



สืบสาน พระราชปณิธาน
ส่งเสริมธรรมภิบาลทางการแพทย์
สร้างสรรค์ยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ
และ มาตรฐานสุขภาพของคนไทย

สัมมนาวิชาการ ปธพ.ครั้งที่ 5
MD KPI Symposium #5



หลักธรรมาภิบาล (Good Governance)

หลักธรรมาภิบาล หมายถึง การบริหารกิจการบ้านเมือง และสังคมที่ดีเป็นแนวทางในการจัดระเบียบเพื่อให้สังคมของประเทศทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชนและภาคประชาชน สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสงบสุขและตั้งอยู่ในความถูกต้องเป็นธรรมตามหลักพื้นฐานการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ประกอบด้วยหลักต่างๆ ดังนี้



1. หลักนิติธรรม (The Rule of Law)

หลักนิติธรรม หมายถึง การปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ โดยถือว่าเป็นการปกครองภายใต้กฎหมาย มิใช่ตามอำเภอใจ หรืออำนาจของตัวบุคคล จะต้องคำนึงถึงความเป็นธรรม และความยุติธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ รวมทั้งมีความรัดกุมและรวดเร็วด้วย



อุดมการณ์สถาบันพระปกเกล้า
ทำให้วิชาการเด่น เน้นเครือข่ายเพื่อสังคม สังคมคุณธรรม



พันธกิจแพทยสภา

เป็นวิชาชีพที่มีการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ
ในการส่งเสริมจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พัฒนามาตรฐาน
การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชี้นำสังคมด้านสุขภาพอย่างมีระบบ
และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของแพทย์และประชาชน
โดยมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม



หลักนิติธรรม	Rule of Laws
หลักคุณธรรม	Ethics
หลักความโปร่งใส	Transparency
หลักมีส่วนร่วม	Participation
หลักสำนึกรับผิดชอบ	Accountability
หลักความคุ้มค่า	Value for Money



ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง

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

พระราชดำรัสใน
สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก



พระราชดำรินำมาซึ่งหลักสูตรสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ไทย

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง เป็นหลักสูตรที่ ออกแบบขึ้นตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่มอบให้กับคณะกรรมการแพทยสภา ว่าในยุคที่บ้านเมืองมีความขัดแย้งขอให้แพทย์ไทย

"อ่อนน้อมถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร"

จากวัตถุประสงค์ดังกล่าวแพทยสภาจึงจัดหลักสูตรการศึกษาระดับสูงสำหรับผู้บริหารทางสายการแพทย์ ได้ศึกษาเรียนรู้ในหลายมิติ เริ่มจากการศึกษาร่วมกันของแพทย์ซึ่งจบจากคณะแพทยศาสตร์ต่างมหาวิทยาลัย (ปัจจุบันมี 21 แห่ง) และปฏิบัติงานอยู่ใน 4 สาขาหลักทางการแพทย์ไทย ได้แก่

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

ซึ่งแพทย์ทั้ง 4 สาขาหลัก จะร่วมกันดูแลระบบสาธารณสุขไทย และประชาชนไทยทั้ง 64 ล้านคน ร่วมกับ 2 สาขาเสริม คือองค์กรภาครัฐและเอกชน (4+2=6) ผู้บริหารทั้ง 6 สาขา จะมาเรียนรู้ระบบ การแพทย์ไทยร่วมกันแบบบูรณาการ นำข้อเท็จจริงในมุมที่ต่างกันมาวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหา ระบบ สาธารณสุขของประเทศร่วมกันด้วยกลไกของธรรมาภิบาล โดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนา ระบบการแพทย์ และสาธารณสุขไทยไปในทิศทางที่สอดคล้องกันท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีในปัจจุบัน

Research Topic Index

กลุ่มวิชาการที่ 1

A Study of Urban Prototypes in Community-Based Quality Care for the Elderly, Saensuk Municipality Chonburi province

22

กลุ่มวิชาการที่ 2

Health Data Exchange for Clinical Service of Thai Population Based on Good Governance

30

กลุ่มวิชาการที่ 3

The Survey of Health Behavior and Government Health Care Provision in Healthy Aging Groups among 70 Years and Older in 50 Districts of Bangkok Metropolitan Area.

36

กลุ่มวิชาการที่ 4

Using the Medical Robot and Legal Liability

40

กลุ่มวิชาการที่ 5

Impact of the Consumer Case Procedure Act B.E.2551 on Medical Personnel and Public Health System

44

กลุ่มวิชาการที่ 6

The Observation on the Stakeholder's Opinions for the Improvement of the Issuance of Medical Certificates for Obtaining a Driver's License

50

กลุ่มวิชาการที่ 7

Attitudes of Government Officers towards the Service and Good Governance of the Civil Servant Medical Benefits System and Options of Reimbursement Systems Required

58

กลุ่มวิชาการที่ 8

Evaluation and Impact of the Government's Promotional and Preventive Program at the Community Level

64

กลุ่มวิชาการที่ 9

Governance Model for Online Health Communication in Thailand

70

กลุ่มวิชาการที่ 10

Preparation of New Executives for Public General Hospitals

76

สารบัญ



สารจากประธานมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์	8
สารจากนายกแพทยสภา	9
สารจากเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า	10
สารจากผู้อำนวยการหลักสูตรฯ	11
หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5 (ปธพ.5)	12
คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5	14
ก้าวแรก - ก้าวที่ห้า ปธพ.	15
กลุ่มวิชาการที่ 1 เรื่อง การศึกษาเมืองต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี	22
กลุ่มวิชาการที่ 2 การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพเพื่อการให้บริการทางคลินิกแก่ประชาชนไทย บนพื้นฐานธรรมาภิบาล	30
กลุ่มวิชาการที่ 3 การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ โดยภาครัฐของผู้สูงอายุ กลุ่มสุขภาพดี หรือ Healthy aging มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ทั้ง 50 เขต ของกรุงเทพมหานคร	36
กลุ่มวิชาการที่ 4 การนำหุ่นยนต์มาใช้ทางการแพทย์ และความรับผิดชอบทางกฎหมาย	40
กลุ่มวิชาการที่ 5 ผลกระทบของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ต่อบุคลากรทางการแพทย์และระบบสาธารณสุข	44
กลุ่มวิชาการที่ 6 การวิจัยสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปรับปรุง การออกใบรับรองแพทย์เพื่อรองรับใบอนุญาตขับรถยนต์	50
กลุ่มวิชาการที่ 7 ทิศนคติของข้าราชการต่อธรรมาภิบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และการให้บริการในปัจจุบันและทางเลือกของระบบการเบิกจ่ายในรูปแบบอื่นๆ	58
กลุ่มวิชาการที่ 8 การประเมินสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ในระดับชุมชน	64
กลุ่มวิชาการที่ 9 โมเดลระบบอภิบาลการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์	70
กลุ่มวิชาการที่ 10 การเตรียมบุคลากรเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารโรงพยาบาลระดับ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	76
สรุปคำบรรยาย	87
โครงการกิจกรรมเพื่อสังคม	90
ภาพกิจกรรม	100
รายชื่อนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5	

สารจาก

ประธานมูลนิธิธรรมมาภิบาลทางการแพทย์

ผมขอแสดงความยินดีต่อท่านนักศึกษาที่สำเร็จหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5 ซึ่งเป็นหลักสูตรของสถาบันพระปกเกล้าร่วมกับแพทยสภาที่จัดขึ้นตามแนวทางพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช โดยหลักสูตรที่เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในระบบการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างลึกซึ้ง ตลอดจนความเข้าใจต่อภาวะวิสัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง ภายใต้หลักธรรมมาภิบาล จริยธรรม และคุณธรรม โดยมุ่งหวังการสร้างพลังในการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศ และประชาชนในระยะยาวอย่างยั่งยืน



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ
นายแพทย์เกษม วัฒนชัย

ไม่เพียงแต่การเรียนรู้และการจัดทำงานวิจัยด้านวิชาการ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมมาภิบาลทางการแพทย์ (ปธพ.) รุ่นที่ 5 ยังได้ทำคุณประโยชน์ต่อสาธารณะ เนื่องในโอกาสอันสำคัญยิ่งของประชาชนชาวไทย ที่สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ทรงครองสิริราชสมบัติสืบราชสันตติวงศ์ เป็นพระมหากษัตริย์รัชกาลที่ 10 แห่งพระบรมราชจักรีวงศ์ โดยจัด “โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร” ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นการนำแพทย์ไปหาประชาชน ไปดูแลรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ต่างจังหวัดที่ขาดแคลน ในลักษณะการจัดโรงพยาบาลสนามร่วมกันตรวจรักษา อีกทั้งส่งมอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัย เพื่อที่จะทำให้คนไทยมีความเข้มแข็งทั้งร่างกายและจิตใจ มีพลังในการทำนุบำรุงประเทศชาติของเราต่อไป

ด้วยเนื้อหาและกิจกรรมของหลักสูตร ทำให้มั่นใจได้ว่านักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมมาภิบาลทางการแพทย์ (ปธพ.) รุ่นที่ 5 ได้ประพฤติและปฏิบัติตามพระราชดำรัสของสมเด็จพระบรมราชชนกที่ว่า “ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลากทรัพย์ และเกียรติยศ จะตกแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์” และดำรงไว้ซึ่งแนวปฏิบัติตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชที่ให้แพทย์ “อ่อนน้อม ถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร”

สุดท้ายนี้ ผมขอชื่นชม และขอบคุณในความทุ่มเท ความพยายามของคณะนักศึกษาหลักสูตร ปธพ.5 ตลอดจนคณาจารย์ผู้สอน และขอให้ทุกท่านร่วมกันใช้หลักการแห่งธรรมมาภิบาลนำทางในการทำงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศและสังคมไทยในอนาคตต่อไป

สารจาก นายกแพทยสภา



ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์
ประสิทธิ์ วัฒนาภา

การพัฒนาบุคลากรทั้งในเชิงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานจำต้องควบคู่ไปกับการพัฒนาจิตใจให้ถึงพร้อมซึ่งคุณธรรมและมีจริยธรรม ขณะเดียวกันการพัฒนาบุคลากรจะต้องมีความสอดคล้องไปกับการพัฒนาระบบ (ระบบการปฏิบัติงาน ระบบการบริหาร ระบบเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง) และการพัฒนาองค์กร หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญและร้อยเรียงสาระรวมทั้งดำเนินการให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การสาธารณสุข หนังสือรวบรวมเอกสารวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการศึกษาของหลักสูตร

พระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชที่ได้พระราชทานให้กับอดีตคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ว่า “อ่อนน้อมถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร” เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการนำผู้บริหารจากหลากหลายหน่วยงานมาร่วมเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มุมมองที่แตกต่างกันของแพทย์ทั้งในส่วนของภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้บริหาร หน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐและภาคเอกชนที่ไม่ใช่แพทย์เป็นฐานสำคัญของเอกสารวิจัย ในหนังสือเล่มนี้ หลายบทความวิจัยมุ่งสู่การแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาการแพทย์ การสาธารณสุขของประเทศ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หากผู้มีหน้าที่รับผิดชอบระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน เห็นว่างานวิจัยเหล่านี้มีประโยชน์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5 คงจะมีความยินดีและพร้อมที่จะร่วมมือในการดูแลให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศในที่สุด

ในท้ายที่สุดนี้ ขออัญเชิญพระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ที่ได้พระราชทานเนื่องในพิธีพระราชทานปริญญาบัตร ณ มหาวิทยาลัยมหิดล ตุลาคม พ.ศ. 2522 ซึ่งทรงชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและความสัมพันธ์ของสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศ ดังนี้

“..การรักษาความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายเป็นปัจจัยของเศรษฐกิจที่ดีและสังคมที่มั่นคง เพราะร่างกายที่แข็งแรงนั้นโดยปกติจะอำนวยผลให้สุขภาพจิตใจสมบูรณ์และเมื่อมีสุขภาพสมบูรณ์ดีพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจแล้วย่อมมีกำลังทำประโยชน์สร้างสรรค์ เศรษฐกิจ และสังคมของบ้านเมืองได้เต็มที่ หวังไม่เป็นภาระแก่สังคมด้วย คือเป็นผู้แต่งสร้างมิใช่ผู้ถ่วงความเจริญ...”

สารจาก

เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า



ศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันโชย

ผมขอแสดงความยินดีต่อผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5 ซึ่งเป็นหลักสูตรที่เกิดจากการพัฒนาร่วมกันของ 2 สถาบันหลัก คือ แพทยสภาและสถาบันพระปกเกล้า เพื่อตอกย้ำความสำคัญของการใช้หลักธรรมาภิบาลในการจรรโลงให้เกิดความสงบเรียบร้อยของสังคมไทย และเป็นที่ประจักษ์ร่วมกันว่าประเทศไทยในปัจจุบันถูกกระทบด้วยปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นสภาวะเศรษฐกิจโดยรวมของโลก ปัญหาทางการเมือง วัฒนธรรมและค่านิยมของคนในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะสังเกตได้ว่าปัญหาในปัจจุบันมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นด้วยตัวของปัญหาเอง และมีติของปัญหาที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ ปัญหาในมิติด้านสุขภาพและสาธารณสุขไทยก็เป็นเช่นเดียวกัน หลักสูตรนี้จึงเกิดขึ้นตามหลักคิดที่ว่า แนวทางในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในยุคต่อไปจะต้องเกิดขึ้นอย่างโปร่งใสบนพื้นฐานคุณธรรมและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนด้วยการใช้หลักธรรมาภิบาล

ในระหว่างหลักสูตร คณะนักศึกษาได้ร่วมกันศึกษาวิจัยผลงานวิชาการโดยหยิบยกประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญในด้านสาธารณสุขของประเทศในปัจจุบันมาศึกษา เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ปฏิบัติงาน และการลาออกจากราชการของแพทย์ใช้ทุน กระทรวงสาธารณสุข การใช้หลักธรรมาภิบาลวิเคราะห์แนวคิดการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพไทยที่มีคุณภาพและยั่งยืน การจัดการภัยพิบัติจากธรรมชาติขนาดใหญ่ในอาเซียนอย่างมีธรรมาภิบาล ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันในระบบสาธารณสุขไทย การปฏิรูประบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศอย่างเป็นรูปธรรมตามหลักธรรมาภิบาล พฤติกรรม ความคิดเห็นและผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ การแก้ปัญหายาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็นต้น และหาแนวทางเพื่อนำมาสู่การแก้ปัญหาต่างๆ โดยใช้หลักธรรมาภิบาลซึ่งเชื่อว่างานวิจัยเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อสังคมในอนาคต

นอกเหนือจากนั้นนักศึกษาในหลักสูตรนี้ ยังได้ร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อสังคม คือ โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ในโอกาสที่ทรงครองสิริราชสมบัติสืบราชสันตติวงศ์ เป็นพระมหากษัตริย์รัชกาลที่ 10 แห่งพระบรมราชจักรีวงศ์ เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีสูง

ท้ายนี้ผมขอชื่นชมและขอบคุณในความทุ่มเทและความพยายามของคณะนักศึกษา ตลอดจนคณาจารย์ผู้สอนและผู้ร่วมพัฒนาหลักสูตรทุกท่าน ที่ทำให้การเรียนการสอนในหลักสูตรฯ นี้ สำเร็จด้วยดี และขอให้ทุกท่านร่วมกันใช้หลักการแห่งธรรมาภิบาลในการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมไทยในอนาคตสืบไป

สารจากผู้อำนวยการหลักสูตรประกาศนียบัตร ธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง

“อ่อนน้อมต่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร”

จากพระราชดำรัสของ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ที่ทรงพระราชทานให้คณะแพทย์ผู้รักษา เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาทางการแพทย์ไทย เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 ได้ถูกนำมาวิเคราะห์และออกแบบโดยแพทย์สภา เป็นโครงการธรรมาภิบาลทางการแพทย์ โดย มอบให้ทางสถาบันพระปกเกล้าจัดหลักสูตรธรรมาภิบาล ในภาคทฤษฎี และทาง “แพทย์สภา” รับผิดชอบในองค์ความรู้ด้าน “ระบบสาธารณสุขไทย” “งานวิจัยเพื่อพัฒนา” และ “ธรรมาภิบาลภาคปฏิบัติ” จึงเป็นที่มาของหลักสูตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง (ปธพ.) ซึ่งถือกำเนิดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบันเป็นรุ่นที่ 6



**พลอากาศตรี นายแพทย์
อิทธิพร คณะเจริญ**

ผู้ที่เข้ารับการศึกษาศึกษาในหลักสูตรนี้มาจาก 6 สาขาหลักในวงการแพทย์คือ แพทย์ผู้บริหารจาก (1) มหาวิทยาลัย หรือครูแพทย์ (2) กระทรวงสาธารณสุข (3) ทหาร ตำรวจ และแพทย์ภาครัฐอื่น (4) แพทย์ภาคเอกชน ร่วมกับผู้บริหารที่ใช้แพทย์ (Non MD) ภาครัฐในสาขา (5) และผู้บริหารธุรกิจเอกชนในสาขา (6) มาเรียนรู้หลักสูตรธรรมาภิบาลทั้ง 6 พร้อมข้อมูลและปัญหา ระบบสาธารณสุขไทย โดยน้อมนำพระราชดำรัสไปสู 6 ขั้นตอนกล่าวคือ

(1) นำความ “อ่อนน้อมต่อมตน” สร้างให้เกิดความรักและสามัคคีกันในกลุ่มผู้บริหารระดับสูง ที่มาจากบุคคลสำคัญ ทั้งในภาครัฐและเอกชน ให้ร่วมแรงร่วมใจกันแก้ไขปัญหาของระบบสาธารณสุขไทย ด้วยความสัมพันธันองที่ต่อเนื่องระยะยาว

(2) ปลุกฝังความคิด “ทุกคนมีดี” ให้เรียนรู้กันว่าในแต่ละสาขาหลักมีคุณความดี มีจุดแข็งจุดอ่อนที่แตกต่างกัน หากเข้าใจข้อดีกันแล้ว ย่อมร่วมมือแก้ไขปัญหของตนได้อย่างง่ายดายโดยปราศจากอคติต่อกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จแบบยั่งยืน

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

(4) วิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข ด้วย “ธรรมาภิบาล” คัดเลือกปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศรุ่นละ 10 หัวข้อนำมาออกแบบเป็น “งานวิจัย” โดยผู้ปฏิบัติงานใน 6 สาขาหลัก ภายใต้มาตรฐานของสถาบันพระปกเกล้า หวังใช้ผลการวิจัยมาแก้ปัญหาระบบสาธารณสุขไทยให้ได้อย่างจริงจังจึเป็นรูปธรรม

(5) เรียนรู้ “รักในหลวงภาคปฏิบัติ” โดยจัดให้มีกิจกรรม การออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ และแพทย์อาสาหลายรูปแบบ ขึ้นเพื่อให้ทุกคนมีโอกาสเรียนรู้ปัญหาของการให้บริการผู้เจ็บป่วย เข้าใจความทุกข์ของคนไข้ที่รอคอยในต่างจังหวัด และร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาแบบเป็นรูปธรรม เข้าถึงปัญหาจริงของระบบสาธารณสุข พร้อมสร้างความสมานฉันท์ของหน่วยงานสาธารณสุข 5 กระทรวงในภาครัฐและเอกชน ในการทำงานกับพื้นที่เป้าหมายในลักษณะ “รพ.สนามต้นแบบ” ทั้งในการรักษาและช่วยเหลือทางวิชาการระยะยาว เพื่อร่วมใจถวายแด่ในหลวงรัชกาลที่ 9 ของเรา

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

ในฐานะผู้อำนวยการหลักสูตรฯ ต้องขอแสดงความชื่นชมและขอบคุณนักศึกษารุ่นที่ 5 ที่มีความวิริยะอุตสาหะจนผ่านจนเป็นงานวิจัยทั้ง 10 หัวข้อในเล่มนี้ หวังว่าผลงานนี้จะมีส่วนให้มีการพัฒนาระบบสาธารณสุขไทยไปในทิศทางที่ดีขึ้น และด้วย “ธรรมาภิบาล” และ “ระบบคุณธรรม” ในสังคมไทย ไปถึง “โรงพยาบาลคุณธรรม” และ “องค์กรคุณธรรม” ตามแนวทางที่ ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย องคมนตรีมอบไว้ ผลดีจะขยายไปยังประชาชนผู้เจ็บป่วยทุกคนในอนาคต ซึ่งเป็นไปดังพระราชดำรัสฯ

**“ความสำเร็จของการศึกษาที่แท้จริง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้มาก
แต่ขึ้นอยู่กับการนำเอาความรู้นั้นมาประยุกต์ใช้ ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมได้มากเพียงไร”**

พระราชดำรัส สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก



หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5 (ปรพ.5) จัดโดย สถาบันพระปกเกล้า และแพทยสภา

หลักการและเหตุผล

แพทยสภาในฐานะสภาวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มีภารกิจตั้งแต่กำกับดูแลการผลิตนักศึกษาแพทย์ใน 21 คณะแพทยศาสตร์ ไปจนถึงควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมกว่า 55,000 คน ในสาขาเชี่ยวชาญ 81 สาขา ภายใต้ 15 ราชวิทยาลัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งต้องรับผิดชอบการตรวจรักษาผู้ป่วยกว่า 200 ล้านครั้งต่อปีในทุกภาคส่วน นอกจากนี้ความซับซ้อนทางวิชาการแพทย์ตามเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นแล้วทางด้านสังคมวิทยา เศรษฐกิจ และกฎหมาย ก็มีการพัฒนาและทวีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะด้านการเมืองการปกครอง ในระบอบประชาธิปไตย ด้านเศรษฐกิจทั้งในระดับอาเซียนและระดับโลก ด้านกระบวนการยุติธรรมและด้านกฎหมายมหาชน ซึ่งเป็นมิติใหม่ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรม ดังนั้นแพทย์และผู้บริหารสายแพทย์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อภาวะวิสัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างถ่องแท้ในการตัดสินใจ การกำหนดทิศทางและสมดุลในระบบสุขภาพของประเทศภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด เพื่อดูแลประชาชนซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีค่าสูงสุดของรัฐ โดยคณะกรรมการแพทยสภาได้รับพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระราชทานมาให้เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาวงการแพทย์ไทยว่าทำอะไรให้แพทย์ไทย “อ่อนน้อม ถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร” ซึ่งเป็นต้นแบบในการนำมาถอดเป็นกระบวนการเรียนรู้ผสมภาคปฏิบัติเพื่อสร้างสัมพันธภาพภายในวงการแพทย์ 4 เสาหลัก และนอกวงการแพทย์ทั้งรัฐและเอกชน ให้มองเห็นปัญหาระบบสาธารณสุขของประเทศนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทั้งนี้แพทยสภาได้จัดตั้งสถาบันส่งเสริมจริยธรรมขึ้นมาเป็นผู้กำหนดทิศทางดูแลการสร้างองค์ความรู้และธรรมาภิบาลในวงการแพทย์ เพื่อให้สัมฤทธิ์ผลตามพระราชดำรัสที่พระราชทานแก่กรรมการแพทยสภา

สถาบันพระปกเกล้าในฐานะที่เป็นสถาบันศึกษาด้านการเมืองการปกครอง กฎหมาย และเศรษฐศาสตร์ อันดับสูงสุดของประเทศภายใต้รัฐสภา ในฐานะที่เป็นสถาบันที่ผลิตผู้บริหารระดับสูงหลากหลายสาขาและเป็นที่

ประจักษ์ต่อสังคม จึงถือเป็นโอกาสอันเหมาะสมที่ทั้งสองสถาบันจะได้บูรณาการองค์ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ความเชี่ยวชาญแก่ผู้บริหารระดับสูงทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลิตบุคลากรที่จะเป็นกำลังสำคัญของประเทศไทยในการแก้ไขปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตยและธรรมาภิบาลแก่ผู้บริหารสายแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องในการประกอบวิชาชีพ
- 2) เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจภาวะวิสัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคมวิทยา เศรษฐกิจ และกฎหมายที่มีผลต่อการปฏิบัติวิชาชีพทางการแพทย์
- 3) เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจ การกำหนดทิศทางและวิธีดำเนินงานที่ชัดเจนในระบบสุขภาพของประเทศ
- 4) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่สะท้อนคุณธรรม จริยธรรม และหลักธรรมาภิบาลที่เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้บริหาร
- 5) เพื่อให้เกิดกระบวนการกลุ่มของผู้บริหารระดับสูงในการนำปัญหาสาธารณสุขของประเทศมา ร่วมกันพิจารณาหาทางแก้ไขแบบบูรณาการทุกภาคส่วน ด้วยการบริหารงานสมัยใหม่บนหลักธรรมาภิบาล ผ่านระบบงานวิจัยและนำเสนอผลงานให้กับแพทยสภาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผ่านการนำเสนอผลงานวิจัยทางวิชาการเผยแพร่สู่สาธารณะในงานประชุมวิชาการประจำปีและจัดให้มีกิจกรรมแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจ เฉลิมพระเกียรติฯ เพื่อถวายพระราชกุศลในทุกวาระปีของการศึกษา

ธรรมาภิบาลหลักสำคัญของสังคมไทย

นักศึกษาทุกท่านจะได้รับความรู้ด้านหลักธรรมาภิบาล ทั้ง 6 ร่วมกับข้อเท็จจริงของวงการแพทย์ไทย ในทุกๆ มิติ ตลอดจนปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันด้วยธรรมาภิบาล ทั้ง 6 หลัก คือ

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



แพทยสภามุ่งหวังว่าการมี “ธรรมาภิบาล” ในทั้งภาครัฐ

ภาคเอกชนและภาคประชาชน จะช่วยแก้ปัญหาระบบสาธารณสุขไทยได้จริง และสร้างความแข็งแกร่งตลอดจน พัฒนาระบบสาธารณสุขไทยให้ก้าวหน้าเป็นหนึ่งในอาเซียนและหนึ่งในโลกต่อไป

คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร ธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5



การสมัครเข้ารับการศึกษา ผู้สมัครต้องศึกษารายละเอียดคุณสมบัติประเภทต่างๆ ในประกาศสถาบันพระปกเกล้า เรื่องคุณสมบัติและการคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5 ซึ่งกำหนดว่าบุคคลที่สามารถสมัครเข้ารับการศึกษาอบรมในหลักสูตรได้ จะต้องเป็นผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ หรือผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีอายุไม่ต่ำกว่า 40 ปี (นับจนถึงวันหมดเขตรับสมัคร) โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

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

2. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ (ข้าราชการระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่าเดิม)

2.1 ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหารระดับต้นขึ้นไป

2.2 ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับสูง

2.3 ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป

3. ข้าราชการพลเรือนผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือผู้ดำรงตำแหน่งอื่นที่ปฏิบัติราชการเช่นเดียวกับประเภทอำนวยการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี (ข้าราชการระดับ 8 เทียบเท่า ตำแหน่งผู้อำนวยการกองเดิม)

4. เจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรมหาชน หรือข้าราชการเจ้าหน้าที่หรือพนักงานของหน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งดำรงตำแหน่งระดับ 9 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ดำรงตำแหน่งระดับ 10 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เฉพาะองค์กรบริหารส่วนจังหวัด/เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง) ในตำแหน่งนายก หรือปลัด

5. นายทหารหรือนายตำรวจที่มีชั้นยศ อัตราเงินเดือน พันเอก นาวาเอก นาวาอากาศเอก หรือพันตำรวจเอกขึ้นไป ต้องดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารหน่วยงาน หรือองค์กร

6. แพทย์ผู้บริหารจากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ข้าราชการพลเรือน หรือพนักงานในสถาบันอุดมศึกษาซึ่งดำรงตำแหน่งอธิการบดี รองอธิการบดี คณบดี หรือดำรงตำแหน่งบริหารของคณะแพทยศาสตร์

7. แพทย์ผู้บริหารในภาคเอกชน มีความรู้ความสามารถ และเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง

8. แพทย์ผู้บริหารในภายใต้หน่วยงานกรุงเทพมหานคร และภายใต้หน่วยงานรัฐอื่น ซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง

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

10. เป็นบุคลากรที่คณะกรรมการหลักสูตรมีมติเห็นสมควรให้เข้ารับการศึกษาอบรม เนื่องจากเห็นว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรืองานสาธารณสุข

ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ จะพิจารณาคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษาอบรม โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 6 ประเภทดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากกระทรวงสาธารณสุข (ตามคุณสมบัติข้อ 2 และข้อ 3)

ประเภทที่ 2 ผู้บริหารทางการแพทย์ จากมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 6)

ประเภทที่ 3 ผู้บริหารทางการแพทย์จากทหาร ตำรวจ ทม. และองค์กรของรัฐอื่นๆ (ตามคุณสมบัติข้อ 2 ข้อ 3 ข้อ 4 ข้อ 5 และข้อ 6)

ประเภทที่ 4 ผู้บริหารทางการแพทย์ของสถานพยาบาลภาคเอกชน หรือองค์กรเอกชน (ตามคุณสมบัติข้อ 7)

ประเภทที่ 5 ผู้บริหารหรือผู้มีประสบการณ์บริหารในภาครัฐอื่น (ไม่ใช่แพทย์) ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข ผู้บริหารในกระบวนการนิติบัญญัติ ผู้บริหารสาขาวิชาชีพสุขภาพต่างๆ ผู้บริหารในกระบวนการยุติธรรม ผู้บริหารในกระบวนการคุ้มครองประชาชน ผู้บริหารในกระบวนการสื่อสารณะ ผู้บริหารการเงินการคลังระดับประเทศ ผู้บริหารในองค์กรของรัฐอื่นๆ และผู้บริหารจากหน่วยงานที่ได้รับเชิญจากแพทยสภา (ตามคุณสมบัติ ข้อ 1 ข้อ 2 ข้อ 3 ข้อ 4 ข้อ 5 และข้อ 10)

ประเภทที่ 6 ผู้บริหารจากองค์กรและหน่วยงานภาคเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งทางตรงและทางอ้อม (ตามคุณสมบัติข้อ 9) โดยมีอายุไม่เกิน 65 ปี (นับจนถึงวันรับสมัคร)

ก้าวแรก ปธพ.1



หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 1 (ปธพ.1) ได้ถูกอนุมัติโดยมติกรรมการแพทยสภา และผ่านการพัฒนาโดยสถาบันพระปกเกล้า มีผู้เข้ารับการศึกษารุ่นแรกจำนวน 120 ท่าน เปิดการอบรมในวันศุกร์ที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2555 ณ ห้องสัตมราชมาราช ชั้น 5 สถาบันพระปกเกล้า ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ถนนแจ้งวัฒนะ โดยนายนิคม ไวยรัชพานิช ประธานวุฒิสภาและรองประธานสภาสถาบันพระปกเกล้า ได้เป็นประธานในพิธีเปิด ศาสตราจารย์ ดร.บวรศักดิ์ อุวรรณโณ เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า เป็นผู้กล่าวรายงาน ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์อำนาจ กุศลนันท์ นายกแพทยสภา กล่าวต้อนรับ และ รองศาสตราจารย์วุฒิสาร ตันไชย รองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า เป็นผู้แนะนำภาพรวมหลักสูตร โดย พลอากาศตรีนายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภาและผู้อำนวยการหลักสูตรฯ ได้บรรยายถึงที่มาของหลักสูตรฯ ตลอดจนข้อเท็จจริง ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการพัฒนาระบบแพทย์ไทยให้กับผู้บริหารที่เข้ารับการอบรมทุกท่าน

ก้าวที่สอง ปธพ.2



หลังจากหลักสูตรฯ รุ่นที่ 1 ดำเนินการจัดการศึกษาจนจบการศึกษาสมบูรณ์แล้ว ทางแพทยสภาได้ประเมินผล นำมาพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรโดยได้เปิดการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 2 (ปธพ.2) ขึ้น และรับนักศึกษาจำนวน 120 คน พิธีเปิดการศึกษามีขึ้นในวันศุกร์ที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ณ ห้องสัตรีมาราอิราช ชั้น 5 สถาบันพระปกเกล้า ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษาฯ ถนนแจ้งวัฒนะ โดย รองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า (นายวิวัฒน์ ชัยภาคภูมิ) เป็นประธานในพิธีเปิดการอบรมหลักสูตรฯ โดยมี นายชวน หลีกภัย อดีตนายกรัฐมนตรีและ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูงรุ่นที่ 1 แสดงปาฐกถาพิเศษ ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์อำนาจ กุศลนันท์ นายกแพทยสภาอาวุโส กล่าวต้อนรับ พร้อมด้วยพลอากาศตรี นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภาและผู้อำนวยการหลักสูตรฯ ได้บรรยายถึงที่มาของหลักสูตรฯ ตลอดจนข้อเท็จจริง ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการพัฒนาระบบแพทย์ไทยให้กับผู้บริหารที่เข้ารับการอบรม

ก้าวที่สาม ปธพ.3



เมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2557 เวลา 13.30 น. รองศาสตราจารย์วุฒิสาร ตันไชย รองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า เป็นประธานในการเปิดอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3 (ปธพ.3) โดย สถาบันพระปกเกล้าร่วมกับแพทยสภาและกล่าวต้อนรับ แนะนำหัวข้อวิชาการ และกิจกรรมกลุ่มในส่วนของแพทยสภา โดย พลอากาศตรีนายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา ที่ห้องประชุมราชปนัดดาสิรินธร อาคารศรีสวรินทิรา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ทั้งนี้ หลักสูตรดังกล่าวก่อตั้งขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ไทยตามแนวทางพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ซึ่งประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ไปแล้ว 2 รุ่น ในการนี้แพทยสภาร่วมกับสถาบันพระปกเกล้ามีมติให้จัดอบรม รุ่นที่ 3 ต่อเนื่อง โดยมีผู้บริหารระดับสูงเข้ารับการอบรมจำนวน 130 ท่าน

เพื่อเป็นสิริมงคลและเป็นเกียรติแก่นักศึกษาผู้บริหารระดับสูงที่เข้ารับการอบรมทั้ง 3 รุ่นในช่วงเช้า ได้เชิญผู้แทนนักศึกษา ปธพ.1 และ ปธพ.2 ร่วมวางพวงมาลาถวายสักการะสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และถ่ายรูปร่วมกัน หลังเสร็จพิธีร่วมชมประวัติศาสตร์การแพทย์ ณ “พิพิธภัณฑ์ศิริราชพิมุขสถาน” ต่อจากนั้นเป็นการกล่าวต้อนรับและบรรยายพิเศษเรื่อง พระเจ้าอยู่หัวกับธรรมาภิบาล และกำเนิดศิริราชพยาบาล โดย ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ก้าวที่สี่ ปธพ.4



เมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2558 เวลา 09.00 น. นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรบริหารการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 4 (ปธพ.4) ได้ร่วมพิธีวางพวงมาลาถวายราชสักการะ ณ พระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และวางพวงพุ่ม ณ พลับพลาประดิษฐานพระบรมราชานุสาวรีย์พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ บริเวณริมแม่น้ำเจ้าพระยา และเยี่ยมชมพิพิธภัณฑ์ศิริราชพิมุขสถาน เพื่อทราบประวัติความเป็นมาการแพทย์ไทย และประวัติการแพทย์แผนปัจจุบัน เวลา 13.00 น. ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กล่าวต้อนรับคณบดีนักศึกษา ณ ห้องบรรยาย อวย เกตุสิงห์ อาคารศรีสวรินทิรา และศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์อุดม คชินทร อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล บรรยายพิเศษ หัวข้อ “พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวกับธรรมภิบาล ต้นกำเนิดของหลักสูตร ปธพ.” และ เวลา 14.30 น. รองศาสตราจารย์วุฒิสาร ตันไชย รองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้าเป็นประธานในการเปิดอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรบริหารการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง ปธพ.4 โดย สถาบันพระปกเกล้าร่วมกับแพทยสภาและกล่าวต้อนรับ พร้อมบรรยายพิเศษเรื่อง “ภาวะผู้นำกับการส่งเสริมธรรมภิบาลในองค์กร”

แนะนำหัวข้อวิชาการและกิจกรรมกลุ่มในส่วนของแพทยสภา โดย พลอากาศตรีนายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา ที่ห้องประชุมราชชนนีดาสิรินคร อาคารศรีสวรินทิรา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ทั้งนี้ หลักสูตรดังกล่าวก่อตั้งขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ไทยตามแนวทางพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ต่อกรรมการแพทยสภา ซึ่งประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ไปแล้ว 3 รุ่น ในการนี้แพทยสภาร่วมกับสถาบันพระปกเกล้ามีมติให้จัดอบรม รุ่นที่ 4 ต่อเนื่องโดยมีผู้บริหารระดับสูงเข้ารับการอบรมจำนวน 130 ท่าน

ก้าวที่ห้า ปธพ.5



เมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2559 เวลา 09.00 น. นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5 (ปธพ.5) ได้ร่วมพิธีวางพวงมาลาถวายราชสักการะ ณ พระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และวางพานพุ่ม ณ พลับพลาประดิษฐานพระบรมราชานุสาวรีย์พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ บริเวณริมแม่น้ำเจ้าพระยาและเยี่ยมชมพิพิธภัณฑ์ศิริราชพิมุขสถาน เพื่อทราบประวัติความเป็นมาการแพทย์ไทย และประวัติการแพทย์แผนปัจจุบัน และในเวลา 13.00 น. ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กล่าวต้อนรับคณะนักศึกษา ณ ห้องบรรยาย อวย เกตุสิงห์ อาคารศรีสวรินทิรา ทั้งนี้หลักสูตรดังกล่าวก่อตั้งขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ไทย ตามแนวทางพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ซึ่งประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ไปแล้ว 4 รุ่น ในการนี้แพทย์สภา ร่วมกับสถาบันพระปกเกล้ามีมติให้จัดอบรม รุ่นที่ 5 ต่อเนื่อง โดยมีผู้บริหารระดับสูงเข้ารับการอบรมจำนวน 140 ท่าน

2. หลักคุณธรรม (Morality)

หลักคุณธรรม หมายถึง การยึดมั่นในความถูกต้อง
ดีงาม ซึ่งจะแสดงออกมาโดยการกระทำทางกาย วาจา และ
จิตใจ และส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนาตนเองให้มีความซื่อสัตย์
จริงใจ ขยัน อดทน มีระเบียบ วินัย สำนึกในหน้าที่ของตนเอง
และเคารพในสิทธิของผู้อื่น จนเกิดเป็นนิสัยเป็นการประพฤติ
ปฏิบัติในสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเองผู้อื่นและสังคม





เอกสารวิชาการ

ปธพ.5



กลุ่มวิชาการที่ 1

เรื่อง การศึกษาเมืองต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี



การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาเมืองต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ให้ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนอย่างมีคุณภาพและเผยแพร่ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ให้สามารถนำไปใช้กับชุมชนอื่นๆ ได้ทั่วประเทศ ระเบียบวิธีวิจัย ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร การศึกษาดูงานและการสัมภาษณ์ผู้บริหารของเทศบาลเมืองแสนสุขและเทศบาลเมืองชากู ประเทศญี่ปุ่น 2) การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามผู้นำชุมชนและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่เป็นสมาชิกโครงการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จำนวน 30 คน 3) การสนทนากลุ่มโดยผู้บริหารทางการแพทย์ และสาธารณสุข และผู้บริหารองค์กรที่เข้าอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5 บุคคลที่ไปศึกษาดูงานเทศบาลเมืองชากู จำนวน 30 คน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระยะเวลาวิจัย ตั้งแต่ พฤศจิกายน 2559 - เมษายน 2560 ผลการศึกษาวิจัย พบว่า

1. ผลการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างเทศบาลเมืองชากู ประเทศญี่ปุ่น และเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย พบว่า เมืองชากู มีจำนวนประชากรมากกว่าเมืองแสนสุข 2.21 เท่า (ชากู 99,650 คน : แสนสุข 45,065 คน) อัตราส่วนผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของชากู มีอัตราส่วนที่สูงกว่าแสนสุข 2.74 เท่า (ชากู ร้อยละ 34.3: แสนสุข ร้อยละ 12.5) และอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอัตราสูงกว่าแสนสุข 3.44 เท่า (ชากู ร้อยละ 27.9: แสนสุข ร้อยละ 8.1) เมื่อคาดการณ์แนวโน้มอัตราส่วนผู้สูงอายุเมื่อถึง ปี พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) หรืออีกประมาณ 20 ปี พบว่าจะมีอัตราส่วนผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ของชากู ถึงร้อยละ 34.3 และของแสนสุข ถึงร้อยละ 26.1 ส่วนจำนวนสถานบริการสุขภาพในชากู พบว่า มีโรงพยาบาลทั่วไป 7 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข อีก 4 แห่ง ส่วนแสนสุข มีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไปเพียง 1 แห่ง และสถานบริการสาธารณสุข 2 แห่ง สถานบริการสิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องมือแพทย์สำหรับผู้สูงอายุของชากูมี 5 แห่ง ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบกลางวัน 47 แห่ง ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 8 แห่ง สถานให้บริการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล 14 แห่ง และ สถานให้บริการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป อีก 39 แห่ง ในขณะที่แสนสุข ยังไม่มีสถานบริการสิ่งอำนวยความสะดวกและสถานให้บริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเลย ทั้งนี้ มีแผนการก่อสร้างศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบกลางวัน ซึ่งอยู่ในระหว่างการก่อสร้างใน ปี พ.ศ. 2560-2561 แสดงให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมด้านบริการทางการแพทย์ สาธารณสุข และสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุของประเทศไทย ยังมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับค่อนข้างน้อยและยังไม่เพียงพอ

2. ความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีต้นแบบจากชากู ญี่ปุ่นนั้น มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนแสนสุข และสามารถนำมาใช้เป็นต้นแบบได้ โดยเรียนรู้จากการพัฒนาระบบ

บริการและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ต้นแบบเมืองแสนสุขเป็นแนวทางในระยะเริ่มต้น ดังนี้ 1) กำหนดนโยบายโดยผู้บริหาร 2) ก่อตั้งคณะกรรมการดำเนินการ สร้างความร่วมมือเครือข่ายและเลือกพื้นที่นำร่อง 3) พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านและการส่งต่อการดูแล 4) วางแผนและจัดกิจกรรมพัฒนาและเสริมสร้างสุขภาพในชุมชน 5) สร้างผู้นำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 6) ก่อตั้งกองทุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 7) การประเมินผลเพื่อพัฒนาปรับปรุง 8) การขยายผลสู่พื้นที่อื่นต่อไป

3. การจัดระบบการประกันสุขภาพผู้สูงอายุ หรือระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ เสนอรูปแบบเป็นทางเลือกให้นำไปปฏิบัติได้ 4 รูปแบบ ดังนี้ รูปแบบที่ 1 รัฐบาลจ่าย รูปแบบที่ 2 ประชาชน-รัฐร่วมจ่าย รูปแบบที่ 3 รัฐร่วมกับภาคเอกชน รูปแบบที่ 4 ดำเนินการตามบริบทของชุมชน

4. พัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ด้านต่างๆ และกำหนดขอบเขตบริการในชุมชนที่ใช้มาตรฐานขั้นต่ำเดียวกันทั่วประเทศ ตัวอย่างเช่น มาตรฐานการเยี่ยมบ้าน มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุแบบกลางวัน มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุแบบระยะยาว มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุหรือโรคเรื้อรัง

5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมไทย ควรกำหนดให้เริ่มต้นจากชุมชนและสถาบันต่างๆ ในชุมชนร่วมมือกันโดยรัฐบาลจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินการให้แก่ท้องถิ่น

สรุปและข้อเสนอแนะ: การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและควรศึกษาเชิงลึกด้านการบริหารจัดการงบประมาณ เพื่อปฏิรูประบบบริการการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ชื่อคณะผู้วิจัย	1. ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ	2. นายชินวรณ์ บุญเกียรติ	3. พล.ต.ท.ปิยะ สอนตระกูล
	4. นพ.ศิริพงศ์ เหลืองวารินกุล	5. นายณรงค์ เลิศกิตศิริ	6. นางสุดาทิพย์ มุสิกะสินธร
	7. นส.ธนวรรณ ศรีสุริยาพัฒน์กุล	8. นส.นवलหง อภิธนาคุณ	9. นส.ชาวนิศา วงศ์กวากัด
	10. น.อ.พิเศษ นพ.เพชร เกษตรสุวรรณ	11. น.อ.พิเศษ นพ.ไกรเลิศ เขียรนุกูล	12. นายเทพสิทธิ์ รักไตรรงค์
	13. นายพิเศษ ธรรมวิภาค	14. นายพุทธพงษ์ ปุณณกันต์	
	อาจารย์ที่ปรึกษา	น.ท.นพ.ธนาธิป ศุภประดิษฐ์	

Abstract (1)

A Study of Urban Prototypes in Community-Based Quality Care for the Elderly, Saensuk Municipality, Chonburi province



The purposes of this research were to study the model of urban development in community-based quality care for the elderly and provide suggestions on how to use the model to care for the elderly by community with quality and disseminate prototype care for the elderly by the community that can be applied to other communities throughout the country.

Research methods were mixed-methodology. The three steps of process were as follows: 1) Study data from the document, field trip and interviews with executives of Saensuk municipality and Saku city, Japan 2) study quantitative data by using questionnaire in 30 persons of community leaders and caregivers who were purposive selected from all members of the Saensuk Municipality Project participants and 3) group discussion, the 30 participants of the Intermediate Certificate Course in Good Government for Medical Executive's King Prajadhipok's Institute, and people who have visited Saku City, Japan. The statistics used were frequency, percentage, mean, standard deviation and correlation coefficient. The study period from November 2016 to April 2017. The results of the study show that:

1. The comparison based care for the elderly between Saku city, Japan and Saensuk municipality, Thailand found that the population of Saku was more than Saensuk 2.21 times (Saku 99,650 persons : Saensuk 45,065 persons). The ratio of elder's age 60 years old was 2.74 times higher than Saensuk (34.3 %: 12.5 %) and elder's age more than 65 years old was 3.44 times higher than Saensuk (27.9 %: 8.1 %). Elderly by 2035 or the next 20 years, it is found that the proportion of elderly people from 65 years old up to 34.3% of Saku and 26.1% of Saensuk. The number of health service in Saku were 7 general hospital and 4 public health centers but Saensuk has only 1 general hospital and 2 public health centers. Saku has five facilities and medical facilities for the elderly, day care center for elderly 47 centers, 8 long-term care centers, 14 home-visit stations by nurse, and 39 home-visit stations in general care. Meanwhile, there were not enough facilities, medical facilities, and health services for elderly care in Saensuk and there are plans to build a day care center for the elderly which is under construction in the years 2560-2561. Preparation of medical services, public health and facilities for the elderly in Thailand, there are also quite a few prepared to accommodate and not enough.

2. The suitability of a community-based care model based on a prototype from the Saku city, Japan is appropriate to the context of the community in Thailand and can be used as a model by developing and building a community network to develop the service and quality of care for the elderly same as the Saensuk municipality. In the beginning should be start as follows:

1) Establish a policy by the executive 2) Establish a committees, develop networking and pilot areas. 3) Develop home visits and referrals 4) Plan and organize activities to develop and enhance community wellbeing 5) Build leaders in community health care 6) Established the elderly care fund 7) Evaluation for improvement 8) Expansion to the next areas.

3. The system of health insurance or the welfare system for the elderly offers four types of options to choose from: Form 1 The government pays, Form 2 People - The state co-pays, the form 3 States with the private sector, and Form 4 operates in the context of the community.

4. Development of care standards for the elderly in various areas and the scope of services in the community to care for the elderly who use the same minimum standards across the country such as the Elderly Care Day Care Standard, the Elderly care standards for long-term care, the Elderly care standards according to the problems of the elderly or chronic diseases.

5. Care for the elderly with good quality and appropriate to Thai society and culture.

It should be initiated from communities and institutions in the community, collaborated by the government to allocate funds to support local action.

Conclusions and Recommendations: Community-based quality care for older people is appropriate for the context of Thailand, and in-depth budget management is needed to reform the elderly care service system with community-based care.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #1

การศึกษาเมืองต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี



บทนำ (Introduction)

รัฐบาลไทยได้กำหนดให้การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ และเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ คือ มุ่งเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี แนวคิดที่น่าจะมีความเหมาะสมและมีประสิทธิผลสูงสุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน คือ แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่า เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เป็นเขตเทศบาลที่มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.09 ของประชากรทั้งหมด ได้กำหนดนโยบายและเป้าหมายเพื่อพัฒนาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยได้ลงนามบันทึกความร่วมมือข้อตกลง เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยร่วมกับ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยราชภัฏ และเทศบาลเมืองชากู ประเทศญี่ปุ่น เป็นการดำเนินโครงการการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน นำร่องพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข (Community Based Comprehensive Elderly Care Project) เป็นแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อการเตรียมความพร้อมของชุมชนรองรับการเปลี่ยนแปลงสังคมผู้สูงวัยในอนาคตของชุมชน ดังนั้นเพื่อศึกษาวิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพ

คณะผู้ศึกษาวิจัยจึงมีความประสงค์จะศึกษาวิจัยตามวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อศึกษาเมืองต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เป็นต้นแบบการเตรียมระบบการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาเมืองต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนอย่างมีคุณภาพ
3. เพื่อเผยแพร่ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ให้สามารถนำไปใช้กับชุมชนอื่นๆ ได้ทั่วประเทศ

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล (Results & Discussions)

1. ผลการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุระหว่างเทศบาลเมืองชากู ประเทศญี่ปุ่น และเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย พบว่าเมืองชากู มีจำนวนประชากรมากกว่าเมืองแสนสุข 2.21 เท่า (ชากู 99,650 คน : แสนสุข 45,065 คน) อัตราส่วนผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ของเมืองชากู มีอัตราส่วนที่สูงกว่าเมืองแสนสุข 2.74 เท่า (ชากู ร้อยละ 34.3 : แสนสุข ร้อยละ 12.5) และอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอัตราส่วนสูงกว่าเมืองแสนสุข 3.44 เท่า (ชากู ร้อยละ 27.9 : แสนสุข 8.1)

ตารางที่ 1 วิธีดำเนินการวิจัย การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุระหว่างเทศบาลเมืองชาภู ประเทศญี่ปุ่น และเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย

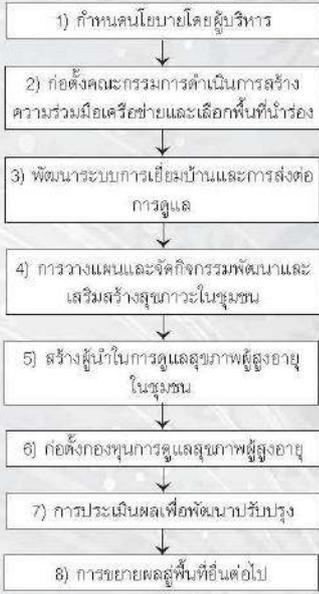


การเปรียบเทียบ	เทศบาลเมืองชาภู จังหวัดนากาโน ประเทศญี่ปุ่น	เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย
จำนวนประชากร (คน)	99,650	45,065
อัตราส่วนผู้สูงอายุต่อประชากร		
- 60 ปีขึ้นไป	34.3 %	12.5 %
- 65 ปีขึ้นไป	27.9 %	8.1 %
- 65 ปีขึ้นไป (2035)	34.3 %	26.1 %
สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข		
- โรงพยาบาล	7	1
- ศูนย์บริการสาธารณสุข	4	2
สิ่งอำนวยความสะดวกด้านการแพทย์และสาธารณสุข		
- สถานบริการที่ให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องมือแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ	5	-
- ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบกลางวัน (Day care center)	47	มีแผนการก่อสร้าง Day Care Center ซึ่งอยู่ในระหว่างการออกแบบและจะเริ่มดำเนินการก่อสร้างใน ปี พ.ศ. 2560-2561
- ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Stay Care)	8	1 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
- สถานีให้บริการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล	14	-
- สถานีให้บริการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป	39	-

เมื่อคาดการณ์แนวโน้มอัตราส่วนผู้สูงอายุเมื่อถึง ปี พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) หรืออีกประมาณ 20 ปี พบว่า จะมีอัตราส่วนผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ของชาย ถึง ร้อยละ 34.3 และของสตรี ถึงร้อยละ 26.1 ส่วนจำนวนสถานบริการสุขภาพในชาย พบว่า มีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป 7 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข อีก 4 แห่ง ส่วนสตรี พบว่า มีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไปเพียง 1 แห่ง และสถานบริการสาธารณสุข 2 แห่ง สถานบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องมือแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ 5 แห่ง ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบกลางวัน 47 แห่ง ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 8 แห่ง สถานีให้บริการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล 14 แห่ง และสถานีให้บริการเยี่ยม บ้านเพื่อการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป อีก 39 แห่ง ในขณะที่สตรี ยังไม่มีสถานบริการสิ่งอำนวยความสะดวก และสถานีการให้บริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเลย ทั้งนี้ มีแผนการก่อสร้างศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบกลางวัน ซึ่งอยู่ ในระหว่างการก่อสร้างใน ปี พ.ศ. 2560-2561 แสดงให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับค่อนข้างน้อย และยังไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 1 และแสดงการเปรียบเทียบจุดแข็ง และจุดอ่อนของทั้ง 2 แห่ง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจุดแข็งและจุดอ่อนของเทศบาลเมืองแสนสุข และเทศบาลเมืองชาก

การเปรียบเทียบ	จุดแข็ง	จุดอ่อน
เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 	มีความเข้มแข็งของสายใยรักของสมาชิกในครอบครัวและความมีสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน	เรื่องทัศนคติและความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวที่รู้สึกผิดหากนำผู้สูงอายุไปอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long stay Care/Elderly Home)
	ผู้สูงอายุมีความไว้วางใจในครอบครัวและเพื่อนบ้านเป็นอย่างมาก	ไม่มีระบบสวัสดิการสาธารณะเพื่อ การให้บริการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
	ยังคงมีวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมการใช้ชีวิตที่มีความใกล้ชิดกับวัดมาก	มีข้อมูลสารสนเทศและการวิเคราะห์ สถิติข้อมูลของประชากรในชุมชนน้อยมาก
	จิตอาสาหรืออาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยทำหน้าที่และกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน	



แผนภาพที่ 2

2. ความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีต้นแบบจากชากรุงเทพฯ นั้น มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนแสนสุข และสามารถนำมาใช้เป็นต้นแบบได้ โดยเรียนรู้จากการพัฒนา ระบบบริการและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยต้นแบบเมืองแสนสุขเป็นแนวทางในระยะเริ่มต้น ดังแผนภาพที่ 2

3. การจัดระบบการประกันสุขภาพผู้สูงอายุหรือระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเสนอรูปแบบเป็นทางเลือกให้นำไปปฏิบัติได้ 4 รูปแบบ ดังนี้

- รูปแบบที่ 1 รัฐบาลจ่าย
- รูปแบบที่ 2 ประชาชน-รัฐร่วมจ่าย
- รูปแบบที่ 3 รัฐร่วมกับภาคเอกชน
- รูปแบบที่ 4 ดำเนินการตามบริบทของชุมชน

4. พัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ด้านต่างๆ และกำหนดขอบเขตบริการในชุมชนที่ใช้มาตรฐานขั้นต่ำเดียวกันทั่วประเทศ ตัวอย่างเช่น มาตรฐานการเยี่ยมบ้าน มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุแบบกลางวัน มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุหรือโรคเรื้อรัง

5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมไทย ควรกำหนดให้เริ่มต้นจากชุมชนและสถาบันต่างๆในชุมชนร่วมมือกันโดยรัฐบาลจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินการให้แก่ท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและควรศึกษาเชิงลึกด้านการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อปฏิรูประบบบริการการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายกเทศมนตรี คุณณรงค์ชัย คุณปลื้มและคณะผู้บริหารเทศบาลเมืองแสนสุขทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาดูงาน ณ สถานที่จริง ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ขอขอบคุณ ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง ขอขอบคุณ ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต ผู้ช่วยคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้ประสานงานและอำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย รวมถึงการประสานงานเพื่อการศึกษาดูงานระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ณ ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งคณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ Professor Yoshiko Tsukada อาจารย์มหาวิทยาลัยซากุ Mr.Seiji Yanagida นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองซากุ Dr.Hirokazu Komutsu รองผู้อำนวยการสาขาเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลซากุ และสถานบริการผู้สูงอายุ บริษัท FB Edlerly Care Service ประเทศญี่ปุ่น ที่ให้การต้อนรับและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และ นาวาอากาศโท นายแพทย์ธนาธิป ศุภประดิษฐ์ ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนการให้คำแนะนำ วิธีการ และ ข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

กลุ่มวิชาการที่ 2

การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพเพื่อการให้บริการทางคลินิก แก่ประชาชนไทยบนพื้นฐานธรรมาภิบาล



การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบผสม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพของการจัดการข้อมูลสุขภาพเพื่อการบริการทางคลินิกของประเทศไทยในปัจจุบัน และ 2) เสนอรูปแบบบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพเพื่อการให้บริการทางคลินิกแก่ประชาชนไทยบนพื้นฐานธรรมาภิบาล กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แพทย์ จำนวน 16 คน พยาบาล จำนวน 100 คน เภสัชกร จำนวน 15 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 15 คน ผู้รับบริการจำนวน 103 คน และ ตัวแทนบริษัทประกันชีวิต จำนวน 16 คน รวมทั้งสิ้น 265 คน ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แพทย์ จำนวน 6 คน พยาบาล จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน และผู้รับบริการ จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งมีความตรงตามเนื้อหา ค่า IOC เท่ากับ 1 และค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ .97 และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งมีความตรงตามเนื้อหา ค่า IOC เท่ากับ 1 โครงร่างวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย โดยการคำนวณค่าความถี่และร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาสรุปได้เป็น 2 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1. สภาพของการจัดการข้อมูลสุขภาพเพื่อการบริการทางคลินิกของประเทศไทยในปัจจุบัน

1.1 ชุดข้อมูลสุขภาพขั้นต่ำ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางคลินิก นอกจากนี้ยังต้องการข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ และข้อมูลที่เป็นต้องปกปิดหรือมีชั้นความลับมากกว่า 1 ชั้น

1.2 การบริหารจัดการข้อมูล เป็นการนำข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการเข้าสู่ฐานข้อมูลเป็นไปโดยอัตโนมัติ ข้อมูลสุขภาพยังไม่มีความเป็นส่วนตัว การใช้สิทธิ์ในการดูแลข้อมูลตนเองยังมีน้อย และไม่สะดวก การแบ่งปันข้อมูลสุขภาพใช้ระบบการส่งต่อ การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ เพื่อการรักษาเป็นหลัก และส่วนใหญ่ไม่ได้ขออนุญาตจากผู้รับบริการเจ้าของข้อมูล

1.3 การกำกับดูแลการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ ไม่มีหน่วยงานกลางสำหรับรวมข้อมูลระดับชาติ และส่วนใหญ่ไม่มีการให้ความยินยอมในการนำข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการไปใช้ในการรักษาพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการมีอยู่แล้ว

2. รูปแบบการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพเพื่อการให้บริการทางคลินิกแก่ประชาชนไทยบนพื้นฐานธรรมาภิบาล

2.1 หลักนิติธรรม กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความเป็นส่วนตัว การรักษาความลับ และการเปิดเผยข้อมูล ควรมีความทันสมัยและมีความเป็นธรรม

2.2 หลักความโปร่งใส ควรสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้และผู้รับข้อมูล

2.3 หลักการมีส่วนร่วม ผู้รับบริการเจ้าของข้อมูลควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้ความยินยอมในการเข้าถึงข้อมูล และสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองเพื่อตรวจสอบข้อมูล

2.4 หลักความรับผิดชอบตรวจสอบได้ ผู้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการมีหน้าที่ และควรสำนึกในความรับผิดชอบต่อการนำข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการเข้าสู่ระบบและนำไปใช้

2.5 หลักความคุ้มค่า การนำไปใช้ประโยชน์จะต้องคำนึงถึงประโยชน์ที่เกิดแก่ผู้รับบริการเป็นหลัก

2.6 หลักคุณธรรม ควรเคารพสิทธิของผู้รับบริการ ด้วยนโยบายความเป็นส่วนตัว โดยให้ความยินยอม และการรักษาความลับ

ชื่อคณะผู้วิจัย

1. พล.ต.ท.พ.ชนินทร์ ชะโยชัยชนะ
4. ศ.พิเศษ กิตติพงศ์ อรุณพัฒน์พงศ์
7. นางนาถชฎา ศรีปัญญาศิลป์
10. นายธีระ ปริญญาอนุสรณ์
13. นส.พรทิพา รุจีโพธิ์จรณ์

2. น.อ.พิเศษ นพ.สุมิตร แดงดีเลิศ
5. นายทวีศักดิ์ จันทร์วีระเสถียร
8. นส.ละออศรี มัทธรรนนท์
11. นางศิริวรรณ พานิชตระกูล
14. รศ.พ.ต.อ.หญิง ดร.ทิพย์สัมพันธ์ เกษโกมล

3. นพ.ดร.เทอดศักดิ์ ไรจน์สุรภิตติ
6. นางอรนุช อภิศักดิ์ศิริกุล
9. นางยุพาทรรณเภากรณ์โสดกุล
12. นางพรจิตร์ ศุภบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา พล.อ.ต.นพ.อิทธิพร คณะเจริญ

Abstract (2)

Health Data Exchange for Clinical Service of Thai Population Based on Good Governance



The purposes of this mixed methods research were 1) to investigate the current status of health data exchange for clinical services of the Thai population and 2) to propose health data exchange model for clinical services of the Thai population based on good governance. Convenience sampling was employed to obtain 265 subjects for quantitative research which were 16 physicians, 100 nurses, 15 pharmacists, 15 physiotherapists, 103 clients, and 16 insurance representatives. Purposive selection was employed to obtain 15 key informants for qualitative research which were 6 physicians, 2 nurses, 1 pharmacist, 1 physiotherapist, and 5 clients. The questionnaire was used for quantitative data. The index of item objectivity was 1.0 and the reliability coefficient was .97. The semi-structured interview questionnaire was used for qualitative data. The IOC was 1.0. This proposal was approved by the IRB committee of the Police General Hospital. The descriptive statistics in terms of frequency and percentage were employed for quantitative data and content analysis was used for qualitative data. Results from this study were summarized into 2 important groups of findings as follows:

1. The current status of health data for clinical services of the Thai population.

1.1 The minimal data set: It contains personal and clinical data. It also requires sensitive data which need to be concealed or have more than one secret layer.

1.2 Data administration: The health data of the clients are brought automatically into the database. Health data is not private. Asking for their own health data is minimal and inconvenient. Sharing health data uses referral systems. Utilization of health data is used mainly for treatment and no permission from the data owner.

1.3 Data governance: There are no federal agencies for national data integration and most of health care provider does not have the informed. Enforcement of the law about health data already exists.

2. Health data model for clinical services of Thai population based on good governance.

2.1 Rule of law: Laws related to privacy, confidentiality, and disclosure should be modern and fair.

2.2 Transparency: It should build mutual trust between the provider and the recipient.

2.3 Participation: The data owner participates in consent decision-making and accessing his or her information to verify them.

2.4 Accountability: Those who access the health information of the clients have a duty and should take responsibility for logging on and use their health data.

2.5 Cost-effectiveness: Utilization must take into account the benefits to the service recipients.

2.6 Morality: The rights of clients should be respected with the privacy policy by consent and confidentiality.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #2

ชื่อเรื่อง การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพเพื่อการให้บริการทางคลินิกแก่ประชาชนไทย บนพื้นฐานธรรมาภิบาล

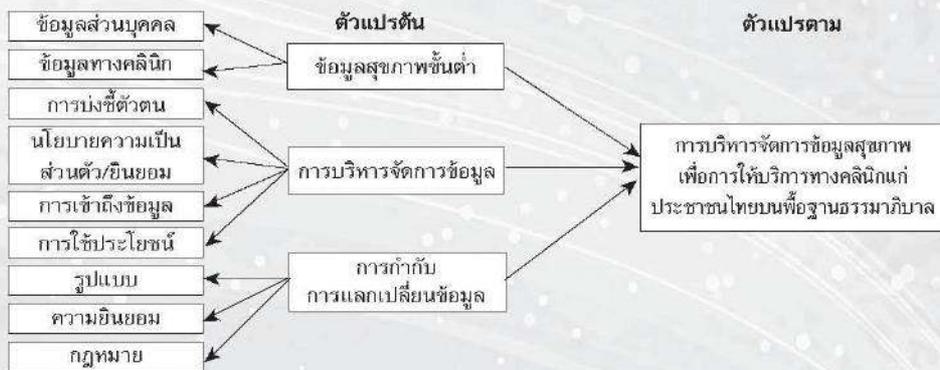
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพของการจัดการข้อมูลสุขภาพเพื่อการบริการทางคลินิกของประเทศไทยในปัจจุบัน
2. เพื่อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพเพื่อการให้บริการทางคลินิกแก่ประชาชนไทย บนพื้นฐานธรรมาภิบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การออกแบบการวิจัย ตั้งคำถามวิจัย กำหนดกระบวนการค้นคว้าวิจัย โดยใช้แนวคิดการวิจัยของกลุ่มปฏิบัตินิยม และใช้ยุทธศาสตร์การวิจัยแบบผสม เชิงปริมาณและคุณภาพ

2. กรอบแนวคิดการวิจัย

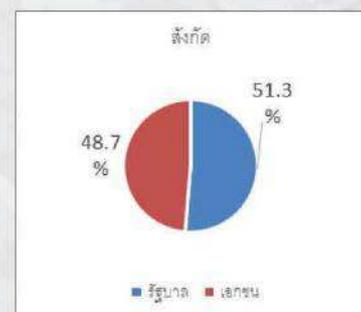
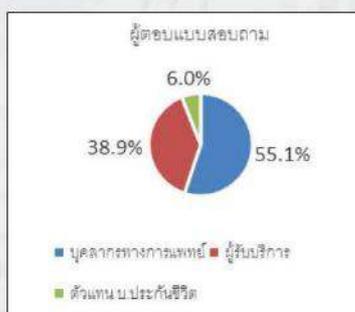
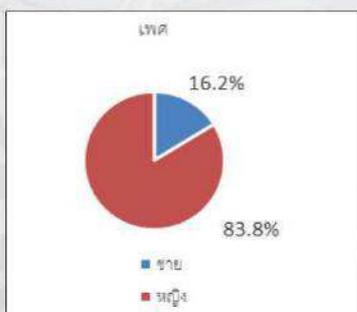


3. กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ ตัวแทนบริษัทประกันชีวิต และ ผู้รับบริการ ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด จำนวน 265 คน สุ่มแบบตามความสะดวก ผู้ให้ข้อมูลคือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และผู้รับบริการ ในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด จำนวน 15 คน ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

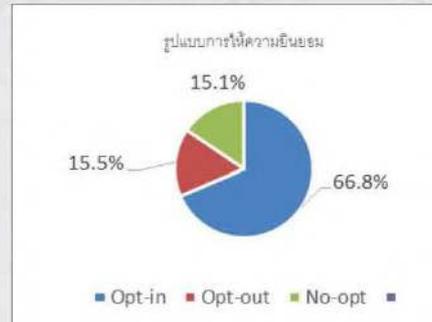
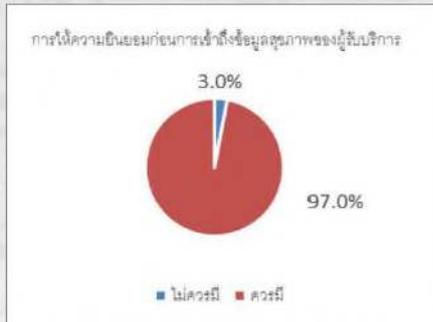
4. เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และเทปบันทึกเสียง ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 1.0

ผลการวิจัย

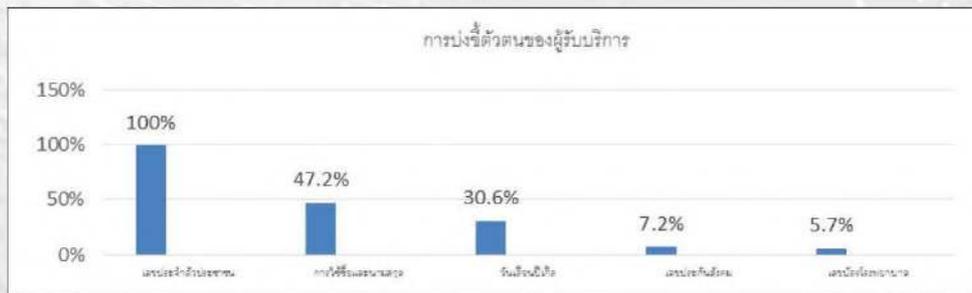
1. ลักษณะตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม



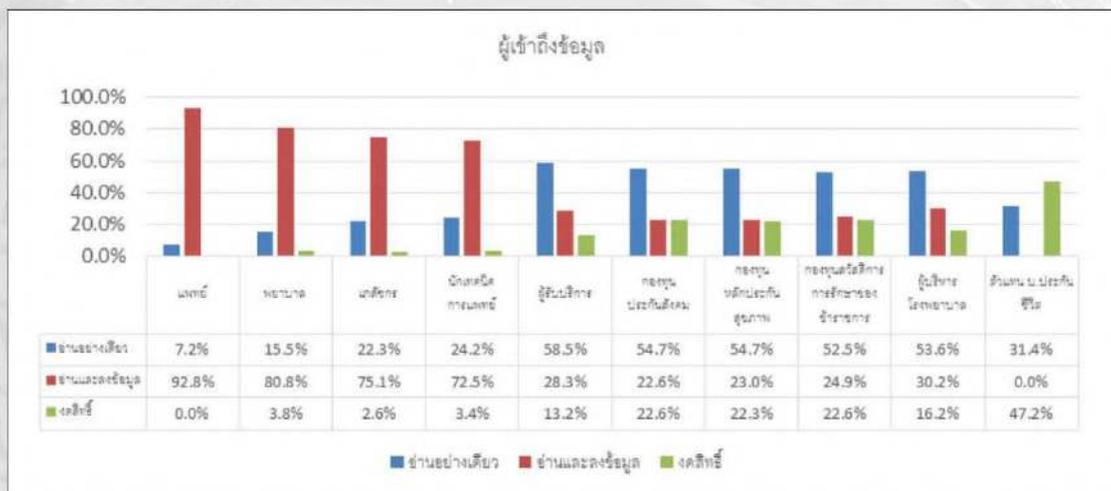
2. การให้ความยินยอม



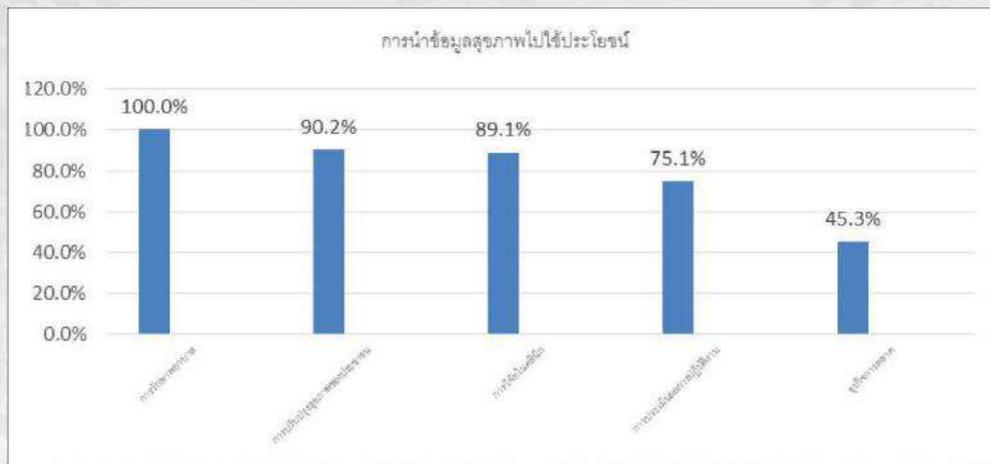
3. การบ่งชี้ตัวตนของผู้รับบริการ



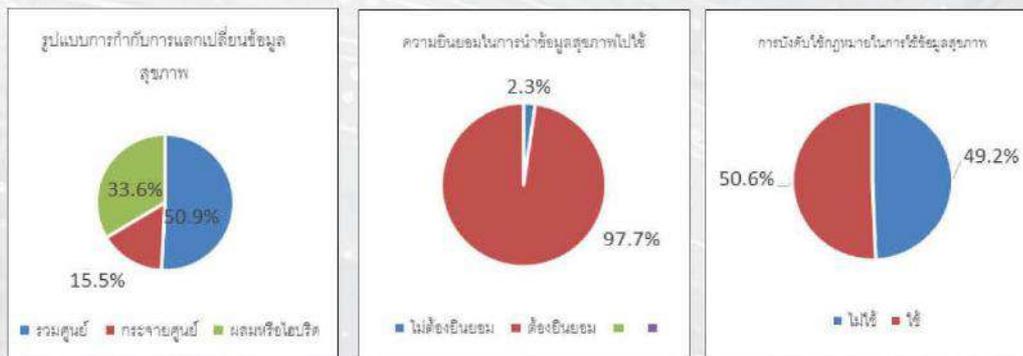
4. ผู้เข้าถึงข้อมูล



5. การนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ประโยชน์



6. การกำกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ



สรุปและวิจารณ์ผล

1. การให้ข้อมูลสุขภาพขั้นต่ำ เพื่อไม่ให้ก้าวล่วงความเป็นส่วนตัวมากเกินไป เพียงพอสำหรับการรักษาพยาบาล

2. การบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ

2.1 รูปแบบการให้ความยินยอม เป็นแบบ Opt-in คือ ผู้ให้บริการได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนจากผู้รับบริการเจ้าของข้อมูล ประเทศไทยยังไม่เคยมีมาก่อน ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไม่มั่นใจ จึงสงวนสิทธิ์ที่จะเปิดเผยข้อมูล และกฎหมายไทยก็เป็นอุปสรรคในการเปิดเผยข้อมูล

2.2 การบังคับตัวตนในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ ใช้เลขประจำตัวประชาชน เนื่องจากคนไทยทุกคนมีเลขประจำตัวประชาชนเพื่อแสดงความเป็นคนไทย

2.3 ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการทั้งอ่านและลงข้อมูลได้คือ แพทย์ และผู้ที่อ่านข้อมูลสุขภาพอย่างเดียวคือ ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ของกองทุนประกันสังคม เจ้าหน้าที่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้บริหารโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ส่วนตัวแทนบริษัทประกัน ควรงดสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูล

3. การกำกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ

3.1 รูปแบบกำกับการดูแลในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ เป็นแบบรวมศูนย์ คือมีหน่วยงานกลางเก็บรวบรวมข้อมูลและแบ่งปันข้อมูล

3.2 คณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ได้เสนอ “การจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.) (องค์การมหาชน)” เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ ไม่แสวงหากำไร และเป็นองค์กรอิสระ

3.3 กฎหมายที่มีอยู่ เพียงพอ แต่ควรทบทวนและปรับแก้ให้ทันสมัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พลอากาศตรีนายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษา นายแพทย์บุญชัย กิจสนาโยธิน และคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ผู้ให้ความรู้ และคำแนะนำ ที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลหลัก ทำให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ และได้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการนำไปใช้พัฒนาการบริการทางคลินิก

กลุ่มวิชาการที่ 3

การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพโดยภาครัฐของผู้สูงอายุ กลุ่มสุขภาพดีหรือ Healthy aging มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ทั้ง 50 เขตของกรุงเทพมหานคร



การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพโดยภาครัฐของผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดีหรือ Healthy aging มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ทั้ง 50 เขตของกรุงเทพมหานครเพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเตรียมรับมือกับสถานการณ์การเพิ่มของประชากรสูงอายุในประเทศไทย โดยเก็บข้อมูลงานวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี จาก 50 เขต กรุงเทพมหานคร จำนวน 295 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 และทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้สูงอายุร่วมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและบุคลากรเจ้าหน้าที่ ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 56 ทัพเจริญ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 70-93 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 76 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.3) ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 81.2) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 94.2) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 96.6) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.1) นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.4) ได้มีการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-4 วัน อาหารที่ผู้สูงอายุคิดว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ ได้แก่ ผัก ผลไม้ เนื้อปลา ความต้องการมีเพื่อน ความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากและคนที่ผู้สูงอายุต้องการให้มาดูแลมากที่สุดคือคนในครอบครัว การศึกษาพบว่าปัจจัยที่ผู้สูงอายุคิดว่าจะทำให้มีสุขภาพดี ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการพักผ่อนให้เพียงพอความต้องการการสนับสนุนทางหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรเอกชน เช่น ให้มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบครบวงจร มีการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลรัฐเพื่อส่งต่อผู้สูงอายุเมื่อต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ควรมีการฝึกอาชีพให้ผู้สูงอายุ และมีการจ้างแรงงานผู้สูงอายุแบบการจ้างแรงงานผู้พิการเพื่อเพิ่มรายได้ในการดำรงชีพ

แนวนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ รัฐควรส่งเสริมแนวทางในการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับชุมชนอย่างกว้างขวางในทุกพื้นที่ สนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชน ด้วยการจัดกิจกรรม เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขใกล้เคียง มีการสนับสนุนภาคีเครือข่าย หรือหน่วยงานจากภาครัฐและเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุด้วยการเพิ่มมาตรการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมาตรวจลดหย่อนภาษีให้กับองค์กรที่สนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุกระตุ้นความสนใจของตัวผู้สูงอายุเองที่จะเข้ากลุ่มเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัว จะช่วยสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นในระยะยาว

ชื่อคณะผู้วิจัย	1. นพ.กมล ศรีจันทิก	2. นางพอดุทัย ชินวัตร	3. นส.มณี โรจนภัก	
	4. พญ.มนชนก สุวิชาญวรสิน	5. ผศ.นพ.วิชัย ลีละวงศ์เทวัญ	6. นพ.วิทยา วัฒนเรืองโกวิท	
	7. ศ.ดร.นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข	8. พญ.สมพิศ จำปาเงิน	9. ดร.สมสุข ศรีสถิตย์วัฒนา	
	10. นส.สุพร นภาโชติศิริ	11. นางสุภาพร เจียมเจือจันทร์	12. พญ.อลิศรา ทัดตากร	
	13. พ.อ.นพ.สุพัชชัย เมฆะสุวรรณดิษฐ์	14. นส.อัจฉราพร ศิริโพรวิน		
	อาจารย์ที่ปรึกษา	ผช.ดร.อรทัย ก๊กผล		

Abstract (3)

The Survey of Health Behavior and Government Health Care Provision in Healthy Aging Groups among 70 Years and Older in 50 Districts of Bangkok Metropolitan Area.



This study aims to study health behavior and government Health care provision needs of healthy aging groups among those 70 years and older in 50 districts of Bangkok metropolitan area. The result would be for future planning on health care provision for geriatrics and to prepare for the increase of the aging population in Thailand. The survey was carried out among 259 seniors, 70 years and older, from 50 districts in Bangkok during November 2016 to March 2017. Focus group discuss on representation were members of elderly society in public Health Center 56 Tub Charoen. Field visit involved participatory observation and interviews with the elderly and health care personnel. The study found that the age range of the study population is 70-93 years with the average age of 76 . 76.3% were female , 81.2% had no occupation. The result showed that almost all of the elderly did not drink alcohol (94.2%) nor smoke (96.6%). Many of the elderly would like to participate in activities for the aged groups (65.1%) while most did regular exercise of 3-4 days a week (86.4%).They considered vegetables, fruits and fish as healthy food. There was a high level of need for having friends and participation in the elderly society while as well as caring from family members. Factors influencing healthy lifestyles were exercise, nutritious healthy food and adequate sleep. The support required from the government or private sectors are holistic community elderly centers and a collaboration with government hospitals for referral services as well as skill training with job support to promote hiring the aged groups in a similar approach for the disabled persons.

Appropriate policy for elderly care should be wide spread promotion for participation of family and community. The community should support the family by establishing elderly society such as day care center or senior school for long term care in collaboration with local government health center. Government policy should increase health support for elderly with additional policy of tax refund for those who provide contribution to elderly activities, which will encourage senior citizen to maintain their health and social activities in long term.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #3
การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพโดยภาครัฐ
ของผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดีหรือ Healthy aging มีอายุ 70 ปีขึ้นไป
ในพื้นที่ทั้ง 50 เขต ของกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ความต้องการการดูแลในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยภาครัฐ ของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มสุขภาพดีหรือ Healthy aging จากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ทั้ง 50 เขตของกรุงเทพมหานคร

วิธีการดำเนินการวิจัย

- วิธีการวิจัย : เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงพรรณนา (quantitative & descriptive research) โดยใช้แบบสอบถาม
- ประชากรที่ศึกษา : สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่ดูแลโดยสำนักอนามัยและส่วนงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทั้ง 50 เขตของกรุงเทพมหานครรวม 57,598 คน
- กลุ่มตัวอย่าง : คัดเลือกตัวแทนจากประชากรในการศึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี เขตละ 6 คน

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีที่มีสุขภาพดี จาก 50 เขต ทั้ง กรุงเทพมหานครรวมทั้งหมดจำนวน 295 คน พบว่าพฤติกรรมจริงๆที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนเกิน 70 ปีและมีสุขภาพดีมีรูปแบบการดำเนินชีวิตดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุสุขภาพดี

ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	94%
ไม่สูบบุหรี่	96%
ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	67%
เลือกรับประทานผัก ผลไม้	77%
ออกกำลังกายโดยการเดินหรือเดินเร็ว ยืดกล้ามเนื้อแขนขา ปั่นจักรยาน รำไทเก๊ก โยคะ แอโรบิก	86%
ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-4 วัน ขึ้นไป	82%



ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุสุขภาพดี

การเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ และ	65%
การรับบริการข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้สูงอายุ	57%
การยอมรับจากครอบครัว	53%
การมีเพื่อน	46%
ต้องการคนดูแลยามเจ็บป่วย	45%

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสุขภาพดี

เช้า	สวดมนต์ / ทำสมาธิ ไปตลาดหรือเตรียมอาหาร อ่านหนังสือพิมพ์ ดูข่าว หรืออ่านหนังสือที่สนใจ
	ทำกิจกรรมกลุ่ม เช่น เข้าร่วมชมรม หรือเล่นไพ่ และทำงานบ้าน
กลางวัน	การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การเล่นไลน์ คอมพิวเตอร์ หรือ Facebook การนอนพักในช่วงสั้นๆ และการทำงานหารายได้ เช่น ค้าขาย รับจ้างชั่วคราว เป็นต้น
เย็นและค่ำ	การดูแลหลานหรือคนใกล้ชิด การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การสวดมนต์ ทำสมาธิ ทำละหมาด และการฟังวิทยุ ดูละคร

ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวจากภาครัฐ

การป้องกันโรคโดยให้ฉีดวัคซีนป้องกันเพิ่มเติม	58%
การจัดหาพื้นที่เยี่ยมหรือพินปลอม	49%
การสนับสนุนแว่นตา	47%
การจัดตั้งศูนย์หรือชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ	40%



คลังสมองของผู้สูงอายุสุขภาพดี

ด้านวิชาการ ได้แก่ความรู้ด้านการใช้ภาษาทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ คอมพิวเตอร์ การดูแลสุขภาพ สอนธรรมะ การสอนการใช้อินเทอร์เน็ตหาข้อมูล เศรษฐกิจพอเพียง ฯลฯ
ด้านดนตรี ได้แก่การขับร้องเพลง สอนดนตรีไทย รำไทย และแต่งเพลง
ด้านกีฬา ได้แก่รำไทเก๊ก ปาเป้า เปตอง กีฬาพื้นบ้าน โบว์ลิ่ง เดินร่ำ โยคะ และกีฬาสำหรับผู้สูงอายุเน้นการออกกำลังกายเสริมสร้างกล้ามเนื้อป้องกัน locomotive syndrome และบริหารสมองไปพร้อมกับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีการออกกำลังกายพร้อมกับการคิดเลขที่ประเทศญี่ปุ่นเรียกว่า cognicise เช่นออกกำลังกายพร้อมกับให้คิดเลข 100 ลบที่ละ 3 ไปเรื่อยๆ
ด้านวิชาชีพ ได้แก่การทำอาหาร การทำขนม การบัญชี การจัดการการวิทยุ งานประดิษฐ์ เย็บปักถักร้อย การไฟฟ้า การปลูกผัก การสานตะกร้า
ด้านอื่นๆ ได้แก่ การจัดการความเครียด การเป็นจิตอาสา การทำสมาธิ นวดแผนโบราณ การปฐมพยาบาล ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปการวาดภาพ

สรุปและวิจารณ์ผล

จากรูปแบบการดำเนินชีวิตดังกล่าวสามารถนำไปต่อยอดเป็นนโยบายสาธารณะบนพื้นฐานข้อมูลจริง เช่นการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า การออกกำลังกาย มีผลให้อายุยืน รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีประโยชน์ ลดความเครียด และการจัดการชมรมผู้สูงอายุ และศูนย์กิจกรรม ดังตัวอย่างต้นแบบที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 56 ทับเจริญ ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน และช่วยเหลือชุมชนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากระบบสวัสดิการสังคมเป็นเรื่องที่กว้างมาก เกี่ยวพันกับการบริหารงานในหลายกระทรวง จึงต้องมีการกำกับดูแลให้มีนโยบายไปในทางทิศเดียวกัน
2. เน้น “Workfare” หรือ “ระบบสวัสดิการสำหรับคนทำงาน” มากกว่า “Welfare” หรือ “ระบบสวัสดิการแบบช่วยเหลือ” เน้นพัฒนาศักยภาพของประชากรทุกช่วงวัยให้สามารถมีคุณค่าต่อระบบเศรษฐกิจ
3. ต้องมีการศึกษาถึงปัญหาที่แท้จริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และใช้ข้อมูลทางสถิติต่างๆมาใช้วางแผนการจัดระบบสวัสดิการให้เกิดประสิทธิภาพ เกิดความคุ้มค่ากับสังคมในภาพรวม เน้นการทำงานเชิงรุกและเชิงป้องกันปัญหา มากกว่าการตามแก้ไขปัญหา
4. มองหาพันธมิตรในการร่วมดำเนินงานสำหรับจัดสวัสดิการสังคม เช่น CSR ชุมชน (กลุ่มทุนขนาดใหญ่) ประชาสังคม NGO เพื่อให้เกิดการประสานงานอย่างเป็นระบบ แบ่งเบาภาระของรัฐบาลในการรับผิดชอบต่อการจัดสวัสดิการเพียงฝ่ายเดียว
5. ควรมีความร่วมมือจากองค์กรเอกชนเพื่อจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุภายใต้กิจกรรมจิตอาสาและหน่วยงานเอกชน อาจได้รับผลประโยชน์เพิ่มขึ้น เช่น การลดภาษี

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารวิชาการฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาจาก นาวาอากาศโทนายแพทย์ธนชาติป ศุภประดิษฐ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทัย ก๊กผล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ให้แนวคิดตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ มาโดยตลอด คณะนักศึกษาผู้จัดทำขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธีรวิทย์ วีรวรรณ ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 56 ทับเจริญ ศูนย์บริการสาธารณสุขตัวอย่างการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่ศูนย์ที่ให้โอกาสและอำนวยความสะดวกแก่คณะนักศึกษาผู้จัดทำในการเยี่ยมชมกิจการต่างๆ ของศูนย์บริการสาธารณสุข 56 ทับเจริญ

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 56 ทับเจริญ ที่ได้บอกเล่าประสบการณ์ในการรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่างๆ ในชมรม ตลอดจนขอขอบคุณสาธารณสุข 56 ทับเจริญ และฝ่ายจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมทั้งแพทย์สภาที่ให้ความช่วยเหลือคณะนักศึกษาผู้จัดทำเป็นอย่างดี

กลุ่มวิชาการที่ 4

การนำหุ่นยนต์มาใช้ทางการแพทย์ และความรับผิดชอบทางกฎหมาย

ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์มาช่วยในการรักษาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น หุ่นยนต์ทางการแพทย์ก็เป็นหนึ่งในเทคโนโลยีนั้น โดยถูกนำมาใช้ร่วมในการผ่าตัดบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลหลายแห่งมีการนำเทคโนโลยีหุ่นยนต์มาใช้ในการผ่าตัดร่วมกับทีมศัลยกรรมในชื่อของ Robotic Surgery ช่วยให้งานด้านผ่าตัดสามารถทำได้ซ้ำไม่เกิดอาการอ่อนล้า มีความแม่นยำสูง ยิ่งการผ่าตัดตรงเป้าเท่าใดโอกาสที่จะทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตก็จะลดลงตาม อย่างไรก็ตามการผ่าตัดโดยใช้ Robotic Surgery ในต่างประเทศ มีรายงานว่าเกิดผลข้างเคียงจากการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายขึ้น

การศึกษาคั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่ากฎหมายที่มีในไทยปัจจุบันครอบคลุมในกรณีใช้หุ่นยนต์ช่วยในการรักษาแล้วเกิดการฟ้องร้องจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นหรือไม่และศึกษาวิวัฒนาการของหุ่นยนต์และหุ่นยนต์ทางการแพทย์

วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยรวบรวมหลักฐานเอกสารเกี่ยวกับหุ่นยนต์และหุ่นยนต์ทางการแพทย์ รวบรวมหลักฐานเอกสาร กฎระเบียบข้อบังคับกฎหมายที่มีในประเทศไทย สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายและแพทย์ผู้รักษา 12 คน ตั้งประเด็นด้านกฎหมาย

ผลการศึกษาพบว่าไม่มีกฎหมายที่ใช้ดำเนินคดีเกี่ยวกับการใช้หุ่นยนต์ร่วมรักษาโดยตรง แต่สามารถใช้ประมวลกฎหมายอาญา และประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ทั้งนี้ฟ้องร้องกล่าวหาว่าเป็นการกระทำโดยประมาท เป็นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้ารับการรักษาได้ อย่างไรก็ตามกฎหมายทั้ง 2 ฉบับนี้เป็นเพียงการกล่าวหาความผิดกว้างๆ ที่ไม่ได้เจาะจงลงไปในเรื่องหาหรือรายละเอียดแห่งการกระทำมากนัก เนื่องจากไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้เป็นการเฉพาะ ย่อมไม่มีการบอกความผิดให้เห็นได้อย่างชัดเจน ผลของคดีจึงขึ้นกับความสามารถของนักกฎหมายแต่ละฝ่ายว่าฝ่ายใดมีความเชี่ยวชาญในการต่อสู้คดีเพียงใด ส่วนพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค เป็นการคุ้มครองผู้บริโภคแบบครอบคลุมเพื่อฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้สินค้าและการรับบริการ โดยผู้บริโภคไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดี พระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดจากสินค้าไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ผู้เสียหายไม่ต้องพิสูจน์ถึงความไม่ปลอดภัยของสินค้า ตลอดจนได้รับการชดเชยค่าเสียหายที่เป็นธรรม โดยผู้เสียหายเพียงพิสูจน์ว่าตนได้รับความเสียหายจากสินค้าของผู้ประกอบการและการใช้ หรือการเก็บรักษาสินค้านั้นเป็นไปตามปกติธรรมดา ซึ่งทั้ง 2 พระราชบัญญัติ นี้เป็นการกล่าวถึงการฟ้องร้องอย่างกว้างๆ ในกรณีที่ได้รับ ความเสียหายขึ้น พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมการผลิต นำเข้า รวมถึงการขายเครื่องมือแพทย์ เป็นสำคัญ มีเจตนามุ่งควบคุมมาตรฐานเครื่องมือแพทย์เท่านั้น

คณะผู้ศึกษามีข้อเสนอให้เตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ยุคหุ่นยนต์ทางการแพทย์ ทั้งด้านกฎระเบียบ ข้อบังคับเกี่ยวกับหุ่นยนต์ทางการแพทย์ โดย อย. เตรียมการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เตรียมความพร้อมผู้ผลิตหุ่นยนต์ แพทย์สภา ราชวิทยาลัย โรงพยาบาล ออกกฎระเบียบเพื่อควบคุม กระทรวงศึกษาธิการเตรียมความพร้อมบุคลากร สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง ศึกษาเรื่องการเบิกจ่าย

คณะผู้วิจัย	1. รศ. พล.อ. นพ. ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์	2. นายเฉลิมพล ปุณโณทก	3. นายชาญชัย ชลาชนนทีนิวัฒน์
	4. นพ. กวีรัช ตันติวงษ์	5. นส. นพวรรณ สุวรรณประทีป	6. นายประเสริฐ ตปนิยางกูร
อาจารย์ที่ปรึกษา	7. พล.ต.หญิง พรกมล พิพิธกุล	8. นส. พัชชา พงศ์กิตติยศ	9. พ.อ. นพ. ไพรัช มีลาภ
	10. นายโยธิน ดำเนินชาวนิชย์	11. นางวนิดา เลหาหงศ์ชนะ	12. พศ. นพ. วรพล อร่ามรัศมีกุล
	13. ผศ. นพ. วิษณุ กัมพรทิพย์	14. พล.ต.ต. สมพงษ์ ชิงดวง	15. นางอนัญพร พูลนิตพร
	14. พล.ต.ต. สมพงษ์ ชิงดวง		
	15. นางอนัญพร พูลนิตพร		

Abstract (4)

Using the Medical Robot and Legal Liability



Nowadays, new medical technologies are available to help patients. The medical robot is one of those technologies which collaborate with surgery, treatment and patient care. This technology is called Robotic Surgery. Surgeons apply robotic technology in some hospitals. High accuracy, the more targeted the surgery, the less likely it is that a patient will die. In another country, it was reported that side effects from surgery caused death and injury. So relatives sometimes filed a lawsuit.

The purpose of studying is to investigate the current laws in Thailand in the case of assisted robots, the prosecution from treatment and the evolution of robots and medical robots.

Method of studying is qualitative study. By gathering evidence of documents about robots and medical robots documentary evidence collection Laws and regulations in Thailand Interviews with legal experts and physicians who treat 12 people set legal issues.

The results show that there is no law against the use of direct co-operative robots. But can use the Criminal Code, the Civil and Commercial Code, The prosecutions show that done by careless action. However, both of these laws are merely allegations of misconduct not specific to the content or details of the action. There are no specific laws and is not obviously offence. The result of the case depends on the ability of each lawyer to know which party specializes in the case consumer's protection. It is a universal consumer protection to claim damages. This is a violation of the rights to use goods and services. By the consumer, there is no cost to prosecute. The Liability Insurance Act of 2008. Victims do not have to prove product insecurity. As well as being compensated for fair compensation. The victim proves that he or she was damaged by the merchandise of the trader and used. Or storage is normal which both acts. This is a broadly referenced lawsuit in the event of damage. Medical Device Act BE 2551. It aims to control the production, import and sale of medical instruments. Intended to regulate only medical device standards.

The study team has offered to prepare for entry into the medical robot era. FDA issue the rule of regulations on medical robots. The robotic manufacturer prepare to produce medical robots. Medical council, Royal Medical College prepare the rule of regulations for physicians and medical robots. The Ministry of Health prepares for readiness of the workers for the Medical Robot era. NHSO, SSO and CGD study about withdrawal.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #4

การศึกษาการนำหุ่นยนต์มาใช้ทางการแพทย์และความรับผิดชอบทางกฎหมาย

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาความรับผิดชอบทางกฎหมาย ในกรณีการใช้หุ่นยนต์รักษา
2. เพื่อศึกษาวิวัฒนาการของหุ่นยนต์และหุ่นยนต์ทางการแพทย์

วิธีการดำเนินการวิจัย ลักษณะการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. รวบรวมหลักฐานเอกสารเกี่ยวกับหุ่นยนต์และหุ่นยนต์ทางการแพทย์
2. รวบรวมหลักฐานเอกสาร ข้อกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางกฎหมาย กรณีใช้เครื่องมือหรือหุ่นยนต์ในการรักษา และศึกษาจาก Case report กรณีมีภาวะแทรกซ้อนทางการรักษา
3. ตั้งประเด็นด้านกฎหมาย
4. สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายจากกลุ่มต่อไปนี้
 - 4.1 อัยการ
 - 4.2 ผู้พิพากษา
 - 4.3 นักกฎหมาย หรือผู้ที่ดำเนินคดี
 - 4.4 สคบ.
 - 4.5 แพทยสภา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ใช้การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารกฎหมาย
2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก
3. การสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิแบบเจาะลึกจำนวนทั้งสิ้น 12 คน เป็นเพศชาย 10 คน และเพศหญิง 2 คน อายุระหว่าง 26 - 69 ปี โดยมีข้อมูลจากการสัมภาษณ์ดังนี้

คำถาม 1 ประเทศไทยมีกฎหมายที่ใช้ดำเนินคดี ในกรณีที่ใช้หุ่นยนต์ร่วมรักษาผู้ป่วยแล้วทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของการรักษาหรือไม่อย่างไร

ตอบ ประเทศไทยไม่มีกฎหมายที่ใช้ดำเนินคดีเกี่ยวกับการใช้หุ่นยนต์ร่วมรักษาโดยตรง แต่สามารถใช้ประมวลกฎหมายอาญา ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 พรบ. ความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดจากสินค้าไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 พรบ. เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 พรบ. วิชาชีพการบำบัด ผู้บริโภค พ.ศ. 2551

คำถาม 2 ถ้ามีกฎหมายที่ใช้ดำเนินคดี ในกรณีที่ใช้หุ่นยนต์ร่วมรักษาผู้ป่วย ในฐานะนักกฎหมาย ท่านคิดว่าจะสามารถฟ้องดำเนินคดีกับผู้ใดบ้าง

ตอบ การฟ้องดำเนินคดีสามารถฟ้องดำเนินคดีกับบริษัทผู้ผลิตหุ่นยนต์ ผู้จำหน่าย ผู้นำเข้า ในกรณีที่พิสูจน์ได้ว่าปัญหาเกิดจากข้อบกพร่องของหุ่นยนต์ หากปัญหาเกิดจากแพทย์ผู้รักษา ถ้าเป็นภาคเอกชนสามารถฟ้อง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ผู้รักษา และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง หากเป็นภาครัฐบาลต้องฟ้องหน่วยงาน



ต้นสังกัดของแพทย์ผู้นั้น ตามพรบ. ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 และหน่วยงาน มีสิทธิเรียกให้แพทย์ผู้ทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวแก่หน่วยงานของรัฐได้ ถ้าแพทย์ผู้นั้นได้กระทำการไปด้วยความจงใจ หรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

คำถาม 3 ท่านเคยมีประสบการณ์เรื่องการฟ้องร้องหรือคดีความที่นำหุ่นยนต์มาร่วมรักษาผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร

ตอบ ทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์เรื่องการฟ้องร้องคดีความที่นำหุ่นยนต์มาร่วมรักษา

คำถาม 4 กฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถสร้างความเชื่อมั่นในการนำหุ่นยนต์มาร่วมรักษาผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร

ตอบ กฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถนำประมวลกฎหมายอาญา และประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาใช้ได้โดยกล่าวหาว่าเป็นการกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยได้

คำถามที่ 5 หากกฎหมายนั้นไม่ครอบคลุม ท่านคิดว่าต้องมีกฎหมายเพิ่มเติมมาควบคุมการรักษาด้วยหุ่นยนต์โดยเฉพาะเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้บริโภค ผู้ผลิต และผู้ให้บริการอย่างไร และควรควบคุมในเรื่องใดบ้าง

ตอบ กฎหมายที่ต้องออกเพิ่มเติมอาจแก้ไขข้อความเพิ่มเติมให้ครอบคลุมถึงการนำหุ่นยนต์ในการศึกษา ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หรือออกกฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับหุ่นยนต์ทางการแพทย์ เพื่อการรักษาควบคุมผู้จะใช้หุ่นยนต์นี้ว่าต้องผ่านการอบรม มีใบอนุญาตการใช้หุ่นยนต์ คุ้มครองทั้งแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วย

สรุปและวิจารณ์ผล

1. แนวทางการดำเนินการตามเพื่อให้เกิดการพัฒนาอุตสาหกรรมหุ่นยนต์ทางการแพทย์ในประเทศไทย โดยจัดตั้งสำนักงานพัฒนาหุ่นยนต์ (องค์กรมหาชน) จัดสรรงบประมาณในการดำเนินการให้เพียงพอเพียงสนับสนุนทุนวิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสู่การใช้งานหุ่นยนต์ และหุ่นยนต์ทางการแพทย์ สนับสนุนมาตรการยกเว้นภาษีให้นักลงทุนที่สนใจในพัฒนาเทคโนโลยีหุ่นยนต์

2. คณะกรรมการอาหารและยา เตรียมจัดตั้งคณะกรรมการหุ่นยนต์และปัญญาประดิษฐ์ ทางทางการแพทย์ มีการกำหนด มาตรฐานการออกใบอนุญาตการขึ้นทะเบียน

3. เตรียมการออกกฎหมายเพิ่มเติมเกี่ยวกับหุ่นยนต์ปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์ ในรูปของ พรบ. หุ่นยนต์และปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางกฎหมายกรณีที่ใช้หุ่นยนต์ และปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์ แล้วเกิดผลข้างเคียงจากรักษา เพื่อคุ้มครองผู้รับการรักษา และแพทย์ผู้ให้การรักษา

4. ผู้ผลิต เตรียมความพร้อมเพื่อให้เกิดการพัฒนาหุ่นยนต์และปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์โดยบูรณาการร่วมกับนักวิจัยจากมหาวิทยาลัย และรัฐบาลต้องให้เงินทุนเพื่อสนับสนุนการวิจัย

5. แพทย์สภาและราชวิทยาลัย เตรียมการออกกฎระเบียบเพื่อควบคุมแพทย์ผู้ใช้หุ่นยนต์และปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์ อาจต้องมีการสอบใบอนุญาตแพทย์ เพื่อให้สามารถควบคุมคุณภาพได้

6. โรงพยาบาล เตรียมความพร้อมในการนำหุ่นยนต์และปัญญาประดิษฐ์ มาร่วมรักษาผู้ป่วยศึกษาความคุ้มค่าที่จะนำมาใช้ในโรงพยาบาล ในอนาคตคาดว่าเทคโนโลยีเหล่านี้จะมีราคาถูกลงเรื่อยๆ จนถึงจุดคุ้มทุนที่จะนำมาใช้งาน เพื่อลดจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลลง

7. แพทย์ เตรียมความพร้อมในการศึกษาเน้นหัวข้อการเรียนรู้ สร้างอาชีพที่มาร่วมในการดูแลเครื่องมือ

8. สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง ศึกษาเรื่องการเบิกจ่าย ในกรณีใช้หุ่นยนต์และปัญญาประดิษฐ์ร่วมรักษา

9. กระทรวงศึกษาธิการ เตรียมความพร้อมเรื่องการศึกษา เน้นหัวข้อการเรียนรู้สร้างอาชีพที่มาร่วมในการดูแลเครื่องมือ

กลุ่มวิชาการที่ 5

ผลกระทบของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภคร พ.ศ. 2551 ต่อบุคลากรทางการแพทย์และระบบสาธารณสุข



พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภคร พ.ศ. 2551 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2551 เป็นกฎหมายที่เกี่ยวกับวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภครโดยเฉพาะมีกระบวนการพิจารณาที่เหมาะสมในการคุ้มครองผู้บริโภครให้ได้รับความเป็นธรรมเพื่อให้ผู้บริโภครได้เข้าถึงกระบวนการยุติธรรมได้อย่างสะดวก และมีประสิทธิภาพ แต่สำหรับหน่วยงานของรัฐซึ่งให้บริการแก่ประชาชนในลักษณะของบริการสาธารณะและไม่ใช่การดำเนินธุรกิจเพื่อแสวงหากำไร จึงไม่ควรถูกพิจารณาว่าเป็นผู้ประกอบการธุรกิจในความหมายที่เข้าใจกันโดยทั่วไป แต่ตามข้อเท็จจริงนั้น ในปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐมีการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้เข้ารับบริการ ซึ่งแม้จะเป็นจำนวนที่น้อยมากแต่ก็ต้องถือว่ามีบริการเรียกค่าตอบแทน จึงอยู่ในความหมายของคำว่า “ผู้ให้บริการ” และเป็น “ผู้ประกอบการธุรกิจ” ตามความมุ่งหมายของพระราชบัญญัติฉบับนี้ ตั้งแต่ที่ประธานศาลอุทธรณ์มีคำวินิจฉัยให้คดีทางการแพทย์เป็นคดีผู้บริโภครเป็นครั้งแรกในเดือน 15 มกราคม พ.ศ. 2552 นั้นได้ส่งผลกระทบให้เกิดความกังวลของผู้ให้บริการสาธารณสุขเป็นอย่างมาก เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขทุกกลุ่ม ทั้งภาครัฐ และเอกชนสามารถถูกพิจารณาคดีตามกฎหมายนี้ได้ทั้งหมด โดยที่ผ่านมามีคดีทางการแพทย์ที่เป็นคดีผู้บริโภคร และแพทย์เป็นฝ่ายแพคดีจึงก่อให้เกิดความตื่นตระหนกในวงการแพทย์และสาธารณสุขว่าคดีดังกล่าวอาจเป็นกรณีตัวอย่างให้มีการฟ้องร้องแพทย์เพิ่มขึ้น และอาจส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศในอนาคต

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลกระทบของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภคร พ.ศ. 2551 โดยพิจารณาแนวโน้มของการฟ้องคดีทางการแพทย์ ก่อน และหลังการบังคับใช้ พระราชบัญญัติฉบับนี้ รวมทั้งผลกระทบด้านอื่นๆ ต่อระบบบริการสาธารณสุข เช่น การจ่ายเงินชดเชย จำนวนข้อร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย
2. เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์ และการลดผลกระทบที่มีต่อระบบบริการสาธารณสุขของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภคร พ.ศ. 2551

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รวบรวม ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลคำพิพากษาคดีการฟ้องร้องแพทย์ สถิติที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์รูปแบบการเปลี่ยนแปลงของจำนวนการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์ ปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนการฟ้องร้อง ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการฟ้องร้องต่อบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงาน และระบบสาธารณสุขในภาพรวม
2. สัมภาษณ์ความคิดเห็นตัวแทนของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการฟ้องร้องแพทย์ จำนวน 9 กลุ่ม เกี่ยวกับสาเหตุของการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์ ความเหมาะสมในการใช้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภคร พ.ศ. 2551 ในการพิจารณาคดี และแนวทางแก้ไขปัญหาการฟ้องร้องทางการแพทย์

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าจำนวนการฟ้องคดีมีปัจจัยตามช่วงเวลาต่างๆ ได้แก่ ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 การประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 การบังคับใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยที่ผ่านมามาการฟ้องร้องทางการแพทย์จะเป็นการฟ้องคดีอาญาคดีแพ่ง รวมทั้งคดีปกครอง จนกระทั่งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 และประธานศาลอุทธรณ์ได้พิจารณาวินิจฉัยให้คดีทางการแพทย์เป็นคดีผู้บริโภค เนื่องจากเจตนารมณ์ของกฎหมายนี้ ต้องการให้ผู้บริโภคได้เข้าถึงกระบวนการยุติธรรมได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพ จึงมีกระบวนการที่สามารถฟ้องร้องได้ง่าย ทำให้จำนวนคดีฟ้องร้องทางการแพทย์โดยรวมเพิ่มมากขึ้น และเกิดผลกระทบทำให้การให้บริการทางการแพทย์บางอย่างเช่น การผ่าตัดพื้นฐานในโรงพยาบาลขนาดเล็กมีจำนวนลดลง

สำหรับการแก้ไขการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์นั้น จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์มีความเห็นตรงกันว่า ควรแก้ไขโดยการสื่อสารและสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย มีการไกล่เกลี่ย และเยียวยาอย่างรวดเร็ว เหมาะสม ส่วนด้านข้อกฎหมายนั้นมีความเห็นว่าควรมีการแก้ไขโดยแยกคดีทางการแพทย์ออกจากคดีผู้บริโภค และควรตั้งศาลชำนาญพิเศษเพื่อพิจารณาคดีทางการแพทย์โดยเฉพาะ สำหรับการตั้งศาลชำนาญพิเศษนั้นแม้จะมีผลดีในด้านความเชี่ยวชาญในการพิจารณาคดี แต่อาจทำให้มีปัญหาในการเข้าถึงของผู้เสียหาย และอาจมีจำนวนการฟ้องร้องเพิ่มขึ้นได้เช่นเดียวกันกับที่พบในศาลแรงงาน หรือศาลภาษีอากร จึงควรมีการศึกษาเพื่อพิจารณาข้อดี-ข้อเสียต่อไป

คณะผู้วิจัย	1. นพ.วิศิษฎ์ ตั้งนภากร	2. นพ.เจริญ บุญฤทธิการ	3. น.อ.หญิง กัญญรัตน์ อุปนิสากร
	4. รศ.พญ.อุทัยรัศมี เชื้อมรัตน์กุล	5. ผศ.นพ.เจษฎา สิงห์เวชกุล	6. นพ.สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา
	7. พญ.ณัฐกร ประกอบ	8. นพ.จตุชัย มณีรัตน์	9. นายพิมเนศ ต๊ะปวง
	10. นายอัมพร แสงสุวรรณกุล	11. ผศ.ดร.จूरีกรณ์ เมฆินไกรลาศ	12. นางพูนพรรณ ไชยกุล
	13. นายณัฐสม ตั้งเดชะหิรัญ	14. นางบังอร วิลาวลัย	
	อาจารย์ที่ปรึกษา ศ.นพ.วีรดี พาณิชย์พงษ์		

Abstract (5)

Impact of the Consumer Case Procedure Act B.E.2551 on Medical Personnel and Public Health System



The enforcement of the Consumer Case Procedure Act B.E.2551 which came into effect on August 23, 2008, is a law that is specifically related to the consumer cases. This law establishes an appropriate process for consumer protection to uphold fairness, and provides consumers with easy and effective access to legal procedures. However, for government agencies that provide services to the people as a public service, not a profitable business, these agencies should not be considered a business operator as generally understood. Nevertheless, in fact, the public hospitals still charges the patients for service fee. Even though this service fee is of very little amount but it is still considered as a recompense, and therefore falls into the meaning of “Service Provider” and “Entrepreneur” according to the purpose of this Act. Since the President of the Court of Appeal has judged that a medical lawsuit be treated as the consumer case for the first time on January 15, 2009, there has been a great deal of concern on the part of health care providers because all public and private health personnel can all be prosecuted under this law. In the past, there have been medical lawsuits that were treated as consumer cases, and the doctors lost in those cases. This has caused panic in the medical and public health circles that the case may be an instance for more medical lawsuits which might affect the future health system of the country.

Objectives

1. To study the impact of the Consumer Case Procedure Act B.E.2551 by exploring the trends of medical litigation before and after the enforcement of this Act, as well as other effects on the health service system e.g. compensation payment, number of complaints and reconciliation.
2. To find ways to resolve medical lawsuits, and decrease the impact of the Consumer Case Procedure Act B.E.2551 on the public health system.

Method

1. Collect, study and analyze medical case verdicts and related statistics. Analyze pattern of variation in the number of medical litigations, factors affecting the number of lawsuits, and impact of the litigation on health care providers, related agencies and public health systems as a whole.
2. Interview the representatives of 9 groups that are related to the lawsuits on the subjects of causes of medical litigation, appropriateness in using the Consumer Case Procedure Act B.E.2551 in the judicial proceeding, and to propose solutions for medical litigations.

Conclusion

The number of lawsuits were affected by a number of factors such as the regulations of the Thai Medical Council on the upholding of ethical codes of medical profession B.E.2526, the Declaration of Patient Rights B.E.2541, the enforcement of the National Health Security Act B.E.2545. In the past the medical lawsuit was prosecuted as a criminal case, a civil case, and as administrative proceeding until the time that the Consumer Case Procedure Act B.E.2551 was enforced and the President of the Court of Appeal judged that medical case is a consumer case. Since the Act provides consumers with easy and effective access to legal procedures, to file a lawsuit is easy resulting in overall increase in number of medical litigations, and affecting certain medical services for instance reduction of basic surgical procedures in a small public hospitals.

Regarding the proposed resolution for medical lawsuits; the interviewed representatives from all related parties agreed that the medical cases should be resolved by improving communication and building good relationships between the physician and the patient. There should be a fast and proper reconciliation and amelioration. As for the legal issues of the Act, there is a suggestion to resolve the problem by separating medical cases from consumer cases; and that a special tribunal be set up to consider medical cases in particular. Regarding this special tribunal, even though it has the merits of judicial expertise, it may have problems on the victim's access, and there may be increasing number of lawsuits in the same way as those found in the labor courts or tax courts. Therefore, this proposal should be further studied carefully for its advantages and disadvantages.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #5 ผลกระทบของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ที่มีผลต่อบุคลากร ทางการแพทย์ และระบบสาธารณสุข



ในปัจจุบันปัญหาการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ก่อให้เกิดความหวาดระแวงของบุคลากรสาธารณสุขเกรงว่าจะถูกฟ้องร้อง แม้ว่าในบางกรณีเมื่อคดีถึงที่สุดแล้วมีคำพิพากษาว่าบุคลากรไม่มีความผิด ก็ยังส่งผลต่อขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยลดลง เกิดกระบวนการรักษาแบบป้องกันตัว มีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่อาจเสียโอกาสในการได้รับการรักษาพยาบาล รวมทั้งอาจทำให้ประชาชน ตลอดจนภาครัฐต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่สูงมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

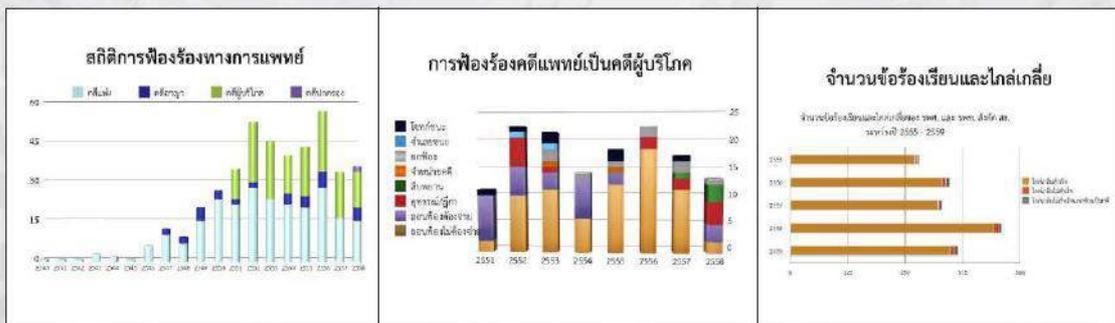
1. เพื่อศึกษาผลกระทบของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 โดยพิจารณาแนวโน้มของการฟ้องคดีทางการแพทย์ ก่อนและหลังการบังคับใช้พรบ.ฯ รวมทั้งผลกระทบด้านอื่นๆต่อระบบบริการสาธารณสุข เช่น การจ่ายเงินชดเชย จำนวนข้อร้องเรียนและไกล่เกลี่ย
2. เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์ และการลดผลกระทบที่มีต่อระบบบริการสาธารณสุขของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551

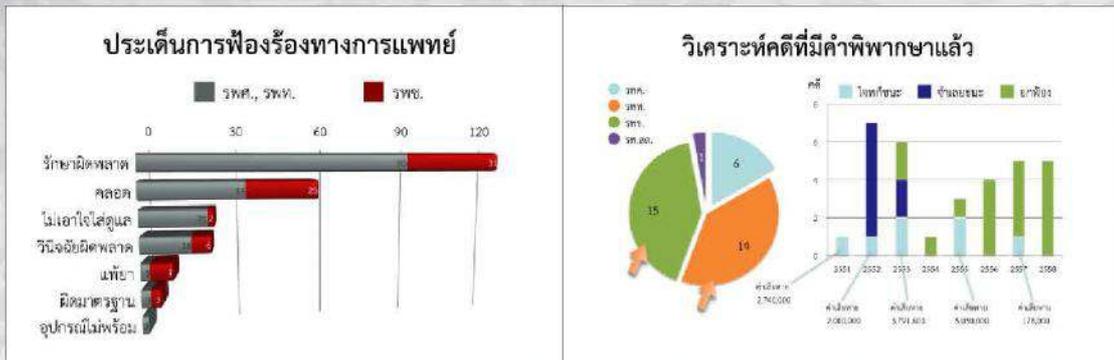
วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาคดีทางการแพทย์ของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในห้วงเวลาก่อนและหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 โดยเฉพาะคดีทางการแพทย์ที่เป็นคดีผู้บริโภค รวมทั้ง สถิติการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และการไกล่เกลี่ยก่อนเป็นคดี
2. สัมภาษณ์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเกี่ยวข้องกับการฟ้องคดีทางการแพทย์ เกี่ยวกับความเหมาะสมของการฟ้องคดีทางการแพทย์ด้วยพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค และแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 สถิติคดีทางการแพทย์





ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

สาเหตุและแรงจูงใจที่ทำให้เกิดการฟ้องร้อง

- ความไม่พึงพอใจจากการคาดหวังของผู้ป่วย
- ผลกระทบ/ผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาล
- การสื่อสารข้อมูลไปยังผู้ป่วยและญาติไม่เพียงพอ

ผลจากการฟ้องร้อง

ข้อดี

- การปรับปรุงมาตรฐานการบริการทางการแพทย์
- การปรับปรุงระบบบริการ
- เกิดระบบตอบสนองรวดเร็วเมื่อเกิดปัญหา

ข้อเสีย

- บุคลากรเสียขวัญกำลังใจ
- เสียเวลาในการต่อสู้คดี
- การรักษาพยาบาลแบบป้องกันตนเอง

สรุปการวิจัยและวิจารณ์ผล

จากการศึกษาพบว่าจำนวนการฟ้องคดีมีปัจจัยตามช่วงเวลาต่างๆ ได้แก่ ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 การประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 การบังคับใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยที่ผ่านมากการฟ้องร้องทางการแพทย์จะเป็นการฟ้องคดีอาญา คดีแพ่ง รวมทั้งคดีปกครอง กระทั่งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ซึ่งมีกระบวนการทางคดีที่สามารถฟ้องร้องได้ง่าย และประธานอุทธรณ์ได้พิจารณาวินิจฉัยให้คดีทางการแพทย์เป็นคดีผู้บริโภค ทำให้จำนวนคดีฟ้องร้องทางการแพทย์โดยรวมเพิ่มมากขึ้น และเกิดผลกระทบทำให้การให้บริการทางการแพทย์บางอย่างเช่นการผ่าตัดพื้นฐานในโรงพยาบาลขนาดเล็กมีจำนวนลดลง

สำหรับการแก้ไขการฟ้องคดีทางการแพทย์นั้น จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์มีความเห็นตรงกันว่า ควรแก้ไขโดยการสื่อสารและสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย มีการไกล่เกลี่ยและเยียวยาอย่างรวดเร็ว เหมาะสม ส่วนด้านข้อกฎหมายนั้นมีความเห็นว่าควรมีการแก้ไขโดยแยกคดีทางการแพทย์ออกจากคดีผู้บริโภค และควรตั้งศาลชำนาญพิเศษเพื่อพิจารณาคดีทางการแพทย์โดยเฉพาะ แต่การตั้งศาลชำนาญพิเศษนั้นแม้จะมีผลดีในด้านความเชี่ยวชาญการพิจารณาคดี แต่อาจทำให้มีปัญหาในการเข้าถึงของผู้เสียหาย และอาจมีจำนวนการฟ้องร้องเพิ่มขึ้นได้เช่นเดียวกับที่พบในศาลแรงงานหรือศาลภาษีอากร จึงควรมีการศึกษาเพื่อพิจารณาคดี-ข้อเสียต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์วีรดิ พานิชพงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษา รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้สัมภาษณ์ความคิดเห็นที่มีคุณค่าในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้



กลุ่มวิชาการที่ 6

การวิจัยสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปรับปรุงการออกใบรับรองแพทย์เพื่อขอรับใบอนุญาตขับรถยนต์

การวิจัยเพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปรับปรุงการออกใบรับรองแพทย์เพื่อขอรับใบอนุญาตขับรถยนต์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจและข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการออกใบรับรองแพทย์ในการขอใบอนุญาตขับรถยนต์ และเสนอแนะแนวทางการออกใบรับรองแพทย์เพื่อใช้ในการขอใบอนุญาตขับรถยนต์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างมาจากประชาชนทั่วไป (ผู้ขับรถส่วนตัว ผู้ขับรถสาธารณะ ผู้โดยสารรถส่วนตัว และผู้โดยสารรถสาธารณะ ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป) จำนวน 500 คน แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน จำนวน 111 คน รวมถึงเจ้าหน้าที่/ผู้บริหาร กรมขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม จำนวน 43 คน รวมทั้งสิ้น 654 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามเพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็น ความเชื่อทัศนคติจากบุคคลต่างๆ เกี่ยวกับสถานการณ์ใช้รถใช้ถนน ปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับปรุงรูปแบบ/กระบวนการขอใบรับรองแพทย์ ชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นการปรับปรุงรูปแบบ/กระบวนการขอใบรับรองแพทย์ ซึ่งสอบถามกับแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน เจ้าหน้าที่/ผู้บริหาร กรมขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำหรับรูป SPSS แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็นการวิเคราะห์ในเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์โดยการทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัย พบว่าในประชาชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนผู้โดยสาร/ใช้บริการรถสาธารณะ (รถเมล์/แท็กซี่/รถรับจ้าง) ร้อยละ 55.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน อันดับที่ 1 มาจากความประมาท อันดับที่ 2 คือพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ และอันดับที่ 3 ความไม่พร้อมด้านสุขภาพร่างกาย (พักผ่อนน้อย/เหนื่อยล้า) ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.8 มีความเห็นว่าการระยะเวลาการต่ออายุใบอนุญาตขับขี่ครั้งละ 5 ปี มีความเหมาะสม และเห็นด้วยว่าในการยื่นขอหรือต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์ต้องมีใบรับรองแพทย์ประกอบทุกครั้ง แต่ยังเห็นว่าในการตรวจสอบความพร้อมของผู้ยื่นขอใบอนุญาตขับรถยนต์ยังไม่มีความเหมาะสม ร้อยละ 64.2 เห็นด้วยกับการเพิ่มกลุ่มโรค (ได้แก่ โรคลมชัก แขนขาพิการ ความผิดปกติของสายตาและการมองเห็น ความบกพร่องด้านการได้ยินและภาวะทางจิต) ร้อยละ 51.2 เห็นด้วยว่าควรเพิ่มความถี่หรือรายละเอียดการตรวจสอบสุขภาพกาย จิตใจให้มากขึ้นในกลุ่มผู้ขับขี่ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป และผู้ทำการออกใบรับรองแพทย์ควรเป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรมจากหน่วยงานของภาครัฐ ด้านความคิดเห็นจากแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.1 ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์ครั้งละ 5 ปี มีความเหมาะสม โดยการยื่นขอหรือต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์ต้องใช้ใบรับรองแพทย์ประกอบทุกครั้ง แต่ควรปรับปรุงข้อมูลในใบรับรองแพทย์ โดยระบุโรคที่มีความเสี่ยงต่อการขับขี่รถเพิ่มเติม ร้อยละ 79.4 ยังมีความเห็นว่าการตรวจสอบความพร้อมของผู้ยื่นขอใบอนุญาตขับรถยนต์ยังไม่มีความเหมาะสม รวมถึงกระบวนการตรวจโรคเพื่อขอรับใบรับรองแพทย์ยังไม่ละเอียดเท่าที่ควร ร้อยละ 84.3 มีความเห็นว่าการระยะเวลาใบรับรองแพทย์ 1 เดือนมีความเหมาะสม ร้อยละ 94.5 เห็นด้วยหากมีการเพิ่มกลุ่มโรค (โรคลมชัก แขนขาพิการ ความผิดปกติของสายตาและการมองเห็น ความบกพร่องด้านการได้ยินและภาวะทางจิต) ร้อยละ 59.1 เห็นด้วยว่าการขอใบรับรองแพทย์ควรออกได้เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น และร้อยละ 95.2 มีความเห็นว่าการปรับปรุงกระบวนการออกใบอนุญาตขับรถยนต์ จะสามารถสร้างความมั่นใจให้กับผู้โดยสาร ด้านความคิดเห็น

ของเจ้าหน้าที่/ผู้บริหาร กรมขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.5 ร้อยละ 97.7 มีความเห็นว่าการต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์ครั้งละ 5 ปี มีความเหมาะสม และต้องมีใบรับรองแพทย์ประกอบการยื่นขอหรือต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์ทุกครั้ง ร้อยละ 60.5 มีความเห็นว่าการตรวจสอบความพร้อมของผู้ยื่นขอใบอนุญาตขับรถยนต์ยังไม่มีความเหมาะสม ร้อยละ 88.1 เห็นด้วยกับความเหมาะสมของระยะเวลาใบรับรองแพทย์สำหรับนำไปยื่นขอต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์ เห็นด้วยกับการเพิ่มกลุ่มโรค (โรคลมชัก แขนขาพิการ ความผิดปกติของสายตาและการมองเห็น ความบกพร่องด้านการได้ยินและภาวะทางจิต) เพื่อใช้ยื่นขอหรือต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์ ร้อยละ 76.7 เห็นด้วยว่าควรมีการขึ้นทะเบียนและอบรมแพทย์เพื่อที่ออกใบขับขี่ โดยแพทย์ที่คลินิกทั่วไปไม่สามารถออกใบรับรองแพทย์เพื่อใช้ยื่นขอหรือต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์ และร้อยละ 86 เห็นด้วยว่าหากมีการปรับปรุงกระบวนการออกใบอนุญาตขับรถยนต์ ในการสร้างความมั่นใจให้กับผู้โดยสารมากขึ้น จากการวิจัยสำรวจข้อมูลดังกล่าว มีข้อเสนอดังนี้

ด้านข้อเสนอแนะต่อการพัฒนากระบวนการขอใบรับรองแพทย์เพื่อขอรับ-ต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์

- 1) ควรเข้มงวดในเรื่องการตรวจโรคให้มีความละเอียด มีกระบวนการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมเพิ่มเติมเพื่อประเมินความพร้อมของผู้ขับขี่
- 2) ด้านระยะเวลาในการขอรับ/ต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์ ควรมีระยะเวลาครั้งละ 5 ปี โดยที่แต่ละครั้งที่มีการขอต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์จะต้องมีใบรับรองแพทย์ประกอบทุกครั้ง
- 3) ควรพัฒนาให้มีแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์สำหรับผู้ขอรับ-ต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์โดยเฉพาะ และระบุโรคที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในการขับรถยนต์ในแบบฟอร์ม
- 4) ควรมีการเพิ่มหรือระบุโรคที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในการขับรถยนต์ให้ครอบคลุมมากขึ้น

ด้านข้อเสนอเชิงนโยบาย

- 1) ตรวจจับหรือออกมาตรการควบคุมให้ผู้ใช้รถใช้ถนนมีพฤติกรรมและจิตสำนึกในการขับรถยนต์ที่ปลอดภัย
- 2) ควรจัดให้มีการอบรมโรคที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในการขับรถยนต์ให้กับแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ/เอกชน คลินิก ประเมินความพร้อมของสถานพยาบาลในการตรวจคัดกรอง และขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลที่สามารถออกใบรับรองแพทย์สำหรับการขอรับ-ต่ออายุใบอนุญาตขับรถยนต์ได้
- 3) จัดทำฐานข้อมูลที่มีชื่อสถานพยาบาล แพทย์ ให้ประชาชนสามารถสืบค้นในการไปตรวจร่างกายเพื่อขอใบรับรองแพทย์
- 4) ควบคุม กำกับ ให้กระบวนการขอรับใบรับรองแพทย์ การต่ออายุ/ขอรับใบอนุญาตขับรถยนต์ เป็นไปตามขั้นตอนกระบวนการที่ถูกต้อง มีการตรวจโรคอย่างละเอียด

คณะผู้วิจัย	1. รศ.พล.ต.นพ.กรีธา ม่วงทอง	2. น.ต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์	3. นายเอนกพร โพธิ์ทิต
	4. พล.อ.จรัส โกมุตพงศ์	5. นายเอนก จงเสถียร	6. นพ.สาธิต สันตดุสิต
	7. นายสุทธิชัย จรูญเนตร	8. นส.สุชีรา ท้าวคำหลง	9. นายพงศกร ล้ำชา
	10. นายรัฐพล ภักดีภูมิ	11. นพ.บรรเจิด นพหสูติ	12. ผศ.นพ.เสริมศักดิ์ สุมานนท์
	13. นส.ชฎารัตน์ เอี่ยมศิริกุลมิตร	14. นส.ภัทราภรณ์ จรูญโรจน์ ณ อยุธยา	
อาจารย์ที่ปรึกษา	ศ.คลินิก นพ.อำนาจ กุศลนันท์		

Abstract (6)

The Observation on the Stakeholder's Opinions for the Improvement of the Issuance of Medical Certificates for Obtaining a Driver's License



The objectives of the observation on the stakeholders' opinions for the improvement of the issuance of medical certificates for obtaining a driver's license were to study the satisfaction and the opinions of those involved in issuing a medical certificate for applying for a driver's license and to provide the guidance for issuing a medical certificate for applying for a driver's license. The samples were 500 general people (private car drivers, public transport drivers, private car passengers, and public transport passengers aged 18 years old and over), 111 doctors in public and private hospitals and 43 staff / administrators of Department of Land Transport, Ministry of Transport: 654 samples in total. The research instruments consisted of two sets of questionnaires. Set 1 was the questionnaire for collecting the information on opinions, beliefs, attitudes from individuals about using cars and road, the factors causing accidents and the comments for the improvement of form / process of medical certificate application. Set 2 was the questionnaire asking about opinions towards the improvement of form / process of medical certificate application from doctors in private and public hospitals, staff / administrators of Department of Land Transport, Ministry of Transport. The data were analyzed using SPSS program. The analysis included quantitative analysis: frequency, percentage and mean, and hypothesis testing.

The research results revealed that most of the general people were passengers / those using public transport (bus / taxi). In addition, 55.4 percent of them agreed that the most common cause of road accidents was carelessness. The second cause was drinking alcohol. The third cause was health problems (not having enough rest / fatigue). Also, 54.8 percent agreed that the renewal period of a driver's license which was 5 years was appropriate and the application for the renewal of a driver's license must be accompanied by a medical certificate. However, the examination of the readiness of the applicants was not appropriate. Also, 64.2 percent agreed with the identification of the diseases (epilepsy, disability of limbs, visual impairment, hearing impairment and mental health problems). Moreover, 51.2 percent agreed that the frequency or the details of mental and physical examination should be added among the applicants 60 years and over. The doctors issuing the medical certificate should be trained by government agencies. According to the opinions from the doctors in public and private hospitals, most of them aged 31-40 years old, accounted for 32.1 percent. Most of them agreed that the renewal period of a driver's license which was 5 years was appropriate and the application for the renewal of a driver's license must be accompanied by a medical certificate. However, the information in a medical certificate should be improved by identifying the diseases at risk for driving. Also, 79.4 percent commented that the examination of the readiness of the applicants was not appropriate, and the medical examination process to obtain a medical certificate was not detailed as it should be. Furthermore, 84.3 percent of them commented that the effective period of a medical certificate which was 1 month was appropriate, and 94.5 percent agreed with the identification

of certain diseases (epilepsy, disability of limbs, visual impairment, hearing impairment and mental health problems). In addition, 59.1 percent stated that medical certificates should be issued only by hospitals, and 95.2 percent agreed that if the licensing process was improved, it could assure the passengers' confidence. According to the opinions of staff / administrators of Department of Land Transport, Ministry of Transport, most of them aged 51-60 years, accounted of 59.5 percent. Also, 97.7 percent agreed that the renewal period of a driver's license which was 5 years was appropriate and the application for the renewal of a driver's license must be accompanied by a medical certificate. However, 60.5 percent commented that the examination of the readiness of the applicants was not appropriate. Also, 88.1 percent stated that the effective period of a medical certificate was appropriate, and 94.5 percent agreed with the identification of certain diseases (epilepsy, disability of limbs, visual impairment, hearing impairment and mental health problems) for the application of the renewal of a driver's license. Moreover, 76.7 percent agreed that registration and training should be administered for the doctors issuing a driver's license. The doctors from general clinics should not be allowed to issue a medical certificate for the application of the renewal of a driver's license, and 86 percent agreed that that if the licensing process was improved, it could assure the passengers' confidence. Based on such survey data, the suggestions were proposed as follows.

Suggestions for developing a medical certificate application process for the renewal of a driver's license:

- 1) Screening of diseases should be strict and interview and observation processes should be conducted to assess the readiness of the drivers.
- 2) The period of obtaining / renewal of a driver's license should be 5 years and each request for the renewal of a driver's license must be accompanied by a medical certificate.
- 3) A medical certificate form for the applicants of the renewal of a driver's license should be developed and the diseases related to driving performance should be identified on the form.
- 4) The diseases related to driving performance should be added.

Suggestions for policy proposals

- 1) The campaigns and the issues of control measures for safe driving should be administered.
- 2) The training on the diseases related to car driving competency should be conducted for doctors in public / private hospitals and clinics. Assessment for the readiness of screening of hospitals should also be conducted and the registration of the hospitals and the medical institutions that can issue a medical certificate for the renewal of a driver's license should be administered.
- 3) The database of the hospitals and the medical institutions and the doctors providing examination for issuing a medical certificate should be done.
- 4) The application process for obtaining a medical certificate for the renewal / applying for a driver's license should be controlled with the right steps. The diseases should also be carefully examined.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #6
กลุ่ม 6 การวิจัยสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปรับปรุง
การออกไปรับรองแพทย์ เพื่อขอรับใบอนุญาตชั้นรถยนต์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความพึงพอใจและข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการออกไปรับรองแพทย์ในการขอใบอนุญาตชั้นรถยนต์ และเพื่อเสนอแนะแนวทางการออกไปรับรองแพทย์เพื่อใช้ในการขอใบอนุญาตชั้นรถยนต์

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไป ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถขอรับใบอนุญาตชั้นซีรถยนต์ จำนวน 500 คน แพทย์ จำนวน 111 คน รวมถึงเจ้าหน้าที่/ผู้บริหาร กรมขนส่งทางบก จำนวน 43 คน รวมทั้งสิ้น 654 คน โดยเครื่องมือในการวิจัยคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) “ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการปรับปรุงการออกไปรับรองแพทย์ เพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาตชั้นรถยนต์” วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น การวิเคราะห์ในเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์โดยการทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในประชาชนทั่วไป พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน มีความเห็นว่ามีมาจาก ความประมาท การดื่มแอลกอฮอล์ และความไม่พร้อมด้านสุขภาพร่างกาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.8 มีความเห็น ว่าระยะเวลาการต่ออายุใบอนุญาตชั้นซีรถยนต์ครั้งละ 5 ปี พร้อมมีใบรับรองแพทย์ แต่การตรวจสอบความพร้อมของผู้ยื่นขอ ยังไม่มีความเหมาะสม ร้อยละ 51.6 เนื่องจากยังไม่สามารถคัดกรองสมรรถภาพทางร่างกาย/จิตใจได้ละเอียดในเชิงลึก เห็นด้วยกับการเพิ่มกลุ่มโรค และเพิ่มความรู้หรือรายละเอียดการตรวจสุขภาพ ใบรับรองแพทย์ของคลินิกทั่วไป ควรปรับปรุง เรื่องการระบุโรคลมชัก ภาวะทางจิต แพทย์ต้องผ่านการอบรมจากหน่วยงานของภาครัฐ และให้ภาครัฐเพิ่ม 5 กลุ่มโรค อันได้แก่ 1) โรคลมชัก 2) แขนขาพิการ 3) ความผิดปกติของสายตาและการมองเห็น 4) ความบกพร่องด้านการได้ยิน 5) ภาวะทางจิต

แพทย์เห็นว่าใบรับรองแพทย์ ต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจสภาพจิตใจ การวัดลานสายตา ตาบอดสีโรคหัวใจขาดเลือด โรคลมชัก และโรคอื่นๆ ที่มีความเสี่ยง ควรมีคำรับรองจากจิตเวช จิตแพทย์ ผู้พิการตรวจแยกชนิดการออกไปรับรอง ร้อยละ 59.1 เห็นด้วยว่าใบรับรองแพทย์ควรออกได้เฉพาะโรงพยาบาลเพราะมีอุปกรณ์ และมีแพทย์เฉพาะทางนอกจากนี้แพทย์สภาควรระบุวิธีการส่งสารถึงแพทย์เกี่ยวกับการออกไปรับรองแพทย์โดยตรง บรรจุมตรฐานการตรวจ/การออกไปรับรองแพทย์ลงในบทเรียนของนักศึกษาแพทย์ และมีการขึ้นทะเบียนแพทย์ กำหนดเกณฑ์การตรวจที่มีความน่าเชื่อถือ และร้อยละ 95.2 เห็นว่าควรเพิ่มความเข้มงวดในการสอบ/อบรม และบังคับใช้

เจ้าหน้าที่/ผู้บริหาร กรมขนส่งทางบก ร้อยละ 97.7 เห็นว่าการต่ออายุใบอนุญาตชั้นซีครั้งละ 5 ปี และต้องมีใบรับรองแพทย์ทุกครั้ง ร้อยละ 60.5 เห็นว่ากระบวนการตรวจยังไม่ละเอียด ต้องมีการสัมภาษณ์ สังเกตพฤติกรรมความพร้อมในการขับขี่ ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ เน้นการทดสอบสภาวะจิตใจควบคู่กับการตรวจร่างกาย ร้อยละ 86 เห็นด้วยการปรับปรุงกระบวนการออกไปรับรองใบอนุญาตชั้นรถยนต์ ทำให้มั่นใจขึ้น และสร้างความปลอดภัย

สรุปและวิจารณ์ผล

ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน มาจากความไม่พร้อมด้านสุขภาพร่างกาย จึงควรกำหนดระยะเวลาในการต่ออายุใบอนุญาตขับขี่ 5 ปี มีใบรับรองแพทย์ประกอบทุกครั้ง

การตรวจสอบความพร้อมของผู้ยื่นขอ ควรมีการเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชัก ค่าสายตา สารเสพติดในปัสสาวะ และตัดบางโรคไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้รถยนต์ และควรมีคำรับรองจากจิตแพทย์ สัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตพฤติกรรมความพร้อม การตรวจร่างกายได้เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น ควรมีการขึ้นทะเบียนและอบรมแพทย์ แพทย์สภาสื่อสารการออกใบรับรองแพทย์ ส่งเสริมให้มีการบรรจุมาตรฐานการออกใบรับรองแพทย์ในบทเรียนของนักศึกษาแพทย์

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอเชิงการพัฒนา ด้านกระบวนการออกใบรับรองแพทย์ แพทย์ควรเข้มงวดในเรื่องการตรวจโรค มีการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรม ด้านระยะเวลาในการขอรับ/ต่ออายุ ควรมีระยะเวลาครั้งละ 5 ปี พัฒนาให้มีแบบฟอร์มสำหรับผู้ขอรับ/ต่ออายุใบอนุญาตขับขี่รถโดยเฉพาะ และเพิ่มหรือระบุโรคที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในการขับขี่ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

(ร่าง) ใบรับรองแพทย์เพื่อขอ/ต่อใบอนุญาตขับรถ ฉบับที่จะปรับปรุงโดยแพทย์สภา แบ่งเป็นสามส่วน

- ส่วนที่ 1 คือ ส่วนของรายละเอียดทั่วไปของผู้ขอใบรับรองแพทย์ เช่น ชื่อ นามสกุล เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ และเป็นการขอใบรับรองแพทย์เพื่อ การออกใบอนุญาตขับรถใหม่ หรือ ต่ออายุ หรือ การออกใบอนุญาตแบบมีเงื่อนไข
- ส่วนที่ 2 คือ การให้ประวัติการป่วยของผู้ขอใบรับรองแพทย์โดยผู้ขอใบรับรองแพทย์เอง หรือคือการรับรองตัวเองนั่นเอง
- ส่วนที่ 3 การตรวจโดยแพทย์
- ส่วนที่ 4 การสรุปและให้ความคิดเห็นโดยแพทย์

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ขอใบอนุญาตขับรถ (กรอกโดยผู้รับการตรวจ)

ชื่อ วัน / เดือน / ปี เกิด อายุปี
เพศ ชาย หญิง ที่อยู่

โทรศัพท์

ส่วนที่ 2 : ประวัติการป่วย (กรอกโดยผู้รับการตรวจ แพทย์ชั่งเพิ่มเติมตามความจำเป็น)

มี	ไม่มี		มี	ไม่มี	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคประจำตัวหรือได้รับบาดเจ็บ และหรือผ่าตัดในช่วงเวลา 5 ปีที่แล้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไต
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เคยชัก หรือเป็นโรคลมชัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตา หรือสายตาไม่ดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหู หรือการฟังไม่ดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคจิตประสาท
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไขสันหลัง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคความดันเลือดสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคปวดหลัง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สูญเสีย มือ แขน
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคปอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สูญเสีย ขา เท้า นิ้ว
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อาการหายใจขัด

ส่วนที่ 2 : ประวัติการป่วย (กรอกโดยผู้รับการตรวจ แพทย์ซักเพิ่มตามความจำเป็น)

มี	ไม่มี		มี	ไม่มี	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เคยหมดสติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เป็นลม อากาการวิงเวียน
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	นอนกรนดังหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อัมพฤกษ์ อัมพาต
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	มือ แขน ขา เท้า นิ้วด้วน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไขสันหลัง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคปวดหลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ใช้เครื่องตีมีแอลกอฮอล์
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สูบบุหรี่ กัญชา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ใช้ยาเป็นประจำ

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทั้งหมด

หมายเหตุ กฎหมายที่เอาโทษกรณีปกปิดข้อมูลการป่วยหรือแจ้งรายละเอียดอันเป็นเท็จ

ส่วนที่ 3 : การตรวจ (คัดกรองโดย กรมการขนส่งทางบก)

ก) การตรวจสายตา

- โดย Snellen chart อย่างน้อยได้ 20 / 40 ทั้ง 2 ตา (ใส่ หรือไม่ใส่แว่น)

ตาขวา* ตาซ้าย*

- สนามสายตาในแนวราบอย่างน้อย 70 องศา

ตาขวา* ตาซ้าย*

ลงชื่อผู้ตรวจ วันที่

ข) การตรวจการได้ยิน

- ต้องได้ยินเสียงกระซิบหนัก ๆ (forced whispered voice) อย่างน้อยที่ระยะ 5 ฟุตขึ้นไป

- การได้ยินเฉลี่ย \leq 40 เดซิเบล ในช่วงความถี่ 500 , 1,000 , 2,000 เฮิรตซ์ (โดยมาตรฐานการได้ยิน -audiometer)

ค) การตรวจร่างกาย (โดยแพทย์)

- น้ำหนักตัวกิโลกรัม ความสูง เมตร

- อัตราชีพจร ครั้ง / นาที แรงดันเลือด มิลลิเมตร / พรอท

- ลักษณะทั่วไป อ้วนมาก บวม ตืดเหล้า ตืดยา มือสั่น

- ปาก และคอ ปกติ ไม่ปกติ

- หัวใจ ปกติ ไม่ปกติ

- ทรวงอก และปอด ปกติ ไม่ปกติ

- ท้อง ปกติ ไม่ปกติ

- กระดูกสันหลัง และกล้ามเนื้อโครงร่าง ปกติ ไม่ปกติ

- ระบบประสาท ปกติ ไม่ปกติ

ลงชื่อผู้ตรวจ วันที่

ส่วนที่ 4 : การให้ความคิดเห็นและคำแนะนำ โดยแพทย์

หลังจากได้ข้อมูลและผลการตรวจตามขั้นตอนข้างต้นแล้ว อาจจะต้องทำการตรวจโดยวิธีพิเศษอื่น ได้แก่

พิจารณาจากผลการตรวจสุขภาพและร่างกายของพนักงานขับรถดังแสดงไว้ข้างต้น บ่งชี้ว่า

- อนุญาตให้ขับรถได้
- ไม่สมควรอนุญาตให้ขับรถทุกชนิด
- อนุญาตให้ขับรถได้โดยมีเงื่อนไข

ดังนี้.....

ลงชื่อผู้ออกใบรับรอง.....

เมื่อวันที่

ข้อเสนอเชิงนโยบาย ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการรณรงค์ หรือออกมาตรการควบคุม ผู้ใช้รถใช้ถนน มีการอบรมโรคที่เกี่ยวข้องให้กับแพทย์ขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลที่ออกใบรับรองแพทย์ ทำฐาน ข้อมูลสถานพยาบาลที่ตรวจได้ฐานข้อมูลผู้ขอฯ รวมถึงกำกับให้กระบวนการขอรับใบรองแพทย์ ถูกต้อง มีการ ตรวจโรคอย่างละเอียด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์อำนาจ กุศลานันท์ อาจารย์ที่ปรึกษา ขอขอบคุณ ดร.สมพันธ์ เตชะอธิก มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำ ตลอด จนเจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัย ชนาคารกสิกรไทย ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้

กลุ่มวิชาการที่ 7

ทัศนคติของข้าราชการต่อธรรมาภิบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และการให้บริการในปัจจุบันและทางเลือกของระบบการเบิกจ่ายในรูปแบบอื่นๆ



วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาทัศนคติของข้าราชการต่อระบบการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลและบริการทางการแพทย์ที่ได้รับ และความเห็นต่อธรรมาภิบาลของระบบบริหารจัดการ ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติ และรูปแบบอื่นๆ เกี่ยวกับระบบสุขภาพที่ข้าราชการเห็นชอบ

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) โดยสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินทัศนคติข้าราชการจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเกี่ยวกับระบบการเบิกจ่ายและการบริการสุขภาพในปัจจุบัน ระบบธรรมาภิบาลของระบบและทางเลือกของระบบบริการสุขภาพและการเบิกจ่ายที่พึงประสงค์รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผล

ผลการวิจัย มีข้าราชการผู้ตอบแบบสอบถาม 646 ราย อยู่ในหน่วยงานที่อยู่ในกรุงเทพมหานครประมาณ ร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 44.7 ± 8.99 ปี ระยะเวลาที่รับราชการมีตั้งแต่ 1 ปี ถึง 40 ปี (ค่ามัธยฐาน 20 ปี) ประมาณร้อยละ 29 ของข้าราชการมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 ภาวะ ในขณะที่ประมาณร้อยละ 39 ของสมาชิกในครอบครัวที่ใช้สิทธิ์การเบิกจ่ายมีโรคประจำตัวดังกล่าว ร้อยละ 95.7 เคยใช้สิทธิ์การเบิกจ่ายในระบบราชการ ข้าราชการส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อระบบการเบิกจ่ายและต่อระบบธรรมาภิบาลเชิงบวกโดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีสถานภาพสมรส และไม่เคยมีปัญหาเมื่อไปใช้บริการสุขภาพจะมีทัศนคติของข้าราชการต่อระบบการเบิกจ่ายและการให้บริการทางการแพทย์เชิงบวกมากกว่า ในขณะที่ไม่มีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับทัศนคติต่อระบบธรรมาภิบาล อย่างไรก็ตาม มีความเห็นเชิงลบเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของการเบิกจ่ายและการบริการทางสาธารณสุข รวมทั้งความเห็นเชิงลบต่อของระบบธรรมาภิบาลในบางประเด็น รูปแบบทางเลือกของระบบการบริการสุขภาพที่ข้าราชการเห็นด้วยมากที่สุดยังคงเป็นระบบการเบิกจ่ายที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน คือ ร้อยละ 67.8 และรองลงมา คือ ร้อยละ 24.1 สำหรับการเบิกจ่ายรูปแบบใหม่โดยรัฐใช้งบประมาณครึ่งหนึ่งซื้อประกันสุขภาพให้ข้าราชการกับบริษัทประกันเอกชนและอีกครึ่งคืนให้ข้าราชการเก็บไว้ใช้สำรอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง หรือร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพในบางกรณี

สรุป แม้ข้าราชการส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติเชิงบวกต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและต่อระบบธรรมาภิบาลในปัจจุบันแต่ยังพบปัญหาหลายประการ รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายการบริการและธรรมาภิบาลของการจัดการให้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของข้าราชการ รวมทั้งพิจารณาศึกษาเพื่อกำหนดและชี้แจงรายละเอียดของทางเลือกให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นเพื่อเป็นทางเลือก ทั้งนี้ เพื่อควบคุมรายจ่ายและงบประมาณสำหรับสุขภาพให้เหมาะสมต่อไป

คณะผู้วิจัย	1. รศ.พญ.ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล	2. ศ.ดร.เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์	3. รศ.ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์
	4. นายทรงฤทธิ์ รัตนดีลก ญ ภูเก็ต	5. นส.ฐิตินันท์ วัฒนเวคิน	6. นพ.วิโรจน์ วีระชัย
	7. นายสุธี เตชะประภาแสง	8. นางบุปผา พันธุ์เพ็ง	9. นายศิษฏ์คม เบ็ญจจันทร์
	10. นพ.จเด็จ ดิยัง	11. นพ.ฉัตรชัย เจริญศรี	12. พอ.หญิง พนมวัลย์ บุญยमानพ
	13. นพ.พงษ์พัฒน์ ปธานวนิช	14. นายนิทัศน์ จุย์นง	
อาจารย์ที่ปรึกษา	ดร.ถวิลวดี บุรีกุล		

Abstract (7)

Attitudes of Government Officers towards the Service and Good Governance of the Civil Servant Medical Benefits System and Options of Reimbursement Systems Required



Objectives: To evaluate the attitudes of government officers towards the service under the Civil Servant Medical Benefits system and its good governance. Options of the reimbursement systems, which the officers agreed with, were also studied.

Methods: This was a survey study by a self-administered questionnaire to assess the attitudes of government officers in Bangkok and regional provinces about the current health service and reimbursement system as well as its good governance. Models of other reimbursement systems were contemplated and assessed for the officers' opinion. Factors associated with the attitudes and the models they selected were also studied.

Results: Total of 646 officers participated in the study. Approximately 75% had a workplace in Bangkok. Mean age was 44.7 ± 8.99 years. Duration of service ranged from 1-40 years (median 20 years). Approximately 29% of the officers and 39% of their members had at least 1 or more medical illnesses. Almost all or 95.7% had experience in the process of reimbursement via the Civil Servant Medical Benefits system. Overall, the officers had good attitudes towards the reimbursement process especially those who aged over 40 years, married, and had never had negative experience about the process. The officers also had good attitudes towards of the good governance of the system, without any groups having better attitude than the others. Nevertheless, there were many negative comments about the process of the compensation and quality of service in public health sectors along with their expectations as well as negative scores in few items of the good governance. The medical benefits model with highest percentage of agreement (67.8%) was the current system. The second model of preference (24.1%) was the model that the government transferred half of the budget to the private medical insurance and another half to the officers as a back-up budget for health promotion or co-payment fee for certain items.

Conclusion: Most officers still had positive attitudes towards the current medical benefits reimbursement and service system as well as the good governance. Majority agreed to carry on with the system. Nevertheless, there were many problems and negative comments towards the current system and few towards the good governance. The government and the relevant sectors should improve the compensation process and service system to the expectation of the officers. An exploratory study of a new system before a thorough counseling the officers may be considered as an option. These are to balance the expenses and budget allocated for health care.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #7

ทัศนคติของข้าราชการต่อธรรมาภิบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และการให้บริการในปัจจุบันและทางเลือกของระบบการเบิกจ่ายในรูปแบบอื่น ๆ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาทัศนคติของข้าราชการต่อระบบการเบิกจ่ายต่อการให้บริการทางการแพทย์และต่อระบบธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติ และรูปแบบอื่นๆ เกี่ยวกับระบบสุขภาพที่ข้าราชการเห็นชอบ

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) โดยสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินทัศนคติข้าราชการจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเกี่ยวกับระบบการเบิกจ่ายและการบริการสุขภาพในปัจจุบัน ระบบธรรมาภิบาลของระบบ และทางเลือกของระบบบริการสุขภาพและการเบิกจ่ายที่พึงประสงค์รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผล

ผลการวิจัย มีข้าราชการผู้ตอบแบบสอบถาม 646 ราย อยู่ในหน่วยงานที่อยู่ในกรุงเทพมหานครประมาณร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 44.7 ± 8.99 ปี ระยะเวลาที่รับราชการมีตั้งแต่ 1 ปี ถึง 40 ปี (ค่ามัธยฐาน 20 ปี) ประมาณร้อยละ 29 ของข้าราชการมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 ภาวะ ในขณะที่ประมาณร้อยละ 39 ของสมาชิกในครอบครัวที่ใช้สิทธิ์การเบิกจ่ายมีโรคประจำตัวดังกล่าว ร้อยละ 95.7 เคยใช้สิทธิ์การเบิกจ่ายในระบบราชการ ข้าราชการส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อระบบการเบิกจ่ายและต่อระบบธรรมาภิบาลเชิงบวก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ทัศนคติต่อระบบธรรมาภิบาลของระบบการบริหารการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล

ระบบธรรมาภิบาลของระบบ การบริหารการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ของการพัฒนาสิทธิ์การรักษายาบาล	22	3.4	150	23.4	315	49.2	110	17.2	43	6.7
มีการติดตามประเมินและชี้แจงผล	21	3.3	117	18.2	312	48.6	148	23.1	44	6.9
มีการบริหารงานด้วยความรับผิดชอบ	25	3.9	192	30.0	307	48.0	87	13.6	29	4.5
มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงาน	25	3.9	192	30.0	307	48.0	87	13.6	29	4.5
มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการวางแผนงานให้บริการ ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ	35	5.5	222	34.6	301	46.9	66	10.3	18	2.8
มีการบริหารงานให้ตรงวัตถุประสงค์ที่กำหนด	24	3.8	165	25.8	332	51.9	91	14.2	28	4.4
มีการบริหารงานโดยยึดหลักการมีส่วนร่วม	15	2.3	175	27.4	331	51.8	90	14.1	28	4.4
มีการสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน	19	3.0	156	24.5	323	50.7	113	17.7	26	4.1
การบริหารงานตามระเบียบและโปร่งใสสามารถตรวจสอบได้	20	3.10	148	23.3	347	54.6	90	14.2	30	4.7
มีการบริหารจัดการด้านงบประมาณเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	45	7.10	224	35.2	289	45.4	65	10.2	14	2.2

ระบบธรรมาภิบาลของระบบ	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน เป็นธรรมแก่ผู้ใช้สิทธิ์	22	3.4	150	23.4	315	49.2	110	17.2	43	6.7
เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางและวางแผนการดำเนินการ	10	1.6	138	21.6	324	50.8	126	19.5	40	6.3
เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพิจารณาและเห็นชอบขั้นตอนการปฏิบัติงาน	36	5.7	187	29.4	318	50.0	78	12.3	17	2.7
เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์ประเมินผลการปฏิบัติงาน	43	6.8	219	34.5	306	48.2	57	9.0	10	1.6
มีบริหารจัดการการบริการของหน่วยงานด้วยความเป็นธรรม	10	1.6	138	21.6	324	50.8	126	19.7	40	6.3
มีการบริหารงาน การเงินและทรัพยากร	13	2.0	133	20.9	321	50.4	134	21.0	36	5.7
มีการกำหนดระเบียบและขั้นตอนการทำงานโดยถือหลักปฏิบัติโดยเท่าเทียม	9	1.4	135	21.2	332	52.2	121	19.0	39	6.1
มีการกำหนดแนวทางในการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าราชการและผู้มีสิทธิ์อย่างเป็นธรรม	23	3.6	194	30.5	329	51.7	73	11.5	17	2.7
เปิดโอกาสให้ข้าราชการกำหนดแนวทางการใช้สิทธิ์โดยใช้ฉันทามติโดยเท่าเทียม	42	6.6	228	35.8	304	47.7	49	7.7	14	2.2
เปิดโอกาสให้ข้าราชการมีตัวแทนในการกำหนดแนวทางในการใช้สิทธิการรักษา	32	5.0	222	34.9	313	49.1	56	8.8	14	2.2

โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีสถานภาพสมรส และไม่เคยมีปัญหาเมื่อไปใช้บริการสุขภาพจะมีทัศนคติของข้าราชการต่อระบบการเบิกจ่ายและการให้บริการทางการแพทย์เชิงบวกมากกว่า (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ทัศนคติเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

ระดับความคิดเห็น (จำนวน)	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับระบบการเบิกจ่าย (N=644)	50	7.8	227	35.2	324	50.3	38	5.9	5	0.8
ความพึงพอใจกับระบบการเบิกจ่าย (N=644)	71	11.0	286	44.3	258	39.9	25	3.9	4	0.6
ความพึงพอใจต่อการบริการในระบบราชการ (N=645)	27	4.2	201	31.2	343	53.2	61	9.5	13	2.0
การใช้สิทธิ์ข้าราชการในการเบิกยามาใช้ อย่างเหมาะสม (N=644)	45	7.0	250	38.8	296	46.0	47	7.3	6	0.9
ความพึงพอใจกับระบบโดยรวม (N=644)	60	9.3	261	40.4	292	45.3	27	4.2	4	0.6

ในขณะที่ไม่มีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับทัศนคติต่อระบบธรรมาภิบาล อย่างไรก็ตาม มีความเห็นเชิงลบเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของการเบิกจ่ายและการบริการทางสาธารณสุข รวมทั้งความเห็นเชิงลบต่อของระบบธรรมาภิบาลในบางประเด็น (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นและปัญหาที่ข้าราชการได้บรรยายเกี่ยวกับระบบการใช้สิทธิเบิกจ่ายและการบริการทางสาธารณสุข

ปัญหาที่ข้าราชการได้บรรยายเกี่ยวกับระบบการใช้สิทธิเบิกจ่ายและการบริการทางสาธารณสุข	จำนวน 141 ข้อ
1. ระบบ	
1) ค่ารักษาพยาบาลควรเบิกได้ทั้งหมด ไม่ควรลดสิทธิการเบิกจ่ายทุกประเภท เพราะปัจจุบันการรักษาพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูง ไม่ควรต้องจ่ายส่วนต่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีเป็นผู้ป่วยในข้าราชการทำงานหนัก มีเงินเดือนน้อย แต่มีภาวะค่าเงินเฟ้อ ไม่เป็นธรรม	25
2) ประสงค์ให้ใช้สิทธิที่โรงพยาบาลเอกชนได้ (อาจให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายส่วนเกิน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน	18
3) ระบบฐานข้อมูลกลางของผู้ป่วยไม่เชื่อมโยงกัน ควรมีระบบกลางที่ใช้ข้อมูลร่วมกันได้ ลดขั้นตอนที่ยุ่งยากในการตรวจสอบ เช่น การ scan ลายนิ้วมือ การใช้เอกสาร หรือบัตรเบิกจ่ายตรง เพราะหากเข้าโรงพยาบาลฉุกเฉินต้องสำรองจ่าย	13
4) การเบิกจ่ายมีขั้นตอนยุ่งยาก มีความสับสนของรายการที่เบิกได้และไม่ได้ ไม่เข้าใจการใช้สิทธิได้อย่างเหมาะสมทั้งในโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน	11
5) รายการของยาที่กำหนดในยาบัญชีหลักมีน้อย ส่วนใหญ่ต้องจ่ายเอง การเบิกได้ควรครอบคลุมการป้องกันโรค ค่าทำฟันแพ่งแต่เบิกได้น้อย	8
6) คุณภาพของยาที่เบิกได้ไม่ดี	4
7) ในกรณีที่ใช้ยานอกบัญชีหรือบริการฉุกเฉิน ต้องมีใบรับรองที่ระบุถูกต้อง มิฉะนั้นจะเบิกไม่ได้	4
8) ไม่มีการควบคุมกำกับการจ่ายยา (เกินความจำเป็น) ของแพทย์	2
9) การเบิกจ่ายคืนค่ารักษาพยาบาลล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีเบิกประกันเอกชนร่วมด้วย ราชการขอเอกสารฉบับจริง ทำให้มีปัญหาเบิกประกันเอกชนไม่สะดวก	2
10) ควรจำกัดจำนวนประชากรต่างด้าว ซึ่งใช้งบประมาณและการบริการของสถานพยาบาลภาครัฐ	1
2. การบริการ	
1) คุณภาพการบริการของบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ ไม่ใส่ใจการดูแลรักษาผู้ป่วย ควรปรับปรุงให้มีความสุภาพทั้งกิริยาและวาจาให้เทียบเท่าสถานพยาบาลภาคเอกชน	25
2) การบริการในโรงพยาบาลรัฐล่าช้า/รอนาน ควรเพิ่มแพทย์และพยาบาลให้เพียงพอ	21
3) โรงพยาบาลรัฐควรมีบริการนอกเวลาเพื่อบริการกรณีเจ็บป่วยแบบธรรมดาและแบบฉุกเฉิน	6
4) พื้นที่บริการในโรงพยาบาลรัฐไม่เพียงพอ	1

รูปแบบทางเลือกของระบบการบริการสุขภาพที่ข้าราชการเห็นด้วยมากที่สุดยังคงเป็นระบบการเบิกจ่ายที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน คือ ร้อยละ 67.8 และรองลงมา คือ ร้อยละ 24.1 สำหรับการเบิกจ่ายรูปแบบใหม่โดยรัฐใช้งบประมาณครึ่งหนึ่งซื้อประกันชีวิตข้าราชการกับบริษัทประกันเอกชนและอีกครึ่งคืนให้ข้าราชการเก็บไว้ใช้สำรองเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองหรือร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพในบางกรณี (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการสิทธิรักษาพยาบาลในรูปแบบอื่นๆ

ระดับความรู้และความคิดเห็น	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระบบการเบิกจ่ายแบบที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (644)	144	22.3	294	45.5	189	29.3	11	1.7	6	0.9
ระบบการเบิกจ่ายแบบที่ใช้อยู่ปัจจุบันโดยรัฐจ้างเหมาให้บริการแก่บริษัทประกันเอกชนเข้ามาดำเนินการบริหารข้อมูล (644)	10	1.6	112	17.4	221	34.3	141	21.9	160	24.8
ระบบการเบิกจ่ายแบบใหม่โดยโอนสิทธิของข้าราชการและครอบครัวไปยังกองทุนประกันสังคม และนำวงอีกครึ่งหนึ่งมาจ่ายเงินส่งเสริมสุขภาพ (644)	13	2.0	46	7.1	156	24.2	159	24.7	270	41.9
ระบบการเบิกจ่ายแบบใหม่โดยรัฐซื้อประกันชีวิตข้าราชการกับบริษัทประกันเอกชน และนำวงอีกครึ่งหนึ่งมาจ่ายเงินส่งเสริมสุขภาพ (643)	41	6.4	114	17.7	153	23.8	133	20.7	202	31.4

สรุป ข้าราชการส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติเชิงบวกต่อระบบการเบิกจ่ายและต่อระบบธรรมาภิบาลในปัจจุบัน แต่ยังคงพบปัญหาหลายประการในระบบทั้งสอง รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายการบริการและธรรมาภิบาลของการจัดการให้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของข้าราชการ รวมทั้งพิจารณาศึกษาเพื่อกำหนดและชี้แจงรายละเอียดของทางเลือกให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นเพื่อเป็นทางเลือก ทั้งนี้เพื่อควบคุมรายจ่ายและงบประมาณสำหรับสุขภาพให้เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารวิชาการฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาจาก นายแพทย์เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ และ ดร.ถวิลวดี บุรีกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำ ให้แนวคิดตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ มาโดยตลอด คณะนักศึกษาผู้จัดทำขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กลุ่มวิชาการที่ 8

การประเมินสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ในระดับชุมชน



ระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นกลไกหลักที่สำคัญยิ่งที่จะทำให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน อันจะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพลังในการพัฒนาประเทศได้อย่างเต็มศักยภาพ ทั้งยังช่วยลดงบประมาณในการรักษาพยาบาลได้ การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นที่จะตรวจวัดสถานการณ์ระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชนของไทยในช่วงก่อนการปฏิรูปและในปัจจุบัน โดยให้ผู้บริหารจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขส่วนภูมิภาคที่เกี่ยวข้องโดยตรงเป็นผู้ประเมิน ได้แก่ สำนักสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และองค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมจำนวน 147 คน แบบสอบถามได้เน้นการประเมินการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่วงก่อนการปฏิรูป (ก่อนพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545) และหลังการปฏิรูป โดยแบ่งประเด็นในแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วนหลัก ซึ่งผลจากการตอบแบบสอบถาม พบว่า

ในส่วนแรก คือ การประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ สามารถแบ่งกลุ่มตามการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการพัฒนาได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ซึ่งแต่ละกลุ่มมีประเด็นหลัก ดังนี้

1) จากระดับปานกลางไปสู่ปานกลาง ได้แก่ ก) จิตสำนึกและพฤติกรรมของประชาชนและชุมชน
ข) การบริหารจัดการของชุมชน

2) จากระดับปานกลางไปสู่มาก ได้แก่ ก) การเข้าถึงการรับบริการชุดสิทธิประโยชน์ ข) กระบวนการมีส่วนร่วม ค) การบูรณาการงานของภาคส่วนต่างๆ ให้เกิดนโยบายสาธารณะ ง) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกในการปฏิบัติงานและออกกติกา

ในส่วนที่สองของแบบสอบถาม คือ การประเมินการเปลี่ยนแปลงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สามารถแบ่งกลุ่มตามการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการพัฒนาได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ซึ่งแต่ละกลุ่มมีประเด็นหลัก ดังนี้

1) จากระดับปานกลางไปสู่ปานกลาง ได้แก่ ก) การจัดสรรงบประมาณ ข) การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบ ค) การพัฒนาขีดความสามารถให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ง) การควบคุมสื่อโฆษณา

2) จากระดับปานกลางไปสู่มาก ได้แก่ ก) คณะกรรมการสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัดเป็นกลไกหลักในการสร้างความร่วมมือและระบบติดตามงาน ข) พัฒนาการบริการและการถ่ายทอดองค์ความรู้
อย่างเป็นระบบโดยมีประชาชนและพื้นที่เป็นฐาน ค) พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง

จากประเด็นที่ได้จากการประเมินผ่านแบบสอบถาม ทำให้ทราบสถานการณ์และวิเคราะห์ได้ว่า นโยบายที่รัฐต้องให้ความสำคัญและต้องนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง ซึ่งมีทั้งส่วนที่ได้นำเสนอใหม่ จากการศึกษาครั้งนี้ และในส่วนที่รัฐมีนโยบายที่ติดอยู่แล้ว เพียงแต่ต้องปรับปรุงวิธีดำเนินการ โดยต้องเน้นให้การปฏิบัติมุ่งสู่ผลแห่งความสำเร็จของนโยบายให้ได้ นโยบายเหล่านี้จะทำให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในระดับชุมชนของไทย ได้แก่

- 1) การสร้างความตระหนักต่อการเป็นเจ้าของสุขภาพของประชาชน
- 2) สร้างระบบแกนนำส่งเสริมสุขภาพในครอบครัว
- 3) พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health Literacy) และความเข้าใจต่อเส้นทางชีวิตสุขภาพ (Life Course Approach ; LCA)
- 4) สนับสนุนงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster ; PCC)
- 5) จัดบริการคัดกรองและตรวจสุขภาพเชิงรุกเพื่อเพิ่มการป้องกันโรค
- 6) บูรณาการภาคส่วนต่างๆ ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพชุมชนโดยผ่านงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 7) บริหารรูปแบบสื่อและมีเดียในการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
- 8) จัดหลักสูตรอบรมให้บุคลากรสุขภาพสู่ความเป็นวิทยากรมืออาชีพ
- 9) ส่งเสริมการนำรูปแบบการเรียนแบบสหวิชาชีพ (Inter Professional Education ; IPE)
- 10) สร้างระบบประกันชีวิตแบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

คำสำคัญ : การปฏิรูประบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การรับรู้ ระบบบริการสุขภาพ

คณะผู้วิจัย

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| 1. นพ.จิรศักดิ์ วิจักขณาลัญฉ์ | 2. นพ.รุติ กวักเพฑูรย์ | 3. นพ.ประกาส วีระพล |
| 4. พล.อ.อ.พิศพร กลิ่นเฟื่อง | 5. นายอนุทิน ชาญวีรกูล | 6. นางคณิตดา วรรณสูต |
| 7. รศ.ดร.โยนงค์ ทิมสุวรรณ | 8. นส.วรดา ตั้งสิบลกุล | 9. นายวรพจน์ ยศะทัตต์ |
| 10. นายวิทอง ตันทกุลนินาท | 11. นพ.สมชัย โชคพัฒนาพงศ์ | 12. รศ.ทพ.สมชาย วิริยะยุทธกร |

อาจารย์ที่ปรึกษา

1. ศ.นพ.สมศักดิ์ ไล่ห์เลขา
2. นพ.วชิระ เพ็งจันทร์

Abstract (8)

Evaluation and Impact of the Government's Promotional and Preventive Program at the Community Level



Promotional and Preventive Program is an extremely crucial mechanism that will make our country's entire healthcare system sustainable and majority of our population to be healthy in the long term. With our aging population approaching, these programs also reduce risk and budgets of the Government in the public health sector. Our research study's target is to measure and monitor the impact of our Government's Promotional and Preventive program prior and after the implementation (at the present) by interviewing 147 healthcare personnel and executives in provincial units i.e. Provincial health doctors, Management of public provincial hospitals, Chief Executives of the PAO.

Our questionnaires focus on the evaluation of the major differences before reform (National Health Security Act 2002) Versus after this reform program by dividing the questionnaires into two parts.

First, to evaluate the “change” in public perception of the reform program and access to service privilege package. The outcome of the first part has scores divided into two groups;

- A) Medium to medium. B) Medium to high

The issues in group “A” are about:

- I. Awareness and behavior of people and their communities
- II. Community management

Issues from group “B” includes:

- I. Access to the health privilege program
- II. Public participation process
- III. Public policy integration
- IV. Provincial units, which are engines to implement and set their own rules

Second, to evaluate the “change” of the healthcare system from this Promotional and Prevention program. The outcome of the second part also has scores divided into two groups;

- A) Medium to medium. B) Medium to high

The issues in group “A” are about:

- I. Budget allocation
- II. People participant in designing a preventive system
- III. Personnel training for local government officers
- IV. Control of advertising budgets

Issues from group “B” includes:

- I. Provincial health council and their networks, which are the core fir information sharing between units, coordination and continuity
- II. Development and knowledge transfer which begins with people in the local community
- III. Development of an information system for the future prevention

Our analysis based on these issues implies that this Promotional and Preventive program already has good policies. In order to achieve the goal, the procedures need to be considered and adjusted. The suggested policies for sustainable development of Promotion and Preventive program are

- I. Build consciousness and social value for our people that it is a basic duty for one to take care of one's own health
- II. Create a “health champion” program on family level as it shall be started from the smallest unit of our society
- III. Increase “Health literacy” level and understanding of Life Course approach of our population
- IV. Support Primary Care Cluster, PCC, to be continued
- V. Proactive in health check-up, esp. basic blood test in local community which shall be carry-on every year for sustainability of the preventive system
- VI. Push for “District Health Decree” through local administration's budgets
- VII. Use media to communicate with majority of population esp. new media/social network tools which matched each target segments
- VIII. Vocational training for “healthcare personnel” to become “healthcare professionals”
- IX. Reinforce the IPE, “Interprofessional Education” which allows health and social care to learn together as a part of their professional training
- X. Mixed pay between public and personal health insurance shall be developed for long term sustainability and check-balance of the system

Key word : Health promotional and prevention reform, perception, healthcare system.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #8 ข้อมูลการประเมินสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในระดับชุมชน

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ส่งผลให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดวิจระณญาณในการบริโภคสื่อ และภัยคุกคามจากเชื้อโรคที่หลากหลาย ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น ทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มขึ้นทุกปี

ตลอด 15 ปี ที่เริ่มใช้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ได้มีการดำเนินการปรับระบบการปฏิรูปในด้านระบบสุขภาพ และการป้องกันโรคมาอย่างต่อเนื่อง สามารถรักษาโรคยากๆได้มากขึ้น อัตราการตายน้อยลง

แต่ทำไม? จำนวนผู้ป่วยกลับเพิ่มมากขึ้น จาก 106 ล้านคนในปี พ.ศ. 2548 เป็น 168 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2557 และพบว่าเกือบ 50% ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด หากดูแลสุขภาพตัวเองได้อย่างถูกต้อง ก็ไม่จำเป็นต้องเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาในโรงพยาบาล

การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นที่จะตรวจวัดสถานการณ์ระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชนของไทยด้วยการประเมินสถานการณ์จากผลลัพธ์ที่ได้จากแบบสอบถามต่อผู้บริหารจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขส่วนภูมิภาคที่เกี่ยวข้องโดยตรง 3 กลุ่ม ได้แก่ สำนักสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ทั้งนี้เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่วงก่อนและหลังการปฏิรูป
ผลการวิจัย

1. **ทัศนคติต่อสถานการณ์การรับรู้และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ประชาชนส่วนใหญ่ผู้บริหารส่วนภูมิภาค** มีทัศนคติต่อสถานการณ์การรับรู้และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ประชาชน ภาพรวมในช่วงก่อนปฏิรูปอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่สถานการณ์ปัจจุบัน เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนการปฏิรูปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อนำผลการประเมินรายข้อมาจัดกลุ่มได้ 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มที่สถานการณ์ปัจจุบันไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการปฏิรูป ได้แก่ ด้านจิตสำนึกและพฤติกรรมของประชาชนและชุมชน ด้านการบริหารจัดการของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ซึ่งปัจจุบันยังคงอยู่ระดับปานกลางเช่นเดียวกับก่อนการปฏิรูป

2. กลุ่มที่สถานการณ์ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการปฏิรูปในทางที่ดีขึ้น ได้แก่ ด้านการเข้าถึงของบุคคลและครอบครัวต่อการรับบริการสุขภาพที่ประชาชนซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผลของการปฏิรูปทำให้ปัจจุบันหน่วยบริการสุขภาพมีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคส่วนต่างๆ ก็มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยกลายมาเป็นกลไกสำคัญของระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่จะทำให้เกิดกฎกติกาที่จำเป็นเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน รวมถึงการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค ที่จะส่งผลให้เกิดพัฒนาอย่างยั่งยืนได้

ทั้งนี้ผู้บริหารที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านสาธารณสุข กับนอกหน่วยงานด้านสาธารณสุข มีทัศนคติต่อสถานการณ์การรับรู้และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ประชาชนไม่เท่ากัน โดยผู้บริหารที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นว่าประชาชนมีเปลี่ยนแปลงการรับรู้และการเข้าถึงสุขภาพที่ประชาชนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดีขึ้นอย่างมาก

2. **ทัศนคติต่อสถานการณ์ระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการสุขภาพ** ส่วนใหญ่ผู้บริหารส่วนภูมิภาค มีทัศนคติต่อสถานการณ์ระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการสุขภาพ ในช่วงปัจจุบัน เพิ่มขึ้น จากก่อนการปฏิรูปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนการปฏิรูป และสถานการณ์ปัจจุบันเมื่อนำผลการประเมินรายข้อมาจัดกลุ่มได้ 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่สถานการณ์ปัจจุบันไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการปฏิรูป ได้แก่ด้านระบบในการจัดสรรงบประมาณด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ ด้านการพัฒนาขีดความสามารถให้องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน และด้านการดำเนินงานควบคุมสื่อโฆษณาสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพซึ่งปัจจุบันยังคงอยู่ระดับปานกลางเช่นเดียวกับก่อนการปฏิรูป

2. กลุ่มที่สถานการณ์ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการปฏิรูปในทางที่ดีขึ้นได้แก่ด้านระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังปัญหาภาวะสุขภาพ และด้านกลไกการทำงานในระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรม ทั้งในส่วนของคณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด และภาคีเครือข่าย ก่อให้เกิดการประสานความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการที่มีประชาชนและพื้นที่เป็นฐาน

ทั้งนี้ ผู้บริหารที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านสาธารณสุข กับนอกหน่วยงานด้านสาธารณสุข มีทัศนคติต่อสถานการณ์ระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการสุขภาพไม่เท่ากัน โดยผู้บริหารที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นว่าหน่วยบริการสุขภาพมีการจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดีขึ้นอย่างมาก

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากประเด็นการประเมินที่ได้จากแบบสอบถามทำให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยต้องมุ่งสู่ผลแห่งความสำเร็จของนโยบายให้ได้ เพื่อการพัฒนาาระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอย่างยั่งยืนทั้งหมด 10 ข้อ คือ

- 1) สร้างความตระหนักต่อการเป็นเจ้าของสุขภาพของประชาชน
- 2) การสร้างระบบแกนนำส่งเสริมสุขภาพในครอบครัว
- 3) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน และความเข้าใจต่อเส้นทางชีวิตสุขภาพ
- 4) การสนับสนุนงานคลินิกหมอครอบครัว
- 5) การจัดการคัดกรองและตรวจสุขภาพเชิงรุกเพื่อเพิ่มการป้องกันโรค
- 6) การบูรณาการภาคส่วนต่างๆ ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพชุมชนโดยผ่านงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 7) การบริหารรูปแบบสื่อและมีเดียในการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
- 8) การจัดหลักสูตรอบรมให้บุคลากรสุขภาพสู่ความเป็นวิทยากรมืออาชีพ
- 9) การส่งเสริมการนำรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ
- 10) การสร้างระบบประกันชีวิตแบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จากข้อเสนอแนะทางนโยบายดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนต้องเริ่มจากการที่ประชาชนมีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพ แล้วส่งต่อสู่ครอบครัว ชุมชน และประเทศ โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการกำหนดนโยบายจากภาครัฐ และการขับเคลื่อนนโยบายภายใต้การบริหารจัดการของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เมื่อการดำเนินการตามข้อเสนอทั้ง 10 ข้อนี้สัมฤทธิ์ผล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในระดับชุมชน จะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแท้จริง



กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษากลุ่มฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายท่าน คณะนักศึกษากลุ่มที่ 8 ขอขอบพระคุณคณะอาจารย์ประจำหลักสูตรทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือท่านอาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล นายแพทย์วิริยะ เฟื่องจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กรุณาให้ข้อชี้แนะอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษารายงานของคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ตลอดจนนายยกองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานประจำหลักสูตรที่ช่วยในการอำนวยความสะดวกในการจัดทำเอกสารตามรูปแบบ ขอขอบคุณ ดร.ประเสริฐ ประสมรัักษ์ อาจารย์จากมหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้ข้อเสนอแนะในการสืบค้นข้อมูลและตรวจทานเครื่องมือ ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่งานวิจัยและพัฒนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญที่ช่วยในการรวบรวมข้อมูลประกอบการศึกษา และอีกหลายท่านที่มีได้กล่าวนามในที่นี้

กลุ่มวิชาการที่ 9

โมเดลระบบอภิบาลการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์



บทนำ สื่อสังคมออนไลน์ (social media) กลายเป็นช่องทางการสื่อสารที่มีบทบาทอย่างมากในสังคมไทยปัจจุบัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการสื่อสาร จากการสื่อสารแบบทางเดียว (one-way communication) ไปเป็นการสื่อสารแบบโต้ตอบ (web communication) ส่งผลให้ข้อมูลแพร่กระจายออกไปอย่างกว้างขวาง และรวดเร็ว ทำให้เกิดผลกระทบได้ทั้งทางบวกและทางลบต่อสังคมไทย ข้อมูลสุขภาพเป็นข้อมูลที่ได้รับการสื่อสารผ่านช่องทางนี้มากที่สุด ปัจจุบันมีหน่วยงานหลายภาคส่วนเข้ามาร่วมกันแก้ไข้ปัญหา แต่การดำเนินงานยังเป็นไปอย่างกระจัดกระจาย ไร้พลัง ไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งกฎหมายที่บังคับใช้ในปัจจุบัน ก็ไม่ครอบคลุมเพียงพอ และไม่ทันต่อภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์ เพื่อ (1) สร้างโมเดลระบบอภิบาลการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ (2) จัดทำข้อเสนอแนะโมเดลระบบอภิบาลการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผ่านการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ (1) ศึกษาข้อมูลเอกสาร (documentary research) (2) จัดเวทีเสวนา (seminar) 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ควบคุมกำกับ (regulator) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการเผยแพร่ข้อมูล (distributor) และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ผลิตข้อมูลสุขภาพ (information provider) (3) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้มีประสบการณ์ตรงในเรื่องการบริหารจัดการการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ และ (4) วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา กระบวนการจัดการข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์แปรตามประเภทของข้อมูลซึ่งมี 4 ประเภท โดยแบ่งตามความถูกต้องและความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดการ ได้แก่ **“ข้อมูลเชิงถูก”** คือ ข้อมูลที่ถูกต้องมีประโยชน์แต่ไม่ค่อยได้รับความสนใจและไม่แพร่หลายควรจะต้องจัดการให้มีการเผยแพร่ให้มากขึ้นอย่างเป็นระบบ **“ข้อมูลเชิงผิด”** คือ ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ไม่เป็นที่สนใจ อาจจะถูกเผยแพร่ออกไปในวงแคบ แต่ยังไม่เกิดปัญหาต่อสังคม ยังไม่จำเป็นต้องจัดการแก้ไขแบบทันที **“ข้อมูลร้อนถูก”** คือ ข้อมูลถูกต้อง มีประโยชน์ และเป็นที่น่าสนใจในสื่อสังคมออนไลน์ ถูกเผยแพร่ส่งต่อกันอย่างรวดเร็ว ควรได้รับการสนับสนุนให้ถูกเผยแพร่ต่อไปอย่างกว้างขวางหรือมีระบบในการรับรองความถูกต้องเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงต่อไป **“ข้อมูลร้อนผิด”** คือ ข้อมูลเท็จหรือข้อมูลเกินจริง และเป็นข้อมูลที่ไม่ได้รับความสนใจเผยแพร่อย่างกว้างขวางในสื่อออนไลน์ จำเป็นต้องมีระบบแก้ไขความเข้าใจผิดอย่างรวดเร็วทันการ นอกจากนี้ หากเป็นข้อมูลร้อนผิดที่มีผู้ตั้งใจสร้างขึ้นเพื่อหลอกลวงและแสวงหาผลประโยชน์ด้วยจัดว่าเป็น **“ข้อมูลพิษ”** จำเป็นต้องรีบแก้ไขความเข้าใจผิดโดยเร่งด่วน และบังคับใช้กฎหมายเพื่อติดตามจับกุมดำเนินคดี

ระบบอภิบาลข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ที่มีอยู่ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดและควรพัฒนาเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้ (1) ขาดการอภิบาลเชิงระบบอย่างมีบูรณาการ (2) ขาดระบบที่มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังข้อมูลร้อน (3) ขาดระบบที่มีประสิทธิภาพในการหาคำตอบเพื่อตอบสนองต่อประเด็นข้อมูลร้อน (4) ขาดการเสริมพลังในการบูรณาการการทำงานของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (5) ขาดระบบพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนมีทักษะรู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพและรู้เท่าทันสื่อ และ (6) ขาดประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย

สรุป ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิด “ธรรมาภิบาล (good governance)” คณะผู้ศึกษาวิจัยเสนอ “โมเดลระบบอภิบาลการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์” โดยในเบื้องต้นให้มีองค์ประกอบของผู้เกี่ยวข้องและหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. “องค์กรประสานงานกลาง” ทำหน้าที่เป็น network เชื่อมประสานการทำงานจากทุกภาคส่วนมาร่วมกันทำงาน (เป็นงานในลักษณะ coordinator หรือ ทำหน้าที่เป็น network of network)

2. “หน่วยอัจฉริยะภาครัฐ (government intelligence unit)” ทำหน้าที่ (ก) เฝ้าระวังเชิงรุก (proactive surveillance) ติดตามดูสถานการณ์ประเด็นสุขภาพที่แพร่หลายในสังคมออนไลน์ (ข) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพ (verification) และ รุกหาคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ผลิตข้อมูลสุขภาพอย่างรวดเร็ว (ค) สร้างคลังข้อมูลสุขภาพระดับประเทศที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถอ้างอิงได้และเข้าถึงง่าย (ง) เผยแพร่ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องออกสู่สังคมอย่างกว้างขวาง โดยอาศัยเครือข่ายต่างๆมาร่วมด้วยช่วยกันดำเนินงาน ในหลักการใช้น้ำดีไล่น้ำเสีย

3. “หน่วยอัจฉริยะภาคประชาชน (non-government intelligence unit)” ทำหน้าที่ช่วยเฝ้าระวังเชิงรุก (proactive surveillance) ในฐานะภาคประชาชน จัดให้มีการรายงานข้อค้นพบไปยังหน่วยอัจฉริยะภาครัฐอย่างรวดเร็ว (proactive report) และให้มีการนำคำตอบจาก intelligence unit ภาครัฐมาเผยแพร่อย่างรวดเร็วและกว้างขวางต่อไป ตลอดจนสนับสนุนการสร้าง platform เพื่อรองรับเครือข่ายอาสาสมัครที่จะมาช่วยเฝ้าระวังข้อมูลที่เผยแพร่ในสื่อสังคมออนไลน์ต่อไป

นอกจากนี้ในขั้นตอนถัดไปยังต้องการหน่วยงานมารับผิดชอบอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในอีก 3 หน้าที่คือ (1) การพัฒนาให้ประชาชนมีทักษะรู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพและรู้เท่าทันสื่อ (2) การเฝ้าติดตาม จับกุม ดำเนินคดีกับผู้ตั้งใจเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพอันเป็นเท็จ เพื่อผลประโยชน์แอบแฝง และ (3) การพัฒนาศักยภาพองค์กรภาคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการสื่อสารข้อมูลในสื่อสังคมออนไลน์

ข้อเสนอแนะ คณะผู้ทวิวิจัยจะนำเสนอโมเดลนี้ต่อ “กองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์” ให้ทำหน้าที่เป็นองค์กรประสานงานกลางเพื่อเชื่อมให้ภาคส่วนต่างๆ มาร่วมกันทำงาน และให้ทุนสนับสนุนการจัดตั้งและการดำเนินงานของ intelligence unit ภาครัฐและภาคประชาชน ตลอดจนการจัดหาหน่วยงานที่จะมารับผิดชอบหน้าที่เหล่านี้ ซึ่งอาจจะเป็นหน่วยงานเดิมในระบบปัจจุบัน หรือจัดตั้งหน่วยงานใหม่ นั้นจะต้องมีการอภิปรายเพิ่มเติมในการนำเสนอ

คณะผู้วิจัย	1. นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธ์	2. นพ.ดำรงศักดิ์ ประพุทธพิทยา	3. นส.ช่อผกา วิริยานนท์
	4. นส.นภัส เปาโรหิต	5. ดร.นพ.บัณฑิต ศรีไพศาล	6. พญ.ปริศนา สุชีพจน์
	7. นางพรทิพย์ วนาพิทักษ์	8. ศ.พญ.มณี รัตนไชยานนท์	9. ทพ.อนุศักดิ์ คงมาลัย
	10. นส.สวิตตา นาคะนคร	11. นายอดิศักดิ์ ลิ้มปรุ่งพัฒนกิจ	12. นพ.อธิวัฒน์ น้อยประสิทธิ์
	13. รศ.ดร.นพ.ยงยุทธ ศิริวัฒนอักษร	14. พ.อ.(พิเศษ)รศ.นพ.มหัทธนา กลมศิลป์	15. พญ.อุบลวัฒน์ จรูญเรืองฤทธิ์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ศ.นพ.ประวิตร อัครวานนท์		

Abstract (9)

Governance Model for Online Health Communication in Thailand



Introduction: The web and social media are no doubt very important means of health communication throughout Thailand. Health communication has shifted from the one-way communication method to the multi-outlet method by means of the World Wide Web, in which information is distributed rapidly and widespread.

Health communication is the most widely available kind of information online, with many sources to choose from. This phenomenon had both positive and negative impact on Thai society. Actions to rectify such situation are attempted by various sectors. Unfortunately, they are often scattered, inefficient, inconsistent, and not powerful enough. Moreover, the current applicable laws has shortcomings and is not up-to-date for the rapidly, continuous changing circumstances within Thai society.

Objective: To (i) establish a model for systematically providing health communication on the cyber space; and (ii) provide further input and suggestions on how to build upon the good governance system and make health communication more efficient.

Methods: This involves four steps: (i) documentary research; (ii) three special seminars organized for the regulator, distributor, and information provider groups; (iii) in-depth interviews with those who have direct experience in managing health communication through online and social media outlets; (iv) assembling and analysis of information.

Results: The process of managing health communication online varies according to the type of information - which is divided into 4 categories based on the popularity and accuracy of the topics: (i) **“accurate inactive data”** is accurate information but rarely gets attention it should be managed to increase the attractiveness; (ii) **“inaccurate inactive data”** is inaccurate information and rarely gets attention a prompt response is not necessary as it is not seen as a big threat to society; (iii) **“accurate hot data”** is accurate useful information and gets tremendous social media attention it should be endorsed and facilitated further distribution by governing bodies; and (iv) **“inaccurate hot data”** is inaccurate, wrong, or outdated information, and is widely available on the cyber space. It may be harmful; therefore it is imperative to find a quick solution. In addition, if this false information is intended to deceive as a means of personal benefit, it is classified as **“toxic information”**, and is against the law. For these cases, those accountable must be prosecuted and held accountable to the fullest extent of the law.

With all that said, it is obvious that the available healthcare information online is very problematic - and even scarce in many areas. The following issues need to be further looked into

and fixed: (i) lack of an integrated system regarding online health communication; (ii) lack of effective and systematic monitoring “hot data”; (iii) lack of effective system in responding to “hot data” issues; (iv) lack of manpower and support relating to the principal health issue; (v) lack of a systemized educating of the public on healthcare and current medical advancements; and (vi) lack of proper enforcement of laws and prosecution of offenders.

Conclusion: By applying the concept of “good governance”, the authors propose a “Governance Model for Online Health Communication in Thailand” - with those involved guided by the following principles:

I. **“Networks Coordinating Center”** - a virtual organization in which all sectors/ institutions/ authorities can work together as a network of networks.

II. **“Government Intelligence Unit”** - with the responsibility of (a) proactive surveillance, meaning, to follow-up and oversee current events, prevalent issues, and news regarding healthcare that is trending online; (b) verify the validity of health information by seeking out confirmation from reputable medical organizations; (c) create and maintain a national health archive, which is reliable and easily accessible by the public; (d) provide correct and accurate healthcare information to the public, while weaning out the false or inaccurate healthcare information.

III. **“Non-Government Intelligence Unit”** - with the responsibility of the proactive surveillance of health communication within the public. This unit has the responsibility of providing proactive reports, as well as disseminating answers from the Government Intelligence Unit, quickly, efficiently, and continuously to the public, as well as building a platform in ridding the online world of false and harmful healthcare information.

In addition, certain actions are needed in making sure that the following three obligations are met: (i) establishing educational routes for the public regarding healthcare and current medical advancements; (ii) pursuing prosecution for those who deliberately publish and distribute false healthcare information; and (iii) developing an integrated online system regarding online health communication.

Suggestion: The present project, “Governance Model for Online Health Communication in Thailand”, is to be presented with the main goal of establishing the Networks Coordinating Center, with both the accompanying Government Intelligence Unit and Non-Government Intelligence Unit. The proper organization to take charge of the Networks Coordinating Center is still needed further discussion as it can be either a novel organization or the existing ones.

บทสรุปผู้บริหาร #9 โมเดลระบบอภิบาลการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์

วัตถุประสงค์ เพื่อ

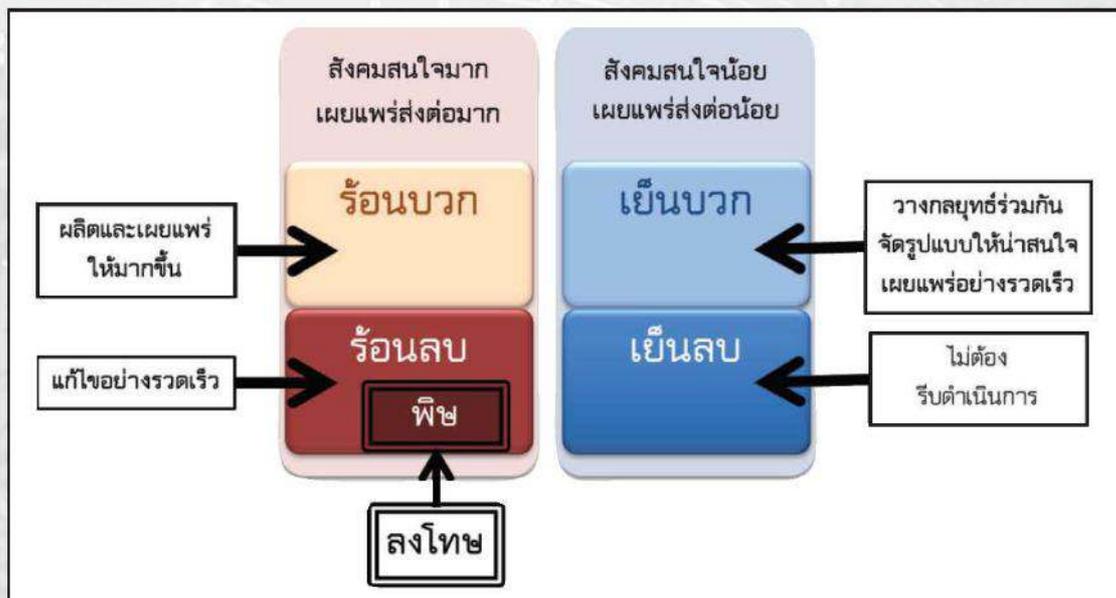
1. สร้างโมเดลระบบอภิบาลการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์
2. จัดทำข้อเสนอแนะโมเดลระบบอภิบาลการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผ่านการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ

1. ศึกษาข้อมูลเอกสาร (documentary research)
2. จัดเวทีเสวนา (seminar) 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ควบคุมกำกับ (regulator) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการเผยแพร่ข้อมูล (distributor) และกลุ่มผู้ผลิตข้อมูลสุขภาพ (information provider)
3. ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้มีประสบการณ์ตรง
4. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

คณะผู้ศึกษาวิจัยได้จัดประเภทข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ ตามความถูกต้องของข้อมูลได้เป็น 4 ประเภท ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1. การจัดประเภทข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์

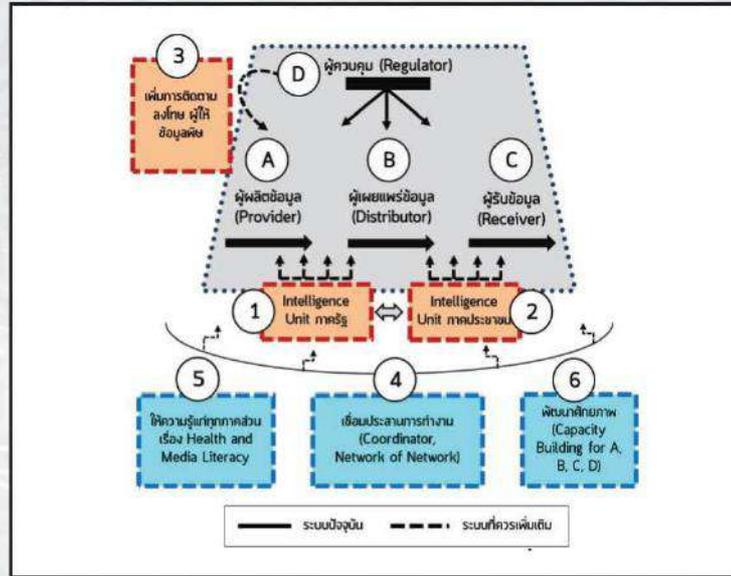
ร้อน คือ ข้อมูลที่สังคมสนใจมากและเผยแพร่ส่งต่อมาก เย็น คือ ข้อมูลที่สังคมสนใจน้อย เผยแพร่ส่งต่อน้อย บวก คือ ข้อมูลที่ถูกต้อง ลบ คือ ข้อมูลที่ผิด พิษ คือ ข้อมูลที่มีผู้จงใจสร้างขึ้นเพื่อหลอกลวงและเผยแพร่เพื่อแสวงหาผลประโยชน์

วิเคราะห์ช่องว่างระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ พบว่าปัญหาการส่งข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องอย่างแพร่หลายในสื่อสังคมออนไลน์ (หรือที่เรียกว่าแชร์มั่ว) นั้นเกิดจาก

1. ขาดการมองภาพรวมและการอภิบาลเชิงระบบ
2. ขาดระบบการเฝ้าระวังภาพรวมทั้งโดยภาครัฐและโดยภาคอื่นๆ
3. ขาดระบบการหาคำตอบเพื่อตอบสนองต่อประเด็นปัญหาที่รวดเร็วเพียงพอ

4. ขาดการเสริมพลังระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
5. ประชาชนขาดความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และทักษะรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)
6. ขาดประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย

รูปที่ 2 โมเดลระบบอภิบาลการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์



กรอบแนวคิด “โมเดลระบบอภิบาลการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์”

ระบบปัจจุบันอยู่ในพื้นที่สีเทา ประกอบด้วย

A = ผู้ผลิตข้อมูล, B = ผู้เผยแพร่ข้อมูล, C = ผู้รับข้อมูล, D = ผู้ควบคุม

ระบบที่ควรจะมีเพิ่มเติมได้แก่

1 = Intelligence Unit ภาครัฐ, 2 = Intelligence Unit ภาคประชาชน, 3 ระบบติดตาม ลงโทษ,

4 = หน่วยประสานงานกลาง, 5 = ระบบให้ความรู้ Health and Media Literacy, 6 = ระบบเพิ่มศักยภาพให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง

คณะผู้ทำการวิจัยมีแผนนำเสนอโมเดลระบบอภิบาลการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ให้กับกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ เพื่อให้รับเป็นองค์กรกลาง (Networks Coordinating Center) ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำงานจากทุกภาคส่วน โดยพิจารณาดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. กองทุนฯ เป็นเจ้าภาพจัดการทดสอบใช้โมเดล โดยจัดประชุมเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิ และนักวิชาการ
2. กองทุนฯ สนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดตั้งหน่วยวิจัยระดับภาครัฐและนอกภาครัฐ
3. กองทุนฯ ร่วมมือกับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จัดกระบวนการให้เกิดมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในการผลักดันนโยบายอภิบาลระบบการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประเวศ วะสี อธิการบดี อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี คณะผู้ศึกษาตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการวิจัยนี้

กลุ่มวิชาการที่ 10

การเตรียมบุคลากรเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารโรงพยาบาลระดับ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การเตรียมความพร้อมของผู้บริหารโรงพยาบาล (ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการ) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีธรรมาภิบาลอย่างครบถ้วน เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการเพิ่มคุณภาพของการบริการแก่ประชาชน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดระบบฝึกอบรมแก่แพทย์ที่จะเข้ารับตำแหน่งผู้บริหารติดต่อกันมาหลายปีอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่เคยมีการประเมินประสิทธิภาพของระบบการฝึกอบรม ความพอเพียง และความต้องการของผู้รับการอบรม

วัตถุประสงค์ ศึกษาความมั่นใจ การเตรียมความพร้อม และความต้องการฝึกอบรมของผู้บริหาร โรงพยาบาล ตามหลักธรรมาภิบาลเมื่อเริ่มหรือก่อนเข้ารับตำแหน่งผู้บริหาร ของแพทย์ในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข
วิธีการวิจัย เป็นการสำรวจแบบ cross sectional study โดยใช้แบบสอบถามส่งไปยังผู้บริหารโรงพยาบาล (ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์) ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 112 โรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่ 30 เมษายน 2560 แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 6 หมวด ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนตัว 2) ความมั่นใจและการเตรียมพร้อมเพื่อเป็นผู้บริหารโรงพยาบาล 3) เรื่องที่เป็นอุปสรรคในการทำหน้าที่ผู้บริหารและความต้องการการอบรมเพิ่มเติม 4) ประสิทธิภาพการอบรมที่ผ่านมา 5) เวลาที่เหมาะสมในการอบรมด้านบริหาร ความเห็นต่อการอบรมด้านบริหารแก่นักศึกษาแพทย์ 6) ข้อเสนอแนะต่อกระทรวง

ผลการวิจัย มีโรงพยาบาลตอบแบบสำรวจทั้งสิ้น 75 โรงพยาบาล จากแบบสำรวจที่ส่งทั้งสิ้น 112 โรงพยาบาล หรือเท่ากับ ร้อยละ 67 ของโรงพยาบาลทั้งหมดในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตอบแบบสอบถามอย่างถูกต้องทั้งสิ้น 118 ราย เป็นผู้อำนวยการ 58 ราย รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 60 ราย อายุเฉลี่ย 51.5 ± 15 ปี เมื่อเข้ารับตำแหน่งผู้บริหาร มีผู้บริหารเพียง ร้อยละ 52.5 ที่มีความมั่นใจระดับมาก ร้อยละ 38.4 ระดับปานกลาง และร้อยละ 10.1 ระดับไม่มั่นใจ ผู้บริหารมีความเห็นว่า การเตรียมความพร้อมของกระทรวงอยู่ในระดับมาก ปานกลาง และ น้อยเท่ากับ ร้อยละ 55.9 ร้อยละ 34.7 และ ร้อยละ 9.3 ตามลำดับ เรื่องที่เป็นอุปสรรคมากที่สุดเมื่อเริ่มทำงานบริหารคือ การบริหารการเงินและงบประมาณ ตามด้วยการจัดการพัสดุ การบริหารทรัพยากรบุคคล การบริหารระบบสารสนเทศ และการบริหารจัดการนวัตกรรม ตามลำดับ เรื่องที่ต้องการให้มีการอบรมมากที่สุดคือ การบริหารการเงินและงบประมาณ เรื่องที่ไม่มีผู้บริหารแสดงความต้องการรับการอบรมเลยคือ การพัฒนาระบบงาน ผู้บริหารส่วนใหญ่จะเข้ารับการอบรมที่กระทรวงเป็นผู้จัดให้เท่านั้น การรับการอบรมในสถาบันนอกกระทรวงสาธารณสุขมีน้อยมาก อย่างไรก็ตามพบว่า มีผู้บริหารจำนวน ร้อยละ 32 ร้อยละ 30 และร้อยละ 36 ไม่เคยเข้ารับการอบรมในหลักสูตรระยะยาว (> 60 วัน) หลักสูตรระยะกลาง (30-60 วัน) และระยะสั้น (< 30 วัน) ตามลำดับ มีผู้บริหารร้อยละ 8.5 ที่ไม่เคยเข้ารับการอบรมได้เลย มากกว่า ร้อยละ 95 ของผู้บริหารมีความเห็นว่า ควรมีการอบรมด้านการบริหารแก่แพทย์ ในช่วงตั้งแต่เริ่มทำงานในโรงพยาบาลจนถึงเริ่มรับงานบริหาร ควรเริ่มก่อนการเข้ารับตำแหน่งผู้บริหาร และมีความเห็นว่า การอบรมการบริหารโรงพยาบาลให้แก่แก่นักนิสิตศึกษาแพทย์น่าจะจะมีประโยชน์ ร้อยละ 49.2 อาจมีประโยชน์ ร้อยละ 39 และไม่มีประโยชน์ ร้อยละ 7.6 ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมระยะยาวหรือระยะกลางที่ได้รับ กับความรู้อันมั่นใจหรือการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับตำแหน่งบริหาร

สรุป ผู้บริหารจำนวนมากยังขาดความมั่นใจและเห็นว่าการเตรียมความพร้อมโดยกระทรวงยังไม่เพียงพอ การอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้บริหารมีอยู่อย่างจำกัดและอาจไม่ทั่วถึง ผู้บริหารส่วนใหญ่มีความเห็นว่าควรเริ่มมีการอบรมตั้งแต่บรรจุเข้าทำงานไปจนถึงเริ่มทำงานบริหาร แต่ควรก่อนได้รับคัดเลือกเข้ารับตำแหน่งผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการ ผู้วิจัยมีความเห็นว่ากระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรทบทวนระบบการพัฒนาผู้บริหาร และควรมีการจัดการอย่างเป็นระบบอย่างทั่วถึง เพื่อให้ได้ผู้บริหารที่มีธรรมาภิบาล และมีความสามารถสอดคล้องกับความต้องการจำเป็นและนโยบายของกระทรวง

คณะผู้วิจัย	1. ศ.นพ.สมนึก ดำรงกิจชัยพร	2. น.อ.(พิเศษ)หญิง จินตนา มโนรมย์กัทรสาร	3. นพ.ชัยพร สุชาติสุนทร
	4. พ.อ.(พิเศษ) นพ.นิรุฒนันท์ ฤกษ์กุล	5. นางดวงใจ นาคินทร์ ใจจันทร์เดือน	6. พล.ต.ท.ดร.ประสิทธิ์ ท้าดี
	7. ดร.พิมพ์ทองนงค์ สีนภัทรบดี	8. นางปิยสิการณี เบญจรัถมิสุข	9. นพ.ภราดร มงคลจาตุรงค์
	10. พญ.วรัทพร สิทธิจัญญู	11. นพ.วิสุทธิ์ พิทักษ์สิทธิ์	12. นพ.ศุคนธ์ คำวิชัย
	13. นางอารีรัตน์ เลหาพล	14. ศ.ดร.สุชัชวีร์ สุวรรณสวัสดิ์	

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร

Abstract (10)

Preparation of New Executives for Public General Hospitals



Preparation of new executives with good governance is essential for providing good healthcare services in public hospitals. The Ministry of Public Health has set up a few programs for executive development for several decades. However, the effectiveness and adequacy of those programs have never been evaluated

Objectives: To evaluate the preparation programs, training needs, and the confidence of new hospital executives (directors and deputy director).

Methods: A cross sectional survey by using questionnaire was performed between February 1st and March 30th 2017. The questionnaire consisted of 6 parts, including 1) personal data, 2) development programs and confidence in acquiring executive positions, 3) major obstacles and training needs for new executives, 4) the appropriate time for hospital management training and 5) suggestion to the Ministry of Public Health. The questionnaires were sent by mail to all hospital directors and deputy directors under the authority of The Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health.

Results: Among 112 hospitals under the authority of The Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 75 hospitals, or 67%, participate in this study. There were 118 executives, 58 directors and 60 deputy directors, submitted the questionnaires. At the time of acquiring new executive positions, 52.5%, 38.4%, and 10.1% of them had high, moderate, and low confidence in performing their duties. There were 55.9%, 34.7% and 9.3% of executives considered the development programs for hospital management and leadership provided by the Ministry of Public Health were well adequate, moderately adequate, and inadequate; respectively. The most concerned and having limited skill was financial management, follow by procurement management, human resource management, hospital informatics, and innovation management, respectively. The training in hospital finance was the highest demand, but no one considered the training for operation improvement was needed. There were 32%, 30%, and 36% of executives had never got training in long (> 60 days), intermediate (30-60 days), and short (< 30 days) courses, respectively. Most executives got their training only in the programs provided by the Ministry of Public Health. There were 8.5% of executives that never got training in any management programs. Considering the optimal time to get hospital management training, 95% of executives suggested to starting early, from being new clinicians to start performing administrative works. The training should be provided long before acquiring executive positions. Regarding initiation of hospital management program in medical school, 49.2%, 39%, and 7.6% of executives considered useful, may be useful, useless; respectively. There was no correlation between training experience in long or in intermediate courses of hospital management and the confidence or feeling of well preparation to be executives.

Conclusion: A high number of hospital executives was lack of confidence in performing hospital administration and considered the executive development programs provided by the Ministry of Public Health were inadequate. Most executive suggested hospital management training should be provided early in career, long before acquiring executive positions. We, therefore, suggest that The Ministry of Public Health should revise the current executive development programs in order to nurture adequate number of competent and good governance executives to effectively execute high quality healthcare service and national health policy.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร #10 การเตรียมบุคลากรเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

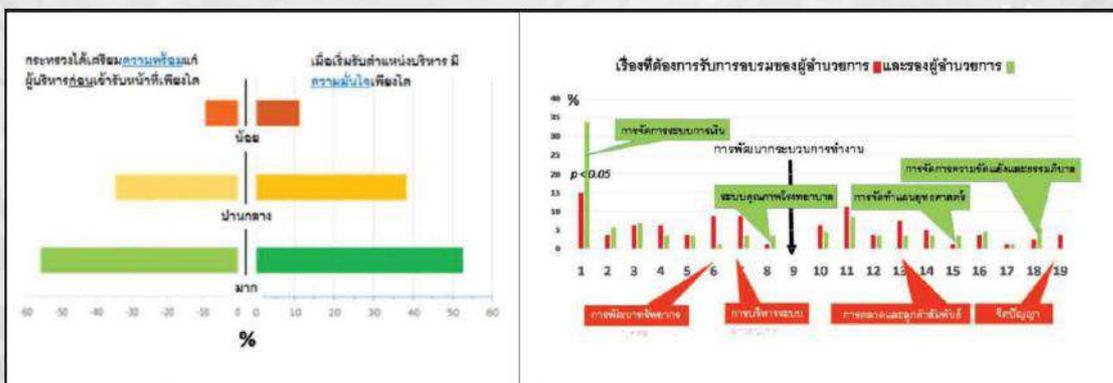


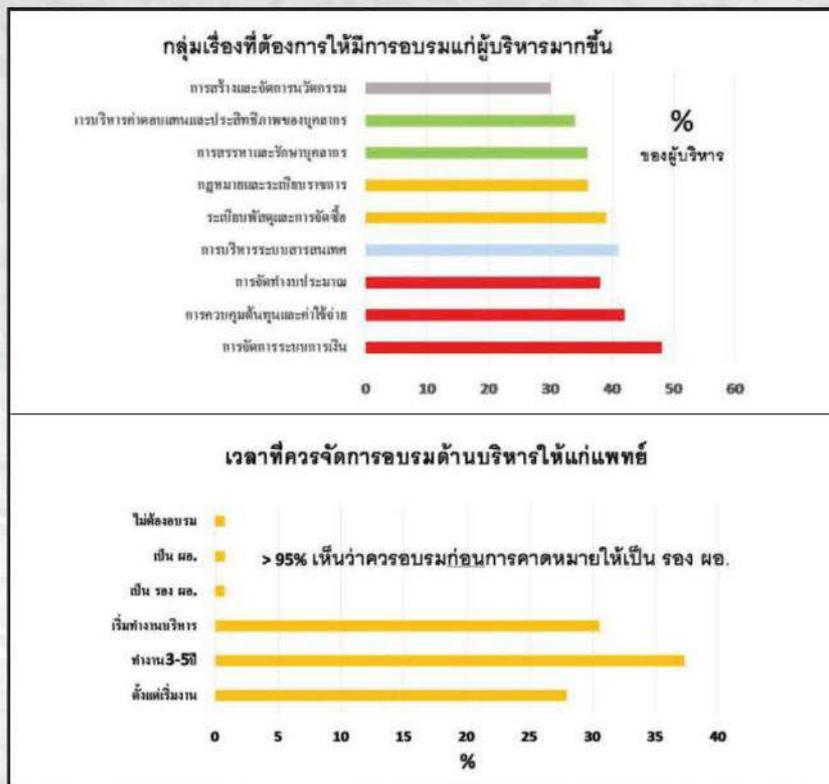
วัตถุประสงค์ สำรวจการเตรียมความพร้อมและความต้องการฝึกอบรมของผู้บริหารโรงพยาบาล ตามหลักธรรมาภิบาลเมื่อเริ่มหรือก่อนเข้ารับตำแหน่งผู้บริหารในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการวิจัย ใช้แบบสอบถามส่งไปยังผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการ ในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 112 โรงพยาบาล แบบสอบถามประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่

- 1) ข้อมูลส่วนตัว
- 2) ความมั่นใจและการเตรียมพร้อมเพื่อเป็นผู้บริหารโรงพยาบาล
- 3) เรื่องที่เป็นอุปสรรคในการทำหน้าที่ผู้บริหารและความต้องการการอบรมเพิ่มเติม
- 4) ประสบการณ์การอบรมที่ผ่านมา
- 5) เวลาที่เหมาะสมในการอบรมด้านบริหาร
- 6) ข้อเสนอแนะต่อกระทรวง

ผลการวิจัย มีผู้ตอบแบบสำรวจทั้งสิ้นจาก 75 โรงพยาบาล หรือเท่ากับ ร้อยละ 67 ของโรงพยาบาลทั้งหมดในสังกัดของสำนักงานปลัด เรื่องที่เป็นอุปสรรคมากที่สุดเมื่อเริ่มทำงานบริหารคือการบริหารการเงินและงบประมาณ ตามด้วย การจัดการพัสดุ การบริหารทรัพยากรบุคคล การบริหารระบบสารสนเทศ และการบริหารจัดการนวัตกรรมตามลำดับเรื่องที่ไม่มีความต้องการรับการอบรมเลยคือ การพัฒนาระบบงาน ผู้บริหารส่วนใหญ่จะเข้ารับการอบรมที่กระทรวงเป็นผู้จัดให้เท่านั้น การรับการอบรมในสถาบันนอกกระทรวงสาธารณสุขมีน้อยมากมีผู้บริหารจำนวน ร้อยละ 32 ร้อยละ 30 และร้อยละ 36 ไม่เคยเข้ารับการอบรมในหลักสูตรระยะยาว (> 60 วัน) หลักสูตรระยะกลาง (30-60 วัน) หรือระยะสั้น (< 30 วัน) ตามลำดับ มากกว่า ร้อยละ 95 มีความเห็นว่าการควรมีการอบรมด้านการบริหารแก่แพทย์ในช่วงตั้งแต่เริ่มทำงานในโรงพยาบาลจนถึงเริ่มรับงานบริหารควรเริ่มก่อนการเข้ารับตำแหน่งผู้บริหาร การอบรมการบริหารโรงพยาบาลให้แก่นักศึกษาแพทย์น่าจะมีประโยชน์ (ร้อยละ 49.2) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมระยะยาวหรือระยะกลางที่ได้รับมาในอดีต กับความพร้อมก่อนเข้ารับตำแหน่งบริหาร





สรุป เมื่อเริ่มรับหน้าที่ผู้บริหารจำนวนมากยังมีความไม่มั่นใจในการเป็นผู้บริหาร การเตรียมความพร้อมโดยกระทรวงอาจไม่เพียงพอผู้บริหารส่วนใหญ่รับการอบรมเฉพาะที่จัดโดยกระทรวงการอบรมระยะสั้น ส่วนใหญ่จะรับการอบรมเพียง 1-2 เรื่องเท่านั้น การศึกษาในระดับ ป.โท มีน้อยมาก ผู้บริหารจำนวนมากไม่เคยอบรมระยะสั้น เวลาที่เหมาะสมในการให้ความรู้ด้านการบริหารควรเป็นตั้งแต่เริ่มทำงานจนถึงเมื่อเริ่มรับงานบริหาร แต่ควรก่อนรับตำแหน่ง รอง ผอ. หรือ ผอ.

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวง ความต้องการรับการฝึกอบรมหรือพัฒนาของผู้บริหารมีสูงมาก กระทรวงควรจัดการอบรมในลักษณะ formal training แก่บุคลากรมากขึ้นอย่างเป็นระบบ และควรเริ่มตั้งแต่ระยะแรกของ การรับราชการ และจัดเนื้อหาให้ตรงกับความต้องการหรือปัญหาที่ผู้บริหารต้องเผชิญ เพื่อให้ผู้บริหารในระดับต่างๆ สามารถบริหารงานตามแนวทางธรรมาภิบาลได้อย่างสมบูรณ์

กิตติกรรมประกาศ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงประสพศรี อังถาวร อาจารย์ที่ปรึกษา และแพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาให้คำแนะนำที่มีค่าและสนับสนุนให้ผู้บริหารโรงพยาบาลเข้าร่วมในงานวิจัยนี้ และขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลทุกท่านที่โปรดสละเวลาตอบแบบสอบถามและเสนอความเห็นอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยและการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของกระทรวงสาธารณสุขต่อไปในอนาคต

สรุปคำบรรยาย

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 กับธรรมาภิบาลทางการแพทย์ไทย



บรรยายโดย ศาสตราจารย์นายแพทย์เกษม วัฒนชัย ประธานมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2560
ถอดคำบรรยายโดย นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5

1. วิวัฒนาการทางการแพทย์

- ในอดีต 2 แส่นปีก่อน มนุษย์ใช้ชีวิตแบบ hunter gatherer ทิวก็หากิน ต่อมาอีก 1 หมื่นปีให้หลัง เนื่องจากมนุษย์มีหัวแม่มือ ทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเริ่มสะสมอาหาร รู้จักเพาะปลูก ทำให้มีเวลาว่างที่ไม่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการหาอาหาร เกิดการสร้างสรรคงานศิลปะขึ้น

- ในยุคแรก การเห็นสิ่งต่างๆ เป็น pattern (patternicity) เช่น ฤดูกาลที่เปลี่ยนไปในแบบเดียวกันในแต่ละปี คิดว่ามี supernatural agent ที่ทำให้เกิดเหตุต่างๆ ขึ้น (agenicity) ซึ่งต้องมีคนกลางในการติดต่อ ก่อให้เกิดเป็น primitive medicine ที่มีหมอผี (witchcraft doctor) เป็นตัวกลางเพื่อทำให้หายป่วยด้วยการสวดอ้อนวอน มีการสั่งเวทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อของแต่ละกลุ่ม (based on belief) เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจ

- ยุคต่อมา มนุษย์ฉลาดขึ้น มีการสะสมความรู้และมีประสบการณ์มากขึ้น ทำให้เข้าใจโรครักษาไขเจ็บดีขึ้น แพทย์มีความชำนาญ สามารถรักษาโรคหาย โดยการใช้ traditional medicine และมีการพัฒนาจรรยาแพทย์ขึ้นมาควบคู่กัน มีการฝึกแพทย์รุ่นต่อๆ กันไป มีความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับลูกศิษย์ที่พบในประเทศต่างๆ ทั่วโลก เพียงแต่ในทวีปยุโรปมีการบวกรทางการแพทย์ทางวิทยาศาสตร์ ทำให้เข้าสู่ modern medicine ได้เร็วกว่า

ยุคที่ 3 การแพทย์สมัยใหม่ (modern medicine) แนวคิดอยู่บนพื้นฐาน scientific knowledge และ technology

- ช่วงแรก: Stethoscope doctor : patient-based, humanized medicine ยึดผู้ป่วยเป็นหลัก เห็นผู้ป่วยเป็นมนุษย์ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยนานขึ้นมีการซักประวัติและตรวจร่างกายแล้วจึงให้คำวินิจฉัยโรค (provisional diagnosis) ตามหลัก problem-based approach

- ช่วงต่อมา: Ultrasound doctor : technology-based, de-humanized medicine เป็นการใช้เครื่องมือมาช่วยวินิจฉัย และเป็นแบบพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (specialist-centered approach) ทำให้แพทย์และผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันน้อยลง

- คำปฏิญาณ “Hippocratic oath” เป็นคำปฏิญาณของแพทย์ที่ใช้มาจากอดีตจนถึงปัจจุบัน และมีแนวความคิดที่ถ่ายทอดมาเป็นแบบธรรมเนียมจนถึงทุกวันนี้ เช่น ไม่คิดคำรักษาญาติพี่น้องของแพทย์, นักบวช และจากคำพูดที่สำคัญของ Hippocrates

“What you should put first in all practice of your art is how to make the patient well; and if he can be made well in many ways, one should choose the least troublesome.” สิ่งสำคัญอันดับแรกในการประกอบวิชาชีพ ก็คือ ทำอย่างไรจึงจะทำให้คนไข้หายดี และหากมีวิธีทำให้เขาหายดีหลายวิธี ขอให้เลือกรวิธีที่ทำให้คนไข้เดือดร้อนน้อยที่สุด

- “First of all, do no Harm” (physical harm, mental harm, financial harm) ซึ่งแพทย์ต้องตระหนักอยู่เสมอ

- พระบรมราโชวาท พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2508 “การบำบัดทุกข์ของเพื่อนมนุษย์ผู้เจ็บป่วย โดยไม่เลือกบุคคลและไม่เห็นแก่อำภิส เป็นทั้งหน้าที่ วินัย และอุดมคติของแพทย์ ขอให้นักศึกษาผู้จะบำเพ็ญตนเป็นแพทย์ต่อไป จงนึกถึงหน้าที่ของท่านก่อนที่จะคิดจะแสวงหาลาภ ยศ สรรเสริญ”

- ทางเลือกสำหรับการรักษาพยาบาลของประชาชนในชนบทที่ห่างไกล
 - คนไข้ไปหาหมอ: คนไข้ร่ำรวย-ไม่มีปัญหา แต่ คนไข้ยากจน-ไม่มีทาง
 - หมอไปหาคนไข้: หมอเมืองหลวง > ไปจังหวัด หมอจังหวัด > ไปชนบท ถ้าทำได้จะเป็นผลดีต่อทั้งผู้ป่วยที่ด้อยโอกาส และแพทย์ที่อยู่ต่างจังหวัดได้เรียนรู้และได้รับความช่วยเหลือในสิ่งที่ขาด
- สมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า เมื่อครั้งเสด็จประทับที่เกาะสีชัง ได้ทรงเห็นความเดือดร้อนทางการแพทย์ของประชาชน จึงจัดแพทย์หลวงตรวจรักษาให้กับผู้ป่วยเหมือนหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ต่อมาภายหลังได้ทรงตั้งโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้า ณ ศรีราชา และแนวคิดนี้สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีได้นำมาจัดตั้ง พอ.สว. ขึ้น

2. พระมหากษัตริย์กับการพัฒนาการศึกษาของไทย

- รัชกาลที่ 1 ทรงสร้างพระนคร และมีศึกสงคราม เช่น สงครามเก้าทัพกับพม่า เวลาส่วนใหญ่ใช้ในการออกรบนอกพระนคร
 - ช่วงรัชกาลที่ 1, 2, 3 เป็นการฟื้นฟูและบูรณะบ้านเมืองโดยสรุปว่า รัชกาลที่ 1 ทรงทะนุบำรุงศาสนา กำหนดกฎหมายตราสามดวง, รัชกาลที่ 2 ทะนุบำรุงด้านศิลปวัฒนธรรม, รัชกาลที่ 3 เร่งส่งเสริมการค้าขาย
 - รัชกาลที่ 3, 4, 5 เป็นการเปิดความสัมพันธ์กับต่างประเทศ
 - รัชกาลที่ 5 มีสถานการณ์สำคัญที่ต่างประเทศมุ่งหาเมืองขึ้น จึงต้องทรงปรับปรุงประเทศให้มีอารยธรรมทัดเทียมประเทศตะวันตก เช่น ทรงเลิกทาสซึ่งใช้เวลา 31 ปี โดยไม่ต้องเสียเลือดเนื้อ และเลิกไพร่ เปลี่ยนระบบเวียงวังคลังนา เป็นกระทรวง ทบวง กรม มีการตั้งโรงเรียนรองรับการเข้ารับราชการ (ร.ร. เกษตร ร.ร. มหาดเล็กหลวง) ทรงตั้ง ร.ร. สามัญ 3,000 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งพัฒนาจากร.ร.ในวัด แต่ทรงมีความเป็นห่วงเรื่องความรู้และคุณธรรม ซึ่งความรู้กับคุณธรรมจะต้องควบคู่กันไป
 - รัชกาลที่ 9 จากพระราชกระแสของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ดำริว่า หน้าที่ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในฐานะพระเจ้าแผ่นดิน ทรงต้องดูแลราษฎร ในฐานะพลเมือง ทรงเป็นพลเมืองดี เห็นอะไรที่จะทำเพื่อบ้านเมืองได้ก็ต้องทำ ดังนั้นหน้าที่ของประชาชนทุกคน ต้องมีหน้าที่ส่วนตัว และหน้าที่ส่วนรวม ที่เป็นพลเมืองดี (เห็นอะไรที่จะทำให้บ้านเมืองได้ ก็ต้องทำ)
 - ต้องส่งเสริมอบรมให้มีนิสัยประจำชาติไทย “ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ มีน้ำใจ”
 - เมื่อเปรียบการสอน และการอบรม กับต้นไม้
 - การสอน เป็นการทำให้ชูดอกออกผล สร้างทักษะชีวิต ทักษะงาน ความรู้พื้นฐาน ความรู้เฉพาะทาง
 - การอบรม เป็นการทำให้เป็นนิสัย สร้างรากแก้วเกิดความมั่นคงทางด้านคุณธรรม จริยธรรม วัฒนธรรม (มารยาทไทย) ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ และการเป็นพลเมืองดี พระบรมราชาธิราช ร.9: การหัดให้เด็กเป็นคนดี ทำให้ไม่ตกต่ำ
 - รัชกาลที่ 10 ในวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2559 ทรงตอบรับเป็นพระมหากษัตริย์ เพื่อสนองพระราชปณิธานของพระราชบิดาและประโยชน์ของปวงประชาชนทรงมีพระบรมราชาธิราชว่า “ขอให้ทุกคนทำเพื่อบ้านเมืองและประชาชน” ทรงมีพระราโชบายด้านการศึกษา ว่าต้องมุ่งสร้างพื้นฐานให้แก่ผู้เรียน มีทัศนคติที่ถูกต้องแยกถูกผิดได้และไม่ทำสิ่งที่ผิด สร้างพื้นฐานชีวิต (อุปนิสัย) ที่มั่นคงเข้มแข็ง มีอาชีพและมั่งคั่ง และเป็นพลเมืองดี
- จากพระบรมราชาธิราช ของรัชกาลที่ 10 ต้องมีการ
- พัฒนาเด็กและเยาวชน ผ่านกิจกรรมต่างๆ
 - พัฒนาระบบการศึกษา รวมทั้งพัฒนาคุณภาพครู และโรงเรียน (ม.ราชภัฏ ควรทำงานด้านยกระดับการศึกษาและพัฒนาท้องถิ่นที่ตั้งอยู่)
 - พัฒนาคำความรู้และคุณภาพพระสงฆ์ให้เป็นหลักทางใจของประชาชน (ให้พระมีความสำนึกและเป็นประโยชน์ในสังคมไทย)

3. ศาสนากับคุณธรรม

- สมเด็จพระสังฆราช ประทานข้อคิดแก่คณะรัฐมนตรี ขอให้มีความ คีล ปัญญา สามัคคี
- สมเด็จพระสังฆราชให้โอวาทในงานพระราชทานพดุงพระครู เกี่ยวกับหน้าที่พระอธิการว่า ต้องมีหน้าที่รักษาพระธรรมให้มั่น สั่งสอนธรรมะ ถ้ามีอิทธิพลในวัดให้รับรับรับ ดูแลพระในวัดให้มีฐานะตามสมควร
- ท่านพุทธทาส ให้คำสอนว่า สังคมไทยเมื่อปี พ.ศ. 2518 เป็นสังคมแพะ (เหลือที่ติดอยู่น้อยเต็มที) การศึกษาเฟิด (ออกนอกร่องรอยของธรรมะ) ประชาธิปไตยเพื่อ (ให้กิเลสมนุษย์บัญญัติ) ศาสนาพื้น (มีแต่เปลือกปลอมปน) ประเทศชาติฟอน (ตัวนอนไอฟอนประเทศ)
- ไทยผ่านทศวรรษแห่งความมืดมน: พ.ศ. 2547-2557: สังคมไทย ต้นปี พ.ศ. 2557 มีลักษณะวัตถุนิยม บริโภคนิยม ประชานิยม มีโลก-โกรธ-หลง (เหยื่อของการโฆษณาชวนเชื่อทางการเมืองและสินค้า) มีทุจริตคอร์รัปชัน สิ่งที่คนไทยต้องการในการออกแบบประเทศไทย
 - คนไทยรักสามัคคี บ้านเมืองสงบน่าอยู่
 - ประเทศก้าวหน้า เศรษฐกิจแข็งแกร่ง
 - ปราศจากคอร์รัปชัน
 - ความยุติธรรมไม่มีชนชั้น
 - เกษตรกรมีคุณภาพชีวิตดี
 - ประชาชนมีอำนาจเหนือนักการเมือง
 - การศึกษานำไปสู่ปัญญาที่แท้จริง



4. หลักคิดด้านคุณธรรม และธรรมาภิบาล

- คุณธรรม คือ สิ่งกำกับจิตใจให้ปรากฏเป็นพฤติกรรม (คำพูดและการกระทำ) ที่สังคมตัดสินได้ว่า วางอยู่บนความจริง-ความดี-ความงาม
- เครื่องตัดสินคุณธรรม ในระดับต่างๆ
 - ศาสนธรรม: ศาสนาทางการของไทย 5 ศาสนา (พุทธ คริสต์ อิสลาม ฮินดู ซิกข์) มีอุดมการณ์และพิธีกรรมแตกต่างกันออกไป แต่มีหลักศาสนธรรมคล้ายกันใน 3 ข้อ ได้แก่
 1. ยึดมั่นในคำสัตย์จริง
 2. ยกย่องคุณค่าความเป็นมนุษย์
 3. ปราศจากความรัก ความเมตตาแก่กันและกัน
 - จริยธรรม เป็นเครื่องกำหนดความประพฤติที่ฆราวาสบัญญัติขึ้น เพื่อให้สมาชิกปฏิบัติเพื่อความเป็นปกติสุข และเพื่อศักดิ์ศรีของมวลสมาชิก ได้แก่ จริยธรรมทั่วไป และจริยธรรมเฉพาะวิชาชีพ (จรรยาบรรณ)

หน้าที่ผู้บริหาร

- ออกนโยบายให้มีการบัญญัติจริยธรรมทั่วไปสำหรับองค์กรของตน
- ส่งเสริมให้มีการกำหนด และปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับผู้ปฏิบัติงาน
- มาตรการส่งเสริมผู้ประพฤติดี และลงโทษผู้ละเมิด
- นิติธรรม เป็นหลักกฎหมายและข้อบังคับที่เป็นเครื่องมือรัฐ ในการบริหารบ้านเมืองให้เป็นไปด้วยความเที่ยงธรรม ปราศจากการเอารัดเอาเปรียบ และเพื่อความสันติสุข

หน้าที่ผู้บริหาร

- ต้องประพฤติว่าตนเคารพ ปฏิบัติตามและอยู่ใต้กฎหมายเช่นเดียวกับทุกคน
- ต้องรับผิดชอบต่อองค์กรของตนอยู่ในกรอบของกฎหมาย
- ธรรมาภิบาล เป็นเครื่องมือกำหนดความสัมพันธ์ในระดับชั้นต่างๆ ขององค์กร/หน่วยงานทุกประเภท เพื่อให้องค์กร/หน่วยงานเกิดความมั่นคง ยั่งยืน และนำไปใช้ได้ในทุกขนาดองค์กร (เน้นเป้าหมาย: ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เน้นกลไก: ระบบบริหารที่โปร่งใส มีระบบตรวจสอบได้)

โครงสร้างธรรมาภิบาล

- ระดับที่ 1 เจ้าของ กำหนดวัตถุประสงค์
- ระดับที่ 2 คณะกรรมการนโยบาย แปลงวัตถุประสงค์เป็นนโยบายหลัก
- ระดับที่ 3 ผู้บริหาร แปลงนโยบายหลักเป็นแผนยุทธศาสตร์ บริหารองค์กรให้บรรลุวัตถุประสงค์
- ระดับที่ 4 ผู้ปฏิบัติ ปฏิบัติตามแผนงาน โครงการ เพื่อให้บรรลุตามแผนและยุทธศาสตร์

ความรับผิดชอบ (responsibility) พันธะสัญญาที่จะปฏิบัติงานให้องค์กร

ความรับผิดชอบ (accountability) พันธะสัญญาที่จะรับผิดชอบต่อความเสียหาย และความสำเร็จเมื่อเริ่ม

ปฏิบัติงานจนลุล่วง

หน้าที่ผู้บริหาร

- กำหนดให้มีระบบธรรมาภิบาลในองค์กร
- ประเมินประสิทธิภาพของระบบธรรมาภิบาล และมีการแก้ไขปรับปรุงอยู่เสมอ
- เน้นความรับผิดชอบของทุกหน่วยงานย่อย/ทุกคน
- กฎเกณฑ์สังคม เป็นชนบธรรมเนียม ประเพณี มารยาท ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่สมาชิกในสังคมปฏิบัติต่อเนื่อง เพื่อความเป็นหมู่คณะ และความอยู่รอด สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เป็นการสร้างกฎเกณฑ์เฉพาะขององค์กร
- คุณธรรมประจำครอบครัว เป็นหลักคุณธรรมที่แต่ละครอบครัวเห็นคุณค่าและยึดถือปฏิบัติ สั่งสอน ลูกหลานถ่ายทอดสืบๆ กันมา (ครอบครัว คือแหล่งบ่มเพาะชีวิต โดยพ่อแม่ต้องให้ความรู้ สอนความดี และสอนให้ทำงานเป็น)

อุปนิสัยที่พ่อแม่พึงสร้างให้เกิดในลูกหลาน (ตัวอย่างประเทศอังกฤษ)

- Truth รักษาความสัตย์ความจริง
- Honesty มีจิตใจสุจริต
- Fair-play ยึดกฎกติกา
- Duty รักษาหน้าที่
- Consideration of others เอาใจเขามาใส่ใจเรา
- Patience อุตทน
- Kindness มีเมตตา

บทสรุป

1. วิวัฒนาการทางการแพทย์ (Evolution of Medicine)

- Primitive medicine อย่าดูถูกความเชื่อ
- Traditional medicine medical ethics จรรยาบรรณ
- Modern medicine อย่าละเลยการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นมนุษย์

2. พระบรมราโชบายของรัชกาลต่างๆ ในการพัฒนาเด็กไทย และคนไทย ทรงเน้น คุณธรรม พลเมืองดี การช่วยเหลือกันและกัน

3. หลักคิดด้านคุณธรรม

- มีระบบย่อย 7-8 ระบบ ที่มีคุณค่า ควรศึกษาเพื่อเป็นหลักปฏิบัติ
- ในสภาวะสังคมที่เป็นวัตถุนิยม การยึดหลักความพอเพียง (sufficiency) เป็นปัจจัยทำให้เกิดความสุข ไม่เบียดเบียน และยั่งยืน

การแพทย์และสาธารณสุข 4.0

โดย รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร
วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2560 ที่ห้องรัตนโกสินทร์
ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร



ระบบการแพทย์ 4.0 ต้องเห็นภาพชัดเจนว่า อีก 20 ปีข้างหน้า สาธารณสุขของประเทศจะเป็นอย่างไร
ขับเคลื่อนไปได้อย่างไร โดยต้องสอดคล้องกับนโยบายของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้วย ซึ่งต้องรวมทั้งในอีก 5 ปี
และ 10 ปี ข้างหน้าด้วย

ทำไมต้องเป็น 4.0 ? เพราะเราต้องการให้พ้นก้ำกั๊ก

- ไม่มั่นคง กับดักความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้ ของคนจนและคนรวย
- ไม่มั่นคง กับดักประเทศรายได้ปานกลาง อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ ตกลงมาอยู่ที่ระดับร้อยละ 3
เกือบ 20 ปี

- ไม่ยั่งยืน กับดักความไม่สมดุล ละเลยการรักษาสิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อเชิงลบในมิติต่างๆ
เพื่อให้ประเทศไทยมั่นคง (security) สังคมที่ทุก ๆ ภาคส่วนเดินหน้าไปด้วยกัน ไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง
(not leave someone behind) โดยสร้างความอยู่ดีมีสุขทางสังคม สร้างความเป็นปึกแผ่นของคนในสังคม
สร้างหลักประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจสังคม

เพื่อให้ประเทศไทยมั่นคง (prosperity) ระบบเศรษฐกิจที่เน้นการสร้างมูลค่า โดยเน้นความคิดสร้างสรรค์
นวัตกรรม และเทคโนโลยี

เพื่อให้ประเทศไทยยั่งยืน (sustainability) การรักษาสิ่งแวดล้อม และระบบเศรษฐกิจที่ผลิต
คาร์บอนไดออกไซด์ต่ำเต็มรูปแบบ และนำมาใช้ฟื้นฟูเศรษฐกิจในประเทศ โดยไม่เอาทรัพยากรทางธรรมชาติ
มาขายจนหมดป่า และคิดทำสมุนไพรไทยแบบลดต้นทุน ทำเป็นระบบ ไม่ใช่ต่างคนต่างทำ

เดิมประเทศไทยในยุค 3.0 มีอุตสาหกรรมเป็นหลัก ต่อมายุค 4.0 เศรษฐกิจขึ้นอยู่กับการสร้างคุณค่า
(Value based Economy) เหมือนกันในระบบสาธารณสุข

สาธารณสุข 1.0 สุขาภิบาล FP

สาธารณสุข 2.0 Primary Health Care

สาธารณสุข 3.0 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเขตสุขภาพ 12 เขต

สาธารณสุข 4.0 Value Based Healthcare เพื่อก้าวสู่ความมั่นคง ยั่งยืน

ในอนาคต (Future Events)

- สังคมผู้สูงอายุ
- ความเป็นสังคมเมือง

- โลกเชื่อมต่อกันเป็นใบเดียว โดยเฉพาะการค้า ดังนั้นต้องหาตลาดต่างประเทศ
- ผู้ป่วยโรคที่ป้องกันได้ เช่น DM HT ไขมัน สูงขึ้น
- ค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงมากขึ้น
- การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ
- มีความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ

ต้องนำมาสู่การดูแลสุขภาพอย่างคุ้มค่ากับเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ามากขึ้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข อยู่เฉยไม่ได้ ต้องปรับเป็นแผน 20th year MOPH Plan ดังนี้

- วิสัยทัศน์ “เป็นองค์กร หลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” โดยต้องทำทุกภาคส่วน ไม่ใช่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ต้องร่วมมือกัน
- พันธกิจ ต้องสั้น จำได้ มุ่งเป้าหมายเดียวกัน “พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม”
- เป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องไปด้วยกัน ที่มีอยู่ทั่วประเทศ 4 แสนกว่าคน เพื่อดูแลคน 65 ล้าน ต้องทำงานด้วยความสุข
- จะเข้าสู่เป้าหมาย ต้องมียุทธศาสตร์ที่ดี (Excellence Strategies)
 - PP&P excellence : Promotion, Protection, Prevention
 - Service excellence : ดูแลตั้งแต่ในหมู่บ้าน อำเภอ จังหวัด และประสานโรงเรียนแพทย์ และภาคเอกชน ประสานทั้งขาขึ้นและขาลง
 - People excellence : คนต้องเป็นเลิศ เก่งทั้งหน้าที่ และประสบการณ์ ต้องพัฒนาคน
 - Governance excellence : การบริหารจัดการ ด้าน IT การเงิน good governance

ทั้งหมดต้องร่วมกันประสานเป็นจิ๊กซอว์ต่อกัน

การไปสู่ สาธารณสุข 4.0 ต้องใช้ Engine 3 ชั้น

Engine ที่ 1 Inclusion growth engine แก่ความเหลื่อมล้ำ ดังนี้

1.1 Smart citizen คนไทย 4.0 ต้องมี Head Hand Health Heart Hope Happiness Harmony ต้องสร้างตั้งแต่เด็ก โดยต้องการเด็กที่พร้อมในอีก 20 ปี ข้างหน้า จะได้คนไทยที่มีคุณภาพ

1.2 ทำ PP&P : Health Promotion, Disease Prevention, Consumer Protection

1.3 Service excellence จัดทำ PPC (Primary Care Cluster) ซึ่งใน service plan บรรจุไว้เพื่อแก้ปัญหาคนไข้แน่นในโรงพยาบาลโดยตั้งเป้าหมายไว้ว่ามี PPC 1:10000 ทำเป็นทีมทั้งแพทย์ ครอบครัวยุ และทีมงานดูแล เพื่อดูแลโรคบางอย่างที่สามารถทำได้ ไม่ต้องมาโรงพยาบาลใหญ่ และมีระบบส่งต่อที่ดี เช่น ทำ referral system ถึงแม้ว่าจะยังทำไม่ได้ทั้งหมดแต่ค่อยเริ่มทำเป็นหน่วยเล็กๆ ก่อน แล้วปรับแก้ไปเรื่อยๆ (think big, start small, and share the small success and then go along to be big success)

1.4 Financial reform ลดความเหลื่อมล้ำ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่”

EMCO เป็นตัวอย่างที่จะทำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านการเงิน โดยปรับด้านการเงินที่สามารถทดแทนกันได้ โดยการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาใน รพ. ทุกแห่งในทุกสิทธิ เพราะเป็นกฎหมายแล้ว ตาม พรบ.สถานพยาบาลที่ประกาศใช้แล้ว และ refer เข้าสิทธิ ในอีก 72 ชั่วโมง คาดว่าจะเริ่มใช้ประมาณเดือนเมษายน อาจจะมีปัญหาในการปฏิบัติในช่วงแรก แต่ถ้าวางแล้วค่อยปรับแก้หาจุดลงตัวของทุกสิทธิ กองทุนและระบบของโรงพยาบาลเอกชน

1.5 Digital Health ต้องพัฒนาให้เกิดภายในปีนี้ ถึงแม้มีรัฐบาลชุดใหม่แต่ถ้าระบบวางไว้ให้พร้อมก็มาทำงานต่อได้ โดยทำ PHR Personal Health Registration, HIE: Health Information Exchange, Health Data Center

Engine ที่ 2 เพิ่มคุณค่าทางเศรษฐกิจ ได้จาก

2.1 Health & Wellness สร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ ให้ออกมาเป็นรูปธรรม เช่น ผลิตภัณฑ์และอาหารเพื่อสุขภาพ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ศูนย์บำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุ

2.2 Herb สมุนไพรไทยและเครื่องสำอางค์ ที่ต้องส่งเสริมต่อยอด ให้เป็น product champion โดยเน้น โพล กระชายดำ ขมิ้นชัน ใบบัวบก

2.3 Biotech & Biomedical เช่นยา และ vaccine ชีวเภสัชภัณฑ์และผลิตภัณฑ์จาก probiotics ยาปฏิชีวนะสำหรับสัตว์ ต้องสร้างแล้วต้องส่งออกไปอาเซียนด้วยจึงจะคุ้มค่า

2.4 Healthtech & Meditech: Smart Medical Device and Robotics

Engine ที่ 3 การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (Green Growth Engine)

3.1 ทุกโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ต้องเป็น clean and green hospital

3.2 Food Safety ใช้อาหาร organics

ทั้งหมดเป็น engine ในการขับเคลื่อนที่ดำเนินไปด้วยกัน บนพื้นฐาน infrastructure ที่ดี ที่เกี่ยวกับ financial HRH PP (Public & Private) Law and Regulation Digital Transformation ถ้าทำแบบนี้ได้ ถึงแม้เปลี่ยนผู้บริหาร แต่นโยบายหลักไม่เปลี่ยน มีค่านิยมองค์กร เป้าหมาย ความรักชาติ มีระเบียบปฏิบัติ และมุ่งพัฒนาไปข้างหน้า ถึงเปลี่ยนผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ก็ไม่เกิดปัญหาในการทำงาน (Vision with action can change the world ; together we can be stronger, smarter, and make our Thai society our country, and the world better.) ซึ่งค่านิยมองค์กรมีดังนี้

M - Mastery: mastery of self เป็นนายตนเอง ไม่ทำเพื่อตนเอง ไม่ทำตามกิเลส

O - Originality: เร่งสร้างสิ่งใหม่ ไม่เฉพาะงานวิทยาศาสตร์แต่งงานประจำที่ทำอยู่ก็ปรับเปลี่ยนสร้างสิ่งใหม่ๆ ได้

P - People Center มุ่งเน้นประชาชน

H - Humility อ่อนน้อมถ่อมตน การสั่งงานให้คนทำ ถ้าอธิบายให้เข้าใจและทุกคนยอมรับเห็นด้วย จะเกิดความยั่งยืนในงานที่ทำ

บทสรุป

คน คือ ทรัพย์สินอันทรงคุณค่า ที่มีความสำคัญ ต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวขององค์กร ดังนั้น ต้องสร้างคนดี มีคุณค่าและมีความสุขโดยยึดหลัก MOPH ผู้บริหารทุกคนต้องทำให้ทุกคนเห็นเป็นตัวอย่างที่ดี จะมีคนปฏิบัติตามโดยไม่ต้องสอน ตามที่ Werner Bennis กล่าวไว้ว่า Leadership is the capacity to translate vision into reality. โดยขอให้กำลังใจที่ได้ในวันนี้ไปตัดแปลงและใช้ในหน่วยงาน ตามคำสอนของพระราชบิดา ที่มีพระคำรัสไว้ว่า Good university teaches but Great university transforms people.

“พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯอยู่กับธรรมาภิบาล”

ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์อุดม คชินทร อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

จากกระแสพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ที่ทรงสอนแพทย์ทุกคนให้รู้จัก “อ่อนน้อม ถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร” ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์ อดีตกรรมการแพทยสภา และ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เห็นว่า ถ้าทุกคนประพฤติดีต่อกันด้วยไมตรี ให้เกียรติกัน ทั้งแพทย์ ผู้ป่วย และญาติก็จะเกิดความสัมพันธ์อันดี จึงได้นำมากระแสราชดำรัสมาใส่แพทย์และบุคลากรในศิริราช ได้นำไปปฏิบัติ เชื่อว่าจะช่วยลดปัญหาการฟ้องร้องระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติได้ และในเวลาต่อมา แพทยสภาเห็นควรนำพระราชดำรัสนั้น มาสร้างเป็นหลักสูตร “ธรรมาภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ (ปรพ.)” โดยความร่วมมือจัดทำโครงการของสถาบันพระปกเกล้าและแพทยสภา เพื่อสร้างธรรมาภิบาลใน วงการแพทย์ไทยและสังคมไทยโดยรวมตามแนวทางพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ซึ่งขณะนี้ เปิดการอบรมเป็นรุ่นที่ 5 แล้ว



ตามธรรมเนียมปฏิบัติของพิธีเปิดอบรมหลักสูตรฯ นายกแพทยสภา “ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา” และ พลอากาศตรี นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา ในฐานะผู้อำนวยการ หลักสูตร จะต้องนำคณะผู้เข้าอบรมในหลักสูตรดังกล่าว ไปถวายสักการะสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดช วิกรม พระบรมราชชนก พระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบัน ณ พระบรมราชานุสาวรีย์ รพ. ศิริราช ในวันที่ 24 ก.ย. ของทุกปี

โอกาสนี้ ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์อุดม คชินทร อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นวิทยากร บรรยายเรื่อง “พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯอยู่กับธรรมาภิบาล” ซึ่งถือเป็นต้นกำเนิดของหลักสูตร ปรพ. แก่ผู้เข้า อบรมรุ่นที่ 5 ที่ห้องบรรยาย อวย เกตุสิงห์ รพ.ศิริราช โดยกล่าวว่า สมเด็จพระบรมราชชนก และพระบาท สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทั้ง 2 พระองค์ได้ทรงเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีธรรมาภิบาล และได้ทรงทำให้ดูเป็นแบบ อย่างด้วย

สมเด็จพระบรมราชชนก ได้ทรงมีพระราชดำรัสถึงคุณสมบัตินายแพทย์แก่สมาชิกสโมสรแพทย์ แห่งจุฬาลงกรณ์ฯ ซึ่ง นายแพทย์อุดมกล่าวว่า “ตนเห็นว่าใช้ได้ในทุกอาชีพ คือ ต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของ ตนเอง แต่ไม่ใช่वादดี ซึ่งเป็นปัญหาของคนเก่ง และเป็นปัญหาของชาติ คือ ต้องเก่งและดี แต่ไม่ใช่वादดี เป็นที่ ไว้วางใจระหว่างแพทย์ด้วยกัน คือ การทำงานเป็นทีม มีความเข้าใจกัน และได้รับความมั่นใจจากคนไข้ ไม่ว่าเรา จะอยู่อาชีพไหน ถ้าเรามี 3 อย่างนี้ ทำอะไรก็สำเร็จ นอกจากนี้ พระองค์ยังทรงมีคำสอนลูกศิษย์อีกว่า



ผลสำเร็จแห่งการเรียนรู้ไม่ใช่แค่ตอนนี้ แต่ต้องเอาไปประยุกต์ใช้ก่อผลพวงต่อมนุษยชาติ และขอให้เห็นประโยชน์ส่วนตนเป็นที่ 2 ประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ 1 ลากทรัพย์และเกียรติยศจะตกมาเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพอัวให้บริสุทธิ์”

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงยึดพระราชดำรัสที่จะครองแผ่นดินโดยธรรมมาโดยตลอด สิ่งที่พระองค์ทรงทำอย่างต่อเนื่องคือ ทรงอยู่ในทศพิธราชธรรมอย่างเคร่งครัด ทรงเสียสละประโยชน์ส่วนตนเพื่อความทุกข์ส่วนรวม พระองค์ท่านทรงยึดตามที่ทรงประกาศไว้จริง อาทิ ทรงศึกษาข้อมูลอย่างเป็นระบบ เวลาจะทรงทำสิ่งใด พระองค์จะเชิญผู้เกี่ยวข้องมาพูดคุยตลอด ทั้งเจ้าหน้าที่และชาวบ้าน มองภาพรวมแล้วแก้ปัญหาจากจุดเล็กๆ ประหยัดเรียบง่าย ต้องประยุกต์ใช้ให้ได้ประโยชน์สูงสุดตามให้ทันเทคโนโลยีแต่ไม่เป็นทาสเทคโนโลยี เน้นการมีส่วนร่วม การพึ่งตนเอง พอกอยู่พอกิน ซื่อสัตย์สุจริต ทำงานอย่างมีความสุข มีความเพียร รู้รักสามัคคี อีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญคือ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผลไม่มากไป น้อยไป ไม่ใช่ประหยัดแบบขี้เหนียว อยู่บนเหตุและผล เป็นต้น

อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวตอนท้ายว่า พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จะทรงสอนตลอดว่า ให้อ่อนน้อม ถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร ทรงให้เกียรติทุกคน พระองค์ทรงทำหน้าที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว อยู่ตลอดเวลา แม้ขณะประทับที่โรงพยาบาลศิริราช พระองค์ทรงมาตรวจงานในโรงพยาบาล ทรงเห็นการจราจรที่ติดขัด ทรงมีพระราชดำริให้สร้างทางคู่ขนานลอยฟ้า ซึ่งสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเคยเล่าว่า ในหลวงทรงเป็นองค์ที่เคร่งครัดหน้าที่นิยม คือ ในฐานะพระเจ้าแผ่นดิน จะต้องดูแลราษฎรในอีกมิติ พระองค์เป็นประชาชน ที่ต้องเป็นพลเมืองที่ดีของชาติ เห็นอะไรที่จะทำเพื่อบ้านเมืองได้ เราต้องทำน้อยก็ทำ แล้วจะเป็นผลพลั่งอันยิ่งใหญ่ ทั้งหมดนี้ หากเราสามารถนำแนวทางของพระองค์ไปปรับใช้ ก็จะช่วยให้การทำงานเป็นไปด้วยความราบรื่น เป็นประโยชน์และมีความสุขได้อย่างแท้จริง.



นักศึกษาที่สำเร็จหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5

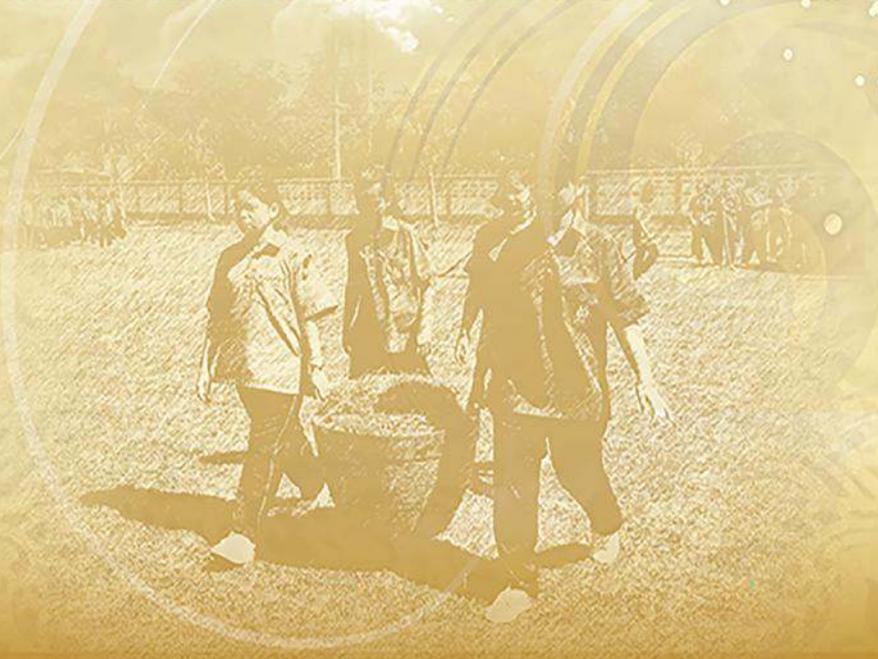
3. หลักความโปร่งใส (Transparency)

หลักความโปร่งใส หมายถึง การบริหารบนพื้นฐานของการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวก เป็นจริง ทันการณ์ ตรงไปตรงมา ชัดเจนและเท่าเทียม มีระบบหรือกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้การดำเนินงานของภาครัฐและภาคเอกชน ปลอดภัยจากการทุจริตคอร์รัปชัน



4. หลักการมีส่วนร่วม (Participation)

หลักการมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้ และร่วมคิด ร่วมเสนอความเห็นในการตัดสินใจ ปัญหาสำคัญของประเทศในด้านต่างๆ เช่น การแจ้งความเห็น การไต่สวนสาธารณะ การประชาพิจารณ์ การแสดงประชามติ หรืออื่นๆ เพื่อจัดความผูกขาด นอกจากนี้ ยังรวมไปถึงการร่วมตรวจสอบ และร่วมรับผิดชอบต่อผลของการกระทำนั้น



โครงการกิจกรรมเพื่อสังคม

โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 1 (ปรพ.1)



เมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2556 เวลา 10.00 น. พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชทินนิตตามาตุ เสด็จไปยังมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทรงเป็นประธานในพิธีเปิด “โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ” ด้วยทีมแพทย์อาสาสมัครจำนวนมาก ลงบันทึกสถิติใน “กินเนสบุ๊ก” กับแพทย์อาสาเฉพาะทางตาที่ให้บริการมากที่สุดครั้งแรกในโลก ให้บริการดูแลประชาชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดใกล้เคียง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จัดโดยแพทย์สภาร่วมกับสถาบันพระปกเกล้า โดยนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาล สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์รุ่นที่ 1 สถาบันพระปกเกล้า (ปรพ.1) ร่วมกับแพทย์สภา สมาคมแห่งสถาบันพระปกเกล้า กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังเป็นการเฉลิมพระเกียรติฯ และน้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ ตลอดจนแสดงความจงรักภักดีต่อพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ ด้วยทั้งสองพระองค์ทรงห่วงใยในทุกชีวิตร และปัญหาสุขภาพของราษฎรมาโดยตลอด ซึ่งโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ จะให้บริการแก่ประชาชนอย่างครบวงจร จัดโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ขึ้น เพื่อเป็นการบริการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครบวงจร ซึ่งรวมถึงการตรวจคัดกรองการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ โดยมีทีมแพทย์อาสาสมัครจำนวนมากที่สุดในประเทศไทย มีการจัดการแบ่งกลุ่มการให้บริการออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. การตรวจคัดกรอง 2. การรักษาพยาบาล และ 3. การส่งเสริมสุขภาพ ด้วยทีมแพทย์อาสาเฉพาะทางจำนวน 20 คน

โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ยังถือเป็นการสร้างชื่อเสียงให้กับระบบสาธารณสุขไทย ในการบริการทางด้านสุขภาพกับประชาชน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหลายหน่วยงานในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน ทั้งนี้ นักศึกษาได้ตั้งใจดำเนินการขอบันทึก “สถิติโลกกินเนสบุ๊ก” (Guinness Book World Record) เป็นการเทิดพระนามและถวายเป็นพระราชกุศลแด่ทั้ง 2 พระองค์โดยแพทย์เฉพาะทางทุกสาขา แต่เบื้องต้นได้รับอนุมัติในการให้บริการรักษาโรคทางจักษุวิทยา ดังนี้

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

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

โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 2 (ปรพ.2)



“แพทย์สภา” จัดหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ โดยนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 2 (ปรพ.2) ร่วมกับสถาบันพระปกเกล้า และกระทรวงสาธารณสุข



เมื่อวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2557 เวลา 15.00 น. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี เสด็จฯ เป็นองค์ประธานเปิดโครงการแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ครั้งที่ 2 ณ โรงพยาบาลหัวหิน และโรงเรียนพณิชยการหัวหิน จัดขึ้นโดยความร่วมมือร่วมใจของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์รุ่นที่ 2 แพทย์สภา ร่วมกับสถาบันพระปกเกล้า กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ดำเนินกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยการออกหน่วยตรวจรักษาประชาชนผู้เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปจนถึงโรคซับซ้อนขั้นสูง ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน โดยบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขาร่วมกับนักศึกษาในหลักสูตรฯ บุคลากรภาครัฐและภาคเอกชนในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว จัดขึ้นตั้งแต่เวลา 08.00-18.00 น. มีบริการทั้งสิ้น 18 คลินิกแพทย์เฉพาะทางโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร กว่า 500 คน จากหลายสถานพยาบาลชั้นนำ

หน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ เปิดให้บริการตรวจรักษา ผ่าตัด รักษา ครอบงจร โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ทั้ง ตรวจรักษาโรคเด็ก โรคผู้สูงอายุ โรคปอด โรคหัวใจ ไทรอยด์ ผ่าตัด โรคหูน้ำหนวก ส่องกล้องกระเพาะอาหาร ขยายเส้นเลือดหัวใจ ผ่าตัดสมอง ตรวจอัลตราซาวด์ แมมโมแกรม ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเอ็ดไอให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต แพทย์แผนไทย ฝังเข็ม บริการ ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน เป็นต้น มีผู้เข้ารับบริการคือประชาชนในอำเภอหัวหิน ในพื้นที่โดยรอบและใกล้เคียง ประชาชนในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี และใกล้เคียง โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกภาคส่วนรวมผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการตรวจรักษาในโครงการแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 2 เป็นจำนวนทั้งหมด 4,773 ราย

เวลา 17.00-18.00 น. มีกิจกรรมเจริญพระพุทธรูป “สวดพระปริตร” อธิษฐานจิตปฏิบัติบูชา นำโดย พระอาจารย์อารยวังโส พระวิปัสสนาจารย์ สายปฏิบัติหลวงปู่่มุณี กุริตตเถระ เจ้าอาวาสวัดป่าพุทธพจน์ศรีบุญไทย จังหวัดลำพูน เพื่อน้อมเกล้าฯน้อมกระหม่อมถวายเป็นพระราชกุศลแด่องค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ อันเป็นโอกาสสมงคลของชาวไทยทุกคน



โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 (ปพพ.3) ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี



นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3 (ปพพ.3) สถาบันพระปกเกล้าและแพทย์สภา ร่วมทีมแพทย์อาสาเฉพาะทางจำนวน 18 คลินิก ให้บริการตรวจรักษา ดูแลสุขภาพประชาชนกว่า 6,000 ราย โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายเพื่อบรรเทาความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และเป็นการน้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ ตลอดจนถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ และสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสเฉลิมพระชนม์ม 60 พรรษา

เมื่อวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2558 ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยได้รับเกียรติจากศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย องคมนตรี เป็นประธานในพิธีเปิดโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 โดยได้จัดกิจกรรมตรวจรักษาโรคเฉพาะทาง โดยแพทย์เฉพาะทาง ทันตแพทย์ พยาบาล และ เภสัชกร กว่า 500 คน จากหลายสังกัดโรงพยาบาล ตลอดจนราชวิทยาลัยแพทย์ มาตรฐานรักษาให้แก่ประชาชน ในพื้นที่โดยรอบจังหวัดกาญจนบุรี

โดยได้จัดกิจกรรมการตรวจรักษาโรค 18 คลินิกแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่

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

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

โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 4 (ปพพ.4) ณ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา



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

หน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ได้จัดกิจกรรมการตรวจรักษาโรค 20 คลินิก แพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ 1. คลินิกสูตินรีเวชกรรม-หญิงวัยทอง 2. คลินิกศัลยกรรมทั่วไปและคลินิกเต้านม 3. คลินิกทางเดินปัสสาวะ 4. คลินิกโรคไต 5. คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด 6. คลินิกออร์โธปิดิกส์และกระดูกพรุน 7. คลินิกจักษุ 8. คลินิกหู คอ จมูก 9. คลินิกฝังเข็ม 10. คลินิกแพทย์แผนไทย 11. คลินิกกายอุปกรณ์ 12. คลินิกโรคผิวหนัง 13. คลินิกกุมารเวชกรรม 14. คลินิกโรคทางเดินอาหาร ดับ ถู น้ำดี 15. คลินิกสุขภาพจิต และจิตเวช 16. คลินิกทันตกรรม 17. คลินิกชายวัยทอง 18. คลินิกโรคทั่วไป 19. คลินิกตรวจสุขภาพและทดสอบสมรรถภาพร่างกาย 20. คลินิกอายุรกรรม และอีก 3 หน่วยงานที่ให้คำแนะนำปรึกษา คือ 1. คลินิกกฎหมาย 2. คลินิกเลิบบุหรี่ 3. บริจาคโลหิต โดยจะมีประชาชนเข้ารับการตรวจรักษาทั้งสิ้น 10,321 ราย ซึ่งโครงการฯ ดำเนินงานสำเร็จลุล่วง สมดังวัตถุประสงค์ทุกประการ



โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร

โดย มูลนิธิธรรมมาภิบาลทางการแพทย์ แพทย์สภา และนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร
ธรรมมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5 (ปธพ.5)

วันที่ 13-14 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี



มูลนิธิธรรมมาภิบาลทางการแพทย์ แพทย์สภา ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันพระปกเกล้า ชมรม
นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมมาภิบาลทางการแพทย์ (ปธพ.) โดยนักศึกษา ปธพ.5 องค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดปราจีนบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ร่วมกันจัด โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทาง
ร่วมใจเฉลิมพระเกียรติพระเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ในโอกาสที่
ทรงครองสิริราชสมบัติสืบราชสันตติวงศ์ เป็นพระมหากษัตริย์รัชกาลที่ 10 แห่งพระบรมราชจักรีวงศ์ โดยนำ
แพทย์เฉพาะทางกว่า 200 คน จากคณะแพทยศาสตร์ 21 แห่ง ราชวิทยาลัย/วิทยาลัยแพทย์ 15 แห่ง แพทย์
จากภาครัฐ แพทย์จาก 4 เหล่าทัพ แพทย์จากภาคเอกชนพร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ท้องถิ่นขาดแคลน
และบุคลากรอื่นๆ กว่า 1,500 คน ให้บริการตรวจ รักษา-ผ่าตัด โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย เปิดคลินิกแพทย์เฉพาะทาง
20 สาขา ประกอบด้วย 1. คลินิกศัลยกรรม 2. จักษุคลินิก 3. คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด 4. คลินิกทันตกรรม
5. คลินิกการสื่อความหมายและแก้ไขการได้ยิน 6. คลินิกผ่าตัดโรคหู 7. คลินิกสูตินรีเวชและหญิงวัยทอง
8. คลินิกส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและตับแข็ง 9. คลินิกโรคผิวหนัง 10. คลินิกอายุรกรรมเบาหวานและ
โรคไต 11. คลินิกเทคนิคการแพทย์ 12. คลินิกตรวจสุขภาพและคัดกรองโรคทั่วไป 13. คลินิกรับบริจาคโลหิต
14. คลินิกพัฒนาการเด็ก 15. คลินิกออร์โธปิดิกส์ 16. คลินิกกายอุปกรณ์ 17. คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู 18. คลินิก
แพทย์แผนไทยและแผนจีน 19. คลินิกสุขภาพจิตและเลิกบุหรี่ 20. คลินิกอายุรกรรมประสาท และหน่วยให้คำ
ปรึกษาด้านกฎหมายพร้อมดูแลรักษาผู้ป่วยทุกรายในจังหวัดปราจีนบุรีและใกล้เคียง ระหว่างวันที่ 13-14 พฤษภาคม
พ.ศ. 2560 ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และโรงเรียนปราจีนกัลยาณี จังหวัด
ปราจีนบุรี



โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางครั้งนี้ ได้เลือกมาจัดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ถือกำเนิดจากความจงรักภักดีต่อราชวงศ์จักรีและผืนแผ่นดินไทยของท่านเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วย โดยผสมผสานองค์ความรู้ทั้งการแพทย์แผนตะวันตกและการแพทย์แผนไทย เช่น การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยเทคนิคแพทย์ตะวันตกผสมผสานการนวดไทยและใช้สมุนไพร จะช่วยยกระดับการแพทย์แผนไทยให้เป็นที่รู้จักได้รับการยอมรับมากขึ้นด้วยและยังเป็นการสนองนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการดูแลสุขภาพและการรักษาอาการเจ็บป่วยของคนไทย

โดยได้รับเกียรติจาก ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เกษม วัฒนชัย ประธานมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ พร้อมด้วย ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา นายกแพทยสภา นายแพทย์โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองศาสตราจารย์วุฒิสาร ตันไชย เลขาธิการบ้านพระปกเกล้า และคณะร่วมเป็นเกียรติในพิธีเปิดโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร โดยมีประชาชนเข้ารับบริการเกินกว่า เป้าหมายที่ตั้งไว้ 10,000 คน ถึง 4,510 คน โดยจะมีประชาชนเข้ารับการรักษาทั้งสิ้น 14,510 ราย ซึ่งโครงการฯ ดำเนินงานสำเร็จลุล่วงสมดังวัตถุประสงค์ทุกประการ และถือได้ว่าเป็นการมอบโอกาสในการรักษาโรคเฉพาะทางได้อย่างยิ่งใหญ่อีกครั้งหนึ่งของประเทศไทย





โครงการแพทย์อาสาร่วมใจ ถวายเป็นพระราชกุศล สมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช

วันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2559 - 29 มกราคม พ.ศ. 2560

ณ มณฑลพิธีท้องสนามหลวง

กำเนิดโครงการแพทย์อาสาร่วมใจ ถวายเป็นพระราชกุศลฯ

มูลนิธิรามาภิบาลทางการแพทย์ โดยท่านประธาน ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เกษม วัฒนชัย ร่วมกับ แพทยสภา และนักศึกษาหลักสูตรฯ ปธ.รุ่นที่ 1-5 ได้มีความเห็นตรงกันว่า ในฐานะเป็นหน่วยงานที่มีบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุดและมีความประสงค์อยากทำความดีถวายในหลวง ในระหว่างที่ทุกคนต่างเศร้าโศกเสียใจจึงร่วมกันจัดตั้งโครงการแพทย์อาสาร่วมใจถวายเป็นพระราชกุศลฯ ขึ้นในคืนวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2559 มีการประชุมร่วมกัน และเปิดดำเนินการ



รักษาพยาบาลผู้ป่วยทันที ในวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ณ มณฑลพิธีท้องสนามหลวง โดยได้รับความร่วมมือจากกรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข และกรมแพทย์ทหารบก โดยเริ่มดำเนินการในพื้นที่ ตั้งแต่ยังไม่เห็นที่คลุมกันแดดเพื่อช่วยประชาชนจนถึงทาง

กรุงเทพมหานคร ได้มอบหมายพื้นที่ให้ดูแลจัดการบริเวณตรงข้ามวัดพระศรีมหาธาตุในท้องสนามหลวง เป็นหน่วยงานแรก ภายใต้เต็นท์ขนาดเล็กลง 3 หลัง มีแพทย์ออกตรวจ จำนวน 4-6 ท่าน และได้รับการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์จากองค์การเภสัชกรรม รพ.ศิริราช รพ.รามาธิบดี ได้รับการสนับสนุนเภสัชกรจากหน่วยเภสัชกรอาสา พอ.สว. รพ.ศิริราช รพ.รามามา และ รพ.จุฬาฯ ได้รับการสนับสนุนโปรแกรมระบบการบริหารจัดการข้อมูลจาก รพ.ศิริราช ได้รับการสนับสนุนบริหารจัดการเต็นท์ จาก บ.ปตท. และ บ.ทีวีไอเร็ค ร่วมกับแพทยสภา ได้รับการสนับสนุนอาหารและเครื่องดื่มจาก บ.แมสลิคแคนยอน บ.ซีพี นศ.ปธ.พ.1-5 และอีกหลายหน่วยงาน ซึ่งในช่วงแรกมีการรักษาคนไข้ต่อวัน 300 ถึง 500 คน



คลินิกแพทย์อาสา

การทำงานของหน่วยแพทย์อาสา แพทยสภา จะเชื่อมโยงกับ โรงทานปธ.ร่วมใจแพทยสภาที่จัดอาหารให้กับผู้มาร่วมพิธีที่ท้องสนามหลวง จำนวน วันละ 3 มื้อ ประมาณ 3,000 ชุด ทุกวันจนครบ 100 วัน โดย นศ.ปธ.รุ่นที่ 1-5 สลับเวรกันมาเป็นเจ้าภาพทุกวัน การเชื่อมโยงของหน่วยแพทย์ท้องสนามหลวง จำนวน 13 หน่วย จะมีการส่งต่อคนไข้ จากเต็นท์แพทย์อาสาแพทยสภา ไปยังรพ.สนามของกรมแพทย์ทหารบก และ รพ.ศิริราช ตามลำดับ โดยรอบสนามหลวงจะมีหน่วยแพทย์ จำนวน 13 จุดดูแลคนไข้ร่วมกัน โดยเต็นท์แพทย์อาสา แพทยสภา จะอยู่จุดที่ 11



วันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2559 เกิดกิจกรรมขนาดใหญ่คือการร้องเพลงเต็มพื้นที่ท้องสนามหลวง มีคนมากกว่า 200,000 คน และมีผู้ป่วยเป็นลมหมดสติ มากกว่า 200 ราย ทำให้เห็นอาสาขยายพื้นที่เป็น 2 เท่า เพื่อรองรับผู้ป่วย ให้นอนพักได้ และขยายให้มีหมออาสาให้บริการ 12 - 20 คน ต่อวัน ซึ่งดูแลคนไข้ตั้งแต่ 200 - 600 ราย ระบบเป็นไปได้อย่างดี มีการขอคำแนะนำจากแพทย์ที่มีมาทำงานในระบบทุกวัน มีการพัฒนาเครื่องมือทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเท่ากับโรงพยาบาลสนาม และมีการเพิ่มบริการวัดความดัน ให้กับประชาชนเพื่อสืบค้นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำมารักษาทุกวัน วันละ 200 คนขึ้นไป

เพื่อให้เป็นแรงบันดาลใจที่มีต่อผู้ป่วย จึงได้จัดทำต้นไม้แห่งความดีถวายพ่อหลวงขึ้น โดยขอให้คนไข้ทุกคนจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นความตั้งใจในการทำความดีถวายในหลวงเขียนลงบนใบโพธิ์ อธิษฐานแขวนบนต้นไม้ เพื่อรวบรวมทุกความดีบันทึกไว้ในหนังสือความดีถวายพ่อหลวงของ มูลนิธิธรรมภิบาลทางการแพทย์ต่อไป และเชื่อว่า จะสร้างแรงบันดาลใจให้กับทุกคนทำความดีอย่างต่อเนื่องต่อไป

28 ตุลาคม พ.ศ. 2559 พายุเข้าสนามหลวงทำให้เต็นท์แพทย์อาสา จำนวน 6 เต็นท์ ที่ประกอบกัน มีฝนตก น้ำรั่ว เข้าอุปกรณ์การแพทย์ และเตียงผู้ป่วย จนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ จึงได้รื้อเต็นท์ และเปลี่ยนเป็นเต็นท์ขนาดใหญ่ 8 x 24 เมตร และจัดพื้นที่รองรับประชาชนในระบบโรงพยาบาลสนาม พร้อมติดเครื่องปรับอากาศ เครื่องฟอกอากาศมาเชื้อโรค เพื่อรองรับคนไข้ได้มากกว่า 1,000 คนต่อวัน



วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) โดยท่านเลขาธิการ นพ.ยุทธ โพธารามิก ได้ส่งทีมแพทย์อาสาเข้าร่วมกิจกรรมทุกวันทำการ โดยมาจาก รพ.ทั่วประเทศ ร่วมกับแพทย์อาสาจากสมาคม รพ.เอกชน รพ.รามธิบดี รพ.ศิริราช รพ.จุฬาลงกรณ์ รพ.ทหาร รพ.ตำรวจ และอีกหลายสังกัด ทำให้ปริมาณบุคลากรเข้ามาปฏิบัติงานในเต็นท์แพทย์อาสา มีจำนวน 50 - 100 คนทุกวัน

การดำเนินงานของเต็นท์แพทย์อาสาเปิดทำการทุกวัน ยกเว้น วันที่ปิดสนามหลวงเพื่อทำพิธีครบ 50 วัน (วันที่ 1-2 ธันวาคม พ.ศ. 2559) และครบ 100 วัน (วันที่ 20-21 มกราคม พ.ศ. 2560) โดยแพทย์อาสาได้กำหนดจะออกหน่วยจนถึงวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2560 ครบ 109 วัน แล้วคืนพื้นที่ให้กับทางราชการเพื่อสร้างพระเมรุมาศต่อไป โดยจะกลับมาเปิดหน่วยแพทย์อาสาอีกครั้งหนึ่งในช่วงพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพฯ จำนวน 30 วัน



ผลที่ได้รับจากโครงการ

นอกจากความภูมิใจของทีมแพทย์อาสาที่ประกอบไปด้วยแพทย์ไทย ทั้งภาครัฐใน 5 กระทรวงทั่วประเทศ และภาคเอกชน แล้วยังได้ข้อสรุปเป็นเต็นท์โรงพยาบาลสนามต้นแบบของแพทย์อาสาที่จะเผยแพร่ให้กับแพทย์ทั่วประเทศสามารถนำไปใช้ในยามเกิดวิกฤตได้ทันที พร้อมคู่มือ กอปรกับจัดทำหนังสือแพทย์อาสาถวายเป็นพระราชกุศลและต้นไม้แห่งความดีตามแนวคิดของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย ประธานมูลนิธิธรรมภิบาลทางการแพทย์ เพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้กับประชาชนในปลายรัชกาลที่ 9 ต่อไป ขอขอบคุณ มูลนิธิธรรมภิบาลทางการแพทย์ แพทยสภา และ นศ.ปธพ.ทั้ง 5 รุ่นที่ทำให้เกิดโครงการการกุศลขนาดใหญ่ จนถึงวันที่ 109 โดยสมบูรณ เพื่อจารึกเป็นประวัติศาสตร์สำคัญของวงการแพทย์ไทยต่อไปในอนาคต สรุปยอดผู้มารับบริการ 43,288 คน และแพทย์ 1,900 คน พยาบาล 2,529 คน เภสัชกร 2,276 คน จิตอาสา 2,066 คน รวมจิตอาสา Bทั้งสิ้น 8,771 คน





5. หลักความสำนึกที่รับผิดชอบ (Accountability)

หลักความรับผิดชอบ หมายถึง การตระหนักในสิทธิและหน้าที่ ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อสังคมการใส่ใจปัญหา การบริหารจัดการ การกระตือรือร้นในการแก้ปัญหา และเคารพ ในความคิดเห็นที่แตกต่าง รวมทั้งความกล้าที่จะยอมรับผลดีและ ผลเสียจากกระทำของตนเอง



6. หลักความคุ้มค่า (Cost – effectiveness or Economy)

หลักความคุ้มค่า หมายถึง การบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ส่วนรวม โดยธรรมาภิบาลให้บุคลากรมีความประหยัด ใช้วัสดุอุปกรณ์อย่างคุ้มค่า และรักษาทรัพยากรธรรมชาติให้สมบูรณ์ยั่งยืน



24 ก.ย. 59 วางพวงมาลา รพ.ศิริราช



8 ต.ค. 59 เรียนวันที่สอง



9 ต.ค. 59 ปธพ. 4 นำเสนอผลงานวิชาการ



11 พ.ย. 59 กิจกรรมสัมพันธ์



18 พ.ย. 59 รพ จุฬา



18 พ.ย. 59 รพ บำรุงราษฎร์



19 พ.ย. 59 ดูงาน พระปกเกล้า



25 พ.ย. 59 เชียงราย



9 ธ.ค. 59 ดูงานศาลอาญา



9 ธ.ค. 59 รพ.รามมา



3 ธ.ค. 59 ดุงานพระมงกุฎ



23 ธ.ค. 59 สำนักงานอัยการ



27 ม.ค. 60 รพ. ศรีรัษฎา-กระทรวงสาธารณสุข



29 ม.ค. 60 เปิดตัวแพทย์อาสา PTPTP_Small



17 ก.พ. 60 บายศรีสู่ขวัญ



10 มี.ค. 60 ดุงานศิริราช_Small



1 มี.ค. 60 รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กองทัพเรือ



12-19 มี.ค. 60 TAIWAN-KOREA



24 มี.ค. 60 กองทัพอากาศ



24 มี.ค. 60 ศาลปกครอง



7 เม.ย. 60 ตลาดหลักทรัพย์



19 พ.ค. 60 รพ.กทม.



24 พ.ค. 60 กทม.



26 พ.ค. 60 ปังฉิมนิเทศ





นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมบาลีทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 5
ณ วิทยาลัยพระปริยัติธรรมวัดบวรนิเวศราชวรวิหาร พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์

24 กันยายน 2559

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 1. น.ท.ภณกร ศรีจันทร์ | 36. นายทวีศักดิ์ จันทร์วีระเสถียร | 72. นายสุทธิพงษ์ ปุณณกันต์ | 108. ศ.นพ.สมนึก ดำรงกิจชัยพร |
| 2. รศ.พล.ต. นพ.กัริทา ม่วงทอง | 37. รศ.พ.ล.อ.(อ) ดร.ทิพย์ฉัตร เกษโมกุล | 73. นางสุนทรพรณ โขยกุล | 109. ศ. ดร.นพ.สมบัติ ศรีประเสริฐสุข |
| 3. นพ.กวีรัช ดันดิวงษ์ | 38. นายเทพสิทธิ์ รักโคตรรงค์ | 74. รศ.ดร.ทูลสุข เอนทามันย์ วิสุทธิพันธ์ | 110. พล.ต.ต.สมพงษ์ ชิงดวง |
| 4. น.อ.(พิเศษ)หญิง พญ.ภิญญาวัฒน์ อุปนิสากร | 39. นพ. ดร.เทอดศักดิ์ โรจน์สุภักดิ์ | 75. น.อ.(พิเศษ) นพ.เพชร เกษตรสุวรรณ | 111. พญ.สมคิด จำปาเงิน |
| 5. ศ.ภักดีพงษ์ อูรพิพัฒน์พงศ์ | 40. นส.อนรรฆวน ศรีสุวิยาพัฒน์กุล | 76. พ.อ.(พิเศษ) นพ.โพธิ์ มีกลาง | 112. ดร.สมสุข ศรีสถิตย์วัฒนา |
| 6. ศ.ดร.เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ | 41. นายธีระ ปริชญานุสรณ์ | 77. นพ.ภราดร มงคลจตุรงค์ | 113. นส.เสวีดา นาคะนคร |
| 7. น.อ.(พิเศษ) นพ.ไกรเลิศ เขียวนุกุล | 42. นส.นพวรรณ สุวรรณประทีป | 78. นส.ภัทรภรณ์ จรูญโรจน์ ณ ออยุธยา | 114. นพ.สาธิต สันตคุสิต |
| 8. นางคณิตดา กรณสุด | 43. นส.นภัส เปาโรหิต | 79. ศ.พญ.มณี วัฒนโชยานนท์ | 115. นพ.สุคนธ์ คำวิชัย |
| 9. นพ.เจตต์ ศิโย | 44. นส.นวลหง อภิอนาคกุล | 80. นส.มณี โรจน์กนก | 116. ศ.ดร.สุชัยวี สุวรรณสวัสดิ์ |
| 10. นพ.เจษฎ์ มณีวัฒน์ | 45. นส.นาคชญา ศรีป๋องศิลป์ | 81. พญ.มณฑก สุวิชาญวริน | 117. นส.สุจิตรา ท้าวคำหลง |
| 11. นพ.จวิชัย บุญฤทธิการ | 46. นายนิทัศน์ จูบินง | 82. พ.อ.(พิเศษ) นพ.มัทธนา กมลศิลป์ | 118. นางสุดาทิพย์ มุสิกเสนธร |
| 12. น.อ.(พิเศษ)หญิง พญ.จินตนา มโนรมย์
ภัทรสาร | 47. นพ.บรรเจ็ด นานสุติ | 83. รศ.ดร.นพ.ยงยุทธ ศิริวัฒน์อักษร | 119. นายสุทธิชัย จรูญเนตร |
| 13. นพ.จิรศักดิ์ วิภักชนาลัยย์ | 48. นางบ็อง วิลลี่ | 84. นายพภาพรณ์ เอกวัฒน์โชติคุณ | 120. นพ.ศุภะประภาแสง |
| 14. พล.อ. จิระ โภกพากค์ | 49. ดร.นพ.บัณฑิต ศรีไพศาล | 85. นายโยธิน ดำเนินชาวนิชย์ | 121. นส.สุพร นภาโชติศิริ |
| 15. ผศ.ดร.จตุรพันธ์ ฉนิบโกลาส | 50. น.ต. นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ | 86. รศ.ดร.โยธนาภรณ์ กิมสุวรรณ | 122. พ.อ.(พิเศษ) สุพัชย์ และสุวรรณดิษฐ์ |
| 16. ผศ.นพ.เชษฐา สิงห์เวชสกุล | 51. นางบุปผา พันธุ์เที่ยง | 87. นายรัฐพล ภัคติกุณี | 123. นางสุภาพร เข้มแข็งจันทร์ |
| 17. นพ.ฉัตรชัย เจริญศรี | 52. นพ.ประภาส วีระพล | 88. นส.ละออศรี มีทฐรณนท์ | 124. น.อ.(พิเศษ) นพ.สุมิตร แดงดีเลิศ |
| 18. นายเฉลิมพล ปุณโฆท | 53. พล.ต.ท. ดร.ประสิทธิ์ ท้าดี | 89. นางวันิดา เสถพงศ์ชนะ | 125. นพ.สุสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา |
| 19. นส.ชฎารัตน์ เข้มศิริกุลมิตร | 54. นายประเสริฐ ตปนียางกูร | 90. นส.วรดา ตั้งสิบลกุล | 126. ผศ.นพ.เสริมศักดิ์ สุมานนท์ |
| 20. พล.ต.ท. นพ.ชินนทร์ จะโยชัยชนะ | 55. พญ.ปวีศนา สุทธิพงษ์ | 91. นายวรรณ ยศะทัตต์ | 127. นายอดิศักดิ์ ลิ้มประพัฒน์กิจ |
| 21. นส.ช่อผกา วิริยานนท์ | 56. นางปิยสิการณ บุญจักษ์มีสุข | 92. ผศ.นพ.วรพล อ่วมรัศมีกุล | 128. นพ.อิทธิวัฒน์ น้อยประสิทธิ์ |
| 22. นพ.ชัยพร สุชาติสุนทร | 57. พล.ต.ท. ปิยะ สอนตระกูล | 93. พญ.วรัทธา สิทธิจรูญ | 129. นส.อนัญญา ทูลนิตทร |
| 23. นายชาญชัย ชลานนท์นิวัฒน์ | 58. นายพงษ์กร ลำซ่า | 94. ผศ.นพ.วิชัย ลีลวงค์แก้ว | 130. นายอนุทิน ชาญวีรกูล |
| 24. นส.ชาญนิศา วงศ์ภวามัก | 59. นพ.พงษ์พัฒน์ ปธานวิช | 95. นพ.วิทยา วัฒนเรืองโกวิท | 131. ทพ.อนุศักดิ์ คมมาลัย |
| 25. นายชินวัฒน์ บุญเกียรติ | 60. พ.อ.หญิง พนมวิทย์ บุญมานพ | 96. นายวิทอง ดันทกุลนิบาท | 132. นางอรุณ อภิศักดิ์ศิริกุล |
| 26. รศ.พล.อ. นพ.สุนทล เปี่ยมสมบูรณ์ | 61. พล.ต. ทวีพรภมร พิพิธกุล | 97. นพ.วิโรจน์ วีรชัย | 133. พญ.อุติศรา พัดคาร |
| 27. นพ.ฐิติ กวักเพชร | 62. นางพรจิตร ศุภบัณฑิต | 98. นพ.วิศิษฐ์ ตั้งนภากร | 134. นส.อังฉวราพร ศิริโพรวิน |
| 28. นส.ฐิตินันท์ ร็อนเวดิน | 63. นางพรทิพย์ วนาพิทักษ์ | 99. ผศ.นพ.วิษณุ กัณหาทิพย์ | 135. นายอัมพร แสงสุวรรณนุกุล |
| 29. นายณรงค์ เลิศกิตศิริ | 64. นส.พรทิชา รุจิโรจน์ | 100. นพ.วิสุทธิ พิทักษ์สิทธิ์ | 136. นางอารีรัตน์ เลหาพล |
| 30. พ.อ.(พิเศษ) นพ.ณัฐนันท์ ฤกษ์ | 65. นางพอดุทัย ชินวัตร | 101. นพ.ศิริพงษ์ เหลืองวารินกุล | 137. รศ.พญ.อุทัยวิมล เข็มรัตน์กุล |
| 31. พญ.ณัฐกร ประกอบ | 66. นส.พัชชา พงศ์กรดิษฐ์ | 102. รศ. พญ.ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล | 138. น.ท. หญิง พญ.อุบลวัฒน์ จรูญเรืองฤทธิ์ |
| 32. นายณัฐสม ตั้งเสชะวีรชัย | 67. นายพิเชนค ต๊ะปวง | 103. นางศิริวรรณ พานิชตระกูล | 139. นายเอกภร จงเสถียร |
| 33. นางดวงใจ นาคินทร์ โจจันทร์เดือน | 68. นายพิเชฐ ธรรมวิภาค | 104. นพ.ศิษย์คม บุญจันท์ | 140. นายเอกภร โพธิ์ทิด |
| 34. นพ.ดำรงศักดิ์ ประทุมภัททยา | 69. พล.อ.อ. พิทรท กลิ่นเทือง | 105. นพ.สมชัย โชคพัฒน์พงศ์ | |
| 35. นายทรงฤทธิ์ วัฒนดิถก ณ ภูเก็ต | 70. ดร.พิมพ์อนงค์ สิมภัทรบดี | 106. นพ.ม.ล. สมชาย จักรพันธุ์ | |
| | 71. ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิทยาพรณ | 107. รศ.นพ.สมชาย วีระยุทธกร | |



๘๘

**อ่อนน้อมถ่อมตน
ทุกคนมีดี
อย่าดูใคร**

๙๙

Love Share Care Give