คปรส. (2)

กลไกนโยบายกำลังคนสาธารณสุข

- ประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2546
[วันพฤหัสบดีที่ 13 มีนาคม 2546 เวลา 13.00-16.00 น.]
ณ. ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5
กรมสุขภาพจิต จ.นนทบุรี
- การผลิตแพทย์ - พยาบาลแนวใหม่ โดย สันต์ หัตถีรัตน์
- ขอเชิญประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2546
[18 มีนาคม 2546]
- ขอเชิญประชุมหารือ เรื่อง การพัฒนานโยบาย และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข [21 มีนาคม 2546]
- ขอส่งรายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2546
[31 มีนาคม 2546]

(2) สป 1.2/15 (138 หน้า) กล่อง 24

(2) สร 1.2 / 15 กลุ่ม 24

[1]

ปฏิรูปแนวคิดคนไทย
สุขภาพดีมีไข่โรงพยาบาล

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

สร้างเครือข่าย
ภูมิปัญญา
พัฒนาระบบ
สาธารณสุข

Creating Partnership for Knowledge-based Health Systems

ที่ สวรส.318 /2546

31 มีนาคม 2546

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่รับ 136/46
วันที่ 1 เม.ย. 46
เวลา 16.30 น.

เรื่อง ขอส่งรายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2546

เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ฝ่ายเลขานุการขอส่งรายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2546 เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2546 ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มาเพื่อโปรดทราบ ดังเอกสารที่แนบมา หากมีข้อทักท้วงและแก้ไขเพิ่มเติมประการใดโปรดแจ้งให้ฝ่ายเลขานุการทราบเพื่อแก้ไขต่อไป ส่วนเอกสารประกอบการประชุมครั้งที่ 2/2546 ในวันพฤหัสบดีที่ 17 เมษายน 2546 เวลา 13.30-16.30 น. ณ ห้องประชุมตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทางฝ่ายเลขานุการฯ จะจัดส่งมายังท่านภายหลัง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาเข้าร่วมประชุมครั้งที่ 2/2546 ตามวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

เรียน ดร
ฝากโทรหา
2
1 เม.ย 46

ผู้ประสานงาน
โทร. 0-25901851-2 , 5901836
โทรสาร. 0-25901850

อำพล
1 เม.ย. 46

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ (02) 951-1286-93 โทรสาร: (02) 951-1295
c/o Bldg. of Mental Health Department, Tiwanon Rd., Nonthaburi 11000, Thailand. Tel: (66-2) 951-1286-93 Fax: (66-2) 951-1295
E-Mail Address: hsri@hsrint.hsri.or.th http://www.hsri.or.th

บันทึกการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
ครั้งที่ 1/2546
วันพฤหัสบดีที่ 13 มีนาคม 2546 เวลา 13.00-16.00 น.
ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต

ผู้เข้าประชุม

1.	นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์		ประธานกรรมการ
2.	นส.ภัคคินี เปรมโยธิน	ผู้แทนเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ	กรรมการ
3.	นางนิศกร ทัดเทียมรมย์	ผู้แทนรองผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ	กรรมการ
4.	นายบุญยงค์ เวชมณีศรี	รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
5.	ศ.นพ.สันต์ หัตถีรัตน์		กรรมการ
6.	นพ.องอาจ สิทธิเจริญชัย	ผู้แทน นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	กรรมการ
7.	ดร.สมบัติ ธำรงค์ธัญวงศ์		กรรมการ
8.	นายศรชัย เตรียมวรกุล	ผู้แทน ดร.นิพนธ์ พัวพงศธร	กรรมการ
9.	ดร.เสรี พงศ์พิศ		กรรมการ
10.	คุณสุชาติ เมืองแก้ว		กรรมการ
11.	นางยุพดี สิริสินสุข	ผู้แทน ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์	กรรมการ
12.	รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์		กรรมการ
13.	นพ.ชาญชัย ศิลปอวยชัย		กรรมการ
14.	ทพ.สุปรีดา อดุลยานนท์		กรรมการ
15.	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ		กรรมการ
16.	นพ.อำพล จินดาวัฒนะ		กรรมการ
17.	นพ.วิพุธ พูลเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ

ผู้ไม่เข้าประชุม

1.	ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย		ที่ปรึกษา
2.	นพ.ดำรง บุญยืน		รองประธานกรรมการ
3.	นพ.ธวัช สุนทราจารย์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
4.	รศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์		กรรมการ
5.	นพ.ประพจน์ เภตราภาศ		กรรมการ
6.	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์		กรรมการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นางนีรนุช กาญจนะวรรณ	สำนักงบประมาณ
2. นางมานิตา ภู่เจริญ	สำนักงบประมาณ
3. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
4. นพ.อุกฤษฎ์ มิลินทางกูร	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
5. นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
6. นางษากุล สินไชย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
7. นางสุภาวดี นุชรินทร์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
8. นายสุรศักดิ์ อธิคนานนท์	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
9. นส.ทัศนีย์ สุรกิจโกศล	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

เปิดประชุมเวลา 13.45 น

วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ทราบ

วาระที่ 1.1 ประธานแจ้งให้ทราบ

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานคณะกรรมการชุดนี้และประธานที่ประชุม แจ้งที่ประชุมเรื่องเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันที่ให้ความสำคัญของหน้าที่และความรับผิดชอบของประชาชนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เป็นคณะกรรมการชุดที่ดูแลภาพรวมทั้งหมดของการปฏิรูประบบสุขภาพ และได้มีมติการประชุมครั้งที่ 1/2546 ให้ดำเนินการเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนและแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ภายใต้ คปรส. ทั้งนี้เพื่อให้คณะกรรมการสร้างกรอบแนวทางการทำงานเพื่อให้เกิดการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่พึ่งตนเองได้ มีการผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งต้องเชื่อมโยงทั้งในด้านการบริหาร บริการและวิชาการในระยะสั้นและระยะยาว

วาระที่ 1.2 เลขานุการแจ้งให้ทราบ

นพ.วิพุธ พูลเจริญ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และเลขานุการของคณะกรรมการชุดนี้ ชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติมว่าอำนาจหน้าที่หลักของคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งคือการกลั่นกรองดูแลตรวจสอบชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้องและพิจารณาตัดสินใจในเรื่องการสังเคราะห์ภาพรวมสถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของชาติทั้งระยะสั้นและระยะยาว

คปรส.เห็นชอบให้ สวรส.รับผิดชอบวางกรอบการดำเนินการโดยรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขภายใต้กรอบภาพใหม่ของระบบบริการสาธารณสุขท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาชุดข้อมูลหรือชุดโครงการที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการพิจารณาเสนอแนว

นโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุขในอนาคตได้ คณะกรรมการชุดนี้มีแผนการทำงานระยะสั้นช่วง 3 เดือนนี้ คือ การพัฒนากรอบแนวคิดการพัฒนางานจากชุดข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน จากนั้นจึงจะจัดการให้มีชุดแนวทางและรายละเอียดการดำเนินการของหน่วยที่เกี่ยวข้องต่อไป แผนระยะต่อไปของคณะกรรมการชุดนี้ขึ้นกับกรอบแนวคิดและการตัดสินใจของคณะกรรมการชุดนี้

ในการทำงานของทีมเลขาฯจะมี พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากรและทีม เป็นผู้ประสานกับกรรมการในการจัดทำชุดข้อมูลนำเสนอการประชุมคณะกรรมการครั้งนี้ มีรายชื่อเอกสารประกอบการประชุมดังเอกสารแนบที่ 1

วาระที่ 2 เรื่องเพื่อพิจารณา

2.1 กรอบแนวทางการทำงานของคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

◆ การให้ความหมายของคำว่ากำลังคนว่ามีขอบเขตอย่างไร ซึ่งกรรมการบางท่านพิจารณาอาจจะเป็นเฉพาะผู้ให้บริการสาธารณสุข (health care providers) ในระบบอนาคตเท่านั้น บางท่านมีความเห็นว่าภาพในอนาคตจะมีกลุ่มอื่นด้วย เช่น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการบริการสุขภาพ เช่น ฐานะผู้ซื้อบริการ (purchaser) หรือ ผู้จัดการบริการสุขภาพ (health care manager) หรือแม้แต่ผู้คนที่เกี่ยวข้องกับ democratic governance ในอนาคต อาจจะมีผู้ให้บริการสาธารณสุขชุดใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มเดิมที่กำหนดไว้ก็มีความเป็นไปได้ ทั้งนี้ การกำหนดขอบเขตความหมาย "กำลังคน" ที่เกี่ยวเนื่องกับ พรบ.สุขภาพแห่งชาติสุดท้ายกำหนดเรียกเป็น "บุคลากรด้านสาธารณสุข" แทน

ที่ประชุมยังไม่สรุปชัดเจนว่า ความหมายกำลังคนในที่นี้มีขอบเขตฐานะในการเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขเท่านั้นขึ้นกับคณะกรรมการชุดนี้กำหนด แต่คณะกรรมการหลายท่านเสนอให้พิจารณาขอบเขตการให้บริการสุขภาพในลักษณะใหม่ที่มิใช่เพียงการรักษาโรค

◆ อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการชุดนี้ตามที่ระบุเป็นเรื่องไม่ง่าย เพราะมีการเปลี่ยนแปลงและเงื่อนไขใหญ่หลายประการที่ส่งผลต่อการคิดนโยบายและยุทธศาสตร์แนวทางเรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุขแบบมีทิศทาง เช่น ต้องคิดเรื่องแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคตภายใต้ทิศทางการพัฒนาประเทศภาพรวม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ แนวโน้มโครงสร้างประชากร การเคลื่อนย้ายจากชนบทสู่เมือง ลักษณะสังคมที่เป็นเกษตรกรรมสู่สังคมบริการ การปฏิรูประบบการศึกษามีพื้นฐานการศึกษาดีขึ้น การพัฒนาเศรษฐกิจในภาพรวม นโยบายและการลงทุนของรัฐบาลต่อเรื่องโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพและเรื่องอื่นๆ รวมทั้ง พรบ.กระจายอำนาจ พรบ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งพรบ.อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยต่างๆที่กำลังเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อสภาพปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพต่อระบบบริการทั้งแง่บริบทแวดล้อม แง่ศักยภาพสังคมเศรษฐกิจที่จะเปลี่ยนแปลงและเชื่อมโยงกับแนวโน้มเรื่องกำลังคน

◆ นอกจากปัจจัยแวดล้อมแล้วอาจจะต้องคิดกลุ่มประชากรที่อยู่หัว curve หรือปลาย curve ของฐานประชากรภาพรวมซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส เพื่อจัดการวางแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในระยะสั้นได้

ที่ประชุมสรุปให้พิจารณาเรื่องปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อทิศทางในอนาคต โดยทีมเลขารวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาชุดข้อมูลและพัฒนารายละเอียดเรื่องกำลังคนในการประชุมครั้งต่อไป

2.2 ประเด็นในการพิจารณาเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

◆ <u>บทเรียนในอดีตเรื่องกำลังคน</u>

อาจารย์สันต์ หัตถีรัตน์ เสนอให้เปลี่ยนแนวคิดเดิม วิธีการเดิมที่จะวางแผนและจัดการจากส่วนกลางเพราะทำเรื่องนี้มานานแล้วก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลน การกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมได้

ถ้าคณะกรรมการชุดนี้คิดแบบ conventional เรื่องกำลังคน (กำหนดจำนวน ลักษณะจากวิชาชีพและกำหนดมาตรฐานวิชาชีพ ฯลฯ) จะไม่มีอะไรใหม่ในระบบอนาคต เพราะจากประสบการณ์ทั้งในและต่างประเทศหลายแห่งก็ยังประสบปัญหาทั้งเรื่องการผลิต พัฒนาและการกระจายกำลังคน ดังนั้นจึงเสนอไม่ใช้ทฤษฎีจากตำราที่เกี่ยวกับการวางแผน การผลิตการพัฒนาและการจัดการด้านบุคลากรสาธารณสุข (Health Manpower Planning) ซึ่งมีอยู่มากมาย

อาจารย์บุญยงค์ เวชมณีศรี เสนอว่า ที่ผ่านมากำหนดเรื่องแผนผลิต พัฒนาและจัดการกำลังคนจากด้าน supply side มากกว่า demand side ในอนาคตน่าจะตั้งต้นจาก demand side และหาแนวทางให้รู้ถึงความต้องการบริการที่แท้จริงของประชาชน

◆ <u>ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบใหม่</u> อ.สันต์ หัตถีรัตน์ เสนอคณะกรรมการให้พิจารณาระบบและรูปแบบใหม่ของการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขโดยใช้วิชาชีพแพทย์เป็นรูปธรรมตัวอย่างในการพิจารณารูปแบบใหม่ คือ ให้ชุมชนคัดเลือก คิด ตัดสินใจและจัดการให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขโดยชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างคนที่อยู่ในชุมชนให้ทำงานในชุมชนเพื่อชุมชน ทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องกรอบอัตรากำลังว่าเพียงพอหรือไม่ หรือจะจัดการอย่างไรเพราะทั้งหมดให้คงอยู่ในการตัดสินใจของชุมชน

คณะกรรมการเห็นว่า การใช้ฐานคิดแบบสร้างกำลังคนจากชุมชนมีความเป็นไปได้ไม่ว่าจะทำในระดับ(scale)ใด แต่ต้องพิจารณารายละเอียดเพิ่มและต้องพิจารณาให้สอดคล้องกับชุมชนชนบทในอนาคตมิใช่ปัจจุบัน รวมทั้งส่วนกลางยังต้องพิจารณากรอบกำลังคนทั้งประเทศกว้างๆ และเปิดโอกาสให้ชุมชนวางแผนและผลิตบุคลากรสาธารณสุขตามความต้องการทั้งในแง่ชนิดบุคลากร จำนวน คุณลักษณะที่ต้องการ ซึ่งชุมชนจะเป็นผู้ดูแลจัดการบุคลากรที่ชุมชนผลิตเอง สิ่งนี้จะช่วยให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ที่จะผลิตกำลังคนจากสถาบันผลิตในระบบและนอกระบบ เช่น ลักษณะของวิทยาลัยชุมชนหรือรูปแบบทางเลือกอื่นๆ รวมทั้งการแพทย์ทางเลือกแผนไทยของชุมชน แต่

ต้องคิดถึงเรื่องที่รัฐต้องสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการผลิตและการจัดการให้มีบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากชุมชนเองอาจจะไม่พร้อมที่จะสนับสนุนการผลิตในหลายวิชาชีพ

ที่ประชุมเห็นด้วยกับการวางแผนและพัฒนากำลังคนในแนวใหม่และให้สอดคล้องกับ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ แต่อาจต้องคิดควบคู่กันไปเรื่องบุคลากรในระบบปกติและที่กำลังอยู่ระหว่างการผลิตซึ่งมีสัดส่วนค่อนข้างใหญ่

♦ <u>ระบบใหญ่ของการวางแผนและจัดการระบบกำลังคน</u> ที่ประชุมเห็นว่ามี 2 ทิศทางใหญ่คือ conventional and community based design ซึ่งทั้งสองแบบมีลักษณะเฉพาะ(ดังเอกสารแนบฉบับที่ 2 ซึ่งร่างในที่ประชุมโดยนพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ) ที่ประชุมสรุปให้มีคณะทำงานเพื่อพัฒนารายละเอียดเสนอกรอบแนวคิดและองค์ประกอบการพัฒนายุทธศาสตร์ แผนและแนวทางการจัดการภายใต้ปัจจัยและผลกระทบการเปลี่ยนแปลงในภาพกว้างของทั้งสองแนวทาง และเมื่อมีชุดข้อมูลแล้วจึงให้คณะกรรมการพิจารณารายละเอียดเพิ่มเติมพร้อมกับมีการประชุมเพื่อเชื่อมโยง 2 ทีมให้เห็นภาพของการเชื่อมประสานเป็นภาพรวมต่อไป

ที่ประชุมให้มีคณะทำงานของชุดที่ 1 เรื่องการจัดการกำลังคนจากชุมชน นำโดย ศ.นพ.สันต์ หัตถีรัตน์ ดร.เสรี พงศ์พิศ และ รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และชุดที่ 2 เรื่องการจัดการกำลังคนแบบ conventional นำโดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ซึ่งจะมีการประชุมย่อยของคณะทำงานแต่ละชุดก่อนการประชุมคณะกรรมการครั้งที่ 2

♦ <u>การบริหารจัดการและกลไกการเชื่อมโยงกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ</u> มีการเสนอว่าควร (1) พัฒนากลไกและระบบควบคุมกำกับส่วนการผลิตเพื่อตลาดในอนาคต (2) การวางแผนบุคลากรเพื่อบริการเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มคนจน ฯลฯ และ(3) ในระดับบริการทุติยภูมิตติยภูมิ อาจจะต้องคิดทำ mapping เรื่อง concentration ของบริการและการจัดหาบุคลากรที่เหมาะสม เช่น บริการจิตเวช เป็นต้น (4) พิจารณาเรื่องการจ้างงานและการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนสาธารณสุขเพราะกระแสการใช้กลไกด้านการเงินการคลังจะถูกนำมาใช้มากขึ้น เช่น การจัดสรรเงินแบบรายหัวรวมเงินเดือนสู่ท้องถิ่นภายใต้ "โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค" การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นประตูเอื้อให้เกิดการเตรียมการจัดสรรเงินสำหรับวางแผนบุคลากรสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นเพราะจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและใช้เตรียมการเพื่อการกระจายอำนาจในอนาคตด้วย

แนวทางและรายละเอียดทั้งหมดที่ได้ รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสามารถส่งผ่านกลไกของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ให้แก่รัฐบาลได้มีการเสนอให้ตั้งคณะทำงานชุดย่อยมาพัฒนาเรื่องดังกล่าวข้างต้นเมื่อคณะกรรมการมีกรอบการทำงานชัดเจนขึ้น

♦ <u>ประเด็นอื่นๆ</u> พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร เสนอให้พิจารณาประเด็นเพิ่มจากข้อมูลการสัมภาษณ์กรรมการที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุม คือ (1) ควรมีการพิจารณากลไกและการจัดการของทิศทางการผลิตและการบริการที่อาจต้องเป็น dual track คือ ส่วนที่เป็นไปตามกลไกตลาดและส่วนที่ต้องสนับสนุนโดยรัฐ (2) การวางแผนบุคลากรเพื่อจัดให้เกิดบริการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายใหม่ ที่เดิมยังไม่มีการพัฒนาชัดเจน

เช่น บริการฟื้นฟูสภาพ บริการผู้สูงอายุ และ (3) ยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนน่าจะเน้นที่การจัดการการใช้กำลังคนให้มีประสิทธิภาพมากกว่าการวางแผน

นอกจากนี้มีความเห็นว่าการทำงานนี้น่าจะใช้กลไกและทิศทางของรัฐธรรมนูญเป็นหลักและต้องคิดเกินความเป็นราชการและนโยบายรัฐบาล ดร.เสรี พงศ์พิศ เสนอให้มีแนวคิดของกระแสโลกที่พิจารณาธรรมชาติร่วมด้วย คือทำให้เกิด "การคืนดี" กับธรรมชาติ กระแสชุมชนกำลังเปลี่ยนแปลงแบบที่รัฐเองตามไม่ทัน ดังนั้นการเรียนรู้ของฝ่ายที่เกี่ยวข้องต่อเรื่องการเปลี่ยนแปลงในชุมชนจึงสำคัญ การเปลี่ยนความคิดและเชื่อศักยภาพของชุมชน การให้ข้อมูลเพื่อให้ชาวบ้านมีช่องทางจัดการเรื่องต่างๆในชุมชนเองน่าจะเป็นโอกาสที่จะทำให้เกิดการพัฒนาได้ยั่งยืน รวมทั้งยังจำเป็นต้องวางแผนให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์เข้าใจศักยภาพที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองโดยใช้กลไกรัฐที่มีอยู่เพื่อสนับสนุนและตอบสนองความต้องการชุมชนได้ จากนั้นจึงจะสามารถบอกได้ว่าอนาคตระบบต้องการคนอย่างไร เท่าไร

นพ.วิพุธ พูลเจริญ สรุปเนื้อหาการประชุมในประเด็นที่ต้องมีการดำเนินการต่อ คือ ส่วนแรกเป็นข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการกำหนดภาพของระบบบริการสุขภาพซึ่งให้คณะเลขานุการประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวม ทบทวนข้อมูลและจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 5 ประเด็นก่อนการประชุมครั้งที่ 2/2546 คือ

1. ประเด็นทางกฎหมายหรือโครงสร้างเชิงระบบที่กำกับการเปลี่ยนแปลงภาพระบบที่คาดหวังว่าควรเป็นอย่างไร เช่น กระแสการกระจายอำนาจ พรบ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ พรบ.สุขภาพแแห่งชาติ ฯลฯ
2. ประเด็นการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างด้านประชากร เช่น อัตราเพิ่มระหว่างเมืองและชนบท การทำงาน การศึกษา ฯลฯ ที่มีผลต่อความต้องการบริการสุขภาพอย่างไร
3. ความต้องการทางด้านบริการสุขภาพ : การใช้เทคโนโลยีที่มีผลต่อการสร้าง demand ในอนาคตที่แตกต่างกัน รวมทั้งผลกระทบจาก Trade
4. ระบบความรู้ : วิธีการเรียนรู้ การสร้างความรู้และการจัดการความรู้ รวมถึงโครงสร้าง(infrastructure) อนาคตของช่องทางความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบการเรียนรู้ที่มีผลต่อการรับบริการสุขภาพ
5. การทบทวนแนวคิด กระบวนการจัดการและบทเรียนเรื่องการวางแผน การผลิตและการใช้กำลังคน 2 ทิศทาง (conventional system & community based system) ขณะเดียวกันต้องคิดภาพรวมของทั้งสองด้านและเชื่อมกันได้ในอนาคต พร้อมกันนี้ให้มีการพิจารณาลองหา model ภาพของบุคลากรที่จะให้บริการในแต่ละทิศทางด้วย นอกจากนี้ในแง่กระบวนการผลิตอาจจะต้องมองภาพแรงผลักและกลไกที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น กรณีที่มีตลาดเป็นแรงผลักอาจจะมีกลไกการจัดการบางเรื่องเป็นการทดแทนเฉพาะเพื่อกำกับ ส่วนกรณีที่เป็นความต้องการบริการสุขภาพที่แท้จริงซึ่งเป็นสิ่งที่รัฐต้องให้การสนับสนุน

นอกจากนี้การกำหนดตัวชี้วัดทางยุทธศาสตร์ตามความสำเร็จที่ต้องการ อาจจะมีการพัฒนาภายหลังจากที่ได้ภาพกรอบของระบบบริการและระบบกำลังคนที่ชัดเจนก่อน

วาระที่ 3 เรื่องอื่น ๆ

♦ นัดหมายการประชุมคณะกรรมการ

การประชุมครั้งต่อไป ให้เสนอโครงร่างและเนื้อหาสำคัญเพื่อเป็นข้อมูลให้คณะกรรมการร่วมคิดและพิจารณารายละเอียดชุดข้อมูลเพิ่มเติม นัดประชุมครั้งที่ 2/2546 วันพฤหัสบดีที่ 17 เมษายน 2546 เวลา 13.30- 16.30 น. และประชุมครั้งที่ 3/2546 วันพุธที่ 14 พฤษภาคม 2546 เวลา 9.00-12.00 น. ที่ ห้องประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปิดการประชุมเวลา 16.30 น.

(พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร)
ผู้บันทึกการประชุม

(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)
ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม

เอกสารแนบฉบับที่ 1:
รายชื่อเอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขครั้งที่ 1/ 2546

ชุดที่ 1 ประกอบวาระที่ 1

1. (ร่าง) มติการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพแห่งชาติ
2. (สำเนา)คำสั่งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่1/2546 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ชุดที่ 2 ประกอบวาระที่2.1

2.1 ข้อเสนอต่อวิธีการดำเนินการของกรรมการและเลขานุการ

ชุดที่ 3 ประกอบวาระที่2.1

3.1 (ร่าง)แนวคิดของคณะกรรมการต่อเรื่องบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสาธารณสุข

<u>เอกสารชุดที่ 3 (แจกเพิ่มในวันประชุม)</u>

3.2 จุดอ่อนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

3.3 ระบบกำหนดนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขและชุดข้อมูลสถานการณ์การกระจายแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล

ชุดที่ 4 ประกอบวาระที่2.3

4.1 แนวคิดสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพ

<u>เอกสารชุดที่4 (เพิ่มเติมในวันประชุม)</u>

4.2 กรอบความคิดในการศึกษาและดำเนินงาน

4.3 (ร่าง)คุณค่า ปรัชญา แนวคิด หลักการในการพิจารณาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

ชุดที่ 5 – 13 เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ชุดที่ 5 (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ชุดที่ 6 พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชุดที่ 7 พระราชบัญญัติกระจายอำนาจ

ชุดที่ 8 รายละเอียดการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ชุดที่ 9 สรุปสาระสำคัญร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ (ฉบับที่ได้รับความเห็นชอบของรัฐสภาเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2542)

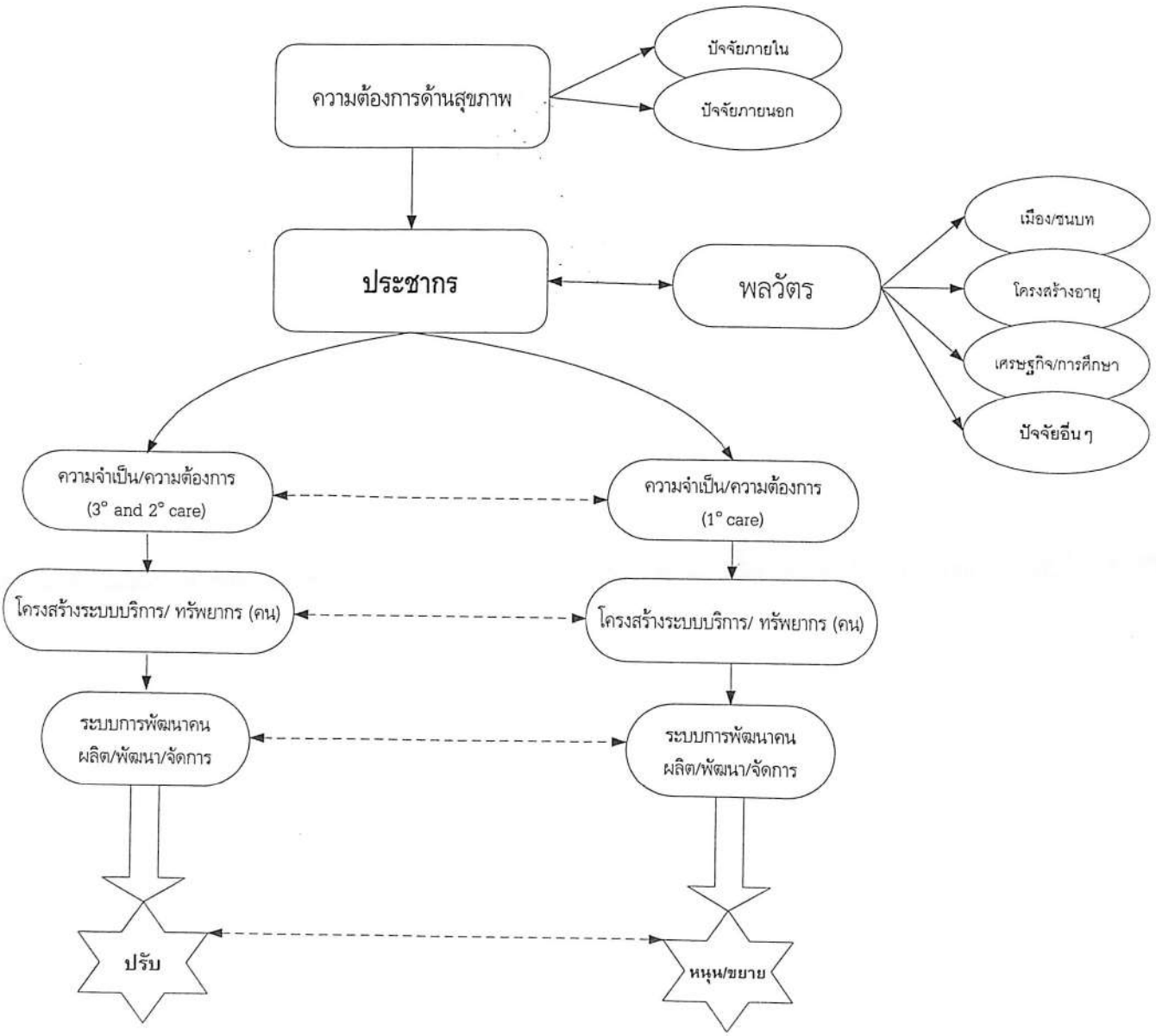
ชุดที่ 10 สาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9

ชุดที่ 11 แผน 9ของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)

ชุดที่ 12 ภาพรวมของประชากรของประเทศไทยปี 2544

ชุดที่ 13 บทความเรื่อง " หมอของฉันและของเรา" โดยอ.สันต์ หัตถีรัตน์

เอกสารแนบฉบับที่ 2:
แผนภูมิสรุปแนวคิดการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข



[117

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

ที่ สวรส. 290/๒๕๔๖

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่รับ 124/46
วันที่ 24 มี.ค. 46
เวลา 10.00 น.

ปฏิรูปแนวคิดคนไทย สุขภาพดีมีใช่โรงพยาบาล

สร้างเครือข่าย ภูมิปัญญา พัฒนาระบบ สาธารณสุข

Creating Partnership for Knowledge-based Health Systems

๒๑ มีนาคม ๒๕๔๖

เรื่อง ขอเชิญประชุมหารือเรื่องการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

เรียน นพ. อำพล จินดาวัฒนะ

สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ ๑/๒๕๔๖ เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๔๖ ได้ข้อสรุปเบื้องต้นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งยังขาดความชัดเจนในบางประเด็นโดยเฉพาะส่วนที่เป็นเนื้อหาหลักของข้อเสนอการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ฯ ที่ขึ้นต้นจากภาคประชาชน (รายละเอียดตามเอกสารรายงานการประชุมที่แนบมาพร้อมนี้)

ดังนั้น คณะทำงานซึ่งทำหน้าที่เลขานุการของคณะกรรมการฯ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ **ท่าน** ประชุมเพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับ **"การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ฯซึ่งขึ้นต้นจากภาคประชาชน"** โดยการประชุมดังกล่าวจัดขึ้น *ในวันศุกร์ที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๔๖ เวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐น. ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ชั้น ๕ อาคาร ๓ ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี*

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้นด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ทบ. ๕๑
อำพล
๒๕๓๑๔๖

(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กรุณาส่งใบตอบรับการเข้าร่วมประชุมมาที่คุณสุรศักดิ์ อธิคนานนท์ โทรสาร.๐-๒๕๙๐๑๘๕๐ ภายในวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๔๖

- ☐ เข้าร่วมประชุมได้
- ☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ (02) 951-1286-93 โทรสาร: (02) 951-1295
c/o Bldg. of Mental Health Department, Tiwanon Rd., Nonthaburi 11000, Thailand. Tel: (66-2) 951-1286-93 Fax: (66-2) 951-1295
E-Mail Address: hsri@hsrint.hsri.or.th http://www.hsri.or.th

บันทึกการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขครั้งที่1/2546
วันพฤหัสบดีที่ 13 มีนาคม 2546 เวลา 13.00-16.00 น.
ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี

วาระแจ้งให้ทราบ

วาระที่ 1.1 ประธานแจ้งให้ทราบ

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานคณะกรรมการชุดนี้ แจ้งที่ประชุมเรื่องเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันที่ให้ความสำคัญของหน้าที่และความรับผิดชอบของประชาชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เป็นคณะกรรมการชุดที่ดูแลภาพรวมทั้งหมดของการปฏิรูประบบสุขภาพ และได้มีมติการประชุมครั้งที่ 1/2546ให้ดำเนินการเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน และแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ภายใต้คปรส. ทั้งนี้เพื่อให้คณะกรรมการสร้างกรอบแนวทางการทำงานเพื่อให้เกิดการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่พึ่งตนเองได้ มีการผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งต้องเชื่อมโยงทั้งในด้านการบริหาร บริการและวิชาการในระยะสั้นและระยะยาว

วาระที่ 1.2 เลขานุการแจ้งให้ทราบ

นพ.วิพุธ พูลเจริญ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)และเลขานุการของคณะกรรมการชุดนี้ชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติมว่าอำนาจหน้าที่หลักของคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งคือการกลั่นกรองดูแล ตรวจสอบชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และพิจารณาตัดสินใจในเรื่องการสังเคราะห์ภาพรวมสถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของชาติทั้งระยะสั้นและระยะยาว

คปรส.เห็นชอบให้สวรส.รับผิดชอบวางกรอบการดำเนินการ โดยรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขภายใต้กรอบภาพใหม่ของระบบบริการสาธารณสุขท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาชุดข้อมูลหรือชุดโครงการที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการพิจารณาเสนอแนวนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุขในอนาคตได้ คณะกรรมการชุดนี้มีแผนการทำงานระยะสั้นช่วง 3 เดือนนี้ คือ การพัฒนากรอบแนวคิดการพัฒนางานจากชุดข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน จากนั้นจึงจะจัดการให้มีชุดแนวทางและรายละเอียดการดำเนินการของหน่วยที่เกี่ยวข้องต่อไป แผนระยะต่อไปของคณะกรรมการชุดนี้ขึ้นกับกรอบแนวคิดและการตัดสินใจของคณะกรรมการชุดนี้

ในการทำงานของทีมเลขาฯจะมีพญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากรและทีมเป็นผู้ประสานกับกรรมการในการจัดทำชุดข้อมูลนำเสนอ การประชุมคณะกรรมการครั้งนี้มีรายชื่อเอกสารประกอบการประชุมดังเอกสารแนบที่ 1

วาระที่ 2 เรื่องเพื่อพิจารณา

2.1 กรอบแนวทางการทำงานของคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

◆ การให้ความหมายของคำว่ากำลังคนว่ามีขอบเขตอย่างไร ซึ่งกรรมการบางท่านพิจารณาอาจจะเป็นเฉพาะผู้ให้บริการสาธารณสุข(health care providers) ในระบบอนาคตเท่านั้น บางท่านมีความเห็นว่าภาพในอนาคตจะมีกลุ่มอื่นด้วย เช่น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการบริการสุขภาพ เช่น ฐานะผู้ซื้อบริการ(purchaser) หรือ ผู้จัดการบริการสุขภาพ (health care manager) หรือแม้แต่ผู้คนที่เกี่ยวข้องกับ democratic governanceในอนาคต อาจจะมีผู้ให้บริการสาธารณสุขชุดใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มเดิมที่กำหนดไว้ก็มีความเป็นไปได้ ทั้งนี้ การกำหนดขอบเขตความหมาย"กำลังคน" ที่เกี่ยวเนื่องกับพรบ.สุขภาพแห่งชาติ สุดท้ายกำหนดเรียกเป็น "บุคลากรด้านสาธารณสุข" แทน

ที่ประชุมยังไม่สรุปชัดเจนว่าความหมายกำลังคนในที่นี้มีขอบเขตฐานะในการเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขเท่านั้น ขึ้นกับคณะกรรมการชุดนี้กำหนด แต่คณะกรรมการหลายท่านเสนอให้พิจารณาขอบเขตการให้บริการสุขภาพในลักษณะใหม่ที่มิใช่เพียงการรักษาโรค

◆ อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการชุดนี้ตามที่ระบุเป็นเรื่องไม่ง่าย เพราะมีการเปลี่ยนแปลงและเงื่อนไขใหญ่หลายประการที่ส่งผลต่อการคิดนโยบายและยุทธศาสตร์แนวทางเรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุขแบบมีทิศทาง เช่น ต้องคิดเรื่องแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคตภายใต้ทิศทางการพัฒนาประเทศภาพรวม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ แนวโน้มโครงสร้างประชากร การเคลื่อนย้ายจากชนบทสู่เมือง ลักษณะสังคมที่เป็นเกษตรกรรมสู่สังคมบริการ การปฏิรูประบบการศึกษามีพื้นฐานการศึกษาดีขึ้น การพัฒนาเศรษฐกิจในภาพรวม นโยบายและการลงทุนของรัฐบาลต่อเรื่องโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพและเรื่องอื่นๆ รวมทั้งพรบ.กระจายอำนาจ พรบ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งพรบ.อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยต่างๆที่กำลังเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อสภาพปัญหา และความต้องการทางด้านสุขภาพต่อระบบบริการทั้งแง่บริบทแวดล้อม แง่ศักยภาพสังคมเศรษฐกิจที่จะเปลี่ยนแปลงและเชื่อมโยงกับแนวโน้มเรื่องกำลังคน

◆ นอกจากปัจจัยแวดล้อมแล้วอาจจะต้องคิดกลุ่มประชากรที่อยู่หัวcurveหรือปลายcurve ของฐานประชากรภาพรวม ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส เพื่อจัดการวางแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในระยะสั้นได้

ที่ประชุมสรุปให้พิจารณาเรื่องปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อทิศทางในอนาคต โดยทีมเลขารวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง เสนอให้คณะกรรมการพิจารณาชุดข้อมูลและพัฒนารายละเอียดเรื่องกำลังคนในการประชุมครั้งต่อไป

2.2 ประเด็นในการพิจารณาเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

◆ <u>บทเรียนในอดีตเรื่องกำลังคน</u>

อาจารย์สันต์ หัตถีรัตน์ เสนอให้เปลี่ยนแนวคิดเดิม วิธีการเดิมที่จะวางแผนและจัดการจากส่วนกลางเพราะทำเรื่องนี้มานานแล้วก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลน การกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมได้

ถ้าคณะกรรมการชุดนี้คิดแบบ conventional เรื่องกำลังคน (กำหนดจำนวน ลักษณะจากวิชาชีพ และกำหนดมาตรฐานวิชาชีพ ฯลฯ) จะไม่มีอะไรใหม่ในระบบอนาคต เพราะจากประสบการณ์ทั้งในและต่างประเทศหลายแห่งก็ยังประสบปัญหาทั้งเรื่องการผลิต พัฒนาและการกระจายกำลังคน ดังนั้นจึงเสนอไม่ใช้ทฤษฎีจากตำราที่เกี่ยวกับการวางแผน การผลิตการพัฒนาและการจัดการด้านบุคลากรสาธารณสุข (Health Manpower Planning) ซึ่งมีอยู่มากมาย

อาจารย์บุญยงค์ เวชมณีศรี เสนอว่า ที่ผ่านมากำหนดเรื่องแผนผลิต พัฒนาและจัดการกำลังคนจากด้าน supply side มากกว่าdemand side ในอนาคตน่าจะตั้งต้นจาก demand side และหาแนวทางให้รู้ถึงความต้องการบริการที่แท้จริงของประชาชน

◆ **<u>ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบใหม่</u>** อ.สันต์ หัตถีรัตน์ เสนอคณะกรรมการให้พิจารณาระบบและรูปแบบใหม่ของการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขโดยใช้วิชาชีพแพทย์เป็นรูปธรรมตัวอย่างในการพิจารณารูปแบบใหม่ คือ ให้ชุมชนคัดเลือก คิด ตัดสินใจและจัดการให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขโดยชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างคนที่อยู่ในชุมชนให้ทำงานในชุมชนเพื่อชุมชน ทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องกรอบอัตรากำลังว่าเพียงพอหรือไม่หรือจะจัดการอย่างไรเพราะทั้งหมดให้คงอยู่ในการตัดสินใจของชุมชน

คณะกรรมการเห็นว่า การใช้ฐานคิดแบบสร้างกำลังคนจากชุมชนมีความเป็นไปได้ไม่ว่าจะทำในระดับ(scale)ใดแต่ต้องพิจารณารายละเอียดเพิ่มและต้องพิจารณาให้สอดคล้องกับชุมชนชนบทในอนาคตมิใช่ปัจจุบัน รวมทั้งส่วนกลางยังต้องพิจารณากรอบกำลังคนทั้งประเทศกว้างๆ และเปิดโอกาสให้ชุมชนวางแผนและผลิตบุคลากรสาธารณสุขตามความต้องการทั้งในแง่ชนิดบุคลากร จำนวน คุณลักษณะที่ต้องการ ซึ่งชุมชนจะเป็นผู้ดูแลจัดการบุคลากรที่ชุมชนผลิตเอง สิ่งนี้จะช่วยให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ที่จะผลิตกำลังคนจากสถาบันผลิตในระบบและนอกระบบ เช่น ลักษณะของวิทยาลัยชุมชนหรือรูปแบบทางเลือกอื่นๆ รวมทั้งการแพทย์ทางเลือกแผนไทยของชุมชน แต่ต้องคิดถึงเรื่องที่รัฐต้องสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการผลิตและการจัดการให้มีบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากชุมชนเองอาจจะไม่พร้อมที่จะสนับสนุนการผลิตในหลายวิชาชีพ

ที่ประชุมเห็นด้วยกับการวางแผนและพัฒนากำลังคนในแนวใหม่และให้สอดคล้องกับพรบ.สุขภาพแห่งชาติ แต่อาจต้องคิดควบคู่กันไปเรื่องบุคลากรในระบบปกติและที่กำลังอยู่ระหว่างการผลิตซึ่งมีสัดส่วนค่อนข้างใหญ่

◆ **<u>ระบบใหญ่ของการวางแผนและจัดการระบบกำลังคน</u>** ที่ประชุมเห็นว่ามี 2 ทิศทางใหญ่คือ conventional and community based design ซึ่งทั้งสองแบบมีลักษณะเฉพาะ(ดังเอกสารแนบฉบับที่ 2 ซึ่งร่างในที่ประชุมโดยนพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ) ที่ประชุมสรุปให้มีคณะทำงานเพื่อพัฒนารายละเอียดเสนอกรอบแนวคิดและองค์ประกอบการพัฒนายุทธศาสตร์ แผนและแนวทางการจัดการภายใต้ปัจจัยและผลกระทบการเปลี่ยนแปลงในภาพกว้างของทั้งสองแนวทางและเมื่อมีชุดข้อมูลแล้วจึงให้คณะกรรมการพิจารณารายละเอียดเพิ่มเติมพร้อมกับมีการประชุมเพื่อเชื่อมโยง 2 ทีมให้เห็นภาพของการเชื่อมประสานเป็นภาพรวมต่อไป

ที่ประชุมให้มีคณะทำงานของชุดที่ 1 เรื่องการจัดการกำลังคนจากชุมชน นำโดยศ.นพ.สันต์ อาจารย์เสรีและอาจารย์วิลาวัลย์ และชุดที่ 2 เรื่องการจัดการกำลังคนแบบconventional นำโดยนพ.สุวิทย์ ซึ่งจะมีการประชุมย่อยของคณะทำงานแต่ละชุดก่อนการประชุมคณะกรรมการครั้งที่ 2

◆ **<u>การบริหารจัดการและกลไกการเชื่อมโยงกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ</u>** มีการเสนอว่าควร (1)พัฒนากลไกและระบบควบคุมกำกับส่วนการผลิตเพื่อตลาดในอนาคต (2) การวางแผนบุคลากรเพื่อบริการเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มคนจน ฯลฯ และ(3) ในระดับบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ อาจจะต้องคิดทำmappingเรื่องconcentrationของบริการและการจัดหาบุคลากรที่เหมาะสมเช่น บริการจิตเวชเป็นต้น (4) พิจารณาเรื่องการจ้างงานและการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนสาธารณสุขเพราะกระแสการใช้กลไกด้านการเงินการคลังจะถูกนำมาใช้มากขึ้น เช่น การจัดสรรเงินแบบรายหัวรวมเงินเดือนสู่ท้องถิ่นภายใต้"โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค" การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นประตูเอื้อให้เกิดการเตรียมการจัดสรรเงินสำหรับวางแผนบุคลากรสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นเพราะจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและใช้เตรียมการเพื่อการกระจายอำนาจในอนาคตด้วย

แนวทางและรายละเอียดทั้งหมดที่ได้ รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสามารถส่งผ่านกลไกของพรบ.สุขภาพแห่งชาติให้แก่รัฐบาลได้ มีการเสนอให้ตั้งคณะทำงานชุดย่อยมาพัฒนาเรื่องดังกล่าวข้างต้นเมื่อคณะกรรมการมีกรอบการทำงานชัดเจนขึ้น

◆ **ประเด็นอื่นๆ** พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร เสนอให้พิจารณาประเด็นเพิ่มจากข้อมูลการสัมภาษณ์กรรมการที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุม คือ (1) ควรมีการพิจารณากลไกและการจัดการของทิศทางการผลิตและการบริการที่อาจต้องเป็น dual track คือ ส่วนที่เป็นไปตามกลไกตลาดและส่วนที่ต้องสนับสนุนโดยรัฐ (2) การวางแผนบุคลากรเพื่อจัดให้เกิดบริการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายใหม่ ที่เดิมยังไม่มีการพัฒนาชัดเจน เช่น บริการฟื้นฟูสภาพ บริการผู้สูงอายุ และ(3) ยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนน่าจะเน้นที่การจัดการการใช้กำลังคนให้มีประสิทธิภาพมากกว่าการวางแผน

นอกจากนี้มีความเห็นว่าการทำงานนี้น่าจะใช้กลไกและทิศทางของรัฐธรรมนูญเป็นหลักและต้องคิดเกินความเป็นราชการและนโยบายรัฐบาล อ.เสรี พงศ์พิศ เสนอให้มีแนวคิดของกระแสโลกที่พิจารณาธรรมชาติร่วมด้วย คือทำให้เกิด "การคืนดี" กับธรรมชาติ กระแสชุมชนกำลังเปลี่ยนแปลงแบบที่รัฐเองตามไม่ทัน ดังนั้นการเรียนรู้ของฝ่ายที่เกี่ยวข้องต่อเรื่องการเปลี่ยนแปลงในชุมชนจึงสำคัญ การเปลี่ยนความคิดและเชื่อศักยภาพของชุมชน การให้ข้อมูลเพื่อให้ชาวบ้านมีช่องทางจัดการเรื่องต่างๆในชุมชนเองน่าจะเป็นโอกาสที่จะทำให้เกิดการพัฒนาได้ยั่งยืน รวมทั้งยังจำเป็นต้องวางแผนให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์เข้าใจ ศักยภาพที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองโดยใช้กลไกรัฐที่มีอยู่เพื่อสนับสนุนและตอบสนองความต้องการชุมชนได้ จากนั้นจึงจะสามารถบอกได้ว่าอนาคตระบบต้องการคนอย่างไร เท่าไร

นพ.วิพุธ พูลเจริญ สรุปเนื้อหาการประชุมในประเด็นที่ต้องมีการดำเนินการต่อ คือ ส่วนแรกเป็นข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการกำหนดภาพของระบบบริการสุขภาพซึ่งให้คณะเลขานุการประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวม ทบทวนข้อมูลและจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 5 ประเด็นก่อนการประชุมครั้งที่ 2/2546 คือ

1. ประเด็นทางกฎหมายหรือโครงสร้างเชิงระบบที่กำกับการเปลี่ยนแปลงภาพระบบที่คาดหวังว่าควรเป็นอย่างไร เช่น กระแสการกระจายอำนาจ พรบ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ พรบ.สุขภาพแแห่งชาติ ฯลฯ
2. ประเด็นการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างด้านประชากร เช่น อัตราเพิ่มระหว่างเมืองและชนบท การทำงาน การศึกษา ฯลฯที่มีผลต่อความต้องการบริการสุขภาพอย่างไร
3. ความต้องการทางด้านบริการสุขภาพ: การใช้เทคโนโลยีที่มีผลต่อการสร้างdemandในอนาคตที่แตกต่างกัน รวมทั้งผลกระทบจากTrade
4. ระบบความรู้: วิธีการเรียนรู้ การสร้างความรู้และการจัดการความรู้ รวมถึงโครงสร้าง(infrastructure)อนาคตของช่องทางความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบการเรียนรู้ที่มีผลต่อการรับบริการสุขภาพ
5. การทบทวนแนวคิด กระบวนการจัดการและบทเรียนเรื่องการวางแผน การผลิตและการใช้กำลังคน 2 ทิศทาง (conventional system & community based system) ขณะเดียวกันต้องคิดภาพรวมของทั้งสองด้านและเชื่อมกันได้ในอนาคต พร้อมกันนี้ให้มีการพิจารณาลองหาmodel ภาพของบุคลากรที่จะให้บริการในแต่ละทิศทางด้วย นอกจากนี้ในแง่กระบวนการผลิตอาจจะต้องมองภาพแรงผลักและกลไกที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น กรณีที่มีตลาดเป็นแรงผลักอาจจะมีกลไกการจัดการบางเรื่องเป็นการทดแทนเฉพาะเพื่อกำกับ ส่วนกรณีที่เป็นความต้องการบริการสุขภาพที่แท้จริงซึ่งเป็นสิ่งที่รัฐต้องให้การสนับสนุน

นอกจากนี้การกำหนดตัวชี้วัดทางยุทธศาสตร์ตามความสำเร็จที่ต้องการ อาจจะมีการพัฒนาภายหลังจากที่ได้ภาพกรอบของระบบบริการและระบบกำลังคนที่ชัดเจนก่อน

การประชุมครั้งต่อไป ให้เสนอโครงร่างและเนื้อหาสำคัญเพื่อเป็นข้อมูลให้คณะกรรมการร่วมคิดและพิจารณารายละเอียดชุดข้อมูลเพิ่มเติม นัดประชุมครั้งที่ 2/2546 วันพฤหัสบดีที่ 17เมษายน2546 เวลา13.30- 16.30 น. และประชุมครั้งที่ 3/2546 วันพุธที่ 14พฤษภาคม 2546 เวลา 9.00-12.00 น. ที่ห้องประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

"หมอของฉันและของเรา"

สันต์ หัตถีรัตน์

ความหวัง

"เมื่อฉันป่วย ฉันอยากได้หมอที่ฉันรู้จัก ไว้ใจ และเชื่อใจ ซึ่งแน่นอนละ หมอคนนั้นต้องรู้จักฉันและครอบครัวของฉันด้วย เพื่อที่จะทราบดื้นลึกหนาบางของสุขภาพฉันตั้งแต่ฉันเกิดและเจริญเติบโตมา ซึ่งจะทำให้เขาวินิจฉัยโรคของฉันได้ง่ายและถูกต้องกว่าหมอที่ไม่เคยรู้จักฉันและครอบครัวมาก่อน *"หมอของฉัน"* รู้ว่าได้ให้วัคซีนป้องกันโรคอะไรบ้างแก่ฉัน และได้แนะนำวิธีป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ฉันและครอบครัวอย่างไรบ้าง

ถ้าฉันป่วยเพียงเล็กน้อย ฉันอยากจะปรึกษา *"หมอของฉัน"* ทางโทรศัพท์ โดยไม่ต้องถ่อสังขารไปพบเขา เขาจะบอกฉันได้ว่า ฉันเป็นอะไร และควรจะปฏิบัติตัวอย่างไรให้หายจากการเจ็บป่วย เหมือนที่พ่อแม่แนะนำฉันในเรื่องต่างๆ เพราะเขาเป็นเสมือนญาติผู้ใหญ่ของเราที่ได้ดูแลเรา (ฉันและครอบครัว) มาเป็นเวลานาน

ถ้าฉันบอกอาการได้ไม่ชัดเจน และหมอบอกว่า ฉันควรไปให้เขาตรวจดูก่อน ฉันก็จะไป หรือถ้าเขาว่างอยู่ เขาก็จะแวะมาตรวจฉันที่บ้าน และถ้าตรวจแล้วเห็นว่า ฉันไม่ได้เป็นอะไรมาก *"หมอของฉัน"* จะไม่ฉีดยาหรือให้ยาฉัน เพราะหมอรู้อยู่แล้วว่า ฉันไม่ชอบฉีดยาหรือกินยาถ้าไม่จำเป็นจริงๆ แต่ฉันจะปฏิบัติตนตามคำแนะนำของหมออย่างเคร่งครัด เพื่อให้หายป่วยโดยเร็ว

ถ้าฉันป่วยมาก แต่หมอเห็นว่า ฉันควรรักษาตัวอยู่ที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล ฉันจะดีใจมาก เพราะฉันมีพ่อแม่พี่น้องคอยดูแลเอาใจใส่ได้ดีกว่าที่โรงพยาบาล ฉันไม่อยากหงอยเหงาเปล่าเปลี่ยวเดียวดายอยู่ในโรงพยาบาล

ฉันอยากเล่นกับพี่น้อง อยากอยู่กับพ่อแม่ที่คอยพูดคุยและโอบกอดฉัน ทำให้ฉันอบอุ่นและอุ่นใจ ฉันมีของเล่นมากมายที่บ้าน ที่ทำให้ฉันเพลิดเพลินและไม่ทุกข์ทรมานกับอาการเจ็บป่วยมากนัก ซึ่งจะทำให้ฉันหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น

อนึ่ง เมื่อฉันป่วยมาก *"หมอของฉัน"* ก็มาเยี่ยมฉันที่บ้านทุกวันเหมือนที่หมอเยี่ยมฉันถ้าฉันอยู่โรงพยาบาล และถ้าฉันมีอาการอะไร ฉันก็โทรศัพท์จากบ้านไปปรึกษาหมอได้สะดวกกว่าเมื่ออยู่โรงพยาบาล *"หมอของฉัน"* เป็นเสมือนญาติผู้ใหญ่ของฉันจริงๆ

เมื่อ *"หมอของฉัน"* เห็นว่า ฉันป่วยมากจนเกินความสามารถของเขา เขาจะส่งฉันไปหาหมอที่เชี่ยวชาญในด้านนั้น เพราะเขาจะรู้ว่าหมอคนใดดีและเก่งสำหรับโรคนั้นมากกว่าฉันและพ่อแม่ เราจึงไม่ต้องเสี่ยงภัยไปหาหมอผิดๆ ให้ *"มากหมอมากความ"* จนย่ำแย่ได้

ฉันไม่ต้องวิตกกังวลกับค่าตรวจรักษา เพราะภาษีอากรที่พ่อแม่เสียไป ได้กลับมาคุ้มครองเราและประกันสุขภาพให้กับเรา เรามีความสุขตามสมควร เช่นเดียวกับ *"หมอของเรา"* และเพื่อนบ้านของเรา เพราะทุกคนได้รับผลตอบแทนจากระบบประกันสุขภาพที่เสมอภาคและเป็นธรรม....."

ความเป็นจริง

ในปัจจุบัน เกือบจะไม่มีแพทย์คนใดที่เอื้ออาทรและผูกพันกับผู้ป่วยและชุมชน ถึงขนาดไปเยี่ยมและตรวจรักษาให้ที่บ้านด้วยความรักและความเมตตา ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

ยิ่งในชนบทที่มีแพทย์อยู่เพียงน้อยนิด ยิ่งมีโอกาสที่จะทำเช่นนั้นได้น้อยมาก แต่ที่น่าแปลกใจก็คือในกรุงเทพฯที่มีแพทย์อยู่เป็นจำนวนมาก แพทย์กลับมีความผูกพันและความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยและชุมชนน้อยกว่าในชนบท

ในชนบท มีประชากรประมาณ ๔๕ ล้านคน แต่มีแพทย์เพียง ๒,๖๐๐ คนคอยดูแล (อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ๑ : ๑๗,๓๐๐ คน) ขณะที่ในกรุงในเมืองซึ่งมีประชากรประมาณ ๑๗ ล้านคน กลับมีแพทย์ประมาณ ๒๑,๔๐๐ คนคอยดูแล (อัตราส่วน ๑ : ๘๐๐ คน)

ยิ่งกว่านั้น แพทย์ในชนบทยังเป็น *"แพทย์จบใหม่"* เกือบทั้งหมด ที่ถูกบังคับให้ออกไปใช้ทุน โดยขาดแพทย์ที่มีประสบการณ์คอยควบคุมดูแล ต้องไปดิ้นรนต่อสู้ *"มะรุมมะตุ้งหลา"* ตรวจรักษาอย่างผิดๆ ถูกๆจนคนเจ็บป่วยในชนบทต้องทนทุกข์ทรมานหอบสังขารอันเจ็บปวดอิดโรยไปรักษาในเมืองและในกรุงเทพฯ เป็นจำนวนมาก

การปฏิรูป

ถ้าระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย "การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ" ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๔๓ จะนำไปสู่รูปลักษณะของการรักษาพยาบาลที่เอื้ออาทรและผูกพัน ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยของประชาชนจะลดลงอย่างแน่นอน

การรักษาพยาบาลดังกล่าวข้างต้นจะเกิดขึ้นได้ จะต้องการการปฏิรูประบบการผลิตแพทย์-พยาบาลขนานใหญ่ เพื่อให้แพทย์ - พยาบาลที่ผลิตได้ สามารถอยู่ในชุมชนและท้องถิ่นได้อย่างมีความสุข

นั่นคือ แพทย์และพยาบาลควรจะเป็นคนในชุมชนและท้องถิ่นนั้น ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและท้องถิ่นนั้นในการเข้าเรียนแพทย์ - พยาบาล และใช้เวลาศึกษาอบรมส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนและท้องถิ่นนั้น

นอกจากนั้น การรักษาพยาบาลแบบเอื้ออาทรจะเกิดขึ้นได้ดีเมื่อนักศึกษาแพทย์ - พยาบาล รักวิชาชีพนี้อย่างแท้จริง โดยได้ลองปฏิบัติงานกับคนเจ็บป่วยก่อนเข้าเรียนแพทย์ - พยาบาล เพื่อให้ตนเองรู้ว่าตนชอบวิชาชีพนี้จริงหรือไม่

การคัดเลือก

นักเรียนในระดับมัธยมศึกษาที่คิดว่าตนชอบวิชาชีพนี้ ควรจะมีโอกาสในระหว่างปิดภาคเรียน ลองปฏิบัติงานในสถานีอนามัยและโรงพยาบาลใกล้บ้าน เช่น ช่วยต้อนรับผู้ป่วย ช่วยพาผู้ป่วยไปตรวจยังห้องต่างๆ ช่วยป้อนอาหาร เช็ดตัว เช็ดอุจจาระปัสสาวะ ฯลฯ ให้ผู้ป่วย และทำงานอื่นๆ ที่แพทย์ - พยาบาลผู้ดูแลเห็นควรให้ทำ ตามกำลังความสามารถของนักเรียนแต่ละคน

นักเรียนที่ได้ช่วยต้อนรับและดูแลผู้ป่วยในระหว่างปิดภาคเรียนเป็นเวลา ๑ - ๒ ปี จะรู้ดีแก่ใจว่าตนเหมาะกับวิชาชีพนี้หรือไม่ และแพทย์ - พยาบาลที่ดูแลก็จะบอกได้เช่นกันว่า นักเรียนคนใดเหมาะกับวิชาชีพนี้มากกว่ากัน และเมื่อรวมกับผลการเรียนในโรงเรียนแล้ว **จะสามารถคัดเลือกนักเรียนที่จะเข้าเรียนแพทย์ - พยาบาลได้ดีกว่าระบบสอบคัดเลือก *(สอบเอ็นทรานซ์)* ของทบวงมหาวิทยาลัยอย่างมากมาย** โดยเฉพาะถ้าให้ผู้ป่วยและชุมชนร่วมให้คะแนนในการคัดเลือกนักเรียนด้วย เพราะชุมชนจะช่วยให้ทุนสนับสนุนในการเรียนของนักเรียนเหล่านั้น

การผลิต

เมื่อได้วัตถุดิบที่เหมาะสำหรับการผลิตแล้ว กระบวนการผลิตจะต้องเหมาะสมด้วย นั่นคือ

แทนที่นักเรียนแพทย์ - พยาบาล จะถูกบังคับให้เรียนในห้องเรียนในมหาวิทยาลัย และเรียนความรู้ทางทฤษฎีต่างๆ ในปีแรก เช่น เคมี ฟิสิกส์ คณิตศาสตร์ ชีววิทยา ทำการทดลองกับสัตว์ทดลองและหลอดแก้ว ท่องจำความรู้ต่างๆ เพื่อให้สอบผ่านแล้วลืมได้ เป็นต้น จนลืมคนเจ็บป่วยและสังคม เมื่อขึ้นมาปฏิบัติงานกับคนป่วยในปีหลังๆ จึงอาจจะปฏิบัติกับคนป่วยเสมือนกับสัตว์ทดลองและหลอดแก้วได้

ในระบบใหม่ในปีแรก นักเรียนแพทย์ - พยาบาล กลับจะได้สัมผัสกับชีวิตจริงในชุมชนและในโรงพยาบาลใกล้บ้านของตน จะได้สัมผัสกับคนป่วยทันที เช่น ให้เขียนรายงานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนและครอบครัว ซึ่งต้องขวนขวายหาข้อมูลด้วยตนเอง และหาว่า การเจ็บป่วยของตนและครอบครัวเกิดจากอะไร ได้รับความยากลำบากอย่างไรในขณะเจ็บป่วย ได้ป้องกันแก้ไขอย่างไรให้ความยากลำบากเช่นนั้นลดลง เป็นต้น

เมื่ออยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ปีแรก นักเรียนจะได้พูดคุยกับคนเจ็บป่วยที่มาโรงพยาบาลและอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งแน่ละที่หลายคนอาจจะเป็นญาติหรือคนรู้จัก (เพราะนักเรียนเป็นคนในชุมชนนั้น) นักเรียนจะต้องเขียนรายงานดังกล่าวข้างต้นเช่นเดียวกัน

การฝึกแบบนี้จะทำให้นักเรียนได้สัมผัสกับสิ่งที่เป็นจริง (มากกว่าสิ่งที่อยู่ในตำรา) ตั้งแต่แรก ได้สัมผัสกับความเป็นอยู่ของชีวิตและสังคม โดยนักเรียนจะต้องสืบเสาะและค้นคว้าหาความรู้เอง ฝึกใช้ความคิดเอง วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลและความคิดของตนออกมาเป็นรายงานเอง โดยอาจารย์เป็นเพียงผู้ช่วยแนะนำหัวข้อการเรียนและวิธีค้นคว้าให้เท่านั้น

เมื่อนักเรียนหลายๆ คนทำรายงานของตนพร้อมแล้ว ก็จะนำเสนอให้เพื่อนๆ และอาจารย์วิพากษ์วิจารณ์ เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ได้ความคิดที่หลากหลาย ไม่น่าเบื่อ และไม่ใช่ความคิดของอาจารย์แต่ฝ่ายเดียว

การฝึกแบบนี้จะทำให้นักเรียนรู้จักวิธีเรียนที่ถูกต้อง คือ รู้จักคิด รู้จักค้นคว้า รู้จักใฝ่รู้ และรู้จักวิพากษ์วิจารณ์ด้วยเหตุด้วยผลตั้งแต่แรก มากกว่า รู้จักแต่ท่องจำไว้เพื่อสอบ ดังที่เป็นอยู่

อันที่จริง การเรียนการสอนในระดับต่างๆ ตั้งแต่ประถมศึกษาเป็นต้นมา ควรจะปฏิรูปในทำนองเดียวกัน

เมื่อนักเรียนคุ้นกับการพูดคุยและสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติได้แล้ว จึงจะได้เรียนรู้สิ่งอื่น เช่น การเช็ดตัว การให้อาหาร การพยาบาลผู้ป่วย ในระดับที่ละเอียดลึกซึ้งขึ้นกว่าที่เคยทำในขณะลองปฏิบัติงานก่อนเข้ามาเรียนแพทย์ - พยาบาล

แล้วจะได้เรียนวิธีวัดอุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ และความดันเลือด วิธีทำแผล วิธีปฐมพยาบาล และอื่นๆ ที่เป็นความรู้พื้นฐานสำหรับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ข้างต้น นักเรียนจะได้รับมอบหมายให้ไปศึกษามาคนละเรื่อง เช่น

๑. เรื่องอุณหภูมิร่างกาย ว่าเกิดจากอะไร เปลี่ยนแปลงอย่างไร วัดได้กี่แบบ สูงต่ำอย่างไรจึงผิดปกติ ผิดปกติจากอะไรได้บ้าง เป็นต้น

๒. เรื่องชีพจร ว่าเกิดจากอะไร เปลี่ยนแปลงอย่างไร วัดได้ที่ใดบ้าง สูงต่ำแค่ไหนจึงผิดปกติ ผิดปกติจากอะไรบ้าง เป็นต้น

นักเรียนแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่มจะนำเสนอเรื่องที่ตนทำมาให้เพื่อนๆ และอาจารย์วิพากษ์วิจารณ์ และเรียนรู้ร่วมกัน

เมื่อเรียนรู้เพิ่มขึ้นๆ จนสามารถซักประวัติและตรวจร่างกายได้ถูกต้องแล้ว นักเรียนก็จะเรียนรู้วิธีแยกแยะปัญหาว่าปัญหาใดเป็นปัญหาหลัก และปัญหาใดเป็นปัญหารองๆลงไป

ต่อไปจึงเรียนรู้สาเหตุของปัญหา เช่น โรค สมดุลของร่างกายและจิตใจ ความเครียด ความขัดแย้งในตนเอง ครอบครัว และ/หรือเพื่อนร่วมงาน/ร่วมสังคม ความเปลี่ยนแปลงของธรรมชาติ เป็นต้น

ต่อไปจึงเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาและสาเหตุ ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วย แนะนำวิธีปฏิบัติตน ให้ยา ผ่าตัด และอื่นๆ รวมทั้งวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น สมุนไพร การนวด เป็นต้น

เมื่อได้เรียนรู้ปัญหาและโรคที่พบบ่อยในชุมชนและท้องถิ่นและแก้ไขได้จนจัดเจนแล้ว จึงจะไปศึกษาอบรมต่อไปในโรงพยาบาลใหญ่ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อเรียนรู้โรคที่พบน้อย ลึกลับหรือซับซ้อน ผู้ที่สนใจก็สามารถเพิ่มพูนความรู้ที่ลึกซึ้ง เช่น จักรวาล วิทยาศาสตร์ระดับลึก โมเลกุล ปรมาณู ยีโนม (แผนภูมิพันธุกรรม) เป็นต้น ในสถาบันการศึกษาชั้นสูงต่อไป

เพื่อให้ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการผลิตและสนับสนุนผลผลิต ชุมชนและท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมในการคัดเลือกและเป็นผู้ให้ทุนสนับสนุนการเรียนตั้งแต่แรก เมื่อนักเรียนได้เรียนรู้จนถึงระดับที่เป็นผู้ช่วยแพทย์ - พยาบาลได้แล้ว ก็จะได้รับเงินตอบแทนแรงงานของตนด้วย *(นั่นคือ เรียนไปทำงานไปและได้เงินตอบแทนด้วย)* ทำให้เกิดความผูกพันระหว่างนักเรียนกับชุมชนและท้องถิ่นเพิ่มขึ้น

บันไดวิชาชีพ

เนื่องจากวิชาชีพแพทย์ - พยาบาล ถือได้ว่าเป็นวิชาชีพเดียวกัน คือ วิชาชีพที่ช่วยให้ประชาชนพ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ นั่นคือ ช่วยให้ไม่เจ็บป่วย และถ้าเจ็บป่วยก็ช่วยให้หายหรือดีขึ้นโดยเร็วที่สุด การเรียนการสอนในระบบนี้จึงไม่ได้แยกนักเรียนแพทย์และนักเรียนพยาบาลออกจากกัน จนในช่วงหลังๆ ถ้านักเรียนคนใดชอบหรือถนัดในวิชาชีพแพทย์ ก็มุ่งไปทางแพทย์ คนใดชอบหรือถนัดวิชาชีพพยาบาล ก็มุ่งไปทางพยาบาล หรืออาจจะจัดเป็นแบบ "*บันไดวิชาชีพ*" (career ladder) ก็ได้ เช่น

จบมัธยมศึกษา —ผ่านการคัดเลือก→ นักศึกษา —๑ ปี→ ผู้ช่วยพยาบาล —๒ ปี→

พยาบาลประกาศนียบัตร —๑ ปี→ พยาบาลวิชาชีพ —๑ ปี→ พยาบาลเวชปฏิบัติ —๑ ปี→ แพทย์ เป็นต้น

จำนวนปีที่ให้ไว้ เป็นเพียงการเทียบเคียงกับหลักสูตรปัจจุบันเท่านั้น เพราะในระบบใหม่ จะใช้ความรู้ความสามารถและคุณธรรมในการตัดสินการสำเร็จการศึกษาในแต่ละขั้น ไม่ใช้เวลาเป็นตัวตัดสิน จึงอาจจะใช้เวลานานกว่าหลักสูตรปัจจุบัน เพราะเรียนไปทำงานไป ได้เงินตอบแทนการทำงานของตนตามลักษณะงานและผลงานของตน นักศึกษาและชุมชนจึงไม่เสียเวลาและทรัพยากรไปโดยเปล่าประโยชน์ ในกรณีที่นักศึกษาไม่สามารถพัฒนาตนเองขึ้นไปเรื่อยๆ ตามบันไดวิชาชีพได้ *(นั่นคือ จบขั้นไหนก็ทำงานได้ขั้นนั้น)*

ความเป็นไปได้

การเรียนการสอนในระบบใหม่นี้จะเริ่มได้ทันทีในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่ง ที่แพทย์ - พยาบาล และประชาชนในท้องถิ่นต้องการเช่นนั้น เพราะทรัพยากรต่างๆ มีพร้อมอยู่แล้ว ไม่ต้องสร้าง *"หอคอยงาช้าง"* ใดๆ ขอให้กระทรวงสาธารณสุขรับทราบความต้องการของประชาชน และอนุมัติให้โรงพยาบาลในสังกัดที่พร้อมจะดำเนินการตามความต้องการของชุมชนดำเนินการได้ โดยรับนักเรียนเพียง ๑ - ๒ คนต่อโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่งต่อปี หรือต่อช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับชุมชนและท้องถิ่นนั้นที่จะหาทุนสนับสนุนนักเรียนของตนได้ เพราะพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๖ มาตรา ๒๖ ได้มีข้อยกเว้นให้แล้ว

ถ้าทบวงมหาวิทยาลัยและแพทยสภาจะคัดค้าน ก็ขอให้สำเหนียกว่า ครั้งก่อนที่ทบวงมหาวิทยาลัยอนุมัติให้มหาวิทยาลัยเอกชนผลิตแพทย์ โดยไม่ฟังเสียงคัดค้านของกระทรวงสาธารณสุขและแพทยสภา ทำไมทำได้!

และทำไมแพทยสภาจึงยอมให้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมแก่บัณฑิตจากมหาวิทยาลัยเอกชนนั้น ทั้งที่ไม่ยอมรับหลักสูตรตั้งแต่ต้น!

(อย่าลูบหน้าปะจมูก หรือมือถือสากปากถือศีล เหมือนนักการเมืองเลวๆ กันอีกเลย บ้านเมืองวิกฤตก็เพราะนักการเมืองและข้าราชการเลวๆ เป็นสำคัญ!)

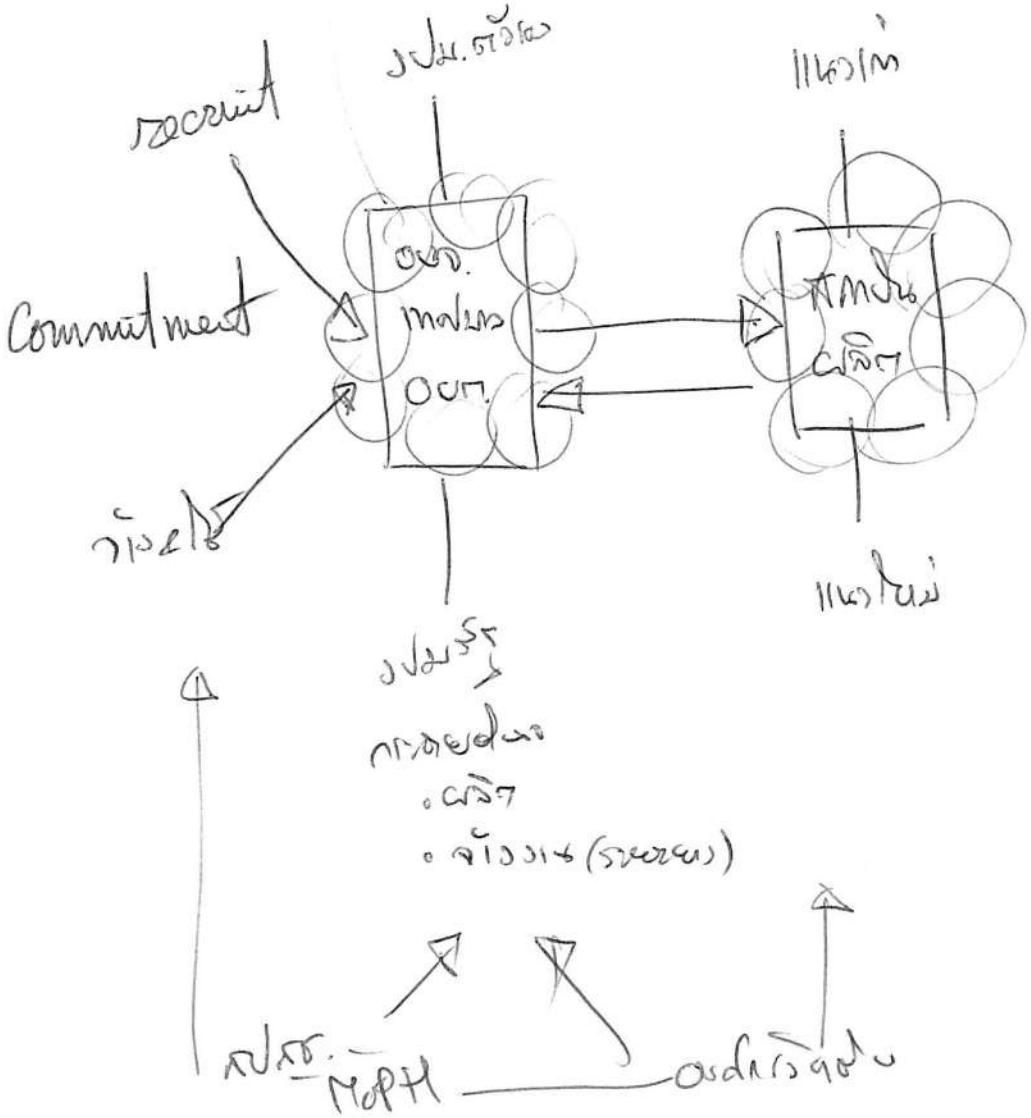
มาตรฐาน

ถ้ามีผู้สงสัยในความรู้ความสามารถของ **"แพทย์ - พยาบาลพันธุ์ใหม่"** ก็ให้มีการสอบเพื่อรับ *"ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม"* และ *"ใบประกอบวิชาชีพพยาบาล"* ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ ไม่ว่าบัณฑิตนั้นจะจบจากสถานศึกษาใดก็ตาม โดยใช้ความพึงพอใจของผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลเป็นเกณฑ์สำคัญในการตัดสิน ไม่ใช่ตัดสินกันโดยการสอบความรู้ทางทฤษฎีเท่านั้น *(จนแพทย์จบใหม่ในปัจจุบันจำนวนมากยังตรวจรักษาผู้ป่วยอย่างไม่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลเท่าที่ควร และเกิดความผิดพลาดเป็นประจำ!)*

สรุป

กระบวนการคัดเลือกและการผลิตแพทย์ในระยะหลายสิบปีที่ผ่านมา ทำให้แพทย์ต้องกระจุกตัวอยู่ในกรุงในเมือง และไม่สามารถดำรงชีวิตในชนบทได้อย่างมีความสุข เพราะนักเรียนส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดเกิดและเจริญเติบโตมาในกรุงเทพฯและในเมือง จึงไม่คุ้นเคยกับชนบท ทำให้กลัวชนบท เช่นเดียวกับพ่อแม่ของนักเรียนเหล่านั้นที่ไม่อยากให้ลูกไปอยู่ในชนบท นอกจากนั้น กระบวนการผลิตแพทย์ยังทำให้นักเรียนห่างเหินจากผู้ป่วยและชุมชน จึงขาดความรัก ความเมตตา และความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยในชนบทที่ยากไร้และพูดกันคนละภาษาด้วย

ข้อเสนอกระบวนการผลิต "**หมอของฉันและของเรา**" ดังได้กล่าวไว้ข้างต้นจะช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทได้อย่างจริงจังและรวดเร็ว และทำให้เกิด "**แพทย์ - พยาบาลพันธุ์ใหม่**" ที่เอื้ออาทรและผูกพันกับชุมชน ทำให้ "**การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ**" ไม่ใช่เป็นเพียง "**การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งเมืองใหญ่**" เท่านั้น แล้วยังเป็นการกระจายการผลิตแพทย์ - พยาบาล ออกไปสู่ชนบท โดยให้ประชาชนในชนบทมีส่วนร่วมอีกด้วย


Commitment

[24]

ปฏิรูปแนวคิดคนไทย
สุขภาพดีมีไข่โรงพยาบาล

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

สร้างเครือข่าย
ภูมิปัญญา
พัฒนาระบบ
สาธารณสุข

Creating
Partnership for
Knowledge-based
Health Systems

สภาที่ปรึกษาระบบสุขภาพแห่งชาติ
รับหนังสือ 125/46
วันที่ 24 มี.ค. 46
เวลา 10.00 น.

ที่ สวรส. 275/2546

18 มีนาคม 2546

เรื่อง ขอเชิญประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2546

เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2546 เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2546 คณะกรรมการได้นัดหมายให้มีการประชุมครั้งที่ 2/2546 **ในวันพฤหัสบดีที่ 17 เมษายน 2546 เริ่มเวลา 13.30 น. ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 2 อาคาร 1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข**

ในการนี้ เลขานุการจึงเรียนมาเพื่อขอเชิญประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 2/2546 ในวันที่ 17 เมษายน 2546 และจะได้จัดส่งรายงานการประชุมและเอกสารประกอบการประชุมมายังท่านต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ทราบ, อาจไม่ได้ไป
อำพล
25 มี.ค. 46

ผู้ประสานงาน:
โทร 0-25901851-2 หรือ 01-8513662
โทรสาร 0-25901850

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ (02) 951-1286-93 โทรสาร: (02) 951-1295
c/o Bldg. of Mental Health Department, Tiwanon Rd., Nonthaburi 11000, Thailand. Tel: (66-2) 951-1286-93 Fax: (66-2) 951-1295
E-Mail Address: hsri@hsrint.hsri.or.th http://www.hsri.or.th

[25]

iHPP Thailand สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
International Health Policy Program, Thailand

ที่ สวรส. / IHPP/ 95 / 2546

สำนัก... รับที่ 121/46 วันที่ 18 มี.ค. 46 เวลา 10.00 น.

17 มีนาคม 2546

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมเพื่อให้ความคิดเห็นต่อร่างการศึกษาวิจัย

เรียน นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. กำหนดการประชุม จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบตอบรับการเข้าร่วมประชุม จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ดำเนินการศึกษาการคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ สาขาแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ ซึ่งการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเสร็จสิ้นแล้ว ในการนี้ เพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อผลการศึกษาและเพื่อปรับแก้ร่างผลการศึกษาให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นก่อนดำเนินการเผยแพร่สู่สาธารณะ ทางคณะผู้วิจัยจึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมให้ข้อเสนอแนะต่อผลการศึกษาและระดมความคิดเห็น **ในวันอังคารที่ 25 มีนาคม 2546 ณ อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ห้องประชุม 3 อาคาร 1 ชั้น 2 ตั้งแต่เวลา 9.00 - 15.00 น.** โดยผู้จัดจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้กับผู้เข้าร่วมประชุม

จึงเรียนเชิญมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมในวันและเวลาดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

(นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร)
ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

① ทราบ, ขอ
② ให้จัดกาแฟด้วย เรียนเชิญ
อำพล
21 มี.ค 46

18 มี.ค 46

ติดต่อประสานงาน : น.ส ศุภวาณี สำเภานนท์ โทร 02-590-2366-7

กำหนดการประชุม

เพื่อนำเสนอผลงาน และให้ข้อคิดเห็นต่อร่างผลการศึกษาวิจัย

เรื่อง การคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล

วันอังคารที่ 25 มีนาคม 2546 เวลา 09.00-15.00 น.

ณ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ห้องประชุม 3 อาคาร 1 ชั้น 2

9.00 น.	เปิดการประชุม โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
9.05 – 9.20 น.	ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
9.20 – 10.30 น.	นำเสนอผลการศึกษาโดย นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย และคณะ
10.30 – 10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.45 – 11.30 น.	วิพากษ์ผลการศึกษา
11.30 – 12.30 น.	ผู้เข้าร่วมประชุมวิพากษ์และให้ความคิดเห็น
12.30 – 13.30 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.30 – 14.30 น.	ระดมความคิดเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา
14.30 – 15.00 น.	สรุปการประชุม
15.00 น.	ปิดการประชุม

GDP

H. service target

Human index

HDI — Happi- ness

H. team

[28]

ใบตอบรับการเข้าร่วมประชุม
เพื่อนำเสนอผลงาน และให้ความคิดเห็นต่อร่างผลการศึกษาวิจัย
เรื่องการคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล
วันที่ 25 มีนาคม 2546 เวลา 09.00-15.00 น. ณ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ห้องประชุม 3 อาคาร 1 ชั้น 2 กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ นพ. อำพล นามสกุล จินดาวัฒนะ

Name Amphon Jindawatthana

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ

Position Director

หน่วยงาน สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

Organization National Health System Reform office

โทร. (02) 590-2314 โทรสาร (02) 590-2311 e-mail: amphon@hsro.or.th

- [x] สามารถเข้าร่วมประชุมได้
- [ ] ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้
- [ ] ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม

กรุณาส่งใบตอบรับนี้กลับมายัง คุณศุภวาณี สำเภานนท์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ที่เบอร์โทรสาร 0-2590-2385 โทรศัพท์ 0-2590-2366-7 หรือ e-mail: suphawanees@hotmail.com

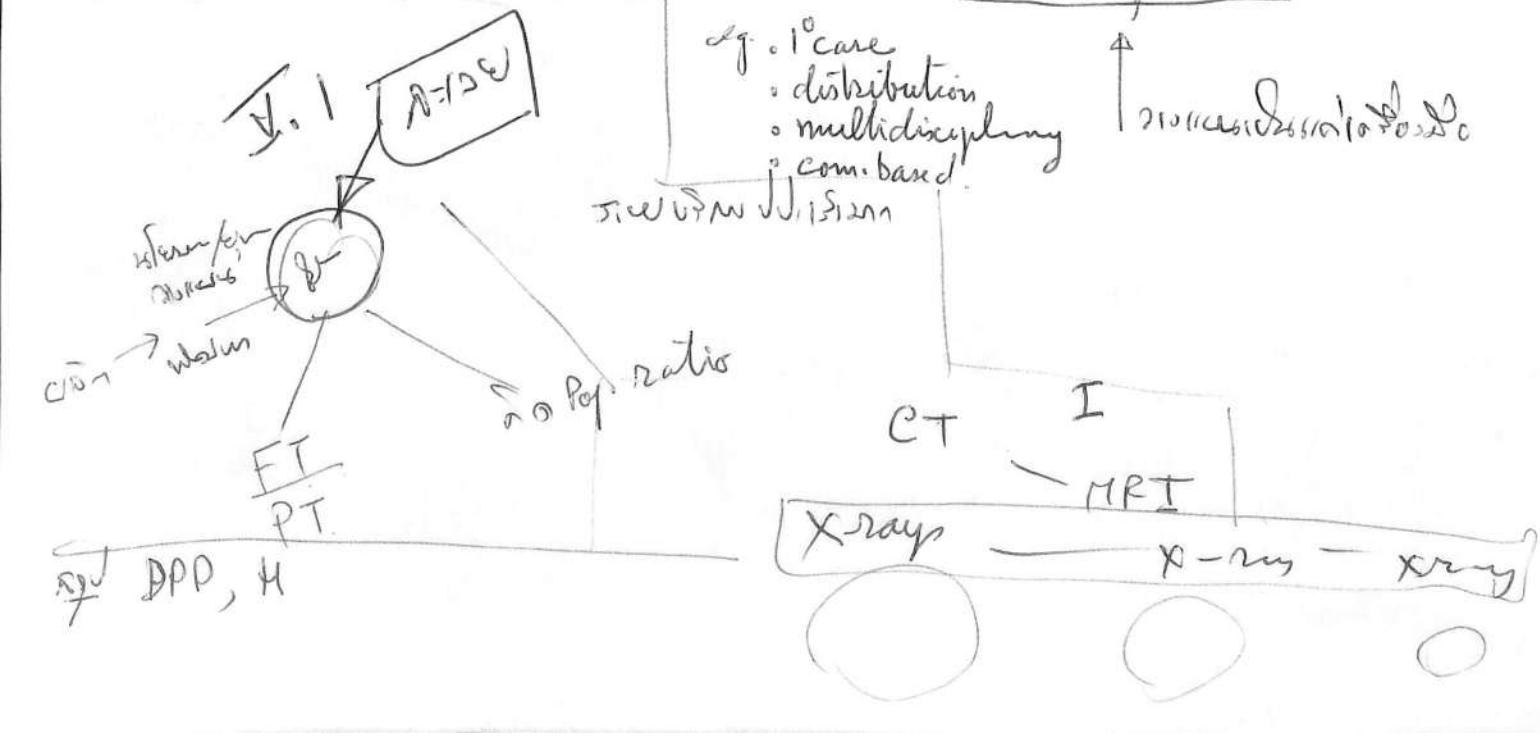
H.S ⇔ HCS. II

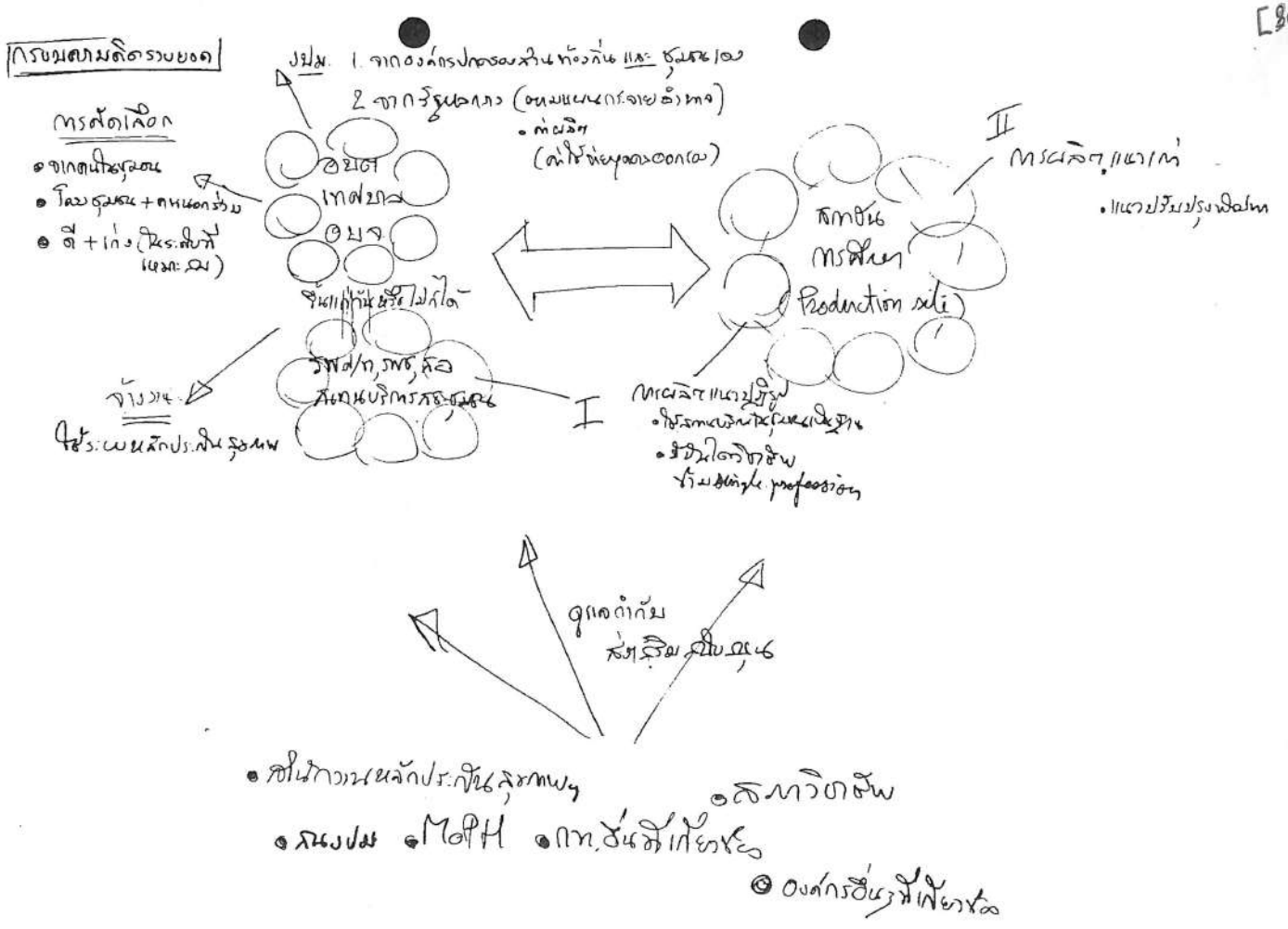
- Pop. ratio + Service target
- sick-health approach
III illness approach VS. Health need
- ~~rush~~ H. service facility based

GDP – H. status
- indese
– H service index

H.S. reform
H care reform

Pop. ratio → ...




กรอบแนวคิดการวิจัย
การคัดเลือก
II
I

สรุปย่อ การดำเนินงานโครงการ เภสัชสู่ชนบท คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปี พ.ศ. 2524

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เริ่มดำเนินการ โครงการ จุฬา-ชนบท หรือชื่อเป็นทางการก็คือ โครงการรับนักเรียนยากจนจากชนบทโดยให้ทุนการศึกษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์

1) เพื่อเป็นการกระจายโอกาส ให้เยาวชนจากครอบครัวยากจนในชนบทได้มีโอกาสศึกษาต่อที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2) กระตุ้นให้โรงเรียนในชนบทตื่นตัวและมีกำลังใจในการจัดการเรียนการสอน
3) เป็นการกระจายผู้มีความรู้ความสามารถในระดับอุดมศึกษาไปยังท้องถิ่นชนบท

ปี พ.ศ. 2525

- เริ่มรับนักศึกษารุนที่ 1 เข้าศึกษาในคณะเภสัชฯ จำนวน 9 คน
- ดำเนินการติดต่อประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับเงื่อนไขการบรรจุแต่งตั้ง และการใช้ทุน

ปี พ.ศ. 2532

- นิสิต-นักศึกษารุ่นแรกของคณะเภสัชออกไปปฏิบัติงานเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2532 โดยนิสิต-นักศึกษารุ่นที่ 1 และ 2 มีเงื่อนไขการใช้ทุน 2 ปี ต่อมาได้ปรับเงื่อนไขการใช้ทุนสำหรับนิสิต-นักศึกษารุ่น ที่3 เป็นต้นมาให้ใช้ทุน เพิ่มเป็น 4
- จนถึงปี 2531 เป็นปีที่ผลิตนักศึกษารุ่นที่ 7 ซึ่งจากข้อมูล พบว่า ในแต่ละรุ่น จะมีนักศึกษาเข้าร่วมโครงการจำนวน 7-8 คนโดยเฉลี่ย โดยนักศึกษาส่วนมากมาจากพื้นที่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือบางส่วน และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว นักศึกษากลับไปปฏิบัติงานอยู่บริเวณภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคอิสาน ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ 4-5 คน โดยเฉลี่ย

ปี พ.ศ. 2529

คณะเภสัช ยกเลิกการรับนักศึกษาระบบนี้ เพราะ คณะรัฐมนตรีมีมติให้นักศึกษาเภสัช ต้องทำสัญญาชดใช้ทุนในชนบทเป็นเวลา 2 ปี ทุกสถาบัน และให้ความสนใจกับเรื่องการกระจายเภสัชกร เป็นหลัก

หมายเหตุ โครงการจุฬาชนบท มีขอบเขตการรับนักศึกษาเข้าเรียนที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในหลายภาควิชา ซึ่งตัวอย่างของภาควิชาเภสัชก็เป็นส่วนหนึ่งที่มีข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

รายงานโครงการเภสัชสู่ชนบท คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กุมภาพันธ์ 2524- กันยายน 2531

① หน่วยความจำหลัก

- หน่วยความจำ
  - ROM
  - RAM
    - SRAM / Cache memory

เช่น — ตัวย

- ROM.
- RAM.

การผลิตแพทย์-พยาบาลแนวใหม่

สันต์ หัตถีรัตน์

หลักการและเหตุผล

การผลิตบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ในระยะหลายสิบปีที่ผ่านมา ก่อให้เกิดปัญหา เช่น

1. การขาดแคลนแพทย์และพยาบาลในชนบทอย่างมาก อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯ 1 : 762 ในเขตเทศบาลนอกกรุงเทพฯ 1 : 1,496 และนอกเขตเทศบาล 1 : 17,100
2. บุคลากรที่ผลิตได้มีคุณภาพไม่เหมาะสมหรือด้อยคุณภาพเป็นส่วนใหญ่ เช่น

2.1 ไม่เข้าใจความเป็น "คน" "ชุมชน" และ "สังคม"

2.2 มุ่งรักษาแต่ "โรค" โดยลืมคิดถึงความเป็นคนและครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งชุมชนของผู้ป่วยด้วย

2.3 ขาดทักษะในการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ แม้แต่สำหรับตนเอง (อายุขัยโดยเฉลี่ยของแพทย์ไทยน้อยกว่าคนไทยโดยทั่วไป 5 – 10 ปี)

2.4 ขาดทักษะในการซักประวัติและตรวจร่างกาย มุ่งใช้แต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แล็บ) ในการวินิจฉัยโรคและติดตามโรค ทำให้สิ้นเปลือง ไม่ตรงประเด็นการเจ็บป่วย และผิดพลาดง่าย

2.5 ขาดความเป็น "นักวิทยาศาสตร์" เพราะ "เชื่อง่าย" และ "ไม่พิสูจน์" จึงตกเป็น "ทาส" ของบริษัทยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ

2.6 ไม่เข้าใจ "เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข" โดยเฉพาะ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการตรวจรักษาโรค จึงไม่มีการประเมินผลและการวิจัยเพื่อลบล้างความคิดเดิมและพัฒนาแนวทางใหม่

2.7 ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ตนปฏิบัติงาน และไม่รู้สึกผูกพันกับชุมชนนั้น จึงทำตนแปลกแยกจากชุมชน

2.8 ไม่คุ้นเคยกับชนบท และไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในชนบท จึงต้องย้ายเข้าเมืองเข้ากรุงหลังใช้ทุนแล้ว

การผลิตบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลในแนวใหม่ จึงมีความจำเป็น เพื่อกำจัดหรือลดจุดอ่อนของการผลิตในระยะหลายสิบปีที่ผ่านมาลง โดยในระยะแรกอาจทำเป็น "โครงการนำร่อง" หรือ "โครงการวิจัย" ในชุมชน และท้องถิ่น (อำเภอและจังหวัด) ที่พร้อมก่อน

หลักสูตรการผลิตแนวใหม่ มีหลักการที่ต่างจากปัจจุบัน ดังนี้

1. บุคลากรที่จะเข้าเรียนได้ ต้องเป็นคนในชุมชน / ท้องถิ่นนั้น
2. ประชาชนในชุมชน / ท้องถิ่นนั้น จะมีส่วนร่วมในการคัดเลือก สั่งสอนอบรม ประเมินผล และให้การสนับสนุนทุนเล่าเรียนแก่นักเรียน / นักศึกษาเหล่านั้น
3. การศึกษาเล่าเรียนส่วนใหญ่จะอยู่ในชุมชน / ท้องถิ่นนั้น
4. การศึกษาเล่าเรียน จะเป็นการศึกษาเล่าเรียนด้วยการปฏิบัติจริง การเรียนเอง การค้นคว้าเอง และการนำสิ่งที่ตนเรียนและค้นคว้าได้มาประชุม วิพากษ์วิจารณ์ วิเคราะห์ และเรียนรู้ร่วมกันมากกว่าการเรียนแบบฟังครูข้างเดียว และเรียนทฤษฎีมากกว่าปฏิบัติจริง

5. การศึกษาเล่าเรียนจะอยู่ในรูปแบบ *"ปฏิบัติไปเรียนไป"* (on the job training) และสามารถก้าวหน้าในวิชาชีพไปเรื่อยๆ (มี *"บันไดวิชาชีพ"* หรือ career ladder) ในรูปแบบ *"ทำงานไปเรียนไป"* นั่นคือ ได้รับค่าตอบแทน (เงินเดือน)จากการปฏิบัติงาน และสามารถพัฒนาตนเองขึ้นไปตาม *"บันไดวิชาชีพ"* ถ้ามีความรู้ความสามารถเพียงพอ และชุมชนให้การสนับสนุน

6. การศึกษาเล่าเรียนจะเน้น *"ความเป็นคน"* *"ความเป็นครอบครัว"* และ *"ความเป็นชุมชน"* ในการที่จะป้องกันรักษาโรคและสร้างเสริมสุขภาพ มากกว่า *"การแยกส่วนคนเป็นอวัยวะ"* *"การละเลยครอบครัวและชุมชน"* แม้แต่ของตนเอง และ *"การจำกัดตนเองไว้ในห้องเรียนและสถานพยาบาล"* เป็นต้น

7. การประเมินผลการศึกษาเล่าเรียน จะใช้การประเมินผลการปฏิบัติงานมากกว่าการสอบข้อเขียน และจะประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เมื่อใดสามารถปฏิบัติงานและมีความรู้ครบถ้วนตามมาตรฐานการศึกษาในขั้นใด ก็ให้จบการศึกษาในขั้นนั้นได้ทันที โดยไม่ต้องรอให้ครบ 1 ปี 2 ปี 3 ปี 4 ปี หรือ 6 ปี ดังหลักสูตรในปัจจุบันที่ใช้เวลาเป็นตัวกำหนด

8. มาตรฐานทางวิชาชีพ จะเป็นไปตามมาตรฐานของสถาบันวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทย์ที่จบหลักสูตรแนวใหม่ จะต้องสอบเพื่อขอรับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เช่นเดียวกับแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์อื่นๆ

แต่มาตรฐานที่สำคัญที่สุด คือ การที่ประชาชนในชุมชน / ท้องถิ่นให้การยอมรับ การสนับสนุน และการร่วมมือ ทำให้ "สุขภาพ" หรือสุขภาวะของประชาชนในชุมชน / ท้องถิ่นนั้นดีขึ้น

การคัดเลือก

ประชาชนในชุมชน / ท้องถิ่นที่พร้อมจะสนับสนุนการผลิตบุคลากรสาธารณสุขแนวใหม่ จะร่วมกันคัดเลือกนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่สนใจวิชาชีพด้านสาธารณสุข ให้มาลองปฏิบัติงานต้อนรับผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ ที่แพทย์และพยาบาลมอบหมายในระหว่างปิดภาคเรียน อาจมีการหมุนเวียนผู้สนใจเหล่านั้นไปตามสถานีอนามัยและโรงพยาบาลในชุมชน / ท้องถิ่นนั้น เพื่อให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่จำนวนมากได้ช่วยกันคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสม

หลังการปฏิบัติงานในสถานีอนามัยและโรงพยาบาลในชุมชน / ท้องถิ่นของตนระหว่างปิดภาคเรียน 2 – 3 ปี จนถึงการปิดภาคเรียนครั้งสุดท้าย เมื่อเรียนจบมัธยมศึกษาตอนปลายแล้ว แพทย์และพยาบาลจะได้รวบรวมคะแนนการปฏิบัติงาน ซึ่งรวมถึงมนุษยสัมพันธ์ กิริยามารยาท ความรับผิดชอบ เจตคติ และอื่นๆ เพื่อใช้ในการคัดเลือกบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่สุด เข้าสู่วิชาชีพสาธารณสุข โดยใช้คะแนนการเล่าเรียนในชั้นเรียนปกติมาร่วมพิจารณาด้วย

จำนวนผู้ได้รับการคัดเลือกในแต่ละปี จะเป็นจำนวนที่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ในชุมชน / ท้องถิ่นนั้น คิดว่าเป็นจำนวนที่ตนสามารถควบคุมดูแลและสั่นสอนอบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

การเรียนการสอน

ในวันปฐมนิเทศ ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง และหมอพื้นบ้านจะได้เข้าร่วมกับแพทย์และพยาบาลในการปฐมนิเทศนักศึกษาใหม่ เพื่อให้ชุมชน / ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการผลิตบุคลากรสาธารณสุขแนวใหม่ตลอดหลักสูตร

ในช่วงแรกของการศึกษา นักศึกษาจะได้ฝึกปฏิบัติงานต้อนรับผู้ป่วย ช่วยพาผู้ป่วยไปตรวจรักษาในห้อง / หน่วยต่างๆ ช่วยป้อนอาหาร เช็ดอุจจาระปัสสาวะ ทำความสะอาดเตียงและห้องผู้ป่วย เก็บและทิ้งขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง และอื่นๆ ตามที่แพทย์ – พยาบาลและผู้ดูแลมอบหมาย แล้วเขียนรายงานถึงสิ่งที่ตนได้ปฏิบัติ พร้อมทั้งอุปสรรค ปัญหา วิธีแก้ไข และความคิดเห็นอื่น เพื่อนำมาวิพากษ์วิจารณ์ และศึกษาร่วมกันในช่วงที่ว่างจากการปฏิบัติงาน

เมื่อนักศึกษาสามารถปฏิบัติงานในช่วงแรกได้เป็นอย่างดีแล้ว จะได้เรียนรู้วิธีตรวจสิ่งแสดงชีพ (ชีพจร อุณหภูมิ การหายใจ ความดันเลือด) การปฐมพยาบาลอย่างง่ายๆ การทำแผลง่ายๆ การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่ยุ่งยากและสามารถทำได้ แล้วเขียนรายงานถึงสิ่งที่ตนได้ปฏิบัติ รวมทั้งค้นคว้าจากตำราและอื่นๆ ถึงกลไกของการเกิดสิ่งแสดงชีพ ความปกติและผิดปกติ ทำไมจึงทำการปฐมพยาบาลแบบต่างๆ อุปสรรค ปัญหา วิธีแก้ไข และความคิดเห็นอื่น เพื่อนำมาเรียนรู้ร่วมกันในช่วงที่ว่างจากการปฏิบัติงาน

(ในการค้นคว้าเพื่อเขียนรายงานเกี่ยวกับสิ่งแสดงชีพ นักศึกษาจะได้เรียนรู้กายวิภาคและสรีรวิทยาของร่างกายในส่วนที่เกี่ยวกับสิ่งแสดงชีพ นั้น

ในการค้นคว้าเพื่อเขียนรายงานเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและการทำแผล นักศึกษาจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับพยาธิวิทยา เภสัชวิทยา และวิธีการตรวจรักษาเพิ่มขึ้นด้วย เป็นต้น)

เมื่อนักศึกษาสามารถปฏิบัติงานในช่วงที่สองได้เป็นอย่างดีแล้ว นักศึกษาจะได้เรียนรู้วิธีการทำแผลที่ยุ่งยากขึ้น การปฐมพยาบาลที่ซับซ้อนขึ้น การให้อาหารทางสายยาง การสวนอุจจาระปัสสาวะ การสร้างเสริมสุขภาพ และอื่นๆ ที่ "ผู้ช่วยพยาบาล" จะต้องทำได้

เมื่อนักศึกษาสามารถปฏิบัติงานในช่วงที่สามได้เป็นอย่างดีแล้ว นักศึกษาจะได้ติดตามแพทย์ / พยาบาลออกไปเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครอบครัวผู้ป่วย ปฏิบัติงานกู้ชีพฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ดูการตรวจรักษาแบบพื้นฐาน และอื่นๆ

เมื่อนักศึกษาสามารถปฏิบัติงานในช่วงที่สี่ได้เป็นอย่างดีแล้ว นักศึกษาจะได้รับ **"ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล"** และสามารถเข้าปฏิบัติงานได้ในสถานพยาบาลที่ต้องการ "ผู้ช่วยพยาบาล" ในชุมชน / ท้องถิ่นนั้น

"ผู้ช่วยพยาบาล" ที่มีความรู้ความสามารถ ความรับผิดชอบ เจตคติดี และสนใจจะเรียนต่อ โดยชุมชนสนับสนุน จะสามารถสมัครเรียนวิชาชีพสาธารณสุขที่ตนสนใจ เช่น พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักสาธารณสุข หรืออื่นๆ และเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว จะได้เรียนต่อในสถานที่ที่ใกล้บ้านของตน โดยใช้หลักสูตรแนวใหม่ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

ในด้านแพทย์ – พยาบาล "ผู้ช่วยพยาบาล" ที่ชุมชนสนับสนุน และได้รับการคัดเลือก จะได้ปฏิบัติงานในด้านการพยาบาล ตั้งแต่ระดับง่ายที่สุด ไปจนถึงระดับที่ยากสุดสำหรับ **"พยาบาลประกาศนียบัตร"** ด้วยวิธีการเรียนการสอนในลักษณะเดียวกับ "ผู้ช่วยพยาบาล" แต่มีความละเอียดลึกซึ้งเพิ่มขึ้น และเมื่อสามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐาน "พยาบาลประกาศนียบัตร" ได้เป็นอย่างดีแล้ว จะได้รับประกาศนียบัตรสำหรับการเป็น "พยาบาลประกาศนียบัตร"

"พยาบาลประกาศนียบัตร" ที่มีความรู้ความสามารถ ความรับผิดชอบ เจตคติ และสนใจจะเรียนต่อโดยชุมชนสนับสนุน อาจพัฒนาต่อไปเป็น พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลปริญญา) พยาบาลผดุงครรภ์ พยาบาลดมยา พยาบาลกายภาพบำบัด และอื่นๆ ตามที่ตนสนใจ และชุมชนสนับสนุน

"พยาบาล" ที่ต้องการเป็นแพทย์ จะเริ่มจาก "พยาบาลประกาศนียบัตร" หรือพยาบาลอื่นๆ ที่เรียนรู้เพิ่มเติม จนสามารถเป็น "พยาบาลวิชาชีพ" (พยาบาลปริญญา) แล้วพัฒนาต่อเป็น **"พยาบาลเวชปฏิบัติ"** ที่สามารถวินิจฉัยและตรวจรักษาโรคส่วนใหญ่ได้ แล้วจึงพัฒนาต่อไปเป็น **"แพทย์"** เมื่อสามารถปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของแพทยสภาได้เป็นอย่างดีแล้ว

การประเมินผลการสำเร็จการศึกษา

การประเมินผลการสำเร็จการศึกษา ใช้การประเมินผลภาคปฏิบัติเป็นสำคัญ การประเมินผลด้วยการสอบข้อเขียน หรือความรู้ทางทฤษฎี จะทำเป็นครั้งคราวเท่านั้น และจะเน้นหนักเฉพาะในช่วงที่ต้องไปสอบข้อเขียนหรือสอบความรู้ทางทฤษฎี เพื่อเอา "ปริญญา" หรือ "ใบประกอบโรคศิลปะ" ตามมาตรฐานของสถาบันที่เน้นการสอบทางทฤษฎีเท่านั้น

การประเมินผลที่แท้จริง

การประเมินผลที่แท้จริง คือ การประเมินผลระยะยาวว่า ผลผลิตในแนวใหม่ประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในชุมชน / ท้องถิ่นหรือไม่ ทำให้สุขภาพหรือสุขภาวะของประชาชนในชุมชน / ท้องถิ่นดีขึ้นหรือไม่ และเป็นที่ยอมรับของประชาชนในชุมชน / ท้องถิ่นหรือไม่

ความเป็นไปได้ของการผลิตแนวใหม่

การผลิตบุคลากรสาธารณสุขแนวใหม่ จะเริ่มได้ทันที เมื่อรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญของการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ – พยาบาลในชนบท และตั้งใจที่จะให้การปฏิรูประบบสุขภาพประสบความสำเร็จ

เมื่อรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายเช่นนี้แล้ว ควรรณรงค์ให้ความเข้าใจแก่สาธารณชนเกี่ยวกับการผลิตแนวใหม่ และขอทราบความสมัครใจของชุมชนต่างๆ ที่พร้อมจะร่วมมือและให้การสนับสนุน เพื่อเริ่มเป็น *"โครงการนำร่อง"* หรือ *"โครงการวิจัย"* ในจุดที่พร้อมก่อน และปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อนต่างๆ เพื่อให้ทำได้ในวงกว้างขึ้นๆ โดยใช้ชุมชน สถานพยาบาล และบุคลากรที่มีอยู่เดิม

งบประมาณที่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขใช้สนับสนุนการผลิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆเป็นรายหัวต่อปีนั้น จะลดลงอย่างมากสำหรับการผลิตแนวใหม่ เพราะได้รับการสนับสนุนจากชุมชน / ท้องถิ่น

นอกจากนั้น แรงงานและผลงานของนักศึกษา ยังก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและชุมชนในทันทีที่ตนเข้าศึกษา เพราะเป็นการ *"ปฏิบัติไปเรียนไป"* ไม่ใช่ *"เรียนไปเล่นไป"* ดังในปัจจุบัน

แรงต้าน

แรงต้านย่อมเกิดขึ้นเป็นธรรมดาจากผู้ที่ยังเคยชินกับการผลิตวิธีเดิม แต่ถ้ารัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขต้องการ *"คิดใหม่ – ทำใหม่"* ในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ – พยาบาลในชนบทอย่างจริงจังแล้ว วิธีการผลิตแพทย์ – พยาบาลแนวใหม่จะแก้ปัญหานี้ได้ และจะเป็นจุดเริ่มของการปฏิรูปการศึกษาอย่างแท้จริงและยั่งยืน เพราะประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการศึกษานี้โดยตลอด และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผลผลิตที่เกิดขึ้น สามารถอยู่ในชุมชนได้ด้วย

สรุป

การผลิตบุคลากรสาธารณแนวใหม่ เป็นการปฏิรูปวิธีคัดเลือก การเรียนการสอน และการประเมินผลทั้งหมด เพื่อให้ผลผลิตที่ได้มีความผูกพันกับ "คน" และ "ชุมชน" มีความรู้ความสามารถในเชิงปฏิบัติจริง รู้จักเรียนเอง ค้นคว้าเอง วิพากษ์วิจารณ์ และเรียนรู้ร่วมกัน เกิดความใฝ่รู้ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเป็นนักวิทยาศาสตร์และนักวิจัย ที่ไม่ลืมรากเหง้าแห่งความเป็นคน และความเป็นชุมชนไทย ตลอดจนการสร้าง "บันไดวิชาชีพ" ให้สามารถพัฒนาตนเองขึ้นไปเรื่อยๆ รวมทั้งการสร้างความผูกพันและการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่สภาวะ "ชุมชนเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้" ในอนาคต

Human Resources for Health Projection

Demand for Four Health Professions in the Next Two Decades

การประมาณความต้องการบุคลากรสุขภาพสี่สาขาหลัก สำหรับสองทศวรรษหน้า

International Health Policy Program

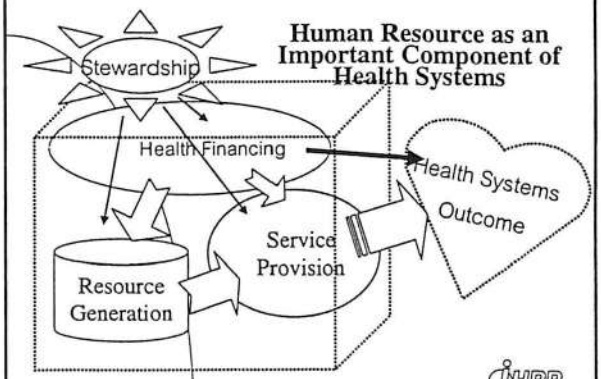
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
International Health Policy Program, Thailand

Presentation

- HR Hard Demand Projection
- Possible Projection Methods
- Study Methods
- Summary of Results
- Supply vs Demand
- Policy Implications

HR Hard Demand projection

Human Resource as an Important Component of Health Systems

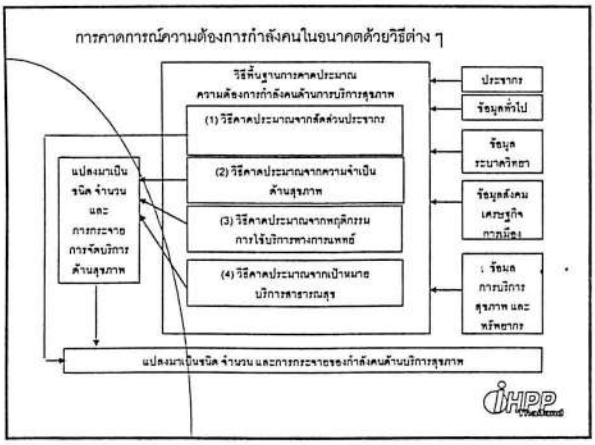


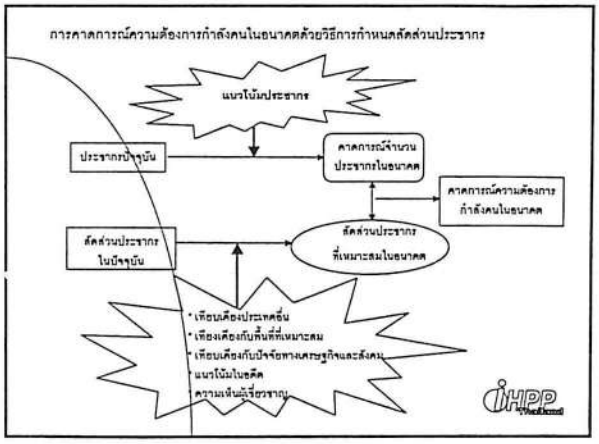
Health Workforce Demand / Requirement Projection

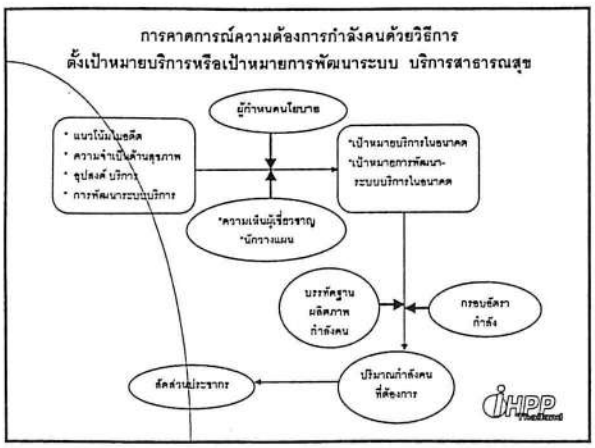
- Supply/Production takes long time
- Over/Under-supply can cause damages
- High complexity
- Difficulty (?)

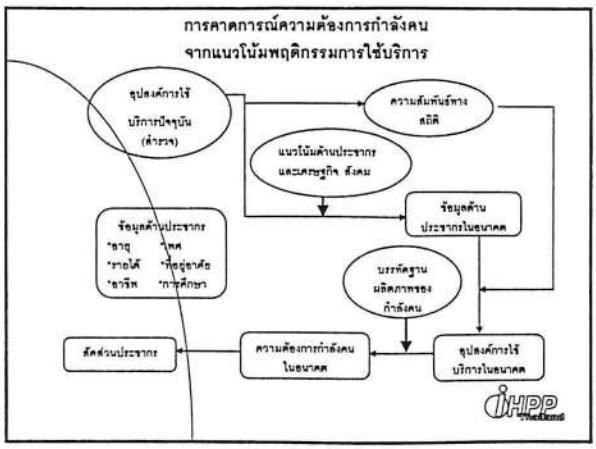
Projection Methods

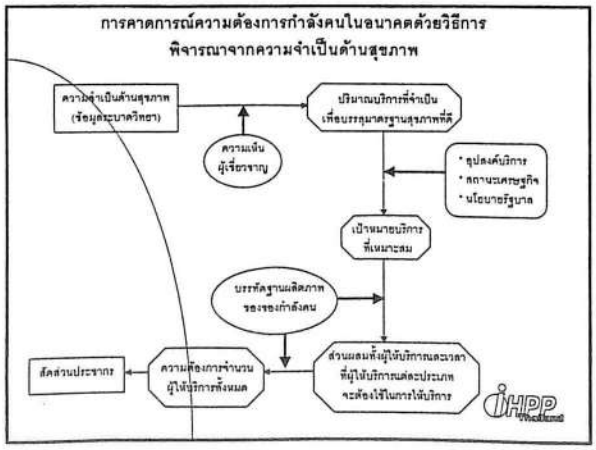
ดัดแปลงจาก ศุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และณิชากร ศิริกนกวิไล (2544) ใน ศิริประภา บุณยสาคัย, บรรณาธิการ. *เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขสำหรับผู้บริหารสาธารณสุข*. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2544

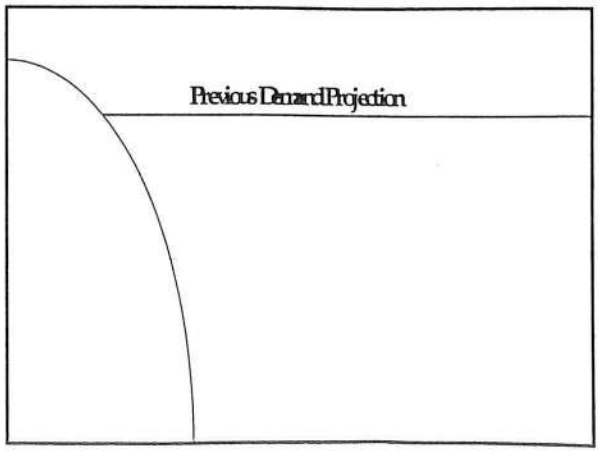

การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในอนาคตด้วยวิธีต่าง ๆ
วิธีพื้นฐานการคาดประมาณ
ความต้องการกำลังคนด้านการบริการสุขภาพ
(1) วิธีคาดประมาณจากสัดส่วนประชากร
(2) วิธีคาดประมาณจากความจำเป็น ด้านสุขภาพ
(3) วิธีคาดประมาณจากพฤติกรรม การใช้บริการทางการแพทย์
(4) วิธีคาดประมาณจากเป้าหมาย บริการสาธารณสุข
แปลงมาเป็น จนิต จำนวน และ การกระจาย การจัดบริการ ด้านสุขภาพ
ประชากร
ข้อมูลทั่วไป
ข้อมูล ระบาดวิทยา
ข้อมูลสังคม เศรษฐกิจ การเมือง
ข้อมล การบริการ สุขภาพ และ ทรัพยากร
แปลงมาเป็นจนิต จำนวน และการกระจายของกำลังคนด้านบริการสุขภาพ
iHPP Thailand


การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในอนาคตด้วยวิธีการกำหนดสัดส่วนประชากร
แนวโน้มประชากร
ประชากรปัจจุบัน
คาดการณ์จำนวน ประชากรในอนาคต
คาดการณ์ความต้องการ กำลังคนในอนาคต
สัดส่วนประชากร ในปัจจุบัน
สัดส่วนประชากร ที่เหมาะสมในอนาคต
* เทียบเคียงประเทศอื่น
* เทียบเคียงกับพื้นที่ที่เหมาะสม
* เทียบเคียงกับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม
* แนวโน้มในอดีต
* ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ
iHPP Thailand


การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้วยวิธีการ
ตั้งเป้าหมายบริการหรือเป้าหมายการพัฒนาระบบ บริการสาธารณสุข
ผู้กำหนดนโยบาย
* แนวโน้มในอดีต
* ความจำเป็นด้านสุขภาพ
* อุปสงค์ บริการ
* การพัฒนาระบบบริการ
*เป้าหมายบริการในอนาคต
*เป้าหมายการพัฒนา-ระบบบริการในอนาคต
*ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ
*นักวางแผน
บรรทัดฐาน ผลิตภาพ กำลังคน
กรอบอัตรา กำลัง
สัดส่วนประชากร
ปริมาณกำลังคน ที่ต้องการ
iHPP Thailand


การคาดการณ์ความต้องการกำลังคน
จากแนวโน้มพฤติกรรมการใช้บริการ
อุปสงค์การใช้ บริการปัจจุบัน (สำรวจ)
ความสัมพันธ์ทาง สถิติ
แนวโน้มด้านประชากร และเศรษฐกิจ สังคม
ข้อมูลด้าน ประชากรในอนาคต
ข้อมูลด้านประชากร
*อายุ *เพศ
*รายได้ *ที่อยู่อาศัย
*อาชีพ *การศึกษา
บรรทัดฐาน ผลิตภาพของ กำลังคน
สัดส่วนประชากร
ความต้องการกำลังคน ในอนาคต
อุปสงค์การใช้ บริการในอนาคต
iHPP Thailand


การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในอนาคตด้วยวิธีการ
พิจารณาจากความจำเป็นด้านสุขภาพ
ความจำเป็นด้านสุขภาพ (ข้อมูลระบาดวิทยา)
ความเห็น ผู้เชี่ยวชาญ
ปริมาณบริการที่จำเป็น เพื่อบรรลุมาตรฐานสุขภาพที่ดี
* อุปสงค์บริการ
* สถานะเศรษฐกิจ
* นโยบายรัฐบาล
เป้าหมายบริการ ที่เหมาะสม
บรรทัดฐานผลิตภาพ ของของกำลังคน
สัดส่วนประชากร
ความต้องการจำนวน ผู้ให้บริการทั้งหมด
สัดส่วนผสมทั้งผู้ให้บริการและเวลา ที่ผู้ให้บริการแต่ละประเภท จะต้องใช้ในการให้บริการ
iHPP Thailand


Previous Demand Projection

International Experience

- Klarman H. (1969)
- Schonfeld et al. (1972)
- Lave J. et al. (1975)
- Maynard A. (1977)
- Sorkin (1977)
- Reinhardt (1987)
- Lee et al. (1993)
- Hall T (1999)

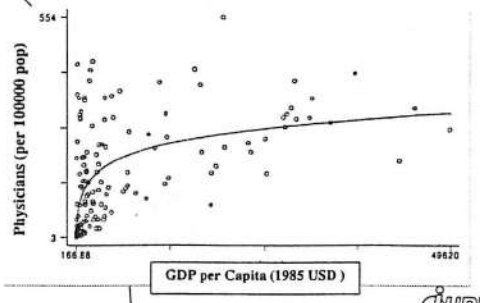
ดัดแปลงจาก มัทนา พนานิรามัย, สมชาย สุขสิริสวัสดิ์ (2539)

Study Methods

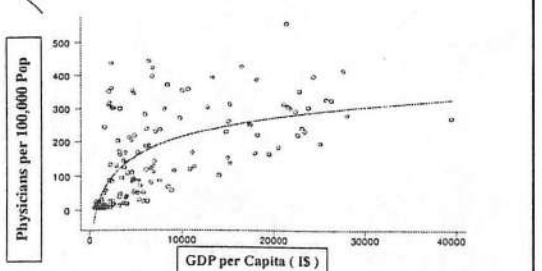
Population Ratio Method

- Project Appropriate HRH Population Ratio based on International Comparisons
  - GDP
  - GDP and Elderly Population
- GDP Projection
- Population and Elderly Population Projection

ความสัมพันธ์ระหว่าง GDP per Capita (เหรียญสหรัฐในมูลค่าปี ๒๕๓๘) และสัดส่วนแพทย์ (ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ในประเทศต่าง ๆ



ความสัมพันธ์ระหว่าง GDP per Capita (เหรียญเหรียญสากลในมูลค่าปีปัจจุบัน) และสัดส่วนแพทย์ (ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ในประเทศต่าง ๆ



เราสามารถกำหนดแบบจำลองสำหรับการประมาณการ สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร ได้ดังนี้

กรณี ๑ คำนวณด้วย GDP per Capita (1995 USD) และไม่คำนึงถึงสัดส่วนผู้สูงอายุ

$$PhysicianRatio_i = -246.77 + 51.79 \cdot LogGDP_i$$

กรณี ๒ คำนวณด้วย GDP per Capita (1995 USD) และปรับตามสัดส่วนผู้สูงอายุ

$$PhysicianRatio_i = -268.63 + 34.15 \cdot LogGDP_i + 55.58 \cdot Pr opElderly_i - 3.97 \cdot LogGDP_i \cdot Pr opElderly_i$$

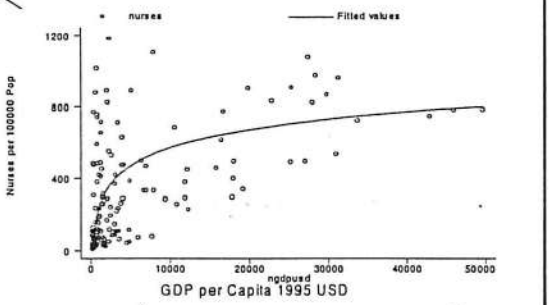
กรณี ๓ คำนวณด้วย GDP per Cap (Current Int Dollar) และไม่คำนึงถึงสัดส่วนผู้สูงอายุ

$$PhysicianR atio_i = -543.72 + 82.36 \cdot LogGDP_i$$

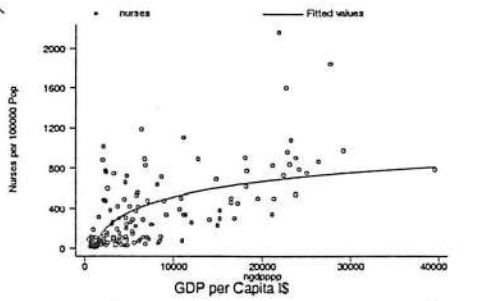
กรณี ๔ คำนวณด้วย GDP per Capita (Current Int. Dollar) และปรับตามสัดส่วนผู้สูงอายุ

$$PhysicianRatio_i = -448.89 + 52.45 \cdot LogGDP_i + 79.46 \cdot Pr opElderly_i - 6.39 \cdot LogGDP_i \cdot Pr opElderly_i$$

ความสัมพันธ์ระหว่าง GDP per Capita (เหรียญสหรัฐในมูลค่าปี ๒๕๑๘) และสัดส่วนพยาบาล (ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ในประเทศต่าง ๆ



ความสัมพันธ์ระหว่าง GDP per Capita (เหรียญเหรียญสากลในมูลค่าปีปัจจุบัน) และสัดส่วนพยาบาล (ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ในประเทศต่าง ๆ



เราสามารถกำหนดแบบจำลองสำหรับการประมาณการสัดส่วนพยาบาลต่อประชากร ได้ดังนี้

กรณี ๑ คำนวณด้วย GDP per Capita (1995 USD) และไม่คำนึงถึงสัดส่วนผู้สูงอายุ

$$NurseRatio_i = -764.48 + 144.85 \cdot LogGDP_i$$

กรณี ๒ คำนวณด้วย GDP per Capita (1995 USD) และปรับตามสัดส่วนผู้สูงอายุ

$$NurseRatio_i = -328.42 + 44.79 \cdot LogGDP_i + 41.25 \cdot Pr\,opElderly_i - 0.68 \cdot LogGDP_i \cdot Pr\,opElderly_i$$

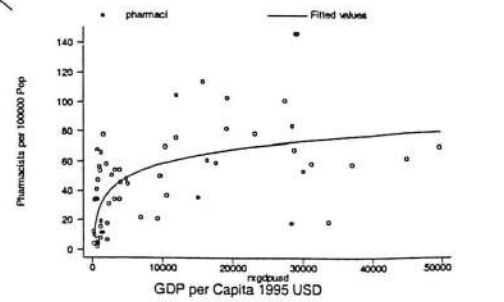
กรณี ๓ คำนวณด้วย GDP per Capita (Current Int. Dollar) และไม่คำนึงถึงสัดส่วนผู้สูงอายุ

$$NurseRatio_i = -1505.71 + 219.29 \cdot LogGDP_i$$

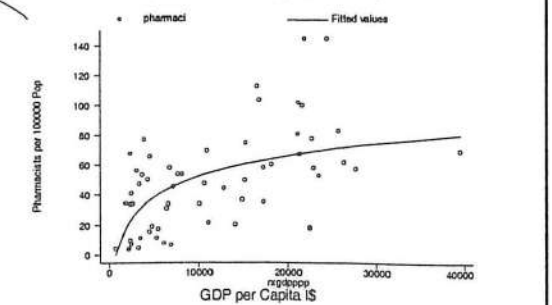
กรณี ๔ คำนวณด้วย GDP per Capita (Current Int. Dollar) และปรับตามสัดส่วนผู้สูงอายุ

$$NurseRatio_i = -378.18 + 47.86 \cdot LogGDP_i - 1.08 \cdot Pr\,opElderly_i + 5.71 \cdot LogGDP_i \cdot Pr\,opElderly_i$$

ความสัมพันธ์ระหว่าง GDP per Capita (เหรียญสหรัฐในมูลค่าปี ๒๕๑๘)และสัดส่วนเภสัชกร (ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ในประเทศต่าง ๆ



ความสัมพันธ์ระหว่าง GDP per Capita (เหรียญเหรียญสากลในมูลค่าปีปัจจุบัน) และสัดส่วนเภสัชกร (ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ในประเทศต่าง ๆ



สามารถกำหนดแบบจำลองสำหรับการประมาณการสัดส่วนเภสัชกรต่อประชากร ได้ดังนี้

กรณี ๑ คำนวณด้วย GDP per Capita (1995 USD) และไม่คำนึงถึงสัดส่วนผู้สูงอายุ

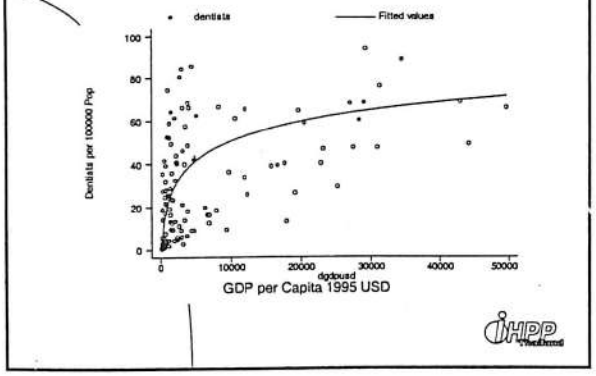
$$Pharmacist\ Ratio_i = -134.83 + 20.31 \cdot LogGDP_i$$

กรณี ๒ คำนวณด้วย GDP per Capita (1995 USD) และปรับตามสัดส่วนผู้สูงอายุ

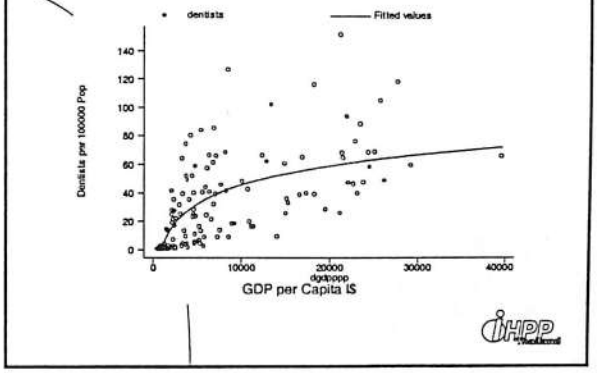
กรณี ๓ คำนวณด้วย GDP per Capita (Current Int. Dollar) และไม่คำนึงถึงสัดส่วนผู้สูงอายุ

กรณี ๔ คำนวณด้วย GDP per Capita (Current Int. Dollar) และปรับตามสัดส่วนผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่าง GDP per Capita (เหรียญสหรัฐในมูลค่าปี ๒๕๓๘) และสัดส่วนทันตแพทย์ (ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ในประเทศต่าง ๆ



ความสัมพันธ์ระหว่าง GDP per Capita (เหรียญเหรียญสากลในมูลค่าปีปัจจุบัน) และสัดส่วนทันตแพทย์ (ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ในประเทศต่าง ๆ



กำหนดแบบจำลองสำหรับการประมาณการสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร ได้ดังนี้

กรณี ๑ คำนวณด้วย GDP per Capita (1995 USD) และไม่คำนึงถึงสัดส่วนผู้สูงอายุ

$$DentistRat\ io_i = -246.77 + 51.79 \cdot LogGDP_i$$

กรณี ๒ คำนวณด้วย GDP per Capita (Current Int. Dollar) และปรับตามสัดส่วนผู้สูงอายุ

$$DentistRat_i = -26863 + 3415 \cdot LogGDP_i + 5558 \cdot Pr opElderly_i - 397 \cdot LogGDP_i \cdot Pr opElderly_i$$

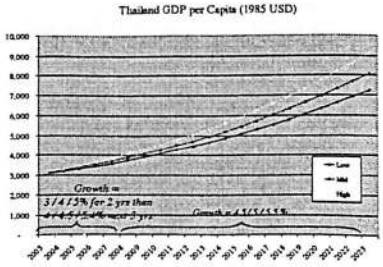
กรณี ๓ คำนวณด้วย GDP per Capita (1995 USD) และไม่คำนึงถึงสัดส่วนผู้สูงอายุ

$$DentistRat\ io_i = -543.72 + 82.36 \cdot LogGDP_i$$

กรณี ๔ คำนวณด้วย GDP per Capita (Current Int. Dollar) และปรับตามสัดส่วนผู้สูงอายุ

$$DentistRat = -4489 + 5215 \cdot LogGDP - 7916 \cdot PropElderly - 639 \cdot LogGDP\ PropElde_i$$

GDP Projection



Source: NESDB 2003

Population Projection

- การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2542-2559
- จาก สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ
- แยก เพศ และ กลุ่มอายุ (กลุ่มละ 5 ปี ตั้งแต่ 0 - 70 ปีขึ้นไป)
- ข้อมูลหลังปี 2559 ประมาณการโดยใช้อัตราเพิ่ม หรือ ลด ของแต่ละกลุ่มอายุตามอัตราเฉลี่ยย้อนหลัง 5 ปี

Service Target Method

- Current Health Service Patterns
- Future Health Service Patterns
- Number of Health Professionals per Unit
- Total Number Required

Scenarios of Health Facilities Expansion

- **แบบที่ 1 (แบบอนุรักษ์) เน้นสถานบริการระดับสูง**
  โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 4 ต่อปี ใน 10 ปีแรก และร้อยละ 3 ต่อปี ใน 10 ปีต่อมา
  โรงพยาบาลระดับต้นร้อยละ 2 ต่อปี ใน 10 ปีแรก และร้อยละ 1.5 ต่อปี ใน 10 ปีต่อมา
- **แบบที่ 2 (แบบประนีประนอม) กระจายทั่วไปสม่ำเสมอ**
  มีการขยายบริการทุกระดับร้อยละ 3 ต่อปี ใน 10 ปีแรก และร้อยละ 2 ใน 10 ปีต่อมา
- **แบบที่ 3 (แบบก้าวหน้า) เน้นสถานบริการระดับต้น**
  ระดับอำเภอร้อยละ 4 ต่อปี ใน 10 ปีแรก และร้อยละ 3 ต่อปี ใน 10 ปีต่อมา
  โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 2 ต่อปี ใน 10 ปีแรก และร้อยละ 1.5 ต่อปี ใน 10 ปีต่อมา

Study Results

Service Target: Physicians

การประมาณการความต้องการแพทย์เพื่อบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลชุมชน ให้มีสัดส่วนแพทย์ต่อเตียงเท่ากับ 1:10 ในสิบปีแรก และ 1:8 ในสิบปีสุดท้าย
โรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป ให้มีสัดส่วนแพทย์ต่อเตียงเท่ากับ 1: 8 ตลอด 20 ปี
โรงพยาบาลเอกชน ให้มีสัดส่วนแพทย์ต่อเตียงเท่ากับ 1: 7 ตลอด 20 ปี
โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่น ให้มีสัดส่วนแพทย์ต่อเตียงเท่ากับ 1: 4 ตลอด 20 ปี

การประมาณความต้องการแพทย์เพื่อบริการผู้รับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน
มีแพทย์ประจำอยู่ทุกศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งละหนึ่งคน

การประมาณความต้องการแพทย์สำหรับคลินิกเอกชน
คลินิกแพทย์เอกชนเติบโตร้อยละ 2 ต่อปี ทั้งนี้มีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลาร้อยละ 30

ความต้องการแพทย์เพื่อปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละระดับตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 - 2563

พ.ศ.	รพ.ศูนย์ /รพ.ทั่วไป			รพ.ชุมชน			เอกชน			หน่วยงานอื่นๆ สังกัดรัฐ			จำนวนรวม		
	แบบที่ 1	แบบที่ 2	แบบที่ 3	แบบที่ 1	แบบที่ 2	แบบที่ 3	แบบที่ 1	แบบที่ 2	แบบที่ 3	แบบที่ 1	แบบที่ 2	แบบที่ 3	แบบที่ 1	แบบที่ 2	แบบที่ 3
2543		6,439			2,729			3,809			4,742			18,025	
2548	8,870	8,451	8,048	3,249	3,412	3,581	5,103	4,902	4,831	5,808	5,532	5,269	23,028	22,256	21,529
2553	10,791	9,797	8,867	3,568	3,955	4,357	6,208	5,637	5,113	7,064	6,413	5,817	27,651	25,803	24,173
2558	12,510	10,817	9,573	4,831	5,459	6,313	7,198	6,224	5,508	8,189	7,081	6,267	32,727	29,580	27,661
2563	14,502	11,943	10,313	6,204	6,027	7,318	8,344	6,871	5,934	9,493	7,818	6,751	37,544	32,659	30,317

ความต้องการแพทย์ในปี 2563 อยู่ที่ 30,317 - 37,544 คน เฉลี่ย 33,506 คน
รวมแพทย์ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 11,000 คน และ คลินิกเอกชน 6,294 คน
เป็น ความต้องการแพทย์สิ้น 50,800 คน

Service Target: Nurses

- โรงพยาบาลชุมชน มีพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนต่อสองเตียงใน 10 ปีแรก และ หนึ่งคนต่อ 1.7 เตียงใน 10 ปีต่อมา
- โรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป มีพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนต่อ 1.9 เตียงใน 10 ปีแรก และ หนึ่งคนต่อ 1.5 เตียงใน 10 ปีต่อมา
- โรงพยาบาลเอกชน ให้มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนต่อ 3.3 เตียง ใน 10 ปีแรก และต่อ 1.5 เตียง ใน 10 ปีต่อมา
- โรงพยาบาลในสังกัดหน่วยงานอื่น ให้มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนต่อ 1.2 เตียง ตลอด 20 ปี
- ศูนย์สุขภาพชุมชน มีพยาบาลวิชาชีพประจำแห่งละ 3 คน

ประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบาย [43]
และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
ครั้งที่ 1/2546
วันพฤหัสที่ 13 มีนาคม 2546 เวลา 13.00-16.00 น.
ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต จ.นนทบุรี

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

(ร่าง)

มติการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ ๑/๒๕๔๖

วันพุธที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๔๖ เวลา ๑๔.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๒ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ครั้งนี้ เป็นการประชุมครั้งที่ ๑ ของปี พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งมี ฯพณฯ รองนายกรัฐมนตรี (นายจาตุรนต์ ฉายแสง) เป็นประธานมีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

๑. รับทราบความคืบหน้าในการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ว่าขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ ๓ ก่อนนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาเห็นชอบในหลักการและเพื่อให้มีองค์ความรู้และความเห็นเพิ่มเติมสำหรับประกอบการพิจารณาของฝ่ายนิติบัญญัติใน ๓ ประเด็น ได้แก่ ประเด็นคำจำกัดความคำว่า สุขภาพที่ครอบคลุมมิติทางจิตวิญญาณ (มาตรา ๑) ประเด็นสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (มาตรา ๒๔) และการบริการสาธารณสุขที่ไม่ค้ากำไรเชิงธุรกิจ(มาตรา ๗๑) สปรส.และ สวรส. กำลังบริหารจัดการให้ทีมนักวิชาการสังเคราะห์องค์ความรู้และจะจัดเวทีรับฟังความเห็นเฉพาะประเด็นต่อไป

๒. รับทราบผลการดำเนินการรณรงค์ "รวมพลังสร้างสุขภาพ ตามรอยพระยุคลบาท " ซึ่งดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๕ ถึง ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ ว่า (๑) ประชาคมสุขภาพ ๗๕ จังหวัดได้มีการค้นหาสิ่งดี ดี ในการสร้างสุขภาพ โดยพบว่ามีความหลากหลายและมีจำนวนมาก ขณะนี้อยู่ระหว่างการรวบรวมวิเคราะห์ ทำเป็นฐานข้อมูลและเอกสารเผยแพร่ (๒) มีบุคคลสาขาวิชาชีพต่างๆ ทุกเพศทุกวัยรวมถึงผู้พิการ จำนวนถึง ๓๓๗ คนจาก ๔ ภูมิภาคได้เข้าร่วมรณรงค์วิ่ง/จักรยาน/วีลแชร์ (๓) หน่วยงาน องค์กร ประชาคมต่างๆ ได้รวบรวมรายชื่อผู้สนับสนุนการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ แล้วส่งมอบให้ขบวนรณรงค์ตลอดเส้นทาง ได้รับรายชื่อรวมทั้งสิ้น ๔,๐๐๑,๗๕๕ รายชื่อ ซึ่ง ศ.นพ.เกษม พริ้งพวงแก้ว ในฐานะตัวแทนประชาชนได้มอบแก่ประธาน คปรส. และประธาน คปรส. ได้มอบต่อประธานรัฐสภา เมื่อวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๔๕

๓. รับทราบผลการจัดสมัชชาเด็กและเยาวชนว่าด้วยเรื่องสุขภาพ ซึ่งดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๔๕ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖ ว่าได้มีการจัดสมัชชาเด็กและเยาวชนทั้งในระดับจังหวัด ภาค และชาติ โดยมีการค้นหาและนำเสนอสิ่งมหัศจรรย์ที่เด็กทำได้ มีการกำหนด "สุขภาวะที่พึงประสงค์ของเด็กและเยาวชนไทย" มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน ผลการจัดสมัชชาฯ จะได้รวบรวมสังเคราะห์และนำเสนอต่อหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องต่อไป

๔. ให้ความเห็นชอบในหลักการต่อข้อเสนอยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน ซึ่งประกอบด้วย ๓ ยุทธศาสตร์ คือ (๑) ยุทธศาสตร์ทางปัญญา เป็นการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์และมาตรการต่างๆ และเพื่อให้เกิดผลจึงมอบให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พัฒนาชุดโครงการวิจัยด้านกำลังคนสาธารณสุขขึ้น และให้มีการตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจโดยมี นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นประธาน ทำการศึกษาและจัดทำข้อเสนอในการแก้ไขปัญหา ในแล้วเสร็จภายใน ๓ เดือน (๒) ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกระยะยาวเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังและพัฒนากำลังในระบบ สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จึงให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังด้านสาธารณสุขขึ้นภายใต้ คปรส. โดยให้มีสถาบันวิชาการที่เป็นอิสระ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการกิจ

(๓) ยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อให้การแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสาธารณสุข อย่างยั่งยืน ต้องทำให้เป็นปัญหาของทุกภาคส่วนในสังคมไทย มีการระดมสติปัญญาและทรัพยากรจากทุกภาคส่วนมาร่วมกันแก้ไข ซึ่งในทางปฏิบัติอาจกำหนดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะ ประเด็นหรือเป็นส่วนหนึ่งของสมัชชาสุขภาพประจำปี เป็นระยะ ๆ

๕. เห็นชอบในหลักการให้ขยายเวลาทำงานของ คปรส.และ สปรส.ต่อไปอีกไม่เกิน ๑ ปี โดยเสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๓ รวมทั้งขอรับการสนับสนุนงบประมาณอุดหนุนทั่วไปในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ .

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
โทร. ๐-๒๕๘๐๒๓๐๙ /โทรสาร ๐-๒๕๘๐๒๓๑๑
Homepage:www.hsro.or.th
๑๕ มกราคม ๒๕๔๖

ข้อเสนอต่อวิธีการดำเนินการของกรรมการ และเลขานุการ

1. ให้มีการตกลงเป้าหมาย ฐานความคิด หลักการในการพิจารณาร่วมกันก่อนตั้งแต่แรก
2. ให้ทีมเลขาฯ ช่วยจัดหาข้อมูลพื้นฐาน ที่ช่วยปรับให้กรรมการทุกท่านมีข้อมูล ความเข้าใจกับประเด็นที่เกี่ยวข้องได้ใกล้เคียงกัน เช่น ฐานข้อมูลสภาพประชากรในอนาคต กฎหมายที่เกี่ยวข้อง คำนิยามของคำ/หลักการที่เกี่ยวข้อง
3. ทีมเลขานุการอาจใช้การพูดคุยกับกรรมการเป็นรายบุคคล ประชุมกลุ่มเล็กในประเด็นเฉพาะ เพื่อให้ได้รายละเอียดเชิงความคิดที่ชัดเจน ประกอบเพิ่มเติมจากการประชุมรวม แล้วนำเสนอในที่ประชุมรวมอีกครั้งเพื่อเสนอเป็นแผนที่ความคิดของกรรมการ หรือเสนอเป็นทางเลือกในการพิจารณา
4. คณะกรรมการควรมีบทบาทในการให้ความคิด แนวทางหลักในการพิจารณา และดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายตามภาระกิจที่ได้รับมอบหมาย โดยที่มีทีมเลขานุการเป็นส่วนที่อำนวยความสะดวกในการจัดหาข้อมูล และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องประกอบการพิจารณา
5. คณะกรรมการบางท่านช่วยศึกษา คิดค้นในประเด็นเฉพาะที่มีความเชี่ยวชาญ และจัดทำเป็นเอกสาร เพื่อนำเสนอในวาระการประชุมรวม
6. การประชุมกรรมการรวม ควรประชุมประมาณ เดือนละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้นประมาณ 3-4 ครั้ง ในระยะแรก โดยกำหนดเนื้อหาของผลลัพธ์คร่าวๆ ที่ควรจะได้ในระยะ 3-4 เดือนร่วมกัน

(เอกสารฉบับร่าง)

แนวคิดของคณะกรรมการต่อเรื่องบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสาธารณสุข

เป้าหมายสูงสุด คือ ประชาชน ชุมชนมีคุณภาพชีวิตดี สุขภาพดี อย่างพอเพียง และพึ่งตนเองได้

ทิศทางการพัฒนาสุขภาพ เน้นความเป็นองค์รวมของบริการสุขภาพ เน้นสร้างนำซ่อม

ทิศทางระบบบริการสุขภาพ จะเป็นแบบรัฐสวัสดิการแก่ประชาชนทุกคน หรือสวัสดิการเฉพาะกลุ่ม หรือ แบบประกัน หรือผสมหลายแบบ

เป้าหมาย	เพื่อการดูแลรักษาความเจ็บป่วย - โรค	เพื่อป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ครอบครัว	เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมต่อสุขภาพในระดับชุมชน สังคม
คุณลักษณะของบริการ	คุณภาพมาตรฐาน เข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม ประสิทธิภาพ ดูแลอย่างเป็นองค์รวม ประชาชนมีส่วนร่วม	คุณภาพสอดคล้องกับสภาพชีวิตในแต่ละบริบท ปฏิบัติได้ มีประสิทธิภาพ ประชาชนมีส่วนร่วม	สอดคล้องกับบริบท มีประสิทธิภาพ ทันเวลา ทันเหตุการณ์ ประชาชนมีส่วนร่วม
ผู้มีส่วนรับผิดชอบดำเนินการ	บุคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับบุคคลและครอบครัว	บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูล และสนับสนุนผู้ดำเนินการเป็นประชาชน	บุคลากรทางการแพทย์คิดค้น ประเด็น เสนอปัญหา ประชาชน ชุมชน ค้นหาวิธีการ และดำเนินการ
ข้อมูลเพื่อมองภาพอนาคต	ลักษณะประชากร อายุ การศึกษา อาชีพ การอยู่ในเมือง ชนบท ลักษณะครอบครัว สังคม เพื่อนำมาพิจารณาถึงลักษณะความต้องการสุขภาพในอนาคต และบทบาทของบริการระดับต่างๆ		สภาพการกระจายอำนาจ การปกครอง และสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคม
	ข้อมูลสถานะสุขภาพปัจจุบัน และแนวโน้มอนาคต สภาพระบบบริการปัจจุบัน และแนวโน้มอนาคต ปริมาณและคุณภาพกำลังคนปัจจุบัน สถานภาพการผลิต และการพัฒนา		
	นโยบายต่อสุขภาพ กำลังคนอนาคต งบประมาณ การจัดการ และแนวโน้มอนาคต		
	โครงสร้างการบริหารองค์กรบริการสุขภาพในอนาคต ระดับการตัดสินใจ การวางแผนอยู่ที่ส่วนกลาง และที่ระดับพื้นที่ในเรื่องใดบ้าง อย่างไร		
	นโยบายการผลิตบริการทางการแพทย์เพื่อการส่งออก หรือ เพื่อบริการชาวต่างประเทศ		

เป้าหมาย	เพื่อการดูแลรักษาความเจ็บป่วย - โรค	เพื่อป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ครอบครัว	เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมต่อสุขภาพในระดับชุมชน สังคม
	พิจารณา หา core competency ของบุคลากรที่ต้องการในอนาคต หาหลักการพัฒนากำลังคนเพื่ออนาคต		
	คิดเรื่องระบบบริการ และการบริหารก่อน แล้วจึงคิดเรื่องกำลังคน		
กลยุทธ์การพัฒนา	ศึกษาหารูปแบบบริการบางประเภทที่มีความต้องการมากแต่ปัจจุบันยังบริการได้ไม่ทั่วถึง เช่น บริการฟื้นฟูสภาพ บริการสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส บริการฉุกเฉิน โดยพิจารณาความร่วมมือ ผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนไทย กับแผนตะวันตก และระหว่างบริการของรัฐกับบริการโดยประชาชน ชุมชน องค์กรท้องถิ่น	• จัดกระบวนการที่ลงไปกระตุ้น เสริมสร้างศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง • พัฒนา เสริมศักยภาพของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด่านแรกให้สามารถทำงานกับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ	สร้างกระบวนการเรียนรู้ให้เข้าใจถึงศักยภาพ และปัญหาของชุมชน มีการเรียนรู้ระหว่างชุมชน
	เน้นแก้ปัญหาการกระจายบุคลากรมากกว่า การผลิต หากสร้างสุขภาพได้ดี ความต้องการวิชาชีพในการบริการน่าจะลดลง หรือไม่ต้องการเพิ่ม	พัฒนาเรื่องฐานข้อมูล องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่ทั่วถึง ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เหมาะสม	การขยายบทบาท และพัฒนาบุคลากรสุขภาพที่ไปทำงานกับองค์กรท้องถิ่น
	การพิจารณาบทบาท วิธีการทำงานของบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่มีการทับซ้อน จัดแบ่งบทบาทใหม่ให้เหมาะสม รวมทั้งการจัดแบ่งบริการของหน่วยบริการตามระดับความรุนแรง แทนการแบ่งตามสาขาวิชา		
	- เน้นที่การบริหารจัดการ การใช้บุคลากรให้มีประสิทธิภาพ (ทั้งที่เป็นมาตรการทางการเงิน ความก้าวหน้าด้านสังคม) เพื่อจูงใจให้บุคลากรทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการกระจายออกไปในพื้นที่ขาดแคลน /		

เป้าหมาย	เพื่อการดูแลรักษาความเจ็บป่วย - โรค	เพื่อป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ครอบครัว	เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมต่อสุขภาพในระดับชุมชน สังคม
	สาขาขาดแคลน และให้มีการเน้นการพัฒนาที่หน่วยบริการด่านแรกให้เข้มแข็งมากขึ้น (สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน) - พิจารณาการบริหารบุคลากรที่เป็นวิชาชีพ ควรแยกออกจากบุคลากรอื่นๆ หรือไม่		
	ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนความต้องการบุคลากรสุขภาพด้านต่าง ๆ พร้อมกับการให้ทุนศึกษา และมีส่วนในกระบวนการผลิต การศึกษาในชุมชนนั้น พร้อมทั้งการดูแลต่อเนื่องในด้านความก้าวหน้าของบุคลากรนั้น โดยเริ่มต้นจากชุมชนที่พร้อม		
	วางแผนการผลิตบุคลากร เป็น dual tracts คือ บุคลากรที่ขึ้นกับความต้องการของตลาด ซึ่งรัฐจะลงทุนน้อย ให้เอกชน บุคคลลงทุนเอง และบุคลากรที่รัฐต้องลงทุนสนับสนุน เช่น บุคลากรเพื่อบริการประชาชนผู้ด้อยโอกาส และบริการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค		
	จัดให้มีองค์กรกำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนสุขภาพในระดับชาติ		

ประเภท / ระดับของกำลังคนด้านสุขภาพ มีขอบเขตอย่างไร

เป้าหมาย / ประเภทบุคลากร	ดูแลรักษาความเจ็บป่วย - โรค	ป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ครอบครัว	สร้างสภาพแวดล้อม ต่อสุขภาพดีในระดับชุมชน สังคม
1.กลุ่มพัฒนานโยบาย			
2. กลุ่มวางแผน บริหารสาธารณสุขระดับพื้นที่			
3. กลุ่มผู้ซื้อบริการ			
4. กลุ่มปฏิบัติในองค์กรบริการ			
4.1 วิชาชีพ			
4.2 ผู้ช่วยวิชาชีพ			
4.3 บริหารงาน			

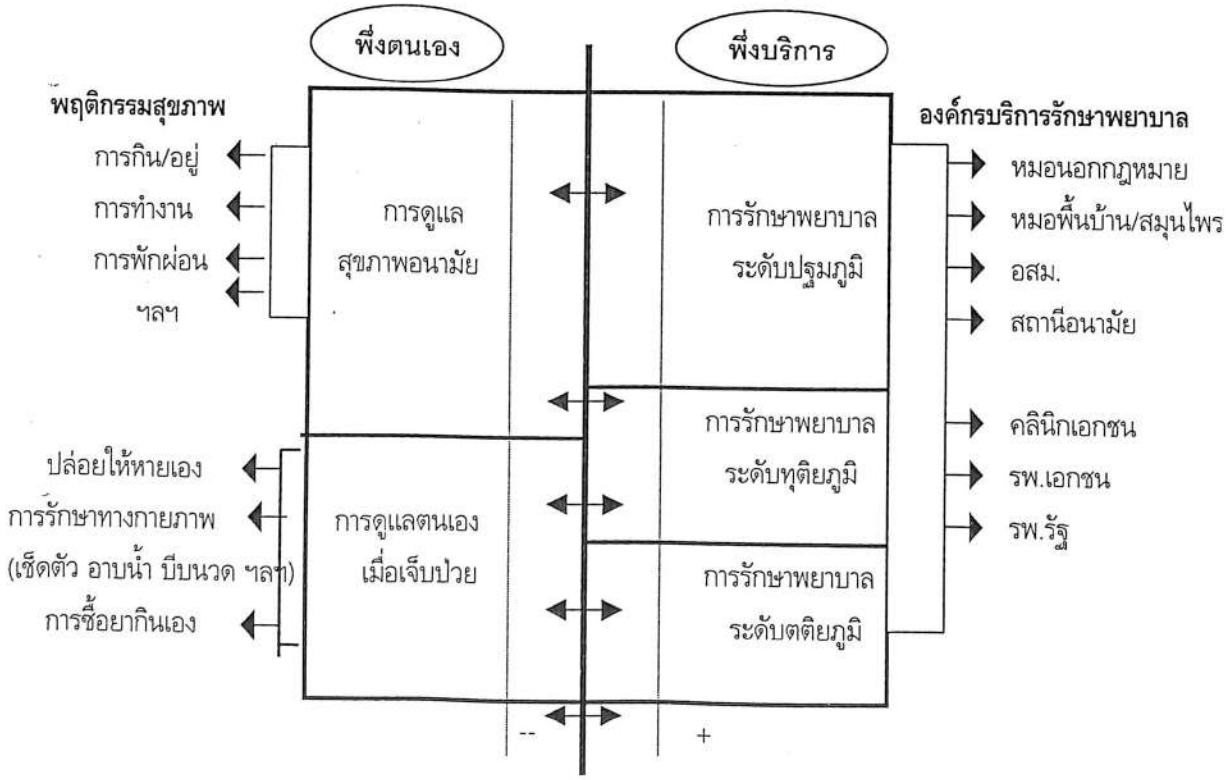
แนวคิดสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพ

แนวคิดการดูแลสุขภาพ: ดุลยภาพระหว่างการพึ่งตนเองและการพึ่งสถานบริการ

องค์ประกอบหลักของการดูแลสุขภาพของคนเรา แบ่งออกได้ 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ การให้บริการของสถานพยาบาล และการที่ประชาชนดูแลตนเองหรือพึ่งตนเอง

การดูแลสุขภาพของตนเองหรือการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพแบ่งเป็น 2 ส่วนย่อยคือ การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วๆ ไปในขณะที่ไม่ป่วย ได้แก่ การกิน การทำงาน การพักผ่อน กับอีกส่วนหนึ่งคือ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งหมายถึงการช่วยเหลือตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องพึ่งพาบริการ (รายละเอียดในแผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 การดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย



ดุลยภาพ
ที่แปรตามสภาพความต้องการ ณ พื้นที่และกลุ่มประชากรต่าง ๆ

ที่มา : วิชัย โปษยะจินดา , พ.ศ. 2542

อย่างไรก็ดีเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางแก้ก็คือการพึ่งพาสถานพยาบาล ซึ่งในระบบแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ในทางปฏิบัติโครงสร้างของบริการทั้ง 3 ระดับนี้มักจะคาบเกี่ยว ซ้ำ

ซ้อนกันอยู่ ประกอบกับการใช้บริการก็มักขึ้นกับทัศนคติและความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้ในทางปฏิบัติบริการทั้ง 3 ระดับนี้ไม่แยกจากกัน อย่างไรก็ตามแม้ว่าในทางปฏิบัติระดับบริการทั้ง 3 ประเภทนี้จะแยกออกจากกันไม่ได้ แต่จำเป็นต้องยอมรับว่าบริการบางส่วน เช่น บริการระดับตติยภูมิควรที่จะต้องแยกออกมาเนื่องจากมีการลงทุนสูงที่สุด ส่วนความพยายามที่จะลดปริมาณงานในบริการบางระดับโดยเฉพาะทุติยภูมิ ซึ่งมักจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบงานของบริการในระดับปฐมภูมิเสมอๆ สามารถที่จะแก้ไขได้ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพของบริการปฐมภูมิ

สิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขคือ ***การสร้างดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบสองส่วนนี้*** (ตามแผนภูมิที่ 2) นับว่าเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของระบบ เพราะปัจจุบัน***กรอบของการให้บริการสาธารณสุขได้ถูกขยายใหญ่ขึ้น*** อาจจะโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ทั้งนี้พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และจากจำนวนสถานพยาบาลเอกชนหรือคลินิกที่ผุดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ บริการด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาลเหล่านี้ได้ขยายตัวเติบโตขึ้น จนทำให้นับวันประชาชนไทยก็จะยิ่ง***ขาดแนวคิดและวิธีการในการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพ*** มากขึ้นเรื่อยๆ นั่นคือ แม้เพียงอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่สามารถดูแลและรักษาอาการด้วยตนเองได้ แต่ประชาชนจำนวนมากก็ยังเลือกที่จะไปพบแพทย์ซึ่งหลายครั้งทำให้ต้องสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายคราวละมากๆ

สถานการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาที่รัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขต้องตระหนักและยอมรับเพื่อพิจารณาหาทางแก้ไข เพราะเมื่อวิเคราะห์ให้ละเอียดจะพบว่า การขยายการให้บริการสาธารณสุขไม่ใช่วิธีแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง เนื่องจากไม่มีความยั่งยืนและไม่สามารถจะสนองตอบซึ่งความต้องการของประชาชนได้ทั้งหมด เหตุผลหลักก็คือ ทรัพยากรที่จะต้องใช้ในการให้บริการไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคลหรือทรัพยากรธรรมชาติของทุกประเทศในโลกนี้ย่อมมีปริมาณจำกัด และแม้จะมีการขยายกรอบการให้บริการสาธารณสุขให้มีขนาดใหญ่มากขึ้นได้จริงๆ แต่คุณภาพของบริการนั้นก็ย่อมจะต้องถึงจุดเสื่อมลงได้ในวาระหนึ่ง ตัวอย่างเช่น จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคอีสาน เมื่อปี 2536 มีจำนวนคนไข้นอกทั้งหมด 220,000 คน ต่อแพทย์ 87 คน แต่พอถึงปี 2539 พบว่าในขณะที่แพทย์ลดจำนวนลงไปเหลือ 80 คน จำนวนคนไข้กลับเพิ่มขึ้นสูงถึง 350,000 คน ซึ่งแน่นอนว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนคนไข้ในระยะเวลาต่อมาย่อมส่งผลกระทบถึงคุณภาพของการให้บริการอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากมีจำนวนคนไข้มากเกินกว่าที่แพทย์จะดูแลได้ทั่วถึง

แนวทางการแก้ปัญหาจึงน่าจะเป็นการ ***เปลี่ยนดุลยภาพ*** ของการรับผิดชอบ โดยลดกรอบของการที่รัฐให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนให้มีขนาดเล็กลง แล้วส่งเสริมกรอบของการที่ประชาชนรู้จักพึ่งตนเองในด้านสุขภาพให้มีขนาดใหญ่ขึ้นด้วยการทำให้ประชาชนมีความรู้เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ทั้งนี้ต้องมีความพอเหมาะที่สมดุลกับความรู้ความสามารถของประชาชนในชุมชนนั้นๆ หรือเหมาะกับประชาชนแต่ละคน ***บริการระดับปฐมภูมิ*** ซึ่งเป็นหน่วยที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ประชาชนมีโอกาสไปใช้บริการมากที่สุดตามสภาพธรรมชาติของการเจ็บป่วยที่เป็นการเจ็บป่วยไม่รุนแรง หน่วยนี้หรือบริการระดับนี้จึงเป็นหน่วยสำคัญหากได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้นจะช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยการช่วยทำให้เกิดสมดุลระหว่างการพึ่งบริการและการพึ่งตนเองของประชาชนมากขึ้น รวมทั้งช่วยทำให้ประชาชนใช้บริการอย่างเหมาะสม ใช้บริการที่สะดวกมีคุณภาพใกล้บ้านก่อน ไม่ต้องตระเวนไปใช้บริการที่ต่างๆ โดยขาดความเข้าใจอันเป็นผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรทั้งฝ่ายประชาชนและฝ่ายรัฐบาล

แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวม (Holistic)

องค์รวม หรือ Holistic มาจากรากศัพท์ในภาษากรีก "Holos" ซึ่งหมายถึง ความเป็นจริงหรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสรรพสิ่ง มีเอกลักษณ์และเอกภาพที่มิอาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้ คำนี้ถูกนำไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ และในศาสตร์สาขาต่างๆ โดยมุ่งหวังให้เกิดการมองเป้าหมายที่กว้างขวางรอบด้าน สำหรับระบบสุขภาพ การทำความเข้าใจความหมายขององค์รวมย่อมแตกต่างกันไปตามพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับองค์รวม จากการศึกษาเอกสารต่างๆ ที่อธิบายความหมายของคำนี้ พบว่าสาระหลักหรือแนวคิดหลักขององค์รวมที่มีจุดร่วมกัน คือ

1) องค์รวมเกิดจากความเข้าใจความหมายของคำว่า "สุขภาพ" อย่างองค์รวมที่หมายถึง สุขภาวะที่สมดุลของกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
2) องค์รวมเกิดจากพิจารณาปัจจัยองค์ประกอบที่กระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน ได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม
3) องค์รวมในมุมมองที่เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ
4) องค์รวมในลักษณะที่เชื่อมความสัมพันธ์ของบริการในแต่ละระดับและเชื่อมกับระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ เช่น การประสานกันระหว่างระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การเชื่อมต่อกับการแพทย์ทางเลือก การเชื่อมต่อกับบริการสังคมสงเคราะห์ และบริการสังคมอื่นๆ

ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่ามิติ หรือ นัยสำคัญในความหมายขององค์รวมประกอบด้วย

"องค์รวม" ที่หมายถึงการมองอย่าง***กว้างขวางครอบคลุม***ในปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

"องค์รวม" ที่หมายถึง***การเชื่อมประสาน*** ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบ

"องค์รวม" ที่เน้น ***ดุลยภาพ*** ของการประสาน และการพิจารณาปัจจัย

ด้วยเหตุนี้การจัดบริการอย่างเป็นองค์รวมจึงมีความหมายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแนวคิด**"องค์รวม"**ที่หมายถึงการดูแลแบบเชื่อมมิติของความเป็น "คน" ในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณโดยอาศัยความสัมพันธ์แบบเข้าอกเข้าใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการและสร้างให้เกิดเงื่อนไขของการประสานเชื่อมโยงสร้างความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องซึ่งเป็นผลให้เข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนแต่ขณะเดียวกันต้องเข้าใจถึงเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพที่เป็นดุลยภาพที่พอดีกับชีวิตของประชาชนแต่ละคน

แนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่อง (Continuity)

ความต่อเนื่อง เป็นอีกคำหนึ่งที่ถูกนำมาใช้เป็นคุณสมบัติของการบริการที่มีคุณภาพ ในความหมายทั่วไป ความต่อเนื่อง หมายถึง ยืดออกไป ขยายออก ไม่หยุดยั้ง เมื่อถูกนำมาใช้ในการกำหนดคุณลักษณะของการบริการสุขภาพ จึงหมายถึงบริการที่ประชาชนจะได้รับเป็นบริการที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง ตลอดชีวิต (ตั้งแต่เกิดจนตาย) ซึ่งนัยของความหมายนี้ทำให้มีความต่อเนื่องเกิดขึ้นสามลักษณะ คือ การดูแลต่อเนื่องก่อนเกิดปัญหาสุขภาพ ประเด็นต่อมาคือการดูแลต่อเนื่องเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น นั่นหมายถึงประชาชนจะได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มปัญหาจนกระทั่งปัญหาสิ้นสุด ซึ่งเรียกว่า **Intra Episode** และประเด็นสุดท้ายก็คือ ประชาชนจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ***ระหว่างปัญหาหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย*** เรียกว่า **Inter Episode** การที่ความต่อเนื่องของบริการสุขภาพทั้งสามลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์อย่างเข้าอกเข้าใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

ที่ผ่านมามีความพยายามที่จะนำแนวคิดเรื่องความต่อเนื่องไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพ หลายกรณี อาทิ การพัฒนาเครื่องมือที่สามารถสนองตอบให้เกิดการบริการที่มีลักษณะต่อเนื่อง เช่น ระบบการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการตามนัด การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้เป็นฐานข้อมูลซึ่งประกอบด้วยข้อมูลที่มีความจำเป็นในการติดตามดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบตั้งแต่เกิดจนตาย หรือการนำแนวคิดดังกล่าวไปพัฒนาทีมสุขภาพให้ดูแลประชาชนเป็นการประจำ ต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นผู้รับผิดชอบระยะยาวร่วมกับประชาชน โดยมีเป้าหมายให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการ ประชาชนมีสุขภาพดี และมีดุลยภาพที่พอดีระหว่างการพึ่งตนเองกับพึ่งบริการ

แนวคิดเกี่ยวกับความเสมอภาค (Equity)

ความเสมอภาค เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพอย่างแพร่หลายในปัจจุบันความเสมอภาคเป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นความยุติธรรม ความเป็นธรรม ในแนวคิดความเสมอภาคมีความหมายที่แตกต่างจากความเท่ากัน ปกติความเสมอภาคมักจะถูกใช้ควบคู่ไปกับเรื่องอื่นๆ อาทิ ถูกใช้ควบคู่กับการกระจายทรัพยากร หรือการบริการสุขภาพทำให้การพิจารณาประเด็นเรื่องความเสมอภาคทับซ้อนกับความเท่ากันซึ่งเป็นการยากที่จะแยกให้เด่นชัด ตัวอย่างเช่นคนทั่วไปมักเข้าใจว่าความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพหมายถึงการจัดให้มีบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานให้แก่ ***ทุกคน*** ในสังคมอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวไม่เพียงพอที่จะอธิบายความหมายของความเสมอภาค เนื่องจากการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสมอภาคต้องพิจารณาโดยใช้ **ความจำเป็น** มาจำแนกความเท่าเทียมกันตามความเข้าใจเบื้องต้น นั่นหมายความว่า ***ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพคือการบริการที่ประชาชนซึ่งมีความจำเป็นที่เท่ากันพึงได้รับอย่างเท่าเทียมกัน***

นอกจากนี้ความเสมอภาคของบริการสุขภาพในทางปฏิบัติต้องคำนึงถึง **"ความสามารถ"** ตัวอย่างเช่น ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประชาชนที่มีฐานะร่ำรวย ก็ย่อมจะแตกต่างจากคนที่มีฐานะยากจน เป็นต้น

ดังนั้นการพัฒนาบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นให้เกิดมิติของการบริการที่มีความเสมอภาคนั้น สามารถทำได้ด้วยกระบวนการหลักๆ สองด้านคือ ***ด้านการบริการ*** จัดให้มีบริการขั้นพื้นฐานตามความจำเป็นของประชาชนอย่างครอบคลุมทั่วถึง ให้มีลักษณะเป็นทางเลือกที่หลากหลาย เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้ตามความจำเป็น

และพร้อมกันนี้ต้องจัดให้มีระบบประกันคุณภาพเพื่อให้บริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับ ***ด้านการเงิน*** จำเป็นต้องจัดให้มีระบบการประกันสิทธิประโยชน์ของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พร้อมทั้งพัฒนากลไกการจ่ายเงินให้ยืดหยุ่นเหมาะสม พอดีกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน (Participation)

การมีส่วนร่วมหมายถึง การร่วมมือร่วมใจ การประสานงาน ความรับผิดชอบ หรืออาจหมายถึงการทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ โดยดำเนินการอย่างถูกจังหวะและเหมาะสมทั้งด้วยความรู้สึกผูกพันและสามารเชื่อถือได้

การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ เป็นอีกเรื่องหนึ่งของการมีส่วนร่วมที่มีลักษณะเฉพาะบางประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจ คือ

1) ประเด็น "สุขภาพ" สำหรับประชาชนถือว่าเป็น "สิทธิ" ซึ่งหมายถึง สิทธิในฐานะที่เป็นเจ้าของสุขภาพ และสิทธิในฐานะเป็นผู้เลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนั้น การเลือกรูปแบบวิธีการรักษา หรือการจัดการกับสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วม หรือการเปิดโอกาสให้หน่วยบริการเข้าไปมีส่วนร่วมกับภาวะสุขภาพของประชาชนนั้น รัฐมีบทบาทเป็นเพียงการสนับสนุนหรือการส่งเสริมการสร้างโอกาสให้แก่ประชาชน ไม่ใช่การบังคับหรือสั่งการ
2) ประเด็น "การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ" สำหรับภาครัฐ หรือหน่วยบริการ มีฐานะในระดับหน้าที่ที่หน่วยบริการจะต้องปฏิบัติ หน่วยบริการมีบทบาทที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนได้สองลักษณะคือการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาร่วมในกิจกรรมบริการของหน่วยบริการ กับการที่หน่วยบริการเข้าไปร่วมพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชนซึ่งทั้งสองเรื่องนี้แตกต่างกันในวิธีคิดและการปฏิบัติ

หน่วยบริการจะต้องเข้าใจเบื้องต้นในประเด็นต่อไปนี้ ในการแปลแนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่มุ่งสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ ดังนี้

1) การที่จะสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนได้จริง จำเป็นต้องสร้างให้เป็นระบบทางเลือกทั้งวิธีการและรูปแบบ ทั้งนี้เพราะการให้บริการสุขภาพปกติจะมีกิจกรรมที่ต้องการมีส่วนร่วมหลายลักษณะอยู่แล้ว ขึ้นกับสภาพชีวิตจริงและเงื่อนไขของประชาชน การมีช่องทางให้ประชาชนชนพิจารณาเลือกวิธีการหรือรูปแบบได้เองตามความเหมาะสมจะเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมที่สุด
2) หน่วยบริการจำเป็นต้องสร้างกลไกให้ประชาชนสามารถสะท้อนความต้องการ รูปแบบ หรือวิธีการที่ประชาชนต้องการเข้ามามีส่วนร่วมได้ หรือสามารถบอกได้ว่าต้องการให้หน่วยบริการเข้าไปร่วมในกิจกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใด
3) การที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมได้นั้นต้องมีเงื่อนไขสำคัญอย่างน้อย 3 ประการ คือ มีอิสรภาพ มีความสามารถที่จะมีส่วนร่วม และต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม ส่วนจะประสบสำเร็จหรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขดังต่อไปนี้ คือ ประชาชนต้องมีเวลาที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ต้องไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ เกินกว่าผลตอบแทนที่จะได้รับ ประชาชนต้องมีจุดสนใจที่สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมนั้น และจะต้องไม่กระทบถึงสถานภาพทางสังคมของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมด้วย

การทำความเข้าใจกับแนวคิดเหล่านี้ให้ชัดเจนถ่องแท้จึงเป็นวิถีทางหนึ่งที่จะช่วยให้การปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยที่ใกล้ชิดประชาชน คือ บริการปฐมภูมิสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น มีประสิทธิภาพ และสัมฤทธิผลดียิ่งขึ้น

2 - 1

รายละเอียดการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต 2.5 สาธารณสุข การสาธารณสุข การรักษาพยาบาล และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน / ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
1.	กระทรวงสาธารณสุข	ขอบเขตการถ่ายโอน 1. กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการกำกับดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในด้านสถานสุขภาพระหว่างประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพของท้องถิ่น กำหนดมาตรฐานกลาง มาตรฐานบริการ ควบคุมคุณภาพและตรวจสอบ 2. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยกรอบหลักให้เป็นการถ่ายโอนไปให้เขตพื้นที่ระดับจังหวัดโดยสามารถจัดให้มีเขตพื้นที่ที่มีขนาดย่อมลงมากว่าจังหวัดได้หากมีความจำเป็น ทั้งนี้ คณะกรรมการ กสพ. จะประกอบด้วยผู้แทนองค์กรปกครองส่วน-ท้องถิ่น ผู้แทนส่วนราชการ ผู้บริหารวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาสังคม ที่จะเข้ามาทำหน้าที่ร่วมกัน อำนาจหน้าที่ของคณะ-			ข้อสังเกตของกระทรวงสาธารณสุข 1. ในระยะเฉพาะหน้าเพื่อให้ กสพ. ปฏิบัติหน้าที่ในการบริหารจัดการงบประมาณให้มีการตรากฎหมายจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และเครือข่ายบริการสุขภาพขึ้นเป็นการเฉพาะ ให้มีฐานะเป็นนิติบุคคล มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ คล่องตัว มีอิสระ มีลักษณะเป็นองค์การมหาชนท้องถิ่น เพื่อจัดทำบริการสาธารณะ โดยไม่มุ่งแสวงหากำไรเป็นหลัก ทั้งนี้ ให้ตรากฎหมายขึ้นก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2548 เพื่อรองรับงบประมาณจากรัฐ รองรับสถาน-บริการสุขภาพทุกระดับในพื้นที่

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
		กรรมการสุขภาพระดับเขตพื้นที่ คือ อำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ และแผนความต้องการทรัพยากรรวมทั้งงบประมาณและบุคลากร กำหนดหลักเกณฑ์และจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะด้านงบประมาณรวมทั้งการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการบริการภายใต้เกณฑ์มาตรฐานกลางของประเทศที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข การกำกับดูแล การตรวจสอบ ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่หรือจังหวัดนั้น ๆ ด้วย ตามที่กำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจ กสพ. มีอำนาจหน้าที่ในการถ่ายโอนภารกิจและให้มีอำนาจหน้าที่ในการสร้างความพร้อมในการปฏิบัติรับงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เห็นว่าสามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่นปฏิบัติเองได้ โดยโอนให้ อบต. หรือ เทศบาล และอยู่ภายใต้การกำกับ ดูแลมาตรฐานการให้บริการโดย กสพ. เช่น งานส่งเสริมสุขภาพหรืองานป้องกันโรคบางเรื่อง รวมทั้งงานรักษา			ตลอดจนรองรับการถ่ายโอนข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ โดยข้าราชการดังกล่าวมีสถานภาพเป็นพนักงานของรัฐภายใต้การกำกับ กสพ. 2. ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีกรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งเป็น กสพ. และให้กรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเลือกกันเอง เพื่อเป็นประธานและรองประธาน กสพ. ทั้งนี้ กสพ. เป็นกลไกของท้องถิ่นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยให้มีผู้แทนของรัฐ ผู้แทนภาคประชาสังคม ผู้แทนสถานบริการ และผู้ทรงคุณวุฒิมีส่วนร่วม

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
		พยาบาลหรือฟื้นฟูสภาพอย่างง่าย ๆ และงานด้านสาธารณสุขมูลฐานเป็นต้น สำหรับสถานบริการจะถ่ายโอนไปทั้งระบบเป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยสถานพยาบาล 3 ระดับ โดยงานบริการสุขภาพที่ต้องใช้เทคนิคในวิชาชีพและต้องการระบบส่งต่อ ให้ดำเนินการทั้งระบบเป็นเครือข่ายสถานบริการภายใต้การควบคุมกำกับของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่โดยยึดหลักให้มีความคล่องตัวและมีอำนาจในการตัดสินใจเพื่อการบริหารงานทั้งระบบเป็นเครือข่ายบริการ และอาจพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรที่มีการบริหารงานเป็นอิสระอย่างเต็มรูปแบบภายใต้การกำกับของท้องถิ่น (Local Autonomous Body) หากท้องถิ่นมีความพร้อมและร้องขอให้มีการโอนสถานบริการ กสพ. จะโอนให้เมื่อผ่านเกณฑ์ความพร้อม ทั้งนี้ โดยยึดหลักว่าท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการสถานบริการสุขภาพเป็นเครือข่ายและสถานบริการสุขภาพมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการภายในอย่างมีประสิทธิภาพ			

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
		3. การถ่ายโอนงานด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ให้ กสพ. และให้ กสพ. พิจารณามอบหมายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะด้านส่งเสริม ควบคุม และป้องกันตามขีดความสามารถที่เป็นจริง โดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนในแต่ละพื้นที่ 4. ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการให้เกิด กสพ. ขึ้น และกำหนดเกณฑ์ความพร้อมและวิธีประเมินความพร้อมของท้องถิ่นสำหรับการถ่ายโอนสถานบริการ ตามหลักการและเป้าหมายที่ระบุไว้ในข้อ 2 5. กลไกในการจัดซื้อจัดจ้าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง โดยการใช้แผนจากระดับล่างเป็นกลไก ในการพิจารณาความต้องการ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมกับภาครัฐ และภาคประชาสังคม เพื่อร่วมต่อรองกับบริษัทผู้ขาย			

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
	1.1 กรมสุขภาพจิต ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย	**ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ** 1. ปี 2545 เตรียมการ โดย - ศึกษา/วิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดเรื่องงาน/เงิน/คน ในส่วนของการจัดบริการในลักษณะทั่วไป จัดบริการจิตเวชในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เผยแพร่สิ่งพิมพ์และสื่อการประชาสัมพันธ์ - นำข้อมูลที่ศึกษา/วิเคราะห์ไปตกลงกับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง และนำมาปรับแผนการดำเนินการ	2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	
	1.2 กรมควบคุมโรคติดต่อ 1) การพัฒนาบุคลากรและชุมชนเพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ 2) การปฏิบัติการเฝ้าระวังและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น	**ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ** 1. ถ่ายโอนงานด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพและควบคุมโรคติดต่อให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และให้ กสพ. พิจารณาดำเนินการถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป	2546 2546	กสพ. กสพ.	

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
	3) การวินิจฉัยและรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น กิจกรรมค้นหาเจาะโลหิตตรวจในห้องปฏิบัติการและจ่ายยาสำหรับโรคมาลาเรียและโรคเท้าช้าง	2. ภารกิจ 1)-3) มอบอำนาจการจัดการให้ท้องถิ่น และพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความเข้าใจในบทบาทตาม พ.ร.บ. สาธารณสุข 2535 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	2546	กสพ.	
	4) สนับสนุนเงินอุดหนุนในการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน ค่าสังคมสงเคราะห์และค่าฌาปนกิจ	- ภารกิจที่ 4)-5) มอบอำนาจในการจัดทำให้ท้องถิ่นที่มีการจัดตั้ง กสพ.แล้ว	2546	กสพ.	
	5) สนับสนุนเงินอุดหนุนค่าอาหารผู้ป่วยโรคเรื้อน		2546	กสพ.	
	1.3 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
	1) การผลิตสื่อและหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ - ภารกิจที่ 1)-4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานโดยการสนับสนุนจากสำนักงาน-คณะกรรมการอาหารและยา	2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	- แก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบ		2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	
	3) การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของผู้บริโภคในท้องถิ่น		2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
	4) ตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุใน พ.ร.บ. แต่ละประเภท		2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	
	1.4 กรมการแพทย์ - งานบริการสาธารณสุขเขต กทม./ปริมณฑล/เขตเมือง (รพ.ราชวิถี รพ.เลิศสิน รพ.นพรัตน์ รพ.เมตตาประชารักษ์ รพ.สงฆ์ และสถาบันสุขภาพเด็กฯ)	**ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ** 1. ปี 2545 เตรียมการ 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองหรือซื้อบริการ 3. มีการกำหนดมาตรฐานและคุณภาพการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ 4. กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานในการรักษามาตรฐานและดูแลคุณภาพของการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	2546	อบจ. กทม. กสพ.	
	1.5 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ - การบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ	**ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ** 1. ปี 2545-2546 ศึกษาข้อมูลเรื่องงบประมาณและบุคลากร 2. ปี 2547 เป็นขั้นตอนการตกลงรูปแบบของการซื้อบริการ 3. ปี 2548 ดำเนินการถ่ายโอน	2548	กสพ.	

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
	1.6 สำนักงานปลัดกระทรวง-สาธารณสุข 1) การก่อสร้างสถานบริการใหม่ เพิ่มเติม ซ่อมแซม - การจัดหาครุภัณฑ์	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ ภารกิจที่ 1) 1. ท้องถิ่นบริหารจัดการในกระบวนการจัดซื้อ/จัดจ้างเพื่อการก่อสร้างและจัดหาครุภัณฑ์ให้แก่สถานบริการ 2. ในกรณีที่ กสพ. ยังไม่มีอำนาจในการบริหารจัดการตามกฎหมาย ให้สำนักงานสาธารณสุขเป็นหน่วยงานดำเนินการในรูปแบบเดิมไปก่อน	2546	กสพ.	
	2) โครงการประกันสุขภาพ เพื่อดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค)	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กสพ. เป็นผู้พิจารณาจัดสรรงบประมาณตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง และสภาพปัญหาของพื้นที่ 2. การเตรียมความพร้อม - ประชุมชี้แจง กสพ. - ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ - จัดทำคู่มือการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่และประชาชน	2546	กสพ.	
	3) สนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ - พัฒนาหอกระจายข่าวสาร	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. ส่วนกลางถ่ายโอนกิจกรรมและงบประมาณให้ กสพ. โดยตรง	2546	กสพ.	

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
	- ผลิตสื่อพื้นบ้านและท้องถิ่น - พัฒนาสื่อบุคคลในชุมชน - พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่นโดยองค์กรชุมชน - สนับสนุนกิจกรรมรณรงค์สุขบัญญัติ - จัดกิจกรรมกลุ่มทางสังคมในท้องถิ่น	2. กสพ. เป็นผู้จัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยปฏิบัติเพื่อดำเนินการ 3. การเตรียมความพร้อม - ประชุมชี้แจง กสพ. - ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ - จัดทำคู่มือการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่และประชาชน			
	- กิจกรรมด้านการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน	- ให้ กสพ. เป็นผู้บริหารจัดการ โดยให้องค์กรระดับหมู่บ้านเสนอโครงการผ่านขึ้นมาให้ กสพ. พิจารณาอนุมัติงบประมาณ (โครงการที่นำเสนอต้องมีลักษณะของการริเริ่มแบบกลุ่ม)	2546	กสพ.	
	1.7 กรมอนามัย 1) การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ - การแก้ปัญหาเด็กสาธารณสุขต่ำกว่าเกณฑ์	**ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ** 1. กระทรวงสาธารณสุขตั้งงบประมาณและมอบอำนาจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นหน่วยเบิกจ่ายแทน 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งคณะกรรมการ ประกอบด้วย ผู้แทนประชาชน หมู่บ้าน/เมือง ผู้บริหารโรงเรียน ครู เจ้าหน้าที่	2546	กสพ.	- ภารกิจที่ 1-18 ปรับปรุงกฎหมายเพื่อให้ กสพ. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีสภาพที่มี

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
		สาธารณสุข เพื่อดำเนินการจัดซื้อตามระเบียบพัสดุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น			กฎหมายรองรับเพื่อการเป็นหน่วยรับเบิกจ่ายและจัดการงบประมาณได้โดยตรง
	2) ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก สนับสนุนวัสดุ	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ ภารกิจที่ 2)-9)			
	2.1) โฆษณาและเผยแพร่	1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยัง กสพ. โดยตรงภายใต้ข้อมูลความต้องการของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนหลักเป็นกลไก 2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตามกลไกของแผนระดับพื้นที่ 3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดซื้อเวชภัณฑ์หรือวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์โดยการใช้แผนจากระดับล่างเป็นกลไกในการพิจารณาความต้องการ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมกับภาครัฐเพื่อร่วมต่อรองราคากับบริษัทผู้ขาย	2546	กสพ.	
	2.2) เวชภัณฑ์		2546	กสพ.	
	2.3) วัสดุอาหาร		2546	เทศบาล อบต. อบจ.	
	3) ส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน สนับสนุนวัสดุ		2546	กสพ.	
	- โฆษณาและเผยแพร่				
	- เวชภัณฑ์				
	4) ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน สนับสนุนวัสดุ		2546	กสพ.	
	- โฆษณาและเผยแพร่				
	- เวชภัณฑ์				
	5) การส่งเสริมสุขภาพเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ		2546	กสพ.	

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
	สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ 6) ทันตสาธารณสุข สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ 7) งานโภชนาการ สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ 8) งานวางแผนครอบครัวและพัฒนาประชากร สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ 9) งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ 10) การพัฒนาอนามัยชุมชนบนพื้นที่สูง สนับสนุนวัสดุ - อาหาร	**ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ** กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรงภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการ และข้อมูลของพื้นที่	2546 2546 2546 2546 2546	กสพ. กสพ. กสพ. กสพ. เทศบาล อบต. อบจ.	

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
	11) สนับสนุนเงินอุดหนุนพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์สาธิตเพื่อการพัฒนาเด็กเล็ก	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยัง กสพ. โดยตรง ภายใต้ข้อมูลความต้องการของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก	2546	เทศบาล อบต. อบจ.	
	12) สนับสนุนเงินอุดหนุนภาคเอกชนที่ให้บริการทำหมัน	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยัง กสพ. โดยตรง ภายใต้ข้อมูลความต้องการของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก	2546	กสพ.	
	13) งานเฝ้าระวังและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ - วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยัง กสพ. โดยตรงภายใต้ข้อมูลความต้องการของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก 2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตามกลไกของแผนระดับพื้นที่ 3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ โดยการใช้	2546	กสพ.	

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
		แผนจากระดับล่างเป็นกลไกในการพิจารณาความต้องการ			
	14) จัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ - วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ - เงินอุดหนุนสมทบในการปรับปรุงประปาหมู่บ้านเดิม	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยัง กสพ. โดยตรงภายใต้ข้อมูลความต้องการของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก 2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตามกลไกของแผนระดับพื้นที่	2546 2546 2546	กสพ. กสพ. อบต.อบจ.	
	15) งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ - วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยัง กสพ. โดยตรงภายใต้ข้อมูลความต้องการของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก 2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตามกลไกของแผนระดับพื้นที่	2546	กสพ.	

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
		3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ โดยการใช้แผนจากระดับล่างเป็นกลไกในการพิจารณาความต้องการ			
	16) งานสุขาภิบาลอาหาร สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ - วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ - อุดหนุนเฉพาะกิจ เช่น (1) การพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร (2) การรณรงค์กินเนื้อสัตว์และปลาปรุงสุก (3) การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในแหล่งท่องเที่ยว	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยัง กสพ. โดยตรงภายใต้ข้อมูลความต้องการของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก 2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตามกลไกของแผนระดับพื้นที่	2546	กสพ.	
	17) งานพัฒนาอาชีวอนามัยและอาชีวเวชกรรม สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ - วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยัง กสพ. โดยตรงภายใต้ข้อมูลความต้องการของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก	2546	กสพ.	

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน ภารกิจที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลาดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน	หมายเหตุ
	18) การคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษ สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่	2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตามกลไกของแผนระดับพื้นที่ 3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ โดยการใช้แผนจากระดับล่างเป็นกลไกในการพิจารณาความต้องการ ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยัง กสพ. โดยตรงภายใต้ข้อมูลความต้องการของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก 2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตามกลไกของแผนระดับพื้นที่	2546	กสพ.	

[71] 9

สรุปสาระสำคัญ

ร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ....

ฉบับได้รับความเห็นชอบของรัฐสภา เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2542

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ
กฎหมายเพื่อปฏิรูปการศึกษา พัฒนาคนไทยทั้งประเทศ

วิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ การเมืองวัฒนธรรมและสังคม ทำให้ทุกฝ่ายตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องปฏิรูปการศึกษาไทย เพื่อกอบกู้สถานภาพของประเทศที่กำลังตกต่ำให้พลิกฟื้นเป็นชาติที่มั่งคั่งมั่นคงและมีศักดิ์ศรี สามารถแข่งขันกับนานาชาติในยุคโลกาภิวัฒน์ได้

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (สกศ.) ในฐานะหน่วยงานกลางด้านการวางแผนและกำหนดนโยบายการศึกษาของชาติ ได้พยายามผลักดันให้มีการปฏิรูปการศึกษาอย่างจริงจัง เริ่มตั้งแต่วิจัยการปฏิรูปการศึกษาของประเทศที่ประสบความสำเร็จแล้ว 12 ประเทศ วิจัยสาระบัญญัติการศึกษาในรัฐธรรมนูญของต่างประเทศ จัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับบทบัญญัติว่าด้วยการศึกษาไว้ในรัฐธรรมนูญเสนอต่อสภาร่างรัฐธรรมนูญ จนกระทั่งคนไทยได้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการศึกษาที่สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่ประเทศเคยมีมา

ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2540 เป็นต้นมา สกศ. ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ และ ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษา ได้ร่วมกันยกร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติในมาตรา 81 ของรัฐธรรมนูญ ซึ่งบัญญัติว่า "...จัดให้มีกฎหมายเกี่ยวกับการศึกษาแห่งชาติ..."

การจัดทำพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ มีขั้นตอนบนพื้นฐานที่มีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. พื้นฐานข้อมูลทางวิชาการ สกศ. ได้วิจัยสาระสำคัญเกี่ยวกับการศึกษา 42 ประเด็น โดยได้รับความร่วมมืออย่างดีจากนักวิชาการ นักวิจัย คณาจารย์ และนักกฎหมาย สกศ. เป็นแกนนำในการประสานความคิด การสืบค้น และรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเอกสารงานวิจัย

[723]

จากทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. การกลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติได้ ผ่านการพิจารณา ตรวจสอบ แก้ไข และกลั่นกรอง โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย ในทุกขั้นตอน นับตั้งแต่ขั้นแรกภายใต้คณะอำนวยการร่างกฎหมายเกี่ยวกับการศึกษาแห่งชาติ ซึ่งมี ศาสตราจารย์ ดร.สิปปนนท์ เกตุทัต เป็นประธาน ต่อจากนั้นจึงนำเสนอคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ คณะรัฐมนตรี คณะกรรมการกฤษฎีกา สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา ตามลำดับ ในขั้นของสภาผู้แทนราษฎรได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ จำนวน 45 คน โดยมีนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน และในขั้นของวุฒิสภาก็ได้แต่งตั้งคณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ จำนวน 30 คน โดยมีศาสตราจารย์ ดร.เกษม สุวรรณกุล เป็นประธาน คณะกรรมการแต่ละชุดได้ทุ่มเทเวลาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ด้วยวิสัยทัศน์ ความรู้ ความสามารถ อย่างเต็มเปี่ยม

3. การมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย มีการประชุมสัมมนาและทำประชาพิจารณ์เป็น ระยะๆ อย่างต่อเนื่องในหน่วยราชการและสถานศึกษาต่าง ๆ รวมทั้งภาคเอกชนและประชาชนผู้สนใจ ทั้งในกรุงเทพและในภูมิภาค จำนวน 254,318 คน ในขั้นการพิจารณาของคณะกรรมาธิการวิสามัญฯ ของสภาผู้แทนราษฎร ได้จัดทำประชาพิจารณ์ 8 ครั้ง ทั่วทุกภูมิภาค มีบุคคลและองค์กรต่าง ๆ เสนอความคิดเห็นจำนวน 38,942 คน

4. การประชาสัมพันธ์ มีการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ครู ผู้บริหารการศึกษา ผู้ปกครอง ผู้เรียน และประชาชนทั่วไป ผ่านสื่อที่หลากหลาย ทั้งวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ

5. การสำรวจความคิดเห็นของประชาชน สกศ. ร่วมกับสวนดุสิตโพลและ เอแบคโพล ได้สอบถามความคิดเห็นของประชาชนต่อประเด็นสำคัญทางการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อยุติและบทสรุป ระหว่างเดือนมกราคม 2540-ตุลาคม 2541 มีผู้ร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะจำนวน 105,376 คน กล่าวได้ว่า การจัดทำพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นมากที่สุดจนเกือบเท่ากับการร่วงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

ร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ได้ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทน ราษฎรขั้นสุดท้าย

เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2542 ขณะนี้อยู่ในระหว่างการนำขึ้นทูลเกล้าฯ เพื่อทรงลงพระปรมาภิไธย เมื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษา แล้วจะมีผลใช้บังคับเป็นกฎหมายได้ทันที รวมระยะเวลาในการดำเนินการจัดทำ ตั้งแต่วันที่ 7 สิงหาคม 2540 ถึงวันที่ 1 กรกฎาคม 2542 เป็นเวลา 1 ปี 11 เดือน

สรุปสาระสำคัญ
ร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ....

หมวด 1 บททั่วไป ความมุ่งหมายและหลักการ

พระราชบัญญัติฉบับนี้มีเจตนารมณ์ที่ต้องการเน้นย้ำว่าการจัดการศึกษาต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ และคุณธรรม มีจริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

การจัดการศึกษา ให้ยึดหลักดังนี้

1) เป็นการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับประชาชน

2) ให้สังคมมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา

3) การพัฒนาสาระและกระบวนการเรียนรู้ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

สำหรับเรื่องการจัดระบบ โครงสร้างและกระบวนการจัดการศึกษา ให้ยึดหลักดังนี้

1) มีเอกภาพด้านนโยบายและมีความหลากหลายในการปฏิบัติ

2) มีการกระจายอำนาจไปสู่เขตพื้นที่การศึกษา สถานศึกษา และองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น

3) มีการกำหนดมาตรฐานการศึกษาและจัดระบบประกันคุณภาพการศึกษาทุก ระดับและประเภท

4) มีหลักการส่งเสริมมาตรฐานวิชาชีพและการพัฒนาครู คณาจารย์ และบุคลากร ทางการศึกษาอย่างต่อเนื่อง

5) ระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ในการจัดการศึกษา

6) การมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น เอกชน องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ สถาบันศาสนา สถานประกอบการ และสถาบันสังคมอื่น

หมวด 2 สิทธิและหน้าที่ทางการศึกษา

บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปี ที่รัฐต้อง

[75]

จัดให้อย่างทั่วถึง และมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย

บุคคล ซึ่งมีความบกพร่องทางด้านต่าง ๆ หรือมีร่างกายพิการ หรือมีความต้องการเป็นพิเศษ หรือผู้ด้อยโอกาสมีสิทธิและโอกาสได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นพิเศษ

บิดามารดา หรือผู้ปกครองมีหน้าที่จัดให้บุตรหรือบุคคลในความดูแลได้รับการศึกษาทั้งภาคบังคับ และนอกเหนือจากภาคบังคับตามความพร้อมของครอบครัว

บิดามารดา บุคคล ชุมชน องค์กร และสถาบันต่าง ๆ ทางสังคมที่สนับสนุนหรือจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์ตามควรแก่กรณีดังนี้ -

- การสนับสนุนจากรัฐให้มีความรู้ ความสามารถในการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาแก่บุตรหรือผู้ซึ่งอยู่ในความดูแล รวมทั้งเงินอุดหนุนสำหรับการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน -
- การลดหย่อนหรือยกเว้นภาษีสำหรับค่าใช้จ่ายการศึกษา

หมวด 3 ระบบการศึกษา

การจัดการศึกษามีสามรูปแบบ คือ การศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สถานศึกษาจัดได้ทั้งสามรูปแบบ และให้มีการเทียบโอนผลการเรียนที่ผู้เรียนสะสมไว้ระหว่างรูปแบบเดียวกันหรือต่างรูปแบบได้ ไม่ว่าจะเป็นผลการเรียนจากสถานศึกษาเดียวกันหรือไม่ก็ตาม

การศึกษาในระบบมีสองระดับ คือ การศึกษาขั้นพื้นฐานซึ่งจัดไม่น้อยกว่า 12 ปี ก่อนระดับอุดมศึกษา และระดับอุดมศึกษา ซึ่งแบ่งเป็นระดับต่ำกว่าปริญญา และระดับปริญญา

ให้มีการศึกษาภาคบังคับเก้าปี นับจากอายุย่างเข้าปีที่เจ็ด จนอายุย่างเข้าปีที่สิบหก หรือเมื่อสอบได้ชั้นปีที่เก้าของการศึกษาภาคบังคับ

สำหรับเรื่องสถานศึกษานั้น **การศึกษาปฐมวัย และการศึกษาขั้นพื้นฐาน** ให้จัดใน

1) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

2) โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนของรัฐ เอกชน และโรงเรียนที่สังกัดสถาบันศาสนา

3) ศูนย์การเรียน ได้แก่ สถานที่เรียนที่หน่วยงานจัดการศึกษานอกโรงเรียน บุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ สถาบันศาสนา

สถานประกอบการ โรงพยาบาล สถาบันทางการแพทย์ สถานสงเคราะห์ และสถาบันสังคมอื่นเป็นผู้จัด

การจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา ให้จัดในมหาวิทยาลัย สถาบัน วิทยาลัย หรือ หน่วยงานที่เรียกชื่ออย่างอื่น ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

การจัดการอาชีวศึกษา การฝึกอบรมวิชาชีพ ให้จัดในสถานศึกษาของรัฐ สถาน ศึกษาของเอกชน สถานประกอบการ หรือโดยความร่วมมือระหว่างสถานศึกษากับสถานประกอบการ

กระทรวง ทบวง กรม รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานอื่นของรัฐ อาจจัดการศึกษา เฉพาะทางตามความต้องการและความชำนาญของหน่วยงานนั้นได้โดยคำนึงถึงนโยบายและมาตรฐานการศึกษาของชาติ

หมวด 4 แนวการจัดการศึกษา

การจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด ผู้เรียนทุกคน สามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ ดังนั้นกระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียน ได้พัฒนาตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพ

การจัดการศึกษาทั้งสามรูปแบบในหมวด 3 ต้องเน้นทั้งความรู้ คุณธรรม และ กระบวนการเรียนรู้

ในเรื่องสาระความรู้ ให้บูรณาการความรู้และทักษะด้านต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับแต่ ละระดับการศึกษา ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับตนเองและความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสังคม ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ด้านศาสนา ศิลป วัฒนธรรม การกีฬา ภูมิปัญญาไทย และการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญา ด้านภาษา โดยเฉพาะการใช้ภาษาไทย ด้านคณิตศาสตร์ ด้านการประกอบอาชีพ และการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

ในเรื่องการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้จัดเนื้อหาสาระและกิจกรรมที่สอดคล้องกับ ความสนใจ ความถนัดของผู้เรียน และความแตกต่างระหว่างบุคคล รวมทั้งให้ฝึกทักษะ กระบวนการคิด การจัดการการเผชิญสถานการณ์และการประยุกต์ความรู้มาใช้ป้องกันและแก้ปัญหา จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติจริง ผสมผสานสาระความรู้ด้านต่าง ๆ อย่างสมดุล และปลูกฝังคุณธรรม ค่านิยมที่ดี คุณลักษณะอันพึงประสงค์ในทุกวิชา

นอกจากนั้น ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ยังต้องส่งเสริมให้ผู้สอน จัดบรรยากาศ และสิ่งแวด

ล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ใช้การวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ ผู้สอนและผู้เรียนอาจเรียนรู้ไปพร้อมกันจากสื่อและแหล่งวิทยาการประเภทต่าง ๆ จัดการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นได้ทุกเวลา ทุกสถานที่ มีการประสานความร่วมมือกับผู้ปกครองและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมการดำเนินงาน และการจัดตั้งแหล่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตทุกรูปแบบ

การประเมินผลผู้เรียน ให้สถานศึกษาพิจารณาจากพัฒนาการของผู้เรียน ความ ประพฤติ การสังเกตพฤติกรรมการเรียน การร่วมกิจกรรม และการทดสอบ ส่วนการจัดสรรโอกาสการเข้าศึกษาต่อให้ใช้วิธีการที่หลากหลายและนำผลการประเมินผู้เรียนมาใช้ประกอบด้วย

หลักสูตรการศึกษาทุกระดับและทุกประเภท ต้องมีความหลากหลาย โดย**ส่วน กลางจัดทำหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน** เน้นความเป็นไทยและความเป็นพลเมืองดี การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพตลอดจนเพื่อการศึกษาต่อและให้สถานศึกษาขั้นพื้นฐานจัดทำหลักสูตรในส่วนที่เกี่ยวกับสภาพปัญหาในชุมชนและสังคม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และคุณลักษณะของสมาชิกที่ดีของครอบครัว ชุมชนสังคมและประเทศชาติ สำหรับ**หลักสูตรการศึกษาระดับอุดมศึกษา**เพิ่มเรื่องการพัฒนาวิชาการ วิชาชีพชั้นสูงและการค้นคว้าวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และสังคมศึกษา

หมวด 5 การบริหารและการจัดการศึกษา

ส่วนที่ 1 การบริหารและการจัดการศึกษาของรัฐ

แบ่งเป็นสามระดับ คือ ระดับชาติ ระดับเขตพื้นที่การศึกษาและระดับสถานศึกษา เพื่อเป็นการกระจายอำนาจลงไปสู่ท้องถิ่น และสถานศึกษาให้มากที่สุด

1.1 ระดับชาติ

ให้มีกระทรวงการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม มีอำนาจหน้าที่ กำกับดูแลการศึกษาทุกระดับและทุกประเภทรวมทั้ง การศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม กำหนดนโยบาย แผน และมาตรฐานการศึกษาสนับสนุนทรัพยากรรวมทั้งการติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการจัดการศึกษา ศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม

กระทรวงการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม มีองค์กรหลักที่เป็นคณะ บุคคลในรูปสภาหรือคณะกรรมการสี่องค์กร คือ

- สภาการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรมแห่งชาติ

- คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
- คณะกรรมการการอุดมศึกษา
- คณะกรรมการการศาสนาและวัฒนธรรม

มีหน้าที่พิจารณาให้ความเห็นหรือให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรี หรือคณะรัฐ มนตรีและมีอำนาจหน้าที่อื่นตามที่กฎหมายกำหนด

ให้สำนักงานของทั้งสี่องค์กรเป็นนิติบุคคล มีคณะกรรมการแต่ละองค์กร ประกอบด้วย กรรมการ โดยตำแหน่งจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนองค์กรเอกชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนองค์กรวิชาชีพ และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีจำนวนไม่น้อยกว่าจำนวนกรรมการประเภทอื่นรวมกัน มีเลขาธิการของแต่ละสำนักงาน เป็นกรรมการและเลขานุการ

สภาการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรมแห่งชาติ มีหน้าที่พิจารณาเสนอนโยบาย แผน และมาตรฐานการศึกษาของชาติ นโยบายและแผนด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม การสนับสนุนทรัพยากร การประเมินผลการจัดการศึกษา การดำเนินการด้านศาสนาศิลปะและวัฒนธรรม รวมทั้งการพิจารณากลั่นกรองกฎหมายและกฎกระทรวง

คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีหน้าที่พิจารณาเสนอนโยบาย แผนพัฒนา มาตรฐานและหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานที่สอดคล้องกับแผนการศึกษา ศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรมแห่งชาติ การสนับสนุนทรัพยากร การติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน

คณะกรรมการการอุดมศึกษา มีหน้าที่พิจารณาเสนอนโยบาย แผนพัฒนา และมาตรฐานการอุดมศึกษาที่สอดคล้องกับแผนการศึกษา ศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรมแห่งชาติ การสนับสนุนทรัพยากร การติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยคำนึงถึงความเป็นอิสระตามกฎหมายว่าด้วยการจัดตั้งสถานศึกษาแต่ละแห่ง

คณะกรรมการการศาสนาและวัฒนธรรม มีหน้าที่พิจารณาเสนอนโยบายและแผนพัฒนาที่สอดคล้องกับแผนการศึกษา ศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรมแห่งชาติ การสนับสนุนทรัพยากร การติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินการด้านศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม สถานศึกษาของ

รัฐที่จัดการศึกษาระดับปริญญาเป็นนิติบุคคล ดำเนินการจัดการศึกษาและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสภาสถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการจัดตั้งสถานศึกษานั้น ๆ

1.2 ระดับเขตพื้นที่การศึกษา

การบริหารและการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานและการอุดมศึกษาระดับต่ำ กว่าปริญญา ให้ยึดเขตพื้นที่การศึกษาโดยคำนึงถึงปริมาณสถานศึกษา และจำนวนประชากรเป็นหลัก รวมทั้งความเหมาะสมด้านอื่นด้วย

ในแต่ละเขตพื้นที่การศึกษาให้มีคณะกรรมการและสำนักงานการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรมเขตพื้นที่การศึกษา ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลสถานศึกษาขั้นพื้นฐานและสถานศึกษาระดับอุดมศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญา ประสานส่งเสริมและสนับสนุนสถานศึกษาเอกชนในเขตพื้นที่การศึกษา ประสานและส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถจัดการศึกษาสอดคล้องกับนโยบายและมาตรฐานการศึกษา ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการศึกษาของบุคคล ครอบครัว องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ สถาบันศาสนา สถานประกอบการ และสถาบันสังคมอื่นที่จัดการศึกษาในรูปแบบที่หลากหลาย รวมทั้งการกำกับดูแลหน่วยงานด้านศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรมในเขตพื้นที่การศึกษา

คณะกรรมการเขตพื้นที่การศึกษา ประกอบด้วยผู้แทนองค์กรชุมชน ผู้แทนองค์กรเอกชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนสมาคมผู้ประกอบวิชาชีพครู และผู้ประกอบวิชาชีพบริหารการศึกษา ผู้แทนสมาคมผู้ปกครองและครู ผู้นำทางศาสนาและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา ศาสนา ศิลปวัฒนธรรม โดยให้ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรมเขตพื้นที่การศึกษาเป็นกรรมการและเลขานุการของคณะกรรมการ

1.3 ระดับสถานศึกษา

ให้แต่ละสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน และสถานศึกษาอุดมศึกษาระดับ ต่ำกว่าปริญญา มีคณะกรรมการสถานศึกษา เพื่อทำหน้าที่กำกับและส่งเสริมสนับสนุนกิจการของสถานศึกษาและจัดทำสาระของหลักสูตรในส่วนที่เกี่ยวกับสภาพปัญหาในชุมชนและสังคมภูมิปัญญาท้องถิ่น คุณลักษณะอันพึงประสงค์

คณะกรรมการสถานศึกษาประกอบด้วย ผู้แทน ผู้ปกครอง ผู้แทนครู ผู้แทนองค์กรชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนศิษย์เก่าของสถานศึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ และให้ผู้บริหารสถานศึกษาเป็นกรรมการและเลขานุการของคณะกรรมการ

ทั้งนี้ ให้กระทรวงกระจายอำนาจ ทั้งด้านวิชาการ งบประมาณ การบริหารงานบุคคล และการบริหารทั่วไป ไปยังคณะกรรมการและสำนักงานการศึกษาฯ เขตพื้นที่การศึกษา และสถานศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษาโดยตรง

ส่วนที่ 2 การบริหารและการจัดการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดการศึกษาได้ทุกระดับและทุกประเภทตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการภายในท้องถิ่น เพื่อเป็นการรองรับสิทธิและการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามที่กำหนดในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อม รวมทั้งประสานและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดการศึกษาได้

ส่วนที่ 3 การบริหารและการจัดการศึกษาของเอกชน

สถานศึกษาเอกชนเป็นนิติบุคคลจัดการศึกษาได้ทุกระดับและทุกประเภท มีคณะกรรมการบริหาร ประกอบด้วยผู้บริหารสถานศึกษาเอกชน ผู้รับใบอนุญาต ผู้แทนผู้ปกครอง ผู้แทนองค์กรชุมชน ผู้แทนครู ผู้แทนศิษย์เก่าและผู้ทรงคุณวุฒิ การบริหารและการจัดการศึกษาของเอกชนให้มีความเป็นอิสระ โดยมีการกำกับ ติดตาม ประเมินคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาจากรัฐ และต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาเช่นเดียวกับสถานศึกษาของรัฐ รวมทั้งรัฐต้องให้การสนับสนุนด้านวิชาการและด้านเงินอุดหนุน การลดหย่อนหรือยกเว้นภาษี รวมทั้งสิทธิประโยชน์อื่นตามความเหมาะสม ทั้งนี้ การกำหนดนโยบายและแผนการจัดการศึกษาของรัฐของเขตพื้นที่การศึกษา หรือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้คำนึงถึงผลกระทบต่อการจัดการศึกษาของเอกชน โดยให้รับฟังความคิดเห็นของเอกชน และประชาชนประกอบการพิจารณาด้วย ส่วนสถานศึกษาของเอกชนระดับปริญญา ให้ดำเนินกิจการโดยอิสระภายใต้การกำกับดูแลของสภาสถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชน

หมวด 6 มาตรฐานและการประกันคุณภาพการศึกษา

ให้มีระบบการประกันคุณภาพการศึกษาทุกระดับ ประกอบด้วย ระบบการประกันคุณภาพภาย

ใน และระบบการประกันคุณภาพภายนอก

หน่วยงานต้นสังกัด และสถานศึกษา จัดให้มีระบบการประกับคุณภาพภายใน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร และจัดทำรายงานประจำปีเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเปิดเผยต่อสาธารณชน

ให้มีการประเมินคุณภาพภายนอกของสถานศึกษาทุกแห่งอย่างน้อยหนึ่งครั้งทุกห้าปี โดยสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา ซึ่งเป็นองค์การมหาชนทำหน้าที่พัฒนาเกณฑ์วิธีการประเมินและจัดให้มีการประเมินดังกล่าว รวมทั้งเสนอผลการประเมินต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณชน ในกรณีที่ผลการประเมินภายนอกไม่ได้มาตรฐานให้สำนักงานรับรองมาตรฐานฯ จัดทำข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานต้นสังกัด ให้สถานศึกษาปรับปรุง ภายในระยะเวลาที่กำหนด หากมิได้ดำเนินการ ให้สำนักงานรับรองมาตรฐานฯ รายงานต่อคณะกรรมการต้นสังกัด เพื่อให้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขต่อไป

หมวด 7 ครู คณาจารย์ และบุคลากรทางการศึกษา

ให้กระทรวงส่งเสริมให้มีระบบ กระบวนการผลิตและพัฒนาครู คณาจารย์ และบุคลากรทางการศึกษาให้มีคุณภาพและมาตรฐานที่เหมาะสมกับการเป็นวิชาชีพชั้นสูง โดยรัฐจัดสรรงบประมาณและกองทุนพัฒนาครู คณาจารย์ และบุคลากรทางการศึกษาอย่างเพียงพอ มีกฎหมายว่าด้วยเงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการ ฯลฯ ให้มีองค์กรวิชาชีพครู ผู้บริหารสถานศึกษา และผู้บริหารการศึกษา เป็นองค์กรอิสระมีอำนาจหน้าที่กำหนดมาตรฐานวิชาชีพ ออกและเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ รวมทั้งกำกับดูแลการปฏิบัติตามมาตรฐานและจรรยาบรรณของวิชาชีพ

ครู ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารการศึกษาและบุคลากรทางการศึกษาอื่นทั้งของรัฐและเอกชน ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ทั้งนี้ ยกเว้น ผู้ที่จัดการศึกษาตามอัธยาศัย จัดการศึกษาในศูนย์การเรียน วิทยากรพิเศษ และผู้บริหารการศึกษาระดับเหนือเขตพื้นที่การศึกษา

ให้ข้าราชการของหน่วยงานทางการศึกษาในระดับสถานศึกษาและระดับเขตพื้นที่การศึกษาเป็นข้าราชการในสังกัดองค์กรกลางบริหารงานบุคคลของข้าราชการครู ตามหลักการกระจายอำนาจการบริหารงานบุคคลสู่เขตพื้นที่การศึกษาและสถานศึกษา

การผลิตและพัฒนาคณาจารย์และบุคลากรทางการศึกษา การพัฒนามาตรฐานและจรรยาบรรณของวิชาชีพ และการบริหารงานบุคคลของข้าราชการหรือพนักงานของรัฐในสถานศึกษาระดับปริญญาที่เป็นนิติบุคคลให้เป็นไปตามกฎหมายเฉพาะของสถานศึกษานั้น ๆ

หมวด 8 ทรัพยากรและการลงทุนเพื่อการศึกษา

ให้มีการระดมทรัพยากรและการลงทุนด้านงบประมาณ การเงิน และทรัพย์สิน ทั้งจากรัฐ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น บุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กรชุมชน เอกชน องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ สถาบันศาสนา สถานประกอบการ สถาบันสังคมอื่นและต่างประเทศมาใช้จัดการศึกษา โดยให้รัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้มาตรการภาษีส่งเสริมและให้แรงจูงใจ รวมทั้งใช้มาตรการลดหย่อน หรือยกเว้นภาษีตามความเหมาะสม

สถานศึกษาของรัฐที่เป็นนิติบุคคล มีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้และจัดหาผลประโยชน์จากทรัพย์สินของสถานศึกษา ทั้งที่เป็นที่ราชพัสดุ และที่เป็นทรัพย์สินอื่น รวมทั้งหารายได้จากบริการของสถานศึกษาที่ไม่ขัดกับภารกิจหลักอสังหาริมทรัพย์ที่สถานศึกษาของรัฐได้มา ทั้งจากผู้อุทิศให้หรือซื้อหรือแลกเปลี่ยนจากรายได้ของสถานศึกษา ให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสถานศึกษา บรรดารายได้และผลประโยชน์ต่าง ๆ ของสถานศึกษาของรัฐดังกล่าว ไม่เป็นรายได้ที่ต้องส่งกระทรวงการคลัง

ให้สถานศึกษาของรัฐที่ไม่เป็นนิติบุคคล สามารถนำรายได้และผลประโยชน์ต่าง ๆ มาจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดการศึกษาของสถาบันนั้น ๆ ได้ตามระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนด

ให้รัฐจัดสรรงบประมาณแผ่นดินให้กับการศึกษา โดยจัดสรรให้ผู้เรียนและสถานศึกษา ทั้งของรัฐและเอกชน ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ในรูปเงินอุดหนุนทั่วไปเป็นค่าใช้จ่ายรายบุคคล กองทุนประเภทต่าง ๆ และทุนการศึกษา รวมทั้งให้มีระบบการตรวจสอบ ติดตามและประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลการใช้จ่ายงบประมาณการจัดการศึกษาด้วย

หมวด 9 เทคโนโลยีเพื่อการศึกษา

รัฐจัดสรรคลื่นความถี่ สื่อตัวนำและโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต่อการส่งวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ วิทยุโทรคมนาคม และการสื่อสารในรูปอื่นเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษา การทะนุบำรุง ศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรมตามความจำเป็น รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนาการผลิตและพัฒนาแบบเรียน ตำรา สื่อสิ่งพิมพ์อื่น วัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยีเพื่อการศึกษาอื่น โดยจัดให้มีเงินสนับสนุนและเปิดให้มีการแข่งขันโดยเสรีอย่างเป็นธรรม รวมทั้งการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการใช้เทคโนโลยีเพื่อการศึกษา

ให้มีการพัฒนาบุคลากรทั้งด้านผู้ผลิตและผู้ใช้เทคโนโลยีเพื่อการศึกษา เพื่อให้ผู้เรียนได้พัฒนา

ขีดความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการศึกษาในโอกาสแรกที่ทำได้ อันจะนำไปสู่การแสวงหาความรู้ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

ให้มีการระดมทุน เพื่อจัดตั้งกองทุนพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการศึกษา จากเงินอุดหนุนของรัฐ ค่าสัมปทานและผลกำไรที่ได้จากการดำเนินกิจการ ด้านสื่อสารมวลชน เทคโนโลยีสารสนเทศ และโทรคมนาคมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรประชาชน รวมทั้งให้มีการลดอัตราค่าบริการเป็นพิเศษในการใช้เทคโนโลยี

ให้มีหน่วยงานกลาง ทำหน้าที่พิจารณาเสนอนโยบาย แผน ส่งเสริม และประสานการวิจัย การพัฒนาและการใช้ รวมทั้งการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการผลิตและการใช้เทคโนโลยีเพื่อการศึกษา

บทเฉพาะกาล

1. นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

1) ให้กฎหมาย ข้อบังคับ คำสั่ง ฯลฯ เกี่ยวกับการศึกษา ศาสนา ศิลปะและวัฒน ธรรมเดิมที่ใช้อยู่ยังคงใช้บังคับได้ต่อไป จนกว่าจะมีการปรับปรุงแก้ไขตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งต้องไม่เกินห้าปี

2) ให้กระทรวง ทบวง กรม หน่วยงานการศึกษาและสถานศึกษาที่มีอยู่ ยังคงมี ฐานะและอำนาจหน้าที่เช่นเดิม จนกว่าจะจัดระบบการบริหารและการจัดการศึกษาใหม่ตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งต้องไม่เกินสามปี

3) ให้ดำเนินการออกกฎกระทรวง เพื่อแบ่งระดับและประเภทการศึกษาของการ ศึกษาขั้นพื้นฐาน รวมทั้งการแบ่งระดับหรือการเทียบระดับการศึกษานอกระบบหรือการศึกษาตามอัธยาศัย ให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งปี

2. ในวาระเริ่มแรก มิให้นำ

1) บทบัญญัติเกี่ยวกับการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานสิบสองปี และการศึกษาภาค บังคับเก้าปี มาใช้บังคับ จนกว่าจะมีการดำเนินการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งต้องไม่เกินห้าปี นับจากวันที่รัฐธรรมนูญใช้บังคับ และภายในหกปี ให้กระทรวงจัดให้สถานศึกษาทุกแห่ง มีการประเมินผลภายนอกครั้งแรก

2) นำบทบัญญัติในหมวด 5 การบริหารและการจัดการศึกษา และหมวด 7 ครู คณาจารย์และบุคลากรทางการศึกษามาใช้บังคับ จนกว่าจะมีการดำเนินการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งต้องไม่เกินสามปี

[84]

ทั้งนี้ขณะที่การจัดตั้งกระทรวงยังไม่แล้วเสร็จให้นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ และรัฐมนตรีว่าการทบวงมหาวิทยาลัย รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้ออกกฎกระทรวงระเบียบ และประกาศเพื่อปฏิรูปตามพระราชบัญญัตินี้ในส่วนที่เกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ของตน รวมทั้งให้กระทรวงศึกษาธิการ ทบวงมหาวิทยาลัย และสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ทำหน้าที่กระทรวงการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องแล้วแต่กรณี

3. ให้จัดตั้งสำนักงานปฏิรูปการศึกษา เป็นองค์การมหาชนเฉพาะกิจ ทำหน้าที่

1) เสนอการจัดโครงสร้าง องค์กร การแบ่งส่วนงาน ตามสาระบัญญัติในหมวดที่ว่า ด้วยการบริหารและการจัดการศึกษา การจัดระบบครู คณาจารย์และบุคลากรทางการศึกษา การจัดระบบทรัพยากร และการลงทุนเพื่อการศึกษา

2) เสนอร่างกฎหมาย และปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ ระเบียบ และคำสั่ง ในส่วนที่เกี่ยวกับการจัดโครงสร้างและระบบต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นเพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัตินี้

3) ตามอำนาจหน้าที่อื่นที่กำหนดในกฎหมายองค์การมหาชน

4. คณะกรรมการบริหารสำนักงานปฏิรูปการศึกษามีเก้าคน ประกอบด้วย ประธานกรรมการและกรรมการ ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์ และมีความเชี่ยวชาญ ด้านการบริหารการศึกษา การบริหารรัฐกิจ การบริหารงานบุคคล การงบประมาณการเงินและการคลัง กฎหมายมหาชน และกฎหมายการศึกษา ทั้งนี้ ต้องมีผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมิใช่ข้าราชการหรือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐ ไม่น้อยกว่าสามคน ให้เลขาธิการสำนักงานปฏิรูปการศึกษา เป็นกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการและเลขาธิการมีวาระการดำแหน่งวาระเดียว เป็นเวลาสามปี

ทั้งนี้ ให้มีคณะกรรมการสรรหา จำนวนสิบห้าคน ทำหน้าที่เสนอชื่อบุคคลที่สมควร เป็นคณะกรรมการบริหารสำนักงานปฏิรูปการศึกษา จำนวนสิบแปดคนเพื่อให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการบริหารสำนักงานปฏิรูป จำนวนเก้าคน

[85]

ก้าวต่อไป
การปฏิรูปการศึกษาไทย

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ เป็นกฎหมายแม่บททางการศึกษาของ ประเทศ ที่จะนำไปสู่การปฏิรูปการศึกษา ซึ่งมีภารกิจหลักที่ต้องดำเนินการ คือ

1. การปฏิรูปการเรียนรู้ โดยยึดหลักตามแนวทางและเจตนารมณ์ของ พระราชบัญญัติว่า "**ผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด** " สกศ. ได้เร่งดำเนินการศึกษาวิจัยและพัฒนากระบวนการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพ มีการสืบค้น ยกย่อง และส่งเสริมครูต้นแบบ รวมทั้งมีโครงการนำร่องและประชาสัมพันธ์เพื่อขยายผลทั่วประเทศต่อไป

2. การปฏิรูปโครงสร้างการบริหารการศึกษา จะดำเนินการปรับโครง สร้างองค์กรเพื่อให้เป็นไปตามสาระบัญญัติในหมวดที่ว่าด้วยการบริหารและการจัดการศึกษา พัฒนาวิชาชีพครู โดยจัดระบบครู คณาจารย์ และบุคลากรทางการศึกษา จัดระบบการใช้ทรัพยากรและการลงทุนทางการศึกษาให้มีประสิทธิภาพ โดยจะมีการจัดตั้งสำนักงานปฏิรูปการศึกษาขึ้นทำหน้าที่เสนอแนะการร่างกฎหมายเพื่อรองรับการดำเนินการดังกล่าว

3. การดำเนินงานด้านกฎหมาย จะจัดทำกฎหมายและแก้ไขระเบียบ ต่าง ๆ ตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ จำนวน 32 ฉบับ โดยมีกฎหมายเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการ 10 ฉบับ ได้แก่

1) พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานปฏิรูปการศึกษา
2) พระราชกฤษฎีการจัดตั้งสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา
3) กฎกระทรวงว่าด้วยการศึกษาสำหรับคนพิการ
4) กฎกระทรวงว่าด้วยสิทธิในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน
5) กฎกระทรวงว่าด้วยการแบ่งระดับและประเภทการศึกษาขั้นพื้นฐาน
6) กฎกระทรวงว่าด้วยการแบ่งระดับหรือการเทียบระดับการศึกษานอกระบบหรือการ

[86]

ศึกษาตามอัธยาศัย

7) กฎกระทรวงว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการนับอายุการศึกษาภาคบังคับ

8) กฎกระทรวงว่าด้วยหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจัดการศึกษาเฉพาะทาง

9) พระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี

10) พระราชบัญญัติการอาชีวศึกษา

นอกจากนี้ คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ในคราวประชุมเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2542 ได้มีมติเห็นชอบแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อรองรับการปฏิรูปการศึกษา 3 คณะ คือ

1. คณะอนุกรรมการปฏิรูปการเรียนรู้ โดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์ ประเวศ วะสี เป็นประธาน

2. คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารการศึกษา บุคลากร และการลงทุน เพื่อการศึกษา โดยมีศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร ศรีสอ้าน เป็นประธาน

3. คณะอนุกรรมการวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อการปฏิรูปการศึกษา โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.สิปปนนท์ เกตุทัต เป็นประธาน

การปฏิรูปการศึกษาตามแนวร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ เป็นหน้าที่และภารกิจอันยิ่งใหญ่ของคนไทยทุกคน ที่จะต้องช่วยกันจัดให้คนไทยทุกคนได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพตลอดชีวิต สามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้เต็มตามศักยภาพ

ภาพอนาคตอันรุ่งเรืองของประเทศไทยจะไม่มีวันเป็นจริงได้ ถ้าทุกคนในชาติไม่ร่วมกันปฏิรูปการศึกษา พัฒนาคนไทยและสังคมไทยตั้งแต่บัดนี้

จึงขอเชิญชวนประชาชนชาวไทยทุกคนมาร่วมกันปฏิรูปการศึกษาเพื่อลูกหลานไทยในอนาคต ให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศ เพื่อประเทศไทยจะได้ยืนหยัดอยู่ในสังคมโลกในฐานะชาติที่พัฒนาแล้ว มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีความสงบสุข และดำรงความเป็นไทยอยู่ได้ตลอดไป

สรุปสาระสำคัญ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙

๑ ความนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๕–๒๕๔๙) เป็นแผนที่ได้อัญเชิญแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง* ตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศ โดยยึดหลักทางสายกลาง เพื่อให้ประเทศรอดพ้นจากวิกฤต สามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคง และนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุล มีคุณภาพและยั่งยืน ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และสถานการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังนี้

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

เศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาชี้ถึงแนวการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปใน *ทางสายกลาง* โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควร ต่อการมีผลกระทบใดๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน ทั้งนี้ จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่างๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน และขณะเดียวกันจะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎี และนักธุรกิจในทุกระดับ ให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติ ปัญญา และความรอบคอบ เพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี

---

* *สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิในทางเศรษฐกิจและสาขาอื่นมาร่วมกันประมวลและกลั่นกรองจากพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เรื่องเศรษฐกิจพอเพียง และขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตนำไปเผยแพร่ ซึ่งทรงพระกรุณาปรับปรุงแก้ไขพระราชทานและทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระบรมราชานุญาตตามที่ขอพระมหากรุณา*

การจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันของสังคมไทยใน ๒๐ ปีข้างหน้า โดยนำความคิดของทุกภาคส่วนในสังคมทุกระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับอนุภาค และระดับชาติ มาสังเคราะห์เชื่อมโยงเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบให้เกิดเป็น "วิสัยทัศน์ร่วม" ที่สังคมไทยยอมรับร่วมกัน โดยคำนึงถึงภาพรวมการพัฒนาที่ผ่านมา สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ เพื่อนำไปสู่สังคมไทยที่พึงประสงค์ พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและสร้างคุณค่าที่ดีให้เกิดขึ้นในสังคมไทย

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ จึงเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ชี้กรอบทิศทางการพัฒนาประเทศในระยะปานกลาง ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ระยะยาว และมีการดำเนินการต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๘ ในด้านแนวคิดที่ยึด "คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา" ในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม และให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่สมดุล ทั้งด้านตัวคน สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างระบบบริหารจัดการภายในที่ดีให้เกิดขึ้นในทุกระดับ อันจะทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนที่มี "คน" เป็นศูนย์กลางได้อย่างแท้จริง

จากการประเมินผลการพัฒนาในช่วง ๔ ทศวรรษที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงการพัฒนาที่ขาดสมดุล โดยประสบความสำเร็จเฉพาะในเชิงปริมาณ แต่ขาดความสมดุลด้านคุณภาพ "จุดอ่อน" ของการพัฒนาที่สำคัญ คือ ระบบบริหารทางเศรษฐกิจ การเมือง และราชการยังเป็นการรวมศูนย์อำนาจและขาดประสิทธิภาพ ระบบกฎหมายล้าสมัย นำไปสู่ปัญหาเรื้อรังของประเทศ คือ การทุจริตประพฤติมิชอบที่เกิดขึ้นทั้งในภาคราชการและในภาคธุรกิจเอกชน ขณะเดียวกันคุณภาพการศึกษาของคนไทยยังไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร ไม่สามารถปรับตัวรู้เท่าทันวิทยาการสมัยใหม่ ทั้งฐานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของไทยอ่อนแอ ไม่เอื้อต่อการพัฒนานวัตกรรม รวมทั้งความสามารถในการบริหารจัดการธุรกิจยังด้อยประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้ขีดความสามารถในการแข่งขันของไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้ ความยากจน และความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่รุนแรงขึ้น ได้สร้างความขัดแย้งในสังคมมากขึ้น นอกจากนี้ความอ่อนแอของสังคมไทยที่ตกอยู่ในกระแสวัตถุนิยม ได้ก่อให้เกิดปัญหาทางศีลธรรมและปัญหาสังคมมากขึ้นด้วย

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาที่ผ่านมาได้ก่อให้เกิดทุนทางสังคมและทางเศรษฐกิจหลายประการ ซึ่งเป็น "จุดแข็ง" ของประเทศที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา กล่าวคือ รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้วางพื้นฐานให้เกิดการปฏิรูปที่สำคัญทั้งทางสังคม การเมือง การบริหารภาครัฐ และการกระจายอำนาจ ขณะที่กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและพลังท้องถิ่นชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น สื่อต่างๆ มีเสรีภาพมากขึ้น เอื้อต่อการเติบโตของประชาธิปไตย การป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบและการเสริมสร้างธรรมาภิบาลในสังคมไทย ทั้งจุดแข็งของฐานการผลิตการเกษตรที่หลากหลาย มีศักยภาพเป็นแหล่งผลิตอาหารของโลก พร้อมทั้งมีธุรกิจบริการที่มีความเชี่ยวชาญ มีแหล่งท่องเที่ยวที่มีคุณภาพ และมีเอกลักษณ์ความเป็นไทยมีวัฒนธรรมที่เป็นจุดเด่น รวมทั้งมีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สั่งสมเป็นปึกแผ่นและมีสถาบันหลักยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่งจะช่วยเป็นภูมิคุ้มกันที่สำคัญในการลดความเสี่ยงจากกระแสโลกาภิวัตน์

ขณะเดียวกันกระแสการเปลี่ยนแปลงหลักของโลกเป็นทั้ง "โอกาสและภัยคุกคาม" ต่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะระบบเศรษฐกิจโลกที่เปลี่ยนแปลงสลับซับซ้อนและเชื่อมโยงกันมากขึ้น มีการปรับระเบียบเศรษฐกิจใหม่ของโลกที่นำไปสู่กติกาการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศใหม่ และแนวโน้มการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจในภูมิภาคทั้งระดับทวิภาคีและพหุภาคีที่มีอิทธิพลเพิ่มขึ้น รวมทั้งแนวโน้มการพัฒนาสู่เศรษฐกิจยุคใหม่ที่มีเทคโนโลยีและการใช้ความรู้เป็นฐานการพัฒนา ทำให้ต้องเร่งเตรียมพร้อมทั้งการสร้างระบบ กลไก และพัฒนาคนให้สามารถปรับตัวอย่างรู้เท่าทันได้รวดเร็ว เพื่อคงสถานะการแข่งขันของประเทศและก้าวสู่ระบบเศรษฐกิจยุคใหม่ได้อย่างเท่าทันโลกได้ต่อไป อย่างไรก็ตาม ภาวะเศรษฐกิจโลกที่ยังมีความเปราะบางและมีแนวโน้มที่จะชะลอตัวต่อเนื่อง และคาดว่าจะฟื้นตัวได้ช้ากว่าที่ประมาณการไว้เดิม จะส่งผลต่อเสถียรภาพของเศรษฐกิจไทยซึ่งต้องปรับตัวให้ทัน ทั้งการเร่งปรับฐานเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับฐานรากถึงระดับมหภาค และการปรับนโยบายเศรษฐกิจของประเทศที่เหมาะสม ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

ภายใต้สถานการณ์และแนวโน้มในอนาคตที่จะมีผลต่อการพัฒนาประเทศดังกล่าว แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ จึงเป็นแผนที่ดำเนินการในช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญที่สุดช่วงหนึ่งของประเทศ ที่จำเป็นต้องเร่งรัดการปฏิรูประบบเศรษฐกิจและสังคมให้เกิดสัมฤทธิ์ผลในทางปฏิบัติให้มากยิ่งขึ้น และมุ่งฟื้นฟูเศรษฐกิจให้หลุดพ้นจากภาวะวิกฤต พร้อมทั้งวางรากฐานการพัฒนาระบบเศรษฐกิจภายในประเทศให้มีความเข้มแข็ง มีเสถียรภาพ และมีภูมิคุ้มกันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงจากภายนอกและสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น ขณะเดียวกัน จะต้องให้ความสำคัญลำดับสูงกับการบริหารการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างสภาวะผู้นำร่วมกันในทุกระดับ ในอันที่จะสร้างพลังร่วมกันให้เกิดค่านิยมใหม่ในสังคม ที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการประเทศใหม่ที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของโลก

๒ วิสัยทัศน์การพัฒนาประเทศ

การพัฒนาประเทศไทยในอนาคต ๒๐ ปี มีจุดมุ่งหมายมุ่งเน้นการแก้ปัญหาความยากจนและยกระดับคุณภาพชีวิตของคนส่วนใหญ่ของประเทศ ให้เกิด "การพัฒนาที่ยั่งยืนและความอยู่ดีมีสุขของคนไทย" และสร้างค่านิยมร่วม ให้คนไทยตระหนักถึงความจำเป็นและปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด ทัศนคติ และกระบวนการทำงาน โดยยึด "ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง" เป็นปรัชญานำทางให้เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารจัดการประเทศแนวใหม่ที่มุ่งสู่ประสิทธิภาพและคุณภาพ และก้าวตามโลกได้อย่างรู้เท่าทัน

เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสร้างคุณค่าที่ดีในสังคมไทยบนพื้นฐานของการอนุรักษ์วัฒนธรรมและเอกลักษณ์ของความเป็นไทย จึงได้กำหนดสภาพสังคมไทยที่พึงประสงค์ โดยมุ่งพัฒนาสู่ ***"สังคมที่เข้มแข็งและมีดุลยภาพ"*** ใน ๓ ด้าน คือ

สังคมคุณภาพ ที่ยึดหลักความสมดุล ความพอดี สามารถสร้างคนทุกคนให้เป็นคนดี คนเก่ง พร้อมด้วยคุณธรรม จริยธรรม มีวินัย มีความรับผิดชอบ มีจิตสำนึกสาธารณะ พึ่งตนเองได้ คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีเมืองและชุมชนน่าอยู่ มีระบบดี มีประสิทธิภาพ ระบบเศรษฐกิจมีเสถียรภาพ มีความเข้มแข็งและแข่งขันได้ ได้รับการพัฒนาอย่างยั่งยืนและสมดุลกับทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ระบบการเมืองการปกครองโปร่งใส เป็นประชาธิปไตย ตรวจสอบได้ และมีความเป็นธรรมในสังคมไทย

สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ ที่เปิดโอกาสให้คนไทยทุกคนสามารถคิดเป็นทำเป็น มีเหตุผล มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต รู้เท่าทันโลก เพื่อพร้อมรับกับการเปลี่ยนแปลง สามารถสั่งสมทุนทางปัญญา รักษาและต่อยอดภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม

สังคมสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน ที่ดำรงไว้ซึ่งคุณธรรมและคุณค่าของเอกลักษณ์สังคมไทยที่พึ่งพาเกื้อกูลกัน รู้ รัก สามัคคี มีจารีตประเพณีดีงาม มีความเอื้ออาทร รักภูมิใจในชาติและท้องถิ่น มีสถาบันครอบครัวที่เข้มแข็ง ตลอดจนเครือข่ายชุมชนทั่วประเทศ

ในการพัฒนาประเทศจะยึดหลัก "ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง" เป็นปรัชญานำทางให้การพัฒนายึดทางสายกลาง อยู่บนพื้นฐานของความสมดุลพอดีและความพอประมาณอย่างมีเหตุผล นำไปสู่สังคมที่มีคุณภาพทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง สามารถพึ่งตนเอง มีภูมิคุ้มกันและรู้เท่าทันโลก คนไทยส่วนใหญ่มีการศึกษาและรู้จักเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต เป็นคนดี มีคุณธรรมและซื่อสัตย์สุจริต อยู่ในสังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ สามารถรักษาภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่ไปกับการสืบสานวัฒนธรรมประเพณีที่ดีงาม ดำรงไว้ซึ่งคุณธรรมและคุณค่าทางสังคมไทยที่มีความสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน อันจะเป็นรากฐานของการพัฒนาประเทศอย่างสมดุล มีคุณธรรมและยั่งยืน

เพื่อก้าวสู่วิสัยทัศน์ร่วมของสังคมไทย จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการวาง ***"บทบาทการพัฒนาประเทศ"*** ในอนาคตอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับศักยภาพและบทบาททางเศรษฐกิจของพื้นที่ โดยคนในชุมชนมีส่วนร่วมที่จะวางรากฐานการพัฒนาเป็นสังคมและชุมชนที่เข้มแข็ง มีระบบบริหารจัดการที่ดีในทุกระดับ ขณะเดียวกันมีการใช้ศักยภาพด้านเอกลักษณ์วัฒนธรรมไทยที่ประนีประนอม เปิดกว้าง ในการพัฒนาเป็นแกนประสานการเจรจา เสริมสร้างสันติภาพในภูมิภาคและใช้ศักยภาพด้านการผลิตและบริการเพื่อเตรียมพัฒนาประเทศสู่ความเป็นฐานเศรษฐกิจของภูมิภาค โดยเฉพาะด้านการเกษตร การแปรรูปการเกษตรและอาหาร การเป็นฐานการท่องเที่ยวที่หลากหลาย และเป็นศูนย์กลางการศึกษาและวิทยาการที่เข้มแข็ง ควบคู่ไปกับการพัฒนาเป็นประตูเศรษฐกิจเชื่อมโยงกลุ่มประเทศเพื่อนบ้านและภูมิภาค ด้านการขนส่งทางอากาศ ทางบก และทางน้ำ รวมทั้งการสื่อสารโทรคมนาคมของภูมิภาค โดยอาศัยศักยภาพที่ได้เปรียบของพื้นที่เศรษฐกิจและโครงข่ายบริการพื้นฐานที่พัฒนาขึ้นแล้ว เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศให้ก้าวตามโลกอย่างรู้เท่าทัน

๓ วัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙

เพื่อให้การพัฒนาประเทศเป็นไปตามจุดมุ่งหมายของวิสัยทัศน์ร่วม ภายใต้ "ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง" และสังคมไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๕–๒๕๔๙) จึงกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ ไว้ดังนี้

๓.๑ วัตถุประสงค์

(๑) ***เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจให้มีเสถียรภาพและมีภูมิคุ้มกัน*** สร้างความเข้มแข็งของภาคการเงิน ความมั่นคงและเสถียรภาพของฐานะการคลัง ปรับโครงสร้างเศรษฐกิจเพื่อให้เศรษฐกิจระดับฐานรากมีความเข้มแข็งและสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนเพิ่มสมรรถนะของระบบเศรษฐกิจโดยรวมให้สามารถแข่งขันได้และก้าวทันเศรษฐกิจยุคใหม่

(๒) ***เพื่อวางรากฐานการพัฒนาประเทศให้เข้มแข็ง ยั่งยืน สามารถพึ่งตนเองได้อย่างรู้เท่าทันโลก*** โดยการพัฒนาคุณภาพคน ปฏิรูปการศึกษา ปฏิรูประบบสุขภาพ สร้างระบบคุ้มครองความมั่นคงทางสังคม รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและเครือข่ายชุมชน ให้เกิดการเชื่อมโยงการพัฒนาชนบทและเมืองอย่างยั่งยืน มีการดูแลจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ควบคู่กับการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสังคมไทย

(๓) ***เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่ดีในสังคมไทยทุกระดับ*** เป็นพื้นฐานให้การพัฒนาประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ เน้นการปฏิรูประบบบริหารจัดการภาครัฐ การบริหารจัดการที่ดีของภาคธุรกิจเอกชน การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนา การสร้างระบบการเมืองที่รับผิดชอบต่อสังคม และลดการทุจริตประพฤติมิชอบ

(๔) ***เพื่อแก้ปัญหาความยากจนและเพิ่มศักยภาพและโอกาสของคนไทยในการพึ่งพาตนเอง*** ให้ได้รับโอกาสในการศึกษาและบริการทางสังคมอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง สร้างอาชีพ เพิ่มรายได้ ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ให้ชุมชนและประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและปรับกลไกภาครัฐให้เอื้อต่อการแก้ปัญหา

๓.๒ เป้าหมาย

(๑) ***เป้าหมายดุลยภาพทางเศรษฐกิจ*** สร้างความเข้มแข็งของเศรษฐกิจมหภาค ให้เศรษฐกิจโดยรวมขยายตัวอย่างมีคุณภาพและเสถียรภาพ โดยมีเป้าหมายให้เศรษฐกิจขยายตัวโดยเฉลี่ยร้อยละ ๔-๕ ต่อปี สามารถเพิ่มการจ้างงานใหม่ในประเทศได้ไม่ต่ำกว่า ๒๓๐,๐๐๐ คนต่อปี มีอัตราเงินเฟ้อเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๓ ต่อปี รักษาการเกินดุลบัญชีเดินสะพัดให้คงอยู่เฉลี่ยประมาณร้อยละ ๑-๒ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ และรักษาทุนสำรองเงินตราต่างประเทศให้มีเสถียรภาพเพื่อสร้างความเชื่อมั่นของนักลงทุน รวมทั้งปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เพิ่มสมรรถนะภาคการผลิตให้แข่งขันได้ โดยให้การส่งออกขยายตัวไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖ ต่อปี ให้ผลิตภาพการผลิตรวมในภาคเกษตรเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๐.๕ ต่อปี ผลิตภาพการผลิตรวมในภาคอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๒.๕ ต่อปี และผลิตภาพของแรงงานเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๓ ต่อปี เพิ่มรายได้จากการท่องเที่ยว โดยมีรายได้จากนักท่องเที่ยวต่างประเทศเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๗-๘ ต่อปี และให้คนไทยท่องเที่ยวภายในประเทศเพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓ ต่อปี

(๒) ***เป้าหมายการยกระดับคุณภาพชีวิต*** ให้ประเทศไทยมีโครงสร้างประชากรที่สมดุล และขนาดครอบครัวที่เหมาะสม โดยรักษาแนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรให้อยู่ในระดับทดแทนอย่างต่อเนื่อง คนไทยมีสุขภาพดี มีคุณภาพ รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงมีคุณธรรม มีจิตสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวม ให้ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีการศึกษาโดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๙ ปี ในปี ๒๕๔๙ ยกระดับการศึกษาของแรงงานไทยให้ถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไปไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ ในปี ๒๕๔๙ ขยายการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และให้มีระบบการคุ้มครองทางสังคมที่สร้างหลักประกันแก่คนไทยทุกช่วงวัย ตลอดจนเพิ่มความเข้มแข็งให้ชุมชนและประชาสังคมและใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็งขับเคลื่อนให้เกิดการมีส่วนร่วมพัฒนาเมืองน่าอยู่ ชุมชนน่าอยู่ รวมทั้งปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพและประชาชนมีส่วนร่วม

(๓) ***เป้าหมายการบริหารจัดการที่ดี*** สร้างระบบราชการที่มีประสิทธิภาพ มีขนาดและโครงสร้างที่เหมาะสม ท้องถิ่นมีขีดความสามารถจัดเก็บรายได้สูงขึ้นและมีระบบสนับสนุนการกระจายอำนาจให้โปร่งใส มีระบบตรวจสอบด้วยการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง เพื่อให้การป้องกันและปราบปรามการทุจริตประพฤติมิชอบเกิดประสิทธิผลอย่างแท้จริง

(๔) ***เป้าหมายการลดความยากจน*** ให้มีการดำเนินมาตรการทางเศรษฐกิจที่เอื้ออาทรต่อคนจน พร้อมทั้งเพิ่มโอกาสการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างศักยภาพให้คนจนเข้มแข็ง มีภูมิคุ้มกัน สามารถพึ่งตนเองได้ เพื่อลดสัดส่วนคนยากจนของประเทศให้อยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ ๑๒ ของประชากรในปี ๒๕๔๙

๔ ยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

ภายใต้วัตถุประสงค์และเป้าหมายหลักดังกล่าว เพื่อให้การดำเนินงานในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เห็นควรกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาที่สนับสนุนและเชื่อมโยงกัน ๓ กลุ่มยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ๗ ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ดังนี้

กลุ่มที่หนึ่ง การสร้างระบบบริหารจัดการที่ดีให้เกิดขึ้นในทุกภาคส่วนของสังคม มีความสำคัญเป็นลำดับสูงสุด เน้นการปฏิรูปให้เกิดกลไกการบริหารจัดการที่ดีทั้งในภาคการเมือง ภาคราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนาประเทศที่มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส ให้มีความรับผิดชอบ สามารถตรวจสอบได้ ซึ่งจะเป็นรากฐานสำคัญและเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีให้สังคมไทยพร้อมรับกระแสการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งจะช่วยป้องกันและขจัดปัญหาการทุจริตและประพฤติมิชอบ ประกอบด้วย

(๑) ***ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการที่ดี*** เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการผลักดันให้ทุกยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนไปได้ โดยให้ความสำคัญกับ

(๑.๑) **การปรับระบบบริหารจัดการภาครัฐให้มีประสิทธิภาพและโปร่งใส** โดยปรับโครงสร้าง ลดขนาด และปรับบทบาทให้สอดคล้องระบบราชการแนวใหม่ มีระบบข้อมูลที่น่าเชื่อถือ มีเอกภาพ และเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกัน มีระบบการทำงานที่ลดความซ้ำซ้อน ระบบงบประมาณเป็นแบบมุ่งผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาตามแผนชาติ รวมทั้งปรับปรุงระบบกฎหมายให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของสังคมทั้งภายในและภายนอกประเทศ ส่งเสริมการใช้กฎหมายคุ้มครองสิทธิประชาชน และสนับสนุนให้สื่อและประชาชนมีบทบาทตรวจสอบกระบวนการยุติธรรม

(๑.๒) **การกระจายภารกิจและความรับผิดชอบให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างโปร่งใส** โดยเตรียมความพร้อมและปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควบคู่กับการเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคประชาสังคม

(๑.๓) **การป้องกันและปราบปรามการทุจริตประพฤติมิชอบ** ทั้งในภาคการเมือง ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยสร้างจิตสำนึกประชาชนมีส่วนร่วมตรวจสอบและต่อต้านการทุจริตประพฤติมิชอบ รวมทั้งรักษาผลประโยชน์ของส่วนรวม

(๑.๔) **การพัฒนาและเสริมสร้างกลไกการตรวจสอบถ่วงดุลทุกภาคส่วนในสังคม** โดยสนับสนุนองค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญ และสนับสนุนบทบาทสื่อในการตรวจสอบนักการเมืองและข้าราชการ เพื่อระบบการเมืองที่โปร่งใส สร้างจิตสำนึกของข้าราชการ นักธุรกิจ และประชาชนให้มีความรับผิดชอบต่อสาธารณะ

(๑.๕) **การเสริมสร้างระบบการบริหารจัดการที่ดีของภาคเอกชน** ให้มีความโปร่งใส มีระบบการทำงานที่สามารถตรวจสอบได้ รักษาผลประโยชน์ของผู้ถือหุ้นทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน มีความรับผิดชอบต่อสาธารณะ รวมทั้งสร้างความเป็นธรรมแก่ผู้ผลิตและผู้บริโภค

(๑.๖) **การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน** โดยสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องและมีคุณภาพให้เป็นภูมิคุ้มกัน อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม สร้างเครือข่ายชุมชน ให้สามารถพึ่งพาตนเอง ดูแลซึ่งกันและกัน ตลอดจนสร้างจิตสำนึกให้ดำเนินชีวิต โดยยึดทางสายกลาง ความพอเพียง มีคุณธรรม มีวินัย และมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ เคารพในสิทธิของตนเองและผู้อื่น เพื่อเป็นรากฐานที่ดีของสังคม

กลุ่มที่สอง การเสริมสร้างฐานรากของสังคมให้เข้มแข็ง เป็นกลุ่มยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคน ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้เป็นแกนหลักของสังคมไทย มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้เชื่อมโยงกับการพัฒนาชนบทและเมือง รวมตลอดทั้งมีการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ให้สามารถสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจและการยกระดับคุณภาพชีวิตให้คนไทยอยู่ดีมีสุขได้อย่างยั่งยืน ประกอบด้วย

(๒) ***ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและการคุ้มครองทางสังคม*** ให้ความสำคัญกับ

(๒.๑) **การพัฒนาคนให้มีคุณภาพและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง** โดยปฏิรูประบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นการป้องกัน ปฏิรูปการศึกษาและกระบวนการเรียนรู้ ยกระดับทักษะฝีมือของคนไทยให้ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับโครงสร้างการผลิตและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถคิดเป็น ทำเป็น รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง มีคุณธรรม มีระเบียบวินัย และความรับผิดชอบ

(๒.๒) **การส่งเสริมให้คนมีงานทำ** โดยมุ่งสร้างผู้ประกอบอาชีพส่วนตัวและผู้ประกอบการขนาดเล็ก กระจายโอกาสการมีงานทำในทุกๆพื้นที่ทั่วประเทศ ขยายการจ้างงานนอกภาคเกษตร และส่งเสริมให้เกิดการจ้างงานในต่างประเทศ เพื่อขยายตลาดแรงงานใหม่ๆ ให้แก่แรงงานไทย

(๒.๓) **การปรับปรุงระบบการคุ้มครองทางสังคมให้มีประสิทธิภาพ** ครอบคลุมทั่วถึงและเป็นธรรม เพื่อสร้างหลักประกันแก่คนทุกช่วงวัย โดยเพิ่มประสิทธิภาพระบบหลักประกันสังคม เตรียมความพร้อมของท้องถิ่นในการร่วมรับผิดชอบการบริการทางสังคม ปรับปรุงกฎหมายคุ้มครองแรงงาน ปรับปรุงรูปแบบการคุ้มครองกลุ่มคนยากจนและผู้ด้อยโอกาส

(๒.๔) **การป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน** โดยปรับปรุงระบบบริหารจัดการให้มีเอกภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหา เร่งบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา ปราบปรามและดำเนินการทางกฎหมายอย่างจริงจังตลอดจนประสานความร่วมมือกับต่างประเทศเพื่อสกัดกั้นขบวนการผลิตและค้ายาเสพติด รวมทั้งปรับระบบบริหารจัดการด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม

(๒.๕) **การส่งเสริมบทบาทครอบครัว องค์กรทางศาสนา โรงเรียน ชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน อาสาสมัคร และสื่อมวลชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา** โดยส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งในการดูแลและพัฒนาสมาชิกในทุกด้าน สร้างและปลุกจิตสำนึกในความรักชาติและความเป็นไทยอย่างจริงจัง สนับสนุนบทบาทสถาบันทางสังคมต่างๆ ในการทำนุและพัฒนามรดกทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น พัฒนาบุคลากรทางศาสนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาสื่อมวลชนทุกประเภทให้มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคม

(๓) ***ยุทธศาสตร์การปรับโครงสร้างการพัฒนาชนบทและเมืองอย่างยั่งยืน*** ให้ความสำคัญกับ

(๓.๑) **การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและการพัฒนาเมืองน่าอยู่ ชุมชนน่าอยู่** เน้นการพัฒนากระบวนการชุมชนเข้มแข็งให้เป็นฐานรากที่มั่นคงของสังคม มีการระดมพลังแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม มีการพัฒนาเมืองน่าอยู่และชุมชนน่าอยู่ โดยสร้างสภาวะแวดล้อมที่ดีเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต วิถีชีวิตของคนในเมืองและชุมชนให้เกิดความสงบ สะดวก สะอาด ปลอดภัย และมีระเบียบวินัย รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่น และพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากให้เข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ตลอดจนสร้างกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาเมืองน่าอยู่ ชุมชนน่าอยู่อย่างต่อเนื่อง

(๓.๒) **การแก้ปัญหาความยากจนในชนบทและเมืองภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม** ที่มุ่งเน้นการปรับกระบวนทรรศน์และการจัดการการแก้ไขปัญหาความยากจนอย่างเป็นองค์รวม เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ เน้นที่ตัวคนจนด้วยการพัฒนาศักยภาพเพิ่มขีดความสามารถให้คนจนก่อร่างสร้างตัวพึ่งตนเองมากขึ้น และพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหาเชิงระบบและโครงสร้าง โดยมีการปรับระบบบริหารจัดการภาครัฐ ปฏิรูปกฎหมาย และปรับปรุงกฎระเบียบ เพื่อสร้างโอกาสให้คนยากจนสามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้อย่างทั่วถึง และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติเป็นปัจจัยการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมไม่ขัดต่อกฎระเบียบ

(๓.๓) **การสร้างความเชื่อมโยงของการพัฒนาชนบทและเมืองอย่างเกื้อกูล** เพื่อกระจายโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคมให้เท่าเทียมกัน โดยสร้างความเข้มแข็งเศรษฐกิจในระดับฐานราก สร้างความมั่นคงทางรายได้ให้แก่คนในชนบท พัฒนาการรวมกลุ่มกิจกรรมทางเศรษฐกิจเชื่อมโยงพื้นที่ชนบทและเมือง และส่งเสริมการพัฒนาให้สอดคล้องกับศักยภาพและบทบาททางเศรษฐกิจของพื้นที่ในระดับต่างๆ

(๓.๔) **การจัดการพื้นที่เชิงบูรณาการที่ยึดพื้นที่ภารกิจและการมีส่วนร่วม** และเตรียมความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีคนดีและระบบดี เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ โดยปรับกลไกการจัดการพื้นที่และสร้างเครือข่าย เพื่อให้ทุกภาคส่วนในสังคมร่วมกันทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้

(๔) ***ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม*** ให้ความสำคัญกับ

(๔.๑) **การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม** เพื่อเอื้อต่อการใช้ประโยชน์และการอนุรักษ์ฟื้นฟู และการพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากของประเทศ โดยปรับกลไกและกระบวนการจัดการเชิงบูรณาการที่เน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนไทยให้มีจิตสำนึกในการอนุรักษ์สภาพแวดล้อมของชาติ เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และมีการจัดทำฐานข้อมูลระดับพื้นที่ เพื่อการติดตาม ตรวจสอบอย่างมีประสิทธิภาพ

(๔.๒) **การอนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติให้มีความอุดมสมบูรณ์** โดยคุ้มครองและกำหนดเขตพื้นที่อนุรักษ์เพื่อรักษาสมดุลของระบบนิเวศ และมีการใช้ประโยชน์ที่สอดคล้องกับสมรรถนะ จัดทำแผนหลักฟื้นฟูชายฝั่งและทะเลไทยให้คืนความอุดมสมบูรณ์ อนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพเพื่อรักษาสมดุลของระบบนิเวศ ใช้ทรัพยากรน้ำอย่างมีประสิทธิภาพ และฟื้นฟูทรัพยากรดินให้สามารถใช้ประโยชน์เพื่อเพิ่มผลผลิตการเกษตร รวมทั้งส่งเสริมการอนุรักษ์และใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด

(๔.๓) **การอนุรักษ์ฟื้นฟูและรักษาสภาพแวดล้อมชุมชน ศิลปวัฒนธรรม และแหล่งท่องเที่ยว** ให้เกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจชุมชน โดยรักษาสภาพแวดล้อมแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ ศิลปกรรม โบราณคดี เพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน และใช้ผังเมืองเป็นกลไกประสานการจัดการสิ่งแวดล้อมเมือง ให้เกิดความน่าอยู่และยั่งยืน

(๔.๔) **การบริหารจัดการปัญหามลพิษอย่างมีประสิทธิภาพ** เพื่อพัฒนาให้เมืองและชุมชนมีความน่าอยู่ โดยส่งเสริมการพัฒนาระบบกำจัดของเสียอันตรายที่เป็นที่ยอมรับของชุมชน บังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดและจริงจัง พัฒนาเทคโนโลยีเพื่ออนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษ ควบคู่ไปกับการปรับปรุงมาตรฐานจัดการมลพิษให้ได้มาตรฐานสากล

กลุ่มที่สาม การปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจให้เข้าสู่สมดุลและยั่งยืน เป็นกลุ่มยุทธศาสตร์ที่เน้นการบริหารนโยบายเศรษฐกิจมหภาค ที่มุ่งส่งเสริมให้ฐานเศรษฐกิจของประเทศแข็งแกร่งและขยายตัวได้อย่างมีคุณภาพ โดยปรับฐานเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับฐานรากถึงระดับมหภาค และมีความเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจโลกอย่างรู้เท่าทัน บนพื้นฐานการพึ่งตนเอง และมีภูมิคุ้มกันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงจากภายนอก ควบคู่ไปกับการรักษาสมรรถนะและขีดความสามารถในการแข่งขันทั้งระดับมหภาคและระดับสาขา รวมทั้งการสร้างความพร้อมและพัฒนาความเข้มแข็งทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เน้นการพัฒนานวัตกรรมและการปรับใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย

(๕) ***ยุทธศาสตร์การบริหารเศรษฐกิจส่วนรวม*** ให้ความสำคัญกับ

(๕.๑) **การดำเนินนโยบายการเงินเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อวิกฤตเศรษฐกิจและช่วยกระจายความเจริญและสร้างความเป็นธรรม** โดยการดูแลสภาพคล่องและรักษาเสถียรภาพด้านราคาและอัตราแลกเปลี่ยนที่เหมาะสม สร้างความเข้มแข็งและระบบระวังภัยของภาคการเงิน ปรับปรุงการกำกับดูแลสถาบันการเงินให้มีประสิทธิภาพและโปร่งใส และปรับปรุงบทบาทของภาคการเงินในการกระจายความเจริญและความเป็นธรรม ตลอดจนเพิ่มบทบาทของตลาดทุนเพื่อกระตุ้นการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจและให้เป็นทางเลือกของแหล่งระดมทุนของประเทศ

(๕.๒) **การดำเนินนโยบายการคลังและสร้างความมั่นคงของฐานะการคลังและกระจายความเจริญสู่ภูมิภาค** โดยเพิ่มการใช้จ่ายและใช้มาตรการภาษีสนับสนุนการขยายตัวของเศรษฐกิจ รักษาวินัยทางการคลัง และบริหารหนี้สาธารณะอย่างมีประสิทธิภาพ บริหารรายได้รายจ่ายและทรัพย์สินของรัฐเพื่อความยั่งยืนฐานะการคลังในระยะยาว รวมทั้งส่งเสริมระบบการออมของประเทศ ตลอดจนกระจายอำนาจการคลังและถ่ายโอนภารกิจสู่ท้องถิ่นอย่างเหมาะสม

(๕.๓) **การเตรียมความพร้อมของเศรษฐกิจและสังคมภายในประเทศ** ให้มีภูมิคุ้มกันจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ โดยเน้นการสร้างความพร้อมในการเจรจาต่อรองทางการค้า และประสานกลไกความร่วมมือเพื่อการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศให้เป็นประโยชน์ต่อคนส่วนใหญ่ของประเทศ

(๖) ***ยุทธศาสตร์การเพิ่มสมรรถนะและขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ*** ให้ความสำคัญกับ

(๖.๑) **การปรับโครงสร้างภาคการผลิตและการค้า** เพื่อสร้างฐานการผลิตในประเทศให้เข้มแข็ง พึ่งพาตนเอง และสร้างภูมิคุ้มกันของระบบเศรษฐกิจ โดยพัฒนาคุณภาพคน วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการผลิตและวิธีการผลิต ในการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานของสินค้าให้ตรงความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ สร้างสมดุลระหว่างการผลิตกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระจายความเสี่ยงที่เกิดจากการเปิดเสรีการค้าและการลงทุน และเตรียมความพร้อมในการปรับตัวให้เข้ากับเศรษฐกิจยุคใหม่

(๖.๒) **เพิ่มประสิทธิภาพและยกระดับคุณภาพโครงสร้างพื้นฐาน** เพื่อเพิ่มสมรรถนะภาคการผลิตและบริการ โดยใช้ประโยชน์จากโครงสร้างพื้นฐานที่ได้พัฒนาขึ้นแล้วให้คุ้มค่า และพัฒนาให้มีคุณภาพอยู่ในระดับมาตรฐาน

(๖.๓) **การผลักดันขบวนการเพิ่มผลผลิตของประเทศ** โดยการพัฒนากลไกในการเพิ่มผลผลิต ทั้งการพัฒนาเครือข่ายประสานความร่วมมือภาครัฐ เอกชน และประชาชนควบคู่ไปกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในด้านต่าง ๆ

(๖.๔) **การพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม และระบบสหกรณ์** ให้เป็นฐานรากที่เข้มแข็งในการสร้างรายได้ของประเทศ ตลอดจนเน้นความเชื่อมโยงเครือข่ายการผลิตและบริการอย่างเป็นระบบครบวงจร

(๖.๕) **ปรับปรุงระบบเจรจาและความร่วมมือในเวทีระหว่างประเทศ** เพื่อสร้างเอกภาพในการเจรจาทางการค้า และเสริมสร้างอำนาจต่อรองของไทยในเวทีเศรษฐกิจการค้าการลงทุนระหว่างประเทศ รวมทั้งส่งเสริมความร่วมมือทางเศรษฐกิจกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อเป็นการวางรากฐานการพัฒนาประเทศในระยะยาว

(๖.๖) **ส่งเสริมการค้าบริการที่มีศักยภาพเพื่อสร้างงานและกระจายรายได้** โดยพัฒนาการท่องเที่ยวเพื่อเพิ่มการจ้างงานและกระจายรายได้สู่ชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ในการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงคุณภาพ และพัฒนาธุรกิจบริการที่มีศักยภาพใหม่ๆ ให้สอดคล้องกับศักยภาพของท้องถิ่น ซึ่งรวมถึง วิถีชีวิต สภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ ศิลปวัฒนธรรมและประเพณีพื้นบ้าน ตลอดจนการส่งเสริมไทยเที่ยวไทย และการประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน

(๗) ***ยุทธศาสตร์การพัฒนาความเข้มแข็งทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*** ให้ความสำคัญกับ

(๗.๑) **การประยุกต์ใช้และการพัฒนาเทคโนโลยี** โดยเน้นการนำไปใช้ประโยชน์ในภาคการผลิต และสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาตามศักยภาพของคนไทย โดยสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงเทคโนโลยี เน้นการใช้เทคโนโลยีในการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและยกระดับคุณภาพสินค้า กระตุ้นการพัฒนานวัตกรรมทางเทคโนโลยีของตนเองเพื่อต่อยอดภูมิปัญญาท้องถิ่น และลดการนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศ

(๗.๒) **การพัฒนากำลังคนด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี** โดยการปฏิรูปการศึกษาที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์ การรู้เท่าทันโลก และการพัฒนาบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทั้งปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้สามารถเลือก รับประยุกต์ใช้ และพัฒนาเทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(๗.๓) **การยกระดับการพัฒนาและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร** เพื่อเป็นโครงสร้างพื้นฐานสำคัญในการเผยแพร่องค์ความรู้และข่าวสาร ช่วยสนับสนุนการฟื้นฟูเศรษฐกิจและการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

(๗.๔) **การบริหารการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่มุ่งประสิทธิผล** ให้นำไปประยุกต์ใช้ในเชิงพาณิชย์ได้ โดยกระตุ้นให้ภาคเอกชนเป็นผู้นำ ในขณะที่ภาครัฐเป็นผู้สนับสนุนและนักวิชาการมีส่วนร่วม

๕ ลำดับความสำคัญของการพัฒนา

ในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเร่งด่วนของประเทศ ภายใต้ทรัพยากรภาครัฐที่มีอยู่จำกัด ซึ่งต้องฟื้นฟูเศรษฐกิจให้แข็งแกร่ง มั่นคง และปรับฐานเศรษฐกิจของประเทศให้สามารถขยายตัวต่อเนื่องในอนาคตได้อย่างมีคุณภาพ โดยมีแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

๕.๑ การเร่งฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจให้ฟื้นตัวอย่างรวดเร็วและมีเสถียรภาพ โดยดำเนินนโยบายเร่งรัดการคลังด้านการใช้จ่ายของภาครัฐ นโยบายภาษี และนโยบายการเงินระยะสั้นที่เน้นการดูแลสภาพคล่องให้เพียงพอ และรักษาเสถียรภาพด้านราคาและอัตราแลกเปลี่ยนไม่ให้ผันผวนเกินไป ชะลอการไหลออกนอกประเทศของเงินทุน และรักษาการเกินดุลบัญชีเดินสะพัดไม่ให้ลดลงมาก รวมตลอดทั้งการแก้ปัญหาและกระตุ้นการขยายตัวของภาคการผลิต โดยเฉพาะการส่งออก การท่องเที่ยว วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม การก่อสร้างและอสังหาริมทรัพย์ และธุรกิจบริการอื่นๆ ที่มีศักยภาพ ควบคู่กับการฝึกอบรมทักษะฝีมือแรงงานให้สามารถสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างการผลิตและตลาดแรงงาน เพื่อเพิ่มการจ้างงานและขีดความสามารถในการหารายได้เงินตราต่างประเทศ

๕.๒ การสร้างความเข้มแข็งของเศรษฐกิจฐานราก เน้นพัฒนาธุรกิจชุมชนโดยส่งเสริมการระดมทุนในลักษณะกองทุนหมุนเวียน เพื่อการดำเนินธุรกิจควบคู่ไปกับการขยายโครงการสินเชื่อรายย่อยเพื่อบรรเทาปัญหาสภาพคล่อง ให้ความสำคัญกับการสร้างผลิตภัณฑ์และบริการที่มีการพัฒนารูปแบบและคุณภาพได้มาตรฐาน มีเอกลักษณ์เฉพาะ รวมทั้งพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เข้าถึงชุมชนเพื่อการแปรรูปผลผลิต ตลอดจนเสริมสร้างประสิทธิภาพด้านการตลาดและการกระจายผลผลิตที่เชื่อมโยงระหว่างตลาดท้องถิ่นสู่ตลาดระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และต่างประเทศ

๕.๓ การบรรเทาปัญหาสังคม โดยต้องเร่งป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในเชิงรุกให้ครบวงจร พัฒนาระบบประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม พัฒนาทักษะฝีมือแรงงานควบคู่กับการสร้างงานรองรับ ขณะเดียวกันต้องมีการขยายขอบเขตการคุ้มครองแรงงานให้ครอบคลุมทั้งในและนอกระบบ ให้ความสำคัญกับการป้องกันและปราบปรามการทุจริตประพฤติมิชอบ ทั้งในภาครัฐ ภาคการเมือง และภาคเอกชนอย่างจริงจัง รวมทั้งปลุกจิตสำนึกให้เกิดความนิยมไทยและรักชาติอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง

๕.๔ การแก้ปัญหาความยากจน ที่มุ่งจัดการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นองค์รวม เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ เน้นที่ตัวคนจนและสภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหาเชิงระบบและโครงสร้าง โดย

(๑) ***เสริมสร้างโอกาสให้คนยากจนสามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้อย่างทั่วถึง*** โดยการกระจายบริการศึกษา สาธารณสุขที่มีทางเลือกเหมาะกับวิถีชีวิตของคนยากจน และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงแหล่งความรู้ แหล่งข้อมูลข่าวสาร

(๒) ***สร้างโอกาสให้คนยากจนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ*** ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตและประกอบอาชีพของคนยากจน ให้คนยากจนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติได้อย่างเป็นธรรมและยั่งยืน

(๓) ***พัฒนาโครงข่ายการคุ้มครองทางสังคมเพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตแก่คนยากจน*** โดยการปรับปรุงรูปแบบและแนวการดำเนินงานให้เข้าถึงกลุ่มคนยากจนและผู้ด้อยโอกาสได้อย่างแท้จริง รวมทั้งจัดสวัสดิการสังคมที่สอดคล้องกับปัญหาและตรงกับความต้องการของคนยากจนและผู้ด้อยโอกาสในแต่ละพื้นที่

(๔) ***พัฒนาเศรษฐกิจฐานรากให้เข้มแข็งเพื่อสร้างศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถให้คนยากจนสามารถก่อร่างสร้างตัวและพึ่งตนเองได้มากขึ้น*** โดยส่งเสริมการรวมกลุ่มเป็นองค์กรชุมชนเครือข่ายองค์กรชุมชนที่เข้มแข็ง ผ่านกระบวนการเรียนรู้ ให้เกิดการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหาของตน ควบคู่ไปกับการสร้างความมั่นคงด้านอาชีพและเพิ่มรายได้ ด้วยการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนอย่างครบวงจร สนับสนุนการรวมกลุ่มอาชีพ ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และเทคโนโลยีที่เหมาะสม สร้างผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพเชื่อมโยงสู่ตลาดภายในและต่างประเทศได้

(๕) ***ปรับระบบการบริหารจัดการภาครัฐให้เอื้อต่อการสร้างโอกาสให้คนยากจน*** โดยสนับสนุนให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขความยากจนที่มีความชัดเจนของกลุ่มเป้าหมายคนยากจนในแต่ละพื้นที่ มีมาตรการเฉพาะตามศักยภาพของกลุ่มคนยากจนในชนบทและในเมือง รวมทั้งให้มีการประสานแผนงานและปรับระบบการจัดสรรงบประมาณลงสู่กลุ่มเป้าหมายคนยากจนอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ ตลอดจนมีการพัฒนาเครื่องชี้วัดความยากจนให้ถูกต้องและปรับได้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

(๖) ***เร่งปฏิรูปกฎหมายและปรับกฎระเบียบ*** ให้คนจนได้รับโอกาส สิทธิและความเสมอภาคในด้านต่างๆ อาทิ สิทธิการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สิทธิการดูแลจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิทธิการประกอบการจากภูมิปัญญาท้องถิ่น และสิทธิการถือครองที่ดินสำหรับกลุ่มคนยากจนในภาคเกษตรที่ไร้ที่ทำกิน

๖ การบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ

การแปลงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ ไปสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องผนึกพลังร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม ในการปรับเปลี่ยนกระบวนทรรศน์การพัฒนาใหม่ ทั้งด้านวิธีคิดและวิธีการทำงาน สามารถสร้างเครือข่ายและประสานความร่วมมือในการแปลงยุทธศาสตร์ และแนวทางการพัฒนาตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย

๖.๑ เริ่มจากกระบวนการสร้างความเข้าใจในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ ไปพร้อมกับการสร้างองค์ความรู้ สร้างสภาวะผู้นำในการบริหารการเปลี่ยนแปลง และขยายเป็นเครือข่ายความร่วมมือกับทุกภาคีการพัฒนาอย่างกว้างขวาง จัดให้มีเวทีเรียนรู้ มีการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์อย่างเป็นระบบในหลากหลายรูปแบบ

๖.๒ ต้องมีการบริหารยุทธศาสตร์ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ พร้อมกับจัดทำแผนการจัดสรรทรัพยากรภาครัฐ เพื่อชี้นำทิศทางการลงทุน ควบคู่ไปกับการจัดทำแผนปฏิบัติการในระดับต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงกันและสอดคล้องกับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙

(๑) ***จัดทำแผนแม่บท*** หรือแผนหลัก ซึ่งมีลักษณะเป็นแผนเฉพาะเรื่องอย่างเป็นองค์รวม ที่ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือระหว่างหลายหน่วยงานและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมดำเนินการอย่างมีบูรณาการ โดยมีระยะเวลาประมาณ ๕ ปี

(๒) ***จัดทำแผนปฏิบัติการ*** ตั้งแต่ระดับชุมชน ระดับท้องถิ่น ตลอดจนแผนปฏิบัติการระดับกระทรวง ทบวง กรม ที่มีการประสานงานในแนวราบระหว่างหน่วยงานและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภายใต้หลักการที่ยึดพื้นที่ ภารกิจ และการมีส่วนร่วม โดยมีระยะเวลาไม่เกิน ๓ ปี มีรายละเอียดกรอบการลงทุน แผนงาน โครงการต่างๆ มีการจัดลำดับความสำคัญและมีแนวทางในการติดตามประเมินผล

๖.๓ เร่งปรับปรุงกลไกและบทบาทของหน่วยงานกลาง ให้สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติ และที่สำคัญที่สุดต้องมีการปรับระบบการจัดสรรงบประมาณที่เน้นผลสัมฤทธิ์ กระจายสู่ท้องถิ่นชุมชนอย่างสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ

๖.๔ ภาครัฐต้องสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในโครงการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ โดยเฉพาะประชาชนในพื้นที่ เพื่อลดความขัดแย้งในสังคม ขณะเดียวกันต้อง**พัฒนาระบบและกลไกติดตามประเมินผล** สร้างดัชนีชี้วัดระดับต่างๆ ตลอดจนพัฒนาระบบฐานข้อมูล และโครงข่ายข้อมูลข่าวสารในทุกระดับ

(1)
สถานการณ์ทั่วไป

1 การพัฒนาประเทศในช่วงที่ผ่านมา

1.1 สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม

เศรษฐกิจไทยเจริญเติบโตอย่างไม่ยั่งยืนและขาดความสมดุล เกิดวิกฤตเศรษฐกิจเป็นผลมาจากการใช้จ่ายเกินตัวและพึ่งพิงต่างประเทศสูง การจัดสรรเงินลงทุนเพื่อการพัฒนาขาดความสมดุล มุ่งด้านกายภาพมากกว่าการพัฒนาศักยภาพคน ฐานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของไทยอยู่ในสภาพที่อ่อนแอและไม่สามารถแข่งขันได้ในเวทีการค้าโลก ฐานการผลิตหลักของประเทศยังอ่อนแอและขาดการพัฒนานวัตกรรม ภาคการเกษตรยังคงพึ่งสินค้าหลักน้อยชนิด ยังเน้นอุตสาหกรรมที่ใช้ทรัพยากรธรรมชาติและแรงงานเป็นหลัก สินค้าและตลาดส่งออกยังมีฐานแคบ สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนานวัตกรรม ศักยภาพของคนไทยและระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นในเชิงปริมาณ แต่ยังมีปัญหาคุณภาพของคน มีความไม่เท่าเทียมกันของการกระจายบริการที่ได้คุณภาพ คนไทยมีการศึกษาสูงขึ้นและสุขภาพอนามัยโดยรวมดีขึ้นระดับหนึ่ง คุณภาพการศึกษาของคนไทยยังไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการแข่งขันของประเทศ การกระจายบริการสาธารณสุขยังมีความเหลื่อมล้ำ กลุ่มผู้ด้อยโอกาสยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง การใช้จ่ายงบประมาณยังให้ความสำคัญด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรค

1.2 ผลกระทบที่สำคัญ

ความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้และปัญหาความยากจนเพิ่มสูงขึ้น ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มที่มีปัญหาความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้สูง การมองปัญหาความยากจนในระยะที่ผ่านมา เน้นเรื่องรายได้ในการยังชีพ แต่ความยากจนที่แท้จริงเกิดจากความขัดสนในหลายด้านที่มีผลให้คนจนขาดศักยภาพในการดำรงชีวิต ภาวะการว่างงานเพิ่มขึ้นและมาตรฐานความเป็นอยู่ของคนไทยมีแนวโน้มลดลง วิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 ได้ส่งผลกระทบให้ภาวะการว่างงานรุนแรงขึ้นเกือบ 3 เท่าตัว มาตรฐานความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของคนไทยลดลง ความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อมอันเกิดจากการถูกทำลายของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม นำไปสู่ความขัดแย้งในสังคมมากขึ้น รวมทั้งปัญหาความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมที่ยังคงความรุนแรงต่อเนื่อง

1.3 ปัญหาเชิงโครงสร้างที่เป็นจุดอ่อนของสังคมไทย

ระบบการบริหาร ทางเศรษฐกิจ การเมืองและระบบราชการ ยังมีลักษณะการรวมศูนย์

อำนาจและขาดประสิทธิภาพ ระบบสถาบันและโครงสร้างการบริหารทางเศรษฐกิจและการเมือง ยังมีกระบวนทรรศน์ของการพัฒนาแบบเก่า ระบบราชการยังอ่อนแอและด้อยประสิทธิภาพ ระบบกฎหมายไทย ยังล้าสมัยปรับไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การทุจริตและประพฤติมิชอบเป็นปัญหาเรื้อรัง จำเป็นต้องเร่งแก้ไข สังคมไทยตกอยู่ในกระแสวัตถุนิยม บริโภคนิยม ขาดการกลั่นกรองการเลือกใช้สินค้าผลิตภัณฑ์และวัฒนธรรมสมัยใหม่จากต่างชาติที่เหมาะสม จึงก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น

2 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและเงื่อนไขที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาในอนาคต

2.1 กระแสโลกาภิวัตน์ที่ประเทศไทยต้องเผชิญในสหัสวรรษใหม่

ระบบเศรษฐกิจโลก เปลี่ยนแปลงเร็ว นับวันยิ่งสลับซับซ้อนและเชื่อมโยงกันมากขึ้น เป็นทั้งโอกาสและภัยคุกคามต่อการพัฒนาประเทศ แนวโน้มการพัฒนาเศรษฐกิจยุคใหม่ นับเป็นเงื่อนไขสำคัญที่เศรษฐกิจไทยต้องเร่งปรับตัว รวมทั้งกระแสความเป็นประชาธิปไตยในประชาคมโลก ก็เป็นโอกาสของการปฏิรูป เพื่อจัดระบบบริหารจัดการที่ดีในสังคมไทย

2.2 เงื่อนไขและสถานการณ์เปลี่ยนแปลงทางสังคมภายในประเทศ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ได้วางพื้นฐานให้เกิดการปฏิรูปที่สำคัญหลายประการ อนึ่งกระแสการก่อตัวของประชาคมและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเข้มแข็งเป็นพลังขับเคลื่อนการพัฒนาในระยะต่อไป สังคมไทยมีลักษณะเป็นสังคมเปิด มีวัฒนธรรมที่ยืดหยุ่นและมีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สั่งสมกันมานาน รวมทั้งการมีสถาบันหลักเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจของคนทั้งชาติ กอปรกับโครงสร้างสังคมไทย มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและสังคมเมืองมากขึ้น จึงเป็นเงื่อนไขที่ต้องมีการปรับโครงสร้างต่างๆรองรับให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง

2.3 เงื่อนไขและสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจมหภาค

การขยายตัวทางเศรษฐกิจในเชิงปริมาณได้ถึงจุดอิ่มตัว ซึ่งแนวโน้มของการขยายตัวทางเศรษฐกิจในช่วงแผน 9 จะอยู่ในระดับปานกลาง และปัญหาการว่างงานยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง ทรัพยากรภาครัฐจะมีจำกัดมากยิ่งขึ้น จำเป็นต้องอาศัยทุนทางเศรษฐกิจที่มีอยู่ให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยต้องให้ความสำคัญต่อการจัดลำดับความสำคัญในการลงทุนด้านต่างๆให้สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร เพิ่มการดูแลบำรุงรักษา บริหารจัดการโครงสร้างพื้นฐานและพื้นที่ทางเศรษฐกิจที่รัฐได้ลงทุนพัฒนาไว้แล้ว ให้อยู่ในสภาพการใช้งานได้ดีได้มาตรฐาน ความปลอดภัย สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการกระจายรายได้ยกระดับคุณภาพชีวิตและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

(2)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) สรุปสาระสำคัญ

1 แนวคิดและปรัชญานำทาง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาแบบองค์รวม ที่ยึด *"คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา"* รวมทั้งได้อัญเชิญแนว*ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง* ตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศให้เป็นไปในทางสายกลาง อันจะทำให้ประเทศรอดพ้นจากวิกฤต สามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคง และนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุล การพัฒนาที่มีคุณภาพและการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อความอยู่ดีมีสุขของคนไทย ให้สังคมไทยเป็นสังคมที่เข้มแข็งและมีดุลยภาพ ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และสถานการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆ

2 วิสัยทัศน์

การพัฒนาประเทศไทยจะยึดหลัก "ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง" ให้การพัฒนาอยู่บนพื้นฐานความสมดุลพอดีและความพอประมาณอย่างมีเหตุผล นำไปสู่สังคมที่มีคุณภาพทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง สามารถพึ่งตนเอง มีภูมิคุ้มกันและรู้เท่าทันโลก คนไทยส่วนใหญ่มีการศึกษาและรู้จักเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต เป็นคนดี มีคุณธรรมและซื่อสัตย์สุจริต อยู่ในสังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ สามารถรักษาภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่ไปกับการลืบสานวัฒนธรรมประเพณีที่ดีงาม ดำรงไว้ซึ่งคุณธรรมและคุณค่าของสังคมไทยที่มีความสมานฉันท์ และเอื้ออาทรต่อกัน อันจะเป็นรากฐานของการพัฒนาประเทศอย่างสมดุล มีคุณภาพและยั่งยืน

3 วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจภายในให้เข้มแข็ง มีเสถียรภาพ และมีระบบภูมิคุ้มกันที่ดี

3.2 เพื่อวางรากฐานการพัฒนาประเทศระยะยาว ให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างรู้เท่าทันโลก

3.3 เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่ดีในสังคมไทยทุกภาคส่วน ทุกระดับ ตั้งแต่ระดับการเมือง ราชการ ธุรกิจเอกชน องค์กรประชาชน ชุมชน จนถึงระดับครอบครัว

3.4 เพื่อแก้ปัญหาความยากจน ด้วยการเพิ่มศักยภาพและโอกาสของคนไทยในการพึ่งพาตนเอง

4 เป้าหมายหลัก

4.1 ดุลยภาพทางเศรษฐกิจ

(1) เศรษฐกิจขยายตัวอย่างมีคุณภาพและเสถียรภาพ โดยเฉลี่ยร้อยละ 4-5 ต่อปี

(2) สามารถเพิ่มการจ้างงานใหม่ในประเทศได้ไม่ต่ำกว่า 230,000 คนต่อปี

(3) อัตราเงินเฟ้อเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 3 ต่อปี

(4) รักษาการเกินดุลบัญชีเดินสะพัดให้คงอยู่เฉลี่ยประมาณร้อยละ 1-2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

(5) เพิ่มสมรรถนะการผลิตให้การส่งออกขยายตัวไม่ต่ำกว่าร้อยละ 6 ต่อปี

(6) ให้ผลิตภาพการผลิตรวมในภาคเกษตรเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 0.5 ต่อปี

(7) ให้ผลิตภาพการผลิตรวมในภาคอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 2.5 ต่อปี

(8) ผลิตภาพของแรงงานเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 3 ต่อปี

(9) เพิ่มรายได้จากการท่องเที่ยว โดยมีรายได้จากนักท่องเที่ยวต่างประเทศเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 7-8 ต่อปี และให้คนไทยท่องเที่ยวภายในประเทศเพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 3 ต่อปี

4.2 การยกระดับคุณภาพชีวิต

(1) รักษาภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรให้อยู่ในภาวะทดแทนอย่างต่อเนื่อง

(2) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการศึกษาโดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 9 ปี ในปี 2549

(3) ยกระดับการศึกษาของแรงงานไทยให้ถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ในปี 2549

(4) มีระบบการคุ้มครองทางสังคมที่สร้างหลักประกันแก่คนไทยทุกช่วงวัย

4.3 การบริหารจัดการที่ดี

(1) ระบบราชการมีประสิทธิภาพ มีขนาดและโครงสร้างเหมาะสม

(2) ท้องถิ่นมีความความสามารถจัดเก็บรายได้สูงขึ้นและมีระบบสนับสนุนการกระจายอำนาจให้โปร่งใส

(3) มีระบบตรวจสอบด้วยการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง เพื่อให้การป้องกันและปราบปรามการทุจริตประพฤติมิชอบเกิดประสิทธิผลอย่างแท้จริง

4.4 การลดความยากจน

(1) ลดสัดส่วนคนยากจนของประเทศให้อยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ 12 ของประชากรในปี 2549

5 ยุทธศาสตร์การพัฒนา

กลุ่มที่หนึ่ง การสร้างระบบบริหารจัดการที่ดีให้เกิดขึ้นในทุกภาคส่วนของสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการที่ดี

(1) การปรับระบบบริหารจัดการภาครัฐให้มีประสิทธิภาพและโปร่งใส

(2) การกระจายภารกิจและความรับผิดชอบให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างโปร่งใส

(3) การป้องกันและปราบปรามการทุจริตประพฤติมิชอบ

(4) การพัฒนาและเสริมสร้างกลไกการตรวจสอบถ่วงดุลทุกภาคส่วนในสังคม

(5) การเสริมสร้างระบบบริหารจัดการที่ดีของภาคเอกชน

(6) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน

กลุ่มที่สอง การเสริมสร้างรากฐานของสังคมให้เข้มแข็ง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาคุณภาพคน และการคุ้มครองทางสังคม

(1) การพัฒนาคนให้มีคุณภาพและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง

(2) การส่งเสริมให้คนมีงานทำ

(3) การปรับปรุงระบบการคุ้มครองทางสังคมให้มีประสิทธิภาพ

(4) การป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

(5) การส่งเสริมบทบาทครอบครัว องค์กรทางศาสนา โรงเรียน ชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน อาสาสมัครและสื่อมวลชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การปรับโครงสร้างการพัฒนาชนบทและเมืองอย่างยั่งยืน

(1) การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและการพัฒนาเมืองน่าอยู่ ชุมชนน่าอยู่

(2) การแก้ปัญหาความยากจนในชนบทและเมืองภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม

(3) การสร้างความเชื่อมโยงของการพัฒนาชนบทและเมืองอย่างเกื้อกูล

(4) การจัดพื้นที่เชิงบูรณาการที่ยึดพื้นที่ภารกิจและการมีส่วนร่วม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(1) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(2) การอนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติให้มีความอุดมสมบูรณ์

(3) การอนุรักษ์ ฟื้นฟูและรักษาสภาพแวดล้อมชุมชน ศิลปวัฒนธรรมและแหล่งท่องเที่ยว

(4) การบริหารจัดการปัญหามลพิษอย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มที่สาม การปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจให้เข้าสู่สมดุลและยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารเศรษฐกิจส่วนร่วม

(1) การดำเนินนโยบายการเงินเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อวิกฤตเศรษฐกิจ และช่วยกระจายความเจริญและสร้างความเป็นธรรม

(2) การดำเนินนโยบายการคลังและสร้างความมั่นคงของฐานะการคลังและกระจายความเจริญสู่ภูมิภาค

(3) การเตรียมความพร้อมของเศรษฐกิจและสังคมภายในประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การเพิ่มสมรรถนะและขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

(1) การปรับโครงสร้างภาคการผลิตและการค้า

(2) การเพิ่มประสิทธิภาพและยกระดับคุณภาพโครงสร้างพื้นฐาน

(3) การผลักดันขบวนการเพิ่มผลผลิตของประเทศ

(4) การพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมและระบบสหกรณ์

(5) ปรับปรุงระบบเจรจาและความร่วมมือในเวทีระหว่างประเทศ

(6) ส่งเสริมการค้าบริการที่มีศักยภาพเพื่อสร้างงานงานและกระจายรายได้

ยุทธศาสตร์ที่ 7 การพัฒนาความเข้มแข็งทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

(1) การประยุกต์ใช้และการพัฒนาเทคโนโลยี

(2) การพัฒนากำลังคนด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

(3) การยกระดับการพัฒนาและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

(4) การบริหารการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่มุ่งประสิทธิผล

6 เป้าหมายยุทธศาสตร์การพัฒนา

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการที่ดี

(1) ภาครัฐมีขนาดและโครงสร้างที่เหมาะสม มีระบบและกลไกการทำงานรวมทั้งระบบงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ สามารถวัดผลงานและผลการให้บริการของภาครัฐ ทั้งด้านความพึงพอใจของประชาชนและต้นทุนการดำเนินงานได้

(2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการจัดบริการสาธารณะ และการพัฒนารายได้ของตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีระบบและกลไกสนับสนุนการกระจายอำนาจอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความโปร่งใส

(3) การดำเนินงานของภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน และภาคการเมือง โปร่งใส มีความซื่อสัตย์สุจริต มีความรับผิดชอบต่อประชาชนและสังคมสูงขึ้น

(4) ธุรกิจของไทยสามารถแข่งขันกับต่างประเทศได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

(5) ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจากภาครัฐอย่างครบถ้วนในเวลาที่รวดเร็ว

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาคุณภาพคน และการคุ้มครองทางสังคม

- *การพัฒนาคุณภาพคน*

(1) ขยายการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

(2) ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ เป็นต้น

(3) ให้ประชาชนมีการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเพิ่มขึ้น

(4) ให้ประชาชนมีการศึกษาโดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 9 ปี ในปี 2549

(5) เพิ่มคุณภาพการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทุกระดับให้ได้มาตรฐาน

(6) ยกระดับการศึกษาของกำลังแรงงานไทยให้ถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ของกำลังแรงงานในปี 2549

(7) เพิ่มโอกาสการมีงานทำในประเทศไม่ต่ำกว่า 230,000 คนต่อปี

- *การสร้างความมั่นคงทางสังคมและความเข้มแข็งของครอบครัว*

(1) ขยายโอกาสการเข้าถึงบริการทางสังคมของกลุ่มคนยากจนและผู้ด้อยโอกาสให้ครอบคลุมทุกคน

(2) ลดสัดส่วนคดีที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เช่น คดียาเสพติด คดีอาชญากรรม เป็นต้น

(3) เพิ่มแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ดูแลโดยชุมชนให้ทั่วถึง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การปรับโครงสร้างการพัฒนาชนบทและเมืองอย่างยั่งยืน

(1) เพิ่มความเข้มแข็งชุมชนและประชาสังคมระดับต่างๆ ให้มีความมั่นคงทางสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ รวมทั้งมีระบบการบริหารจัดการของชุมชนที่ดีให้ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศภายในปี 2549

(2) มีการพัฒนาเมืองและชุมชนให้น่าอยู่ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้กระจายครอบคลุมทั่วประเทศ ภายในปี 2549 กอให้เกิดเศรษฐกิจฐานรากที่เข้มแข็งและช่วยลดความยากจนในชนบทและเมือง

(3) เตรียมพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นประตูเศรษฐกิจของภูมิภาค โดยบริหารจัดการให้ใช้ประโยชน์พื้นที่เศรษฐกิจและโครงข่ายบริการพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(1) ปฏิรูประบบการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพในการกำกับดูแล มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้รวมทั้งให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติ การป้องกัน รวมทั้งการเฝ้าระวังรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมและการก่อมลพิษ

(2) อนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติควบคู่กับการใช้ประโยชน์ โดยให้มีพื้นที่ป่าอนุรักษ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 25 ของพื้นที่ประเทศ ควบคู่ไปกับการอนุรักษ์พื้นที่ป่าชายเลนให้ได้ไม่ต่ำกว่า 1.25 ล้านไร่ ตลอดจนลดปัญหาการชะล้างพังทลายของดินไม่น้อยกว่า 5 ล้านไร่ และฟื้นฟูปรับปรุงบำรุงดินที่มีปัญหาทั้งที่เป็นดินเปรี้ยว ดินเค็ม และดินขาดอินทรีย์วัตถุไม่น้อยกว่า 10 ล้านไร่ ในปี 2549

(3) รักษาคุณภาพน้ำในแม่น้ำสายหลักทุกสายให้มีปริมาณออกซิเจนละลายไม่ต่ำกว่า 2 มิลลิกรัมต่อลิตรตลอดปี และฟื้นฟูคุณภาพน้ำทะเลชายฝั่งให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานของประเทศ รวมทั้งเพิ่มขีดความสามารถในการรวบรวม กำจัดและลดการของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรมและชุมชนให้เพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ของปริมาณของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นทั้งหมด และมีการใช้ประโยชน์มูลฝอยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ของปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้น ตลอดจนควบคุมคุณภาพอากาศให้ปริมาณฝุ่นละอองและสารมลพิษอื่นๆในชุมชนเมืองอยู่ในพิกัดมาตรฐาน

(4) คุ้มครอง ป้องกัน ฟื้นฟู และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของแหล่งมรดกทางวัฒนธรรมไม่ต่ำกว่าปีละ 50 แหล่ง และแหล่งท่องเที่ยวไม่ต่ำกว่าปีละ 15 แห่ง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารเศรษฐกิจส่วนร่วม

(1) เศรษฐกิจขยายตัวโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 4-5 ต่อปี

(2) เพิ่มการจ้างงานใหม่ในประเทศไม่ต่ำกว่า 250,000 คนต่อปี

(3) อัตราเงินเฟ้อเฉลี่ยไม่เกินประมาณร้อยละ 3 ต่อปี

(4) รักษาการเกินดุลบัญชีเดินสะพัดในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 เฉลี่ยร้อยละ 1-2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

(5) ลดการขาดดุลเงินสดของรัฐบาลให้อยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ 1-1.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศภายในปี 2549

(6) บริหารหนี้สาธารณะของประเทศให้อยู่ในระดับประมาณร้อยละ 60-62 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ และดูแลภาระการชำระหนี้ในงบประมาณให้อยู่ในระดับเฉลี่ยร้อยละ 16-18 ของงบประมาณ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การเพิ่มสมรรถนะและขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

- *พัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถการแข่งขันในระดับประเทศ ระดับวิสาหกิจและหน่วยผลิตพื้นฐาน*

(1) ให้ประเทศไทยคงความเป็นแหล่งผลิตอาหารสำคัญของโลก โดยเพิ่มส่วนแบ่งตลาดส่งออกสินค้าเกษตร รวมทั้งเป็นแหล่งแปรรูปสินค้าการเกษตรที่มีคุณภาพสูง

(2) ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศของภาคเกษตรขยายตัวเฉลี่ยประมาณร้อยละ 2.0 ต่อปี โดยที่ผลิตภาพการผลิตรวมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณร้อยละ 0.5 ต่อปี

(3) ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศของภาคอุตสาหกรรมขยายตัวเฉลี่ยประมาณร้อยละ 4.5 ต่อปี โดยผลิตภาพการผลิตรวมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 2.5 ต่อปี

(4) ผลิตภาพแรงงานเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 3 ต่อปี

(5) สร้างความมั่นคงทางภาคเกษตรโดยขยายกระบวนการพัฒนาเกษตรแบบยั่งยืน เพื่อเพิ่มศักยภาพของภาคเกษตรกร ด้วยการยกระดับรายได้ควบคู่กับการมีงานทำ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของเกษตรกร

(6) ให้วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมเข้าสู่ระบบเพิ่มขึ้น โดยมีวิสาหกิจที่จดทะเบียน คิดเป็นสัดส่วนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 72 ของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมทั้งหมดในปี 2549

(7) สร้างเครือข่ายความร่วมมือให้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่องในการพัฒนาคน วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การบริหารจัดการ และโครงสร้างพื้นฐาน

(8) สร้างระบบข้อมูลและตัวชี้วัด เพื่อเป็นเครื่องมือในการติดตามและประเมินผล

- *สร้างความเชื่อมโยงและความสมดุลระหว่างเศรษฐกิจภายในและเศรษฐกิจระหว่างประเทศ โดยการสร้างรากฐานและสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อรองรับระบบเศรษฐกิจเสรี*

(1) ให้การส่งออกสินค้าขยายตัวไม่ต่ำกว่าร้อยละ 6 ต่อปี โดยเพิ่มส่วนแบ่งตลาดส่งออกของไทย ให้อยู่ในระดับร้อยละ 1.1 ของตลาดโลกในปี 2549

(2) ให้มีนโยบายการลงทุนที่เอื้อต่อการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจในระยะยาว โดยมุ่งการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการสร้างมูลค่าเพิ่มควบคู่ไปกับการส่งเสริมการต่อยอดภูมิปัญญาท้องถิ่น และการริเริ่มสร้างเทคโนโลยีด้วยตนเอง

(3) รายได้จากนักท่องเที่ยวต่างประเทศเพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ยร้อยละ 7-8 ต่อปีและให้คนไทยท่องเที่ยวในประเทศเพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 3 ต่อปี

ยุทธศาสตร์ที่ 7 การพัฒนาความเข้มแข็งทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

(1) เพิ่มความสามารถในการประยุกต์ ประดิษฐ์ พัฒนานวัตกรรมทางเทคโนโลยีและความรู้ทางเทคนิค เพื่อเพิ่มผลิตภาพรวมในภาคการเกษตร อุตสาหกรรม ตามเป้าหมายปรับโครงสร้างภาคการผลิต

(2) ให้มีกลไกและเครือข่ายการกระจายและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมแก่ภาคการผลิต รวมถึงประชาชนในทุกภูมิภาคทั่วประเทศ ผ่านศูนย์บริการข้อมูลที่มีอยู่แล้วในระดับจังหวัดและระบบเครือข่ายสารสนเทศจากส่วนกลางสู่ระดับตำบล รวมทั้งอินเตอร์เนตสู่ระดับตำบล และการใช้อินเตอร์เนตในโรงเรียนที่มีความพร้อม และเร่งปรับระบบการจัดการภาครัฐให้เข้าสู่รัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์

(3) เพิ่มค่าใช้จ่ายด้านการวิจัยและพัฒนาของประเทศทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้เป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ หรือให้ภาครัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายการวิจัยและพัฒนาไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี โดยเน้นการปรับปรุงประสิทธิภาพการผลิต ควบคู่กับการใช้ประโยชน์วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร คนยากจน และผู้ด้อยโอกาส

(4) เพิ่มจำนวนนักวิจัยของประเทศเป็น 3.5 คนต่อประชากร 10,000 คน

(5) เพิ่มคุณภาพการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในทุกระดับการศึกษาและเพิ่มสัดส่วนของนักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีต่อกลุ่มสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ให้มากขึ้น

(3)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) สรุปสาระสำคัญ

1 แนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพ

1.1 **สุขภาพคือสุขภาวะ** เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพโดยนิยาม "สุขภาพ" คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นบูรณาการ

1.2 **พัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ** เพื่อให้เชื่อมโยงถึงเหตุปัจจัย ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมการเมืองวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกภาคส่วน

2 วิสัยทัศน์

คนในสังคมไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ และเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค รวมทั้งอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีความพอเพียงทางสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยได้อย่างรู้เท่าทัน

3 พันธกิจหลัก : การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ (All for Health)

ระดมพลังทั้งสังคมเพื่อร่วมสร้างสุขภาพ โดยจะต้องทำให้เกิดสำนึกสุขภาพในสังคมทุกส่วนอย่างทั่วถึง และเปิดโอกาสให้ส่วนต่างๆ ในสังคมมีบทบาทและได้ใช้ศักยภาพของตนในการพัฒนาเพื่อบรรลุสู่สังคมแห่งสุขภาวะ

4 วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อสร้างสุขภาพเชิงรุก ที่มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพดีและการคุ้มครองความปลอดภัยของชีวิตและสุขภาพ ทั้งด้านความปลอดภัยและความมั่นคงของระบบอาหาร ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ การคุ้มครองผู้บริโภค และการป้องกันควบคุมโรค

4.2 เพื่อสร้างหลักประกันที่ช่วยคุ้มครองสุขภาพของประชาชน จากผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนา และการสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงเสมอภาค และเป็นธรรม โดยเฉพาะคนจนและผู้ด้อยโอกาสในสังคม

4.3 เพื่อสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้มีศักยภาพในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ

4.4 เพื่อสร้างกลไกและมาตรการในการสร้างแสวงหา และเพื่อศักยภาพในการคัดกรองการใช้ความรู้เพื่อการพัฒนาสุขภาพ โดยเน้นการวิจัยและพัฒนาเพื่อการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยอย่างรู้เท่าทันเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

5 เป้าหมายการพัฒนา แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

5.1 การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

(1) ประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่การสร้างสุขภาพเชิงรุก

(2) ประกาศใช้พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเงินบำรุงกองทุนจัดเก็บเพิ่มในลักษณะภาษีเสริมร้อยละ 2.0 ของภาษีที่จัดเก็บจากสุราและยาสูบ จากผู้มีหน้าที่เสียภาษีตามกฎหมายว่าด้วยสุราและกฎหมายว่าด้วยยาสูบ เพื่อดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ

(3) มีการจัดทำเป้าหมายและระบบติดตาม เฝ้าระวัง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา และปัจจัยหลักของสุขภาพที่สำคัญอย่างชัดเจน ครอบคลุมพฤติกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเสพยาเสพติด พฤติกรรมทางเพศ ความเครียดและภาวะสุขภาพจิต การบริโภคอาหาร ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพ และการดูแลสิ่งแวดล้อม

(4) ระบบการควบคุมและป้องกันโรค สามารถควบคุมและป้องกันโรคที่เป็นปัญหา และโรคที่แพร่ระบาดข้ามพรมแดนไม่ให้เป็นปัญหาสุขภาพของคนไทย

(5) โครงการขนาดใหญ่ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทุกโครงการมีการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ(Health Impact Study) อย่างมีมาตรฐานทางวิชาการและมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างโปร่งใส

(6) งบประมาณของรัฐเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจากต้นแผนฯ 9 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10

5.2 คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ

(1) ประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

(2) ครอบคลุมทุกคนไม่ว่ารวย/จน คนป่วย/คนแข็งแรง เพื่อเฉลี่ยความเสี่ยง

(3) ครอบคลุมบริการทุกประเภท(การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ) ทั้งเชิงรุกและตั้งรับ

(4) ทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์หลัก(Core Package)เท่าเทียมกันและเป็นธรรม โดยมีภาระทางการเงินตามศักยภาพทางเศรษฐกิจ

(5) ทุกคนมีสิทธิเลือกลงทะเบียนกับสถานบริการสาธารณสุขระดับต้น

(6) มีระบบการจ่ายเงินที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพ โดยวิธีการผสมผสานรูปแบบการจ่ายเงินตามความเหมาะสมและมีการประเมินผลเป็นระยะ

5.3 การสร้างความเสมอภาคทางด้านสุขภาพ

(1) ทุกคนมีสิทธิเสมอภาคกันในการได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขของรัฐ

(2) ทรัพยากรด้านสุขภาพมีการกระจายอย่างเสมอภาค

- มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในชนบทไม่เกิน 1 ต่อ 6,000 เมื่อสิ้นแผนฯ 9
- มีอัตราส่วนเตียงต่อประชากรในชนบทไม่กิน 1 ต่อ 600 เมื่อสิ้นแผนฯ 9

5.4 การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างขององค์กร/กลไกของรัฐในการพัฒนาสุขภาพ

(1) มีการจัดตั้งองค์กรกำหนดนโยบายสุขภาพและกำกับดูแลระบบสุขภาพระดับชาติ

(2) มีระบบ/โครงสร้าง/กลไกและองค์กรของรัฐ เพื่อรองรับนโยบายสุขภาพแห่งชาติทั้งด้านการวางแผนพัฒนา การวางแผนด้านการเงินการคลัง การวางแผนด้านกำลังคน การกำหนดมาตรฐานคุณภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ การประเมินเทคโนโลยี การวิจัยสุขภาพ การตรวจสอบและการติดตามประเมินผล

(3) บทบาทภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ปรับเปลี่ยนไปเป็นผู้กำกับดูแลระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีสุขภาพแนวใหม่ โดยไม่มุ่งเน้นเป็นผู้ให้บริการเอง

(4) บทบาทภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ปรับเปลี่ยนไปเป็นผู้วางแผนและสนับสนุนการผลิตบุคลากรแทนการผลิตบุคลากรเอง โดยการถ่ายโอนงานการผลิตและหรือแปรรูปหน่วยงานผลิตให้เป็นองค์การมหาชน หรือสถาบันการศึกษาของรัฐ อื่นๆ ตามความเหมาะสม

(5) เน้นยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ภาครัฐแบบบูรณาการ โดยจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาบุคลากรไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ

(6) เน้นยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม และสร้างเครือข่ายภาคีสุขภาพทุกภาคส่วนในกระบวนการวางแผนและการนำแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง

5.5 การสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

(1) เริ่มการพัฒนาระบบและรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี 2545

(2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการพัฒนาศักยภาพ ทั้งทางด้านการบริหารจัดการและวิชาการให้พร้อมรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

(3) มีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542

(4) มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

(5) มีกระบวนการพัฒนาสุขภาพที่ยึดหลักการพื้นที่ ภารกิจ และการมีส่วนร่วม โดยเน้นพื้นที่เป็นหลักและให้จังหวัดสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเบ็ดเสร็จ

5.6 การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของประชาชน/ครอบครัว/ชุมชน/ประชาคม

(1) มุ่งเน้นการใช้ระบบการศึกษาและระบบสื่อมวลชนในการสร้างศักยภาพ ภูมิปัญญาและการเรียนรู้ของประชาชนเพื่อการสร้างเสริมทักษะชีวิตและสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ โดยเน้นเรื่องการสร้างระบบสื่อสารสองทาง เช่น คลื่นวิทยุ/คลื่นโทรทัศน์"สุขภาพ" อินเตอร์เนตสุขภาพ

(2) จัดสรรงบประมาณดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูล และเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่ประชาชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพ

(3) มีระบบและองค์กรควบคุมกำกับคุณภาพข้อมูล และการคัดกรองการบริโภคข้อมูลสุขภาพ

(4) มุ่งเน้นการสนับสนุนทรัพยากรในการสร้างความเข้มแข็งองค์กรประชาสังคม

- จัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 2.0 เพื่อสร้างความหลากหลายของแกนนำสุขภาพระดับชุมชนในการพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐาน

- จัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 เพื่อการสนับสนุนและพัฒนาเครือข่ายและองค์กรเอกชนด้านสุขภาพ

(5) ประชาคมสุขภาพและองค์กรประชาสังคมเพื่อสุขภาพ มีบทบาท สนับสนุน และตรวจสอบการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน

5.7 การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นทั้งเขตเมืองและ ชนบท โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการขั้นสูง

(1) สถานบริการสาธารณสุขระดับต้นทุกแห่ง มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่มีคุณภาพสูงขึ้น

(2) มีเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นในเขตเมืองและชนบทครอบคลุมอย่างกว้างขวาง (คลินิก หน่วยบริการผู้ป่วยนอกสาขา ศูนย์บริการสาธารณสุข, สถานีอนามัย, ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน)

(3) จำกัดการขยายตัวของสถานบริการสาธารณสุขขั้นกลาง/สูง (รพช./รพท./รพศ./โรงพยาบาลในเขตเมืองอื่นๆ) ทั้งภาครัฐ/เอกชน โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการตามความเหมาะสมเป็นสำคัญ

(4) มีการกำหนดแผนการจัดระบบทรัพยากรสุขภาพ(Health Facility Planning) และกลไกระดับชาติในการควบคุมการขยายตัวและปรับปรุงการกระจายของสถานบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

(5) มีระบบเครือข่ายบริการระดับต้น บริการขั้นกลางและขั้นสูง เป็นกลุ่มและมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ระบบการกระจายอำนาจ และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

5.8 การพัฒนาคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข

(1) มีการจัดตั้งองค์กรรับผิดชอบการพัฒนาระบบและการควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานสถานบริการสาธารณสุขระดับประเทศ

(2) มีการกำหนดคุณภาพมาตรฐานของสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับ โดยมุ่งเน้นระบบคุณภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย และทัดเทียมกับมาตรฐานสากล

(3) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนทุกแห่ง ที่เป็นคู่สัญญาหลักของระบบประกันสังคม ได้มาตรฐานที่กำหนดไว้ในปี 2547

(4) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนทุกแห่ง ได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ภายในปี 2549

5.9 การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ โดยเน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกทั้งจากภูมิปัญญาไทย และสากล

(1) จัดงบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.0 ของงบประมาณด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการวิจัยและ พัฒนาด้านสุขภาพ โดยมีกลไกการบริหารที่เป็นอิสระและคล่องตัว (องค์การมหาชนในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข) ใช้การจัดการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สถาบันวิชาการทุกแห่งมุ่งวิจัยเพื่อแก้ปัญหาที่มีลำดับความสำคัญสูง

(2) มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเป็นองค์การมหาชน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 ของงบประมาณของรัฐด้านสุขภาพ

(3) สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนมีการใช้ยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐานถูกต้องตามกฎหมายและเป็นไปตามหลักวิชาการอย่างประหยัดคุ้มค่าในการให้บริการ โดยในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน มีการใช้ยาสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 และ 5 ของมูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาลตามลำดับ

5.10 การสนับสนุนอุตสาหกรรมสุขภาพ

(1) ชุมชน/ครัวเรือน/ธุรกิจผลิตผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อใช้ในประเทศและส่งออก

(2) มีการสนับสนุนและลดอุปสรรค ในเรื่องการส่งออกผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพรวมทั้งการขายบริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติ

(3) ประชาชนและสถานบริการสาธารณสุขใช้ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพที่ผลิตในประเทศเพื่อลดการนำเข้า

5 ยุทธศาสตร์การพัฒนา

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาไว้ 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการสร้างสุขภาพเชิงรุก

เร่งสร้างสุขภาพเชิงรุกอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งที่ปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี ควบคู่กับการเร่งรัดมาตรการและกลไกการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า

มุ่งพัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน ระบบและวิธีการบริหารจัดการ ของระบบบริการ ระบบควบคุม เฝ้าระวัง ป้องกันโรค ระบบการเงินการคลังและกลไกการกำกับดูแล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพในการจัดการ รวมทั้งสร้างเครือข่ายระบบสุขภาพเพื่อเป็นหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ปฏิรูประบบโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ

ปฏิรูประบบโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้มีเอกภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใสตรวจสอบได้ และสามารถตอบสนองต่อความหลากหลายของพื้นที่ รวมทั้งเอื้อต่อการมีส่วนร่วมและสามารถระดมศักยภาพของสังคมทุกส่วนและทุกระดับเพื่อร่วมพัฒนาสุขภาวะของสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมเพื่อสุขภาพ

มุ่งส่งเสริมบทบาทองค์กรการปกครองท้องถิ่น และสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ตลอดจนภาคประชาสังคมทุกระดับให้มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดสรรและบริหารทรัพยากร และการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของท้องถิ่น รวมทั้งการติดตามตรวจสอบการทำงานของภาครัฐ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ

มุ่งสร้างระบบบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ การวิจัยและภูมิปัญญาสุขภาพ รวมทั้งสื่อ การเรียนรู้และวัฒนธรรมสุขภาพ เพื่อให้สามารถสร้าง ผสมผสานและพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาพแบบพึ่งตนเอง เพื่อการสร้างเศรษฐกิจชุมชนและของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและระบบสุขภาพใหม่

มุ่งการผลิตและพัฒนาคุณภาพกำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีปริมาณและคุณภาพเหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ พัฒนาทักษะการทำงานใหม่และการสร้างเสริมกลไกด้านคุณธรรมและจริยธรรม รวมทั้งพัฒนาขีดความสามารถและภาวะผู้นำในผู้บริหารทุกระดับ

ส่วนที่ 1 (4)

แนวคิดและกระบวนทัศน์

แผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนาสุขภาพในช่วงที่ผ่านมา ถึงแม้ว่ากระบวนการพัฒนาจะต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคจนไม่สามารถบรรลุซึ่งเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ทั้งหมดก็ตาม แต่อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนามีความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง ดังจะเห็นได้จากสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทยโดยรวมดีขึ้น อาทิ ในปี 2544 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น เพศชายมีอายุ เพิ่มขึ้นเป็น 69.9 ปีและเพศหญิงเพิ่มขึ้นเป็น 74.9 ปี ในปีเดียวกันอัตราตายทารกต่อเด็กเกิดมีชีพพันคนลดลงเป็น 21.5 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2544) อย่างไรก็ดี หากพิจารณาเปรียบเทียบตามดัชนีวัดประสิทธิภาพของระบบสุขภาพจากรายงานสุขภาพโลก พ.ศ. 2543 ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นการประมาณการในปี 2540 ประเทศไทยมีดัชนีวัดสภาวะสุขภาพในภาพเฉลี่ยจากอายุคาดเฉลี่ยที่ปรับด้วยความพิการหรือความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Expectancy : DALE) อยู่ในอันดับที่ 99 จากประเทศสมาชิกทั้งหมด 191 ประเทศ และเป็นอันดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศอาเซียน 10 ประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงเวลา/จำนวนปีที่มีชีวิตอยู่อย่างสุขภาพดีของประชาชนคนไทยอยู่ในอันดับปานกลาง กล่าวคือ 66.0 ปีในชายและ 70.4 ปีในหญิง

อย่างไรก็ตาม จากวิกฤตทางเศรษฐกิจ เมื่อปี 2540 ทำให้เศรษฐกิจของประเทศมีการชะลอตัว ธุรกิจขนาดใหญ่ประสบภาวะล่มสลาย คนไทยว่างงานจำนวนมาก ส่งผลกระทบในวงกว้างต่อคนไทยและสังคมไทยอย่างมาก เกิดปัญหาความยากจน ปัญหาคุณภาพชีวิต ต่อเนื่องมาถึงเรื่องสุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต มีผลกระทบและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงแผน 8 ดังได้กล่าวข้างต้น ซึ่งวิกฤตเศรษฐกิจดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ถือเป็นโอกาสที่จะได้ทบทวนเพื่อปรับหาแนวทางกระบวนการบริหารจัดการ ไม่ให้เกิดวิกฤตรอบใหม่ขึ้นอีก โดยวิเคราะห์ จุดแข็งและจุดอ่อนภายในองค์กร วิเคราะห์ โอกาสและอุปสรรคภายนอกองค์กรที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงาน กำหนดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา นำแนวคิด คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ เน้นการปฏิรูประบบการบริหารจัดการ เน้นการพัฒนาศักยภาพคน และพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวคน ให้ประสานสอดคล้องกับการพัฒนาองค์ประกอบอื่นๆพร้อมๆกันไป โดยมุ่งการดำเนินงานเชิงรุก การสร้างสุขภาพให้ถึงพร้อมทั้งสุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์

กันอย่างเป็นเอกภาพ โดยประชาชนมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด โดยที่ไม่ละเลยการพัฒนาระบบซ่อมสุขภาพควบคู่กันไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพอย่างแท้จริง จากแนวคิดดังกล่าว นำมากำหนดกรอบวิสัยทัศน์ และทิศทางการพัฒนา ในช่วงแผน 9 ให้สอดคล้องกับบทบัญญัติของ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 การปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ การกระจายอำนาจ แนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ รวมถึงข้อผูกพันของประเทศไทยที่มีต่อองค์กรระหว่างประเทศในการพัฒนาสังคม จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 54 เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2544 ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินการที่เป็นเอกภาพ การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและการประสานการทำงานอย่างเข้มแข็งจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ชุมชน สังคม เพื่อมุ่งสู่ฉากทัศน์เดียวกัน คือ การประสานช่องว่างทางสุขภาพด้วยการทำให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงสิ่งที่ต้องการ หรือจำเป็นทางด้านสุขภาพ ที่มีความถูกต้องทางเทคนิค วิชาการ และคุณภาพของการบริการทั้งด้านการป้องกันและรักษาโรค

นอกจากนี้เพื่อให้การพัฒนาประเทศทุกด้าน มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกันอย่างเป็นเอกภาพ การจัดทำแผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข ได้นำกรอบวิสัยทัศน์ แนวทางการพัฒนาจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) และแนวทางการพัฒนาจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ มาผนวกกับผลการศึกษาการประเมินผลแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ที่ผ่านมา ผลจากการระดมสมองและการมีส่วนร่วมจากทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิและประชาชน มาประมวลและสังเคราะห์เป็นแนวทาง กำหนดวิสัยทัศน์และทิศทางการพัฒนาสุขภาพในแผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีสาระสำคัญดังนี้

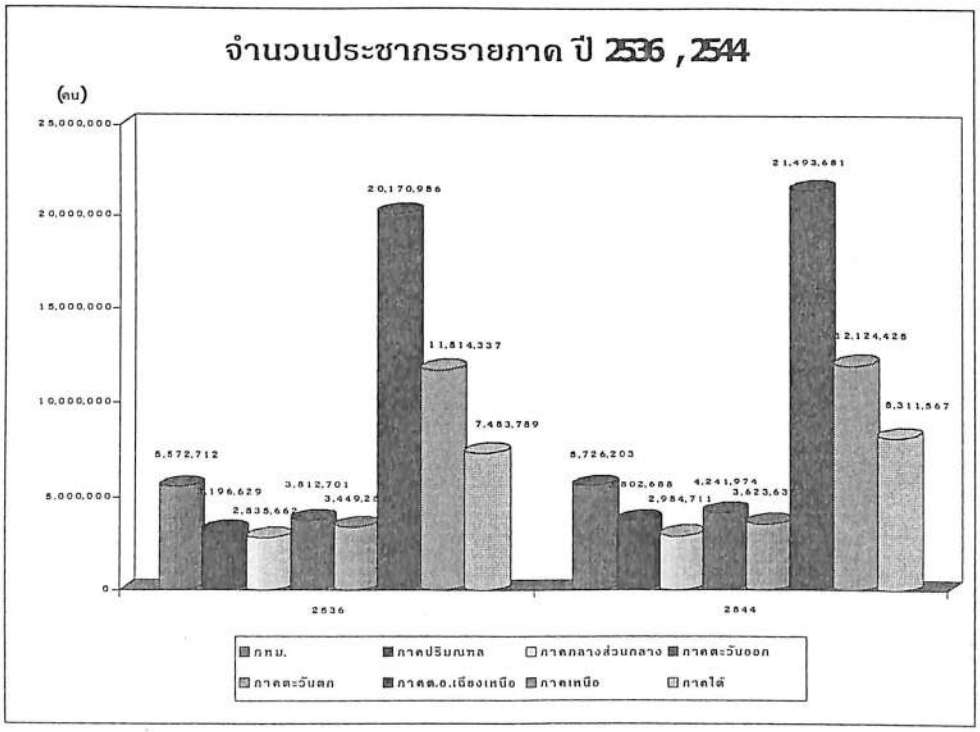
ในการพัฒนาด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานกลางเกี่ยวกับสุขภาพ พร้อมทั้งประสานกับทุกภาคีในสังคมให้มีการดำเนินการประสาน และส่งเสริมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อนำไปสู่การมีระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ในช่วงแผน 9 กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมาย เน้นการพัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อนำไปสู่ธรรมาภิบาลอย่างเป็นรูปธรรม โดยปรับปรุงโครงสร้างและบทบาทองค์กร การบริหารบุคลากร การบริหารงบประมาณ ปรับปรุงกฎหมาย และการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพได้มาตรฐาน เสมอภาคและเป็นธรรม เพื่อคนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพอย่างแท้จริง ส่งเสริมการปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต พร้อมทั้งการพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เร่งพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพประชาชน และสังคม ให้มีแนวคิดใหม่

เกี่ยวกับสุขภาพ คือ เป็นสุขภาพเชิงรุก ส่งเสริมให้มีจิตสำนึกและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งสนับสนุนการศึกษา วิจัย เพื่อพัฒนาภูมิปัญญาพื้นบ้าน อาทิ การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย โดยนำความรู้และเทคโนโลยีทันสมัยมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการผลิตพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพการแข่งขันของประเทศ อาทิ การสร้างอาชีพ การลดการนำเข้า และการส่งเสริมการส่งออก สนองตอบต่อเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาประเทศ ทั้ง 4 ด้าน คือ การสร้างดุลยภาพทางเศรษฐกิจ การยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน การบริหารจัดการที่ดี และการแก้ไขปัญหาความยากจน

ภาพรวมประชากรของประเทศไทยปี 2544*

ภาพรวมประชากรไทย

จากข้อมูลสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2544 ประชากรของประเทศไทยมีจำนวน 62,308,887 คน เป็นชาย 30,913,485 คน หญิง 31,395,402 คน โดยมีอัตราการเพิ่มจากปี 2543 ประมาณร้อยละ 0.7 ภาคที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือมีจำนวน 21,493,681 คน หรือประมาณร้อยละ 34.5 ของประชากรทั่วประเทศ รองลงมาได้แก่ภาคเหนือ มีจำนวนประชากร 12,124,425 คน หรือประมาณร้อยละ 19.5 สำหรับภาคที่มีอัตราการเพิ่มประชากรสูงสุดได้แก่ ภาคปริมณฑล ซึ่งมีอัตราการเพิ่มประมาณร้อยละ 2.2 รองลงมาได้แก่ภาคตะวันออกและภาคใต้ ซึ่งมีอัตราการเพิ่มประมาณร้อยละ 1.5 และ 1.1 ตามลำดับ



---

*จัดทำโดยส่วนพัฒนาระบบข้อมูลและติดตามประเมินผล สำนักวิเคราะห์และประสานแผนด้านแรงงานและความมั่นคงทางสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ประชากรเขตเทศบาล

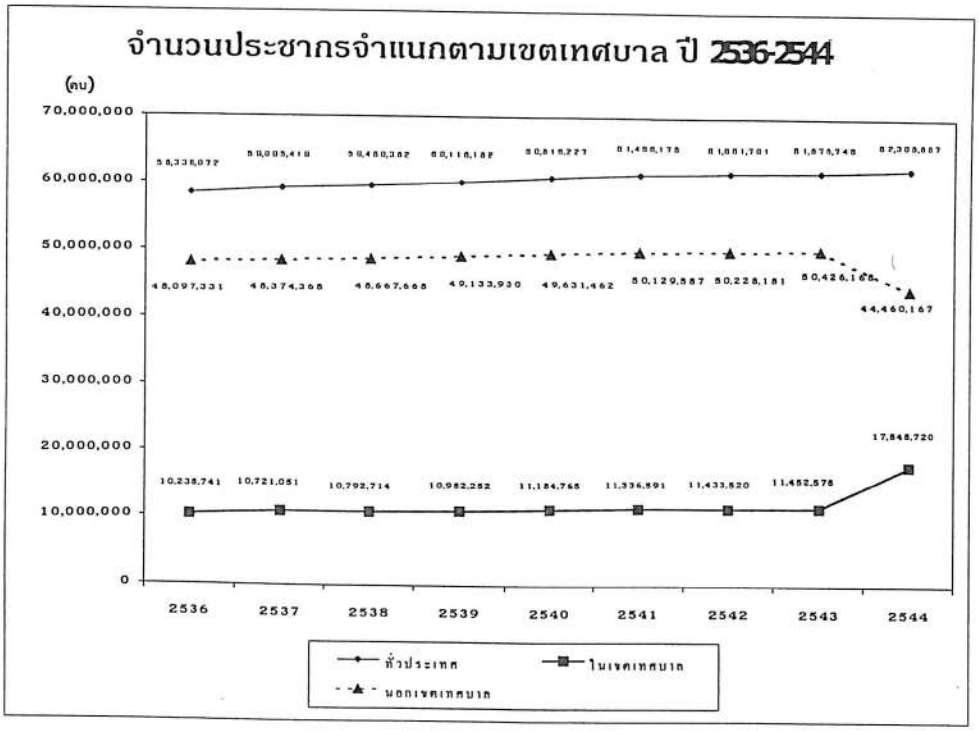
สำหรับประชากรในเขตเมืองหรือเขตเทศบาล ปรากฏว่าในปี พ.ศ.2544 จำนวนประชากรในเขตเทศบาลของประเทศไทยได้ทวีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี 2543 ประมาณ 1.6 เท่า หรือประมาณร้อยละ 55.8 โดยเพิ่มขึ้นจาก 11,452,578 คนในปี 2543 เป็น 17,848,720 คนในปี 2544 เป็นชาย 8,701,465 คน หญิง 9,147,255 คน ซึ่งการที่ประชากรเขตเทศบาลในปี 2544 ได้เพิ่มขึ้นจากปี 2543 เป็นจำนวนมากนั้น เนื่องจากกระทรวงมหาดไทยได้มีการจัดตั้งเทศบาลตำบลขึ้นใหม่ในปี 2544 ถึง 980 แห่ง เป็นผลให้จำนวนประชากรเขตเทศบาลในทุกภาคของประเทศยกเว้นกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากด้วย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือซึ่งเป็นภาคที่มีการจัดตั้งเทศบาลตำบลมากที่สุดคือ 317 และ 225 แห่งตามลำดับ คิดเป็นจำนวนประชากรเขตเทศบาลเพิ่มขึ้นเนื่องจากการจัดตั้งเทศบาลตำบลใหม่ในภาคทั้งสองนี้ประมาณ 3.4 ล้านคน และสัดส่วนประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.5 ในปี 2543 เป็น 28.6 ในปี 2544

ตารางที่ 1 จำนวน สัดส่วน และอัตราเพิ่มประชากรจำแนกตามภาค และเขตเทศบาล ปี 2544

ภาค	*ประชากร*		*ประชากรในเขตเทศบาล*		*ประชากรนอกเขตเทศบาล*		*อัตราเพิ่มประชากรรวม*
	จำนวน	*สัดส่วน (%)*	*จำนวน*	*สัดส่วน (%)*	*จำนวน*	*สัดส่วน (%)*	*2543-44 (%)*
ทั่วประเทศ	62,308,88	100.0	17,848,720	100.0	44,460,167	100.0	0.7
กรุงเทพมหานคร	5,726,20	9.2	5,726,203	32.1	-	-	0.8
ภาคปริมณฑล	3,802,68	6.1	1,812,987	10.2	1,989,701	4.5	2.2
ภาคกลางส่วนกลาง	2,984,71	4.8	743,483	4.2	2,241,228	5.0	0.6
ภาคตะวันออก	4,241,97	6.8	1,249,112	7.0	2,992,862	6.7	1.5
ภาคตะวันตก	3,623,63	5.8	880,698	4.9	2,742,940	6.2	0.5
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	21,493,68	34.5	3,272,117	18.3	18,221,564	41.0	0.4
ภาคเหนือ	12,124,42	19.5	2,329,786	13.1	9,794,639	22.0	0.2
ภาคใต้	8,311,56	13.3	1,834,334	10.3	6,477,233	14.6	1.1

แหล่งที่มา : 1. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

2. ประมวลผลโดยส่วนพัฒนาระบบข้อมูลและติดตามประเมินผล สำนักวิเคราะห์และประสานแผนด้านแรงงานและความมั่นคงทางสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



โครงสร้างประชากร

ในปี 2544 จำนวนและสัดส่วนของประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปีมีแนวโน้มลดลงจากปี 2543 เล็กน้อย สัดส่วนประชากรที่เป็นภาระ (dependency ratio) ซึ่งหมายถึงประชากรในวัยต่ำกว่า 15 ปี และ 60 ปีขึ้นไปต่อประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) ค่อนข้างคงที่คือประมาณ 48 : 100 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2538 สัดส่วนประชากรที่เป็นภาระนี้จะลดลงเพียงเล็กน้อย คือลดลงจาก 49 : 100 ในปี 2538 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาสัดส่วนประชากรที่เป็นภาระในวัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ต่อประชากรวัยทำงาน (15-59 ปี) แล้วจะเห็นว่า สัดส่วนประชากรที่เป็นภาระในวัยเด็กต่อประชากรวัยทำงานจะมีแนวโน้มลดลง คือลดจาก 37 : 100 ในปี 2538 เป็น 34 : 100 ในปี 2544 ในขณะที่สัดส่วนประชากรที่เป็นภาระในวัยสูงอายุต่อประชากรวัยทำงานจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือเพิ่มขึ้นจาก 12 : 100 ในปี 2538 เป็น 14 : 100 ในปี 2544

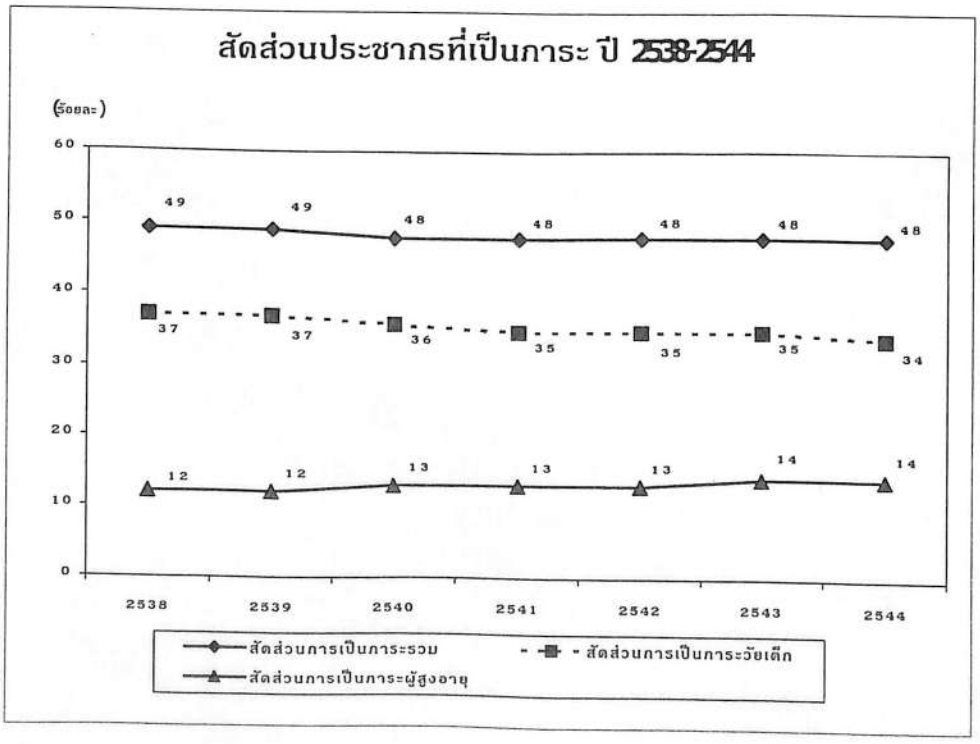
ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและสัดส่วนประชากรที่เป็นภาระจำแนกตามกลุ่มอายุ*
ปี 2538-2544

หมวดอายุ	2538		2543		2544	
	จำนวน	สัดส่วนประชากรที่เป็นภาระ (%)	จำนวน	สัดส่วนประชากรที่เป็นภาระ (%)	จำนวน	สัดส่วนประชากรที่เป็นภาระ (%)
รวม	55,954,12		58,875,950		59,363,037	
ต่ำกว่า 15 ปี	14,028,55	37	13,712,250	35	13,635,540	34
15-59	37,446,15		39,741,701		40,113,105	
60 ปีขึ้นไป	4,479,41	12	5,421,999	14	5,614,392	14
ต่ำกว่า 15 ปี และ 60 ปีขึ้นไป	18,507,96	49	19,134,249	48	19,249,932	48

แหล่งที่มา : 1. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

2. ประมวลผลโดยส่วนพัฒนาระบบข้อมูลและติดตามประเมินผล ฯ สำนักวิเคราะห์และประสานแผนด้านแรงงานและความมั่นคงทางสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

* ไม่รวมผู้ที่อยู่ในทะเบียนบ้านกลาง ผู้ที่ไม่ใช่สัญชาติไทย และผู้ที่อยู่ในระหว่างการย้าย



[194]

การพัฒนาศักยภาพของคนไทย

ตารางที่ 1 อัตราการรู้หนังสือของประชากรไทย

ภาค	ปี 2535*	ปี 2537**
เหนือ	86.7	88.6
ตะวันออกเฉียงเหนือ	90.0	90.9
กลาง	93.1	94.0
ใต้	86.7	88.2
กรุงเทพฯ	97.0	97.9
เขตเมือง	95.4	96.0
เขตชนบท	88.7	90.1
เฉลี่ยทั้งประเทศ	90.6	91.5

หมายเหตุ : อัตราการรู้หนังสือ (Literacy rate) หมายถึง อัตราส่วนของคนที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่สามารถอ่านและเขียนได้อย่างน้อยหนึ่งภาษาต่อจำนวนประชากรทั้งหมด

ที่มา : * ข้อมูลการสำรวจเด็กและเยาวชน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

**ข้อมูลสำรวจการอ่านออกเขียนได้ของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

: ประมวลผลโดย กองประเมินผลการพัฒนา, สศช.

ตารางที่ 2 อัตราการเข้าเรียนตามเกณฑ์อายุ

ระดับ	ปี 2535	ปี 2540
ก่อนประถมศึกษา	14.4	35.7
ประถมศึกษา	77.0	84.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	36.5	55.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13.8	24.0
อุดมศึกษา	8.5	15.1

ที่มา : ข้อมูลการสำรวจเด็กและเยาวชน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ประมวลผลโดย กองประเมินผลการพัฒนา สศช.

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ยของประชากรไทย ปี 2539-2541

กลุ่มอายุ (ปี)	2539	2540	2541
อายุ 15-21 ปี	8.8	9.0	9.3
อายุ 15-59 ปี	7.2	7.4	7.6
อายุ 60 ปีขึ้นไป	3.2	3.3	3.4
เฉลี่ย	6.6	6.8	7.0

[125]

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยการทดสอบรายวิชา

ภาค	ภาษาไทย	อังกฤษ	คณิตศาสตร์	วิทยาศาสตร์
ระดับประถมศึกษาปี 2539				
กลาง	64.2	66.7	56.0	58.7
เหนือ	61.5	63.7	52.8	57.4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	62.1	64.6	54.6	57.8
ใต้	59.1	61.2	50.0	54.7
กรุงเทพฯและปริมณฑล	63.1	66.9	52.0	55.0
ทั้งประเทศ	**62.1**	**64.7**	**53.5**	**57.1**
ดัชนีความเหลื่อมล้ำ	**0.14**	**0.21**	**0.41**	**0.18**
ภาค	**ภาษาไทย**	**อังกฤษ**	**คณิตศาสตร์**	**วิทยาศาสตร์**
ระดับมัธยมศึกษาปี 2540				
กลาง	60.3	47.5	39.9	45.7
เหนือ	60.6	47.9	40.5	46.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	59.3	46.7	38.5	44.9
ใต้	57.2	43.4	34.5	40.5
กรุงเทพฯและปริมณฑล	62.6	51.3	41.7	44.9
ทั้งประเทศ	**60.0**	**47.4**	**39.2**	**44.7**
ดัชนีความเหลื่อมล้ำ	**0.11**	**0.38**	**0.74**	**0.22**
ระดับมัธยมปลายปี 2540				
กลาง	45.6	31.8	27.3	35.1
เหนือ	45.5	32.1	27.6	34.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	41.6	28.6	25.3	33.7
ใต้	43.6	29.8	25.6	31.7
กรุงเทพฯและปริมณฑล	50.7	40.7	33.6	37.1
ทั้งประเทศ	**45.0**	**32.3**	**27.6**	**34.6**
ดัชนีความเหลื่อมล้ำ	**0.38**	**1.34**	**0.87**	**0.31**

หมายเหตุ : ดัชนีความเหลื่อมล้ำ คือ ดัชนีที่ใช้วัดค่าความแตกต่างด้านคุณภาพการศึกษาในระดับภาค/พื้นที่ เป็นรายวิชา ทั้งนี้ถ้าค่าดัชนีความเหลื่อมล้ำต่ำ แสดงว่า คุณภาพการศึกษามีความแตกต่างกันน้อย และถ้าดัชนีมีค่าสูงผลจะตรงกันข้าม

ที่มา : สำนักทดสอบทางการศึกษา กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ

: ประมวลผลโดยกองประเมินผลการพัฒนา สศช.

ตารางที่ 5 อัตราการตายของทารกของประเทศไทยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

พ.ศ.	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	สัดส่วนนอกเขต/ในเขต
2507/2508	84.3	67.6	85.5	1.26
2528/2529	40.7	27.6	42.6	1.54
2534	34.5	21.0	37.0	1.76
2538-2539	26.0	15.2	28.2	1.85

ที่มา : การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 6 อัตราการตายของประชากรจากโรคสำคัญต่อประชากร 100,000 คน

พ.ศ.	โรคหัวใจ	โรคมะเร็ง	โรคเอดส์
2520	15.2	19.3	N.A.
2529	37.4	27.9	N.A.
2539	79.5	51.7	10.0
2540	72.1	43.8	11.3

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7 อัตราส่วนของเด็กที่ประสบภาวะทุพโภชนาการระดับที่ 1 จำแนกรายภาค

หน่วย : ร้อยละ

ปี	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	ทั้งประเทศ
2534	7.8	7.5	18.1	23.4	13.0	16.9
2539	4.0	4.9	12.3	13.3	8.5	10.2
2540	5.3	4.1	10.9	11.4	7.5	9.0
อัตราการขยายตัวเฉลี่ย	-4.8	-9.4	-7.3	-10.7	-8.9	-9.4

ที่มา : การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข
: ประมวลผลโดย กองประเมินผลการพัฒนา, สศช

ตารางที่ 8 อัตราส่วนของความครอบคลุมการประกันสุขภาพแต่ละระบบ ปี 2540-2541

หน่วย : ร้อยละ

ระบบประกันสุขภาพ	ปี 2540	ปี 2541
1. โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	44.7	45.1
2. สวัสดิการรักษาพยาบาลแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	10.8	10.8
3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ	7.6	8.5
4. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ	13.3	15.9
ผู้ได้รับการประกันสุขภาพ	76.4	80.3
ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	23.6	19.7

ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 9 จำนวนผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกของสถานบริการของรัฐ ปี 2539-2541

หน่วย : ล้านครั้ง

หน่วยงาน	2539		2540		2541	
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน
รพศ. + รพท.[1/]	15.5	19.6	16.8	19.1	18.1	18.8
รพช. + รพ.สาขา[2/]	28.0	35.5	29.6	33.7	33.9	35.1
สอ. + สสช.[3/]	35.4	44.9	41.5	47.2	44.5	46.1
รวม	78.9	100.0	7.9	100.0	96.5	100.0

หมายเหตุ : 1/ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

2/ โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลสาขา

3/ สถานีอนามัย/สถานบริการสาธารณสุขชุมชน

ที่มา : ผลการดำเนินงานที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2542

: ประมวลผลโดย กองประเมินผลการพัฒนา, สศช.

[128]

การพัฒนาเศรษฐกิจส่วนรวม

ตารางที่ 1 อัตราการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศและสาขาเศรษฐกิจหลัก

หน่วย:ร้อยละ

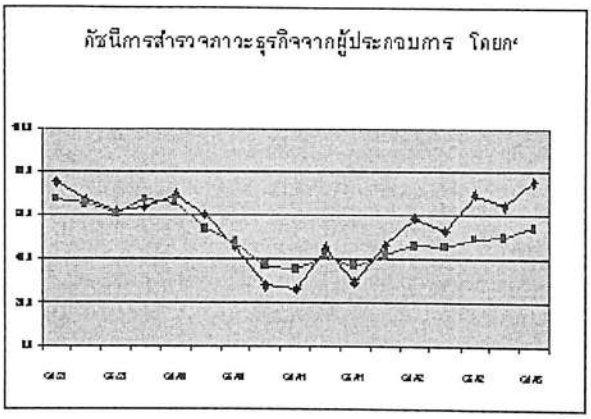
	เกษตร	อุตสาหกรรม	ก่อสร้าง	การธนาคาร	อื่นๆ	รวม
สัดส่วนรายสาขา						
2539	9.3	32.5	6.4	7.2	44.6	100.0
2540	10.5	33.4	4.8	6.4	44.9	100.0
2541	10.5	33.3	3.2	5.5	47.5	100.0
2542	10.4	35.5	2.8	3.6	47.7	100.0
อัตราการขยายตัว						
2539	3.8	6.7	7.2	5.2	5.8	5.9
2540	10.9	0.8	-26.7	-12.2	-0.9	-1.7
2541	-10.5	-10.5	-38.8	-23.3	-5.0	-10.2
2542	2.9	11.1	-8.5	-31.0	4.5	4.2

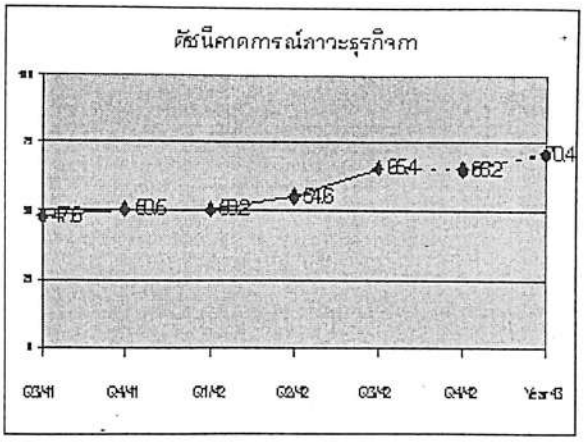
ที่มา : กองบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตารางที่ 2 ดัชนีความมั่นคงเศรษฐกิจมหภาค

	2535	2539	2540	2541	2542
มูลค่า (พันล้านดอลลาร์สหรัฐฯ)					
1. ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศราคาปีปัจจุบัน	112	182	150	112	125
2. การส่งออก	32.2	54.7	56.7	52.9	56.8
3. การนำเข้า	40.1	70.8	61.3	40.6	47.8
4. ดุลการค้า	-7.9	-16.1	-4.6	12.2	8.9
5. ดุลบริการ	1.8	1.8	1.5	2.1	2
6. ดุลบัญชีเดินสะพัด	6.1	-14.4	-3.1	14.4	11.6
7. ฐานะเงินทุนสำรอง (พันล้าน)	21.2	38.7	27	29.5	34.8
8. ฐานะเงินทุนสำรองที่หักค่า Forward	21.2	38.7	9	22.9	30
9. หนี้ต่างประเทศ	43.6	90.5	93.4	86.2	75.6
10.หนี้ระยะสั้น	18.9	37.6	34.3	23.5	13.7
สัดส่วน (%)					
11.สัดส่วนดุลบัญชีเดินสะพัด/GDP(6)/(1)	-5.7	-7.9	-2.1	12.9	9.3

[129]


ดัชนีการสำรวจภาวะธุรกิจจากผู้ประกอบการ โดยก


ดัชนีคาดการณ์ภาวะธุรกิจก
75
50
25
1
Q3'41
Q4'41
Q1'42
Q2'42
Q3'42
Q4'42
Year-43
47.5
60.6
49.2
54.6
65.4
66.2
70.4

C190J

ภาวะการมีงานทำและสวัสดิการแรงงาน

ตารางที่ 1 การมีงานทำและการว่างงาน ปี 2539-2542

หน่วย : พันคน

	2539	2540	2541	2542
ประชากรรวม	59,898	60,500	61,174	31,779
กำลังแรงงาน	32,324	32,780	32,596	32,911
การมีงานทำ	31,166	31,714	30,270	30,835
ภาคเกษตร	14,137	14,315	13,571	13,997
นอกภาคเกษตร	17,029	17,400	16,699	16,838
หัตถกรรม	4,651	4,644	4,577	4,611
ก่อสร้าง	2,649	2,502	1,633	1,402
การค้าและการธนาคาร	4,397	4,602	4,633	4,702
บริการและอื่นๆ	4,132	4,383	5,856	6,041
การว่างงาน	498	495	1,423	1,383
อัตราการว่างงานรวม (%)	1.54	1.51	4.37	4.20

ที่มา : รายงานการสำรวจแรงงาน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : ปี 2539-2540 เป็นค่าเฉลี่ยของการสำรวจรอบ 1 (ก.พ.) และรอบ 3 (ส.ค.) ปี 2541-2542 เป็นค่าเฉลี่ยของการสำรวจรอบ 1 (ก.พ.) รอบ 3 (ส.ค.) และรอบ 4 (พ.ย.)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ว่างงาน จำแนกตามพื้นที่

รอบการสำรวจ	จำนวนผู้ว่างงานที่ปรับค่าผลต่างตามฤดูกาล (ล้านคน)			
	เขตเทศบาล	เขตสุขาภิบาล	หมู่บ้าน	ประเทศ
รอบสาม-39	0.08	0.04	0.38	0.50
รอบหนึ่ง-40	0.09	0.06	0.34	0.49
รอบสาม-40	0.07	0.06	0.28	0.41
รอบหนึ่ง-41	0.19	0.09	0.76	1.04
รอบสาม-41	0.29	0.16	1.12	1.61
รอบหนึ่ง-42	0.29	0.12	0.82	1.21

ที่มา : ข้อมูลการสำรวจแรงงาน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

: ประมวลผลโดยกองประเมินผลการพัฒนา สศช.

ตารางที่ 3 จำนวนสถานประกอบการและผู้ประกันตน จำแนกรายภาค

ภาค	ปี 2540		ปี 2541		ปี 2542 (ม.ค.-มิ.ย.)	
	สถานประกอบการ (แห่ง)	ผู้ประกันตน (พันคน)	สถานประกอบการ (แห่ง)	ผู้ประกันตน (พันคน)	สถานประกอบการ (แห่ง)	ผู้ประกันตน (พันคน)
กรุงเทพมหานคร	36,401	2,316.2	36,917	1,905.3	37,655	1,972.5
ปริมณฑล	13,426	1,412.7	13,827	1,249.9	14,308	1,286.1
ภาคกลาง	14,158	1,121.6	14,634	1,069.7	15,268	1,097.3
ภาคเหนือ	9,767	394.8	10,076	384.2	10,639	385.1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	8,600	395.4	9,143	375.3	9,868	357.6
ภาคใต้	8,304	444.1	8,496	433.7	8,905	432.1
ประเทศ	**90,656**	**6,084.8**	**93,093**	**5,418.2**	**96,643**	**5,530.8**

หมายเหตุ : ปริมณฑลครอบคลุมพื้นที่ 5 จังหวัด คือ นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ และสมุทรสาคร

ที่มา : สถิติงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม

การแก้ไขปัญหาความยากจนและการกระจายรายได้

ตารางที่ 1 เส้นความยากจนสัดส่วนและจำนวนคนจน

ปี	เส้นความยากจน (บาท / คน / เดือน)	สัดส่วนคนจน (ร้อยละ)	จำนวนคนจน (ล้านคน)
2531	475	32.6	17.9
2533	522	27.2	15.3
2535	600	23.2	13.5
2537	636	16.3	9.7
2539	737	11.4	6.8
2541	878	13.0	7.9

ที่มา : ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน

: ประมวลผลโดยกองประเมินผลการพัฒนา สศช.

ตารางที่ 2 จำนวนคนจนมาก จนน้อย และเกือบจน

ปี	จนมาก	จนน้อย	เกือบจน
2531	12.0	5.9	5.0
2533	9.5	5.7	4.8
2535	8.2	5.2	4.9
2537	5.5	4.1	3.9
2539	3.7	3.2	3.7
2541	4.4	3.6	3.7

ที่มา : ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน

: ประมวลผลโดยกองประเมินผลการพัฒนา สศช.

หมายเหตุ : จนมาก คือ คนที่มีรายได้ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของเส้นความยากจน

จนน้อย คือ คนที่มีรายได้ระหว่างร้อยละ 80-100 ของเส้นความยากจน

เกือบจน คือ คนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจนร้อยละ 20

ตารางที่ 3 สัดส่วนคนจนจำแนกตามภูมิภาค

ปี	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯและปริมณฑล
2531	26.6	32.0	48.4	32.5	6.1
2533	22.3	23.2	43.1	27.6	3.5
2535	13.3	22.6	39.9	19.7	1.9
2537	9.2	13.2	28.6	17.3	0.9
2539	6.3	11.2	19.4	11.5	0.6
2541	7.6	9.1	24.0	14.6	0.6

ตารางที่ 4 จำนวนคนจน จำแนกตามอาชีพ พ.ศ. 2537-พ.ศ. 2541

อาชีพ	จำนวน (ล้านคน)			สัดส่วน (%)		
	2537	2539	2541	2537	2539	2541
. เกษตรกร	5.02	4.02	4.41	52.0	58.7	55.4
1.1 เจ้าของที่ดิน	4.38	3.47	3.7	45.4	50.7	46.5
1.2 ผู้เช่าที่ดิน	0.64	0.55	0.71	6.6	8.0	8.9
. คนงานเกษตร	1.25	0.86	1.14	13.0	12.6	14.3
. ผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิต	0.9	0.73	0.75	9.3	10.7	9.4
. เสมียน/พนักงาน	0.2	0.11	0.19	2.1	1.6	2.4
. อาชีพอื่นๆ	2.28	1.12	1.46	23.6	16.4	18.4
รวม	9.65	6.84	7.95	100	100	100

ที่มา : กองประเมินผลการพัฒนา

ตารางที่ 5 ความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ในประเทศไทย

ปี	ดัชนีจีนี	ควินไทล์ที่ 1	ควินไทล์ที่ 2	ควินไทล์ที่ 3	ควินไทล์ที่ 4	ควินไทล์ที่ 5
2531	48.5	4.6	8.1	12.5	20.7	54.2
2533	52.4	4.2	7.3	11.5	19.2	57.8
2535	53.6	3.9	7.0	11.1	19.0	59.0
2537	53.7	4.0	7.2	11.6	19.9	56.7
2539	51.5	4.2	7.5	11.8	19.9	56.7
2541	51.1	4.2	7.6	11.9	19.8	56.5

ที่มา : ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน

: ประมวลผลโดยกองประเมินผลการพัฒนา สศช.

"หมอของฉันและของเรา"

สันต์ หัตถีรัตน์

ความหวัง

"**เมื่อฉันป่วย ฉันอยากได้หมอที่ฉันรู้จัก ไว้ใจ และเชื่อใจ** ซึ่งแน่นอนละ หมอคนนั้นต้องรู้จักฉันและครอบครัวของฉันด้วย เพื่อที่จะทราบตื้นลึกหนาบางของสุขภาพฉันตั้งแต่ฉันเกิดและเจริญเติบโตมา ซึ่งจะทำให้เขาวินิจฉัยโรคของฉันได้ง่ายและถูกต้องกว่าหมอที่ไม่เคยรู้จักฉันและครอบครัวมาก่อน *"หมอของฉัน"* รู้ว่าได้ให้วัคซีนป้องกันโรคอะไรบ้างแก่ฉัน และได้แนะนำวิธีป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ฉันและครอบครัวอย่างไรบ้าง

ถ้าฉันป่วยเพียงเล็กน้อย ฉันอยากจะปรึกษา *"หมอของฉัน"* ทางโทรศัพท์ โดยไม่ต้องถ่อสังขารไปพบเขา เขาจะบอกฉันได้ว่า ฉันเป็นอะไร และควรจะปฏิบัติตัวอย่างไรให้หายจากการเจ็บป่วย เหมือนที่พ่อแม่แนะนำฉันในเรื่องต่างๆ เพราะเขาเป็นเสมือนญาติผู้ใหญ่ของเราที่ได้ดูแลเรา (ฉันและครอบครัว) มาเป็นเวลานาน

ถ้าฉันบอกอาการได้ไม่ชัดเจน และหมอบอกว่า ฉันควรไปให้เขาตรวจดูก่อน ฉันก็จะไป หรือถ้าเขาว่างอยู่ เขาก็จะแวะมาตรวจฉันที่บ้าน และถ้าตรวจแล้วเห็นว่า ฉันไม่ได้เป็นอะไรมาก *"หมอของฉัน"* จะไม่ฉีดยาหรือให้ยาฉัน เพราะหมอรู้อยู่แล้วว่า ฉันไม่ชอบฉีดยาหรือกินยาถ้าไม่จำเป็นจริงๆ แต่ฉันจะปฏิบัติตนตามคำแนะนำของหมออย่างเคร่งครัด เพื่อให้หายป่วยโดยเร็ว

ถ้าฉันป่วยมาก แต่หมอเห็นว่า ฉันควรรักษาตัวอยู่ที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล ฉันจะดีใจมาก เพราะฉันมีพ่อแม่พี่น้องคอยดูแลเอาใจใส่ได้ดีกว่าที่โรงพยาบาล ฉันไม่อยากหงอยเหงาเปล่าเปลี่ยวเดียวดายอยู่ในโรงพยาบาล

ฉันอยากเล่นกับพี่น้อง อยากอยู่กับพ่อแม่ที่คอยพูดคุยและโอบกอดฉัน ทำให้ฉันอบอุ่นและอุ่นใจ ฉันมีของเล่นมากมายที่บ้าน ที่ทำให้ฉันเพลิดเพลินและไม่ทุกข์ทรมานกับอาการเจ็บป่วยมากนัก ซึ่งจะทำให้ฉันหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น

อนึ่ง เมื่อฉันป่วยมาก *"หมอของฉัน"* ก็มาเยี่ยมฉันที่บ้านทุกวันเหมือนที่หมอเยี่ยมฉันถ้าฉันอยู่โรงพยาบาล และถ้าฉันมีอาการอะไร ฉันก็โทรศัพท์จากบ้านไปปรึกษาหมอได้สะดวกกว่าเมื่ออยู่โรงพยาบาล *"หมอของฉัน"* เป็นเสมือนญาติผู้ใหญ่ของฉันจริงๆ

เมื่อ *"หมอของฉัน"* เห็นว่า ฉันป่วยมากจนเกินความสามารถของเขา เขาจะส่งฉันไปหาหมอที่เชี่ยวชาญในด้านนั้น เพราะเขาจะรู้ว่าหมอคนใดดีและเก่งสำหรับโรคนั้นมากกว่าฉันและพ่อแม่ เราจึงไม่ต้องเสี่ยงภัยไปหาหมอผิดๆ ให้ *"มากหมอมากความ"* จนย่ำแย่ได้

ฉันไม่ต้องวิตกกังวลกับค่าตรวจรักษา เพราะภาษีอากรที่พ่อแม่เสียไป ได้กลับมาคุ้มครองเราและประกันสุขภาพให้กับเรา เรามีความสุขตามสมควร เช่นเดียวกับ *"หมอของเรา"* และเพื่อนบ้านของเรา เพราะทุกคนได้รับผลตอบแทนจากระบบประกันสุขภาพที่เสมอภาคและเป็นธรรม....."

ความเป็นจริง

ในปัจจุบัน เกือบจะไม่มีแพทย์คนใดที่เอื้ออาทรและผูกพันกับผู้ป่วยและชุมชน ถึงขนาดไปเยี่ยมและตรวจรักษาให้ที่บ้านด้วยความรักและความเมตตา ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

ยิ่งในชนบทที่มีแพทย์อยู่เพียงน้อยนิด ยิ่งมีโอกาสที่จะทำเช่นนั้นได้น้อยมาก แต่ที่น่าแปลกใจก็คือในกรุงเทพฯที่มีแพทย์อยู่เป็นจำนวนมาก แพทย์กลับมีความผูกพันและความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยและชุมชนน้อยกว่าในชนบท

ในชนบท มีประชากรประมาณ ๔๕ ล้านคน แต่มีแพทย์เพียง ๒,๖๐๐ คนคอยดูแล (อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ๑ : ๑๗,๓๐๐ คน) ขณะที่ในกรุงในเมืองซึ่งมีประชากรประมาณ ๑๗ ล้านคน กลับมีแพทย์ประมาณ ๒๑,๔๐๐ คนคอยดูแล (อัตราส่วน ๑ : ๘๐๐ คน)

ยิ่งกว่านั้น แพทย์ในชนบทยังเป็น *"แพทย์จบใหม่"* เกือบทั้งหมด ที่ถูกบังคับให้ออกไปใช้ทุน โดยขาดแพทย์ที่มีประสบการณ์คอยควบคุมดูแล ต้องไปดิ้นรนต่อสู้ *"มะรุมมะตุ้งหลา"* ตรวจรักษาอย่างผิดๆ ถูกๆจนคนเจ็บป่วยในชนบทต้องทนทุกข์ทรมานหอบสังขารอันเจ็บปวดอิดโรยไปรักษาในเมืองและในกรุงเทพฯ เป็นจำนวนมาก

การปฏิรูป

ถ้าระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย **"การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ"** ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๔๓ จะนำไปสู่รูปลักษณะของการรักษาพยาบาลที่เอื้ออาทรและผูกพัน ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยของประชาชนจะลดลงอย่างแน่นอน

การรักษาพยาบาลดังกล่าวข้างต้นจะเกิดขึ้นได้ จะต้องการการปฏิรูประบบการผลิตแพทย์-พยาบาลขนานใหญ่ เพื่อให้แพทย์ - พยาบาลที่ผลิตได้ สามารถอยู่ในชุมชนและท้องถิ่นได้อย่างมีความสุข

นั่นคือ แพทย์และพยาบาลควรจะเป็นคนในชุมชนและท้องถิ่นนั้น ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและท้องถิ่นนั้นในการเข้าเรียนแพทย์ - พยาบาล และใช้เวลาศึกษาอบรมส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนและท้องถิ่นนั้น

นอกจากนั้น **การรักษาพยาบาลแบบเอื้ออาทรจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อนักศึกษาแพทย์ - พยาบาล รักวิชาชีพนี้อย่างแท้จริง** โดยได้ลองปฏิบัติงานกับคนเจ็บป่วยก่อนเข้าเรียนแพทย์ - พยาบาล เพื่อให้ตนเองรู้ว่าตนชอบวิชาชีพนี้จริงหรือไม่

การคัดเลือก

นักเรียนในระดับมัธยมศึกษาที่คิดว่าตนชอบวิชาชีพนี้ ควรจะมีโอกาสในระหว่างปิดภาคเรียน ลองปฏิบัติงานในสถานีอนามัยและโรงพยาบาลใกล้บ้าน เช่น ช่วยต้อนรับผู้ป่วย ช่วยพาผู้ป่วยไปตรวจยังห้องต่างๆ ช่วยป้อนอาหาร เช็ดตัว เช็ดอุจจาระปัสสาวะ ฯลฯ ให้ผู้ป่วย และทำงานอื่นๆ ที่แพทย์ - พยาบาลผู้ดูแลเห็นควรให้ทำ ตามกำลังความสามารถของนักเรียนแต่ละคน

นักเรียนที่ได้ช่วยต้อนรับและดูแลผู้ป่วยในระหว่างปิดภาคเรียนเป็นเวลา ๑ - ๒ ปี จะรู้ดีแก่ใจว่าตนเหมาะกับวิชาชีพนี้หรือไม่ และแพทย์ - พยาบาลที่ดูแลก็จะบอกได้เช่นกันว่า นักเรียนคนใดเหมาะกับวิชาชีพนี้มากกว่ากัน และเมื่อรวมกับผลการเรียนในโรงเรียนแล้ว **จะสามารถคัดเลือกนักเรียนที่จะเข้าเรียนแพทย์ - พยาบาลได้ดีกว่าระบบสอบคัดเลือก *(สอบเอ็นทรานซ์)* ของทบวงมหาวิทยาลัยอย่างมากมาย** โดยเฉพาะถ้าให้ผู้ป่วยและชุมชนร่วมให้คะแนนในการคัดเลือกนักเรียนด้วย เพราะชุมชนจะช่วยให้ทุนสนับสนุนในการเรียนของนักเรียนเหล่านั้น

การผลิต

เมื่อได้วัตถุดิบที่เหมาะสำหรับการผลิตแล้ว กระบวนการผลิตจะต้องเหมาะสมด้วย นั่นคือ

แทนที่นักเรียนแพทย์ - พยาบาล จะถูกบังคับให้เรียนในห้องเรียนในมหาวิทยาลัย และเรียนความรู้ทางทฤษฎีต่างๆ ในปีแรก เช่น เคมี ฟิสิกส์ คณิตศาสตร์ ชีววิทยา ทำการทดลองกับสัตว์ทดลองและหลอดแก้ว ท่องจำความรู้ต่างๆ เพื่อให้สอบผ่านแล้วลืมได้ เป็นต้น จนลืมคนเจ็บป่วยและสังคม เมื่อขึ้นมาปฏิบัติงานกับคนป่วยในปีหลังๆ จึงอาจจะปฏิบัติกับคนป่วยเสมือนกับสัตว์ทดลองและหลอดแก้วได้

ในระบบใหม่ในปีแรก นักเรียนแพทย์ - พยาบาล กลับจะได้สัมผัสกับชีวิตจริงในชุมชนและในโรงพยาบาลใกล้บ้านของตน จะได้สัมผัสกับคนป่วยทันที เช่น ให้เขียนรายงานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนและครอบครัว ซึ่งต้องขวนขวายหาข้อมูลด้วยตนเอง และหาว่า การเจ็บป่วยของตนและครอบครัวเกิดจากอะไร ได้รับความยากลำบากอย่างไรในขณะเจ็บป่วย ได้ป้องกันแก้ไขอย่างไรให้ความยากลำบากเช่นนั้นลดลง เป็นต้น

เมื่ออยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ปีแรก นักเรียนจะได้พูดคุยกับคนเจ็บป่วยที่มาโรงพยาบาลและอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งแน่ละที่หลายคนอาจจะเป็นญาติหรือคนรู้จัก (เพราะนักเรียนเป็นคนในชุมชนนั้น) นักเรียนจะต้องเขียนรายงานดังกล่าวข้างต้นเช่นเดียวกัน

การฝึกแบบนี้จะทำให้นักเรียนได้สัมผัสกับสิ่งที่เป็นจริง (มากกว่าสิ่งที่อยู่ในตำรา) ตั้งแต่แรก ได้สัมผัสกับความเป็นอยู่ของชีวิตและสังคม โดยนักเรียนจะต้องสืบเสาะและค้นคว้าหาความรู้เอง ฝึกใช้ความคิดเอง วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลและความคิดของตนออกมาเป็นรายงานเอง **โดยอาจารย์เป็นเพียงผู้ช่วยแนะนำหัวข้อการเรียนและวิธีค้นคว้าให้เท่านั้น**

เมื่อนักเรียนหลายๆ คนทำรายงานของตนพร้อมแล้ว ก็จะนำเสนอให้เพื่อนๆ และอาจารย์วิพากษ์วิจารณ์ เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ได้ความคิดที่หลากหลาย ไม่น่าเบื่อ และไม่ใช่ความคิดของอาจารย์แต่ฝ่ายเดียว

การฝึกแบบนี้จะทำให้นักเรียนรู้จักวิธีเรียนที่ถูกต้อง คือ รู้จักคิด รู้จักค้นคว้า รู้จักใฝ่รู้ และรู้จักวิพากษ์วิจารณ์ด้วยเหตุด้วยผลตั้งแต่แรก มากกว่า รู้จักแต่ท่องจำไว้เพื่อสอบ ดังที่เป็นอยู่

อันที่จริง การเรียนการสอนในระดับต่างๆ ตั้งแต่ประถมศึกษาเป็นต้นมา ควรจะปฏิรูปในทำนองเดียวกัน

เมื่อนักเรียนคุ้นกับการพูดคุยและสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติได้แล้ว จึงจะได้เรียนรู้สิ่งอื่น เช่น การเช็ดตัว การให้อาหาร การพยาบาลผู้ป่วย ในระดับที่ละเอียดลึกซึ้งขึ้นกว่าที่เคยทำในขณะลองปฏิบัติงานก่อนเข้ามาเรียนแพทย์ - พยาบาล

แล้วจะได้เรียนวิธีวัดอุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ และความดันเลือด วิธีทำแผล วิธีปฐมพยาบาล และอื่นๆ ที่เป็นความรู้พื้นฐานสำหรับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ข้างต้น นักเรียนจะได้รับมอบหมายให้ไปศึกษามาคนละเรื่อง เช่น

๑. เรื่องอุณหภูมิร่างกาย ว่าเกิดจากอะไร เปลี่ยนแปลงอย่างไร วัดได้กี่แบบ สูงต่ำอย่างไรจึงผิดปกติ ผิดปกติจากอะไรได้บ้าง เป็นต้น

๒. เรื่องชีพจร ว่าเกิดจากอะไร เปลี่ยนแปลงอย่างไร วัดได้ที่ใดบ้าง สูงต่ำแค่ไหนจึงผิดปกติ ผิดปกติจากอะไรบ้าง เป็นต้น

นักเรียนแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่มจะนำเสนอเรื่องที่ตนทำมาให้เพื่อนๆ และอาจารย์วิพากษ์วิจารณ์ และเรียนรู้ร่วมกัน

เมื่อเรียนรู้เพิ่มขึ้นๆ จนสามารถซักประวัติและตรวจร่างกายได้ถูกต้องแล้ว นักเรียนก็จะเรียนรู้วิธีแยกแยะปัญหาว่าปัญหาใดเป็นปัญหาหลัก และปัญหาใดเป็นปัญหารองๆลงไป

ต่อไปจึงเรียนรู้สาเหตุของปัญหา เช่น โรค สมดุลของร่างกายและจิตใจ ความเครียด ความขัดแย้งในตนเอง ครอบครัว และ/หรือเพื่อนร่วมงาน/ร่วมสังคม ความเปลี่ยนแปลงของธรรมชาติ เป็นต้น

ต่อไปจึงเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาและสาเหตุ ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วย แนะนำวิธีปฏิบัติตน ให้ยา ผ่าตัด และอื่นๆ รวมทั้งวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น สมุนไพร การนวด เป็นต้น

เมื่อได้เรียนรู้ปัญหาและโรคที่พบบ่อยในชุมชนและท้องถิ่นและแก้ไขได้จนจัดเจนแล้ว จึงจะไปศึกษาอบรมต่อไปในโรงพยาบาลใหญ่ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อเรียนรู้โรคที่พบน้อย ลึกลับหรือซับซ้อน ผู้ที่สนใจก็สามารถเพิ่มพูนความรู้ที่ลึกซึ้ง เช่น จักรวาล วิทยาศาสตร์ระดับลึก โมเลกุล ปรมาณู ยีโนม (แผนภูมิพันธุกรรม) เป็นต้น ในสถาบันการศึกษาชั้นสูงต่อไป

เพื่อให้ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการผลิตและสนับสนุนผลผลิต ชุมชนและท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมในการคัดเลือกและเป็นผู้ให้ทุนสนับสนุนการเรียนตั้งแต่แรก เมื่อนักเรียนได้เรียนรู้จนถึงระดับที่เป็นผู้ช่วยแพทย์ - พยาบาลได้แล้ว ก็จะได้รับเงินตอบแทนแรงงานของตนด้วย *(นั่นคือ เรียนไปทำงานไปและได้เงินตอบแทนด้วย)* ทำให้เกิดความผูกพันระหว่างนักเรียนกับชุมชนและท้องถิ่นเพิ่มขึ้น

บันไดวิชาชีพ

เนื่องจากวิชาชีพแพทย์ - พยาบาล ถือได้ว่าเป็นวิชาชีพเดียวกัน คือ วิชาชีพที่ช่วยให้ประชาชนพ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ นั่นคือ ช่วยให้ไม่เจ็บป่วย และถ้าเจ็บป่วยก็ช่วยให้หายหรือดีขึ้นโดยเร็วที่สุด การเรียนการสอนในระบบนี้จึงไม่ได้แยกนักเรียนแพทย์และนักเรียนพยาบาลออกจากกัน จนในช่วงหลังๆ ถ้านักเรียนคนใดชอบหรือถนัดในวิชาชีพแพทย์ ก็มุ่งไปทางแพทย์ คนใดชอบหรือถนัดวิชาชีพพยาบาล ก็มุ่งไปทางพยาบาล หรืออาจจะจัดเป็นแบบ *"บันไดวิชาชีพ"* (career ladder) ก็ได้ เช่น

จบมัธยมศึกษา —ผ่านการคัดเลือก→ นักศึกษา —๑ ปี→ ผู้ช่วยพยาบาล —๒ ปี→
พยาบาลประกาศนียบัตร —๑ ปี→ พยาบาลวิชาชีพ —๑ ปี→ พยาบาลเวชปฏิบัติ —๑ ปี→ แพทย์ เป็นต้น

จำนวนปีที่ให้ไว้ เป็นเพียงการเทียบเคียงกับหลักสูตรปัจจุบันเท่านั้น เพราะในระบบใหม่ จะใช้ความรู้ความสามารถและคุณธรรมในการตัดสินการสำเร็จการศึกษาในแต่ละขั้น ไม่ใช้เวลาเป็นตัวตัดสิน จึงอาจจะใช้เวลานานกว่าหลักสูตรปัจจุบัน เพราะเรียนไปทำงานไป ได้เงินตอบแทนการทำงานของตนตามลักษณะงานและผลงานของตน นักศึกษาและชุมชนจึงไม่เสียเวลาและทรัพยากรไปโดยเปล่าประโยชน์ ในกรณีที่นักศึกษาไม่สามารถพัฒนาตนเองขึ้นไปเรื่อยๆ ตามบันไดวิชาชีพได้ (นั่นคือ *จบขั้นไหนก็ทำงานได้ขั้นนั้น*)

ความเป็นไปได้

การเรียนการสอนในระบบใหม่นี้จะเริ่มได้ทันทีในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่ง ที่แพทย์ - พยาบาล และประชาชนในท้องถิ่นต้องการเช่นนั้น เพราะทรัพยากรต่างๆ มีพร้อมอยู่แล้ว ไม่ต้องสร้าง *"หอคอยงาช้าง"* ใดๆ ขอให้กระทรวงสาธารณสุขรับทราบความต้องการของประชาชน และอนุมัติให้โรงพยาบาลในสังกัดที่พร้อมจะดำเนินการตามความต้องการของชุมชนดำเนินการได้ โดยรับนักเรียนเพียง ๑ - ๒ คนต่อโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่งต่อปี หรือต่อช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับชุมชนและท้องถิ่นนั้นที่จะหาทุนสนับสนุนนักเรียนของตนได้ เพราะพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๖ มาตรา ๒๖ ได้มีข้อยกเว้นให้แล้ว

ถ้าทบวงมหาวิทยาลัยและแพทยสภาจะคัดค้าน ก็ขอให้สำเหนียกว่า ครั้งก่อนที่ทบวงมหาวิทยาลัยอนุมัติให้มหาวิทยาลัยเอกชนผลิตแพทย์ โดยไม่ฟังเสียงคัดค้านของกระทรวงสาธารณสุขและแพทยสภา ทำไมทำได้!

และทำไมแพทยสภาจึงยอมให้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมแก่บัณฑิตจากมหาวิทยาลัยเอกชนนั้น ทั้งที่ไม่ยอมรับหลักสูตรตั้งแต่ต้น!

(อย่าลูบหน้าปะจมูก หรือมือถือสากปากถือศีล เหมือนนักการเมืองเลวๆ กันอีกเลย บ้านเมืองวิกฤตก็เพราะนักการเมืองและข้าราชการเลวๆ เป็นสำคัญ!)

มาตรฐาน

ถ้ามีผู้สงสัยในความรู้ความสามารถของ **"แพทย์ - พยาบาลพันธุ์ใหม่"** ก็ให้มีการสอบเพื่อรับ *"ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม"* และ *"ใบประกอบวิชาชีพพยาบาล"* ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ ไม่ว่าบัณฑิตนั้นจะจบจากสถานศึกษาใดก็ตาม โดยใช้ความพึงพอใจของผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลเป็นเกณฑ์สำคัญในการตัดสิน ไม่ใช่ตัดสินกันโดยการสอบความรู้ทางทฤษฎีเท่านั้น *(จนแพทย์จบใหม่ในปัจจุบันจำนวนมากยังตรวจรักษาผู้ป่วยอย่างไม่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลเท่าที่ควร และเกิดความผิดพลาดเป็นประจำ!)*

สรุป

กระบวนการคัดเลือกและการผลิตแพทย์ในระยะหลายสิบปีที่ผ่านมา ทำให้แพทย์ต้องกระจุกตัวอยู่ในกรุงในเมือง และไม่สามารถดำรงชีวิตในชนบทได้อย่างมีความสุข เพราะนักเรียนส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดเกิดและเจริญเติบโตมาในกรุงเทพฯและในเมือง จึงไม่คุ้นเคยกับชนบท ทำให้กลัวชนบท เช่นเดียวกับพ่อแม่ของนักเรียนเหล่านั้นที่ไม่อยากให้ลูกไปอยู่ในชนบท นอกจากนั้น กระบวนการผลิตแพทย์ยังทำให้นักเรียนห่างเหินจากผู้ป่วยและชุมชน จึงขาดความรัก ความเมตตา และความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยในชนบทที่ยากไร้และพูดกันคนละภาษาด้วย

ข้อเสนอกระบวนการผลิต **"หมอของฉันและของเรา"** ดังได้กล่าวไว้ข้างต้นจะช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทได้อย่างจริงจังและรวดเร็ว และทำให้เกิด **"แพทย์ - พยาบาลพันธุ์ใหม่"** ที่เอื้ออาทรและผูกพันกับชุมชน ทำให้ **"การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ"** ไม่ใช่เป็นเพียง **"การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งเมืองใหญ่"** เท่านั้น แล้วยังเป็นการกระจายการผลิตแพทย์ - พยาบาล ออกไปสู่ชนบท โดยให้ประชาชนในชนบทมีส่วนร่วมอีกด้วย