

สืบสาน พระราชปณิธาน
ส่งเสริม ธรรมชาติทางการแพทย์
สร้างสรรค์ ยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ
และมาตรฐานสุขภาพของคนไทย



สัมมนาวิชาการ ปฐม. ครั้งที่ 3
MD KPI Symposium #3





“ กิจที่ ๑ ”

“ ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ”

พระราชดำรัส ใน

สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

เมื่อพูดถึง “ กิจที่ ๑ ” เราได้เห็นกันว่าเราต้องเสียสละเพื่อผู้อื่นก่อน
ในวงการแพทย์และพยาบาลเมื่อพูดถึงคำนี้ทุกคนจะเข้าใจตรงกัน
พระราชบิดาทรงปูพื้นฐานความคิด และจิตสำนึกที่ดีนี้ไว้ให้กับวงการแพทย์





“อ่อนน้อมก้อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร”

น้อมรับพระราชดำริสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ที่มอบให้เพื่อ
บูรณาการเรียนรู้ระบบการแพทย์ไทย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหาระบบ
สาธารณสุข และยกระดับมาตรฐานทางด้านสุขภาพของประชาชน โดย
แพทย์สภาและสถาบันพระปกเกล้าได้จัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกันของแพทย์
ซึ่งจบจากคณะแพทยศาสตร์ทั้ง 19 แห่งและทำงานอยู่ใน 4 สาขาหลัก ได้แก่
ครูแพทย์ (คณะแพทยศาสตร์) แพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข แพทย์ใน
ภาครัฐอื่นๆ และแพทย์ในภาคเอกชน ซึ่งทั้ง 4 สาขาหลักมีบทบาทสำคัญ
ในการดูแลประชาชนทั้งประเทศร่วมกับ 2 ภาคหลัก คือองค์กรภาครัฐ
และเอกชน (4+2) จึงเป็นการร่วมมือร่วมใจกันเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต
ของประชาชนชาวไทย ตามรอยเบื้องพระยุคลบาทที่ทรงพระราชทาน
พระบรมราโชวาทไว้



อุดมการณ์สถาบันพระปกเกล้า

“ทำให้วิชาการเด่น เน้นเครือข่ายเพื่อสังคม สังสมคุณธรรม”



พันธกิจแพทยสภา

“เป็นสภาวิชาชีพที่มีการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พัฒนามาตรฐาน การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชี้นำสังคมด้านสุขภาพ อย่างมีระบบ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของแพทย์และ ประชาชนโดยมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม”



ธรรมาภิบาล 6 หลัก หัวใจของหลักสูตร

หลักนิติธรรม (Rule of Laws)

หลักคุณธรรม (Ethics)

หลักความโปร่งใส (Transparency)

หลักมีส่วนร่วม (Participation)

หลักสำนึกรับผิดชอบ (Accountability)

หลักความคุ้มค่า (Value for Money)

หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง

จัดขึ้นโดยความร่วมมือของสถาบันพระปกเกล้าและแพทยสภา
เพื่อสืบสานพระราชปณิธาน ส่งเสริมธรรมภิบาลทางการแพทย์
และมุ่งยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานด้านสุขภาพของประชาชน



Research Topic Index

Human Resources Sharing Models

to resolve medical specialist shortage problems

กลุ่มวิชาการที่ 1

PAGE
14

Preparing Healthcare System

for Thailand's aging society in the next 5 years

กลุ่มวิชาการที่ 2

PAGE
18

Human Capital Model Development

for social immunization in children and youth

กลุ่มวิชาการที่ 3

PAGE
22

Strategies in the Patient Protection and Fairness Establishment

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

กลุ่มวิชาการที่ 4

PAGE
33

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

กลุ่มวิชาการที่ 5

PAGE
37

The Analysis of Universal Coverage Scheme Budget Management

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

กลุ่มวิชาการที่ 6

PAGE
42

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

กลุ่มวิชาการที่ 8

PAGE
57

Comparative Study between CSMBS, SSS, and NHSO Funds:

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

กลุ่มวิชาการที่ 9

PAGE
61

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

กลุ่มวิชาการที่ 7

PAGE
48

Structure and Process of Participation to Protect the Patients/ Relatives

and healthcare providers based on good governance principle

กลุ่มวิชาการที่ 10

PAGE
66

สารบัญ

	หน้า
สารจากเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า รองศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันไชย	8
สารจากนายกแพทยสภา ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	9
สารจากผู้อำนวยการหลักสูตร พลาอากาศรี นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ	10
หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3	11
เอกสารผลการวิจัย นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3	13
- กลุ่มวิชาการที่ 1 Model การใช้ทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันเพื่อแก้ปัญหา การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง	14
- กลุ่มวิชาการที่ 2 การเตรียมตัวของระบบทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งระบบกับสังคมผู้สูงอายุ ใน 5 ปีข้างหน้าอย่างเป็นรูปธรรม	18
- กลุ่มวิชาการที่ 3 โครงการวิจัยการพัฒนาต้นทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนสู่สังคมที่ดี	22
- กลุ่มวิชาการที่ 4 กลไกคุ้มครองประชาชนและสร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชน ในการรับบริการ ด้วยเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์ กรณีศึกษาการใช้เทคโนโลยีการรักษาด้วย เซลล์ต้นกำเนิด (stem cell)	33
- กลุ่มวิชาการที่ 5 Medical Hub: กรณีศึกษาการเป็นศูนย์กลางผลิตภัณฑ์สมุนไพรนานาชาติ อย่างมีธรรมาภิบาล	37
- กลุ่มวิชาการที่ 6 การวิเคราะห์ผลการบริหารงบประมาณของ สปสช. ภายใต้กฎหมายว่าด้วย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล และทิศทาง ที่เหมาะสมตามหลักธรรมาภิบาล	42
- กลุ่มวิชาการที่ 7 การใช้หลักธรรมาภิบาลในการพัฒนาระบบและนโยบายการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐ และเอกชนสำหรับระบบสาธารณสุขของประเทศ	48
- กลุ่มวิชาการที่ 8 การศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนสวัสดิการข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม	57
- กลุ่มวิชาการที่ 9 บทบาทของโรงพยาบาลและสถาบันเอกชนในกระบวนการแพทยศาสตร์ศึกษา หลังปริญญาตามหลักธรรมาภิบาล	61
- กลุ่มวิชาการที่ 10 โครงสร้างและกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อคุ้มครองประชาชนและผู้ประกอบวิชาชีพ ตามหลักธรรมาภิบาล	66
โครงการและกิจกรรมเพื่อสังคม	
- โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 1, 2	73
- โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3	74
- ภาพกิจกรรมนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3	76
รายชื่อผู้เข้ารับการศึกษาดูงานหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3	

สารจากเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า

ผมขอแสดงความยินดีต่อผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3 ซึ่งเป็นหลักสูตรที่เกิดจากการพัฒนาร่วมกันของ 2 สถาบันหลัก คือแพทยสภา และสถาบันพระปกเกล้า เพื่อตอกย้ำความสำคัญของการใช้หลักธรรมาภิบาลในการจรรโลงให้เกิดความสงบเรียบร้อยของสังคมไทย

เป็นที่ประจักษ์ร่วมกันว่าประเทศไทย ในปัจจุบันถูกกระทบด้วยปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นสภาวะเศรษฐกิจโดยรวมของโลก ปัญหาทางการเมือง วัฒนธรรมและค่านิยมของคนในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะสังเกตได้ว่าปัญหาในปัจจุบันมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ด้วยตัวของปัญหาเอง และมีมิติของปัญหาที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ ปัญหาในมิติด้านสุขภาพ และสาธารณสุขของไทย ก็เป็นเช่นเดียวกัน หลักสูตรนี้จึงเกิดขึ้น ตามหลักคิดที่ว่าแนวทางในการแก้ปัญหา ด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในยุคต่อไป จะต้องเกิดขึ้นอย่างโปร่งใสบนพื้นฐานของคุณธรรม และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ด้วยการใช้หลักธรรมาภิบาล

ในระหว่างหลักสูตร คณะนักศึกษาได้ร่วมกันศึกษา วิจัยผลงานวิชาการ โดยหยิบยกประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญในด้านสาธารณสุขของประเทศในปัจจุบันมาศึกษา เช่น ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ ปัญหากองทุนสุขภาพของประเทศไทย ปัญหาความเพียงพอและการกระจายตัวของทรัพยากรบุคคล ทางสาธารณสุข เป็นต้น และหาแนวทางเพื่อนำมาสู่การแก้ปัญหาต่างๆ โดยใช้หลักธรรมาภิบาล ซึ่งเชื่อว่างานวิจัยเหล่านี้ จะเป็นประโยชน์ต่อสังคมในอนาคต

นอกเหนือจากนั้น นักศึกษาในหลักสูตรนี้ ยังได้ร่วมกันจัดกิจกรรมเพื่อสังคม คือการออกหน่วยแพทย์อาสา เฉพาะทางร่วมเฉลิมพระเกียรติในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ รวมทั้งในวโรกาสครบรอบ 60 พรรษา ของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2558 ที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูง

ท้ายนี้ ผมขอชื่นชม และขอบคุณในความทุ่มเทและความพยายามของคณะนักศึกษา ตลอดจนคณาจารย์ผู้สอน และผู้ร่วมพัฒนาหลักสูตรทุกท่าน ที่ทำให้การเรียนการสอนในหลักสูตรนี้ สำเร็จด้วยดี และขอให้ทุกท่านร่วมกันใช้หลักการแห่งธรรมาภิบาลในการทำงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์ ต่อสังคมไทยในอนาคตสืบไป

รองศาสตราจารย์ วุฒิสาร ตันไชย

เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า

สารจากนายกแพทยสภา

ผมขอแสดงความยินดีต่อท่านนักศึกษา ที่สำเร็จหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูงรุ่นที่ 3 ซึ่งเป็นหลักสูตรร่วมของแพทยสภาและสถาบันพระปกเกล้า อันมีเป้าหมายสำคัญที่จะเสริมสร้างหลักการแห่งธรรมาภิบาลให้เข้มแข็งในทุกภาคส่วนของสังคมไทย รวมทั้งในวงการแพทย์ เพื่อให้แพทย์ไทยสามารถเป็นที่พึ่งพิงในด้านสุขภาพของประชาชนในสังคมไทย และรวมทั้งเป็นผู้นำในมิติด้านสุขภาพของประเทศต่างๆในภูมิภาคนี้

ภาวะการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของบริบทด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความเจริญของเทคโนโลยีทางการแพทย์ เทคโนโลยีการสื่อสารในยุคดิจิทัลและโซเชียลมีเดีย การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของประเทศไทย จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงทำให้การทำงานของแพทย์ต้องเผชิญความท้าทายที่ซับซ้อนมากขึ้น สะท้อนถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวงการแพทย์ไทยที่เพิ่มมากขึ้น แพทยสภา จึงมีปณิธานมุ่งมั่นที่จะทำให้ความล้มพันธ์ที่ตรึงระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์กลับคืนมาให้เหมือนกับในอดีต หลักสูตรนี้จึงเป็นเสมือนหน้าต่างที่จะสะท้อนและถ่ายทอดปณิธานดังกล่าวของแพทยสภา

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตร จึงนำมาสู่การพัฒนาผลงานวิชาการของนักศึกษา 10 กลุ่ม 10 ประเด็น โดยที่เป็นการสะท้อนการใช้หลักธรรมาภิบาลในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เช่น การเตรียมตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของภาคสาธารณสุขไทย การศึกษาถึงปัญหาและข้อจำกัดด้านกฎหมาย เพื่อรองรับเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ การศึกษาปัญหาการจัดการของ 3 กองทุนสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งเชื่อได้ว่าผลงานวิจัยเรื่องต่างๆ ของรุ่นที่ 3 นี้จะเป็นประโยชน์แก่สังคมในวงกว้างต่อไป ท้ายนี้ผมขอให้ คณะนักศึกษา ปธพ.รุ่น 3 และคณาจารย์ทุกท่าน จงประสบแต่ความสุข สมปรารถนาในทุกๆสิ่ง มีสุขภาพพลานามัยที่แข็งแรง และได้ร่วมกันพัฒนาประเทศไทยให้เจริญยิ่งขึ้นตลอดไป

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา

สารจากผู้อำนวยการหลักสูตรรรมมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง

“อ่อนน้อมถ่อมตน ทุกคนมีดี อย่าดูถูกใคร”

จากพระราชดำรัส ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ที่ทรงพระราชทานให้แก่กรรมการแพทยสภา เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาทางการแพทย์ไทย เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2553 ได้ถูกนำมาวิเคราะห์และออกแบบแนวทางโดยแพทยสภา สร้างเป็นโครงการความร่วมมือสำคัญนี้ โดยแพทยสภาขอให้ทางสถาบันพระปกเกล้าผู้มีชื่อเสียงด้าน “ธรรมาภิบาล” จัดหลักสูตรในภาคทฤษฎี และทาง “แพทยสภา” รับผิดชอบในองค์ความรู้ด้าน “ระบบสาธารณสุขไทย” และ “ธรรมาภิบาลภาคปฏิบัติ” จึงเป็นที่มาของหลักสูตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง ซึ่งถือกำเนิดในรุ่นแรก พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบัน

ผู้ที่เข้ารับการศึกษานี้มาจาก 6 สาขาหลักในระบบการแพทย์คือ แพทย์ผู้บริหารจาก (1)มหาวิทยาลัย (2)กระทรวงสาธารณสุข (3)ภาครัฐอื่น (4)เอกชนร่วมกับผู้บริหารที่มีใบแพทย์ สาขา(5)ภาครัฐ และสาขา(6)ภาคเอกชน มาเรียนรู้หลักสูตรธรรมาภิบาลทั้ง 6 พร้อมข้อมูลและปัญหาในระบบสาธารณสุขไทย โดยน้อมนำพระราชดำรัสไปสู 6 ขั้นตอนกล่าวคือ

(1) นำความ “อ่อนน้อมถ่อมตน” สร้างให้เกิดความรักและสามัคคีกันในหมู่ผู้บริหารระดับสูง ที่มาจากหลายภาคส่วน สำคัญทั้งในภาครัฐและเอกชน ให้ร่วมแรงร่วมใจกันแก้ไขปัญหาของระบบสาธารณสุขไทย ด้วยความสัมพันธฉันท์นื่องที่ต่อเนื่องระยะยาว

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

(3) ให้พึงระลึกเสมอว่า “อย่าดูถูกใคร” เหตุเพราะความรู้ในโลกล้วนมีมากมายหากข้อมูลไม่พอไม่เข้าใจ หรือใช้เหตุผลของตนเองเป็นหลัก ย่อมอาจพลาดไปดูถูกผู้อื่นได้ หลักสูตรนี้จึงเน้นการนำข้อเท็จจริงทุกด้านที่เกี่ยวข้อง มาเรียนรู้ให้สังเคราะห์เกิดการแก้ปัญหาพร้อมกัน หลักสำคัญของ “อย่าดูถูกใคร” คือ ให้หันมาดู “ข้อเท็จจริง” ให้เพียงพอแทน จะไร้ซึ่งข้อขัดแย้งของอวิชา

(4) วิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขด้วย “ธรรมาภิบาล” คัดเลือกปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศ 10 หัวข้อต่อรุ่น นำมาออกแบบเป็น “งานวิจัย” จากตัวผู้ปฏิบัติงานใน 6 สาขาหลัก มาทำการวิจัยต่อยอดโดยผู้ปฏิบัติจริง ภายใต้มาตรฐานและคณาจารย์ของสถาบันพระปกเกล้า มุ่งหวังมาใช้ผลการวิจัยมาแก้ปัญหาในระบบสาธารณสุขไทยในภาคปฏิบัติ

(5) จาก “ธรรมาภิบาลภาคปฏิบัติ” นำไปสู่การต่อยอดเป็น “รักในหลวงภาคปฏิบัติ” เหตุได้เรียนรู้ตามแนวทางพระราชดำรัสฯ โครงการจึงจัดให้มีกิจกรรมการออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางเฉลิมพระเกียรติฯ ขึ้นเพื่อให้ทุกคนมีโอกาสเรียนรู้ปัญหาของการให้บริการผู้เจ็บป่วย เข้าใจความทุกข์ของคนไข้ที่รอคอยในต่างจังหวัด และร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาเพื่อขจัดทุกข์เหล่านั้นแบบเป็นรูปธรรม เข้าถึงปัญหาจริงของระบบสาธารณสุข สร้างความสมานฉันท์ของหน่วยงานภาครัฐใน 5 กระทรวงและเอกชน กับพื้นที่เป้าหมายในลักษณะรพ.สนามต้นแบบ ตลอดจนสร้างความช่วยเหลือทางวิชาการระยะยาว เพื่อร่วมใจถวายแด่ในหลวงของเรา

(6) จากงานวิจัย สู “การแก้ปัญหาประเทศภาคปฏิบัติ” โดยนำผลการวิจัยมาเสนอในการประชุมวิชาการประจำปีของแพทยสภา ให้ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องรับฟัง และพิมพ์เผยแพร่ทั่วประเทศ นำไปสู่การริเริ่มแก้ไขในหน่วยงานที่มีปัญหา ทำให้งานวิจัยสามารถขยายผลไปเกิดประโยชน์จริงกับระบบสาธารณสุขไทย และประเทศชาติ

ในฐานะผู้อำนวยการหลักสูตรต้องขอแสดงความชื่นชม ยินดีและขอบคุณนักศึกษาทุกท่านในรุ่นที่ 3 ที่มีความวิริยะอุตสาหะจนผ่านกระบวนการศึกษาในหลักสูตร จนถึงขั้นตอนที่ 6 นำข้อเสนอบนงานวิจัยทั้ง 10 หัวข้อในเล่มนี้ หวังว่าผลงานของรุ่นนี้จะมีส่วนให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขไทยไปในทิศทางที่ดีขึ้น และองค์ความรู้ด้าน “ธรรมาภิบาล” จะนำท่านผู้บริหารให้เกิดแนวคิดร่วมสร้าง “ระบบคุณธรรม” ในสังคมไทย ไปถึง “โรงพยาบาลคุณธรรม” ตามแนวทางที่ ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย องคมนตรีปรารถนาไว้ในหลักสูตร ขยายไปถึง “ธรรมาภิบาล” ต่อประชาชนไทยทุกคนในอนาคต ซึ่งเป็นไปดังพระราชดำรัสฯ

**“ความสำเร็จของการศึกษาที่แท้จริง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้มาก
แต่ขึ้นอยู่กับการนำเอาความรู้นั้นมาประยุกต์ใช้ ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมได้มากเพียงไร”**

พระราชดำรัส สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรยศจิตติวิกรม พระบรมราชชนก

พลอากาศตรี นายแพทย์ อิทธิพร คณะเจริญ
ผู้อำนวยการหลักสูตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง
รองเลขาธิการแพทยสภา/9 ตุลาคม 2558

หลักสูตรประกาศนียบัตรสรรมากีบาลทางการแพทย สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3

จัดโดย สถาบันพระปกเกล้า และ แพทยสภา

1. หลักการและเหตุผล

แพทยสภา ในฐานะสภาวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มีภารกิจตั้งแต่กำกับดูแลการผลิตนักศึกษาแพทย์ใน 19 คณะแพทยศาสตร์ ไปจนถึงควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมกว่า 40,000 คน ในสาขาเชี่ยวชาญ 77 สาขา ภายใต้ 14 ราชวิทยาลัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งต้องรับผิดชอบการตรวจรักษาผู้ป่วยกว่า 200 ล้านครั้งต่อปีในทุกภาคส่วน นอกจากนี้ความซับซ้อนทางวิชาการแพทย์ตามเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นแล้ว ความซับซ้อนทางด้านสังคมวิทยา เศรษฐกิจ และกฎหมายก็มีการพัฒนาและทวีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะด้านการเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตย ด้านเศรษฐกิจในระดับอาเซียนและระดับโลก ด้านกฎหมายมหาชน ซึ่งเป็นมิติใหม่ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรม ดังนั้น แพทย์และผู้บริหารสายแพทย์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อภาวะวิสัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างถ่องแท้ในการตัดสินใจ การกำหนดทิศทางและสมดุลในระบบสุขภาพของประเทศภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด เพื่อดูแลประชาชนซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีค่าสูงสุดของรัฐ

สถาบันพระปกเกล้า ในฐานะที่เป็นสถาบันนักศึกษาด้านการเมือง การปกครอง กฎหมาย และเศรษฐศาสตร์อันดับสูงสุดของประเทศภายใต้รัฐสภา ในฐานะที่เป็นสถาบันที่ผลิตผู้บริหารระดับสูงหลากหลายสาขาและเป็นที่ประจักษ์ต่อสังคม จึงถือเป็นโอกาสอันเหมาะสมที่ทั้งสองสถาบันจะได้บูรณาการองค์ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ความเชี่ยวชาญแก่ผู้บริหารสายแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลิตบุคลากรที่จะเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติ ในการสร้างความเจริญพัฒนาของประเทศไทยต่อไป

2. วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตยและธรรมาภิบาลแก่ผู้บริหารสายแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องในการประกอบวิชาชีพ
- 2) เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจภาวะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านสังคมวิทยา เศรษฐกิจและกฎหมายที่มีผลต่อการปฏิบัติวิชาชีพทางการแพทย์
- 3) เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจ การกำหนดทิศทาง และวิธีดำเนินงานที่ชัดเจนในระบบสุขภาพของประเทศ
- 4) เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่สะท้อนคุณธรรมและจริยธรรมและหลักธรรมาภิบาลที่เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้บริหาร

3. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการศึกษอบรม

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

ประเภทที่ 1 แพทย์และวิชาชีพสายสาธารณสุขอื่นๆ ในองค์กรของรัฐที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชน ได้แก่

ภาคราชการ มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1.1) เป็นข้าราชการตั้งแต่ระดับ 8 (ชำนาญการพิเศษ) ขึ้นไป
- 1.2) เป็นข้าราชการในระดับชั้นยศเงินเดือน ตั้งแต่ พันเอก นาวาเอก นาวาอากาศเอก หรือพันตำรวจเอก ขึ้นไป
- 1.3) เป็นข้าราชการ หรือพนักงานของรัฐ หรือพนักงานมหาวิทยาลัย ที่ทำงานด้านบริหารของหน่วยงาน ไม่ต่ำกว่า 5 ปี
- 1.4) เป็นข้าราชการ หรือพนักงานของรัฐ หรือพนักงานมหาวิทยาลัย ที่ทำงานด้านบริหารของหน่วยงาน ในระดับตั้งแต่หัวหน้ากลุ่มงาน
- 1.5) เป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย หรือพนักงานมหาวิทยาลัย ในระดับตั้งแต่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขึ้นไป

ภาคเอกชน มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1.6) มีประสบการณ์การทำงานด้านการแพทย์ไม่น้อยกว่า 10 ปี หรือปฏิบัติงานด้านการแพทย์สาธารณสุข เป็นระยะเวลาต่อเนื่องติดต่อกันจนถึงวันรับสมัครไม่น้อยกว่า 5 ปี
- 1.7) เป็นบุคลากรสายการแพทย์ที่คณะกรรมการหลักสูตรมีมติเห็นสมควรให้เข้ารับการศึกษอบรมเนื่องจาก เห็นว่าจะประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรืองานสาธารณสุข

ประเภทที่ 2 บุคลากรในสายงานที่เกี่ยวข้อง มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- 2.1) ข้าราชการพลเรือนสามัญที่ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น ตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งประเภททั่วไประดับชำนาญงาน ระดับอาวุโส หรือ ผู้ซึ่งมีความรู้ ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับกลาง
- 2.2) ผู้บริหารท้องถิ่นและสมาชิกสภาท้องถิ่น
- 2.3) ข้าราชการท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งระดับ 7-8 หรือเทียบเท่า หรือ ผู้ซึ่งมีความรู้ ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับกลาง
- 2.4) เจ้าหน้าที่ พนักงานในหน่วยงานของรัฐ องค์การมหาชน รัฐวิสาหกิจ หรือข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงานของหน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับกลาง หรือเทียบเท่า หรือ ผู้ซึ่งมีความรู้ ความสามารถและเหมาะสมที่จะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับกลาง
- 2.5) ผู้ประกอบกิจการ หรือ ผู้บริหารกิจการภาคเอกชน
- 2.6) บุคคลทั่วไปที่สนใจ
- 2.7) บุคลากรซึ่งสถาบันพระปกเกล้าให้เข้ามาศึกษา เพราะมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ในการพัฒนาประชาธิปไตย หรือ เป็นผู้ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประชาธิปไตย หรือ สนับสนุนงานของสถาบันฯ ต่อไป

4.เนื้อหาของหลักสูตร ประกอบไปด้วย 8 หมวดวิชา จำนวน 189 ชั่วโมง ได้แก่

หมวด 1 ปฐมนิเทศ

หมวด 2 บริบททางการเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตยของธรรมาภิบาล

หมวด 3 แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับธรรมาภิบาล

หมวด 4 เครื่องมือการบริหารสมัยใหม่เพื่อเสริมสร้างธรรมาภิบาล

หมวด 5 การบรรยายพิเศษ

หมวด 6 การศึกษาดูงาน

หมวด 7 ปัจฉิมนิเทศ

หมวด 8 เอกสารวิชาการกลุ่ม

“ปลูกฝังจิตสำนึก ปูพื้นฐานการประยุกต์ใช้”

การผลิตผลงานทางวิชาการเป็นส่วนสำคัญของหลักสูตร
ประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์ สำหรับ
ผู้บริหารระดับสูง จากสถาบันพระปกเกล้า

ที่นักศึกษาแต่ละกลุ่มซึ่งมาจากผู้ทำงานทั้งในและ
นอกระบบการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐ
และเอกชน ได้ร่วมกันประมวลความรู้ และผลิต
ผลงานสะท้อนการใช้ธรรมภิบาลในการ
แก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ทุกแง่มุม

ด้วยจิตมุ่งมั่นที่จะร่วมมือกัน ที่จะสืบสานพระราชปณิธาน
ส่งเสริมธรรมภิบาลทางการแพทย์ และสร้างสรรค์
ยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานสุขภาพ
ของประชาชน ต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง

เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่น่าเชื่อถือในการคุ้มครอง
ประชาชนและผู้ประกอบวิชาชีพ สมศักดิ์ศรี
ของความเป็นมนุษย์และประชาชนไทย

เราหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารผลงานวิชาการทั้ง10กลุ่ม
จะเป็นประโยชน์แต่สาธารณชนคนไทยไม่มากนักน้อย

Human Resources Sharing Models

to resolve medical specialist shortage problems

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

คณะผู้ทำการวิจัย

3. พล.ท.นพ. ไตรโรจน์ คุรุเวช
6. นพ. ยุทธศักดิ์ ตั้งสุขสันต์
9. คุณสุนทรี จรรโลงบุตร

1. คุณจุไรรัตน์ ปันยารชุน
4. นพ. นิสิต ศรีสมบุรณ์
7. พญ. วรณนภา เพชรเครือ
10. รศ.นพ. อคฺลย์ รัตน์วิจิตรศิลป์

2. นพ. ตะวัน จิตต์จุฬานนท์
5. คุณปกรณ์ พรรณนะแพทย์
8. นพ. สยาม พิเชฐสินธุ์

Abstract

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

Objectives:

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

Methods:

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

Results:

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

Suggestions:

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

บทสรุปผู้บริหาร

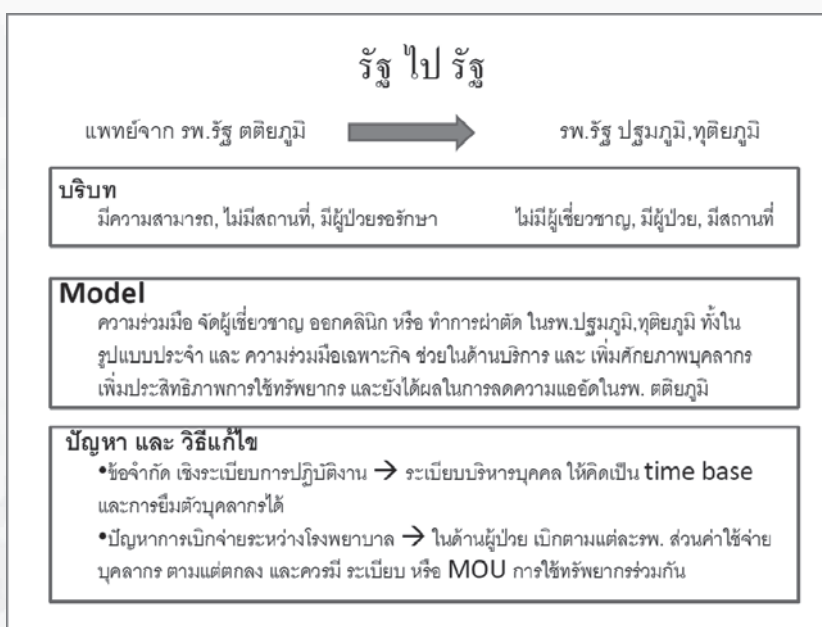
หัวข้อ : Model การใช้ทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง

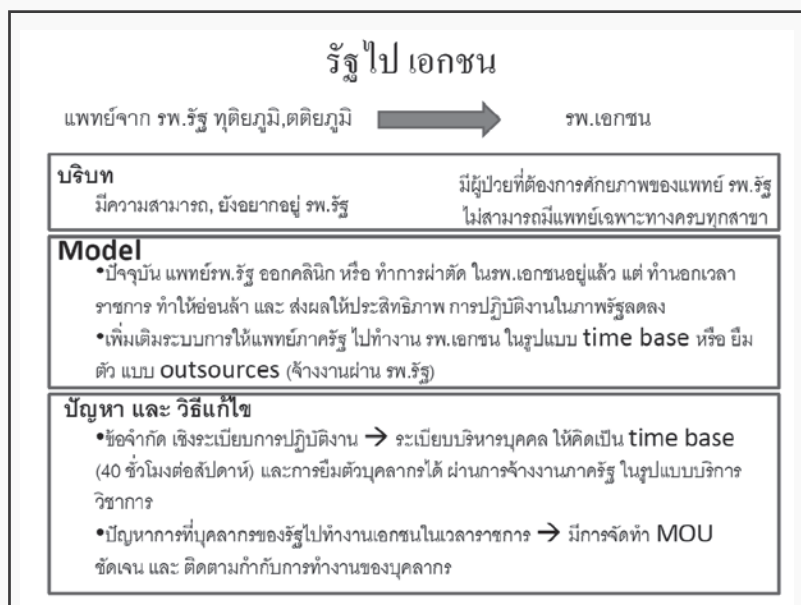
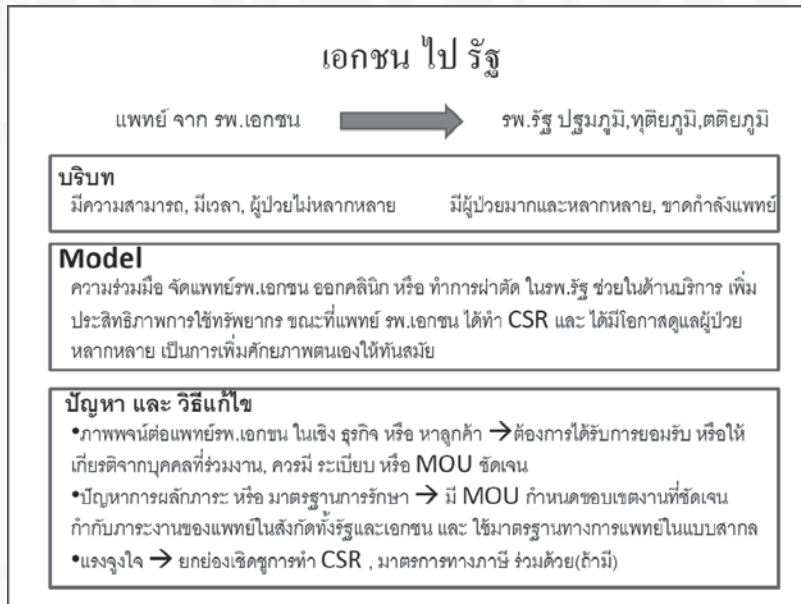
ปัญหาแพทย์ที่ไม่เพียงพอทั้งจำนวนและการกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อันเนื่องจากการผลิตที่ต้องใช้เวลา และความต้องการของภาคบริการในบางสาขามีจำกัด ทำให้การแก้ปัญหาด้วยกระบวนการด้านการผลิต อาจไม่ตอบโจทย์ของประเทศ แนวทางที่น่าจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ จึงเป็นการอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public-Private-Public-Partnership หรือ PPP) ซึ่งเคยมีการดำเนินการในหลายรูปแบบ แต่ยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน

จึงเป็นที่มาของการศึกษาของคณะนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3 กลุ่มที่ 1 เรื่อง “Model การใช้ทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกัน เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง” โดยการสร้าง Model ความร่วมมือ และดูความเป็นไปได้ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคอันอาจจะเกิดขึ้น ด้วยวิธีการเชิญผู้เชี่ยวชาญจากภาคส่วนต่างๆ อาทิ ผู้บริหารจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารมหาวิทยาลัย ผู้ให้บริการทั้งอาจารย์แพทย์ แพทย์โรงพยาบาลเอกชน แพทย์โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กและใหญ่ ทั้งในกรุงเทพและต่างจังหวัด ตลอดจนบุคคลในภาคส่วนอื่นๆ ร่วมระดมความคิดเห็นในรูปแบบการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาทุกวัยทั้งชายและหญิง

ผลการศึกษา พบว่า มีความร่วมมือหลายอย่างเกิดขึ้นในอดีต แต่ยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน มีการยอมรับกันในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องแต่ไม่กว้างขวาง ซึ่งแต่ละวิธี มีความเหมาะสมกับบริบททางภูมิสังคม ของแต่ละสาขาวิชา และแต่ละพื้นที่ หากจัดการให้เป็นระบบ มีกฎระเบียบที่ชัดเจนในเรื่องการบริหารเวลา ของบุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชน มีการตอบแทน (ที่อาจไม่เป็นตัวเงิน) มาเป็นแรงจูงใจ ร่วมกับการใช้ระบบสารสนเทศ และการทำข้อตกลงที่ชัดเจนจะสามารถดำเนินการให้เกิดความร่วมมือในการเปิดโอกาสให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถใช้ความสามารถให้เกิดประโยชน์ในการช่วยเหลือหน่วยบริการทางการแพทย์ ที่ขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งในภาครัฐและเอกชน

โดยสรุป บริบท model ปัญหาอุปสรรค และ แนวทางแก้ไข ใน 3 รูปแบบ คือ รัฐไปรัฐ เอกชนไปรัฐ และ รัฐไปเอกชน





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

Preparing Healthcare System

for Thailand's aging society in the next 5 years

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเท่ากับ 14.7% และจะเพิ่มเป็น 21.6% ในปี พ.ศ. 2566 เมื่ออัตราส่วนของบุคลากรในวัยทำงานลดลง ภาระของประชากรในวัยทำงานที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุและเด็กที่ไม่มีรายได้จะเพิ่มสูงขึ้นมาก ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุก็จะเพิ่มขึ้นอย่างมาก ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนมากไม่มีเงินออมพอที่จะใช้ดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีไม่เพียงพอ และภาระส่วนใหญ่เป็นของครอบครัวหรือโรงพยาบาลที่มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute care) ดังนั้นระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ต้องมีการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการเตรียมทั้งสถานที่และผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และต้องให้ครอบครัวและสังคมมีส่วนร่วมในการทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพให้มากที่สุด โดยอาศัยการสนับสนุนของภาครัฐและการวางแผนด้านงบประมาณอย่างเหมาะสม โดยมีการระดมกองทุนล่วงหน้าและมีการร่วมสมทบตามความเหมาะสม ต้องมีการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในการวางแผน และดำเนินการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ

คณะผู้ทำกรวิจัย

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 3. รศ.นพ. ฉันทชาย สิริพิพันธุ์ | 1. รศ.คลินิก พญ. วารุณี จินารัตน์ | 2. คุณสุภาพร ศรีสงคราม |
| 6. นพ. พิเชษฐ์ ชุนพิพัฒน์ | 4. คุณสุชัยญา ธนาलगรณ์ | 5. คุณกรรณิกา พลัสสินทร์ |
| 9. คุณวันทนี พันธ์ชาติ | 7. คุณปราณี จันทร์เจนระวี | 8. นพ. เกษม ภัทรฤทธิกุล |
| 12. ดร. ประภาสิต ภายะสิทธิ์ | 10. นพ. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ | 11. คุณวิสิฐ ตันติสุนทร |
| 15. น.อ.(พิเศษ) นพ. นพดล วีระยงกูร | 13. นพ. อติรัตน์ กิตติรัตน์ไพบูลย์ | 14. คุณจริจดา พูนพิพัฒน์ |

Abstract

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

Objectives:

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

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

Methods:

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

Results:

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

Suggestions:

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

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

หัวข้อ : การเตรียมตัวของระบบทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งระบบกับสังคมผู้สูงอายุใน 5 ปีข้างหน้าอย่างเป็นรูปธรรม

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี เท่ากับ 14.7% และจะเพิ่มเป็น 21.6% ในปี พ.ศ. 2566 เมื่ออัตราส่วนของบุคลากรในวัยทำงานลดลง ภาระของประชากรในวัยทำงานที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุและเด็กที่ไม่มีรายได้จะเพิ่มขึ้นอย่างมาก ขณะเดียวกัน ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุก็จะเพิ่มขึ้นอย่างมาก ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนมาก ไม่มีเงินออมพอที่จะใช้ดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังมีไม่เพียงพอและภาระส่วนใหญ่เป็นของครอบครัวหรือโรงพยาบาลที่มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute care) ดังนั้นระบบสาธารณสุขของประเทศไทยต้องมีการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการเตรียมทั้งสถานที่และผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และต้องให้ครอบครัวและสังคมมีส่วนร่วมในการทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพให้นานที่สุด

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

อัตราส่วนผู้สูงอายุ แยกตามช่วงอายุ 2543-2593

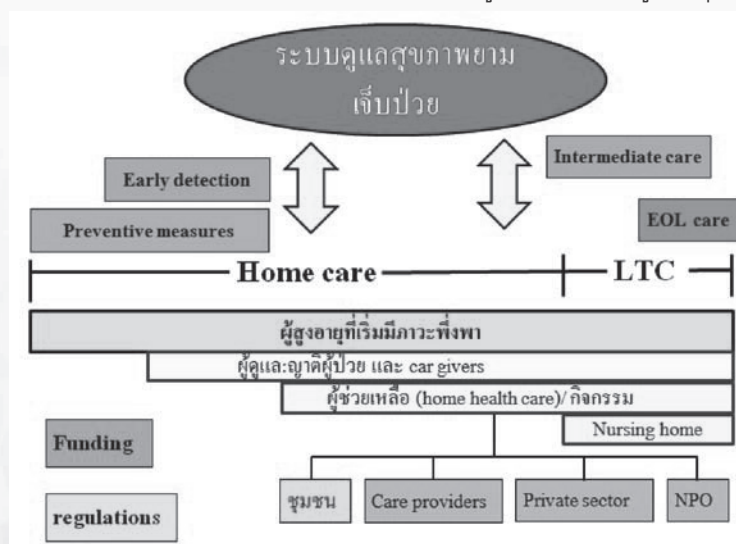
จากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่ามีผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาบางกิจกรรม ร้อยละ 13.8 และต้องการพึ่งพาทั้งหมดร้อยละ 0.9 โดยเพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชายและเพิ่มขึ้นตามช่วงวัย ทั้งนี้ได้มีการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆ และพบว่า ในปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 คนและ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 คน และ 140,000 คน ในปี 2662 ระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขในปัจจุบันยังคงเน้นการดูแลแบบเฉียบพลัน (acute care) เป็นหลัก โดยเน้นเฉพาะระบบการดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันไป พบว่าผู้ป่วยส่วนมากยังได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุม บริการในชุมชนสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงจำกัดมาก ไม่ว่าจะเป็นบริการสาธารณสุขหรือบริการด้านสังคม ขณะที่สถานบริบาลระยะยาว และระยะกลางในสังคมไทยยังไม่ได้มีการพัฒนาเท่าที่ควร และมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนสูง แม้ว่าจะมีการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้น เช่น โครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เช่น home healthcare แต่ก็ยังไม่ทั่วถึง และไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแทนญาติหรือผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ในประเทศไทย ยังขาดโครงสร้างที่จะให้บริการสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะกลางและระยะยาว การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ในสถานพยาบาลนั้นในปัจจุบันมีเพียงในสถานบริบาลภาคเอกชนเป็นหลัก ขาดสถานบริบาลของภาครัฐโดยภาครัฐมีเพียงการจัดบ้านพักอาศัย (Residential home) เช่น บ้านบางแค และรับเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เท่านั้น ไม่สามารถรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง ซึ่งมีความจำเป็นต้องพักอาศัยในสถานบริบาล ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการค่อนข้างสูง ทางภาครัฐยังไม่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว

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

ผลการสำรวจความต้องการจากผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำนวน 206 ราย

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าประเทศไทยจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในการให้การดูแล ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีข้อเสนอแนะในการดำเนินการดังนี้

1. เน้นให้ความสำคัญของค่านิยมที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของครอบครัวในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ
2. มีระบบการดูแลที่แยกระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแยกจากระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามระบบสุขภาพ
3. มีการร่วมจ่ายจากผู้สูงอายุในปริมาณที่ไม่มากเกินไป และมีการปรับตามความสามารถในการร่วมจ่ายของผู้ป่วย โดยต้องมีการวางแผนงบประมาณที่เหมาะสม
4. มีการประเมินผู้สูงอายุเพื่อให้ได้การดูแลที่เหมาะสม ไม่มากหรือน้อยเกินไป
5. มีระบบการสร้าง care giver และระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมและครอบครัวอย่างมีคุณภาพได้นานที่สุด
6. มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการวางแผนและดำเนินการดูแลประชากรสูงอายุโดยเฉพาะ



แนวทางในการเตรียมระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

Human Capital Model Development

for social immunization in children and youth

การพัฒนารูปแบบกระบวนการพัฒนาทุนมนุษย์ของเด็กและเยาวชนสู่สังคมที่ติจะเชื่อมโยงการปฏิสัมพันธ์ร่วม (Mesosystem) 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับชุมชน และระดับกลไกท้องถิ่นประเทศ

- ระดับบุคคล โดยคณะทำงานที่มีทั้งเด็กและผู้ใหญ่ร่วมกันพัฒนา Facilitator ประจำท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- ระดับชุมชน โดยระบบพี่เลี้ยงชุมชนและมีการพัฒนาทักษะ 5 ด้าน ที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะการบริหารโครงการ ทักษะการเฝ้าระวัง ทักษะการพัฒนากิจกรรม ทักษะการเป็นพี่เลี้ยง และทักษะในการส่งต่อ

- ระดับกลไกท้องถิ่นจังหวัดและประเทศ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาเด็กและเยาวชนเป็นชุดเดียวดูแลทั้งระบบพัฒนาการศึกษา สุขภาพ และสังคมเพื่อให้มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน

คณะผู้ทำการวิจัย

3. นพ. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน
6. คุณศานติ ประนิช
9. คุณพิมพ์กาญจน์ เหลืองสุวรรณ
12. คุณวินิตา เจนวนวัฒนวิทย์

1. รศ.นพ. สุริยเดว ทรีปาตี
4. นพ. รุ่งเรือง ลิ้มไพบุลย์
7. คุณพรทิพย์ ศักดิ์ศิริเวชกุล
10. คุณอรุณโรจน์ เลี่ยมทอง
13. คุณสรวงมณต์ สิทธิสมาน

2. นพ. สุนทร สุนทรชาติ
5. พญ. ศศิธร รุ่งบรรณพันธ์
8. คุณองอาจ คล้ามไพบุลย์
11. คุณรัตนา อนุภาสนันท์

Abstract

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

Objectives:

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

Methods:

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

Results:

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

Suggestions:

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

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

บทสรุปผู้บริหาร

หัวข้อ : โครงการวิจัยการพัฒนาต้นทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนสู่สังคมที่ดี

การพัฒนาต้นทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนสู่สังคมที่ดี

เด็กและเยาวชนไทยในสังคมปัจจุบันพบว่ามีความเสี่ยงกับปัจจัยรอบ ๆ ตัวหลายด้านด้วยกัน ทั้งนี้เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทั้งด้านเทคโนโลยี วัตุนิยม มีการบริโภคสื่อที่หลากหลายช่องทางมากขึ้น อีกทั้งสภาพเศรษฐกิจ สภาพสังคม สิ่งแวดล้อมรอบตัว และโครงสร้างของครอบครัว ที่เปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อเยาวชนไทยตามมา ทั้งปัญหาครอบครัว การใช้สิ่งเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ และตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด การใช้ความรุนแรง เสพติดสื่อ ล้วนมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาเหล่านี้มาช้านานจนเกิดวาระแห่งชาติขึ้นมากมาย แต่ปัญหาลับทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ

ตลอดระยะเวลาการพัฒนาเด็กและเยาวชนของสังคมไทย มุ่งเน้นแก้ปัญหามากกว่าการพัฒนาศักยภาพ หากมองให้ครบทุกมิติของการพัฒนาต้นทุนมนุษย์สู่สังคมที่ดีกว่านั้น ต้องจัดการให้ปัจจัยเสี่ยงลดลง(Risk) และขณะเดียวกันปัจจัยสร้าง (Protection; Life Assets) ต้องเพิ่มขึ้นไปด้วย และจะยังมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากมีการพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อการจัดการทั้ง 2 ปัจจัย จะก่อให้เกิดพลังภูมิคุ้มกันทางสังคมในการพัฒนา ต้นทุนมนุษย์ (Power of Social Immunity) ได้เป็นอย่างดี ฉะนั้นการพัฒนาให้เด็กมีความสามารถในการปรับตัว สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มองโลกในแง่ดี และรู้จักการบริหารจัดการที่ชาญฉลาดทั้งต่อตนเองและต่อสังคม และที่สำคัญคืออยู่บนฐานจิตสำนึกที่ดี ย่อมดำรงชีวิตในสังคมที่มีการแข่งขันกันอย่างเต็มที่ได้อย่างดีเยี่ยม ด้วยสติและ

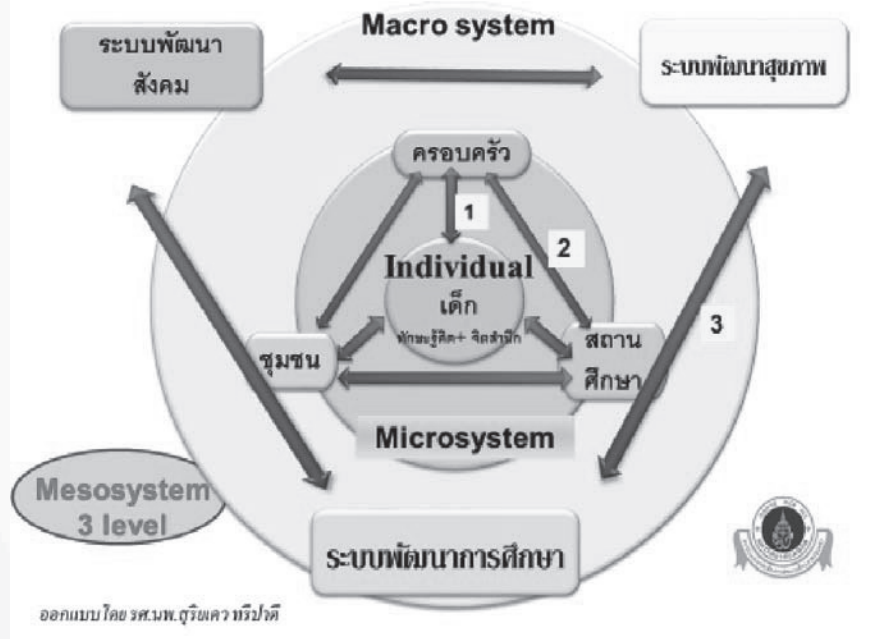


รูปภาพที่ 1 แสดงมุมมองทัศนคติและผลลัพธ์ที่ต่างกันในการจัดการปัญหาในเด็กและเยาวชนโดยมุมมองปัญหาเป็นตัวตั้งมุ่งเน้นการแก้ปัญหาของพฤติกรรมเสี่ยงให้ลดลงซึ่งมีผลลัพธ์สุดท้ายก่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญมีการพัฒนาการเฝ้าระวังและออกกฎหมายมาบังคับใช้โดยให้เห็นผลในระยะสั้น หากมุ่งเน้นมุมมองศักยภาพเป็นตัวตั้งมุ่งเน้นการสร้างพลังบวกในการแก้ปัญหาสร้างการมีส่วนร่วมของเด็กเยาวชนครอบครัวและชุมชนท้องถิ่นซึ่งมีผลลัพธ์สุดท้ายเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพที่ตัวเด็กและเยาวชนและชุมชนให้เข้มแข็งมีความยั่งยืนเห็นผลในระยะยาว

ปัญหาเมื่อเทียบกับการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆในเด็กละแวกชนที่นับวันมากขึ้นและซับซ้อน

แนวคิดการพัฒนาต้นทุนมนุษย์/ทุนมนุษย์

การพัฒนากระบวนการทัศนในการศึกษาเพื่อการพัฒนาต้นทุนมนุษย์โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชนครั้งนี้ ออกมาเป็นระดับชั้นๆที่มีเด็กและเยาวชนเป็นศูนย์กลาง(ในที่นี้เรียกว่า Individual: พัฒนาศักยภาพให้เกิดทักษะ รู้คิด และจิตสำนึก) โดยในชั้นแรกที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดคือ สังคมแวดล้อมที่เด็กใช้ชีวิตอยู่ตลอดเวลาเช่น ครอบครัว สถานศึกษาและชุมชนใกล้ตัว (ในที่นี้เรียกว่า Microsystem) ส่วนชั้นที่ห่างออกมาแต่ก็มีผลกระทบต่อเด็กอีกเช่นกันคือ ชั้นของกลไกท้องถิ่นในสังคมที่เด็กอาศัยอยู่ เช่นกลไกของท้องถิ่นในการพัฒนาสุขภาพ การศึกษา และสังคมชุมชน ซึ่งล้วนมีผลต่อการพัฒนาศักยภาพเด็กทั้งสิ้น (ในที่นี้เรียกว่า Macro system) สำหรับการเชื่อมโยงในแต่ละชั้นให้สามารถบูรณาการกันได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างชั้นต่างๆ ทุกชั้นทุกระดับ (ในที่นี้เรียกว่า Mesosystem) ซึ่งแบ่งออกมาเป็น 3 ชั้น กล่าวคือ ชั้นที่1 เป็นปฏิสัมพันธ์ ในชั้นที่สังคมที่ใกล้ตัวเด็กคือครอบครัว สถานศึกษา และชุมชนกับเด็กและเยาวชนโดยตรง ชั้นที่ 2 เป็นปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกันของสังคมที่ใกล้ตัวเด็ก คือครอบครัว สถานศึกษา และชุมชน ส่วนชั้นที่ 3 เป็นปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกันของกลไกทั้ง 3 ระบบเพื่อมุ่งเป้าพัฒนา



รูปภาพที่ 2 แสดงตัวอย่างการใช้แผนภูมิ Bio ecology of Human Development พัฒนาระบบทัศนในการพัฒนาเด็กในสังคมไทย โดยมีเด็กเป็นศูนย์กลาง (Individual) และมีสังคมแวดล้อมที่ใกล้ตัวเด็กมากที่สุด ใช้ชีวิตอยู่โดยส่วนใหญ่คือ ครอบครัว สถานศึกษาที่เรียน และชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่ เป็น Immediate Environment ของเด็ก เรียกว่า Microsystem และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันระหว่างเด็กกับครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา และระหว่างครอบครัว กับชุมชนและสถานศึกษาเพื่อเป้าหมายเดียวกันโดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง เรียกว่า Mesosystem ส่วนระบบของสังคมที่มีในสังคมไทยเพื่อการพัฒนาเด็กนั้น มีอยู่ 3 ระบบ กล่าวคือ ระบบสุขภาพ (Health Development System) ระบบการศึกษา(Educational Development System) และระบบในพัฒนาการอยู่ร่วมกันในชุมชน สังคม (Community Development System) ซึ่งเรียกว่า macro system เมื่อวิเคราะห์ปัญหาของสังคมไทยจะเห็นจุดอ่อนในระดับ Mesosystem ทั้ง 3 ระดับ

ศักยภาพเด็กและเยาวชน ดังแสดงในภาพข้างล่างนี้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการพัฒนาต้นทุนมนุษย์(ทุนมนุษย์) ของเด็ก เยาวชน ให้มีทักษะรู้คิด จิตสำนึกที่ดีต่อตนเอง ต่อสังคม และสามารถบูรณาการเข้ากับระบบการพัฒนาสุขภาพ ระบบการ

ศึกษาและระบบการพัฒนาสังคม เพื่อนำเสนอเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายทั้งในระดับท้องถิ่นและประเทศ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสำรวจความคิดเห็นผู้บริหารภาครัฐและเอกชนรวมทั้งผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กและเยาวชนและการศึกษาด้วยการถอดบทเรียนจากกรณีศึกษา การเคหะชุมชนร่มเกล้า ลาดกระบัง กรุงเทพฯ และชุมชนท้องถิ่น บ้านสาละวัน ศาลายา นครปฐม และโครงการ CHILDLIFE

รูปแบบการศึกษา มี 2 รูปแบบ

1. **รูปแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก** จากผู้บริหารภาครัฐและเอกชน รวมทั้งผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา เด็กและเยาวชน (เน้นวัยรุ่นอายุ 10-18 ปี) ทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศจำนวน 23 ท่าน สามารถนำมาสะท้อนผ่าน 3 ประเด็นดังนี้

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

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

ค. รูปแบบ แนวทางหรือวิธีการที่พัฒนาให้ครอบคลุมด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา และด้านพัฒนาสังคม

ตารางแสดงความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์	
รูปแบบ(ศูนย์กลาง)	กระบวนการ
บ้าน ชุมชนและโรงเรียน จำนวน 6 ท่าน	Transform education Participation learning action Facilitator/ Scaffolding Change Mind set Role model Meaningful Participation
เด็ก จำนวน 11 ท่าน	Positive power 6 Participation 2 Child center 1 Policy based 2 (ยุทธศาสตร์ร่างหลักสูตรทำroadmap)
ภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 2 ท่าน	Positive parenting Policy based (ระบบราชการ)
ครอบครัว จำนวน 2 ท่าน	Policy based (สอนปลูกฝัง ว่างกรอบ) Positive power
โรงเรียน จำนวน 2 ท่าน	Policy based (กำหนดยุทธศาสตร์ จากศูนย์กลางไป)

เสนอรูปแบบหรือกระบวนการดำเนินการได้สรุปไว้ในรูปภาพที่ 3

รูปภาพที่ 3 แสดงให้เห็นข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้ที่ทำงานด้านเด็กและเยาวชนทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ จากจุดเริ่มต้นดำเนินการซึ่งมี 5 รูปแบบคือ รูปแบบบ้านชุมชนและโรงเรียนจำนวน 6 ท่าน ใช้เด็กเป็นจุดศูนย์กลางหรือเริ่มต้นจำนวน 11 ท่าน ภาคีเครือข่ายในชุมชนจำนวน 2 ท่าน ครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางในการเริ่ม 2 ท่าน และโรงเรียนเป็นจุดเริ่ม 2 ท่าน ทั้งนี้ได้แยกประเภทรูปแบบกระบวนการในการพัฒนาไว้หลากหลายรูปแบบครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพ สังคมและการศึกษา ตามคอลัมน์ขวามือ

2. **รูปแบบกระบวนการศึกษาด้วยการถอดบทเรียนจากการศึกษา** ชุมชนเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร

(การประชุมชุมชนร่วมเกล้า ลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร) ชุมชนท้องถิ่น บ้านสาละวัน ศาลายา นครปฐม และการถอดบทเรียนจากกรณีศึกษาโครงการ Child Life ขององค์กรแพททูลเฮลท์ (โดยศึกษาจากกรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จ และกรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จล้มเหลว)

การแก้ปัญหาเด็กด้วยกระบวนการสร้างเสริม ทักษะรู้คิดและจิตสำนึกทั้งต่อตนเองและสังคม (ต้นทุนชีวิต หรือทุนชีวิต) โดยการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนด้วยพลังบวกอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งสองพื้นที่ก่อให้เกิดการวางแผนการใช้ทรัพยากรทั้งเรื่องทุนมนุษย์ ทุนทางสังคมและวิถีชีวิตมาบูรณาการ ผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์เกิดขึ้น จากการทำงานเป็นทีม ก่อให้เกิดคณะทำงานด้านเด็กและเยาวชนโดยธรรมชาติ และเกิดผู้นำทางความคิดที่แปลง บทบาทมาเป็นกระบวนการ สร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทักษะต่างๆ จนเกิดนักพัฒนาการทรัพยากรมนุษย์ ท้องถิ่นที่เป็นธรรมชาติเช่นกัน

ระบบพี่เลี้ยงชุมชนเพื่อการพัฒนาต้นทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนสู่สังคมที่ดีด้วยพลังบวกที่มีการพัฒนาทักษะ 5 ด้านได้แก่ 1. ทักษะบริหารจัดการโครงการหรือแผนในการพัฒนาทุนมนุษย์ 2. ทักษะในการเฝ้าระวัง ผ่านนักวิจัยชุมชน 3. ทักษะในการพัฒนากิจกรรมสร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชน 4. ทักษะในการเป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา เบื้องต้น และ 5. ทักษะในการส่งต่อ

สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาต้นทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนสู่สังคมที่ดี คือ การเชื่อมโยง คณะทำงานเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบเพื่อมุ่งพัฒนาเด็กและเยาวชนให้มีศักยภาพ เพื่อก่อให้เกิดผู้นำตามวิถีธรรมชาติ สู่การเปลี่ยนแปลงด้วยพลังบวก เกิดเจ้าภาพที่จะดูแลลูกหลานในรูปแบบคณะทำงานด้านเด็ก และเยาวชน ที่มีทั้งเด็กและผู้ใหญ่ทำงานด้านการสร้างเสริมการพัฒนาควบคู่กัน อุดช่องโหว่หรือจุดอ่อน หรือปัจจัยแห่งความล้มเหลว ได้ทั้งสามระดับและยังนำไปสู่การสร้างนักกระบวนการที่เป็นชาวบ้านผู้ใฝ่ใจดี ที่รักเด็กในท้องถิ่นของตนเองเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนเกิดระบบพี่เลี้ยงในชุมชน จนในที่สุดสามารถสร้างนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ท้องถิ่นที่เป็นสิ่งจำเป็นในสังคมไทยสู่ความยั่งยืนต่อไป

สรุปสุดท้ายข้อเสนอเชิงนโยบายระดับประเทศดังนี้

1. เชื่อมโยงระบบสุขภาพ สังคมและการพัฒนาการศึกษา เพื่อมุ่งพัฒนาเด็กและเยาวชนให้มีศักยภาพ
2. ควรบูรณาการคณะกรรมการที่เข้าซ้อนในระดับชาติ เพื่อให้เกิดคณะกรรมการระดับชาติเพียงชุดเดียว (ปัจจุบันมีความซ้ำซ้อน เช่น คณะกรรมการเด็กปฐมวัยแห่งชาติ คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ คณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ คณะกรรมการครอบครัวแห่งชาติ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ คณะกรรมการคล้ายลักษณะนี้อีกมากมาย) เพื่อพัฒนาสุขภาพ การศึกษา และสังคม เพื่อมุ่งคุณภาพชีวิตพลเมือง ซึ่งรวมทั้งเด็กและเยาวชนเป็นตัวชี้วัดหลัก โดยใช้กระบวนการในการพัฒนาต้นทุนมนุษย์ เป็นแนวทาง
3. สร้างแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ และมีระบบประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
4. ปรับปรุงระบบงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จัดสัดส่วนของงบประมาณในการพัฒนาคน กลไก และกิจกรรมอย่างเหมาะสม

สรุปผลและข้อเสนอเชิงนโยบายระดับท้องถิ่น

1. ควรบูรณาการคณะกรรมการที่เข้าซ้อนในระดับท้องถิ่นและจังหวัด (ปัจจุบันมีความซ้ำซ้อน เช่น

คณะกรรมการเด็กปฐมวัย คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชน คณะกรรมการคุ้มครองเด็ก คณะกรรมการครอบครัว คณะกรรมการผู้สูงอายุคณะกรรมการแม่และเด็กจังหวัด และคณะกรรมการคล้ายๆ ลักษณะนี้อีกมากมาย) เพื่อให้เกิดคณะกรรมการเพียงชุดเดียว เพื่อพัฒนาสุขภาพ การศึกษา และสังคม เพื่อมุ่งคุณภาพชีวิตพลเมือง ซึ่งรวมทั้งเด็กและเยาวชนเป็นตัวชี้วัดหลัก โดยใช้กระบวนการในการพัฒนา ดันทุนมนุษย์ เป็นแนวทาง

2. กระบวนการพัฒนาดันทุนมนุษย์

พัฒนาคณะทำงานในระดับชุมชน ด้านเด็กและเยาวชนที่มีทั้งเด็กและผู้ใหญ่ทำงานร่วมกันเป็นระบบ และอย่างมีส่วนร่วม

พัฒนากระบวนการประจำท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งในท้องถิ่นตนเองและการยก ระดับเรียนรู้ข้ามถิ่นในจุดแข็งของแต่ละท้องถิ่นก่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้

พัฒนาระบบพี่เลี้ยงในชุมชนที่มีนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ท้องถิ่น เพื่อการพัฒนาดันทุนมนุษย์ในเด็ก และเยาวชนสู่สังคมที่ดีที่สุดในที่สุด

3. ปรับปรุงระบบงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จัดสัดส่วนของ งบประมาณในการพัฒนาคน กลไก และกิจกรรมของชุมชนท้องถิ่น

หมายเหตุ

อ้างอิงโครงการวิจัยการพัฒนาดันทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนสู่สังคมที่ดี

กลุ่มวิชาการ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาล สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ รุ่นที่ 3 กลุ่มที่ 3 (สุริยเดว ทรีปาตี และคณะ) อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.สุพิณ เกษาคุปต์

ธรรมนูญ 6 หลัก หัวใจของหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมนูญทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง

หลักที่ 1

หลักนิติธรรม

RULE OF LAWS

หนึ่งในหลักธรรมนูญ 6

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

ธรรมาภิบาล 6 หลัก หัวใจของหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง

หลักที่ 2
หลักคุณธรรม
ETHICS

หนึ่งในหลักธรรมาภิบาล 6

อันเป็นหลักของความดีความงาม ความถูกต้อง ซึ่งจะแสดงออกมาโดยการกระทำทางกาย วาจา และจิตใจของแต่ละบุคคล ประหนึ่งหลักประจำใจในการประพฤติปฏิบัติจนเกิดเป็นนิสัย เป็นการประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม

คุณหมอ 5 บาท

รศ.นพ.สภา ลิมพานิชย์การ



“การทำความดีไม่มีเกษียณอายุ
ทุกคนสามารถเริ่มทำดีตั้งแต่เกิดจนตาย”

คำกล่าวถึงเรื่องการทำดีของ รศ.นพ.สภา ลิมพานิชย์การ คุณหมอใจดี ผู้เปิดคลินิก "แพทย์สภา" รับผิดชอบต่อคนป่วยที่คิดค่ารักษาในราคาแสนประหยัดเพียง 5-70 บาท โดยเริ่มต้นเก็บเงิน 5 บาท สำหรับคนไข้ที่ปวดหัวตัวร้อนเป็นไข้หวัด หากไม่มีเงินจริงๆ ก็ไม่คิดเงิน หรือถ้ามีไม่พอให้เท่าไรก็ได้เท่าที่ไหวนั้น จนเป็นที่มาของฉายา "หมอ 5 บาท"

ปัจจุบัน คุณหมอสภา มีอายุ 75 ปี แม้ว่าจะเกษียณอายุมาแล้ว 15 ปี แต่ด้วยความรักในวิชาชีพและความมีมนุษยธรรมอันเปี่ยมล้น คุณหมอสภาจึงไม่ยอมเกษียณตัวเองออกจากหน้าที่ ทั้งการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโรงเรียนเวชนิศาสตร์ หน่วยงานในสถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล คุณหมอจะเดินทางมาทำงานที่ศิริราชตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์ จนถึง 5 โมงเย็น ก่อนจะขับรถไปเปิดคลินิกที่ซอยระนอง 1 ถนนพระราม 5 ปัดวันเสาร์และเปิดวันอาทิตย์

รศ.นพ.สภา เปิดคลินิกมาตั้งแต่ พ.ศ.2507 โดยรับรักษาโรคทั่วไป จะเก็บเงินเฉพาะค่ายาและเวชภัณฑ์เท่านั้น โดยไม่คิดค่าวินิจฉัยโรค แต่ถ้าหากคนไข้ไม่มีเงินจริงๆ ก็ไม่คิดเงิน หรือหากมีไม่พอจะให้เท่าไรก็ได้ เพราะรู้สึกเห็นใจคนไข้ และไม่ต้องการให้ไปซื้อยารับประทานเอง ตามความเคยชินของคนไทยที่มักจะไปร้านขายยาโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ ผลเสียคือ ผู้ป่วยจะไม่รู้ว่าตนเองแพ้ยาชนิดนั้นหรือไม่ และจะทำให้ดื้อยาอีกด้วย

"ผมจะแนะนำคนไข้ว่า ควรปฏิบัติตัวอย่างไรบ้างถึงจะหายป่วย บางทีก็ต้องบังคับให้คนไข้ซื้อฟิง เพราะจับได้ว่ากินยาไม่ครบ เลยต้องกำชับให้กินตามคำสั่ง ที่ผ่านมายังไม่มีผู้ป่วยได้ยาจากผมแล้วมีอาการดื้อยาหรือแพ้ยา และจะให้ยากินไป 2 วันเท่านั้น เพราะไม่ต้องการให้เอายาไปทิ้งขว้าง เวลาจ่ายยาจะถามก่อนว่า มียาอะไรเหลืออยู่ที่บ้าน จะได้ไม่ให้ยาซ้ำกัน"

ที่น่ายกย่องคือ คุณหมอสภาไม่เคยคิดถึงผลประโยชน์ว่าจะกำไรหรือขาดทุน เพราะมองว่าไม่ได้ลงทุนสูงเท่าคลินิกอื่นๆ มีค่าใช้จ่ายแต่เพียงตัวยาเท่านั้น ที่จะสั่งซื้อจากบริษัทที่ได้ลิขสิทธิ์มาผลิตยาในไทย เวลาสั่งซื้อแต่ละครั้งจะสั่งจำนวนมากๆ ซึ่งได้ราคาถูก ประหยัดเงินได้มาก แม้ในช่วงหลังๆ สั่งซื้อยาจำนวนน้อยลง แต่บริษัทผลิตยาก็ยังขายในราคาเดิมเป็นการช่วยเหลือกัน เพราะทราบว่าคุณหมอไม่ได้ทำธุรกิจหวังผลกำไร แถมยังต้องถอนเงินบำนาญส่วนตัวมาเป็นค่าซื้อยาให้คนไข้คลินิก ซึ่งคิดราคาตั้งแต่ 5-70 บาท

"ผมไม่คิดว่า สิ่งที่ทำไปนั้นเป็นการช่วยเหลือ แต่ผมทำตามหน้าที่ของแพทย์ต่อคนไข้ เราก็ต่างเป็นคนไทยด้วยกัน เวลาคนไข้มาหา ผมยังคิดว่าเป็นญาติพี่น้องกัน คอยกันได้ทุกเรื่อง เมื่อเรามีพอกินพอใช้ ก็แบ่งปันกัน ไม่เคยคิดเรื่องทรัพย์สินเงินทอง ว่าต้องสูญเสียไปมากน้อยเท่าไร ถ้าเห็นคนไข้หายดี ก็ทำให้ผมมีความสุขแล้ว"

คุณหมอนี้ยังกล่าวถึงเรื่องทำดีไว้ด้วยว่า เมื่อเราเกิดมาก็สามารถทำดีได้ตลอดเวลาจนกระทั่งไม่มีเรี่ยวแรงจะทำ แต่เมื่อยุคสมัยเปลี่ยนแปลงไป ก็ทำให้ผู้คนในสังคมนี้ถึงตัวเองมากขึ้น การช่วยเหลือกันน้อยลง มุ่งแต่จะเอาตัวเองให้รอดก่อน สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ ก็มีส่วนทำให้คนเห็นแก่ตัวเพิ่มขึ้นอีกด้วย

นอกจากนี้ รศ.นพ.สภายังแสดงความคิดเห็นต่อบุคลากรทางการแพทย์รุ่นใหม่ที่กำลังจะก้าวเข้ามาทดแทนคลื่นลูกเก่าว่า การทำความดีไม่สามารถบอกให้ทำกันได้ว่าทำอย่างไร แต่เราสามารถเริ่มต้นกระทำให้ดูเป็นตัวอย่างได้ ดังนั้น นักศึกษาแพทย์ควรเรียนรู้จิตใจและวิถีปฏิบัติของคุณหมอนี้ ไว้เป็นต้นแบบของผู้กระทำประโยชน์ต่อสังคม โดยไม่หวังผลตอบแทน

"สังคมไทยข้างหน้าจะขาดแคลนบุคลากรที่จะเป็นอาจารย์แพทย์ เพราะปัจจุบันมีแพทย์ที่สนใจจะทำงานในสถาบันศึกษาน้อยลง เพราะการเป็นอาจารย์ต้องเสียสละเวลา ที่จะถ่ายทอดความรู้ เอาใจใส่ในการสอน มุ่งมั่นที่จะศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ไม่ใช่ทุกคนจะเป็นอาจารย์สอนได้ ขึ้นอยู่กับทักษะการถ่ายทอดความรู้ให้นักศึกษา รวมทั้งความรักในอาชีพแพทย์เป็นสิ่งสำคัญ อีกทั้งยังไม่มีเวลาเปิดคลินิกส่วนตัว ทหารายได้มากเท่ากับแพทย์เฉพาะทาง"
คุณหมอ 5 บาทกล่าว

การกระทำของคุณหมอสภา ไม่เคยทวงบุญคุณ ไม่เคยประกาศยกย่องตัวเอง ว่าเป็นผู้กล้า วีรบุรุษที่เสียสละให้ชาติบ้านเมือง แต่ไม่คิดว่าเป็นเพราะอุดมการณ์ใดๆ แต่มาจากจิตสำนึกของความเป็นมนุษย์ ผู้ที่คิดว่าเกิดมาแล้วควรทำเพื่อผู้อื่น

Strategies in the Patient Protection and Fairness Establishment

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

การพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์มีความสำคัญเพื่อพัฒนาการรักษา และป้องกันโรคให้มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจถึงผลเสีย และข้อเท็จจริงของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงข้อจำกัดในการใช้นั้น จำเป็น อย่างยิ่งที่ต้องมีกลไกมากำกับดูแลควบคู่ไปด้วย โดยที่รัฐต้องเป็นผู้นำในการกำกับดูแล มิให้เกิดการบิดเบือนในการใช้เทคโนโลยีใหม่เหล่านั้นไปเพื่อผลประโยชน์ทางธุรกิจอัน มิควรได้ ในทางกลับกัน ก็ต้องหาทางให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงการใช้บริการ เทคโนโลยีใหม่ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรฐานทางเวชปฏิบัติแล้ว

คณะผู้ทำการวิจัย

3. นพ. จรัส จันทระกูล
6. นพ. ชีระศักดิ์ วิริยานนท์
9. คุณสมสุข มีวุฒิสม

1. ศ.นพ.อนันต์ ศรีเกียรติขจร
4. นพ. ต่อพล วัฒนา
7. คุณอัชดา เกษรศุภร์
10. คุณลดาวัลย์ ดำเนินชาญวนิชย์

2. ดร. กาญจนา จันทร์ไทย
5. ดร. ทิพาภรณ์ เยสุวรรณ์
8. ผศ.นพ. วีระยะ เกาเจริญ

Abstract

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

Rationale:

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

Objectives:

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

Methods:

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

Results:

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

Conclusions:

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

unasupubirah

หัวข้อ : กลไกคุ้มครองประชาชนและสร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชน ในการรับบริการด้วยเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์ กรณีศึกษาการใช้เทคโนโลยีการรักษาด้วยเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell)

การพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์ในหลายทศวรรษที่ผ่านมาส่งผลให้ประชาชนมีช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ตลอดจนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีเหล่านั้น มีทั้งที่เป็นวิธีมาตรฐาน ได้รับการยอมรับกันในวิชาชีพ และวิธีที่ยังอยู่ในขั้นตอนการศึกษาวิจัย ดังนั้น การสร้างกระบวนการควบคุมการใช้เทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์ให้เหมาะสม จึงมีความจำเป็น เทคโนโลยีเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell) ถือเป็นเรื่องที่เป็นที่สนใจในวงกว้าง ในปัจจุบัน คณะผู้ศึกษาจึงใช้เทคโนโลยีนี้เป็นตัวแทนของการศึกษาในครั้งนี้

การศึกษานี้จะครอบคลุมในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนต่อเทคโนโลยีใหม่ ทางทางการแพทย์โดยใช้เทคโนโลยีเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell) ในการรักษาโรคในปัจจุบัน เป็นกรณีศึกษา นอกจากนี้ยังจะศึกษากลไกคุ้มครองผู้บริโภคกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์ รวมทั้งข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการคุ้มครอง กำกับดูแลการใช้เทคโนโลยีใหม่

วิธีการศึกษาในรายงานฉบับนี้ มีการใช้แบบสอบถามสำหรับบุคคลทั่วไป ทั้งเรื่องความรู้ และทัศนคติที่มีต่อการใช้เซลล์ต้นกำเนิดในการรักษาและมีการสัมภาษณ์เชิงลึก แพทย์ผู้ทำการรักษา นักวิจัย เรื่องเซลล์ต้นกำเนิด รวมทั้งผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีเซลล์ต้นกำเนิด

ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันโรคที่พิสูจน์ได้ชัดเจนว่าสามารถรักษาโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิด ได้แก่ โรคเลือด ในประเทศไทยมีการใช้เซลล์ต้นกำเนิดในทางที่ยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันอย่างชัดเจน โดยมีธุรกิจหลากหลายลักษณะ อาทิ ธุรกิจการเก็บ เพาะเลี้ยง ทดสอบ และการบริการเซลล์ ธุรกิจบริการทางการแพทย์ในส่วนต่างๆ ที่นำเซลล์ไปใช้ เช่น การแพทย์ทางเลือก เวชศาสตร์ชะลอวัย

รัฐขาดกลไกที่ทำหน้าที่กำกับควบคุมการใช้ที่เหมาะสม ส่งผลให้ประชาชนตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาชวนเชื่อ

ตารางข้างล่างเป็นการแสดงความรู้และทัศนคติของประชากรตัวอย่างกับการใช้เซลล์ต้นกำเนิดผลรายงานเป็นร้อยละเทียบกับประชากรที่ทำการศึกษาทั้งหมด

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

คำถาม	ตอบถูก/ เห็นด้วย	ตอบผิด/ ไม่เห็นด้วย
เซลล์ต้นกำเนิดสามารถใช้รักษาโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาว ได้	80.4	17.7
เซลล์ต้นกำเนิดสามารถใช้รักษาโรคสมองเสื่อม เช่น อัลไซเมอร์ พาร์กินสัน ได้	40.5	57.6
เซลล์ต้นกำเนิดสามารถใช้รักษาโรคหลอดเลือด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมองตีบ อัมพาต ได้	44.9	53.2
เซลล์ต้นกำเนิดสามารถใช้เพื่อ ชะลอวัย ลดความแก่ ได้	15.2	82.9
ท่านพร้อมที่จะใช้เซลล์ต้นกำเนิดเพื่อการรักษาโรค	64.6	33.5
ท่านพร้อมที่จะใช้เซลล์ต้นกำเนิดเพื่อชะลอความแก่	62.7	35.4

ข้อสรุปจากการศึกษา

การพัฒนาเทคโนโลยีขั้นสูงมีความจำเป็นในการพัฒนาการวินิจฉัย การดูแลรักษา การฟื้นฟู และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นไปอย่างรวดเร็ว และมีความซับซ้อน ยากแก่ความเข้าใจ มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม รวมถึงการให้ข้อมูลที่มุ่งหวังประโยชน์เชิงพาณิชย์ ประชาชนขาดทักษะในการประเมินความถูกต้องของข้อมูล ซึ่งส่งผลให้ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะในด้านประสิทธิภาพ อาการไม่พึงประสงค์ และความคุ้มค่า กลไกภาครัฐมีความล่าช้า ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านกลไกทางกฎหมาย และการบังคับใช้

ข้อเสนอแนะ จากการศึกษา

1. พึงมีกระบวนการกำกับดูแลที่เหมาะสม การควบคุมที่รัดกุมเกินความจำเป็นจะทำให้เป็น อุปสรรคต่อการพัฒนา ในทางตรงกันข้ามการควบคุมที่หละหลวมจะทำให้มีการใช้อย่างไม่ถูกต้องซึ่งทำให้เกิดการสิ้นเปลืองและอาจเกิดผลเสียต่อผู้รับบริการ
2. รัฐพึงจัดทำกฎหมายเพื่อกำกับดูแลการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง พร้อมทั้งจัดให้มีระบบและกลไกบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพ และทันต่อการเปลี่ยนแปลง
3. พึงจัดให้มีหน่วยงานภาครัฐ ที่ทำหน้าที่และบทบาทในการประเมินประสิทธิภาพของเทคโนโลยีขั้นสูง ตลอดจนศึกษาความคุ้มค่า กำหนดกลไกการเข้าถึง รวมทั้งมีหน้าที่ให้ความรู้และข้อมูลแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง

Medical Hub: A Case Study on the Development

of International Herbal Center
with good governance

รัฐควรให้ความสำคัญต่อการผลักดันนโยบายแห่งชาติด้านสมุนไพร บูรณาการงานสมุนไพรในทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง มีงบประมาณและกฎหมายสมุนไพรที่แยกจากกฎหมายอาหารและยา สนับสนุนภาคเอกชนในการปลูก แปรรูปผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่มีมาตรฐาน เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน ตลอดจนพัฒนากลไกในการอนุรักษ์ คุ้มครอง วิจัย และพัฒนาสมุนไพรและภูมิปัญญาไทยเพื่อการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนภายใต้หลักธรรมาภิบาล

คณะผู้ทำการวิจัย

3. คุณดิเรกฤทธิ์ เจนครองธรรม
6. นพ. นพรัตน์ พานทองวิริยะกุล
9. นพ. ปรีญา สากิยลักษณ์
12. นพ. อธิรัตน์ วัชรานานนท์

1. ดร.นพ. ธวัชชัย กมลธรรม
4. รศ.นพ. พฤษส์ ต่ออุดม
7. ดร.นพ. ไพศาล วรสถิตย์
10. น.อ.(พิเศษ) นพ. ดนัย ปานแดง
13. นพ. พรชัย ยอดวิเศษศักดิ์

2. นพ. วสันต์ อภิวัฒนกุล
5. ดร. สุนีย์ ศรีไชยชนะสุข
8. นอ. อนุดิษฐ์ นาครทรรพ
11. คุณนุชนาถ วสุรัตน์
14. พญ. ชุติมา ปิ่นเจริญ

Abstract

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

Objectives:

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

Methods:

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

Results:

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

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

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

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

บทสรุปผู้บริหาร

**หัวข้อ : Medical Hub: กรณีศึกษาการเป็นศูนย์กลางผลิตภัณฑ์สมุนไพรนานาชาติอย่างมี
ธรรมาภิบาล**

การศึกษาวิจัยเรื่อง “Medical Hub: กรณีศึกษา การเป็นศูนย์กลางผลิตภัณฑ์สมุนไพรนานาชาติอย่างมี
ธรรมาภิบาล” มุ่งเน้นการเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนาประเทศแก่ภาครัฐ เพื่อกำหนด ยุทธศาสตร์การเป็น
ศูนย์กลางผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยซึ่งเป็นนโยบายด้าน Product Hub หนึ่งในองค์ ประกอบหลักของการเป็น Medical
Hub ที่ประเทศไทยมีความพยายามเร่งดำเนินการและพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกยุคสมัยที่ผ่านมา โดยกำหนด
วัตถุประสงค์ของการศึกษาที่สำคัญไว้ 3 ประการ คือ

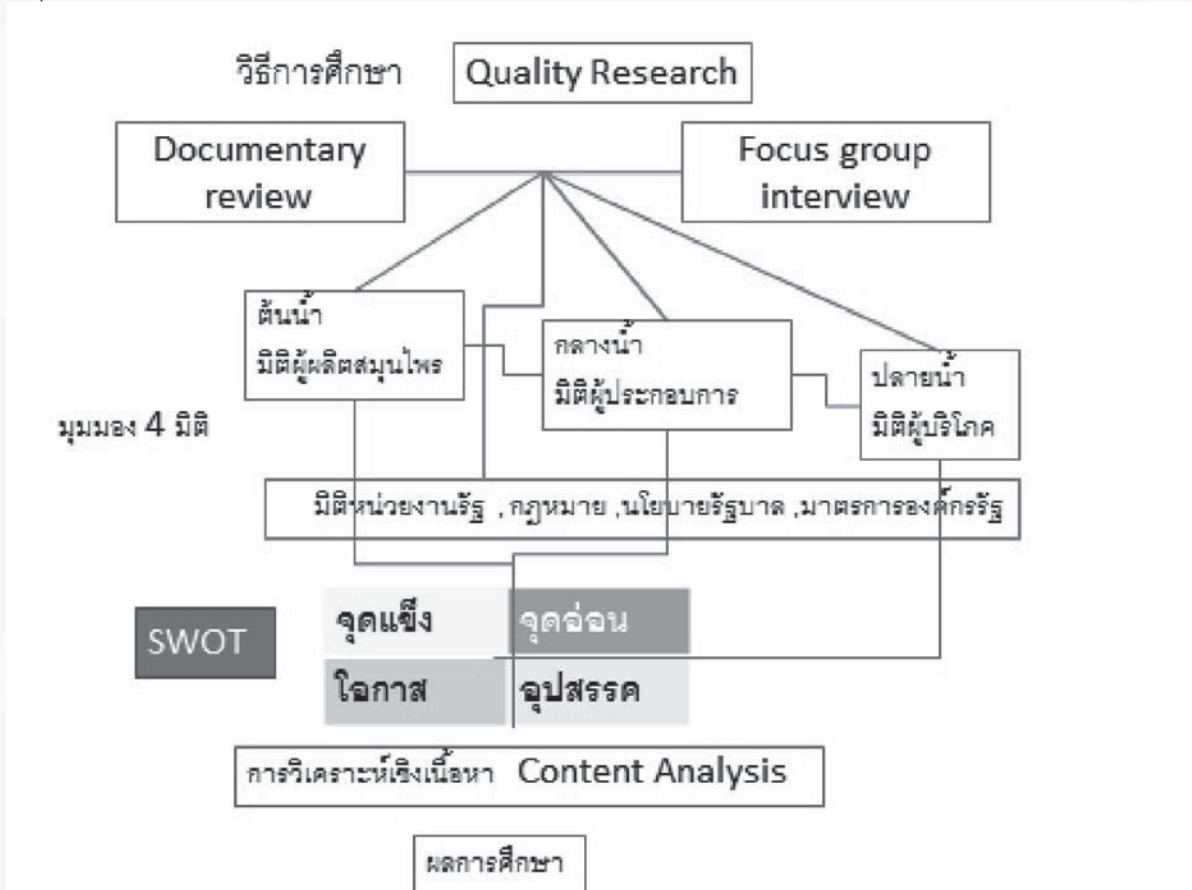
(1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันด้านการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย ทั้งประเด็นด้านกฎหมาย นโยบายของ
รัฐบาล และมาตรการหรือแนวทางการดำเนินงานด้านสมุนไพรไทยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(2) วิเคราะห์ประเด็นท้าทายที่ส่งผลให้ประเทศไทยกลายเป็นศูนย์กลางพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรในระดับ
นานาชาติ โดยจะพิจารณาทั้งจากระดับต้นน้ำ (ผู้ผลิต) ถึงระดับปลายน้ำ (การจัดจำหน่าย)

(3) เปรียบเทียบหลักการพัฒนาการบริหารองค์กรตามหลักธรรมาภิบาลกับแนวทางการพัฒนาประเทศไทย
เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางพัฒนาผลิตภัณฑ์ สมุนไพรไทยในระดับนานาชาติ
อย่างมีธรรมาภิบาล

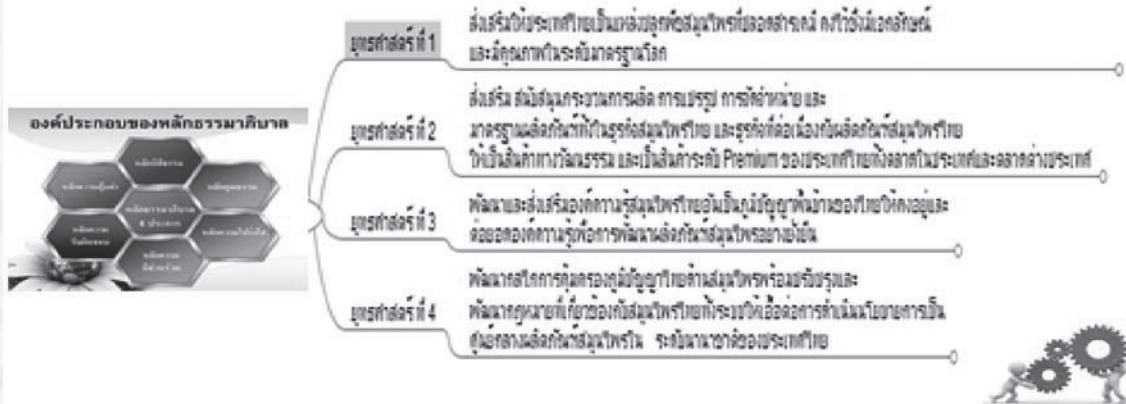
โดยการศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีการทบทวน
เอกสารและเก็บข้อมูล จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นตัวแทนทั้งจากภาครัฐ ตัวแทนจากกลุ่มผู้ผลิตสมุนไพร
ผู้ประกอบการ และตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม ในรูปแบบการจัด “สนทนากลุ่ม” (Focus Groups) เพื่อ
การระดมความคิดเห็นอย่างมีส่วนร่วมในประเด็นคำถามสำคัญ และสรุปเป็นข้อคิดเห็นร่วมตามประเด็นการศึกษา
โดยผลการศึกษาสำคัญพบว่า สถานการณ์อันเป็นข้อจำกัดแก่การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางผลิตภัณฑ์
สมุนไพรไทยนั้น มีทั้งประเด็นด้านกฎหมายซึ่งยังไม่มีกฎหมายในลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับสมุนไพรโดยตรง การ
กำหนดนโยบายของรัฐ ในการส่งเสริมสมุนไพรไทยแบบครอบคลุมโดยมิได้ระบุชนิด ประเภท หรือสมุนไพรใดเป็น
Herb Premium of Thailand อย่างแท้จริง ซึ่งทำให้ขาดเอกลักษณ์และเกิดการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร
แบบกระจายตามสมัชชา การขาดกระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การปนเปื้อนสารเคมีใน
วัตถุดิบสมุนไพร การขาดหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับ ควบคุม ดูแล และให้การรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์สมุนไพร
อย่างเป็นระบบ จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพรมีจำกัด มาตรฐานการรับรองผลิตภัณฑ์แตกต่างกัน
ตามความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การรับรองคุณภาพ ตลอดจนตลาดการบริโภคสมุนไพรยังจำกัดในกลุ่มผู้รู้
ในคุณค่าสมุนไพรเท่านั้น ฉะนั้น เพื่อให้กระบวนการพัฒนาการบริหารจัดการของภาครัฐไทยดำเนินการอย่างเป็น
ระบบและมีความยั่งยืน ในการดำเนินการที่ตอบรับนโยบายการเป็น Medical Hub ด้าน Product Herb Premium
อย่างแท้จริง การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงเสนอแนวทางการกำหนดยุทธศาสตร์ที่ยึดโยงกับหลักธรรมาภิบาล นั่นคือ
มุ่งเน้นการเป็น แหล่งผลิตพืชสมุนไพรที่ปลอดการปนเปื้อนทางสารเคมี มุ่งเน้นการเป็นแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์
สมุนไพรที่มีมาตรฐานในระดับนานาชาติและมีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการเป็นแหล่งเรียนรู้
ด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างครบวงจร ยึดโยงฐานคติแห่งคุณธรรมและจริยธรรม วิชาชีพเพื่อรับรองผู้ปฏิบัติงาน
รวมทั้งส่งเสริมให้การบัญญัติกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย ต้องยึดโยงหลักนิติธรรมความเสมอภาค และ

คุ่มครองสิทธิของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายอย่างเท่าเทียมกัน สำหรับข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาประเทศไทย สู่การเป็นศูนย์กลางผลิตภัณฑ์สมุนไพรในระดับนานาชาตินั้น คณะผู้ศึกษาวิจัยได้เสนอกรอบการดำเนินงานใน 4 ยุทธศาสตร์ 20 กลยุทธ์ดำเนินงาน ซึ่งครอบคลุมการพัฒนาในทุกกลุ่ม ทุกปัญหา และทุกประเด็น การพัฒนาสู่เป้าหมายในอนาคตอย่างรอบด้าน ซึ่งสามารถพิจารณาสาระ ได้จากเอกสารการศึกษาวิจัยกลุ่มฉบับนี้



ข้อเสนอแนะ 4 ยุทธศาสตร์

- 4 ยุทธศาสตร์ : แบ่งเป็น 20 กลยุทธ์ โดยใช้ หลักกรรมมาภิบาล ผสมผสานใน ยุทธศาสตร์ต่างๆ



The Analysis of Universal Coverage Scheme Budget Management

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

การวิเคราะห์ผลการบริหารงบประมาณของ สปสช. ภายใต้กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล และทิศทางที่เหมาะสมตามหลักธรรมาภิบาล

- โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพแก่ประชาชนชาวไทย
- การบริหารจัดการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา อาจมีความเสี่ยงต่อหลักธรรมาภิบาล ซึ่งมีผลกระทบต่อความยั่งยืนของระบบ
- ข้อเสนอต่อทิศทางการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - (1) การจัดทำงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม
 - (2) การจัดสรรงบประมาณที่เอื้อต่อการให้บริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพ
 - (3) การเสริมสร้างธรรมาภิบาลของการดำเนินงานของคณะกรรมการ
 - (4) การสร้างความยั่งยืนของระบบการเงินการคลัง

คณะผู้ทำการวิจัย

3. ศ.นพ. รณชัย คงสกนธ์
6. คุณโยธิน เนื่องจำนงค์
9. นพ. สุรพล โล่ห์สิริวัฒน์
12. ภญ. อัมพร เจริญสมศักดิ์

1. พล.อ. จรัส กุลละวณิชย์
2. พญ. อภิรมย์ เวชภูติ
4. รศ.พญ. เกศรา อัศตตามงคล
5. คุณทิพย์วรรณ วีระภูงค์
7. นพ. สิ้นชัย ตันติรัตนานนท์
8. นพ. สุพจน์ จิระราชวโร
10. คุณอภิรัตน์ สัจจานิตย์
11. พญ. อัมพร เกียรติปานอภิกุล

Abstracts

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

Objectives:

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

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

Results:

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

1. Risks associated with budgeting: (1) The inappropriate, obsolete and unfair National Health Insurance Act B.E.2545, (2) Limited budget, (3) Insufficient budget to cover actual expenses and number of patients, (4) The divergence between budgeting and the needs of essential medical care

2. Risks associated with budget allocation: (1) The uncover of budget allocation for actual expenses, (2) The divergence between budget allocation and the needs of essential medical care, (3) The lack of mechanism to effectively control, monitor and audit the budget allocation, (4) The lack of clear information provided to service providers, (5) The lack of service provider's involvement

3. Risks associated with structure, capability and operation of the National Health Security Board: (1) The lack of principle in decision making process of the board, (2) The lack of accountable identification to board, (3) The lack of consideration of service provider's inputs (4) The lack of mechanism to audit the board's operation

4. Risks associated with sustainability of healthcare financing system: (1) The reliance only on government budget, (2) The lack of self-care promotion to the public, (3) The lack of promotion to the public on appropriate usage of healthcare services

Suggestions:

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

บทสรุปผู้บริหาร

หัวข้อ : การวิเคราะห์ผลการบริหารงบประมาณของ สปสช. ภายใต้กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล และทิศทางที่เหมาะสมตามหลักธรรมาภิบาล

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

1. ความเสี่ยงของการจัดทำงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

1.1 ความเสี่ยงอันเกิดจากความไม่เหมาะสม ไม่ทันสมัย และไม่เป็นธรรมของกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เนื่องจากการกำหนดให้เงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรและค่าใช้จ่ายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในงบประมาณ

1.2 ความเสี่ยงอันเกิดจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ

การกำหนดระบบการร่วมจ่าย 30 บาท ในช่วงแรกน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งต่อมามีการยกเลิกระบบร่วมจ่ายในปี 2549 โดยการประกาศให้มีการร่วมจ่ายในปี 2555 เป็นไปด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้ งบประมาณที่เสนอเพิ่มขึ้นทุกปี มักถูกตัดให้ลดลงในชั้นการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี

1.3 ความเสี่ยงอันเกิดจากการการจัดทำงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับค่าใช้จ่าย หรือจำนวนผู้รับ บริการจริง การจัดทำงบประมาณมักไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล และจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นทุกปีก็อาจจะมากกว่าค่าประมาณการในการจัดทำงบประมาณ

1.4 ความเสี่ยงอันเกิดจากการจัดทำงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับความจำเป็นหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วย เกิดจากการแบ่งเงินกองทุนที่จำกัดไปใช้จ่ายในกิจการอื่นๆ เช่น จัดสรรให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น หรือการสนับสนุนองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร รวมทั้งการจัดทำงบประมาณที่เป็นกองทุนแยกย่อย และการขยายสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่องที่อาจไม่สอดคล้องกับความต้องการหลักในพื้นที่

2. ความเสี่ยงของการจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 ความเสี่ยงอันเกิดจากการจัดสรรงบประมาณที่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายจริง

การจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิในพื้นที่และการกำหนดเกณฑ์การเบิกจ่ายที่มีเพดาน หรือมีรายละเอียดปลีกย่อยจำนวนมาก ทำให้สถานพยาบาลซึ่งมักมีต้นทุนค่าใช้จ่ายสูงกว่า งบประมาณหรือไม่ได้รับเงินชดเชยหากไม่ส่งข้อมูลตามเกณฑ์ เกิดการขาดทุน ซึ่งสอดคล้องกับผลการสืบค้นข้อมูลจากสถานพยาบาลที่พบว่าสถานพยาบาลตัวอย่างทั้งหมดได้รับเงินโอนต่ำกว่าค่าใช้จ่ายตาม Billing หรือขาดทุนจากการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก (ในอัตราร้อยละ 8.83-85.62) และผู้ป่วยใน (ในอัตราร้อยละ 34.81-82.23)

2.2 ความเสี่ยงอันเกิดจากการการจัดสรรงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับความจำเป็นหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วย เกิดจากการจัดสรรงบประมาณแยกย่อยเช่นกองทุนเฉพาะโรค หรือกองทุนตามโครงการพิเศษ (Vertical Program) ที่อาจไม่สอดคล้องกับความจำเป็นของโรคในพื้นที่ หรือการนำเงินที่เหลือใช้ ไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นๆ

2.3 ความเสี่ยงอันเกิดจากการจัดสรรงบประมาณที่ขาดกลไกการกำกับ และตรวจสอบการใช้งบประมาณให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันไม่มีกลไกการกำกับ ตรวจสอบผลการใช้งบประมาณที่ชัดเจนว่ามีประสิทธิภาพ หรือไม่อย่างไร และพบว่าไม่สามารถตรวจสอบถึงความถูกต้องของข้อมูลการเบิกจ่าย เมื่อสถานพยาบาลส่งข้อมูล รวมทั้งข้อกังวลของประสิทธิภาพในการรักษาบางโครงการเช่นโครงการ ต่อกระจก ที่ไม่สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยต้อตาได้ แต่กลับพบว่ามีอัตราการเกิดต้อตาจากต่อกระจก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.6 เป็นร้อยละ 69.7

2.4 ความเสี่ยงอันเกิดจากการจัดสรรงบประมาณโดยไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนให้แก่สถานพยาบาล

การบริหารจัดการงบประมาณโดย สปสช. ไม่มีการจัดทำข้อมูลหรือรายงานให้สถานพยาบาล เช่น การโอนเงินและเรียกเงินคืน ทำให้ขาดความชัดเจนและโปร่งใส

2.5 ความเสี่ยงอันเกิดจากการจัดสรรงบประมาณที่ขาดการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล

การดำเนินการรับฟังความคิดเห็นของคณะกรรมการ มักเป็นการเชิญรับฟังแนวทาง และเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ โดยที่ผู้เข้าร่วมประชุมมีเวลาในการพิจารณาแนวทางดังกล่าวค่อนข้างน้อย ด้วยข้อมูลที่มีรายละเอียดปลีกย่อยอย่างมาก จึงไม่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และไม่มีการนำข้อเสนอของสถานพยาบาลไปแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

3. ความเสี่ยงขององค์ประกอบ ศักยภาพและการปฏิบัติงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1 ความเสี่ยงอันเกิดจากการขาดหลักปฏิบัติในกระบวนการตัดสินใจของคณะกรรมการ

พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ไม่มีบทบัญญัติของหลักปฏิบัติในกระบวนการตัดสินใจของคณะกรรมการต่อการบริหารจัดการงบประมาณ ทำให้คณะกรรมการซึ่งมีความหลากหลาย ในองค์ความรู้ ประสบการณ์และความสนใจ ขาดบรรทัดฐานในกระบวนการดังกล่าวและไม่สามารถขับเคลื่อนการปรับปรุงการบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างที่ควรจะเป็น

3.2 ความเสี่ยงอันเกิดจากการขาดการระบุความรับผิดชอบของคณะกรรมการในกรณีที่มีความผิดพลาด

คณะกรรมการ ควรปฏิบัติด้วยความระมัดระวังและรับผิดชอบในกรณีที่มีความผิดพลาด เช่นการยกเลิกการร่วมจ่าย 30 บาท โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในปี 2549 โดยมีมติของคณะกรรมการ ที่จะหาแนวทางร่วมจ่ายอื่นมาใช้ แต่ไม่มีการดำเนินการแต่อย่างใด จึงขาดเงินเข้าสู่ระบบจนทุกวันนี้

3.3 ความเสี่ยงอันเกิดจากการขาดการนำความคิดเห็นของสถานพยาบาลไปปรับปรุงการบริหารจัดการงบประมาณ

การดำเนินการรับฟังความคิดเห็น ไม่มีผู้ให้บริการระดับผู้บริหารจากสถานพยาบาลเข้าร่วม ทำให้ไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง การแก้ปัญหาจึงไม่เป็นรูปธรรมและยังคงพบปัญหาอย่างต่อเนื่อง

3.4 ความเสี่ยงอันเกิดจากการขาดกลไกการตรวจสอบผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ

ปัจจุบัน ไม่มีระบบการตรวจสอบผลการดำเนินงานในเชิงผลบวกและผลลบจากการบริหารจัดการงบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสมต่ออำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ

4. ความเสี่ยงของความยั่งยืนของระบบการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1 ความเสี่ยงอันเกิดจากการใช้งบประมาณจากภาครัฐเพียงอย่างเดียว

งบประมาณที่นำมาใช้เพื่อดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ ได้มาจากงบประมาณภาครัฐ เพียงทางเดียว ซึ่งมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเพิ่มได้ตามค่าใช้จ่ายจริง

4.2 ความเสี่ยงอันเกิดจากการขาดการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

การได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เป็นการสร้างทัศนคติที่ทำให้ประชาชนละเลยและขาดการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้อุบัติการณ์ของการเกิดโรคเพิ่มขึ้น และเป็นภาระต่อค่าใช้จ่าย

4.3 ความเสี่ยงอันเกิดจากการขาดการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้บริการทางสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

การได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ทำให้ผู้ป่วยใช้บริการอย่างเต็มที่ และคาดหวังในการได้รับบริการจากสถานพยาบาลเป็นหลัก

จากความเสี่ยงที่มีต่อหลักธรรมาภิบาลของการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวข้างต้น คณะผู้ทำการศึกษาได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหลักคิด 2 ประการ คือ

(1) การบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องมุ่งประโยชน์ต่อผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อให้ได้รับบริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน และ

(2) การบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องมีความยืดหยุ่นในการดำเนินงานภายใต้ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักความมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่าเพื่อการบริหารจัดการงบประมาณ ตามหลักธรรมาภิบาล

โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและในระดับปฏิบัติการ 4 ด้าน ได้แก่

(1) การจัดทำงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสมและเป็นธรรม

(2) การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เอื้อต่อการให้บริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล

(3) การเสริมสร้างธรรมาภิบาลของการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ

(4) การสร้างความยั่งยืนของระบบการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1: สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การจัดทำงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสมและเป็นธรรม	
เป้าหมาย: การมีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีความเหมาะสม ทันสมัย และเป็นธรรม เพื่อให้การจัดทำงบประมาณสะท้อนความต้องการด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการบริการทางสาธารณสุข ตลอดจนการเสริมสร้างความมีส่วนร่วมจากสถานพยาบาล เพื่อความเป็นธรรม และโปร่งใส	
ข้อเสนอแนะ	
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบ	<ul style="list-style-type: none">- การแก้ไข พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในประเด็นดังนี้<ul style="list-style-type: none">o การแก้ไขเพื่อนำเงินเดือนของบุคลากรออกจากงบเหมาจ่ายรายหัวo การแก้ไขเพื่อแยกงบกองทุนสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none">- การจัดทำงบประมาณโดยกำหนดความต้องการด้านสุขภาพที่สะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายจริง- จัดทำงบประมาณโดยมีกลไกการเพิ่มงบประมาณในกรณีที่ใช้สิทธิเกินจากประมาณการ- จัดทำงบประมาณโดยกำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบ Elective Treatment

ตารางที่ 1: สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (ต่อ)

2. การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สถานพยาบาลที่เื้อื่อต่อการให้บริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล	
<p>เป้าหมาย: พัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณให้มีความสอดคล้องกับต้นทุนค่าใช้จ่ายจริงของสถานพยาบาล เพื่อสนับสนุนงานบริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล อย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าเป็นธรรม และเสริมสร้างการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นหลัก</p>	
ข้อเสนอแนะ	
<p>ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและปฏิบัติการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การบริหารจัดการงบประมาณ ด้วยการจัดทำเขตสุขภาพ - การจัดสรรงบประมาณ ควรสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายจริง - การจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับความจำเป็นหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วย - การจัดสรรงบประมาณที่มีกลไกการกำกับ ตรวจสอบ ผลการใช้งบประมาณให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ - การจัดสรรงบประมาณที่มีข้อมูลชัดเจนให้แก่สถานพยาบาล - การจัดสรรงบประมาณที่ส่งเสริมความร่วมมือร่วมของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ
3. การเสริมสร้างธรรมาภิบาลของการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
<p>เป้าหมาย: การมีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความเหมาะสม ทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อเสริมสร้างธรรมาภิบาลของการดำเนินงานของคณะกรรมการ เพื่อเื้อื่อต่อการบริหารจัดการงบประมาณ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่เห็นพ้องต้องกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง</p>	
ข้อเสนอแนะ	
<p>ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การแก้ไข พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 <ul style="list-style-type: none"> o ควรมีการระบุแนวทางปฏิบัติในกระบวนการตัดสินใจของคณะกรรมการ o ควรมีการระบุแนวทางความรับผิดชอบ (Accountability) ของคณะกรรมการ o ควรมีการระบุแนวทางการตรวจสอบผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ
<p>ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและปฏิบัติการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดให้มีกลไกการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการในระดับผู้บริหาร และนำข้อเสนอแนะของสถานพยาบาลไปปรับปรุงการดำเนินงานอย่างแท้จริง
4. การสร้างความยั่งยืนของระบบการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
<p>เป้าหมาย: ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประเทศ และการให้บริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากลแก่ผู้มีสิทธิได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และสร้างทัศนคติการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง</p>	
ข้อเสนอแนะ	
<p>ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและปฏิบัติการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดให้มีระบบร่วมจ่ายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีรายได้ เพื่อการเพิ่มเงินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม - ส่งเสริมให้มีระบบการให้บริการให้สอดคล้องกับความรู้แรงของโรคและระดับของสถานพยาบาล

Good Governance: Principle in Developing

and implementing public-private partnerships
in public health system

ยุทธศาสตร์และแนวทางปฏิบัติจากกระทรวงสาธารณสุขที่สอดคล้องตามหลักธรรมาภิบาลในด้านนิติธรรมตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการให้เอกชนเข้าร่วมงานหรือดำเนินการในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556 ในมาตรา 19 ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์การให้เอกชนร่วมลงทุน และมาตรา 43 ว่าด้วยการกำกับดูแลและติดตามผล มีความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบและนโยบายการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน และสร้าง ความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพต่อไปในอนาคต โดยมีปัจจัยสู่ความสำเร็จ 4 ประการ คือ (1) ความชัดเจนและความต่อเนื่องของนโยบายในด้านแผนการลงทุน (2) โครงสร้างเชิงสถาบันที่สนับสนุนต่อการดำเนินโครงการ (3) โครงการลงทุนที่เหมาะสมและเป็นที่น่าสนใจของภาคเอกชน และ (4) การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของภาคเอกชนในการร่วมลงทุนกับภาครัฐ

คณะผู้ทำกรวิจัย

3. นพ. ธนรัชต์ สมุทรเพ็ชร
6. คุณพินทุ์สุดา เหลืองไพบูลย์
9. นพ. วรพันธ์ อุณจักร
12. ดร. อรวรรณ รัตน์ไตรภพ

1. คุณกัลยา งามพร้อมสกุล
4. คุณ นทพร บุญบุผา
7. ผศ.ดร. มานวิภา อินทรทัต
10. คุณวิลาสินี พุทธิการันต์
13. นพ. आयुส ฆมะระภา

2. พล.ต.ต. จำนงค์ รัตนกุล
5. นพ. พิษณุ มณีโชติ
8. นพ. มานิต ธีระตันติกานนท์
11. ดร.นพ. สุรวทย์ คนสมบูรณ์

Abstract

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

Rationale:

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

Objectives:

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

Methods:

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

Results:

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

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

Conclusions:

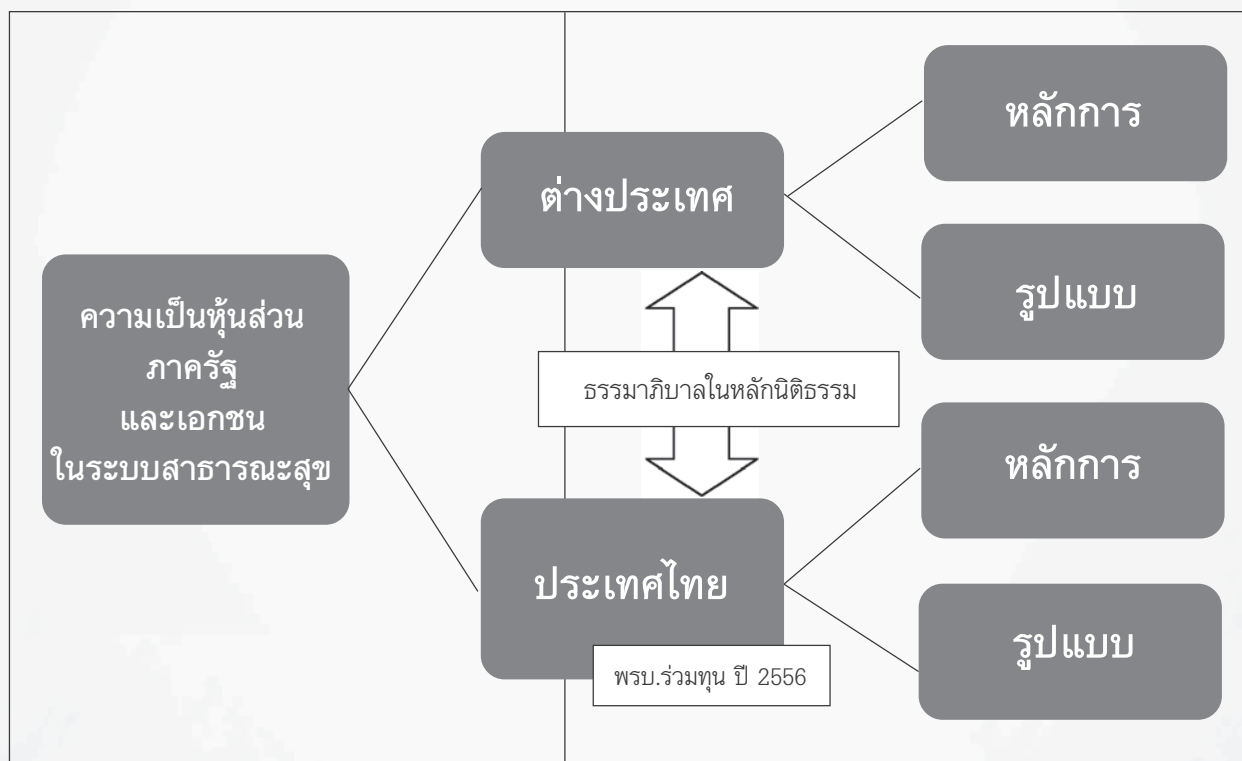
Government hospitals and private sectors urged Ministry of Public Health to provide policy framework for PPPs in health. The framework should comply with the rule of law in good governance principle according to PPP Act B.E. 2556, in light of section 19 (Strategic Plan for Private Investments in State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

บทสรุปผู้บริหาร

หัวข้อ : การใช้หลักธรรมาภิบาลในการพัฒนาระบบและนโยบายการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชนสำหรับระบบสาธารณสุขของประเทศ

จากการเปลี่ยนแปลงของประชากร สังคม เศรษฐกิจ และความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ความต้องการบริการด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ขณะที่รัฐมีข้อจำกัดด้านนโยบายงบประมาณการลงทุน ทำให้ภาครัฐและภาคเอกชนต่างแสวงหาแนวทางความร่วมมือเพื่อตอบสนองความต้องการในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน

จึงนำมาสู่การศึกษาของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3 กลุ่มที่ 7 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพยายามนำเสนอกรอบความร่วมมือในการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชน สำหรับระบบสาธารณสุขภายใต้หลักธรรมาภิบาล เพื่อให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางนโยบายและยุทธศาสตร์การให้เอกชนร่วมลงทุน ในกิจการของรัฐในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยมีรูปแบบการศึกษาเป็นการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารองค์กรทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน



กรอบแนวคิดในการศึกษา

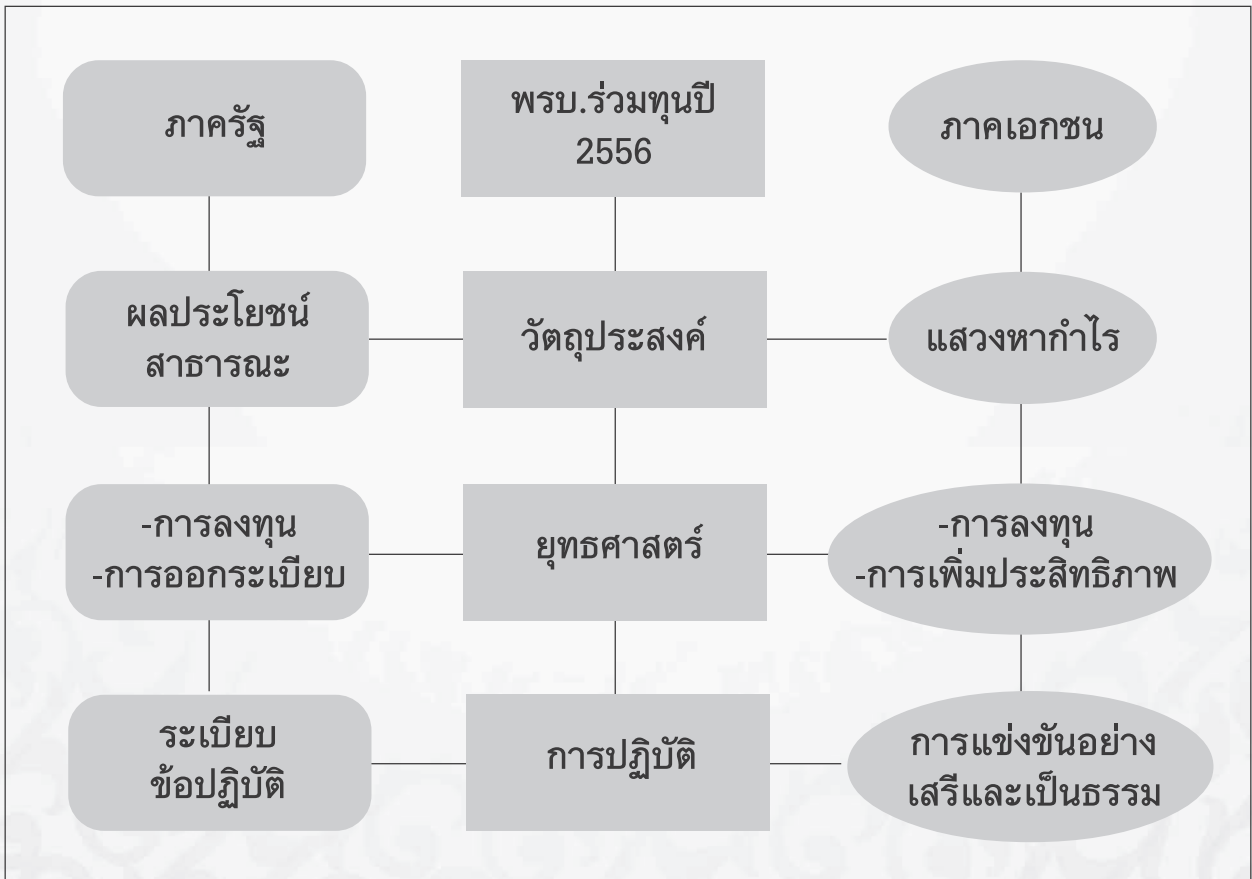
ผลการศึกษา พบว่า ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ ความเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการให้เอกชนเข้าร่วมงาน หรือดำเนินการในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556 และไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการพัฒนาความเป็นหุ้นส่วน ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนสำหรับระบบสาธารณสุข เห็นได้จากกรณีศึกษาความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐ และหน่วยงานภาคเอกชนในด้านบริการสุขภาพประเภทความร่วมมือทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งดำเนินการโดยภาคเอกชน นำเครื่องตรวจทางห้องปฏิบัติการมาให้บริการในโรงพยาบาล โดยมีเงื่อนไขให้โรงพยาบาล จัดซื้อน้ำยาตรวจจาก

บริษัทที่นำเครื่องมือดังกล่าวมาให้บริการ พบว่า โรงพยาบาลของรัฐที่ล้มเหลวส่วนใหญ่ ดำเนินโครงการความร่วมมือในลักษณะดังกล่าว โดยไม่มีแนวทางปฏิบัติจากหน่วยงานส่วนกลางในการดำเนินโครงการทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาโครงการในระยะยาว

อย่างไรก็ตามทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเห็นว่า หากมีการกำหนดนโยบายให้สอดคล้องตามหลักธรรมาภิบาลในด้านนิติธรรมตามพระราชบัญญัติว่า ด้วยการให้เอกชนเข้าร่วมงานหรือดำเนินการในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556 ในมาตรา 19 ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์การให้เอกชนร่วมลงทุน และมาตรา 43 ว่าด้วยการกำกับดูแลและติดตามผล และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจากกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบและนโยบายการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชน โดยมีปัจจัยสู่ความสำเร็จ 4 ประการ คือ

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

จะทำให้เกิดประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน สามารถพัฒนาศักยภาพของทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยแบ่งเบาภาระงบประมาณของภาครัฐ และสร้างที่ยั่งยืน ในระบบบริการสุขภาพต่อไปในอนาคต



กรอบความร่วมมือโครงการการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชนสำหรับระบบสาธารณสุขของไทย

วิเคราะห์แนวโน้มในการพัฒนาการเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน

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

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อความสำเร็จในการเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐและเอกชน

- (1) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์โครงการร่วมระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนเพื่อให้การดำเนินงาน ทั้งสองภาคประสานสอดคล้องกันภายใต้หลักธรรมาภิบาล
- (2) การทบทวนกฎระเบียบเกี่ยวกับการร่วมทุนให้เหมาะสม
- (3) การจัดระบบประสานงานระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนในรูปคณะกรรมการร่วม คณะกรรมการร่วมเป็นคณะกรรมการประสานนโยบายระดับสูง มีหน้าที่หลักคือ พิจารณาความเหมาะสมของแผนยุทธศาสตร์ และการขับเคลื่อนแผนการส่งเสริมให้เอกชนมีบทบาทในการพัฒนาระบบสาธารณสุข และติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด
- (4) การจัดทำโครงการร่วมระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน ซึ่งมีความพร้อมจะดำเนินการได้ เพื่อนำมาเป็นโครงการนำร่อง
- (5) การสนับสนุนให้ภาครัฐและภาคเอกชน ปรับปรุงขีดความสามารถและปรับบทบาทในการบริหาร เพื่อสนองความรับผิดชอบที่จะเพิ่มมากขึ้น
- (6) การดำเนินงานในด้านเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจแก่ประชาชนให้ตระหนักถึงบทบาทของภาคเอกชนต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

ธรรมาภิบาล 6 หลัก หัวใจของหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง

หลักที่ 3

หลักความโปร่งใส

TRANSPARENCY

หนึ่งในหลักธรรมาภิบาล 6

อันเป็นหลักการบริหารบนพื้นฐานของการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารให้ประชาชน
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้โดยสะดวก มีระบบหรือกระบวนการตรวจสอบ
และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
ช่วยให้การทำงานของภาครัฐและภาคเอกชนปลอดจากการทุจริตคอร์รัปชัน



ธรรมนูญ 6 หลัก หัวใจของหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมนูญทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง

หลักที่ 4

หลักมีส่วนร่วม

PARTICIPATION



หนึ่งในหลักธรรมนูญ 6

อันเป็นหลักการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีส่วนร่วมรับรู้ และร่วมเสนอความเห็นในการตัดสินใจสำคัญ ๆ ของสังคม โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีช่องทางในการเข้ามามีส่วนร่วมได้ผ่านการแจ้งความเห็น การไต่สวนสาธารณะ การประชาพิจารณ์ การแสดงประชามติ หรืออื่นๆ เพื่อจัดการผูกขาด ทั้งโดยภาครัฐหรือโดยภาคเอกชน



การประกวดบทความ “แรงบันดาลใจที่จะเป็นแพทย์และความมุ่งมั่น ที่จะเป็แพทย์ที่ดี” จัดโดยแพทยสภา
นางสาวณิชกานต์ สุขศิริลักษณ์ นิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 5 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ
ได้รับรางวัล “รองชนะเลิศอันดับสอง” จากบทความ “ใต้ท้องฟ้าบนพื้นดิน”

ใต้ท้องฟ้าบนพื้นดิน

บทความโดย : นางสาวณิชกานต์ สุขศิริลักษณ์

เรื่องนี้...เป็นครั้งแรกของชีวิต... ที่ทำให้ฉันได้เรียนรู้ว่า
“หมอ...ไม่ใช่เทพยดาบนฟ้า...
แต่เป็นเพียงมนุษย์ผู้หนึ่งที่ช่วยเหลือคนไข้...
ด้วยจิตวิญญาน”



ท่ามกลางท้องฟ้ายามเย็นที่ตกแต่งด้วยแสงสีส้มไล่เฉดสีไปจนถึงสีชมพู ฉันเป็น นิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 2 คนหนึ่งที่นั่งอยู่ริมระเบียงบ้านหลังจากกลับมาจาก มหาวิทยาลัย ในมือของฉันมีขนมปังกรอบที่ฉันซื้อมาทานเล่นเป็นประจำระหว่างการนั่ง ทบทวนบทเรียน เหตุผลที่ฉันชอบทานขนมปังกรอบคือคุณปู่ของฉันมักซื้อมาให้ทาน ตั้งแต่ที่ฉันยังเด็กจนมันเป็นเรื่องปกติ ของฉันไปแล้ว ฉันเคยชินกับมัน ขนมชนิดนี้จึง ถูกนำมาเป็นเครื่องมือแทนแรงบันดาลใจให้ฉันตื่นแต่เช้าขึ้นมาทบทวนบทเรียนและ ตอนเย็นหลังเลิกเรียนซึ่งเป็นสิ่งที่ฉันซื้อมาให้ฉันตอนมารับกลับบ้านทุกวันเรื่อยมา ตั้งแต่วัยเยาว์

วันนี้เป็นวันที่มีชั่วโมงเรียนวิชาการผ่าอาจารย์ใหญ่ซึ่งเป็นวิชาที่หนักเอาการ สำหรับ นิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 2 ตามตารางสอน กำหนดหมดคาบไว้ตอนสี่โมงเย็น แต่ขณะนี้ หกโมงครึ่งแล้ว ฉันเพิ่งถอดเสื้อกาวน์ และเตรียมล้างมีดผ่าตัด จากนั้นเมื่อเสร็จภารกิจ ทุกอย่างจึงกลับบ้านพร้อมคุณปู่ซึ่งขับรถมารับฉันเหมือนทุกๆ วันที่ผ่านมา เมื่อเจอคุณปู่ฉันจึงยกมือไหว้กล่าวสวัสดิ จากนั้นคุณปู่ก็พูดประโยคที่ทำให้ใบหน้าฉันเหนื่อยล้ายิ้ม ออกได้ว่า “เรากลับบ้านกันเถอะ” เพราะฉันมีคำตอบอยู่ในใจอยู่แล้วว่า ถ้าฉันเห็น ใบหน้าคุณปู่แสนใจดี เมื่อไหร่ หัวใจของฉันคงมีความสุขไม่น้อยเลย

เมื่อกลับถึงบ้าน ฉันก็รีบจัดแจงเตรียมอาหารเย็นซึ่งเป็นหน้าที่หลักในบ้านของฉัน คุณปู่นั่งมองดูรูปถ่าย ที่เรียงติดไว้ที่ผนังห้อง มีรูปถ่ายมากมายตั้งแต่คุณปู่ ยังเด็ก รูปวันสำเร็จการศึกษา รูปวันแต่งงาน และรูปถ่ายครอบครัวหลังจากที่หลานคนแรกซึ่งคือฉันนั่นเอง ฉันมองเห็นคุณปู่ดูภาพแล้วยิ้มออกมุ่มปาก คล้ายกับคิดอะไร บางอย่างอยู่ไม่นานคุณปู่ก็ถามฉันเป็นภาษาจีนว่า “หลานโตขึ้นอยากเป็นหมออะไร?” ฉันตอบท่านว่า “ยังไม่ทราบเลยคะคุณปู่เดี๋ยวค่อยเลือกก็ได้ อีกตั้งหลายปี” จากนั้นฉันก็เดินต่อ เพื่อเปิดประตูเข้าห้อง แล้วคุณปู่ก็ตอบว่า “ฮืม” ทันทีที่สิ้นเสียง ฉันได้ยินเสียงคุณปู่ ล้มตึงลงไปในพื้นที่ข้างหลังฉัน ฉันตกใจมากและหันหลังกลับไปตกใจมากกว่า กับภาพที่อยู่ตรงหน้า คุณปู่นอนสิ้นสติอยู่ที่พื้น หัวใจฉันเต้นรัว มือของฉันหมดแรงกะทันหันพลอยทำให้แก้วน้ำที่ถืออยู่ตกลงพื้น ขณะนั้นความคิดของฉันเต็มไปด้วยบทเรียนปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่ได้เรียนมาจากมหาวิทยาลัย แต่ตรงกันข้ามมือของฉันแข็งไปหมด ไม่ได้ทำตามในสิ่งที่ฉันคิดเลย ฉันรีบตะโกนขอความช่วยเหลือ จากคนอื่นในบ้าน ไม่นานคุณลุงก็วิ่งเข้ามา รีบจับชีพจรและลมหายใจแล้วตะโกนว่า “คุณปู่ไม่หายใจแล้ว ทำอย่างไรดี!” จากนั้นเขาก็เริ่มปั๊มหัวใจ ในสมองของฉันตอนนั้น ว่างเปล่า ทำอะไรไม่ถูก ฉันยืนนิ่งแต่รู้สึกว่าคุณคิดของฉันวิ่งเร็วมาก

เวลาผ่านไปสักพัก รถพยาบาลก็มานำตัวคุณปู่ไป เมื่อทุกคนไปถึงโรงพยาบาล ฉันก็ได้ยินคำที่ไม่คาดคิดว่าจะได้ยินในขณะนั้นคือ คุณปู่ผู้เป็นที่รักยิ่งของฉันได้ลาจาก ฉันไปอย่างไม่มีวันกลับ พร้อมกันนั้นฉันร้องให้พุ่มพวย โกรธหมอ

โรงพยาบาล โกรธทุกคนที่ไม่สามารถช่วยชีวิตคุณปู่ไว้ได้ แต่เมื่อตั้งสติได้แล้ว ฉันยังรู้สึกผิด เพราะตระหนักได้ว่าด้วยเหตุใด ทั้งที่ฉันเป็น นิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ และสิ่งที่ ฉันทำในเวลาอันคับขันตอนนั้นเป็นเพียงการร้องไห้และตะโกนขอความช่วยเหลือ ด้วยเหตุใด ในขณะที่นั้นจึงไม่ตั้งสติให้ได้ว่าตอนนั้นฐานะเราคือใคร ฉันเป็น นิสิตแพทย์ มีความรู้ความสามารถ ในการช่วยชีวิตแล้ว ถึงแม้ว่าฉันจะยังอ่อนประสบการณ์แต่น่าคุ้มค่าที่จะทำเพื่อคนที่ฉันรัก ตอนนั้นฉันเป็น นิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 5 เมื่อมองย้อนอดีตกลับไป ฉันยังตำหนิตัวเองว่าทั้งที่เคยเรียนเรื่องการปั๊มหัวใจมา และเคยผ่านการฝึกอบรมมา แต่ฉันกลับไม่ใช้ความรู้ความสามารถที่ฉันมีอยู่ให้เกิดประโยชน์ ตอนนั้นฉันยังคงเด็กเกินไป ฉันรู้สึกเสียใจอย่างมากที่ตน ไม่สามารถแม้แต่จะยื้อชีวิตคุณปู่ไว้ได้แม้แต่ เพียงเสี้ยววินาทีเดียว ฉันจะจดจำบทเรียนอันมีค่าครั้งนี้ไว้ และถ้าหากฉันได้ เจอผู้ป่วยกรณีเช่นนี้อีกครั้ง ในอนาคต ฉันจะได้ทุ่มเทความสามารถทั้งหมดที่ฉันมี

เมื่อคุณลุงของฉันถามหมอกลับถึงสาเหตุการตาย คุณหมอไม่ให้เหตุผลและ ยังแสดงท่าทีโมโหและพูดจาไม่ดี เมื่อคุณลุงต้อถามเหตุผล ญาติคนอื่นถามคำถาม เพิ่มเติม แต่ทุกคนก็รู้สึกว่าคุณหมอคนนั้นคงจะรำคาญ ครอบครัวยุเราและ แม้แต่ฉันเอง ก็ยังรู้สึก จนกระทั่งปัจจุบันนี้ ครอบครัวยุเรายังคงรู้สึกไม่ดีกับแพทย์คนนั้น ที่ไม่เอาใจใส่ต่อญาติผู้ป่วย ญาติของฉันบางคนบอกว่ารู้สึกว่าคุณหมอยุไม่พยายามช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย จนถึงที่สุด ตั้งแต่นั้นมาฉันตั้งปณิธานกับตัวเอง ว่า **“ถ้าฉันได้เป็นแพทย์ ฉันจะเป็นแพทย์ที่มีปียาวจากต่อคนไข้ และญาติคนไข้ ยึดมั่นในอุดมคติและเมตตาคุณ”** การเป็น แพทย์ที่ดีไม่ใช่แค่เป็นเพียงผู้ที่มีสามารถในการ รักษาโรคหรือมีความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เราควรยึดหลักการการรักษารวมคือ ดูแลทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของ คนไข้หรือ บ่อยครั้งที่ฉันเห็นคนไข้ร้องไห้ต่อหน้าอาจารย์แพทย์หรือ แม้กระทั่งการ **“กราบ”** ซึ่งแสดงให้ถึงว่า คนไข้มีความทุกข์มากและยากลำบากจากโรคที่เป็นและเห็น ว่าแพทย์ที่อยู่ต่อ หน้าเขาตรงนั้น สามารถจัดสิ่งเลวร้ายทั้งหมดให้ออกจากชีวิตเขาไปได้ บางทีแพทย์รักษาคนไข้รอดชีวิตได้เพียงหนึ่งคน แต่ก็เปรียบเสมือนได้รักษาทั้งครอบครัวของผู้คนเพราะได้รักษาจิตใจของครอบครัวผู้คนไปด้วยพร้อมๆ กัน เพราะ **“คนไข้ ของแพทย์”** ไม่ใช่เป็นเพียงคนคนหนึ่งที่มาร้องขอความช่วยเหลือจากเรา ปริญญาบัตรหนึ่งใบ ก็ไม่ใช่ที่สุดของอาชีพแพทย์ แต่ถือเป็นเพียงขั้นแรกของก้าวบันไดแห่งเส้น ทางชีวิตแพทย์เท่านั้น อาชีพแพทย์ จึงเป็นอาชีพที่ถือได้ว่าเป็นอาชีพที่ ต้องเรียนรู้ตลอด ชีวิตและ **“รักคนไข้”** อย่างใจจริง

อย่างไรก็ตาม ฉันถือว่าเรื่องที่ฝังใจในอดีตนี้ยังเป็นบทเรียนอันยิ่งใหญ่ที่ทำให้ ฉันใฝ่ฝันจะเป็นแพทย์ที่ดี มีความ กล้าและเอาใจใส่ผู้ป่วยและญาติเหมือนญาติของตัวเอง และจนถึงวันนี้ฉันนำความโศกเศร้าในอดีต เปลี่ยนผันกลายเป็น แรงบันดาลใจที่ผลักดันสร้างความฝันและยึดมั่นอุดมคติไว้ว่า ต่อจากนี้จะไม่ให้มีใครเสียชีวิต จากความกลัวของฉันเป็นอัน ขาด ถึงแม้ว่าแพทย์ก็เป็นเพียงมนุษย์คนหนึ่ง ไม่ใช่เทวดาที่จะเสกให้คนฟื้น คืนชีพได้ แต่ฉันก็จะรักษาคนไข้อย่างเต็มความ สามารถด้วยพลังกำลังทั้งหมดที่ฉันมีอยู่ เพราะหน้าที่หลักของฉันในอนาคตคือ **“การช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์”**

สุดท้ายนี้ ฉันขอมอบอุดมการณ์ของ สมเด็จพระบิดาแห่งการแพทย์ไทย เป็นข้อคิดย้ำเตือนใจให้กับ เพื่อนนิสิต นักศึกษาแพทย์และรุ่นพี่แพทย์ทุกท่านเพื่อให้เป็นหลักยึดมั่นในเส้นทางชีวิตไว้ว่า...

**“ฉันไม่ต้องการจะให้พวกเธอมีความรู้เพียงอย่างเดียว
ฉันต้องการให้พวกเธอเป็นบุคคลที่ถึงพร้อมแล้วด้วย”**

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

พระราชดำรัสในสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

Comparative Study between CSMBS, SSS, and NHSO Funds:

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

ผลการศึกษาความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง (กรณีการทดแทนไต) ระหว่าง 3 กองทุนสุขภาพ ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในจังหวัดอุบลราชธานีที่เป็นไตวาย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 กองทุน เข้าถึงบริการทดแทนไต เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากโครงการ “PD first” โดยเฉพาะผู้ป่วยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการทดแทนไตในกองทุนนี้ยังต่ำกว่าอีก 2 กองทุนอย่างมาก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิต

คณะผู้ทำการวิจัย

3. ภญ. พนิดา ปัญญางาม
6. คุณมณเฑียร สารโภาค
9. ภญ. ศิริลักษณ์ สุธิกุล
12. นพ. สวัสดิ์ เถกิงเดช

1. พ.อ. (พิเศษ) นพ. ชิตพงศ์ ขวัญประชา
4. น.อ. (พิเศษ) นพ. ทวีพงษ์ ปาจรีย์
7. พ.อ. (พิเศษ) นพ. วรวุฒิ สมิติชฐ์เฐียร
10. นพ. อาทิตย์ เจียรนัยศิลาวงศ์

2. คุณพิเชษฐ์ ชูรักษ์
5. ดร. นพ. พิสิษฐ์ เวชกามา
8. นพ. มัยธัช สามเสน
11. นพ. สุรเดช วลีอิทธิกุล

Abstract

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

Background:

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

Objective:

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

Methods:

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

Result:

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

Recommendation:

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

บทสรุปผู้บริหาร

หัวข้อ : การศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนสวัสดิการข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม

ความเป็นมา

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

จึงนำมาสู่การศึกษาชิ้นนี้ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาความแตกต่างของการเข้าถึงบริการ การรักษา ทดแทนไตและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย 3 กองทุนสุขภาพ ในจังหวัดอุบลราชธานี

โดยมีวิธีการศึกษา ประกอบด้วย การสัมภาษณ์บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายของ 3 กองทุน และการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดไปข้างหน้า (Prospective study) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย โดยแบ่งเป็นช่วงก่อนและหลังนโยบาย PD first รวมถึงการวิเคราะห์ อัตราการเสียชีวิตที่ 2 ปี 5 ปี และ 10 ปี ของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในจังหวัดอุบลราชธานี

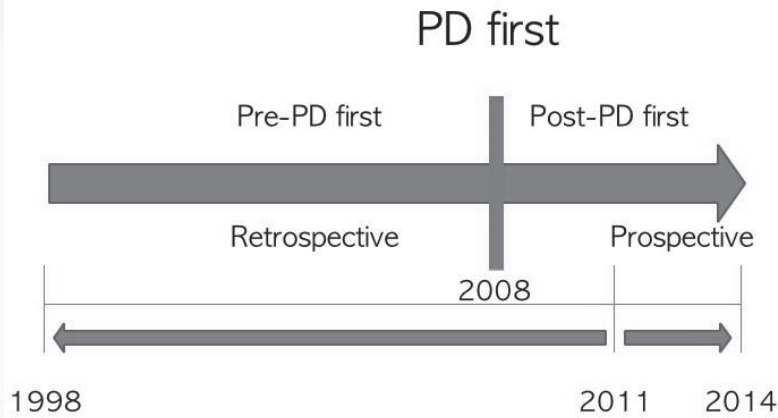
ผลการศึกษา

จากฐานข้อมูลผู้ป่วยจังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเวลา 17 ปี มีผู้ป่วย 3,722 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยที่เป็นสิทธิประกันสุขภาพ 3,356 คน สิทธิสวัสดิการ ข้าราชการ 401 คน และสิทธิประกันสังคม 15 คน ก่อนหน้านโยบาย PD first มีเพียง 1.1% ของสิทธิ ประกันสุขภาพ 15.8% ของสิทธิสวัสดิการข้าราชการ และ 12.5% ของสิทธิประกันสังคมเท่านั้น ที่เข้าถึงการรักษาโดยการทดแทนไต หลังนโยบาย PD first อัตรานี้เพิ่มขึ้นเป็น 27.1%, 51.6% และ 66.7% ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตที่ 2 ปี 47%, 39% และ 12% ที่ 5 ปี 78%, 73% และ 54% และที่ 10 ปี 93%, 88% และ 69% สำหรับสิทธิประกันสุขภาพ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตต่ำกว่าสิทธิประกันสุขภาพ 32% ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR=0.68, 95% CI: 0.59,0.81) ความเสี่ยงของการเสียชีวิตของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมต่ำกว่าสิทธิประกันสุขภาพ 48% แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

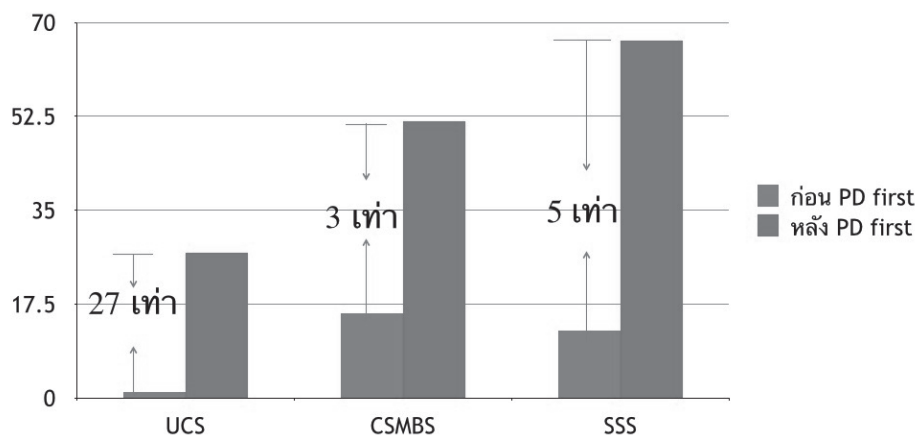
ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาความแตกต่างของการให้บริการระหว่างผู้ป่วยกองทุนต่างๆ และผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย พบว่า ถึงจะมีความพยายามที่จะลดความเหลื่อมล้ำของการให้บริการสุขภาพ การเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ในการให้บริการทดแทนไตซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในผู้ป่วยกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็ยังพบว่ามี ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการอยู่และมีผลต่ออัตราการรอดชีวิต ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการปรับปรุงกระบวนการบางอย่างเพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป

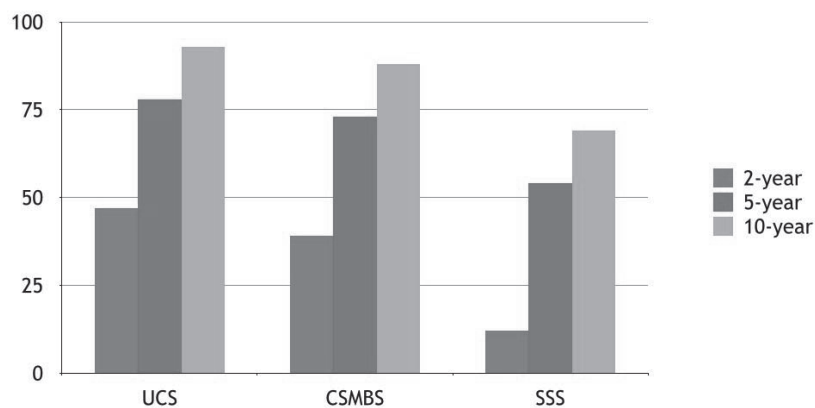
Flow of Cohort & Analysis Plan



การเข้าถึงการทดแทนไต (%)



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



Roles of the Private Hospitals and Healthcare Institutes

in the postgraduate medical education
by view of good governance perspectives

ภาวะขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ห่างไกล ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย ที่ผ่านมาการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางทั้งหมดอยู่ในสถาบันของรัฐเท่านั้น การศึกษานี้ สำนวจความคิดเห็นของผู้ป่วย และผู้กำหนดนโยบาย เกี่ยวกับการอนุญาตให้โรงพยาบาลเอกชนสามารถเปิดการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางได้ ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีความเห็นเชิงบวก โดยมีข้อเสนอให้เริ่มดำเนินการในอนุสาขาย่อยที่มีความขาดแคลนก่อน โดยเปิดฝึกอบรมร่วมกับสถาบันภาครัฐ โดยใช้ข้อกำหนด กฎเกณฑ์ และมาตรฐานการฝึกอบรมแบบเดียวกับในสถาบันภาครัฐ

คณะผู้ทำการวิจัย

3. นพ. ชยวิญญู ขจิตตานนท์
6. นพ. นพพร ชื่นกลิ่น
9. นพ. มงคล วณิชภักดีเดชา
12. คุณอุษณีย์ ชิดชอบ

1. คุณศราทร อัครจิรัฐติกรณ์
4. พท.นพ. โชคชัย สุวรรณกิจบริหาร
7. คุณพัชราภรณ์ วัฒนสุข
10. คุณอัมชโรต์ รัตนดิลก ณ ภูเก็ต
13. พอ.หญิง ผศ.พญ. รวีวรรณ ชุนถนอม

2. ทพญ. จันทธรรณา อินสว่าง
5. รศ.พญ. รุติมา สุนทรสัจ
8. คุณภัสสรာ เตชะณรงค์
11. คุณวิริยา พูนคำ

Abstract

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

Objectives:

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

Methods:

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

Results:

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

Suggestions:

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

บทสรุปผู้บริหาร

หัวข้อ : บทบาทของโรงพยาบาลและสถาบันเอกชนในกระบวนการแพทยศาสตร์ศึกษา หลังปริญญาตามหลักธรรมาภิบาล

ปัจจุบันกระบวนการแพทยศาสตร์ศึกษาระดับหลังปริญญาเพื่อผลิต “แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ” จำนวน 80 สาขาในประเทศไทยอยู่ในสถาบันการศึกษาของรัฐเท่านั้น โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยราชวิทยาลัยและวิทยาลัย 14 แห่ง ซึ่งการขอเปิดสถาบันฝึกอบรมจะต้องขออนุญาตแพทยสภาและผ่านการประเมินโดยอนุกรรมการของแต่ละราชวิทยาลัยหรือวิทยาลัยให้เป็นไปตามประกาศและข้อบังคับของแพทยสภา โดยมีคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบของแต่ละสาขาหรืออนุสาขาเป็นผู้กำกับควบคุมมาตรฐานและผลการดำเนินงาน

จากข้อมูลของแพทยสภาพบว่าบางสาขาและอนุสาขายังขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอยู่เป็นจำนวนมาก เนื่องจากสถาบันของรัฐผลิตได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ในพื้นที่ เช่น จังหวัดชายขอบที่ห่างไกล 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีความขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาหลักอยู่มาก โดยแนวคิดเรื่องให้โรงพยาบาลและสถาบันเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีมาแล้วในระยะเวลาหนึ่ง แต่แพทยสภามีข้อกำหนดที่เพิ่มเติมจากสถาบันภาครัฐคือจะต้องไม่แสวงหากำไรจากการฝึกอบรม โดยให้จัดตั้งมูลนิธิหรือกองทุนที่มีทุนสำรองเพียงพอในการดำเนินการระยะยาวและให้มีผู้แทนราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือ สมาคมวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลการฝึกอบรมเป็นกรรมการของมูลนิธิหรือกองทุนโดยตำแหน่ง

ข้อเท็จจริงในปัจจุบันที่สนับสนุนว่าภาคเอกชนมีศักยภาพในการเปิดฝึกอบรมได้คือ ความพร้อมด้านศักยภาพของสถาบันเอกชนความพร้อมในด้านของบุคลากรความเพียงพอของอุปกรณ์เครื่องมือเทคโนโลยีสมัยใหม่ และทรัพยากรด้านอื่นๆ รวมทั้งความคล่องตัวในการบริหารจัดการ

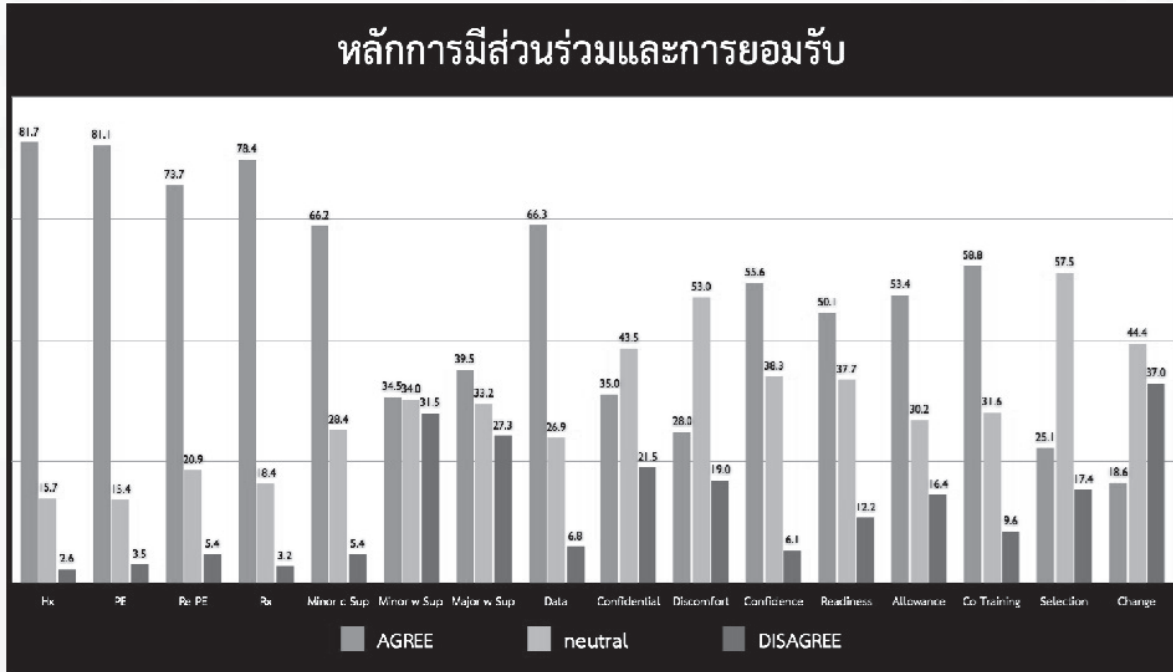
จากการศึกษาของคณะนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหาร รุ่นที่ 2 เรื่อง การเปิดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านโดยโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ซึ่งทำการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2556 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 56.6 เห็นด้วยกับการเปิดฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลเอกชน แต่ยังคงมีความกังวลในเรื่องความเต็มใจและการยอมรับของผู้ป่วย และการส่งตรวจวินิจฉัยที่อาจมากเกินความจำเป็น จึงเป็นที่มาของการศึกษาชิ้นนี้ของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3 กลุ่มที่ 9 โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องนี้ โดยเฉพาะผู้ป่วย เกี่ยวกับบทบาทของโรงพยาบาลและสถาบันเอกชนในการเป็นสถานที่จัดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน รวมทั้งสำรวจปัญหาและอุปสรรครวมทั้งข้อเสนอแนะ เพื่อหาแนวทางและรูปแบบการจัดการที่เหมาะสมตามหลักธรรมาภิบาล

วิธีการศึกษา ทำโดยสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้กำหนดนโยบายจากภาครัฐและเอกชน (ผู้กำหนดนโยบายระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารของแพทยสภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ประธานราชวิทยาลัย หรือเลขาธิการ ผู้บริหารโรงพยาบาลและสถาบันเอกชน) ประกอบกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ใช้บริการจริง ทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วย ในฐานะผู้ใช้บริการทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการอนุญาตให้โรงพยาบาลเอกชนเป็นสถานที่ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และจะเห็นด้วยมากขึ้น ถ้าเป็นการ จัดการฝึกอบรมร่วมกันกับโรงพยาบาลรัฐ

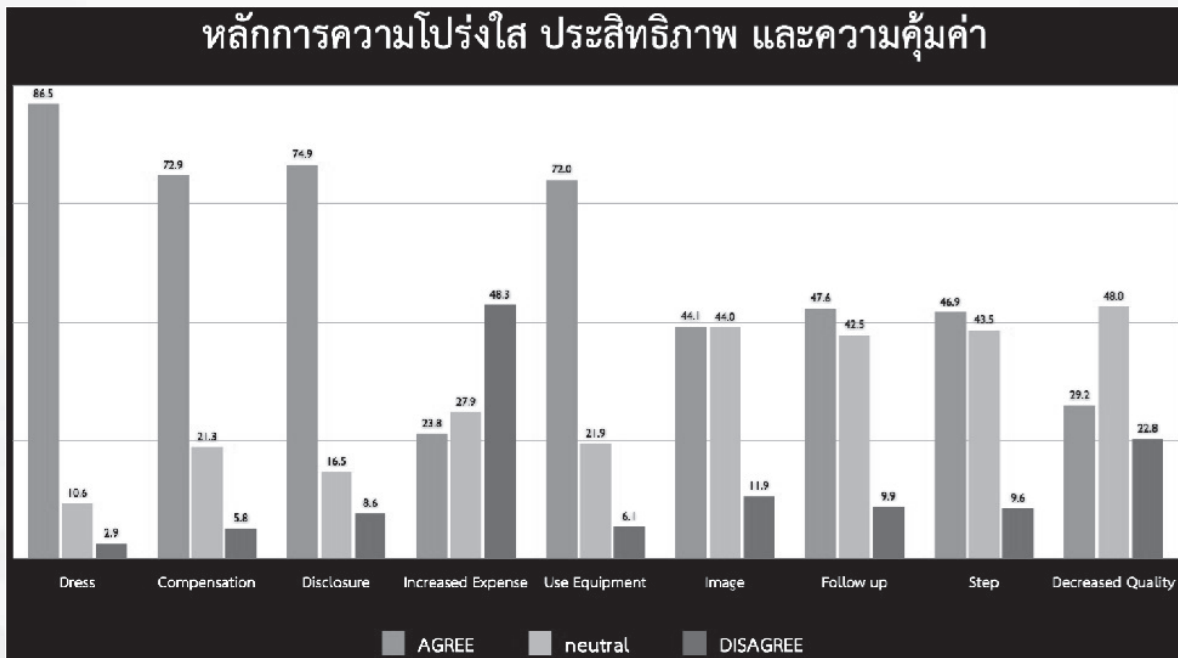
เมื่อพิจารณาตามหลักการมีส่วนร่วมและการยอมรับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเห็นด้วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยินยอมให้ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และทำหัตถการ ยกเว้นการทำผ่าตัดใหญ่ แต่ 1 ใน 3 ของผู้ตอบ คิดว่าข้อมูลส่วนตัว

อาจจะไม่ได้รับการปกปิดดีพอ และร้อยละ 28 รู้สึกอึดอัดใจที่ต้องเป็น “หนูทดลอง” สำหรับการรักษาพยาบาล ดังแสดงในภาพที่ 1



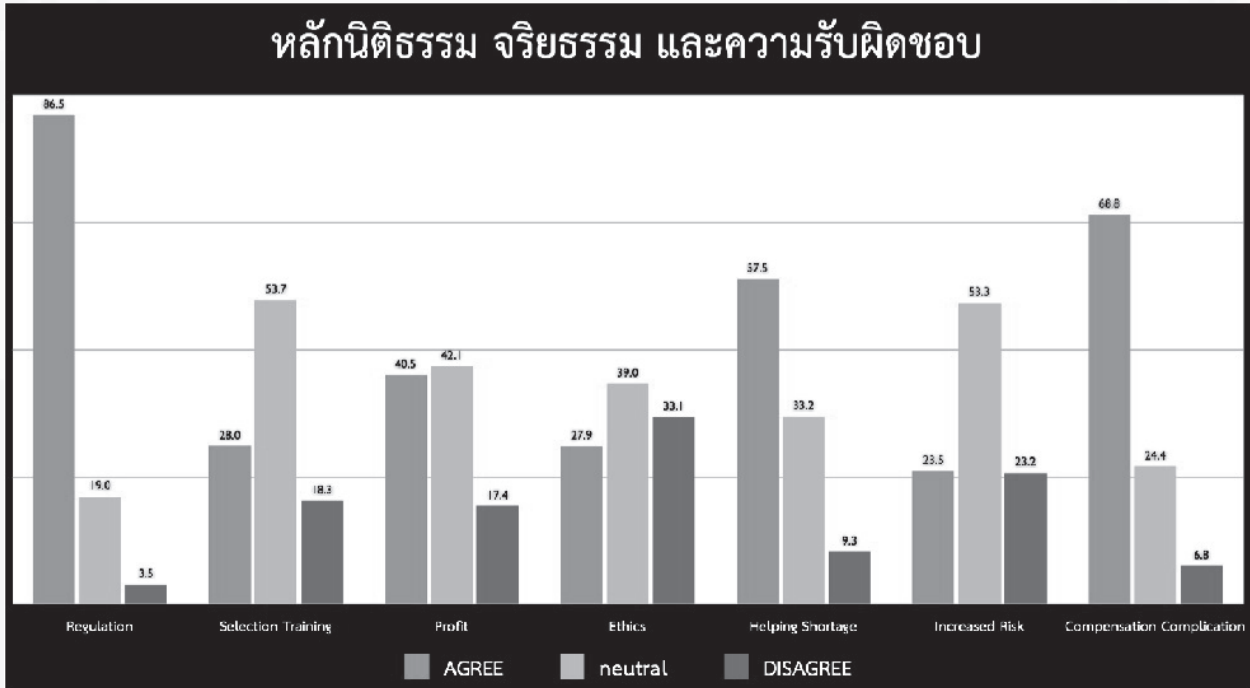
ภาพที่ 1 ความเห็นของผู้รับบริการในประเด็นการมีส่วนร่วมและการยอมรับ (แกนตั้งคือร้อยละ แกนนอนคือความเห็นเรื่องต่างๆ)

เมื่อพิจารณาตามหลักความโปร่งใส ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า พบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยเช่นกัน ยกเว้นในเรื่องความกังวลว่าจะทำให้การส่งตรวจพิเศษและการใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และเห็นว่าควรมีการลดค่ารักษาหรือให้ค่าตอบแทนกรณีเป็นผู้ป่วยสำหรับการเรียนการสอน ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความเห็นของผู้รับบริการในประเด็นความโปร่งใส ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า (แกนตั้งคือร้อยละ แกนนอนคือความเห็นเรื่องต่างๆ)

เมื่อพิจารณาในเรื่องหลักนิติธรรม จริยธรรม และความรับผิดชอบต่อ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความกังวลเรื่อง จริยธรรม แต่ยังคงมีความกังวลเรื่องการแสวงหากำไรของโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งเรื่องกฎระเบียบต่างๆ ซึ่งควร ใช้มาตรฐานเดียวกับภาครัฐ ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ความเห็นของผู้รับบริการในประเด็นหลักนิติธรรม จริยธรรม และความรับผิดชอบต่อ (แกนตั้งคือร้อยละ แกนนอนคือความเห็นเรื่องต่างๆ)

การศึกษาเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายภาคสาธารณสุข สามารถสรุปได้ว่า หากโรงพยาบาลหรือสถาบันเอกชนต้องการเปิดฝักอบรมผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้สอดคล้องและเป็นไปตามหลัก ธรรมภิบาล

1. การเริ่มต้นต้องเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ ศึกษาและปฏิบัติตามระเบียบข้อกำหนดต่างๆ ของแพทยสภา และราชวิทยาลัยอย่างเคร่งครัด
2. ควรเปิดฝักอบรมโดยทำความร่วมมือกับภาครัฐในรูปแบบของสถาบันหรือโรงพยาบาลสมทบแล้วจึงปรับ เป็นการฝักอบรมร่วมกันเพื่อใช้ทรัพยากรเรียนรู้และเสริมจุดแข็งของแต่ละฝ่าย
3. ควรพัฒนาองค์ความรู้ด้านแพทยศาสตรศึกษาสำหรับอาจารย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ควรทำความร่วมมือด้านวิชาการกับโรงพยาบาลภาครัฐ เช่น ร่วมกันจัดประชุมวิชาการ การศึกษาวิจัย แลกเปลี่ยน เรียนรู้และใช้ทรัพยากรต่างๆ ร่วมกัน
4. ควรมีการควบคุมและประกันคุณภาพการฝักอบรมอย่างสม่ำเสมอโดยผ่านทางกระบวนการตรวจ ประเมินภายในและภายนอก
5. ควรพิจารณาผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่มีความขาดแคลนมากก่อนเพื่อตอบสนองความต้องการ ของประเทศ
6. ใช้โอกาสการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) โดยเปิดการอบรมให้แพทย์ต่างชาติ โดยเฉพาะใน กลุ่มประเทศอาเซียน มีข้อบังคับว่า เมื่อจบแล้วต้องกลับไปทำงานที่ประเทศตนเอง

Structure and Process of Participation to Protect the Patients/Relatives

and healthcare providers based on good governance principle

อายุเฉลี่ยประชากรสูงขึ้น ปัญหาสุขภาพซับซ้อนขึ้น เทคโนโลยีดีแต่แพง ความคาดหวังของประชาชนสูง ทำให้ความไว้วางใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการลดลง มีการฟ้องร้องมากขึ้น คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ เพื่อหาแนวทางแก้ไข และได้สรุปว่า (1) ให้พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย โดยผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วม (2) ให้สร้างความเข้าใจเมื่อมีปัญหาก่อนการใช้กฎหมาย (3) ให้มีเวทีที่ประชาชนร่วมปรับปรุงคุณภาพระบบบริการ และ (4) เน้นทักษะเจรจาในหลักสูตรผลิตบุคลากรสุขภาพ

คณะผู้ทำการวิจัย

3. นพ. ชุมนุช วิทยานันท์

6. นพ. นพดล นพคุณ

9. คุณสิทธิชัย สุขเจริญมิตร

12. คุณศรัณยา เลิศศาสตร์วัฒนา

1. คุณจรรย์ วิวัฒน์เกษภูววุฒิ

4. นพ. พรเอก อภิพันธุ์

7. พล.ต.ท. ทวีศักดิ์ ตูจันทา

10. คุณอำพล วงศ์ศิริ

13. ศ.กิตติคุณ นพ. จิตร สิทธิอมร

2. คุณโมสิต สุวินิจจิต

5. พล.ต.ต.นพ. พรชัย สุธีรคุณ

8. คุณสุพัตรา จิราธิวัฒน์

11. คุณวัชรีย์ พูลเกษม

Abstract

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

Rationale:

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

Objectives:

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

Methods:

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

Results:

1. Issues related to Good Governance

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

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

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

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

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

2. Issues related to the rules of law

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

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

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

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

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

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

3. Issues related to Structure and Processes of Participation

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

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

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

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

Recommendation:

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

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

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

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

บทสรุปผู้บริหาร

หัวข้อ : โครงสร้างและกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อคุ้มครองประชาชนและผู้ประกอบวิชาชีพตามหลักธรรมาภิบาล

บริบทของระบบสุขภาพเปลี่ยนไป ในประเด็นโครงสร้างประชากรที่มีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น, เทคโนโลยีสุขภาพมีประสิทธิภาพและราคาแพงขึ้น, ระบบการจ่ายเพื่อบริการสุขภาพเปลี่ยนไป และมีผู้ให้บริการภาครัฐ/เอกชนมีกฎหมายเกิดใหม่ ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ เอื้อให้ประชาชนมีโอกาสได้ประโยชน์และมีทางเลือกบริการมากขึ้น, บริการแพงขึ้น, บางครั้งความคุ้มค่าไม่ชัดเจน, ประชาชนมีความคาดหวังสูงขึ้น เหล่านี้ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพและนำมาสู่ปัญหาการใช้บริการสุขภาพที่พบมากขึ้นในระยะหลัง เช่น การฟ้องร้อง เป็นต้น จึงนำมาสู่การศึกษาเพื่อหาแนวทางปรับโครงสร้าง กระบวนการ และกลไกการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการใช้บริการทางสุขภาพ เพื่อลดปัญหาต่างๆ

โดยใช้วิธีการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพจากกรณีศึกษาจริง ร่วมกับการสัมภาษณ์ในประเด็นต่างๆ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้บริการสุขภาพ

ผลการศึกษาประกอบด้วยผลสรุปและข้อเสนอแนะ 3 ด้าน

1. ผลสรุปข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นธรรมาภิบาล

1.1 หลักคุณธรรมและความรับผิดชอบ คือ

ก. ต้องซื่อสัตย์ ตรวจสอบร่างกาย ตรวจพิเศษให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามมาตรฐาน ของการดูแลรักษา เพื่อให้ทีมบริการทราบปัญหาผู้ป่วยอย่างแท้จริง ข้อมูลที่ได้มาต้องมีการบันทึกที่ตีพิมพ์ใช้สื่อสาร ระหว่างทีมผู้ให้บริการ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสามารถสะท้อนได้ว่าสิ่งที่ผู้ให้บริการ บันทึกนั้นถูกต้องหรือไม่

ข. การสร้างงานวิจัยเพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลที่ครบถ้วนทั้งมิติทางด้าน ร่างกาย มิติทางจิตใจ การเสริมสุขภาพ และ การป้องกันโรค โดยใช้ผลการดูแลผู้ป่วยมาปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้ คุณภาพดีขึ้น มองผู้ป่วยเป็นมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรี ไม่ใช่ผู้มีปัญหาสุขภาพเท่านั้น

1.2 หลักการมีส่วนร่วม และประสิทธิภาพ เช่น

ก. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเขียนประวัติและประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง และนำประวัตินั้นมาปรับการดูแลให้ตรงเป้าหมายมากขึ้น;

ข. การใช้ระยะเวลาให้กำลังใจซึ่งกันและกันเยี่ยงผู้มีความหวังดีต่อกัน แพทย์และผู้ให้บริการตั้งใจดูแล ผู้รับบริการสมศักดิ์ศรี ผู้รับบริการซาบซึ้งในความพยายามและความหวังดี ของแพทย์;

ค. การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเตือนแพทย์ให้ทำตามมาตรการความปลอดภัยเช่น เตือนเรื่องการใช้อัลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือ หรือการสวมหน้ากากเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากผู้ให้บริการสู่ผู้รับบริการ และจากผู้รับบริการสู่ผู้ให้บริการ;

ง. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision) โดยให้ทางเลือกการดูแล ประสิทธิภาพและค่าใช้จ่ายของทางเลือกแต่ละทางรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละ ภาวะแทรกซ้อนด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตัดสินใจด้วยความรู้ที่ถูกต้อง การขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนทำหัตถการต้องขอโดยให้ผู้รับบริการต้องให้ความรู้ข้อดีข้อเสียของทางเลือกบริการแต่ละทางเพื่อตัดสินใจได้ตามสภาพในบริบทของตนเอง

จ. การให้ผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์จากการดูแล เช่น ประเมินผลลัพธ์จากการดูแล เป็นตัวเลข (Score) ที่สามารถบอกผู้ให้การดูแลว่าผู้ป่วยมีภาวะร่างกาย และจิตใจเป็นอย่างไร แนวโน้มของภาวะ ร่างกายและจิตใจ เปลี่ยนไปในทางดี หรือทางที่ไม่ดี เพื่อให้ผู้ให้การดูแลปรับเปลี่ยน การดูแล ตามความเหมาะสมต่อไป

ฉ. การเชื่อเชิญให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในทีมพัฒนาคุณภาพและการสร้างกลุ่มผลักดันนโยบายและกระบวนการ ระดับต่างๆ เช่น มีเวทีและช่องทางให้ผู้รับบริการและญาติให้ความเห็น และมีส่วนร่วมในการปรับโครงสร้าง กระบวนการ และกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่สถานบริการจัดขึ้น เช่น website, การประชุมปรึกษาหารือ

1.3 หลักความโปร่งใสเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงและอ่านบันทึกที่แพทย์และพยาบาลเขียนเกี่ยวกับผู้ป่วยได้

1.4 หลักนิติธรรม

ก. มาตรการทางกฎหมาย และ กระบวนการใกล้เคียงเพื่อสร้างความเข้าใจกันตามข้อเท็จจริง และความรู้อื่นๆ

ข. พยายามใช้การเจรจาที่เอื้ออาทรต่อกันบนพื้นฐานของคุณธรรม หลีกเลี่ยงการใช้กระบวนการทางกฎหมาย;

ค. สิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะทราบธรรมชาติโรค, ทางเลือกในการดูแล, ภาวะแทรกซ้อนจาก ทางเลือกแต่ละทาง, ความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการ, ข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียน โดยให้ผู้รับบริการเข้าใจและ เลือกแนวทางการรักษาโดยเข้าใจ รู้ตัว เต็มใจ (informed consent and prudent choice)

2. ผลสรุปและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นกฎหมาย และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่สำคัญ

2.1 การรับรู้กฎหมาย ให้บุคลากรในวงการแพทย์ ผู้รับบริการ และกระบวนการยุติธรรม เพิ่มพูนความ ชำนาญและมีความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายทางการแพทย์

2.2 การปรับกฎหมาย ให้ปรับปรุงกฎหมายและวิธีพิจารณาคดี

ก. มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ให้มีการเยียวยา และกระบวนการไกล่เกลี่ย ที่เน้น การสร้างความปรองดอง

ข. ปรับวิธีพิจารณาคดีในกรณีที่มีความเสียหายเพื่อให้มีข้อสรุปที่ยุติธรรม ทำให้ผู้ให้บริการ และ ประชาชนมั่นใจในกระบวนการยุติธรรม

ค. ให้ทบทวนความเหมาะสมของการจัดคดีบริการสาธารณสุขให้เป็นคดีคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งมีผลให้ ภาระนำสืบ (burden of proof) เป็นภาระของผู้ถูกร้อง และผู้ร้องทุกข์ สามารถกำหนด ค่าชดเชยสูงกว่าค่าเสียหาย (punitive damage)

ง. ปรับกฎหมายเพื่อสร้างความชัดเจนระหว่างประเด็นการบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็น “สินค้าสาธารณะ หรือ public goods” บริการสินค้าสาธารณะเป็นสิ่งที่รัฐให้ประชาชน เป็น หน้าที่โดยตรงของรัฐ ส่วนภาค เอกชนเป็นทางเลือกในการจัดบริการ ทั้งบริการภาครัฐและเอกชนต้อง เป็นไปตามมาตรฐาน โดยมีสมาคม วิชาชีพกำกับดูแลอยู่

2.3 เพิ่มทักษะการสื่อสารให้ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการเพิ่มทักษะในสื่อสารได้ดี บนพื้นฐาน ความจริงใจ เอื้ออาทร และหวังดีต่อผู้รับบริการ และนำความสำเร็จที่ได้จากการสื่อสารที่ดีมาเล่าสู่กันฟัง

2.4 บทบาทของแพทย์สภาและสภาวิชาชีพอื่นๆ ให้สภาวิชาชีพทำให้ผู้ให้บริการทราบและเข้าใจข้อกฎหมาย ได้อย่างถ่องแท้ เพื่อให้ทั้งกฎหมายเป็นแนวทางสุดท้าย

3. ผลสรุปและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นโครงสร้างและกระบวนการมีส่วนร่วม

3.1 ทักษะของผู้ให้บริการ ให้ผู้ให้บริการฝึกให้มีการให้ข้อมูล ฟังความเห็น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีส่วน ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ และร่วมดูแลสุขภาพของตน

3.2 บทบาทสื่อ เมื่อมีความขัดแย้ง สื่อควรสร้างความเข้าใจให้กับผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และประชาชนทั่วไป ได้ทราบและเข้าใจข้อกฎหมายและข้อเท็จจริงได้อย่างถ่องแท้ สื่อต้องมอง ให้กว้าง และมองให้ทั่วถึง และจำเป็นต้องมี ความเข้าใจในประเด็นที่น่าเสนอ เพราะข้อมูลที่สื่อได้รับ มักเป็น ข้อเท็จจริงและความคิดเห็นปะปนกัน สื่อมีหน้าที่เน้นให้เห็นความหวังดีของแต่ละฝ่ายอันเป็นพื้นฐาน ของการสร้างควมไว้วางใจกัน โดยทำให้ผู้รับบริการเข้าใจธรรมชาติโรค ส่วนผู้ให้บริการ เห็นใจในความสูญเสียของผู้ป่วยและญาติ

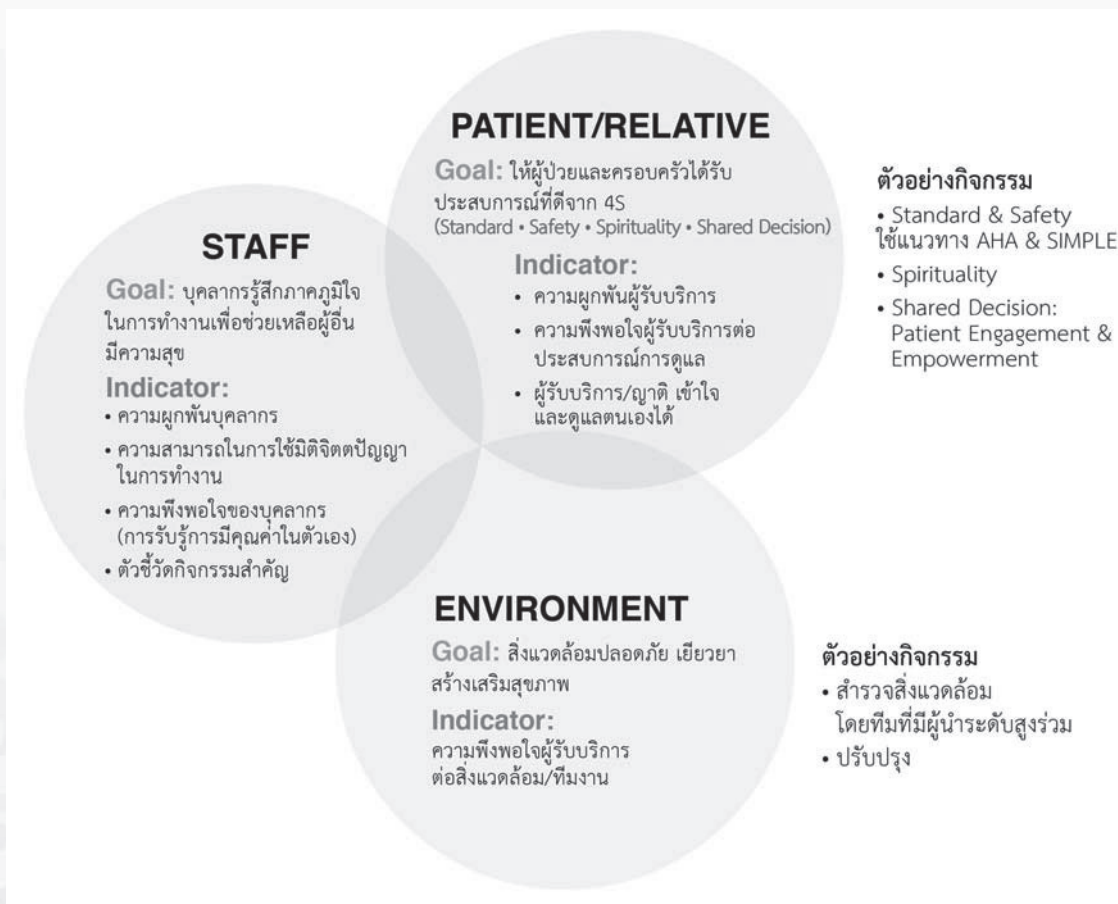
3.3 ทศนคติต่อสื่อ ผู้ให้และผู้รับบริการควรเห็นสื่อเป็นมิตร ให้อธิบายให้นักข่าวฟัง อย่าคิดว่า นักข่าวไม่ใคร่รู้เรื่องทางแพทย์

ข้อเสนอแนะ สามขั้นตอนของโครงสร้างและกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อคุ้มครองประชาชนและผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขตามหลักการของธรรมาภิบาล

ขั้นตอนที่หนึ่ง: การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ โดยทีมผู้ให้บริการปฏิบัติตามมาตรฐาน ปลอดภัย และให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วม เสริมพลังให้ผู้ป่วยและญาติ

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

ขั้นตอนที่สาม: พัฒนาเครือข่าย ระบบบริการ ระบบสร้างบุคลากร เพื่อสร้างความมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น มีเวทีให้ผู้ป่วยเข้ามาเสนอแนะปรับบริการ และมีการปรับหลักสูตร เพิ่มค่านิยมที่เหมาะสมให้กับนักศึกษาที่จะมีอาชีพเป็นบุคลากรสุขภาพที่เอื้ออาทร และมีความสามารถในการสื่อสารดีในอนาคต



โครงการกิจกรรมเพื่อสังคม “พวกเราทุกคน ร่วมกัน ทำเพื่อแผ่นดิน”

สิ่งสำคัญเหนือไปยิ่งกว่าการผลิตผลงานวิชาการ
คือการนำความรู้ความสามารถที่แต่ละบุคคลมี
ร่วมมือกันนำไปใช้สร้างสรรค์ประโยชน์
ให้เกิดแก่สังคมและเพื่อนมนุษย์

เกิดเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย
เกิดประโยชน์โดยอ้อมต่อบุคลากรทางการแพทย์
ที่ได้มาขยายความรู้และทำกิจกรรม
เพื่อสังคมร่วมกัน

อันเป็นการรวมใจทำความดีเพื่อเทิดพระเกียรติ
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ และพระราชวงศ์
ทุกพระองค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในโอกาสเฉลิมพระชนม
60 พรรษา ในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
สยามบรมราชกุมารี ในปี 2558 นี้





โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 1 (ปรพ.1)



พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรชายาทินัดตามาศู เสด็จฯ เป็นประธานในพิธีเปิด “โครงการแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ” ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ จ.พระนครศรีอยุธยา เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2556 โดยมีการให้บริการเฉพาะทางจำนวน 20 คลินิก ได้แก่ บริการตรวจคัดกรองโรค โรคทั่วไป โรคหัวใจ โรคระบบประสาท โรคระบบทางเดินอาหาร ข้อเข่าเสื่อม โรคกระดูก โรคผิวหนัง โรคนิ้วล็อค คลินิกเด็ก ทันตกรรม โรคตา โรคหูคอจมูก โรคทางนรีเวช โรคก้อนที่เต้านม แพทย์แผนจีน ฟันเขี้ยว โรคกรดสีดวงทวาร ตรวจเลือด ตรวจมวลกระดูก และบริการรถเอ็กซเรย์เคลื่อนที่ โดยมีผู้เข้ารับการตรวจทั้งสิ้น 3,207 ราย



โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 2 (ปรพ.2)

สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี เสด็จฯ เป็นองค์ประธานเปิด “โครงการแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 2” ณ โรงพยาบาลหัวหิน และโรงเรียนพณิชยการหัวหิน เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2557 โดยมีการให้บริการเฉพาะทางจำนวน 14 คลินิก ได้แก่ คลินิกทันตกรรม คลินิกโรคหูคอจมูก คลินิกระบบประสาท คลินิกมะเร็งเต้านม คลินิกทางเดินอาหาร คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว คลินิกเด็ก คลินิกแพทย์แผนไทยและฝังเข็ม คลินิกตรวจสุขภาพจิต คลินิกโรคหัวใจ คลินิกโรคกระดูกและข้อ คลินิกต่อกระຈก คลินิกโรคผิวหนัง และบริการรถเอ็กซเรย์เคลื่อนที่ โดยมีผู้เข้ารับการตรวจทั้งสิ้น 4,773 ราย



โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 (ปรพ.3)



นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3 (ปรพ.3) สถาบันพระปกเกล้าและ แพทยสภา ร่วมทีมแพทย์อาสาเฉพาะทางจำนวน 18 คลินิก ให้บริการ ตรวจรักษา ดูแลสุขภาพประชาชนกว่า 6,000 ราย โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย เพื่อบรรเทาความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และเป็นการน้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ ตลอดจนถวายเป็นพระราชกุศล แต่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ และสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาส เฉลิมพระชนม์ 60 พรรษา

เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2558 ฯพณฯ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ เกษม วัฒนชัย องคมนตรี เป็นประธานเปิดโครงการ “หน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทาง ร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3” ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี โดยมี ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัด กระทรวงสาธารณสุข นพ.สุรวิทย์ คนสมบูรณ์ ประธานนักศึกษาฯ นพ.พิษณุ มณีโชติ ประธานโครงการฯ พล.อ.จรัล กุลละวณิชย์ ผู้แทนนักศึกษาฯ ปรพ.3 รศ.วุฒิสาร ตันไชย เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า พล.อ.ต.นพ.อิทธพร คณะเจริญ ผู้อำนวยการหลักสูตรฯ อาจารย์เนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์ กวีซีไรท์ ศิลปินแห่งชาติ นายวันชัย โอสุคนธ์ทิพย์ ผวจ.กาญจนบุรี นพ.สมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา นพ.กิตติ อินทรสุขพร รองผู้อำนวยการฝ่าย การแพทย์ นางวรรณวรา ไหลวารินทร์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนา คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฯ และคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จ.กาญจนบุรี เข้าร่วมพิธี





โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 (ปรพ.3)

“โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3” ได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในหลายภาคส่วนภายใต้แพทยสภาในการให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครบวงจร ทั้งในส่วนคลินิกตรวจรักษาก่อนวันงานและคลินิกตรวจรักษาในวันงาน โดยในวันงานมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา เดินทางมาให้บริการฟรีรวม 18 สาขา 18 คลินิก ประกอบด้วย

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

โดยสถานที่ดำเนินโครงการหลัก ได้แก่
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
โรงพยาบาลราชบุรี
โรงพยาบาลมะการักษ์
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช
โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์
และ โรงพยาบาลทองผาภูมิ

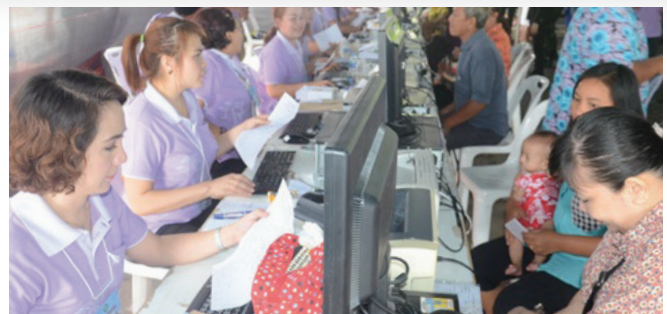




โครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 3 (ปรพ.3)

สรุปผลการดำเนินงานจากจำนวนประชาชน ที่เข้ารับบริการทางการแพทย์รวม 6,000 ราย

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



ธรรมาภิบาล 6 หลัก หัวใจของหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง



หลักที่ 5
หลักสำนึกรับผิดชอบ
ACCOUNTABILITY

หนึ่งในหลักธรรมาภิบาล 6

อันเป็นหลักการที่มุ่งเน้นให้ผู้บริหารและคณะทำงานทุกส่วนทุกฝ่าย
ตั้งใจปฏิบัติภารกิจตามหน้าที่อย่างดียิ่ง โดยมุ่งให้บริการแก่ผู้มารับบริการ เพื่ออำนวยความสะดวกต่างๆ
พึงระมัดระวังมิให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงานที่ตนรับผิดชอบอยู่
และพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขได้ทันที่



ธรรมาภิบาล 6 หลัก หัวใจของหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารระดับสูง

หลักที่ 6

หลักความคุ้มค่า

VALUE FOR MONEY

หนึ่งในหลักธรรมาภิบาล 6

อันเป็นหลักที่ผู้บริหารต้องตระหนักว่าทรัพยากรต่าง ๆ มีค่อนข้างจำกัด จึงจำเป็นต้องยึดหลักความประหยัด และความคุ้มค่าในการบริหารจัดการโดยต้องตั้งจุดมุ่งหมายของการบริหารจัดการทรัพยากรดังกล่าวไปที่ผู้รับบริการหรือประชาชนโดยส่วนรวมเป็นสำคัญ



กิจกรรมศึกษาดูงานหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3

ศึกษาระบบบริหารของโรงพยาบาลขององค์กรบริหารท้องถิ่น แนวคิดการบริหารงานสาธารณสุขขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และ การทำงานของโรงพยาบาลเอกชนภูมิภาค ที่โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา โรงพยาบาลพัทยา และเมืองพัทยา



ดูงานที่โรงพยาบาลระยองเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองปัญหาต่อระบบสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค และดูงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ในสังกัดของกองทัพเรือที่เน้นความทันสมัยแบบเฉพาะทางที่สามารถนำมาประยุกต์ในการรักษาประชาชนทั่วไป



ศึกษาโรงพยาบาลต้นแบบในการผลักดันงานของสาธารณสุขภูมิภาคที่โรงพยาบาลชลบุรี



สัมมนาแลกเปลี่ยนกับผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ รวมถึงการบริหารโรงพยาบาลแบบกลุ่มเขตที่ต้องดูแลขอประชาชนแดนของประเทศ





กิจกรรมศึกษาดูงานหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมบาลีทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3



ศึกษาดูงานที่ศาลอาญา รับฟังมุมมองจาก
ท่านผู้พิพากษา ร่วมแลกเปลี่ยนและศึกษาระบบ
การทำงานในกระบวนการยุติธรรม



ดูงานที่โรงพยาบาลศิริราช แหล่งผลิต
แพทย์ งานวิชาการงานวิจัยด้านสาธารณสุข



ดูงานที่โรงพยาบาลราชวิถี หน่วยงานใหญ่
ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อ
ให้เห็นแนวคิดในการบริหารโรงพยาบาลภาครัฐ
ขนาดใหญ่ ควบคู่กับการศึกษาดูงานระบบเครือข่าย
โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ระดับ International
ที่โรงพยาบาลกรุงเทพ

เดินทางไปสถาบันธัญญารักษ์ หน่วยงานในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุขที่ดูแลปัญหาระดับชาติด้านการรักษาผู้ติดยาเสพติด และ
โรงพยาบาลภูมิพล สังกัดกองทัพอากาศที่มีภาระหน้าที่พิเศษที่ไม่
เหมือนใคร



ศึกษาดูงานที่ DSI และศาลปกครอง กลไกของประเทศที่จะมา
ช่วยร่วมกันผลักดัน ควบคุมดูแลระบบการทำงานของประเทศไทย





นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ 3 (ปพ.3)

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|------------------------------------|
| 1. นางสาวกรรณิกา พลัสสินทร์ | 33. นายธวัชชัย กมลธรรม | 65. นายมณฑล เทียร สารีโกด | 97. นพ.สวัสดิ์ เถกิงเดช |
| 2. นางสาวกัลยา งามพร้อมสกุล | 34. นพ.ธีระศักดิ์ วิริยานนท์ | 66. นายมังกร ธนสารศิลป์ | 98. นายสิทธิชัย สุขเจริญมิตร |
| 3. ดร.กาญจนา จันทร์ไทย | 35. นางสาวนทพร บุญบุบผา | 67. นพ.มัยธัช สามเสน | 99. นพ.สินชัย ตันตริรัตนานนท์ |
| 4. รศ.พญ.เกศรา อัครดามงคล | 36. นพ.นพดล นพคุณ | 68. ผศ.ดร.มานวิภา อินทรทัต | 100. นางสุชัยญา ธนาलगรณ์ |
| 5. นพ.เกษม ภัทรฤทธิกุล | 37. นายนพพร ชีนกลิน | 69. นพ.มานิต ธีระตันติกานนท์ | 101. นพ.สุนทร สุนทรชาติ |
| 6. นายคชาทร อัครจรัสศิริกรม | 38. นพ.นพรัตน์ พานทองวิริยะกุล | 70. นพ.ยุทธศักดิ์ ตั้งสุขสันต์ | 102. นางสาวสุนทรี จรรย์โรจน์บุตร |
| 7. นายไมล์ สวีนิจจิต | 39. น.อ.(พิเศษ) นพ.นพดล วิริยะงูร | 71. นายโยธิน เนื่องจำนงค์ | 103. ดร.สุนีย์ ไชยชนะนุสุข |
| 8. นายจรัส วิวัฒน์เจษฎาภูมิ | 40. นพ.นิสิต ศรีสมบูรณ์ | 72. ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ | 104. นพ.สุพจน์ จิระราชวโร |
| 9. พลเอก จรัส กุลละวณิชย์ | 41. นางนุชนาถ วสุรัตน์ | 73. พ.อ.หญิง ผศ.พญ.รวิวรรณ ชุนถนอม | 105. นางสุพัตรา จิราธิวัฒน์ |
| 10. นพ.จรัส จันทร์ตระกูล | 42. นพ.บุญชัย พิพัฒน์วิฑู | 74. นางรัตนา อนุภาสนันท์ | 106. นางสาวพภาพร ศรีสงคราม |
| 11. ทพญ.จันทร์ธนา อินสว่าง | 43. นายปกรณ์ พรรณนะแพทย์ | 75. นางสาววรินดา พูนพิพัฒน์ | 107. นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล |
| 12. พล.ต.ต.จ่านงค์ รัตนกุล | 44. นายประกาศิต ภาวะสิทธิ์ | 76. นพ.รุ่งเรือง ลิ้มไพบูลย์ | 108. นพ.สุรพล โล่ห์ศิริวัฒน์ |
| 13. ศ.กิตติคุณ นพ.จิตร์ สิทธิอมร | 45. นพ.ปริญญา สากิลักษณ์ | 77. นางลดาวัลย์ ดำเนินชาญวนิชย์ | 109. ดร.นพ.สุรวิทย์ คนสมบูรณ์ |
| 14. นางจุไรรัตน์ ปันยารุณ | 46. นางสาวปราณี จันทร์เจนระวี | 78. นางวินิตา เจนวนันท์ | 110. นพ.สุริยเดว ศรีปรีดี |
| 15. รศ.นพ. ฉันทชาย สิทธิพันธุ์ | 47. ภก.ญ.พนิดา ปัญญางาม | 79. นพ.วรพันธ์ อุดจักร | 111. นายอองอาจ คล้ามไพบูลย์ |
| 16. นพ.ชยวิญญู ขจิตตานนท์ | 48. นพ.พรชัย ยอดวิเศษศักดิ์ | 80. พญ.วรรณภา เพชรเครือ | 112. นพ.อดิศักดิ์ กิตติรัตนไพบูลย์ |
| 17. พ.อ.(พิเศษ) นพ.ชิตพงษ์ ขวัญประชา | 49. พล.ต.ต. นพ. พรชัย สุธีรคุณ | 81. พ.อ.(พิเศษ) นพ.วรวิทย์ สมิตชัยเรียว | 113. รศ.นพ.อดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์ |
| 18. พญ.ชุติมา ปิ่นเจริญ | 50. นางพรทิพย์ ศักดิ์ศิริเวทย์กุล (ณ บางช้าง) | 82. นพ.วสันต์ อภิวัฒน์กุล | 114. ศ.นพ.อนันต์ ศรีเกียรติขจร |
| 19. นพ.ชมนม วิทยานันท์ | 51. นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ | 83. นางวัชรี พูลเกษม | 115. น.อ.อนุดิษฐ์ นาคทรพรพ |
| 20. พ.ท.นพ.โชคชัย สุวรรณกิจบริหาร | 52. นพ.พรเอก อภิพันธุ์ | 84. นางสาววันทนี พันธ์ชาติ | 116. พญ.อภิรมย์ เวชภูติ |
| 21. รศ.พญ. รุติมา สุนทรสัง | 53. รศ.นพ. พุทิส ต่ออุดม | 85. รศ.คลินิก พญ.วารุณี จินารัตน์ | 117. นางสาวอภิรัตน์ สัจจาณิตย์ |
| 22. น.อ. (พิเศษ) นพ.ดนัย ปานแดง | 54. นางสาวพัชราภรณ์ วัฒนสุข | 86. นางสาววิริยา พูนคำ | 118. ดร.อรรณพ รัตนไตรภพ |
| 23. นายดิเรกฤทธิ์ เจนครองธรรม | 55. นพ.พิเชษฐ์ ชุนพิพัฒน์ | 87. นางวิลาสินี พุทธิภรณ์ | 119. นางสาวอรุณโรจน์ เลี่ยมทอง |
| 24. นพ.ต่อพล วัฒนา | 56. นายพิเชษฐ์ ชูรักษ์ | 88. นายวิสิฐ ตันตีสุนทร | 120. นายอัชชา เกษรศุภร์ |
| 25. นพ.ตะวัน จิตต์จุฬานนท์ | 57. นางสาวพินทุสุดา เหลืองไพบูลย์ | 89. ผศ.นพ.วิริยะ เกาเจริญ | 121. นายอัมชโยต์ รัตนดิถก ณ ภูเก็ต |
| 26. พลโท รศ.ไตรโรจน์ ทรัพย์ไช | 58. นางสาวพิมพ์กาญจน์ เหลืองสุวรรณ | 90. นางสาวศรัณยา เลิศศาสตร์วัฒนา | 122. พญ.อัมพร เกียรติปานอภิกุล |
| 27. น.อ. (พิเศษ) นพ.ทวีพงษ์ ปางรัมย์ | 59. นพ.พิชญ มณีโชติ | 91. พญ. ศศิธร รุ่งบรรณพันธ์ | 123. นางสาวอำพร เจริญสมศักดิ์ |
| 28. พล.ต.ท.ทวีศักดิ์ ตันจินดา | 60. นพ.พิเชษฐ์ เวชกามา | 92. นายศานติ ประนิช | 124. นพ.อาทิตย์ เจริญนัยศิลปวงศ์ |
| 29. นพ.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน | 61. นพ.ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข | 93. นางสาวศิริลักษณ์ สุธิกุล | 125. นพ.อายุส ภะระภา |
| 30. นางสาวทิพย์วรรณ วีระภุชงค์ | 62. ดร.นพ. ไพศาล วรสถิตย์ | 94. นางสาวสมสุข มีวุฒิสม | 126. นายอำพล วงศ์ศิริ |
| 31. ดร.ทิพาภรณ์ เยสุวรรณ์ | 63. นางภัสสร เทชะนรงค์ | 95. นพ. สยาม พิเชฐสินธุ์ | 127. นพ.อิทธิรัตน์ วัชรานันท์ |
| 32. นพ.ธนรัชต์ สมุทรเพ็ชร | 64. นพ. มงคล วนิชภักดีเดชา | 96. นางสาวรณมณี สิทธิสมาน | 128. นางสาวอุษณีย์ ชิดชอบ |



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

didms



สงข.