศูนย์การแพทย์แห่งใหม่ที่มีศักยภาพ เทคโนโลยีสูง และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญครบทุกสาขาจากทุกโรงพยาบาล/สถาบันของกรมการแพทย์มาร่วมให้บริการรักษาผู้ป่วยที่ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางแห่งนี้ ซึ่งมีการดำเนินการตามมาตรฐานของ Joint Commission International (JCI) โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความสะดวกสบายของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก และตั้งอยู่ในทำเลที่ผู้ป่วยสามารถเดินทางได้สะดวก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยที่พอจะจ่ายเงินได้ ผู้ป่วยสิทธิประกันเอกชน หรือผู้ป่วยสิทธิราชการ สามารถมารับบริการที่ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางแห่งนี้ เป็นการลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลเดิม และผู้ป่วยรายใหม่ก็สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น

เพื่อที่จะได้มาซึ่งศูนย์การแพทย์เฉพาะทางดังกล่าวที่มีจำนวนเตียงประมาณ 500 เตียง มีความจำเป็นต้องใช้เงินงบประมาณแผ่นดินในการลงทุนเป็นจำนวนเงินเกินกว่าห้าพันล้านบาท การลงทุนรูปแบบ Public Private Partnership (PPP) จึงเป็นทางเลือกที่ถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาเพื่อการใช้งบประมาณของรัฐบาลที่เหมาะสม และสนับสนุนนโยบายของรัฐบาลเรื่องการให้เอกชนร่วมทุนในกิจการของรัฐ (Public Private Partnership : PPP) ตามพระราชบัญญัติการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556

วัตถุประสงค์

1) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างหลักคิด และหลักวิชาที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำโครงการที่ใช้การลงทุนรูปแบบ PPP ในการจัดบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข กับการดำเนินการจริงในการจัดทำโครงการศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรมการแพทย์ ซึ่งมีการใช้การลงทุนรูปแบบ PPP

2) เพื่อระบุปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการจัดทำโครงการศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรรมการแพทย์ ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นดังกล่าว

3) เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในการจัดทำโครงการที่ต้องการใช้การลงทุนรูปแบบ PPP ในการจัดบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

1) การเก็บรวบรวมข้อมูล : จะใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ทฤษฎี/เอกสาร/บทความ/งานวิจัย/กฎหมาย/ระเบียบ/ ข้อบังคับ หนังสือเอกสารของทางราชการ เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ผู้บริหารในโครงการศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรรมการแพทย์ เกี่ยวกับการดำเนินการจัดทำโครงการศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรรมการแพทย์ ที่ใช้การลงทุนรูปแบบ PPP ตลอดจนการสอบถาม และรับฟังข้อคิดเห็นจากนักลงทุนภาคเอกชนเกี่ยวกับการลงทุนโครงการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข โดยใช้รูปแบบ PPP

2) วิเคราะห์บทเรียน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดทำโครงการที่ใช้การลงทุนรูปแบบ PPP สำหรับโครงการศูนย์การแพทย์เฉพาะทางกรรมการแพทย์ และโครงการที่ต้องการใช้การลงทุนรูปแบบ PPP ในการจัดบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคต

ประเด็นหลัก (Key components) ในการวิเคราะห์การศึกษาความเป็นไปได้ของการดำเนินโครงการฯ เพื่อประเมินความคุ้มค่าในการลงทุน รวมถึงประเมินความเสี่ยง และผลกระทบจากเหตุการณ์ทั้งปัจจัยบวก และลบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ได้แก่ Needs analysis, Options analysis, Due diligence, Financial analysis, Affordability assessment, Value assessment, Social cost benefit analysis, Project viability, Market sounding

ผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

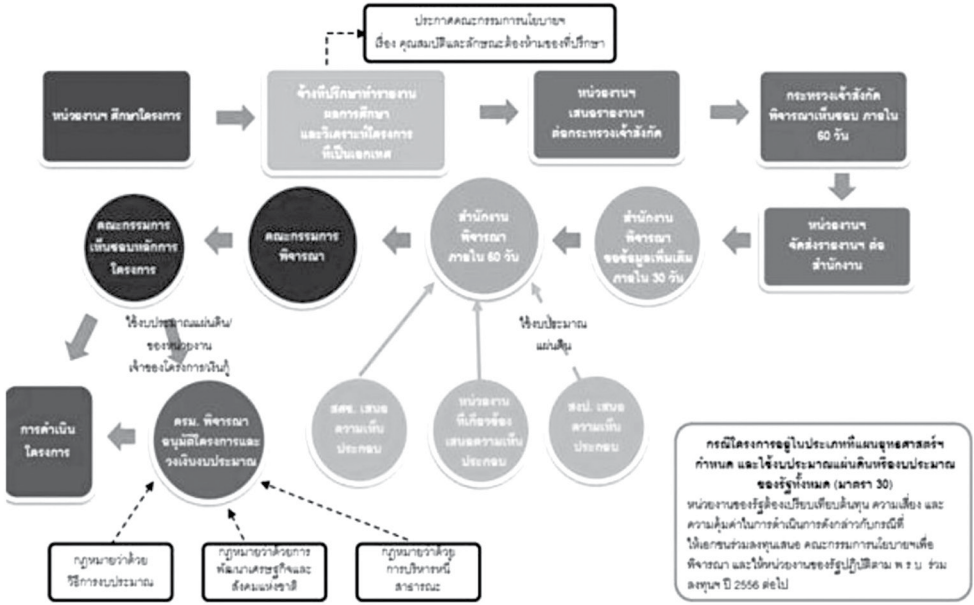
จากการศึกษาพบว่า การจัดทำ Feasibility study ไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ภาคเอกชนจะใช้ประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมลงทุน ซึ่งข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และเชิงปฏิบัติที่ได้จากการศึกษารั้งนี้ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรัฐบาล : การจัดทำ“ร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการร่วมทุน” ฉบับใหม่เพื่อให้การเสนอ และอนุมัติโครงการกระชับ และไม่ซับซ้อน โดยใช้หลัก “ความโปร่งใส รัดกุม ตรวจสอบได้” มาป้องกันการทุจริตคอร์รัปชัน/ประเด็นทางการเมืองเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกระทบต่อความเชื่อมั่นของภาคเอกชน/การเผยแพร่ความรู้ และสร้างความเข้าใจกับประชาชนเกี่ยวกับการลงทุนรูปแบบ PPP
2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติต่อกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ : การกำหนด Mission ที่ชัดเจนโดยใช้หลักธรรมาภิบาล/คณะทำงานที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการทำโครงการที่ใช้การลงทุนรูปแบบ PPP/ที่ปรึกษาโครงการที่มีประสบการณ์ในการทำ Feasibility studyโครงการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขที่ใช้การลงทุนรูปแบบ PPP

การจัดทำ Feasibility study ควรมีรายละเอียดครอบคลุม 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

- a. มิติทางด้านกฎหมาย(Legal aspect) : การกำหนดสถานะของโครงการที่สามารถบริหารจัดการองค์การจนบรรลุ Mission/การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลโดยเฉพาะบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข/การบริหารสัญญาที่เป็นธรรม
- b. มิติทางด้านเทคนิค (Technical aspect) : การกำหนด Output specifications และ Performance indicators ที่ครอบคลุมบริการต่างๆ/Risk allocation ระหว่างภาครัฐ และภาคเอกชนที่สมเหตุสมผล/แผนการดำเนินงาน และการติดตามผลการดำเนินงาน
- c. มิติทางด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic aspect) : การกำหนด Government financial support /การประเมินความสามารถในการจ่ายของผู้มาใช้บริการ และของภาครัฐ/การวิเคราะห์ทางการเงิน – ความเสี่ยงทางการเงิน – สมมติฐานด้านการเงิน - การออกแบบ Financial model - การวิเคราะห์ Value for money/การประเมินความน่าสนใจของโครงการในมุมมองของภาคเอกชน/การวิเคราะห์ผู้ลงทุน/การประเมิน Project viability ในภาพรวม/การทำ Market sounding
- d. มิติทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม (Social and environmental aspects) : การสำรวจ Public interest test ที่ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน

โครงการขนาดใหญ่ - การเสนอโครงการ



WEERAWONG C&P

สรุป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติเหล่านี้เป็น Key success factor ที่จะต้องมีการบริหารจัดการที่เหมาะสม จึงจะทำให้การดำเนินการจัดทำโครงการด้านบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ใช้การลงทุนรูปแบบ PPP ประสบความสำเร็จ

กลุ่มวิชาการที่ 2

การใช้หลักธรรมาภิบาล วิเคราะห์แนวคิด “การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล” ที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทยที่มีคุณภาพและยั่งยืน



ชื่อผู้จัดทำ : นส.จินตนา เจียดำรง นพ.ชนเมธ เตชะแสนศิริ นพ.दनัย ภัทรธีรสกุล พลตรี นพ.
นิมิตร สะโฆทาน นพ.พนะ จันทรมล นพ.พรชัย เดชานวงษ์ พลโท นพ.พร้อมพงษ์
พีระบูล พญ.ภาวิณี รุ่งทนต์กิจ ดร.วิราภรณ์ บุณเพ็ชร นพ.สมคิด อุดมกิจมงคล
นางสลิมา ทวีสกุลชัย นายสันติ บุตรดี นายสิทธิ ภาณุพัฒน์พงศ์ นายอนุสรณ์
เอี่ยมสะอาด นพ.อุดม ลีลาทวิวุฒิ

อาจารย์ที่ปรึกษา : นาวาอากาศโท นพ.ธนาธิป ศุภประดิษฐ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย
2) เพื่อศึกษารูปแบบของการบริหารจัดการระบบร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลของ
ประเทศต่าง ๆ
3) เพื่อเสนอแนะแนวทางการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพ
ไทยที่มีคุณภาพและยั่งยืนโดยยึดหลักธรรมาภิบาล

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เอกสาร
(DOCUMENTARY RESEARCH) จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิคุณภาพสูง และการสัมภาษณ์ (IN
DEPTH INTERVIEW) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพเป็น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (KEY
INFORMATION) จำนวน 14 คน

ผลการวิจัย : 1) ปัญหาของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย คือใช้งบประมาณสูง
และเพิ่มขึ้นทุกปี เกิดสภาวะขาดทุนของโรงพยาบาล การบริหารจัดการยังไม่มีบูรณาการ มี
ความเหลื่อมล้ำของการกระจายทรัพยากร เกิดผลกระทบต่องั่งประชาชนในด้านความพึงพอใจ

ในบริการและคุณภาพการดูแลรักษาที่ได้รับ กระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการ ที่ภาระงานเพิ่มเกิดความเหนื่อยล้าและคุณภาพชีวิตในการทำงานลดลง 2) รูปแบบของการบริหารจัดการระบบร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประเทศต่างๆ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ แบบแรก คือแบบที่มีรัฐเป็นผู้รับภาระแทนทั้งหมด ข้อดีของระบบนี้คือรัฐคอยควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของคนทั้งประเทศทำให้รัฐมีอำนาจต่อรองสูง จึงทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของประเทศต่ำลงได้ แต่ข้อเสียคือเป็นระบบที่สร้างภาระทางการเงินให้กับภาครัฐค่อนข้างมาก แบบที่สอง คือให้รัฐเป็นผู้บริหารกองทุนให้ และรัฐจะเป็นผู้ออกกฎหมาย เพื่อบังคับให้ผู้มีรายได้ทุกคนต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนนี้ ข้อดี คือ สามารถลดการใช้บริการมากเกินไปจนความจำเป็น ของประชาชนได้หากมีการกำหนดสัดส่วนของ CO-PAYMENT ที่เหมาะสม 2) แนวทางการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทย ควรจะนำระบบร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลมาใช้ และควรเป็นระบบที่รองรับความจำเป็นขั้นพื้นฐานก่อน แล้วให้มีทางเลือกให้ร่วมจ่ายได้ในการบริการที่ดีมีมาตรฐาน และถ้าจะนำระบบการร่วมจ่ายมาใช้ รูปแบบควรเป็นดังนี้ 1) ร่วมจ่ายโดยตรงเมื่อใช้บริการในส่วน ของค่าใช้จ่ายที่เกินกว่าหลักประกันสุขภาพพื้นฐาน 2) การร่วมจ่ายควรจะเป็นระบบ PREPAID แต่จะเท่าไรก็แล้วแต่ความเหมาะสม ส่วนใหญ่ออกมาในรูปของภาษี ภาษีเฉพาะหรือ CONTRIBUTION แบบประกันสังคม แต่ขอให้เกิดความยุติธรรม หรือควรเป็นรูปแบบให้ร่วมจ่ายตามฐานรายได้ 3) เพื่อให้เกิดความยุติธรรม และเป็นการแก้ที่ต้นเหตุ ควรให้มีการร่วมจ่ายในกรณีของการเจ็บป่วย/โรคที่เกิดจากการไม่ดูแลตนเอง เช่น โรคที่เกิดจากการดื่มสุรา สูบบุหรี่ อุบัติเหตุ จราจรที่เป็นฝ่ายผิด เป็นต้น หรือมีการหักภาษีธุรกิจที่ประกอบธุรกิจที่ทำลายสุขภาพมาเข้ากองทุน เช่น บุหรี่ สุรา 4) การจ่ายที่หน้างานหรือจุดบริการ เป็นการจ่ายผ่านค่าใช้จ่ายส่วนแรกเช่นการเก็บเงิน 30 บาท สำหรับผู้มารับบริการทุกคน ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อปรับพฤติกรรมของประชาชน 5) ควรมีการศึกษาวิจัยให้รอบคอบ รูปแบบของการจ่ายร่วม และราคาที่เหมาะสม รวมถึงการคิดต้นทุน (UNIT COST ANALYSIS) 6) ร่วมจ่ายผ่านการซื้อประกันสุขภาพร่วมจ่ายล่วงหน้า (CO-INSURANCE)

สรุป : ปัญหาของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย เป็นโครงการที่ใช้งบประมาณสูงและเพิ่มขึ้นทุกปี มีความเหลื่อมล้ำของการกระจายทรัพยากร เกิดผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการ ที่ภาระงานเพิ่มเกิดความเหนื่อยล้าและคุณภาพชีวิตในการทำงานลดลง แนวทางการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทย ควรเป็นระบบที่รองรับความจำเป็นขั้นพื้นฐานก่อน แล้วให้มีทางเลือกให้ร่วมจ่ายได้ในการบริการ ที่เกินกว่าหลักประกันสุขภาพพื้นฐาน และส่งเสริม ให้ประชาชน ดูแลสุขภาพ และป้องกันโรค

Use of Corporate Governance Concept analysis “Co-payment for medical expenses” is appropriate for the quality and sustainable Thai health system.



Authors : Students in Course in Good Governance for Medical Executives, King Prajadhipok’s Institute and the Medical Council of Thailand, Class 6, Group 2.

Advisor : Wing Commander Dr. Thanathip Suppradit M.D

Abstract (#2)

Objectives : 1) To study the problem of universal health insurance system in Thailand. 2) To study the management of the joint healthcare system in different countries. 3) To provide guidance for joint medical expenses that is appropriate for the Thai health system in regards to quality and sustainability based on good governance.

Methodology : Qualitative research using data collection method by analytical methods. Documentary Research from secondary sources of high quality in-depth interviews from key medical healthcare expert informants (14 people).

Result : 1) Problems of the Universal Health Coverage Project in Thailand entail a very high budget, which has an incremental increase every year. The Universal Health Coverage Project faces a loss of hospital budget from non-integrated management. There is disparity of distribution of resources and a negative impact on the people in terms of service satisfaction and quality of care received, a negative impact on healthcare providers leading to increased workload, fatigue and poorer quality of work. 2). Forms of co-management of medical expenses in different

countries are divided into two types: the first one is the one with the state as the burden. The advantage of this system is that the state controls the medical costs of the entire nation making the state highly negotiable. As a result, the per capita health expenditures are lower. The disadvantage is that it is a system that creates a lot of financial burden for the government. The second is to give the state a fund manager and the state will be the legislator. To force all people to pay to contribute to this fund, the advantage is that they can reduce the use of the service more than necessary. 3) Guidelines for co-payment of medical expenses appropriate to Thai health system. People should pay joint medical expenses and the system should support the basic needs of people. There should also be options to co-pay for good service with a standard. People should be given the following options for co-payment :

- 1) pay directly when using the service over the cost of basic health insurance,
- 2) co-payment should be a prepaid system, depending on appropriate factors which include taxes such as deductibles or fair contributions to social security based on income,
- 3) to achieve justice and to solve the problem, there should be a co-payment in the case of illness / disease caused by not taking care of themselves, such as illnesses caused by drinking, smoking, traffic accidents, etc., or the deduction of business tax on businesses that destroy health such as alcohol and cigarettes, which will hopefully lead to behavioral changes for a better life-style,
- 4) co-payment at site or service point. The first payment, such as 30 baht for all service users.
- 5) Careful research should be implemented to find the appropriate match for co-payment and price by using unit cost analysis, and lastly (6) co-payment through prepaid health insurance (co-insurance).

Conclusion : The predominant problem of the universal health coverage scheme in Thailand is its high budget, which faces an incremental increase every year. There is a disparity of distribution of resources, negative impact on healthcare providers, increased workload, fatigue and poorer quality of work. This paper looks into ways to share medical expenses with Thai health system based on a system that supports the basic needs of people with options to co-pay for services that exceed basic health insurance, ultimately leading to motivate people to take care of their health.

ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยให้บริการด้านสุขภาพครอบคลุมประชากรทุกคน ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 จึงทำให้มีภาระงบประมาณ ด้านสุขภาพสูงเกินกว่า ที่รัฐจะจัดสรรให้เพียงพอ งบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพิ่มขึ้นต่อเนื่องปีละ 5% คิดเป็นสัดส่วน ต่องบประมาณอยู่ที่ 5-6 % ทำให้โรงพยาบาลรัฐได้รับผลกระทบ และโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งถอนตัวจากการ ให้บริการผู้ป่วยบัตรทอง จึงมีเสียงเรียกร้องให้มีการร่วมจ่าย (COPAYMENT) สำหรับบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ของระบบประกันสุขภาพ ในขณะเดียวกันก็สามารถคงมาตรฐานการ ให้บริการได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย
2. เพื่อศึกษารูปแบบของการบริหารจัดการระบบร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประเทศต่างๆ
3. เพื่อเสนอแนะแนวทางการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล ที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทยที่มีคุณภาพและยั่งยืนโดยยึดหลักธรรมาภิบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรในการศึกษา

ประกอบด้วย 4 กลุ่มได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ ผู้ให้บริการ และประชาชน ผู้รับบริการ ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาจำนวน 14 คน จากตัวแทนกลุ่มต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้บริหารกองทุนสุขภาพถ้วนหน้า
2. กลุ่มผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน
3. กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐ และเอกชน
4. กลุ่มนักวิชาการและวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
5. กลุ่มภาคประชาสังคม ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยและผู้ใช้บริการสุขภาพ
6. สมาคมประกันสุขภาพ และสมาคมประกันชีวิต

ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย เชิงพรรณนา (PROSPECTIVE DESCRIPTIVE STUDY) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เอกสาร (DOCUMENTARY RESEARCH) จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิคุณภาพสูง และการสัมภาษณ์ (IN DEPTH INTERVIEW) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพเป็น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (KEY INFORMATION) จำนวน 14 คน

การวัดผล/การวิเคราะห์ (Outcome Measurement / Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (CONTENT ANALYSIS) การตรวจสอบข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า (TRIANGULAR ANALYSIS)

ผลการวิจัย

1. ปัญหาของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย สรุปหลัก ๆ คือ เป็นโครงการที่ใช้งบประมาณสูง และเพิ่มขึ้นทุกปี เกิดภาวะขาดทุนของโรงพยาบาล เนื่องจากประชากรมีจำนวนมากขึ้น โรคภัยไข้เจ็บซับซ้อน การบริหารจัดการยังไม่เป็นระบบหรือบูรณาการ มีความเหลื่อมล้ำของการกระจายทรัพยากร เกิดผลกระทบต่อทั้งประชาชนในด้านความพึงพอใจในบริการและคุณภาพการดูแลสุขภาพที่ได้รับ กระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการ ที่ภาระงานเพิ่มเกิดความเหนื่อยล้าและคุณภาพชีวิตในการทำงานลดลง
2. รูปแบบของการบริหารจัดการระบบร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประเทศต่างๆ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ แบบแรก คือแบบที่มีประเทศอังกฤษเป็นต้นแบบ และมีประเทศออสเตรเลีย ประเทศไต้หวัน ประเทศสิงคโปร์ ประเทศนิวซีแลนด์ใช้รูปแบบ โดยในประเทศอังกฤษโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดจะเป็นของรัฐ *คนอังกฤษไม่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล เพราะรัฐเป็นผู้รับภาระแทนทั้งหมด* ข้อดีของระบบนี้คือรัฐคอยควบคุมค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลของคนทั้งประเทศทำให้รัฐมีอำนาจต่อรองสูง จึงทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของประเทศต่ำลงได้ แต่ข้อเสียคือเป็นระบบที่สร้างภาระทางการเงินให้กับภาครัฐค่อนข้างมาก **แบบที่สอง** คือให้รัฐเป็นผู้บริหารกองทุนให้ และรัฐจะเป็นผู้ออกกฎหมาย เพื่อบังคับให้ผู้มีรายได้ทุกคนต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนนี้ ตัวอย่างของประเทศที่ใช้ระบบนี้ได้แก่ประเทศเยอรมัน และประเทศ

ญี่ปุ่น เยอรมัน ใช้ระบบประกันสุขภาพบังคับเป็นหลัก แต่ในเวลาเดียวกันก็สนับสนุนให้มีระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่มีเอกชนเป็นผู้บริหารกองทุนเป็นตัวเสริม เพื่อตอบสนองคนที่ต้องการบริการในระดับที่ดียิ่งขึ้นไป ข้อดี คือ สามารถลดการใช้บริการมากเกินไปจนความจำเป็น ของประชาชนได้หากมีการกำหนดสัดส่วนของ CO-PAYMENT ที่เหมาะสม

3. แนวทางการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทย เห็นด้วยในหลักการที่จะนำระบบร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลมาใช้ และควรเป็นระบบที่รองรับความจำเป็นขั้นพื้นฐานก่อน แล้วให้มีทางเลือกให้ร่วมจ่ายได้ในการบริการที่ดีมีมาตรฐาน และถ้าจะนำระบบการร่วมจ่ายมาใช้ รูปแบบควรเป็นดังนี้ 1) ร่วมจ่ายโดยตรงเมื่อใช้บริการในส่วนของการใช้จ่ายที่เกินกว่าหลักประกันสุขภาพพื้นฐาน 2) การร่วมจ่ายควรจะเป็นระบบ PREPAID แต่จะเท่าไรก็แล้วแต่ความเหมาะสม ส่วนใหญ่ออกมาในรูปของภาษี ภาษีเฉพาะหรือ CONTRIBUTION แบบประกันสังคม แต่ขอให้เกิดความยุติธรรม หรือควรเป็นรูปแบบให้ร่วมจ่ายตามฐานรายได้ 3) เพื่อให้เกิดความยุติธรรม และเป็นการแก้ที่ต้นเหตุ ควรให้มีการร่วมจ่ายในกรณีของการเจ็บป่วย/โรคที่เกิดจากการไม่ดูแลตนเอง เช่น โรคที่เกิดจากการดื่มสุรา สูบบุหรี่ อุบัติเหตุ จราจรที่เป็นฝ่ายผิด เป็นต้น หรือมีการหักภาษีธุรกิจที่ประกอบธุรกิจที่ทำลายสุขภาพ มาเข้ากองทุน เช่น บุหรี่ สุรา 4) การจ่ายที่หน้างานหรือจุดบริการ เป็นการจ่ายผ่านค่าใช้จ่ายส่วนแรกเช่นการเก็บเงิน 30 บาท สำหรับผู้มารับบริการทุกคน ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อปรับพฤติกรรมของประชาชน 5) ควรมีการศึกษาวัยจ่ายให้รอบคอบ รูปแบบของการร่วมจ่ายและราคาที่เหมาะสม รวมถึงการคิดต้นทุน (UNIT COST ANALYSIS) 6) ร่วมจ่ายผ่านการซื้อประกันสุขภาพร่วมจ่ายล่วงหน้า (CO-INSURANCE)

สรุป

ปัญหาของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย เป็นโครงการที่ใช้งบประมาณสูง และเพิ่มขึ้นทุกปี มีความเหลื่อมล้ำของการกระจายทรัพยากร เกิดผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการ ที่ภาระงานเพิ่มเกิดความเหนื่อยล้าและคุณภาพชีวิตในการทำงานลดลง แนวทางการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทย ควรเป็นระบบที่รองรับความจำเป็นขั้นพื้นฐานก่อน แล้วให้มีทางเลือกให้ร่วมจ่ายได้ในการบริการ ที่เกินกว่าหลักประกันสุขภาพพื้นฐาน และส่งเสริม ให้ประชาชน ดูแลสุขภาพ และป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ควร มีการปรับปรุงพัฒนา ระบบบริหารจัดการด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกัน เช่น
 - 1.1 ระบบบริหารจัดการการเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีจำนวนเพียงพอครอบคลุม พื้นที่ตามการกระจาย ตัวของประชากรรวมถึงระบบพัฒนาศักยภาพ และจิตใจ ของบุคลากรทางการแพทย์
 - 1.2 ระบบบริหารงานของ ผู้บริหารโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ การคิด วิเคราะห์ ต้นทุน เพื่อให้ได้ข้อมูล ที่แท้จริง วิเคราะห์สภาพปัญหา ได้ว่าเกิดจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือจากปัจจัยอื่น เพราะถึงแม้ว่าจะแก้ปัญหาโดยการร่วมจ่ายแล้วถ้าไม่ แก้ไขเหตุปัจจัยอื่นก็ไม่สามารถแก้ปัญหาระบบสุขภาพทั้งระบบได้
 - 1.3 เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ควรส่งเสริมและผลักดันกลไกการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HOSPITAL ACCREDITATION) รวมถึงการเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการดูแลรักษา
2. ควรมีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายให้แล้วเสร็จ เพื่อรองรับการดำเนินการ เช่นการจัดเก็บ ภาษีธุรกิจที่ทำลายสุขภาพ หรือตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการ ปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข (ธันวาคม 2560) ดังนี้
 - 2.1 มีชุดสิทธิประโยชน์ หลักด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงการตีความทางกฎหมาย ประเด็น กระบวนการยุติธรรมทางศาล การคุ้มครองสิทธิทั้งผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ซึ่งมีความละเอียดอ่อน และอาจเป็นความขัดแย้งที่ไม่สมควรเกิดได้
 - 2.2 มีชุดสิทธิประโยชน์เสริมด้านสุขภาพ ซึ่งหลักประกันสุขภาพภาครัฐแต่ละหน่วยงานสามารถกำหนดแตกต่างกันได้

2.3 มีชุดสิทธิประโยชน์เสริมด้านสุขภาพที่เป็นทางเลือก เพื่อร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย บริการ สุขภาพโดยตรงจากประชาชนในส่วนที่เกินจากชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ คำนึงถึง ความเป็นธรรม และการมีหนี้สินล้นพ้นตัวของครัวเรือนที่ต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพโดยตรง ดังนี้

1. สร้างแรงจูงใจส่งเสริมระบบประกันสุขภาพ เสริมสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่เป็นทางเลือกร่วมรับผิดชอบต้นทุนโดยจ่ายก่อนป่วยกรณีที่ไม่ใช่สิทธิประโยชน์หลัก เช่นค่าห้อง ค่าอาหารพิเศษ ส่วนเกินค่าอุปกรณ์การแพทย์ เป็นต้น
2. สร้างระบบร่วมรับผิดชอบจ่าย เมื่อป่วยกรณีชุดสิทธิประโยชน์เสริมที่ขยายจากชุดสิทธิ ประโยชน์หลัก (เช่น คลินิกนอกเวลาราชการ ทำหัตถการไม่เร่งด่วนนอกเวลา เป็นต้น)
3. กรณีที่กำหนดให้มีระบบร่วมรับผิดชอบจ่ายเมื่อป่วย สำหรับการณีชุดสิทธิประโยชน์ หลัก ต้องกำหนดเพดานร่วมจ่ายต่อปี (ANNUAL CEILING) เพื่อลดภาระกรณี ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังและออกแบบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล) มีส่วนรับผิดชอบ ต้นทุนส่วนนี้สำหรับผู้ที่ยากไร้ ตามที่กำหนดในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2559

กลุ่มวิชาการที่ 3

การจัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมือง
ด้วยการใช้สื่อสารสนเทศ (กรณีศึกษาบางกอกน้อยโมเดล: Bangkoknoi model)



ผู้จัดทำ : นางกอร์ปกุล วินิจนัยภาค นายชัยวัฒน์ เทพชนะกุล นพ.ชัยวัฒน์ จัตตุพร
นพ.นริศ กิจณรงค์ นางปริยาพร กยวพัฒน์กิจ นางพัชรินทร์ วงศ์ศิริเดช นายไพโรจน์
เจือประทุม นางกัณทิรา ฉัตรจุฑามาส นางวิจิตรา อร่ามพัฒน์นันท์ นพ.สมชาย
แสงกิจพร นางสุขุมล ชิงดวง นพ.อนันต์ กมลเนตร นางอรรณณ วรปัญญาสกุล
นางอัญชลี วานิช เทพบุตร

อาจารย์ที่ปรึกษา : อาจารย์กิตติมา บุญนาค

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2575 หมายความว่า 1 ใน 3 ของประชากรจะเป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ระบบสาธารณสุขเป็นระบบแรกที่ต้องมีการปรับตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไปพร้อม ๆ กับแนวโน้มความเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อเปลี่ยนเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคไร้เชื้อ (non-communicating disease; NCD) การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพจะทำให้เกิดความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีความปลอดภัยสามารถเข้าถึงปัจเจกบุคคลได้อย่างรวดเร็ว คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลได้ดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพชุมชนในเขตเมืองผ่านการใช้สื่อสารสนเทศ ทั้ง web base และ mobile devices มีการพัฒนาบางกอกน้อยโมเดลแอปพลิเคชัน (Bangkoknoi model application) เพื่อให้เป็นต้นแบบของฐานข้อมูลสุขภาพที่อาจพัฒนาไปถึงระบบการให้บริการสุขภาพเชิงรุกที่สามารถตอบสนองปัญหาหรือความต้องการรายบุคคลได้อย่างครอบคลุมทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยใช้พื้นที่เขตบางกอกน้อยเป็นต้นแบบและเน้นการเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุน

จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คณะผู้ทำการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์ที่จะประเมินประสิทธิภาพ ตลอดจนศึกษาข้อจำกัดของการจัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมืองด้วยการใช้สื่อสารสนเทศโดยใช้โครงการบางกอกน้อยโมเดล (Bangkoknoi model) ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นกรณีศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย : การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ผ่านข้อคำถามสุขภาพที่ใช้สื่อสารสนเทศคือบางกอกน้อยโมเดลแอปพลิเคชัน (Bangkoknoi model application) เพื่อจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เน้นกลุ่มผู้สูงอายุของประชากรในเขตบางกอกน้อย โดยคณะผู้ทำการศึกษาได้เข้าร่วมลงพื้นที่สำรวจข้อมูลสุขภาพชุมชนบางกอกน้อยผ่านแอปพลิเคชันและได้ทำการสัมภาษณ์ประชากรตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับงานกิจกรรมเพื่อสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล นอกจากนี้ยังศึกษาการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ใช้หลักธรรมาภิบาลเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและหลักสำนึกรับผิดชอบของปัจเจกบุคคล ของผู้สูงอายุ ของบุคคลในครอบครัว ตลอดจนของชุมชนต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย : ณ วันที่ 30 เมษายน 2561 สามารถเก็บข้อมูลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันได้ 2,208 คน เป็นผู้สูงอายุ 411 คน พบว่าร้อยละ 99 ของผู้สูงอายุ ต้องให้อาสาสมัครหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ลงข้อมูลสุขภาพผ่านทางแอปพลิเคชัน การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพพบว่า โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ 4 อันดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ และโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนโรคติดต่อพบได้น้อย ความต้องการของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาล การช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการดำรงชีพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยติดบ้านหรือติดเตียง และปัญหาที่สำคัญของการเข้าถึงการรักษาพยาบาลคือการเดินทางไปสถานพยาบาล รวมทั้งข้อจำกัดในการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามสิทธิการรักษาพยาบาล เป็นต้น อุปสรรคที่สำคัญของการจัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมืองด้วยการใช้สื่อสารสนเทศ กรณีศึกษาบางกอกน้อยโมเดล (Bangkoknoi model) ประกอบด้วยข้อจำกัดด้านความรู้ความสามารถของกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการดูแลรักษาตนเอง ความรู้ความเข้าใจในนโยบายภาครัฐในด้าน

งบประมาณและระบบบริการสาธารณสุข ตลอดจนการขาดความรู้ในด้านการใช้อุปกรณ์สื่อสาร
สนเทศ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุในเขตเมืองมีความตื่นตัวในการดูแลรักษาสุขภาพของตน คนใน
ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

สรุป : การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพพบว่า โรคประจำตัวของผู้สูงอายุในเขตเมือง 4 อันดับแรกได้แก่
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ และโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อมูลสุขภาพ
ที่ได้รับจากการเก็บข้อมูลผ่านสื่อสารสนเทศในชุมชนเขตเมืองทำให้สถานพยาบาลมีข้อมูลสุขภาพ
ของชุมชนที่แท้จริง สามารถบูรณาการปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพื่อนำไปสู่การวางแผนงาน
ด้านสุขภาพเชิงรุก ตรงตามปัญหาและความต้องการรายปัจเจกบุคคล อุปสรรคที่สำคัญของการ
เข้าถึงการให้บริการสุขภาพผ่านระบบสื่อสารสนเทศของผู้สูงอายุคือ ความรู้ในการดูแลสุขภาพ
และความสามารถในการเข้าถึงและการใช้อุปกรณ์สื่อสารสนเทศ ผู้สูงอายุ คนในครอบครัวและ
ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง

Community health survey for elderly health care management in urban community using information technology (A case study : Bangkoknoi model)



Authors : Students in the course of the good governance for medical executives, King Prajadhipok's institute and the medical council of Thailand, class 6, group 3.

Advisor : Miss Kittima Boonnark

Abstract (#3)

Objectives : In the year 2032, Thailand is expected to be the super aged society, that means 1 in 3 of Thai population will be elderly. Moreover, the ration of elderly living alone trends to be higher. Public health system must be the first to adapt to these changes along with the trend of illness changes from infectious disease to non-communicating disease (NCD). Using information technology, community health database will be more convenient, manageable, secured and quickly accessible to people. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University has conducted the community health database in urban area using information technology both web-base and mobile devices. Bangkoknoi model application has been developed as the prototype of a community database tool. This application may be taken part as a model of proactive health services which are responsive to individual's problems or needs covered all dimensions related to individual health. Bangkoknoi model project bases on population in Bangkoknoi district, Bangkok, focuses on health survey of aging population. And receives the grant from the Faculty of Medicine Siriraj Hospital and the Thai health promotion foundation. The objective of this study was to evaluate the effectiveness and the limitations of community health survey to create the community health database in the urban area using Bangkoknoi model application focusing on elderly population.

Methodology : This was a qualitative research using Bangkoknoi model application to create the database of health and related factors through the questionnaire for all age groups in Bangkoknoi district but focused on aging population. The researchers

participated in health surveys with the personals from the corporate social responsibility unit of the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital using Bangkoknoi model application. The researchers interviewed the sampled elderly people to evaluate the effectiveness and the limitations of Bangkoknoi model application. Furthermore, the researchers also studied the governance principals, the participation, and the responsibility, of the individual, the elderly people, the relatives and the community on the health care of the aging population.

Results : As of April 30th, 2016, the Bangkoknoi model application had included the health data from 2,208 people. There were 411 elderly people. All most all of the elderly people (99.00%) needed the volunteers or the relatives to fill in the health questionnaire through the mobile application. The data analysis found that the first 4 common chronic diseases in elderly people included essential hypertension, diabetes mellitus, bone and joint diseases and the cardiovascular diseases. The communicable disease was not common. Most elderly people needed medical service welfare, financial support for living especially those who unhealthy, bedridden or house-burdened. The common problems for elderly people to reach the medical care were the transportation and the limitation on the access to medical services. The limitations on the elderly health care management in urban community using information technology, the case study: Bangkoknoi model, included the lack of the knowledge of the target group (elderly people) in the personal health care, the government policy in budget and medical service systems and the information technology. However, urban elders were keen to maintain their health. The relatives and people in the community played an important role in elderly health care.

Conclusion : The common chronic diseases in elderly people in the urban community included essential hypertension, diabetes mellitus, bone and joint diseases and the cardiovascular diseases. The community health data from the information technology resulted in the valid and real-time health information, which could be integrated all health related dimensions to create the proactive health care planning or policies directly responsive to individual's problems or needs. The limitations of the usage of the information technology in urban elderly health care management included the lack of the knowledge of the elderly people especially in the information technology.

ที่มาและความสำคัญ

การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรของประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและระบบการให้บริการสาธารณสุข ทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกๆ มิติที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านความปลอดภัย ด้านสิ่งแวดล้อม ตลอดจนด้านเศรษฐศาสตร์ จำเป็นต้องมีการวางแผนเพื่อการเตรียมความพร้อมเชิงระบบ โดยระบบสาธารณสุขเป็นระบบแรกที่ต้องมีการปรับตัว โดยต้องอาศัยการมีฐานข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัจจุบันที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อสร้างระบบการบริหารจัดการข้อมูลอย่างมีส่วนร่วม สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด มีแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้ สามารถใช้ในการวางแผนดำเนินโครงการในการพัฒนาสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง แต่ปัจจุบันฐานข้อมูลสุขภาพที่หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสุขภาพยังขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ขาดการเชื่อมโยงในมิติต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ ตลอดจนยังไม่ได้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้อย่างเต็มประสิทธิภาพ การที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพชุมชนในเขตเมืองผ่านการใช้สารสนเทศ โดยใช้พื้นที่เขตบางกอกน้อยเป็นต้นแบบ (โครงการบางกอกน้อยโมเดล) ที่เน้นการเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้สารสนเทศ จึงเป็นโอกาสที่ดีที่จะได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพ ตลอดจนข้อจำกัดของการจัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมืองด้วยการใช้สารสนเทศ โดยโครงการบางกอกน้อยโมเดลได้รับงบประมาณสนับสนุนจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมทั้งได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยได้มีการพัฒนาบางกอกน้อยโมเดลแอปพลิเคชัน (Bangkok noimodel application) ทั้ง web base และ mobile devices มีการลงพื้นที่เก็บข้อมูลสุขภาพในชุมชนบางกอกน้อยโดยอาสาสมัคร วัตถุประสงค์ที่จะนำข้อมูลสุขภาพที่ได้ มาดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งด้านสุขภาพ สามารถดูแลตัวเองได้ตามหลักธรรมาภิบาลเรื่องการมีส่วนร่วมและหลักความสำนึกรับผิดชอบ นำไปสู่การเป็น “ชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพเขตเมือง” เพื่อส่งเสริม การมีส่วนร่วมของประชาชน มีการเตรียมประชาชนให้มีความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้มากขึ้น ลดภาวะความเจ็บป่วย และความแออัดในระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลสุขภาพของชุมชนบางกอกน้อย โดยเน้นลักษณะสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งจะศึกษาและประเมินประสิทธิภาพ ข้อจำกัดของการจัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมืองด้วยการใช้สื่อสารสนเทศโดยใช้โครงการบางกอกน้อยโมเดล (Bangkoknoi model) ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเป็นกรณีศึกษา

ประเด็นการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของประชากรในเขตบางกอกน้อยของแต่ละช่วงวัยเป็นอย่างไร
2. ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อยเป็นอย่างไรมีความแตกต่างจากช่วงวัยอื่นอย่างไร
3. การใช้สื่อสารสนเทศในการสำรวจข้อมูลสุขภาพชุมชนมีข้อจำกัดอย่างไร โดยมุ่งเน้นข้อจำกัดของการสำรวจข้อมูลสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้จะจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชากรที่เกี่ยวข้องกับเขตบางกอกน้อยเท่านั้น ประกอบด้วย

1. ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตบางกอกน้อยและมีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตบางกอกน้อย
2. ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตบางกอกน้อยแต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตบางกอกน้อย
3. ผู้มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตบางกอกน้อยแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ในเขตบางกอกน้อย
4. ผู้ที่ทำงานในเขตบางกอกน้อยเป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 30 วัน ทั้งผู้ที่ถือสัญชาติไทยและชาวต่างด้าว
5. นักเรียน นักศึกษาที่ศึกษาอยู่ในเขตบางกอกน้อยอย่างน้อย 30 วัน
6. ผู้ที่สมัครใจให้ข้อมูลไม่ว่าจะอาศัยอยู่ในเขตใด ทั้งที่เป็นคนไทยและคนต่างด้าว

โดยผู้เข้าร่วมการสำรวจข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสารสนเทศต้องเป็นผู้ที่มีความยินดีที่จะให้ข้อมูลโดยสมัครใจและแสดงความจำนงค์ให้ข้อมูล ตามแบบแสดงความจำนงค์การเข้าร่วมโครงการวิจัย เน้นกลุ่มผู้สูงอายุของประชากรในเขตบางกอกน้อยเท่านั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ผ่านข้อคำถามสุขภาพที่ใช้สื่อสารสนเทศคือบางกอกน้อยโมเดลแอปพลิเคชัน (Bangkoknoi model application) เพื่อจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เน้นกลุ่มผู้สูงอายุของประชากรในเขตบางกอกน้อย โดยคณะผู้ทำการศึกษได้เข้าร่วมลงพื้นที่สำรวจข้อมูลสุขภาพชุมชนบางกอกน้อยผ่านแอปพลิเคชันและได้ทำการสัมภาษณ์ประชากรตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อยโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับงานกิจกรรมเพื่อสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพจะรายงานเป็นจำนวนความถี่และค่าเฉลี่ย สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างจะสรุปเป็นการบรรยายแบบพรรณนา

ระยะเวลาในการศึกษา 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2561

ผลการศึกษา

ผู้ทำวิจัยได้ร่วมดำเนินการเก็บข้อมูลสุขภาพประชากรกลุ่มเป้าหมายในเขตบางกอกน้อยร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2561 มีผู้ร่วมตอบข้อมูลแบบสำรวจสุขภาพจำนวน 2,208 คน ประกอบด้วย

ช่วงอายุ	จำนวน	ไม่มีโรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว
0-5 ปี	32	30 (93.7%)	2 (6.3%)
6-14 ปี	514	387 (75.3%)	127 (24.7%)
15-21 ปี	580	406 (70.0%)	174 (30.0%)
22-59 ปี	671	446 (66.5%)	225 (33.5%)
60 ปีขึ้นไป	411	118 (28.7%)	293 (71.3%)

พบว่าเมื่อกลุ่มประชากรที่มีอายุมากขึ้น ร้อยละของประชากรที่มีโรคประจำตัวจะมากขึ้นด้วย โดยในวัยทำงาน (อายุ 21-59 ปี) ร้อยละ 33.5 มีโรคประจำตัว ในขณะที่ในวัยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป) มีโรคประจำตัวสูงถึงร้อยละ 71.3

สำหรับโรคที่พบได้บ่อยในเกือบทุกช่วงวัยคือโรคภูมิแพ้ เมื่อวิเคราะห์เฉพาะโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุพบว่า โรคที่พบได้บ่อย 4 อันดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ และโรคหัวใจและหลอดเลือด ในขณะที่โรคภูมิแพ้ และโรคที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมตามอายุ เช่น ต้อกระจก ต้อเนื้อ และต้อหิน ก็พบได้บ่อยกว่าช่วงวัยอื่น

สำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ สำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการประกอบชีวิตประจำวันมีอยู่ 14 คนจากผู้สูงอายุทั้งหมด 411 คน คิดเป็นร้อยละ 3.4 โดยพบโรคเรื้อรังในผู้ป่วยติดเตียงได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด

จากการลงพื้นที่เพื่อทำการเก็บข้อมูลสุขภาพพบว่าเกือบร้อยละ 99 ของผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษในทุกๆกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้มีความพิการทางสายตา เป็นต้น ไม่สามารถให้ข้อมูลสุขภาพผ่านระบบสื่อสารสนเทศได้ด้วยตนเอง มีความจำเป็นต้องให้อาสาสมัคร ญาติในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดอื่นๆเป็นผู้ลงข้อมูล มีผู้สูงอายุส่วนน้อยมากที่สามารถให้ข้อมูลสุขภาพผ่านทางเว็บไซต์ได้ด้วยตนเอง โดยรับรู้โครงการบางกอกน้อยโมเดลผ่านทางสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ

สำหรับการสำรวจข้อมูลสุขภาพผ่านระบบสื่อสารสนเทศและบางกอกน้อยโมเดลแอปพลิเคชันในผู้สูงอายุพบข้อเสนอแนะและข้อจำกัดประกอบด้วย

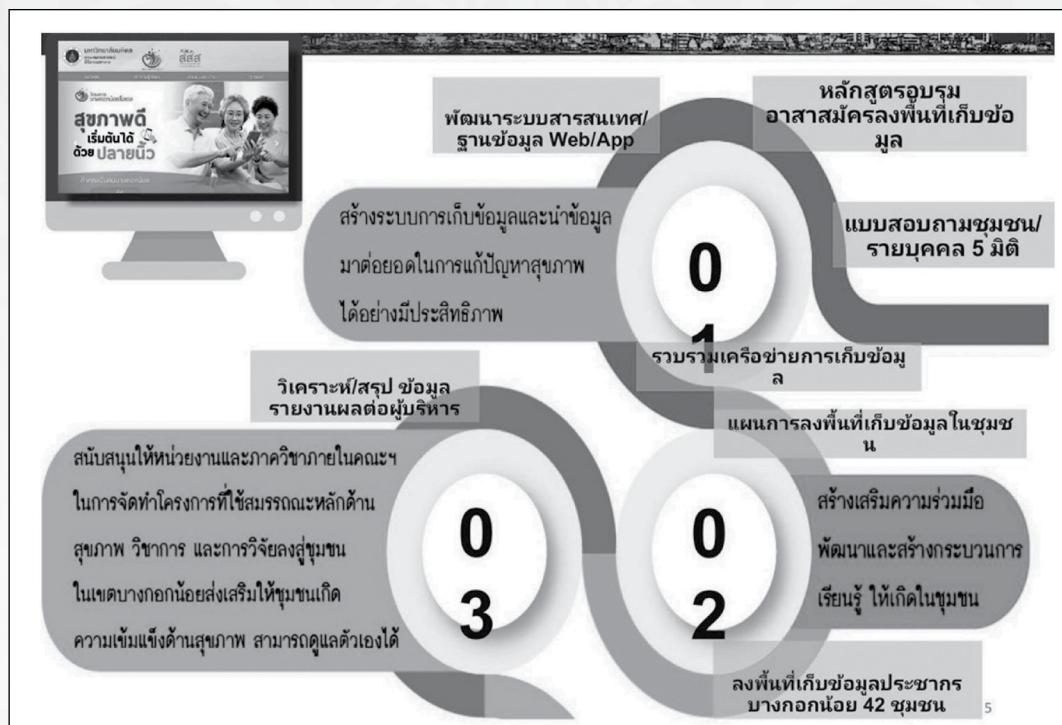
ด้านการเข้าถึงบริการข้อมูลสุขภาพทางสื่อสารสนเทศ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความรู้ความสามารถในการใช้เครื่องมือสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ทั้งคอมพิวเตอร์ ต้องอาศัยบุคคลอื่น เช่น คนในครอบครัว เจ้าหน้าที่ หรือบุคคลใกล้เคียงในการสื่อสารผ่านสื่อสารสนเทศ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีเครื่องมือสื่อสารที่ทันสมัยเพียงพอกับการรองรับการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยเครื่องมือสื่อสาร มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการสื่อสารผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และเมื่อเข้าร่วมให้ข้อมูลสุขภาพกับทางอาสาสมัครแล้วรู้สึกว่าการเข้าร่วมโครงการไม่ยากเกินไป

ด้านความรู้ความเข้าใจในการใช้บริการสุขภาพผ่านสื่อสารสนเทศ

ผู้สูงอายุยังไม่ทราบประโยชน์ของการใช้สื่อสารสนเทศเพื่อการดูแลสุขภาพ ไม่แน่ใจว่าการใช้สื่อสารสนเทศเพื่อการดูแลสุขภาพจะสามารถใช้ได้จริง ผู้สูงอายุคุ้นเคยกับการได้รับข้อมูลสุขภาพผ่านทางสื่อชนิดดั้งเดิม ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หรือการได้รับข้อมูลโดยตรงจากหน่วยบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุมั่นใจกับการเข้ารับบริการสุขภาพที่สถานบริการหรือพบบุคลากรทางการแพทย์

โดยตรงมากกว่า หรือให้หน่วยบริการสุขภาพมาให้บริการโดยตรงถึงที่พักอาศัย ผู้สูงอายุไม่มีความกังวลเรื่องการเก็บข้อมูลสุขภาพที่เป็นความลับ มีความมั่นใจ และดีใจที่จะเข้าร่วมโครงการกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล หากในอนาคตมีการให้บริการสุขภาพผ่านสื่อสารสนเทศ ก็มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการ



ประโยชน์ที่ได้รับ

ประโยชน์ต่อประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการเป็นรายบุคคล โดยผู้ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษจะได้รับการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อการวางแผนดูแลสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้เกิดแนวทางการพัฒนาสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชน ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และตอบโจทย์ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการดูแลสุขภาพ ได้รับการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้กระบวนการทางวิชาการในการส่งเสริมการเรียนรู้แก่กลุ่มเป้าหมายทุกระดับ มีข้อมูลปัญหาในมิติอื่นที่ส่งผลต่อสุขภาพ ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ สังคม ความปลอดภัยและ

สิ่งแวดล้อม เพื่อการบริหารจัดการอย่างบูรณาการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ต่อสังคม ระบบสาธารณสุขและประเทศชาติ โดยได้ทดสอบต้นแบบของระบบการจัดการสุขภาพของชุมชนในเขตเมืองที่นำสื่อสารสนเทศมาเป็นเครื่องมือ เน้นผู้สูงอายุโดยอาจเป็นต้นแบบการสำรวจข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง รวดเร็ว ครอบคลุมทุกมิติและบูรณาการ บทวิเคราะห์อาจนำไปสู่การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุสำหรับรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในอนาคต

สรุป

การจัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยในเขตเมืองด้วยการใช้สื่อสารสนเทศ (กรณีศึกษาบางกอกน้อยโมเดล : Bangkoknoi model) เป็นการศึกษาที่อยู่บนพื้นฐานของการวางแผนทางให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัว ลูกหลานและอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีความสุข การออกแบบการให้บริการสาธารณสุข โดยผ่านสื่อสารสนเทศ อาจเป็นตัวช่วยที่ทำให้ผู้สูงวัยในแต่ละครอบครัว สามารถมีฐานข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับหน่วยบริการสาธารณสุข ทำให้มีข้อมูลของผู้สูงอายุหรือประชากรในท้องถิ่นนั้นๆได้อย่างครอบคลุมแม่นยำ ซึ่งอาจง่ายต่อการดูแลสุขภาพเชิงรุกในระยะยาว สามารถวางยุทธศาสตร์สาธารณสุข ทั้งในด้านการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาโรคและการติดตาม ซึ่งทำให้มีประสิทธิภาพ ประหยัดค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณ ประเด็นปัญหาที่พบจากการกำหนดให้ผู้สูงอายุให้ข้อมูลสุขภาพผ่านทางสื่อสารสนเทศประกอบด้วย ความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าถึงระบบสื่อสารสนเทศ โดยยังขาดการเข้าถึงอุปกรณ์สื่อสารสนเทศ นอกจากนี้การนำหลักธรรมาภิบาลด้านการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของทุกภาคส่วนในระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัวและชุมชน ไปถึงภาครัฐและเอกชนจะทำให้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพและบูรณาการ

กลุ่มวิชาการที่ 4

ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 4.0 ในการยกระดับคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการแพทย์ : กรณีคุณภาพชีวิตของพยาบาลไทย



ผู้จัดทำ : พลตรี นพ.ชนะ ลิมิตเลาหพันธ์ พญ.ทิพย์รัตน์ ต้นสกุลประเสริฐ นางผาณิต นิติทัณฑ์ประภาศ นางภัทริรา เอื้อชูเกียรติ นายภุชพงศ์ จรัสทรงกิติ นายฤทธิชัย ศรีวิจารณ์ นางสาวสมฤดี ศรีจรรยา นายสุรชัย สุทธิวรชัย พลตรีหญิง ดร.อังคณา สุเมธสิทธิกุล

อาจารย์ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันไชย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย
2) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์หาแนวทางในการยกระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 4.0
3) เพื่อเสนอแนะแนวทางการยกระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยตามยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 4.0

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลโดยวิธี

1. การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Research) จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ คุณภาพสูง
2. การเสวนาและสัมภาษณ์เชิงปฏิบัติการ กับพยาบาลระดับบริหาร และปฏิบัติการ
3. การจัดเสวนากลุ่ม (Focus Group) ผู้กำหนดนโยบาย/ผู้บริหารโรงพยาบาล นักวิชาการ พยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติ

ผลการวิจัย : 1) สภาพปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตพยาบาลวิชาชีพของไทยในยุคไทยแลนด์ 4.0 สรุปได้ 10 ประเด็นได้แก่

- 1) จำนวนพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอ
 - 2) ปัญหาสุขภาพกายและจิตของพยาบาล เนื่องจากลักษณะการทำงานในลักษณะเวรผลัดต่อเนื่อง
 - 3) การให้ค่าตอบแทนที่ยังไม่เพียงพอและเป็นธรรม
 - 4) ความก้าวหน้าในอาชีพมีน้อยทำให้สูญเสียพยาบาลออกไปจากระบบ
 - 5) ปัญหาเรื่องการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลไม่มีประสิทธิภาพ
 - 6) ระบบพัฒนาบุคลากรที่ยังไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ
 - 7) สภาพแวดล้อมในการทำงานทั้งกายภาพและ สัมพันธภาพในการทำงานยังไม่เหมาะสม
 - 8) ระบบการบริหารผลการปฏิบัติงานที่ยังไม่เหมาะสมและเป็นธรรม
 - 9) การนำองค์กรของผู้บริหารที่มุ่งเน้น/ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตพยาบาล และ
 - 10) ค่านิยมต่อวิชาชีพพยาบาลและสังคมมองภาพลักษณ์วิชาชีพพยาบาลเปลี่ยนไป
- 2) แนวทางการยกระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลไทยตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 4.0** แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ
1. การพัฒนาระดับบุคคล
 2. การพัฒนาจากภายในองค์กร ได้แก่
 - 1) ทิศทางการนำองค์กร กำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนสนับสนุนผลักดันลงสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม พร้อมกับการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
 - 2) การสื่อสาร/ค่านิยมในการทำงาน สร้างความภูมิใจและให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของวิชาชีพพยาบาล
 - 3) ควรบริหารจัดการด้านอัตรากำลังให้มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพเหมาะสมกับปริมาณงาน
 - 4) ขยายเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพให้พยาบาลวิชาชีพสามารถเติบโตได้ในระดับปฏิบัติการในสัดส่วนที่เหมาะสมจำนวนของพยาบาลที่มีอยู่จำนวนมาก
 - 5) ปรับปรุงพัฒนาระบบการให้รางวัลและจูงใจ ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้เงิน
 - 6) ควรมีการปรับปรุงระบบการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะเพียงพอในการปฏิบัติงาน และเตรียมพร้อมขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น

7) ควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานทั้งทางด้านกายภาพให้มีสภาพที่ดี ปลอดภัย และสภาพแวดล้อมทางสังคมให้มีความสุขในการทำงาน

8) ทบทวนและปรับปรุงระบบการบริหารผลการปฏิบัติงานของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม

3. การพัฒนาจากภายนอกองค์กร ได้แก่

1) การเตรียมพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมของประเทศให้มีจำนวนเพียงพอเพื่อรองรับความต้องการในอนาคต หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรวางแผนการผลิตให้มีจำนวนเพียงพอ รวมถึงการพัฒนาต่อยอดให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง

2) เมื่อได้รับการบรรจุเพิ่มเติมมาแล้ว ควรฝึกอบรม และการบริหารจัดการรองรับเรื่องการจัดสรร และการกระจายของพยาบาลวิชาชีพให้เหมาะสมกับสัดส่วนของประชากร

3) นำระบบ Information Technology System มาช่วยในการบริหารจัดการข้อมูล เพื่อพัฒนาระบบการทำงานของบุคลากรทางสาธารณสุข ทั้งในส่วนบริการดูแลผู้ป่วย และส่วนสนับสนุน ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นลดภาระงานของบุคลากรลง

4) เร่งหากลยุทธ์ฟื้นฟูและสร้างภาพลักษณ์วิชาชีพพยาบาลให้สังคมยอมรับ และยกย่องเป็นวิชาชีพที่มีเกียรติมีศักดิ์ศรีเหมือนเช่นในอดีต

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวทางการยกระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 4.0:

1) ควรมีดำเนินการอย่างบูรณาการของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และทุกระดับโดยยึดเป้าหมายเดียวกันตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560.

2) ควรมีการพัฒนาให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข และ แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2564 โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People excellence) โดยแต่ละองค์กร/หน่วยงานควรนำไปกำหนดเป็นนโยบายและแผนดำเนินการพัฒนาในส่วนหรือที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตพยาบาลวิชาชีพของไทยให้เป็นรูปธรรมและมีการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

3) ควรมีการปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกำลังคนหรือที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตพยาบาลของไทย

Strategy of Ministry of Public Health 4.0 to improve quality of life of Medical Staffs: In case of quality of life of Registered nurses in Thailand.



Author : Students of King Prajadhipok's Institute, Generation 6, Group 4 of Good governance on Medicine Course for Chief executive

Advisor : Professor Vuttisan Tanchai

Abstract (#4)

Objectives : 1) To study the problems status of quality of life of registered nurses in the Thailand 4.0 2) To study the strategies to improve the quality of life of registered nurses following strategy of Ministry of Public Health 4.0 3) To give a recommendation how to improve the quality of life of registered nurses following strategy of Ministry of Public Health 4.0

Methodology : This is a qualitative study using documentary research from high quality secondary data, academic workshop forum and focus group with executive nurses, nurse practitioners, public health technical officers, hospital administrators

Results : 1) Problem status of quality of life of registered nurses in the Thailand 4.0 Era can deduce to 10 issues as follows 1) Insufficient number of registered nurses 2) Physiological and psychological problems of registered nurses due to continuing shifts 3) Inadequate and unfair salary 4) Low progression in the pathway that lead to loss registered nurses from public health system 5) Ineffective human resource administration 6) Staff development system is not correspond with the problems

and demands 7) Inappropriate working environment 8) Inappropriate and unfair working evaluation system 9) Administrator is not emphasize on development of quality of life. And 10) Value of profession and social vision about image of profession were changed.

2) Strategies to improve the quality of life of registered nurses following strategy of Ministry of Public Health 4.0, divided to 3 levels as follows

1. Personal development
2. Development form in-house organization as follows
 - 1) Appoint direction of organization to be obvious policies and carry forward operation, including to pursue evaluation continually.
 - 2) Communication or value of working can build the pride and good image in the profession.
 - 3) Appropriately manage nurse personnel that should be equal as work load.
 - 4) Extend pathway to grow up in the nurse profession.
 - 5) Adjust and develop the reinforcement system to persuade nurses.
 - 6) Adjust the system of developing enough registered nurse competencies that can lead to good nursing implementation and to prepare for higher position.
 - 7) Improve physical environment to being healthy and safety including society environment should be fill free to work together.
 - 8) Revise and adjust the personnel evaluation system to be effective and fair.
3. Development form out-house organization as follows
 - 1) Government department have to plan to produce enough registered nurses in Thailand to respond the demand in the future. Moreover, we should develop registered nurses to be special nurses.
 - 2) Organization should have policy to distribute registered nurses properly.
 - 3) Using information technology system to manage the information in order to effectively develop the public health staff system, both operating and supporting sections that can lead to decreasing staff work load.
 - 4) Find out strategy and create social acknowledging image of the profession, and praise nurse profession to be honor as same as in the past.

Conclusion/Recommendation: The recommendation how to improve the quality of life of registered nurses following strategy of Ministry of Public Health 4.0 include

- 1) Should integrate with every department and set the goal together following Ministry of Public Health Strategy Plan 2017.
- 2) The development should correspond with public health strategy plan during 20 years and Ministry of Public Health Strategy Plan 2017 - 2021. Especially strategy 3: People excellence, each organization or department bring the strategy to appoint policy and action plan to develop quality of life of registered nurses in Thailand, and should have continuing evaluation.
- 3) Should adjust the laws or rules that relate to personnel management in order to support quality of life of registered nurses in Thailand.

ที่มาและความสำคัญ

ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 –2564 ประกอบไปด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & promotion excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance excellence) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุทธศาสตร์ ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ กำลังคนด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในระบบสุขภาพเป็นกลไกหลักในการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชน และได้มีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญอย่างหนึ่งคือ ระดับความสุขในการปฏิบัติงาน ของบุคลากรด้าน โดยมีเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา เรื่องยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 4.0 ในการยกระดับคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการแพทย์ : กรณีคุณภาพชีวิตของพยาบาลไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย
2. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์หาแนวทางในการยกระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 4.0
3. เพื่อเสนอแนะแนวทางการยกระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 4.0

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ในการศึกษา

ประกอบด้วย 4 กลุ่มได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย/ ผู้บริหารโรงพยาบาล นักวิชาการ พยาบาลวิชาชีพ ระดับบริหาร/ ระดับปฏิบัติการ ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลสังกัดภาครัฐ

ระยะเวลาในการศึกษา

- 1 ธันวาคม 2560 ถึง 30 เมษายน 2561

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลโดยวิธี 1. การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary research) จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิคุณภาพสูง 2. การเสวนาและสัมภาษณ์เชิงปฏิบัติการ กับพยาบาลระดับบริหาร และปฏิบัติการ 3. การจัดเสวนากลุ่ม (Focus group) ผู้กำหนดนโยบาย/ผู้บริหารโรงพยาบาล นักวิชาการ พยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) การตรวจสอบข้อมูล ด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangular analysis)

ผลการวิจัย

1) สภาพปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตพยาบาลวิชาชีพของไทยในยุคไทยแลนด์ 4.0 สรุปได้ 10 ประเด็นได้แก่

- 1) จำนวนพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอ
- 2) ปัญหาสุขภาพกายและจิตของพยาบาล เนื่องจากลักษณะการทำงานในลักษณะเวรผลัดต่อเนื่อง
- 3) การให้ค่าตอบแทนที่ยังไม่เพียงพอและเป็นธรรม
- 4) ความก้าวหน้าในอาชีพมีน้อยทำให้สูญเสียพยาบาลออกไปจากระบบ
- 5) ปัญหาเรื่องการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลไม่มีประสิทธิภาพ
- 6) ระบบพัฒนาบุคลากรที่ยังไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ
- 7) สภาพแวดล้อมในการทำงานทั้งกายภาพและ สัมพันธภาพในการทำงานยังไม่เหมาะสม
- 8) ระบบการบริหารผลการปฏิบัติงานที่ยังไม่เหมาะสมและเป็นธรรม
- 9) การนำองค์กรของผู้บริหารที่มุ่งเน้น/ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตพยาบาล และ
- 10) ค่านิยมต่อวิชาชีพพยาบาลและสังคมมองภาพลักษณ์วิชาชีพพยาบาลเปลี่ยนไป

2) แนวทางการยกระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลไทยตามยุทธศาสตร์กระทรวง
สาธารณสุข 4.0 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. การพัฒนาระดับบุคคล
2. การพัฒนาจากภายในองค์กร ได้แก่
 - 1) ทิศทางการนำองค์กร กำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนสนับสนุนผลักดันลงสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม พร้อมกับการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
 - 2) การสื่อสาร /ค่านิยมในการทำงาน สร้างความภูมิใจและให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของวิชาชีพพยาบาล
 - 3) ควรบริหารจัดการด้านอัตรากำลังให้มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพเหมาะสมกับปริมาณงาน
 - 4) ขยายเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพให้พยาบาลวิชาชีพสามารถเติบโตได้ในระดับปฏิบัติการในสัดส่วนที่เหมาะสมจำนวนของพยาบาลที่มีอยู่จำนวนมาก
 - 5) ปรับปรุงพัฒนาระบบการให้รางวัลและจูงใจ ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้เงิน
 - 6) ควรมีการปรับปรุงระบบการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะเพียงพอในการปฏิบัติงาน และเตรียมพร้อมขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น
 - 7) ควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานทั้งทางด้านกายภาพให้มีความสุขภาพที่ดี ปลอดภัย และสภาพแวดล้อมทางสังคมให้มีความสุขในการทำงาน
 - 8) ทบทวนและปรับปรุงระบบการบริหารผลการปฏิบัติงานของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม

3) การพัฒนาจากภายนอกองค์กร ได้แก่

- 1) การเตรียมพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมของประเทศให้มีจำนวนเพียงพอเพื่อรองรับความต้องการในอนาคต หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรวางแผนการผลิตให้มีจำนวนเพียงพอ รวมถึงการพัฒนาต่อยอดให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง
- 2) เมื่อได้รับการบรรจุเพิ่มเติมมาแล้ว ควรมีนโยบาย และการบริหารจัดการรองรับเรื่องการจัดสรร และการกระจายของพยาบาลวิชาชีพให้เหมาะสมกับสัดส่วนของประชากร
- 3) นำระบบ Information Technology System มาช่วยในการบริหารจัดการข้อมูล เพื่อพัฒนาระบบการทำงานของบุคลากรทางสาธารณสุข ทั้งในส่วนบริการดูแลผู้ป่วย และส่วนสนับสนุน ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นลดภาระงานของบุคลากรลง

4) เร่งหากลยุทธ์ฟื้นฟูและสร้างภาพลักษณ์วิชาชีพพยาบาลให้สังคมยอมรับ และยกย่องเป็นวิชาชีพที่มีเกียรติมีศักดิ์ศรีเหมือนเช่นในอดีต

สรุปและข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะแนวทางการยกระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 4.0

1) เพื่อให้ได้แนวทางการยกระดับคุณภาพชีวิตพยาบาลของไทยที่ยั่งยืน ควรมีการดำเนินการ อย่างบูรณาการ ของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายและทุกระดับตั้งแต่รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข สภาการพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ผู้บริหารโรงพยาบาล ฯลฯ โดยยึดเป้าหมายเดียวกัน ตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 –2564 คือ ระดับความสุขในการปฏิบัติงาน ของบุคลากร ด้านสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ80) 2. ควรมีการพัฒนา ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข และแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 –2564 โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากร เป็นเลิศ (People excellence) โดยแต่ละองค์กร/หน่วยงานควร นำไปกำหนดเป็นนโยบาย และแผนดำเนินการพัฒนา ในส่วนหรือที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตพยาบาลวิชาชีพของไทย ให้เป็นรูปธรรมและมีการ การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เช่น 2.1 วางแผน อัตรากำลัง พยาบาลวิชาชีพ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบริบท และความต้องการด้านสุขภาพ ของแต่ละพื้นที่ และสอดคล้องกับแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) 2.2 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ด้านกำลังคนให้ครบถ้วนครอบคลุม เป็น ปัจจุบัน สามารถเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ในการวางแผน และบริหารระบบกำลังคนด้าน 2.3 พัฒนาระบบการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ โดยปรับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม สะท้อนผลการปฏิบัติงาน สามารถสร้างแรงจูงใจในการ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบการวางแผนบันไดความก้าวหน้า อาชีพ และรูปแบบการทำงานที่ ยืดหยุ่น 2.4 สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เป็น Happy work place

3. ควรมีการปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกำลังคน หรือตอบสนองต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตพยาบาลของไทย

4. การบริหารจัดการของผู้บริหารองค์กร ควรมีนโยบายเรื่องการธำรงรักษา กลุ่มวิชาชีพพยาบาล ดังนี้ 4.1 จัดหาที่อยู่อาศัยที่มีความปลอดภัย ให้อยู่ใกล้กับที่ปฏิบัติงาน 4.2 ส่งเสริมความก้าวหน้าทางวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม (Career path) 4.3 จัดค่าตอบแทนรวมถึงสวัสดิการขั้น

พื้นฐานต่างๆ ที่พยาบาลควรได้รับ เช่นที่พักรักษาตัว เครื่องแบบ ประกันชีวิต การรับวัคซีนต่างๆ เงินเพิ่มพิเศษ ให้มีความเหมาะสม 4.4 มีการเชิดชูเกียรติพยาบาลที่มีผลงานดีเด่นอย่างต่อเนื่อง เช่น รางวัลพยาบาลผู้ทำหน้าที่ และมีความเสียสละอย่างดียิ่ง

5. ระเบียบนโยบาย หน่วย/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย ควรวางทิศทางการผลิต หรือพัฒนาให้มีความพร้อมเพื่อรองรับไทยแลนด์ 4.0 รวมทั้งเป็นการพัฒนา และยกระดับคุณภาพชีวิตพยาบาลวิชาชีพในระยะยาวเช่น

1) วางระบบการ พัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีความเชี่ยวชาญ เช่น Nurse practitioner หรือ Nurse specialist ทำให้พยาบาลรู้สึกทำงานมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจ และมีความสุขในการทำงาน

2) เร่งเตรียมความพร้อม ชีตความสามารถ ทักษะด้านภาษาอังกฤษ และเทคโนโลยีสารสนเทศ เตรียมพยาบาลสู่สังคมดิจิทัล อย่างเต็มภาคภูมิ

4) นำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligent) การใช้หุ่นยนต์มาใช้ ในสำนักงานเพื่อลดการนำพยาบาลมาทำงานทางธุรการ หรือของสหวิชาชีพอื่นๆ ในทีมสุขภาพ จะได้มีเวลาในการให้บริการผู้ป่วยมากขึ้น

5) จัดตั้ง กองทุนการพยาบาล เพื่อการเยียวยา และช่วยเหลือบุคลากรทางการพยาบาล ที่ประสบอุบัติเหตุ จากการปฏิบัติงาน และเยียวยาจากสภาวะที่เกิดจากการทำงาน

6) สภาการพยาบาล หรือสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ควรมีการประชาสัมพันธ์ ทางสื่อต่างๆ ให้เห็นคุณค่าของวิชาชีพพยาบาล ซึ่งจะส่งผล ต่อการตัดสินใจของเด็กรุ่นใหม่

กลุ่มวิชาการที่ 5

โทรเวช (Telemedicine) ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อประเทศไทย 4.0



ผู้จัดทำ : นายกรัณย์พล อัครสุวรรณ นายกฤษ เอื้อวงศ์ นายคณิพงษ์ แววัฒนะ นายชูศักดิ์ พิทักษ์ตระกูล นพ.ธนวัฒน์ อุณหโชค นายธีร กิจประสาน นางพรนภา เหลืองวัฒนาภิก นางพวงรัตน์ วิเชียรสรรค์ นส.เยาวลักษณ์ อร่ามทวีทอง นายฤทธิไกร ทองมาลา นาวาเอกหญิง พญ.วรารัตน์ สิงห์ขวา นายวีระชัย อมรกลลสุเวช นางสาวใจ เลิศวิริยะประภา พญ.หทัยรัตน์ อัจจิมานนท์

อาจารย์ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ อำนาจ กุศลนันท์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : โทรเวช (Telemedicine) เป็นระบบทางการแพทย์ยุคใหม่ที่จะทำให้ประชาชนที่อยู่ห่างไกลสามารถเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้โดยไม่มีอุปสรรคการเดินทาง และโรงพยาบาลที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางจะได้รับความช่วยเหลือในการตรวจรักษาแก่ผู้ป่วย แต่ที่ผ่านมายังประสบปัญหาข้อจำกัดในหลายด้าน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดของการดำเนินงานโทรเวชของประเทศไทย และเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา การสร้างมาตรฐานเพื่อพัฒนาโทรเวชที่มีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย : ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยการวิจัยเชิงเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การทำสนทนากลุ่ม และการศึกษาดูงานเกี่ยวกับโทรเวชทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ผลการวิจัย : พบว่าปัญหาหลักสองประเด็นคือด้านกฎหมาย และด้านมาตรฐานการให้บริการ ประเด็นสำคัญคือด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และแนวมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับโทรเวช เนื่องจากยังไม่มีกำหนดนิยามขอบเขตที่ชัดเจนของโทรเวช และยังไม่มีกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ แนวมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้เกิดปัญหาการตีความทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับพระราช

บัญญัติวิชาชีพเวชกรรม การกำหนดใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวช รวมถึงเครื่องมืออุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่ใช้ เกิดปัญหาทางด้านความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพด้านโทรเวช คือการไม่มีมาตรฐานใดมาเป็นเกณฑ์วัดว่าแพทย์กระทำการโดยประมาท ไม่มีแนวทางรองรับในส่วนของผู้เกี่ยวข้องด้านอื่น และยังไม่มีแนวทางด้านการคุ้มครองสิทธิประชาชน หลักการยินยอมในการรักษา การคุ้มครองและการเปิดเผยข้อมูล สำหรับแนวทางการสร้างมาตรฐานเพื่อพัฒนาโทรเวชในประเทศไทย ประกอบด้วย 1.กำหนดมาตรฐานด้านการบริการ โดยพิจารณาขอบเขต เงื่อนไขความจำเป็นและความเหมาะสมของการให้บริการโทรเวช โดยที่การดูแลรักษาแบบโทรเวชต้องไม่ทำให้มาตรฐาน และคุณภาพในการรักษาลดลง 2. กำหนดมาตรฐานของระบบ ด้านอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ สร้างระบบข้อมูลที่มีมาตรฐานสามารถแปลผลเป็นความเข้าใจเดียวกันได้ทั้งระบบ

สรุป : ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดสำคัญของการดำเนินงานโทรเวชคือด้านกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และแนวมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง แนวทางการพัฒนาโทรเวชมีสององค์ประกอบคือ สร้างมาตรฐานการให้บริการทางโทรเวช และกำหนดมาตรฐานของระบบที่ใช้ในการดำเนินการ

Efficient Telemedicine for Thailand 4.0



Authors: Students in Good Governance for Medical Executives Program, King Prajadhipok's Institute and the Medical Council of Thailand, Class 6, Group 5

Advisor: Clinical Professor Dr.Amnart Kusalanant

Abstract (#5)

Objectives : Telemedicine is a modern medical system that allows people in remote area to access medical experts without travel concern, and enables hospitals without specialist physicians to obtain assistance in patient treatment. However, telemedicine has experienced certain problems and restrictions. This study aims to analyze and synthesize problems, obstacles, and restrictions in telemedicine operation in Thailand, and to propose the approaches for resolving these problems and establishing standards with a view to developing telemedicine services that are efficient.

Methodology : This study uses qualitative research methodology, based on documentary research, in-depth interviews, group discussions, as well as domestic and overseas study visits.

Results : This study reveals two major problems in relation to statute and service standards. At present, the scope of telemedicine is not yet clearly defined under any statute, rules, regulations, or standards, thus resulting in problems in relation to legal interpretation under the Medical Profession Act; issuance of telemedicine profession licenses; use of instruments, devices and technologies; and liabilities of telemedicine practitioners. There are neither criteria for determining whether any

acts of the practitioners constitute negligent acts, nor supporting guidelines in relation to persons concerns, protection of rights of the public, rules relating to the consent for medical treatment, and protection and disclosure of information. With respect to the approaches for developing telemedicine services in Thailand, this study addresses (1) the establishment of service standards, taking into account the scope, conditions, necessities, and appropriateness of the provision of telemedicine services to ensure that the medical treatment standards and quality will not be compromised; and (2) the prescription of standards for systems, devices, and technology, as well as the establishment of a standardized data system to ensure the same understanding in the entire system.

Conclusion: The major problems, obstacles, and restrictions of telemedicine operation originate from the lack of statute, rules, regulations, and relevant standards. The approach for developing telemedicine services involves two factors, i.e. establishment of standards for the provision of telemedicine services, and establishment of standards for the systems used in the operation.

ที่มาและความสำคัญ

สังคมโลกปัจจุบันเป็นยุคสมัยของเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเข้าถึงและเชื่อมต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความรวดเร็วให้เกิดขึ้น เอื้อต่อการจัดการบริการสาธารณะในด้านต่าง ๆ ของภาครัฐที่บริการต่อประชาชน มีส่วนช่วยในการยกระดับและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน สำหรับการจัดบริการด้านสาธารณสุข โทรเวช หรือระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของระบบทางการแพทย์ยุคใหม่ที่จะมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ทำให้ประชาชนที่อยู่ห่างไกลสามารถเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลางได้ทันทีโดยไม่ต้องเสียเวลาเดินทางมาไกล นอกจากนี้โรงพยาบาลที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางก็จะได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านการตรวจรักษา การแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ ตลอดจนการศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์ เป็นการช่วยพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และระบบการบริหารจัดการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ครอบคลุมประชากรในส่วนต่าง ๆ ของประเทศ ส่งผลให้ประชากรของประเทศมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด ซึ่งจากการทบทวนข้อมูลเบื้องต้นพบว่า โทรเวช (Telemedicine) มีความจำเป็นและเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขจึงมีความพยายามในการดำเนินงานพัฒนาโทรเวช (Telemedicine) แต่ก็ยังคงประสบปัญหาและมีข้อจำกัดในการดำเนินนโยบายและการนำไปปฏิบัติ (Implementation) รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในมิติทางด้านกฎหมายเนื่องจากได้มีงานการศึกษาชี้ให้เห็นว่ายังไม่มีมาตรการพระราชบัญญัติซึ่งกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ มาตรฐาน รวมทั้งข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และการให้การบริบาลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับโทรเวช รวมถึงยังไม่มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีทางโทรเวชที่ชัดเจนเพื่อนำมาใช้เป็นกรอบในการพิจารณามาตรฐานการรักษาให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาโดยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ สภาพปัญหา ข้อจำกัดของโทรเวช (Telemedicine) ที่เคยได้ผ่านการนำนโยบายลงมาสู่การปฏิบัติไปแล้วทั้งในอดีตที่ดำเนินการมา และที่กำลังขับเคลื่อนนโยบายและดำเนินโครงการอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งนำเสนอแนวทางการแก้ไขข้อจำกัดที่เกิดขึ้นเพื่อวางแนวทางให้เกิดมาตรฐานเพื่อพัฒนาระบบและการบริหารทางโทรเวชให้มีประสิทธิภาพเพื่อประเทศไทย 4.0 อันจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนที่จะได้รับการบริบาลอย่างทั่วถึง สร้างความเท่าเทียม สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศในปัจจุบันและอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดของการดำเนินงานการโทรเวชของประเทศไทย
- 2) เพื่อนำเสนอแนวในการแก้ไขปัญหา และข้อจำกัด รวมถึงสร้างมาตรฐานเพื่อการพัฒนาโทรเวชที่มีประสิทธิภาพสำหรับประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีการศึกษา

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพได้แก่

- 1) การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดย
 - (1.1) ศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายโทรเวชทั้งในต่างประเทศ และในประเทศ
 - (1.2) รวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์จากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดของการดำเนินการโทรเวช (Telemedicine) ของประเทศไทย
- 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured or Guided Interviews) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder) ในระบบโทรเวช ได้แก่ 1. ผู้ให้บริการบริบาล คือ แพทย์ 2. ผู้รับการบริบาล 3. ผู้กำหนดนโยบาย (Policy Maker) รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมจำนวน 5 ท่าน
- 3) การทำสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder) ได้แก่ 1. ผู้ให้บริการบริบาล คือ แพทย์ 2. ผู้รับการบริบาล 3. ผู้กำหนดนโยบาย (Policy Maker) รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม และผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบโทรเวช เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวทางการสร้างมาตรฐานเพื่อพัฒนาโทรเวชให้มีประสิทธิภาพ จำนวนทั้งหมด 11 ท่าน โดยจัดทำการสนทนากลุ่มในวันที่ 7 มีนาคม 2561 ที่คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีคณะนิติศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นองค์กรร่วมจัดกับแพทยสภา สถาบันพระปกเกล้า และกลุ่มผู้จัดทำวิจัย
- 4) การศึกษาดูงานระบบโทรเวชในประเทศจีน และโครงการนวัตกรรมบ้านต้นแบบสุขภาวะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ Excellent Happy Home Ward เทศบาลตำบลเขาพระงาม จ.ลพบุรี รวมทั้งการศึกษาดูงานเกี่ยวกับโทรเวชที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ผลของการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดที่สำคัญคือด้านที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับและแนวมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับโทรเวช เนื่องจากยังไม่มีข้อกำหนดนิยามขอบเขตที่ชัดเจนของโทรเวช และยังไม่มีกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ แนวมาตรฐานที่เกี่ยวข้องส่งผลให้เกิดปัญหาการตีความทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม การกำหนดให้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโทรเวช รวมถึงกรณีของผู้ให้บริการโทรเวชจากต่างประเทศ และเครื่องมืออุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่ใช้ในทางโทรเวช เกิดปัญหาทางด้านความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพด้านโทรเวช คือการไม่มีมาตรฐานใดมาเป็นเกณฑ์วัดว่าแพทย์กระทำการโดยประมาทและต้องรับผิดชอบเพราะปฏิบัติหน้าที่ต่ำกว่ามาตรฐาน เนื่องจากยังไม่มีมาตรฐานการประกอบวิชาชีพทางโทรเวชกำหนดไว้แต่อย่างใด ก่อให้เกิดภาระทั้งผู้ประกอบวิชาชีพและประชาชนที่เป็นผู้เสียหาย ซึ่งหากมีกรณีพิพาทเกิดขึ้นผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางโทรเวชจะมีภาระมากในการนำสืบให้เห็นถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นเพราะผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม อาจไม่มีความรู้ความเข้าใจเพียงพอต่อระบบและการบริหารทางโทรเวชได้ดีเท่ากับแพทย์ผู้ให้การรักษา และการประเมินระดับของความประมาทเลินเล่อที่เกิดขึ้นในการรักษาแบบโทรเวชย่อมซับซ้อนกว่าระบบการรักษาทางการแพทย์แบบปกติอีกด้วย ทั้งยังมีปัญหาการกำหนดมาตรฐานและกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งพบว่า การสร้างหรือกำหนดเกณฑ์มาตรฐานเป็นแบบแผนเดียวกันทั้งหมด อาจส่งผลกระทบในการตีความทางกฎหมายในการพิจารณาเรื่องการกระทำของแพทย์ในการรักษาในระบบโทรเวช รวมไปถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษาซึ่งมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ แนวคิดแรกมีความเห็นว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ให้การรักษาโดยเฉพาะในการดำเนินงานของภาครัฐนั้น ความรับผิดชอบอยู่ที่แพทย์ปลายทางผู้ให้การรักษาโดยตรง และควรมีข้อพิจารณาเพิ่มเติมหากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษาได้รับคำตอบแทนจากการให้คำปรึกษา ว่าควรที่ต้องรับผิดชอบด้วยหรือไม่อย่างไร ในขณะที่มุมมองจากผู้แทนภาคประชาชน มีความเห็นว่าควรเป็นความรับผิดชอบร่วมด้วยของผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษาถึงแม้ว่าจะไม่ได้คำตอบแทนโดยตรงก็ตาม เนื่องจากการให้คำปรึกษานั้นย่อมทำในฐานะของผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งความเชี่ยวชาญเป็นสิ่งที่ติดตัว ซึ่งแพทย์ผู้อื่นทำไม่ได้ ดังนั้นจึงควรรับผิดชอบร่วมด้วย สำหรับประเด็นความรับผิดชอบทางละเมิดของผู้ที่เกี่ยวข้องด้านอื่น ๆ พบว่ายังไม่มีแนวทางออกมารองรับ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิประชาชน หลักการยินยอมในการรักษา และการคุ้มครองข้อมูลของผู้ป่วยนั้นยังไม่มีข้อกำหนด

มาตรฐาน แนวทางที่ใช้กับโทรเวชโดยเฉพาะ คงเป็นไปตามหลักการของกฎหมายที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

สำหรับแนวทางการสร้างมาตรฐานเพื่อพัฒนาโทรเวชให้มีประสิทธิภาพนั้นพบว่า 1. ในด้านมาตรฐานทางด้านการบริการ ควรมีการกำหนดและพิจารณาถึงความจำเป็น ความเหมาะสมของการให้บริการโทรเวช โดยพิจารณาขอบเขตของโทรเวช โดยเงื่อนไขความจำเป็นได้แก่ การต้องวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที มิฉะนั้นผู้ป่วยจะเกิดภาวะอันตรายแก่ร่างกายและชีวิต รวมถึงการเข้าไปบรรเทาปัญหาการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร อีกด้านหนึ่งคือใช้โทรเวชเป็นการอำนวยความสะดวกแก่แพทย์ผู้ให้การรักษา หรือติดตามผลการรักษา และเพิ่มโอกาสทางเลือกให้ความสะดวกแก่ประชาชนในการรับบริการหรือขอรับคำปรึกษาจากแพทย์เพื่อสร้างความมั่นใจมากขึ้น มีข้อเสนอให้โทรเวชเป็นทางเลือกในการรักษาของประชาชน และการให้การดูแลรักษาแบบโทรเวชต้องไม่ทำให้มาตรฐานคุณภาพในการรักษาลดลง 2. มาตรฐานของระบบด้านอุปกรณ์และเทคโนโลยีการสื่อสาร ควรมีการวางมาตรฐานที่เป็นระบบได้มาตรฐานทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดการสร้างระบบข้อมูลที่มีมาตรฐาน สามารถแปลผลเป็นความเข้าใจเดียวกันได้ทั้งระบบ ซึ่งเชื่อมโยงกับระบบการศึกษา การเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ต้องมีการฝึกฝนให้เกิดความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานทางโทรเวชเพื่อรับรองและสร้างระบบโทรเวชให้มีมาตรฐาน และควรมีการควบคุมคุณภาพตลอดจนพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินการร่วมกันไปด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กำหนดให้มาตรฐานในการดูแลรักษาแบบโทรเวชต้องไม่ด้อยไปกว่าการดูแลรักษาในรูปแบบปกติภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัย และพฤติการณ์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ
2. ควรจัดทำแนวปฏิบัติด้านโทรเวชแห่งชาติ (National Telemedicine Guidelines) และจัดทำคู่มือในทางปฏิบัติ ซึ่งดำเนินการโดยคณะกรรมการระดับชาติประกอบด้วย ผู้แทนวิชาชีพทางแพทย์ ทางกฎหมาย ทางผู้ให้บริการระบบ ภาคประชาชน ภาคเอกชน ภาคผู้ปฏิบัติงาน (Stakeholder) โดยเน้นการมีส่วนร่วม รวมทั้งจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมารับผิดชอบเรื่องโทรเวชเป็นการเฉพาะ เพื่อให้เกิดการวางระบบ การปฏิบัติได้เป็นจริงและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ โดยคำนึงถึงประเด็นมาตรฐานที่เป็นไปตามสภาวะวิสัยของเหตุ และความเป็นไปของการดำเนินการด้านโทรเวชในแต่ละพื้นที่
3. เตรียมความพร้อมของบุคลากรให้มีความรู้ ความชำนาญ และทักษะในการปฏิบัติด้านโทรเวช โดยจัดให้มีการฝึกอบรม และให้มีการทดสอบเพื่อออกใบอนุญาต (Telemedicine License)
4. จัดให้มีคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ มากำกับดูแลและสนับสนุนการปฏิบัติทางโทรเวชให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด
5. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาทางเทคโนโลยีสารสนเทศ และนวัตกรรมที่เหมาะสมเพื่อนำมาใช้ในกิจการโทรเวชให้มีประสิทธิภาพ
6. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้มีความรู้เกี่ยวกับโทรเวช และมีความเข้าใจในสิทธิของผู้ป่วยในการเลือกที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธีโทรเวช
7. รัฐโดยฝ่ายนิติบัญญัติควรตราพระราชบัญญัติว่าด้วยโทรเวช ซึ่งกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ มาตรฐาน ความรับผิด รวมทั้งบทบัญญัติอื่นที่สำคัญ อันเกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธี “โทรเวช” ขึ้นบังคับใช้เป็นการเฉพาะ
8. รัฐควรมีนโยบายที่ครอบคลุมและเหมาะสมต่อโทรเวชจากต่างประเทศที่อาจเข้ามาให้บริการในประเทศไทย

กลุ่มวิชาการที่ 6

ผลกระทบของการจัดตั้งศูนย์การแพทย์นานาชาติในเขตระบียง เศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ต่อบุคลากรทางการแพทย์ไทย



ชื่อผู้จัดทำ : นาวาเอก นพ.กิตตินันท์ งามศิลป์ นางแก้วแก้ว เผอญุโชค ดร.ครรชิตพล ยศพรไพบูลย์
นพ.ธวัชชัย อัครวิพุธ พลตำรวจตรี นพ.บุญยรัตน์ พุกกะเวส นางบุษบา สังขวิภา
ดร.นพ.ปรัชญะพันธุ์ เพชรช่วย นพ.พรชัย วงศ์ไธเลิศกุล พลโท นพ.พีระพล ปกป้อง
นายวสันต์ อิทธิโรจนกุล นส.วสุรมย์ ภาณุดิธิกุล นพ.ศักนัน มะโนทัย นายสมบุรณ์
เอื้ออัมมสสัย นายสมศักดิ์ ขวัญแก้ว ทพ.สุพจน์ กุญชรมณี นพ.เอกลาภ ทองบริสุทธิ์

อาจารย์ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิโรจน์ พานิชย์พงษ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลกระทบ/ประสบการณ์โรงพยาบาลรัฐ เอกชนหรือสถาบันการผลิต
แพทย์ พยาบาลและองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และสังเคราะห์แนวทางการจัดการกำลังคนทางการ
แพทย์ ของโรงพยาบาลรัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ต่อการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในเขต
ระบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพและเอกสาร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้บริหารโรงพยาบาลใน
เขตบริการสุขภาพที่ 6 ทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้บริหารสถาบันผลิตแพทย์และพยาบาล ผู้แทนองค์กร
สุขภาพที่เกี่ยวข้อง และตัวแทนองค์กรวิชาชีพแพทย์และพยาบาล เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้แก่
คำสำคัญ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : ผลกระทบที่สำคัญได้แก่การเพิ่มขึ้นจำนวนมากของอุปสงค์บริการทางการแพทย์
ภาครัฐทั้งในกลุ่มแรงงาน และประชากรแฝง โรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ที่มีการขยายตัวทั้งในเชิง
ปริมาณและคุณภาพงานบริการ มีภาวะสมองไหลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลจากภาครัฐไป
ยังภาคเอกชน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานบริการทางการแพทย์ภาครัฐในเรื่องของภาระงาน
และกำลังคนการเปิดโอกาสให้แก่แพทย์หรือพยาบาลชาวต่างชาติในกลุ่มประเทศ AEC และการ

จัดการสถานพยาบาลภาครัฐในรูปแบบในกำกับของรัฐหรือรัฐร่วมเอกชนเพื่อให้บริการที่นอกเหนือจากบริการพื้นฐาน สามารถลดอัตราสมองไหลของแพทย์จากภาครัฐสู่ภาคเอกชนโดยทางอ้อม สถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพควรหารือร่วมกันเพื่อการวางแผนการบริหารกำลังคนทางด้านการแพทย์และพยาบาลลดข้อจำกัดทางกฎหมายหรือระเบียบปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายแรงงานของแพทย์และพยาบาลจากการเปิดเสรีการค้าบริการของอาเซียน

สรุป : โรงพยาบาลหลักสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ ควรศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดบริการศูนย์การแพทย์โดยการบริหารในรูปแบบในกำกับของรัฐเพื่อเพิ่มความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ระดับสากลและจัดการกำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Impact of International Medical Hub Project in Eastern Economic Corridor (EEC) on Medical Personnel in Thailand



Authors : Fellows of King Prajadhipok's Institute, Intermediate Certificate Course on Good Governance for Medical Executives Batch#6, Academy Group #6

Supervisor : Prof.Virat Panichpong, MD

Abstract (#6)

Objectives : To study the consequence and experience of healthcare institutes in public and private sectors in Healthcare Region 6 that impacted by International Medical Hub Project in Eastern Economic Corridor (EEC) area

To synthesize the guideline on healthcare professionals capacity management for public hospitals in Healthcare Region 6, in order to accommodate the International Medical Hub in Eastern Economic Corridor (EEC)

Methodology : In this qualitative study, the primary data is collected through a sample of participants, i.e., executive administrators in both private and public hospitals in Healthcare Region 6, executive administrators in the school of medicine and nursing science, and representatives of Thai Medical Council and of Thai Nursing Council. The following tools, i.e., key informants and in-depth interview, are used for content analysis.

Result : The significant impacts consist of the increasing demand on the medical care service in the public sector from labor group and nonregistered population, the expansion of local private hospitals in quantity and in term of service quality,

the brain drain phenomenon or the migration of medical professionals from public sector to private sector which leads to other problems in public health care management such as the over-workload and the medical staff shortage; and also the open opportunity for medical practitioners from AEC countries. The transformation from the public hospital into the autonomous hospital under governmental supervision or into the public-private partnership hospital that provides additional medical services indirectly helps to reduce the brain drain possibility. Also, the academic institutes and the healthcare professional councils should join together for the deliberation to seek for the effective plan on healthcare personnel management, in order to minimize the restriction gap in free movement of medical professionals in ASEAN.

Conclusion : To improve its competitiveness as healthcare service provider in international level and to develop the human capacity efficiency, the public hospitals under the supervision of Ministry of Public Health should study its feasibility on the transformation into the autonomous hospital under governmental supervision.

ที่มาและความสำคัญ

นโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical hub) ถูกประกาศใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ด้วยการจัดการให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงกว่าและ/หรือมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า โดยมีการผสมผสานการให้บริการรักษาพยาบาลและการพักผ่อนร่วมกันระหว่างการท่องเที่ยว กระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักในการบริหารขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ตลาดกลุ่มสินค้าและธุรกิจบริการสุขภาพนี้มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พื้นที่จังหวัดเขตบริการสุขภาพที่ 6 ได้แก่ ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา เป็นพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor : ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) เพื่อดูแลสุขภาพประชาชน แรงงาน และนักท่องเที่ยว ที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งนับได้ว่าเขตบริการสุขภาพที่ 6 จะเป็นพื้นที่จัดการศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติภาครัฐและเอกชนที่ครบวงจรในอนาคต ดังนั้นจากนโยบายการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจในพื้นที่ภาคตะวันออกของรัฐบาล การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานในกลุ่มประเทศ AEC และการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของประเทศไทยย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานของบริการทางการแพทย์อันเนื่องมาจากอุปสงค์เหนี่ยวนำอุปทานโดยเฉพาะภาวะสมองไหล ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้บริหารระดับนโยบายต้องวิเคราะห์เพื่อวางแผนการปรับตัวในเชิงป้องกัน ร่วมกับการปรับปรุงเชิงนโยบายและกฎระเบียบที่จะเอื้อต่อการพัฒนาระบบบริหารโรงพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรภาครัฐอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้จึงจะเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการจัดองค์กรและกำลังคนทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโรงพยาบาลภาครัฐต่อการรองรับหรือเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาผลกระทบ/ประสบการณ์โรงพยาบาลรัฐ เอกชนหรือสถาบันการผลิตแพทย์ โรงพยาบาลและองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก
- 2) เพื่อสังเคราะห์แนวทางการจัดการกำลังคนทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลภาครัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ต่อการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้แทนผู้บริหารโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้บริหารสถาบันผลิตแพทย์และพยาบาล ผู้แทนองค์กรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และตัวแทนองค์กรวิชาชีพแพทย์และพยาบาล จำนวน 9 คน

เครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลเอกสารกรอบเนื้อหาคำค้น แนวทางการสัมภาษณ์ได้แก่ ประสพการณ์และข้อเสนอการจัดการโรงพยาบาลรัฐเพื่อการจัดการกำลังคน โดยป้องกันการเกิดภาวะสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์จากผลกระทบของการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก เก็บข้อมูลแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการถอดความและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบผลกระทบและข้อสังเกตการจัดการกำลังคนภาครัฐเพื่อป้องกันภาวะสมองไหลมีดังนี้

1) ผลกระทบที่สำคัญของการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ได้แก่ การเพิ่มขึ้นจำนวนมากของอุปสงค์บริการทางการแพทย์ภาครัฐทั้งในกลุ่มแรงงาน และประชากรแฝง โรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่มีการขยายตัวทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพงานบริการ มีภาวะสมองไหลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งในและนอกพื้นที่รวมถึงพยาบาลจากภาครัฐไปยังภาคเอกชนเนื่องจากงานการให้บริการภาคเอกชนมีการขยายตัว ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบริการทางการแพทย์ภาครัฐ ในด้านภาระงานและกำลังคน

2) การจัดการกำลังคนด้านแพทย์และพยาบาลภาครัฐเพื่อรองรับการขยายตัวของงานบริการทางการแพทย์หรือสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายต่าง ๆ ที่อาจจะมีผลกระทบต่อความเพียงพอของกำลังคน ควรมีการจัดการอย่างเป็นระบบตั้งแต่ในสถาบันผลิตระดับปริญญาตรี โดยส่งเสริมการเข้าสู่เส้นทางสายวิชาชีพที่ชัดเจนในด้านการวิจัย การเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือการให้บริการเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลทั่วไป

3) การเปิดโอกาสให้แก่แพทย์หรือพยาบาลชาวต่างชาติในกลุ่มประเทศ AEC หรือที่มีสัญชาติเดียวกับผู้รับบริการชาวต่างชาติในการให้บริการศูนย์กลางบริการสุขภาพนานาชาติ โดยได้รับอนุญาตให้เข้ามาปฏิบัติงานเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลเอกชนได้ตามนโยบายการเคลื่อนย้าย

บุคลากรวิชาชีพและตามพระราชบัญญัติเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ปี 2561 ต่อการประกอบวิชาชีพของผู้เชี่ยวชาญระดับสูงในเขตนิคมอุตสาหกรรมซึ่งตั้งอยู่ในเขตส่งเสริมเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก เพื่อลดอัตราสมองไหลของแพทย์จากภาครัฐสู่ภาคเอกชนโดยทางอ้อม

4) โรงพยาบาลรัฐในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองไหลควรปรับระบบการบริหารราชการเชิงวัฒนธรรมองค์กรเพื่อเพิ่มอัตราการคงอยู่ของบุคลากร รวมทั้งระบบสวัสดิการโดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล ร่วมกับการมีมาตรการในการพัฒนาคุณภาพบุคลากรเพื่อให้สามารถจูงใจและแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนได้

5) สำนักงานประกันสังคมสามารถเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้วยการดำเนินการให้มีโรงพยาบาลเฉพาะของผู้มีสิทธิประกันสังคมในพื้นที่ จากการที่มีจำนวนผู้ใช้แรงงานหรือลูกจ้างในสถานประกอบการเพิ่มมากขึ้นเพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกบริการเฉพาะกลุ่มสำหรับแรงงานและสถานประกอบการของผู้เอาประกันตน

6) การปรับรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลภาครัฐในพื้นที่เขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกที่จะเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ระดับมาตรฐานสากล ต้องปรับรูปแบบทั้งเชิงโครงสร้างและเชิงบริหารจัดการในรูปแบบในกำกับของรัฐหรือรัฐร่วมเอกชนในบริการที่นอกเหนือจากบริการพื้นฐานทั่วไป ยกตัวอย่างเช่นโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์

ข้อเสนอแนะ

สถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพควรหารือร่วมกันเพื่อการวางแผนการบริหารกำลังคนทางด้านการแพทย์และพยาบาล สภาวิชาชีพแพทย์และพยาบาลควรลดข้อจำกัดทางกฎหมายหรือระเบียบปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายแรงงานของแพทย์และพยาบาลจากการเปิดเสรีการค้าบริการของอาเซียน สำนักงานประกันสังคมควรพิจารณาอุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์เพื่อดำเนินการให้เกิดโรงพยาบาลเฉพาะสิทธิประกันสังคมในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก และโรงพยาบาลชลบุรีในฐานะโรงพยาบาลหลักสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ ควรศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดบริการศูนย์การแพทย์โดยการบริหารแบบในกำกับของรัฐหรือรัฐร่วมเอกชนเพื่อเพิ่มความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ระดับสากล

กลุ่มวิชาการที่ 7

ธรรมาภิบาลกับการควมรวมการบริหารจัดการสามกองทุนสุขภาพ ของประเทศไทย กรณีศึกษาฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่



ผู้จัดทำ : นางจันทนา ธรรมธร นางธันณ์จิรา ธนาศิริชัชนันท์ นาวาอากาศเอก นพ.นภ ตู้อินดา
นายแพทย์นิวัฒน์ จี๋กังวาช ภก.ปรีชา พันธุ์ติเวช นายพงษ์ศักดิ์ ศศิเมหศักดิ์
พญ.พันธ์ทิพย์ เจริญวงศ์ นางไพจิตร รัตนานนท์ นพ.ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล
พลตรี นพ.วิสุทธิ ศรีจันทร์หาพันธุ นางศิริวรรณ ชัยสมบูรณ์พันธ์ นส.ศิริวรรณ สุกัญจนศิริ
นพ.สุรสิทธิ์ อัครดามงคล ร้อยตำรวจเอกอรรถกวี ขุนพินิจ นายอรรถยุทธ ลียะวณิช
อาจารย์ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อสำรวจความเห็นของผู้บริหารและปฏิบัติงานเกี่ยวกับการควมรวมการบริหาร
จัดการสามกองทุนสุขภาพของประเทศไทย กรณีศึกษาฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่
2) เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์อุปสรรคและปัญหาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ
การบริหารจัดการสามกองทุนสุขภาพของประเทศไทย และจากการเก็บข้อมูล
เพิ่มเติมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

วิธีดำเนินการวิจัย : ใช้วิธีการศึกษาแบบหลายวิธี (Mixed method) ประกอบด้วยการศึกษาเอกสาร
ที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย
การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการจัดกิจกรรมสนทนา
กลุ่ม (Focus group discussion) ร่วมกันของสมาชิกภายในกลุ่มของคณะผู้ศึกษา ซึ่งมุ่งศึกษา
เฉพาะการบริหารจัดการของสามกองทุนของประเทศไทยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใต้นโยบาย
ของรัฐบาล ซึ่งมีกองทุนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กองทุนประกันสังคม กรมบัญชีกลางในด้านสิทธิสวัสดิการข้าราชการ กระทรวงสาธารณสุขและ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ใช้กรอบแนวคิดการศึกษาหลักธรรมาภิบาล ที่ประกอบด้วยหลักนิติรัฐ (Rule of law) หลักความโปร่งใส (Transparency) หลักนิติรัฐ หลักความพร้อมรับผิดชอบ หลักความมีประสิทธิภาพความคุ้มค่า หลักการมีส่วนร่วม และหลักด้านคุณธรรม จริยธรรม

ผลการวิจัย : การบริหารจัดการสามกองทุนสุขภาพของประเทศไทย กรณีศึกษาการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใต้นโยบาย UCEP เป็นการดำเนินการในลักษณะของการบูรณาการงานร่วมกันเฉพาะประเด็นการให้สิทธิการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในช่วง 72 ชั่วโมงแรก ตามนิยามคำจำกัดความ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตามรายการที่กำหนดไว้ใน Fee schedule และกำหนดขั้นตอนกระบวนการการดำเนินการตรวจสอบและเบิกจ่าย โดยมีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยบริหารจัดการเชิงระบบ ส่วนกระบวนการและขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินจะเป็นการประสานงานตรงระหว่างกองทุนต้นสังกัดที่ผู้ป่วยมีสิทธิกับโรงพยาบาลผู้ให้การดูแลรักษา ดังนั้น การบริหารจัดการในรูปแบบดังกล่าวข้างต้นจึงยังไม่ใช่การควมรวมกิจการของสามกองทุนสุขภาพไทย ด้วยปัจจัยสนับสนุน คือ ด้านกฎหมายระเบียบปฏิบัติ แต่ละกองทุนยังมีกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ มีคณะกรรมการดูแลกิจการของกองทุนแยกส่วนกัน ด้านแหล่งที่มาของงบประมาณสำหรับจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลแต่ละกองทุนจ่ายตรงให้แก่โรงพยาบาลที่เรียกเก็บ โดยผ่านการยืนยันความถูกต้องของเอกสารการเรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและข้อมูล ด้านชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาที่ผู้มีสิทธิของแต่ละกองทุนพึงได้รับยังมีความความเหลื่อมล้ำอยู่หลายประการ และสุดท้ายคือ ด้านความไม่เสมอภาคต่อค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพต่อหัวประชากร การรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้มีสิทธิ กลุ่มเป้าหมาย และวิธีการจ่ายค่าชดเชย ตลอดจนวิธีการปรับบริการบริการ ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจึงสะท้อนว่า ยังมีความจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการกิจการที่ดีของสามกองทุนสุขภาพไทยให้ในอนาคต

สรุป : มีข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้ (1) รัฐควรจัดตั้งกองทุนเฉพาะในเรื่องนี้ เพื่อให้มีงบประมาณสำหรับการบริหารจัดการมาจากแหล่งเดียว และให้มีหน่วยงานกลางทำหน้าที่บริหารจัดการเพื่อให้เกิดความคล่องตัวเสมอภาค และเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในสังคมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (2) รัฐควรจัดให้มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาที่ผู้มีสิทธิของแต่ละกองทุนพึงได้รับอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน และมีการขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมกับทุกสิทธิ เช่น รัฐวิสาหกิจท้องถิ่น ไม่ควรจำกัดเฉพาะสามกองทุนสุขภาพ ควรครอบคลุมการจัดบริการระบบส่งต่อ-ส่งกลับ และให้สิทธิประชาชนเข้าถึงการรักษาเท่ากันตามที่ระบุในรัฐธรรมนูญ สำหรับประกันสุขภาพส่วนบุคคลให้เป็นส่วนเพิ่ม On top เป็นรายกรณีไป (3) รัฐควรออกกฎหมายหรือระเบียบที่เอื้อต่อการทำงานและมีความชัดเจนสู่การนำไปปฏิบัติ เช่น ขอบเขตการเลือกโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด การกำหนดสเปค คุณลักษณะเฉพาะและราคาใน fee schedule เป็นต้น

Good governance and the merger of Thailand three health funds administration regarding to the Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) policy



Authors : Students in Course in Good Governance for Medical Executives,
King Prajadhipok's Institute and the Medical Council of Thailand,
Class 6, Group 7

Advisor : Associate Professor Doctor Prasopsri Ung-thavorn

Abstract (#7)

Objectives : This was a study of good governance and the merger of Thailand three health funds administration regarding to the Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) policy. The purpose of this study could be defined into 3 major parts: firstly, to survey opinion of administrators and authority who work in this specific field concerning the merger of three health funds administration about UCEP policy, secondly, to analyze both obstacles and problems from related documentations about administration of the three health funds in Thailand, and lastly, to procreate suggestions for particular administrators and authority.

Methodology : This study was conducted by mixed method from reviewing literature, gathering quantitative data from questionnaires, and qualitative data from in-depth interview and focus group discussion. Major focus was paid especially on administration of the three health funds in Thailand, which were National Health Security Office (NHSO), Social Security Office (SSO), and Comptroller General's Department (CGD), related to the UCEP policy. Ministry of Public Health and National Institute for Emergency Medicine (NIEMS) used the conceptual framework of good governance which included rule of law, transparency, responsibility, effectiveness, partnership, and ethics.

Results : The result of this study were to conclude the merger of the three health funds administration in Thailand about UCEP policy was an integrated process aiming to cover medical expenses during emergency period (the first 72 hours), according to the definition of 'emergency' stated by NIEMS. Those fee schedule as well as the process and system of verifying and disbursing were defined and managed by CGD, SSO, NHSO, NIEMS, Ministry of Finance, and Ministry of Public Health. In the same time, medical centers had to directly coordinate with the three health funds themselves to claim for the medical expenses occurred. Those all processes were not truly the merger of administration of the three health funds in Thailand due to many reasons. Firstly, varied legislation, policy, and board committee of each fund might be the motive of this defect. Moreover, concerning the sources of budget to compensate medical expenses, the funds would be paid directly to claiming medical units after verification process done by NHSO. Thirdly, there were still much inequality in medical coverage that people from each fund received. Finally, disparity of medical expenses per person, cost burden, target group, commutation payment method, and service procedure were also mentioned as obstacles to merge the three funds administration together.

Conclusion : Healthcare system transformation has still been necessary to improve administration of the three health funds in Thailand. Here is an important policy proposal for UCEP. 1) Government should establish a specific fund to fuse the budget for only one source. There should be an authorized person to manage this fund in equality and justice to decrease medical care inequality gap in the country. 2) Medical coverage for people from each fund should be fair and based on the same standard so that the access to medical care is easy and equal for everyone. It should also expand to cover a transfer cost and give people the right to access equal medical treatment according to the Constitution. For personal health insurance, should be added up on top as a case by case basis. 3) The state should legislate or issue regulation that help ease work and application of this framework should be launched by the government. For example, choosing nearby medical units/ facilities, specification and price set in fee schedule. However, this study did not cover all important aspect of three health funds administration in Thailand. We only aimed to study emergency condition under the UCEP policy in the past 1 year (from 2018 Jan 1st- May 31st). For further study, work of three health funds administration in Thailand should be studied in other aspects which may involve other units aside from the three health funds.

ที่มาและความสำคัญ

จากการดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย ตามเจตนารมณ์ และข้อกำหนดในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ว่าด้วย “การได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น เป็นสิทธิของคนไทยทุกคน” เกิดเป็นจริงได้จากผลที่คนไทยทุกคน ได้รับความคุ้มครองการเข้าถึง บริการสุขภาพที่จำเป็น หลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้เกิดกลไกที่สร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อนระบบและนำไปสู่การสร้าง ความโปร่งใส ผ่านการตรวจสอบซึ่งกันและกันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังพบความท้าทาย และปัญหาที่ต้องได้รับการจัดการในระบบประกันสุขภาพภาครัฐของไทย เพื่อทำให้เกิดธรรมาภิบาล และประชาชน ผู้มีสิทธิในทุกระบบสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพอย่างเสมอภาคกัน ความท้าทายประการสำคัญคือ การจัดการแบบแยกส่วน (Disintegration) การมีระบบ ประกันสุขภาพหลายระบบภายใต้การบริหารจัดการของหลายหน่วยงาน ส่งผลต่อความไม่สอดคล้อง กลมกลืนกันในระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ การบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนเมื่อเกิด ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีสิทธิในทุกระบบ สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพภายใต้ แนวคิดของหลักธรรมาภิบาลของประเทศขณะนี้เป็นอย่างไร จึงเป็นประเด็นที่กลุ่มผู้ศึกษาให้ ความสนใจ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาภายใต้บริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อสำรวจความเห็นของผู้บริหารและปฏิบัติงานเกี่ยวกับการควมรวมการบริหาร จัดการสามกองทุนสุขภาพของประเทศไทย กรณีศึกษาฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่
- 2) เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์อุปสรรคและปัญหาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ การบริหารจัดการสามกองทุนสุขภาพของประเทศไทย และจากการเก็บข้อมูล เพิ่มเติมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา : แบบสอบถาม มีขั้นตอนการพัฒนาตามลำดับดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสารและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1.2 ร่างแบบสอบถามตามกรอบแนวคิด หลักธรรมาภิบาล 6 องค์ประกอบได้แก่

1. ด้านนิติรัฐ 2. ด้านความโปร่งใส 3. ด้านความพร้อมรับผิชอบ 4. ด้านความมีประสิทธิภาพ
คุ้มค่า (Effective) 5. ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) และ 6. ด้านคุณธรรม จริยธรรม

1.3 เสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสมบูรณ์

2) การเก็บรวบรวมข้อมูล : จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ และปฐมภูมิ

แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ

1. ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่กรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 รายงานของสภาปฏิรูปแห่งชาติ ระบบกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบของประเทศไทย ได้แก่ สวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนประกันสังคม และการเปรียบเทียบความแตกต่าง ทั้งเชิงแนวคิดการก่อตั้งกองทุน การบริหารจัดการสิทธิ ประโยชน์ และการจ่ายชดเชยแนวคิดการควมรวมการบริหารจัดการและกฎหมายที่มีที่เอื้อโอกาสหรือเป็นอุปสรรคต่อการควมรวม รวมทั้งประสบการณ์จากต่างประเทศ กรณีศึกษาผลการประเมินการดำเนินการให้บริการ “ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุนภายใต้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน” และแนวคิดและการปรับปรุงการดำเนินการให้บริการภายใต้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์ และนโยบายที่สำคัญของรัฐบาล และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. รายงานการวิจัย รายงานวิชาการ บทความวิชาการ เอกสารนำเสนอในที่ประชุมทั้งใน และต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับหลักธรรมาภิบาลกับการควมรวมการบริหารจัดการ 3 กองทุนสุขภาพของประเทศไทย และการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP)

แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ

1. รวบรวมข้อมูลจาก ทฤษฎี/เอกสาร/บทความ/งานวิจัย/กฎหมาย/ระเบียบ/ข้อบังคับ หนังสือเอกสารของทางราชการ เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่

เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ 3 กองทุนสุขภาพของประเทศไทย กรณีศึกษา : อุทกภัยอุทกภัยมีสิทธิ
ทุกที่ ตามกรอบแนวคิด : หลักธรรมาภิบาล 6 องค์ประกอบ บุคคลและกลุ่มบุคคลซึ่งเป็น ผู้บริหาร
โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง 3 แห่ง สอบถามความเห็นของผู้บริหารและวิทยากร ผู้ทรงคุณวุฒิทาง
วิชาการ ประชาชนผู้ให้บริการจากเวทีการประชุมวิชาการ การสนทนากลุ่ม

3) การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ (Frequency)
ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปรายงานด้วยเครื่องมือ
SPSS

3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับผลการสัมภาษณ์ แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบการสัมภาษณ์
ตาม แนวคิดธรรมาภิบาล 6 องค์ประกอบ

ข้อมูลที่ได้จากการสอบถาม และการให้สัมภาษณ์ คณะผู้ศึกษาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อนำ
เสนอสาระสำคัญที่ผู้ตอบแบบสอบถาม ให้ข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็นในประเด็นหรือในทิศทาง
เดียวกัน

ผลการวิจัย

มีข้อค้นพบและข้อเสนอสำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

การบริหารจัดการสามกองทุนสุขภาพของประเทศไทย กรณีศึกษาเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต
ภายใต้นโยบาย UCEP เป็นการดำเนินการในลักษณะของการบูรณาการงานร่วมกันเฉพาะประเด็น
การให้สิทธิการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในช่วง 72 ชั่วโมงแรก ตามนิยามคำจำกัดความ
“เจ็บป่วยฉุกเฉิน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตามรายการที่กำหนดไว้ใน Fee schedule
และกำหนดขั้นตอนกระบวนการ การดำเนินการตรวจสอบและเบิกจ่าย โดยมีกรมบัญชีกลาง
กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการแพทย์
ฉุกเฉินแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยบริหารจัดการเชิงระบบ ส่วนกระบวนการและ
ขั้นตอนการเบิกจ่ายเงิน จะเป็นการประสานงานตรงระหว่างกองทุนต้นสังกัดที่ผู้ป่วยมีสิทธิกับ
โรงพยาบาลผู้ให้การดูแลรักษา ดังนั้น การบริหารจัดการในรูปแบบดังกล่าวข้างต้น จึงยังไม่ใช่การ
ควมรวมกิจการของสามกองทุนสุขภาพไทย ด้วยปัจจัยสนับสนุน คือ ด้านกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ
แต่ละกองทุนยังมีกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ มีคณะกรรมการดูแลกิจการของกองทุนแยกส่วนกัน
ด้านแหล่งที่มาของงบประมาณสำหรับจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลแต่ละกองทุนจ่าย

ตรงให้แก่โรงพยาบาลที่เรียกเก็บ โดยผ่านการยืนยันความถูกต้องของเอกสารการเรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและข้อมูล ด้านชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาที่ผู้มีสิทธิของแต่ละกองทุนพึงได้รับ ยังมีความเหลื่อมล้ำอยู่หลายประการ และสุดท้ายคือ ด้านความไม่เสมอภาคต่อค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพต่อหัวประชากร การรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้มีสิทธิ กลุ่มเป้าหมาย และวิธีการจ่ายค่าชดเชย ตลอดจนวิธีการไปรับบริการบริการ ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจึงสะท้อนว่า ยังมีความจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการกิจการที่ดีของสามกองทุนสุขภาพไทยในอนาคต

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์สำหรับผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการบริหารจัดการสามกองทุนสุขภาพไทย ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และภาวะวิกฤต โดยมีข้อเสนอเชิงนโยบายดังนี้

(1) รัฐควรจัดตั้งกองทุนเฉพาะในเรื่องนี้เพื่อให้มีงบประมาณสำหรับการบริหารจัดการมาจากแหล่งเดียว และให้มีหน่วยงานกลาง ทำหน้าที่บริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความคล่องตัว เสมอภาคและเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

(2) รัฐควรจัดให้มีชุดสิทธิประโยชน์ ด้านการรักษาพยาบาลที่ผู้มีสิทธิ ของแต่ละกองทุนพึงได้รับ อย่างเป็นธรรม และเท่าเทียม ภายใต้มาตรฐานเดียวกันและมีการขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมกับทุกสิทธิ เช่น รัฐวิสาหกิจท้องถิ่น ไม่ควรจำกัดเฉพาะสามกองทุนสุขภาพ ครอบคลุมการจัดบริการระบบส่งต่อ-ส่งกลับ และให้สิทธิประชาชนเข้าถึงการรักษาเท่ากันตามที่ระบุในรัฐธรรมนูญ สำหรับประกันสุขภาพส่วนบุคคล ให้เป็นส่วนเพิ่ม On top เป็นรายการณีไป

(3) รัฐควรออกกฎหมาย หรือระเบียบที่เอื้อต่อการทำงานและมีความชัดเจนสู่ การนำไปปฏิบัติ เช่น ขอบเขตการเลือกโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด การกำหนดสเปคและราคา ใน fee schedule เป็นต้น การปรับปรุงหรือทบทวนกฎระเบียบ อัตราค่าชดเชยการรักษา การทบทวนรายการ Fee schedule การจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐาน เดียวกันทั้ง 3 กองทุน หรือการขยายฐานของกองทุนประกันสังคม และลดฐานประชากรของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งอาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของระบบ ทั้งนี้จำเป็นต้องให้ความสำคัญ และคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดกับระบบสุขภาพของประเทศ สุขภาพของประชาชน ภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของรัฐบาล และภาระการดูแลรักษาและการจัดบริการที่ได้มาตรฐานของโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐและ

เอกชน ตลอดจนทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
“มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”

2. การศึกษาในครั้งต่อไป ควรจะศึกษาเกี่ยวกับธรรมาภิบาลของบริหารจัดการกองทุน
สุขภาพไทยในโรงพยาบาลของรัฐ ภายใต้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มีสิทธิทุกที่ และศึกษา
ถึง ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการของสามกองทุนสุขภาพกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติเพื่อให้มี
การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความสำเร็จของการนำแนวคิดธรรมาภิบาล
มาใช้ ในการบริหารจัดการ นอกจากนี้ ยังควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นของการขับเคลื่อนของ
หน่วยงานอื่นเพื่อสร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพของประเทศมากยิ่งขึ้นเนื่องจากการบริหาร
จัดการระบบสุขภาพมีหลายมิติ และมีหลายหน่วยงานเข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งจำเป็นต้องมีการบูรณาการ
งานร่วมกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนและร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาเพื่อการปฏิรูป ระบบ
ด้านสาธารณสุขให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนต่อไป

กลุ่มวิชาการที่ 8

บทเรียนและมุมมองเชิงระบบ Ecosystem for Innovation ในการพัฒนาหุ่นยนต์จัดยาครบวงจรในยุค Thailand 4.0

ผู้จัดทำ : นายเกื้อกูล ด้านชัยวิจิตร นพ.ชุมพล เดชะอาไฟ นพ.เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ
พญ.นิจศรี ชาญณรงค์ นางเพชรรา ศิริตระกูลชัย นางลาลีวรรณ กาญจนจารี
นางวราภรณ์ พัวพงศกร นพ.วศิษฐ์ รัชชินาภรณ์ พญ.ศิรินธรา สิงหรา ณ อยุธยา
พันตรี สมिति ปราสาททองโอสถ พญ. อนงค์ศิลป์ พิทักษ์สิทธิ นางสาวอรภัทร
รังษิวงศ์ นพ.อุดม คชินทร

อาจารย์ที่ปรึกษา : ดร.दनัย เทียนพุด

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : B-Hive : หุ่นยนต์จัดยาอัตโนมัติของคนไทย เกิดจากความร่วมมือของ สถาบัน
วิทยาการหุ่นยนต์ภาคสนาม (FIBO) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี บจก.สุพรีม
โปรดักส์ และศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) องค์การมหาชน และคณะ
แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีการใช้แนวคิด Lean Principle ในการออกแบบระบบการจัดยา
จนพบว่า ร้อยละ 95 ของใบสั่งยา รอไม่เกิน 15 นาที และสามารถ ลดต้นทุนค่าแรงผู้ช่วยเภสัชกร
ปีละ 6 ล้านบาท ในการศึกษาครั้งนี้ จึงต้องการทราบ ถึงความเชื่อมั่นของผู้ป่วย ผู้บริหาร แพทย์
และเภสัชกร/ ผู้ช่วยเภสัชกรโรงพยาบาล ต่อการนำหุ่นยนต์จัดยาอัตโนมัติ ของคนไทยมาใช้ในการ
ให้บริการ

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการศึกษา เชิงพรรณนา โดยส่งแบบสอบถาม ให้ผู้ป่วย (116 คน) เภสัชกร/
ผู้ช่วยเภสัชกร (69 คน) แพทย์ และผู้บริหาร (44 คน) ในระดับ ทตยภูมิ ตตยภูมิ และโรงเรียนแพทย์
ทั้งในรูปแบบ online ผ่านระบบ Google document และ Hard copy ผ่านการสัมภาษณ์
โดยผู้ช่วยนักวิจัย

ผลการวิจัย : ผู้รับบริการส่วนใหญ่ อายุ 50-60 ปี (46.55%) และร้อยละ 42.58% มีความเห็นว่า เมื่อมีการนำระบบหุ่นยนต์จัดยาครบวงจรมาใช้จะทำให้ระยะเวลาในการรียาลดลง แต่ในขณะเดียวกัน มีความกังวลว่า ค่ายาจะแพงขึ้น (42.5%) และร้อยละ 39.66 ยอมรับค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมไม่เกิน 50 บาท / ใบสั่งยา ผู้บริหาร / แพทย์ ร้อยละ 84 ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐ ส่วนใหญ่ คิดว่า หุ่นยนต์จัดยามีประโยชน์ มากถึงมากที่สุด (81.88%) แต่มีเพียง ร้อยละ 47.7 เท่านั้น ที่คิดว่า มีความเป็นไปได้ในการนำ ระบบหุ่นยนต์ จัดยาไปใช้ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ (47.37%) เลือกวิธีเข้าซื้อทำสัญญาตามจำนวนปีที่เช่า ส่วนผลดีที่คาดหวังคือลดต้นทุนการว่าจ้างบุคลากรในระยะยาว (39.53%) ส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กรในด้านความเชื่อมั่นและความทันสมัย (27.9%) เภสัชกร / ผู้ช่วยเภสัชกร ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 84.06% ส่วนใหญ่คาดว่า เมื่อนำระบบ หุ่นยนต์จัดยามาใช้ จะทำให้ มีเวลาทำงานที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากขึ้น (40.48%) มีเวลาคิด พัฒนางาน / นวัตกรรมมากขึ้น(35.92%) แต่ในขณะเดียวกัน ก็มีความกังวลว่าต้องเรียนรู้เทคโนโลยี ใหม่ (62.65%) รายได้เกินเวลา (OT) ลดลง(16.87%) ร้อยละ 81.16 สนับสนุนให้มีระบบหุ่นยนต์ จัดยาแบบครบวงจรมาใช้ในโรงพยาบาล

สรุป : ผู้บริหาร บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย มี การตอบสนองในทางที่ดีต่อการนำ หุ่นยนต์ จัดยาอัตโนมัติมาใช้ ในอนาคต ในขณะเดียวกัน มีความกังวลในเรื่องต้นทุน และ ความเสถียรของ ระบบ

Lesson learned and opinions of medical professionals and patients on the innovation of automated pharmacy robotics system in the era of Thailand 4.0



Authors : Students in Course in Good Governance for Medical Executives, King Prajadhipok's Institute and the Medical Council of Thailand, Class 6, Group 8.

Advisor : Dr. Danai Thienphut

Abstract (#8)

Objectives : B-Hive, the Thai made automated pharmacy robotics system was produced by the collaboration of FIBO, Supreme products company, TCELS and the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital. The scheme uses lean principle to design the hospital pharmacy system resulting in the reduction of waiting time to less than 15 minutes in 95% of the prescriptions and decrease the cost of assistant pharmacists for more than 6 million Baht per year. This study aims to evaluation the perspective of patients, hospital administrators, and pharmacists on the use of this Thai made automated pharmacy robotics system

Methodology : This is a descriptive study using questionnaire among patients, hospital administrative physicians, and pharmacists in secondary, tertiary care, and university hospitals. The questionnaires were distributed either via online or on paper and interview by research assistant.

Result : There were 116 patients, 69 hospital administrative physicians, and 44 pharmacists who completed the questionnaire. For patients, the most common age range was 50-60 years (46.55%). Among these, 42.58% anticipated that the automated pharmacy robotics system would reduce the pharmacy waiting time. However, they concerned about the possibility of increasing cost to the patients. Approximately 40% of the patients accepted to pay for the additional cost but the cost should be less than 50 Baht per prescription.

Among the hospital administrative physicians whom 84% were from the government hospitals, most of them felt that the automated pharmacy robotics system would be very useful (81.88%). However, only 47.7% stated that there is a possibility of using this system in their hospitals. In case of using this system, 47.37% would rent it.

They anticipated that the benefit of this system would be the reduction of the hiring cost of pharmacists in long term 39.53% and the better hospital image in terms of technical advancement. (27.9%)

For the pharmacists and assistant pharmacists, they felt that if the automated pharmacy robotics system is used, they would have more time to spend on patient care (40.48%). About one-third thought that they would have more time to think about the quality improvement and innovations. Their major concerns were the need of learning new technology, the reduction of overtime fee. However, 81.16% supported the use of this automated pharmacy robotics system in the hospital.

Conclusion : There were positive responses from patients, hospital administrative physicians, and pharmacists on the future use of the automated pharmacy robotics system. However, most concerns were on the cost of the system.

ที่มาและความสำคัญ

รัฐบาลมีนโยบายโมเดล ประเทศไทย 4.0 เพื่อนำพาประเทศให้ก้าวไปสู่การเป็นประเทศที่มีรายได้สูง ที่มีความ มั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน โดยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม (Innovation drive economy) โดยมีกลุ่มสาธารณสุขสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Health, Wellness and Bio-Med) เป็น 1 ใน 5 เทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมาย โดยมี Roadmap ในการสร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์ เพื่อผลักดันให้ประเทศไทยเป็น Medical Hub ของอาเซียนภายในปี พ.ศ. 2568 โดยมี 1 ในเป้าหมาย คือ Smart medical และ Devices robotics ที่ได้ มาตรฐานสากล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา ความเป็นมา และแนวคิด การพัฒนาหุ่นยนต์จัดยาอัตโนมัติ ที่คิดค้นโดยคนไทย และต่อยอดสู่การนำมาใช้จริง ในโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบจัดยาในปัจจุบัน และความจำเป็นในการนำหุ่นยนต์จัดยาอัตโนมัติมาใช้ ในประเด็นด้านความถูกต้องปลอดภัย ความรวดเร็ว และความคุ้มค่า โดยศึกษากรณีตัวอย่างการนำหุ่นยนต์จัดยาอัตโนมัติ ด้วยหุ่นยนต์ B-Hive 1, B- Hive 4, Grand Hive มาใช้ในโรงพยาบาลศิริราช
3. เพื่อศึกษา ความคิดเห็น และความเชื่อมั่นของผู้ป่วย ผู้บริหาร แพทย์ และเภสัชกร/ผู้ช่วยเภสัชกรโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน ต่อการนำหุ่นยนต์จัดยาอัตโนมัติของคนไทย มาใช้ในการให้บริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรในการศึกษา

ผู้ป่วย ผู้บริหาร แพทย์ เภสัชกร/ ผู้ช่วยเภสัชกร หมายถึง เภสัชกร/ ผู้ช่วยเภสัชกร ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาหุ่นยนต์จัดยา หมายถึง

- สถาบันวิทยาการหุ่นยนต์ภาคสนาม (FIBO) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
- บจก.สุพรีม โปรดักส์

- ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS)
- ทีมบริหารโรงพยาบาล และเภสัชกรผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย เชิงพรรณนา (Prospective Descriptive Study)

ทีมวิจัยทำการสัมภาษณ์หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาหุ่นยนต์จัดยา ประเมินความคิดเห็น ตามแบบสอบถามของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ผ่านระบบ Google document และ Hard copy

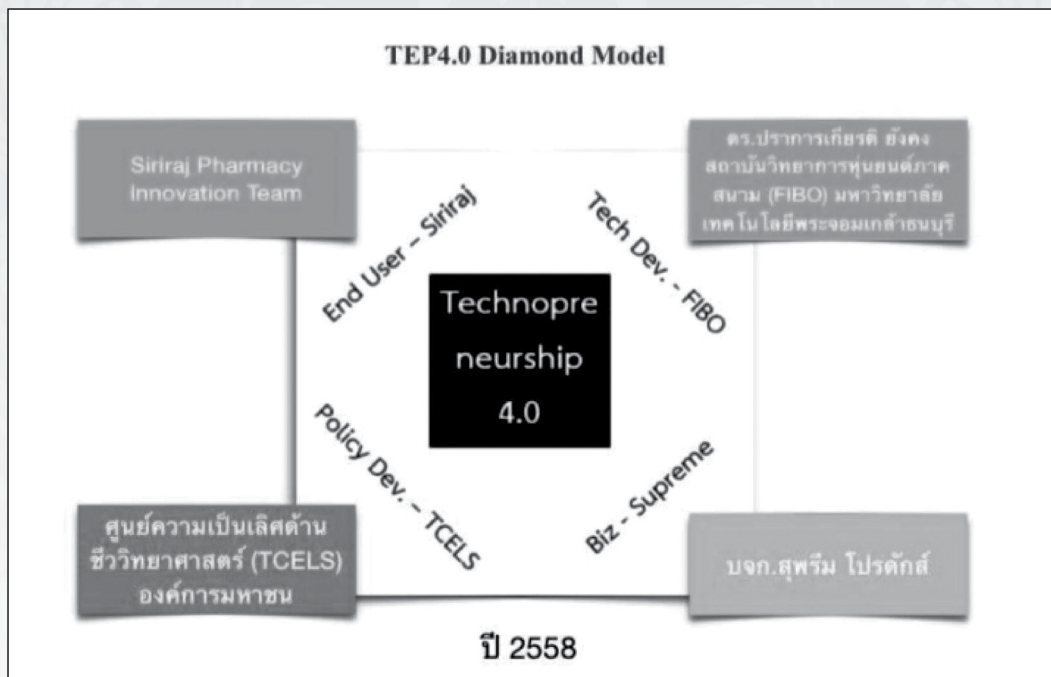
การวัดผล/การวิเคราะห์ (Outcome measurement / Data analysis)

ใช้แบบสอบถามในการประเมินความคิดเห็น และความเชื่อมั่นของผู้ป่วย ผู้บริหาร แพทย์ และเภสัชกร/ ผู้ช่วยเภสัชกรโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโรงพยาบาลเอกชน ต่อการนำหุ่นยนต์จัดยาอัตโนมัติ ของคนไทยมาใช้ในการให้บริการ

สถิติ (Statistical analysis) ที่ใช้วิเคราะห์ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผลการวิจัย

1. **ความเป็นมา และ แนวคิด การพัฒนา** หุ่นยนต์จัดยาอัตโนมัติ ที่ คิดค้นโดยคนไทย และต่อยอดสู่การนำมาใช้จริง ในโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ เกิดจากความร่วมมือ ของสถาบัน วิทยาการหุ่นยนต์ภาคสนาม (FIBO), มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี, บจก.สุพรีม โปรดัคส์ และ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) องค์การมหาชนและคณะ แพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ทำงานตาม Diamond model โดยมีปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือ Commitment, Collaboration และ Commercialization โดยใช้แนวคิด Lean ในการออกแบบระบบ หุ่นยนต์ จัดยาอัตโนมัติครบวงจร จากการประเมินประสิทธิภาพของระบบ ตามแบบจำลองทาง คณิตศาสตร์ พบว่า ร้อยละ 95 ของใบสั่งยา รอไม่เกิน 15 นาทีและสามารถ ลดต้นทุนค่าแรงผู้ช่วย เภสัชกร ปีละ 6 ล้านบาท



2. ผลการศึกษา ความคิดเห็น เกี่ยวกับระบบหุ่นยนต์จัดยาแบบครบวงจรสำหรับผู้ป่วยนอก (ผู้รับบริการ) ผลการสำรวจ จากผู้รับบริการจำนวน 116 คน ชาย 38 คน (32.76%) และ หญิง จำนวน 78 คน (61.24%) ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.58 คาดว่าเมื่อมีการนำระบบหุ่นยนต์จัดยาครบวงจรมาใช้ จะทำให้ระยะเวลาในการรอสายลดลง ในขณะเดียวกัน มีความกังวลว่า ค่ายาจะแพงขึ้น (42.5%) ร้อยละ 40.5 มีความมั่นใจมากถึงมากที่สุด ต่อการนำระบบหุ่นยนต์จัดยาอัตโนมัติมาใช้ ร้อยละ 71.55 (83/116) มีความเห็นว่า ความจำเป็นในการนำระบบหุ่นยนต์จัดยามาใช้ แล้วแต่ความเหมาะสมของแต่ละโรงพยาบาล โดยมีเพียงร้อยละ 3.45 (4/116) ไม่เห็นด้วย กับการนำหุ่นยนต์จัดยามาใช้

3. ผลการศึกษา ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบหุ่นยนต์จัดยาแบบครบวงจรสำหรับผู้ป่วยนอก (ผู้บริหาร / แพทย์) ผู้ตอบแบบสอบถามจากผู้บริหาร / แพทย์ จำนวน 44 คน โดยร้อยละ 84 ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐ ส่วนใหญ่ของสถานพยาบาล 36/44 (81.82%) ใช้ระบบ Manual มีเพียง 6 ราย (13.64%) เท่านั้น ที่ใช้ระบบหุ่นยนต์บางส่วนในการจัดยา ผู้บริหารและแพทย์ โดยส่วนใหญ่ (75%) มีความสนใจในการนำระบบ หุ่นยนต์จัดยาแบบครบวงจรไปใช้ในโรงพยาบาลรูปที่ 45 และคิดว่า มีประโยชน์ มากถึงมากที่สุด (81.82%) แต่มีเพียง ร้อยละ 47.7 เท่านั้น ที่คิดว่า ความเป็นไปได้ ผู้ตอบแบบสอบถามคาดว่าผลดีที่จะได้ต่อผู้ป่วย / ผู้รับบริการ เมื่อนำระบบ

หุ่นยนต์จัดยามาใช้กับผู้ป่วย คือ มีความถูกต้องแม่นยำเพิ่มขึ้น (41%) ระยะเวลาในการรอลดลง (32.63%) เกสซ์กรมีเวลาอธิบายวิธีการใช้ยาแก่ผู้ป่วยมากขึ้น (24.21%) รูปที่ 52 ส่วนผลดีที่คาดว่าจะได้รับต่อองค์กร / โรงพยาบาล คือลดต้นทุนการว่าจ้างบุคลากรในระยะยาว (39.53%) ส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กรในด้านความเชื่อมั่นและความทันสมัย (27.9%) ลดความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้อง (18.6%) และลดต้นทุนการบริหารจัดการคลังยา (13.95%) รูปที่ 53

4. ผลการศึกษา ความคิดเห็น เกี่ยวกับระบบหุ่นยนต์จัดยาแบบครบวงจรสำหรับ (เกสซ์กร / ผู้ช่วยเกสซ์กร) เกสซ์กร / ผู้ช่วยเกสซ์กร จำนวน 69 คน โดยแบ่งเป็น เพศชาย จำนวน 15 คน (21.74%) และเป็นเพศหญิง 54 คน (78.26%) ผู้ตอบแบบสอบถามคาดว่าผลดีที่จะได้ต่อผู้ป่วย / ผู้รับบริการ เมื่อนำระบบหุ่นยนต์จัดยามาใช้กับผู้ป่วย คือ มีความถูกต้องแม่นยำเพิ่มขึ้น (39.38%) ระยะเวลาในการรอลดลง (32.5%) เกสซ์กรมีเวลาอธิบายวิธีการใช้ยาแก่ผู้ป่วยมากขึ้น (26.25%)

เกสซ์กร/ผู้ช่วยเกสซ์กร คาดว่า เมื่อนำระบบหุ่นยนต์จัดยาแบบครบวงจรมาแทนการจัดยาด้วยระบบเดิม จะทำให้ มีเวลาทำงานที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากขึ้น (40.48%) มีเวลาพัฒนางาน / นวัตกรรมมากขึ้น(35.92%) มีความสุขในการทำงานมากขึ้น (11.27%) รูปที่ 62 แต่ในขณะเดียวกัน ก็มีความกังวลว่าต้องเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ (62.65%) รายได้เกินเวลา (OT) ลดลง (16.87%) กลัวตกงาน (10.84%) กลัวถูกย้ายงาน (9.64%) สรุปโดยรวมพบว่าร้อยละ 81.16 สนับสนุนให้มีระบบหุ่นยนต์จัดยาแบบครบวงจรมาใช้ในโรงพยาบาล มีเพียงร้อยละ 5.8 เท่านั้นที่ไม่สนับสนุน

สรุป

จากผลการสำรวจแบบสอบถาม ผู้รับบริการส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าเมื่อมีการนำระบบหุ่นยนต์จัดยาครบวงจร ที่ผลิตโดยคนไทยมาใช้จะทำให้ระยะเวลาในการรอลดลง ผู้บริหารและแพทย์ ส่วนใหญ่คิดว่า หุ่นยนต์จัดยามีประโยชน์ ความคิดเห็นของเกสซ์กร / ผู้ช่วยเกสซ์กร ส่วนใหญ่คาดว่า เมื่อนำระบบหุ่นยนต์จัดยามาใช้ จะทำให้ มีเวลาทำงานที่ เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากขึ้น จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงการยอมรับเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการเข้ามาทดแทนระบบการทำงานเดิมๆ ซึ่งจะช่วยให้เอกชน นักวิชาการ มีความเชื่อมั่นมากขึ้น ถึงโอกาสทางการตลาด และการคิดค้นเทคโนโลยี ใหม่ๆ เพื่อใช้ในวงการแพทย์ต่อไป แต่ในขณะเดียวกัน เกสซ์กร และผู้ช่วยเกสซ์กร มีความกังวลเรื่อง การเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ รายได้ล่วงเวลาที่ลดลง ในขณะที่ผู้บริหารมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและต้นทุนในการจัดยาเพิ่มขึ้น รวมทั้งความเสี่ยงเมื่อระบบ เกิดความขัดข้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้เกิดโครงการความร่วมมือทั้งภาครัฐ (โดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์) และเอกชน ตาม model TEP 4.0 เพื่อให้เกิด นวัตกรรม Smart Device Innovation ที่คิดค้นโดยคนไทย ที่ตอบสนองความต้องการด้าน ค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้ ตามบริบทระบบสาธารณสุขไทย
2. แนะนำให้มีคณะกรรมการปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ ให้มีความคล่องตัวแต่ตรวจสอบได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระเบียบพัสดุ การบริหารงบประมาณ ให้สอดคล้องกับธรรมชาติของการสร้างนวัตกรรมที่ต้องการ ความคล่องตัวมีความไม่แน่นอน และมีโอกาสสำเร็จตามวัตถุประสงค์ เพียง 10 ถึง 20%
3. ควรมีการร่าง/แก้กฎหมาย กฎระเบียบ ระบบมาตรฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนำหุ่นยนต์มาใช้ในสถานพยาบาล
4. ควรวางแผนระบบสำรองที่มีประสิทธิภาพเมื่อเกิด Unplanned downtime ของระบบหุ่นยนต์จัดยาอัตโนมัติ
5. เสนอให้ประสานบริษัทยาและองค์การเภสัชกรรมปรับรูปแบบ packaging และ barcode ของยาแต่ละชนิด เพื่อให้หุ่นยนต์ทำงานได้ถูกต้องแม่นยำและลดค่าใช้จ่ายในการทำ Pre-packaging
6. ส่งเสริมมาตรการทางภาษี เพื่อลดต้นทุนการนำเข้าวัสดุในการผลิตต่างๆ รวมถึงสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐ ใช้นวัตกรรมของคนไทย ที่พิสูจน์ได้ว่า มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย
7. เสนอแนะให้หน่วยงานของรัฐ เช่น TCEL นำเสนอเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เกิดจากคนไทย เข้าสู่กระบวนการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (HTA) เพื่อสามารถบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลได้

กลุ่มวิชาการที่ 9

บทบาทกระทรวงสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาลในอุดมคติ

ผู้จัดทำ : พลตรีหญิง พญ.จันทราภา ศรีสวัสดิ์ นพ.ชัช จันทรงาม นส.ณัฐรินทร์ บุญรัตน์วณิช
นายทรงศักดิ์ จันทร์รัตนปรีดา นพ.ประจักษ์ บุญจิตต์พิมล พญ.พัชร์วิมล
ศุภลักษณ์ศึกษากร นายพิสิษฐ์ วรรณวิทยาภา นางเพ็ชรภากรณ์ วัชรพล
พลเอกภูษพงศ์ พงษ์ศิริ นางสาวเยาวเรศ ทองลิมา นายวิพล วรเสาทฤท นายสมภพ
ผ่องสว่าง นพ.สันติต บุญยะสง นายสิทธิชัย ไควสุรัตน์ ผศ.(พิเศษ) นพ.สุรินทร์
อัครวิฑูรติพิย

อาจารย์ที่ปรึกษา : ดร.ถวิลวดี บุรีกุล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขไทยในการบริหารจัดการระบบสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาล โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบกับบทเรียนระบบสาธารณสุขในต่างประเทศ และใช้แนวคิดหลักธรรมาภิบาลมาเป็นกรอบแนวทางในการวิเคราะห์ และเสนอเป็นรูปแบบ (Model) ระบบสาธารณสุขไทยและบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาลในอุดมคติ

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขในประเทศไทยและในต่างประเทศ (อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ มาเลเซีย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน) และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสาธารณสุขไทย ทั้งในฐานะบทบาทผู้กำกับและควบคุมดูแลระบบ (Regulator) บทบาทผู้ให้บริการ (Service provider) บทบาทตัวแทนผู้ซื้อบริการ (Purchaser) และภาคประชาชนผู้รับบริการ

ผลการวิจัย : พบว่า ระบบสาธารณสุขไทยมีปัญหาในเรื่อง งบประมาณและการจัดสรร การกำหนดบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจนทำให้การทำงานมีความซ้ำซ้อนไม่เกิดความคุ้มค่าสูงสุด ขาดการมีส่วนร่วม และรับผิดชอบ

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากข้อค้นพบนี้ประกอบกับข้อมูลที่เป็นจุดแข็งของระบบสาธารณสุขในต่างประเทศ นำมาเสนอเป็นรูปแบบ (Model) ระบบสาธารณสุขและบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาธรรมาภิบาล ดังนี้ 1) กำหนดให้มีองค์กรสูงสุดทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขในภาพรวมระดับประเทศ (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ: National Health Board) 2) กำหนดให้ผู้เกี่ยวข้องมีบทบาทที่ชัดเจนเพียงอย่างเดียว ไม่ทับซ้อน 3) มีระบบให้ผู้รับบริการมีหน้าที่สะท้อนความคิดเห็นเพื่อการตรวจสอบคุณภาพการบริการ 4) กำหนดให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาบางส่วน โดยไม่ลดสิทธิการเข้าถึงการรักษาที่มีอยู่เดิม และรัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายทั้งหมดให้แก่กลุ่มด้อยโอกาสและผู้มีรายได้น้อยเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม 5) สร้างการรับรู้และความเข้าใจถึงภาระด้านการเงินการคลังที่ระบบสาธารณสุขมีต่อประเทศ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยระมัดระวังการใช้ชีวิต และดูแลรักษาสุขภาพ 6) กระจายอำนาจการบริหารลงสู่ท้องถิ่นและสร้างวัฒนธรรมในการใช้บริการสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิในการคัดกรอง เพื่อช่วยให้กระบวนการทำงานเป็นไปด้วยความรวดเร็ว และ 7) กำกับดูแลและตรวจสอบควบคุมโดยใช้คุณภาพและผลลัพธ์เป็นเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณ ควบคู่ไปกับจำนวนรายหัวประชากร เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและสร้างศักยภาพในการแข่งขัน สำหรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขมีข้อเสนอว่าควรอยู่ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการในการประสาน กำกับและควบคุมดูแลระบบ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานต่างๆ ของหน่วยงานในสังกัดให้เป็นไปตามหลักกฎหมายและนโยบายของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงเป็นผู้จ่ายงบประมาณให้แก่แต่ละเขตสุขภาพและรายงานต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข และให้เขตสุขภาพจัดสรรงบประมาณต่อไปยังผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลต่างๆ ที่อยู่ในเขตของตนต่อไป มีข้อเสนอให้แยกส่วนงานที่เป็นบริการสุขภาพออกไป เพื่อแยกบทบาทผู้กำกับและควบคุมดูแลระบบออกจากบทบาทผู้ให้บริการอย่างชัดเจนส่วนตัวแทนผู้ซื้อบริการ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นผู้ประกันคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลต่างๆ ว่าเป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานที่กำหนด และเกิดความพึงพอใจจากผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามการวิจัยดังกล่าวมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาและการเก็บข้อมูล ทำให้ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความเห็นต่อข้อเสนอดังกล่าวได้ ก่อนนำไปประยุกต์ใช้จึงควรมีการสำรวจความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุขและประชาชนทั่วไปเพิ่มเติม

The role of the Thai Ministry of Public Health in the management of the health system in accordance with good governance

Authors : Students in Course in Good Governance for Medical Executives,
King Prajadhipok's Institute and the Medical Council of Thailand,
Class 6, Group 9.

Advisor : Dr. Thawilwadee Bureekul

Abstract (#9)

Objectives : This research aims to study the role of the Thai Ministry of Public Health in the management of the health system in accordance with good governance comparing with the health system of foreign countries. This research try to propose the health system model and the role of the Thai Ministry of Public Health on the basis of good governance.

Methodology : The research method is qualitative study by reviewing documents of the health systems of Thai and foreign countries and in-depth interviewing stakeholders involved in the Thai public health system as the role of the regulator, the role of the service provider, the role of the purchaser and the public sector. From data analysis of the Thai public health system in accordance with good governance principles,

Results : We found that: 1) budget allocation is not efficient 2) the role of duty is unclear and work system is redundant 3) it is not worth the cost and 4) it is lack of accountability from stakeholders.

Conclusion/Recommendation : In conclusion based on the above finding and lesson learned from health system of foreign countries, we propose the new health system model and the role of the Thai Ministry of Public Health on the basis of good governance in health management in the future as follows: 1) Establish the highest-level organization responsible for public health policy at the national level (National Health Board) 2) Define a clear role of stakeholders 3) Set up a system that service providers have involved and response for reflecting the quality of services 4) The user should co-pay for the cost of treatment 5) Raise awareness and make understand on the financial burden of the public health system among users 6) Decentralize to local administration and promote primary care services. 7) Budget allocation should base on quality outcomes in parallel with catchment population number. To summarize the role of the Thai Ministry of Public Health in accordance with the principles of good governance, it should be as follows: 1) The Thai Ministry of Public Health should be under the National Health Board and acts as a secretary to coordinate, to allocate budget to regional health system and acts as a regulator. Departments originally serving as service providers have to work separately and moved to work with other service providers both public and private sectors in order to distinguish the role of regulator and provider clearly. For purchaser's role; the National Health Security Office will act as a quality assurance of health services in order to make good services in accordance with a set of basic medical benefits for users. However, this study has limitations in terms of time constraint which only lasts for 7 months. Before application this new model, it should conduct an opinion survey among health personnel, stakeholders and users towards the new model of health system and the role of Thai Ministry of Public Health

ที่มาและความสำคัญ

กระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามผลักดันนโยบายพัฒนาระบบการให้บริการทางการแพทย์และองค์ความรู้เพื่อป้องกันโรคภัยให้กับประชาชนอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตามยังคงมีเสียงสะท้อนจากหลายภาคส่วนในสังคมถึงความไม่สมบูรณ์และไม่เป็นธรรมของระบบสาธารณสุขที่ดำเนินอยู่ จากประเด็นในข้างต้น ทำให้แนวคิดว่าด้วยหลักธรรมาภิบาลถูกนำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับการดำเนินการกิจและกิจกรรมต่างๆ ของสาธารณสุขไทยในทุกระดับเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขให้บรรลุตามนโยบายด้านสาธารณสุขที่ให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพ ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พุทธศักราช 2560 ได้กำหนดไว้

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขไทยในการบริหารจัดการระบบสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาล
2. ศึกษาโครงสร้างระบบสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ และวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดหลักธรรมาภิบาล
3. เสนอแนะรูปแบบ (Model) โครงสร้างระบบสาธารณสุขและบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขไทยบนพื้นฐานของหลักธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิควิธีที่หลากหลายและเหมาะสมสำหรับคำถามวิจัย โดยเป็นการศึกษาข้อมูลระดับทฤษฎีจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง อาทิ รัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติ บทความงานวิจัย ฯลฯ รวมถึงการศึกษาข้อมูลระดับปฐมภูมิโดยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสาธารณสุขไทยทั้งในฐานะบทบาทผู้กำกับ และควบคุมดูแลระบบ (Regulator) บทบาทผู้ให้บริการสาธารณสุข (Service provider) บทบาทตัวแทนผู้ซื้อบริการ (Purchaser) และภาคประชาชนผู้ใช้บริการ (Stakeholder) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) นี้ เป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview)

กลุ่มเป้าหมาย

ทีมงานวิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุขไทยและประชาชนผู้ใช้บริการสาธารณสุข โดยจำแนกเป็น 4 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 15 คน ได้แก่

1. ผู้มีบทบาทการกำกับและควบคุมดูแลระบบ (Regulator) ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางจากกระทรวงสาธารณสุข โดยเลือกแบบเจาะจงเพื่อสัมภาษณ์ จำนวน 3 ท่าน
2. ผู้มีบทบาทให้บริการสาธารณสุข (Service provider) ได้แก่ บุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน โดยเลือกแบบเจาะจงเพื่อสัมภาษณ์ จำนวน 4 ท่าน
3. ผู้มีบทบาทตัวแทนผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางจากกรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันภาคเอกชน และผู้ซื้อบริการระดับบุคคลทั่วไป/องค์กรเอกชนโดยเลือกแบบเจาะจงเพื่อสัมภาษณ์ จำนวน 5 ท่าน
4. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ให้บริการ (Stakeholder) ได้แก่ ประชาชนทั่วไปหรือผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริหารงานระบบสาธารณสุข โดยเลือกแบบเจาะจงเพื่อสัมภาษณ์ จำนวน 3 ท่าน

เครื่องมือและประเด็นคำถาม

การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview) มีข้อได้เปรียบในการทำความเข้าใจผู้เกี่ยวข้องแต่ละบทบาท (Insight) ทั้งนี้ เป็นเพราะการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง เปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมนอกเหนือจากคำถามที่ระบุโดยทีมวิจัย

ระยะเวลาการวิจัย

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัย รวม 7 เดือน (พฤศจิกายน 2560 – พฤษภาคม 2561)

ผลการวิจัย

พบว่า ระบบสาธารณสุขไทยมีปัญหาในเรื่อง งบประมาณและการจัดสรร การกำหนดบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจนทำให้การทำงานมีความซ้ำซ้อนไม่เกิดความคุ้มค่าสูงสุด ขาดการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบ

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบนี้ประกอบกับข้อมูลที่เป็นจุดแข็งของระบบสาธารณสุขในต่างประเทศ นำมาเสนอเป็นรูปแบบ (Model) ระบบสาธารณสุขและบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาระบบสุขภาพ ดังนี้ 1) กำหนดให้มีองค์กรสูงสุดทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขในภาพรวมระดับประเทศ (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ : National Health Board) 2) กำหนดให้ผู้เกี่ยวข้องมีบทบาทที่ชัดเจนเพียงอย่างเดียว ไม่ทับซ้อน 3) มีระบบให้ผู้รับบริการมีหน้าที่สะท้อนความคิดเห็นเพื่อการตรวจสอบคุณภาพการบริการ 4) กำหนดให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาบางส่วน โดยไม่ลดสิทธิการเข้าถึงการรักษาที่มีอยู่เดิม และรัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายทั้งหมดให้แก่กลุ่มด้อยโอกาสและผู้มีรายได้น้อยเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม 5) สร้างการรับรู้และความเข้าใจถึงภาระด้านการเงินการคลังที่ระบบสาธารณสุขมีต่อประเทศ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงผลกระทบของความเจ็บป่วย ภาระมรดกการใช้ชีวิต และดูแลรักษาสุขภาพ 6) กระจายอำนาจการบริหารลงสู่ท้องถิ่นและสร้างวัฒนธรรมในการใช้บริการสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิในการคัดกรอง เพื่อช่วยให้กระบวนการทำงานเป็นไปด้วยความรวดเร็ว และ 7) กำกับดูแลและตรวจสอบควบคุม โดยใช้คุณภาพและผลลัพธ์เป็นเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณ ควบคู่ไปกับจำนวนรายหัวประชากร เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและสร้างศักยภาพในการแข่งขัน จากการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานส่วนต่าง ๆ ในระบบสาธารณสุขแบบใหม่ตามหลักธรรมาภิบาลในอุดมคติข้างต้น ส่งผลทำให้บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในระบบสาธารณสุขไทยเปลี่ยนแปลงไป โดยกระทรวงสาธารณสุขจะอยู่ภายใต้คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดและกำกับดูแลนโยบายทั้งหมด โดยกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นเลขานุการในการประสานและทำให้ระบบดำเนินไปได้ หน่วยงานของกรม/กอง ในกระทรวงสาธารณสุข ที่แต่เดิมทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการจะต้องมีการทำงานที่แยกออกไป และย้ายไปทำงานร่วมกับผู้ให้บริการจากทั้งภาครัฐที่สังกัดหน่วยงานอื่นและภาคเอกชน ซึ่งการกำหนดบทบาทลักษณะดังกล่าวเป็นการแยกบทบาทผู้กำกับและควบคุมดูแลระบบออกจากบทบาทผู้ให้บริการอย่างชัดเจน โดยผู้ให้บริการ(สถานพยาบาล/กลุ่มสถานพยาบาล) จากทั้งภาครัฐที่สังกัดหน่วยงานอื่นและภาคเอกชน สามารถที่จะเสนอราคาการให้บริการต่าง ๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้จัดหาบริการต้องการได้ โดยมีการคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติเป็นตัวกลางในการต่อรองราคาที่เหมาะสม ผลการเพิ่มสิทธิประโยชน์จากผู้จัดหาบริการจะต้องผ่านคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ เพื่อกำหนดวงเงินที่เพิ่มขึ้นอย่างยุติธรรมแก่ผู้ให้บริการ

เช่นกัน กระทรวงสาธารณสุขจะทำหน้าที่เพียงเป็นผู้กำกับและควบคุมดูแลระบบ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานต่างๆของหน่วยงานในสังกัดให้เป็นไปตามหลักกฎหมาย และนโยบายของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รวมไปถึงทำหน้าที่เป็นผู้จ่ายงบประมาณให้แก่แต่ละเขตสุขภาพ และให้เขตสุขภาพจัดสรรงบประมาณต่อไปยังผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่อยู่ในเขตของตนต่อไป โดยมีผู้จัดหาบริการเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นผู้ประกันคุณภาพ (Quality assurance) ของการให้บริการด้านสุขภาพของสถานพยาบาลต่าง ๆ ว่ามีการให้บริการเป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานตามที่กำหนดหรือไม่ เมื่อสถานพยาบาลมีมาตรฐานการให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานที่ทางผู้ประกันคุณภาพกำหนด จึงจะอนุมัติให้จ่ายงบประมาณแก่สถานพยาบาลนั้นๆได้ โดยการจัดสรรงบประมาณแก่ผู้ให้บริการทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข จะต้องรายงานต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข ทั้งนี้การเพิ่มบทบาทให้กับกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นทั้งผู้กำกับควบคุมดูแลระบบและบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข เป็นการลดความเสี่ยงที่ผู้กำกับควบคุมดูแลระบบ และยิ่งแก้ไขปัญหาการบริหารงบประมาณที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการจัดสรรงบประมาณอย่างไม่เป็นธรรม ตามหลักสำนึกรับผิดชอบที่เป็นปัญหาอยู่ในระบบปัจจุบัน อย่างไรก็ตามการวิจัยดังกล่าวมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาและการเก็บข้อมูล ทำให้ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความเห็นต่อข้อเสนอดังกล่าวได้ ก่อนนำไปประยุกต์ใช้จึงควรมีการสำรวจความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ในระบบสาธารณสุขและประชาชนทั่วไปเพิ่มเติม

กลุ่มวิชาการที่ 10

การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2561



ผู้จัดทำ : นายธีรวุฒิ กลิ่นกุสม นพ.นพพร อนุกุลการกุศล นายพุทธิพงษ์ เอกภูธร นพ.ไพโรจน์
เครือกาญจนา นพ.วีรฉัตร กิตติรัตน์ไพบูลย์ พันเอก นพ.สงคราม โชคชัย นายสมคิด
สมศรี นพ.สราวุธ บุญสุข นางอโนทัย ทรงไท นางอรมพันธ์ เขียวปรีชา
อาจารย์ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลการดำเนินงานและเสนอแนะการดำเนินงานด้านการส่งเสริมป้องกัน
และควบคุมโรค และเพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการขับเคลื่อนงานการส่งเสริมสุขภาพป้องกัน
โรค และการจัดการสุขภาพของประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ตาม CIPP Model ของ
การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพของประเทศไทย การสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ
เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้รับผิดชอบและมีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนงาน
ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ใน
76 จังหวัด ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับกระทรวง ระดับกรม ระดับผู้ตรวจราชการ 12 เขตสุขภาพ
(44 คน) นักวิชาการผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขต 13 เขต (130 คน)
ผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ ระดับจังหวัด 76 จังหวัด (760 คน) นักวิชาการ จาก
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผู้รับผิดชอบ
งานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ ระดับอำเภอ (878 คน) ผู้ปฏิบัติงานภาคเอกชน (13 คน)
ผู้ปฏิบัติงานในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (13 คน)

ผลการวิจัย : พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาโท
อาชีวประกาศนียบัตร ความคิดเห็นของผู้บริหาร ผู้ตรวจราชการ นักวิชาการ และผู้รับผิดชอบงานตาม

ตัวชี้วัดการตรวจราชการ ด้านบริบท โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.87$, $SD = 0.71$) ด้านปัจจัยการนำเข้า (Input evaluation) โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.75$, $SD = 0.70$) ด้านการดำเนินงาน (Process evaluation) โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.72$, $SD = 0.70$) ด้านผลผลิต (Product evaluation) การดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก พบว่า มารดาตายมากที่สุดที่เขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 52.4 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุส่วนใหญ่ยังเกิดจากตกเลือดหลังคลอด การติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 81.3 เด็กอายุ 5 ปี มีส่วนสูงดี สมส่วนร้อยละ 53.3 อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 36.42 ต่อพันการเกิดมีชีพ การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุยังพบปัญหาการเบิกจ่ายจากกองทุนรอนันต์ร้อยละ 58.18 ในปี 2560

สรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย : ควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์ถ่ายทอดนโยบายและแผนไปสู่ผู้ปฏิบัติให้ชัดเจน ครอบคลุมและทั่วถึงและแสวงหาความร่วมมือ จากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้ง ส่วนกลาง และและส่วนภูมิภาค ครอบคลุมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) กับสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนาวิชาการ และศักยภาพของบุคลากรรองรับการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันทันสมัย เหมาะสมกับการใช้งานตามบริบทของพื้นที่ และพัฒนาช่องทางการสื่อสารให้มีความหลากหลาย ผู้บริหารทุกระดับควรติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง ภาคีเครือข่าย รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมาย กำหนดโครงสร้างการทำงานในรูปคณะกรรมการ กำหนดบทบาท และถ่ายโอนอำนาจในการบริหารทรัพยากรให้เกิดความคล่องตัว และเพียงพอต่อการขับเคลื่อนงาน ควรกำหนดโครงสร้างการทำงานในรูปคณะกรรมการและกำหนดบทบาทการถ่ายโอนอำนาจในการบริหารให้เขตสุขภาพที่มีภาคประชาชนมีส่วนร่วม

The evaluation of health promotion and prevention schedule in Thailand 2018

Authors : Students in Course in Good Governance for Medical Executives, King Prajadhipok's Institute and the Medical Council of Thailand, Class 6, Group 10.

Advisor : Prof. Somsak Lolekha

Abstract (#10)

Objectives : To evaluate the health promotion and prevention project of Thailand, 2018.

Methodology: Descriptive study, CIPP Model for health promotion and prevention was performed the research evaluation were as follows as the over all project evaluation for health promotion and prevention using CIPP model were at high level. When considered each aspect from high to low were as followed by context, input, process, product, respectively and purposive sampling was done. Health supervisor and health care worker at national level and community level was interview by questionnaire of google form and focus group was taken. Descriptive statistic was measured by percent, mean, standard deviation and analytical statistic was measured by one way ANOVA

Results: 45-50 years of sample group was determined and master degree is mean of sample group. Middle level were found in context, input, process evaluation, (1.87, SD = 0.71), (1.75, SD = 0.70), (1.72, SD = 0.70), respectively 17.1/100,000 LB of maternal mortality ration was found and 12 health regional was still high so cause of death is post partum hemorrhage. 20.8% of delay child development was found. 9.36%, 5.48% of stunting and wasting respectively was found 36.42/1000 LB of teenage mother. 58.18% of funding of long term care found not paid on September 2018.

Conclusion and recommendation : Partnership should integrate to national planning and strategic strengthening include policy launch to area health board. Smart regulator and supervisor have to adoption. Private sector and community health board should be responsibility in health promotion and prevention program. The development of both information technology and health literacy are necessary in the future.

ที่มาและความสำคัญ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560 – 2579 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์วิธีการในการขับเคลื่อนงานให้เป็นรูปธรรม ซึ่งมีสาระหลัก คือมีการทบทวน กฎบัตรอตตาวา และกฎบัตรกรุงเทพ และใช้กลไกการขับเคลื่อนแบบ PIRAB, เส้นทางชีวิตและสุขภาพ (Life course approach) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มีการกำหนดตัวชี้วัด เป้าหมาย และมาตรการสำคัญในการขับเคลื่อนงาน ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับได้มีการถ่ายทอดนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างครอบคลุม

ทั้งนี้เพื่อให้การขับเคลื่อนงานสามารถวัดและประเมินผลได้ จึงได้อาศัยกลไกการตรวจราชการและนิเทศงานในการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ทราบถึงการบรรลุตัวชี้วัดในระดับต่าง ๆ และใช้กระบวนการนิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลัง โดยการบูรณาการงานร่วมกันทุกภาคส่วน แสวงหาวิธีการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนา และเกิดความต่อเนื่องยั่งยืน

ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงผลลัพธ์และระดับของการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนารวมทั้งค้นหาแนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนงานที่เป็นต้นแบบที่ดีในการต่อยอดขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่เป้าหมาย และเกิดความยั่งยืน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการดำเนินการส่งเสริมป้องกันโรคตามตัวชี้วัดการตรวจราชการคณะที่ ของประเทศไทย
2. เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการขับเคลื่อนงานการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพของประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย : เชิงพรรณนา (Prospective Descriptive Study)

ประชากรในการศึกษา

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ

ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ 76 จังหวัด

1. ผู้บริหารระดับกระทรวง กรม ผู้ตรวจราชการ 12 เขตสุขภาพ
2. นักวิชาการ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการระดับจังหวัด
3. นักวิชาการ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ ระดับอำเภอ 878
4. ผู้ปฏิบัติงานภาคเอกชน
5. ผู้ปฏิบัติงานในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้รับผิดชอบ และมีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ ระดับ เขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ใน 76 จังหวัด

การวัดผล/การวิเคราะห์ (Outcome measurement / Data analysis)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามเพื่อประเมินผล โดยอาศัยกลไกการตรวจราชการและนิเทศงานในการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในด้านต่างๆ ตามรูปแบบของซีปปี้ (CIPP Model) และแบบสัมภาษณ์ เพื่อประเมินผลโครงการการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคกระทรวงสาธารณสุข 2561 ในด้านต่างๆ ตามรูปแบบของซีปปี้ (CIPP Model)

สถิติ (Statistical Analysis) ที่ใช้วิเคราะห์ คือ ร้อยละค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติในการทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยส่วนด้านหน้าที่รับผิดชอบ กับความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA) ข้อมูลจากแบบสอบถามแบบปลายเปิด และสัมภาษณ์ ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยทำการลงรหัส จัดกลุ่ม นับความถี่ หาค่าร้อยละของความถี่ และรายงานผลในลักษณะที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลของการวิจัย

1. สรุปปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ มีช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 284 คน คิดเป็นร้อยละ 35.1 ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 486

คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ จำนวน 790 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 ด้านหน้าที่รับผิดชอบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ 328 คน คิดเป็นร้อยละ 40.5

2. ด้านบริบท (Context evaluation)

พบว่าความคิดเห็นของผู้บริหาร ผู้ตรวจราชการ นักวิชาการ และผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ ในด้านบริบท โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.87$, $SD = 0.71$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อบประมาณในการดำเนินงานโครงการมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.19$, $SD = 0.65$) และข้อความเหมาะสมในการกำหนดตัวชี้วัดในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.99$, $SD = 0.66$) ส่วนข้อท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัด และข้อด้านนโยบาย มีความเหมาะสม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.96$, $SD = 0.71$), ($\bar{X} = 1.63$, $SD = 0.71$) ตามลำดับ

3. ปัจจัยการนำเข้า (Input evaluation)

พบว่า ความคิดเห็นของผู้บริหาร ผู้ตรวจราชการ นักวิชาการ และผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ ในปัจจัยการนำเข้า (Input evaluation) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.75$, $SD = 0.70$) เมื่อพิจารณาราย ข้อ พบว่า ข้อความสามารถของการสื่อสารตัวชี้วัดลงสู่ผู้ปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง เป็นอันดับที่ 1 ($\bar{X} = 1.92$, $SD = 0.69$) รองลงมาคือ ข้อเอกสารที่ใช้ในการดำเนินงานโครงการ ($\bar{X} = 1.83$, $SD = 0.71$) อันดับที่ 3 คือ ข้อความสามารถของทีมประเมิน ($\bar{X} = 1.82$, $SD = 0.71$) ส่วนข้อบุคลากรในการดำเนินงานโครงการมีความเหมาะสม อยู่ในระดับน้อย เป็นอันดับที่ 1 ($\bar{X} = 1.65$, $SD = 0.70$) อันดับที่ 2 คือ ข้อบประมาณในการดำเนินงานโครงการมีความเหมาะสม ($\bar{X} = 1.63$, $SD = 0.69$) และข้อเครื่องมือในการดำเนินงานโครงการ อยู่ในอันดับสุดท้าย ($\bar{X} = 1.63$, $SD = 0.68$)

4. ด้านการดำเนินงาน (Process evaluation)

ความคิดเห็นของผู้บริหาร ผู้ตรวจราชการ นักวิชาการ และผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ ในด้านการดำเนินงาน (Process evaluation) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.72$, $SD = 0.70$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อการดำเนินงานของท่าน มีการกำหนดสภาพปัญหา และความต้องการในการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลาง เป็นอันดับที่ 1 ($\bar{X} = 1.97$, $SD = 0.64$) รองลงมา คือ ข้อท่านได้ นิเทศ ติดตาม กำกับ การดำเนินโครงการตามขั้นตอนที่กำหนด

($\bar{X} = 1.82$, $SD = 0.71$) และข้อท่านได้ประเมินผลการดำเนินโครงการเป็นระยะเวลาที่กำหนด เป็นอันดับที่ 3 ($\bar{X} = 1.68$, $SD = 0.72$) ส่วนข้อท่านได้ทำการวิเคราะห์และนำผลการประเมินมา พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับน้อย เป็นอันดับที่ 1 ($\bar{X} = 1.66$, $SD = 0.72$) ข้อท่านได้ปฏิบัติงานตามแผนโครงการตามขั้นตอนทุกกิจกรรม อยู่ในระดับน้อย เป็นอันดับที่ 2 ($\bar{X} = 1.64$, $SD = 0.72$) และข้อมีการวางแผนในการดำเนินงานโครงการอย่างเป็นระบบ อยู่ในระดับน้อย เป็นอันดับที่ 3 ($\bar{X} = 1.51$, $SD = 0.70$)

5. สรุปผลการประเมินด้านผลลัพธ์ (Product evaluation)

พบว่า การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพในระดับพื้นที่ มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รับผิดชอบการกำกับติดตามตัวชี้วัดภายในจังหวัดและมีคณะกรรมการประสานการพัฒนางานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คป.สอ.) กำกับติดตามการดำเนินงานในระดับอำเภอและระดับตำบล โดยประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กำหนดประเด็นการขับเคลื่อนงานในเชิงบูรณาการ

ระดับจังหวัดมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อรองรับการขับเคลื่อนงาน โดยการถ่ายทอดระดับแผนยุทธศาสตร์ระดับเขต ระดับศูนย์วิชาการ มีการบูรณาการแผนส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ และถ่ายทอดแผนและนโยบายไปสู่การปฏิบัติ แผนงานที่ 1 มี 4 โครงการ 12 ตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ พบว่า มีผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์ 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1, 3, 7, 8, 9, 11, 12 และดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 2, 4, 5, 6, 10 แผนงานที่ 2 มี 1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 13 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์ แผนงานที่ 3 มี 5 โครงการ 9 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์พบว่า มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์ 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 และดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 15 แผนงานที่ 4 มี 2 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ พบว่า มีผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 23 และดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 24

สรุปและข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ และถ่ายทอดนโยบายและแผนไปสู่ผู้ปฏิบัติให้ชัดเจน ครอบคลุม และทั่วถึง
2. แสวงหาความร่วมมือ จากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ครอบคลุมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
3. บันทึกข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) กับสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนา วิชาการ และศักยภาพของบุคลากร รองรับการแข่งขันในระดับพื้นที่
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันทันสมัย เหมาะสม กับการใช้งานตามบริบทของพื้นที่ และพัฒนาช่องทางการสื่อสารให้มีความหลากหลาย
5. ผู้บริหารทุกระดับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง ภาคีเครือข่าย รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อแก้ไขปัญหาพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมาย
6. กำหนดโครงสร้างการทำงานในรูปคณะกรรมการ กำหนดบทบาท และถ่ายโอน อำนาจในการบริหารทรัพยากร ให้เกิดความคล่องตัว และเพียงพอต่อการขับเคลื่อนงาน

ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข

1. ควรบูรณาการกันระหว่าง สสส. และกรมอนามัยในการช่วยให้ประชาชนมีความรู้ ความสามารถและแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาระบบสุขภาพสิ่งแวดล้อม รวมทั้งร่วมมือกับกรมควบคุมโรคในการป้องกันการบาดเจ็บ อุบัติเหตุ ป้องกันและควบคุมโรค
2. ควรบูรณาการกันระหว่าง สปสช. และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการบริหารจัดการด้านบริการสาธารณสุข และการจัดการด้านการเงินในระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในระบบโรงพยาบาลและเครือข่ายการส่งต่อ
3. ควรบูรณาการกันระหว่าง สช. และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการ วางแผน กำหนดนโยบาย กำหนดกรอบการพัฒนาและการบริการสาธารณสุข

ด้านประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย

1. ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ
2. ส่งเสริมวัยเรียนให้แข็งแรงและฉลาด
3. ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น
4. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์
5. ส่งเสริมผู้สูงอายุไทยเพื่อเป็นหลักชัยของสังคม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความเข้มแข็งระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนอย่างยั่งยืน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ปฏิรูประบบงานสู่องค์กรที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาล

โครงการกิจกรรมเพื่อสังคม

โครงการแพทย์อาสาเฉพาะทางเพื่อประชาชนครั้งที่ 1



เมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2556 เวลา 10.00 น. พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ เสด็จไปยังมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทรงเป็นประธานในพิธีเปิด “โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ” ด้วยทีมแพทย์อาสาสมัครจำนวนมาก ลงบันทึกสถิติใน “กินเนสบุ๊ก” กับแพทย์อาสาเฉพาะทางตาที่ให้บริการมากที่สุดครั้งแรกในโลกให้บริการดูแลประชาชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดใกล้เคียง จ.พระนครศรีอยุธยา จัดโดยแพทยสภาร่วมกับสถาบันพระปกเกล้า โดยนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาล สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ รุ่นที่ 1 สถาบันพระปกเกล้า (ปธพ.1) ร่วมกับ แพทยสภา สมาคมแห่งสถาบันพระปกเกล้า กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังเป็นการเฉลิมพระเกียรติและน้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ ตลอดจนแสดงความจงรักภักดีต่อพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรม

ราชินีนาถ ด้วยทั้งสองพระองค์ทรงห่วงใยในทุกข์สุข และปัญหาสุขภาพของราษฎรมาโดยตลอด ซึ่งโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติจะให้บริการแก่ประชาชนอย่างครบวงจรจัดโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติขึ้น เพื่อเป็นการบริการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครบวงจร ซึ่งรวมถึงการตรวจคัดกรอง การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ โดยมีทีมแพทย์อาสาสมัครจำนวนมากที่สุดในประเทศไทยมีการจัดการแบ่งกลุ่มการให้บริการออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. การตรวจคัดกรอง 2. การรักษาพยาบาล และ 3. การส่งเสริมสุขภาพ ด้วยทีมแพทย์อาสาเฉพาะทางจำนวน 20 คลินิก

โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ ยังถือเป็นการสร้างชื่อเสียงให้กับระบบสาธารณสุขไทย ในการบริการทางด้านสุขภาพกับประชาชน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหลายหน่วยงานในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน ทั้งนี้ ทางนักศึกษาได้ตั้งใจดำเนินการขอบันทึก “สถิติโลกกินเนสบุ๊ก” (Guinness Book World Record) เป็นการเทิดพระนามและถวายเป็นพระราชกุศลแด่ทั้ง 2 พระองค์ โดยแพทย์เฉพาะทางทุกสาขา แต่เบื้องต้นได้รับอนุมัติในการให้บริการรักษาโรคทางจักษุวิทยา ดังนี้

“The most eye tests performed in one hour were achieved to celebrate His Majesty the King’s 85th and Her Majesty the Queen’s 80th Birthday Anniversaries by The Medical Council of Thailand and King Prajadhipok’s Institute, in Ayudhdhaya, Thailand, on 17 March 2013”

ซึ่งนับเป็นเกียรติประวัติของแพทย์อาสาทุกท่านที่เข้าร่วมงานเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลในครั้งนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทีมแพทย์เฉพาะทางตาที่ออกบริการดูแลสุขภาพประชาชนจำนวนมากที่สุดครั้งแรกในโลก และทำการบันทึกสถิติลงใน “สถิติโลกกินเนสบุ๊ก” (Guinness Book World Record) ให้บริการตรวจตา 450 คน ใน 1 ชั่วโมง พร้อมด้วยทีมแพทย์อาสาสมัครอีกกว่า 300 ราย ซึ่งการออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ นับเป็นครั้งแรกที่โครงการฯ จะลงพื้นที่ให้บริการแก่ประชาชนในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดใกล้เคียง โดยจะมีประชาชนที่สนใจเข้าร่วมรับบริการ 2,672 คน จำนวนครั้งที่ให้บริการ 3,207

โครงการแพทย์อาสาเฉพาะทางเพื่อประชาชน ครั้งที่ 2



เมื่อวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2557 เวลา 15.00 น. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี เสด็จฯ เป็นองค์ประธานเปิดโครงการแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ ครั้งที่ 2 ณ โรงพยาบาลหัวหิน และโรงเรียนพลนิชการหัวหิน จัดขึ้นโดยความร่วมมือร่วมใจของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์รุ่นที่ 2 แพทยสภา ร่วมกับสถาบันพระปกเกล้ากระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ดำเนินกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยการออกหน่วยตรวจรักษาประชาชนผู้เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปจนถึงโรค



ซับซ้อนชั้นสูง ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน โดยบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขาร่วมกับนักศึกษาในหลักสูตรฯ บุคลากรภาครัฐและภาคเอกชนในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวจัดขึ้นตั้งแต่วันที่ 08.00 - 18.00 น. มีบริการทั้งสิ้น 18 คลินิกแพทย์เฉพาะทางโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร กว่า 500 คน จากหลายสถานพยาบาลชั้นนำ

เปิดให้บริการตรวจรักษา ผ่าตัด รับประทาน ครอบงจร โดยไม่มีค่าใช้จ่ายทั้ง ตรวจรักษาโรคเด็ก โรคผู้สูงอายุ โรคปอด โรคหัวใจ ไทรอยด์ ผ่าตัดโรคหูน้ำหนวก ส่องกล้องกระเพาะอาหาร ขยายเส้นเลือดหัวใจ ผ่าตัดสมอง ตรวจอัลตราซาวด์ แมมโมแกรม ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเอ็ดไอให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต แพทย์แผนไทย ผังเข็ม บริการถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน เป็นต้น มีผู้เข้ารับบริการคือประชาชนในอำเภอหัวหิน ในพื้นที่โดยรอบและใกล้เคียง ประชาชนในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรีราชบุรี และใกล้เคียง โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกภาคส่วน รวมผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการตรวจรักษาในโครงการแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 2 เป็นจำนวนทั้งหมด 4,773 ราย

เวลา 17.00-18.00 น. มีกิจกรรมเจริญพระพุทธมนต์ “สวดพระปริตร” อธิษฐานจิตปฏิบัติบูชา นำโดย พระอาจารย์อารยวังโส พระวิปัสสนาจารย์ สายปฏิบัติหลวงปู่มั่น ภูริทัตตเถระ เจ้าอาวาสวัดป่าพุทธพจน์หรือภูผาไชย จ.ลำพูน เพื่อน้อมเกล้าน้อมกระหม่อมถวายเป็นพระราชกุศลแด่ องค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ อันเป็นโอกาสมงคลของชาวไทยทุกคน

โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจ เฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 (ปรพ.3)

ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี



นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง
รุ่นที่ 3 (ปรพ.3) สถาบันพระปกเกล้าและแพทยสภา รวมทีมแพทย์อาสาเฉพาะทางจำนวน
18 คลินิก ให้บริการตรวจรักษา ดูแลสุขภาพประชาชนกว่า 6,000 ราย โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย
เพื่อบรรเทาความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และเป็นการน้อมรำลึกใน
พระมหากรุณาธิคุณตลอดจนถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ สมเด็จพระ
พระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ และสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องใน
โอกาสเฉลิมพระชนม์ 60 พรรษา

เมื่อวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2558 ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
โดยได้รับเกียรติจาก ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย องคมนตรี เป็นประธานใน
พิธีเปิดโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 โดยได้จัดกิจกรรม

ตรวจรักษาโรคเฉพาะทาง โดยแพทย์เฉพาะทาง ทันตแพทย์ พยาบาล และ เภสัชกร กว่า 500 คน จากหลายสังกัดโรงพยาบาล ตลอดจนราชวิทยาลัยแพทย์ มาตรวจรักษาให้แก่ประชาชน ในพื้นที่ โดยรอบจังหวัดกาญจนบุรี

โดยได้จัดกิจกรรมการตรวจรักษาโรค 18 คลินิกแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่

1. คลินิกหู คอ จมูก
2. คลินิกสูติ-นรีเวช และ ตรวจมวลกระดูก
3. คลินิกไต
4. คลินิกทันตกรรม
5. คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
6. คลินิกจักษุ
7. คลินิกระบบประสาท
8. คลินิกระบบทางเดินอาหาร
9. คลินิกกระดูกและข้อ
10. คลินิกสุขภาพเด็กและเยาวชน
11. คลินิกสุขภาพจิต
12. คลินิกศัลยกรรมศาสตร์สมอง
13. คลินิกมะเร็งเต้านม
14. คลินิกโรคหัวใจ
15. คลินิกตรวจสมรรถภาพทางปอด
16. คลินิกผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่
17. คลินิกกายอุปกรณ์
18. คลินิกตรวจสมรรถภาพทางกาย และโรคทั่วไป

โดยจะมีประชาชนเข้ารับการตรวจรักษาทั้งสิ้น 6,090 ราย และมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 13,690 คน ซึ่งโครงการฯ ดำเนินงานสำเร็จลุล่วง สมดังวัตถุประสงค์ทุกประการ

โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจ เฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 4 (ปรพ.4)

ณ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา



เมื่อวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2559 ณ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา โดยได้รับเกียรติจาก ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย องคมนตรี เป็นประธานในพิธีเปิดโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 4 โดยได้จัดกิจกรรมตรวจรักษาโรคเฉพาะทาง โดยแพทย์เฉพาะทาง ทันตแพทย์ พยาบาล และ เภสัชกร กว่า 500 คน จากหลายสังกัดโรงพยาบาล ตลอดจนราชวิทยาลัยแพทย์ มาตรวจรักษาให้แก่ประชาชน ในพื้นที่โดยรอบจังหวัดกาญจนบุรี





โดยได้จัดกิจกรรมการตรวจรักษาโรค 20 คลินิกแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่

1. คลินิกสูตินรีเวชกรรม-หญิงวัยทอง, 2. คลินิกศัลยกรรมทั่วไป และคลินิกเต้านม, 3. คลินิกทางเดินปัสสาวะ, 4. คลินิกโรคไต, 5. คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด, 6. คลินิกออร์โธปิดิกส์ และกระดูกพรุน, 7. คลินิกจักษุ, 8. คลินิกหู คอ จมูก, 9. คลินิกฝังเข็ม, 10. คลินิกแพทย์แผนไทย, 11. คลินิกกายอุปกรณ์, 12. คลินิกโรคผิวหนัง, 13. คลินิกกุมารเวชกรรม, 14. คลินิกโรคทางเดินอาหาร ตับ ถุงน้ำดี, 15. คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช, 16. คลินิกทันตกรรม, 17. คลินิกชายวัยทอง, 18. คลินิกโรคทั่วไป, 19. คลินิกตรวจสุขภาพและทดสอบสมรรถภาพร่างกาย, 20. คลินิกอายุรกรรม และอีก 3 หน่วยงานที่ให้คำแนะนำปรึกษา คือ 1. คลินิกกฎหมาย, 2. คลินิกเภสัช, 3. บริการโลหิต

โดยจะมีประชาชนเข้ารับการตรวจรักษาทั้งสิ้น 10,321 ราย ซึ่งโครงการฯ ดำเนินงานสำเร็จลุล่วง สมดังวัตถุประสงค์ทุกประการ

โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทาง ร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร

โดย มูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ แพทยสภา และนักศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง
รุ่นที่ 5 (ปรพ.5)
วันที่ 13-14 พฤษภาคม พ.ศ. 2560
ณ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี



มูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ แพทยสภา ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันพระปกเกล้า ชมรมนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ (ปรพ) โดยนักศึกษา ปรพ.5 องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ร่วมกันจัด โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจ เฉลิมพระเกียรติพระเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ในโอกาสที่ทรงครองสิริราชสมบัติ สืบราชสันตติวงศ์ เป็นพระมหากษัตริย์รัชกาลที่ 10 แห่งพระบรมราชจักรีวงศ์” โดยนำแพทย์เฉพาะทางกว่า 200 คน จากคณะแพทยศาสตร์ 21 แห่ง ราชวิทยาลัย/วิทยาลัยแพทย์ 15 แห่ง

แพทย์จากภาครัฐ แพทย์จาก 4 เหล่าทัพ แพทย์จากภาคเอกชนพร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่
ทันสมัยขาดแคลน และ บุคลากรอื่น ๆ กว่า 1,500 คน ให้บริการตรวจ รักษา-ผ่าตัด โดยไม่คิด
ค่าใช้จ่าย เปิดคลินิกแพทย์เฉพาะทาง 20 สาขา ประกอบด้วย 1. คลินิกศัลยกรรม 2. จักษุคลินิก
3. คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด 4. คลินิกทันตกรรม 5. คลินิกการสื่อสารความหมายและแก้ไขการ
ได้ยิน 6. คลินิกผ่าตัดโรคหู 7. คลินิกสูตินรีเวชและหญิงวัยทอง 8. คลินิกส่องกล้องระบบทางเดิน
อาหารและตับแข็ง 9. คลินิกโรคผิวหนัง 10. คลินิกอายุรกรรมเบาหวานและโรคไต 11. คลินิก
เทคนิคการแพทย์ 12. คลินิกตรวจสุขภาพและคัดกรองโรคทั่วไป 13. คลินิกรับบริจาคโลหิต
14. คลินิกพัฒนาการเด็ก 15. คลินิกออร์โธปิดิกส์ 16. คลินิกกายอุปกรณ์ 17. คลินิกเวชศาสตร์
ฟื้นฟู 18. คลินิกแพทย์แผนไทยและแผนจีน 19. คลินิกสุขภาพจิตและเลิกบุหรี่ 20. คลินิก
อายุรกรรมประสาท และหน่วยให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย พร้อมดูแลรักษาผู้ป่วยทุกรายในจังหวัด
ปราจีนบุรีและใกล้เคียง ระหว่างวันที่ 13-14 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยา
อภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี และโรงเรียนปราจีนกัลยาณี จ.ปราจีนบุรี



โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางครั้งนี้ ได้เลือกมาจัดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ถือกำเนิดจากความจงรักภักดีต่อราชวงศ์จักรีและผืนแผ่นดินไทยของท่านเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วย โดยผสมผสานองค์ความรู้ทั้งการแพทย์แผนตะวันตกและการแพทย์แผนไทย เช่น การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเทคนิคแพทย์ตะวันตกผสมผสานการนวดไทยและใช้สมุนไพร จะช่วยยกระดับการแพทย์แผนไทยให้เป็นที่รู้จักได้รับการยอมรับมากขึ้นด้วยและยังเป็นการสนองนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการดูแลสุขภาพและการรักษาอาการเจ็บป่วยของคนไทย

โดยได้รับเกียรติจาก ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นายแพทย์ เกษม วัฒนชัย ประธานมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ พร้อมด้วย ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ ประสิทธิ์ วัฒนาภา นายกแพทยสภา นายแพทย์โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองศาสตราจารย์วุฒิสาร ตันไชย เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า และคณะ ร่วมเป็นเกียรติในพิธีเปิดโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร โดยมีประชาชนเข้ารับบริการเกินกว่า เป้าหมายที่ตั้งไว้ 10,000 คนถึง 4,510 คน โดยจะมีประชาชนเข้ารับการตรวจรักษาทั้งสิ้น 14,510 ราย ซึ่งโครงการฯ ดำเนินงานสำเร็จลุล่วง สมดังวัตถุประสงค์ทุกประการ และถือได้ว่าเป็นการมอบโอกาสในการรักษาโรคเฉพาะทางได้อย่างยิ่งใหญ่อีกครั้งหนึ่งของประเทศไทย





โครงการแพทย์อาสาหัวใจ ถวายเป็นพระราชกุศล พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร

16 ตุลาคม พ.ศ. 2559 – 29 มกราคม พ.ศ. 2560 ณ มณฑลพิธีท้องสนามหลวง

และ วันที่ 21 – 29 ตุลาคม พ.ศ. 2560

ณ พระเมรุมาศจำลอง ถนนราชดำเนินกลาง (บริเวณกองสลาก)



กำเนิดโครงการแพทย์อาสาหัวใจ ถวายเป็นพระราชกุศลฯ

มูลนิธิธรรมบาลทางการแพทย์ โดยท่านประธาน ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย ร่วมกับแพทย์สภา และนักศึกษาหลักสูตรฯ ปพ.รุ่นที่ 1-5 ได้มีความเห็นตรงกันว่า ในฐานะเป็นหน่วยงานที่มีบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุดและมีความประสงค์อยากทำความดีถวายในหลวง ในระหว่างที่ทุกคนต่างเศร้าโศกเสียใจจึงร่วมกันจัดตั้งโครงการแพทย์อาสาหัวใจถวายเป็นพระราชกุศลฯ



ขึ้นในคืนวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2559 มีการประชุมร่วมกัน และเปิดดำเนินการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทันที ในวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ณ มณฑลพิธีท้อง

สนามหลวง โดยได้รับความร่วมมือจาก กทม. กระทรวงสาธารณสุข และกรมแพทย์ทหารบก โดยเริ่มดำเนินการในพื้นที่ ตั้งแต่ยังไม่มียศแพทย์กันแดด เพื่อช่วยประชาชน จนถึง ทางกรุงเทพมหานครฯ ได้มอบหมายพื้นที่ให้ดูแลจัดการ บริเวณตรงข้ามวัดพระศรีมหาธาตุในท้องสนามหลวง เป็นหน่วยงานแรกภายใต้เกณฑ์ขนาดเล็ก 3 หลัง มีแพทย์ออกตรวจ จำนวน 4-6 ท่าน และได้รับ

การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์จากองค์การเภสัช รพ.ศิริราช รพ.รามาธิบดี ได้รับการสนับสนุน เภสัชกรจากหน่วยเภสัชกรอาสา, พอ.สว., รพ.ศิริราช, รพ.รามาฯ และ รพ.จุฬาฯ ได้รับการสนับสนุน โปรแกรมระบบการบริหารจัดการข้อมูลจาก รพ.ศิริราช ได้รับการสนับสนุนบริหารจัดการเตียง จาก บ.ปตท. และ บ.ทีวีไอดีร์ ร่วมกับ แพทยสภา ได้รับการสนับสนุนอาหารและเครื่องดื่มจาก บ.แบล็คแคนยอน, นศ.ปพพ.1-5 และอีกหลายหน่วยงาน ซึ่งในช่วงแรกมีการรักษาคนไข้ต่อวัน 300 ถึง 500 คน



คลินิกแพทยอาสา

วันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2559 เกิดกิจกรรมขนาดใหญ่คือการร้องเพลงเต็มพื้นที่ท้องสนามหลวง มีคนมากกว่า 200,000 คนและมีผู้ป่วยเป็นลมหมดสติ มากกว่า 200 ราย ทำให้เตียงอาสหายาย พื้นที่เป็น 2 เท่า เพื่อรองรับผู้ป่วย ให้นอนพักได้ และขยายให้มีหมออาสาให้บริการ 12 -20 คน ต่อวัน ซึ่งดูแลคนไข้ตั้งแต่ 200 - 600 ราย ระบบเป็นไปด้วยดี มีการขอคำแนะนำจากแพทย์ที่มี มาทำงานในระบบทุกวัน มีการพัฒนาเครื่องมือทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเท่ากับโรงพยาบาลสนาม และมีการเพิ่มบริการวัดความดันให้กับประชาชนเพื่อสืบค้นโรคความดันสูง เพื่อนำมารักษา ทุกวัน วันละ สองร้อยคนขึ้นไป

28 ตุลาคม พ.ศ. 2559 พายุเข้าสนามหลวงทำให้เตียงแพทย์อาสา จำนวน 6 เตียง ที่ประกอบ กัน มีฝนตก น้ำรั่ว เข้าอุปกรณ์การแพทย์ และเตียงผู้ป่วย จนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ จึงได้รื้อเตียง และเปลี่ยนเป็นเตียงขนาดใหญ่ 8 x 24 เมตร และจัดพื้นที่รองรับประชาชน ในระบบโรงพยาบาล สนาม พร้อมติดเครื่องปรับอากาศ เครื่องฟอกอากาศฆ่าเชื้อโรค เพื่อรองรับคนไข้ได้มากกว่า 1,000 คนต่อวัน

1 พุทธจิกายน พ.ศ. 2559 มูลนิธิแพथ์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) โดยท่านเลขาธิการ นพ.ยุทธ โพธารามิก ได้ส่งทีมแพथ์อาสาเข้าร่วมกิจกรรมทุกวันทำการ โดยมาจาก รพ.ทั่วประเทศ ร่วมกับแพथ์อาสาจาก สมาคมโรงพยาบาลเอกชน รพ.รามธิบดี รพ.ศิริราช รพ.จุฬา รพ.ทหาร รพ.ตำรวจ และอีกหลายสังกัด ทำให้ปริมาณบุคลากรเข้ามาปฏิบัติงานในเต็นท์แพथ์อาสา มีจำนวน 50 - 100 คนทุกวัน

การดำเนินงานของเต็นท์แพथ์อาสาเปิดทำการทุกวัน ยกเว้น วันที่ปิดสนามหลวงเพื่อทำพิธีครบ 50 วัน (1-2 ธ.ค. 59) และครบ 100 วัน (20-21 ม.ค. 60) โดยแพथ์อาสาได้กำหนดจะออกหน่วยจนถึงวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2560 ครบ 109 วัน และได้จัดทำต้นไม้แห่งความดีของตามแนวคิดของ ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย ประธานมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ เพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้กับประชาชนในปลายรัชกาลที่ 9 ต่อไป จึงได้ทำพิธีปิดเต็นท์แพथ์อาสาในคืนดังกล่าว แล้วคืนพื้นที่ให้กับทางราชการเพื่อสร้างพระเมรุมาศต่อไป



26 ตุลาคม พ.ศ. 2560 พระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพฯ แพทยสภา, มูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์, นักศึกษา ปรพ.1-6 ได้เปิดโครงการแพथ์อาสาร่วมใจถวายเป็นพระราชกุศล พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ณ พระเมรุมาศจำลอง ถนนราชดำเนินกลาง (บริเวณกองสลาก) ขึ้นอีกครั้ง ในระหว่างวันที่ วันที่ 21 – 29 ตุลาคม

พ.ศ. 2560 ซึ่งในครั้งนี้นี้เกิดจากแพทย์ไทย ทั้งภาครัฐใน 5 กระทรวง ทั่วประเทศ และภาคเอกชน
แล้วยังได้ข้อสรุปเป็นต้นที่โรงพยาบาลสนามต้นแบบของแพทย์อาสาที่จะเผยแพร่ให้กับแพทย์
ทั่วประเทศสามารถนำไปใช้ในยามเกิดวิกฤตได้ทันที โดยทั้งนี้ต้องขอขอบคุณ มูลนิธิธรรมาภิบาล
ทางการแพทย์, แพทยสภา และ นศ.ปพพ.ทั้ง 6 รุ่นที่ทำให้เกิดโครงการการกุศลขนาดใหญ่ จนครบ
118 วัน โดยสมบูรณ์ เพื่อจารึกเป็นประวัติศาสตร์สำคัญของวงการแพทย์ไทยต่อไป ในอนาคต
สรุปยอดผู้มารับบริการ 44,711 คน และแพทย์ 2,256 คน, พยาบาล 2,836 คน เภสัชกร 2,423
คน, จิตอาสา 2,342 คน รวมจิตอาสาทั้งสิ้น 9,857 คน





โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจ เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ครั้งที่ 2

โดย มูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ แพทยสภา
และนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 (ปธพ.6)
ณ โรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี



มูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ แพทยสภา สถาบันพระปกเกล้า กระทรวงสาธารณสุข
และนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์รุ่นที่ 6 (ปธพ.6) และภาคี
เครือข่าย ยกทีม แพทย์เฉพาะทางอาสา จัดโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจ

เฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ครั้งที่ 2 ร่วมมือ 3 โรงพยาบาล รพ.อานันท์มหิตล รพ.พระนารายณ์มหาราช รพ.มะเร็งลพบุรี โดยนำแพทย์ เฉพาะทางกว่า 200 คน จากคณะแพทยศาสตร์ 21 แห่ง ราชวิทยาลัย/วิทยาลัยแพทย์ 15 แห่ง แพทย์จากภาครัฐ แพทย์จาก 4 เหล่าทัพ แพทย์จากภาคเอกชนพร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ ท้องถิ่นขาดแคลน และ บุคลากรอื่นๆ กว่า 1,500 คน ให้บริการตรวจ รักษา-ผ่าตัดโรคมะเร็งที่ ต่อผู้ป่วยที่มีคิวรอนาน โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายทั้ง 20 คลินิกเฉพาะทาง ประกอบด้วย 1. **คลินิก ศัลยกรรม (Surgical endoscopy)** การส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ กระเพาะอาหาร และการผ่าตัดรักษาโรคไส้เลื่อนผนังหน้าท้อง 2. **คลินิกมะเร็งเต้านม (Mammogram)** การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยเครื่อง ดิจิตอล แมมโมแกรม และวินิจฉัยความผิดปกติของเต้านมในสตรี 3. **คลินิกจักษุ** ตรวจคัดกรองและผ่าตัดต้อกระจก 4. **คลินิกหัวใจและ หลอดเลือด** ให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ คือ เครื่องวิ่งสายพานและ การทำเอคโคหัวใจและให้การตรวจรักษาด้วยการฉีดสตีเวนหัวใจและใส่ขดลวดเพื่อรักษาเส้นเลือด หัวใจตีบ 5. **คลินิกระบบประสาท (ป้องกัน Stroke)** คัดกรองภาวะหัวใจเต้นไม่ตรงจังหวะซึ่งเป็น ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 6. **คลินิกกายอุปกรณ์ ขาเทียม รถเข็น** ให้บริการผลิต และซ่อมแซมแขน-ขาเทียม บริการอุปกรณ์ช่วยการเดินสำหรับคนพิการ 7. **คลินิกศูนย์ผู้พิการ เคลื่อนที่** ตรวจประเมินความพิการทางการเคลื่อนไหว และออกเอกสารรับรองความพิการ 8. **คลินิก การสอน CPR** การสร้างความพร้อมการกู้ชีพ CPR ให้ชาวลพบุรี โดย ทีมกู้ชีพ พร้อม หุ่นสอน CPR 100 ตัว 9. **คลินิกสูติ-นรีเวช** ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตรวจวินิจฉัยสตรีตั้งครรภ์ที่มีความ เสี่ยงสูง ตรวจก่อนในอุ้งเชิงกรานสตรีด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง และตรวจโรคทาง สูตินรีเวชกรรมทั่วไป 10. **คลินิกพัฒนาการเด็ก** ตรวจรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการที่ ชับซ้อน ให้คำแนะนำ และจัดอบรมบุคลากรในพื้นที่ 11. **คลินิกเด็กอ้วน** ตรวจประเมิน ดูแลรักษา เบี่ยงต้นและให้คำแนะนำเด็กที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ พบกับฐานกิจกรรมที่สนุกสนานเพื่อการปรับ พฤติกรรมที่ได้ผล 12. **คลินิกข้อเข่าเสื่อมและเวชศาสตร์ฟื้นฟู** ตรวจรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการฉีดยาเข้าข้อเข่าและโรคทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูด้วยเครื่องมือไฮเทคเทคโนโลยี 13. **คลินิกทันตกรรม** ให้คำปรึกษาโรคทางช่องปาก, ครอบฟัน ด้วยนวัตกรรมล่าสุด, ฝ่าฟันคุด, การขูดหินปูน ถอนฟัน และอุดฟัน 14. **คลินิกหู คอ จมูก** ให้การตรวจ วินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านหูคอจมูก บริการตรวจการได้ยินและจัดหาเครื่องช่วยฟังให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการได้ยิน ให้การผ่าตัดปะ แก้วหูในผู้ป่วยเยื่อแก้วหูทะลุ และให้บริการฝึกพูดในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการพูด 15. **คลินิกผิวหนัง** ปรึกษาปัญหาโรคผิวหนัง การดูแลสุขภาพผิวพรรณ 16. **คลินิกตรวจสุขภาพและคัดกรองโรค**

ทั่วไป ตรวจคัดกรองโรคกลุ่มเมตาบอลิกซินโดรม โรคอ้วน, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, โรคหัวใจ, โรคไต, โรคตับ เพื่อตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่พบบ่อย เช่น มะเร็งเต้านม, มะเร็งปอด รวมทั้งวัดโรคปอด ในกลุ่มผู้สูงอายุ และพระสงฆ์ ในเขต จ.ลพบุรี 17. **คลินิกเทคนิคการแพทย์** ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับคัดกรองโรคภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation), ผู้ป่วยเบาหวาน (HbA1C), มะเร็งลำไส้ใหญ่ (FIT Test), โรคจากเชื้อซิฟิลิส และตรวจทางพยาธิคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีพิเศษ Liquid-based Pap test 18. **คลินิกรับบริจาคโลหิต** รับบริจาคโลหิต จากผู้มีจิตศรัทธา 19. **คลินิกรับปรึกษาด้านกฎหมาย** ให้บริการคำปรึกษาปัญหาทางกฎหมาย ตรวจสอบสิทธิการรักษา แจกหนังสือความรู้ทางกฎหมาย 20. **คลินิกแพทย์แผนไทยและฝังเข็ม** รักษาด้วยสมุนไพร ศาสตร์แพทย์แผนไทย และ ฝังเข็มดูแลโรคตามศาสตร์แพทย์แผนจีน 21. **คลินิกตรวจสุขภาพทั่วไปคัดกรองเบาหวาน** ตรวจและวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยใช้ชุดตรวจน้ำตาลและฮีโมโกลบินเอวันซี(น้ำตาลสะสม)จากเลือดปลายนิ้วและรับคำปรึกษาจากแพทย์ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรกว่า 500 คน จากหลายโรงพยาบาล อาทิ รพ.ศิริราช, รพ.จุฬาฯ, รพ.รามธิบดี, รพ.ราชวิถี, รพ.พระมงกุฎเกล้า, รพ.ภูมิพลฯ, สถาบันประสาทวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี รพ.เอกชนชั้นนำ ฯลฯ ตลอดจน ราชวิทยาลัยแพทย์ และ แพทยสภา ระหว่างวันที่ 4-6 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ณ โรงพยาบาลอานันทมหิดล, โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จังหวัดลพบุรี



โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางฯ ครั้งนี้ได้เลือกมาจัดที่จังหวัดลพบุรี เป็นจังหวัดในภาคกลางตอนบน ที่มี ประชากร 7 แสนคน มีพื้นที่ 6,586.67 ตารางกิโลเมตร มีประวัติศาสตร์ยาวนาน ปัจจุบันเป็นที่ตั้งของกองกำลังทั้งทหารบกและทหารอากาศหลายหน่วย เป็นศูนย์กลางทางด้านการทหาร กองกำลังทางการรบ และในปัจจุบันเป็น “เมืองเศรษฐกิจ เมืองท่องเที่ยว ศูนย์การศึกษาของภาคกลางตอนบน และยังเป็นเมืองทหารอีกด้วย” ลพบุรีได้ชื่อว่าเป็นจังหวัดที่มีลิงอาศัยอยู่มาก เป็นจังหวัดที่มีผู้สูงวัยอายุยืนจำนวนมาก มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวนน้อย ทำให้ระบบรักษาพยาบาลโรคร้ายซับซ้อนยังไม่เพียงพอ เป็นที่มาของการออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางฯ ซึ่งโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางฯ ครั้งนี้ ได้เลือกมาจัดที่โรงพยาบาลอานันทมหิดล สังกัดกรมแพทย์ทหารบก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกของกองทัพบกไทย และเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นลำดับที่สาม ของกองทัพบก รองจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลค่ายสุรนารี และเป็นโรงพยาบาลที่ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลฯ ทรงมีพระมหากรุณาธิคุณเสด็จฯ มากระทำพิธีเปิดเป็นปฐมฤกษ์ เมื่อวันศุกร์ที่ 6 มกราคม 2481 ซึ่งเป็นวันเดียวกันกับวันเปิดค่ายสมเด็จพระนารายณ์มหาราช โดยในระยะแรกได้เปิดดำเนินการ 200 เตียง ต่อมาได้มีการพัฒนาและขยายอาคารสถานที่ และเพิ่มศักยภาพมาโดยตลอด โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อดำเนินการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล, งานเวชกรรมป้องกัน และงานส่งเสริมสุขภาพแก่ ทหารครอบครัว ตลอดจนถึงประชาชนทั่วไป ซึ่งถือเป็นโรงพยาบาลหลักในการจัดโครงการครั้งนี้

โดยได้รับเกียรติจาก ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นายแพทย์ เกษม วัฒนชัย ประธานมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ พร้อมด้วย ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ ประสิทธิ์ วัฒนาภา นายแพทย์สภา ศาสตราจารย์คลินิก นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายวิวัฒน์ ชัยภาคภูมิ รองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า และคณะ ร่วมเป็นเกียรติในพิธีเปิดโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ครั้งที่ 2 โดยมีประชาชนเข้ารับบริการเกินกว่า เป้าหมายที่ตั้งไว้ 10,000 คน ถึง 6,506 คน โดยจะมีประชาชนเข้ารับการรักษาทั้งสิ้น 16,506 ราย ซึ่งโครงการฯ ดำเนินงานสำเร็จลุล่วง สมดังวัตถุประสงค์ทุกประการ และถือได้ว่าเป็นการมอบโอกาสในการรักษาโรคเฉพาะทางได้อย่างยิ่งใหญ่อีกครั้งหนึ่งของประเทศไทย

สรุปยอดผู้มารับบริการโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ครั้งที่ 2

ระหว่างวันที่ 4-6 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

ณ โรงพยาบาลอานันทมหิดล, โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และ
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จังหวัดลพบุรี

รายชื่อคลินิก	ยอดผู้มารับบริการ
1. คลินิกศัลยกรรม	3,183 ราย
2. คลินิกมะเร็งเต้านม	61 ราย
3. คลินิกจักษุ	220 ราย
4. คลินิกหัวใจและหลอดเลือด	120 ราย
5. คลินิกระบบประสาท (ป้องกัน Stroke)	8,284 ราย
6. คลินิกกายอุปกรณ์ ขาเทียม รถเข็น	155 ราย
7. คลินิกศูนย์ผู้พิการเคลื่อนที่	569 ราย
8. คลินิกการสอน CPR	1,540 ราย
9. คลินิกสูตินรีเวช	844 ราย
10. คลินิกพัฒนาการเด็ก	106 ราย
11. คลินิกกุมารและเด็กอ้วน	18 ราย
12. คลินิกข้อเข่าเสื่อมและเวชศาสตร์ฟื้นฟู	90 ราย
13. คลินิกทันตกรรม	160 ราย
14. คลินิกหู คอ จมูก	70 ราย
15. คลินิกผิวหนัง	27 ราย
16. คลินิกตรวจสุขภาพและคัดกรองโรคทั่วไป	673 ราย
17. คลินิกรับบริจาคโลหิต	84 ราย
18. คลินิกรับปรึกษาด้านกฎหมาย	10 ราย
19. คลินิกแพทย์แผนไทยและฝังเข็ม	129 ราย
20. คลินิกตรวจสุขภาพทั่วไปคัดกรองเบาหวาน	163 ราย
รวมรายการตรวจรักษา	16,506 ราย

สรุปผู้มารับบริการ

1. รายการตรวจรักษา	รวม 16,506 ราย
2. รายการตรวจคลินิกเทคนิคการแพทย์	รวม 6,081 ราย
3. รายการมอบอุปกรณ์	รวม 566 รายการ
4. รายการมอบทุนการศึกษา (15 โรงเรียน)	รวม 150 ทุน



5. หลักความสำนึกรับผิดชอบ (Accountability)



หลักความรับผิดชอบ หมายถึง การตระหนักในสิทธิและหน้าที่ ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อสังคม การใส่ใจปัญหาการบริหารจัดการ การกระตือรือร้นในการแก้ปัญหา และเคารพในความคิดเห็นที่แตกต่าง รวมทั้งความกล้าที่จะยอมรับผลดีและผลเสียจากกระทำของตนเอง

6. หลักความคุ้มค่า (Cost – effectiveness or Economy)



หลักความคุ้มค่า หมายถึง การบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ส่วนรวม โดยธรรมาภิบาลบุคลากรมีความประหยัด ใช้วัสดุอุปกรณ์อย่างคุ้มค่า และรักษาทรัพยากรธรรมชาติให้สมบูรณ์ยั่งยืน

กิจกรรมศึกษาดูงาน หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 (ปรพ.6)



3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 วางพวงมาลาเนื่องใน
วันมหิดล และพิธีเปิดการศึกษาดูงานหลักสูตร
ประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูงรุ่นที่ 6 (ปรพ.6)
ณ โรงพยาบาลศิริราช



2 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ศึกษาดูงานและเรียนรู้เกี่ยวกับพระราชประวัติ พระราชกรณียกิจ
ในพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว ณ พิพิธภัณฑ์พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว



8 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ศึกษาดูงานบทบาททางการแพทย์ของกรมแพทยทหารบก และเยี่ยงมทหารบาดเจ็บ
จากเหตุการณ์ จากเหตุการณ์ในสามจังหวัดชายแดนใต้
ณ รพ.พระมงกุฎเกล้า และศึกษาดูงานการให้บริการ
ทางการแพทย์ระดับตติยภูมิของประเทศไทย
ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี

กิจกรรมศึกษาดูงาน หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 (ปรพ.6)



21-23 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ศึกษาดูงานบทบาทของโรงพยาบาลรัฐขนาดเล็ก โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลเอกชน กับบริการด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนในพื้นที่ ณ จังหวัดเชียงราย



6 มกราคม พ.ศ. 2561 จัดกิจกรรมออกหน่วยแพทย์อาสา “โครงการแพทย์อาสาตรวจสุขภาพพระภิกษุ เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช” ณ วัดราชบพิธสถิตมหาสีมารามราชวรวิหาร



12 มกราคม พ.ศ. 2561 ศึกษาดูงานปัญหาสาธารณสุข และการจัดการในเมืองใหญ่ ณ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร และ ศึกษาดูงานบทบาทของโรงเรียนแพทย์กับปัญหาสาธารณสุขของประเทศ และเยี่ยมชมโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชนย์ ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กิจกรรมศึกษาดูงาน หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 (ปรพ.6)



19 มกราคม พ.ศ. 2561 ศึกษาตาดตลาดหลักทรัพย์
แห่งประเทศไทย และการบินไทย



9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ศึกษาตาดงานศีกษาศูนยกลาง
ทางการแพทยในภูมิภาคอาเซียน (Medical Hub)
ณ โรงพยาบาลกรุงเทพ และศีกษาตาดงานบทบาท
ของแพทยในกระบวนพิจารณาคดี ณ ศาลอาญา
ธนรัชดาภิเษก กรุงเทพมหานคร



กิจกรรมศึกษาดูงาน หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 (ปรพ.6)



16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ศึกษาดูงานทางการแพทย์ระดับ
ตติยภูมิของประเทศไทย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ
ศึกษาดูงานการให้บริการทางการแพทย์ในระดับศูนย์กลาง
ทางการแพทย์ในภูมิภาคอาเซียน (Medical Hub)
ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์



กิจกรรมศึกษาดูงาน หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 (ปรพ.6)



18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 จัดกิจกรรมออกหน่วยแพทย์อาสา “โครงการแพทย์อาสาตรวจสุขภาพพระภิกษุ
เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพล อดุลยเดช”
ณ พุทธสถาน พรหมวิชฌญาณ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี



กิจกรรมศึกษาดูงาน หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 (ปรพ.6)



23-26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ศึกษาดูงานบทบาทของโรงพยาบาลรัฐขนาดเล็ก โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่
และโรงพยาบาลเอกชน กับการบริการด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนในพื้นที่ ณ ลพบุรี และ พิษณุโลก



12-19 มีนาคม พ.ศ. 2561 ศึกษาดูงานระบบสุขภาพ
สังคมผู้สูงวัยและการดูแลผู้สูงอายุ และศึกษาภูมิทัศน์
ณ ประเทศไต้หวัน และประเทศเกาหลีใต้



กิจกรรมศึกษาดูงาน หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 (ปรพ.6)



24 มีนาคม พ.ศ. 2561 ศึกษาดูงานบทบาทของกรมแพทย์ทหารเรือในการสนับสนุน
กองทัพเรือในการช่วยเหลือประชาชน ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
กรมแพทย์ทหารเรือ และศาลปกครอง



30 มีนาคม พ.ศ. 2561 ศึกษา
ดูงาน ณ สว่างคนิवास สภา
กษัตริย์ไทย และ สถาบัน
การแพทย์จักรีนฤเบดินทร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี



กิจกรรมศึกษาดูงาน หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 (ปรพ.6)



4-6 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิม
พระเกียรติฯ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ครั้งที่ 2
ณ รพ.อานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี

กิจกรรมศึกษาดูงาน หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 6 (ปรพ.6)



ภาพบรรยากาศในห้องเรียน





1. นายกรัณย์พล อิศวสุวรรณ
2. นายกฤษ เอื้อวงศ์
3. นางกอร์ปกุล วิจินัยภาค
4. นายกิตติ พัวถาวรสกุล
5. นาวาเอก นพ.กิตตินันท์ งามศิลป์
6. นายแพทย์เกรียงไกร นามโธสง
7. นายเกื้อกุล ด้านชัยวิจิตร
8. นางแก้วแก้ว เผอญูโชค
9. นายคณิพงษ์ แสงวัฒนะ
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ครรชิตพล ยศพรไพบูลย์
11. นางจันทนา ธรรมาธร
12. พล.ต.หญิง ผศ.พญ.จันทราภา ศรีสวัสดิ์
13. นางสาวจินตนา เจียรดำรง
14. ทันตแพทย์หญิงจุไรภรณ์ วิจักขณวงศ์
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.ชนเมธ เตชะแสนศิริ
16. พลตรี นพ.ชนะ ลิมิตเลาหพันธ์
17. นายแพทย์ซัช จันทรงาม
18. พลตรี นพ.ชัชวาล บุณรัช
19. นายชัยวัฒน์ เทพชนะกุล
20. นายแพทย์ชัยวัฒน์ จิตตพร
21. นายแพทย์ชุมพล เดชะอำไพ
22. นายชูศักดิ์ พิทักษ์ตระกูล
23. รองศาสตราจารย์ นพ.เชิดชัย นพเมธีจรัสเลิศ
24. นางสาวณัฐรินทร์ บุญรัตน์วานิช
25. นายแพทย์ดนัย ภัทรเอียรสกุล
26. นายตนะพร ปุณณกันต์
27. นายทรงศักดิ์ จันทรัตน์ปรีดา
28. แพทย์หญิงทิพย์รัตน์ ต้นสกุลประเสริฐ
29. นายแพทย์ธนวัฒน์ อุณหโชค
30. ศาสตราจารย์ นพ.ธวัชชัย อัครวิพุธ
31. นางธณณจิรา ธนาศิริชันทน์
32. นายธีร กิจประสาน
33. นายธีรวุฒิ กลินกุลสม
34. นายแพทย์นพพร อนุกุลการกุล
35. นาวาอากาศเอก นพ.นภ ตูจินดา
36. รองศาสตราจารย์ นพ.นริศ กิจณรงค์
37. ศาสตราจารย์ พญ.นิจศรี ชาญณรงค์
38. พลตรี นพ.นิมิตร สะไมทาน
39. นายแพทย์นิวัฒน์ จี๊งวาท
40. พล.ต.ต. นพ.บุญยรัตน์ พุกกะเวส
41. นางบุษบา สังขวิภา
42. นายแพทย์ประจักษ์ บุญจิตต์พิมล
43. แพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง
44. ดร.นายแพทย์ปรัชญะพันธุ์ เพชรช่วย
45. นายปริญญา พานิชภักดิ์
46. เกษักรปรีชา พันธุ์ติเวช
47. นางปริญดา สุนทรวาทะ
48. นางปรียาพร กายวัฒนกิจ
49. นางผาณิต นิติพันธ์ประภาศ
50. นายพงษ์ศักดิ์ ศศิเมหศักดิ์
51. นายแพทย์พนะ จันทรมล
52. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พรชัย เดชานูนงษ์
53. นายแพทย์พรชัย วงศ์อุไรเลิศกุล
54. นางพรนภา ไทยเจริญ

55. พลโท นพ.พร้อมพงษ์ พิระบูล
56. นางพวงรัตน์ วิเชียรสรรค์
57. ผศ. พญ.พัชรวิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร
58. นางพัชรินทร์ วงศ์ศิริเดช
59. แพทย์หญิงพันธ์ทิพย์ เจริญวงศ์
60. นายพิสิษฐ์ วรรณวิทยามา
61. พลโท นพ.พีระพล ปกป้อง
62. นายพุทธิพงศ์ เอกภูธร
63. นางเพชรรา ศิริตระกูลชัย
64. นางเพ็ชรภรณ์ วัชรพล
65. นางไพจิตร รัตนานนท์
66. นายแพทย์ไพโรจน์ เครือกาญจนา
67. นายไพโรจน์ เจือประทุม
68. นางกณทิรา ฉัตรจุฑามาส
69. นางภัทริยา เอื้อชูเกียรติ
70. นายแพทย์ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล
71. แพทย์หญิงภาวิณี รุ่งทนต์กิจ
72. นายภูษพงศ์ จรัสทรงกิติ
73. พลเอกภูษพงศ์ พงษ์ศิริ
74. นายมณฑล มานิตย์
75. นางสาวเยาวเรศ ทองสิมา
76. นางสาวเยาวลักษณ์ อร่ามทวีทอง
77. นายฤทธิไกร ทองมาลา
78. นายฤทธิชัย ศรีวิจารณ์
79. นายฤทธิณรงค์ กุลประสูตร
80. นางลาสิวรรณ กาญจนจารี
81. นางวรภรณ์ พัวพงศกร
82. นาวาเอกหญิง พญ.วรรัตน์ สิงห์ขวา
83. นายวสันต์ อิทธิโรจนกุล
84. นางสาวสุรมย์ ภาณุดิถีกุล
85. นางวิจิตรา อร่ามวัฒนานนท์
86. ทนพ.วิฑูรย์ อารยะพิพัฒน์กุล
87. นายวิพล วรเสาทฤท
88. ดร.วิราภรณ์ บุญเพชร
89. นายวิโรจน์ วสุศุทธิกุลกานต์
90. ผศ.นพ.วิศิษฐ์ รังษิณาภรณ์
91. พลตรี นพ.วิสุทธิ ศรีจันทร์หาพันธ์
92. นายแพทย์วีรฉัตร กิตติรัตนไพบูลย์
93. นายวีระชัย อมรกลลสุเวช
94. รองศาสตราจารย์ นพ.ศักดิ์นัน มะโนทัย
95. ศาสตราจารย์ พญ.ศิรินธรา สิงหรา ณ อยุธยา
96. นางศิริวรรณ ชัยสมบูรณ์พันธ์
97. นางสาวศิริวรรณ สุกัญจนศิริ
98. พันเอก นพ.สงคราม โชคชัย
99. นายสมคิด สมศรี
100. นายแพทย์สมคิด อุดมกิจมงคล
101. นายแพทย์สมชาย แสงกิจพร
102. นายสมบูรณ์ เอื้ออักษมาลัย
103. นายสมภาพ ผ่องสว่าง
104. ดร.สมฤดี ศรีจรรยา
105. นายสมศักดิ์ ขวัญแก้ว
106. พันตรีสมิทธิ์ ปราสาททองโอสถ
107. นายแพทย์สราวุฒิ บุญสุข
108. นางสาวสิมา ทวีสกุลชัย
109. นายสันติ บุตรดี
110. นายแพทย์สันติต บุญยะสง
111. นางสาวใจ เลิศวิริยะประภา
112. นายสิทธิ ภาณุพัฒน์พงศ์
113. นายสิทธิชัย ไควสุรัตน์
114. นายแพทย์สุกิจ ศรีทิพย์วรรณ
115. นางสุขุมล ชิงดวง
116. ทันตแพทย์สุพจน์ ภูษะรมณี
117. นายสุพรรณ อัครพันธ์
118. นายสุรชัย พรหมพันธุ์
119. นายสุรชัย สุทธิวรชัย
120. นายแพทย์สุรสิทธิ์ อัครตามงคล
121. ผศ. (พิเศษ) นพ.สุรินทร์ อัครวิฑูรติพิภย์
122. นายแพทย์สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์
123. แพทย์หญิงหทัยรัตน์ อัจฉิมานนท์
124. นายแพทย์องอาจ จันทร์จรัสสิน
125. ดร.อดุลยคุปต์ ทองจีน
126. แพทย์หญิงอนงค์ศิลป์ พิทักษ์สิทธิ์
127. นายแพทย์อนันต์ กมลเนตร
128. นายอนุสรณ์ เอี่ยมสะอาด
129. นางอนทัย ทรงไท
130. ดร.อรพินท์ เสริมประภาศิลป์
131. นางสาวอรภัทร รังษิงค์
132. นางอรมพันธ์ เขียวปรีชา
133. ร.ต.อ.อรรถกวี ขุนพินิจ
134. นายอรรถยุทธ สียะวงษ์
135. นางอรรณวรรณ วรปัญญาสกุล
136. พลตรี หญิง ดร.อังคณา สุเมธสิทธิกุล
137. นางอัญชลี วานิช เทพบุตร
138. ศาสตราจารย์คลินิก นพ.อุดม คชินทร
139. นายแพทย์อุดม สีสาทวิวุฒิ
140. นายแพทย์เอกกลาง ทองบริสุทธิ์





ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง

*True success is not in the learning, but
in its application to the benefit of mankind.*

Mr. Songkela

พระราชดำรัสใน

สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

มูลนิธิธรรมิกบาลทางการแพทย์

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ชั้น 11 ซอยศูนย์วิจัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

Tel: 02-692-7222, 089-890-0990

เว็บไซต์ www.ggm.or.th

ISBN 978-616-92902-1-6



9 786169 290216