



สืบสาน พระราชปณิธาน
ส่งเสริม ธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สร้างสรรค์ ยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ
และมาตรฐานสุขภาพของคนไทย



รพ.



สัมมนาวิชาการ ปธพ. ครั้งที่ 4
MD KPI Symposium # 4



“ ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตน เป็นที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ เป็นกิจที่หนึ่ง
ลาภ ทรัพย์ และเกียรติยศ จะตกแก่ตัวท่านเอง
ถ้าท่านทรงธรรมแห่งอาชีพ ไว้ให้บริสุทธิ์ ”

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

M. Sungsela

พระราชดำรัสใน
สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก



อุดมการณ์สถาบันพระปกเกล้า
วิชาการโดดเด่น 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



พระราชดำรินำมาซึ่งหลักสูตรสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ไทย

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมมาภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ เป็นหลักสูตรที่ออกแบบขึ้นตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่มอบให้กับคณะกรรมการแพทยสภา ว่าในยุคที่บ้านเมืองมีความขัดแย้งขอให้แพทย์ไทย **"อ่อนน้อมถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร"** จากวัตถุประสงค์ดังกล่าวแพทยสภาจึงจัดหลักสูตรการศึกษาระดับสูงสำหรับผู้บริหารทางสายการแพทย์ได้ศึกษาเรียนรู้ในหลายมิติเริ่มจากการศึกษาร่วมกันของแพทย์ซึ่งจบจากคณะแพทยศาสตร์ต่างมหาวิทยาลัย (ปัจจุบันมี 21 แห่ง) และปฏิบัติงานอยู่ใน 4 สาขาหลักทางการแพทย์ไทย ได้แก่

1. ครูแพทย์ (คณะแพทยศาสตร์)
2. แพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข (76 จังหวัด)
3. แพทย์ในภาครัฐอื่น ๆ (ตำรวจ ทหาร กทม.)
4. แพทย์ในภาคเอกชน

ซึ่งแพทย์ทั้ง 4 สาขาหลัก จะร่วมกันดูแลระบบสาธารณสุขไทย และประชาชนไทยทั้ง 65 ล้านคน ร่วมกับ 2 เสาสเสริมคือองค์กรภาครัฐและเอกชน (4+2=6) ผู้บริหารทั้ง 6 เสา จะมาเรียนรู้ระบบการแพทย์ไทยร่วมกันแบบบูรณาการนำข้อเท็จจริงในมุมที่ต่างกันมาวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาในระบบสาธารณสุขของประเทศร่วมกันด้วยกลไกของธรรมมาภิบาลโดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการแพทย์และสาธารณสุขไทยไปในทิศทางที่สอดคล้องกันท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีในปัจจุบัน



บทอาศิรวาท

นักศึกษาธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สถาบันพระปกเกล้า แพทยสภา
บรรดาแพทย์อาสาเฉพาะทาง
ยี่สิบเอ็ดคลินิกบรรดามี
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี
ทั้งสิ้นคือกิจกรรมซึ่งสำแดง
กิจกรรมเทิดพระเกียรติแห่งล้านเกล้าฯ
สืบทอดที่พระองค์ทรงห่วงใย
จะอยู่ใกล้หรือไกลก็ให้มา
เพื่อวันนี้ถึงพรุ่งนี้ในธรณิน
จากที่โน่นถึงที่นี่และที่ไหน
ไปดูแลและไปให้บริการ
ถวายสมเด็จฯ เป็นมิ่งมหากุศล
ตกต้องดินกันดาร ณ คราใด
เฉลิมพระชนมพรรษาพระราชินี
สิบสองสิงหาคมเป็นสำคัญ
ถวายใจให้เปี่ยมโสมนัส
จากแผ่นดินที่ดอกไม้ได้เบ่งบาน

ร่วมกับแวดวงมิตรจิตอาสา
เชิดชวนแพทย์หลายสาขามาวันนี้
ร่วมรักษาโรคต่างต่างอย่างเต็มที่
หมอกฎหมายก็ยินดีมาร่วมแรง
ได้ร่วมรักสามัคคีจากทุกแหล่ง
ให้รู้ว่าโรคไม่แล้งธารน้ำใจ
แผ่ร่มเงาถึงโคราชจารึกสมัย
ทุกข์สุขในไพร่ฟ้าข้าแผ่นดิน
รับการรักษาได้ทั้งสิ้น
จะอยู่กินโดยห่างไกลโรคภัยพาน
แพทย์อาสาที่จะไปร่วมประสาน
ตามอุดมคติปณิธานจนทั่วไทย
ให้เป็นผืนที่หยาดมาจากฟ้าใส
ก็จำในพระกรุณา ณ ครานั้น
แปดสิบสี่พรรษาพิเศษสรรพ
อัญเชิญขวัญให้ทรงพระสำราญ
จากปวงข้าพระพุทธเจ้าประจวบ
ด้วยบุญญาธิการพระมิ่งเมือง

ในนามของคณะนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4
ข้าพระพุทธเจ้า นายปิยะพันธ์ จัมปาสุด ร้อยกรองถวาย ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม ขอเดชะ

สารบัญ

สารจากนายกแพทยสภา	6
สารจากเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า	7
สารจากผู้อำนวยการหลักสูตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง	8
หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4	10
คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษาค	12
เอกสารวิชาการ ปธพ.4	16
- กลุ่มวิชาการที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ปฏิบัติงานและการลาออกจากราชการของแพทย์ใช้ทุน กระทรวงสาธารณสุข	17
- กลุ่มวิชาการที่ 2 การศึกษาความเสี่ยงทางสังคม กรณีมีการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย ซึ่งอสุจิไข่ หรือตัวอ่อน ตามข้อห้ามแห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558	21
- กลุ่มวิชาการที่ 3 การใช้หลักธรรมาภิบาลวิเคราะห์แนวคิดการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทยที่มีคุณภาพและยั่งยืน	26
- กลุ่มวิชาการที่ 4 การพัฒนานโยบาย การเป็นหุ้นส่วน ภาครัฐ เอกชน สำหรับระบบสาธารณสุขของประเทศอย่างมีธรรมาภิบาล : กรณีศึกษานวัตกรรมการจัดตั้งศูนย์สวนหัวใจและ หลอดเลือดในรูปแบบการร่วมทุนภาครัฐและภาคเอกชน	30
- กลุ่มวิชาการที่ 5 ศูนย์กลางการประสานความร่วมมือด้านการแพทย์ ในการจัดการภัยพิบัติจากธรรมชาติขนาดใหญ่ในอาเซียน อย่างมีธรรมาภิบาล	34
- กลุ่มวิชาการที่ 6 การบูรณาการกองทุนสุขภาพเพื่อความยั่งยืนทางการเงินการคลัง	39
- กลุ่มวิชาการที่ 7 ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุถึงเตียงพลันในระบบสาธารณสุขไทย	49
- กลุ่มวิชาการที่ 8 การปฏิรูประบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศอย่างเป็นรูปธรรมตามหลักธรรมาภิบาล	50
- กลุ่มวิชาการที่ 9 พฤติกรรม ความคิดเห็น และผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์	55
- กลุ่มวิชาการที่ 10 การแก้ปัญหายาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม : รูปแบบการจัดสรรงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	58
โครงการกิจกรรมเพื่อสังคม	63
- โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 1 (ปธพ.1)	64
- โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 2 (ปธพ.2)	65
- โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 (ปธพ.3)	66
ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี	
- โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 4 (ปธพ.4)	67
ณ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา	
ภาพกิจกรรมศึกษาดูงานหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูงรุ่นที่4 (ปธพ.4)	72
รายชื่อผู้เข้ารับการศึกษามบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4	

สารจากนายกแพทยสภา

ผมขอแสดงความยินดีต่อท่านนักศึกษาที่สำเร็จหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4 ซึ่งเป็นหลักสูตรของแพทยสภาร่วมกับสถาบันพระปกเกล้า โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะเสริมหลักการธรรมาภิบาลให้เข้มแข็งในทุกภาคส่วนของสังคมไทย เพื่อให้แพทย์ไทยสามารถเป็นที่พึ่งในด้านสุขภาพแก่ประชาชนในประเทศไทย นักศึกษาประกอบด้วย แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรนอกวงการแพทย์ซึ่งมีความสำคัญเพราะในอนาคตเราจะต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม ไม่มีใครรู้ทุกอย่าง มุมมองของวิชาชีพต่างๆ นั้นแตกต่างกันเนื่องจากพื้นฐานที่มาแตกต่างกัน เมื่อมาเรียนร่วมกันได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันจะทำให้เข้าใจกันดีขึ้น การที่นำเอาผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและความถนัดแตกต่างกันมาทำงานร่วมกันทำให้เกิดพลังในการพัฒนาประเทศไทยให้ไปได้ไกลและรวดเร็ว

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ไปอย่างรวดเร็วยิ่งกว่าในยุคใดที่ผ่านมา สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยได้เข้าไปอยู่ในประชาคมอาเซียน มีการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติมากขึ้น การติดต่อสื่อสารในระบบดิจิทัลและการใช้โซเชียลมีเดียทำให้ข้อมูลข่าวสารทั้งที่เป็นความจริงและความเท็จกระจายไปอย่างรวดเร็ว ยากที่จะควบคุม เราต้องรู้จักคิดวิเคราะห์ว่าสิ่งใดควรเชื่อสิ่งใดไม่ควรเชื่อ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและระบบประชาานิยมในอดีตที่ผ่านมาทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิมากขึ้นแต่ความรับผิดชอบน้อยลง ประชาชนหวังพึ่งรัฐบาลให้ช่วยดูแลสุขภาพของตน เมื่อไม่ได้ผลตามที่คาดหวังก็มีการร้องเรียนเรียกค่าเสียหายสร้างความวิตกกังวลให้แก่ผู้ที่ทำหน้าที่บริหารผู้ป่วย ปัจจุบันมีคนกลุ่มหนึ่งจำนวนไม่มากพูดในสิ่งที่ไม่เป็นความจริงซ้ำหลายๆ ครั้งเช่นเดียวกับวิธีการล้างสมอง ทำให้คนที่ไม่รู้ความจริงหลงเชื่อ แพทย์สภามีความมุ่งมั่นที่จะสร้างความเข้าใจ และสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยให้ดีขึ้นในอดีต หลักสูตรนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ทุกอย่างในวงการด้านสุขภาพดีขึ้น ในหลักสูตรนี้ได้มีการทำวิจัยเพื่อเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาประเทศในด้านสุขภาพ โดยบุคลากรหลายอาชีพทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมกัน นับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง สุดท้ายนี้ผมขอให้นักศึกษาทุกท่านมีแต่ความสุข เป็นที่รักของทุกคน มีสุขภาพดีและแข็งแรง ประสบความสำเร็จเจริญรุ่งเรืองในทุกด้านและมีความสงบในจิตใจปราศจากเรื่องร้ายทั้งปวงได้ร่วมกันพัฒนาประเทศไทยให้เจริญรุ่งเรืองตลอดไป

Wm. B. Brown.

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา

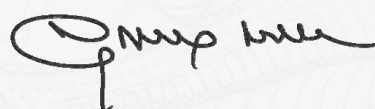
สารจากเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า

ผมขอแสดงความยินดีต่อผู้สำเร็จการศึกษาสู่ตราประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4 ซึ่งเป็นหลักสูตรที่เกิดจากการพัฒนาร่วมกันของ 2 สถาบันหลัก คือแพทยสภา และสถาบันพระปกเกล้า เพื่อตอกย้ำความสำคัญของการใช้หลักธรรมาภิบาลในการจรรโลงให้เกิดความสงบเรียบร้อยของสังคมไทย และเป็นที่ประจักษ์ร่วมกันว่าประเทศไทยในปัจจุบันถูกกระทบด้วยปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในหลายๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นสภาวะเศรษฐกิจโดยรวมของโลก ปัญหาทางการเมือง วัฒนธรรมและค่านิยมของคนในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะส่งผลให้เกิดได้ว่าปัญหาในปัจจุบันมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ด้วยตัวของปัญหาเอง และมิติของปัญหาที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ ปัญหาในมิติด้านสุขภาพและสาธารณสุขไทย ก็เป็นเช่นเดียวกัน หลักสูตรนี้จึงเกิดขึ้นตามหลักคิดที่ว่า แนวทางในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในยุคต่อไป จะต้องเกิดขึ้นอย่างโปร่งใส บนพื้นฐานคุณธรรมและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ด้วยการใช้หลักธรรมาภิบาล

ในระหว่างหลักสูตร คณะนักศึกษาได้ร่วมกันศึกษาวิจัยผลงานวิชาการโดยหยิบยกประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญในด้านสาธารณสุขของประเทศในปัจจุบันมาศึกษา เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ปฏิบัติงานและการลาออกจากราชการของแพทย์ใช้ทุน กระทรวงสาธารณสุข, การใช้หลักธรรมาภิบาลวิเคราะห์แนวคิดการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล ที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทยที่มีคุณภาพและยั่งยืน, การจัดการภัยพิบัติจากธรรมชาติขนาดใหญ่ในอาเซียน อย่างมีธรรมาภิบาล, ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุถึงเตียงพลันในระบบสาธารณสุขไทย, การปฏิรูประบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศอย่างเป็นรูปธรรม ตามหลักธรรมาภิบาล, พฤติกรรม ความคิดเห็น และผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์, การแก้ปัญหายาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็นต้น และหาแนวทางเพื่อนำมาสู่การแก้ปัญหาต่างๆโดยใช้หลักธรรมาภิบาลซึ่งเชื่อว่างานวิจัยเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อสังคมในอนาคต

นอกเหนือจากนั้นนักศึกษาในหลักสูตรนี้ ยังได้ร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อสังคม คือ โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ครั้งที่ 4 และ เทิดพระเกียรติในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมายุ 84 พรรษา บรมราชินีนาถ เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2559 ที่โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูง

ท้ายนี้ผมขอชื่นชมและขอบคุณในความทุ่มเทและความพยายามของคณะศึกษาตลอดจนคณาจารย์ผู้สอน และผู้ร่วมพัฒนาหลักสูตรทุกท่าน ที่ทำให้การเรียนการสอนในหลักสูตรนี้ สำเร็จด้วยดี และขอให้ทุกท่านร่วมกันใช้หลักการแห่งธรรมาภิบาลในการทำงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมไทยในอนาคตสืบไป



รองศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันไชย

เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า

สารจากผู้อำนวยการหลักสูตร ธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง

"อ่อนน้อมถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร"

จากพระราชดำรัส ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ที่พระราชทานให้แก่กรรมการแพทยสภา เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาทางการแพทย์ไทยได้ถูกนำมาวิเคราะห์และออกแบบแนวทางสร้างเป็นโครงการความร่วมมือสำคัญระหว่างแพทยสภาและสถาบันพระปกเกล้า โดยสถาบันพระปกเกล้าผู้มีชื่อเสียงด้าน "ธรรมาภิบาล" จัดหลักสูตรในภาคทฤษฎี และทาง "แพทยสภา" รับผิดชอบในองค์ความรู้ด้าน "ระบบสาธารณสุขไทย" และ "ธรรมาภิบาลภาคปฏิบัติ" จึงเป็นที่มาของหลักสูตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูงซึ่งถือกำเนิดในรุ่นแรก พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบัน

ผู้ที่เข้ารับการศึกษในหลักสูตรนี้มาจาก 6 สาขาหลักในระบบการแพทย์คือ แพทย์ผู้บริหารจาก (1)มหาวิทยาลัย (2)กระทรวงสาธารณสุข (3)ภาครัฐอื่น (4)เอกชน ร่วมกับผู้บริหารที่มีใช้แพทย์ของสาขาที่ (5)ภาครัฐ และ สาขาที่(6)ภาคเอกชน มาเรียนรู้หลักธรรมาภิบาลทั้ง 6 พร้อมข้อมูลและปัญหาในระบบสาธารณสุขไทย โดยน้อมนำพระราชดำรัสไปสู่ 6 ขั้นตอนกล่าวคือ

(1) ใช้ความ"อ่อนน้อมถ่อมตน"สร้างให้เกิดความรัก (LOVE) และสามัคคีในหมู่ผู้บริหารระดับสูง ที่มาจาก 6 ภาคส่วนทั้งในภาครัฐและเอกชน ให้ร่วมแรงร่วมใจแก้ไขปัญหาของระบบสาธารณสุขไทยด้วยความสัมพันธ์พี่น้องต่อเนื่องระยะยาว

(2) ปลุกฝังความคิด"ทุกคนมีดี"ให้เรียนรู้กันว่าในแต่ละสาขามีคุณความดี มีจุดแข็งจุดอ่อนที่แตกต่างกันมาแบ่งปันกัน (SHARE) หากเข้าใจข้อดีกันย่อมร่วมมือแก้ไขปัญหาได้โดยง่าย และปราศจากอคติต่อกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จแบบยั่งยืน

(3) ให้พึงระลึกว่า "อย่าดูถูกใคร" เหตุเพราะความรู้ในโลกล้วนมีมากมาย หากไม่เข้าใจหรือใช้เหตุผลของตนเองเป็นหลัก ย่อมอาจพลาดไปถูกผู้อื่นได้ หลักสูตรนี้จึงเน้นการนำข้อเท็จจริงทุกด้านที่เกี่ยวข้อง มาเรียนรู้ให้สังเคราะห์เกิดการแก้ปัญหาร่วมกันหลักสำคัญของ "อย่าดูถูกใคร" คือให้ใช้สติระลึกถึง"ข้อเท็จจริง"ให้เพียงพอแทนจะได้ประโยชน์มากกว่า

(4) ในหลักสูตรกำหนดให้ทำ โครงการ "หน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ" ซึ่งเป็นส่วนของการ "รักในหลวง" ภาคปฏิบัติ จัดขึ้นเพื่อให้ทุกท่านมีโอกาสเรียนรู้ปัญหาการให้การบริบาลผู้เจ็บป่วย เข้าใจความทุกข์ของคนที่รอคอยในต่างจังหวัด และร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาเพื่อจัดทุกข์เหล่านั้นแบบเป็นรูปธรรม ด้วยหลักการให้ (GIVE) แบบเข้าถึงปัญหาจริงของสาธารณสุข สร้างความสมานฉันท์ของหน่วยงานภาครัฐใน 5 กระทรวงและเอกชน กับพื้นที่เป้าหมายในลักษณะโรงพยาบาลสนามต้นแบบตลอดจนสร้างความช่วยเหลือทางวิชาการระยะยาว เพื่อร่วมใจถวายแด่ในหลวงของเรา

(5) จาก "ธรรมาภิบาล" ภาคทฤษฎี นำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข คัดเลือกปัญหาที่สำคัญของประเทศ 10 หัวข้อ ออกแบบเป็น "งานวิจัย" ทำโดยผู้ปฏิบัติงานจริงใน 6 สาขาหลักภายใต้มาตรฐานของสถาบันพระปกเกล้า มุ่งหวังใช้ผลการวิจัยแก้ไข ปัญหาทางการแพทย์ บนความห่วงใย (CARE) สังคม และ ประเทศชาติ เน้นนำผลไปแก้ปัญหามหาโรคให้ได้จริงโดยจะเสนอผลงาน วิจัยในการประชุมวิชาการประจำปีของปธพ. ในวันที่ 9 ตุลาคม 2559 ให้ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องรับฟัง และพิมพ์เผยแพร่ทำให้งานวิจัย สามารถขยายผลไปเกิดประโยชน์จริงกับระบบสาธารณสุขไทยได้

(6) ร่วมกันผลักดันโครงการ "โรงพยาบาลคุณธรรม" โดยผู้บริหารนำหลักการแก้ปัญหาด้วยธรรมาภิบาล ไปต่อยอด เพื่อประโยชน์ขององค์กร เพื่อนแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย ในโรงพยาบาลตนเอง เพื่อแก้ปัญหาระบบสาธารณสุข ในภาคปฏิบัติ โดยมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ เป็นผู้รับผิดชอบโครงการให้ยั่งยืนต่อไป ทั้งในพื้นที่เดิมและพื้นที่ใหม่ ที่เพิ่มขึ้นทุกปี

ในฐานะผู้อำนวยการหลักสูตรต้องขอแสดงความชื่นชมยินดีและขอบคุณนักศึกษาปธพ.4 ทุกท่านที่มีความวิริยะอุตสาหะ จนผ่านกระบวนการศึกษาในหลักสูตรจนถึงขั้นตอนที่ 6 และสรุปผลงานวิจัยเป็นข้อเสนอ 10 หัวข้อในเล่มนี้ เชื่อว่าผลงานนี้ จะมีส่วนให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขไทยไปในทิศทางที่ดีและองค์ความรู้ด้าน "ธรรมาภิบาล" จะผลักดัน "ระบบคุณธรรม" ในสังคมไทยไปสู่ "โรงพยาบาลคุณธรรม" ตามแนวทางที่ ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย องคมนตรี ประารภไว้ในหลักสูตรซึ่งผลดีจะตกที่ ประชาชนไทยทุกคนและสังคมในอนาคต จากการประยุกต์ใช้หลายกลไกในหลักสูตรนี้ ดังแนวทางพระราชดำรัสฯ

"ความสำเร็จของการศึกษาที่แท้จริง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้มาก
แต่ขึ้นอยู่กับการนำเอาความรู้นั้นมาประยุกต์ใช้ ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมได้มากเพียงไร"

พระราชดำรัส สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก



พลอากาศตรี นายแพทย์ อธิพร คณะเจริญ

ผู้อำนวยการหลักสูตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง

รองเลขาธิการแพทยสภา / 9 ตุลาคม 2559



หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4 (ปธพ.4)

จัดโดยสถาบันพระปกเกล้า และ แพทยสภา

หลักการและเหตุผล

แพทยสภาในฐานะสภาวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มีภารกิจตั้งแต่กำกับดูแลการผลิตนักศึกษาแพทย์ใน 21 คณะแพทยศาสตร์ ไปจนถึงควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมกว่า 55,000 คน ในสาขาเชี่ยวชาญ 81 สาขา ภายใต้ 15 ราชวิทยาลัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งต้องรับผิดชอบ การตรวจรักษาผู้ป่วยกว่า 200 ล้านครั้งต่อปี ในทุกภาคส่วน นอกจากความซับซ้อนทางวิชาการแพทย์ตามเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นแล้ว ทางด้านสังคมวิทยา เศรษฐกิจ และกฎหมาย ก็มีการพัฒนาและทวีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะด้านการเมือง การปกครอง ในระบอบประชาธิปไตย ด้านเศรษฐกิจทั้งในระดับอาเซียนและระดับโลก ด้านกระบวนการ ยุติธรรมและด้านกฎหมายมหาชน ซึ่งเป็นมิติใหม่ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรม ดังนั้นแพทย์และผู้บริหารสายแพทย์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อภาวะวิสัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง ดังกล่าวอย่างถ่องแท้ในการตัดสินใจ การกำหนดทิศทางและสมดุลในระบบสุขภาพของประเทศภายใต้ทรัพยากร อันจำกัดเพื่อดูแลประชาชนซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีค่าสูงสุดของรัฐ โดยคณะกรรมการแพทยสภาได้รับพระราชดำรัส ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระราชทานมาให้เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาวงการแพทย์ไทยว่าทำอย่างไรให้ แพทย์ไทย อ่อนน้อม ถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร ซึ่งเป็นต้นแบบในการนำมาถอดเป็นกระบวนการเรียนรู้ ผลสัมฤทธิ์ปฏิบัติเพื่อสร้างสัมพันธภาพภายในวงการแพทย์ 4 เสาหลักและนอกวงการแพทย์ทั้งรัฐและเอกชน ให้มองเห็นปัญหาระบบสาธารณสุขของประเทศนำไปสู่การแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ทั้งนี้แพทยสภาได้จัดตั้ง สถาบันส่งเสริมจริยธรรมขึ้นมากำหนดทิศทางดูแลการสร้างองค์ความรู้และธรรมาภิบาลในวงการ แพทย์เพื่อให้สัมฤทธิ์ผลตามพระราชดำรัสที่พระราชทานแก่กรรมการแพทยสภา

สถาบันพระปกเกล้า ในฐานะที่เป็นสถาบันศึกษาด้านการเมือง การปกครอง กฎหมาย และเศรษฐศาสตร์ อันดับสูงสุดของประเทศภายใต้รัฐสภา ในฐานะที่เป็นสถาบันที่ผลิตผู้บริหารระดับสูงหลากหลายสาขาและ เป็นที่ประจักษ์ต่อสังคม จึงถือเป็นโอกาสอันเหมาะสมที่ทั้งสองสถาบันจะได้บูรณาการองค์ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ความเชี่ยวชาญแก่ผู้บริหารระดับสูงทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลิตบุคลากร ที่จะเป็นกำลัง สำคัญของประเทศชาติในการแก้ไขปัญหาารวงการแพทย์และสาธารณสุข นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตยและธรรมาภิบาลแก่ผู้บริหารสายแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องในการประกอบวิชาชีพ
- 2) เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจภาวะวิสัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคมวิทยา เศรษฐกิจ และกฎหมาย ที่มีผลต่อการปฏิบัติวิชาชีพทางการแพทย์
- 3) เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจ การกำหนดทิศทาง และวิธีดำเนินงานที่ชัดเจนในระบบสุขภาพของประเทศ
- 4) เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่สะท้อนคุณธรรม จริยธรรม และหลักธรรมาภิบาลที่เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้บริหาร

ธรรมาภิบาลหลักสำคัญของสังคมไทย

นักศึกษาทุกท่านจะได้รับความรู้ด้านหลักธรรมาภิบาลร่วมกับข้อเท็จจริงของวงการแพทย์ไทยในทุกมิติ ตลอดจนปัญหา เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันด้วยธรรมาภิบาลทั้ง 6 หลักคือ

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

แพทย์สภามุ่งหวังว่าการมี “ธรรมาภิบาล” ในทั้งภาครัฐภาคเอกชนภาคธุรกิจและภาคประชาชนจะช่วยแก้ปัญหาระบบสาธารณสุขไทยได้จริง และสร้างความแข็งแกร่งตลอดจนพัฒนาระบบสาธารณสุขไทยให้ก้าวหน้าเป็นหนึ่งในอาเซียนและหนึ่งในโลกต่อไป



คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4



การสมัครเข้ารับการศึกษา ผู้สมัครต้องศึกษารายละเอียดคุณสมบัติประเภทต่างๆ ในประกาศสถาบันพระปกเกล้าเรื่องคุณสมบัติและการคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4 ซึ่งกำหนดว่าบุคคลที่สามารถสมัครเข้ารับการศึกษาอบรมในหลักสูตรได้ จะต้องเป็นผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ หรือผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีอายุไม่ต่ำกว่า 40 ปี (นับจนถึงวันหมดเขตรับสมัคร) โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ ข้าราชการการเมือง (ซึ่งได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง) และข้าราชการรัฐสภาฝ่ายการเมือง (ซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายรัฐสภา)
2. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ (ข้าราชการระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่าเดิม)
 - 2.1 ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหารระดับต้นขึ้นไป
 - 2.2 ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับสูง
 - 2.3 ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป
3. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือ ผู้ดำรงตำแหน่งอื่นที่ปฏิบัติราชการเช่นเดียวกับประเภทอำนวยการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี (ข้าราชการระดับ 8 เทียบเท่าตำแหน่งผู้อำนวยการกองเดิม)
4. เจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรมหาชน หรือข้าราชการเจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งดำรงตำแหน่งระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ดำรงตำแหน่งระดับ 10 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(เฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัด/เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง) ในตำแหน่งนายก หรือปลัด
5. นายทหารหรือนายตำรวจที่มีชั้นยศ อัตราเงินเดือน พันเอก นาวาเอก นาวาอากาศเอก หรือพันตำรวจเอกขึ้นไป ต้องดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการหน่วยงาน หรือองค์กร
6. แพทย์ผู้บริหารจากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ข้าราชการพลเรือน หรือพนักงาน ในสถาบันอุดมศึกษาซึ่งดำรงตำแหน่งอธิการบดี 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. เป็นบุคลากรที่คณะกรรมการหลักสูตรมีมติเห็นสมควรให้เข้ารับการศึกษาอบรม เนื่องจากเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรืองานสาธารณสุข

ก้าวแรก (ปธพ.1)

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ รุ่นที่ 1 (ปธพ.1) ได้รับการอนุมัติโดยมติกรรมการแพทยสภา และผ่านการพัฒนาโดยสถาบันพระปกเกล้า มีผู้เข้ารับการศึกษารุ่นแรก



จำนวน 120 ท่าน เปิดการอบรม ในวันศุกร์ที่ 28 กันยายน 2555 ณ ห้องสัตมรามาธิราช ชั้น 5 สถาบันพระปกเกล้า ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

ถนนแจ้งวัฒนะ โดย นายนิคม ไวยรัชพานิช ประธานวุฒิสภาและรองประธานสภาสถาบันพระปกเกล้า ได้เป็นประธานในพิธีเปิด ศาสตราจารย์ ดร.บวรศักดิ์ อุวรรณโณ เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า เป็นผู้กล่าวรายงาน ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ อำนาจ กุศลนันท์ นายกแพทยสภา กล่าวต้อนรับและ รองศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันไชย รองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า เป็นผู้แนะนำภาพรวมหลักสูตร โดย พลอากาศตรี นายแพทย์ อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภาและผู้อำนวยการหลักสูตรฯ ได้บรรยายถึงที่มาของหลักสูตรฯ ตลอดจนข้อเท็จจริงปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการพัฒนาระบบแพทย์ไทย ให้กับผู้บริหารที่เข้ารับการอบรมทุกท่าน

ก้าวที่สอง (ปธพ.2)

หลังจากหลักสูตรฯ รุ่นที่ 1 ดำเนินการจนจบการศึกษาจนสมบูรณ์แล้ว ทางแพทยสภาได้ประเมินผล นำมาพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรโดยได้เปิดการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลสำหรับผู้บริหาร



ทางการแพทย์ รุ่นที่ 2 (ปธพ.2) ขึ้นต่อเนื่องและรับนักศึกษา จำนวน 120 คนเท่ากัน พิธีเปิด การศึกษามีขึ้นวันศุกร์ที่ 14 มิถุนายน 2556 ณ ห้องสัตม-

รามาธิราช ชั้น 5 สถาบันพระปกเกล้า ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ถนนแจ้งวัฒนะ โดยรองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า (นาย วิทวัส ชัยภาคภูมิ) เป็นประธานในพิธีเปิดการอบรมหลักสูตรฯ โดยมี ฯ พณ ฯ ชวน หลีกภัย อดีตนายกรัฐมนตรีและนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ รุ่นที่ 1 แสดงปาฐกถาพิเศษ ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ อำนาจ กุศลนันท์ นายกแพทยสภาอาวุโส กล่าวต้อนรับ พร้อมด้วย พลอากาศตรี นายแพทย์ อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภาและผู้อำนวยการหลักสูตรฯ ได้บรรยายถึงที่มาของหลักสูตรฯ ตลอดจนข้อเท็จจริงปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการพัฒนาระบบแพทย์ไทยให้ผู้บริหารที่เข้ารับการอบรมทั้ง 120 ท่าน

ก้าวที่สาม (ปธพ.3)



เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2557 เวลา 13.30 น. รองศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันไชย รองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า เป็นประธานในการเปิดอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง (ปธพ.3) จัดโดยสถาบันพระปกเกล้าร่วมกับแพทยสภา และพลอากาศตรีนายแพทย์ อธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา กล่าวต้อนรับ แนะนำหัวข้อวิชาการ และกิจกรรมกลุ่มในส่วนของแพทยสภา ที่ห้องประชุมราชปนัดดาสิรินธร อาคารศรีสวรินทิรา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ทั้งนี้ หลักสูตรดังกล่าว จัดทำขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ไทยตามแนวทางพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ พระราชทานแก่กรรมการแพทยสภาซึ่งประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ไปแล้ว 2 รุ่น ในการนี้แพทยสภาร่วมกับสถาบันพระปกเกล้ามีมติให้จัดอบรม รุ่นที่ 3 ต่อเนื่องโดยมีผู้บริหารระดับสูงเข้ารับการอบรมจำนวน 130 ท่าน

และเพื่อเป็นสิริมงคลและเป็นเกียรติแก่นักศึกษาผู้บริหารระดับสูงที่เข้ารับการอบรมทั้ง 3 รุ่น ในช่วงเช้าได้เชิญผู้แทนนักศึกษา ปธพ.1 และ ปธพ.2 ร่วมวางพวงมาลาถวายสักการะสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และถ่ายรูปร่วมกันหลังเสร็จพิธี ร่วมชมประวัติศาสตร์การแพทย์ ณ “พิพิธภัณฑ์ศิริราชพิมุขสถาน” ต่อจากนั้นเป็นการกล่าวต้อนรับและบรรยายพิเศษเรื่อง “พระเจ้าอยู่หัวกับธรรมาภิบาล” และกำเนิดศิริราชพยาบาล โดยศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ อดุม คชินธร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ก้าวที่สี่ (ปรพ.4)



เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2558 เวลา 09.00 น. นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง ปรพ.4 ได้ร่วมพิธีวางพวงมาลาถวายราชสักการะ ณ พระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และ วางพานพุ่ม ณ พลับพลาประดิษฐานพระบรมราชานุสาวรีย์พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ บริเวณริมแม่น้ำเจ้าพระยา และเยี่ยมชมพิพิธภัณฑ์ศิริราชพิมุขสถาน เพื่อทราบประวัติความเป็นมาการแพทย์ไทยและประวัติการแพทย์แผนปัจจุบัน เวลา 13.00 น. ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลกล่าวต้อนรับคณาจารย์ นักศึกษาฯ ณ ห้องบรรยาย อวย เกตุสิงห์ อาคารศรีสวรินทิรา และ ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ อดุม คชินธร อธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล บรรยายพิเศษ หัวข้อ “พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวกับธรรมาภิบาล ต้นกำเนิดของหลักสูตร ปรพ.” เวลา 14.30 น. รองศาสตราจารย์วุฒิสาร ตันไชย รองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า เป็นประธานในการเปิดอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง ปรพ.4 จัดโดยสถาบันพระปกเกล้าร่วมกับแพทยสภา และกล่าวต้อนรับพร้อมบรรยายพิเศษเรื่อง “ภาวะผู้นำกับการส่งเสริมธรรมาภิบาลในองค์กร” ต่อด้วยการแนะนำหัวข้อวิชาการ และกิจกรรมกลุ่มในส่วนของแพทยสภา โดย พลอากาศตรี นายแพทย์ อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา ที่ห้องประชุมราชปนัดดาสิรินธร อาคารศรีสวรินทิรา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ทั้งนี้หลักสูตรดังกล่าว จัดทำขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ไทย ตามแนวทางพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระราชทานแก่กรรมการแพทยสภาซึ่งประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ไปแล้ว 3 รุ่น ในครั้งนี้แพทยสภาร่วมกับสถาบันพระปกเกล้ามีมติให้จัดอบรม รุ่นที่ 4 ต่อเนื่องโดยมีผู้บริหารระดับสูงเข้ารับการอบรมจำนวน 130 ท่าน

A decorative floral border in a light blue color is positioned around the central text area. It features intricate patterns of leaves and flowers, with a central vertical line and horizontal lines intersecting at the top and bottom.

เอกสารวิชาการ ปฐพ.4

กลุ่มวิชาการที่ 1

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ปฏิบัติงานและการลาออกจากราชการของ แพทย์ใช้ทุน กระทรวงสาธารณสุข



ปัญหาการลาออกของแพทย์ใช้ทุนของกระทรวงสาธารณสุข ยังคงมีมาตลอด แม้ทางกระทรวงสาธารณสุขจะได้มีมาตรการในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว แต่ปัญหาการขาดแคลนยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในพื้นที่ต่างจังหวัดและห่างไกล งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ปฏิบัติงานของแพทย์ใช้ทุนกระทรวงสาธารณสุขและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการลาออกจากราชการของแพทย์ใช้ทุน โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมคือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณใช้แบบสอบถามในกลุ่มแพทย์ใช้ทุนของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 369 คน โดยการส่งแบบสอบถามเก็บข้อมูล (Questionnaire) ทาง web page = <http://goo.gl/forms/Khq9ogxOSd> และเชิงคุณภาพใช้การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1-3 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามภูมิภาค การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของแบบสอบถามใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบปัจจัยต่างๆโดยใช้ Mann-Whitney U test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมารวบรวมจัดกลุ่มที่มีความเหมือนเพื่อหาปัจจัยต่างๆ นำมาเขียนในเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ใช้ทุน จำนวน 369 คน มีผู้ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 327 คน เป็นเพศชาย 134 คน เป็นเพศหญิง 193 คน ยังคงรับราชการอยู่ 276 คน และ ลาออก 51 คน ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ยังอยู่ในราชการและการลาออกของแพทย์ใช้ทุนคือ ความต้องการความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ความรับผิดชอบมากเกินไป ครอบครัวยุติและสังคม ความเสี่ยงในการทำงาน และค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน

สรุป นักศึกษาแพทย์ที่จบใหม่ในยุคนี้ คือ Generation Y อาจทำให้ตัดสินใจและวางแผนชีวิตตนเองล่วงหน้าไว้แล้วจากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ รัฐหรือผู้บริหารองค์กรควรใช้หลักธรรมาภิบาลมาประยุกต์ใช้ในการบริหารบุคลากร เพื่อลดอัตราการลาออกจากราชการของแพทย์ โดยเฉพาะเรื่องความโปร่งใส คุณธรรม และการมีส่วนร่วม

คณะผู้วิจัย

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. ศ. นพ. สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ | 2. พล.ต. นพ. สาโรช เขียวขจี |
| 3. พ.อ. นพ. รัฐวิทย์ วุฒิกัทรพิบูลย์ | 4. นพ. ธวัชชัย วานิชกร |
| 5. นพ. มานิตย์ ศิริกังวาลกุล | 6. นพ. จงรัก เจริญทรัพย์ |
| 7. นพ. วิชาญ ลือสมบุญ | 8. นพ. โยเซฟ ชื้อเพียรธรรม |
| 9. นาย พิเศษ เสรีวิวัฒน์ | 10. นาย เจริญ นักพบสุข |
| 11. นาย วีระพงษ์ บุญรอดชู | 12. นาย ทรงพล ชัญมาตรกิจ |
| 13. นาง ปิยาภรณ์ แสนโกศิก | |

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.วุฒิสาร ตันไชย

Abstract (1)

Factors Affecting an Intern's Decision to Remain In or to Resign from the Government Service of Ministry of Public Health



Objective

To study the factors affecting an intern's decision to remain in or to resign from the government service of the Ministry of Public Health.

Methods

Both quantitative and qualitative methods were used in this research. The qualitative study was conducted by focus group discussion and in-depth interviews among the interns of Ministry of Public Health. The quantitative study was done by sending questionnaires to 327 interns who worked in the Ministry of Public Health using the webpage (<http://goo.gl/forms/Khq9ogxOSd>). The statistic analyses of quantitative variables were presented in terms of mean, standard deviation and range. Non-parametric data were compared using "Mann-Whitney U test". The data from focus group discussion and in-depth interviews were analysed by grouping in order to find the similar factors. Discussion was done descriptively.

Results

The questionnaires were answered by 327 interns. 134 were male and 193 were female. 276 interns still work in the government service while 51 have resigned. The factors that influenced the decision to remain in the government service or to resign were; the need to get promotion, work overload, responsibilities to their families, risk of being sued from their works and the remuneration that was not appropriate for the burden of the medical task.

Conclusion and Suggestion

The new young physicians at the end of the new era are the generation Y. They may have their decisions and plans of their lives in advance from the information they received. The government or the organization managers should apply the good governance principles especially the transparency, ethics and participation on internship management to reduce the turnover rate of young physicians in the government service.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #1

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ปฏิบัติงานและการลาออกจากราชการของ
แพทย์ใช้ทุน กระทรวงสาธารณสุข



การแก้ไขปัญหาการลาออกของแพทย์ใช้ทุนที่รับราชการในกระทรวงสาธารณสุขนั้น ได้มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมามีพบว่าสถิติการลาออกของแพทย์ใช้ทุน(แพทย์ที่จบมาได้ 1 - 3 ปี) ไม่ได้ลดลง แต่กลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่มีนโยบายให้แพทย์เรียนต่อเฉพาะทาง โดยเฉพาะสาขาส่งเสริมให้ได้เรียนต่อเร็วขึ้นเพราะปัญหาขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางและการกระจายแพทย์เฉพาะทาง มีผลกระทบให้จำนวนแพทย์ใช้ทุนที่คงปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคยิ่งลดลงอีก ปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกและการคงอยู่ในราชการขอแพทย์ใช้ทุน ตามความสำคัญ คือ 1.ต้องการความก้าวหน้า เรียนต่อเฉพาะทาง 2.ความรับผิดชอบที่หนักเกินไป 3.ครอบครัวและสังคม 4.ความเสี่ยงมากขึ้น จากการฟ้องร้อง 5.สาเหตุจากรายได้ไม่เหมาะสมกับงาน 6.การอยู่ต่างภูมิลำเนา 7.ปัจจัยอื่น เช่น ผู้บริหาร กฎหมายที่บังคับ ความเอาใจใส่แพทย์

คณะผู้วิจัยเชื่อในมาตรฐาน คุณภาพ และจรรยาบรรณของแพทย์ส่วนใหญ่ ที่เสียสละทำงานเพื่อผู้ป่วยทั้งกายและใจ แพทย์ส่วนใหญ่จะใช้วิธีแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เช่น ลาออกจากราชการหรือเลิกอาชีพแพทย์ จะทำอย่างไรให้แพทย์ ที่เข้ามาทำงานเป็นข้าราชการได้อยู่รับราชการนานๆ การดูแลแพทย์ใช้ทุนอย่างเหมาะสมทั้งทางกายภาพและจิตใจ ใช้กลวิธีต่างๆในการธำรงรักษาบุคลากรให้ทำงานอยู่ต่อไปในโรงพยาบาล สามารถตอบสนองยุทธศาสตร์สุขภาพของชาติ ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง จึงมีความจำเป็นในปัจจุบัน

การนำหลักธรรมาภิบาล หรือที่รู้จักกันในนาม “Good Governance” ที่หมายถึง การปกครองที่เป็นธรรม นั้น เป็นหลักการเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสงบสุข สามารถประสานประโยชน์และคลี่คลายปัญหาข้อขัดแย้งโดยสันติวิธีและพัฒนาสังคมให้มีความยั่งยืน สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารและพัฒนาองค์กรแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน ปลุกฝังผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับให้นำหลักธรรมาภิบาลมาปฏิบัติ ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ประการ ได้แก่

- 1. หลักนิติธรรม** มีการตรากฎหมาย กฎ ระเบียบข้อบังคับและกติกาต่าง ๆ ให้ทันสมัยและเป็นธรรมตลอดจนเป็นที่ยอมรับของสังคม
- 2. หลักคุณธรรม** มีการรณรงค์เพื่อสร้างค่านิยมที่ดีงาม ได้แก่ ความซื่อสัตย์สุจริต ความเสียสละ
- 3. หลักความโปร่งใส** มีการปรับปรุงระบบและกลไกการทำงานขององค์กรให้มีความโปร่งใส ซึ่งจะเป็นการสร้างใจไว้วางใจซึ่งกันและกัน
- 4. หลักความมีส่วนร่วม** ประชาชนทั่วไปและบุคลากรแพทย์มีส่วนร่วมรับรู้ และร่วมเสนอความเห็นในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องและสำคัญ ๆ ของโรงพยาบาล
- 5. หลักความรับผิดชอบ** ผู้บริหารทุกระดับ ตลอดจนข้าราชการ ในโรงพยาบาล ต้องตั้งใจปฏิบัติภารกิจตามหน้าที่อย่างดียิ่ง โดยมุ่งให้บริการแก่ผู้มารับบริการ
- 6. หลักความคุ้มค่า** ผู้บริหาร ต้องตระหนักถึงความคุ้มค่าและตั้งจุดมุ่งหมายไปที่ผู้รับบริการหรือประชาชนโดยรวม

แนวคิดเพื่อลดการลาออกของแพทย์ใช้ทุนเสนอผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข

1. กระทรวงสาธารณสุขต้องมีแผนระบบการบริการ Service plan ใน 12 เขต และเขตกรุงเทพมหานคร ที่ชัดเจนในเรื่องการพัฒนาของแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลต่างๆจะได้ทราบและมีแนวทางพัฒนาเพื่อแก้ปัญหา เรื่องปัญหาสุขภาพของแต่ละเขตสุขภาพ จะได้ปิดช่องว่างให้เป็นรูปธรรม เพื่อนำไปสู่การวางแผนการจัดสรร ทั้งเรื่องคน เรื่องงบประมาณ อย่างเหมาะสม

2. การจัดทำแผนภาพใหญ่ ของแพทย์ใช้ทุนในระดับเขตสุขภาพ การหมุนเวียน การจัดการระบบแพทย์ ใช้ทุน ที่ตอบสนองงานด้านสาธารณสุขและการกระจายของแพทย์ใช้ทุน ในการให้บริการแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง และสอดคล้องกับแนวทางการเจริญเติบโตและแนวทางการรักษาบุคลากรแพทย์ใช้ทุนให้คงอยู่ในระบบราชการ ต้องทำให้แพทย์ใช้ทุนเห็นว่าเมื่อทำงานในกระทรวงสาธารณสุข อนาคตของแพทย์ใช้ทุนจะเป็นอย่างไร ได้เรียนต่อ สาขาอะไร ต้องทำให้เป็นระบบในการดึงคนให้คงอยู่ และไม่ให้ออกเร็วเกินไป

3. การแก้ไขปัญหาแพทย์ลาออก จัดลำดับความสำคัญปัญหาภาพรวมและปัญหาของเขตพื้นที่สุขภาพ ให้ได้รับการแก้ไขตามลำดับ พร้อมกับดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านอื่นๆที่มีความสำคัญระดับต้น ๆ ไปพร้อมกัน ทุกด้าน

4. มีหน่วยงานหรือศูนย์ประสานของเขตสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้คำแนะนำแลกเปลี่ยนข้อมูล ทั้งด้านส่วนตัว ด้านการทำงาน และอื่นๆ โดยสามารถบรรเทาปัญหาได้ภายในเขตสุขภาพฯ เพื่ออ้าวงให้แพทย์ใช้ทุน คงอยู่ในโรงพยาบาล ตามเวลาใช้ทุนที่เหมาะสม สามารถสะท้อนการบริหารบุคลากรของโรงพยาบาล ในกระทรวง สาธารณสุขทุกระดับ สำหรับด้านการศึกษาต่อ สามารถให้ข้อมูลโรงเรียนแพทย์ทั้งประเทศ เพื่อจะได้เป็นแนวทาง ให้แพทย์ได้มองเห็นอนาคตของตัวเอง ในการเรียนต่อแพทย์เฉพาะทาง

5. การพัฒนาด้านการให้บริการด้านสาธารณสุข ต้องพัฒนาด้านการศึกษาของบุคลากรแพทย์ควบคู่ไปพร้อม พร้อมกันตามยุทธศาสตร์สุขภาพของประเทศ

แผนภูมิที่ 1 เหตุผลการลาออก



แผนภูมิที่ 2 สถานภาพของผู้ลาออก



กลุ่มวิชาการที่ 2

การศึกษาความเสี่ยงทางสังคม กรณีมีการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย ซึ่งอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน ตามข้อห้ามแห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558



การศึกษาความเสี่ยงทางสังคม กรณีมีการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย ซึ่งอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน ตามข้อห้ามแห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.2558

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา คือ เพื่อศึกษาความเสี่ยงทางสังคมที่เกิดขึ้นในกรณีที่มีการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขายซึ่งอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนตามข้อห้ามแห่งกฎหมาย เพื่อป้องกันการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย ไข่ อสุจิ หรือตัวอ่อน ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดปัญหาทางสังคมของประเทศไทย และเพื่อพัฒนากลไกในระบบการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

การศึกษานี้ทำการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) พิจารณาลงรายละเอียดในแต่ละประเด็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปัญหาการค้ำมนุษย์ ปัญหาการขายอวัยวะ ปัญหาของการใช้ไข่ อสุจิ หรือตัวอ่อนบริจาค รวมทั้งปัญหาการสร้างกองทัพมนุษย์เพื่อการทำสงครามประชากรในการศึกษา คือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ คณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ผู้บริจาคไข่ อสุจิ หรือตัวอ่อน สามเษกและภริยาที่ขอบด้วยกฎหมายที่ประสงค์จะมีบุตร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 350 คน วิธีการเก็บข้อมูลจากการสอบถาม/สัมภาษณ์เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรม SPSS version 11.5

ผลการศึกษา สรุปได้ว่า ความเสี่ยงทางสังคมที่มีระดับความเสี่ยงต่อการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย อสุจิ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาจากการค้ำมนุษย์ ความเสี่ยงทางสังคมที่มีระดับความเสี่ยงต่อการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย อสุจิ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยที่สุด ได้แก่ ปัญหาจากการสร้างกองทัพมนุษย์เพื่อการทำสงคราม พบว่า ความเสี่ยงทางสังคมที่มีระดับความเสี่ยงต่อการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย อสุจิ ส่วนใหญ่จะมีความสอดคล้องกัน คือประเด็นด้านการค้ำมนุษย์ การค้าอวัยวะ เชิงพาณิชย์ สำหรับความเสี่ยงทางสังคมที่มีระดับความเสี่ยงต่อการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขายไข่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาจากการค้ำมนุษย์ พบว่า ความเสี่ยงทางสังคมที่มีระดับความเสี่ยงต่อการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย ไข่ส่วนใหญ่จะมีความสอดคล้องกัน คือประเด็นด้านการค้ำมนุษย์ การค้าอวัยวะ เชิงพาณิชย์ สำหรับความเสี่ยงทางสังคมที่มีระดับความเสี่ยงต่อการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขายตัวอ่อน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากทางจริยธรรม พบว่า

ความเสี่ยงทางสังคมที่มีระดับความเสี่ยงต่อการซื้อ เสนอซื้อขาย เสนอขาย ตัวอ่อน จะมีประเด็นที่ส่งผลในหลายประเด็น เช่น ปัญหาจริยธรรม ภาพลักษณ์ของประเทศชาติ รวมทั้งปัญหาการค้ามนุษย์ ค้าอวัยวะ เชิงพาณิชย์ รวมทั้งปัญหาทางสังคม ได้แก่ ปัญหาเด็กถูกทอดทิ้ง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากที่สุดต่อโอกาสที่จะมีความเสี่ยงเกิดขึ้นต่อสังคมในภาพรวมกรณีมีการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย ไข่ อสุจิและตัวอ่อน ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะให้หน่วยงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และใช้ผลการศึกษามาเป็นประเด็นในการมุ่งเน้นนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและเฝ้าระวังเพื่อมิให้นำไปสู่การหาผลประโยชน์ทางการค้า ป้องกันมิให้เกิดกระบวนการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย ซึ่งอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนที่ขัดต่อบทบัญญัติของกฎหมาย และนำไปสู่การดำเนินงานที่สอดคล้องตามเจตนารมณ์ของบทบัญญัติตามกฎหมายอย่างแท้จริง

คณะผู้วิจัย

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ | 2. นาย ปิยะพันธ์ จัมปาสุต |
| 3. ดร.สุนันท์ สิงห์สมบุญ | 4. นาย ศุภชัย สมเจริญ |
| 5. นางสาว อภิศราวรรณ วัชรินทร์พร | 6. นาง สุดารัตน์ บุรพชัยศรี |
| 7. นาย วรเทพ สกุลพิชัยรัตน์ | 8. ร.ต.หญิง ระนองรักษ์ สุวรรณฉวี |
| 9. นพ. เกษม เสรีพรเจริญกุล | 10. นาย ทวีช พงษ์สุวรรณ |
| 11. นาง อังคณา วงศ์วิธร | 12. นาย ประกาย วิบูลย์วิภา |
| 13. นาง โสภาวดี เลิศมนัสชัย | |

อาจารย์ที่ปรึกษา ศ.นพ.อำนาจ กุศลนันท์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม 1. ศ.พ.ญ.วิบูลพรรณ จิตะดิลก 2. นาย สุทธิพล อุดมพันธุ์รัก

Abstract (2)

The Study of Social Risk in Case of Offering Sperm, Ovum or Embryos for Trading as the Prohibition of the Child Protection Act by Assisted Reproductive Technology (ART) B.E.2558 (2015)



The primary objective of the study was to examine the social risk that takes place in case of offering sperm, ovum or embryos for trading as the prohibition of law in order to prevent the commercial purchase of sperm, ovum or embryos leading to social problems in Thailand including to develop mechanisms for the child protection by assisted reproductive technology. This study was conducted in descriptive research by considering in detail of each issue involved in the implementation of the assisted reproductive technology for example, the human trafficking problem, the organ purchasing, the sperm, ovum or embryos donors including the human force creating for war. The study population was people who involved in the implementation of assisted reproductive technology such as the health staffs who serve in vitro fertilization (IVF), the committee of child protection by ART, the sperm, ovum or embryos donors, and the spouses by law who want to have children. The sample in the study was 350 people. The data collection was by inquiries or interviews. The instrument used in the study was questionnaire and analysis by using SPSS version 11.5.

The study concluded that the social risk in case of offering sperm, ovum or embryos for trading in mainly the highest level was the human trafficking problem, nevertheless; the least level was the human force creating for war. The study found that most of the social risks in case of human trafficking and organ trafficking commercial were harmonized. For the social risk in mainly the highest level was the problem occurring by ethnic that affects to many issues namely, the ethical issue, the image of the nation, the organ and human trafficking for commercial including the social problems for instance, the children neglect. Most of the sample extremely agreed that in case of offering sperm, ovum or embryos for trading would be risk in the overall of Thai society. The researcher suggests the agencies and the stakeholders that they should recognize the risk occurring from these problems and take the result of this study to apply by focusing on developing the guideline in surveillance systematically in order to prevent the commercial exploitation, the process of trading by illegal, and to be the operation in accordance as the spirit of the regulation actually.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #2

การศึกษาความเสี่ยงทางสังคม กรณีมีการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย ซึ่งอสุจิ ไข่ หรือ ตัวอ่อน ตามข้อห้ามแห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558



การศึกษาความเสี่ยงทางสังคม กรณีมีการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย ซึ่งอสุจิ ไข่ หรือ ตัวอ่อน ตามข้อห้ามแห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 มีวัตถุประสงค์หลักของการศึกษา 3 ประการ คือ เพื่อศึกษา ความเสี่ยงทางสังคมที่เกิดขึ้นในกรณีที่มีการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย ซึ่งอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน ตามข้อห้ามแห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 รวมทั้งเพื่อป้องกันการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย ไข่ อสุจิ หรือตัวอ่อน ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดปัญหาทางสังคมของประเทศไทยและเพื่อพัฒนา กลไกในระบบการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการ เจริญพันธุ์ทางการแพทย์สืบเนื่องมาจากการที่พระราชบัญญัติคุ้มครอง เด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ได้มีผลบังคับใช้แล้วตั้งแต่วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ.2558 นั้น เหตุผล ในการออกพระราชบัญญัตินี้เพื่อให้กฎหมายมีความสอดคล้องกับความ ก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการบำบัดรักษา

ภาวะการมีบุตรยากสามารถช่วยให้ผู้ที่มิภาวะการมีบุตรยากมีบุตรได้โดยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ อันนำมาสู่การกำหนดสถานะความเป็นบิดามารดาที่สอดคล้องกฎหมายของเด็กที่เกิด โดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ทางทางการแพทย์ให้เหมาะสม ตลอดจนควบคุมการดำเนินงานเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์มิให้นำไปใช้ใน ทางที่ไม่ถูกต้อง โดยการศึกษาความเสี่ยงทางสังคม กรณีมีการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย ซึ่งอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน ทำการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) พิจารณาลงรายละเอียดในแต่ละประเด็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ ด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ที่ปรากฏตามสื่อในกรณีการตั้งครรภ์แทนหรืออุ้มบุญให้แก่สามีภรรยา ชาวต่างประเทศโดยผู้หญิงไทยเป็นผู้ตั้งครรภ์แทน ปัญหาการค้ำมนุษย์ ปัญหาการขายอวัยวะ ปัญหาของการใช้ไข่ อสุจิ หรือตัวอ่อนบริจาคน เช่นในกรณีเด็กที่เกิดขึ้นจากไข่คนอื่นแล้วไม่ถูกใจพ่อแม่ที่แท้จริงก็จะเกิดปัญหาถูกทอดทิ้ง ไม่ดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสถานภาพทางสังคมในอนาคต รวมทั้งปัญหาการสร้างกองทัพมนุษย์เพื่อการทำสงคราม ประเด็นข้อเท็จจริงต่างๆที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากกระบวนการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย อสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน เพื่อประโยชน์ทางการค้าขอบเขตด้านเนื้อหาที่กำหนดภายใต้บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิด โดยอาศัย เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ และข้อกำหนดของมาตรา 41 ต่อความเสี่ยงทางสังคมที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ในกรณีที่ไม่ปฏิบัติตามบทบัญญัติของกฎหมาย ในประเด็น การซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย ซึ่งอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน และ ศึกษาบทกำหนดโทษที่เกี่ยวข้องต่อการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ได้อย่าง มีประสิทธิภาพ ประชากรในการศึกษา คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
ผู้ตอบแบบสอบถาม	
ชาย	30.9
หญิง	69.1
อายุ	
อายุน้อยกว่า 20 ปี	1.1
21 – 35 ปี	35.1
36 – 55 ปี	48.6
56 – 65 ปี	11.7
อายุมากกว่า 65 ปี	3.4
ศาสนา	
พุทธ	97.7
คริสต์	0.6
อิสลาม	1.7
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ต่ำกว่า ปวส./อนุปริญญา	2.3
ปริญญาตรี	63.1
ปริญญาโท	22.0
ปริญญาเอก	12.6

ความเสี่ยงทางสังคม	ระดับความเสี่ยงต่อการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย				
	ตัวอ่อน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ปัญหาที่เกิดจากทางจริยธรรม	144 (41.1)	126 (36.0)	56 (16.0)	18 (5.1)	6 (1.7)
ภาพลักษณ์ของประเทศชาติ	149 (42.6)	118 (33.7)	62 (17.7)	14 (4.0)	4 (1.1)
ปัญหาจากความเชื่อของโรคติดต่อ เช่น การแพร่เชื้อ HIV กรณีอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน มีการติดเชื้อ	89 (25.4)	101 (28.9)	89 (25.4)	62 (17.7)	9 (2.6)
ปัญหาที่เกิดจากผลกระทบต่อสถานภาพทางครอบครัว เช่น ในกรณีปัญหาจากการใช้อสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนของผู้หนึ่งกับเซลล์สืบพันธุ์ ของสามีหรือภรรยา เมื่อบุตรที่เกิดจากกระบวนการเทคโนโลยีทางการแพทย์พบผู้ทางการแพทย์ปัญหาครอบครัว	106 (30.3)	127 (36.3)	96 (27.4)	17 (4.9)	4 (1.1)
ปัญหาจากการค้ามนุษย์	185 (52.9)	87 (24.9)	51 (14.6)	23 (6.6)	4 (1.1)
ปัญหาจากการค้าอวัยวะเชิงพาณิชย์	155 (44.3)	73 (20.9)	77 (22.0)	24 (6.9)	21 (6.0)
ปัญหาจากอสุจิที่ได้จากผู้ชายที่มีปัญหาสุขภาพ	97 (27.7)	93 (26.6)	90 (25.7)	48 (13.7)	17 (4.9)
ปัญหาจากเด็กถูกทอดทิ้ง	108 (30.9)	112 (32.0)	80 (22.9)	35 (10.0)	15 (4.3)
ปัญหาจากการมีบุตรที่เกิดจากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนของผู้ที่มีสาเหตุเดียวกัน	79 (22.6)	77 (22.0)	106 (30.3)	59 (16.9)	26 (7.4)
ปัญหาที่เกิดจากข้อขัดแย้งกับอันตัยะ มารวมกัน	56 (16.0)	84 (24.0)	123 (35.1)	71 (20.3)	14 (4.0)
ปัญหาจากการทำให้เห็นโอกาสของการที่บิมอูที่เรือเอนมาคงงานกัน (โคอิมิทรานทิง)	58 (16.6)	73 (20.9)	103 (29.4)	86 (24.6)	28 (8.0)
ปัญหาจากการสร้างกองทัพนวนต์เพื่อการทำสงคราม	49 (14.0)	72 (20.6)	79 (22.6)	72 (20.6)	76 (21.7)
ปัญหาการขายตัวอ่อนข้ามชาติ	116 (33.1)	103 (29.4)	87 (24.9)	24 (6.9)	12 (3.4)

ความเสียงทางสังคม	ระดับความเสียงต่อการซื้อ เสนอซื้อ ขาย เสนอขาย				
	หัวข้อ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ปัญหาที่เกิดจากทางจริยธรรม	144 (41.1)	126 (36.0)	56 (16.0)	18 (5.1)	6 (1.7)
ภาพลักษณ์ของประเทศชาติ	149 (42.6)	118 (33.7)	62 (17.7)	14 (4.0)	4 (1.1)
ปัญหาจากความเชื่อของโรคติดต่อ เช่น การแพร่เชื้อ HIV การฉีดสุจิ หรือ ไข่ หรือตัวอ่อน มีการคิดเชื้อ	89 (25.4)	101 (28.9)	89 (25.4)	62 (17.7)	9 (2.6)
ปัญหาที่เกิดจากผลกระทบต่อ สถานภาพทางครอบครัว เช่น ในกรณี ปัญหาจากการใช้สุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน ของผู้อื่นกับเซอติสเทินท์ยู่ ของสามี หรือภรรยา เมื่อ บุตร ที่เกิดจาก กระบวนการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์มีปัญหาครอบครัว	106 (30.3)	127 (36.3)	96 (27.4)	17 (4.9)	4 (1.1)
ปัญหาจากการกัมมันตภาพรังสี	185 (52.9)	87 (24.9)	51 (14.6)	23 (6.6)	4 (1.1)
ปัญหาจากการก่อวินาศกรรมเชิงพาณิชย์	155 (44.3)	73 (20.9)	77 (22.0)	24 (6.9)	21 (6.0)
ปัญหาจากอสุจิที่ได้จากผู้ชายที่มีปัญหาสุขภาพ	97 (27.7)	93 (26.6)	90 (25.7)	48 (13.7)	17 (4.9)
ปัญหาจากเด็กถูกทอดทิ้ง	108 (30.9)	112 (32.0)	80 (22.9)	35 (10.0)	15 (4.3)
ปัญหาจากการมีบุตรที่เกิดจากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนของผู้ที่มีสาเหตุโรคเดียวกัน	79 (22.6)	77 (22.0)	106 (30.3)	59 (16.9)	26 (7.4)
ปัญหาที่เกิดจากติดเชื้อกับผู้อื่นโดยจะมารวมกัน	56 (16.0)	84 (24.0)	123 (35.1)	71 (20.3)	14 (4.0)
ปัญหาจากการทำให้อินเทอโอสของ การที่บังเอิญผู้ที่หรือน้องมาแต่งงานกัน (โดยมีทราบที่มา)	58 (16.6)	73 (20.9)	103 (29.4)	86 (24.6)	28 (8.0)
ปัญหาจากการสร้างกองทัพนุรุษเพื่อ การทำสงคราม	49 (14.0)	72 (20.6)	79 (22.6)	72 (20.6)	76 (21.7)
ปัญหาการขายตัวอ่อนข้ามชาติ	116 (33.1)	103 (29.4)	87 (24.9)	24 (6.9)	12 (3.4)

กลุ่มวิชาการที่ 3

การใช้หลักธรรมาภิบาลวิเคราะห์แนวคิดการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล
ที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทยที่มีคุณภาพและยั่งยืน



ที่มา

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดอาจต้องร่วมจ่ายค่าบริการให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ เพื่อจะได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง แนวคิดประชาชนร่วมจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ ไม่ใช่เรื่องใหม่และในหลายๆ ประเทศทั่วโลกก็ใช้แนวทางนี้ เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพและมีความมั่นคง ถือเป็นหนึ่งในแนวทางที่จะทำให้คนหันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้น แต่การร่วมจ่ายจะเป็นไปในรูปแบบใด และเพดานค่ารักษาจะอยู่ที่เท่าไรนั้น ถือเป็นเรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขต้องศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์

งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาความเห็นและความสมัครใจ รูปแบบในการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกลุ่มประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage : UC)
2. ศึกษาความเห็นและความสมัครใจ รูปแบบในการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากผู้ให้บริการระดับต่างๆ (รพสต./รพช./รพท./รพศ.)
3. ศึกษาความเห็นโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มนักวิชาการ และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

วิธีการ

งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาความเห็นและความสมัครใจในการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกลุ่มประชากร UC และกลุ่มผู้ให้บริการในโรงพยาบาลของสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงสถิติ

ผลการวิจัย

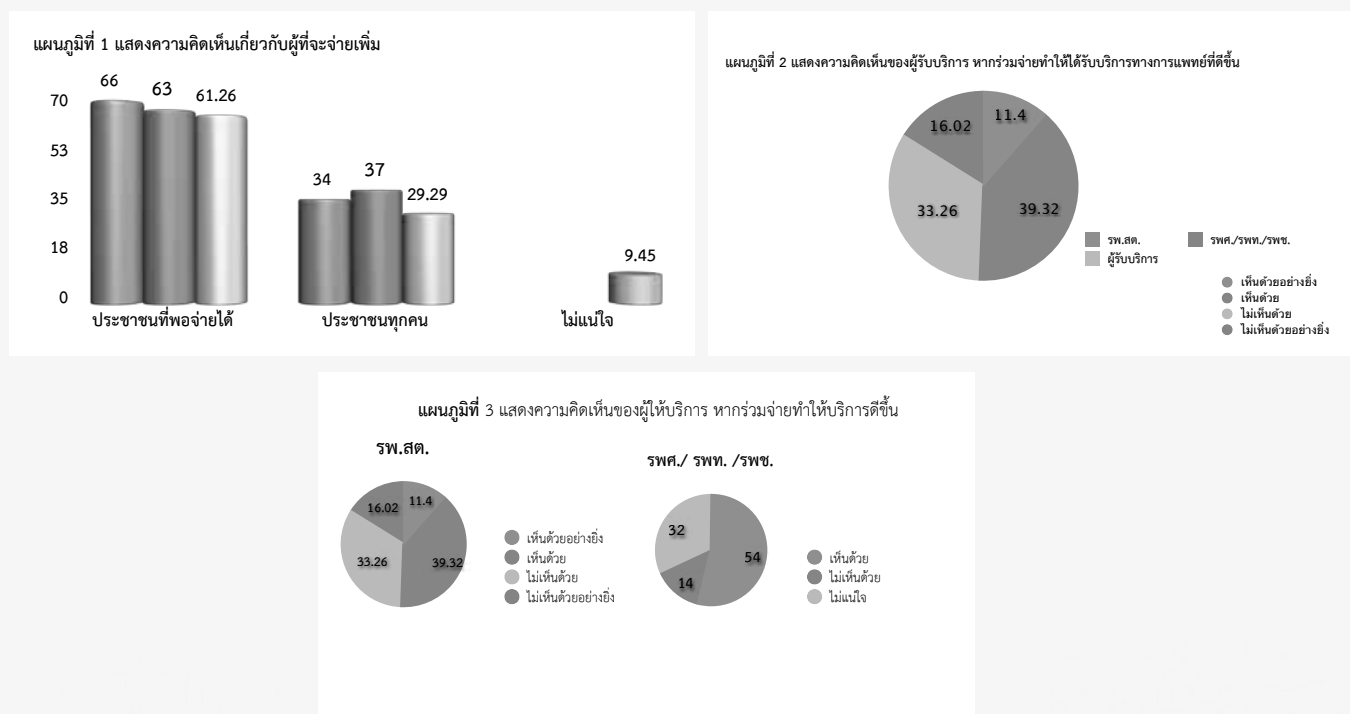
ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ใช้บริการ ส่วนใหญ่มีโรคประจำคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ ใช้บริการสถานบริการที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป หากมีการจ่ายเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า บุคคลที่ควรจะร่วมจ่ายเพิ่มมากที่สุด คือ ประชาชนที่พอจ่ายได้ (ผู้มีรายได้ปานกลาง ถึงรายได้สูง) และจ่ายเพิ่มจากการรับยานอกบัญชียาหลักมากที่สุด สิ่งทีกลุ่มตัวอย่างคาดหวังเมื่อต้องร่วมจ่ายเพิ่ม คือการบริการที่ดี มีคุณภาพทั้งด้านการให้บริการ ด้านความเพียงพอของแพทย์เฉพาะทางในระดับพื้นที่ให้มีความครอบคลุมทั่วถึง

2. ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความคิดเห็นว่าการจัดสรรงบประมาณของ สปสช. มีความเหมาะสม ผู้ให้บริการมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าการจ่ายเพิ่มทั้งกรณีการรับบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ควรจ่ายเพิ่มจากรับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนผู้ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการจัดสรรเงินของ สปสช. มีความเหมาะสม และ 1 ใน 3 มีความคิดเห็นว่าการไม่ควรมีการจ่ายเพิ่มทุกกรณี 1 ใน 3 มีความคิดเห็นว่าการจ่ายเพิ่มจากการรับยานอกบัญชียาหลัก

บทสรุป

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความเห็นว่าควรมีการจ่ายเพิ่มค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มคนที่พอจ่ายได้ (ผู้มีรายได้ปานกลาง ถึงรายได้สูง) โดยควรจ่ายเพิ่มเติมจากการรับยานอกบัญชียาหลัก และมีความคาดหวังว่าจะได้รับการที่ดี มีคุณภาพ



คณะผู้วิจัย

1. ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์
2. นพ.ทรงชัย ศรีโรจนกุล
3. นพ.ธรณเนศ อายานะ
4. นาง บุญพร บริบูรณ์สังศิลป์
5. นาย ประยูร ศิริวานิชย์
6. ดร.นพ.พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง
7. นาย ภูวฤทธิ์ สวัสดิเตปะ
8. นาย สถาพร โตธีรานุรักษ์
9. นพ.สมชาย เชื้อเพชรโสภณ
10. นพ.สุชาย เหล่าวิวัฒน์
11. นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์
12. นพ.สุรพงษ์ นเรนทร์พิทักษ์
13. นพ.เหลือพร ปุณณกันต์
14. รศ.นพ.อัษฎา ตียะพันธ์

อาจารย์ที่ปรึกษา ศ.คลินิกพิเศษ นพ.เสรี ตู้จินดา

Abstract (3)

Application of Good Governance Principles for the Analysis of Health Care Cost Co-Payment Concept with Reliable and Sustainable Thai Health System



Background

The universal health care coverage scheme under the National Health Security Act B.E. 2545 noted that the individual population has the right to get access to health service provision with specified good quality and effective care. The individuals may need to do co-payment of each visit, except for the poor, in order to get good quality and effective health care services. The concept of co-payment is not new as many countries also apply this principle while aiming to secure the effective health care system. The co-payment is another approach that encourages the population to take care of their own health. What co-payment system is appropriate and what is the ultimate health care cost, these are mandates of Ministry of Public Health to study further.

Objectives

The study objectives were; 1) to investigate population's opinion and willingness in co-payment operational model for those who are under the universal health care coverage, 2) to explore health service providers' opinion and willingness towards the co-payment system (sub-district/district, provincial/central hospitals), and 3) to find opinion towards the co-payment system of academia and professional groups by doing in-depth interviews.

Methods

This study focused on exploration of opinion and willingness of population under the universal coverage scheme and the service providers towards the co-payment system. The collated data was analyzed using descriptive statistics.

Results

The study found: 1) Most health care seekers were hypertension, diabetes, and cardiovascular illness while they went to general hospitals. Whenever needed to do co-payment they viewed that the well-off population groups with middle and high incomes most were able to pay for the non-national core drug list. The expectation of the patient samples when needed to do co-payment was quality of care and sufficient numbers of specialists in all service areas. 2) The service providers reacted that the budget allocated by the National Health Security Office (NHSO) was reliable while more than half of them viewed both in- and out-patients should pay more when receiving medication from the non-national core drug list. The sub-district health centers expressed that the budget allocated by the NHSO was reasonable and one third of them viewed there should be no payment in all cases. However, another one third of them reacted that the patients should do co-payment for the non-national core drug list medication.

Conclusion

Most respondents expressed their views that the middle and high income population groups should do co-payment for the non-national core drug list medication while expecting to have a good quality of health care services.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #3

การใช้หลักธรรมาภิบาลวิเคราะห์แนวทางการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล
ที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทยที่มีคุณภาพและยั่งยืน



โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด อาจต้องร่วมจ่ายค่าบริการให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ เพื่อจะได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง แนวคิดประชาชนร่วมจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ ไม่ใช่เรื่องใหม่และในหลายๆ ประเทศทั่วโลกก็ใช้แนวทางนี้ เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพและมีความมั่นคง ถือเป็นหนึ่งแนวทางที่จะทำให้คนหันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้น แต่การร่วมจ่ายจะเป็นไปในรูปแบบใด และเพดานค่ารักษาจะอยู่ที่เท่าไรนั้น ถือเป็นเรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขต้องศึกษาต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.) ศึกษาความเห็นและความสมัครใจ รูปแบบในการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกลุ่มประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage : UC) 2.) ศึกษาความเห็นและความสมัครใจ รูปแบบในการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากผู้ให้บริการระดับต่างๆ (รพสต./รพช./รพท./รพศ.) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการสำรวจและวิเคราะห์ความคิดเห็นและรูปแบบการร่วมจ่ายที่เหมาะสมของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

กลุ่มผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่มีโรคประจำคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ ใช้บริการสถานบริการที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป หากมีการจ่ายเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า บุคคลที่ควรจะร่วมจ่ายเพิ่มมากที่สุด คือ ประชาชนที่พอจ่ายได้ (ผู้มีรายได้ปานกลาง ถึงรายได้สูง) และจ่ายเพิ่มจากการรับยานอกบัญชียาหลักมากที่สุด สิ่งในกลุ่มตัวอย่างคาดหวังเมื่อต้องร่วมจ่ายเพิ่ม คือการบริการที่ดี มีคุณภาพทั้งด้านการให้บริการ ด้านความเพียงพอของแพทย์เฉพาะทางในระดับพื้นที่ให้มีความครอบคลุมทั่วถึง ส่วนกลุ่มผู้ให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความคิดเห็นว่าการจัดสรรงบประมาณของ สปสช. มีความเหมาะสม ผู้ให้บริการมากกว่าครึ่งมีความคิดเห็นว่าการร่วมจ่ายเพิ่มจากการรับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนผู้ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการจัดสรรเงินของ สปสช. มีความเหมาะสม และมีความคิดเห็นว่าการร่วมจ่ายเพิ่มจากการรับยานอกบัญชียาหลัก ผู้ให้บริการทุกส่วนเห็นว่าการร่วมจ่ายค่าบริการจะทำให้ประชาชนใส่ใจสุขภาพมากขึ้น อันจะส่งผลให้สุขภาพดี เกิดความเจ็บป่วยน้อยลง ลดการพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการใช้ยาที่ไม่จำเป็นก็จะลดลงด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนา การร่วมจ่ายควรกำหนดให้กลุ่มประชากรที่มีรายได้ปานกลางขึ้นไป (หรือกลุ่มที่จะจ่ายได้) ซึ่งมีประมาณ 10 ล้านคน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย “ประชารัฐ” ของรัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ระบบสุขภาพมีความมั่นคงและมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันเห็นได้ชัดว่างบประมาณภาครัฐไม่เพียงพอ ดังนั้นเพื่อความยั่งยืน ซึ่งรวมถึงการปลูกฝังให้ประชาชนหันมาตระหนักใส่ใจสุขภาพมากขึ้น จึงต้องปรับปรุงระบบให้มีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลที่จะต้องช่วยกันคิดหาแนวทางที่เหมาะสมและไม่กระทบกับประชาชนผู้มีรายได้น้อย โดยที่

1. การเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ระบบหลักประกันสุขภาพ ให้ประชาชนได้รับรู้อย่างถ่องแท้และครอบคลุมทุกส่วน
2. พัฒนารูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ให้มีคุณภาพมากขึ้น
3. ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนรักษาสุขภาพอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ครอบคลุมทุกมิติ

กลุ่มวิชาการที่ 4

การพัฒนานโยบาย การเป็นหุ้นส่วน ภาครัฐ เอกชน สำหรับระบบสาธารณสุขของ
ประเทศอย่างมีธรรมาภิบาล : กรณีศึกษานวัตกรรมการจัดตั้งศูนย์สวนหัวใจและ
หลอดเลือดในรูปแบบการร่วมทุนภาครัฐและภาคเอกชน



กรณีศึกษานวัตกรรมการจัดตั้งศูนย์สวนหัวใจของโรงพยาบาลบางพลีเป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษา ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary Study) และการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบร่วมมือกับเอกชนอย่างมีธรรมาภิบาล พบว่าในขณะที่มีความจำกัดของงบประมาณและบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐได้มีความพยายามในการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนและการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคเอกชนผ่านการจัดซื้อจัดจ้างโดยอาศัยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ.2535 ในรูปแบบของการเช่าเครื่องมือ การให้เอกชนเข้าพื้นที่ในการจัดบริการทางการแพทย์ รวมไปถึงรูปแบบการจ้างเหมาบริการซึ่งโรงพยาบาลบางพลีประสบความสำเร็จในการใช้จัดตั้งศูนย์สวนหัวใจร่วมกับโรงพยาบาลธนบุรี นับเป็นจุดเริ่มต้นและนำไปสู่การขยายความเป็นหุ้นส่วนในด้านอื่นๆ ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพ สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ รวมถึงเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูง เป็นรูปแบบที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปปรับใช้ได้ทันที อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดของระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมายยังคงเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานความร่วมมือกับภาคเอกชน เป็นโอกาสที่จะพัฒนาต่อไป นอกจากระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ.2535 แล้ว ในปี พ.ศ. 2556 รัฐบาลได้มีนโยบายให้มีการดำเนินการร่วมทุนภาครัฐและเอกชน (Public Private Partnership) โดยได้ตราพระราชบัญญัติการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556 ในการนี้กระทรวงสาธารณสุขประกาศแนวทางปฏิบัติสำหรับการดำเนินงานโครงการให้เอกชนร่วมลงทุนด้านสุขภาพของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2559 ซึ่งจะเป็นแนวทางสำคัญของการลงทุนด้านสาธารณสุขที่มีมูลค่าสูงในอนาคต

คณะผู้วิจัย

1. นพ.ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์
2. นาง นิตยา โฉมงาม
3. นพ.นิพนธ์ วีระโมทย์
4. นาง นุชนาฏ อุตมานันท์
5. พ.ท. นพ.บุระ ลินธุภากร
6. นพ.นำพล แดนพิพัฒน์
7. นพ.ภูวัต จารุกำเนตคนก
8. นพ.ยุทธนา วรรณโพธิ์กลาง
9. นพ.รัฐวุฒิ สุขมี
10. นพ.วีระชาติ เลิศนิธิกุล
11. นพ.สุธน พิศุทธินิติศาสตร์
12. นาง อภิธมา ชาญสิบลกุล

อาจารย์ที่ปรึกษา ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Abstract (4)

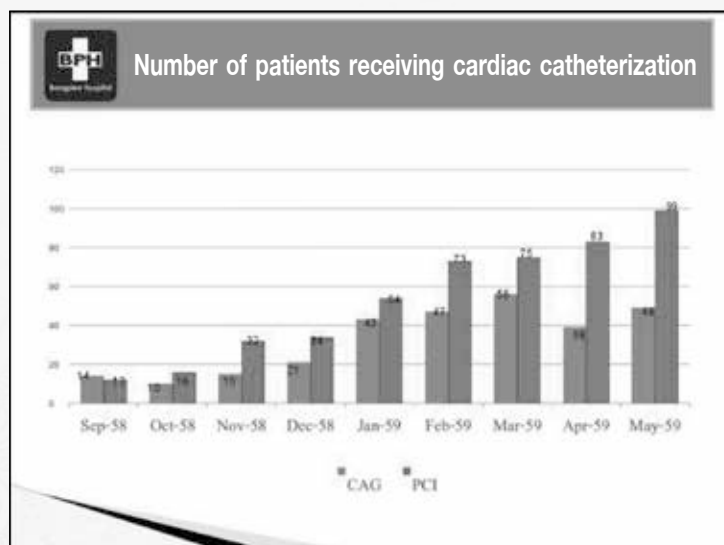
Good Governance in Public Private Partnership (PPP) Policy Making for Health System Development : Case Study of Innovative Cardiac Catheterization Service by Public Private Partnership



Case study of the cardiac catheterization unit at Bang Pli Hospital is a descriptive research using document review and qualitative study including in-depth interviews of involved stakeholders in order to elucidate framework for development of good governance in public private partnership.

The study found that, due to limited budget and human resources, public hospitals have attempted to improve access to care and increase efficiency by partnering with the private sector using the Regulations of the Office of the Prime Minister on Procurement B.E. 2535 (1992) in several formats including equipment rental, space rental for medical services by private entities, and outsourcing. Bang Pli Hospital has successfully outsourced the cardiac catheterization service to Thonburi Hospital Group. This may be the beginning of the partnership in other areas covering different dimension of health. PPP can help solve the problems of limited human resources for health and high cost medical equipment. However, constraints posted by outdated rules, regulations, and laws remain important obstacles for PPP.

Besides the Regulations of the Office of the Prime Minister on Procurement B.E. 2535 (1992), the Royal Thai government has policy to promote PPP under the Private Investments in State Undertakings Act B.E. 2556 (2013). Ministry of Public Health (MoPH) announced guideline for PPP in Health sector in March 2016. This will serve as important guideline for high cost health care investment in the future.



บทสรุปผู้บริหาร #4

การพัฒนาระบบนโยบาย การเป็นหุ้นส่วนภาครัฐ เอกชน
สำหรับระบบสาธารณสุขของประเทศอย่างมีธรรมาภิบาล : กรณีศึกษาณวัตกรรมการ
จัดตั้งศูนย์สวนหัวใจและหลอดเลือดในรูปแบบการร่วมทุนภาครัฐและภาคเอกชน



จากสภาวะการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม ประชากร ความซับซ้อนของโรค ความก้าวหน้าของการรักษาโรค ส่งผลให้ความต้องการบริการด้านสาธารณสุขเพิ่มสูงอย่างทวีคูณ ขณะที่รัฐจำเป็นที่จะต้องมีการปรับตัวภายใต้งบประมาณที่จำกัด รัฐบาลจึงมีนโยบายแก้ไขการขาดงบประมาณและเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคเอกชน อันนำมาสู่ความเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชน ความร่วมมือดังกล่าวมีหลายรูปแบบโดยอาจจะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ การลงทุนตามพรบ.การให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ.2556 และความร่วมมือภายใต้วิธีการจัดซื้อจัดจ้างที่มีอยู่เดิมซึ่งเป็นรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการอยู่แล้ว ได้แก่ การจ้างเหมาบริการ (Out Sourcing) และการเช่าครุภัณฑ์ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง อาทิเช่น เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ศูนย์ไตเทียม อาหารผู้ป่วย การกำจัดขยะติดเชื้อ เป็นต้น โดยในส่วนของพรบ.การให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ.2556 กระทรวงสาธารณสุขอยู่ระหว่างเตรียมการโดยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ศึกษารูปแบบ และได้ประกาศแนวทางจัดทำโครงการเมื่อเดือนเมษายน 2559 คณะผู้ทำการศึกษาจึงเลือกศึกษารูปแบบความร่วมมือโดยอาศัยกฎระเบียบที่มีเดิมของศูนย์สวนหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยศึกษาแนวทางและขั้นตอนการพัฒนาแบบมีประสิทธิภาพ คำนวณ โปร่งใส สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนโดยเกิดประโยชน์ที่เหมาะสมกับทุกฝ่าย

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง การให้บริการที่รวดเร็วและพอเพียงเป็นปัจจัยสำคัญของระบบบริการ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากรทำให้การบริการในบางพื้นที่ยังไม่ทั่วถึง จากข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลบางพลีพบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยโรคหัวใจขาดเลือดและต้องส่งต่อเป็นจำนวนมาก โดยต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลเอกชนซึ่งอาจจะไม่ทันเวลาเพราะปัญหาการเดินทาง จึงมีโครงการจัดตั้งศูนย์สวนหัวใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลบางพลีโดยพิจารณาจากแนวทางต่างๆ ได้แก่ รัฐลงทุนเอง มีปัญหาขาดงบประมาณลงทุนและขาดบุคลากรเนื่องจากไม่สามารถจ้างด้วยอัตราสูง เอกชนลงทุนเองและดำเนินการร่วมกันตามพรบ.การให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ ปี 2556 มีความเป็นไปได้ แต่กฎหมายรอง ระเบียบ และแนวทางปฏิบัติยังไม่สมบูรณ์ และแนวทางให้เอกชนลงทุนและดำเนินการภายใต้ข้อตกลงและสัญญาจ้างเหมาบริการโดยรัฐจัดพื้นที่ให้ ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นไปได้มากที่สุดภายใต้เงื่อนไขขณะนั้น เนื่องจากโรงพยาบาลบางพลีมีความพร้อมด้านสถานที่และมีประสบการณ์การทำการจ้างเหมาเอกชนมาก่อน โดยที่เอกชนต้องลงทุนครุภัณฑ์และปรับปรุงสถานที่ประมาณ 40 ล้านบาท จ่ายค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า จ้างบุคลากรแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคหัวใจ และบุคลากรอื่นที่จำเป็นทั้งประจำและบางเวลา นอกจากนี้ยังมีรายจ่ายค่ายาและวัสดุการแพทย์ โดยรายรับได้จากการเรียกเก็บจากโรงพยาบาลบางพลีตามสัญญา โดยที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากระบบประกันต่างๆ ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามค่า RW การประมาณการผลด้านการเงิน จากการให้บริการผู้ป่วย CAG และ PCI ประมาณ 200 ราย

ต่อเดือน จะมีรายรับจากการให้บริการจากกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลต่างๆ ประมาณปีละ 250 ล้านบาท โดยโรงพยาบาลบางพลีจะจ่ายให้โรงพยาบาลคู่สัญญาร้อยละ 90 ของ RW และคาดว่า จะคืนทุนค่าครุภัณฑ์ และปรับปรุงอาคาร ประมาณ 40 ล้านบาท ภายใน 3 ปี และโรงพยาบาลบางพลี จะมีรายรับ ประมาณปีละ 25 ล้านบาท

ผลการดำเนินงานมีเอกชนคือโรงพยาบาลธนบุรีสนใจร่วมทุน โครงการผ่านขั้นตอนการจัดซื้อ จัดจ้างและสามารถเปิดดำเนินการได้ในเดือนสิงหาคม 2558 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามลำดับ ได้ให้บริการฉีดสี (CAG) จำนวน 274 ราย และใส่สายสวนหัวใจโดยทันที ช่วยผู้ป่วยแล้วจำนวน 372 ราย ทำให้ผู้ป่วย หัวใจขาดเลือดฉุกเฉินได้รับการใส่สายสวนหัวใจโดยทันที ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษามากขึ้น ในเดือน เมษายน 2559 มีผู้ป่วย CAG จำนวน 39 ราย และ PCI จำนวน 83 ราย รวม 122 ราย สำหรับผล การรักษาพบว่าระยะเวลา Door to Balloon บรรลุเป้าหมาย มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 1.55

ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลบางพลีสามารถใช้รูปแบบการจ้างเหมาบริการจัดตั้งศูนย์ สวนหัวใจและหลอดเลือดได้ สามารถประสานผู้มีอำนาจตัดสินใจให้เห็นชอบ โดยเอกชนที่สนใจร่วม ดำเนินการมีจุดเด่นในการจัดการหาบุคลากรที่มีความสามารถและตอบสนองอย่างเหมาะสม สามารถ บริหารต้นทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับรายรับที่ได้ในบริการสวนหัวใจพอจะมีกำไร ถึงแม้ บางครั้งกำไรต่อรายไม่มากแต่อาศัยมีจำนวนมากพอหรือมองว่าเป็นกำไรที่ไม่ได้เป็นรูปตัวเงิน เช่น เป็นการทำประโยชน์เพื่อสังคม เป็นภาพลักษณ์ที่ดีในการร่วมงานกับภาครัฐ และในบางกรณีเป็นการใช้ ศักยภาพที่แฝงอยู่ให้เกิดรายได้ เป็นการเสริมจุดอ่อนภาครัฐในการขาดงบประมาณ การบริหารจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ และการบริหารความเสี่ยงด้านต่างๆ ร่วมกัน พบว่ารูปแบบนี้ของโรงพยาบาลบางพลี ความเสี่ยงการลงทุนตกอยู่ที่ภาคเอกชนคือการไม่ได้จำนวนผู้ป่วยเพียงพอ ส่วนความเสี่ยงภาครัฐอยู่ที่ ความต่อเนื่องของบริการในปีที่ 2 ปัญหาสำคัญคือระยะเวลาของสัญญาสั้น และถูกจำกัดด้วยวงเงิน ตามสัญญาเนื่องจากอำนาจอนุมัติวงเงินและระเบียบที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดความเสี่ยงกับทั้งภาครัฐและ เอกชน ในกรณีขาดทุนเอกชนอาจไม่ต่อสัญญาทำให้บริการต้องยุติลง หรือรัฐเองอาจเปลี่ยนแปลงนโยบาย ทำให้เอกชนต้องยุติการดำเนินการ การแก้ไขปัญหาคควรมีการปรับกฎระเบียบให้สามารถทำสัญญาได้ ระยะยาว 3-7 ปี นอกจากนี้ยังมีปัญหาความล่าช้าในการเบิกจ่ายเงินของภาครัฐให้แก่เอกชน การใช้ ทรัพยากรร่วมกับแผนกอื่นๆในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนาน กรณีผู้ป่วยที่มี โรคร่วมที่ไม่ใช่โรคหัวใจ

ความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนเป็นทางเลือกสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ดังในกรณีศึกษาของโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์สวนหัวใจ โรงพยาบาลบางพลี ในความพยายามให้ เกิดความร่วมมือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนากฎระเบียบให้เอื้อต่อการดำเนินการ โดยยึดประโยชน์ ต่อประชาชน รัฐ และเอกชนที่สมดุลและเป็นธรรม กรณีศูนย์สวนหัวใจควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ รูปแบบความร่วมมือโดยอาศัยการจ้างเหมาบริการ การเช่าพื้นที่รัฐ การเช่าครุภัณฑ์ และรูปแบบตามพรบ. การให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ ปี 2556 รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงทางการเงิน และ ความรับผิดชอบกรณีเกิดความเสียหาย การฟ้องร้อง การสร้างระบบการตรวจสอบความเหมาะสม ในการตรวจและรักษาที่เกินความเหมาะสม

กลุ่มวิชาการที่ 5

ศูนย์กลางการประสานความร่วมมือด้านการแพทย์ ในการจัดการภัยพิบัติ
จากธรรมชาติขนาดใหญ่ในอาเซียน อย่างมีธรรมาภิบาล



การรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียนในปี 2559 มีจุดมุ่งหมายเพื่อความมั่นคงและความผาสุกของประชาชนในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของโลกสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ของโลกยุคปัจจุบัน ภัยพิบัติจากธรรมชาติขนาดใหญ่เป็นสิ่งที่ท้าทายถึงความร่วมมือของประชาคมอาเซียน ประเทศไทยมีศักยภาพด้านการแพทย์เป็นที่ยอมรับในกลุ่มประเทศอาเซียน มีขีดความสามารถและความพร้อมในการเป็นศูนย์กลางการประสานความร่วมมือด้านการแพทย์ ควรกำหนดวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการเป็นศูนย์กลางการประสานความร่วมมือด้านการแพทย์ในการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติขนาดใหญ่ในอาเซียน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ประเด็นท้าทาย และหาแนวทางในการพัฒนาความพร้อมของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนาประเทศแก่ภาครัฐ เพื่อเตรียมความพร้อมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางความร่วมมือด้านการแพทย์ในการจัดการภัยพิบัติจากธรรมชาติขนาดใหญ่ในอาเซียนตามหลักธรรมาภิบาล เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การทบทวนเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าวทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สรุปปัญหาสำคัญและเสนอแนะทั้งในเชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ในการดำเนินงาน เพื่อให้ประเทศไทยได้รับการยอมรับในระดับสูงยิ่งขึ้นอีกจากประชาคมอาเซียน ซึ่งนอกจากจะนำมาสู่ชื่อเสียงและภาพลักษณ์ที่ดีของประเทศไทยแล้ว ยังเป็นการยกระดับความพร้อมของประเทศไทยให้สามารถตอบสนองและจัดการภัยพิบัติธรรมชาติภายในประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีช่องทางในการประสานรับความช่วยเหลือต่าง ๆ จากมิตรประเทศ ในกรณีต้องการความช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

คณะผู้วิจัย

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. ศ.กิตติคุณ ดร.สหัส บัณฑิตกุล | 2. พ.อ.นพ.ปราโมทย์ อัมวัฒนา |
| 3. รศ.พล.ต.หญิง พญ. ประไพพิมพ์ อีระคุปต์ | 4. นพ.จิโรจ สินธวานนท์ |
| 5. รศ.พ.อ.นพ.รชต ลำภู | 6. น.อ.นพ.ศุภกรณ์ วิณวันก์ |
| 7. นพ.สมชาย ภูวนกุล | 8. นาย บุรณชัย ลิ้มจิตติ |
| 9. นส.นิตา เลหาสมบุญ | 10. นาง ญาใจ พัฒนสุขวัฒน์ |
| 11. นาง สุมาลี ลิ้มป้อวาท | 12. ดร.ศรีกัญญา ยาธิพย์ |
| 13. นาย มานิต มัสยาณิช | |

อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.ดนัย เทียนพุฒ

Abstract (5)

Centre for Medical Coordination to Handle Large Natural Disaster in ASEAN with Good Governance



Objectives

To study the regulation, agreement, treaty including problems and obstacles involving the medical cooperation to handle large natural disaster in ASEAN. Several challenging issues were analysed in order to find the ways to develop Thailand's readiness to serve as a medical coordination centre for large natural disaster in ASEAN with good governance.

Methods

The study is a qualitative research. Relevant documents were reviewed and used as the guidelines to develop a questionnaire for the in-depth interview. The interviewees were 21 experts who represented the policy makers, planners and operators from the civilian sector, armed forces and relevant private sectors. The opinions and conclusions from the questionnaire were analysed, put in a table for SWOT analysis, and combined with the principles of good governance to find the way of operations to fulfill the objectives of the study.

Results

The frequently found problems in medical operations for disaster handling could be categorised into four groups:- 1) Complete and up to date information; 2) Difference and condence in medical standard of each country on the aspects of personnel, medical equipment and operational methods; 3) Readiness and perfection of operational plans; 4) Cooperative network of relevant sectors. For Thailand's readiness situation, the important strengths are a vast number of highly efficient emergency medical personnel, the front line standard of emergency medical care, experience and accomplishment in helping many friendly countries during natural disasters, the central location in the region and the convenient transportation network. The important weaknesses are English proficiency, deep understanding of the religion and cultural diversity in the region and the difference of the standards and medical practice guidelines. The opportunities are clear policy and concrete operational guidelines of ASEAN, including the support from international organisations for Thailand to become a centre for emergency medicine training. The challenge that must be overcome is to solve the above problems which arise from the lack of unity and continuation of the operations.

Suggestions

Strategic proposals to develop Thailand to be the centre of medical cooperation in

handling large natural disaster in ASEAN with good governance include:-

- 1) Develop complete and up-to-date medical information
- 2) Create ASEAN joint medical standard for disaster
- 3) Establish a joint medical operation plan
- 4) Designate point of contact for medical cooperation among ASEAN countries.

Action plans include:-

- 1) Identify responsible and authorised unit for medical information
- 2) Prepare medical situation evaluation team
- 3) Develop ASEAN joint medical standard for disaster
- 4) Train and exchange operational teams for knowledge exchange and continuous standard development
- 5) Consider joint operational plans according to each country's context
- 6) Continuous monitor situation and update joint operational plan
- 7) Launch international joint exercise according to the joint plan
- 8) Create a cooperation network
- 9) Enhance strength and acceptance of sustainable cooperation network

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #5

ศูนย์กลางการประสานความร่วมมือด้านการแพทย์ ในการจัดการภัยพิบัติ
จากธรรมชาติขนาดใหญ่ในอาเซียน อย่างมีธรรมาภิบาล



การรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียนในปี 2559 มีจุดมุ่งหมายเพื่อความมั่นคงและความผาสุกของประชาชนในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ของโลกยุคปัจจุบัน ภูมิภาคเผชิญกับภัยคุกคามรูปแบบใหม่ที่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ภัยพิบัติจากธรรมชาติขนาดใหญ่ เป็นสิ่งท้าทายถึงความร่วมมือของประชาคมอาเซียน ประเทศไทยในฐานะที่มีศักยภาพด้านการแพทย์เป็นที่ยอมรับในกลุ่มประเทศอาเซียน มีขีดความสามารถและความพร้อมในการเป็นศูนย์กลางการประสานความร่วมมือด้านการแพทย์ ควรกำหนดวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการเป็นศูนย์กลางการประสานความร่วมมือด้านการแพทย์ในการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติขนาดใหญ่ในอาเซียน

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา กฎ ระเบียบ ข้อตกลง สนธิสัญญา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการดังกล่าว เพื่อวิเคราะห์ประเด็นท้าทาย และหาแนวทางในการพัฒนาความพร้อมของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนาประเทศแก่ภาครัฐ เพื่อเตรียมความพร้อมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางความร่วมมือด้านการแพทย์ในการจัดการภัยพิบัติจากธรรมชาติขนาดใหญ่ในอาเซียน ตามหลักธรรมาภิบาล เป็นการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ (Quality Research) โดยใช้วิธีการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำเป็นแนวคิดและแบบสัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 คน ซึ่งเป็นตัวแทนจากระดับนโยบาย ระดับวางแผน และระดับปฏิบัติ จากทั้งส่วนของข้าราชการพลเรือน และทหาร รวมทั้งหน่วยงานเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อการระดมความคิดเห็นในประเด็นคำถามสำคัญและสรุปเป็นข้อคิดเห็นร่วมตามประเด็นการศึกษา นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จัดเข้าตารางการวิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT Analysis) และนำหลักการ เกี่ยวกับธรรมาภิบาลมาพิจารณาประกอบ เพื่อพิจารณาหาแนวทางการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา



ผลการศึกษาพบปัญหาสำคัญในการดำเนินงานด้านการแพทย์ ในการจัดการภัยพิบัติ แบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. ความสมบูรณ์และทันสมัยของข้อมูลข่าวสาร
2. ความแตกต่างและความเชื่อมั่นในมาตรฐานการแพทย์ของแต่ละประเทศ ทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ/เวชภัณฑ์ และวิธีการปฏิบัติ
3. ความพร้อมและความสมบูรณ์ของแผนปฏิบัติการ
4. เครือข่ายการประสานงานของส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนของการดำเนินการความพร้อมของประเทศไทย พบว่า จุดแข็งสำคัญคือ บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนมากและมีขีดความสามารถสูง รวมทั้งมาตรฐานการบริการแพทย์ฉุกเฉินของไทยอยู่ในระดับแนวหน้าของอาเซียน มีประสบการณ์และผลการปฏิบัติงานในการช่วยเหลือกรณีภัยพิบัติในมิตรประเทศหลายครั้ง มีท่าเลที่ตั้งอยู่ในย่านกลางของภูมิภาคมีเครือข่ายคมนาคมสะดวก จุดอ่อนสำคัญคือ ความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ ความเข้าใจในศาสนา ธรรมเนียมปฏิบัติ และวัฒนธรรมที่หลากหลายในภูมิภาค รวมทั้งความแตกต่างของมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติด้านการแพทย์ โอกาสที่เอื้อต่อการดำเนินงาน คือ นโยบายที่ชัดเจนและแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมของอาเซียนในการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติในภาพรวม รวมทั้งการสนับสนุนจากหน่วยงานระหว่างประเทศให้ไทยเป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ประเด็นท้าทายที่ต้องเร่งดำเนินงาน คือ การแก้ปัญหาที่พบบ่อยข้างต้นซึ่งเกิดจากขาดความเป็นเอกภาพและความต่อเนื่องจริงจังของการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อการพัฒนาประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางการประสานความร่วมมือด้านการแพทย์ในการจัดการภัยพิบัติจากธรรมชาติขนาดใหญ่ในอาเซียนอย่างมีประสิทธิภาพ คณะผู้ศึกษาวิจัยเสนอกรอบการดำเนินงานใน 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ที่จะต้องดำเนินการพัฒนาดังนี้

1. ความสมบูรณ์และทันสมัยของข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์
2. มาตรฐานการบริการแพทย์ในสถานการณ์ภัยพิบัติของอาเซียน
3. แผนปฏิบัติการร่วมด้านการแพทย์
4. เครือข่ายการประสานงานด้านการแพทย์ ระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน

กลยุทธ์ดำเนินงาน มี 9 กลยุทธ์ ประกอบด้วย

1. กำหนดหน่วยรับผิดชอบที่ชัดเจน และมอบอำนาจในการดำเนินงานด้านข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์
2. เตรียมชุดประเมินสถานการณ์ด้านการแพทย์
3. จัดทำมาตรฐานในการบริการแพทย์ ในสถานการณ์ภัยพิบัติของอาเซียน
4. จัดให้มีการฝึกอบรม ฝึกแลกเปลี่ยน ชุดปฏิบัติการต่างๆ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
5. จัดทำแผนปฏิบัติการร่วม ที่สอดคล้องกับบริบท และแนวทางของแต่ละประเทศ ตั้งแต่วิทยาการปฏิบัติ
6. พัฒนาแผนปฏิบัติการร่วมอย่างต่อเนื่อง
7. ทำการฝึกซ้อมระหว่างประเทศ เพื่อซักซ้อมการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการร่วม
8. สร้างเครือข่ายประสานงานฯ
9. พัฒนาความเข้มแข็งและการยอมรับของเครือข่ายการประสานงาน อย่างยั่งยืน

ผลจากการดำเนินงานตาม 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ และ 9 กลยุทธ์การดำเนินงานดังกล่าวมานอกจากจะทำให้ประเทศไทยได้รับจากการยอมรับจากประเทศสมาชิกในความพร้อมที่จะเป็นศูนย์กลางในการประสานความร่วมมือด้านการแพทย์เพื่อให้ความช่วยเหลือประเทศสมาชิก ในกรณีเกิดภัยพิบัติธรรมชาติ นำมาสู่ชื่อเสียงและภาพลักษณ์ที่ดีของประเทศไทยแล้ว ยังเป็นการยกระดับความพร้อมของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องของประเทศไทยให้สามารถตอบสนองและจัดการภัยพิบัติภายในประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในขณะเดียวกัน หากประเทศไทยต้องการความช่วยเหลือด้านการแพทย์ ในกรณีภัยพิบัติภายในประเทศ ยังมีช่องทางในการประสานรับความช่วยเหลือต่างๆ จากมิตรประเทศได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

กลุ่มวิชาการที่ 6

การบูรณาการกองทุนสุขภาพเพื่อความยั่งยืนทางการเงินการคลัง

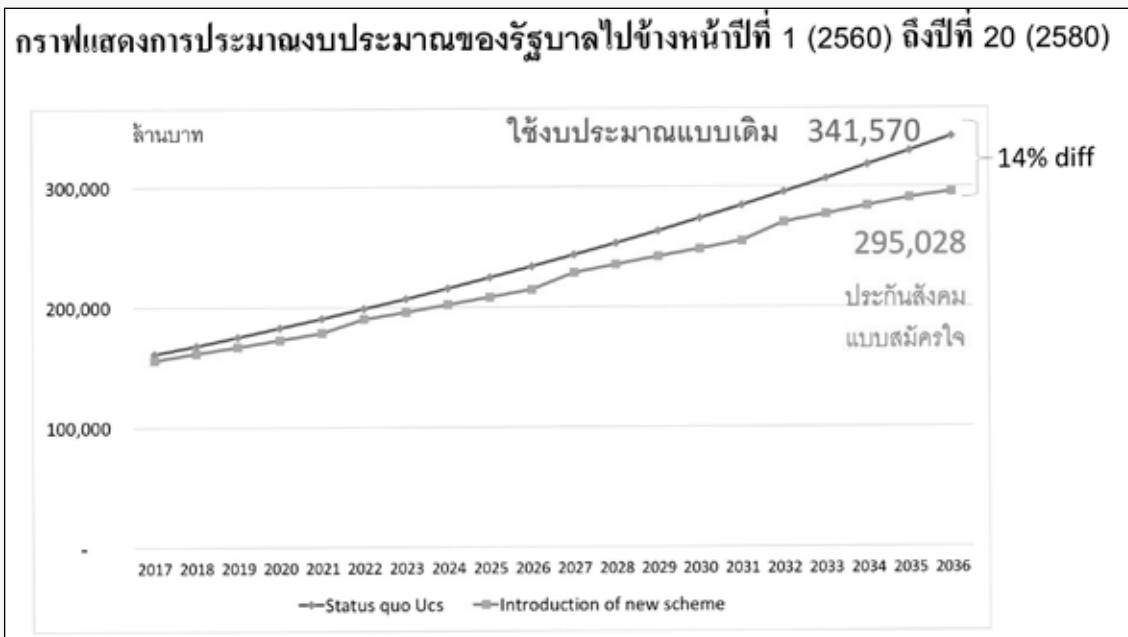


ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลักภายใต้งบประมาณภาครัฐ 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาล ชำราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเกิดปัญหาหลายประการ เช่น สิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน ความซ้ำซ้อนของสิทธิในการรักษายาบาล อีกทั้งการมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบทำให้ต้นทุนในการบริหารจัดการสูง รวมถึงปัญหาความเท่าเทียมกัน (Equity) เกิดความ “เหลื่อมล้ำ” ของสิทธิประโยชน์และคุณภาพในการรักษายาบาลระหว่างกองทุนในหลายมิติ รวมถึงการกระจายที่ต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่ผู้ประกันตนมีการร่วมจ่ายขณะที่ประกันสุขภาพอื่นเป็นภาระของรัฐบาลทั้งหมด

คณะผู้วิจัยเห็นว่า ระบบประกันสุขภาพหลักของไทยในอนาคตควรเป็นระบบที่ประชาชนทุกคนได้รับการประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานโดยภาครัฐ ขณะที่ประชาชนซึ่งที่มีรายได้ควรร่วมจ่ายประกันเพิ่มเติมไม่ว่าเป็นลูกจ้างในระบบหรือไม่ เพื่อให้ได้สิทธิประกันสังคมเพิ่มเติมอันจะเป็นหลักประกันเมื่อเจ็บป่วยขาดงานหรือเสียชีวิต

จึงเกิดคำถามการวิจัยว่าการขยายระบบประกันสังคมออกไปมีความเป็นไปได้ในเชิงเศรษฐศาสตร์เพียงใด โดยไม่เป็นการกระทบประชาชนจนเกินไปและลดภาระงบประมาณของรัฐบาลได้ และผู้มีส่วนได้เสียมีความเห็นอย่างไร

ทางผู้วิจัยได้ทำการพยากรณ์ด้วยกระบวนการทางคณิตศาสตร์ประกันภัย (Generalized linear model) และเศรษฐมิติ (Econometrics) และทำการวิเคราะห์ความอ่อนไหว (Sensitivity analysis) โดยเงื่อนไขต่างๆ จากการประมาณการอยู่ภายใต้สมมุติฐานว่า ประชาชนในวัยทำงาน (15-59 ปี) ร่วมจ่าย 200 บาทต่อเดือน และปรับอัตราขึ้น 50 บาททุก 5 ปี แล้วได้สิทธิประโยชน์เทียบเท่าผู้ประกันตนระบบประกันสังคมมาตรา 39 (คือ กรณีเจ็บป่วย, กรณีทุพพลภาพ, กรณีคลอดบุตร, กรณีสงเคราะห์บุตร และ กรณีเสียชีวิต) และเมื่อเริ่มโครงการมีประชาชนในช่วงอายุดังกล่าวประมาณ 20% (6 ล้านคน) เข้าร่วมโครงการ โดยจำนวนเพิ่มขึ้น 105% ของจำนวนดังกล่าวทุกปี ผลการวิเคราะห์ทางคณิตศาสตร์ประกันภัยพบว่า ใน 20 ปีข้างหน้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะใช้งบประมาณ 340,000 ล้านบาท หรือคิดเป็น 200% ของปัจจุบัน เมื่อใช้รูปแบบที่ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายโดยเข้าสู่ระบบประกันสังคมคาดการณ์ไปข้างหน้า 20 ปี รัฐบาลจะลดภาระงบประมาณสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปได้ถึง 14% หรือประมาณ 46,000 ล้านบาท ขณะที่กองทุนดังกล่าวจะมีเงินสะสมถึงประมาณ 220,000 ล้านบาท ซึ่งแสดงถึงว่ากองทุนมีความยั่งยืนและสามารถลดภาระงบประมาณของรัฐบาลได้ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้เสียพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยในหลักการ แต่ตั้งข้อสงสัยในความเป็นไปได้เชิงปฏิบัติ



โดยสรุป จากผลการประมาณการณโดยวิธีทางคณิตศาสตร์ประกันภัยพบว่ารูปแบบที่ให้ประชาชนวัยทำงานซึ่งอยู่ภายใต้กองทุนประกันสุขภาพเข้าสู่ระบบประกันสังคมนั้นเป็นไปได้ในด้านการลดภาระงบประมาณของภาครัฐ กองทุนมีความยั่งยืน และผู้มีส่วนได้เสียเห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่

คณะผู้วิจัย

1. พล.อ.ท. นพ. กลศร ภัคโชตานนท์
2. ดร.ชัยยงค์ ลัจจิพานนท์
3. นพ.ชัยสิทธิ์ ศรีทองชัย
4. พล.ต. นพ.ชาญชัย ดิกชะปัญญ์
5. ผศ. ดร. นพ. ชูศักดิ์ โอภาสเจริญ
6. นาย พริษฐ์ เอี่ยมพงษ์ไพบุลย์
7. รศ. คลินิก พญ. ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร
8. นพ. สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์
9. นาง สุธา ทองผดุงโรจน์
10. พล.อ.ท.นพ. อนุตตร จิตตินันท์
11. นพ.อรุณภูมิ สุ่มอรุณ
12. ดร.อำมร เขาวลิต
13. นาย อิศระ สมชัย

อาจารย์ที่ปรึกษา นพ. อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์

Abstract (6)

Harmonization of Healthcare Insurance Funds for Financial Sustainability



Background

Thailand have achieved universal healthcare with relatively low levels of spending on health since 2002. There are three health insurance schemes support by government to cover most of Thai citizens; Civil servant health beneficial scheme, Social security health spending scheme, and Universal healthcare coverage (UC) scheme. However, a large share of spending of health insurance schemes is shouldered by the government. Costs are being driven by rising spending of all health schemes due to the growing number of chronic diseases, an aging population, and more. Despite, more accessibility to a significant share of population, inequalities among health insurance scheme persist and be the subject of debate over years.

Recently, there is raising concern over the steadily increasing government budget share allocated to health. The concern is the difficulty to sustain healthcare spending in the long term, especially UC scheme. According to the fact that, except Social Security Health Insurance Scheme, other healthcare insurance spending is totally supported by government. Co-payment by all parties should be goal to achieve sustainability of universal healthcare. In our opinion, Social security insurance scheme is a good example because, not only healthcare insurance, it also covers other social security expenses such as sick leave, maternity leave, disability and funeral. Furthermore, by consulting healthcare law expert, expanding social security insurance scheme to other healthcare insurance scheme is feasible without need to issuing new law or making amendment to other laws which will surely take years.

Therefore, we aim to study feasibility of expanding Social Security Insurance scheme to Thai citizen under other healthcare insurance scheme in term of financial possibility and stakeholders' point of view.

Objectives

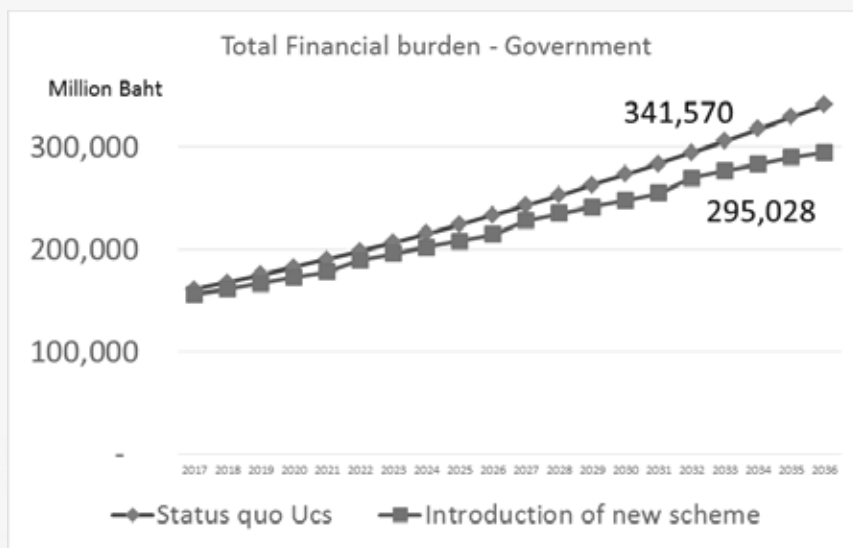
1. To study feasibility of expanding social security scheme to Thai citizens who are under universal healthcare coverage scheme by performing financial projection.
2. To study stakeholders' point of view in expanding social security scheme to Thai citizens who are under universal healthcare coverage scheme.

Methods

Financial projection was performed using Generalized Linear Models to predict financial burden of government. We use Trend Econometric Model to predict future trends of cost, GDP, and population growth. Sensitivity analyses on recruitment rate, co-payment scheme and extra-benefit were conducted.

Results

Co-payment scheme are based on possible least amount of money that insurers have to pay per month to sustain the program and also reduce government's financial burden. The best model is the program that insurers have to co-pay 200 Baht/month for 5 years, then increasing 50 Baht every 5 years. Insurers will receive following Social Security Benefits: sickness cash benefit, maternity benefit, funeral grant, disability pension (equal to Social Security Insurance article 39). Government will need to co-pay with equal sum of money. With the assumption that approximately 6 millions of Thai citizens, who are under other healthcare insurance scheme and are 15-59 year-old with regular income, will join the program in the first year, then increase 10% every year and reach maximum at 70% of population in that age group. The Fund is sustainable and reduce government's burden by 46,542 million Baht (14%) after 20 years. The projection is shown in figure.



Sensitivity analysis shows that even with 50% lower recruitment rate, the program is still sustainable. Stakeholders mostly agree with the program but uncertain about administration.

Conclusion

The expansion of Social Security Insurance Scheme to other healthcare insurance is feasible in term of financial sustainability and reduction of government burden.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #6

การบูรณาการกองทุนสุขภาพเพื่อความยั่งยืนทางการเงินการคลัง



ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลักภายใต้งบประมาณภาครัฐ 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาล ข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งแต่ละระบบมีวิวัฒนาการ และแนวคิดพื้นฐานในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการ รวมถึงบิดามารดา คู่สมรสและบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ในขณะที่ระบบประกันสังคมเป็นความมั่นคงด้านสังคมและสุขภาพของลูกจ้างในระบบ ซึ่งมีการร่วมจ่ายจากทั้งลูกจ้าง นายจ้างและรัฐ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนทั่วไปที่นอกเหนือจากผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม การที่ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลากหลายทำให้เกิดปัญหาหลายประการ เช่น สิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน ความซ้ำซ้อน ของสิทธิในการรักษายาพยาบาล (โดยเฉพาะ กรณีความคุ้มครองตาม พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ ที่ซ้ำซ้อนกับความคุ้มครองตามสิทธิภายใต้ระบบหลักประกัน สุขภาพรัฐที่ผู้ประสบภัย มีอยู่) เป็นต้น อีกทั้งการมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบทำให้ต้นทุนในการบริหารจัดการสูง เนื่องจากแต่ละระบบ มีกระบวนการ ในการทำงานแตกต่างกัน จึงมีค่าใช้จ่ายที่ซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น และยังทำให้ การบริหารจัดการด้านการคลัง ไม่มีประสิทธิภาพ

ในเชิงความเท่าเทียมกัน (Equity) ของบริการรักษายาพยาบาลนั้น จากการที่กองทุนสุขภาพในประเทศไทยทั้ง 3 กองทุนมีรูปแบบที่ต่างกัน และภายใต้การดูแลของกระทรวงที่ต่างกัน ทำให้เกิด ความ “เหลื่อมล้ำ” ของสิทธิประโยชน์และคุณภาพในการรักษายาพยาบาลระหว่างกองทุนในหลายมิติ เช่น ภาระ ค่าการร่วมจ่ายที่ต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่ผู้ประกันตนมีภาระค่าใช้จ่าย โดยร่วมจ่าย กับนายจ้างและรัฐ ในขณะที่ข้าราชการ และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีภาระค่าใช้จ่าย เว้นแต่ ค่ารักษายาพยาบาลในส่วนที่เกินจากสิทธิประโยชน์ในการรักษายาพยาบาลที่ได้ในแต่ละกลุ่ม ก็ยังคง แตกต่างกัน เช่น การเข้าถึงการรักษา ในระบบสวัสดิการข้าราชการสามารถใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง เนื่องจากเป็นระบบการจ่ายตามจริง ในขณะที่อีก 2 ระบบนั้น ต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ ล่วงหน้า เพราะเป็นระบบการเหมาจ่ายรายหัว เป็นต้น

ไทยมีความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ทั้งในมิติของโครงสร้าง และระบบอภีบาล ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ ลดต้นทุนในการบริหารจัดการลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิ ที่จะได้รับการรักษายาพยาบาลที่มีคุณภาพของผู้มีสิทธิในแต่ละกองทุนและความยั่งยืนของระบบประกัน สุขภาพในแง่การงบประมาณของรัฐบาล เพื่อที่จะบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว ได้มีการเสนอถึงการรวม กองทุนและสวัสดิการสุขภาพทั้งสามเข้าด้วยกัน แต่ก็เกิดข้อถกเถียงอย่างมาก และติดขัดที่ข้อกฎหมาย ที่มาของแต่ละกองทุนและสวัสดิการที่แยกกันโดยสิ้นเชิง

คณะผู้วิจัยเห็นว่า ระบบประกันสุขภาพหลักของไทยในอนาคตควรเป็นระบบที่ประชาชนทุกคน ได้รับการประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานโดยภาครัฐ ขณะที่ประชาชนซึ่งที่มีรายได้ควรร่วมจ่ายประกันเพิ่มเติม ไม่ว่าจะเป็นลูกจ้างในระบบหรือไม่ เพื่อให้ได้สิทธิประกันสังคมเพิ่มเติมอันจะเป็นหลักประกันเมื่อเจ็บป่วย ขาดงานหรือเสียชีวิต และข้าราชการใหม่ควรให้เข้าสู่ระบบประกันสังคมเช่นกันเพื่อแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำ ดังที่เกิดมาโดยตลอด ทางคณะผู้วิจัยได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญกฎหมายทางด้านระบบสุขภาพพบว่าการขยายกองทุน

ประกันสังคมออกนั้นทำได้โดยไม่กระทบกฎหมายอื่นๆ และมีตัวอย่างที่ได้ดำเนินการมาแล้วในรูปแบบของ มาตรา 40 เมื่อปลายปี พ.ศ 2557

จึงเกิดคำถามการวิจัยว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเป็นไปได้ในเชิงเศรษฐศาสตร์เพียงใด โดยไม่เป็น ภาระกับประชาชนจนเกินไปและลดภาระงบประมาณของรัฐบาลได้ และผู้มีส่วนได้เสียมีความเห็นอย่างไร

ทางผู้วิจัยได้ทำการพยากรณ์ด้วยกระบวนการทางคณิตศาสตร์ประกันภัย (Generalized linear model) และเศรษฐมิติ (Econometrics) เพื่อทำการประมาณการภาระงบประมาณของรัฐบาลและความยั่งยืน ของกองทุน และทำการวิเคราะห์ความอ่อนไหว (Sensitivity analysis) โดยเงื่อนไขต่างๆ เช่นผู้เข้าร่วม โครงการน้อยกว่าที่คาดการณ์ และหากมีการร่วมจ่ายมากขึ้นเพื่อให้ได้สิทธิการรักษาพยาบาลเพิ่มเติม โดยการประมาณการอยู่บนพื้นฐานข้อมูลค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพและสวัสดิการอื่นของสำนักงานประกัน สังคม ร่วมกับการคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อัตราผลิตภัณฑรวมประชาชาติ, อัตราเงินเฟ้อ, การเปลี่ยนแปลงของจำนวนประชากร ซึ่งคำนวณโดยใช้ Trend Econometric Model กระบวนการพยากรณ์อิงอยู่บน แนวทางปฏิบัติทางคณิตศาสตร์ประกันภัย โดยสำนักงานงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบ ธุรกิจประกันภัย (คปภ.) การประมาณการอยู่ภายใต้สมมุติฐานว่า ประชาชนในวัยทำงาน (15-59ปี) ร่วมจ่าย 200 บาทต่อเดือน และปรับอัตราขึ้น 50 บาททุก 5 ปี แล้วได้สิทธิประโยชน์เทียบเท่าผู้ประกันตนระบบ ประกันสังคมมาตรา 39 (คือ กรณีเจ็บป่วย, กรณีทุพพลภาพ, กรณีคลอดบุตร, กรณีสงเคราะห์บุตร และ กรณีเสียชีวิต) และเมื่อเริ่มโครงการมีประชาชนในช่วงอายุดังกล่าวประมาณ 20% (6 ล้านคน) เข้าร่วม โครงการโดยจำนวนเพิ่มขึ้น105% ของจำนวนดังกล่าวทุกปี ผลการวิเคราะห์ทางคณิตศาสตร์ประกันภัยพบว่า ใน 20 ปีข้างหน้า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะใช้จ่ายเงินถึงประมาณ 340,000 ล้านบาท หรือคิดเป็น 200% ของปัจจุบันเมื่อใช้รูปแบบที่ประชาชนมีส่วนร่วมร่วมจ่ายโดยเข้าสู่ระบบประกันสังคม คาดการณ์ไปข้างหน้า 20 ปี รัฐบาลจะลดภาระ งบประมาณสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปได้ถึง 14% หรือ ประมาณ 46,000 ล้านบาท ขณะที่กองทุนดังกล่าวจะมีเงินสะสมถึงประมาณ 220,000 ล้านบาท ซึ่งแสดง ถึงว่ากองทุนมีความยั่งยืนและสามารถลดภาระงบประมาณของรัฐบาลได้

ผู้วิจัยได้ทำการประมาณการด้วยสถานการณ์ซึ่งประชาชนเข้าร่วมโครงการน้อยกว่าที่คาดการณ์ เท่าตัว โดยภายใต้สมมุติฐานเดิมที่ประชาชนจ่ายเงินสมทบ 200 บาทต่อเดือน และเพิ่มขึ้น 50 บาททุกๆ 5 ปี แต่มีประชาชนเข้า ร่วม โครงการ 10% ของประชาชนช่วงอายุ 15-59 ปี (3 ล้านคน) และเพิ่มขึ้น 10% ทุกปี โดย เข้าร่วมสูงสุดที่ 35% จากการคาดการณ์พบว่าที่ 20 ปี กองทุนจะมีงบประมาณสะสม 114,510 ล้านบาท และลดภาระงบประมาณของรัฐบาลได้ 23,271 ล้านบาท (7%) ซึ่งแปลว่าหากมี ประชาชนเข้าร่วมโครงการน้อย กองทุนก็ยังคงมีความยั่งยืนและลดภาระงบประมาณของรัฐบาลได้บางส่วน

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประมาณการด้วยสถานการณ์ซึ่ง ประชาชนที่ร่วมโครงการได้เพิ่ม สิทธิการรักษาพยาบาลโดยมีค่าหัวของการรักษาพยาบาลอยู่ที่ 5,000 บาท โดยภายใต้สมมุติฐานที่ประชาชน จ่ายเงินสมทบเพิ่มขึ้นเป็น 300 บาทต่อเดือน และเพิ่มขึ้น 50 บาททุกๆ 5 ปี มีประชาชนเข้าร่วมโครงการ 20% ของประชาชนช่วงอายุ 15-59 ปี (6 ล้านคน) และเพิ่มขึ้น 10% ทุกปี โดย เข้าร่วมสูงสุดที่ 70% จากการคาดการณ์พบว่าที่ 20 ปี กองทุนจะมีงบประมาณสะสม 189,640 ล้านบาท และลดภาระ

งบประมาณของรัฐบาลได้ 25,212 ล้านบาท (7%) ซึ่งแปลว่าแม้จะเพิ่มแรงจูงใจด้วยการเพิ่มค่ารักษาต่อหัวจากประมาณ 3,100 บาทไปเป็น 5,000 บาท กองทุนก็ยังคงมีความยั่งยืนและลดภาระงบประมาณของรัฐบาลได้บางส่วน

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้แสดงผลการวิจัยและสอบถามความเห็นของผู้มีส่วนได้เสียต่อรูปแบบที่นำเสนอด้วย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยแต่ยังมี ความไม่แน่ใจในเรื่องการบริหารจัดการ และกระบวนการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องในเชิงปฏิบัติ

โดยสรุป จากผลการประมาณการโดยวิธีทางคณิตศาสตร์ประกันภัยพบว่ารูปแบบที่ให้ประชาชนวัยทำงานซึ่งอยู่ภายใต้กองทุนประกันสุขภาพเข้าสู่ระบบประกันสังคมนั้นเป็นไปได้ในด้านการลดภาระงบประมาณของภาครัฐ กองทุนมีความยั่งยืน และผู้มีส่วนได้เสียเห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่

กลุ่มวิชาการที่ 7

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันในระบบสาธารณสุขไทย



จากการศึกษาเพื่อหาต้นแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะกึ่งเฉียบพลันที่เหมาะสมกับระบบสาธารณสุขไทย โดยการทบทวนการศึกษาวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยไม่เพิ่มต้นทุนหรือลดต้นทุนโดยรวม แต่ละประเทศยังมีรูปแบบและการวางระบบที่แตกต่างกันไปตามบริบทของประเทศนั้น ๆ คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการสำรวจข้อมูลภาคสนามในจังหวัดสงขลา เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันของโรงพยาบาลบางกล้าที่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่า มีการดำเนินการเป็นระบบ โดยโรงพยาบาลหาดใหญ่สนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือที่จำเป็นให้กับโรงพยาบาลบางกล้า นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายปกครอง ประชาชนและภาคเอกชนในพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลัน และในการดูแลระยะยาว คณะผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลขอนแก่น และความพร้อมของโรงพยาบาลสาธารณสุขในพื้นที่ จากการสำรวจผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 175 คน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนรวมของดัชนีบาร์เธลตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 61.7 ระหว่าง 5-11 คะแนน ร้อยละ 23.4 และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ร้อยละ 14.9 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติของหัวใจ ปอด ไต ตับ ร้อยละ 52.3 กระดูกหักและข้อเคลื่อน และ โรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงของแขนหรือขา ซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้ในชีวิตประจำวันหรือได้บางส่วน ร้อยละ 18.6 และ 16.3 ตามลำดับ โรงพยาบาลสาธารณสุขมีความพร้อมในระดับที่แตกต่างกัน ผู้บริหารทุกคนมีความเห็นว่าควรดำเนินการวางระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลัน

สรุป คณะผู้วิจัยเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลัน 3 แบบ คือ 1. การดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความพร้อม 2. การดำเนินการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ 3. การจัดสร้างโรงพยาบาลกึ่งเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะ ควรต้องมีการวางระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันในระบบสาธารณสุขไทย โดยอาศัยหลักธรรมาภิบาล

ผู้วิจัย

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. พล.ต.นพ.สายนธ์ สวัสดิ์ศรี | 2. นาง กาญจนา อนุรักษกมลกุล |
| 3. นพ.ชาติชาย วงษ์อารี | 4. พญ.ดารณี สุวพันธ์ |
| 5. พ.อ.นพ.ทักษิณ เจียมทอง | 6. รท.นพ.นำ ต้นฐนิตย์ |
| 7. นาย ประวิทย์ จิตนราพงศ์ | 8. นาย พนาสันต์ สุจริตพานิช |
| 9. นพ.ภราดร กุลเกลี้ยง | 10. นพ.วงวัฒน์ ลิ่วลักษณ์ |
| 11. พล.ต.นพ.วัชรพงษ์ คิวเวช | 12. นาง สงวนศรี สุทธิพงษ์ชัย |
| 13. นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์ | 14. นาย อนุวัช ลิละวัฒน์วัฒนา |
| 15. ผศ.นพ.อนุวัฒน์ สุตตันทวิบูลย์ | |

อาจารย์ที่ปรึกษา ศ.นพ.วิโรดิ พาณิษฐ์พงษ์

Abstract (7)

The Model of Sub-acute Rehabilitation in the Elderly in the Thai Public Health System



In order to find a suitable model of sub-acute elderly patient care for the Thai public health system, we reviewed literature from Thailand and international publications, and found that the sub-acute elderly patient care improves quality of life for the patients with no effect to the cost in general. In addition, there are different models and systems in each country. In order to gain a better understanding, the group undertook field research in Songkhla Province at Bangklam Hospital, which had a well established sub-acute rehabilitation model and was referred patients from Hat Yai Hospital. We found that there was a systematic process in place with the medical personnel, resources, and essential equipment provided by Hat Yai Hospital. In addition, there are the supports from other local authorities, the local population, and private sector also. For both sub-acute and long-term care solutions, we studied the flow of patients from Khon Kaen Hospital and the ability of smaller regional public hospitals to receive them. We surveyed 175 in-patients and found that they have a Barthel Index Score from 12 and up in 61.7%, between 5-11 in 23.4%, and less than or equal 4 in 14.9%. Most of them had problems with cardiac, respiratory, kidney and liver disease (52.3%), fractures and dislocations (18.6%), and stroke with hemiparesis and inability to self-care (16.3%). There was variability in the smaller regional hospitals' self-reported ability to care for these patients, therefore our group agreed that a model for sub-acute rehabilitation in the elderly should be developed.

Summary: The researchers would like to propose three models of sub-acute rehabilitation in the elderly as follows: 1. In large tertiary hospitals with enough capacity to do so. 2. Joint operation between the large tertiary and smaller provincial hospitals or primary care units. 3. The construction of a specialized sub-acute rehabilitation hospital.

Suggestion: There should be a system of sub-acute rehabilitation in the elderly patient population in the Thai public health system using the good governance principles.

บทสรุปผู้บริหาร #7

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันในระบบสาธารณสุขไทย

ที่มาและความสำคัญของการศึกษา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มีทั้งระดับการพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งต้องมีความชำนาญเฉพาะด้าน หรือระดับที่สามารถดูแลตนเองได้ จึงมีการนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub-acute rehabilitation) เพื่อกระตุ้นให้มีการฟื้นคืนความสามารถของร่างกาย เพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และ/หรือ เพิ่มความสามารถในการกลับไปทำงาน เนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ และช่วยลดภาวะความพิการซ้ำซ้อนหรือทุพพลภาพ อีกทั้งลดอัตราการครองเตียงและความหนาแน่นของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่งผลให้คณะทำงานเสนอโครงการต้นแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันในระบบสาธารณสุขไทย โดยการพัฒนาศูนย์ศาสตร์การเตรียมความพร้อมทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งระบบ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาปัญหาและความพร้อมของสถานพยาบาลในการรองรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลัน
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันในสถานพยาบาลที่เหมาะสมกับระบบสาธารณสุขไทย

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการอธิบายแบบตัดขวาง ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ขนาดตัวอย่าง จำนวน 182 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และ ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลขอนแก่น และญาติผู้ป่วยจำนวน 175 คน และผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 7 คน ขั้นตอนดำเนินการ 1. ทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันของประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย นอร์เวย์ และ สิงคโปร์ และศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลบางลำภู่ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 2. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบปัญหาและความพร้อมของสถานพยาบาลและผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และความพร้อมของสถานพยาบาลในการรองรับการดูแลผู้ป่วย 3. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สรุปผล 4. ทำเป็นข้อเสนอแนะรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันที่เหมาะสมกับระบบสาธารณสุขไทย

ผลการวิจัย

จากการทบทวนการศึกษาวิจัยพบว่า การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยไม่เพิ่มต้นทุนหรือลดต้นทุน แต่ละประเทศมีรูปแบบและการวางระบบที่แตกต่างกันไปตามบริบทของประเทศ จากการสำรวจข้อมูลภาคสนามเพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันของโรงพยาบาลบางลำภู่พบว่า มีการดำเนินการเป็นระบบ โดยโรงพยาบาลหาดใหญ่สนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือที่จำเป็นให้กับโรงพยาบาลบางลำภู่ และจากการสำรวจปัญหาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่นพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนรวมของดัชนีบาร์เธลตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป, 5-11 คะแนน และ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ร้อยละ 61.7, 23.4 และ 14.9 ตามลำดับ พบอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติของหัวใจ

ปอด ไต ตับร้อยละ 52.3 กระดูกหักและข้อเคลื่อน และ โรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงของแขนหรือขา ซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้ในชีวิตประจำวันหรือได้บางส่วนร้อยละ 18.6 และ 16.3 ตามลำดับ **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

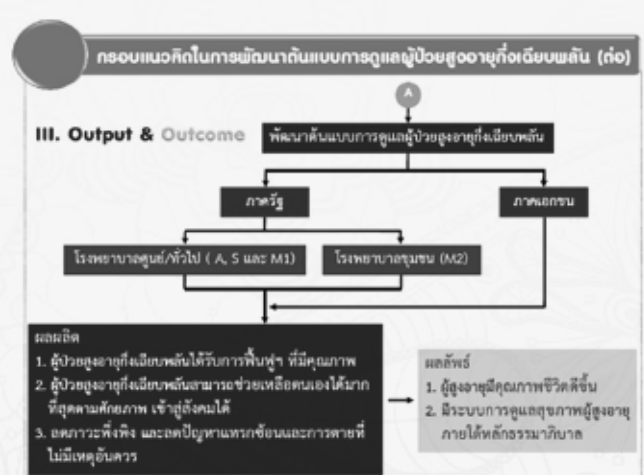
1. ได้ข้อมูลของปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันในระบบสาธารณสุขประเทศไทย
2. ได้แนวทางนโยบายเชิงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันในระยะกลางที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย
3. ลดจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง และเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้น

สรุปข้อเสนอแนะ

คณะผู้วิจัยเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลัน 3 แบบ คือ (1) **โรงพยาบาลเฉียบพลัน ดำเนินการด้านกึ่งเฉียบพลัน** ขยายวันนอนและเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้น จนกระทั่งบรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูฯ แล้วส่งต่อไปกับเครือข่ายตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน (2) **โรงพยาบาลเฉียบพลัน เน้นดำเนินการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ** และ (3) **จัดสร้างโรงพยาบาลกึ่งเฉียบพลันขึ้นมาใหม่** เป็นหอผู้ป่วยชัดเจน หรือสร้างแยกออกไปแบบอิสระ เน้นศูนย์หรือสถาบันด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีกำลังคน มีรูปแบบการดำเนินงานและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐโดยกระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายการให้บริการผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันให้ชัดเจนภายใน 1 ปี โดยมี 3 รูปแบบเป็นแนวทางปฏิบัติ
2. รัฐโดยกระทรวงสาธารณสุขต้องมีธรรมาภิบาลในการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกึ่งเฉียบพลันให้เป็นธรรมและเหมาะสม เช่น ระบบการเงิน การคลัง เป็นต้น
3. สร้างนวัตกรรมด้วยการวิจัย เพื่อหารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน ที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากไม่มีระบบการจัดบริการผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน เปรียบเทียบความคุ้มค่าของการจัดบริการทางการแพทย์ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นในแต่ละรูปแบบ และสามารถเพิ่มผลิตภัณฑ์มวลรวม โดยใช้หลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics)
4. เร่งผลิตบุคลากรรองรับระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลัน (sub-acute care) และพัฒนาองค์ความรู้ด้วยหลักสูตรต่าง ๆ
5. ส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในอนาคต



กลุ่มวิชาการที่ 8

การปฏิรูประบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศอย่างเป็นรูปธรรม ตามหลักธรรมาภิบาล



การปฏิรูประบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ เพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนอย่างเป็นรูปธรรมตามหลักธรรมาภิบาล ควรมุ่งเน้นหลักการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนได้ บุคคลมีหน้าที่ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม ประชาชนมีจิตสำนึกในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รัฐมีหน้าที่ส่งเสริมศักยภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ที่ถูกต้องและทันสมัย ปรับการอภิบาลระบบโดยรัฐเป็นการอภิบาลระบบโดยเครือข่าย เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใสพร้อมที่จะจัดการกับภัยคุกคามต่อสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอยู่ในปัจจุบัน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. ปฏิรูประบบการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของประเทศ ตั้งแต่ระดับชาติ ระดับเขต จนถึงระดับท้องถิ่น โดยมีคณะทำงานเฉพาะด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรม
2. ปฏิรูประบบลงทุนในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคอย่างบูรณาการให้มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า
3. ปฏิรูประบบฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะ

คณะผู้วิจัย

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. รศ.นพ.ชาญวิทย์ ทริพุถรัตน์ | 2. นพ.ณรงค์ฤทธิ์ ฮาวังลี |
| 3. นพ.ดนัย ธีวันดา | 4. นส.ทิพวรรณ อุทัยสง |
| 5. นาง วีรดา สุธีรัฐดี | 6. พล.อ.อ.นพ.ธีระภาพ เสนะวงษ์ |
| 7. รศ.นพ.บุรพา กาญจนบัตร | 8. นาย ปรีชา ธรรมพิภพ |
| 9. นาง เปรมฤดี สุวรรณทัต | 10. นาย สพัชนนทร์ เซสพีเดส |
| 11. นพ.สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ | 12. รศ.พญ.อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์ |
| 13. นพ.อุดม อัสวุตมางกูร | |

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร

Abstract (8)

National Health Promotion Based on Good and Disease Prevention Reform Governance



Objectives: To study and analyze the Thai national health promotion system, to apply good governance principles in the management of the health promotion system, and to set up corrective measures and policy guidelines for improving the national health promotion system.

Methods: This was a qualitative study using a documentary review and in-depth interviews with medical personnel (academic and administrative), medical staff, staff from private agencies, and social and community representatives. The acquired data were analyzed and used in making recommendations for reforming the national health promotion system through the application of good governance principles.

Results: National health promotion and disease prevention reform on good governance should empower Thai citizens to build health promoting and self-caring community. All citizens should receive medical and health services according to the established standards in an equitable manner in line with relevant laws and regulations. The communities and local administrative organizations should receive adequate support or resources from the government to set up and run their own health centers as well as community health services, including health promotion and disease prevention, with effective information technology and communication systems in a transparent and sustainable manner.

Suggestions: Three strategic recommendations for national health promotion system reform for Thailand are:

1. Reform all levels of health promotion and disease prevention, from the national level down to the local level with a specific health policy board in each level.
2. Reform a financial support for health promotion and disease prevention. Financial Commissioning Board will be established to control and manage resources for maximum efficiency.
3. Reform an information technology and communication systems of the health promotion and disease prevention database system for efficiency and effectiveness.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #8

การปฏิรูประบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทยอย่างเป็นรูปธรรม ตามหลักธรรมาภิบาล



การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการใช้ชีวิต และโรคที่เกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ นโยบายและทิศทางการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทยที่ไม่ชัดเจนและซ้ำซ้อน จึงควรมีการปฏิรูประบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทย เพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนอย่างเป็นรูปธรรม จึงนำมาสู่การศึกษาของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4 กลุ่มที่ 8 โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ระบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของประเทศไทย ศึกษาแนวคิดระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทยที่สอดคล้องตามหลักธรรมาภิบาล และเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอนาคตที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยมีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยการศึกษาจากเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มประชากรได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ในกลุ่มวิชาการ กลุ่มทางด้านนโยบาย กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน กลุ่มภาคเอกชน และกลุ่มภาคประชาชนและสังคม วิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การเสนอรูปแบบระบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของประเทศไทยตามหลักธรรมาภิบาล

ผลการศึกษาพบว่าระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทยควรมุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนบุคคล ท้องถิ่น และชุมชนให้สามารถจัดการกับสุขภาพตนเองและชุมชนได้ ประชาชนมีจิตสำนึกในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รัฐมีหน้าที่ส่งเสริมศักยภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัย การสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีศูนย์กลางจัดเก็บข้อมูล และกระจายข้อมูลประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาระบบการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน โปร่งใส รวมถึงการจัดสรรงบประมาณให้ครอบคลุมทั่วถึงทุกภาคส่วนตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่

สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

3 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. ปฏิรูประบบการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของประเทศไทย ตั้งแต่ระดับชาติ ระดับเขต จนถึงระดับท้องถิ่น โดยมีคณะทำงานเฉพาะด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทุกระดับเป็นรูปธรรม

มีกลไกระดับชาติที่ บูรณาการทุกภาคส่วนในการจัดการและพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นให้เกิดการบริการจัดการระดับจังหวัดและให้ส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการปฏิบัติการ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม และมีคณะทำงานเฉพาะด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่

1.1 คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board) กำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่กลั่นกรองนโยบายสำคัญด้านสุขภาพ บูรณาการงาน/นโยบายสุขภาพระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มอบหมาย/สั่งการแนวทางปฏิบัติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควบคุมกำกับผลการดำเนินการตามนโยบาย

1.2 คณะกรรมการสุขภาพเขต (Area Health Board) ประกอบด้วย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารเขตสุขภาพประชาชน 12 เขต และกรุงเทพมหานคร มีบทบาทหน้าที่ในการแปลงนโยบาย/ยุทธศาสตร์ของรัฐส่วนกลางไปสู่นโยบายและยุทธศาสตร์ในเขต และจังหวัด ผลักดันให้เกิดการปฏิบัติ รวมทั้งวางระบบการติดตาม ควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน และขยายผลในรูปแบบ District Health Service ติดตามกำกับสถานบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขในภาพรวมของเขตสุขภาพ

1.3 คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด (Provincial Public Health Board) ที่มีองค์ประกอบจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งจากส่วนราชการต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายภาคพลเมือง องค์กรเอกชน ภาคเอกชนรวมทั้ง องค์กรชุมชน ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และเห็นชอบแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่สอดคล้องกับบริบทและปัญหาสุขภาพของประชาชนในจังหวัดที่เสนอจากคณะกรรมการระดับอำเภอ และติดตามกำกับสถานบริการสุขภาพระดับจังหวัด

1.4 อนุกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board) ทำหน้าที่เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่สอดคล้องกับบริบทและปัญหาสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นนั้นๆ สนับสนุนส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสาธารณสุข

1.5 คณะกรรมการสถานบริการสุขภาพ/ผู้ให้บริการ (Provider Commissioning Board) ประกอบด้วย คณะกรรมการ/คณะผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ มีหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้บริการสุขภาพประชาชนโดยตรงและโดยอ้อม ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งโรงพยาบาลของสถาบันการศึกษาของทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ และโรงพยาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

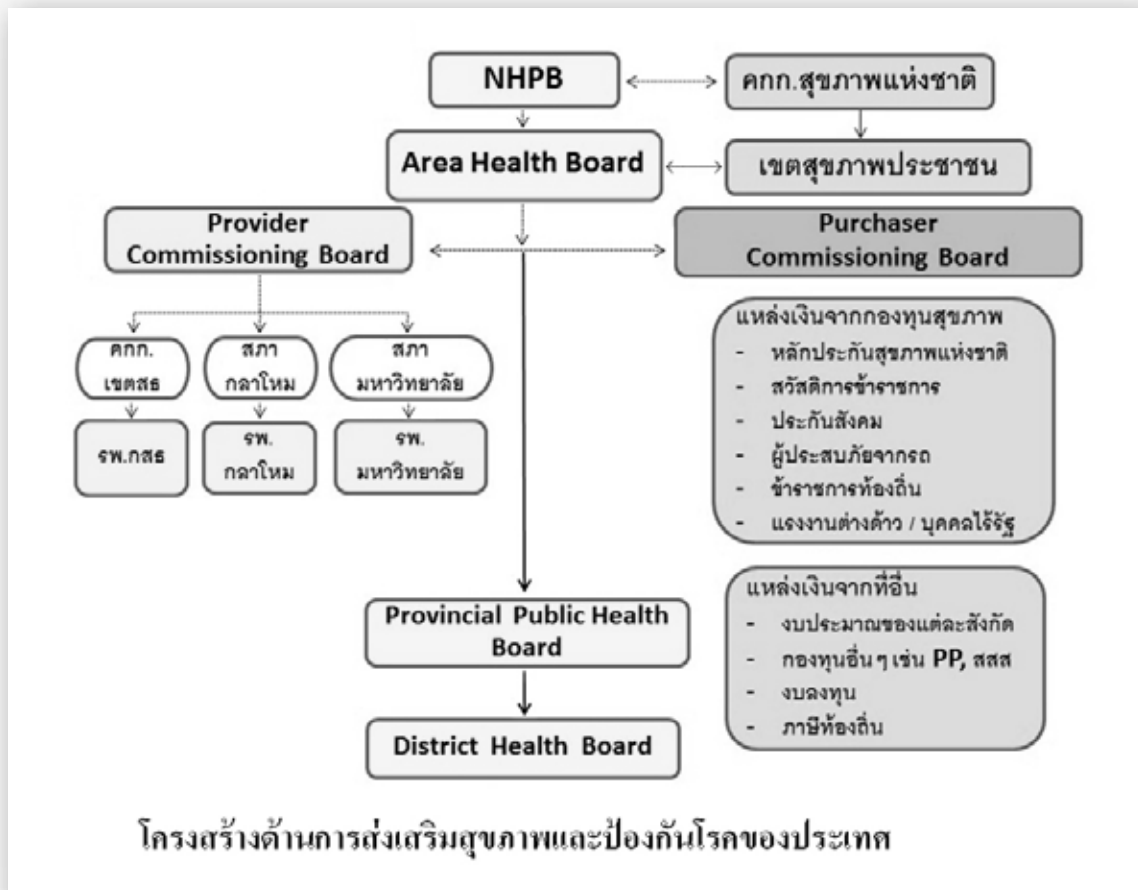
1.6 คณะกรรมการ/ผู้บริหารแหล่งเงินทุน (Purchaser Commissioning Board) ประกอบด้วย คณะกรรมการ/ผู้บริหารแหล่งเงินทุนต่าง ๆ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพสวัสดิการ ประกันสังคมท้องถิ่น เป็นต้น รวมถึงกองทุนจากหน่วยงาน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) และหน่วยงานอื่นๆ

2. ปฏิรูประบบลงทุนในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคอย่างบูรณาการให้มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

โดยเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อการลงทุนในมาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นรูปธรรมให้มีอัตราการเพิ่มด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ต่ำกว่าอัตราเพิ่มด้านการรักษาพยาบาล จัดตั้งคณะอนุกรรมการบริหารการเงินการคลังเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บูรณาการการใช้จ่ายงบประมาณ ที่มีแหล่งเงินทุนอยู่ในหลายภาคส่วน ให้งบประมาณถูกจัดสรรลงไปในที่ที่เหมาะสม เพื่อการใช้จ่ายเงินจะเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนทุกคน

3. ปฏิรูประบบฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะ

โดยพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการและเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ มีความทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน จัดตั้งศูนย์กลางการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ และให้มีการปฏิรูปการประชาสัมพันธ์และสร้างสื่อที่มีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่า เพื่อให้ประชาชน มีความรู้ เข้าใจ ตระหนักรู้ ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



กลุ่มวิชาการที่ 9

พฤติกรรม ความคิดเห็น และผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร
ที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์



ที่มา: การรับและส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพทางสื่อสังคมออนไลน์ในประเทศไทยกำลังแพร่กระจายเป็นวงกว้างอย่างรวดเร็วซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหากขาดการพิจารณาข้อมูลเหล่านั้นอย่างระมัดระวัง

วัตถุประสงค์: งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม ความคิดเห็น และผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ และศึกษาแนวทางการป้องกัน ควบคุม แก้ไข และการให้ความรู้ด้านการบริโภคสื่อสังคมออนไลน์โดยหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง

วิธีการ: งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาพฤติกรรม ความคิดเห็น และผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรโดยให้ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในกรุงเทพมหานครซึ่งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ตอบแบบสอบถาม นอกจากนี้ยังได้สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่รัฐจำนวน 5 คน และผู้สื่อข่าว 1 คน ข้อมูลที่ได้รับนำมาวิเคราะห์เชิงสถิติและการวิเคราะห์แนวคิด

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์เกือบทุกวัน คิดว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นประโยชน์และเชื่อถือได้ การตรวจสอบที่มาและความถูกต้องของข้อมูลนั้นจะทำนานๆครั้ง ส่วนใหญ่จะมีการส่งต่อข้อมูลและทำตามเป็นบางครั้ง มีการพิจารณาถึงข้อจำกัดของตนเองและไม่เคยได้รับความเสียหายจากการปฏิบัติตามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ เมื่อพบว่าข้อมูลที่ได้รับไม่เป็นความจริงแล้ว จะไม่สนใจข้อมูลนั้นอีก ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีลักษณะแตกต่างกันมีความสัมพันธ์ที่แตกต่างกับพฤติกรรมหรือผลกระทบที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์

บทสรุป: ถึงแม้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์เกือบทุกวัน แต่ก็ไม่ได้เคยได้รับความเสียหายจากการปฏิบัติตามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ และในปัจจุบันได้มีหน่วยงานภาครัฐหลายหน่วยงานที่ดูแลและควบคุมการใช้สื่อออนไลน์ และให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชน รวมทั้งมีกฎหมายบังคับใช้อยู่แล้วหลายมาตรา

คณะผู้วิจัย

- | | |
|-------------------------------|---------------------------|
| 1. รศ.นพ.สุรศักดิ์ อังสุวัฒนา | 2. น.ส. เกศมณี แยมกลีบบัว |
| 3. นาง พรพนิต รัตนกุล | 4. นาย วีระชัย ชมสาคร |
| 5. นาย อรรถการ พูเจริญ | 6. นาย ขวัญชัย โชติพันธุ์ |
| 7. นาย อนุรุทธิ์ นาคาศัย | 8. ผศ.พญ.นันทนา ชุมช่วย |
| 9. นาง สุภาณูญา พงษ์ศิริ | 10. นาย สิงห์ชัย พุ่งทอง |
| 11. นาง ปานทิพย์ คนสมบุญ | |

อาจารย์ที่ปรึกษา ศ.นพ.ประวิตร อัครวานนท์

Abstract (9)

The Behaviors, Opinions, and Impact on Health of Bangkok Citizens Who Received Health Information through Social Medias



Background

Sharing and receiving health information through social media is spreading rapidly and it is hard to control such behavior. The careless judgment on health information may lead to a dangerous impact on people's health.

Objectives

This survey has a purpose to explore behaviors, opinions and impact on health of people who reside in Bangkok Metropolis once they receive the information or instruction on health issue through social media. It also focuses on studied the process of management and providing education for consumers from state agency and relevant private agency perspectives.

Methods

A purposive survey was conducted to identify the behavior, opinions, and effect on personal health of sampling population in Bangkok who receiving health information through social media. Five government authorities and one journalist were interviewed. individually Data were analyzed using SPSS and framework conceptual analysis.

Results

The survey found that most participants received health information or suggestions through social medial almost every day, in which the information was perceived likely useful and reliable. The source of such information is inspected from time to time. The participants usually verify the health information by themselves and sometimes follow the information or share it to others. It was also established that the limitation of participants is in their consideration and not once that following the health information cause them serious damages. When the false health information is detected, it will be neglected. The different characters of participants based on their gender, age, occupation, education level, and period of using social media result in various relationships to their behaviors, opinions and health.

Conclusion

Although most participants frequently received and shared health information through social media, they rarely got a harmful result. At present, there are several government agencies that regulate social media usage and provide valid information. Law enforcement has been already used in several sections.

บทสรุปผู้บริหาร #9

พฤติกรรม ความคิดเห็น และผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร
ที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์



การรับและส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพทางสื่อสังคมออนไลน์ในประเทศไทยกำลังแพร่กระจายเป็นวงกว้างและยากที่จะควบคุม ข้อมูลที่ถูกส่งต่อๆ กันนั้นบางส่วนไม่สามารถระบุแหล่งที่มา ไม่มีข้อเท็จจริง และเชื่อถือไม่ได้ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ที่ปฏิบัติตามข้อมูลนั้นๆ โดยไม่ได้ตรวจสอบให้ดีเสียก่อน การวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการสำรวจและวิเคราะห์พฤติกรรม ความคิดเห็น และผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ และศึกษาแนวทางการป้องกัน ควบคุม แก้ไข และการให้ความรู้ด้านการบริโภคสื่อสังคมออนไลน์โดยหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง

ประเด็น	ลักษณะที่พบบ่อยที่สุด	ร้อยละ
พฤติกรรม		
ความถี่ของการได้รับข้อมูล	เกือบทุกวัน	44.10
ความถี่ของการตรวจสอบที่มาของข้อมูล	นานๆ ครั้ง	41.35
ความถี่ของการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	นานๆ ครั้ง	42.86
วิธีที่ใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	ค้นคว้าด้วยตนเอง	53.68
การส่งต่อข้อมูล	ส่งต่อบางครั้ง	57.89
การตอบสนองเมื่อได้รับข้อมูล	ทำตามบางครั้ง	78.20
การพิจารณาข้อจำกัดของตนเองก่อนปฏิบัติตามข้อมูล	เคย	52.63
การตอบสนองเมื่อได้รับความเสียหายจากการปฏิบัติตามข้อมูล	เลิกอ่านและไม่ส่งต่อให้ผู้อื่น	36.34
การตอบสนองเมื่อพบว่าข้อมูลไม่เป็นความจริง	เลิกอ่านและไม่ส่งต่อให้ผู้อื่น	41.60
ความคิดเห็น		
เห็นว่าข้อมูลมีประโยชน์	ค่อนข้างมาก	54.39
เห็นว่าข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ	ค่อนข้างมาก	35.09
หน่วยงานที่จะร้องเรียนหากได้รับผลกระทบ	สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภค	20.13
คุณลักษณะของหน่วยงานที่ควรทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูล	หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง	65.54
ผลกระทบต่อสุขภาพ		
การได้รับความเสียหายจากการปฏิบัติตามข้อมูล	ไม่เคย	86.97

ประชากรตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากทางสื่อสังคมออนไลน์เกือบทุกวัน โดยคิดว่าข้อมูลดังกล่าวมีประโยชน์และเชื่อถือได้ค่อนข้างมาก โดยไม่ค่อยได้ตรวจสอบที่มาหรือความถูกต้องของข้อมูล มีการปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับกันบ้าง ส่งต่อกันบ้างบางครั้ง แต่มีน้อยมากที่จะเกิดปัญหาต่อสุขภาพจากการปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งคาดว่าจะเป็นผลมาจากการที่ประชาชนส่วนใหญ่มักจะพิจารณาข้อจำกัดของตนเองก่อนปฏิบัติตามข้อมูล และสามารถสืบค้นหาข้อเท็จจริงของข้อมูลต่างๆ ได้เองจากการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์

นอกจากนี้พฤติกรรมและความคิดเห็นของประชากรตัวอย่างยังมีความสัมพันธ์กับสถานภาพด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่แตกต่างกัน

ในปัจจุบันได้มีหน่วยงานของรัฐซึ่งทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ควบคุม และดูแลการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่แล้วหลายหน่วยงาน มีการออกกฎหมายหรือข้อบังคับต่างๆ หลายมาตรา หน่วยงานเหล่านั้นอยู่ในสังกัดของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ แต่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวมากนัก จึงเห็นควรให้หน่วยงานต่างๆ เหล่านี้เร่งประชาสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ และผลงานของหน่วยงานให้ประชาชนได้รับทราบอย่างทั่วถึง และมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง

กลุ่มวิชาการที่ 10

การแก้ปัญหายาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม

: รูปแบบการจัดสรรงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการจัดสรรงบประมาณลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อแก้ปัญหายาเสพติดของประเทศ และเสนอแนวทางนำรูปแบบที่เหมาะสมไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในท้องถิ่น ที่ยังมีสถานการณ์รุนแรงมากในประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของ ประชาชนในสังคม ความมั่นคงและเศรษฐกิจของประเทศ มีผู้เสพยาใหม่เพิ่มขึ้นทุกวัน รวมทั้ง ผู้เสพยาที่ผ่านการบำบัดรักษากลับมาเป็นผู้เสพยาซ้ำในปริมาณสูง การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ประกอบด้วยการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์ตัวต่อตัวเจาะลึก (in-depth interview) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่ ผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 3 แห่ง โดยใช้ กรอบแนวคำถามและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา การวิจัยเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบสอบถามประชากรที่ศึกษา คือ อบต. ทั่วประเทศ จำนวน 621 แห่ง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยการหาค่าร้อยละ ค่า Chi-Square และ Fisher's exact test เพื่อหาความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบ การจัดสรรงบประมาณในการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดควรเปลี่ยนไปจากการจัดสรรจากส่วนกลางเป็นการ จัดสรรตรงสู่ท้องถิ่น เพื่อแก้ปัญหากับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผล ส่วนแหล่งงบประมาณ ที่จะจัดสรรให้ท้องถิ่นนั้น ควรจะเป็นจากแหล่งเงินอื่น (เช่น เงิน สสส. หรือเงินที่มีลักษณะเดียวกันอื่นๆ) หรือสำหรับท้องถิ่นที่มีเงินงบประมาณมาก ก็อาจจะมาจากการกักงบประมาณของท้องถิ่นมาเป็นงบ งบประมาณเพื่อแก้ปัญหา ยาเสพติดโดยตรง จากผลการวิจัยจึงมีข้อเสนอทางนโยบายให้ชุมชนมีบทบาท หน้าที่โดยตรงในการแก้ปัญหา ยาเสพติดต้องผ่านการจัดสรรงบประมาณโดยตรงสู่ท้องถิ่นที่ตั้งของชุมชนนั้น และปรับเปลี่ยนบทบาทหน่วยงานส่วนกลางไปเป็นผู้ให้การส่งเสริม สนับสนุน และกำกับดูแลแทน รวมทั้ง คณะผู้วิจัยได้เสนอแนวทางการบริหารจัดการทั้งระดับนโยบาย และระดับการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ เพื่อให้การแก้ปัญหา ยาเสพติดของประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและสัมฤทธิ์ผล ตามหลักธรรมาภิบาล

คณะผู้วิจัย

1. นาง สุวณา สุวรรณจุฑะ
2. นาย ดุลิต เขมะศักดิ์ชัย
3. นพ.ไตรยฤทธิ์ เตมทิวังค์
4. พญ.ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์
5. นาง รัตนา ดัณฑกุลนินา
6. นพ.เรืองฤทธิ์ ธรรมกุล
7. นาวาเอก นพ.วิชัย มนัสศิริวิทยา
8. ศ.นพ.วินัย วนานุกุล
9. นส.ศิริพันธ์ บุรณะวรกุล
10. นาย จิรวัดน์ สุภรณ์ไพบูลย์
11. นาง อุไรวรรณ มณีโชติ

อาจารย์ที่ปรึกษา ดร. ถวิลวดี บุรีกุล

Abstract (10)

Solving the Drug Problem by Community Participation : A Budget Allocation Model for Local Governments



Objective

To develop a budget allocation model for solving drug abuse problems by reviewing the epidemiology, the policies from the central government and the ways that local communities solved drug abuse problems by themselves. This model was also verified by community representatives with respect to good governance.

Research Methodology

This study is a qualitative research. Relevant documents were reviewed and analyzed to develop a budget allocation model. We use good governance as a guideline to develop two questionnaires. One is a self-rating questionnaire, the other is a structured questionnaire for in-depth interview. The self-rating questionnaires were distributed to 621 local governments by mail. Three representatives from 3 local governments differentiated by size of the community (small, medium and large) were interviewed in-depth. Data obtained was presented as percentage and compared between groups using Chi-Square or Fisher's exact tests. The p-value of 0.05 is considered as statistically significant.

Results

To solve drug abuse problems efficiently, the budget should be allocated to local governments rather than through the central government agencies and specifically used for solving drug abuse problems only. The source of the budget should come from other sources rather than from the government budget such as from funding from Thai Health Promotion Foundation or the like and from the local government budget itself.

Suggestions

The budget should be allocated directly to the local governments that are engaged in solving the drug problem. The central government should change the role to be the supporter and controller. Moreover, guidelines for management at the policy and operational levels are proposed so that successful solving of the drug problem in Thailand can be achieved efficiently and effectively according to the good governance principles.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #10

การแก้ปัญหายาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม
: รูปแบบการจัดสรรงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



ปัญหาเสพติดไม่ได้มีเพียงปัญหาอันเนื่องมาจากสารเสพติดที่มีผลต่อร่างกายบุคคลเท่านั้น แต่ยัง มีผลกระทบวงกว้างไปยังปัญหาสังคมด้านอื่นๆ เช่น ความปลอดภัย เศรษฐกิจ และการเมือง ที่ผ่านมา รัฐบาลพยายามแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยมีแผนยุทธศาสตร์เพื่อระดมความร่วมมือของทุกภาคส่วนให้เข้ามา ร่วมมือตามแนวทางที่รัฐบาลได้กำหนด แต่จากข้อมูลเชิงประจักษ์กลับพบว่าปัญหายาเสพติดระดับประเทศ ไม่ได้ลดลง อย่างไรก็ตามปัญหายาเสพติดในระดับโลกก็ไม่ลดลงเช่นกัน สำหรับประเทศไทยนั้นปัญหานี้ กลับทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน การศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการ บำบัดรายใหม่ส่วนใหญ่เป็นเยาวชน นอกจากนี้ยาเสพติดที่เยาวชนเสพยาเพิ่มขึ้นทั้งชนิดและปริมาณของ การเสพยา ทำให้ดูเหมือนว่าการแก้ปัญหายาของรัฐบาลที่ใช้การกำหนดนโยบายและการปฏิบัติจากส่วนกลางลงมา อาจจะไม่ได้อะไรและอยู่ในทางตัน

ท่ามกลางปัญหายาเสพติดที่รุมเร้าเข้ามา กลับปรากฏว่ามีชุมชนหลายแห่งได้เริ่มมองเห็นว่าปัญห ยาเสพติดในชุมชนนั้นน่าจะเป็นปัญหาของชุมชนเองและชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ไข การรอคอย ให้ภาครัฐมาแก้ไขโดยใช้กระบวนการของส่วนกลางอาจจะไม่ประสบความสำเร็จ จึงได้มีการพัฒนาโดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาแก้ปัญหายา ร่วมกับระบบเครือข่ายไตรภาคี นำทรัพยากรของภาครัฐ เอกชนและชุมชน เข้ามาร่วมแก้ปัญหายาตามบริบทของชุมชนผ่านเวทีประชาคม กระบวนการนี้รู้จักกันในนาม “ชุมชนเข้มแข็ง” ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาต่อยอด เพื่อให้ “ระบบชุมชนเข้มแข็ง” มีความยั่งยืนและมีการ สร้างแม่แบบ จึงกลายมาเป็นชุมชนที่ได้รับ “กองทุนแม่ของแผ่นดิน” กองทุนแม่ของแผ่นดินนี้เกิดจาก พระบรมราโชวาทและมีกระแสพระราชดำรัสของสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถที่ทรงแสดง ความห่วงใยเกี่ยวกับปัญหายาเสพติด โดยพระองค์ได้ทรงพระราชทานทรัพย์สินส่วนพระองค์ เพื่อให้ราษฎร อาสาป้องกันยาเสพติดใช้ทำงานแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ปัจจุบันรัฐบาลได้ออกแผน “ประชารัฐร่วมใจ สร้างหมู่บ้าน/ชุมชนมั่นคง ปลอดภัยยาเสพติด พ.ศ. 2559-2560” ซึ่งได้นำเอาเรื่องของชุมชนเข้มแข็ง เข้ามาเป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติการแก้ไขปัญหายาเสพติด

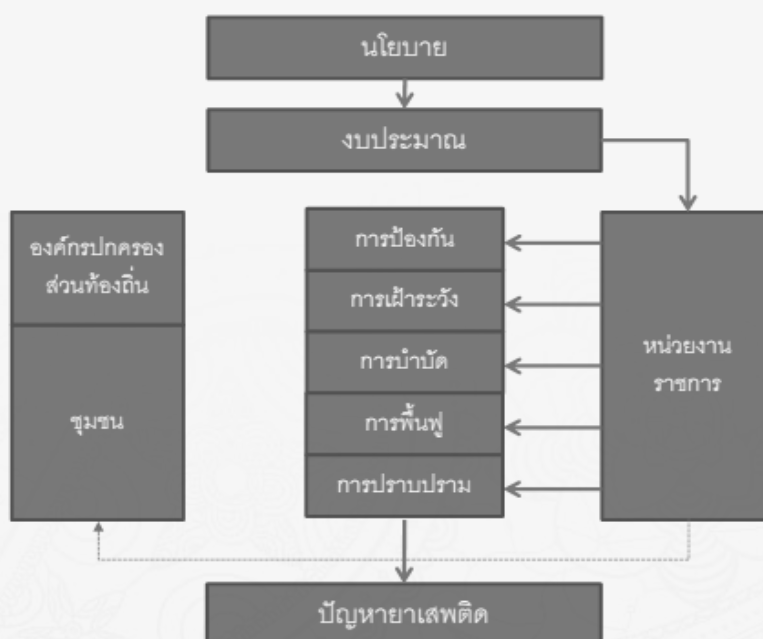
ชุมชนที่พัฒนาเป็นชุมชนเข้มแข็งจนสามารถแก้ไขปัญหายาในชุมชนได้นั้น พบว่ามีปัจจัยร่วมคือการที่ ชุมชนมีกรอบแนวคิด “ปัญหาเป็นของเรา” ซึ่งรัฐบาลได้กำหนดกรอบกระบวนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง เป็น 9 ขั้นตอน โดย 4 ขั้นตอนแรกผู้ดำเนินการหลักคือวิทยากรกระบวนการ เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้จน สามารถส่งมอบให้ชุมชนดำเนินการต่อในเวทีประชาคม

อุปสรรคสำคัญของการแก้ปัญหายาโดยใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็งนั้นคือ เงินทุนหรือเงินงบประมาณ เพื่อนำมาดำเนินการ ที่ผ่านมาในช่วงต้น เงินทุนนั้นได้จากการระดมทุนตามความสมัครใจของคนในชุมชน แต่เมื่อมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องระยะยาว ก็พบปัญหาเรื่องเงินงบประมาณ ทำให้ไม่สามารถดำเนินการ ได้อย่างต่อเนื่องตามที่ต้องการ ดังนั้นงบประมาณจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้กระบวนการต่างๆ ดำเนิน ได้อย่างต่อเนื่อง ความร่วมมือขององค์กรไตรภาคี โดยเฉพาะการรับบริการภาครัฐที่ไม่อยู่ในแผนงบประมาณ หรืองบประมาณส่วนกลางไม่สามารถกระจายลงมาถึงระดับท้องถิ่น

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประกอบด้วยการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์ตัวต่อตัวเจาะลึก (in-depth interview) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่ ผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 3 แห่ง โดยใช้กรอบแนวคำถามและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การวิจัยเชิงปริมาณ ดำเนินการโดยใช้แบบสอบถาม ประชากรที่ศึกษา คือ อบต. ทั่วประเทศ มีการสุ่มตัวอย่าง อบต. ทั่วประเทศจำนวน 621 แห่งและส่งแบบสอบถามให้ตอบกลับทางไปรษณีย์ แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องมือทางสถิติ

ผลการวิจัยพบทั้งจากการสัมภาษณ์ตัวต่อตัวเจาะลึก และแบบสอบถามให้ข้อสรุปที่สอดคล้องว่ารูปแบบการจัดสรรงบประมาณในการแก้ไขปัญหาเสพติดควรเปลี่ยนไปจากการจัดสรรจากส่วนกลางเป็นการจัดสรรตรงสู่ท้องถิ่น เพื่อแก้ปัญหาที่ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผล ส่วนแหล่งงบประมาณที่จะจัดสรรให้ท้องถิ่นนั้น ควรจะเป็นจากแหล่งเงินอื่น (เช่น เงิน สสส. หรือเงินที่มีลักษณะเดียวกันอื่นๆ) หรือสำหรับท้องถิ่นที่มีเงินงบประมาณมาก ก็อาจจะมาจากการกั้นงบประมาณของท้องถิ่นมาเป็นงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาเสพติดโดยตรง ผลการวิจัยจึงมีข้อเสนอทางนโยบายให้ชุมชนมีบทบาทและหน้าที่โดยตรงในการแก้ปัญหาเสพติดผ่านการจัดสรรงบประมาณโดยตรงสู่ท้องถิ่นที่ตั้งของชุมชนนั้นและปรับเปลี่ยนบทบาทหน่วยงานส่วนกลางไปเป็นผู้ให้การส่งเสริม สนับสนุน และกำกับดูแลแทน รวมทั้งคณะผู้วิจัยได้เสนอแนวทางการบริหารจัดการทั้งระดับนโยบาย และระดับการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ เพื่อให้การแก้ปัญหาเสพติดของประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและสัมฤทธิ์ผลตามหลักธรรมาภิบาล

กลไกการแก้ปัญหาในปัจจุบัน



1. ราชการส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค
ส่วนราชการส่วนกลางควรทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และจัดสรรงบประมาณไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ

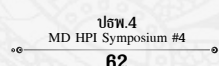
ส่วนราชการส่วนกลางควรทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และจัดสรรงบประมาณไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ

2. องค์ประกอบโครงสร้างส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรทำหน้าที่ร่วมกับภาคชุมชนดำเนินการผ่านกรอบ กระบวนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเป็น 9 ขั้นตอน ทั้งนี้ใน 4 ขั้นตอนแรก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนวิทยากรและกระบวนการ เพื่อดำเนินการสร้างความตระหนักของชุมชน ส่วน 5 ขั้นตอนที่เหลือ ชุมชนควรจะดำเนินการเอง โดยตัวแทนของส่วนราชการส่วนภูมิภาคให้การสนับสนุนและกำกับ อย่างไรก็ตาม บางชุมชนที่พร้อมอาจจะดำเนินการเองทั้ง 9 ขั้นตอน

ส่วนสนับสนุนชุมชน เช่น ชุมชนต้นแบบเพื่อเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินการของภาคชุมชน ภาค
เครือข่ายประชาสังคม เป็นส่วนเชื่อมโยงและสนับสนุน

แนวคิด: กลไกการแก้ปัญหาใหม่





โครงการ กิจกรรมเพื่อสังคม



โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทาง ร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 1 (ปธพ.1)

เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2556 เวลา 10.00 น. พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชา ทินัดดามาตุ เสด็จไปยังมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทรงเป็นประธานในพิธีเปิด “โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ”



จัดโดยแพทย์สภาร่วมกับสถาบันพระปกเกล้า โดยนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร ธรรมภิบาล สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์รุ่นที่ 1 (ปธพ.1) ร่วมกับ สมาคมแห่งสถาบันพระปกเกล้า และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ จะให้บริการ แก่ประชาชนอย่างครบวงจร รวมถึงการตรวจคัดกรอง การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาระดับปฐมภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ โดยมีทีมแพทย์อาสาสมัครจำนวนมาก มีการจัดการแบ่งกลุ่มการให้บริการออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1.การตรวจคัดกรอง 2.การรักษาพยาบาล และ 3.การส่งเสริมสุขภาพด้วยทีม แพทย์อาสาเฉพาะทางจำนวน 20 คลินิก

ทั้งนี้ ทางนักศึกษาได้ตั้งใจดำเนินการขอบันทึก “สถิติโลกกินเนสบุ๊ก” (Guinness Book World Record) เป็นการเทิดพระนามและถวายเป็นพระราชกุศลแด่ทั้ง 2 พระองค์ โดยให้บริการตรวจตา 450 คน ใน 1 ชั่วโมง พร้อมด้วยทีมแพทย์อาสาสมัครอีกกว่า 300 ราย ซึ่งการออกหน่วยแพทย์อาสา เฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ นับเป็นครั้งแรกที่โครงการฯ จะลงพื้นที่ให้บริการแก่ประชาชนในเขต จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดใกล้เคียง โดยมีประชาชนที่สนใจเข้าร่วมรับบริการ 2,672 คน จำนวนครั้งที่ให้บริการ 3,207 ครั้ง

โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทาง ร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 2 (ปธพ.2)

เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2557 เวลา 15.00 น. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี เสด็จฯ เป็นองค์ประธานเปิดโครงการแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจ เฉลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ ครั้งที่ 2



ณ โรงพยาบาลหัวหิน และโรงเรียน พณิชยการหัวหิน ซึ่งจัดขึ้นโดยความร่วมมือร่วมใจของนักศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตรบริหารมาภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์รุ่นที่ 2 แพทย์สภา ร่วมกับสถาบันพระปกเกล้า กระทรวง สาธารณสุข และสำนักงานจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์

โครงการนี้มีกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม ได้แก่ การออกหน่วยตรวจรักษาประชาชนผู้เจ็บป่วย ด้วยโรคทั่วไปจนถึงโรคซับซ้อนขั้นสูง ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพชุมชน โดยบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขาร่วมกับนักศึกษาในหลักสูตรฯ บุคลากรภาครัฐและ ภาคเอกชน กิจกรรมดังกล่าวจัดขึ้นตั้งแต่วันที่ 08.00 - 18.00 น. มีบริการทั้งสิ้น 18 คลินิกแพทย์เฉพาะทาง โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร กว่า 500 คน จากหลายสถานพยาบาลชั้นนำเปิดให้บริการตรวจรักษา ผ่าตัด รับประทาน ครบวงจร โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ทั้งตรวจรักษาโรคเด็กโรคผู้สูงอายุ โรคปอด โรคหัวใจ ไทรอยด์ ผ่าตัดโรคหูน้ำหนวก ส่องกล้องกระเพาะอาหาร ขยายเส้นเลือดหัวใจ ผ่าตัดสมองตรวจอัลตราซาวด์ แมมโมแกรม ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต แพทย์แผนไทย ผังเข็ม บริการถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน เป็นต้นมีผู้เข้ารับบริการคือประชาชนในอำเภอหัวหิน ในพื้นที่ โดยรอบและใกล้เคียง ประชาชนในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี และใกล้เคียงโดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทุกภาคส่วน รวมผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการตรวจรักษาในโครงการแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 2 เป็นจำนวนทั้งหมด 4,773 ราย

ในเวลา 17.00 - 18.00 น. มีกิจกรรมเจริญพระพุทธรูป “สวดพระปริตร” อธิษฐานจิตปฏิบัติบูชา นำโดย พระอาจารย์อารยวังโส พระวิปัสสนาจารย์สายปฏิบัติหลวงปู่มั่น ฐิตัตตเถระเจ้าอาวาสวัดป่า พุทธพจน์หรือภูชีโย จ.ลำพูน เพื่อน้อมเกล้าฯ ถวายพระราชกุศลแด่องค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ อันเป็นโอกาสมงคลของชาวไทยทุกคน



โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทาง ร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 (ปธพ.3) ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี



เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2558 ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย องคมนตรี เป็นประธานในพิธีเปิดโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยได้จัดกิจกรรมตรวจรักษาโรคเฉพาะทาง โดยแพทย์เฉพาะทาง ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร กว่า 500 คน จากหลายสังกัดโรงพยาบาล ตลอดจนราชวิทยาลัยแพทย์ มาตรวจรักษาให้แก่ประชาชนในพื้นที่โดยรอบจังหวัดกาญจนบุรี

จัดกิจกรรมการตรวจรักษาโรค 18 คลินิกแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่

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

มีประชาชนเข้ารับการตรวจรักษาทั้งสิ้น 6,090 คน และมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 13,690 คน ซึ่งโครงการฯ ดำเนินงานสำเร็จลุล่วง สมดังวัตถุประสงค์ทุกประการ

โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทาง ร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 4(ปธพ.4) ณ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา



เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2559 ณ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย องคมนตรี ให้เกียรติเป็นประธานในพิธีเปิดโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทาง ร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 4 เพื่อเฉลิมพระเกียรติและน้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ ตลอดจนแสดงความจงรักภักดีต่อองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ เนื่องด้วยทั้งสองพระองค์ทรงห่วงใยในทุกข์สุขตลอดจนสุขภาพของราษฎรมาโดยตลอด และเทิดพระเกียรติในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมายุ 84 พรรษา บรมราชินีนาถ โดยนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร ธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4 (ปธพ.4) ร่วมกับแพทย์สภา และสถาบันพระปกเกล้า ได้จัดกิจกรรมตรวจรักษาโรคเฉพาะทาง โดยแพทย์เฉพาะทาง ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และ บุคลากรอื่นๆ กว่า 1,500 คน จากหลายสังกัดโรงพยาบาล ตลอดจนราชวิทยาลัยแพทย์ มาตรฐานตรวจรักษาและให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่โดยรอบจังหวัดนครราชสีมา

โดยหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ได้จัดกิจกรรมการตรวจรักษาโรค 20 คลินิกแพทย์เฉพาะทางตั้งแต่เวลา 08.00 – 16.00 น ได้แก่ 1.คลินิกสูตินรีเวชกรรม-หญิงวัยทอง 2.คลินิกศัลยกรรมทั่วไป และคลินิกเต้านม 3.คลินิกทางเดินปัสสาวะ 4.คลินิกโรคไต 5.คลินิกโรคหัวใจ และหลอดเลือด 6.คลินิกออร์โธปิดิกส์และกระดูกพรุน 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.คลินิกเลิกบุหรี่ 3.บริจาคโลหิต โดยมีประชาชน เข้ารับการตรวจรักษาทั้งสิ้น 10,321 ราย ซึ่งโครงการฯ ดำเนินงานสำเร็จลุล่วง สมดังวัตถุประสงค์ทุกประการ และถือได้ว่าเป็นการมอบโอกาสในการรักษาโรคเฉพาะทางได้อย่างยิ่งใหญ่อีกครั้งหนึ่งของประเทศไทย



สรุปยอดผู้มารับบริการโครงการแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติ ฯ ครั้งที่ 4
วันที่ 13 มีนาคม 2559 ณ รพ.ค่ายสุรนารี จ.นครราชสีมา

ที่	รายการ	จำนวน(คน)
1	คลินิกสูตินรีเวชกรรม-หญิงวัยทอง	266
2	คลินิกศัลยกรรมทั่วไป และคลินิกเต้านม	1,676
3	คลินิกทางเดินปัสสาวะ	34
4	คลินิกโรคไต	250
5	คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด	63
6	คลินิกออร์โธปิดิกส์และกระดูกพรุน	434
7	คลินิกจักษุ	2,896
8	คลินิกหู คอ จมูก	255
9	คลินิกฝังเข็ม	119
10	คลินิกแพทย์แผนไทย	98
11	คลินิกกายอุปกรณ์	415
12	คลินิกโรคผิวหนัง	215
13	คลินิกกุมารเวชกรรม	127
14	คลินิกโรคทางเดินอาหาร ตับ ถุงน้ำดี	22
15	คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช	30
16	คลินิกทันตกรรม	648
17	คลินิกชายวัยทอง	120
18	คลินิกโรคทั่วไป	343
19	คลินิกตรวจสุขภาพและทดสอบสมรรถภาพร่างกาย	200
20	คลินิกอายุรกรรม	315
21	คลินิกกฎหมาย / กรมบัญชีกลางให้คำปรึกษา	739
22	คลินิกเลิบบุหรี่ /ให้คำปรึกษา	976
23	บริจาคโลหิต	80
รวมทั้งสิ้น		10,321





บรรยากาศพิธีเปิดโครงการ และกิจกรรมวันงาน ณ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา





บรรยากาศพิธีเปิดโครงการ และกิจกรรมวันงาน ณ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา





ประมวลภาพกิจกรรม

บรรยากาศในโครงการ และความประทับใจ



กิจกรรมศึกษาดูงาน
หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาล
ทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4 (ปธพ.4)

วางพวงมาลา ปฐมนิเทศ



24 ก.ย. 58 พิธีเปิดการศึกษาอบรม และการวางพวงมาลาเนื่องในวันมหิดล

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4 ณ โรงพยาบาลศิริราช



กิจกรรมฐานพิพิธภัณฑ์พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว



ศึกษาดูงานและเรียนรู้เกี่ยวกับพระราชประวัติพระราชกรณียกิจ

ในพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว ณ พิพิธภัณฑ์พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว



ดูงานการแพทย์ทหารเรือ

ศึกษาดูงานรับฟังบรรยายเรื่อง บทบาทของกรมแพทยทหารเรือในการสนับสนุนกองทัพบเรือ ในการช่วยเหลือประชาชน ณ รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทยทหารเรือ อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี



ดูงานคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

ศึกษาดูงานศูนย์กลางทางการแพทย์ในภูมิภาคอาเซียน (Medical Hub:) ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และการให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิของประเทศไทย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



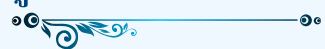
ดูงานศาลอาญา



ศึกษาดูงานบทบาทของแพทย์ในกระบวนการพิจารณาคดี: พยานผู้เชี่ยวชาญ
และโจทก์จำเลย ณ ศาลอาญา รัชดาภิเษก



ดูงานโรงพยาบาลศิริราช



ศึกษาดูงานบทบาทของโรงเรียนแพทย์กับปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



ดูงานศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลกรุงเทพ



ศึกษาดูงานปัญหาระบบสาธารณสุข และการจัดการในเมืองขนาดใหญ่ (Mega City)
ณ ศาลาว่าการ กรุงเทพมหานคร และศึกษาดูงาน ประเทศไทย ศูนย์กลางทางการแพทย์
นานาชาติ (Medical Hub:) ณ ศูนย์การแพทย์ รพ.กรุงเทพ



ดูงานโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



ศึกษาดูงานการแพทย์ทหารกับการสร้างสันติภาพสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



ผลงานโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช



ศึกษาดูงานภารกิจบริการแพทย์ทหารอากาศในภัยพิบัติสาธารณะและการลำเลียงทางอากาศ ณ โรงพยาบาลภูมิพล



ผลงานโรงพยาบาลปราสาท



ศึกษาดูงาน “โรงพยาบาลขนาดเล็กของรัฐกับการบริการด้านสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในพื้นที่”



ผลงานนครราชสีมา สุรินทร์



ศึกษาดูงาน “บทบาทของโรงพยาบาลทหารในการรักษาพยาบาลประชาชนในพื้นที่”

ศึกษาดูงาน “บทบาทของโรงพยาบาลรัฐกับระบบสาธารณสุขในเขตจังหวัดชายแดน”

ณ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี โรงพยาบาลสุรินทร์



ดูงานเสียมราฐ ประเทศกัมพูชา และฟูกูโอกะ ประเทศญี่ปุ่น



ศึกษาดูงานโรงพยาบาลรอยัลอังกอร์อินเตอร์เนชันแนล (AEC) ณ จังหวัดเสียมราฐ
ราชอาณาจักรกัมพูชา และศึกษาดูงานระบบสุขภาพ สังคมสูงวัย และการดูแลผู้สูงอายุ
ณ Care Partner Co., Ltd. เมือง ฟูกูโอกะ ประเทศญี่ปุ่น



ปัจฉิมนิเทศ



13-15 พ.ค. 59 กิจกรรมนำเสนอผลงานวิชาการและปัจฉิมนิเทศ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร
ธรรมาภิบาลทางการแพทย์รุ่นที่ 4 (ปธพ.4) ณ โรงแรมแกรนด์แปซิฟิก ซอฟเฟอร์น รีสอร์ท แอนด์ สปา
ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี





นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ ๕
 ณ พลับพลาประดิษฐานพระบรมราชานุสาวรีย์ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และ สมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์
 ๒๔ กันยายน ๒๕๕๘

- | | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. พล.อ.ท.นพ.กลศ ภัคโชตานนท์ | 34. ผศ.พญ.นันทนา ชุมช่วย | 67. นพ.ยุทธนา วรธนไพฑ์กลาง | 100. นาย สิงห์ชัย พุ่มทอง |
| 2. นาง กาญจนา อนุรักษกมลกุล | 35. ร.ท.นพ.นำ ต้นอวนิตย์ | 68. นพ.โยเซฟ ซือเพียรธรรม | 101. นพ.สุชาย เหล่าวีรวัฒน์ |
| 3. ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ | 36. นพ.นำพล แดนพิพัฒน์ | 69. รศ.พ.อ.นพ.รชต์ ลำกุล | 102. นาง สุธา ทองผดุงโรจน์ |
| 4. นส.เกษมณี แยมกลีบบัว | 37. นาง นิตยา โฉมงาม | 70. รต.หญิง ระนองรักษ์ สุวรรณฉวี | 103. นาง สุดารัตน์ บุรพชัยศรี |
| 5. ผศ.นพ.เกษม เสรีพรเจริญกุล | 38. นพ.นิพนธ์ ธีราโมกษ์ | 71. พ.อ.นพ.รัฐวิชญ์ วุฒิกัทรพิบูลย์ | 104. ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ |
| 6. นาย ขวัญชัย โชติพันธุ์ | 39. นส.นิตา เลหาสมบุรณ์ | 72. นพ.รัฐวุฒิ สุขมี | 105. นพ.สุชน พิสุทธินิติศาสตร์ |
| 7. นพ.จงรัก เจริญทรัพย์ | 40. นาง นุชนาง อดุลยานันท์ | 73. นาง รัตนา ดันทกุลนินาท | 106. ดร.สุนันท์ สิงห์สมบุญ |
| 8. นาย จิรวัฒน์ สุภรณ์ไพบูลย์ | 41. นาง บุญพร บริบูรณ์สังคีต | 74. รศ.นพ.เรณู เรืองกุล | 107. นาง สุมาลิ ลิ้มบัวอาท |
| 9. นพ.จีโรจ สันธวานนท์ | 42. นาย บุรณชัย ลิ้มจิตติ | 75. นพ.เรืองฤทธิ์ ธรรมกุล | 108. นพ.สุวัช ด้วงวิวัฒน์ |
| 10. นาย เจริญ นิตพบสุข | 43. พ.ท.นพ.บุระ สันธนาการ | 76. นพ.วงวัฒน์ ลีลักษณ์ | 109. นพ.สุพงษ์ นเรนทรพิทักษ์ |
| 11. ดร.ชัยยงค์ สัจจพานนท์ | 44. รศ.นพ.บุรพา กาญจนบัตร | 77. นาย วรเทพ สกุลพิชัยรัตน์ | 110. รศ.นพ.สุศักดิ์ อังสุวัฒนา |
| 12. นพ.ชัยสิทธิ์ ศรีทองชัย | 45. นพ.ประกาย วิบูลย์นิภา | 78. พล.ต.ต.นพ.วัชรพงษ์ ศิวเวช | 111. นาง สุภา สวรรณจุฑา |
| 13. พล.ต.นพ.ชาญชัย ตึกขะปัญโญ | 46. รศ.พล.ต.หญิง พญ.ประไพพิมพ์ ธีรคุปต์ | 79. พล.รต.นพ.วิชัย มนต์ศิริวิทยา | 112. นส.โสภาวดี เลิศมนัสชัย |
| 14. รศ.นพ.ชาญวิทย์ ตรีพุทธรัตน์ | 47. นาย ประยูร ศิริวานิชย์ | 80. นพ.วิชาญ ลือสมบุรณ์ | 113. ศ.นพ.เหลือพร ปุณณกันต์ |
| 15. นพ.ชาติชาย วงษ์อารี | 48. นาย ประวิทย์ จิตนราพงศ์ | 81. ศ.นพ.วินัย วนานุกุล | 114. นาย อนวัช ลีละวัฒน์วัฒนา |
| 16. ผศ.นพ.ดร.ชูศักดิ์ โอกาศเจริญ | 49. พ.อ.นพ.ปราโมทย์ อิมวัฒนา | 82. นพ.วีระชาติ เลิศนิธิกุล | 115. พล.อ.ท.นพ.อนุตตร จิตตินันท์ |
| 17. นาง ญาใจ พัฒนาสุขสวัสดิ์ | 50. นาย ปรีชา ธรรมพิทา | 83. นาย วีระชัย ชมสาคร | 116. นาย อนุฤทธิ์ นาคาคัย |
| 18. นาง ฐานิญา พงษ์ศิริ | 51. นาง ปานทิพย์ คนสมบุรณ์ | 84. ดร.ศรีกัญญา ยาทิพย์ | 117. ผศ.นพ.อนุวัฒน์ สุตตนาวิบูลย์ |
| 19. นพ.ณรงค์ฤทธิ์ ฮาวังมี | 52. พญ.ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ | 85. รศ.คลินิก พญ.ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร | 118. นส.อภิศราวรรณ วัชรินทร์พร |
| 20. นพ.ดนัย ธีวันดา | 53. นพ.ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์ | 86. นส.ศิริพันธ์ บุรณะวรกุล | 119. นาง อภิสมมา ชาญสืบกุล |
| 21. พญ.ดารณี สุวพันธ์ | 54. นาย ปิยะพันธ์ จัมปาสุต | 87. น.อ.นพ.ศุภกรณ์ วินวันัก | 120. นาย อรรถการ พูเจริญ |
| 22. นาย ดุลิต เขมะศักดิ์ชัย | 55. นาง ปิยาภรณ์ แสนโกศิก | 88. นาย ศุภชัย สมเจริญ | 121. นพ.อรณภูมิ สู้ศุภอรธ |
| 23. นพ.ไตรยฤทธิ์ เตมหิวงศ์ | 56. นาง เปรมฤดี สุวรรณทัต | 89. นาง สงวนศรี สุทธิพงษ์ชัย | 122. นาง อังคนา วงศ์วีรธ |
| 24. นพ.ทรงชัย ศรีโรจนกุล | 57. นพ.ดร.พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง | 90. นาย สดภาพ โศธีรานุรักษ์ | 123. รศ.พญ.อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์ |
| 25. นาย ทรงพล ชัยภูมาตกิจ | 58. นาย พนาสันต์ สุจริตพานิช | 91. นาย สพัชญ์นันท์ เซสพิเล | 124. รศ.นพ.อัษฎา ตียพันธ์ |
| 26. นาย ทวีช พงษ์สุวรรณ | 59. นาง พรพนิต รัตนกุล | 92. นพ.สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ | 125. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ |
| 27. พ.อ.นพ.ทักษิณ เจียมทอง | 60. นาย พิธิษฐ์ เอี่ยมพงษ์ไพบูลย์ | 93. นพ.สมชาย เชื้อเพชรโสภณ | 126. ดร.อำร เขาลิต |
| 28. นส.ทิพวรรณ อุทัยสง | 61. นาย พิธิษฐ์ เสรีวัฒนา | 94. นพ.สมชาย ภูวนกุล | 127. นาย อิศระ สมชัย |
| 29. นพ.ธรรณศ อายานะ | 62. นพ.ภราดร กุลเกลี้ยง | 95. นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์ | 128. นพ.อุดม อัศวุตมางกร |
| 30. นพ.ธวัชชัย วาณิชกร | 63. นาย ภาณุฤทธิ์ สวัสดิ์เดชะ | 96. นพ.สวัสดิ์ อภิวัจน์วงศ์ | 129. นาง อุไรวรรณ มณีโชติ |
| 31. นาง ธีรดา สุธีรัฐ | 64. นพ.ภูวดี จารุกำเนตคนก | 97. ดร.สหัส บัณฑิตกุล | |
| 32. นาย ธีระพงษ์ บุญรอดชู | 65. นาย มานิต มัสยานิช | 98. พล.ต.นพ.สายัณห์ สวัสดิ์ศรี | |
| 33. พล.อ.อ.นพ.ธีระภาพ เสนะวงษ์ | 66. นพ.มานิตย์ ศิริกังวาลกุล | 99. พล.ท.นพ.สาโรช เขียวขจี | |



“True success is not in the learning
but in its application to the benefit of mankind”



ส.อ.ป.