

ສືບສານ ພຣະຮາຊປະໂນຮານ
ສົງເສດຖະກິນ ຕຣມາກີບາລກາງການພັກຍໍ
ສັງຄະນະ ຍົກຮະດັບມາຕຣ້ຈູານວິຫານີ່ພ
ແລະມາຕຣ້ຈູານສຸຂກາພບອງຄນໄກຍ



ສັມນາວທາກສາ ປຣ. ຄຣັງທີ 3
MD KPI Symposium #3





“กิจที่ ๑”

“ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ”

พระราชนิรันดร์
สมเด็จพระมหาธิราชบุตร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

เมื่อพูดถึง “กิจที่ ๑” เราจะได้ทันทีว่าเราต้องเลี้ยงลูกเพื่อผู้อื่นก่อน
ในวงการแพทย์และพยาบาลเมื่อพูดถึงคำนี้ทุกคนจะเข้าใจตรงกัน
พระราชบิดาทรงปูพื้นฐานความคิด และจิตสำนึกที่ดีนี้ไว้ให้กับวงการแพทย์





“ว่อนน้อมก่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร”



น้อมรับพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ที่มอบให้เพื่อ
บูรณาการเรียนรู้ระบบการแพทย์ไทย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหาระบบ
สาธารณสุข และยกระดับมาตรฐานทางด้านสุขภาพของประชาชน โดย
แพทย์สถาบันพระปกเกล้าได้จัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกันของแพทย์
ซึ่งจบจากคณะแพทยศาสตร์ทั้ง 19 แห่งและทำงานอยู่ใน 4 เสาหลัก ได้แก่
ครุแพทย์ (คณะแพทยศาสตร์) 医師 ในกระทรวงสาธารณสุข 医療 ใน
ภาครัฐอื่นๆ และแพทย์ในภาคเอกชน ซึ่งทั้ง 4 เสาหลักมีบทบาทสำคัญ
ในการดูแลประชาชนทั้งประเทศร่วมกับ 2 ภาคหลัก คือองค์กรภาครัฐ
และเอกชน (4+2) จึงเป็นการร่วมมือร่วมใจกันเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต
ของประชาชนชาวไทย ตามรอยเบื้องพระยุคลบาทที่ทรงพระราชทาน
พระบรมราโชวาทไว้



อุตุนิสัยสถาบันพระปกเกล้า

“ทำให้วิชาการเด่น เน้นเครือข่ายเพื่อสังคม สั่งสมคุณธรรม”



พันธกิจแพทย์สภาก

“เป็นสถาบันวิชาชีพที่มีการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ
ในการส่งเสริมจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พัฒนามาตรฐาน
การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชี้นำสังคมด้านสุขภาพ
อย่างมีระบบ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของแพทย์และ
ประชาชนโดยมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม”



ธรรมาภิบาล 6 หลัก หัวใจของหลักสูตร

หลักนิติธรรม (Rule of Laws)

หลักคุณธรรม (Ethics)

หลักความโปร่งใส (Transparency)

หลักมีส่วนร่วม (Participation)

หลักสำนึกรับผิดชอบ (Accountability)

หลักความคุ้มค่า (Value for Money)

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมากิษาทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง

จัดขึ้นโดยความร่วมมือของสถาบันพระปกเกล้าและแพทยสภา
เพื่อสืบสานพระราชปณิธาน ส่งเสริมธรรมาภิบาลทางการแพทย์
และมุ่งยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานด้านสุขภาพของประชาชน



Research Topic Index

Human
Resources
Sharing
Models
to resolve medical
specialist shortage
problems

กุ่มวิชาการที่ 1

PAGE
14

Preparing
Healthcare
System
for Thailand's
aging society
in the next 5 years

กุ่มวิชาการที่ 2

PAGE
18

Human
Capital
Model
Development
for social immunization
in children and youth

กุ่มวิชาการที่ 3

PAGE
22

Strategies in the Patient Protection
and Fairness Establishment
according to the sophisticated technologies
applications in medical practice: A stem cell use case study

กุ่มวิชาการที่ 4

PAGE
33

Medical Hub:
A Case Study
on the
Development
of International
Herbal Center with
good governance

กุ่มวิชาการที่ 5

PAGE
37

The Analysis of Universal
Coverage Scheme Budget
Management

by NHSO under National Health Security Act,
participation of service providers (service units)
and appropriate direction for good governance

กุ่มวิชาการที่ 6

PAGE
42

Good
Governance:
Principle in
Developing
and implementing
public-private
partnerships in public
health system

กุ่มวิชาการที่ 8

PAGE
57

Comparative
Study between
CSMBS, SSS,
and NHSO
Funds:

study on OPD care for
patients with diabetes
and hypertension who
have renal
complications

กุ่มวิชาการที่ 9

PAGE
61

Roles of
the Private
Hospitals and
Healthcare
Institutes
in the postgraduate
medical education
by view of
good governance
perspectives

กุ่มวิชาการที่ 7

PAGE
48

Structure and Process of
Participation to Protect
the Patients/ Relatives
and healthcare providers based on
good governance principle

กุ่มวิชาการที่ 10

PAGE
66

สารบัญ

	หน้า
สารจากเลขานุการสถาบันพระปกเกล้า รองศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันไชย	8
สารจากนายแพทย์สภา ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมศักดิ์ โลห์เลขา	9
สารจากผู้อำนวยการหลักสูตร พลอากาศตรี นายแพทย์อิทธิพร คงเจริญ	10
หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมปฏิบัติทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3	11
เอกสารผลการวิจัย นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมปฏิบัติทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3	13
- กลุ่มวิชาการที่ 1 Model การใช้ทรัพยากรบุคคลการทำงานการแพทย์ร่วมกันเพื่อแก้ปัญหา การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง	14
- กลุ่มวิชาการที่ 2 การเตรียมตัวของระบบทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งระบบกับสังคมผู้สูงวัย ใน 5 ปีข้างหน้าอย่างเป็นรูปธรรม	18
- กลุ่มวิชาการที่ 3 โครงการวิจัยการพัฒนาต้นทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนสู่สังคมที่ดี	22
- กลุ่มวิชาการที่ 4 กลไกคุ้มครองประชาชนและสร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชน ในการรับบริการ ด้วยเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์ กรณีศึกษาการใช้เทคโนโลยีการรักษาด้วย เซลล์ต้นกำเนิด (stem cell)	33
- กลุ่มวิชาการที่ 5 Medical Hub: กรณีศึกษาการเป็นศูนย์กลางผลิตภัณฑ์สมุนไพรนานาชาติ อย่างมีธรรมาภิบาล	37
- กลุ่มวิชาการที่ 6 การวิเคราะห์ผลการบริหารงบประมาณของ สปสช. ภายใต้กฎหมายว่าด้วย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล และทิศทาง ที่เหมาะสมตามหลักธรรมาภิบาล	42
- กลุ่มวิชาการที่ 7 การใช้หลักธรรมาภิบาลในการพัฒนาระบบและนโยบายการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐ และเอกชนสำหรับระบบสาธารณสุขของประเทศ	48
- กลุ่มวิชาการที่ 8 การศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลและความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพทั่วหน้า กองทุนสวัสดิการข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม	57
- กลุ่มวิชาการที่ 9 บทบาทของโรงพยาบาลและสถาบันเอกชนในกระบวนการแพทยศาสตร์ศึกษา หลังปริญญาตามหลักธรรมาภิบาล	61
- กลุ่มวิชาการที่ 10 โครงสร้างและกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อคุ้มครองประชาชนและผู้ประกอบวิชาชีพ ตามหลักธรรมาภิบาล	66
โครงการและกิจกรรมเพื่อลังคำ	
- โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 1, 2	73
- โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3	74
- ภาคกิจกรรมนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมปฏิบัติทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3	76
รายชื่อผู้เข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมปฏิบัติทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3	

สารจากเลขาธิการสถาบันพระปักเกล้า

ผมขอแสดงความยินดีต่อผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมวิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3 ซึ่งเป็นหลักสูตรที่เกิดจากการพัฒนาร่วมกันของ 2 สถาบันหลัก คือแพทยลภาก และสถาบันพระปักเกล้า เพื่อตอบอย่างความสำคัญของการใช้หลักธรรมวิบาลในการบรรลุให้เกิดความสงบเรียบร้อยของลังคมไทย

เป็นที่ประจักษ์ร่วมกันว่าประเทศไทย ในปัจจุบันถูกกระทบด้วยปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นสภาวะเศรษฐกิจโดยรวมของโลก ปัญหาทางการเมือง วัฒนธรรมและค่านิยมของคนในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะลังเกตได้ว่าปัญหานี้ในปัจจุบันมีความลับซับซ้อนมากขึ้น ด้วยตัวของปัญหาเอง และมิติของปัญหาที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับปัญหานี้ๆ ปัญหานี้มีต้นต่างสุขภาพ และสาธารณสุขไทย ก็เป็นเช่นเดียวกัน หลักสูตรนี้จึงเกิดขึ้น ตามหลักคิดที่ว่าแนวทางในการแก้ปัญหา ด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในยุคต่อไป จะต้องเกิดขึ้นอย่างโปร่งใสบนพื้นฐานของคุณธรรม และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคล้วน ด้วยการใช้หลักธรรมวิบาล

ในระหว่างหลักสูตร คณะกรรมการศึกษาได้ร่วมกับศึกษา วิจัยผลงานวิชาการ โดยหยิบยกประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญในด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันมาศึกษา เช่น ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ ปัญหาของทุนลุขภาพของประเทศไทย ปัญหามาตรฐานเพียงพอและการกระจายตัวของทรัพยากรบุคคล ทางสาธารณสุข เป็นต้น และทางแนวทางเพื่อนำมาสู่การแก้ปัญหาต่างๆ โดยใช้หลักธรรมวิบาล ซึ่งเชื่อว่างานวิจัยเหล่านี้ จะเป็นประโยชน์ต่อสังคมในอนาคต

นอกจากนี้ นักศึกษาในหลักสูตรนี้ ยังได้ร่วมกันจัดกิจกรรมเพื่อลังคม คือการออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมเฉลิมพระเกียรติในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ รวมทั้งในโอกาสครบรอบ 60 พรรษา ของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2558 ที่โรงพยาบาลพหลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูง

ท้ายนี้ ผมขอชื่นชม และขอบคุณในความทุ่มเทและความพยายามของคณะกรรมการศึกษา ตลอดจนคณะกรรมการ ผู้สอน และผู้ร่วมพัฒนาหลักสูตรทุกท่าน ที่ทำให้การเรียนการสอนในหลักสูตรนี้ สำเร็จด้วยดี และขอให้ทุกท่าน ร่วมกันใช้หลักการแห่งธรรมวิบาลในการทำงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์ ต่อสังคมไทยในอนาคตสืบไป

รองศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันเชย
เลขานุการสถาบันพระปักเกล้า

สารจากนายแพทย์สก

ผมขอแสดงความยินดีต่อท่านนักศึกษา ที่สำเร็จหลักสูตรประกาศนียบัตรธุรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูงรุ่นที่ 3 ซึ่งเป็นหลักสูตรร่วมของแพทย์สภากลไกและสถาบันพระปกเกล้า อันมีเป้าหมายสำคัญที่จะเสริมสร้างหลักการแห่งธุรมาภิบาลให้เข้มแข็งในทุกภาคส่วนของสังคมไทย รวมทั้งในวงการแพทย์ เพื่อให้แพทย์ไทยสามารถเป็นที่พึงพิงในด้านสุขภาพของประชาชนในสังคมไทย และรวมทั้งเป็นผู้นำในมิติด้านสุขภาพของประเทศไทยในภูมิภาคนี้

ภาระการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของบริบทด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความเจริญของเทคโนโลยีทางการแพทย์ เทคโนโลยีการสื่อสารในยุคดิจิตอลและโซเชียลมีเดีย การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของประเทศไทย จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงทำให้การทำงานของแพทย์ต้องเพิ่มความท้าทายที่ซับซ้อนมากขึ้น สะท้อนถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวงการแพทย์ไทยที่เพิ่มมากขึ้น 医疗สภาก จึงมีปณิธานมุ่งมั่นที่จะทำให้ความล้มเหลวที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์กลับคืนมาให้เหมือนกับในอดีต หลักสูตรนี้จึงเป็นเสมือนหน้าต่างที่จะสะท้อนและถ่ายทอดปณิธานดังกล่าวของแพทย์สภาก

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตร จึงนำมาสู่การพัฒนาผลงานวิชาการของนักศึกษา 10 กลุ่ม 10 ประเด็น โดยที่เป็นการสะท้อนการใช้หลักธุรมาภิบาลในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เช่น การเตรียมตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของภาคสาธารณสุขไทย การศึกษาถึงปัญหาและข้อจำกัดด้านกฎหมาย เพื่อรองรับเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ การศึกษาถึงปัญหาการจัดการของ 3 กองทุนสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งเชื่อได้ว่าผลงานวิจัยเรื่องต่างๆ ของรุ่นที่ 3 นี้จะเป็นประโยชน์แก่สังคมในวงกว้างต่อไป ท้ายนี้ขอให้ คณะนักศึกษา ปธ.รุ่น 3 และคณาจารย์ ทุกท่าน คงประสบแต่ความสุข สมปรารถนาในทุกๆ ลีฟ มีสุขภาพพานามัยที่แข็งแรง และได้ร่วมกันพัฒนาประเทศไทยให้เจริญยิ่งขึ้นตลอดไป

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมศักดิ์ โลหเลขา

นายกแพทย์สภาก

สารจากผู้อำนวยการหลักสูตรรรนากิบาลทางการแพทย์

สำหรับผู้บริหารระดับสูง

“อ่อนน้อมถ่อมตน ทุกคนมีเดียว่าดูถูกใคร”

จากพระราชดำรัส ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ที่ทรงพระราชทานให้แก่กรรมการแพทยสภา เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการแพทย์ไทย เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2553 ได้ถูกนำมาวิเคราะห์และออกแบบแนวทางโดยแพทยสภา สร้างเป็นโครงการความร่วมมือสำคัญนี้ โดยแพทยสภาขอให้ทางสถาบันพระปกาเกล้าผู้มีเชื้อเลียงด้าน “ธรรมากิบาล” จัดหลักสูตรในภาคทฤษฎี และทาง “แพทยสภา” รับผิดชอบในองค์ความรู้ด้าน “ระบบสาธารณสุขไทย” และ “ธรรมากิบาลภาคปฏิบัติ” จึงเป็นที่มาของหลักสูตรธรรมากิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง ซึ่งถือกำเนิดในรุ่นแรก พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบัน

ผู้ที่เข้ารับการศึกษาในหลักสูตรนี้มาจาก 6 เสาหลักในระบบการแพทย์คือ 医師ผู้บริหารจาก (1)มหาวิทยาลัย (2)กระทรวงสาธารณสุข (3)ภาครัฐอื่น (4)เอกชนร่วมกับผู้บริหารที่มีเชื้อแพทย์ เสาที่(5)ภาครัฐ และเสาที่(6)ภาคเอกชน มาเรียนรู้หลักธรรมากิบาลทั้ง 6 พื้นที่ข้อมูลและปัญหาระบบสาธารณสุขไทย โดยน้อมนำพระราชดำรัสไปสู่ 6 ขั้นตอนกล่าวคือ

(1) นำความ “อ่อนน้อมถ่อมตน” สร้างให้เกิดความรักและสามัคคีกันในหมู่ผู้บริหารระดับสูง ที่มาจากหลายภาคส่วน สำคัญที่สุดในภาครัฐและเอกชน ให้ร่วมแรงร่วมใจกันแก้ไขปัญหาของระบบสาธารณสุขไทย ด้วยความสัมพันธ์ฉันท์น้องพี่ต่อเนื่องระยะยาว

(2) ปลูกฝังความคิด “ทุกคนมีเดียว่าดูถูกใคร” ให้เรียนรู้กันว่าในแต่ละเสาหลักมีคุณความดี มีจุดแข็งจุดอ่อนที่แตกต่างกัน หากเข้าใจข้อดีกันแล้ว ย่อมร่วมมือแก้ไขปัญหาในจุดที่ตนเองมีเดียว่าด้วยง่ายโดยปราศจากอดีตต่อ กัน ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จแบบยั่งยืน

(3) ให้พึงระลึกเสมอว่า “อย่าดูถูกใคร” เหตุเพราะความรู้ในโลกล้วนมีมากหมายหากข้อมูลไม่พอไม่เข้าใจ หรือใช้เหตุผลของตนเองเป็นหลัก ย่อมอาจพลาดได้ดูถูกผู้อื่นได้ หลักสูตรนี้จึงเน้นการนำข้อเท็จจริงทุกด้านที่เกี่ยวข้อง มาเรียนรู้ให้ลึกลง ที่เกิดการแก้ปัญหาร่วมกัน หลักสำคัญของ “อย่าดูถูกใคร” คือ ให้หันมาดู “ข้อเท็จจริง” ให้เพียงพอแทน จะไร้ช่องข้อขัดแย้งของอวิชา

(4) วิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขด้วย “ธรรมากิบาล” คัดเลือกปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทย 10 หัวข้อต่อรุ่น นำมาออกแบบเป็น “งานวิจัย” จากตัวผู้ปฏิบัติงานใน 6 เสาหลัก มาทำการวิจัยต่อยอดโดยผู้ปฏิบัติจริง ภายใต้มาตรฐานและคุณภาพร้อยของสถาบันพระปกาเกล้า มุ่งหวังมาใช้ผลการวิจัยมาแก้ปัญหาระบบสาธารณสุขไทยในภาคปฏิบัติ

(5) จาก “ธรรมากิบาลภาคปฏิบัติ” นำไปสู่การต่อยอดเป็น “รักในหลวงภาคปฏิบัติ” เหตุได้เรียนรู้ตามแนวทางพระราชดำรัสฯ โครงการจึงจัดให้มีกิจกรรมการออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ขึ้นเพื่อให้ทุกคนมีโอกาสเรียนรู้ปัญหาของการให้บริการผู้เจ็บป่วย เข้าใจความทุกข์ของคนไข้ที่รอดชีวิตในต่างจังหวัด และร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาเพื่อชัดทุกข์เหล่านั้นแบบเป็นรูปธรรม เข้าถึงปัญหาจริงของระบบสาธารณสุข สร้างความสमานฉันท์ของหน่วยงานภาครัฐใน 5 กระทรวงและเอกชน กับพื้นที่เป้าหมายในลักษณะรพ.สนาตั้นแบบ ตลอดจนสร้างความช่วยเหลือทางวิชาการระยะยาว เพื่อร่วมใจถาวร ดำเนินหลวงของเรา

(6) จากราชการ ให้ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องรับฟัง และพิมพ์เผยแพร่ทั่วประเทศ นำไปสู่การริเริ่มแก้ไขในหน่วยงานที่มีปัญหา ทำให้งานวิจัยสามารถขยายผลไปเกิดประโยชน์จริงกับระบบสาธารณสุขไทย และประเทศไทย

ในฐานะผู้อำนวยการหลักสูตรต้องขอแสดงความชื่นชม ยินดีและขอบคุณนักศึกษาทุกท่านในรุ่นที่ 3 ที่มีความวิริยะ อุดมสាលาจนผ่านกระบวนการศึกษาในหลักสูตร จนถึงขั้นตอนที่ 6 นำข้อเสนอเป็นงานวิจัยทั้ง 10 หัวข้อในเเลมนี้ หวังว่าผลงานของรุ่นนี้จะมีส่วนให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขไทยไปในทิศทางที่ดีขึ้น และองค์ความรู้ด้าน “ธรรมากิบาล” จะนำท่านผู้บริหารให้เกิดแนวคิดร่วมสร้าง “ระบบคุณธรรม” ในสังคมไทย ไปถึง “โรงพยาบาลคุณธรรม” ตามแนวทางที่ ศ.นพ.เกษมวัฒนชัย องค์มติปรารภไว้ในหลักสูตร ขยายไปถึง “ธรรมากิบาล” ต่อประชาชนไทยทุกคนในอนาคต ซึ่งเป็นไปด้วยพระราชดำรัสฯ

“ความสำเร็จของการศึกษาที่แท้จริง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการมีความรู้มาก
แต่ขึ้นอยู่กับการนำเอาความรู้นั้นมาประยุกต์ใช้ ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมได้มากเพียงไร”
พระราชดำรัส สมเด็จพระมหาวชิ烈ศรีราชาธิราช พระบรมราชชนก

พลอากาศตรี นายแพทย์ อิทธิพร คงเจริญ
ผู้อำนวยการหลักสูตรธรรมากิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง
รองเลขานุการแพทยสภา/9 ตุลาคม 2558

หลักสูตรประกาศนียบัตรธนากิษาทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3

จัดโดย สถาบันพระปกาเกล้า และ แพทยสภา

1. หลักการและเหตุผล

แพทยสภา ในฐานะสาขาวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มีภารกิจดังต่อไปนี้ คือ การผลิตนักศึกษาแพทย์ใน 19 คณะแพทยศาสตร์ ไปจนถึงควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมกว่า 40,000 คน ในสาขาเชี่ยวชาญ 77 สาขา ภายใต้ 14 ราชวิทยาลัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งต้องรับผิดชอบการตรวจรักษาผู้ป่วยกว่า 200 ล้านครั้งต่อปีในทุกภาคส่วน นอกจากความซับซ้อนทางวิชาการแพทย์ตามเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นแล้ว ความซับซ้อนทางด้านสังคมวิทยา เศรษฐกิจ และกฎหมายมีการพัฒนาและทวีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะด้านการเมืองการปกครองในระบบประชาธิปไตย ด้านเศรษฐกิจในระดับอาเซียนและระดับโลก ด้านกฎหมายมหาชน ซึ่งเป็นมิติใหม่ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรม ดังนั้น 医师 และผู้บริหารสายแพทย์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อภาวะวิถีทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงตั้งกล่าวอย่างต่อเนื่องแท้ในการตัดสินใจ การกำหนดทิศทางและสมดุลในระบบสุขภาพของประเทศไทยให้ทรัพยากร้อนจำกัด เพื่อดูแลประชาชนซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีค่าสูงสุดของรัฐ

สถาบันพระปกาเกล้า ในฐานะที่เป็นสถาบันนักศึกษาด้านการเมือง การปกครอง กฎหมาย และเศรษฐศาสตร์อันดับสูงสุดของประเทศไทยได้รับการจัดตั้งขึ้นโดยผู้บริหารระดับสูงหลากหลายสาขาและเป็นที่ประจักษ์ต่อสังคม จึงถือเป็นโอกาสอันเหมาะสมที่ทั้งสองสถาบันจะได้บูรณาการองค์ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ความเชี่ยวชาญแก่ผู้บริหารสายแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลิตบุคลากรที่จะเป็นกำลังสำคัญของประเทศไทยในการสร้างความเจริญพัฒนาของประเทศไทยต่อไป

2. วัตถุประสงค์

- เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการเมืองการปกครองในระบบประชาธิปไตยและธรรมาภิบาลแก่ ผู้บริหารสายแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องในการประกอบวิชาชีพ
- เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจภาวะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านสังคมวิทยา เศรษฐกิจและกฎหมาย ที่มีผลต่อการปฏิบัติวิชาชีพทางการแพทย์
- เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจ การกำหนดทิศทาง และวิธีดำเนินงานที่ชัดเจนในระบบสุขภาพของประเทศไทย
- เพื่อเสริมสร้างพัฒนาระบบที่ละเอียดอ่อนคุณธรรมและจริยธรรมและหลักธรรมาภิบาลที่เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้บริหาร

3. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการศึกษาอบรม

เป็นผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ หรือผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีอายุไม่ต่ำกว่า 35 ปี (นับจนถึงวันรับสมัคร) โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 医师 และวิชาชีพสายสาธารณสุขอื่นๆ ในองค์กรของรัฐที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชน ได้แก่ ภาคราชการ มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1.1) เป็นข้าราชการตั้งแต่ระดับ 8 (ชำนาญการพิเศษ) ขึ้นไป
- 1.2) เป็นข้าราชการในระดับชั้นยศเงินเดือน ตั้งแต่ พันเอก นาวาเอก นาวาอากาศเอก หรือพันตำรวจเอก ขึ้นไป
- 1.3) เป็นข้าราชการ หรือพนักงานของรัฐ หรือพนักงานมหาวิทยาลัย ที่ทำงานด้านบริหารของหน่วยงาน ไม่ต่ำกว่า 5 ปี
- 1.4) เป็นข้าราชการ หรือพนักงานของรัฐ หรือพนักงานมหาวิทยาลัย ที่ทำงานด้านบริหารของหน่วยงาน ในระดับตั้งแต่หัวหน้ากลุ่มงาน
- 1.5) เป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย หรือพนักงานมหาวิทยาลัย ในระดับตั้งแต่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขึ้นไป
ภาคเอกชน มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้
- 1.6) มีประสบการณ์การทำงานด้านการแพทย์ไม่น้อยกว่า 10 ปี หรือปฏิบัติงานด้านการแพทย์สาธารณสุข เป็นระยะเวลาต่อเนื่องติดต่อกันจนถึงวันรับสมัครไม่น้อยกว่า 5 ปี
- 1.7) เป็นบุคลากรสายการแพทย์ที่คณะกรรมการหลักสูตรมีมติเห็นสมควรให้เข้ารับการศึกษาอบรมเนื่องจาก เห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรืองานสาธารณสุข

ประเภทที่ 2 บุคลากรในสายงานที่เกี่ยวข้อง มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- 2.1) ข้าราชการพลเรือนสามัญที่ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับดัน ตำแหน่งประเภทวิชาการระดับ ชำนาญการ ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งประเภททั่วไประดับชำนาญงาน ระดับอาชุโส หรือ ผู้ซึ่งมีความรู้ ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับกลาง
- 2.2) ผู้บริหารท้องถิ่นและสมาชิกสภาท้องถิ่น
- 2.3) ข้าราชการท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งระดับ 7-8 หรือเทียบเท่า หรือ ผู้ซึ่งมีความรู้ ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับกลาง
- 2.4) เจ้าหน้าที่ พนักงานในหน่วยงานของรัฐ องค์กรมหาชน รัฐวิสาหกิจ หรือข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน ของหน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับกลาง หรือเทียบเท่า หรือ ผู้ซึ่งมีความรู้ ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับกลาง
- 2.5) ผู้ประกอบกิจการ หรือ ผู้บริหารกิจกรรมภาคเอกชน
- 2.6) บุคคลที่ว่าไปที่สนใจ
- 2.7) บุคลากรซึ่งสถาบันพระปกเกล้าให้เข้ามาศึกษา เพราะมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ในการพัฒนาประชาธิปไตย หรือ เป็นผู้ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประชาธิปไตย หรือ สนับสนุนงานของสถาบันฯ ต่อไป

4. เนื้อหาของหลักสูตร ประกอบไปด้วย 8 หมวดวิชา จำนวน 189 ชั่วโมง ได้แก่

หมวด 1 ปฐมนิเทศ

หมวด 2 บริบททางการเมืองการปกครองในระบบประชาธิปไตยของธรรมาภิบาล

หมวด 3 แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับธรรมาภิบาล

หมวด 4 เครื่องมือการบริหารสมัยใหม่เพื่อเสริมสร้างธรรมาภิบาล

หมวด 5 การบรรยายพิเศษ

หมวด 6 การศึกษาดูงาน

หมวด 7 ปัจฉินิเทศ

หมวด 8 เอกสารวิชาการกลุ่ม

“ปลูกฝังจิตสำนึก ปูพื้นฐานการประยุกต์ใช้”

การผลิตผลงานทางวิชาการเป็นส่วนสำคัญของหลักสูตร
ประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์ สำหรับ
ผู้บริหารระดับสูง จากสถาบันพระปกเกล้า

ที่นักศึกษาแต่ละกลุ่มซึ่งมาจากผู้ทำงานทั้งในและ
นอกระบบการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐ
และเอกชน ได้ร่วมกันประมวลความรู้ และผลิต
ผลงานสะท้อนการใช้ธรรมภิบาลในการ
แก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ทุกแห่งมุม

ด้วยจิตมุ่งมั่นที่จะร่วมมือกัน ที่จะสืบสานพระราชปณิธาน
ส่งเสริมธรรมภิบาลทางการแพทย์ และสร้างสรรค์
ยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานสุขภาพ
ของประชาชน ต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง

เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่นำไปใช้ในการคุ้มครอง
ประชาชนและผู้ประกอบวิชาชีพ สมศักดิ์ศรี
ของความเป็นมนุษย์และประชาชนไทย

เราหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารผลงานวิชาการทั้ง 10 กลุ่ม¹
จะเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะคนไทยไม่น้อยก็เป็นอย่าง



Human Resources Sharing Models

to resolve medical specialist shortage problems

การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน อันเนื่องจากปัญหาการผลิตที่ต้องใช้เวลา และความต้องการในภาคบริการมีจำกัด น่าจะแก้ไขได้ด้วยการอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public-Private-Public-Partnership หรือ PPPP) โดยจัดให้มีแนวปฏิบัติและกฎระเบียบในการบริหารเวลาของบุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชน มีการตอบแทน (ที่อาจไม่เป็นตัวเงิน) มาเป็นแรงจูงใจ ร่วมกับการใช้ระบบสารสนเทศ และสามารถปรับตามบริบททางภูมิศาสตร์ของแต่ละสาขาวิชา และแต่ละพื้นที่ อันจะยังประโยชน์ให้เกิดแก่ประชาชน ผู้เจ็บป่วย และเกิดประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

คณะผู้ทำการวิจัย

3. พล.ท.นพ. ไตรโรจน์ ครุฑเวช
6. นพ. ยุทธศักดิ์ ตั้งสุขสันต์
9. คุณสุนทรี จารโลงบุตร

1. คุณจุไรรัตน์ ปันยารชุน
4. นพ. นิสิต ศรีสมบูรณ์
7. พญ. วรรณนา เพชรเครือ[†]
10. รศ.นพ. อุดมลักษ์ รัตนวิจิตรศิลป์

2. นพ. ตะวัน จิตต์จุพานนท์
5. คุณปกรณ์ พรรธนะแพทย์
8. นพ. สยาม พิเชฐสินธุ[†]

Abstract

Topic: “Human Resources Sharing Models” to resolve medical specialist shortage problems.

Objectives:

- * To simulate “Human Resources Sharing Models” that based on Public-Private-Public-Partnership or PPPP for medical specialist sharing between public and private hospitals intent to resolve medical specialist shortage problems.
- * Evaluate possibilities, limitations, problems, benefits and potential roadmaps of these models.

Methods:

Two focus group discussions were organized to evaluate 3 medical specialist sharing models: public to public, private to public and public to private. Each group included medical doctors, specialists, healthcare administrators of all age-groups from public and private sectors; one group from tertiary hospitals or university hospitals, while another group from medium size or provincial hospitals. Information and opinions data were gathered and analyses in term of possibilities, limitations, problems, benefits and potential roadmaps of each model and the whole system.

Results:

Medical specialist sharing between public and private hospital used to be organized before in multiple small group settings but haven't been practiced generally or systematically. To accomplish the sharing resources idea, authorize leaders in public and private sectors need to cooperate and create suitable environments such as: doctors personal time management regulations, reimburse or benefits models (not money oriented), IT linkage, formal MOU, and tailor made personal sharing schedules that adjusted by specific locations and specialty needed.

Suggestions:

The administrators of The Ministry of Public Health, Medical schools and Thai Medical Council could help to create PPPP medical specialists sharing models to immediately resolve medical personal shortage problem of Thai health service system.

เอกชน ไป รัฐ

แพทย์ จาก รพ.เอกชน  รพ.รัฐ ปฐมภูมิ, ทุติยภูมิ, ตติยภูมิ

บริบท

มีความสามารถ, มีเวลา, ผู้ป่วยไม่หลากหลาย

มีผู้ป่วยมากและหลากหลาย, ขาดกำลังแพทย์

Model

ความร่วมมือ จัดแพทย์รพ.เอกชน ออกคลินิก หรือ ทำการฝ่ายตัว ในรพ.รัฐ ช่วยในด้านบริการ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ขณะที่แพทย์ รพ.เอกชน ได้ทำ CSR และได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยหลากหลาย เป็นการเพิ่มศักยภาพตนเองให้กับตนเอง

ปัญหา และ วิธีแก้ไข

- ภาพพจน์คือแพทย์รพ.เอกชน ในเรื่อง ธุรกิจ หรือ หาลูกค้า → ต้องการได้รับการยอมรับ หรือให้เกียรติจากบุคคลที่ร่วมงาน, ควรมี ระบบ MOU ชัดเจน
- ปัญหาการผลักภาระ หรือ มาตรฐานการรักษา → มี MOU กำหนดขอบเขตงานที่ชัดเจน กำหนดภาระงานของแพทย์ในสังกัดทั้งรัฐและเอกชน และ ให้มาตรฐานทางการแพทย์ในแบบเดียวกัน แจ้งรุ่งใจ → ยกย่องเชิญชวนทำ CSR, มาตรการทางภาษี ร่วมด้วย(ตัวเอง)

รัฐ ไป เอกชน

แพทย์จาก รพ.รัฐ ทุติยภูมิ, ตติยภูมิ  รพ.เอกชน

บริบท

มีความสามารถ, ยังอยากอยู่ รพ.รัฐ

มีผู้ป่วยที่ต้องการศักยภาพของแพทย์ รพ.รัฐ
ไม่สามารถแพทย์เฉพาะทางครบถ้วน

Model

- ปัจจุบัน แพทย์รพ.รัฐ ออกคลินิก หรือ ทำการฝ่ายตัว ในรพ.เอกชนอยู่แล้ว แต่ ทำงานนอกเวลา ราชการ ทำให้อ่อนล้า และ ส่งผลให้ประสีติมีภาพ การปฏิบัติงานในภาพรัฐลดลง
- เพิ่มเติมระบบการให้แพทย์ภาระรัฐ ไปทำงาน รพ.เอกชน ในรูปแบบ time base หรือ ยึด ตัว แบบ outsources (จ้างงานผ่าน รพ.รัฐ)

ปัญหา และ วิธีแก้ไข

- ข้อจำกัด เชิงระบบเป็นการปฏิบัติงาน → จะเป็นบิบทาบุคคล ให้คิดเป็น time base (40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) และการยึดตัวบุคคลกรได้ ฝ่ายการจ้างงานภาครัฐ ในรูปแบบบริการ ราชการ
- ปัญหาการที่บุคลากรของรัฐไปทำงานเอกชนในเวลาราชการ → มีการจัดทำ MOU ชัดเจน และ ติดตามกำกับการทำางานของบุคลากร

กระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุผล คงต้องอาศัยปัจจัยเกื้อหนุนหลายอย่าง ในรูปแบบการทำงานร่วมกัน ระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยการฟังเสียงจากทุกภาคส่วน การปรับปรุงกฎระเบียบการบริหาร งานบุคคล (รูปแบบ time base) การทำ MOU และ การมองหาแรงจูงใจที่เหมาะสม

Preparing Healthcare System for Thailand's aging society in the next 5 years

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีเท่ากับ 14.7% และจะเพิ่มเป็น 21.6% ในปี พ.ศ. 2566 เมื่ออัตราส่วนของบุคลากรในวัยทำงานลดลง ภาระของประชากรในวัยทำงานที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุและเด็กที่ไม่มีรายได้จะเพิ่มสูงขึ้นมาก ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนมากไม่มีเงินออมพอที่จะใช้ดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่เพียงพอ และภาระส่วนใหญ่เป็นของครอบครัวหรือโรงพยาบาลที่มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute care) ดังนั้นระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ต้องมีการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการเตรียมทั้งสถานที่และผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และต้องให้ครอบครัวและสังคมมีส่วนร่วมในการทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพให้นานที่สุด โดยอาศัยการสนับสนุนของภาครัฐและการวางแผนด้านงบประมาณอย่างเหมาะสม โดยมีการสะสมองค์ความรู้และมีการร่วมสมบทตามความเหมาะสม ต้องมีการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในการวางแผน และดำเนินการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ

คณะกรรมการวิจัย

3. รศ.นพ. ฉันชาย สิทธิพันธุ์
6. นพ. พิเชษฐ์ ชุนพิพัฒน์
9. คุณวันทนีย์ พันธุ์ชาติ
12. ดร. ประภาศิริ ภัยยะสิทธิ์
15. น.อ.(พิเศษ) นพ. นพดล วีรยางกูร

1. รศ.คลินิก พญ. วรุณี จินารัตน์

4. คุณสุชัญญา ธนาลงกรณ์
7. คุณปราณี จันทร์เจนราเว
10. นพ. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
13. นพ. อดินันท์ กิตติรัตน์เพบูลย์

2. คุณสุพาร์ ศรีวงศ์คราม

5. คุณกรรณิกา พลัสสินทร์
8. นพ. เกษม ภัทรฤทธิ์กุล
11. คุณวิสิฐ ตันติสุนทร
14. คุณริรินดา พูนพิพัฒน์

Abstract

Topic: Preparing healthcare system for Thailand ageing society in the next 5 years

Objectives:

Thailand has increasing number of elderly population and is becoming an ageing society. These changes will have major impacts in healthcare system in Thailand. We are planning to conduct this study in order to answer the following questions regarding healthcare for elderly:

1. What are the situations of ageing population in Thailand and in the next 5 years?
2. What types of long term care facilities are available for dependent elderly Thais in urban settings?
3. What are the healthcare needs of the dependent elderly in Thailand?
4. Provide the recommendations for preparation of Thailand healthcare system for ageing society.

Methods:

1. Reviewing all data regarding ageing population, healthcare needs, long term care facilities in present and the future.
2. Visiting long term care facilities for dependent elderly in Thailand and interviewing healthcare givers and elderly.
3. Conducting a survey for needs of dependent elderly and care givers from urban area in Thailand.

Results:

Current situation: There are 9.7 million elderly in Thailand, 8 millions are independent and in fair health condition, 1.5 millions are partly-dependent and around 90,000 elderly are total-dependent. The long term care facilities in Thailand are very limited and mainly provide care which is quite expensive (costs between 4,000-50,000 bath / month). Most of the elderly in Thailand do not have enough saving for long term care and depend mostly on families' support. The universal healthcare coverage and other healthcare schemes (social security) provide care mainly for acute care illnesses but not for long term care for dependent elderly. Most of the hospitals do not have enough facilities to provide long term care for dependent elderly. There are programs that facilitate care givers to help taking care of elderly at home. Families of the elderly consider taking care of elderly are their responsibility and need some support from healthcare system such as care givers or affordable long term care facilities. Until recently, no official structure responsible for planning for elderly healthcare management is available.

Suggestions:

1. Thailand should continue the core value that families are responsible for taking care of the elderly. This needs to be part of Thai culture and core value.
2. Healthcare system for acute and chronic care should be separated from a long term care for dependent elderly. This will reduce burden for hospital and provide more resources for long term care system for elderly in needs.
3. Family and society should be involved as care givers for dependent elderly with support from government and healthcare system. The goal is to assist elderly to live actively at home as long as possible.
4. Provide both financial and healthcare givers support for the elderly and family taking care of them. Healthcare budget for elderly should be provided by government and co-pay by affordable elderly and family.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

หัวข้อ : การเตรียมตัวของระบบทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งระบบกับสังคมผู้สูงวัยใน 5 ปี
ข้างหน้าอย่างเป็นรูปธรรม

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ประเทศไทยที่เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี เท่ากับ 14.7% และจะเพิ่มเป็น 21.6% ในปี พ.ศ. 2566 เมื่ออัตราส่วนของบุคลากรในร้อยทำงานลดลง ภาวะของประชากรในวัยทำงานที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุและเด็กที่ไม่มีรายได้จะเพิ่มขึ้นอย่างมาก ขณะเดียวกัน ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนมาก ไม่มีเงินออมพอที่จะใช้ดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังมีไม่เพียงพอและภาระส่วนใหญ่เป็นของครอบครัวหรือโรงพยาบาลที่มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute care) ดังนั้นระบบสาธารณสุขของประเทศไทยต้องมีการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการเตรียมทั้งสถานที่และผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และต้องให้ครอบครัวและสังคมมีส่วนร่วมในการทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพให้นานที่สุด

กลุ่มอายุ / ปี	2543	2568	2593
60 - 64	33.7	30.4	21.8
65 - 69	26.1	26	20.5
70 - 79	30.4	31.2	34.1
80 +	9.8	12.4	23.6
รวม	100	100	100

อัตราส่วนผู้สูงอายุ แยกตามช่วงอายุ 2543-2593

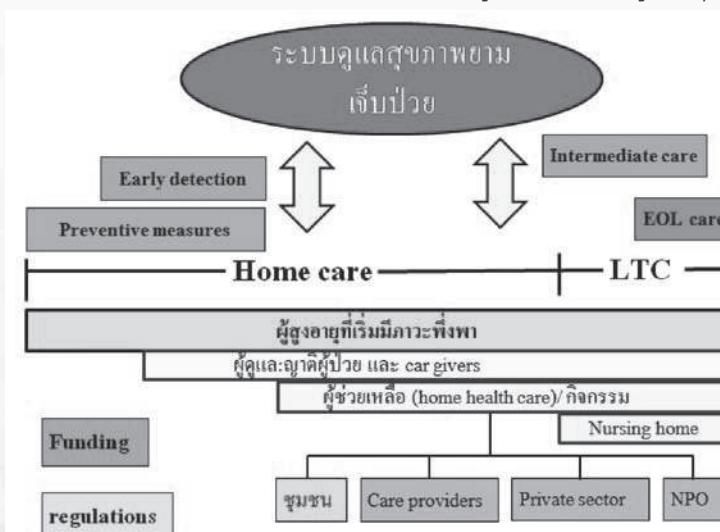
จากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่ามีผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาบางกิจกรรม ร้อยละ 13.8 และต้องการพึ่งพาทั้งหมดร้อยละ 0.9 โดยเพศหญิงมีลักษณะมากกว่าเพศชายและเพิ่มขึ้นตามช่วงวัย ทั้งนี้ได้มีการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆ และพบว่า ในปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 คนและ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 คน และ 140,000 คน ในปี 2562 ระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขในปัจจุบันยังคงเน้นการดูแลแบบเฉียบพลัน (acute care) เป็นหลัก โดยเน้นเฉพาะระบบการดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อพัฒนาระยะเฉียบพลันไป พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุม บริการในชุมชนสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงจำกัดมาก ไม่ว่าจะเป็นบริการสาธารณสุขหรือบริการด้านสังคม ขณะที่สถานบริบาลระยะยาว และระยะกลางในสังคมไทยยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร และมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนสูง แม้ว่าจะมีการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้น เช่น โครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เช่น home healthcare แต่ก็ยังไม่ทั่วถึง และไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแทนญาติหรือผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ในประเทศไทย ยังขาดโครงสร้างที่จะให้บริการสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะกลางและระยะยาว การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ในสถานพยาบาลนั้นในปัจจุบันมีเพียงในสถานบริบาลภาครกชเป็นหลัก ขาดสถานบริบาลของภาครัฐโดยภาครัฐมีเพียงการจัดบ้านพักอาศัย (Residential home) เช่น บ้านบึงแคร แล้วรับเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เท่านั้น ไม่สามารถรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง ซึ่งมีความจำเป็นต้องพักอาศัยในสถานบริบาล ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการค่อนข้างสูง ทางภาครัฐยังไม่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว

ความช่วยเหลือที่ต้องการ	จำนวน (N=206)	%*
ทีมบุคลากรช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	140	85
การฝึกสอนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านก่อนกลับบ้าน	102	49.5
การพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล	87	42.2
ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	40	19.4
การหาผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	86	41.7
การสนับสนุนจากชุมชน เพื่อบ้าน	30	14.6
สถานที่ฝากเลี้ยงผู้สูงอายุชั่วคราว	24	11.6
สถานที่ดูแลผู้ป่วยช่วงกลางวัน (day care)	15	7.3
สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	12	5.8

ผลการสำรวจความต้องการจากผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำนวน 206 ราย

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าประเทศไทยจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในการให้การดูแล ด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ โดยมีข้อเสนอแนะในการดำเนินการดังนี้

- เน้นให้ความสำคัญของค่านิยมที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของครอบครัวในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ
- มีระบบการดูแลที่แยกระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงแยกจากระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามระบบสุขภาพ
- มีการร่วมจ่ายจากผู้สูงอายุในปริมาณที่ไม่มากเกินไป และมีการปรับตามความสามารถในการร่วมจ่ายของผู้ป่วย โดยต้องมีการวางแผนงบประมาณที่เหมาะสม
- มีการประเมินผู้สูงอายุเพื่อให้ได้การดูแลที่เหมาะสม ไม่มากหรือน้อยเกินไป
- มีระบบการสร้าง care giver และระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในลังคมและครอบครัวอย่างมีคุณภาพได้นานที่สุด
- มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการวางแผนและดำเนินการดูแลประชากรสูงอายุโดยเฉพาะ



แนวทางในการเตรียมระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

Human Capital Model Development

for social immunization in children and youth

การพัฒนารูปแบบกระบวนการพัฒนาทุนมนุษย์ของเด็กและเยาวชนสู่สังคม
ที่ดีจะเนื่องจากการปฏิสัมพันธ์ร่วม (Mesosystem) 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับชุมชน
และระดับกลไกท้องถิ่นประเทศ

- ระดับบุคคล โดยคณะกรรมการพัฒนาเด็กและผู้ใหญ่ร่วมกันพัฒนา Facilitator
ประจำท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- ระดับชุมชน โดยระบบพี่เลี้ยงชุมชนและมีการพัฒนาทักษะ 5 ด้าน ที่จำเป็น
“ได้แก่ ทักษะการบริหารโครงการ ทักษะการเฝ้าระวัง ทักษะการพัฒนากิจกรรม ทักษะการ
เป็นพี่เลี้ยง และทักษะในการส่งต่อ
- ระดับกลไกท้องถิ่นจังหวัดและประเทศ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาเด็กและ
เยาวชนเป็นชุดเดียวและทั้งระบบพัฒนาการศึกษา สุขภาพ และสังคมเพื่อให้มีประสิทธิภาพ
โดยมุ่งคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน

คณะกรรมการวิจัย

3. นพ. ทวีศิลป์ วิชญายิธิน
6. คุณศานติ ประนิช
9. คุณพิมพ์กาญจน์ เหลืองสุวรรณ
12. คุณวินิตา เจนวัฒนวิทย์

1. รศ.นพ. อรุยเดว ทรีปatic

4. นพ. รุ่งเรือง ลิ้มไพบูลย์
7. คุณพรพิทย์ ศักดิ์ศิริเวทย์กุล
10. คุณอรุณโรจน์ เลี่ยมทอง
13. คุณสรวงมนต์ สิทธิสมาน

2. นพ. สุนทร สุนทรชาติ

5. พญ. ศศิธร รุ่งบรรณพันธุ์
8. คุณองอาจ คล้ามไพบูลย์
11. คุณรัตนา อนุกาสนันท์

Abstract

Topic: Human Capital Model Development for social immunization in children and youth

Objectives:

To review the appropriate model for human capital development to build up Life Assets (self and social cognitive and mindfulness) in children and youth integration with the system of community, health and education development in local government and national level of Thailand.

Methods:

Two methods of study were conducted. First, a qualitative study by in-depth interview to a group of policy makers and executives both from public and private sectors who related to the child and youth development work flow, and second, a review of three case studies of community baby-sitting system model from Rom-Klao Ladkrabang, Salawan Salaya and from the Child Life project of PATH2 Health NGO.

Results:

The questionnaires were completed by 23 experts from Media, Policy makers, Nonprofit organizer officers, public and private executive officers. Most of the participants agreed with positive child and youth development approach (60.86%, 14 out of 23) while only 2 out of 23 (8.7%) agreed with risk approach and 7 out of 23 (30.4%) would like to integrate both risk and positive approach. There are 5 models entry point to change; child center, family, school, community and social network based approach. Moreover a review of three case studies of community baby-sitting system model from Rom-Klao Ladkrabang, Salawan Salaya and from the Child Life project of PATH2 Health NGO revealed extreme weakness of Mesosystem in human development in every level including relation and interaction of microsystem (family, school, community) to each other and also interaction between system (Health, education and community development system) of the local and national level. The key actor to change is community baby-sitting system with positive psychology approach with 5 skills needed (management skill, creative activities set up skill, basic action research skill, basic counseling skill and referral system set up skill)

Suggestions:

At the beginning phase, Combine multiple groups of committee for child and youth protection and development to be only one group in local government, province and nation level with the same goal direction and main mission. Develop community baby-sitting system in every local government with facilitators or scaffolders. Remodify budget for sustainability development and categorized proportion of budget for building change agents of human development, team building and supporting creative activities according to age appropriate development and interaction of family school and community with positive psychology approach.

Keywords: Human capital, Life Assets/ Life capital, Mesosystem

บทสรุปผู้บริหาร

หัวข้อ : โครงการวิจัยการพัฒนาต้นทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนสู่สังคมที่ดี

การพัฒนาต้นทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนสู่สังคมที่ดี

เด็กและเยาวชนไทยในสังคมปัจจุบันพบว่ามีความสุ่มเสี่ยงกับปัจจัยรอบ ๆ ตัวหลายด้านด้วยกัน ทั้งนี้เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทั้งด้านเทคโนโลยี วัฒนธรรม มีการบริโภคสื่อที่หลากหลายซึ่งทางมากขึ้น อิกทั้งสภาพเศรษฐกิจ สภาพลังค์ ลิ่งแวดล้อมรอบตัว และโครงสร้างของครอบครัว ที่เปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบกับเยาวชนไทยตามมา ทั้งปัญหาครอบครัว การใช้สิ่งเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ และตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด การใช้ความรุนแรง เลพติดสื่อ ล้วนมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาเหล่านี้มาซ้ำๆ จนเกิดภาวะแห่งชาติขึ้นมากราม แต่ปัญหากลับทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

ตลอดระยะเวลาการพัฒนาเด็กและเยาวชนของสังคมไทย มุ่งเน้นแก้ปัญหามากกว่าการพัฒนาคักยกภาพ หากมองให้ครบถ้วนต้องการพัฒนาต้นทุนมนุษย์สู่สังคมที่ดีกว่านี้ ต้องจัดการให้ปัจจัยเสี่ยงลดลง(Risk) และขณะเดียวกันปัจจัยสร้าง (Protection; Life Assets) ต้องเพิ่มขึ้นไปด้วย และจะยิ่งมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากมีการพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อการจัดการทั้ง 2 ปัจจัย จะก่อให้เกิดพลังภูมิคุ้มกันทางสังคมในการพัฒนา ต้นทุนมนุษย์ (Power of Social Immunity) ได้เป็นอย่างดี ฉะนั้นการพัฒนาให้เด็กมีความสามารถในการปรับตัว สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มองโลกในแง่ดี และรู้จักการบริหารจัดการที่ช้าญฉลาดทั้งต่อตนเองและต่อสังคม และที่สำคัญคืออยู่บนฐานจริงจังสำนักที่ดีย่ออมดำรงชีวิตในสังคมที่มีการแข่งขันแก่งแย่งซึ่งดีซึ่งเด่นได้ยิ่งขึ้น ด้วยสติและ

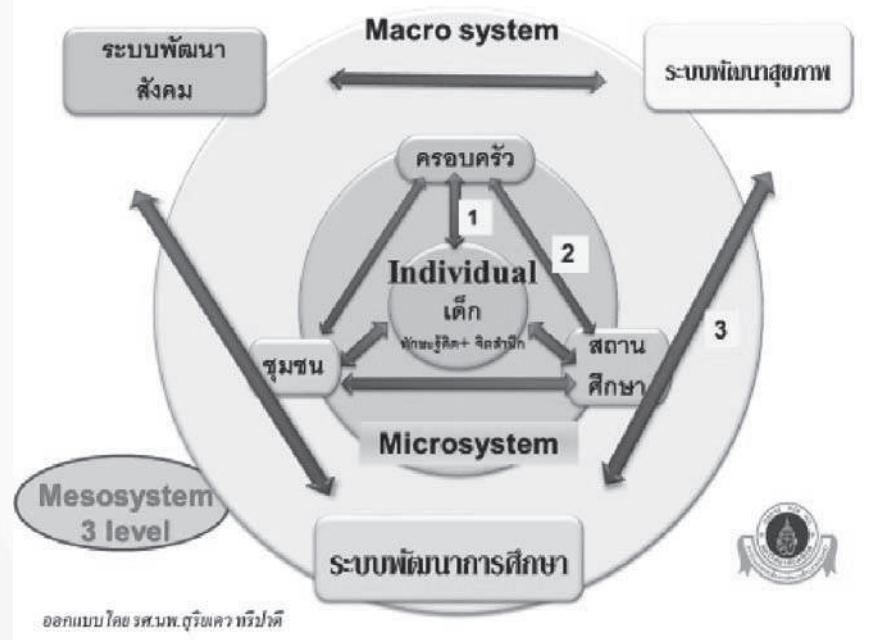


รูปภาพที่ 1 แสดงมุมมองทัศนคติและผลลัพธ์ที่ต่างกันในการจัดการปัญหาในเด็กและเยาวชนโดยมุมมองปัญหามาเป็นตัวตั้งมุ่งเน้นการแก้ปัญหาของพฤติกรรมเสี่ยงให้ลดลงซึ่งมีผลลัพธ์สุดท้ายก่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญมีการพัฒนาการเฝ้าระวังและออกกฎหมายบังคับใช้โดยให้เห็นผลในระยะสั้น หากมุ่งเน้นมุมมองคักยกภาพเป็นตัวตั้งมุ่งเน้นการสร้างพลังบวกในการแก้ปัญหาสร้างการมีส่วนร่วมของเด็กเยาวชนครอบครัวและชุมชนท้องถิ่นซึ่งมีผลลัพธ์สุดท้ายเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาคักยกภาพที่ตัวเด็กและเยาวชนและชุมชนให้เข้มแข็งมีความยั่งยืนเห็นผลในระยะยาว

ปัญญาเมื่อเทียบกับการจัดการพัฒนาตัวเองต่างๆ ในเด็กและเยาวชนที่นับวันมากขึ้นและซับซ้อน

แนวคิดการพัฒนาต้นทุนมนุษย์/ทุนมนุษย์

การพัฒนาระบวนทัศน์ในการศึกษาเพื่อการพัฒนาต้นทุนมนุษย์โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชนครั้งนี้ ออก มาเป็นระดับชั้นๆ ที่มีเด็กและเยาวชนเป็นศูนย์กลาง (ในที่นี้เรียกว่า Individual: พัฒนาศักยภาพให้เกิดทักษะ รู้คิด และจิตสำนึก) โดยในชั้นแรกที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดคือ ลังคอมแวดล้อมที่เด็กใช้ชีวิตอยู่ตลอดเวลา เช่น ครอบครัว สถานศึกษา และชุมชนใกล้ตัว (ในที่นี้เรียกว่า Microsystem) ส่วนชั้นที่ห่างจากมาแต่ก็มีผลผลกระทบต่อเด็กอีกเช่นกันคือ ชั้นของกลไกท้องถิ่นในลังคอมที่เด็กอาศัยอยู่ เช่นกลไกของท้องถิ่นในการพัฒนาสุขภาพ การศึกษา และลังคอมชุมชน ซึ่งล้วนมีผลต่อการพัฒนาศักยภาพเด็กทั้งสิ้น (ในที่นี้เรียกว่า Macro system) สำหรับการเชื่อมโยงในแต่ละชั้นให้สามารถสนับสนุนได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างชั้นต่างๆ ทุกชั้นทุกระดับ (ในที่นี้เรียกว่า Mesosystem) ซึ่งแบ่งออกมาเป็น 3 ชั้น กล่าวคือ ชั้นที่ 1 เป็นปฏิสัมพันธ์ ในชั้นที่ลังคอมที่ใกล้ตัวเด็กคือครอบครัว สถานศึกษา และชุมชนกับเด็กและเยาวชนโดยตรง ชั้นที่ 2 เป็นปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกันของลังคอมที่ใกล้ตัวเด็ก คือ ครอบครัว สถานศึกษา และชุมชน ส่วนชั้นที่ 3 เป็นปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกันของกลไกทั้ง 3 ระบบเพื่อมุ่งเป้าพัฒนา



รูปภาพที่ 2 แสดงตัวอย่างการใช้แผนภูมิ Bio ecology of Human Development พัฒนาระบวนทัศน์ในการพัฒนาเด็กในลังคอมไทย โดยที่มีเด็กเป็นศูนย์กลาง (Individual) และมีลังคอมแวดล้อมที่ใกล้ตัวเด็กมากที่สุด ใช้ชีวิตอยู่โดยส่วนใหญ่คือ ครอบครัว สถานศึกษาที่เรียน และชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่ เป็น Immediate Environment ของเด็ก เรียกว่า Microsystem และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันระหว่างเด็กกับครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา และระหว่างครอบครัว กับชุมชนและสถานศึกษาเพื่อเป้าหมายเดียวกันโดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง เรียกว่า Mesosystem ส่วนระบบของลังคอมที่มีในลังคอมไทยเพื่อการพัฒนาเด็กนั้น มีอยู่ 3 ระบบ กล่าวคือ ระบบสุขภาพ (Health Development System) ระบบการศึกษา (Educational Development System) และระบบในพัฒนาการอยู่ร่วมกันในชุมชน ลังคอม (Community Development System) ซึ่งเรียกว่า macro system เมื่อวิเคราะห์ปัญหาของลังคอมไทยจะเห็นจุดอ่อนในระดับ Mesosystem ทั้ง 3 ระดับ

ศักยภาพเด็กและเยาวชน ดังแสดงในภาพข้างล่างนี้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการพัฒนาต้นทุนมนุษย์(ทุนมนุษย์) ของเด็ก เยาวชน ให้มีทักษะรู้คิด จิตสำนึกที่ดีต่อตนเอง ต่อลังคอม และสามารถสนับสนุนการเข้ากับระบบการพัฒนาสุขภาพ ระบบการ

ศึกษาและระบบการพัฒนาสังคม เพื่อนำเสนอเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายทั้งในระดับท้องถิ่นและประเทศ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสำรวจความคิดเห็นผู้บริหารภาครัฐและเอกชนรวมทั้งผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กและเยาวชน และการศึกษาด้วยการสอบถามบทเรียนจากการศึกษา การเคหะชุมชนร่วมกัน ลาดกระบัง กรุงเทพฯ และชุมชนท้องถิ่น บ้านสาลวัน ศาลายา นครปฐม และโครงการ CHILD LIFE

รูปแบบการศึกษา มี 2 รูปแบบ

1. **รูปแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก** จากผู้บริหารภาครัฐและเอกชน รวมทั้งผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กและเยาวชน (เน้นวัยรุ่นอายุ 10-18 ปี) ทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศจำนวน 23 ท่าน สามารถนำมาระบุท่อนผ่าน 3 ประเด็นดังนี้

ก. การพัฒนาเด็กและเยาวชนในสังคมไทยระหว่างการพัฒนาโดยใช้ปัญหาเป็นตัวตั้ง(Problem-based) เปรียบเทียบกับการใช้ศักยภาพเด็กและเยาวชนเป็นตัวตั้ง (Positive Assets-based) นั้นมี 14 ท่าน ที่ใช้การพัฒนาศักยภาพเป็นตัวตั้ง ในขณะที่มี 2 ท่าน ที่เห็นตรงกันข้ามควรใช้ปัญหาเป็นตัวตั้ง และมีอีก 7 ท่าน ที่ เสนอให้ใช้ทั้ง 2 บูรณาการไปพร้อมๆ กัน

ข. จุดเริ่มดำเนินการ (Entry Point) ในการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชน (ให้มีทักษะรู้คิดและ จิตลางนึก) โดยสรุปมี 5 รูปแบบ คือ เด็ก ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และภาคีเครือข่าย ตามลำดับ

ค. รูปแบบ แนวทางหรือวิธีการที่พัฒนาให้ครอบคลุมด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา และด้านพัฒนาสังคม

ตารางแสดงความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์	
รูปแบบ(สูนย์กลาง)	กระบวนการ
บ้านชุมชนและโรงเรียน จำนวน 6 ท่าน	Transform education Participation learning action Facilitator/ Scaffolding Change Mind set Role model Meaningful Participation
เด็ก จำนวน 11 ท่าน	Positive power 6 Participation 2 Child center 1 Policy based 2 (อุทยานศรีสุพรรณหินวุฒิ roadmap)
ภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 2 ท่าน	Positive parenting Policy based (ระบบราชการ)
ครอบครัว จำนวน 2 ท่าน	Policy based (สอนปลูกตั้งใจทางครอบ) Positive power
โรงเรียน จำนวน 2 ท่าน	Policy based (กำกับดูแลศาสตร์จากส่วนกลางไป)

เสนอรูปแบบหรือกระบวนการการดำเนินการได้สรุปไว้ในรูปภาพที่ 3

รูปภาพที่ 3 แสดงให้เห็นข้อมูลที่ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้ที่ทำงานด้านเด็กและเยาวชนทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ จากจุดเริ่มดำเนินการซึ่งมี 5 รูปแบบคือ รูปแบบบ้านชุมชนและโรงเรียนจำนวน 6 ท่าน ใช้เด็กเป็นจุดศูนย์กลางหรือเริ่มต้นจำนวน 11 ท่าน ภาคีเครือข่ายในชุมชนจำนวน 2 ท่าน ครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางในการเริ่ม 2 ท่าน และโรงเรียนเป็นจุดเริ่ม 2 ท่าน ทั้งนี้ได้แยกประเภทรูปแบบกระบวนการในการพัฒนาไว้หลากหลายรูปแบบครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพสังคมและการศึกษา ตามคอลัมน์ข้างมือ

2. รูปแบบกระบวนการศึกษาด้วยการสอบถามบทเรียนจากการศึกษา ชุมชนเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร

(การเคหะชุมชนร่วมกัน ลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร) ชุมชนท้องถิ่น บ้านສາລະວັນ คາລາຍາ นครปฐม และการติดตามพัฒนาการเด็กและเยาวชนด้วยพลังบวกอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งสองพื้นที่ก่อให้เกิดการวางแผนการใช้ทรัพยากรทั้งเรื่องทุนมนุษย์ ทุนทางลังคอมและวิถีชีวิตมาบูรณาการ ผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์เกิดขึ้นจากการทำงานเป็นทีม ก่อให้เกิดคณะกรรมการด้านเด็กและเยาวชนโดยธรรมชาติ และเกิดผู้นำทางความคิดที่แปลงบทบาทมาเป็นกระบวนการ การสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทักษะต่างๆ จนเกิดนักพัฒนาการทรัพยากรมนุษย์ ท้องถิ่นที่เป็นธรรมชาติเช่นกัน

ระบบพัฒนาชุมชนเพื่อการพัฒนาต้นทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนสู่ลังคอมที่ดีด้วยพลังบวกที่มีการพัฒนาทักษะ 5 ด้านได้แก่ 1. ทักษะบริหารจัดการโครงการหรือแผนในการพัฒนาทุนมนุษย์ 2. ทักษะในการเฝ้าระวัง ผ่านนักวิจัยชุมชน 3. ทักษะในการพัฒนากิจกรรมสร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชน 4. ทักษะในการเป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษาเบื้องต้น และ 5. ทักษะในการส่งต่อ

สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาต้นทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนสู่ลังคอมที่ดี คือ การเข้มโยง คณะกรรมการเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบเพื่อมุ่งพัฒนาเด็กและเยาวชนให้มีคุณภาพ เพื่อก่อให้เกิดผู้นำตามวิถีธรรมชาติ สู่การเปลี่ยนแปลงด้วยพลังบวก เกิดเจ้าภาพที่จะดูแลลูกหลานในรูปแบบคนทำงานด้านเด็ก และเยาวชน ที่มีทั้งเด็กและผู้ใหญ่ทำงานด้านการสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการพัฒนาความคู่กัน อุดช่องโหว่หรือจุดอ่อน หรือปัจจัยแห่งความล้มเหลว ได้ทั้งสามารถดับและยังนำไปสู่การสร้างนักกระบวนการที่เป็นชาวบ้านผู้ใหญ่ใจดี ที่รักเด็กในท้องถิ่นของตนเช่นเดียวกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนเกิดระบบพี่เลี้ยงในชุมชน จนในที่สุดสามารถสร้างนักพัฒนาการทรัพยากรมนุษย์ท้องถิ่นที่เป็นลิ่งจำเป็นในลังคอมไทยสู่ความยั่งยืนต่อไป

สรุปสุดท้ายข้อเสนอเชิงนโยบายระดับประเทศดังนี้

1. เข้มโยงระบบสุขภาพ ลังคอมและการพัฒนาการศึกษา เพื่อมุ่งพัฒนาเด็กและเยาวชนให้มีคุณภาพ
2. ควรยุบรวมคณะกรรมการที่ซ้ำซ้อนในระดับชาติ เพื่อให้เกิดคณะกรรมการระดับชาติเพียงชุดเดียว (ปัจจุบัน มีความซ้ำซ้อน เช่น คณะกรรมการเด็กปฐมวัยแห่งชาติ คณะกรรมการล่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ คณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ คณะกรรมการครอบครัวแห่งชาติ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ คณะกรรมการครอบครัวฯลฯ ลักษณะนี้อีกมาก) เพื่อพัฒนาสุขภาพ การศึกษา และลังคอม เพื่อมุ่งคุณภาพชีวิตพลเมือง ซึ่งรวมทั้งเด็กและเยาวชนเป็นตัวชี้วัดหลัก โดยใช้กระบวนการในการพัฒนาต้นทุนมนุษย์ เป็นแนวทาง
3. สร้างแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ และมีระบบประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
4. ปรับปรุงระบบประมาณเพื่อลับสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จัดสัดส่วนของงบประมาณในการพัฒนาคน กลไก และกิจกรรมอย่างเหมาะสม

สรุปผลและข้อเสนอเชิงนโยบายระดับท้องถิ่น

1. ควรยุบรวมคณะกรรมการที่ซ้ำซ้อนในระดับท้องถิ่นและจังหวัด (ปัจจุบันมีความซ้ำซ้อน เช่น

คณะกรรมการเด็กปฐมวัย คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชน คณะกรรมการคุ้มครองเด็ก คณะกรรมการครอบครัว คณะกรรมการผู้สูงอายุคณะกรรมการแม่และเด็กจังหวัด และคณะกรรมการล้านนา (ลักษณะนี้อีกมากมาย) เพื่อให้เกิดคณะกรรมการเพียงชุดเดียว เพื่อพัฒนาสุขภาพ การศึกษา และลังคอม เพื่อมุ่ง คุณภาพชีวิตพลเมือง ซึ่งรวมทั้งเด็กและเยาวชนเป็นตัวชี้วัดหลัก โดยใช้กระบวนการในการพัฒนา ต้นทุนมนุษย์ เป็นแนวทาง

2. กระบวนการพัฒนาต้นทุนมนุษย์

พัฒนาคุณภาพทำงานในระดับชุมชน ด้านเด็กและเยาวชนที่มีทั้งเด็กและผู้ใหญ่ทำงานร่วมกันเป็นระบบ และอย่างมีส่วนร่วม

พัฒนาระบบการประจําท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งในท้องถิ่นตนเองและการยก ระดับเรียนรู้ข้ามถิ่นในจุดแข็งของแต่ละท้องถิ่นก่อให้เกิดลังคอมแห่งการเรียนรู้

พัฒนาระบบที่เลี้ยงในชุมชนที่มีนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ท้องถิ่น เพื่อการพัฒนาต้นทุนมนุษย์ในเด็ก และเยาวชนสู่ลังคอมที่ดีในที่สุด

3. ปรับปรุงระบบประเมินเพื่อลับสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จัดลัดล่วงของ งบประมาณในการพัฒนาคน กลไก และกิจกรรมของชุมชนท้องถิ่น

หมายเหตุ

อ้างอิงโครงงานวิจัยการพัฒนาต้นทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนสู่ลังคอมที่ดี

กลุ่มวิชาการ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมากิษา สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ รุ่นที่ 3 กลุ่มที่ 3 (สุริยเดว ทรีปภาคี และคณะ) อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.สุพิน เกชาคุปต์

ธรรมากิบาล ๖ หลัก หัวใจของหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมากิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง

หลักที่ ๑

หลักนิติธรรม
RULE OF LAWS

หนึ่งในหลักธรรมากิบาล ๖

อันเป็นหลักการปกครองที่บุคคลทั้งหลาย สถาบัน และหน่วยงานไม่ว่าจะเป็นสาธารณะหรือเอกชน
รวมไปถึงรัฐ มีการบังคับใช้อย่างเสมอภาค สอดคล้องกับธรรมเนียม
และมาตรฐานของสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ รวมทั้งมีมาตรการเพื่อประกันการเคารพ
และปฏิบัติตามหลักการสูงสุดของกฎหมาย มีความชัดเจนแน่นอน โปร่งใส และยุติธรรม

ຮຽນມາກິບາລ 6 ພັດທະນາ ແລ້ວ ຂອງຫຼັກສູດປະກາສນີຍັບຕຣຣມາກິບາລກາງກາຮແພທຍ
ສໍາຮັບຜູ້ບໍລິຫານຮະດັບສູງ

ຫລັກທີ 2
ຫລັກຄຸນຮຣນ
ETHICS

ໜຶ່ງໃນຫລັກຮຣນມາກິບາລ 6

ອັນເປັນຫລັກຂອງຄວາມດືກຄວາມຈາມ ຄວາມຖຸກຕ້ອງ ທີ່ຈະແສດງອອກມາໂດຍກາຮກະທຳທາງກາຍ
ວາຈາ ແລະ ຈິຕໃຈຂອງແຕ່ລະບຸຄຸລ ປະໜຶ່ງຫລັກປະຈຳໄລ່ໃນກາຮປະພຸຕິປົງປົກຕິຈົນເກີດເປັນນີ້ສັຍ
ເປັນກາຮປະພຸຕິປົງປົກຕິໃນສິ່ງທີ່ມີປະໂຍໝນຕ່ອຕນເອງ ຜູ້ອື່ນ ແລະ ສັ່ງຄມ

คุณหมอ 5 บาท

รศ.นพ.สกาน ลิมพานิชย์การ



“การทำความดีไม่มีเกษัยณอายุ
ทุกคนสามารถเริ่มทำได้ตั้งแต่เกิดจนตาย”

คำกล่าวถึงเรื่องการทำดีของ รศ.นพ.สกาน ลิมพานิชย์การ คุณหมอใจดี ผู้เปิดคลินิก "แพทย์สกาน" รับรักษาคนป่วยที่คิดค่ารักษาในราคางานประหัดเพียง 5-70 บาท โดยเริ่มต้นเก็บเงิน 5 บาท สำหรับคนไข้ที่ปวดหัวตัวร้อนเป็นไข้หวัด หากไม่มีเงินจริงๆ ก็ไม่คิดเงิน หรือถ้ามีไม่พอให้เท่าไหร่ก็เท่านั้น จนเป็นที่มาของฉายา "หมอ 5 บาท"

ปัจจุบัน คุณหมอสกาน มีอายุ 75 ปี แม้ว่าจะเกษียณอายุมาแล้ว 15 ปี แต่ด้วยความรักในวิชาชีพและความมีมนุษยธรรมอันเปี่ยมล้น คุณหมอสกานจึงไม่ยอมเกษียณตัวเองออกจากหน้าที่ ทั้งการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโรงเรียนเวชนิทัศน์ หน่วยงานในสถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทย์ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล คุณหมอจะเดินทางมาทำงานที่ศิริราชตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์ จนถึง 5 โมงเย็น ก่อนจะขับรถไปเปิดคลินิกที่ซอยระนอง 1 ถนนพระราม 5 ปีดวันเสาร์และเปิดวันอาทิตย์

รศ.นพ.สกาน เปิดคลินิกมาตั้งแต่ พ.ศ.2507 โดยรับรักษาโรคทั่วไป จะเก็บเงินเฉพาะค่ายาและเวชภัณฑ์เท่านั้น โดยไม่คิดค่าวนิจฉัยโรค แต่ถ้าหากคนไข้ไม่มีเงินจริงๆ ก็ไม่คิดเงิน หรือหากมีไม่พอจะให้เท่าไหร่ก็ได้ เพราะรู้สึกเห็นใจคนไข้ และไม่ต้องการให้ไปซื้อยารับประทานเอง ตามความเคยชินของคนไทยที่มักจะไปร้านขายยาโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ ผลเสียคือ ผู้ป่วยจะไม่รู้ว่าatenolol สองแพ็ยานินิดันน์หรือไม่ และจะทำให้ดื้อยาอีกด้วย

“ผมจะแนะนำคนไข้ว่า ควรปฏิบัติตัวอย่างไรบ้างถึงจะหายป่วย บางทีก็ต้องบังคับให้คนไข้เชือฟัง เพราะจะได้รู้ว่ากินยาไม่ครบ เลยต้องกำชับให้กินตามคำสั่ง ที่ผ่านมาอย่างไม่มีผู้ป่วยได้ยาจากผมแล้วมีอาการดีอยาหรือแพ้ยา และจะให้ยา กินไป 2 วันเท่านั้น เพราะไม่ต้องการให้อายากไปทึ้งช้ำง เวลาจ่ายยาจะถามก่อนว่า มียาอะไรเหลืออยู่ที่บ้าน จะได้ไม่ให้ยาซ้ำกัน”

ที่น่ายกย่องคือ คุณหมอสกานไม่เคยคิดถึงผลประโยชน์ว่าจะกำไรหรือขาดทุน เพราะมองว่าไม่ได้ลงทุนสูงเท่าคลินิกอื่นๆ มีค่าใช้จ่ายแต่เพียงตัวยาเท่านั้น ที่จะสั่งซื้อจากบริษัทที่ได้ลิขสิทธิ์มาผลิตยาในไทย เวลาสั่งซื้อแต่ละครั้งจะสั่งจำนวนมากๆ ซึ่งได้ราคาถูก ประหัดเงินได้มาก แม้ในช่วงหลังๆ สั่งซื้อยาจำนวนน้อยลง แต่บริษัทผลิตยาก็ยังขายในราคามีเดิมเป็นการช่วยเหลือกัน เพราะทราบว่าคุณหมอไม่ได้ทำธุรกิจหวังผลกำไร แต่ยังต้องถอนเงินบำนาญส่วนตัวมาเป็นค่าซื้อยาให้คนไข้คลินิก ซึ่งคิดราคาตั้งแต่ 5-70 บาท

"ผมไม่คิดว่า สิ่งที่ทำไปนั้นเป็นการช่วยเหลือ แต่ผมทำตามหน้าที่ของแพทย์ต่อคนไข้ เราเกิดต่างเป็นคนไทยด้วยกัน เวลาคนไข้มานาหา ผมยังคิดว่าเป็นญาติพี่น้องกัน คุยกันได้ทุกเรื่อง เมื่อเรามีพอกินพอยใช้ ก็แบ่งปันกัน ไม่เคยคิดเรื่องทรัพย์สินเงินทอง ว่าต้องสูญเสียไปมากน้อยเท่าไหร่ ถ้าเห็นคนไข้หายดี ก็ทำให้มีความสุขแล้ว"

คุณหมอท่านนี้ยังกล่าวถึงเรื่องทำดีไว้ด้วยว่า เมื่อเราเกิดมา ก็สามารถทำดีได้ตลอดเวลาจนกระทั่งไม่มีเรื่องอะไรจะทำ แต่เมื่อยุคสมัยเปลี่ยนแปลงไป ก็ทำให้ผู้คนในสังคมนึกถึงตัวเองมากขึ้น การช่วยเหลือกันน้อยลง มุ่งแต่จะเอาตัวเองให้รอดก่อน สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ ก็มีส่วนทำให้คนเห็นแก่ตัวเพิ่มขึ้นอีกด้วย

นอกจากนี้ รศ.นพ.สภายังแสดงความคิดเห็นต่อบุคลากรทางการแพทย์รุ่นใหม่ ที่กำลังจะก้าวเข้ามาทดแทนคลื่นลูกเก่าว่า การทำความดีไม่สามารถบอกให้ทำกันได้ว่าทำอย่างไร แต่เราสามารถเริ่มต้นกระทำให้ดูเป็นตัวอย่างได้ ดังนั้น นักศึกษาแพทย์ควรเรียนรู้จิตใจและวิถีปฏิบัติของคุณหมอท่านนี้ ไว้เป็นต้นแบบของผู้กระทำประโยชน์ต่อสังคม โดยไม่หวังผลตอบแทน

"สังคมไทยข้างหน้าจะขาดแคลนบุคลากรที่จะเป็นอาจารย์แพทย์ เพราะปัจจุบันมีแพทย์ที่สนใจจะทำงานในสถาบันศึกษาน้อยลง เพราะการเป็นอาจารย์ต้องเสียสละเวลา ที่จะถ่ายทอดความรู้ เอาใจใส่ในการสอน มุ่งมั่นที่จะศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ไม่ใช่ว่าทุกคนจะเป็นอาจารย์สอนได้ ขึ้นอยู่กับทักษะการถ่ายทอดความรู้ให้นักศึกษา รวมทั้งความรักในอาชีพแพทย์เป็นลิ่งสำคัญ อีกทั้งยังไม่มีเวลาเปิดคลินิกส่วนตัว หารายได้มากเท่ากับแพทย์เฉพาะทาง"

คุณหมอ 5 บาทกล่าว

การกระทำของคุณหมอสถาปัตย์ ไม่เคยทวงบุญคุณ ไม่เคยประการศัยกย่องตัวเอง ว่าเป็นผู้กล้า วีรบุรุษที่เสียสละให้ชาติบ้านเมือง แต่ไม่คิดว่าเป็นพระอุดมการณ์ได้ฯ แต่มาจากจิตสำนึกของความเป็นมนุษย์ ผู้ที่คิดว่าเกิดมาแล้วควรทำเพื่อผู้อื่น

Strategies in the Patient Protection and Fairness Establishment

according to the sophisticated technologies applications in medical practice: A stem cell use case study

การพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์มีความสำคัญเพื่อพัฒนาระบบการรักษา และป้องกันโรคให้มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจถึงผลดี ผลเสีย และข้อเท็จจริงของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงข้อจำกัดในการใช้นั้น จำเป็น อย่างยิ่งที่ต้องมีกลไกมากำกับดูแลควบคู่ไปด้วย โดยที่รัฐต้องเป็นผู้นำในการกำกับดูแล มิให้เกิดการบิดเบือนในการใช้เทคโนโลยีใหม่เหล่านั้นไปเพื่อผลประโยชน์ทางธุรกิจอัน มีควรได้ ในทางกลับกัน ก็ต้องหาทางให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงการใช้บริการ เทคโนโลยีใหม่ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรฐานทางเวชปฏิบัติแล้ว

คณะผู้ทำการวิจัย

- 3. นพ. จั้น พ.ศ. จันทร์ธรรมกุล
- 6. นพ. ธีระศักดิ์ วิริยานันท์
- 9. คุณสมสุข มีมุตติสม

1. ศ.นพ.อนันต์ ศรีเกียรติชัย

- 4. นพ. ต่อพล วัฒนา
- 7. คุณอัชดา เกษรศุภร์
- 10. คุณลดาวัลย์ ดำเนินชัยวนิชย์

2. ดร. กาญจนा จันทร์ไทย

- 5. ดร. พิพารณ์ เยสุวรรณ์
- 8. ผศ.นพ. วีรยะ เก้าเจริญ

Abstract

Topic: Strategies in the Patient Protection and Fairness Establishment according to the Sophisticated Technologies Applications in Medical Practice: A stem cell use case study.

Rationale:

As a result of the development of technologies in the daily medical practice in the chronological year, many patients have got the better health and quality of their lives. However, many of the new and sophisticated technologies are in the clinical study phase. Some of them cannot use in the clinical practice routinely; some of them are the optional and are not the standard treatment. So the regulation and strategies to control and establish the fairness in the new medical technology application are the very crucial aspect in this era. Stem cell therapy is one of the most popular new medical technologies nowadays. Stem cell therapy is the prototype for this study.

Objectives:

To study knowledge attitude and practice of the target populations to the stem cell therapy. To study the strategies in the patient protection and study about the related law regulation for preventing misuse stem cells treatment.

Methods:

Rating scale questionnaires were used in the target population by asking about knowledge and attitudes in stem cell therapy. Experienced patient, physician and stem cell researchers were interviewed by interviewer.

Results:

Knowledge and attitudes of the target population: 94.9% know that stem cell has the auto replications, 61.4% know about pluripotential stem cell which can develop to be another cell line, 74.7% misunderstand that stem cell originated from plant, 57.6 % misunderstand that stem cell can be administered by mouth or by skin absorption, 64.6 % prefer this method for another treatment, 90% know about stem cell from the hospitals, newspaper, and online medias.

Conclusions:

New technologies development is the crucial step in the progression of the medical practice, by develop the diagnostic tools, treatment modalities, and also the rehabilitation instruments which can improve the quality of life of many patients in the real world. However, the strategies to control these particular technological uses are also necessary. The complexity of the technologies and inappropriate information providing causes the misperception and misunderstanding about the technologies usage of the patients; especially about the efficiency, proper indication and contraindication. Law and law enforcement from the government may delay to reach the situation on time.

บทสรุปผู้บริหาร

หัวข้อ : กลไกคุ้มครองประชาชนและสร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชน ใน การรับบริการด้วยเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์ กรณีศึกษาการใช้เทคโนโลยีการรักษาด้วยเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell)

การพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์ในหลายศิวิรช ที่ผ่านมา�ังผลให้ประชาชนมีช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ตลอดจนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีเหล่านี้ มีทั้งที่เป็นวิธีมาตรฐาน ได้รับการยอมรับกันในวิชาชีพ และวิธีที่ยังอยู่ในขั้นตอนการศึกษาวิจัย ดังนั้น การสร้างกระบวนการควบคุมการใช้เทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์ให้เหมาะสม จึงมีความจำเป็น เทคโนโลยีเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell) ถือเป็นเรื่องที่เป็นที่สนใจในวงกว้าง ในปัจจุบัน คณะผู้ศึกษาจึงใช้เทคโนโลยีนี้เป็นตัวแทนของการศึกษาในครั้งนี้

การศึกษานี้จะครอบคลุมในด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนต่อเทคโนโลยีใหม่ ทางการแพทย์โดยใช้เทคโนโลยีเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell) ในการรักษาโรคในปัจจุบัน เป็นกรณีศึกษา นอกจากนี้ยังจะศึกษาเกลไคคุ้มครองผู้บริโภคกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์ รวมทั้งข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการคุ้มครอง กำกับดูแลการใช้เทคโนโลยีใหม่

วิธีการศึกษาในรายงานฉบับนี้ มีการใช้แบบสอบถามสำหรับบุคคลทั่วไป ทั้งเรื่องความรู้ และทัศนคติที่มีต่อการใช้เซลล์ต้นกำเนิดในการรักษาและมีการสัมภาษณ์เชิงลึก แพทย์ผู้ทำการรักษา นักวิจัย เรื่องเซลล์ต้นกำเนิด รวมทั้งผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีเซลล์ต้นกำเนิด

ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันโรคที่พิสูจน์ได้ชัดเจนว่าสามารถรักษาโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิด ได้แก่โรคเลือด ในประเทศไทยมีการใช้เซลล์ต้นกำเนิดในทางที่ยังไม่มีหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ยืนยันอย่างชัดเจน โดยมีธุรกิจหลากหลายลักษณะ อาทิ ธุรกิจการเก็บ เพาะเลี้ยง ทดลอง และการบริการเซลล์ ธุรกิจบริการทางการแพทย์ในส่วนต่างๆ ที่นำเซลล์ไปใช้ เช่น การแพทย์ทางเลือก เวชศาสตร์ชล挽回

รัฐขาดกลไกที่ทำหน้าที่กำกับควบคุมการใช้ให้เหมาะสม ล่งผลให้ประชาชนตกเป็นเหยื่อของการโมฆะชวนเชื้อ ตารางข้างล่างเป็นการแสดงผลความรู้และทัศนคติของประชากรตัวอย่างกับการใช้เซลล์ต้นกำเนิดผลรายงาน เป็นว้อยละเทียบกับประชากรที่ทำการศึกษาทั้งหมด

คำถาม	ตอบถูก/ เห็นด้วย	ตอบผิด/ ไม่เห็นด้วย
เซลล์ต้นกำเนิดคือเซลล์ที่สามารถแบ่งตัวเพื่อสร้างทดแทนตัวเองขึ้นมาใหม่ได้	94.9	3.2
เซลล์ต้นกำเนิดสามารถเปลี่ยนไปเป็นเซลล์จำเพาะชนิดอื่นได้	61.4	36.7
เซลล์ต้นกำเนิดสามารถลอกได้ทั้งจากพืชและสัตว์	23.4	74.7
การฉีด ทา หรือ รับประทานเซลล์ต้นกำเนิด เซลล์จะสามารถไปยังอวัยวะที่ต้องการได้	40.5	57.6

คำถาม	ตอบถูก/ เห็นด้วย	ตอบผิด/ ไม่เห็นด้วย
เชลล์ต้นกำเนิดสามารถใช้รักษาโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาว ได้	80.4	17.7
เชลล์ต้นกำเนิดสามารถใช้รักษาโรคสมองเลื่อน เช่น อัลไซเมอร์ พาร์กินสัน ได้	40.5	57.6
เชลล์ต้นกำเนิดสามารถใช้รักษาโรคหลอดเลือด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมองตีบ อัมพาต ได้	44.9	53.2
เชลล์ต้นกำเนิดสามารถใช้เพื่อ ชะลอวัย ลดความแก่ ได้	15.2	82.9
ท่านพร้อมที่จะใช้เชลล์ต้นกำเนิดเพื่อการรักษาโรค	64.6	33.5
ท่านพร้อมที่จะใช้เชลล์ต้นกำเนิดเพื่อชะลอความแก่	62.7	35.4

ข้อสรุปจากการศึกษา

การพัฒนาเทคโนโลยีขั้นสูงมีความจำเป็นในการพัฒนาการวินิจฉัย การดูแลรักษา การฟื้นฟู และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นไปอย่างรวดเร็ว และมีความซับซ้อน ยากแก่ความเข้าใจ มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม รวมถึงการให้ข้อมูลที่มุ่งหวังประโยชน์เชิงพาณิชย์ ประชาชนขาดทักษะในการประเมินความถูกต้องของข้อมูล ซึ่งส่งผลให้ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะในด้านประสิทวิภาค อาการไม่พึงประสงค์ และความคุ้มทุน กลไกการรักษาความล่าช้า ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านกลไกทางกฎหมายและการบังคับใช้

ข้อแนะนำ จากการศึกษา

1. พึงมีกระบวนการกำกับการใช้อย่างเหมาะสม การควบคุมที่รัดกุมเกินความจำเป็นจะทำให้เป็น อุปสรรคต่อการพัฒนา ในทางตรงกันข้ามการควบคุมที่หละหลวยจะทำให้มีการใช้อย่างไม่ถูกต้องซึ่งทำให้เกิดการล้วนเปลี่ยนและอาจเกิดผลเสียต่อผู้รับบริการ
2. รัฐพึงจัดทำกฎหมายเพื่อกำกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ชั้นสูง พร้อมทั้งจัดให้มีระบบและกลไกบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพ และทันต่อการเปลี่ยนแปลง
3. พึงจัดให้มีหน่วยงานภาครัฐ ที่ทำหน้าที่และบทบาทในการประเมินประสิทธิภาพของเทคโนโลยีขั้นสูง ตลอดจนศึกษาความคุ้มทุน กำหนดกลไกการเข้าถึง รวมทั้งมีหน้าที่ให้ความรู้และข้อมูลแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง

Medical Hub: A Case Study on the Development

of International Herbal Center with good governance

รัฐควรให้ความสำคัญต่อการผลักดันนโยบายแห่งชาติด้านสมุนไพร บูรณาการงานสมุนไพรในทุกระทรวงที่เกี่ยวข้อง มีงบประมาณและกฎหมายสมุนไพรที่แยกจากกฎหมายอาหารและยา สนับสนุนภาคเอกชนในการปลูก ปรับรูปผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่มีมาตรฐาน เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพในการอนุรักษ์ คุ้มครอง วิจัย และพัฒนาสมุนไพรและภูมิปัญญาไทยเพื่อการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนภายใต้หลักธรรมาภิบาล

คณะกรรมการวิจัย

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| 3. คุณดีเรกุลธ์ เจนรงรองธรรม | 1. ดร.นพ. ชวัชชัย กมลธรรม | 2. นพ. วสันต์ อภิวัฒนกุล |
| 6. นพ. นพรัตน์ พานทองวิริยะกุล | 4. รศ.นพ. พฤหัส ต่ออุดม | 5. ดร. สุนีย์ คราไซธนาสุข |
| 9. นพ. ปรัญญา สากิยลักษณ์ | 7. ดร.นพ. ไพศาล วรสกิตย์ | 8. นอ. อนุเดชษ์ นาครทรรพ |
| 12. นพ. อิทธิรัตน์ วัชรา囡นันท์ | 10. น.อ.(พิเศษ) นพ. ดนัย ปานแดง | 11. คุณนุชนาดา วสุรัตน์ |
| | 13. นพ. พรชัย ยอดวิศิษฐ์ศักดิ์ | 14. พญ. ชุติมา ปั่นเจริญ |

Abstract

Topic: Medical Hub: A Case Study on the Development of International Herbal Center with Good Governance.

Objectives:

The study on “Medical Hub: A Case Study on the Development of International Herbal Center with Good Governance” is aimed at proposing policy recommendation for country development for the public sector in order to set up country strategy to be the Center of Thai Herbal Products in this region. The ‘Product Hub Policy’ is one of the major components of ‘Medical Hub Policy’ that has continuously been developed and implemented by various administrations in the past. The three main objectives of this study are: (1) to study current situation of the development of Thai herbal products including legal issue, government policies, and measures or the work on Thai herbal products development that different institutes and offices involved have done so far, (2) to analyze the challenges that Thailand is facing in order to become an international center of herbal products development taking into consideration all related factors from upstream (production) to downstream (sale), and (3) to compare the good governance principle of organization development and administration with country development plan in order to set up development strategy for Thailand to become an international center of herbal products development with good governance.

Methods:

This study is a quality research using literature review and focus group discussion with experts who are representatives from public offices involved and stakeholders from private sectors, e.g. producers of herbal raw materials, herbal products manufacturers, and pharmaceutical profession agency in order to gather information, participatory ideas, and comments on key questions and make a conclusion and suggestions on the study issue.

Results:

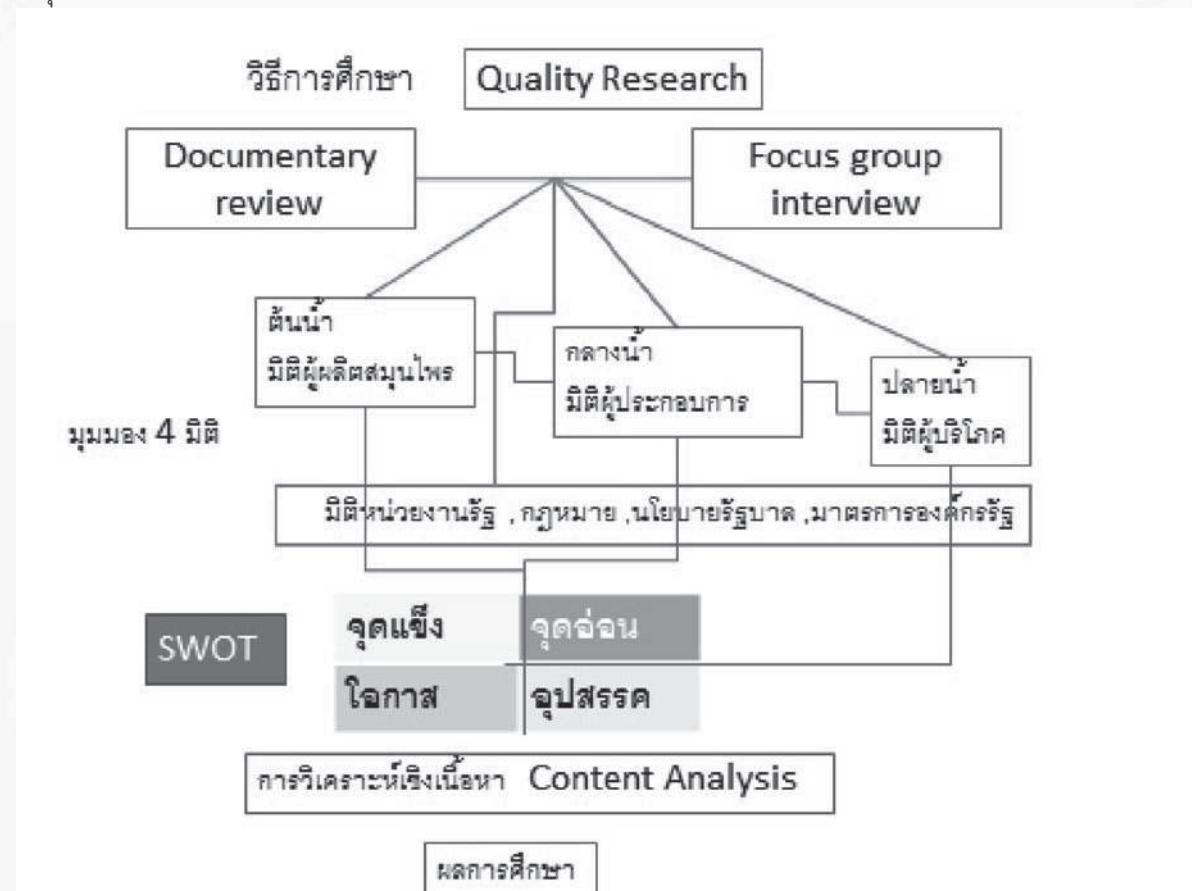
The study has found that there are various situations that hinder the development of Thailand to be the Center of Thai Herbal Products. On the legal issue, the country does not have the law dealing specifically with herbs. The government policy to promote Thai herbal products is broad, not specific for any particular types of products or herbs or which herb should be the Premium Herb of Thailand. As a result, Thai herbal products lack identity and herbal product development lacks direction and is scattered based on fashion demand. Other problems are the lack of efficient administration and management process, contamination of herbal raw materials with chemicals, the lack of government agency systematically responsible for the regulation, control, supervision, and certification of the quality of herbal products. Moreover, there are inadequate numbers of government officials who are experts in herbal products and

the standards of certifying herbal products vary, depending on the experience of each individual official who considers the submitted documents. On the demand side, the market and consumption of herbal products is limited to only the consumers who appreciate the value of herbs.

From the above findings, in order to foster the systematic and sustainable development of the administration and management of Thai authorities to implement the Medical Hub Policy on Premium Herbal Products, this study therefore offers four strategic recommendations that adhere to the good governance principles. The strategic recommendations focus on promoting the country to be 1) the production sources of chemical contaminant-free herbal materials, 2) the trader of quality herbal products that meet international standards with efficient administration and management system, and 3) the center of comprehensive herbal education and 4) To focus on moral and professional ethics as the basis of worker qualification and promotes the use of the principles of legitimacy and equality on the legislation and enforcement of the laws in order to equally protect the rights of all parties concerned.

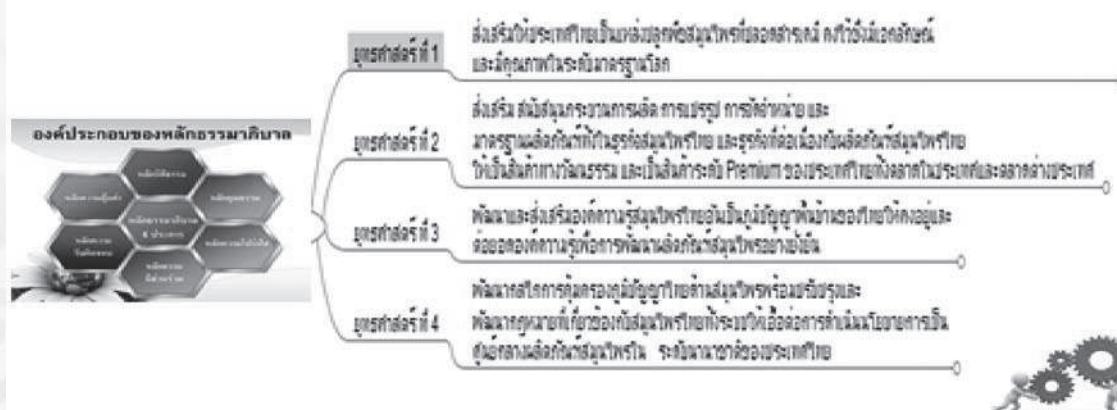
Of the four strategic recommendations for developing Thailand as an international center of herbal products, this study proposes 20 strategies for the implementation that cover the development of all stakeholders and aim to solve every problem encountered in order to achieve the goal. Details of the study are elaborated in this research report.

คุ้มครองลิขสิทธิ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายอย่างเท่าเทียมกัน สำหรับข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาประเทศไทย สู่การเป็นศูนย์กลางผลิตภัณฑ์สมุนไพรในระดับนานาชาตินั้น คณะผู้ศึกษาวิจัยได้เสนอกรอบการดำเนินงานใน 4 ยุทธศาสตร์ 20 กลยุทธ์ดำเนินงาน ซึ่งครอบคลุมการพัฒนาในทุกกลุ่ม ทุกปัญหา และทุกประเด็น การพัฒนาสู่เป้าหมายในอนาคตอย่างรอบด้าน ซึ่งสามารถพิจารณาสร้าง ได้จากเอกสารการศึกษา วิจัยกลุ่มนักบัณฑ์



ข้อเสนอแนะ 4 ยุทธศาสตร์

- **4 ยุทธศาสตร์ :** แบ่งเป็น 20 กลยุทธ์ โดยใช้ หลักธรรมาภิบาล ผสมผสานใน ยุทธศาสตร์ต่างๆ



The Analysis of Universal Coverage Scheme Budget Management

by NHSO under National Health Security Act,
participation of service providers (service units)
and appropriate direction for good governance

การวิเคราะห์ผลการบริหารงบประมาณของ สปสช. ภายใต้กฎหมายว่าด้วย
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล และทิศทางที่เหมาะสม
ตามหลักธรรมาภิบาล

- โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพแก่ประชาชน
ชาวไทย
- การบริหารจัดการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา อาจมีความ
เสี่ยงต่อหลักธรรมาภิบาล ซึ่งมีผลกระทบต่อความยั่งยืนของระบบ
- ข้อเสนอต่อทิศทางการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อความ
ยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - (1) การจัดทำงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม
 - (2) การจัดสรรงบประมาณที่เอื้อต่อการให้บริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพ
 - (3) การเสริมสร้างธรรมาภิบาลของการดำเนินงานของคณะกรรมการ
 - (4) การสร้างความยั่งยืนของระบบการเงินการคลัง

คณะผู้ทำการวิจัย

3. ศ.นพ. รณชัย คงสกนธ์
6. คุณโยธิน เนื่องจำنجก
9. นพ. สุรพล โลหะศิริวัฒน์
12. ภญ. อรุณรัตน์ ใจดี

1. พล.อ. จรัล กุลละวณิชย์
4. รศ.พญ. เกศรา อัศดาเมฆ
7. นพ. สินชัย ตันติรัตนานนท์
10. คุณอภิรัตน์ สัจจาณิตย์

2. พญ. อภิรัตน์ เทษภูติ
5. คุณพิพิญวรรณ วีระภูซงค์
8. นพ. สุพจน์ จิราราชาร
11. พญ. อัมพร เกียรติปานอภิกุล

Abstracts

Topic: The Analysis of Universal Coverage Scheme budget management by NHSO under National Health Security Act, participation of service providers (service units) and appropriate direction for good governance

Objectives:

The Analysis of Universal Coverage Scheme budget management by NHSO under National Health Security Act, participation of service providers (service units) and appropriate direction for good governance has two objectives. First, the report analyzes the risk of good governance in NHSO budget management and, second, to propose the policy recommendation according to good governance principle for the country's sustainable healthcare system.

Scope of this study focuses on Universal Coverage Scheme budget management (including budgeting and budget allocation), the structure, capability and operation of National Health Security Board as well as involvement, problems and needs of service providers.

Results:

The results of study discover the risks of good governance in NHSO budget management according to Prime Minister Office's 6 Principles for Good Governance i.e. rule of law, virtue, transparency, participation, accountability and cost-effectiveness. Potential risks could be presented in 4 aspects as follows:

1. Risks associated with budgeting: (1) The inappropriate, obsolete and unfair National Health Insurance Act B.E.2545, (2) Limited budget, (3) Insufficient budget to cover actual expenses and number of patients, (4) The divergence between budgeting and the needs of essential medical care
2. Risks associated with budget allocation: (1) The uncover of budget allocation for actual expenses, (2) The divergence between budget allocation and the needs of essential medical care, (3) The lack of mechanism to effectively control, monitor and audit the budget allocation, (4) The lack of clear information provided to service providers, (5) The lack of service provider's involvement
3. Risks associated with structure, capability and operation of the National Health Security Board: (1) The lack of principle in decision making process of the board, (2) The lack of accountable identification to board, (3) The lack of consideration of service provider's inputs (4) The lack of mechanism to audit the board's operation
4. Risks associated with sustainability of healthcare financing system: (1) The reliance only on government budget, (2) The lack of self-care promotion to the public, (3) The lack of promotion to the public on appropriate usage of healthcare services

Suggestions:

Due to the above-mentioned various risks in NHSO budget management, the study suggests the policy recommendation for strengthening and improvement for NHSO budget management under 2 principles as follows: (1) Budget management should aim at the sustainable and quality healthcare services for long-term benefits of the patients, and (2) Budget management shall be flexible within the principle of good governance including the rule of law, virtue, transparency, participation, accountability and cost-effectiveness. Policy recommendation is as follows: (1) Budgeting should be appropriate and fair, (2) Budget allocation should support provision of quality healthcare services according to international standard, (3) Professional ethics of the board should be promoted continuously, and (4) Sustainability of healthcare financing system should be taken into account.

บทสรุปผู้บริหาร

หัวข้อ : การวิเคราะห์ผลการบริหารงบประมาณของ สปสช. ภายใต้กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล และทิศทางที่เหมาะสมตามหลักธรรมาภิบาล

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นประโยชน์ในการสร้างหลักประกันทางสุขภาพ แก่ประชาชนที่มีสิทธิตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เกือบทั้งหมดถือได้ว่าเป็นความมั่นคงทางสุขภาพแก่ประชาชนชาวไทย อาจมีความเสี่ยงต่อหลักธรรมาภิบาลของการบริหารจัดการงบประมาณ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองและลังค์ที่ดี ของสำนักนายกรัฐมนตรี 6 ประการ คือ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า ใน 4 ส่วน ดังนี้

1. ความเสี่ยงของการจัดทำงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

1.1 ความเสี่ยงอันเกิดจากความไม่เหมาะสม ไม่ทันสมัย และไม่เป็นธรรมของกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เนื่องจากการกำหนดให้เงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรและค่าใช้จ่ายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในงบประมาณ

1.2 ความเสี่ยงอันเกิดจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ

การกำหนดระบบการร่วมจ่าย 30 บาท ในช่วงแรกน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งต่อมามีการยกเลิกระบบร่วมจ่ายในปี 2549 โดยการประกาศให้มีการร่วมจ่ายในปี 2555 เป็นไปด้วยความล้มเหลว นอกจากนี้ งบประมาณที่เสนอเพิ่มขึ้นทุกปี มักถูกตัดให้ลดลงในชั้นการพิจารณาของคณะกรรมการฯ 6 ประการ

1.3 ความเสี่ยงอันเกิดจากการจัดทำงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับค่าใช้จ่าย หรือจำนวนผู้รับ บริการจริง

การจัดทำงบประมาณมักไม่เพียงพอ กับค่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล และจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นทุกปี อาจมากกว่าค่าประมาณการในการจัดทำงบประมาณ

1.4 ความเสี่ยงอันเกิดจากการจัดทำงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับความจำเป็นหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วย

เกิดจากการแบ่งเงินกองทุนที่จำกัดไปใช้จ่ายในกิจการอื่นๆ เช่น จัดสรรงบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือการสนับสนุนองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร รวมทั้งการจัดทำงบประมาณที่เป็นกองทุนแยกย่อย และการขยายลิฟธิประโยชน์อย่างต่อเนื่องที่อาจไม่สอดคล้องกับความต้องการหลักในพื้นที่

2. ความเสี่ยงของการจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 ความเสี่ยงอันเกิดจากการจัดสรรงบประมาณที่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายจริง

การจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิในพื้นที่ และการกำหนดเกณฑ์การเบิกจ่ายที่มีเพดานหรือมีรายละเอียดปลีกย่อยจำนวนมาก ทำให้สถานพยาบาลซึ่งมักมีต้นทุนค่าใช้จ่ายสูงกว่า งบประมาณหรือไม่ได้รับเงินชดเชยหากไม่ส่งข้อมูลตามเกณฑ์ เกิดการขาดทุน ซึ่งสอดคล้องกับผลการลีบคันข้อมูลจากสถานพยาบาลที่พบว่าสถานพยาบาลตัวอย่างทั้งหมดได้รับเงินโอนต่ำกว่าค่าใช้จ่ายตาม Billing หรือขาดทุนจากการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก (ในอัตรา้อยละ 8.33-85.62) และผู้ป่วยใน (ในอัตรา้อยละ 34.81-82.23)

2.2 ความเสี่ยงอันเกิดจากการจัดสรรงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับความจำเป็นหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วย

เกิดจากการจัดสรรงบประมาณแยกย่อย เช่น กองทุนเฉพาะโรค หรือกองทุนตามโครงการพิเศษ (Vertical Program) ที่อาจไม่สอดคล้องกับความจำเป็นของโรคในพื้นที่ หรือการนำเงินที่เหลือใช้ไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นๆ

2.3 ความเสี่ยงอันเกิดจากการจัดสรรงบประมาณที่ขาดกลไกการกำกับ และตรวจสอบการใช้งบประมาณให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันไม่มีกลไกการกำกับ ตรวจสอบผลการใช้งบประมาณที่ชัดเจนว่ามีประสิทธิภาพ หรือไม่อย่างไร และพบว่าไม่สามารถตรวจสอบถึงความถูกต้องของข้อมูลการเบิกจ่าย เมื่อ สถานพยาบาลส่งข้อมูล รวมทั้งข้อกังวล ของประสิทธิภาพในการรักษาบางโครงการ เช่นโครงการ ต้อกระจก ที่ไม่สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยดูดได้ แต่กลับพบว่ามีอัตราการเกิดดูดจากต้อกระจก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.6 เป็นร้อยละ 69.7

2.4 ความเสี่ยงอันเกิดจากการจัดสรรงบประมาณโดยไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนให้แก่สถานพยาบาล

การบริหารจัดการงบประมาณโดย สปสช. ไม่มีการจัดทำข้อมูลหรือรายงานให้สถานพยาบาล เช่น การโอนเงินและเรียกเงินคืน ทำให้ขาดความชัดเจนและโปร่งใส

2.5 ความเสี่ยงอันเกิดจากการจัดสรรงบประมาณที่ขาดการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล

การดำเนินการรับฟังความคิดเห็นของคณะกรรมการ มักเป็นการเชิญรับฟังแนวทาง และเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ โดยที่ผู้เข้าร่วมประชุมมีเวลาในการพิจารณาแนวทางดังกล่าวค่อนข้างน้อย ด้วยข้อมูลที่มีรายละเอียดปลีกย่อยอย่างมาก จึงไม่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และไม่มีการนำเสนอของสถานพยาบาลไปแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

3. ความเสี่ยงขององค์ประกอบ ศักยภาพและการปฏิบัติงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1 ความเสี่ยงอันเกิดจากการขาดหลักปฏิบัติในกระบวนการตัดสินใจของคณะกรรมการ

พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ไม่มีบทบัญญัติของหลักปฏิบัติในกระบวนการตัดสินใจ ของคณะกรรมการต่อการบริหารจัดการงบประมาณ ทำให้คณะกรรมการซึ่งมีความหลากหลาย ในองค์ความรู้ ประสบการณ์และความสนใจ ขาดบรรทัดฐานในการนัดหยาดลงในการตัดสินใจ ไม่สามารถขับเคลื่อนการปรับปรุง การบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างที่ควรจะเป็น

3.2 ความเสี่ยงอันเกิดจากการขาดการระบุความรับผิดชอบของคณะกรรมการในกรณีที่มีความผิดพลาด คณะกรรมการ ควรปฏิบัติตัวโดยความระมัดระวังและรับผิดชอบในกรณีที่มีความผิดพลาด เช่นการยกเลิกการร่วมจ่าย 30 บาท โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในปี 2549 โดยมีมติของคณะกรรมการ ที่จะหาแนวทางร่วมจ่าย อื่นมาใช้ แต่ไม่มีการดำเนินการแต่อย่างใด จึงขาดเงินเข้าสู่ระบบจนทุกวันนี้

3.3 ความเสี่ยงอันเกิดจากการขาดการนำความคิดเห็นของสถานพยาบาลไปปรับปรุงการบริหารจัดการงบประมาณ

การดำเนินการรับฟังความคิดเห็น ไม่มีผู้ให้บริการระดับผู้บริหารจากสถานพยาบาลเข้าร่วม ทำให้ไม่ได้ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง การแก้ปัญหาจึงไม่เป็นรูปธรรมและยังคงพบปัญหาอย่างต่อเนื่อง

3.4 ความเสี่ยงอันเกิดจากการขาดกลไกการตรวจสอบผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ

ปัจจุบัน ไม่มีระบบการตรวจสอบผลการดำเนินงานในเชิงผลลัพธ์และผลลัพธ์จากการบริหารจัดการงบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสมต่ออำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ

4. ความเสี่ยงของความยั่งยืนของระบบการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1 ความเสี่ยงอันเกิดจากการใช้งบประมาณจากภาครัฐเพียงอย่างเดียว

งบประมาณที่นำมาใช้เพื่อดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ ได้มาจากงบประมาณภาครัฐ เพียงทางเดียว ซึ่งมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเพิ่มได้ตามค่าใช้จ่ายจริง

4.2 ความเสี่ยงอันเกิดจากการขาดการล่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

การได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เป็นการสร้างทัศนคติที่ทำให้ประชาชนละเลย และขาดการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้อุบัติการณ์ของการเกิดโรคเพิ่มขึ้น และเป็นภาระต่อค่าใช้จ่าย

4.3 ความเสี่ยงอันเกิดจากการขาดการล่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้บริการทางสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

การได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ทำให้ผู้ป่วยใช้บริการอย่างเต็มที่ และคาดหวังในการได้รับบริการจากสถานพยาบาลเป็นหลัก

จากความเสี่ยงที่มีต่อหลักธรรมาภิบาลของการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติตั้งแต่ข้างต้น คณะกรรมการศึกษาได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหลักคิด 2 ประการ คือ

(1) การบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องมุ่งประโยชน์ต่อผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อให้ได้รับบริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน และ

(2) การบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องมีความยืดหยุ่นในการดำเนินงาน ภายใต้ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักความมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่าเพื่อการบริหารจัดการงบประมาณ ตามหลักธรรมาภิบาล

โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและในระดับปฏิบัติการ 4 ด้าน ได้แก่

(1) การจัดทำงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสมและเป็นธรรม

(2) การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เอื้อต่อการให้บริการทางสาธารณสุข ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล

(3) การเสริมสร้างธรรมาภิบาลของการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ

(4) การสร้างความยั่งยืนของระบบการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1: สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การจัดทำงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสมและเป็นธรรม	
<p>เป้าหมาย: การมีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีความเหมาะสม ทันสมัย และเป็นธรรม เพื่อให้การจัดทำงบประมาณสะท้อนความต้องการด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการบริการทางสาธารณสุข ตลอดจนการเสริมสร้างความมีส่วนร่วมจากสถานพยาบาล เพื่อความเป็นธรรม และโปร่งใส</p>	
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ กฎหมายและระเบียบ	<p>- การแก้ไข พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในประเด็นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none">○ การแก้ไขเพื่อนำเงินเดือนของบุคลากรออกจากงบประมาณจ่ายรายหัว○ การแก้ไขเพื่อแยกงบกองทุนสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกจากงบประมาณจ่ายรายหัว
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ กระบวนการดำเนินงาน และปฏิบัติการ	<p>- การจัดทำงบประมาณโดยกำหนดความต้องการด้านสุขภาพที่สอดทอนต้นทุน ค่าใช้จ่ายจริง</p> <p>- จัดทำงบประมาณโดยมีกลไกการเพิ่งงบประมาณในกรณีที่ผู้ใช้สิทธิเกินจาก ประมาณการ</p> <p>- จัดทำงบประมาณโดยกำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบ Elective Treatment</p>

ตารางที่ 1: สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (ต่อ)

<p>2. การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สถานพยาบาลที่เอื้อต่อการให้บริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล</p> <p>เป้าหมาย: พัฒนากระบวนการจัดสรรงบประมาณให้มีความสอดคล้องกับต้นทุนค่าใช้จ่ายจริงของสถานพยาบาล เพื่อสนับสนุนงานการบริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล อย่างมีประสิทธิภาพ คุ้มค่า เป็นธรรม และเสริมสร้างการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นหลัก</p>	
ข้อเสนอแนะ	
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none"> - การบริหารจัดการงบประมาณ ด้วยการจัดทำเขตสุขภาพ - การจัดสรรงบประมาณ ควรสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายจริง - การจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับความจำเป็นหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วย - การจัดสรรงบประมาณที่มีกลไกการกำกับ ตรวจสอบ ผลการใช้งบประมาณ ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ - การจัดสรรงบประมาณที่มีข้อมูลชัดเจนให้แก่สถานพยาบาล - การจัดสรรงบประมาณที่ส่งเสริมความมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ
<p>3. การเสริมสร้างธรรมาภิบาลของการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>เป้าหมาย: การมีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความเหมาะสม ทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อเสริมสร้างธรรมาภิบาลของการดำเนินงานของคณะกรรมการ เพื่อเอื้อต่อการบริหารจัดการงบประมาณ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่เห็นพ้องต้องกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง</p>	
ข้อเสนอแนะ	
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบ	<ul style="list-style-type: none"> - การแก้ไข พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 <ul style="list-style-type: none"> ○ ควรมีการระบุแนวทางปฏิบัติในกระบวนการตัดสินใจของคณะกรรมการ ○ ควรมีการระบุแนวทางความรับผิดชอบ (Accountability) ของคณะกรรมการ ○ ควรมีการระบุแนวทางการตรวจสอบผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดให้มีกลไกการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการในระดับผู้บริหาร และนำข้อเสนอแนะของสถานพยาบาลไปปรับปรุงการดำเนินงานอย่างแท้จริง
<p>4. การสร้างความยั่งยืนของระบบการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>เป้าหมาย: ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประเทศไทย และการให้บริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากลแก่ผู้มีสิทธิได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และสร้างทัศนคติการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพคนไทย</p>	
ข้อเสนอแนะ	
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดให้มีระบบร่วมจ่ายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีรายได้ เพื่อการเพิ่มเงินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลรักษาสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม - ส่งเสริมให้มีระบบการใช้บริการให้สอดคล้องกับความรุนแรงของโรคและระดับของสถานพยาบาล

Good Governance: Principle in Developing

and implementing public-private partnerships
in public health system

ยุทธศาสตร์และแนวทางปฏิบัติจากกระทรวงสาธารณสุขที่สอดคล้องตามหลักธรรมาภิบาลในด้านนิติธรรมตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการให้เอกชนเข้าร่วมงานหรือดำเนินการในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556 ในมาตรา 19 ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ การให้เอกชนร่วมลงทุน และมาตรา 43 ว่าด้วยการกำกับดูแลและติดตามผล มีความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบและนโยบายการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน และสร้างความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพต่อไปในอนาคต โดยมีปัจจัยสู่ความสำเร็จ 4 ประการ คือ (1) ความชัดเจนและความต่อเนื่องของนโยบายในด้านแผนการลงทุน (2) โครงสร้างเชิงสถาบันที่สนับสนุนต่อการดำเนินโครงการ (3) โครงการลงทุนที่เหมาะสมและเป็นที่สนใจของภาคเอกชน และ (4) การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของภาคเอกชนในการร่วมลงทุนกับภาครัฐ

คณะกรรมการวิจัย

3. นพ. ธนรัชต์ สมุทรเพ็ชร
6. คุณพิทักษุดา เหลืองไพบูลย์
9. นพ. วรพันธ์ อุณจักร
12. ดร. อรرارณ รัตน์ไตรภพ

1. คุณกัลยา งามพร้อมสกุล
4. คุณ นพพร บุญบุบพา
7. ผศ.ดร. มานวิกา อินทร์หัต
10. คุณวิลาสินี พุทธิการันต์
13. นพ. อายุส ภะราภา

2. พล.ต.ต. จำรงค์ รัตนกุล
5. นพ. พิษณุ มนิไซติ
8. นพ. มานิต อิริยตันติภานฑ์
11. ดร.นพ. สุรవิทย์ คนสมบูรณ์

Abstract

Topic: Good Governance: principle in developing and implementing public-private partnerships in public health system

Rationale:

Today's world environment is more complex and rapid change. Underpinning the healthcare, where increasing use of sophisticated technology to meet healthcare demand. With restricted budgets, public and private organizations are looking for the collaborations to contain costs and improve health outcomes and thereby achieve some of the critical goals in their health policies.

Objectives:

This study aims at contributing a good governance framework for public-private partnerships (PPPs) in health. The results will be adopted as guidance for policy formulation and strategy implementing to ensure that PPPs will facilitate and strengthen Thailand national health security.

Methods:

Literature review from academic database, Semi-structured, in-depth qualitative interviews with management officers for government hospitals and privates entities in laboratory services were conducted to gather field data for this study.

Results:

According to the Private Investment in State Undertaking Act B.E. 2556, the study revealed the absence of rigorous policy, strategic and regulation guideline for PPPs in health from the Ministry of Public Health. It is a potential obstacle to successful implementation of PPPs.

Case studies explored partnerships between government hospitals and private entities in laboratory services. The private company provided laboratory equipments to the hospital and the hospital agreed to procure reagents from the company that bring such equipments into service. The majority of public hospitals carry out a partnership projects in such a manner without the official regulations from the central authorities in the implementation of the project which caused problems in the sustainability of the projects.

Conclusions:

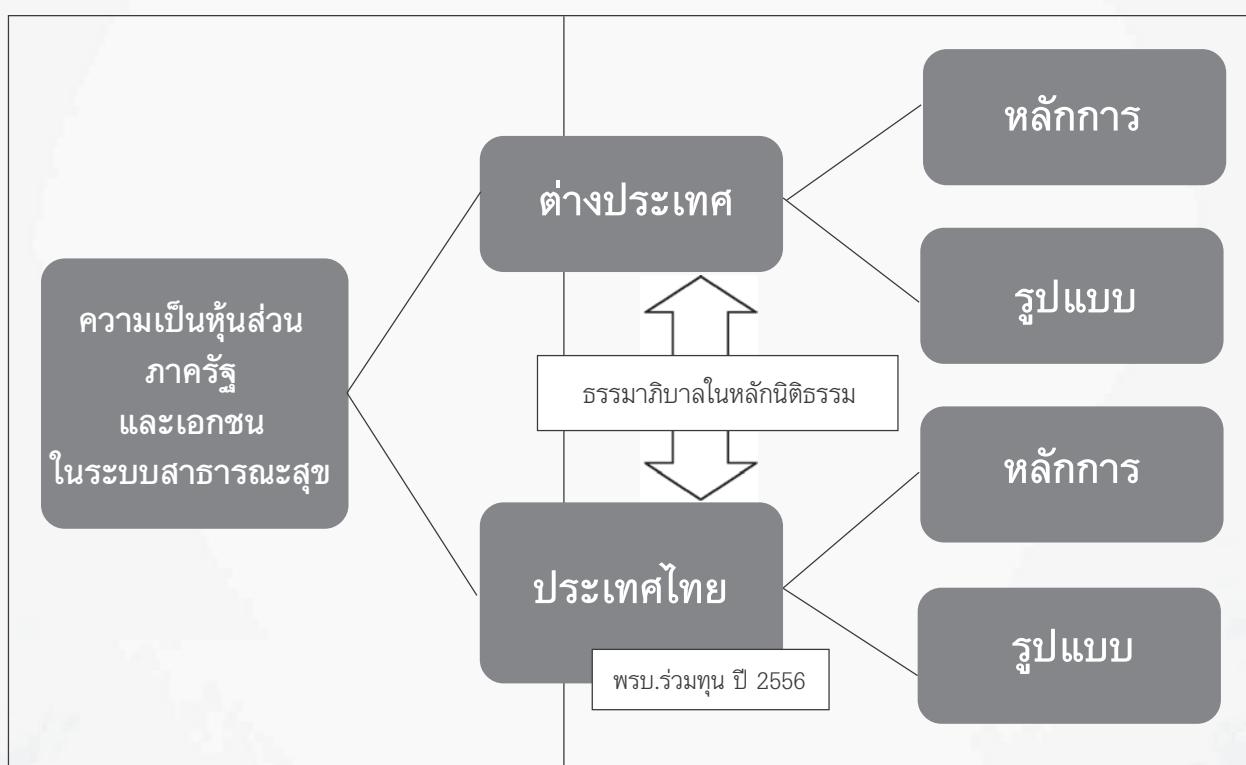
Government hospitals and private sectors urged Ministry of Public Health to provide policy framework for PPPs in health. The framework should comply with the rule of law in good governance principle according to PPP Act B.E. 2556, in light of section 19 (Strategic Plan for Private Investments in State Undertakings) and section 43 (Supervision and Monitoring). The section 19 highlighted that there shall be a strategic plan for private investments. Meanwhile, a policy framework submitted by ministry shall state an overview, project descriptions and priority of state undertakings under the ministry's responsibility which are necessary or suitable for private investment. The section 43 highlighted that upon signing the investment contract, the responsible minister shall appoint a supervisory committee to the supervision and monitoring of the project. Moreover, the clear guidelines and regulations from the Ministry of Public Health in implementing PPPs initiatives are also required as well. Key success factors of PPPs to increase the efficiency of public health services, foster the potential of both the public and private sector effectively and create a sustainable healthcare system for the future are included 1) political commitments on PPPs policy 2) the institutional structures that support the implementation of the PPPs project 3) an attractive private investment 3) the capacity building and readiness of the private sector to partner with government.

บทสรุปผู้บริหาร

หัวข้อ : การใช้หลักธรรมาภิบาลในการพัฒนาระบบและนโยบายการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชนสำหรับระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

จากการเปลี่ยนแปลงของประชากร สังคม เศรษฐกิจ และความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ล่งผลให้ความต้องการบริการด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ขณะที่รัฐมีข้อจำกัดด้านนโยบายของประมาณการลงทุน ทำให้ภาครัฐและภาคเอกชนต่างแสวงหาแนวทางความร่วมมือเพื่อตอบสนอง ความต้องการในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน

จึงนำมามุ่งการศึกษาของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3 กลุ่มที่ 7 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพในการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐ และเอกชน สำหรับระบบสาธารณสุขภายใต้หลักธรรมาภิบาล เพื่อให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนนโยบาย และยุทธศาสตร์การให้เอกชนร่วมลงทุน ในกิจการของรัฐในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยมีรูปแบบการศึกษาเป็นการทบทวนวรรณกรรม และการลัมภากษณ์เชิงลึกผู้บริหารองค์กรทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน



ครอบคลุมคิดในการศึกษา

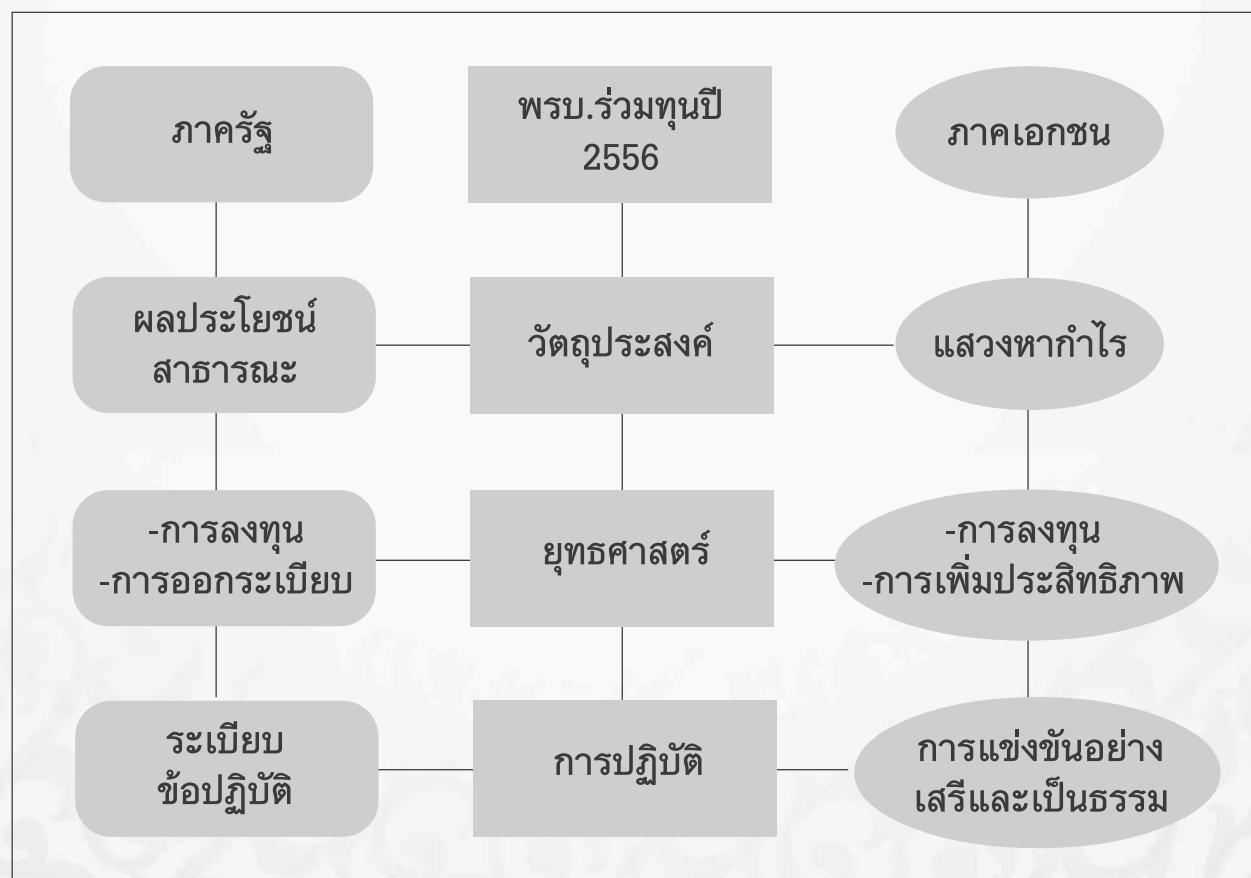
ผลการศึกษา พ布ว่า ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ ความเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการให้เอกชนเข้าร่วมงาน หรือดำเนินการในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556 และไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการพัฒนาความเป็นหุ้นส่วน ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนสำหรับระบบสาธารณสุข เท่านี้ได้จากการศึกษาความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐ และหน่วยงานภาคเอกชนในด้านบริการสุขภาพประเภทความร่วมมือทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งดำเนินการโดยภาคเอกชน นำเครื่องตรวจทางห้องปฏิบัติการมาให้บริการในโรงพยาบาล โดยมีเงื่อนไขให้โรงพยาบาล จัดซื้อน้ำยาตรวจจาก

บริษัทที่นำเครื่องมือดังกล่าวมาให้บริการ พบว่า โรงพยาบาลของรัฐที่สัมภาษณ์ล้วนใหญ่ ดำเนินโครงการความร่วมมือในลักษณะดังกล่าว โดยไม่มีแนวทางปฏิบัติจากหน่วยงานส่วนกลางในการดำเนินโครงการทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาโครงการในระยะยาว

อย่างไรก็ตามทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเห็นว่า หากมีการกำหนดนโยบายให้สอดคล้องตามหลักธรรมาภิบาล ในด้านนิติธรรมตามพระราชบัญญัติว่า ด้วยการให้เอกชนเข้าร่วมงานหรือดำเนินการในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556 ในมาตรา 19 ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์การให้เอกชนร่วมลงทุน และมาตรา 43 ว่าด้วยการกำกับดูแลและติดตามผล และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจากการตรวจสอบสุขในการพัฒนาระบบและนโยบายการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชน โดยมีปัจจัยสุความสำเร็จ 4 ประการ คือ

- (1) ความชัดเจนและความต่อเนื่องของนโยบายในด้านแผนการลงทุน
- (2) โครงสร้างเชิงสถาบันที่สนับสนุนต่อการดำเนินโครงการในการเป็นหุ้นส่วน ระหว่างภาครัฐและเอกชน
- (3) โครงการลงทุนที่เหมาะสมและเป็นที่สนใจของภาคเอกชน และ
- (4) การพัฒนาคักกี้ภาพและความพร้อมของภาคเอกชนในการร่วมลงทุนกับภาครัฐ

จะทำให้เกิดประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุภาพแก่ประชาชน สามารถพัฒนาคักกี้ภาพของทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยแบ่งเบาภาระงบประมาณของภาครัฐ และสร้างความยั่งยืน ในระบบบริการสุภาพต่อไปในอนาคต



กรอบความร่วมมือโครงการการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชนสำหรับระบบสาธารณสุขของไทย

วิเคราะห์แนวโน้มในการพัฒนาการเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน

แม้ว่าการลงทุนในรูปแบบการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชนสำหรับระบบสาธารณสุขจะมีประโยชน์ แต่การเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชนดังกล่าว ก็มีข้อจำกัดเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านการกำกับดูแลโครงการลงทุน การกำกับดูแลโครงการลงทุนในรูปแบบการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชนสำหรับระบบสาธารณสุข อาจมีความซับซ้อนมากกว่าการที่ภาครัฐดำเนินการเอง การกำกับดูแลมีความสำคัญเพื่อให้โครงการมีความเป็นธรรมต่อทุกฝ่าย และมีความชัดเจนในหลักเกณฑ์เพื่อเอื้อต่อการลงทุนของภาคเอกชน โดยเฉพาะในประเด็น การแบ่งรับภาระความเสี่ยง (Risk Transfer) ระหว่างภาครัฐและเอกชน ซึ่งหากดำเนินการไม่เหมาะสมจะทำให้โครงการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชนสำหรับระบบสาธารณสุขเกิดความล้มเหลวและไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การกำกับดูแลต้องให้ภาคประชาชนได้รับประโยชน์จากการบริการที่มีประสิทธิภาพ และต้นทุนที่เหมาะสม และการดำเนินงานโครงการลงทุนในรูปแบบการเป็นหุ้นส่วนดังกล่าว ควรต้องมีความโปร่งใส และคำนึงถึงผลประโยชน์สาธารณะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อความสำเร็จในการเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐและเอกชน

(1) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์โครงการร่วมระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนเพื่อให้การดำเนินงาน ทั้งสองภาคประสานสอดคล้องกันภายใต้หลักธรรมาภิบาล

(2) การทบทวนกฎหมายเบียบเกี่ยวกับการร่วมทุนให้เหมาะสม

(3) การจัดระบบประสานงานระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนในรูปคณะกรรมการร่วม คณะกรรมการร่วม เป็นคณะกรรมการประสานนโยบายระดับสูง มีหน้าที่หลักคือ พิจารณาความเหมาะสมของแผนยุทธศาสตร์ และการขับเคลื่อนแผนการส่งเสริมให้เอกชนมีบทบาทในการพัฒนาระบบสาธารณสุข และติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด

(4) การจัดทำโครงการร่วมระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน ซึ่งมีความพร้อมจะดำเนินการได้ เพื่อนำมาเป็นโครงการนำร่อง

(5) การสนับสนุนให้ภาครัฐและภาคเอกชน ปรับปรุงขีดความสามารถและปรับบทบาทในการบริหาร เพื่อสนองความรับผิดชอบที่จะเพิ่มมากขึ้น

(6) การดำเนินงานในด้านเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจแก่ประชาชนให้ทราบถึงบทบาทของภาคเอกชนต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

ຮຣນາກົບາລ 6 ແລ້ວ ມັງກອງຫຼັກສູດປະກາສນີຍບັດຮຣນາກົບາລກາງກາຣແພທຍ
ສໍາຫັບຜູ້ບໍລິຫານຮະດັບສູງ

ຫລັກທີ 3
ຫລັກຄວາມໂປ່ງໄສ
TRANSPARENCY

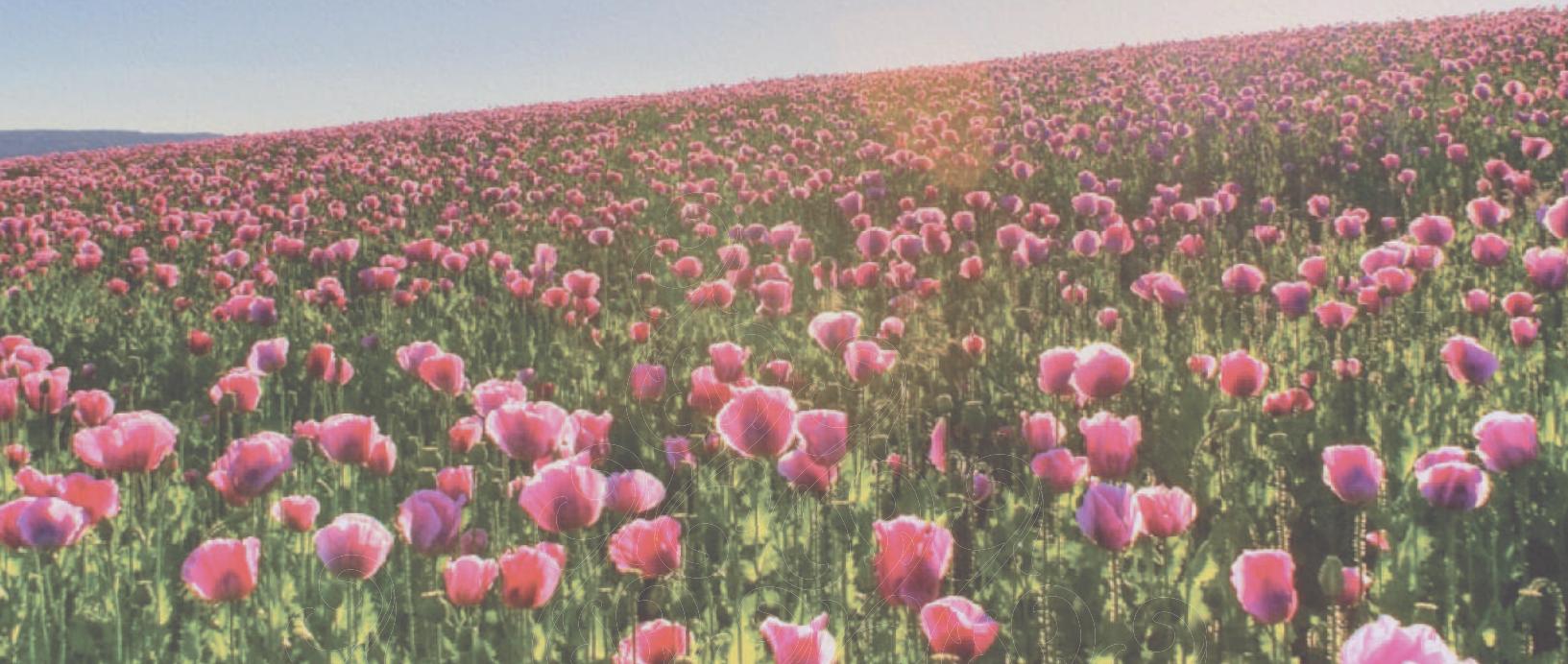
ໜຶ່ງໃນຫລັກຮຣນາກົບາລ 6

ອັນເປັນຫລັກກາຣບີຫານພື້ນຖານຂອງກາເປີດເພຍຂໍ້ມູນຂ່າວສາຮໃຫ້ປະຊາຊນ
ຜູ້ມີສ່ວນໄດ້ສ່ວນເສີຍ ສາມາດເຂົ້າຄື່ງຂໍ້ມູນຂ່າວສາຮໄດ້ໂດຍສະດວກ ມີຮະບບທີ່ຮູ້ອກຮະບວນການຕຽບສອບ
ແລະປະເປີນຜົລທີ່ມີປະສິທິພົພພ ເພື່ອເປັນການສ້າງຄວາມໄວ້ວາງໃຈເຈິ່ງກັນແລະກັນ
ໜ່າຍໃຫ້ການທຳການຂອງກາຄົກຮູ້ແລະກາຄົກເອກະນປລອດຈາກການທຸຈົກຕອຮັບປັ້ນ



ຮຽນມາກິບາລ 6 ແລ້ວ ມີໃຈຂອງຫັກສູດປະກາສເນີຍບັດຮຽນມາກິບາລກາງການແພທຍ
ສໍາຫັບຜູ້ບໍລິຫານຮະດັບສູງ

ໜ້າລັກທີ 4
ໜ້າລັກມືສ່ວນຮ່ວມ
PARTICIPATION



ໜຶ່ງໃນໜ້າລັກຮຽນມາກິບາລ 6

ອັນເປັນໜ້າການທີ່ເປີດໂອກາສໃຫ້ປະຊາທິປະໄຕ ຜູ້ມີສ່ວນໄດ້ສ່ວນເສີຍ ມີສ່ວນຮ່ວມຮັບຮູ້
ແລະຮ່ວມເສັນຄວາມເຫັນໃນການຕັດສິນໃຈສຳຄັງ ຖ້າ ຂອງສັງຄົມ ໂດຍເປີດໂອກາສໃຫ້ປະຊາທິປະໄຕມີ່ອງທາງ
ໃນການເຂົ້າມາມີສ່ວນຮ່ວມໄດ້ຜ່ານກາຣແຈ້ງຄວາມເຫັນ ກາຣໄຕ່ສ່ວນສາຫະລະ ກາຣປະພິຈາລນ
ກາຣແສດງປະໜາມຕີ ອີເລືອກໆ ເພື່ອຂັດກາຣຸກຂາດ ທັ້ງໂດຍກາຄຮູ້ຫຼືໂດຍກາຄເອກະນ



การประมวลบทความ “แรงบันดาลใจที่จะเป็นแพทย์และความมุ่งมั่น ที่จะเป็นแพทย์ที่ดี” จัดโดยแพทยสภา
นางสาวณิชกานต์ สุขศิริลักษณ์ นิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 5 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ
ได้รับรางวัล “รองชนะเลิศอันดับสอง” จากบทความ “ได้ห้องฟ้างานพื้นดิน”

ได้ห้องฟ้างานพื้นดิน

บทความโดย : นางสาวณิชกานต์ สุขศิริลักษณ์

เรื่องนี้... เป็นครั้งแรกของชีวิต... ที่ทำให้ฉันได้เรียนรู้ว่า
“หมอยังไม่ใช่แพทย์ด้านฟ้า...
แต่เป็นเพียงมนุษย์ผู้หนึ่งที่ช่วยเหลือคนไข่...
ด้วยจิตวิญญาณ”

ท่ามกลางห้องพยาบาลเย็นที่ตกแต่งด้วยแสงสีส้มໄล่เฉดสีไป
จนถึงสีชมพู ฉันเป็น นิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 2 คนหนึ่งที่นั่งอยู่ ริมระเบียง
บ้านหลังจากกลับมาจากการ มหาวิทยาลัย ในมือของฉันมีข้มปั้งกรอบ
ที่ฉันซื้อมาท่านเล่นเป็นประจำระหว่างการนั่ง ทบทวนบทเรียน เหตุผลที่ฉันชอบทานข้มปั้งกรอบคือคุณปู่ของฉันมักซื้อ
มาให้ทาน ตั้งแต่ที่ฉันยังเด็กจนมันเป็นเรื่องปกติ ของฉันไปแล้ว ฉันเคยชินกับมัน ข้มชนิดนี้จึง ถูกนำมาเป็นเครื่องมือ
แทนแรงบันดาลใจให้ฉันตื่นแต่เช้าขึ้นมาบททวนบทเรียนและ ตอนเย็นหลังเลิกเรียนซึ่งเป็นสิ่งที่ท่านซื้อมาให้ฉันตอนมา
รับกลับบ้านทุกวันเรื่อยมา ตั้งแต่วัยเยาว์



วันนี้เป็นวันที่มีช่วงโมงเรียนวิชาการผ่าอาจารย์ใหญ่ซึ่งเป็นวิชาที่หนักเอกร้าว สำหรับ นิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 2 ตาม
ตารางสอน กำหนดหมวดภาคไว้ตอนสี่โมงเย็น แต่ขณะนี้ หกโมงครึ่งแล้ว ฉันเพิ่งถอดเสื้อการน์ และเตรียมล้างมือผ่าตัด
จากนั้นเมื่อเสร็จภารกิจ ทุกอย่างจึงกลับบ้านพร้อมคุณปู่ซึ่งขับรถมารับฉันเหมือนทุกๆ วันที่ผ่านมา เมื่อเจอคุณปู่ฉันจึง
ยกมือไหว้กล่าวสวัสดี จากนั้นคุณปู่ก็พูดประโยคที่ทำให้ใบหน้าอันหนาแน่นอย่างล้ำยิ่ง ออกได้ว่า “เรากลับบ้านกันเถอะ” เพราะ
ฉันมีคำตอบอยู่ในใจอยู่แล้วว่า ถ้าฉันเห็น ใบหน้าคุณปู่แสนใจดี เมื่อไหร่ หัวใจของฉันคงมีความสุขไม่น้อยเลย

เมื่อกลับถึงบ้าน ฉันก็รีบจัดแจงเตรียมอาหารเย็นซึ่งเป็นหน้าที่หลักในบ้านของฉัน คุณปู่นั่งมองดูรูปถ่าย ที่เรียง
ติดไว้ที่ผนังห้อง มีรูปถ่ายมากมายตั้งแต่คุณปู่ ยังเด็ก รูปวันสำเร็จการศึกษา รูปวันแต่งงาน และรูปถ่ายครอบครัวหลังจาก
ที่หลานคนแรกซึ่งคือฉันนั่นเอง ฉันมองเห็นคุณปู่ดูภาพแล้วยิ่มอกรุมปาก คล้ายกับคิดอะไร บางอย่างอยู่ไม่นานคุณปู่
ถามฉันเป็นภาษาจีนว่า “หลานโตขึ้นอย่างเป็นหมวดอะไร?” ฉันตอบท่านว่า “ยังไม่ทราบเลยค่ะคุณปู่เดียวค่อยเลือกก็ได้
อีกตั้งหลายปี” จากนั้นฉันก็เดินต่อ เพื่อเปิดประตูเข้าห้อง แล้วคุณปู่ก็ตอบว่า “อืม” ทันทีที่สิ้นเสียง ฉันได้ยินเสียงคุณปู่
ล้มตึ่งลงไปที่พื้นข้างหลังฉัน ฉันตกใจมากและหันหลังกลับไปตกใจมากกว่า กับภาพที่อยู่ต琅หน้า คุณปู่นอนสันติอุ่นที่พื้น
หัวใจฉันเต้นร้าว มือของฉันหมดแรงกระแทกหันหันพลอยทำให้แก้วน้ำที่ถืออยู่ตกลงพื้น ขณะนั้นความคิดของฉันเต็มไปด้วย
บทเรียนปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่ได้เรียนมาจากมหาวิทยาลัย แต่ตรงกับข้ามมือของฉันแข็งไปหมด ไม่ได้ทำตามใน
สิ่งที่ฉันคิดเลย ฉันรับตบทigonของความช่วยเหลือ จากคนอื่นในบ้าน ไม่นานคุณลุงก็วิงเข้ามา รีบจับซีพจรและลมหายใจแล้ว
ตะโกนว่า “คุณปู่ไม่หายใจแล้ว ทำอย่างไรดี!” จากนั้นเขาเริ่มปั๊มหัวใจ ในสมองของฉันตอนนั้น ว่างเปล่า ทำอะไรไม่ถูก
ฉันยืนนิ่งแต่รู้สึกว่าความคิดของฉันวิงเวียนมาก

เวลาผ่านไปสักพัก รถพยาบาลก็มานำตัวคุณปู่ไป เมื่อทุกคนไปถึงโรงพยาบาล ฉันก็ได้ยินคำว่าจะได้ยิน
ในขณะนั้นคือ คุณปู่เป็นที่รักยิ่งของฉันได้ลากจาก ฉันไปอย่างไม่มีวันกลับ พร้อมกับฉันร้องให้ฟูมฟาย โกรธมอง

โรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ไม่สามารถช่วยชีวิตคุณบูร์ไวได้ แต่เมื่อตั้งสติได้แล้ว ฉันยังรู้สึกผิด เพราะตระหนักได้ว่าด้วยเหตุใด ทั้งที่ฉันเป็น นิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬา และสิ่งที่ ฉันทำในเวลาอันคับขันตอนนั้นเป็นเพียงการร้องไห้และตะโกนขอความช่วยเหลือ ด้วยเหตุใด ในขณะนั้นจึงไม่ตั้งสติให้ได้ว่าตอนนั้นฐานะเรายังไม่ได้เป็นนิสิตแพทย์ มีความรู้ความสามารถในการช่วยชีวิตแล้ว ถึงแม้มีว่าฉันจะยังอ่อนประสบการณ์แต่ก็มีความคิดเห็นว่าคนที่จะทำเพื่อคนที่ฉันรัก ตอนนี้ฉันเป็น นิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 5 เมื่อมองย้อนอดีตกลับไป ฉันยังติดตามตัวเองว่าทั้งที่เคยเรียนเรื่องการปั๊มหัวใจมา และเคยผ่านการฝึกอบรมมา แต่ฉันกลับไม่ใช่ความรู้ความสามารถที่ฉันมีอยู่ให้เกิดประโยชน์ ตอนนั้นฉันยังคงเด็กเกินไป ฉันรู้สึกเสียใจอย่างมากที่ตนไม่สามารถแม้มแต่จะช่วยชีวิตคุณบูร์ไวได้แม้แต่ เพียงเสี้ยววินาทีเดียว ฉันจะจดจำบทเรียนอันมีค่าครั้งนี้ไว้ และถ้าหากฉันได้ เจอผู้ป่วยกรณีเช่นนี้อีกครั้ง ในอนาคต ฉันจะได้ทุ่มเทความสามารถทั้งหมดที่ฉันมี

เมื่อคุณลุงของฉันถูกฆาตกรรมอย่างโหดร้าย คุณหมอมายให้เหตุผลและ ยังแสดงท่าทีโนโหและพูดจาไม่ดี เมื่อคุณลุงตื้อถูกฆาตกรรม ญาติคือน้องสาวของคุณ เพิ่มเติม แต่ทุกคนก็รู้สึกว่าแพทย์คนนั้นคงจะรำคาญ ครอบครัวเราและ แม้แต่ฉันเอง ก็ยังรู้สึก จนกระทั่งปัจจุบันนี้ ครอบครัวของฉันยังคงรู้สึกไม่ดีกับแพทย์คนนั้น ที่ไม่อาจให้สัตต์อย่างที่ควรจะเป็น ญาติของฉันบางคนบอกว่ารู้สึกว่าแพทย์ไม่พยายามช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย จนถึงที่สุด ตั้งแต่นั้นมาฉันตั้งปฎิญญาณกับตัวเอง ว่า “ถ้าฉันได้เป็นแพทย์ ฉันจะเป็นแพทย์ที่มีปัญญาจารอุตสาหะ ให้สัตต์อย่างที่คุณลุงของฉันต้องการ” การเป็นแพทย์ที่ดีไม่ใช่แค่เป็นเพียงผู้ที่มีความสามารถในการ รักษาโรคหรือมีความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เรายังต้องมีความคิดเหตุการณ์ รวมคือ ดูแลทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของ คนไข้ หรือ บ่อยครั้งที่ฉันเห็นคนไข้ร้องไห้ต่อหน้าอาจารย์แพทย์หรือ แม้กระทั่งการ “กราบ” ซึ่งแสดงให้ถึงว่า คนไข้มีความทุกข์มากและยากลำบากจากโรคที่เป็นและเห็น ว่าแพทย์ที่อยู่ต่อหน้าเขาระงับ สามารถจัดสิ่งแวดล้อมทั้งหมดให้ออกจากชีวิตเขาไปได้ บางทีแพทย์รักษาคนให้รอดชีวิตได้เพียงหนึ่งคน แต่ก็เปรียบเสมือนได้รักษาทั้งครอบครัวของผู้นั้น เพราะได้รักษาจิตใจของครอบครัวผู้นั้นไปด้วยพร้อมๆ กัน เพราะ “คนไข้ ของแพทย์” ไม่ใช่เป็นเพียงคนคนหนึ่งที่มาร้องขอความช่วยเหลือจากเรา ปริญญาบัตรหนึ่งใบ ก็ไม่ใช่ที่สุดของอาชีพแพทย์ แต่ถือเป็นเพียงขั้นแรกของก้าวบันไดแห่งเส้นทางชีวิตแพทย์ที่น่าทึ่ง อาชีพแพทย์ จึงเป็นอาชีพที่ถือได้ว่าเป็นอาชีพที่ ต้องเรียนรู้ตลอด ชีวิตและ “รักคนไข้” อย่างจริง

อย่างไรก็ตาม ฉันถือว่าเรื่องที่ฝังใจในอดีตนี้ยังเป็นบทเรียนอันยิ่งใหญ่ที่ทำให้ ฉันไม่ฝันจะเป็นแพทย์ที่ดี มีความกล้าและเอาใจใส่ผู้ป่วยและญาติเสมอ แม้จะมีความต้องการของตัวเอง และจนถึงวันนี้ฉันนำความโศกเศร้าในอดีต เปเลี่ยนผันกล้ายเป็น แรงบันดาลใจที่ผลักดันสร้างความฝันและยึดมั่นอุดมคติไว้ว่า ต่อจากนี้จะไม่มีใครเสียชีวิต จากความกลัวของฉันเป็นอันขาด ถึงแม้ว่าแพทย์ที่เป็นเพียงมนุษย์คนหนึ่ง ไม่ใช่英雄 ที่จะเสกให้คนฟื้น คืนชีพได้ แต่ฉันก็จะรักษาคนไข้อย่างเต็มความสามารถด้วยพลังกำลังทั้งหมดที่ฉันมีอยู่ เพราหน้าที่หลักของฉันในอนาคตคือ “การช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์”

สุดท้ายนี้ ฉันขอขอบคุณการณ์ของ สมเด็จพระบิดาแห่งการแพทย์ไทย เป็นข้อคิดย้ำเตือนใจให้กับ เพื่อนนิสิตนักศึกษาแพทย์และรุ่นพี่แพทย์ทุกท่านเพื่อให้เป็นหลักยึดมั่นในเส้นทางชีวิตไว้ว่า...

**“ฉันไม่ต้องการจะให้พวกรอเมื่อความรู้เพียงอย่างเดียว
ฉันต้องการให้พวกรอเป็นบุคคลที่กิงพร้อมแล้วด้วย”**

**“ I don’t want you to be only a doctor,
but I also want you to be a man.”**

พระราชาดำรัสในสมเด็จพระมหาวชิรลักษณ์ อดุยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

Comparative Study between CSMBS, SSS, and NHSO Funds:

study on OPD care for patients with diabetes and hypertension who have renal complications

ผลการศึกษาความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง (กรณีการทดแทนไต) ระหว่าง 3 กองทุนสุขภาพ ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในจังหวัดอุบลราชธานีที่เป็นໄຕวาย พบร่วมกับป่วยทั้ง 3 กองทุน เข้าถึงบริการทดแทนไต เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภายหลังโครงการ “PD first” โดยเฉพาะผู้ป่วยกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการทดแทนไตในกองทุนนี้ยังต่ำกว่าอีก 2 กองทุนอย่างมาก ซึ่งอาจส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิต

คณะผู้ทำการวิจัย

3. ภญ. พนิดา ปัญญางาม
6. คุณมณฑ์เชียร์ สารโภค
9. ภญ. ศิริลักษณ์ สุจิกล
12. นพ. สวัสดิ์ เก่งเดช

1. พ.อ. (พิเศษ) นพ. ชิตพงศ์ ขาวุประชา
4. น.อ. (พิเศษ) นพ. ทวีพงษ์ ปารีร์
7. พ.อ. (พิเศษ) นพ. วรุณิ สมิติชัยธีร์
10. นพ. อรุพัฒน์ เจียรนัยศิลาวงศ์

2. คุณพิเชษฐ์ ชูรักษ์
5. ดร. นพ. พิสิษฐ์ เวชกามา
8. นพ. มัชชัช สามเสน
11. นพ. สุรเดช วเลอิทธิคุล

Abstract

**Title: Comparative study between CSMBS, SSS, and NHO funds:
To study on OPD care for patients with diabetes and hypertension who have
renal complications.**

Background:

Thailand provided healthcare to all people since 2002 by using three funds: The Civil Servant Medical Benefit Scheme or CSMBS, the Social Security System or SSS and National Health Security Organization or NHO funds. All funds include renal replacement therapy for their patients by utilizing peritoneal dialysis and hemodialysis, the NHO's PD first policy started in 2008. While CSS and SSS announced renal replacement therapy to be included in the benefits since 1985. However there have never been any study on differences in services and results between 3 funds.

Objective:

To study differences of assessing renal replacement therapy and mortality between 3 funds.

Methods:

Consist of 1. Interviewing policy makers or policy advocacy persons according to the 3 funds and 2. Prospective Analysis in Chronic Renal Failure cases of 3 funds within area of Ubonratchathanee province, Thailand. The study divided timeline of study to before PD first and after PD first policy, and analysis mortality rate at 2, 5 and 10 years.

Result:

From Ubonratchathanee province patient database, during 17 years of study there were 3,722 patients who were diagnosed to have ESRD comprises of 3,356 cases from NHO, 401 from CSMBS and 15 cases from SSS. Before PD first policy there were only 1.1% of NHO, 15.8% of CSMBS and 12.5% of SSS patients entered renal replacement therapy (RRT). After PD first policy there were 27.1%, 51.6% and 67% of patient entered RRT respectively. Mortality rates at 2 years were 47%, 39% and 12%, the rates at 5 years were 78%, 73% and 54%, and at 10 years were 93%, 88% and 69% respectively. Patients with CSMBS had statistically significant lower mortality than NHO ($HR=0.68$, 95% CI: 0.59, 0.81). The risk of death in SSS is lower than NHO but not statistically significant.

Recommendation:

From this findings of differences between services delivered and mortality of patients in 3 groups of fund, initiatives to decrease discrepancy between 3 funds by adding high cost RRT benefits for patients with ESRD (End Stage Renal Disease) were partially successful, there were still gap of accessing services and survival between funds, improvements initiatives were still need to be done to solve this problem in the future.

บทสรุปผู้บริหาร

หัวข้อ : การศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนสวัสดิการข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม

ความเป็นมา

ประเทศไทยได้จัดให้มีการบริการสุขภาพครอบคลุมประชากรไทยทุกคนมาตั้งแต่ปี 2545 โดยผ่าน 3 กองทุนคือ กองทุนระบบสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยที่ทั้ง 3 กองทุน ครอบคลุมการรักษาโดยการทดลองไม่ว่าจะเป็น การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ประกาศใช้นโยบาย PD first policy ในปี 2551 ส่วนระบบสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม มีการประกาศใช้ตั้งแต่ปี 2528 อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการศึกษาถึงความแตกต่างของการให้บริการ รวมถึงผลการรักษา ระหว่างกองทุนต่างๆ

จึงนำมาสู่การศึกษาชิ้นนี้ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาความแตกต่างของการเข้าถึงบริการ การรักษา ทดลองไม่ว่าจะเป็นการล้างไตทางช่องท้อง 3 กองทุนสุขภาพ ในจังหวัดอุบลราชธานี

โดยมีวิธีการศึกษา ประกอบด้วยการลัมพาษณ์บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำนายนโยบายของ 3 กองทุน และการศึกษาเชิงวิเคราะห์นิดไปข้างหน้า (Prospective study) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย โดยแบ่ง เป็นช่วงก่อนและหลังนโยบาย PD first รวมถึงการวิเคราะห์ อัตราการเสียชีวิตที่ 2 ปี 5 ปี และ 10 ปี ของผู้ป่วย กลุ่มดังกล่าวในจังหวัดอุบลราชธานี

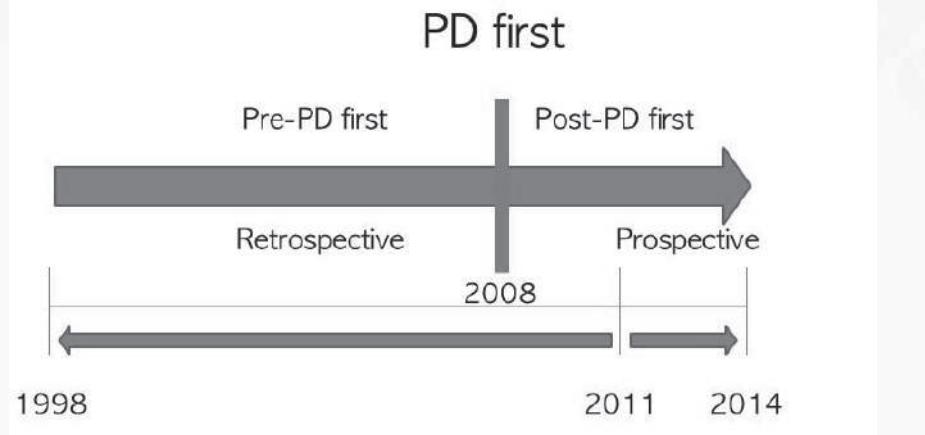
ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเวลา 17 ปี มีผู้ป่วย 3,722 ราย ที่ได้รับ การวินิจฉัยว่า เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยที่เป็นลิธิประกันสุขภาพ 3,356 คน ลิธิสวัสดิการ ข้าราชการ 401 คน และ ลิธิประกันสังคม 15 คน ก่อนหน้านโยบาย PD first มีเพียง 1.1% ของลิธิ ประกันสุขภาพ 15.8% ของลิธิ สวัสดิการข้าราชการ และ 12.5% ของลิธิประกันสังคมเท่านั้น ที่เข้าถึงการรักษาโดยการทดลองไต หลังนโยบาย PD first อัตราเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 27.1%, 51.6% และ 66.7% ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตที่ 2 ปี 47%, 39% และ 12% ที่ 5 ปี 78%, 73% และ 54% และที่ 10 ปี 93%, 88% และ 69% สำหรับลิธิประกันสุขภาพ ลิธิสวัสดิการข้าราชการ และลิธิประกันสังคม ผู้ป่วยลิธิสวัสดิการข้าราชการมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตต่ำกว่าลิธิประกันสุขภาพ 32% ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($HR=0.68$, 95% CI: 0.59,0.81) ความเสี่ยงของการเสียชีวิตของผู้ป่วยลิธิประกันสังคม ต่ำกว่าลิธิประกันสุขภาพ 48% แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

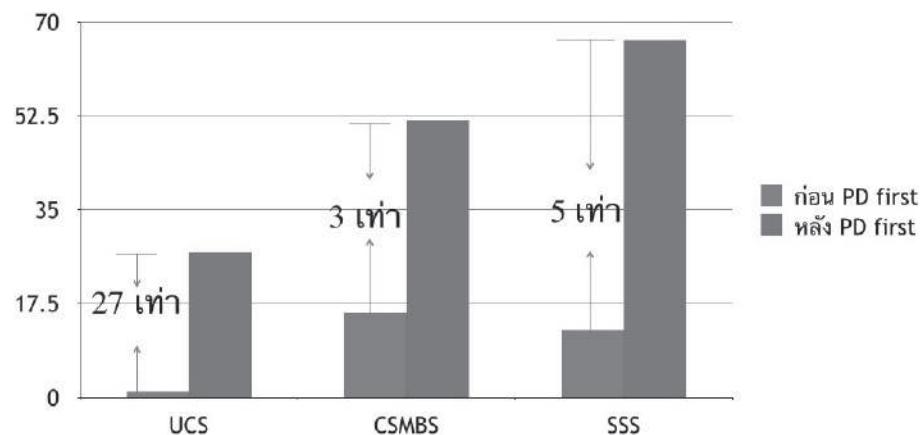
ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาความแตกต่างของการให้บริการระหว่างผู้ป่วยกองทุนต่างๆ และผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย พบร่วมกัน ถึงจะมีความพยายามที่จะลดความเหลื่อมล้ำของการให้บริการสุขภาพ การเพิ่มชุดลิธิประกันสุขภาพใน การให้บริการทดลองไตซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในผู้ป่วยกลุ่มลิธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็ยังพบว่ามีความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการอยู่ และมีผลต่ออัตราการรอดชีวิต ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการปรับปรุงกระบวนการบางอย่าง เพื่อแก้ไขปัญหาดังต่อไป

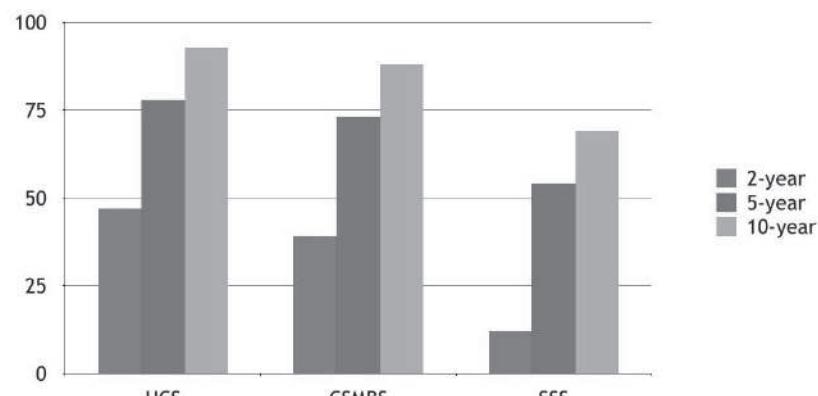
Flow of Cohort & Analysis Plan



การเข้าถึงการทดสอบแน่นໃຕ (%)



2-y, 5-y, 10-y Probability of Death (%)



Roles of the Private Hospitals and Healthcare Institutes

in the postgraduate medical education
by view of good governance perspectives

ภาวะขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ห่างไกล ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย ที่ผ่านมาการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางทั้งหมดอยู่ในสถาบันของรัฐเท่านั้น การศึกษานี้ สำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วย และผู้กำหนดนโยบาย เกี่ยวกับการอนุญาตให้โรงพยาบาลเอกชนสามารถเปิดการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางได้ ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีความเห็นเชิงบวก โดยมีข้อเสนอให้เริ่มดำเนินการในอนุสาขาอื่นที่มีความขาดแคลนก่อน โดยเปิดฝึกอบรมร่วมกับสถาบันภาครัฐ โดยใช้ข้อกำหนด กฎหมาย และมาตรฐานการฝึกอบรมแบบเดียวกับในสถาบันภาครัฐ

คณะผู้ทำการวิจัย

3. นพ. ชัยวิทย์ ขจิตดานนท์
6. นพ. นพพร ชื่นกลิ่น
9. นพ. มงคล วนิชภักดีเดชา
12. คุณอุษณีย์ ชิดชอบ

1. คุณคราท วงศิริรัตน์

4. พท.นพ. โชคชัย สุวรรณกิจบริหาร
7. คุณพัชราภรณ์ วัฒนสุข
10. คุณอัมษ์ไกรค์ รัตนติกฤต ณ ภูเก็ต
13. พอ.หญิง พศ.พญ. รัชรรณ ชุนทดอม

2. พญ. จันทรรนา อินสว่าง

5. รศ.พญ. ฐิติมา สุนทรสาจ
8. คุณภัสสรา เพชรรงค์
11. คุณวิริยา พุนคำ

Abstract

Topic: Roles of the private hospitals and healthcare institutes in the postgraduate medical education by view of good governance perspectives

Objectives:

To survey the opinions, the obstacles, and/or the appropriate models about the role of the private hospitals or institutes in postgraduate medical education in view of good governance perspectives in Thailand.

Methods:

Two methods of study were conducted. First, a qualitative study by in-depth interview to a group of healthcare policy makers and executives both from public and private sectors, and second, a quantitative study by questionnaires to the 150 patients approximately, each from private and public hospitals in Thailand.

Results:

The questionnaires were completed by 153 patients from 4 public hospitals and 158 patients from 4 private hospitals. The majority of the participants were female (66.9%) with mean age of 38.9. Most of the participants agreed with the training run by private hospitals (53.4%) and more agreed upon the joint-training program between the private and public hospitals (58.8%). The reasons were the confidence about the quality (55.6%), readiness (50.1%), and the efficiency of private hospitals, the training will improve the hospital images (44.1%), no additional risks (23.5%) and no effects to quality of care (22.8%). These results were consistent with the opinions from the policy makers and executives' interview. However, there were some concerns such as the profit-oriented policies of private hospitals (40.5%), confidentiality of patients (35%), possible increasing charge (23.8%), over investigations and overtreatments. The acceptance of patients devoted for residency training was in high level (73.7-81.7%) but it showed decreasing trend should major operations are performed even under supervision by staff (39.5%). Moreover, patients agreed with getting some incentives, discounts or free treatments when they consented to training (72.9%). The obstacles of training were some regulations of the Medical Council of Thailand and the Royal College of each program. For the principles of transparency, efficiency, worthiness, morality, ethics and accountability, most of the participants believed that the private hospitals had good administration and control systems.

Suggestions:

In the beginning phase, private hospitals should start with public hospital alliance and train the medical specialty in the field that had the scarcity to serve the national needs or open training programs in minor disciplines because of less regulations and more acceptance. The ASEAN Economic Community (AEC) was also thought to be an opportunity for Thai hospitals both private and public for implementing the foreign-physician training programs as well.

บทสรุปผู้บริหาร

หัวข้อ : บทบาทของโรงพยาบาลและสถาบันเอกชนในกระบวนการแพทยศาสตรศึกษา หลังปริญญาตามหลักธรรมาภิบาล

ปัจจุบันกระบวนการแพทยศาสตรศึกษาระดับหลังปริญญาเพื่อผลิต “แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ” จำนวน 80 สาขา ในประเทศไทยอยู่ในสถาบันการศึกษาของรัฐเท่านั้น โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยราชวิทยาลัยและวิทยาลัย 14 แห่ง ซึ่งการขอเปิดสถาบันฝึกอบรมจะต้องขออนุญาตแพทยสภาและผ่านการประเมินโดยอนุกรรมการของแต่ละราชวิทยาลัยหรือวิทยาลัยให้เป็นไปตามประกาศและข้อบังคับของแพทยสภา โดยมีคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบของแต่ละสาขาวิชากลุ่มสาขาวิชาเป็นผู้กำกับควบคุมมาตรฐานและผลการดำเนินงาน

จากข้อมูลของแพทยสภาพบว่าบางสาขาวิชาและอนุสาขายังขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอยู่เป็นจำนวนมาก เนื่องจากสถาบันของรัฐผลิตได้ไม่เพียงพอ นอกจากรางวัลที่ได้รับในพื้นที่ เช่น จังหวัดชายขอบที่ห่างไกล 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีความขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาหลักอยู่มาก โดยแนวคิดเรื่องให้โรงพยาบาลและสถาบันเอกชนเข้ามา มีส่วนร่วมในการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีมาแล้วในระยะหนึ่ง แต่แพทย์สภามีข้อกำหนดที่เพิ่มเติมจากสถาบันภาครัฐ คือจะต้องไม่แสวงหากำไรจากการฝึกอบรม โดยให้จัดตั้งมูลนิธิหรือกองทุนที่มีทุนสำรองเพียงพอในการดำเนินการ ระยะยาวและให้มีผู้แทนราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือ สมาคมวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลการฝึกอบรมเป็นกรรมการของมูลนิธิหรือกองทุนโดยตำแหน่ง

ข้อเท็จจริงในปัจจุบันที่สนับสนุนว่าภาคเอกชนมีศักยภาพในการเปิดฝึกอบรมได้คือ ความพร้อมด้าน ศักยภาพของสถาบันเอกชนความพร้อมในด้านของบุคลากรความเพียบพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือเทคโนโลยีล้มเหลวใหม่ และทรัพยากรด้านอื่นๆ รวมทั้งความคล่องตัวในด้านการบริหารจัดการ

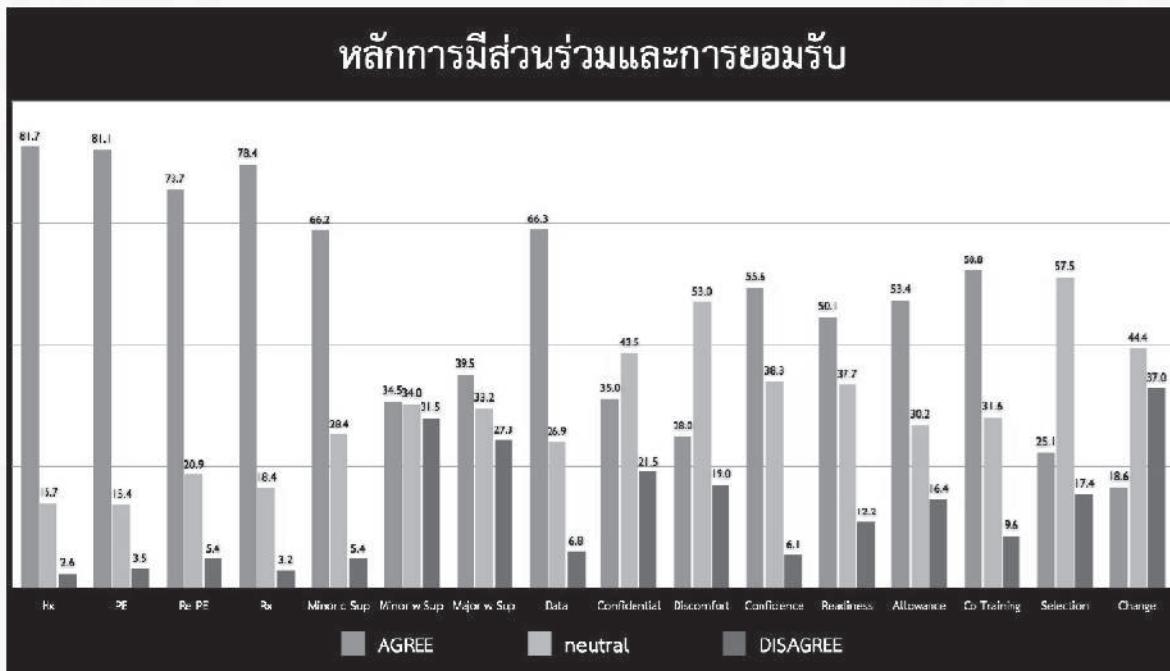
จากการศึกษาของคณะนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหาร รุ่นที่ 2 เรื่อง การเปิดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านโดยโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ซึ่งทำการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2556 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 56.6 เห็นด้วยกับการเปิดฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลเอกชน แต่ยัง มีความกังวลในเรื่องความเต็มใจและการยอมรับของผู้ป่วย และการส่งตรวจวินิจฉัยที่อาจมากเกินความจำเป็น จึง เป็นที่มาของการศึกษาชิ้นนี้ของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3 กลุ่มที่ 9 โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องนี้ โดย เอกพัฒนา ภิญโภค ทับทิม ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสงขลา และสถาบันเอกชนในการเป็นสถานที่จัดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน รวมทั้งสำรวจปัญหาและอุปสรรครวมทั้งข้อเสนอแนะ เพื่อหาแนวทางและรูปแบบการจัดการที่เหมาะสมตามหลัก ธรรมาภิบาล

วิธีการศึกษา ทำโดยลัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้กำหนดนโยบายจากภาครัฐและเอกชน (ผู้กำหนดนโยบาย ระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารของแพทย์สภาก คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ประธานราชวิทยาลัย หรือเลขาธิการ ผู้บริหารโรงพยาบาลและสถาบันเอกชน) ประกอบกับข้อมูลจากการลัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ามายัง บริการจริง ทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วย ในฐานะผู้ใช้บริการทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการ อนุญาตให้โรงพยาบาลเอกชนเป็นสถานที่ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และจะเห็นด้วยมากขึ้น ถ้าเป็นการ จัดการ ฝึกอบรมร่วมกับโรงพยาบาลภาครัฐ

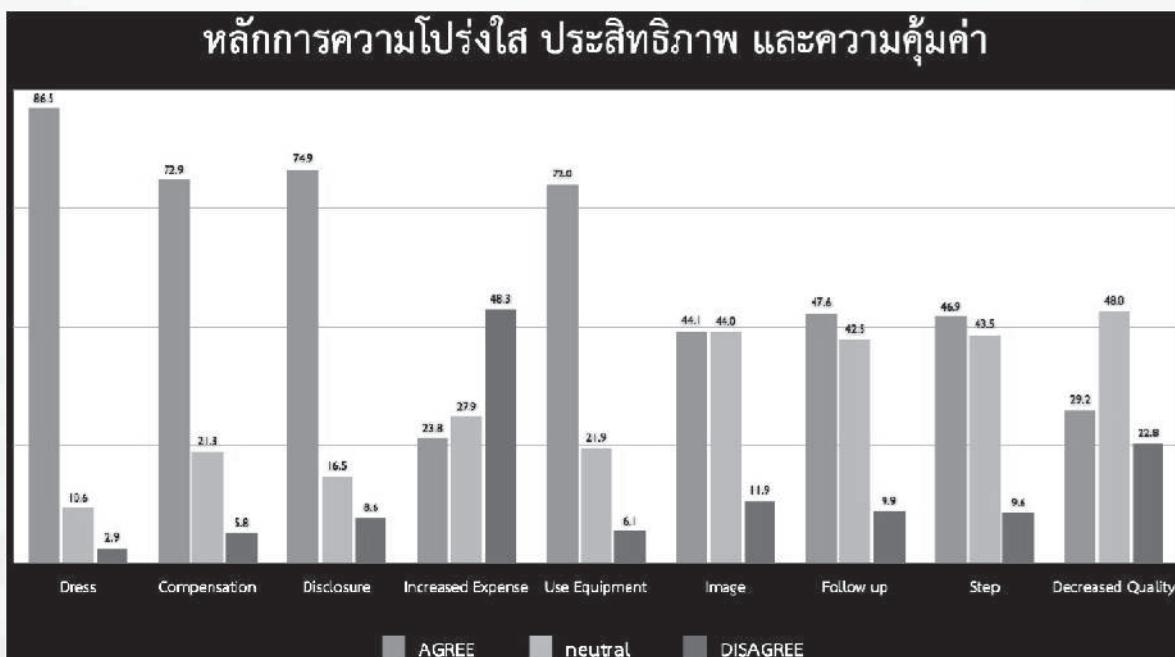
เมื่อพิจารณาตามหลักการมีส่วนร่วมและการยอมรับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเห็นด้วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยินยอมให้ ขึ้นประวัติ ตรวจร่างกาย และทำทัตถการ ยกเว้นการทำผ่าตัดใหญ่ แต่ 1 ใน 3 ของผู้ตอบ คิดว่าข้อมูลส่วนตัว

อาจจะไม่ได้รับการปกปิดดีพอ และร้อยละ 28 รู้สึกอิดอัดใจที่ต้องเป็น “หนูทดลอง” สำหรับการรักษาพยาบาล ดังแสดงในภาพที่ 1



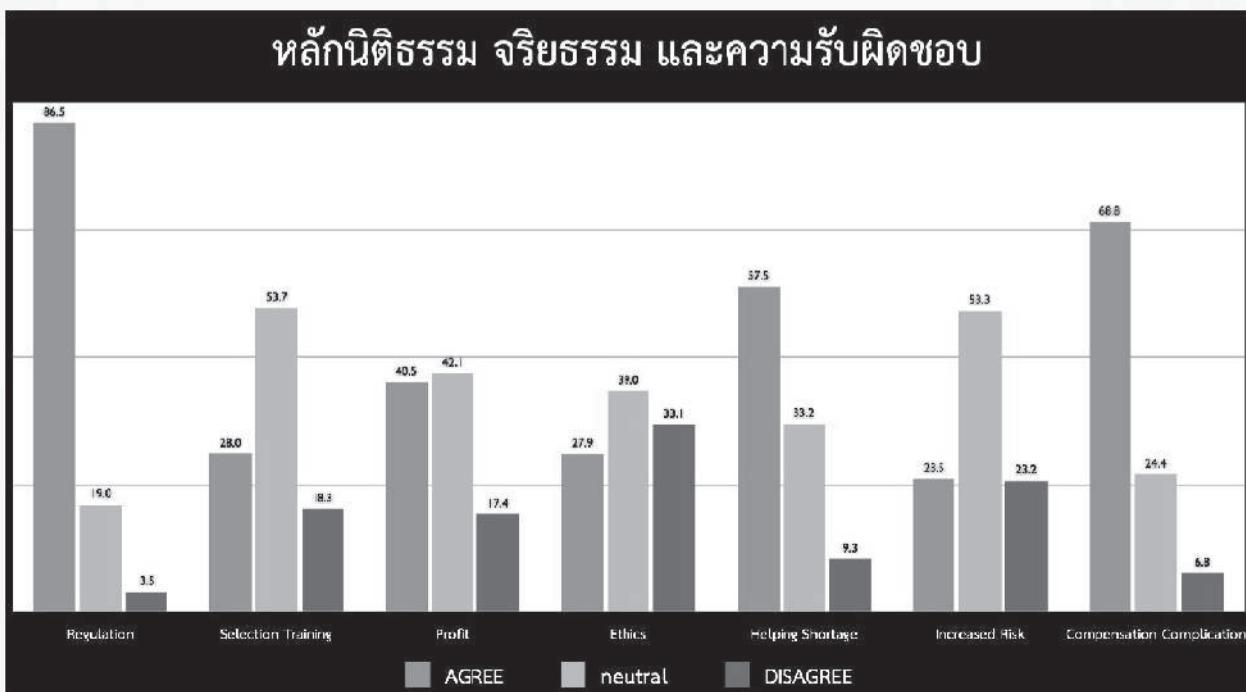
ภาพที่ 1 ความเห็นของผู้รับบริการในประเด็นการมีส่วนร่วมและการยอมรับ (แกนตั้งคือร้อยละ แกนนอนคือความเห็น เรื่องต่างๆ)

เมื่อพิจารณาตามหลักความโปร่งใส ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า พ布ว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยเช่นกัน ยกเว้น ในเรื่องความกังวลว่าจะทำให้การส่งตรวจพิเศษและการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น และเห็นว่าความมีการลดค่ารักษาหรือให้ค่าตอบแทนกรณีเป็นผู้ป่วยลำบากการเรียนการสอน ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความเห็นของผู้รับบริการในประเด็นความโปร่งใส ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า (แกนตั้งคือร้อยละ แกนนอน คือความเห็นเรื่องต่างๆ)

เมื่อพิจารณาในเรื่องหลักนิติธรรม จริยธรรม และความรับผิดชอบ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความกังวลเรื่อง จริยธรรม แต่ยังมีความกังวลเรื่องการแสวงหากำไรของโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งเรื่องกฎระเบียบต่างๆ ซึ่งควรใช้มาตรฐานเดียวกับภาครัฐ ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ความเห็นของผู้รับบริการในประเด็นหลักนิติธรรม จริยธรรม และความรับผิดชอบ (แกนต์ซึ่งคือร้อยละ แกนนอนคือความเห็นเรื่องต่างๆ)

การศึกษาเพิ่มเติมจากการลัมภากษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายภาคสาธารณสุข สามารถสรุปได้ว่า หากโรงพยาบาลหรือสถาบันเอกชนต้องการเปิดฝึกอบรมผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้สอดคล้องและเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล

1. การเริ่มต้นด้วยเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ ศึกษาและปฏิบัติตามระเบียบข้อกำหนดต่างๆ ของแพทยสภา และราชวิทยาลัยอย่างเคร่งครัด

2. ควรเปิดฝึกอบรมโดยทำความร่วมมือกับภาครัฐในรูปแบบของสถาบันหรือโรงพยาบาลลงทบแล้วจึงปรับเป็นการฝึกอบรมร่วมกันเพื่อใช้ทรัพยากรเรียนรู้และเสริมจุดแข็งของแต่ละฝ่าย

3. ควรพัฒนาองค์ความรู้ด้านแพทยศาสตรศึกษาสำหรับอาจารย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ควรทำความร่วมมือด้านวิชาการกับโรงพยาบาลภาครัฐ เช่น ร่วมกันจัดประชุมวิชาการ การศึกษาวิจัย และเปลี่ยนเรียนรู้และใช้ทรัพยากรต่างๆ ร่วมกัน

4. ควรมีการควบคุมและประกันคุณภาพการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอโดยผ่านทางกระบวนการตรวจสอบประเมินภายในและภายนอก

5. ควรพิจารณาผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่มีความขาดแคลนมากก่อนเพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ

6. ใช้โอกาสการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) โดยเปิดการอบรมให้แพทย์ต่างชาติ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศอาเซียน มีข้อบังคับว่า เมื่อจบแล้วต้องกลับไปทำงานที่ประเทศไทยเอง

Structure and Process of Participation to Protect the Patients/Relatives

and healthcare providers based on good governance principle

อายุเฉลี่ยประชากรสูงขึ้น ปัญหาสุขภาพซับซ้อนขึ้น เทคโนโลยีดีแต่เพง ความคาดหวังของประชาชนสูง ทำให้ความไว้วางใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการลดลง มีการพ้องร้องมากขึ้น คณะกรรมการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ เพื่อหาแนวทางแก้ไข และได้สรุปว่า (1) ให้พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย โดยผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วม (2) ให้สร้างความเข้าใจเมื่อมีปัญหาก่อนการใช้กฎหมาย (3) ให้มีเวทีที่ประชาชนร่วมปรับคุณภาพระบบบริการ และ (4) เน้นทักษะเจรจาในหลักสูตรผลิตบุคลากรสุขภาพ

คณะผู้ทำการวิจัย

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| 3. นพ. ชุมนุม วิทยานันท์ | 1. คุณจรัญ วิวัฒน์เจษฎาภรณ์ | 2. คุณโอมสิต สุวินิจฉิต |
| 6. นพ. นพดล นพคุณ | 4. นพ. พรเอก อภิพันธ์ | 5. พล.ต.ต.นพ. พรชัย สุธีรคุณ |
| 9. คุณสิทธิชัย สุขเจริญมิตร | 7. พล.ต.ท. ทวีศักดิ์ ตู่จันดา | 8. คุณสุพัตรา จิราธิวัฒน์ |
| 12. คุณศรีณยา เดิศศาสตร์วัฒนา | 10. คุณอำนาจ วงศ์ศิริ | 11. คุณวชิร พูลเก颯ม |
| | 13. ศ.กิตติคุณ นพ. จิตร ลิทธิอมร | |

Abstract

Topic: Structure and process of participation to protect the patients/relatives and healthcare providers based on Good Governance principle.

Rationale:

Recent changing contexts in terms of population structure, new medical technology, high cost care, health care financing, new patient expectations, new laws have led to a decreasing trust between the public and health care providers leading to increasing conflicts and lawsuit. An innovative process for participation between patients/health care providers and their relatives are needed to improve doctor-patient relationship and trust.

Objectives:

1. To study the existing structures, mechanisms and processes of participation between patients/relative and healthcare providers and the trends of healthcare related conflicts.
2. To find ways to modify the structure, processes and participations between health providers and patients/relatives to improve the level of trust and thus decreasing conflicts.
3. To summarize the findings to stakeholders in the healthcare.

Methods:

We conducted a literature review and summarize the existing structure, process, and trends of conflicts between patients and healthcare providers. We also develop a framework for a qualitative study to summarize the needed modification of structure, processes and participation to improve trust and reduce conflicts between providers and patients/relatives. The key measurements include issues related to good governance, legal issues, and ways to improve participations between healthcare providers and the patients/families. The samples include administrators of public hospitals, administrators of private hospitals, legal personnel of public/private hospitals, patients seeking care from public/private hospitals, officers in the Consumer Protection Office, attorney, judge of the civil court, judge of the criminal court. At least 2-10 subjects of each type of samples were interview. In addition, ideas generated from public hearing on consumer protection law for those affected by healthcare organized on February 25, 2015 as well as ideas from stakeholders participated in Healthcare Accreditation Annual Meeting on 10-13 March 2015 were summarized.

Results:

1. Issues related to Good Governance

1.1 Principles of Moral/Ethics and Accountability: a. good records of reliable history and physical examination that reflect the real problems, b. documenting innovation to improve care process.

1.2 Principles of Participation and Efficiency: Patients writes own history and illnesses experiences; attentive listening and empathic encouragement; welcome safety reminders from patients; welcome shared decision; patient record wellbeing score; patient participation in quality improvement processes at various levels.

1.3 Principle of Transparency: Provide opportunities for patients to read records of physicians and nurses.

1.4 Principles of Rules of Law: a. Health providers practice according to professional guidelines;

- b. patients have the right to have an adequate knowledge of the natural history of diseases, care options, potential complications and the information in the medical records to make informed and prudent choices;
- c. reliance on collegial communication rather than legal means in settling conflict.

2. Issues related to the rules of law

2.1 Health providers, patients/relatives, and justice system must have clearer understanding of existing law.

2.2 Amend existing laws and mediation process so that health providers and the patients/relative have confidence in the justice system.

2.3 The public should be clear that the main responsibility to provide quality medical and public health care belongs to the government and the private sector provides choices for the public to seek care. Care in the government and private sector should be adequately monitored by professional organizations.

2.4 Revise the rationality of using consumer protection law for health and medical services which requires that the burden of proof fall on the providers with high compensation for punitive damage.

2.5 Health providers should be trained to have more attentive listening skills and collegial communication with empathy.

2.6 The Thai Medical Council should facilitate healthcare providers to have a clearer understanding of the existing laws and encourage them to rely on the legal settlement of disputes as a last resort.

3. Issues related to Structure and Processes of Participation

3.1 Structures and processes should be initiated to improve patient engagement including giving information, patient consultation, patient involvement, collaboration and empowerment of patients/relatives in the process of care including encouraging self care.

3.2 Structures and processes should be established to enhance mutual understanding with empathy based on evidences. Avoid relying on legal settlement.

3.3 Healthcare providers and patients/relatives should consider the media as a friend to help enhance mutual understanding and respect. Avoid thinking that the media do not know enough and therefore should not receive much information.

3.4 The media should try to broaden the scope, depth and completeness of understanding on the issues under contention to guard against giving misleading information. The media should differentiate facts and their interpretation and focus more on positive intentions on both sides (patients understand the dedication of providers and providers sympathize on the suffering of the patients/relations).

Recommendation:

Three steps to enhance trust and healthy provider-patients/relative relationships

Step 1: Develop and improve the system for quality and safety of care through provision of information to, consultation, involvement, collaboration with and empowerment of the patients/relatives throughout the care processes.

Step 2: Develop structure, processes and skills for a prompt creation of collegial understandings of providers and patients/relatives based on empathy and evidence. Avoid reliance on legal measures to settle misunderstanding. Only use legal means as a last resort.

Step 3: Develop network, care system, human resource to create a forum for the public to participate in enhancing the quality and safety of care. Health professional education should include a stronger emphasis on collegial communication, attentive listening and care with empathy.

จ การให้ผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์จากการดูแล เช่น ประเมินผลลัพธ์จากการดูแล เป็นตัวเลข (Score) ที่สามารถบอกผู้ให้การดูแลว่าผู้ป่วยมีภาวะร่างกาย และจิตใจเป็นอย่างไร แนวโน้มของภาวะ ร่างกายและจิตใจเปลี่ยนไปในทางดี หรือทางที่ไม่ดี เพื่อทำให้ผู้ให้การดูแลปรับเปลี่ยน การดูแล ตามความเหมาะสมต่อไป

ฉ. การเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในทีมพัฒนาคุณภาพและการสร้างกลุ่มผลักดันนโยบาย และกระบวนการระดับต่างๆ เช่น มีเวทีและช่องทางให้ผู้รับบริการและญาติให้ความเห็น และมีส่วนร่วมในการปรับโครงสร้างกระบวนการ และกฎหมายที่ต่างๆ ที่สถานบริการจัดขึ้น เช่น website, การประชุมปรึกษาหารือ

1.3 หลักความโปร่งใสเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงและอ่านบันทึกที่แพทย์และพยาบาลเขียนเกี่ยวกับผู้ป่วยได้

1.4 หลักนิติธรรม

ก. มาตรการทางกฎหมาย และ กระบวนการใกล้เลี่ยงเพื่อสร้างความเข้าใจกันตามข้อเท็จจริง และความรู้

ข. พยายามใช้การเจรจาที่เอื้ออาทรต่อกันบนพื้นฐานของคุณธรรม หลีกเลี่ยงการใช้กระบวนการทางกฎหมาย;

ค. ลิทธิ์ผู้ป่วย ผู้ป่วยมีลิทธิ์ที่จะทราบธุรกรรมชาติโคร, ทางเลือกในการดูแล, ภาวะแทรกซ้อนจากทางเลือกแต่ละทาง, ความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการ, ข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียน โดยให้ผู้รับบริการเข้าใจและเลือกแนวทางการรักษาโดยเข้าใจ รู้ตัว เต็มใจ (informed consent and prudent choice)

2. ผลสรุปและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นกฎหมาย และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่สำคัญ

2.1 การรับรู้กฎหมาย ให้บุคลากรในวงการแพทย์ ผู้รับบริการ และกระบวนการยุติธรรม เพิ่มพูนความชำนาญและมีความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายทางการแพทย์

2.2 การปรับกฎหมาย ให้ปรับปรุงกฎหมายและวิธีพิจารณาคดี

ก. มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ให้มีการเยียวยา และกระบวนการใกล้เลี่ยง ที่เน้นการสร้างความป้องดอง

ข. ปรับวิธีพิจารณาคดีในกรณีที่มีความเสียหายเพื่อให้มีข้อสรุปที่ยุติธรรม ทำให้ผู้ให้บริการ และประชาชนมั่นใจในกระบวนการยุติธรรม

ค. ให้ทบทวนความเหมาะสมของ การจัดคดีบริการสาธารณสุขให้เป็นคดีคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งมีผลให้ภาระนำสืบ (burden of proof) เป็นภาระของผู้ถูก控告 และผู้ร้องทุกข์ สามารถกำหนด ค่าชดเชยสูงกว่าค่าเสียหาย (punitive damage)

ง. ปรับกฎหมายเพื่อสร้างความชัดเจนระหว่างประเด็นการบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็น “สินค้าสาธารณะ หรือ public goods” บริการลินค้าสาธารณะเป็นสิ่งที่รัฐให้ประชาชน เป็น หน้าที่โดยตรงของรัฐ ส่วนภาคเอกชนเป็นทางเลือกในการจัดบริการ ทั้งบริการภาครัฐและเอกชนต้อง เป็นไปตามมาตรฐาน โดยมีสมาคมวิชาชีพกำกับดูแลอยู่

2.3 เพิ่มทักษะการสื่อสารให้ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการเพิ่มทักษะในสื่อสารได้ดี บนพื้นฐาน ความจริงใจ เอื้ออาทร และหวังดีต่อผู้รับบริการ และนำความสำเร็จที่ได้จากการสื่อสารที่ดีมาเล่าสู่กันฟัง

2.4 บทบาทของแพทย์สภากาชาดไทยฯ ให้สภากาชาดไทยทำให้ผู้ให้บริการทราบและเข้าใจข้อกฎหมาย ได้อย่างถ่องแท้ เพื่อให้พึงกฎหมายเป็นแนวทางสุดท้าย

3. ผลสรุปและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นโครงสร้างและกระบวนการมีส่วนร่วม

3.1 ทักษะของผู้ให้บริการ ให้ผู้ให้บริการฝึกให้มีการให้ข้อมูล ฟังความเห็น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีส่วนร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ และร่วมดูแลสุขภาพของตน

3.2 บทบาทสื่อ เมื่อมีความชัดແยัง สื่อควรสร้างความเข้าใจให้กับผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และประชาชน ทั่วไป ได้ทราบและเข้าใจข้อกฎหมายและข้อเท็จจริงได้อย่างถ่องแท้ สื่อต้องมอง ให้กวาง และมองให้ท้วง และจำเป็นต้องมี ความเข้าใจในประเด็นที่นำเสนอ เพราะข้อมูลที่สื่อได้รับ มากเป็น ข้อเท็จจริงและความคิดเห็นประจำกัน ลืมมีหน้าที่เน้นให้เห็นความหวังดีของแต่ละฝ่ายอันเป็นพื้นฐาน ของการสร้างความไว้วางใจกัน โดยทำให้ผู้รับบริการเข้าใจธรรมชาติโศก ส่วนผู้ให้บริการ เห็นใจในความสูญเสียของผู้ป่วยและญาติ

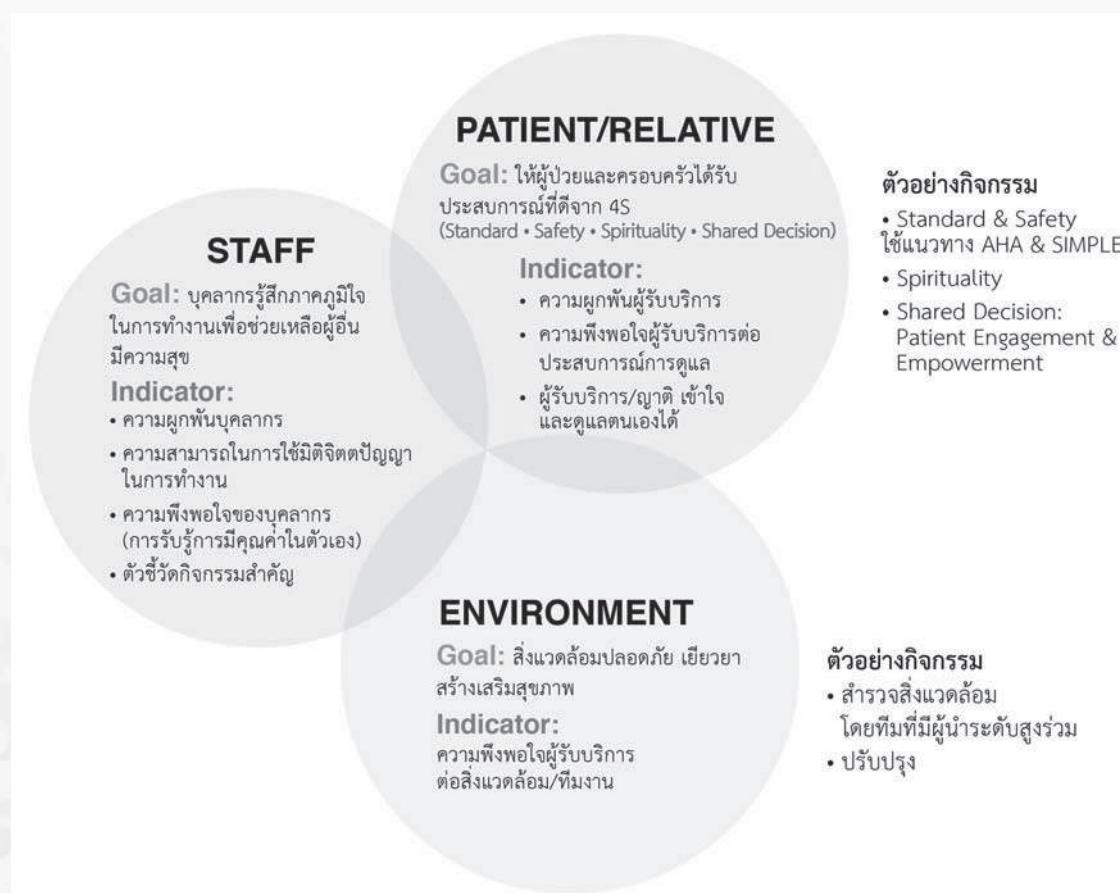
3.3 ทัศนคติต่อสื่อ ผู้ให้และผู้รับบริการควรเห็นสื่อเป็นมิตร ให้อธิบายให้นักข่าวฟัง อย่าคิดว่า นักข่าวไม่ โครงร่างเรื่องทางแพทย์

ข้อเสนอแนะ สามขั้นตอนของโครงสร้างและกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อคุ้มครองประชาชนและผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขตามหลักการของธรรมาภิบาล

ขั้นตอนที่หนึ่ง: การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ โดยทีมผู้ให้บริการปฏิบัติตามมาตรฐาน ปลอดภัย และให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วม เสิร์ฟผลให้ผู้ป่วยและญาติ

ขั้นตอนที่สอง: เห็นใจ บนพื้นฐานความจริง กระบวนการเยียวยา โดยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อิงความจริง, และคงความเห็นใจในภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น, มีกลไกและการปรับกฎหมายให้กระบวนการเยียวยาเกิดได้อย่างรวดเร็ว และแยกจากกระบวนการพิสูจน์ความผิด เพื่อให้การพิสูจน์ความผิดในชั้นศาลเป็นหนทางสุดท้าย_

ขั้นตอนที่สาม: พัฒนาเครือข่าย ระบบบริการ ระบบสร้างบุคลากร เพื่อสร้างความมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น มีเวทีให้ผู้ป่วยเข้ามาเสนอแนะปรับปรุงบริการ และมีการปรับเปลี่ยนสูตร เพิ่มค่านิยมที่เหมาะสมให้กับนักศึกษาที่จะมีอาชีพเป็นบุคลากรสุขภาพที่เอื้ออาทร และมีความสามารถในการสื่อสารดีในอนาคต



โครงการกิจกรรมเพื่อสังคม “พวกรeraทุกคน ร่วมกัน ทำเพื่ออาชญากรรม”

สิ่งสำคัญเหนืออื่นๆ กว่าการผลิตผลงานวิชาการ
คือการนำความรู้ความสามารถที่แต่ละบุคคลมี
ร่วมมือกันนำไปใช้สร้างสรรค์ประโยชน์ชน์
ให้เกิดแก่สังคมและเพื่อมนุษย์

เกิดเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย
เกิดประโยชน์โดยอ้อมต่อบุคลากรทางการแพทย์
ที่ได้มายายความรู้และทำกิจกรรม
เพื่อสังคมร่วมกัน

อันเป็นการรวมใจทำความดีเพื่อเหตุผลเกียรติ
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ และพระราชนคร
ทุกพระองค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในโอกาสเฉลิมพระชนม์
60 พรรษา ในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
สยามบรมราชกุมารี ในปี 2558 นี้





โครงการหน่วยแพทย์วิสาณพัฒนาการร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 1 (ปรพ.1)



พระเจ้าวรวงค์เธอ พระองค์เจ้าโสมส瓦ลี พระราชาภินัดดามหาตุ เสด็จฯ เป็นประธานในพิธีเปิด “โครงการแพทย์วิสาณพัฒนาการร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ” ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ จ.พระนครศรีอยุธยา เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2556 โดยมีการให้บริการเฉพาะทางจำนวน 20 คลินิก ได้แก่ บริการตรวจคัดกรองโรค โรคหัวใจ โรคระบบประสาท โรคระบบทางเดินอาหาร ข้อเข่าเสื่อม โรคกระดูก โรคผิวหนัง โรคนิ่วลือค คลินิกเด็ก ทันตกรรม โรคตา โรคหูคอจมูก โรคทางนรีเวช โรคก้อนที่เต้านม แพทย์แผนจีน ฝังเข็ม โรคริดสีดวงทวาร ตรวจเลือด ตรวจมวลกระดูก และบริการรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ โดยมีผู้เข้ารับการตรวจทั้งสิ้น 3,207 ราย



โครงการหน่วยแพทย์วิสาณพัฒนาการร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 2 (ปรพ.2)

สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลลักษณ อัครราชกุมารี เสด็จฯ เป็นองค์ประธานปิด “โครงการแพทย์วิสาณพัฒนาการร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 2” ณ โรงพยาบาลหัวหิน และ โรงพยาบาลพนิชการหัวหิน เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2557 โดยมีการให้บริการเฉพาะทางจำนวน 14 คลินิก ได้แก่ คลินิกทันตกรรม คลินิกโรคหูคอจมูก คลินิกระบบประสาท คลินิกมะเร็งเต้านม คลินิกทางเดินอาหาร คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว คลินิกเด็ก คลินิกแพทย์แผนไทยและฝังเข็ม คลินิกตรวจสุขภาพจิต คลินิกโรคหัวใจ คลินิกโรคกระดูกและข้อ คลินิกต้อกระจก คลินิกโรคผิวหนัง และบริการรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ โดยมีผู้เข้ารับการตรวจทั้งสิ้น 4,773 ราย



โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 (ปรพ.3)



โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ
พิธีบำเพ็ญกุศลที่ทรงชื่นชอบ สมเด็จพระนเรนทร์ฯ พะเยามูลนิธินาถ ครั้งที่ ๓
และเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระบรมราชอุดม稳定 สมเด็จพระกูรุนพี
ในโอกาสสหกรณ์พะเยามูลนิธิ ๕ รอบ ๖๐ พรรษา

โดยสถาบันพัฒนาภาษาที่มีสำนักงานที่บ้านท่าการแพทย์ อีกที่อยู่บ้านท่าชัย วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๕๘
และเช้าวันถัดมาที่โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดกาญจนบุรี และวิ่งชายแดนตอนใต้ จังหวัดสงขลา



นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมวิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3 (ปรพ.3) สถาบันพระปกเกล้าและ
แพทย์สถาฯ รวมทีมแพทย์อาสาเฉพาะทางจำนวน 18 คลินิก ให้บริการ
ตรวจรักษา ดูแลสุขภาพประชาชนกว่า 6,000 ราย โดยไม่มีคิดค่าใช้จ่าย
เพื่อบรรเทาความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และ
เป็นการน้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ ตลอดจนถวายเป็นพระราชกุศล
แด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ
และสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาส
เฉลิมพระชนม์ ๖๐ พรรษา

เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2558 ๑๗๖๗ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์
เกем วัฒนชัย องคมนตรี เป็นประธานเปิดโครงการ “หน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทาง
ร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3” ณ โรงพยาบาลพหลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี
โดยมี ศ.นพ.สมศักดิ์ โลห์เลขา นายกแพทย์สถาฯ นพ.ณรงค์ สมเมธานันน พลัด
กระทวงสารารณสุข นพ.สุรุวิทย์ คนสมบูรณ์ ประธานนักศึกษาฯ นพ.พิษณุ
มนิชต ประธานโครงการฯ พล.อ.จรัล กลล-Withy ผู้แทนนักศึกษา ปรพ.3
รศ.วุฒิสาร ตันไขย เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า พล.อ.ต.นพ.อิทธพร คงจะเจริญ
ผู้อำนวยการหลักสูตรฯ อาจารย์เนาวรัตน พงษ์เพบูลย์ กวีชีโรท ศิลปินแห่งชาติ
นายวันชัย โอสุคันธ์พิพิธ ผวจ.กาญจนบุรี นพ.สมเจตน เหล่าลือเกียรติ ผู้อำนวยการ
การโรงพยาบาลพหลพยุหเสนา นพ.กิตติ อินทรสุขพร รองผู้อำนวยการฝ่าย
การแพทย์ นางวรรณรา ไอลวนินทร รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาล
พหลพยุหเสนา คณะกรรมการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฯ และคณะกรรมการเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
จ.กาญจนบุรี เข้าร่วมพิธี





โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 (ปรพ.3)

“โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3” ได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในหลายภาคส่วนภายใต้แพทย์สถาปนาในการให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครบวงจร ทั้งในส่วนคลินิกตรวจรักษา ก่อนวันงานและคลินิกตรวจรักษาในวันงาน โดยในวันงานมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา เดินทางมาให้บริการฟรีรวม 18 สาขา 18 คลินิก ประกอบด้วย

1. คลินิก หู คอ จมูก
2. คลินิกสุสานารีเวช (ตรวจมวลกระดูก)
3. คลินิกไต
4. คลินิกทันตกรรม (ผ่าฟันคุด ชุด อุด ถอน)
5. คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
6. คลินิกตา
7. คลินิกระบบประสาท
8. คลินิกระบบทางเดินอาหาร
9. คลินิกกระดูกและข้อ (กายภาพบำบัด)
10. คลินิกสุขภาพเด็กและเยาวชน
11. คลินิกจิตเวช ทั่วไป (กระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติก)
12. คลินิกศัลยกรรมสมอง
13. คลินิกเต้านม (รถตรวจมะเร็งเต้านม)
14. คลินิกหัวใจ
15. คลินิตรวจนรรภภาพทางปอด
16. คลินิกผ่าตัด ปากแหว่ง เพดานโหว่
17. คลินิกการอุปกรณ์
18. คลินิตรวจนรรภภาพร่างกาย

โดยสถานที่ดำเนินโครงการหลัก ได้แก่
โรงพยาบาลพหลพยุหเสนา
โรงพยาบาลราชบูรี
โรงพยาบาลมหาราษฎร์
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช
โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์
และ โรงพยาบาลทองผาภูมิ





โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 (ปรพ.3)

สรุปผลการดำเนินงานจากจำนวนประชาชน ที่เข้ารับบริการทางการแพทย์รวม 6,000 ราย

- ภาวะสมองเสื่อม ได้ดำเนินการคัดกรองก่อน จำนวน 300 ราย
- สุขภาพเด็กและเยาวชน จัดกิจกรรมสำหรับเด็ก จำนวน 100 ราย
- คลินิกเต้านม
 - ผู้รับการตรวจ Mammogram จำนวน 50ราย พบรความผิดปกติส่งเจาะชิ้นเนื้อที่ รพ.ศิริราช 1 ราย รพ.ราชบูรี 1 ราย และรพ.พหลพลพยุหเสนา 2 ราย โดยพบ เป็นมะเร็งส่งผ่าตัดที่รพ.ศิริราช 1ราย
 - ตรวจเต้านม รวม 135 ราย มีหัตถการผ่าตัดก้อนที่เต้านม 5 ราย
- คลินิกหัวใจ ทำ Echocardiography จำนวน 53 ราย ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จำนวน 34 ราย และทำ Coronary Angiogram (CAG), Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ผ่าตัด Open heart จำนวนรวม 18 ราย
- คลินิกตา ผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 1,028 ราย
- คลินิกหันตกรรม (ผ่าฟันคุด ชุด อุด ถอน) ชุดหินปูน 107 ราย อุด 100 ราย ถอน 43 ราย ผ่าฟันคุด 81 ราย จ่ายยาและบริการอื่นๆ รวม 63 ราย
- คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ดำเนินการตรวจรักษา - รับยา 150 ราย นวดเพื่อสุขภาพ 172 ราย
- คลินิกกายอุปกรณ์ จำนวน 53 ราย (54 ขา)



ຮຽນມາກິບາລ 6 ແລ້ວ ມີໃຈຂອງຫຼັກສູດປະກາສເນີຍບັດຮຽນມາກິບາລກາງກາຮແພທຍ
ສໍາຫັບຜູ້ບໍລິຫານຮະດັບສູງ

ຫລັກທີ 5
ຫລັກສໍານືກຮັບຜິດຊອບ
ACCOUNTABILITY

ໜຶ່ງໃນຫລັກຮຽນມາກິບາລ 6

ອັນເປັນຫລັກກາຣທີ່ມີ່ງເນັ້ນໃຫ້ຜູ້ບໍລິຫານແລະຄະນະທຳງານທຸກສ່ວນທຸກຝ່າຍ
ຕັ້ງໃຈປົງປັດຕິກາຣກີຈາມໜ້າທີ່ອ່ຍ່າງດີຍິ່ງ ໂດຍມີ່ງໃຫ້ບໍລິຫານແກ່ຜູ້ມາຮັບບໍລິຫານ ເພື່ອອໍານວຍຄວາມສະດວກຕ່າງໆ
ພື້ນຮະນຳດະຮວ່າມີໃຫ້ເກີດຄວາມບກພ່ອງໃນໜ້າທີ່ກາງຈານທີ່ຕົນຮັບຜິດຊອບອູ່
ແລະພ່ອມທີ່ຈະປັບປຸງແກ້ໄຂໄດ້ທັນທ່ວງທີ່

ຮຣມາກີບາລ 6 ແລ້ວ ມັງກອນຫຼັກສູດປະກາສນີຍັບຕຣຣມາກີບາລກາງການແພທຍ
ສໍາຮັບຜູ້ບໍລິຫານຮະດັບສູງ

ຫລັກທີ 6
ຫລັກຄວາມຄຸ້ມຄ່າ
VALUE FOR MONEY

ໜຶ່ງໃນຫລັກຮຣມາກີບາລ 6

ອັນເປັນຫລັກທີ່ຜູ້ບໍລິຫານຕ້ອງຕະຫຼາກວ່າທັງພົມການຕ່າງໆ ມີຄ່ອນຂ້າງຈຳກັດ
ຈຶ່ງຈຳເປັນຕ້ອງຢືດຫລັກຄວາມປະຫຍດ ແລະ ຄວາມຄຸ້ມຄ່າໃນການບໍລິຫານຈັດການໂດຍຕ້ອງຕັ້ງຈຸດມຸ່ງໝາຍ
ຂອງການບໍລິຫານຈັດການທັງພົມດັ່ງກ່າວໄປທີ່ຜູ້ຮັບບໍລິຫານຫຼືປະຊາບໂດຍສ່ວນຮວມເປັນສຳຄັນ



กิจกรรมศึกษาดูงานหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3

ศึกษาระบบบริหารของโรงพยาบาลขององค์กรบริหารท้องถิ่น แนวคิดการบริหารงานสาธารณสุขขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และการทำงานของโรงพยาบาลเอกชนภูมิภาค ที่โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา โรงพยาบาลพัทยา และเมืองพัทยา



ดูงานที่โรงพยาบาลระยองเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองปัญหาต่อระบบสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค และดูงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ในสังกัดของกองทัพเรือที่เน้นความทันสมัยแบบเฉพาะทางที่สามารถนำมาประยุกต์ในการรักษาประชาชนทั่วไป



ศึกษาโรงพยาบาลต้นแบบในการผลักดันงานของสาธารณสุขภูมิภาคที่โรงพยาบาลชลบุรี



สัมมนาแลกเปลี่ยนกับผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ รวมถึงการบริหารโรงพยาบาลแบบกลุ่มเขตที่ต้องดูแลขอบเขตเด่นของประเทศไทย





กิจกรรมศึกษาดูงานหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมากิษาทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3



ศึกษาดูงานที่ ศาลอาญา รับฟังมุมมองจากท่านผู้พิพากษา ร่วมแลกเปลี่ยนและศึกษาระบบการทำงานในกระบวนการยุติธรรม



ดูงานที่โรงพยาบาลศิริราช แหล่งผลิตแพทย์ งานวิชาการงานวิจัยด้านสาธารณสุข



ดูงานที่โรงพยาบาลราชวิถี หน่วยงานใหญ่ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เห็นแนวคิดในการบริหารโรงพยาบาลภาครัฐขนาดใหญ่ ควบคู่กับการศึกษาดูงานระบบเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ระดับ International ที่โรงพยาบาลกรุงเทพฯ

เดินทางไปสถาบันรัตนภารักษ์ หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลปัญหาระดับชาติด้านการรักษาผู้ติดยาเสพติด และโรงพยาบาลภูมิพล สังกัดกองทัพอากาศที่มีภาระหน้าที่พิเศษที่ไม่เหมือนใคร



ศึกษาดูงานที่ DSI และศาลปกครอง กลไกของประเทศไทยที่จะมาช่วยร่วมกันผลักดัน គุบคุณและระบบการทำงานของประเทศไทย





นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมวิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3 (ปพ.3)

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. นางสาวกรรณิกา พลสินธ์ | 33. นายอวัชชัย กมลธรรม | 65. นายมนเทียร สารโภค | 97. นพ.สวัสดิ์ เกเกดชา |
| 2. นางสาวกัลยา งามพร้อมสกุล | 34. นพ.ธีระศักดิ์ วิริยานันท์ | 66. นายนักร ธนาสารศิลป์ | 98. นายสิทธิชัย สุขจิริยมิตร |
| 3. ดร.ภาณุจนา จันทร์ไถ夷 | 35. นางสาวนพพร บุญบุพชา | 67. นพ.มัยอัช สามเสน | 99. นพ.สินธัย ตันติรัตนานนท์ |
| 4. รศ.พญ.เกศรา อัศวadamกค | 36. นพ.นพดล นพคุณ | 68. พศ.ดร.รวมวนิวา อินทร์ทัต | 100. นางสุขัญญา ธนากรกรณ์ |
| 5. นพ.เกشم ภัทรฤทธิ์กิจล | 37. นายนพพร ชื่นกลิน | 69. นพ.มาณิต วีร์ธัติกานนท์ | 101. นพ.สุนทร สุนทรชาติ |
| 6. นายคราห์ อัศววิรัชติ์กิริณ์ | 38. นพ.นพรัตน์ พานทองวิริยะกุล | 70. นพ.ยทธศักดิ์ ตั้งสุขลั้นต์ | 102. นางสุนทรี จรรโลงบุตร |
| 7. นายไอลิต ศุภนิจิท | 39. น.อ.(พิเศษ) นพ.นพดล วีรยางกุร | 71. นายไอลิน เนื่องจากนงค์ | 103. ดร.สุนีย์ ศรีไชยชนะสุข |
| 8. นายจัรุญ วิวัฒน์เจงภานุพิ | 40. นพ.บ皮สิต ศรีสมบูรณ์ | 72. นพ.รอนชัย คงสนกนร์ | 104. นพ.สุพจน์ จิราธิวัฒน์ |
| 9. พลเอกฯ จารุ กล涔วนิชย์ | 41. นางนุชนาดา วงศ์รัตน์ | 73. พ.อ.หญิง พส.พญ.รุวรรณ ขุนทดอน | 105. นางสุพัตรา จิราธิวัฒน์ |
| 10. นพ.จรัส จันทร์ธรรมกุล | 42. นพ.บุญชัย พิพัฒน์นวีชิกกุล | 74. นางรัตนา อนุกาลันนท์ | 106. นางสุพาร พศิสกุล |
| 11. พพญ.จันทร์ธนา อินสว่าง | 43. นายนปรัณ พรรรณแพทย์ | 75. นางสาววิรินดา พุ่นพิพัฒน์ | 107. นพ.สุเดช ว่องไวริกุล |
| 12. พล.ต.ด.จำรงค์ รัตนกุล | 44. นายประภาคิด กายะสิทธิ์ | 76. นพ.รุ่งเรือง ลีมีเพบล์ | 108. นพ.สุรพล โลหะสิริวัฒน์ |
| 13. ศ.กิตติคุณ นพ.จิตติ ศิริอ่อนร | 45. นพ.ปรัญญา สากิจลักษณ์ | 77. นางคลาวลัย ดำเนินชาญนิชย์ | 109. ดร.นพ.สุรุวัทย์ คนสมบูรณ์ |
| 14. นางจุไรรัตน์ ปันยารชุน | 46. นางสาวปราณี จันทร์เจนราเว | 78. นางวินิตา เจนวัฒน์วิทย์ | 110. นพ.สุริยะดา ทวีป่าตี |
| 15. รศ.นพ. อันชาย สิทธิพันธุ์ | 47. ภก.ญ.พนิดา ปัญญาภาน | 79. นพ.วรพันธ์ อุณหจักร | 111. นายองอาจ คล้ามไพบูลย์ |
| 16. นพ.ชยวิญญู ชัยติตานนท์ | 48. นพ.พรชัย ยอดวิศิษฐ์ศักดิ์ | 80. พญ.วรรรณภา เซเรเครือ | 112. นพ.อดินันท์ กิตติรัตน์ไพบูลย์ |
| 17. พ.อ.(พิเศษ) นพ.จิตพงษ์ ชัยวุฒิประชา | 49. พล.ต.ค. นพ. พรชัย สุรีรุณ | 81. พ.อ.(พิเศษ) นพ.วรรุณ สมิติพิรุณีร | 113. รศ.นพ.อดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์ |
| 18. พญ.ชิริมา ปืนเมธิญุ | 50. นางพรทิพย์ หักดิศรีเวทย์กุล (ณ บางช้าง) | 82. นพ.วสันต์ อภิวัฒนกุล | 114. ศ.นพ.อนันต์ ศรีเกียรติชัยร |
| 19. นพ.茱มุนุ วิทยานันท์ | 51. นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ | 83. นางวชรี พูลเกழม | 115. น.อ.อนุดิษฐ์ นาครทรรพ |
| 20. พ.ท.นพ.โชคชัย สุวรรณกิจบริหาร | 52. นพ.พรเอก อภิพันธุ์ | 84. นางสาววันทนีย์ พันธชาติ | 116. พญ.อภิรัมย์ เวชภูติ |
| 21. รศ.พญ.ธีรัตนา สุนทรสัจ | 53. รศ.นพ. พด.หัสส์ ต่ออุดม | 85. รศ.คลินิก พญ.วราณี จินารัตน์ | 117. นางสาวอภิรัตน์ สัจจาเนตย์ |
| 22. น.อ. (พิเศษ) นพ.ดันัย ปานแตง | 54. นางสาวพัชราภรณ์ วัฒนสุข | 86. นางสาววิริยา พุ่นคำ | 118. ดร.อรวรรถ รัตนไตรภพ |
| 23. นายดิกรถทิพย์ เจนคงธรรม | 55. นพ.พิชัยรุ่ง ชูพิพัฒน์ | 87. นางสาวลินี พุทธิการันย์ | 119. นางสาวอรุณโรจน์ เลี้ยมทอง |
| 24. นพ.เต่อผล วัฒนา | 56. นายพิเชษฐ์ ชูรักษ์ | 88. นายนิสิต ตันติสุนทร | 120. นายอัชดา เกษรศุภร์ |
| 25. นพ.ตะวัน จิตต์จุฬานันท์ | 57. นางสาวพินิทสุดา เหลืองไพบูลย์ | 89. พศ.นพ.วีรย์ เก้าเจริญ | 121. นายอัษณ์ใจร์ รัตนดิลก ณ ภูเก็ต |
| 26. พลโท รศ.ไตรใจรุ่ง ครุฑะโพ | 58. นางสาวพิมพ์ภาณุจัน เหลืองสุวรรณ | 90. นางสาวรัณณยา เลิศศาสตร์วัฒนา | 122. พญ.อัมพร เกียรติปานอภิกุล |
| 27. น.อ. (พิเศษ) นพ.ท่วงพงษ์ ปางรีย์ | 59. นพ.พิชญุ มนัสโซติ | 91. พญ. ศศิธร รุ่งบรรณพันธุ์ | 123. นางสาวอัมพร เจริญสมศักดิ์ |
| 28. พล.ต.ท.ทวีศักดิ์ ตั้งจินดา | 60. นพ.พิเชษฐ์ เวชกานาม | 92. นายคนติ ประนิช | 124. นพ.อาทิตย์ เจียรนัยศิลวังค์ |
| 29. นพ.ทวีศักดิ์ วิษณุไอยเรียน | 61. นพ.ไพบูลย์ ร่วมวิษณุไอยเรียน | 93. นางสาวศรีลักษณ์ สุริกุล | 125. นพ.อายุส ภัมรีราภ |
| 30. นางสาวพิทย์วรรณ วีระภุญชัย | 62. ดร.นพ. ไพบูลย์ ร่วมวิษณุไอยเรียน | 94. นางสมสุข มีวุฒิสม | 126. นายอัมพร วงศ์ศิริ |
| 31. ดร.พิพากรณ์ เยสุรุณณ์ | 63. นางกัสรรา เดชะณรงค์ | 95. นพ. สยาม พิเชฐลินธุ์ | 127. นพ.อิทธิรัตน์ วัชรานานนท์ |
| 32. นพ.ธนรัชต์ สมุทรเพชร | 64. นพ. มงคล วนิชภักดีเดชา | 96. นางสาวรุ่งนันท์ สิทธิ์สมาน | 128. นางสาวอุษณณี ชิดชอบ |



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

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dr. B.R. Ambedkar". The signature is fluid and cursive, with a horizontal line underneath it.

ज्ञान