

การสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมอาเซียน สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

จัดทำโดย
เภสัชกรคทา บัณฑิตานุกูล และคณะ

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ภายใต้การบริหารโครงการโดย สภาเภสัชกรรม
กันยายน พ.ศ.2543
ISBN 974-299-061-1

คำนำ

การสังเคราะห์วิสัยทัศน์ประชาคมเผ่าสังกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นหนึ่งในโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากแผนยุทธศาสตร์วิจัยและพัฒนาประชาคมสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อการพัฒนาและสร้างองค์ความรู้ที่จะใช้ให้เกิดผลในการปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพในภาพรวม และการวางวิสัยทัศน์ของประชาคมเผ่าสังกรในระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต รวมทั้งการกำหนดยุทธศาสตร์ในวิชาชีพเพื่อให้บรรลุถึงวิสัยทัศน์ในอนาคต

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนงบประมาณและส่งเสริมให้โครงการดังกล่าวเกิดขึ้น อันจะเป็นประโยชน์กับประชาชนโดยรวม และการพัฒนาวิชาชีพเผ่าสังกร

อย่างไรก็ตาม ข้อสรุปของความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของคณะผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หากมีความผิดพลาดหรือความไม่สมบูรณ์ในรายงานฉบับนี้ รวมทั้งความล่าช้าในการจัดทำรายงาน ความรับผิดชอบทั้งหมดเป็นของคณะผู้วิจัย

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2543

คณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

เภสัชกรคทา บัณฑิตานุกูล

ร้านเรือนยา 44 ซอยอิสรภาพ 5 เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 และกรรมการสภาเภสัชกรรม

ผู้วิจัยและผู้ประสานงาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เภสัชกรหญิงพัชราภรณ์ ปัญญาภูมิไกร

นักวิจัย: 55/59 หมู่ 9 ซอย 32 ถนนพระราม 2 แขวงบางมด เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร 10150

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ สุนทรี วัชรดำรงกุล

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระพีพรรณ ฉลองสุข

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์

รองศาสตราจารย์ พรทิพย์ เชื้อมโนชาญ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาจารย์ อรรถพล ศรีเลิศล้ำวาณิช

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาจารย์ ทิพาพร กาญจนราช

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย

ขอขอบคุณ สภาเภสัชกรรม และคณะเภสัชศาสตร์ทุกแห่ง ที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุนและประสานงานให้สามารถดำเนินงานวิจัยนี้ได้

ขอขอบคุณ ผู้เข้าร่วมการประชุมทุกท่าน ที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการอยู่ร่วมตลอดการประชุม และร่วมเสนอข้อมูลและแนวทางอันเป็นประโยชน์สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

ขอขอบคุณ พันเอก นายแพทย์ทวีศักดิ์ นพเกษร วิทยากรที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย

ขอขอบคุณทีมงานทุกท่านจากทุกภูมิภาคที่เสียสละ และทำงานด้วยความเหน็ดเหนื่อยตลอดการวิจัย

และท้ายสุดนี้ ขอขอบคุณทุกท่าน ที่จะนำผลงานวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิรูประบบสุขภาพ และปฏิรูประบบเภสัชกรรมเพื่อระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อให้ประชาชนทุกคนในประเทศไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า พร้อมด้วยคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2543

บทสรุปผู้บริหาร

1. บทนำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อระดมความคิดของประชาคมเภสัชกรเครือข่ายหลักและสังเคราะห์เป็นวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการ
2. เพื่อสังเคราะห์ให้เห็นบทบาทของเภสัชกรในมิติใหม่ คือบทบาทที่สามารถจะเป็นกำลังขับเคลื่อนระบบสุขภาพแห่งชาติตามที่ต้องการ
3. เพื่อเสนอตัวอย่างระบบงานที่น่าจะมีการปฏิรูป หรืองานที่อาจเป็นจุดเริ่มต้นของระบบงานเภสัชกรรมในมิติใหม่

วิธีการศึกษา

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเภสัชกร หรือเป็นตัวแทนบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่เภสัชกรที่มาจากหลากหลายวิชาชีพ โดยมีคุณสมบัติในการเป็นผู้นำทางความคิด (Opinion leader) มีส่วนได้รับผลกระทบ (Stakeholders) และเคยสัมผัสกับเภสัชกร หรือระบบเภสัชกรรมมาก่อน เช่น เจ้าของร้านขายยา องค์กรเอกชน แพทย์ พยาบาล สื่อมวลชน ผู้นำชุมชน รวมทั้งประชาชนผู้ไ้ใช้ยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง (Judgement Sampling) ของผู้รับผิดชอบโครงการเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชาชน 4 ภาคคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ คัดเลือกได้ผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นเภสัชกรและบุคลากรอื่นคิดเป็นสัดส่วน 2.17 ต่อ 1 (เภสัชกร 152 และบุคลากรอื่น 70 คน) โดยมีสัดส่วนเป็น 36 : 7 (5.14 : 1) ในภาคกลาง, 29 : 12 (2.42 : 1) ในภาคเหนือ, 20 : 11 (1.82 : 1) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 28 : 23 (1.22 : 1) ในภาคใต้ และครั้งสุดท้ายรวมตัวแทนจาก 4 ภาค ได้สัดส่วนเป็น 39 : 17 (2.29 : 1)

วิธีการรวบรวมข้อมูล

โครงการนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและจากเอกสารการประชุม ซึ่งมีการจัดประชุมระดมความคิด 5 ครั้งในภาคกลาง (จังหวัดนครปฐม) ภาคเหนือ (จังหวัดเชียงใหม่) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดอุดรธานี) ภาคใต้ (จังหวัดสงขลา) และรวม 4 ภาค (จังหวัดกาญจนบุรี) ระหว่างวันที่ 28 เม.ย. ถึง 8 ก.ค. 2543 โดยใช้วิธีการประชุมแบบมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อสร้างอนาคตเป็นหลัก (Future Search Conference, FSC) ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ใช้เทคนิคการระดมความคิดในการวางแผนพัฒนา (Appreciation Influence Control, AIC)

2. สรุปผลระบบสุขภาพไทย

วิธีคิดและปรากฏการณ์ปัญหาสุขภาพ

1.1 ประชาชน

- ไม่พึ่งตนเอง หวังพึ่งหมอและกินแต่ยา
- รับผิดชอบต่อผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งกระทบต่อสังคมไทยทั้งทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การกินอาหารจานด่วน การไม่ดูแลสุขภาพตนเอง
- ไม่รู้สิทธิของตนเอง เช่น ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นร่วมกับแพทย์

1.2 บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร ฯ

- มุ่งการรักษาโรค ไม่รักษาคน ไม่เห็นคุณค่าของคน
- คิดแบบแยกส่วน ไม่มององค์รวมของผู้ป่วย ไม่ทำงานเป็นทีม
- ทำงานแบบตั้งรับ ไม่คำนึงถึงการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ
- ทำงานเชิงธุรกิจ เช่น แพทย์พาณิชย์ เภสัชกรแขวนป้าย
- รับแนวคิดแบบตะวันตก ลืมภูมิปัญญาท้องถิ่นในเรื่องสุขภาพและยา รวมทั้งสมุนไพร
- บางครั้งไม่คำนึงถึงจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

1.3 ระบบการบริหารจัดการ

- ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะระบบราชการที่ไม่กระจายอำนาจ
- ไม่มีอิสระ ได้รับความอึดอัดทางการเมืองสูง
- ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้
- การขาดหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป รวมทั้งความไม่เป็นธรรมในระบบบริการ

3. วิสัยทัศน์ประชาคมเภสัชกรรมในระบบสุขภาพไทย

วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชกรรมที่จะตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ประเด็น คือ นโยบาย การบริการ บุคลากร และ ระบบบริหารจัดการ

3.1 นโยบาย

- ปรับกระบวนการทัศน์ของผู้ที่อยู่ในระบบ
- การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ
- กระจายอำนาจจากส่วนกลาง
- พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเอง
- ส่งเสริมสิทธิผู้บริโภค

3.2 การบริการ

- ประกันคุณภาพบริการ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน

- สร้างสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเอง และป้องกันโรค
- ใช้ข้อมูลข่าวสารให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการ
- ระบบเครือข่ายเพื่อความต่อเนื่องในการบริการทุกระดับ

3.3 บุคลากร

- มีสำนักสาธารณะ
- ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- มองสุขภาพองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ
- ให้บริการที่มีคุณภาพ ทำงานเป็นทีมในระบบบริการ
- พัฒนาให้ทันกับวิทยาการใหม่ๆ
- มีคุณธรรม และ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
- มีการกระจายตัวที่เหมาะสมทั่วประเทศ

3.4 ระบบบริหารจัดการ

- ระบบประกันสุขภาพที่เสมอภาคและมีประสิทธิภาพ
- มีระบบยาที่มีประสิทธิภาพ มีพื้นฐานมาจากการวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเองในเรื่องยา
- โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้
- ชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และการตัดสินใจ

4. ยุทธศาสตร์ทางเภสัชกรรมเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ

จากวิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชกรรมที่จะตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพนั้น นำมากำหนดยุทธศาสตร์สำหรับวิชาชีพเภสัชกรรมได้ดังต่อไปนี้

4.1 เมืองก้าวหน้าวิชาชีพ ที่เป็นสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ดังนี้

- กำหนดนโยบายการบริหาร
- ส่งเสริมการวิจัยในสหวิชาชีพเพื่อการบริการประชาชน
- เผยแพร่บทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพเพื่อความเข้าใจแก่ประชาชน
- เป็นศูนย์กลางรับเรื่องราวร้องทุกข์จากประชาชน

4.2 ผลิตภัณฑ์เภสัชกรรมทางเภสัชกรรม ที่มีคุณสมบัติดังนี้

- เกิดระบบคุณค่า และรักษาวัฒนธรรมตะวันออก
- เป็นเภสัชกรที่มีความรู้ เกิดปัญญา
- มีจรรยาบรรณเป็นแนวทางในการประกอบวิชาชีพ
- มีทักษะการประกอบวิชาชีพ สามารถบูรณาการองค์ความรู้เพื่อการปฏิบัติงานจริง

- ทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของผู้ให้บริการพื้นฐาน (Primary care provider) ในระบบบริการในชุมชน
- 4.3 สร้างระบบการประกันสุขภาพชุมชน เพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชน
- เป็นกองทุนชุมชน รวมเงินมาจากประชาชน (และจากรัฐ) เพื่อให้ความคุ้มครองเรื่องสุขภาพแก่สมาชิก
 - ส่งเสริมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมหลัก
 - กองทุนซื้อบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการ เช่น ร้านขายยา แพทย์แผนไทย และอื่นๆ
 - ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในนโยบาย การดำเนินงาน รวมทั้งร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ
- 4.4 ระบบยา
- เป็นระบบผสมผสานระหว่างแผนตะวันตกและตะวันออก
 - เน้นการวิจัยและพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเองในเรื่องยาโดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น สมุนไพร
 - มีการประกันคุณภาพยาที่เป็นสากล
 - สร้างระบบการกระจายยาที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้
 - ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม และคุ้มค่า (cost-effective) ในทุกระดับ
 - สร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารที่เชื่อมโยงในระบบสุขภาพ รวมทั้งเข้าถึงประชาชนทั่วไป
 - ส่งเสริมบทบาทของเภสัชกรรมชุมชนในฐานะของผู้ให้บริการพื้นฐาน (Primary care provider) ให้เป็นบริการเชิงรุก

5. ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมประชุม มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

5.1 วิธีการประชุมและผู้ร่วมประชุม

ความหลากหลายของผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อระดมความคิด มีความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การได้คนมาจากหลายสาขาอาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานเภสัชกรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ ทั้งนี้เพราะงานเภสัชกรรมเป็นงานที่มีความหลากหลายในเนื้อหา และผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรวมทั้งอุตสาหกรรมการผลิต และประกันคุณภาพยา ผู้ให้บริการกับผู้ป่วยในสถานบริการต่าง ๆ (เช่น โรงพยาบาล ร้านขายยา) องค์กรของรัฐ (เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) องค์กรเอกชน และที่สำคัญที่สุดก็คือ ประชาชนผู้ใช้ยาโดยตรง การเรียนรู้จากกลุ่มคนทุกกลุ่มในเวลาเดียวกัน เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันและสามารถนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายของอนาคตในระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

5.2 การกำหนดวิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชกรรม

จากการที่วิชาชีพเภสัชกรรมเป็นวิชาชีพที่มีความหลากหลายในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งในบางครั้งอาจนำมาซึ่งความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข เช่น กรณีทุจริตยา ซึ่งเป็นความขัดแย้งระหว่างผู้ผลิต และผู้บริโภค รวมทั้งก่อให้เกิดความขัดแย้งในสังคม การสร้างวิสัยทัศน์และการวางกลยุทธ์ในการดำเนินงานในอนาคตสำหรับคน

ในวิชาชีพเพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการทำงาน จึงเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้ระบบสุขภาพสามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน กลยุทธ์ในการปรับกระบวนการทัศน์ของคนในระบบจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บุคลากรในระบบสามารถสร้างกรอบแนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานที่มีวัตถุประสงค์สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงในทางสังคม

5.3 บทบาทเภสัชกรในอนาคต

การประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมควรจะเป็นไปเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้บริโภคในการใช้ยา รวมทั้งให้ผู้บริโภคสามารถพึ่งตนเองได้ในเรื่องยา การทำหน้าที่ของเภสัชกรในอนาคตจึงควรใกล้ชิดกับชุมชนให้มากที่สุดเพื่อให้บริการในลักษณะของที่ปรึกษาด้านสุขภาพชุมชน/ผู้ให้บริการพื้นฐาน (Primary care provider) อันจะเป็นการให้หลักประกันกับผู้บริโภคในการใช้ยา

5.4 โครงสร้างร้านขายยาในอนาคต

การขยายบทบาทของเภสัชกรมาสู่ชุมชนในระดับพื้นฐาน จำเป็นต้องมีโครงสร้างรองรับที่ดีและเป็นระบบ ดังนั้นสถานบริการพื้นฐาน Primary care ในเรื่องยา รวมทั้งร้านขายยา ควรจะอยู่ในระบบการประกันสุขภาพเพื่อเป็นช่องทางให้มีบริการที่ครอบคลุมใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด

คำสำคัญ: เภสัชกรรม, เภสัชกร, สุขภาพ, การปฏิรูประบบสุขภาพ, วิชาชีพ, การประกันสุขภาพ, ยา, ร้านยา และระบบยา

Executive Summary

Development of Pharmacy Vision for Health System Reform

Objectives: The major objectives of the project are:

1. To brainstorm from pharmacy-related group, their thoughts and to synthesize as vision of the new national health system;
2. To synthesize the new role of pharmacist that can drive the new national health system; and
3. To show an initiative of a new drug system for national health system reform.

Methodology

Sample and sampling technique

Both pharmacists and non-pharmacists from several sectors are invited to participate in the meetings. They are opinion leader and are stakeholders in the system, and (for non-pharmacists) have been interacted with pharmacists before. They are drug store owners, non-governmental organizations (NGOs), physicians, nurses, journalists, community leaders, as well as the general public. Samples are selected by judgemental sampling by the investigators. Representatives are from all four regions, the north, northeast, south, and central. Altogether, the ratio of pharmacists to non-pharmacists is 2.17 to 1 (152 to 70, with a ratio of 36:7 (5.14:1), 29:12 (2.42:1), 20:11 (1.82:1), 28:23 (1.22:1), and 39:17 (2.29:1) for the central, north, northeast, south, and combined 4-region, respectively.

Data collection

Five meetings of brainstorming are held, each in the central, north, northeast, south, and the last one, the combined 4-region, during 28 April and July 8, 2000. The places are Nakorn Pathom, Chiang Mai, Udon Thani, Songkhla, and Kanchanaburi Province respectively. Future Search Conference (FSC) technique, a participatory method for mutual learning, is used as a means to get information from the participants. Except for the meeting at Udon Thani for the northeast region, where the Appreciation, Influence, Control (AIC) technique is used.

Health System Summary

Thinking process and health problems

1. The general public
 - Are dependent on physicians' services and drugs, not self-sufficient,
 - Are influenced by western way of life which impacted upon all aspects of Thai society, economics, politics, social, as well as cultural. Evidences are the changing health behavior such as eating fast food and not taking good care of personal health.
 - Are not aware of consumer's right. An example is being passive when consulting with physicians.
2. Health personnel such as physician, pharmacist
 - Focus on treating a disease, not the person who is sick.
 - Lack a holistic approach in treating patients, as well as lack of a team approach.
 - Emphasize treatment rather than prevention and health promotion,
 - Health becomes a business enterprise,
 - Based on western thinking process, local wisdom on health and drug are neglected,
 - Lack of professional ethics.
3. Management system
 - Inefficiency, particularly the centralized government bureaucracy.
 - Under political influence.
 - Inaccessibility to services among the population.
 - Lack of health insurance for the general public as well as inequity to services.

Pharmacy Vision for the New Thai Health System

Four different aspects of vision will be discussed: policy, services, personnel and management system.

1. Policy. Priorities are: change in paradigm of all parties involved, health participation among the general public, decentralization of power, self-reliance by going back to community wisdom and heritage, and promote consumer's right.
2. Services. Included are: quality assurance for consumer protection and improve quality of life, health promotion and prevention rather than treatment, optimization of health information among the population, community involvement in services provision, and a network of health

services to all the people.

3. Personnel. Characteristics of health personnel are: public service, patient-focused care, holistic approach with bio-psychosocial and spiritual dimension, quality service, team-work, equitable distribution of personnel throughout the country, and professional ethics.
4. Management system. The new system should: have universal health coverage with equity and efficiency, be an efficient drug system with a strong research and development foundations on community wisdom, be accountable, and with strong community development approach.

Strategies for pharmacy toward health system reform

1. Professional organization. A multidisciplinary professional organization should be established with the obligations to: policy development, promote multidisciplinary research of health service, promote the multidisciplinary health approach to the population, and serve as a center for public grievance.
2. Pharmacy personnel. Future pharmacists should possess the following characteristics: have value system based on eastern culture, be a knowledgeable pharmacist with professional ethics, competent in practice skills, and act as a team of primary care provider in community health services.
3. A community health insurance fund. This is a community insurance scheme, funded by and for community with the goal to health provision to members. Participation from the community in setting up the policy as well as operation decision is essential. Primary missions are health promotion and prevention. Services for the members are purchased from health providers such as drug stores, traditional medicine, etc.
4. Drug system. The new system should: be an integrated system among eastern and western philosophy, focus on research and development for self-reliance (such as herbal medicine), have standard quality assurance. Also needed is an effective and accountable drug distribution system, promotion of rational and cost-effective drug utilization, a health information network accessible by the public,, and promotion of pharmacist as primary care provider.

Recommendations

1. Participants and the brainstorming process. Different background among participants are essential for brainstorming and mutual leaning process. Different perspectives from various profession are needed since pharmacy is a profession with diverse practice roles such as manufacturers, health service providers in hospitals, drug stores. Feedback from all parties involved, particularly the ultimate drug users, provides an valuable insight for mutual understanding and learning, which would lead to the formulation of future direction of the new health system.
2. Pharmacy vision. With a diverse practice role among pharmacists, which sometimes leads to an internal conflict as well as conflict with the society (the 1,400 million baht drug scandal is an example), future vision that would foster uniformity among the fellow pharmacists is needed. This is to help shape the new health system with maximal benefit to society. With the new vision, all parties involved need a new conceptual thinking to guide them so that to reach the common goal of a new health system.
3. Future role of pharmacists. Pharmacy practice in the future is to protect the ultimate consumer from any injury from drug use. To achieve this, a community practice base as primary care provider to ensure the safety of drug use in the general public should be established.
4. Future structure of drug store. The expanded role of pharmacists to the community level needs a new structure in the new health system to be able to achieve universal service coverage. Therefore, all primary care providers, drug stores including, should be an integral part of the health insurance system.

Key words: pharmacy, pharmacist, health, health system reform, profession, health insurance, drug, drug store, and drug system.

สารบัญเรื่อง

(Table of Contents)

	หน้า
คณะผู้วิจัย.....	i
กิตติกรรมประกาศ.....	ii
บทสรุปผู้บริหาร.....	iii
Executive summary	viii
สารบัญเรื่อง.....	xii
สารบัญตาราง	xiii
สารบัญแผนภูมิ	xiv
บทนำ	1
สรุปผลระบบสุขภาพไทย	7
วิสัยทัศน์ในระบบสุขภาพไทย	10
วิสัยทัศน์ประชาคมอาเซียนในระบบสุขภาพไทย.....	13
ยุทธศาสตร์ทางเภสัชกรรม เพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ.....	16
วิจารณ์และข้อเสนอแนะ.....	27
บรรณานุกรม.....	30
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก บทสรุปโครงการฯ ฉบับย่อ.....	31
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุม	55
ภาคผนวก ค รายงานการประชุมภาคกลาง ตะวันออกและตะวันตก.....	81
ภาคผนวก ง รายงานการประชุมภาคเหนือ.....	134
ภาคผนวก จ รายงานการประชุมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....	202
ภาคผนวก ฉ รายงานการประชุมภาคใต้.....	257
ภาคผนวก ช รายงานการประชุมรวม 4 ภาค	323

สารบัญตาราง
(Table of Tables)

	หน้า
ตารางที่ 1 สัดส่วนผู้เข้าร่วมการประชุมโครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเกษตร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ.....	4
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ ทางเกษตรกรรม 4 ภาค.....	23

สารบัญรูป

(Table of Figures)

	หน้า
รูปที่ 1 วิธีคิดในระบบสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหา.....	9
รูปที่ 2 วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ.....	12
รูปที่ 3 วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชกรรมที่จะตอบสนองวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ.. ..	15
รูปที่ 4 ตัวอย่างกองทุนสวัสดิการในภาคใต้ที่รวมเรื่องกองทุนสุขภาพ.....	18
รูปที่ 5 ตัวอย่างกองทุนประกันสุขภาพชุมชน.....	19
รูปที่ 6 ระบบเภสัชกรรมในระบบผู้ให้บริการพื้นฐาน.....	20
รูปที่ 7 ระบบเภสัชกรรมผสมผสาน.....	21

การสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกรสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

1. บทนำ

การสังเคราะห์วิสัยทัศน์ประชาคมเภสัชกรเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นหนึ่งในโครงการ (งานวิจัย) ในแผนยุทธศาสตร์วิจัยและพัฒนาประชาคมสุขภาพ ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในการพัฒนาและสร้างองค์ความรู้ที่จะใช้ให้เกิดผลในการปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ

1. เพื่อกำหนดภาคีประชาคมที่เป็นภาคีหลัก (critical alliance) และแกนที่จะเป็นตัวเชื่อม (critical linkage) ในการปฏิรูประบบสุขภาพ
2. เพื่อให้มีเวทีแลกเปลี่ยนกับประชาคมทุกระดับ เพื่อให้เกิดขบวนการประชาคมที่มีความตระหนัก และเข้ามามีบทบาทในการปฏิรูประบบสุขภาพ
3. เพื่อให้เกิดการศึกษาวิจัยด้านแนวคิดเชิงทฤษฎีการก่อเกิดบทบาทของประชาคมในระดับต่างๆ ที่สามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพ และกำหนดความต้องการในการสร้างระบบสุขภาพที่พึงปรารถนา
4. เพื่อศึกษาและพัฒนาเครื่องมือกระบวนการในการสร้างความเข้มแข็งของประชาคม
5. เพื่อให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายในการสนับสนุนประชาคมในการปฏิรูประบบสุขภาพ

สำหรับประชาคมเภสัชกร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ในฐานะองค์กรวิชาชีพผู้ให้บริการ แม้ว่าจะมีการติดตามความเคลื่อนไหว และเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพอยู่บ้าง แต่รูปแบบ เนื้อหา และความเคลื่อนไหว ยังเป็นไปในกรอบความคิดทางการแพทย์เป็นหลัก เป็นกลไกและวิธีคิดแบบเดิม ในขณะที่ภาคประชาชนเริ่มมีความเคลื่อนไหว และริเริ่มกิจกรรมต่างๆ เพื่อพัฒนาด้านสาธารณสุข การเข้าร่วมเครือข่ายประชาคมในรูปภาคีปฏิรูประบบสุขภาพในครั้งนี้ จึงเป็นมิติใหม่ที่มีส่วนช่วยผลักดันให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ แนวคิด และทฤษฎีที่ใช้ชี้นำการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคม กับการปฏิรูประบบสุขภาพ ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรและประชาคมเภสัชกรเอง และมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวสังคมโดยรวม ให้เกิดการตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของพลังประชาคมในการร่วมสร้างระบบสุขภาพที่ต้องการของทุกคนโดยรวม

โครงการ (งานวิจัย) นี้ได้ใช้เทคนิคการประชุมอย่างมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อสร้างอนาคต (Future Search Conference, FSC) โดยมี พันเอก นายแพทย์ทวีศักดิ์ นพเกษร เป็นที่ปรึกษาโครงการ เทคนิคการประชุมอย่างมีส่วนร่วม หรือ FSC เป็นกระบวนการสร้างการเรียนรู้วิธีหนึ่ง ซึ่งใช้เวทีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กับคนอื่น ทุกคนในที่ประชุมจะได้เรียนรู้ความแตกต่าง ความหลากหลาย รู้จักอดกลั้น และประนีประนอมโดยใช้เหตุผลของการตัดสินใจร่วมกัน ขั้นตอนหลักๆ คือ ผู้ดำเนินการประชุมจะให้ผู้เข้าร่วมประชุมนึกคิด และช่วยกันนำเสนอภาพรวมของสถานการณ์ หรือสภาพปัญหาในปัจจุบัน แล้วเชื่อมโยงไปถึงรากของปัญหาและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จะมีการใช้เทคนิคการวาดแผนภูมิความคิด (Mind map) ในการแจกแจง

ประเด็น และสรุปให้เข้าใจ ต่อจากนั้นผู้เข้าร่วมประชุมจะช่วยกันลำดับความสำคัญของปัญหา และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา มีการถกเถียง แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ และเปิดเผย โดยที่ประชุมจะต้องอาศัยกระบวนการบริหารจัดการความขัดแย้งที่ดี ที่จะทำให้เกิดประโยชน์ จนเป็นพลังปัญญาในการแก้ไขปัญหาได้ และนำไปสู่ภาพหรือวิสัยทัศน์ในอนาคตร่วมกันของชุมชน

เพื่อให้องค์ประกอบของประชาคมที่เป็นตัวแทน สามารถสะท้อนความต้องการของชุมชนโดยรวมได้อย่างรอบด้าน ทีมวิจัยและคณะทำงานจึงได้พิจารณาคัดเลือกผู้ที่จะเข้าประชุมในด้านต่างๆ 5 ประการคือ คน ความสนใจของคนในเรื่องเดียวกัน อาณาบริเวณ การปฏิบัติต่อกัน และ ความสัมพันธ์ของสมาชิก โดยได้แบ่งการประชุมออกเป็น 5 ครั้ง ซึ่ง 4 ครั้งแรกจัดใน 4 ภูมิภาค และเชิญคนในพื้นที่เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ และจัดครั้งสุดท้ายอีกครั้งที่ภาคกลางโดยเชิญผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วนจาก 4 ภูมิภาคมาประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมจะมีทั้งที่เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเกษตรกร ผู้เกี่ยวข้อง และตัวแทนประชาชน เนื้อหาและสาระที่ได้จากการประชุมเกี่ยวกับ

1. สถานการณ์ปัญหาการพัฒนาของระบบสาธารณสุข และระบบสุขภาพ
2. จุดมุ่งหมายของการพัฒนาเพื่อให้ได้วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์
3. ยุทธศาสตร์ วิธีการ และกระบวนการพัฒนา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว

ทั้งหมดที่ได้จากการประชุมทั้ง 5 ครั้งได้มีการสังเคราะห์ และนำเสนอในงานประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3 “ภูมิปัญญาประชาคม สู่สุขภาพประชาชาติไทย” ในระหว่างวันที่ 15-17 สิงหาคม พ.ศ. 2543 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กทม. ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้น เป็นต้นแบบของการร่วมคิด ร่วมกันทำงาน เป็นต้นทุนให้กับประชาคมเภสัชกร และกลุ่มอื่นๆ เครือข่ายต่างๆ ได้คิดต่อ ได้วิจัยต่อ เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงในการจัดการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อสุขภาพของประชาชนคนไทยทุกคน

วัตถุประสงค์ สำหรับประชาคมเภสัชกร

1. เพื่อระดมความคิดของประชาคมเภสัชกรเครือข่ายหลัก และสังเคราะห์เป็นวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการ
2. เพื่อสังเคราะห์ให้เห็นบทบาทของเภสัชกรในมิติใหม่ คือบทบาทที่สามารถจะเป็นกำลังขับเคลื่อนระบบสุขภาพแห่งชาติตามที่ต้องการ
3. เพื่อเสนอตัวอย่างระบบงานที่น่าจะมีการปฏิรูป หรืองานที่อาจเป็นจุดเริ่มต้นของระบบงานเภสัชกรรมในมิติใหม่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและร่วมกันในการระดมความคิดเพื่อสังเคราะห์เป็นวิสัยทัศน์ในกลุ่มประชาคมเฝ้าฯกร และผู้มีส่วนร่วมในระบบสุขภาพอื่นๆ สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ
2. เพื่อสังเคราะห์ให้เห็นบทบาทของเฝ้าฯกรในมิติใหม่ที่เป็นรูปธรรมในการเป็นกำลังสำคัญส่วนหนึ่งที่จะขับเคลื่อนให้ได้ระบบสุขภาพตามที่ต้องการ
3. ได้แนวทางและยุทธศาสตร์ที่เป็นรูปธรรมในการสนับสนุนส่งเสริมให้เฝ้าฯกรมีการพัฒนาตนเองให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่จะมีการปฏิรูปในอนาคต
4. เป็นการกระตุ้นให้เฝ้าฯกรมีการตื่นตัวในปัญหาสุขภาพ และเปิดบทบาทการมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษาโครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเฝ้าฯกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นของกลุ่มเฝ้าฯกร และกลุ่มบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่เฝ้าฯกร โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการร่วมประชุมและสังเกตกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิจารณญาณ(Judgement Sampling) ของผู้รับผิดชอบโครงการเป็นหลัก

1. กลุ่มตัวอย่าง (Samples)

- 1.1. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Samples qualification)
 - 1.1.1. เป็นเฝ้าฯกร หรือเป็นตัวแทนบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่เฝ้าฯกร ที่มาจากหลากหลายวิชาชีพโดยมีคุณสมบัติในการเป็นผู้นำทางความคิด (Opinion leader) ของแต่ละวิชาชีพ (Stakeholders) และเคยสัมผัสกับเฝ้าฯกร หรือระบบเฝ้าฯกรมาก่อน
 - 1.1.2. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการประชุม
 - 1.1.3. กล้าคิดกล้าพูดในการแสดงความคิดเห็น
- 1.2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sample selection)

เนื่องด้วยเป็นการศึกษาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการร่วมประชุมและสังเกตจากกลุ่มตัวอย่าง (Sample survey) ที่ไม่ทราบความน่าจะเป็น จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิจารณญาณ (Judgement Sampling) ของผู้รับผิดชอบโครงการเป็นหลัก
- 1.3. สถานที่จัดการประชุม (Sites) แบ่งออกเป็นการจัด 4 ภูมิภาค ๆ ละครั้ง และรวมทั้ง 4 ภาค รวมทั้งหมดจำนวน 5 ครั้ง ได้แก่
 - 1.3.1. ภาคกลาง ตะวันออก และตะวันตก จัดการประชุม ระหว่างวันที่ 28-30 เมษายน พ.ศ. 2543 ณ บ้านผู้หว่าน อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

- 1.3.2. ภาคเหนือ จัดการประชุม ระหว่างวันที่ 19-21 พฤษภาคม พ.ศ. 2543 ณ บ้านกลางดอย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่
- 1.3.3. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดการประชุม ระหว่างวันที่ 26-28 พฤษภาคม พ.ศ. 2543 ณ โรงแรมเจริญศรี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
- 1.3.4. ภาคใต้ จัดการประชุม ระหว่างวันที่ 2-4 มิถุนายน พ.ศ. 2543 ณ โรงแรม บี พี สมิหลา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
- 1.3.5. รวม 4 ภาค จัดการประชุม ระหว่างวันที่ 6-8 กรกฎาคม พ.ศ. 2543 ณ โรงแรมพาวี่เลียน รีม แคว รีสอร์ท จังหวัดกาญจนบุรี
- 1.4. สัดส่วนของกลุ่มผู้เข้าร่วมการประชุม (Participants)
ผู้เข้าร่วมการประชุมจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
 - 1.4.1. กลุ่มเภสัชกร ในสาขาต่าง ๆ อาทิเช่น เภสัชกรโรงพยาบาล เภสัชกรชุมชน เภสัชกรฝ่ายการผลิต และควบคุมคุณภาพ เภสัชกรการตลาด อาจารย์ ฯลฯ
 - 1.4.2. กลุ่มบุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เภสัชกร อาทิเช่น บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ผู้ประกอบกิจการร้านยา กลุ่มองค์กรอิสระ (Non government organizations = NGOs) ผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชนทั่วไป เป็นต้น

ตารางที่ 1 สัดส่วนผู้เข้าร่วมการประชุมโครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกร สำหรับการปฏิรูกระบบสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมการประชุม	ภาคกลาง ตะวันออก และตะวันตก	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	รวม 4 ภาค	รวมทั้งหมด
เภสัชกร	36	29	20	28	39	152
บุคลากรอื่น ๆ	7	12	11	23	17	70
รวม	43	41	31	51	56	222
สัดส่วนเภสัชกรต่อ บุคลากรอื่น ๆ	5.14:1	2.42:1	1.82:1	1.22:1	2.29:1	2.17:1

2. ประเด็นหลักที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

- เป้าหมายของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์
- นวัตกรรมเพื่อระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และหลักประกันทางสุขภาพ
- การปฏิรูกระบบสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเอง และการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

- บทบาทและหน้าที่ของเภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพและการสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์
- บทบาทและหน้าที่ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ และการสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจัดการประชุม ซึ่งประกอบด้วย 2 วิธี ได้แก่

3.1 **Future Search Conference หรือ FSC** (ทวีศักดิ์ นพเกษร, 2540ก: 35-8, ข: 7-21)

ใช้ในการประชุมใน 3 ภูมิภาค คือ ภาคกลาง ตะวันออก และตะวันตก, ภาคเหนือ ภาคใต้ และรวม 4 ภาค

วิธีการระดมความคิด Future search conference (FSC) หรือการประชุมเพื่อค้นหาอนาคตในกรณีของประชาคมเภสัชกร มีจุดมุ่งหมายเพื่อหาเป้าหมายร่วม คือ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาคมเภสัชกรและผู้ที่มีส่วนได้เสียกับระบบเภสัชกรรม และพัฒนายุทธศาสตร์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมาย คือ สุขภาพดีถ้วนหน้า (All for Health)

ลักษณะการประชุม เป็นการประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8-12 คน

เนื่องจากผู้เข้าร่วมประชุมมีความหลากหลาย กระบวนการประชุมจึงเริ่มจาก กิจกรรมการละลายพฤติกรรม (Ice breaking) เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกันในกลุ่ม จากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ ซึ่งเริ่มจากการให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ย้อนกลับไปตรวจสอบ และค้นหาอดีต ปัจจุบัน และอนาคตของสังคมโลก ประเทศ การประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ระบบเภสัชกรรม (แผนตะวันตก และตะวันออก) วิถีชีวิต วิถีคิดของคนไทย และวิถีชีวิตของผู้เข้าร่วมกระบวนการการประชุม ขั้นตอนนี้ใช้เทคนิค timeline โดยให้ทุกคนนำความคิดและประสบการณ์ของตนไปเขียนบน flip chart ตามหัวข้อ ในแต่ละช่วงเวลาแบ่งห่างกัน 10 ปี โดยเริ่มจากปี 2510 2520 2530 และ 2540 รวมถึงแนวโน้มที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหรือเป็นไป หลังจากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันสรุปประเด็นที่ได้จาก flip chart ตามหัวข้อที่ได้รับมอบหมาย แล้วนำเสนอข้อสรุปของกลุ่ม ให้ที่ประชุมกลุ่มใหญ่ฟัง โดยมีวิทยากรกลาง (Modulator) เป็นผู้นำเสนอเป็น mind map ซึ่งเป็นแผนภูมิสรุปความสำคัญของเนื้อหาสาระทั้งหมดที่ผู้เข้าร่วมประชุมนำเสนอ

หลังจากเสร็จสิ้นเทคนิค timeline ที่ทุกคนจะได้รับการกระตุ้นให้คิดถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และแนวโน้มสุขภาพในอนาคต หลังจากนั้นจะให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้ากลุ่มใหม่ เป็นกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มร้านยา หรือกลุ่ม non pharmacist กลุ่มประชาชนอื่นๆ โดยให้แต่ละกลุ่มคิดหัวข้อ

- วิถีคิดในระบบสุขภาพ ที่ทำให้เกิดปัญหา
- วิถีคิดใหม่ในระบบสุขภาพ
- วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชกรรมที่จะตอบสนองวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ และ
- กำหนดยุทธศาสตร์ต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

การประชุมกลุ่มย่อยจะมี facilitator เป็นผู้ทำหน้าที่ประสานงานในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการแสดงความคิดเห็นโดยทั่วถึง และมีวิทยากรกลางทำหน้าที่เป็นผู้สรุปความคิดเห็นจากแต่ละกลุ่มย่อยเพื่อนำเสนอในรูปแบบแผนภาพ (mind map) ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมสามารถมาอ่านได้เมื่อมีเวลาว่าง

3.2 **Appreciation Influence Control หรือ AIC** (ทวีศักดิ์ นพเกษร, 2540: 21-23; ประเวศ วะสี, 2540: 3-5)

(ใช้ในการประชุมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

เป็นวิธีการและเทคนิคในการนำคนที่ทำงานร่วมกันทั้งหมดในระบบใดระบบหนึ่งเข้ามาประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ซึ่งจะดำเนินการ 3 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 A = Appreciation

เป็นการทำให้ทุกคนให้การยอมรับและชื่นชมคนอื่นโดยไม่รู้สึกต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์ ในขั้นนี้ ทุกคนจะมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียมกันด้วยภาพ ข้อเขียน และคำพูดว่าเขาเห็นสถานการณ์ในปัจจุบันเป็นอย่างไร อยากจะเห็นความสำเร็จในอนาคตเป็นอย่างไร ซึ่งจะทำให้ทุกคนได้มีโอกาสใช้ข้อเท็จจริง เหตุผลและความรู้สึก ตลอดจนการแสดงออกในลักษณะต่างๆ ตามที่เป็นจริง ซึ่งทำให้เกิดการใช้ “จินตนาการ (Imagination)” ที่ก่อให้เกิด “วิสัยทัศน์ (Vision)” ได้ง่ายขึ้น หรือเป็นขั้นที่ Appreciation → Imagination → Vision

ขั้นที่ 2 I = Influence

เป็นการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่ มาช่วยกันกำหนดวิธีการสำคัญ หรือ “ยุทธศาสตร์ (Strategy)” ที่จะทำให้บรรลุ “วิสัยทัศน์ร่วม (Shared vision)” หรือ “อุดมการณ์ร่วม (Shared ideal)” ของกลุ่ม (ที่มาประชุม) ได้อย่างดีที่สุด หรือเป็นขั้นที่ Influence = Interaction

ขั้นที่ 3 C = Control

เป็นขั้นที่สมาชิกกลุ่มแต่ละคนจะเลือกเองว่า สมควรจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเรื่องใด จะเป็นผู้ให้ความร่วมมือในเรื่องใด เป็นการกำหนด “ข้อผูกพัน (Commitment)” ให้ตนเอง เพื่อ “ควบคุม (Control)” ให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุผลที่เป็นเป้าหมายหรืออุดมการณ์ร่วมกันของกลุ่มในที่สุด หรือเป็นขั้นที่ Control = Commitment → Action

2. สรุปผลระบบสุขภาพไทย

2.1 วิธีคิดและปรากฏการณ์ปัญหาสุขภาพ จากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ของประเทศไทยในหลายทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้ประชาชนคนไทยขาดรากฐานแนวคิดและการปฏิบัติเพื่อ การพึ่งตนเองในเรื่องสุขภาพ แต่เป็นการต้องพึ่งพาบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นหลัก ในขณะเดียวกัน บุคลากรทางสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร หรืออื่น ๆ ซึ่งผ่านระบบการ ศึกษา การพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคม ที่สร้างความเป็นปัจเจกบุคคลด้วยแนวความคิดแบบตะวันตก มากกว่าการเรียนรู้เพื่อเป็นองค์ประกอบหนึ่งของโครงสร้างระบบสุขภาพที่เป็นองค์รวมบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย ทำให้เกิดปรากฏการณ์ในระบบสุขภาพที่เป็นปัญหาอยู่มาก ซึ่งจะแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ ประชาชน บุคลากรทางการแพทย์ และระบบการบริหารจัดการ

2.1.1 ประชาชน

ไม่พึ่งตนเอง หวังพึ่งหมอและกินยา ด้วยกระบวนการในอดีตในระบบสาธารณสุขที่กำหนดโดย ผู้บริหารจากส่วนกลาง ทำให้ประชาชนไม่ต้องพึ่งตนเองในเรื่องการดูแลสุขภาพ แต่ต้องอาศัยบุคลากร ทางสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลรักษาโรค รวมทั้งประชาชนมีพฤติกรรมและความเชื่อในเรื่องการใช้ยา ว่า สามารถรักษาโรคได้ นอกจากนี้ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการป้องกัน โรค เช่น การป้องกันโรคเอดส์

รับอิทธิพลจากกระแสตะวันตก ซึ่งกระทบต่อสังคมไทยทั้งทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และ วัฒนธรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตที่ส่งผลร้ายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะประชา ชนในเมือง เช่น การกินอาหารจานด่วน การไม่ดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ในยุคข้อมูลข่าวสารอย่าง ในปัจจุบัน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องของผลิตภัณฑ์สุขภาพในท้องตลาด ประชาชนก็ยังขาดวิจารณ ญาณเพื่อกลั่นกรองว่าข้อมูลใดมีความน่าเชื่อถือเพื่อใช้ในการตัดสินใจ

ประชาชนไม่รู้สิทธิของตนเอง ประชาชนทำหน้าที่เป็นผู้รับบริการเท่านั้น ไม่มีส่วนร่วมในการ รักษาพยาบาลหรือรับรู้สิทธิที่ควรมีในกระบวนการรักษาพยาบาล เช่น ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นร่วมกับ แพทย์หรือบุคลากรอื่นๆ ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค นอกจากนี้ในระบบสาธารณสุขปัจจุบัน ประชาชนยังไม่มีทางเลือกอื่นในการรักษาโรค เพราะระบบการแพทย์ปัจจุบันอยู่บนพื้นฐานของการแพทย์ ตะวันตกเป็นหลัก แพทย์ทางเลือกอื่นๆ ไม่ได้อยู่ในระบบอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนเพื่อให้ประชาชนมี โอกาสในการเลือกใช้บริการ

2.1.2 บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ฯ

มุ่งการรักษาโรค ไม่รักษาคน ไม่มององค์รวมของผู้ป่วย ทำให้ไม่เห็นคุณค่าของคน ทั้งนี้ก็เนื่อง จากระบบการศึกษาและภาวะการปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุขที่เน้นกระบวนการรักษาโรคมกกว่ารักษา คนที่เป็นโรค ซึ่งมีปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพนอกจากทางด้านกายภาพ ไม่ว่าจะเป็นทางสังคม จิตใจ หรือจิตวิญญาณ

คิดแบบแยกส่วน นอกจากการแยกโรคออกจากคนแล้ว การทำงานของบุคลากรในระบบยังทำงานแบบแยกส่วนตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ไม่ทำงานประสานกันเป็นทีมอย่างเป็นระบบ

ทำงานแบบตั้งรับ ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันอยู่ในลักษณะการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดโรคหรือปัญหาขึ้นแล้ว ไม่คำนึงถึงการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีประสิทธิภาพมากกว่าในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทย

ทำงานเชิงธุรกิจ บุคลากรในระบบประกอบวิชาชีพบนพื้นฐานของธุรกิจเพื่อหวังผลกำไร เช่น แพทย์พาณิชย์ เภสัชกรเขวนป้ายโดยไม่ปฏิบัติหน้าที่ หรือเน้นการขายยาเพื่อเป้าหมายทางธุรกิจโดยไม่คำนึงผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการ

รับแนวคิดแบบตะวันตก ลืมภูมิปัญญาท้องถิ่นในเรื่องสุขภาพและยา โดยเฉพาะภูมิปัญญาไทยในเรื่องสมุนไพร ซึ่งกำลังสูญหายไปจากสังคมไทย

ไม่คำนึงถึงจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ การปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบันขาดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติพื้นฐานของการกำกับดูแลของคนในวิชาชีพเดียวกันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความปลอดภัยของคนในสังคม

2.1.3 ระบบการบริหารจัดการ นอกจากประชาชนและบุคลากรในระบบสาธารณสุขซึ่งมีแนวคิดและการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดปัญหาแล้ว รัฐและบุคลากรผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศ ก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาในระบบการบริหารจัดการ ด้วยแนวคิดของการกำหนดนโยบายแบบรวมศูนย์จากส่วนกลางเป็นหลัก โดยไม่มีกระบวนการที่มีส่วนร่วมของประชาชน ทำให้เกิดปัญหาดังต่อไปนี้

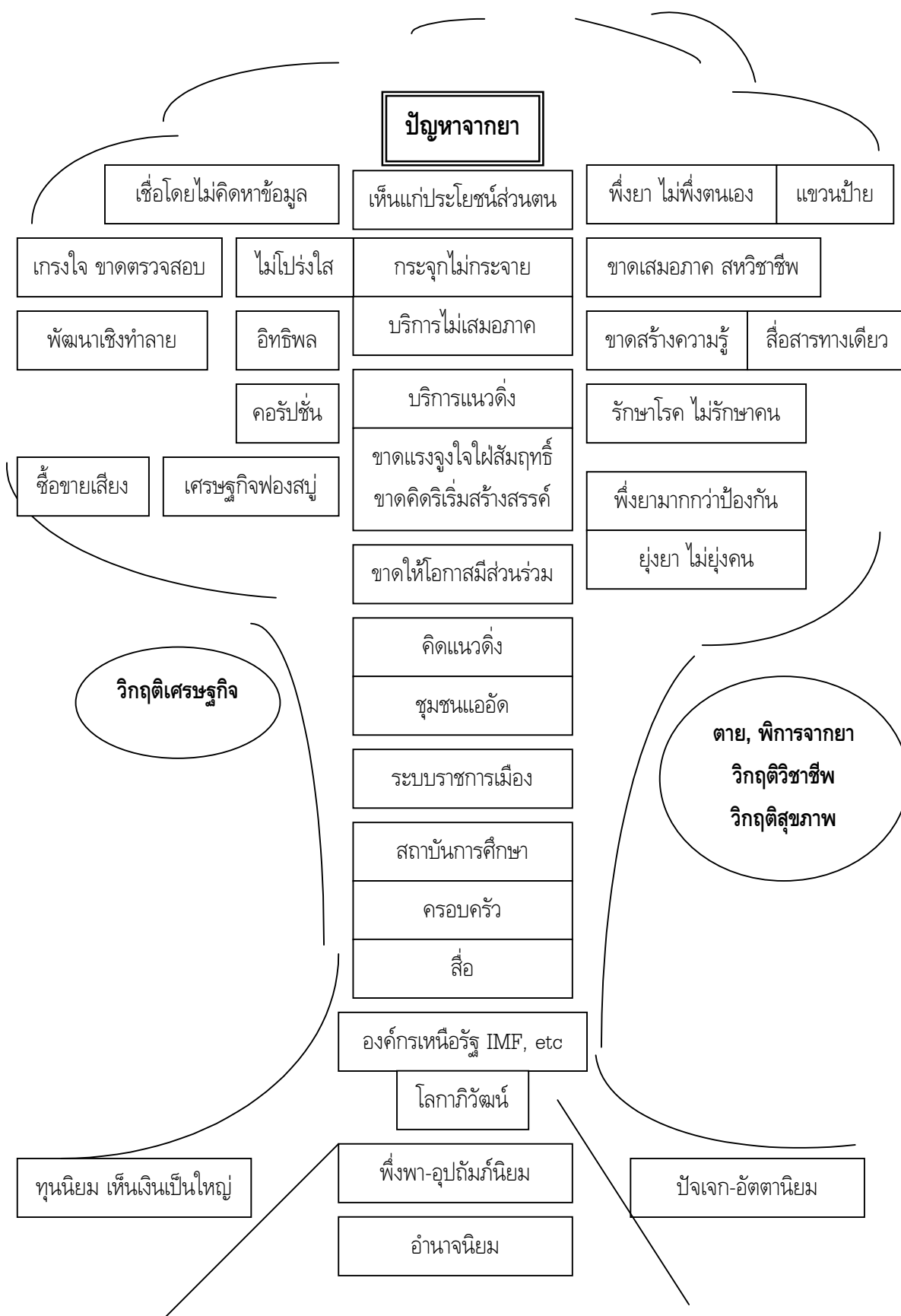
ความไม่มีประสิทธิภาพในระบบบริการ ซึ่งสะท้อนในเรื่องค่าใช้จ่ายทางการแพทย์พยาบาล (รวมทั้งยา) ที่สูงเกินจำเป็น

การขาดหลักประกันสุขภาพของประชาชนผู้ด้อยโอกาสในชนบท ซึ่งเป็นภาระอย่างมากสำหรับประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

ความไม่มีอิสระ เพราะได้รับอิทธิพลทางการเมือง โดยเฉพาะในระบบราชการที่ไม่กระจายอำนาจ ต้องฟังฟังนักการเมือง

ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ รวมทั้งความไม่เป็นธรรมในระบบบริการ ของประชาชนผู้ด้อยโอกาส

ปัญหาทั้งหมดได้นำมาสรุปอยู่ในแผนภาพในหน้าถัดไป (รูปที่ 1) ในรูปของต้นไม้อันมีรากฐานมาจากการอบความคิดอำนาจนิยม และผลที่ปรากฏออกมาเป็นปัญหาต่าง ๆ ในปัจจุบัน



รูปที่ 1 วิธีคิดในระบบสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหา

3. วิสัยทัศน์ในระบบสุขภาพไทย

จากปัญหาในวิถีคิดและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระบบสาธารณสุขดังกล่าวมาข้างต้น จึงนำมากำหนดวิสัยทัศน์ที่จะตอบสนองต่อระบบสุขภาพที่ควรจะเป็นในอนาคต โดยแบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ นโยบาย การบริการ บุคลากร และ ระบบบริหารจัดการ

3.1 นโยบาย

ปรับแนวความคิดหรือกระบวนทัศน์ของผู้ที่อยู่ในระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้งบุคลากรในระบบบริการ เพื่อสร้างระบบสุขภาพใหม่ที่มีประสิทธิภาพที่ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ระบบสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

สร้างสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเอง และป้องกันโรค แทนการรักษาโรคอย่างในระบบเดิม

กระจายอำนาจจากส่วนกลางให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และหาแนวทางการดำเนินงานที่คนในชุมชนจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการมีสุขภาพดีได้

ฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเอง ในเรื่องการดูแลสุขภาพและเรื่องยารักษาโรค รวมทั้งเป็นการสร้างทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชุมชน

ส่งเสริมสิทธิผู้บริโภค เพื่อให้ชุมชนหรือประชาชนมีโอกาสในการคุ้มครอง พิจารณาผลประโยชน์ของตนเองในเรื่องสุขภาพ มีสิทธิในการเลือกวิธีการที่หลากหลายในการดูแลสุขภาพ สิทธินี้รวมถึงการมีหลักประกันสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนทุกคนที่จะได้รับการดูแลจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน

3.2 การบริการ

ประกันคุณภาพบริการ ระบบบริการควรมีมาตรฐานที่ดีและเท่าเทียมในทุกระดับ โดยมีศูนย์กลางที่ตัวผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน

ใช้ข้อมูลข่าวสารให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน โดยใช้สื่อต่างๆ และกระบวนการในการให้บริการให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ สามารถกลั่นกรองข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองและของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการ ชุมชนเป็นผู้กำหนดความต้องการ หรืออาจเป็นเจ้าของงานบริการบางอย่าง เพื่อตอบสนองความต้องการใช้บริการของคนในชุมชนที่อาจแตกต่างกันตามท้องถิ่นและวัฒนธรรม

ระบบเครือข่ายเพื่อความต่อเนื่องในการบริการทุกระดับ ทั้งนี้เพื่อให้บริการที่ครบวงจร ไม่ขาดตอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีมากขึ้นในสังคมไทยปัจจุบัน ซึ่งจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพในการดูแลสุขภาพ

3.3 บุคลากร

มีสำนักสาธารณะ โดยเฉพาะในระบบบริการที่ต้องให้บริการผู้เจ็บป่วยที่เป็นทุกข์ ให้มีความรู้สึกที่ดีเมื่อมารับบริการ

ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการให้บริการ ซึ่งจะเป็นแนวทางที่เกิดความร่วมมือในทิศทางเดียวกันในการพัฒนาคุณภาพบริการ และก่อให้เกิดประสิทธิภาพในระบบ ลดความสูญเสียที่ไม่จำเป็น มองสุขภาพองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เพราะปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ของคนในสังคม การมองผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ จะทำให้สามารถเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สาเหตุของปัญหา และหาวิธีการแก้ไขปัญหานั้นได้ตรงกับสาเหตุ

ให้บริการที่มีคุณภาพและเท่าเทียม บุคลากรทำงานเป็นทีม เพื่อเสริมสร้างระบบบริการที่เป็นที่พึงของประชาชน

พัฒนาให้ทันกับวิทยาการใหม่ๆ ที่หลากหลาย และใช้วิทยาการเหล่านั้นให้เหมาะกับสังคมไทย ไม่ฟุ่มเฟือย

มีคุณธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเป็นแนวทางในการประกอบวิชาชีพ เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองประชาชนให้ปลอดภัย มีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดี

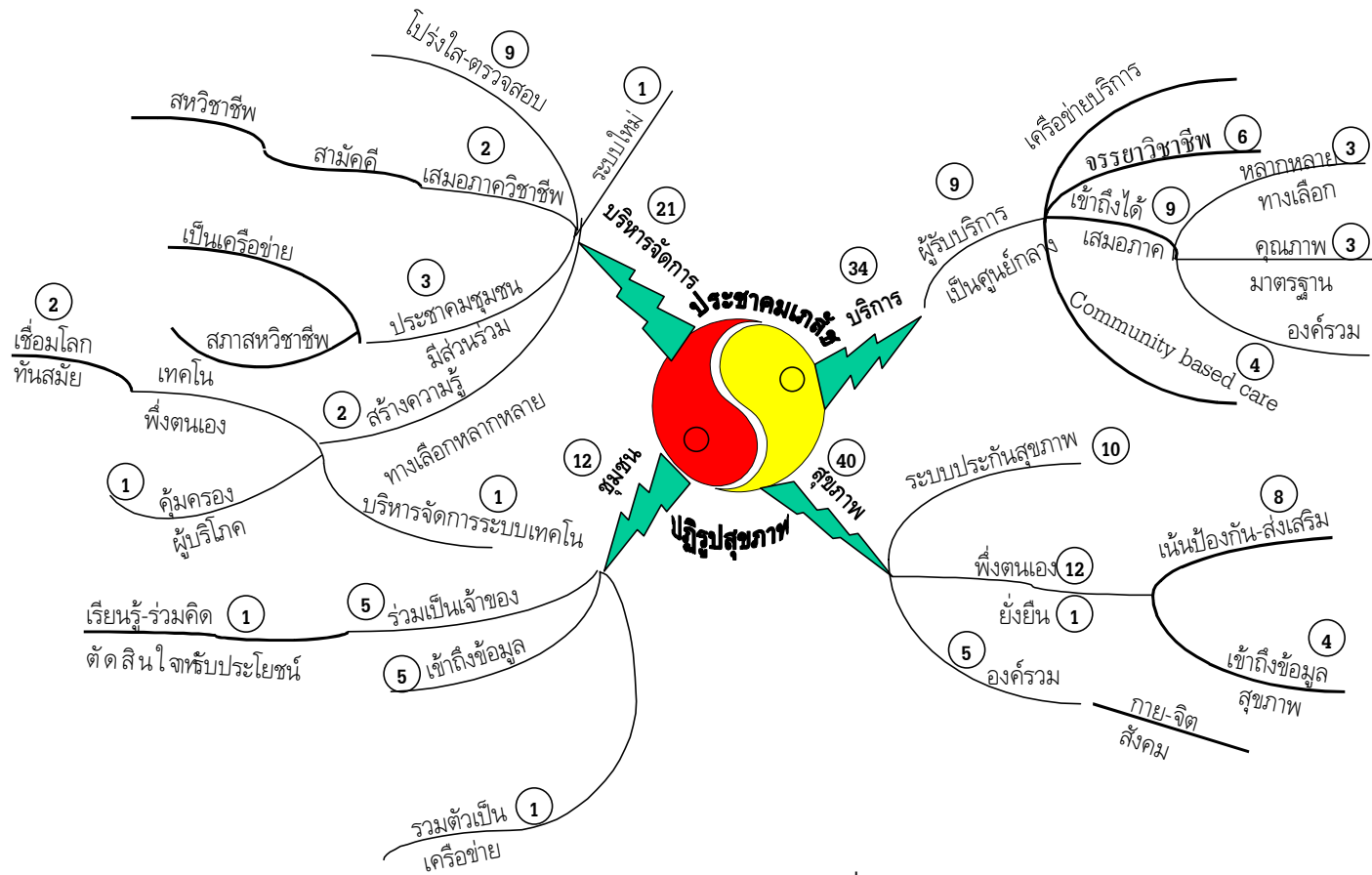
มีการกระจายตัวที่เหมาะสมทั่วประเทศในทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนในทุกท้องถิ่นสามารถเข้าถึงได้เมื่อมีความต้องการใช้บริการ

3.4 ระบบบริหารจัดการ

มีระบบประกันสุขภาพที่เสมอภาคสำหรับประชาชนทุกคน และสามารถก่อให้เกิดประสิทธิภาพในระบบการให้บริการ

เป็นอิสระจากอำนาจทางการเมือง มีความโปร่งใส ประชาชนสามารถตรวจสอบได้

สร้างชุมชนที่เข้มแข็งและสามารถพึ่งตนเองได้ในอนาคต โดยทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในการบริหารจัดการ และการตัดสินใจในระบบสุขภาพ



รูปที่ 2 วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ

4. วิสัยทัศน์ประชาคมเภสัชกรในระบบสุขภาพไทย

จากวิสัยทัศน์ในระบบสุขภาพข้างต้น จึงนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดวิสัยทัศน์สำหรับวิชาชีพเภสัชกรรมที่จะตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 5 ประเด็น คือ นโยบาย การบริการ บุคลากร และระบบบริหารจัดการ ชุมชน

4.1 นโยบาย

ปรับแนวคิดของคนในระบบให้สามารถเข้าใจระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทย ซึ่งเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ

ปรับระบบยาให้มีประสิทธิภาพและสามารถพึ่งตนเอง โดยมีพื้นฐานมาจากการวิจัยและพัฒนา ภูมิปัญญาท้องถิ่น ให้สามารถผสมผสานกับวิวัฒนาการจากภูมิปัญญาตะวันตก

นำวิชาชีพเภสัชกรรมเข้าเป็นปัจจัยหนึ่งในโครงสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ในลักษณะของเครือข่ายหลายวิชาชีพ

มีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางในการกำกับดูแลระบบยาของประเทศ

ปฏิรูประบบการศึกษาเภสัชศาสตร์เป็นแบบผสมผสาน สอดคล้องกับสภาพของท้องถิ่น

4.2 การบริการ

สร้างหลักประกันในเรื่องคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องยาในทุกระดับ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทำงานเป็นเครือข่ายโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมองสุขภาพแบบองค์รวม

4.3 บุคลากร

สร้างและพัฒนาบุคลากรให้มีจิตสำนึกสาธารณะ และมีความรู้ ใช้ปัญญาเพื่อพัฒนาสังคมให้เข้มแข็งในเรื่องสุขภาพ

เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องยาที่เชื่อถือได้ให้กับบุคลากรในระบบและประชาชนทั่วไป

มีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเครื่องมือในการปฏิบัติงาน

4.4 ระบบการบริหารจัดการ

สร้างความสมดุลในระบบระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการทั้งหมดให้มีความเท่าเทียมกัน

ทำให้ระบบข้อมูลข่าวสารเรื่องยาและสุขภาพเข้าถึงประชาชนได้ทุกระดับ

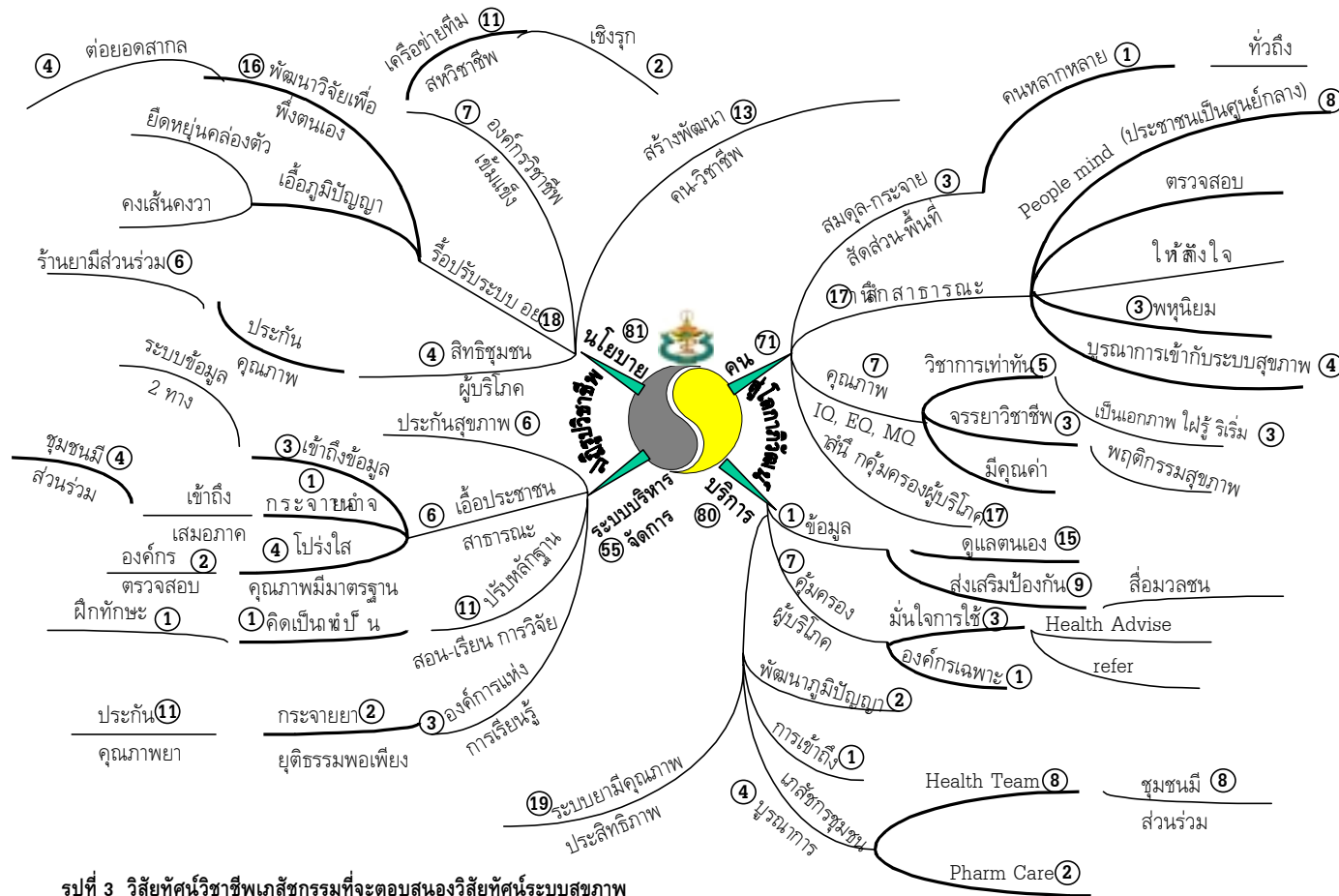
สร้างระบบยาที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในกระบวนการคัดเลือกยา การผลิตยา การกระจายยา และการใช้ยาของประชาชน

ระบบยาเป็นส่วนหนึ่งของระบบการประกันสุขภาพ

ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบระบบยาเพื่อป้องกันการทุจริต

4.5 ความสัมพันธ์กับชุมชน

ใกล้ชิดกับชุมชน ส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถพึ่งตนเองได้ในเรื่องยา โดยอาศัย
ภูมิปัญญาในท้องถิ่น



รูปที่ 3 วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชกรรมที่จะตอบสนองวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ

5. ยุทธศาสตร์ทางเภสัชกรรมเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ

จากวิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชกรรมที่จะตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพนั้น นำมาเป็นแนวทางในการกำหนดยุทธศาสตร์สำหรับวิชาชีพเภสัชกรรมได้ดังต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์ร่วมจาก 4 ภาค

5.1 สร้างสภาพเภสัชกรรมให้มีความเข้มแข็ง เป็นที่พึ่งของประชาชนในเรื่องที่เกี่ยวกับยา

5.2 ผลิตภัณฑ์เภสัชกรรม ที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกิดระบบคุณค่า และรักษาวัฒนธรรมของสังคมไทย ให้สามารถผสมผสานกับเทคโนโลยีจากวัฒนธรรมอื่น ๆ ได้อย่างกลมกลืน

เป็นเภสัชกรที่มีความรู้ เกิดปัญญา ติดตามความก้าวหน้าทางด้านวิชาการใหม่ ๆ และสามารถประยุกต์ใช้ในสังคมไทยได้อย่างเหมาะสม

มีจรรยาบรรณเป็นแนวทางในการประกอบวิชาชีพเพื่อสังคม

สามารถทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของผู้ให้บริการเบื้องต้น (Primary care provider) ในระบบบริการที่ใกล้ชิดกับชุมชน ร่วมกับเครือข่ายวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดี

มีทักษะในการประกอบวิชาชีพ สามารถบูรณาการองค์ความรู้เพื่อการปฏิบัติงานจริง

5.3 ปรับระบบยา

เป็นระบบยาที่ผสมผสานระหว่างแผนตะวันตกและตะวันออก

เน้นการวิจัยและพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเองในเรื่องยาโดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น สมุนไพร หรือการแพทย์พื้นบ้าน เป็นการพัฒนาที่ครบวงจร เพื่อลดการพึ่งพาเทคโนโลยีจากต่างประเทศ และรักษาวัฒนธรรมท้องถิ่นเอาไว้ รวมทั้งเพื่อขยายตลาดการส่งสินค้าออกของประเทศ

มีระบบการประกันคุณภาพยาที่มีมาตรฐาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชน

ปรับระบบการกระจายยาให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้ เพื่อลดปัญหาความไม่มีประสิทธิภาพและการโกงโดยผู้มีอำนาจ

สร้างกลไกเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพในทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effective) ในทุกระดับ

สร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารเรื่องยาที่เชื่อมโยงกันกับระบบสุขภาพ รวมทั้งเข้าถึงประชาชนโดยทั่วไป

กระจายอำนาจในส่วนราชการ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ไปสู่ส่วนท้องถิ่นให้มากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนที่แตกต่างกัน

ยุทธศาสตร์เด่นจากแต่ละภาค

ภาคกลางและภาคใต้

5.4 เมืองศรีราชา ซึ่งเป็นสหวิชาชีพด้านสุขภาพและเป็นองค์กรอิสระ ซึ่งมีหน้าที่ดังนี้

กำหนดนโยบายการบริหารร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อให้มีแนวทางของนโยบายและการดำเนินงานในทิศทางที่สอดคล้องกัน

เป็นคณะกรรมการตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยมีประชาชนเป็นส่วนหนึ่งและร่วมตรวจสอบ

ประสานความเข้าใจในการทำงาน และสร้างความเสมอภาคในเครือข่ายวิชาชีพ

ส่งเสริมการวิจัยในสหวิชาชีพเพื่อการบริการประชาชนให้บรรลุวัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต

เผยแพร่บทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพเพื่อความเข้าใจแก่ประชาชน

เป็นศูนย์กลางรับเรื่องราวร้องทุกข์จากประชาชนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ

ภาคใต้

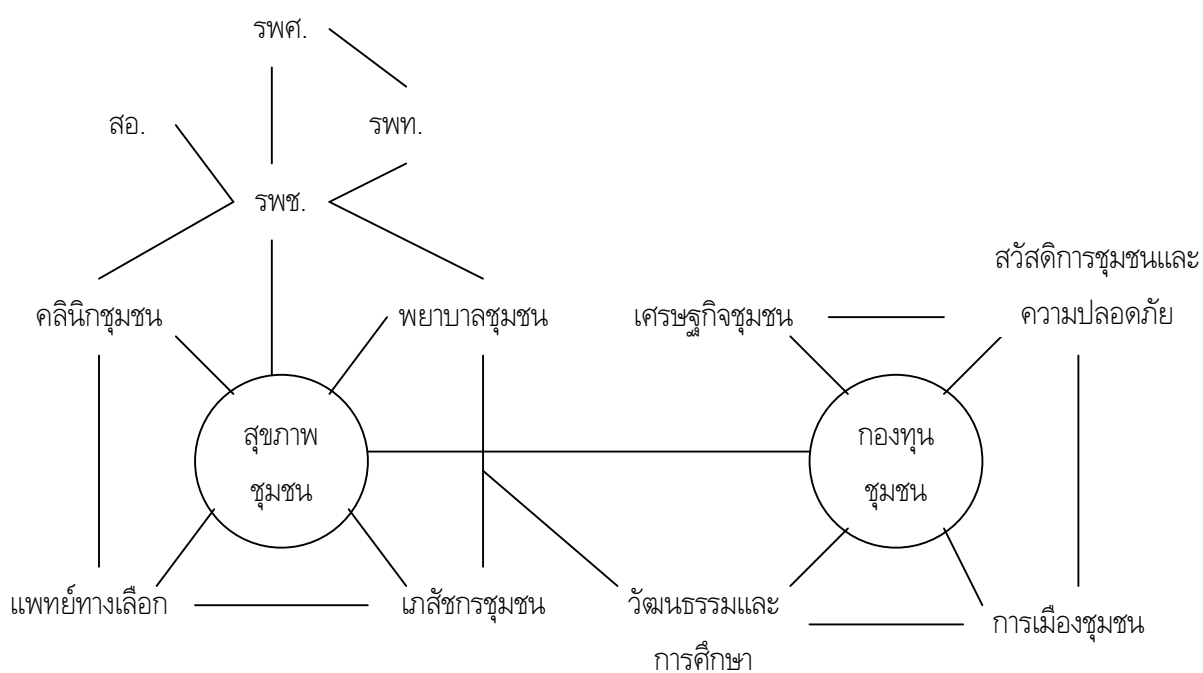
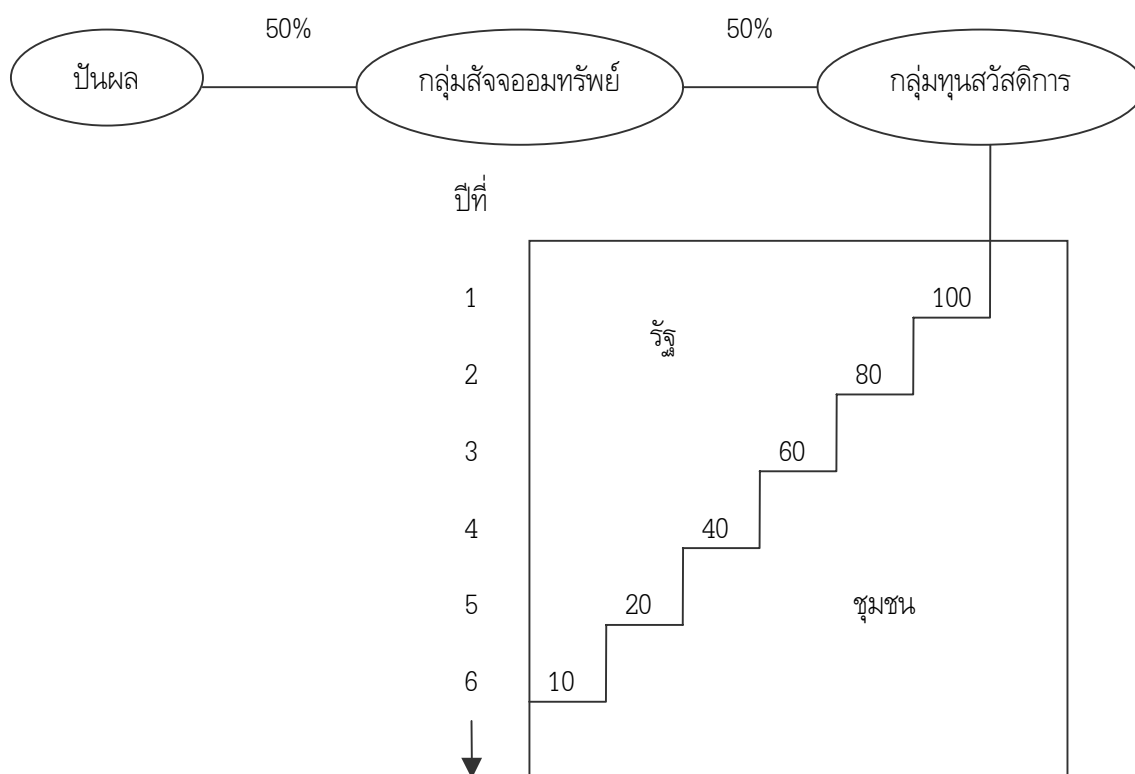
5.5 สร้างระบบการประกันสุขภาพชุมชน เพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในเรื่องสุขภาพ รูปแบบที่เป็นตัวอย่างชัดเจนดังนี้

เป็นกองทุนชุมชน โดยการรวมเงินมาจากประชาชน (และจากรัฐ) เพื่อให้ความคุ้มครองเรื่องสุขภาพแก่สมาชิก เป็นการสร้างทางเลือกให้กับประชาชนในการดูแลสุขภาพ

สร้างเสริมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมหลัก

กองทุนซื้อบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการ เช่น ร้านขายยา แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือกองทุนอาจเป็นเจ้าของบริการสุขภาพเลยก็ได้

ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนนโยบาย การดำเนินงาน รวมทั้งร่วมจ่ายเงินเมื่อใช้บริการ

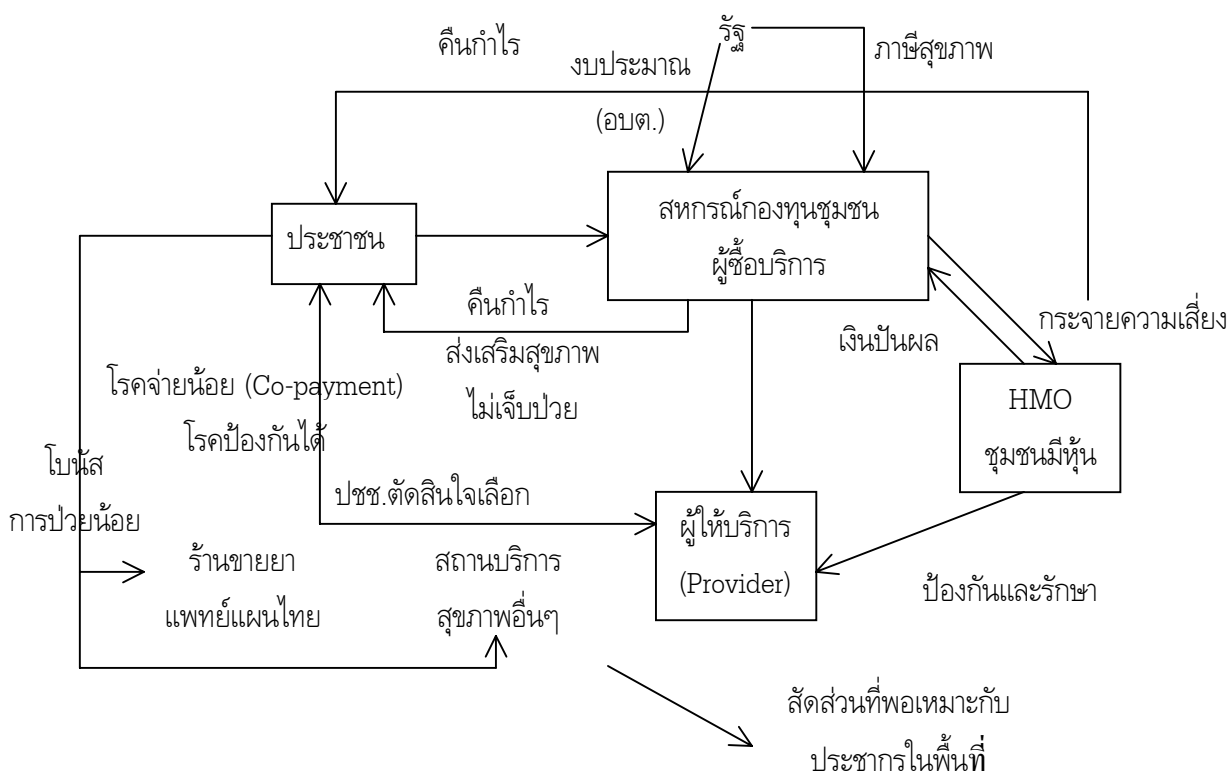


รูปที่ 4 ตัวอย่างของกองทุนสวัสดิการในภาคใต้ที่รวมถึงกองทุนสุขภาพ

ภาคเหนือ

5.6 ระบบการแพทย์ทางเลือก

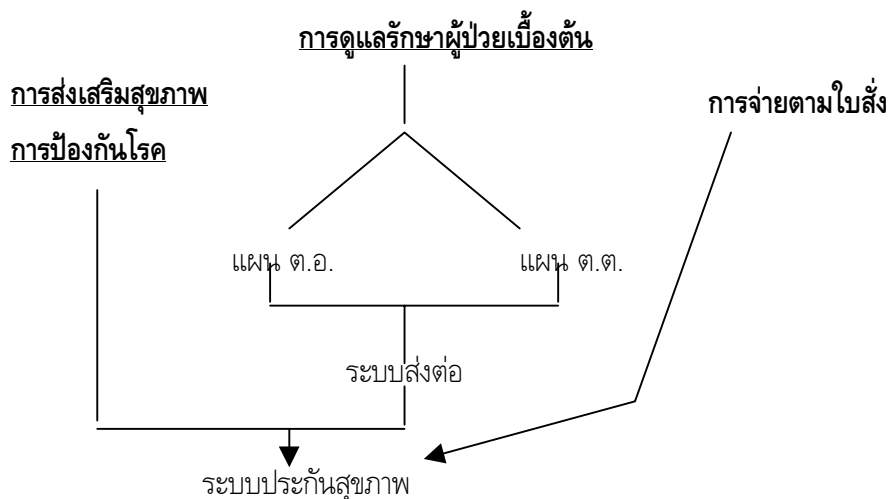
เป็นทางเลือกในระบบการดูแลสุขภาพที่ได้รับการยอมรับจากรัฐในฐานะผู้ให้บริการพื้นฐาน และมีมาตรฐานการบริการ



รูปที่ 5 ตัวอย่างกองทุนประกันสุขภาพชุมชน

รวม 4 ภาค

5.7 ระบบผู้ให้บริการพื้นฐาน (Primary care provider) เกสัชกรสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการขั้นพื้นฐานได้ ทั้งในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมทั้งในการจ่ายยาตามใบสั่งและดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย โดยอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ตามรูปที่ 6



รูปที่ 6 ระบบเกสัชกรรมในระบบผู้ให้บริการพื้นฐาน

การส่งเสริมสุขภาพ

1. เชิงรับ: การป้องกันการเกิดครั้งต่อไป
2. เชิงรุก: ใช้ข้อมูลการป้องกันโรคในผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็น โดยแนะนำการปฏิบัติการในผู้ที่เป็็นโรคแล้ว เช่น ใช้เลือดออก

การจ่ายยาตามใบสั่ง (การบริการทางเภสัชกรรม) กองทุนประกันคุณภาพเป็นผู้ขอให้ร้านยาจ่ายยาแทนที่แพทย์จะจ่ายยาเอง โดยร้านยา

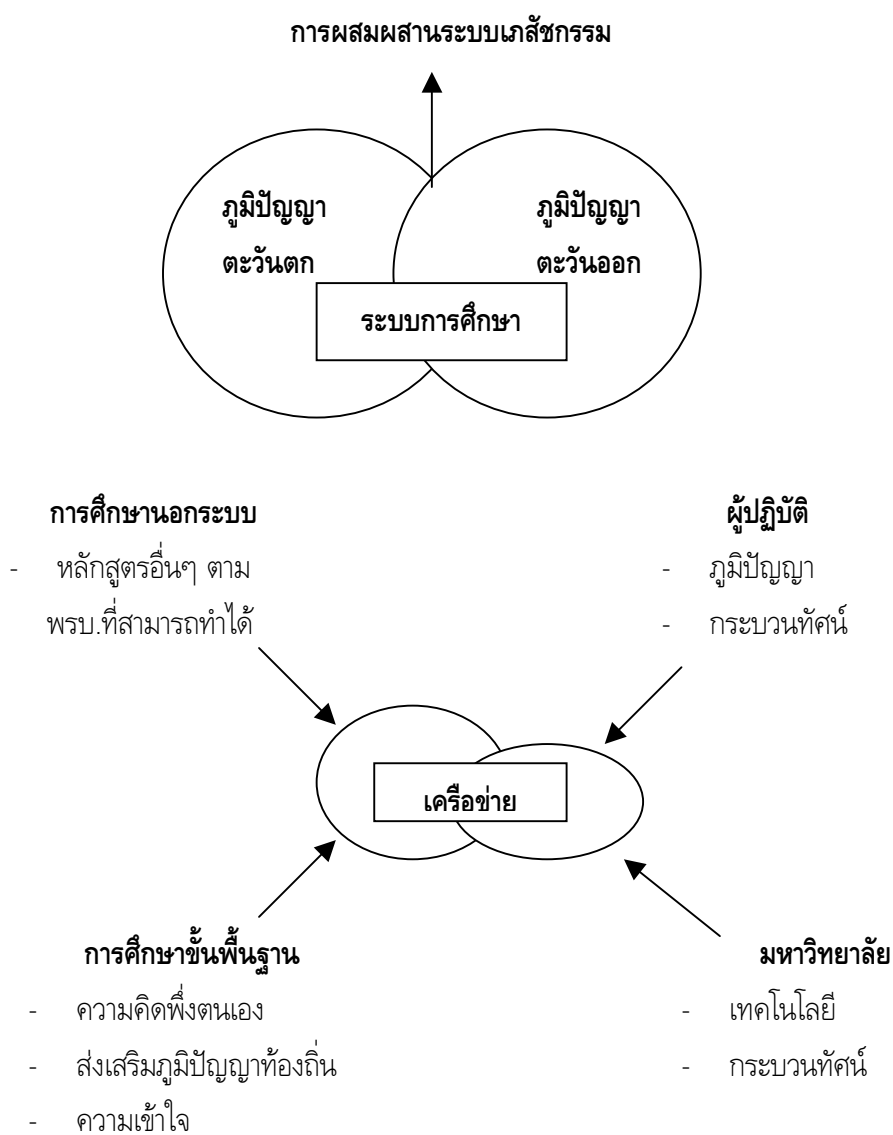
- มีมาตรฐานการจ่ายยาตามใบสั่งยา (เข้าระบบประกันสุขภาพ)
- มีเภสัชกรประจำ
- ควรมีมาตรฐานของข้อมูล que ผู้ป่วยควรจะได้รับจากเภสัชกรระหว่างการจ่ายยา
- มีการ Reimbursement โดยผ่านร้านยา หรือให้ร้านยาเป็นหน่วยหนึ่งของระบบประกันสุขภาพ

การป้องกันโรค สำหรับโรคทั่วไป เช่น จ่ายยารักษาภูมิโรค, ยาคุมกำเนิด, วัคซีนอนามัย

ระบบส่งต่อ

- สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ
- การมีสมุดประจำตัวของผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)
- ร้านยาที่มีประวัติผู้ป่วย

5.6 ระบบการศึกษาเภสัชศาสตร์ เป็นแบบระบบเภสัชกรรมผสมผสาน และเป็นเครือข่าย ตามแผนภาพ



รูปที่ 7 ระบบเภสัชกรรมผสมผสาน

ครู, ผู้เรียน, หลักสูตร กระบวนการเรียนรู้ ควรปรับเพื่อให้เกิด

- ความร่วมมือระหว่างการสอน การปฏิบัติจริง
- การทำงานแบบสหสาขาตั้งแต่อุดมศึกษา
- การพัฒนาแหล่งปฏิบัติงาน
- การป้อนกลับข้อมูลจากผู้ปฏิบัติจริงในท้องถิ่นไปสู่หลักสูตรการศึกษา
- สร้างเครือข่ายชุมชนและมหาวิทยาลัย
- การศึกษามุ่งการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ (ด้วยวิธีการภูมิปัญญาท้องถิ่น) ตั้งแต่ระดับการศึกษาพื้นฐาน
- มีโครงสร้าง/กลไกสนับสนุนการสร้างหลักสูตรระดับพื้นฐานโดยชุมชน
- การพัฒนาความรู้, ภูมิปัญญาอย่างมั่นคง, ไปสู่เป้าหมายสูงขึ้น เทียบเคียงกับระดับอุดมศึกษาหรือการ accredit โดยสภาวิชาชีพ

โดยสรุปจากการประชุมในภูมิภาคจำนวน 5 ครั้ง จะมองเห็นความเหมือนและความแตกต่างในวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ในระบบสุขภาพ ดังปรากฏในตารางที่ 2 โดยสรุป มุมมองในเรื่องวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพจะมีความคล้ายคลึงกันทั้ง 4 ภาค แต่ยุทธศาสตร์ในการบรรลุถึงระบบสุขภาพที่พึงปรารถนาจะมีความแตกต่างกันตามแต่ละภาค เช่น ภาคเหนือเด่นในเรื่องบทบาทของคนและชุมชนในการสร้างความเข้มแข็ง และการสร้างระบบการแพทย์ทางเลือกที่เป็นรูปธรรม ส่วนในภาคใต้จะเป็นรูปแบบที่ชัดเจนของกองทุนประกันสุขภาพของชุมชน ซึ่งกองทุนดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของระบบสวัสดิการโดยชุมชนและเพื่อชุมชน ครอบคลุมสวัสดิการในการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล เป็นต้น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ทางเภสัชกรรม 4 ภาค

ประเด็น	ภาคกลาง และภาคตะวันออก	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
วิสัยทัศน์ นโยบาย	- การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ - กระจายอำนาจจากส่วนกลาง - พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเอง - ส่งเสริมสิทธิผู้บริโภค	- การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ - กระจายอำนาจจากส่วนกลาง - พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเอง - ส่งเสริมสิทธิผู้บริโภค	- การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ - กระจายอำนาจจากส่วนกลาง - พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเอง	- การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ - กระจายอำนาจจากส่วนกลาง - พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเอง - ส่งเสริมสิทธิผู้บริโภค
การบริการ	- ประกันคุณภาพบริการ - สร้างสุขภาพ - ใช้ข้อมูลข่าวสารให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน - การมีส่วนร่วมของชุมชน - ระบบเครือข่าย	- ประกันคุณภาพบริการ - สร้างสุขภาพ - ใช้ข้อมูลข่าวสารให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน - การมีส่วนร่วมของชุมชน - ระบบเครือข่าย	- ประกันคุณภาพบริการ - สร้างสุขภาพ - ใช้ข้อมูลข่าวสารให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน - การมีส่วนร่วมของชุมชน - ระบบเครือข่าย	- ประกันคุณภาพบริการ - สร้างสุขภาพ - ใช้ข้อมูลข่าวสารให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน - การมีส่วนร่วมของชุมชน - ระบบเครือข่าย
บุคลากร	- มีสำนักสาธารณสุข - ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง - มองสุขภาพองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ	- มีสำนักสาธารณสุข - ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง - มองสุขภาพองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ	- มีสำนักสาธารณสุข - ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง - มองสุขภาพองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ	- มีสำนักสาธารณสุข - ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง - มองสุขภาพองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

ประเด็น	ภาคกลาง และภาคตะวันออก	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
	- ให้บริการที่มีคุณภาพ ทำงานเป็นทีมในระบบบริการ - พัฒนาให้ทันกับวิทยาการใหม่ๆ - มีคุณธรรม และ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ - มีการกระจายตัวที่เหมาะสมทั่วประเทศ	- ให้บริการที่มีคุณภาพ ทำงานเป็นทีมในระบบบริการ - พัฒนาให้ทันกับวิทยาการใหม่ๆ - มีคุณธรรม และ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ - มีการกระจายตัวที่เหมาะสมทั่วประเทศ	- ให้บริการที่มีคุณภาพ ทำงานเป็นทีมในระบบบริการ - พัฒนาให้ทันกับวิทยาการใหม่ๆ - มีคุณธรรม และ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ - มีการกระจายตัวที่เหมาะสมทั่วประเทศ	- ให้บริการที่มีคุณภาพ ทำงานเป็นทีมในระบบบริการ - พัฒนาให้ทันกับวิทยาการใหม่ๆ - มีคุณธรรม และ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ - มีการกระจายตัวที่เหมาะสมทั่วประเทศ
ระบบการบริหารจัดการ	- ระบบประกันคุณภาพที่เสมอภาคและมีประสิทธิภาพ - มีระบบยาที่มีประสิทธิภาพ มีพื้นฐานมาจากการวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเองในเรื่องยา - โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้	- ระบบประกันคุณภาพที่เสมอภาคและมีประสิทธิภาพ - มีระบบยาที่มีประสิทธิภาพ มีพื้นฐานมาจากการวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเองในเรื่องยา - โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้	- ระบบประกันคุณภาพที่เสมอภาคและมีประสิทธิภาพ - มีระบบยาที่มีประสิทธิภาพ มีพื้นฐานมาจากการวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเองในเรื่องยา - โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้	- ระบบประกันคุณภาพที่เสมอภาคและมีประสิทธิภาพ - มีระบบยาที่มีประสิทธิภาพ มีพื้นฐานมาจากการวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเองในเรื่องยา - โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้
บทบาทของชุมชน		- ชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และการตัดสินใจ		- ชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และการตัดสินใจ - มีรูปแบบของการจัดการชุมชน

ประเด็น	ภาคกลาง และภาคตะวันออก	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
ยุทธศาสตร์ องค์กรวิชาชีพ	- องค์กรสหวิชาชีพ	- สภาสุขภาพแห่งชาติ	-	- องค์กรสหวิชาชีพ
การผลิตบุคลากร	- เกิดระบบคุณค่า และรักษาวินัย ธรรมเนียมตะวันออก - เป็นเภสัชกรที่มีความรู้ เกิดปัญญา - มีจรรยาบรรณเป็นแนวทางในการประกอบวิชาชีพ - มีทักษะการประกอบวิชาชีพ - ทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของ Primary care provider	- เกิดระบบคุณค่า และรักษาวินัย ธรรมเนียมตะวันออก - เป็นเภสัชกรที่มีความรู้ เกิดปัญญา - มีจรรยาบรรณเป็นแนวทางในการประกอบวิชาชีพ - มีทักษะการประกอบวิชาชีพ -	- เกิดระบบคุณค่า และรักษาวินัย ธรรมเนียมตะวันออก - เป็นเภสัชกรที่มีความรู้ เกิดปัญญา - มีจรรยาบรรณเป็นแนวทางในการประกอบวิชาชีพ - มีทักษะการประกอบวิชาชีพ - ทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของ Primary care provider	- เกิดระบบคุณค่า และรักษาวินัย ธรรมเนียมตะวันออก - เป็นเภสัชกรที่มีความรู้ เกิดปัญญา - มีจรรยาบรรณเป็นแนวทางในการประกอบวิชาชีพ - มีทักษะการประกอบวิชาชีพ - ทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของ Primary care provider
ระบบยา	- เป็นระบบผสมผสานระหว่างแผน ตะวันตกและตะวันออก - เน้นการวิจัยและพัฒนาเพื่อการ ฟังตนเองในเรื่องยาโดยอาศัยภูมิ ปัญญาท้องถิ่น เช่น สมุนไพร - มีการประกันคุณภาพยาที่เป็นสากล - สร้างระบบการกระจายยาที่มีประ สิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบ ใต้	- เป็นระบบผสมผสานระหว่างแผน ตะวันตกและตะวันออก - เน้นการวิจัยและพัฒนาเพื่อการ ฟังตนเองในเรื่องยาโดยอาศัยภูมิ ปัญญาท้องถิ่น เช่น สมุนไพร - มีการประกันคุณภาพยาที่เป็นสากล - สร้างระบบการกระจายยาที่มีประ สิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบ ใต้	- เป็นระบบผสมผสานระหว่างแผน ตะวันตกและตะวันออก - เน้นการวิจัยและพัฒนาเพื่อการ ฟังตนเองในเรื่องยาโดยอาศัยภูมิ ปัญญาท้องถิ่น เช่น สมุนไพร - มีการประกันคุณภาพยาที่เป็นสากล - สร้างระบบการกระจายยาที่มีประ สิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบ ใต้	- เป็นระบบผสมผสานระหว่างแผน ตะวันตกและตะวันออก - เน้นการวิจัยและพัฒนาเพื่อการ ฟังตนเองในเรื่องยาโดยอาศัยภูมิ ปัญญาท้องถิ่น เช่น สมุนไพร - มีการประกันคุณภาพยาที่เป็นสากล - สร้างระบบการกระจายยาที่มีประ สิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบ ใต้

ประเด็น	ภาคกลาง และภาคตะวันออก	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
	- ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม	- ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม	- ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม	- ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม
ระบบการประกันสุขภาพชุมชน	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	มีรูปธรรม

6. วิจัยและข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมประชุมเป็นจำนวน 5 ครั้งในภูมิภาคต่าง ๆ มีประเด็นที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

6.1 วิธีการประชุมและผู้ร่วมประชุม

ความหลากหลายของผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อระดมความคิด มีความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การได้คนมาจากหลายสาขาอาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานเภสัชกรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ ทั้งนี้ เพราะงานเภสัชกรรมเป็นงานที่มีความหลากหลายในเนื้อหา และผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรวมทั้งอุตสาหกรรมการผลิตยา และประกันคุณภาพยา ผู้ให้บริการกับผู้ป่วยในสถานบริการต่าง ๆ (เช่น โรงพยาบาล ร้านขายยา) องค์กรของรัฐ (เช่น ออย.) องค์กรเอกชน และที่สำคัญที่สุดก็คือ ประชาชนผู้ที่ใช้ยาโดยตรง การเรียนรู้จากกลุ่มคนทุกกลุ่มในเวลาเดียวกัน เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันและสามารถนำมาเป็นแนวทาง ในการกำหนดเป้าหมายของอนาคตในระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

จากสัดส่วนของบุคลากรนอกวิชาชีพเภสัชกรรมที่มีมากในภาคเหนือและภาคใต้ ซึ่งสามารถอยู่ร่วมประชุมได้ตลอดเวลาของการประชุม ทำให้สามารถกำหนดยุทธศาสตร์ได้ครอบคลุมประเด็นได้มากกว่าที่จะมาจากบุคลากรในวิชาชีพแต่เพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของชุมชนในการสร้างความเข้มแข็งในเรื่องสุขภาพ ซึ่งมุมมองดังกล่าวจะมาจากผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับชุมชนอย่างแท้จริง ไม่ว่าจะเป็นหมอเมืองในภาคเหนือ ผู้นำชุมชนในภาคใต้ หรือผู้แทนองค์กรเอกชนที่ทำงานในชุมชน ทั้งนี้เพราะประเด็นเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องทางสังคม ที่ได้รับการสร้างสมองค์ความรู้มานาน และได้รับความสนใจจากบุคลากรที่หลากหลายที่อยู่นอกระบบการแพทย์ตะวันตก และบุคลากรเหล่านี้ทำงานอยู่ในระดับรากหญ้าที่รู้สถานการณ์และปัญหาสุขภาพในชุมชนเป็นอย่างดี

อย่างไรก็ดี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งถึงแม้จะมีบุคลากรนอกวิชาชีพอยู่มาก แต่บุคคลเหล่านี้ไม่สามารถอยู่ร่วมประชุมได้ตลอด โดยเฉพาะในการกำหนดยุทธศาสตร์ จึงทำให้การกำหนดยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่มาจากบุคลากรในวิชาชีพ ซึ่งเป็นมุมมองที่มาจากกรอบการปฏิบัติวิชาชีพ ที่ไม่ได้มีพื้นฐานที่แท้จริงในชุมชน ยุทธศาสตร์ที่ได้จึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการศึกษา การผลิตบุคลากร และการพัฒนาระบบยา ส่วนประเด็นของความเข้มแข็งในชุมชน เกือบไม่ได้กล่าวถึงในการกำหนดยุทธศาสตร์

6.2 วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ

อนาคตของระบบสุขภาพไทยเป็นกระบวนการทางสังคมที่ต้องได้รับการปรับเปลี่ยนทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับประเทศ ซึ่งในขณะเดียวกัน ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมืองที่ไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ในสังคมระดับบุคคลและครอบครัว ต้องมีความสามารถในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน มีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดสุขภาพ ละเว้นพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ สามารถดูแลคน

ในครอบครัวและในชุมชนให้มีสุขภาพดี ชุมชนต้องได้รับการเสริมสร้างให้เข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ

ส่วนนโยบายของประเทศ ก็ต้องมีทิศทางที่ชัดเจนเรื่องการสร้างสุขภาพของคนในประเทศโดยเฉพาะนโยบายทางสังคม เพราะปัจจัยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเศรษฐกิจ การค้า การอุตสาหกรรม สภาวะแวดล้อม การศึกษา หรือแม้แต่การเมือง ล้วนมีผลกับสภาวะทางสังคมและสภาวะสุขภาพของคนไทยทั้งสิ้น การกำหนดให้นโยบายเรื่องการสร้างสุขภาพเป็นนโยบายที่สำคัญทางสังคม โดยมีปัจจัยเอื้ออื่นๆ จึงเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นพร้อมกัน เพื่อก่อให้เกิดพลังในการผลักดันนโยบายให้เป็นจริงในทางปฏิบัติ

ในส่วนของระบบสาธารณสุข สืบเนื่องจากนโยบายการสร้างสุขภาพดังกล่าวแล้ว บุคลากรต่างๆ ในระบบ ก็จำเป็นต้องมีการปรับกระบวนการเพื่อนำไปสู่การสร้างสุขภาพแทนการซ่อมสุขภาพของประชาชนอย่างในอดีต ดังนั้นการสร้างและพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุข จึงต้องได้รับการปรับตั้งแต่แนวคิดในเรื่องสุขภาพ ต้องมีความสมบูรณ์ทั้งในด้านกายภาพ จิตใจ สังคม รวมทั้งทางด้านจิตวิญญาณ สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ได้กับสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น ทำงานได้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับประชาชน นอกจากนี้ยังต้องเสริมสร้างความร่วมมือบนพื้นฐานของความเสมอภาคระหว่างฝ่ายต่างๆ เพื่อให้เกิดพลังในการสร้างสุขภาพในสังคมไทย

มุมมองที่สะท้อนจากผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งมีทั้งบุคลากรทางสาธารณสุข เป็นไปในทิศทางเดียวกันว่า บุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งของปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบปัจจุบัน โดยเฉพาะปัญหาทางคุณธรรมและจริยธรรมในระบบการแพทย์พาณิชย์ที่แสวงหาผลกำไรจากความเจ็บป่วยของประชาชน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงอย่างรีบด่วน เพื่อให้บุคลากรในระบบเป็นที่พึ่งของสังคม

6.3 การกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์วิชาชีพเภสัชกรรม

จากการที่วิชาชีพเภสัชกรรมเป็นวิชาชีพที่มีความหลากหลายในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งในบางครั้งอาจนำมาซึ่งความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข เช่น กรณีทุจริทยา ซึ่งเป็นความขัดแย้งระหว่างผู้ผลิต และผู้บริโภค รวมทั้งก่อให้เกิดความขัดแย้งในสังคม การสร้างวิสัยทัศน์และการวางกลยุทธ์ในการดำเนินงานในอนาคตสำหรับคนในวิชาชีพเพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการทำงาน จึงเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้ระบบสุขภาพสามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน กลยุทธ์ในการปรับกระบวนการทัศน์ของคนในระบบจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บุคลากรในระบบสามารถสร้างกรอบแนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานที่มีวัตถุประสงค์สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงในทางสังคม

นอกจากนี้ จากการที่วิชาชีพเภสัชกรรมขาดฐานการปฏิบัติงานในชุมชนอย่างแท้จริง โดยส่วนใหญ่ เภสัชกรปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเป็นหลัก เภสัชกรที่ทำงานในร้านยาในชุมชนมีอยู่เพียงจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับสัดส่วนของเภสัชกรในวิชาชีพทั้งหมด ดังนั้นความเข้าใจปัญหาสุขภาพในชุมชนจึงมีไม่มาก ยุทธศาสตร์ในวิชาชีพเภสัชกรรมที่จำเป็นอย่างรีบด่วนก็คือ การสร้างบุคลากรที่มีความพร้อมและมีปริมาณเพียงพอในการทำงานในชุมชน (โดยเฉพาะในร้านขายยา) เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ที่มีระบบยาที่มีประสิทธิภาพ ในการ

นี้จำเป็นต้องปรับระบบการศึกษาเภสัชศาสตร์ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานได้จริง และเป็นที่ยอมรับกับประชาชนในเรื่องสุขภาพ

6.4 บทบาทเภสัชกรในอนาคต

การประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมควรจะเป็นไปเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้บริโภคในการใช้ยา รวมทั้งให้ผู้บริโภคสามารถพึ่งตนเองได้ในเรื่องยา การทำหน้าที่ของเภสัชกรในอนาคตจึงควรใกล้ชิดกับชุมชนให้มากที่สุดเพื่อให้บริการในลักษณะของผู้ให้บริการพื้นฐาน (Primary Care Provider) อันจะเป็นการให้หลักประกันกับผู้บริโภคในการใช้ยา รวมทั้งบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่อยู่ในขอบเขตที่จะทำได้ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นเครือข่ายของสหวิชาชีพที่จะทำหน้าที่ Primary Care Provider

ในการปรับบทบาทของเภสัชกรในอนาคตไปสู่บทบาทที่ใกล้ชิดกับชุมชนและผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อให้เภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งในระบบสุขภาพที่สมบูรณ์นั้น จะเป็นการปรับกระบวนการในวิชาชีพครั้งสำคัญ ซึ่งจะต้องมีกลยุทธ์และวิธีการที่เป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับกรอบแนวคิดของคนในวิชาชีพจากเดิมที่มีศูนย์กลางอยู่ที่ตัวผลิตภัณฑ์ยา มาสู่แนวปฏิบัติที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีผลิตภัณฑ์ยาเป็นตัวกลางระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วย ซึ่งผลจากการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ในครั้งนี้ จะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ประชาคมเภสัชกรต้องตระหนักถึงความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคมต่อบทบาทของเภสัชกรในระบบสุขภาพ บทบาทหน้าที่ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นหลักการที่ได้รับการยอมรับจากการปฏิบัติวิชาชีพของเภสัชกรในต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งสร้างแนวคิดเรื่อง "Pharmaceutical care หรือ การบริบาลทางเภสัชกรรม" หมายถึงการบริการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาโดยเภสัชกร เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ดังนั้นการปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกรจึงต้องมีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการในระดับชุมชน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการของเภสัชกรได้ทุกระดับ

การปรับบทบาทให้เข้าสู่ชุมชนมากขึ้นของเภสัชกร จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาเรื่องยาที่มีอยู่มากในขณะนี้ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาจากการจำหน่ายยาหรือ การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยา เป็นต้น ซึ่งเป็นอันตรายต่อประชาชน เภสัชกรสามารถนำความรู้มาเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้

6.5 โครงสร้างร้านขายยาในอนาคต

การขยายบทบาทของเภสัชกรมาสู่ชุมชนในระดับพื้นฐาน จำเป็นต้องมีโครงสร้างรองรับที่ดีและเป็นระบบ ดังนั้นสถานบริการขั้นพื้นฐาน (Primary care) ในเรื่องยา รวมทั้งร้านขายยาที่มีมาตรฐาน ควรจะอยู่ในระบบการประกันสุขภาพเพื่อเป็นช่องทางให้มีบริการที่ครอบคลุมใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด ซึ่งในปัจจุบันนี้มีร้านขายยากระจายอยู่ทั่วประเทศกว่า 10,000 แห่ง สามารถให้บริการกับประชาชนในชุมชนได้อย่างใกล้ชิด ถ้าร้านขายยาในชุมชนเหล่านี้ ได้รับการพัฒนาให้มีมาตรฐานที่ดี จะสามารถเป็นแหล่งให้บริการในการเรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้น รวมทั้งการดูแลเรื่องการใช้อาาในชุมชนอย่างเหมาะสมได้เป็นอย่างดี

บรรณานุกรม (Bibliography)

- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2540ก). วิกฤตสังคมไทย 2540 กับบทบาทวิทยาการกระบวนการ (เล่มที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนัก
งานกองทุนเพื่อสังคม ธนาคารออมสิน.
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2540ข). วิกฤตสังคมไทย 2540 กับบทบาทวิทยาการกระบวนการ (เล่มที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนัก
งานกองทุนเพื่อสังคม ธนาคารออมสิน.
- ประเวศ วะสี. (2540). การรวมพลังสร้างสรรค์ขององค์การ AIC. เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง
ผู้ได้รับผิดชอบด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากรของสสจ.และวิทยาลัยในสังกัด สปช. ระหว่างวันที่ 24-27
มีนาคม 2540. สงขลา: โรงแรมเดอะรีเจนท์ หาดใหญ่.

ภาคผนวก ก

บทสรุปโครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเกษตรกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

	หน้า
บทสรุปโครงการฯ ฉบับย่อของภาคกลาง ภาคตะวันออกและภาคตะวันตก.....	33
บทสรุปโครงการฯ ฉบับย่อของภาคเหนือ	37
บทสรุปโครงการฯ ฉบับย่อของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	41
บทสรุปโครงการฯ ฉบับย่อของภาคใต้.....	50
บทสรุปโครงการฯ ฉบับย่อของรวม 4 ภาค	52

บทสรุปโครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ ภาคกลาง ภาคตะวันออกและภาคตะวันตก ณ บ้านผู้หว่าน จังหวัดนครปฐม

การสังเคราะห์วิสัยทัศน์ สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการศึกษาค้นหาอนาคต โดยใช้วิธี Future Search Conference (FSC) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาการเปลี่ยนแปลงจากอดีตจนถึงปัจจุบันที่จะส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพและวิชาชีพเภสัชกรรม และเพื่อหากรอบแนวคิดและกระบวนการที่จะผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิดในกลุ่มผู้เข้าร่วมการประชุมรวม 43 คน จากกลุ่มเภสัชกร บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ผู้บริโภค และกลุ่มองค์กรอิสระที่ทำหน้าที่พิทักษ์ปกป้องผลประโยชน์ของผู้บริโภคให้สามารถสังเคราะห์วิสัยทัศน์ใหม่ๆ สำหรับระบบสุขภาพและวิชาชีพเภสัชกรรมที่เอื้อต่อระบบสุขภาพที่ต้องการในอนาคต

ผลการศึกษา

I. การเปรียบเทียบวิธีคิดในสังคมและวิธีคิดในระบบสุขภาพและวิชาชีพเภสัชกรรม

1. วิธีคิดในสังคม

จากอดีต กรอบวิธีคิดของบุคคลในสังคมยังคงมุ่งเน้นในเรื่อง “อำนาจนิยม” “ทุนนิยม” จิตสำนึกภายในยังคงเป็นสำนักแห่งการพึ่งพาและการอุปถัมภ์ซึ่งกันและกัน อันนำไปสู่แนวคิดเรื่องการแบ่งแยก การยึดถือยศฐาบรรดาศักดิ์ การโกงกินหรือการคอร์รัปชัน เห็นเงินเป็นใหญ่ ปกป้องผลประโยชน์ส่วนตนและพวกพ้อง ซึ่งกรอบแนวคิดดังกล่าว หากได้มีการปรับเปลี่ยนไปสู่แนวคิดแบบ “พหุนิยม” จะก่อให้เกิดการสร้างสรรคงานที่มีคุณภาพ มีความร่วมมือร่วมใจกันของคนในสังคม มีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ร่วมกันอันก่อให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่ได้ในสังคม

2. วิธีคิดในระบบสุขภาพและวิชาชีพเภสัชกรรม

จากแนวคิดในระบบสุขภาพสะท้อนให้เห็นภาพในลักษณะเดียวกันในวิชาชีพเภสัชกรรม และระบบบริการสาธารณสุข นั่นคือ แนวคิดในด้านอำนาจนิยม ทุนนิยมและปัจเจกนิยม ซึ่งส่งผลให้เกิดการคิดแยกส่วน อาทิเช่น การรักษาในลักษณะแยกส่วนของร่างกาย ขาดบูรณาการรักษาแบบองค์รวม การให้บริการไม่เสมอภาค เน้นการรักษามากกว่าป้องกัน ไม่ให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และไม่ให้อาชีพที่เกี่ยวข้องหรือโปร่งใส แม้ในกระทั่งกลุ่มผู้ให้บริการเอง ก็มีการแยกกลุ่มแยกฝ่าย ขาดการประสานงานในการทำงาน ขาดสำนึกการเรียนรู้ร่วมกัน ขาดจรรยาบรรณ ขาดระบบการตรวจสอบการทำงาน เน้นผู้ให้บริการเป็นหลัก มุ่งเน้นการทำงานในเมืองใหญ่ เกิดการกระจุกของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเฉพาะในเมือง ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว ควรมีการปรับเปลี่ยนไปสู่แนวคิดแบบพหุนิยม เพื่อให้เกิดการสร้างสรรคสิ่งที่ดีต่อคุณภาพประชาชนโดยรวม อาทิเช่น การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การทำงานในลักษณะสหวิชาชีพ ร่วมมือกันในการทำงาน ในชุมชนเองพยายามสร้างให้เกิดความเข้มแข็งในชุมชน และการพึ่งพาตนเองให้มากขึ้น และเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคม และระบบสุขภาพ

II. ปัญหาในระบบสุขภาพและวิชาชีพเภสัชกรรม

1. ปัญหาในระบบสุขภาพ

หากเปรียบเทียบระบบสุขภาพเหมือนต้นไม้ เราจะสามารถเปรียบเทียบปัญหาที่พบในระบบสุขภาพตามลักษณะของต้นไม้ได้ดังนี้

1.1 ราก เปรียบเสมือนระบบคิดหลัก การให้คุณค่าพื้นฐานที่ก่อให้เกิดปัญหา ได้แก่ ทุนนิยม เห็นเงินเป็นใหญ่, ระบบพึ่งพาและอุปถัมภ์, อำนาจนิยม และ ปัจเจก-อัตตานิยม

1.2 ลำต้น เปรียบเสมือนระบบโครงสร้าง สถาบันในสังคมที่เป็นตัวส่งผ่านจากระบบความคิดหลัก

- ระบบราชการเมือง
- สถาบันการศึกษา
- ครอบครัว
- สื่อ
- องค์กรเหนือรัฐ เช่น IMF
- โลกาภิวัตน์

1.3 กิ่งและใบ เปรียบได้กับปรากฏการณ์ และพฤติกรรมหรือผลที่เกิดขึ้น

- ผู้รับบริการ เชื่อข้อมูลหรือสื่อโดยไม่คิดหาข้อมูล มุ่งเน้นการพึ่งพาทั้งยาและบุคคลอื่น โดยไม่คิดพึ่งตนเอง
- ผู้ให้บริการปฏิบัติงานโดยไม่โปร่งใส ขาดการสร้างความรู้ การเรียนรู้ร่วมกัน ขาดเสมอภาคและสหวิชาชีพ เน้นการพึ่งยามากกว่าการป้องกัน (ยุ่งยาไม่ยุ่งคน) เน้นผู้ให้บริการเป็นหลัก การให้บริการในแนวตั้ง สื่อสารทางเดียว ขาดจรรยาบรรณ การเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน พวกพ้องเป็นหลัก ขาดการให้โอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชน
- ระบบขาดการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และกระตุ้นการสร้างความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ขาดการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ และอุปกรณ์ต่างๆ อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง
- การไม่พัฒนาของสถาบันการศึกษา และวิธีการเรียนการสอน
- ความไม่โปร่งใสของสื่อ และโฆษณา

1.4 ผล เป็นผลลัพธ์ของระบบที่ปรากฏ ได้แก่

- วิกฤตเศรษฐกิจ
- ตาย หรือพิการจากการรักษา เป็นต้น

2. ปัญหาวิชาชีพเภสัชกรรม

2.1 ราก เปรียบเสมือนระบบคิดหลัก การให้คุณค่าพื้นฐานที่ก่อให้เกิดปัญหา ได้แก่ แนวคิดด้านอัตตานิยม (ปัจเจกนิยม), ทุนนิยม, บริโภคนิยม และอำนาจนิยม

2.2 ลำต้น เปรียบเสมือนระบบโครงสร้าง สถาบันในสังคมที่เป็นตัวส่งผ่านจากระบบความคิดหลัก

- องค์กรวิชาชีพ เช่น สภาเภสัชกรรม สมาคมวิชาชีพ

- สถาบันการศึกษา
- องค์การปฏิบัติงาน เช่น โรงพยาบาล ร้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
- สื่อสารมวลชน
- สิ่งแวดล้อม เช่น ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ คนนอกวิชาชีพ
- เกล็ดชกร

2.3 กิ่งและใบ เปรียบได้กับปรากฏการณ์ และพฤติกรรมหรือผลที่เกิดขึ้น

- เกล็ดชกรแขนงปาย (เห็นแก่รายได้ส่วนตนเป็นหลัก)
- ขาดสำนึกพัฒนาวิชาชีพและการพัฒนาด้านทักษะวิชาชีพเกล็ดชกร ขาดการใฝ่รู้ ริเริ่ม ฟังองค์ความรู้จากต่างประเทศเป็นหลัก (ฟังปัญญานอก) Ego สูง
- การขัดแย้งกลุ่ม ยึดพวกพ้อง
- ขาดศักดิ์ศรีเท่าเทียมในวิชาชีพ
- ขาดการยอมรับจากประชาชน
- ขาดจรรยาบรรณ
- ขาดการสร้างเครือข่าย
- สถาบันการศึกษา และระบบการเรียนการสอนเน้นผู้สอนเป็นศูนย์กลาง

2.4 ผล เป็นผลลัพธ์ของระบบที่ปรากฏ สำหรับวิชาชีพเกล็ดชกร คือ วิกฤตที่เกิดขึ้นในวิชาชีพเกล็ดชกรปัจจุบัน

III. การปฏิรูประบบสุขภาพและวิชาชีพเกล็ดชกร

เป็นการสังเคราะห์เพื่อหาวิสัยทัศน์ของวิชาชีพเกล็ดชกรที่จะตอบสนองวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ

1. คน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสำนึก วิถีคิด และคุณภาพคนในระบบ คำนึงถึงความหลากหลายและการกระจายที่สมดุล
 - ผู้ให้บริการ เน้นการพัฒนาสำนึกสาธารณะ เช่น เน้นการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาชุมชน สร้างความเป็นผู้นำและความสามารถเชิงมนุษยสัมพันธ์ร่วมกันทักษะทางการสื่อสาร สร้างระบบการศึกษาที่ต่อเนื่อง การยอมรับซึ่งกันและกันในวิชาชีพ
 - เน้นการทำงานเป็นทีมหรือสหวิชาชีพ
 - กระจายกำลังคนอย่างสมดุล ทั่วถึงและเหมาะสม เช่น การสร้างระบบสนับสนุนจากชุมชนท้องถิ่น การร่วมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน
2. บริการ
 - 2.1 บริการข้อมูลให้เข้าถึง เพื่อการส่งเสริมป้องกันสุขภาพและดูแลตนเอง ทำได้โดย
 - สร้างชุมชนที่ดีและมีความเข้มแข็ง

- ตั้งศูนย์ข้อมูลชุมชน ใช้สื่อมวลชนในท้องถิ่นร่วมกันเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องและทั่วถึง
- จัดตั้งกลุ่มในชุมชน เช่น กลุ่มวิ่งออกกำลังกาย เพื่อปรับพฤติกรรมให้ชุมชนเน้นด้านสุขภาพ

2.2 พัฒนาภูมิปัญญาการบริการ และระบบยาให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ

2.3 เกสรชุมชนบูรณาการ

- พัฒนาศักยภาพของเภสัชกรโดยการสร้างเครือข่ายองค์กรวิชาชีพ และเครือข่ายการรักษาพยาบาลและแก่ผู้มารับบริการ รวมทั้งองค์กรด้านวิชาชีพ

3. นโยบาย

3.1 รื้อปรับระบบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และการคุ้มครองสิทธิชุมชนและผู้บริโภค

- ตั้งศูนย์ร้องทุกข์และส่งต่อข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ
- จัดการเรียนการสอนที่ตอบสนองต่อสังคม (การสื่อสารข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ)
- มุ่งเน้นการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น ระบุวันผลิตและวันหมดอายุบนฉลาก

3.2 พัฒนางค์กรวิชาชีพ (สภาเภสัชกรรม) ให้เข้มแข็ง ไปสู่เครือข่ายสหวิชาชีพ

- พัฒนางค์กรวิชาชีพให้ยั่งยืน และมีจรรยาบรรณในการประกอบวิชาชีพ

4. ระบบบริหารจัดการ

4.1 พัฒนางค์กรตรวจสอบ และประกันคุณภาพยา

- สร้างจิตสำนึกให้คนในวิชาชีพเข้าใจบทบาท และบริการเภสัชกรรมอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน และมีแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพ
- สร้างโอกาสให้เภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งใน health care team

4.2 ปรับหลักสูตร กระบวนการการเรียนการสอน

- อาจารย์ควรมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา มีการสร้างเครือข่ายในทุกมหาวิทยาลัย ลดความเป็นอัตตา และรับความคิดเห็นด้านการเปลี่ยนแปลง และผลการประเมินการเรียนการสอน
- นิสิตนักศึกษาควรมีการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรอย่างสม่ำเสมอ เช่น บัณฑิตสอนประสบการณ์ กล้าคิดและแสดงความคิดเห็น
- ระบบการเรียนการสอน ควรเพิ่มการฝึกปฏิบัติงานในวิชาชีพให้มากขึ้น ปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องกับยุคสมัย มีความหลากหลายให้เรียนรู้ หน่วยงานภายนอกควรสนับสนุนการเรียนการสอนและการฝึกงานของนิสิตให้มากขึ้น

4.3 การกระจายอำนาจและระบบข้อมูลสองทาง

- มุ่งเน้นการพึ่งตนเอง การสร้างความเข้มแข็งในชุมชน ประสานงานองค์กรทั้งแนวตั้งและแนวนอน เช่น การส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย สร้างระบบการตรวจสอบที่โปร่งใส และเชื่อถือได้

บทสรุปโครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ ภาคเหนือ ณ บ้านกลางดอย จังหวัดเชียงใหม่

1. วิธีคิดที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

1.1 ประชาชนผู้รับบริการ

- ไม่พึ่งตนเอง คาดหวังผลการรักษาจากแพทย์และโรงพยาบาล
- ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ไม่กล้าเข้าโรงพยาบาลเพราะคิดว่าค่าใช้จ่ายสูง
- ไม่รู้สิทธิในการดูแลสุขภาพ สิทธิในการรับบริการจากประกันสังคมจากระบบสาธารณสุข
- ถูกครอบงำจากระบบทุนนิยมที่เกิดจากกระแสตะวันตกเข้าสู่ทุกระบบของสังคมไทย ทั้งเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนิยม การใช้ชีวิตแบบทุนนิยม เช่น นิยมการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ มากมาย ไม่มีเวลาออกกำลังกาย มุ่งการหารายได้สร้างความร่ำรวยให้ตัวเอง
- ไม่กล้าแสดงความเห็นในการรักษาร่วมกับแพทย์หรือถามปัญหาสุขภาพของตนเอง
- มองการสาธารณสุขเป็นหน้าที่ของผู้ประกอบการวิชาชีพที่มีหน้าที่ต้องให้บริการ

1.2 บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการ

1.2.1 แพทย์

- มุ่งเน้นการให้การรักษาโรค ไม่รักษาคน มองไม่เห็นคุณค่าของคน
- รักษาแบบแยกส่วน ไม่มององค์รวมของคนไข้ (กาย จิต วิญญาณ)
- ไม่มีเวลาอธิบายเรื่องสุขภาพ/ปัญหาของคนไข้เนื่องจากเวลาน้อย แต่มีคนไข้เยอะ
- ทำงานแบบตั้งรับ ไม่คิดถึงการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ (เชิงรุก)
- ถูกครอบงำโดยการศึกษาแบบทุนนิยม รับเอาแนวคิดมาจากตะวันตก มุ่งการใช้ยาแผนปัจจุบันในการรักษา มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็นและฟุ่มเฟือย
- คำนึงถึงประโยชน์/รายได้สำคัญกว่าความเป็นมนุษย์

1.2.2 เภสัชกร

- ในมุมมองของวิชาชีพเภสัชกรรม มีทั้งด้านบวกและลบในตัวเอง

ด้านลบ

- บางกลุ่มมองว่าวิชาชีพเภสัชกรรมถูกครอบงำจากบริษัทยาต่างชาติ ใช้วิชาชีพเพื่อประโยชน์ของตัวเองมากกว่าสังคมส่วนรวมจนละเลยการบริการประชาชนอย่างมีคุณธรรมและมีจริยธรรม
- มองว่าวิชาชีพเภสัชกรรม เป็นอาชีพที่ไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์/สังคม เป็นเพียงคนรับใบสั่งยาและจ่ายยาตามที่หมอสั่ง และมีหน้าที่บริหารเภสัชภัณฑ์เท่านั้น
- รู้สึกว่าเป็นอาชีพที่แคบ รู้อะไรไม่ลึกจริง

- บางกลุ่มหาประโยชน์จากอาชีพของตนโดยการชวนขายตามร้านขายยา แต่ไม่เคยอยู่ร้านเพื่อให้คำปรึกษา/บริการ

ด้านบวก

- ได้ทำหน้าที่อย่างดีแล้ว แต่ผู้รับบริการไม่เข้าใจ ไม่ปฏิบัติตาม
- บางกลุ่มได้พยายามทำดีที่สุดในเรื่องสุขภาพ เป็นคนดี พยายามผสมผสานการแพทย์ทั้งปัจจุบัน ยา สมุนไพร อาหารเสริมเข้าด้วยกัน
- มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมประชาคมสุขภาพ เป็นทีมสุขภาพ อยากมีส่วนร่วม แต่วิชาชีพอื่นใช้เกลียดชังไม่เป็น ไม่รู้จะใช้อย่างไร อยู่ตรงไหนของระบบสุขภาพ
- ระบบราชการ กลุ่มเภสัชกรที่อยู่ในระบบราชการ จะรู้สึกว่ปัญหาอยู่ที่การจัดการไม่ดี ไม่กระจายอำนาจ ไม่มีอิสระ ถูกครอบงำโดยการเมือง
- ขาดทักษะในการสื่อสารกับวิชาชีพอื่น และการสื่อสารกับคนไข้ ทำให้ไม่เข้าใจกัน ไม่เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

2. วิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพที่ต้องการ

2.1 ผู้รับบริการ (ประชาชน/ชุมชน)

- ควรให้ชุมชน/ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีแนวคิดเชิงรุกมากกว่าตั้งรับ คือ รู้จักป้องกันมากกว่ารอให้เจ็บป่วยค่อยมารักษา
- วิธีการควรเริ่มจากรากฐานของสังคม คือ ครอบครัวและชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดวางแผน ตัดสินใจเอง ลงมือทำ แล้วสรุปปัญหา ทำใหม่แล้วชุมชนจะเข้มแข็ง
- เปลี่ยนความคิดจากผู้รับบริการเป็นผู้ดูแลตัวเอง
- ปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่การบริโภค การออกกำลังกายที่สอดคล้องกับธรรมชาติและวัฒนธรรมชุมชน
- มีโอกาส/สิทธิ ในการเลือกการรักษาจากหน่วยงานรัฐ เอกชน หรือแพทย์พื้นบ้าน (แผนไทย)
- สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน และมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ
- มีการพัฒนานำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่น (แพทย์พื้นบ้าน) มาใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างสมดุล
- บริการสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการรักษาคนมากกว่ารักษาโรค มองการรักษาแบบองค์รวมมากกว่าแยกส่วน (มองกาย จิต วิญญาณ)
- ควรมีระบบประกันสุขภาพระบบเดียว ทุกคนสามารถเข้าถึงได้

2.2 ผู้ให้บริการ

- ใช้สหวิชาชีพในการจัดระบบสุขภาพตั้งแต่ กระทรวงศึกษา/ทบวง/มหาวิทยาลัย/กระทรวงสาธารณสุข ควบบรรจุเรื่องจรรยาบรรณ คุณธรรม จริยธรรม วิชาชีพตั้งแต่ระดับอนุบาล ไม่มองความรวยเป็นสำคัญ
- อย่ามองสุขภาพเป็นสินค้า
- ความมองการดูแลสุขภาพในเชิงรุก คือ การป้องกันและส่งเสริมมากกว่าการตั้งรับ
- มีการกระจายอำนาจสู่ประชาชนให้ชุมชนเป็นผู้จัดการบริการสุขภาพด้วยตนเอง โดยสอดคล้องกับความต้องการและวัฒนธรรมท้องถิ่น/ชุมชน
- ควรมีการพึ่งตนเองด้านยาโดยใช้ทรัพยากรในประเทศให้คุ้มค่า และมีประสิทธิภาพ ไม่ควรใช้อย่างฟุ่มเฟือย
- ให้การสนับสนุนชุมชนในการวิจัยและพัฒนา เสริมสร้างองค์ความรู้ในชุมชน โดยสนับสนุนด้านเงินทุนและบุคลากร
- ไม่ใช้ระบบพรรคพวก หรือถูกครอบงำโดยทุนต่างชาติ เช่น WHO/IMF/ADB

● แพทย์

- เห็นคนไข้เป็นศูนย์กลาง มีเวลาให้คนไข้มากขึ้น
- มีการให้คำแนะนำแก่คนไข้ในเชิงป้องกันสุขภาพมากกว่าให้การรักษา
- เห็นคนไข้มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากกว่าธุรกิจหรือรายได้
- เปลี่ยนทัศนคติว่าเป็นหมอต้องรวย

● เภสัชกร

- ควรมีบทบาทในการแบ่งเบาภาระจากแพทย์ในการวินิจฉัยบางโรคได้
- ในร้านขายยาทุกร้านควรมีเภสัชกรประจำเพื่อให้คำแนะนำแก่ประชาชน/หยุดแหว่นป้าย
- ควรมีการพัฒนาตนเอง/วิชาชีพให้เป็นที่ยอมรับของแพทย์/สังคม มีบทบาทที่ชัดเจน
- ควรจัดให้มี patient profile ทุกสถาบันที่เกี่ยวข้อง เช่น คลินิก/โรงพยาบาล/ร้านยา/บ้าน
- สามารถให้บริการข้อมูลยาได้ครบถ้วน เช่น สรรพคุณยา การแพ้ยา ข้อมูลวิชาการ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ยาใหม่ เป็นต้น
- มีการเรียนรู้ร่วมกับแพทย์พื้นบ้านและภูมิปัญญาไทย/ใช้เทคโนโลยีเท่าที่จำเป็น
- มีการพัฒนายาใหม่ ๆ โดยไม่ผูกติดกับสิทธิบัตรยา
- ร้านขายยาควรเป็นที่พึ่งของประชาชน
- มีจิตสำนึกในการประกอบวิชาชีพ/มีความรู้/ความสามารถ/เชี่ยวชาญในวิชาชีพอย่างดี พร้อมให้บริการแก่ประชาชนมากกว่าประโยชน์ของตนเอง
- มีการสื่อสารกับวิชาชีพอื่น

- มองสุขภาพเป็นองค์รวมให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (กาย จิต วิญญาณ สังคม สิ่งแวดล้อม) เน้นคุณค่าความเป็นมนุษย์มากกว่า
- มีการตรวจสอบจากองค์กรอิสระ/บุคคลที่ 3 เพื่อความโปร่งใส ตรวจสอบได้ เช่น สภาเภสัชกรรม ต้องเข้มแข็งเป็นที่พึ่งได้
- เป็นผู้ให้บริการที่มีความสุข มีความภูมิใจในวิชาชีพ

บทสรุปโครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ณ โรงแรมเจริญศรี จังหวัดอุดรธานี

ความคาดหวังของผู้เข้าร่วมประชุม

ผู้เข้าร่วมประชุมคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งต่อไปนี้ระหว่างและเสร็จการประชุม

- ต้องได้วิสัยทัศน์ที่ดี
- ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
- สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ที่ดีแก่ระบบสุขภาพ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับระบบเภสัชกรรม
- ประชาชนมีสุขภาพที่ดี โดยระบบที่พอเพียง มีทางเลือกที่เหมาะสม
- วิชาชีพเภสัชพัฒนาขึ้น
- ได้สิ่งใหม่ ๆ ที่เกิดจากพหุภาคีอีสาน
- ยุทธศาสตร์ใหม่ที่เหมาะสมกับบริการ
- อยากให้เภสัชสร้างมาตรา 82 ให้เป็นจริง (มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง)
- ปฏิรูปโครงสร้างระบบสาธารณสุข เช่น เปลี่ยนแปลงระบบสั่งยา โดยแพทย์ทำหน้าที่ตรงวินิจฉัยและสั่งยาแต่เภสัชกรเป็นผู้จัดการเรื่องยาและให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย
- สภาเภสัชได้แนวทางการบริหารสื่อ ตามมาตรา 82
- อยากทราบบทบาทของเภสัชในการสร้างสุขภาพที่ดี
- หาแนวทางที่เป็นรูปธรรมที่ใช้ในบริการสุขภาพเพื่อเสนอให้สภาเภสัชนำไปดำเนินการ
- หาแนวทางให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพ
- ทิศทางที่เป็นไปได้ของเภสัชกรต่อระบบสุขภาพ
- ต้องการเห็นแนวทางที่จะกำหนดบทบาทของเภสัชกรต่อการอนุรักษ์สมุนไพร, แพทย์แผนไทย
- ภาพลักษณ์ของระบบสาธารณสุขที่ควรเป็น (ระบบใหญ่ ๆ โครงสร้างหลัก)
- บทบาทของเภสัชกรในสาขาต่าง ๆ และการผสมผสานไปสู่ระบบสาธารณสุข

วิธีการประชุม

- การระดมสมองแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ขบวนการ A I C

ขั้นที่ 1 สังวรสภาพที่เป็นจริง

- แต่ละคนวาดภาพสะท้อนความเป็นจริงตามที่ตนเองเห็น (ลงในกระดาษแผ่นเล็ก)
- แลกเปลี่ยนความเห็น (อธิบายภาพ) ในกลุ่มเล็ก
 - ให้เกียรติ ความรัก ความเป็นมิตร เห็นคุณค่า
 - เข้าใจ เห็นใจ กรุณา
 - ถามได้ แต่ไม่วิจารณ์

- ให้โอกาสทุกคนเท่าเทียมกันไม่ครอบงำ

- สรุปให้เป็นภาพเดียว (ในกระดานแผ่นใหญ่)
- มีประธาน เลขานุฯ ผู้นำเสนอตามที่เห็นสมควร
- นำเสนอในกลุ่มใหญ่ (ยังคงถามได้ แต่ไม่วิจารณ์)

ขั้นที่ 2 กำหนดสภาพที่มุ่งหวัง

- แต่ละคนวาดภาพแสดงความมุ่งหวัง (ลงในกระดานแผ่นเล็ก)
- แลกเปลี่ยนความเห็น (อธิบายภาพ) ในกลุ่ม
 - ยังใช้ความรัก ความเป็นมิตร ให้เกียรติ เห็นคุณค่า
 - ยังคง งดเว้นการวิจารณ์ ให้โอกาสทุกคนเท่าเทียมกัน
 - ไม่ครอบงำ
- สรุปให้เป็น “ภาพแห่งความมุ่งหวัง” ภาพเดียว (ในกระดานแผ่นใหญ่)
- นำเสนอในกลุ่มใหญ่
- ที่ประชุมใหญ่ตั้งคณะทำงานยกร่าง
 - อุดมการณ์ / ปณิธาน
 - คำขวัญ / คำประพันธ์
 - สัญลักษณ์ / โลโก้

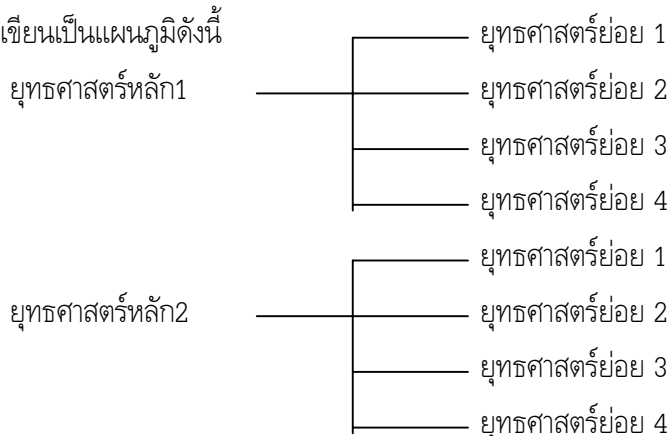
ขั้นที่ 3 คิดค้นภาระกิจสำคัญ

- คิดคนเดียว 1 - 3 ข้อ
 - คณะทำงานแบ่งกันคิด “ภาระกิจสำคัญ”
 - คัดเลือก “ภารกิจ” ที่กลุ่มเห็นว่าดีที่สุด
 - อภิปราย ถกเถียงกันได้ เพื่อหาข้อยุติที่สมเหตุผล และกลุ่มพอใจมากที่สุด
- หลังจากได้ภาระกิจสำคัญ จึงกำหนดยุทธศาสตร์หลักและยุทธศาสตร์ย่อยต่อไป

I₂ ยุทธศาสตร์หลัก _____ วิธีการสำคัญ

I₃ ยุทธศาสตร์ย่อย _____ วิธีการย่อย ๆ

เขียนเป็นแผนภูมิดังนี้



I₂ การคิดค้นวิธีการสำคัญ (ยุทธศาสตร์หลัก)

เพื่อบรรลุความมุ่งหวัง

- แต่ละคนคิดค้นวิธีการสำคัญ 1 - 3 ข้อ
- แลกเปลี่ยนความเห็นในกลุ่มเล็ก
- คัดเลือก วิธีการสำคัญ ที่กลุ่มเห็นว่าดีที่สุด
- อภิปรายเพื่อหาข้อยุติที่สมเหตุผล และกลุ่มพอใจมากที่สุด
- นำเสนอในกลุ่มใหญ่
- อภิปรายเพื่อหาข้อยุติที่สมเหตุผล และกลุ่มพอใจมากที่สุด

การคิดค้นวิธีการสำคัญ ๆ เพื่อบรรลุความคาดหวัง

- คิดคนเดียว 1 - 3 ข้อ
- แบ่งกลุ่มย่อยรวบรวมวิธีการสำคัญ
- คัดเลือกและจัดอันดับ วิธีการสำคัญที่สุด
- อภิปราย ถกเถียงกันได้ เพื่อหาข้อยุติที่สมเหตุผลและกลุ่มพอใจมากที่สุด
- นำเสนอกกลุ่มใหญ่
- คณะทำงานรวบรวมสรุปวิธีการสำคัญของแต่ละกลุ่ม
- นำเสนอกกลุ่มใหญ่ ทบทวน เพิ่มเติม และรับรอง

ขั้นที่ 4 ทำแผนดำเนินการ

- จัดกลุ่มทำงาน “ภารกิจ” แต่ละข้อมาทำ “แผนดำเนินการ”

วิธีเขียนแผนดำเนินการ (อย่างง่าย)

ชื่อแผน (กิจกรรม)	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/วิธีการ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	งบประมาณ

- นำเสนอ “แผนดำเนินการ” ในที่ประชุมใหญ่ และอภิปรายให้ได้ข้อยุติ

ขั้นที่ 5 สรุปทบทวน

- คิดทบทวนด้วยกันในที่ประชุมกลุ่มใหญ่ ว่าได้ทำอะไรมาบ้าง
ได้ผลอะไรที่สำคัญ
- พิจารณาว่า ได้ข้อคิด หรือบทเรียนที่มีประโยชน์อะไรบ้าง
- พิจารณาว่า เรื่องที่ควรดำเนินการภายหลัง การประชุมมีอะไรบ้าง
และใครจะรับผิดชอบไปดำเนินการ รวมทั้งกำหนดเวลาดำเนินการ

กติกาสำหรัการประชุม

- ทุกคนมีส่วนร่วม ไม่ครอบงำ คนที่พูดมาก ควรพูดน้อยลง พูดน้อยต้องพูดมากขึ้น
- ไม่มีการขึ้นเสียง หรือเถียงเพื่อเอาแพ้ชนะ
- ใช้วิธีการ Positive approach
- อยากให้มีแรงจูงใจตลอดการประชุม
- ตรงเวลา ถ้าช้าต้องปรับ 8.30 เข้าห้อง 13.00 – 19.00 (ตามสถานการณ์)
- 28 พ.ค. 2543 เลิก 15.00 น.
- มีกิจกรรมผ่อนคลายเป็นช่วง ๆ ไม่เครียด
- อยากให้พูดปัญหาน้อย ๆ เสนอสิ่งใหม่ ๆ มาก ๆ
- เป็นผู้ฟังที่ดี ทั้งสายตา และท่าทาง
- ไม่มีกลุ่มย่อยของกลุ่มย่อย
- ทุกคนเป็นเจ้าของงาน

ผลการประชุมกลุ่มย่อยสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

สถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในอดีต

จุดแข็ง

ธรรมชาติมีความสมบูรณ์ ป่าชุมชนเป็นแหล่งอาหารและยารักษาโรค เศรษฐกิจเกษตรกรรม ชุมชนใกล้ชิด สังคมพึ่งพากัน ครอบครัวอบอุ่น วัดเป็นที่พึ่งทางใจ ศูนย์รวมทางวัฒนธรรม ปัญหาภาวะเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมไม่รุนแรง คนไม่ค่อยเครียด ปัญหาทางด้านสุขภาพดูไม่รุนแรง สมุนไพรพื้นบ้านและแพทย์แผนไทย พึ่งตนเองด้านยา

จุดอ่อน

1. การสาธารณสุขยังไม่ดี ประชาชนมีอายุเฉลี่ยสั้น โรคติดต่อมากกว่าโรคไม่ติดต่อ การสุขภาพไม่ดี ขาดแคลนบุคลากร เวชภัณฑ์ ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ วัสดุดิบ งบประมาณ การบริหารจัดการ ขาดองค์ความรู้ต่างๆ ความรู้เป็นแบบแยกส่วน ขาดประสบการณ์และทักษะ ขาดเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสภาพสังคมไทย เช่น ยา ทางเลือกในการรักษามีน้อย มาตรฐานโรงพยาบาลไม่เท่าเทียมกันระหว่างเมืองและชนบท มีเงินมากได้บริการดี
2. หยุดการพัฒนาภูมิปัญญาของไทย ยาแผนไทย สมุนไพร ขาดการนำเอาแพทย์แผนไทยและแผนสมัยใหม่มาผสมผสานกัน ที่เหมาะสมกับสังคมไทย ความรู้ด้านแพทย์แผนไทยถูกจำกัดเฉพาะกลุ่ม เช่นในกลุ่มเครือญาติ หรือเฉพาะหมู่บ้าน การพัฒนาแพทย์แผนไทยมีน้อย เห็นผลช้า และขาดความเป็นวิทยาศาสตร์

3. โครงสร้างพื้นฐานของระบบสาธารณสุขเน้นเรื่องการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
ความรู้แยกส่วน ขาดการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ระบบการรักษาและการศึกษาเป็นแบบตะวันตก
บริการสุขภาพยังไม่กระจาย
4. ประชาชนมีความคิดความเชื่อเรื่องโรคภัยไข้เจ็บเชื่อมโยงกับสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่นการเป็นโรคเกิดจากการ
ทำผิดในชาติก่อน
5. ระบบอำนาจ (อำนาจเงิน อำนาจรัฐ อำนาจวิชาชีพ) เป็นตัวกำหนดทิศทางด้านนโยบายสาธารณสุขและพฤติ
กรรมสุขภาพของคน และการเข้าถึงบริการ
6. องค์การวิชาชีพปกป้องตนเองมากกว่าคุ้มครองประชาชน

สถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน

สังคม สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไปจากการทำลายป่า แหล่งน้ำ ธรรมชาติอื่น ๆ บ้านเรือนเป็นตึกอาคาร ด้าน
กายภาพเปลี่ยนไป ความสัมพันธ์ของชุมชนน้อยลง เหลือเพียงผู้สูงอายุและเด็กอาศัยอยู่ในชุมชน สิ่งแวดล้อมเป็น
พิษ อากาศเสียและน้ำเสีย เศรษฐกิจและสุขภาพทรุดโทรม

รัฐบาลมีผลกระทบต่อการบริหารจัดการของทุก ๆ ระบบ ทุก ๆ กระทรวง ทั้งกระทรวงมหาดไทย/อุตสาหกรรม
การรวม/ สาธารณสุข/ ศึกษาดิจิทัล/ เกษตร/ อื่น.

การค้าเสรี มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ / ยา / สิทธิบัตร/สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชและเทคโนโลยี

การสาธารณสุขดีขึ้น อายุยืนขึ้น แต่ประชาชนมีจิตใจแย่ลง ขาดการทำงานเป็นทีม มีร้านชำ ร้านขายยา
ชุดมากขึ้น ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ขาดการมองระบบและดูแลสุขภาพองค์รวม
การปกครองรวมศูนย์

จุดแข็ง

ข้อมูลครอบคลุม กระจายเร็ว

มีการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น

บุคลากรและวิทยาการทันสมัย

สาธารณสุขเชิงรุก

จุดอ่อน

ค่าใช้จ่ายสูง เทคโนโลยีราคาแพง ใช้ไม่คุ้มค่า ไม่กระจาย

ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการขาดแผนระบบสุขภาพ นโยบายรวมศูนย์

การให้บริการด้านสุขภาพกระจุกตัวและยังไม่กระจายไปสู่ชนบท

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานไม่ได้สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพพื้นฐาน

โอกาส / ความเป็นไปได้

มีโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข

รัฐธรรมนูญใหม่ ปฏิรูปการศึกษา

ประชาชน และองค์กรเอกชน มีความตื่นตัวในการปกป้องสิทธิ

ปัญหาที่ท้าทาย

ภาวะคุกคามจากระบบทุนนิยม

การพึ่งพายา และเทคโนโลยีจากต่างประเทศ

ขาดความสมดุลของการจัดความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมเก่ากับวัฒนธรรมใหม่

ความคาดหวังต่อระบบสุขภาพในอนาคต

1. สุขภาพเป็นเรื่องของประชาชน ประชาชนมีอำนาจอยู่เหนือองค์กรต่างๆ ซึ่งจะเป็นการลดปัญหา
2. ความเท่าเทียม, การรักษาแบบองค์รวม, การเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น
3. ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ รักษาด้วยวิธีการเฉพาะของตนเอง และต้องสามารถประเมินตนเองสุขภาพของตนเองได้ ทั้งนี้ต้องมีรัฐควบคุมในภาพรวมอีกชั้นหนึ่ง
4. ระบบสาธารณสุขทำงานเป็นทีม มีประสิทธิภาพ ประชาชนมีโอกาสเท่าเทียมกัน ระบบการ ศึกษาควรจะมีผลผลิตเพื่อรองรับการทำงานแท้จริง การเมืองสอดคล้อง และมีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์ ประชาชนจริงๆ
5. รัฐบาล (อนามัย, อบต.) ให้มีงบประมาณสนับสนุน ชุมชน มีงบประมาณ และมีการตั้งกลุ่มเพื่อดูแลกัน ลดการพึ่งพาตนเอง มีการตั้งศูนย์สมุนไพร และเข้าถึงชุมชนจริง ๆ
6. ความร่วมมือ ทิศทาง เกี่ยวกับสุขภาพ หน่วยงานต่าง ๆ และองค์กรต่างๆ เชื่อมโยงกัน
7. มีกลไกการป้องกันของประเทศเราเอง ไม่ขึ้นกับคนอื่น ต้องเป็นกระบวนการภายในของตนเอง มีการส่งสินค้าออกไปนอกประเทศบ้าง
8. มีหลักประกันเท่าเทียม คนไทยส่งเสริมป้องกันตนเองมากขึ้นในเรื่องสุขภาพ เข้าใจว่าสุขภาพเรื่องสำคัญ และเป็นของทุกคนต้องทำร่วมกัน

ภาพรวมการวิเคราะห์สถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมและเภสัชกรในอดีตและปัจจุบัน

อดีต : ลักษณะเด่น/ข้อดี/จุดแข็ง

1. มีบุคลากรในวิชาชีพ และนักศึกษาที่มีศักยภาพและพื้นฐานดี
2. มีความหลากหลายของอาชีพในวิชาชีพ เป็นอิสระ
3. ได้รับการปกป้องจากภาครัฐ อาทิเช่น ในกฎหมาย
4. ได้รับการยอมรับในสถานภาพของสังคม
5. มีการใช้สมุนไพร ยาพื้นบ้าน

ปัจจุบัน : ลักษณะเด่น/ข้อดี/จุดแข็ง

1. มีบุคลากรในวิชาชีพ และนักศึกษาที่มีศักยภาพและพื้นฐานดี
2. ได้รับการยอมรับสถานภาพทางสังคม
3. มีสภาวิชาชีพ
4. จำนวนบุคลากรในวิชาชีพมากขึ้น

5. ได้รับการปกป้องจากภาครัฐ อาทิ เช่น ในกฎหมาย , เป็นวิชาชีพเดียวที่สามารถ
6. มีโอกาสในการสร้างสรรค์งานในวิชาชีพ
7. แหล่งข้อมูลมีมาก
8. มีความหลากหลายของอาชีพในวิชาชีพ
9. มีทักษะความเชี่ยวชาญมาก มีศักยภาพและความสามารถเฉพาะตัวสูง
10. บทบาทเภสัชกรในภาครัฐมีความชัดเจนมากขึ้น
11. “ร้านยา” เป็นสถานบริการทางการแพทย์ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ราคาไม่แพง และอาจเป็นช่องทางที่สามารถยื่นหยัดอยู่ได้ หลังจากหากมีการปฏิรูประบบสุขภาพและ/หรือ เภสัชกรรมไทย

อดีต : ข้อเสีย/จุดอ่อน

1. เภสัชกรไม่เพียงพอ ทิศทางไม่ชัดเจน
2. ขาดองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน
3. ระบบการศึกษาเภสัชศาสตร์ / ประเทศไทย ไม่สอนให้คิด และมีการบูรณาการ เรียนมากแต่ใช้น้อย
4. ขาดความเชื่อมโยงระหว่างระบบการศึกษา ระบบบริการ และระบบสาธารณสุข
5. ยังไม่ได้สร้างคุณค่าให้สังคมตระหนัก ประชาชนไม่รู้จักเภสัชกร
6. ไม่มีสภาวิชาชีพ

ปัจจุบัน : ข้อเสีย/จุดอ่อน

1. การพัฒนาวิชาชีพขาดทิศทางไม่ชัดเจน
2. ขาดองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน
3. ระบบการศึกษาเภสัชศาสตร์ / ประเทศไทย ไม่สอนให้คิด และมีการบูรณาการ
4. ขาดความเชื่อมโยงระหว่างระบบการศึกษา ระบบบริการ และระบบสาธารณสุข
5. ยังไม่ได้สร้างคุณค่าให้สังคมตระหนัก ไม่รับผิดชอบต่อสังคม แขนงป้าย
6. มีสภาวิชาชีพ แต่ไม่เข้มแข็ง
7. ไม่มีความเชี่ยวชาญ
8. ไม่เข้าใจในบทบาทวิชาชีพ รวมทั้งรากฐานไม่มั่นคง
9. มีผลกระทบจากต่างประเทศ / วิชาชีพอื่น ๆ
10. รับการรักษาจากโรงพยาบาล ไม่พึ่งพาตนเอง อาศัยเทคโนโลยีต่างประเทศ เงินทองรั่วไหล
11. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพน้อย/ในวิชาชีพน้อย/กับผู้รับบริการไม่ดี เนื่องจากขาดทักษะทางการสื่อสาร
12. ขาดเอกภาพทางความคิด
13. ขาดการแก้ปัญหาชุมชน
14. บทบาทของเภสัชกรขัดแย้งกัน เช่น เภสัชสาธารณสุขจังหวัดกับเภสัชกรชุมชน อันเนื่องมาจากบทบาทการคุ้มครองผู้บริโภคบนนโยบายทางกฎหมาย
15. วิชาชีพมีส่วนเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ทางธุรกิจมากกว่าการบริการ

16. การศึกษาเน้นการแพทย์แผนปัจจุบัน ละเลยต่อการแพทย์ตะวันออก/ทางเลือก ภูมิปัญญาชาวบ้าน การศึกษาไม่เน้นการฝึกทักษะ / ปฏิบัติ (ต่างจากแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์) และ สถาบันการศึกษามี interaction น้อยกับสถานฝึกปฏิบัติ (รพ., ร้านยา, รง., สสจ.)
17. สถาลัษกรรรมไม่ค่อยเข้มแข็ง
18. ขาดการยอมรับ (ฐานเสียง) จากประชาชน เช่น เรียกร้องแล้วประชาชนกลับมองว่าเป็น เรียกร้องเพื่อผลประโยชน์ของวิชาชีพ

โอกาส/ความเป็นไปได้

1. ขย. 2 จะปรับเป็น ขย.1
2. เกลัษกรจะปฏิบัติวิชาชีพในร้านยาจริง
3. หลักสูตรมีการขยาย มีการเน้นเฉพาะทาง
4. เกลัษกรมีสามารถขยายงาน และแสดงบทบาทในฐานะเกลัษกรได้
5. กำลังจะมีพระราชบัญญัติยาใหม่ และ พระราชบัญญัติสุขภาพ
6. มีโครงการการปฏิรูประบบสุขภาพ
7. มีรัฐธรรมนูญใหม่
8. กระแสสังคมหันมาสนใจเกี่ยวกับการแพทย์ตะวันออก และสนใจสมุนไพรมากขึ้น
9. สิทธิผู้ป่วยจะถูกเรียกร้อง และร้องเรียนมากขึ้น
10. เปิดโอกาสให้มีการศึกษาต่อเนื่อง

ปัญหาที่ท้าทาย

1. การครอบงำโดยบริษัทต่างชาติ เช่น บริษัท เครือข่าย
2. ความผิดตามกฎหมาย กฎหมายจะศักดิ์สิทธิ์ ผู้ป่วยเรียกร้องสิทธิ
3. ภาวะเศรษฐกิจถดถอย
4. เกลัษกรที่ไม่พัฒนาตนเองจะอยู่ไม่ได้
5. บทบาทเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์
6. นโยบายการแพทย์แผนไทย กับแผนปัจจุบัน ขัดแย้งกันและเป็นคู่แข่งกันเอง

วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย

สุขภาพคนไทยในอนาคตควรเป็นอย่างไร

1. ฟังตนเอง ครอบครัวยุติธรรม ชุมชนเกิดความร่วมมือร่วมใจ ชุมชนเข้มแข็ง มีทางเลือก
2. ชุมชนต้องมีความรู้ มีการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม มีสิ่งแวดล้อมที่ดี มีการฟื้นคืนสู่ธรรมชาติ
3. สร้างสุขภาพ ส่งเสริมและป้องกันโรค มากกว่าการรักษาโรค
4. กระจายบริการ/อำนาจ
5. ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ

6. สุขภาพโดยประชาชน สุขภาพเชิงองค์รวม
7. การทำงานเป็นเครือข่าย การประสานงานที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีระหว่างหน่วยงาน และระหว่างชุมชน
8. การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมกับท้องถิ่น
9. ความเท่าเทียมกันด้านการศึกษา/ข่าวสาร
10. องค์การวิชาชีพเป็นที่พึ่งของประชาชน
11. นโยบายด้านการเมือง, การต่างประเทศ, นโยบายการศึกษา สนับสนุนระบบสุขภาพ

วิสัยทัศน์ระบบวิชาชีพเภสัชกรรม(ข้อสรุปรวมของที่ประชุม)

- มีความรู้ ทักษะ คุณธรรม จริยธรรมแบบองค์รวม
- มีมาตรฐานการผลิตยา
- ทำงานเป็นทีม/จิตใจบริการ/ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- บทบาทสอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศไทย
- พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ผสมผสานกับแพทย์แผนปัจจุบัน
- เข้าถึงชุมชน
- แหล่งผลิตเป็นศูนย์และมีทิศทางที่ชัดเจน

“เป็นคนดี วิชาใหม่ ไอที/บริการเยี่ยม
เตรียมการผลิตแบบพึ่งไทย Fight กฎหมายเป็นธรรม
นำประสาสู่สุขภาพดี

ภารกิจหลักหรือพันธกิจ (mission) ใหม่ของวิชาชีพเภสัชกรรม

มีวิธีการสำคัญอะไรบ้างที่จะทำให้คาดหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและคาดหวังต่อเภสัชกรเป็นจริง

- เพื่อให้วิสัยทัศน์ใหม่ที่กำหนดเป็นจริงที่ประชุมเสนอว่าควรกำหนดพันธกิจร่วมกันดังนี้
- ระบบการผลิตและการกระจายเภสัชกรสอดคล้องกับความจริง ยุคสมัย
- ส่งเสริมและพัฒนาภาพลักษณ์เภสัชกร ให้เภสัชกรมีความรู้ คุณธรรม
- ระบบการเมืองโปร่งใส ไม่ครอบงำ
- กฎหมาย เกื้อกูลหนุนให้ใช้ได้ผล
- ระบบบริการด้านเภสัชกรรมดี มีคุณภาพ ยึดถือประชาชนเป็นศูนย์กลาง และประชาชนเข้าถึงได้
- ระบบการสร้างเครือข่าย ความร่วมมือ สร้างสุขภาพแบบองค์รวม
- ระบบการผลิต วิจัยการผลิต กระจายยามีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุมเป็นธรรม ตรวจสอบได้
- ระบบ IT ดีเด่น เน้นการเข้าถึง ฟังพอใจในทางเลือก

บทสรุปโครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ประชาคมเกษตรกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ ภาคใต้ ณ. โรงแรมบี พี สมิหลา จังหวัดสงขลา

1. **วิธีคิดในระบบสุขภาพปัจจุบัน** เป็นเรื่องอำนาจนิยม
 - ผู้รับบริการมุ่งคิดพึ่งพาผู้ให้บริการ
 - ผู้รับบริการไม่มีศักยภาพและอำนาจ
 - ผู้ให้บริการมีอำนาจ
 - ผู้ให้บริการไม่ให้โอกาสการมีส่วนร่วมแก่ผู้รับบริการ
2. **วิธีคิดใหม่** มุ่งเน้นมนุษยนิยมและพหุนิยม
 - 2.1 ผู้ให้บริการ
 - ควรสำนึกในการให้บริการ
 - เน้นคนเป็นศูนย์กลาง
 - ให้โอกาสผู้รับบริการในการร่วมเรียนรู้
 - 2.2 ผู้รับบริการ
 - ควรมีสำนึกในการพึ่งตนเอง
 - เน้นการป้องกันมากกว่ารักษา
 - มีส่วนร่วมในการเรียนรู้
 - มีส่วนร่วมในการรักษาสิทธิ
 - รู้จักใช้อาหารเป็นยา

สรุปวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ

- ไม่ซับซ้อน แต่ผสานเป็นเครือข่าย เป็นการทำงานของสหวิชาชีพอย่างเสมอภาค
- โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ มีองค์กรมหาชนทุกระดับเป็นผู้ตรวจสอบ
- มีการพัฒนาศักยภาพประชาชน โดยส่งเสริมคุณภาพ และมีสวัสดิการสมดุล
- เชื่อมโยงศักยภาพชุมชน โดยเน้นการป้องกันมากกว่ารักษา

การบริการ

- บูรณาการเป็นองค์รวม มีทั้งป้องกัน ฟื้นฟู รักษา พร้อมคำนึงถึงศักดิ์ศรีมนุษย์และจิตใจ
- เป็นระบบส่งต่อแบบเครือข่าย โดยดูแลชุมชนอย่างทั่วถึงทุกระดับ
- การแพทย์ทางเลือก ได้รับการยอมรับ ทั้งแพทย์แผนไทย, ธรรมชาติบำบัด, ภูมิปัญญาท้องถิ่น
- มีมาตรฐานมีคุณภาพ
 - เป็นมาตรฐานเดียว
 - มีจรรยาบรรณ
 - ให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
 - ตรวจสอบและประเมินได้
 - ประหยัด

- มีระบบข้อมูลสื่อสาร 2 ทาง เกิดเครือข่ายการเรียนรู้
- เข้าถึงอย่างเสมอภาค เท่าเทียม ทั้งถึง
- ร้ายาและการแพทย์ทางเลือก เป็นเครือข่ายของระบบสาธารณสุข

ระบบสุขภาพ

- ข้อมูลข่าวสารทั่วถึง มีการสื่อสาร 2 ทาง ใช้ระบบการสื่อสารสู่มวลชน
- มีการประกันสุขภาพสู่ชุมชน ด้วยค่าใช้จ่ายเหมาะสม ให้ประชาชนอย่างทั่วถึง มีกองทุนสหกรณ์สุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพโดยความร่วมมือของรัฐ-อบต-ชุมชนและจัดตั้งจากล่างขึ้นบนเพื่อเป็นสวัสดิการชุมชนให้ชุมชนดูแลกันเองโดยมีรัฐเป็นผู้สนับสนุน
- สิ่งแวดล้อมดี
- การดูแลรักษาตนเอง - ข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์
 - ผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในการคุ้มครองผู้บริโภค
 - ทักษะในการดูแลตนเอง

ชุมชนและคน

- มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพดี ร่วมเรียนรู้ และมุ่งป้องกันดูแลตนเอง
- มีส่วนร่วมและพึ่งตนเองได้ ทั้งด้านบริหารจัดการและการบริการ พร้อมทั้งร่วมในการประเมินตรวจสอบ
- การดูแลตนเอง-ครอบครัว-ชุมชน-สังคม
- ชุมชนเข้มแข็ง-พึ่งตนเอง อยู่ได้อย่างพอเพียง ทั้งอาหาร การดำรงชีพ

วิสัยทัศน์ระบบเภสัชกรรมที่พึงปรารถนาที่จะตอบสนองต่อระบบสุขภาพ

1. มีหลักประกันสุขภาพ รักษาทุกระดับ แบบบูรณาการโดยองค์รวม
2. ตั้งเภสัชกรรมชุมชนดูแลสุขภาพของชุมชน ดำเนินงานโดยชุมชน
3. เภสัชกรต้องเป็นผู้ให้ความรู้ทางยาด้านสุขภาพกับชุมชนทุกระดับ เน้นป้องกันตนเอง
4. เภสัชกรต้องมีเครือข่ายและยกข้อมูลข่าวสาร มุ่งจริยธรรมมากกว่าเชิงพาณิชย์
5. ระบบเภสัชกรรม มุ่งประชาชนเป็นหลัก มุ่งจริยธรรมมากกว่าเชิงพาณิชย์
6. การบริหารระบบเภสัชกรรมชัดเจน ไม่โปร่งใส ประชาชนสามารถตรวจสอบได้
7. เภสัชกรต้องมีมาตรฐานในการให้บริการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน
8. เมืองค์กร (สหวิชาชีพ, วิชาชีพ) ตรวจสอบเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค
9. เมืองค์กรผู้บริโภค
10. มีการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านยาแบบผสมผสาน
11. เภสัชกรมีจิตสำนึกในการประกอบวิชาชีพรวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้วย

บทสรุปโครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ รวม 4 ภาค ณ โรงแรมพาวีเลียน ริมน้ำจันทน์ จังหวัดกาญจนบุรี

I. วิสัยทัศน์ของระบบเภสัชกรรมที่เอื้อต่อระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 7 วิสัยทัศน์ ได้แก่

1. กองทุนประกันคุณภาพ/กองทุนคุณภาพชุมชน

กองทุนสุขภาพชุมชนเป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเสริมจากระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน แนวคิดหลัก คือ จะต้องมีการรักษาลิทธิประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก เช่น ในโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการล้มละลายได้นั้น เป็นส่วนที่รัฐควรให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ในขณะที่โรคทั่วไป หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ประชาชนควรมีส่วนในการรับผิดชอบ โดยในชุมชนเองอาจมีการจัดตั้งเป็นกองทุน ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากรัฐในรูปแบบที่ได้จากภาษีส่วนรวมและภาษีส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

2. การประกันสุขภาพ

เป็นการสร้างระบบประกันสุขภาพ โดยมีแนวคิดในด้านการร่วมออกค่าใช้จ่ายของประชาชน (Co-payment) แต่สำหรับยาที่เป็นยาในกลุ่มสามัญประจำบ้าน ไม่อยู่รวมในความคุ้มครอง เพื่อลดความฟุ่มเฟือยและเพิ่มการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในประชาชน นอกจากนี้ ในระบบสุขภาพจะต้องคำนึงถึงระบบแพทย์ทางเลือกด้วย อาทิเช่น แพทย์แผนไทย ให้ประชาชนมีโอกาสในการเลือกโรงพยาบาล

3. การพัฒนาระบบเภสัชกรรมแบบผสมผสาน การปฏิรูปการศึกษาและเครือข่ายวิชาชีพ (1)

มีการสร้างกรอบแนวคิดของระบบเภสัชกรรมในองค์รวม โดยมีข้อเสนอที่น่าสนใจ เช่น

3.1 ในด้านนโยบาย/กฎหมาย/การบังคับใช้ รัฐควรมีการกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนในการผสมผสานการแพทย์ปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก ทั้งในด้านการผลิตและการบริการ

3.2 การศึกษา ควรมีการผลิตบัณฑิตให้สอดคล้องกับการพัฒนาการศึกษาแบบผสมผสาน เพิ่มความสำคัญของสหสาขาวิชา รวมทั้งการปรับหลักสูตรให้คำนึงถึงการแพทย์ทางเลือก และการแพทย์แผนไทย มีการประกันคุณภาพบัณฑิต

3.3 องค์กร เครือข่าย อาจมีการจัดตั้ง “สภาสุขภาพแห่งชาติ” อย่างเป็นรูปธรรม

3.4 ผู้ให้บริการ/หน่วยงานให้บริการ มีการพัฒนา “ร้านยา” ให้มีศักยภาพเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการทางด้านสาธารณสุข ส่งเสริมให้ “ท้องถิ่น” จัดการให้บริการคนในชุมชน เป็นต้น

3.5 ผลิตภัณฑ์/บริการ ควรมีการสร้างมาตรฐานของทั้งผลิตภัณฑ์และการให้บริการ

3.6 ร้านยา จัดให้ร้านยาเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพ และพัฒนาบทบาทเชิงรุกมากกว่ารับ

3.7 ประชาชน ส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ เป็นต้น

4. การพัฒนาระบบเภสัชกรรมแบบผสมผสาน การปฏิรูปการศึกษาและเครือข่ายวิชาชีพ (2)

จัดให้ระบบเภสัชกรรมเป็นแบบผสมผสานที่คำนึงถึงการให้บริการทั้งจาก การแพทย์แผนปัจจุบัน (Professional medicine) Popular medicine และ Folk medicine โดยผู้ป่วยมีโอกาสตัดสินใจเลือกใช้บริการ

แบบใดก็ได้ ร่วมกับการพัฒนาให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) ที่มีประสิทธิภาพ ในด้านการศึกษา ให้มีการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง และการส่งเสริมการให้องค์ความรู้แก่บุคลากรที่ไม่ใช่เภสัชกร และจัดการเรียนการสอนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ส่วนอื่นๆ ร่วมด้วย มีการสร้างกลไกการทำงานเป็นทีมและมีมาตรฐาน เช่น Hospital Accreditation

5. กองทุน (ประกัน) สุขภาพชุมชน

มีการจัดสรรรูปแบบการใช้เงินของกองทุนอย่างเป็นรูปธรรม ที่มาของเงินกองทุน เช่น อาจได้มาจากเงินบริจาค ฝ่าป่า มีการคิดระบบการออกค่าใช้จ่ายร่วม และมีการจัดสรรกองทุนกู้ยืมกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รูปแบบการจ่ายเงินให้กับสถานบริการอาจเป็นในรูป การออกค่าใช้จ่ายร่วม Co-payment หรือ การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ในส่วนของสถานบริการเองก็ควรมีการสร้างมาตรฐานที่ประชาชนได้รับทราบเพื่อเลือกใช้บริการได้ เช่น การให้ใบรับรองประกันด้านคุณภาพขึ้นต่ำของการให้บริการ

6. การสร้างความเข้มแข็งของภาคีปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพจะเป็นรูปธรรมได้จะต้องมีความร่วมมือระหว่างภาคีในส่วนของ องค์กรชาวบ้าน องค์กรอิสระที่ไม่ใช่หน่วยงานราชการ (NGOs) และภาครัฐบาล โดยจะต้องมีการจัดตั้งอย่างถูกต้องตามกฎหมาย มีการจัดสรรงบประมาณอย่างต่อเนื่อง และการดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนเป็นหลัก

7. การกระจายอำนาจส่วนราชการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และอื่นๆ

จัดสรรให้องค์กร หรือประชาชนมีส่วนร่วมในการพิจารณาและตรวจสอบการทำงานร่วมกับภาครัฐได้ รวมทั้งกระจายอำนาจการทำงานลงสู่หน่วยงานปฏิบัติส่วนท้องถิ่นเป็นสำคัญ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

II. ยุทธศาสตร์ของระบบเภสัชกรรมที่เอื้อต่อระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. หลักสูตรการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (แผนตะวันตกกับตะวันออก)

มีการผสมผสานภูมิปัญญาตะวันตกและตะวันออกในระบบการศึกษาเภสัชกรรม ในระบบการเรียนการสอนนั้น ควรมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือของหน่วยงาน 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ มหาวิทยาลัย การศึกษาขั้นพื้นฐานที่จะต้องสอนแบบมุ่งเน้นการพึ่งตนเองร่วมกับการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบการศึกษานอกระบบ โดยอาจมีการสร้างระบบการสอบเทียบความรู้มาตรฐานของการแพทย์แผนตะวันออกและตะวันตกโดยสภาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การประกันสุขภาพและกองทุนสุขภาพ

ปัจจัยหลักที่จะสามารถสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนได้ คือ การมีกองทุนชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาทั้งระบบสังคมและระบบสุขภาพ ส่งเสริมให้มีการสร้างกองทุนสุขภาพในลักษณะองค์กรของจังหวัด เช่น การให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ องค์กรบริการส่วนจังหวัดและตำบลทำหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานที่จำเป็น

3. Primary care ในร้านยา

ส่งเสริมให้ร้านยามีการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ร่วมกับการส่งเสริมและป้องกันโรคจากองค์ความรู้ทั้งแผนตะวันออกและตะวันตก มีการวางระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ การจ่ายยาของเภสัชกรตามใบสั่งยาอาจมีการคิดค่า Pharmacist's fee นอกเหนือจากการรายาด้วยได้

4. เทคโนโลยีเพื่อการพึ่งพาตนเองของชุมชน (1)

การสร้างระบบการพึ่งพาตนเองของชุมชน อาจทำในรูปของ BOPR (Board of Pharmaceutical Research) ซึ่งประกอบด้วย คนจากองค์กรมหาชน เครือข่ายผู้ให้บริการ ร่วมกับการสร้างความพร้อมขององค์กรทั้งในด้านเงินทุน วัสดุอุปกรณ์และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีการสร้างระบบของการถ่ายทอดเทคโนโลยี การฝึกอบรมความรู้ชาวบ้าน การสร้างฐานข้อมูลและตำรับยาพื้นบ้านที่มีมาตรฐาน และเชื่อมโยงสู่การค้าเชิงพาณิชย์ได้

5. เทคโนโลยีเพื่อการพึ่งพาตนเองของชุมชน (2)

ควรมีการสร้างเครือข่ายสหวิชาชีพ การรักษาสังคมองค์ความรู้พื้นบ้านโดยการจดสิทธิบัตรร่วมกับการสร้างระบบของการคุ้มครองผลประโยชน์จากสิทธิบัตรนั้น เน้นการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของเทคโนโลยีตะวันตกบนรากฐานของภูมิปัญญาตะวันออก มีการจัดทำหลักสูตรเภสัชกรรมแผนไทยบัณฑิต เวชกรรมแผนไทยบัณฑิต และมีโรงพยาบาลแผนไทยที่มีระบบประกันคุณภาพ สอนให้นักเรียนในระดับประถมศึกษา มีความรู้ในการประยุกต์ใช้สมุนไพรในชีวิตประจำวัน พัฒนาเชิงพาณิชย์ เช่น การจัดกลุ่มทัวร์สุขภาพ เป็นต้น

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุม

	หน้า
รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมจากภาคกลาง ตะวันออกและตะวันตก	56
รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมจากภาคเหนือ	63
รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	68
รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมจากภาคใต้	70
รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมจากรวม 4 ภาค	74

โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมระหว่างวันที่ 28-30 เมษายน 2543 ณ บ้านผู้หว่าน จ.นครปฐม

ลำดับ	จังหวัด/อาชีพ	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทร.	โทรสาร	มือถือ-Pager
1.	สมุทรปราการ	ภก.วราวุธ เจริมสินศิริ	ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลบางบ่อ อ. บางบ่อ จ.สมุทรปราการ 10560 (บ) 212/118 ถ.พัฒนาการ ประเวศ กทม	3381133, 3381065-6 ต่อ 110-111 (บ) 7221954	3381133, 3381066 ต่อ 316	1188-6602573
2.	ชัยนาท	ภก.กริช ก้อนทอง	โรงพยาบาลวัดสิงห์ อ.วัดสิงห์ จ.ชัยนาท 17120	(056) 430188-9, 461344 ต่อ 156 (ห้องยา)	(056) 430189	9710690
3.	สิงห์บุรี	ภก.วัชรพันธ์ ศรีสวัสดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000	(036) 411880 (บ้าน)	(036) 523465	8069241
4.	ชลบุรี	ภก.กำชัย ทวีทรัพย์ ชมรมเภสัชกร จ.ชลบุรี	ร้านยาเภสัชกร 470/24 ตลาดวัดกลาง ถ.สาคร พิทักษ์ ต.มะขามหย่ง อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000	(038) 282079, 791727	(038) 791727	8079412
5.	นครปฐม	ภก.ชูศักดิ์ ไตรมิตร	สากลฟาร์มา เลขที่ 1 ถ.ป่อเริ่ม ต.พระปฐม เจดีย์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000	(034) 270620, (บ) 241901 (ร) 254258	(034) 270621	8312665
6.	สุพรรณบุรี	ภก.ทองสุข เหลืองเวชการ ประธานชมรมร้านขายยาเขต 7	บริษัทเหลือเวชภัณฑ์ จำกัด 58-60 ม.6 ถ.ท้าวอุทอง ต.อุทอง อ.อุทอง จ. สุพรรณบุรี 72160	(035) 551177 511085	(035) 551732	

ลำดับ	จังหวัด/อาชีพ	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทร.	โทรสาร	มือถือ-Pager
7.	สุพรรณบุรี	ภญ.รัชนิกร เหลืองเวชการ	บริษัทเหลือเวชภัณฑ์ จำกัด 58-60 ม.6 ถ.ทำนุทอง ต.อุทุมพร อ.อุทุมพร จ. สุพรรณบุรี 72160	(035) 551177 511085	(035) 551732	
8.	นายแพทย์	นายแพทย์ถวัลย์ พบลาม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม อ.เมือง จ.นครปฐม	(035) 551177, 511085	(035) 551732	
9.	จะเชิงเทรา	ภญ.ศิริพร จิตรประสิทธิ์ศิริ	ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลสนามชัยเขต อ.สนามชัยเขต จ.จะเชิงเทรา 24160	(038) 597080, 597048, 597128- 30	(038) 597129	3180432
10.	กาญจนบุรี	ภญ.นิตยา คณาวงค์	หัวหน้าฝ่ายโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อ. เมือง จ.กาญจนบุรี	(034) 511460	(034) 511368	9814634
11.	นนทบุรี	ภญ.พิกุล เสียงประเสริฐ	ร้านบ้านยาเภสัชกร 40/3858 หมู่บ้านประชา นิเวศ 3 อ.เมือง จ.นนทบุรี	5873220	5896819	8190487
12.	ราชบุรี	ภก.อภิชาติ เฟ่งเรืองโรจน์ชัย	โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดราชบุรี 169-171 ถ.วรเดช อ.เมือง จ.ราชบุรี 70000	(032) 321823, 321826	(032) 321825, 321823	8126693
13.	สหภาพคความ	ภก.วิสุทธิ์ สุริยาวิวัฒน์	ร้านชุมชนเภสัช 126 ถ.ดินสอ แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กทม.10200	2262074	2262074	
14.	อุตสาหกรรม	ภก.เชษฐพร เต็งอำนวย	Oui Heng Import Co., Ltd. 489/2 ซ.40 (บางยี่ขัน) ถ.จรัลสนิทวงศ์ กทม.10700	4330061-6	4330076	

ลำดับ	จังหวัด/อาชีพ	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทร.	โทรสาร	มือถือ-Pager
15.	โรงงานเภสัชกรรม ทหาร (อุตสาหกรรม)	พลตรีทรงเกียรติ ส่งเจริญ	โรงงานเภสัชกรรมทหาร 183 สุขุมวิท 42 (กล้วยน้ำไท) ซ.ตรีมิตร ถ.พระราม 4 แขวงพระ โขนง เขตคลองเตย กทม.10110	3922090-3, 3917644	3917713	8427353
16.	นักกายภาพบำบัด	คุณศุภรัตน์ มาสรัส	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อ.เมือง จ. กาญจนบุรี	(034) 511460	(034) 511368	9814634
17.	สำนักงานคณะ กรรมการอาหารและ ยา	ภก.ชาญชัย เอื้อชัยกุล	กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะ กรรมการอาหารและยา ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	5907250	5918459	8122445
18.	การตลาด	ภก.กฤษฎา รัชทรัพย์ยานนท์	190/10 ซ.เสนานิคม 1 ถ.พหลโยธิน เขตลาดพ ไร่ว กทม.10230	-	-	8194263
19.	สมาคมเภสัชกรรม ชุมชน	ภก.วิรัตน์ ทองรอด	66/12 ซ.วัดบางหญ้าแพรก ถ.ปู่เจ้า อ.พระ ประแดง สมุทรปราการ 10130	3859813		
20.	บัณฑิต	ภญ.ดาฤดี โชติชมภูพงษ์	136/20 ถ.นครศ ต.สี่พระยา อ.บางรัก กทม 10500	6315189		
21.	สมาคมเภสัชกรรม โรงพยาบาล	ภญ.ยุวดี สมิตธิวาสน์	โรงพยาบาลพญาไท 1 ถนนศรีอยุธยา เขตพญา ไท กทม	2452620-1	2455488	6471583
22.	แพทย์	นายแพทย์ถวัลย์ พบลาม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม อ.เมือง จังหวัดนครปฐม	(034) 251548		
23.	เภสัชกรโรงพยาบาล	ภญ.นุชนารถ กลับบ้านเกาะ	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ต. บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว สมุทรสาคร 74120	(034) 850460-5 ต่อ 1105-6	(034) 850636	

ลำดับ	จังหวัด/อาชีพ	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทร.	โทรสาร	มือถือ-Pager
24.	PATH	คุณทัศนัย ชันตชาภรณ์	37/1 เพชรบุรี 15 ราชเทวี กทม 10400	6537563-5	6537568	
25.	องค์การหมอไร้ พรมแดน MSF	คุณอารีย์ คุ่มพิทักษ์	309 หมู่บ้านราชพงศา ถ.ลาดพร้าว 101 เขต บางกะปิ กทม 10240	3756491	3749835	8298815
26.	การตลาด	ภญ.อินทิรา เขมแก้วณ์ กรรมการผู้จัดการ	ซาโนฟี่ (ประเทศไทย) จำกัด 10 อาคารยิปซัม ถ.ศรีอยุธยา กทม 10400	2488296-9	2488298	
27.	เภสัชกรรมสมาคม	ภญ.สดใส อัครวิไล	40 สุขุมวิท 38 กทม 10110	3916243, 7121627-8	3901987	
28.	เภสัชกรขึ้นทะเบียน	ภญ.กุลประภา เอื้อชัยกุล	บริษัท ไวเอท-เอเยร์สท์ (ประเทศไทย) จำกัด ชั้น 23 อาคารสีลมคอมเพล็กซ์ 191 ถ.สีลม บางรัก กทม.10500	2313710 ต่อ 401	2313709	8463402
29.	ประธานชมรมผู้ป่วย เบาหวาน 2000	คุณลัญญา เมฆสุวรรณ	40 ซ.พุ่มอุไร ถ.สุทธิสาร แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง กทม.10310	2759476		
30.	ประชาชน	คุณสุปราณี เมฆสุวรรณ	40 ซ.พุ่มอุไร ถ.สุทธิสาร แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง กทม.10310	2759476		
31.	Modulator	Dr.Taweesak Nopkesorn	Indo-China Intersection Development Institute, Secretary to Phitsanulok AIDS Foundation 90/1-2 moo 10 Phitsanulok- Nakornsawan Road, Thathong Sub- district, Muang District, Phisanulok 65000	(055) 282930, 261843		9719927 (ส่ง) 8873362

ลำดับ	จังหวัด/อาชีพ	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทร.	โทรสาร	มือถือ-Pager
32.	ส่วนกลาง	ภก.คทา บัณฑิตตานุกุล	ร้านเรือนยา 44 ซ.อิสราภาพ 5 เขตคลองสาน กทม.10600	4371367,	4389549	8956296 (PCT)
33.	ส่วนกลาง	ผศ.ดร.เพชรรัตน์ พงษ์เจริญ สุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.ศรี อยุธยา กทม.10440	2460045, 2461188-93 ต่อ 1308,(บ) 3214974	2474696	
34.	ส่วนกลาง	ภญ.พัชรภรณ์ ปัญญาวุฒิ ไกร	55/59 ม.9 ซ.32 ถ.พระราม 2 แขวงบางมด เขตจอมทอง กทม.10150	8960000	8671495-6	6274848
35.	ส่วนกลาง	อ.สุนทรี วัชรดำรงกุล	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถ. พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม.10330	2188386-90 (บ) 2235818	2188391 (บ) 6224687	3101369
36.	ส่วนกลาง	อ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถ. พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม.10330	2188386-90	2188391	
37.	ภาคเหนือ	รศ.พรทิพย์ เชื้อมโนชาญ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ. เมือง จ.เชียงใหม่ 50002	(053) 944307, 944304	(053) 222741	
38.	ภาคเหนือ	คุณชัยญา บุคยวงศ์ (นักสังคมสงเคราะห์)	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ. เมือง จ.เชียงใหม่ 50002	(053) 944307, 944304	(053) 222741	
39.	ภาคกลาง	ผศ.ระพีพรรณ ฉลองสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยา เขตพระราชวังสนามจันทร์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000	(034) 253840-4 ต่อ 2318, 2311 (บ) 4126119	(034) 255801	

ลำดับ	จังหวัด/อาชีพ	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทร.	โทรสาร	มือถือ-Pager
40.	ภาคกลาง	อ.ณัฐฐิยา คำผล	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000	(034) 253840-4 ต่อ 2318, 2311	(034) 255801	
41.	ภาคกลาง	อ.ดร.ไกรสร ชัยโรจน์ กาญจนา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000	(034) 253840-4 ต่อ 2318, 2311 (11) (034) 323475	(034) 255801	
42.	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	อ.ทิพาพร กาญจนราช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002	(043) 362090	(043) 241243	
43.	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	อ.กรแก้ว จันทภาษา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002	(043) 362090	(043) 241243	
44.	อุบลราชธานี	ภก.แสง วัชรชนกิจ	ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ถ.สถลมารค ต.ศรีไค อ.วารินชำราบ 34190	(045) 288400-9, 288382-3 ต่อ 6009 หรือห้อง 309	(045) 288384	1188-4414997
45.	ภาคใต้	อาจารย์กรกมล รุกขพันธ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตู๊ปถ.7 ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110	(074) 428167, 212070-80 ต่อ 3771 (11) (074) 321855		
46.	ภาคใต้	อาจารย์อรรถพล ศรีเลิศล้ำวา นิช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตู๊ปถ.7 ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110		(074) 428167	8968601

ลำดับ	จังหวัด/อาชีพ	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทร.	โทรสาร	มือถือ-Pager
47.	เจ้าหน้าที่	คุณวราภรณ์ นิ่มนวล	โครงการจัดตั้งภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะ เภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนน พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม.10330	2188386-90	2188391	1188-6302559

รายชื่อสมาชิกที่ร่วมประชุมระหว่างวันที่ 19-21 พฤษภาคม 2543 ณ บ้านกลางดอย อ.หางดง จ.เชียงใหม่

ลำดับ	จังหวัด	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทร.	โทรสาร	มือถือ-Pager
1	เชียงใหม่	ภญ.นภาพร ปันกลาง	ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่ 50320	(053) 870584-6 ต่อ 115	(053) 457027	
2	เชียงใหม่	ภญ.กรรณิการ์ สว่างเดชารักษ์	ร้าน อาร์ เอ็กซ์ ฟาร์ม 185/5 ถ.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100	(053) 273456		
3	เชียงใหม่	คุณวิรัช หวังซื่อกุล	ร้านวัชรเวชภัณฑ์ ถ.มูลเมือง ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 211399		
4	เชียงใหม่	ภญ.มาลี เกาะสุวรรณ	งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลแมคคอร์มิค 133 ถ.แก้วนริฐ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50000	(053) 240823-5	(053) 241177	
5	เชียงใหม่	คุณแอนก ศิริโหราชัย	ศูนย์ประสานงานการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลประสาท ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 222285 ต่อ 215		
6	เชียงใหม่	ภญ.รศ.วราภรณ์ ปันณวลี	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 944342-3	(053) 222741	
7	เชียงใหม่	ภญ.รศ.ศิริวรรณ สุทธจิตต์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 944342-3	(053) 222741	
8	เชียงใหม่	รศ.ดร.ไมตรี สุทธจิตต์	ภาควิชาชีวเคมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	(053) 945326		
9	เชียงใหม่	ภญ.รศ.บุษบง จำเริญดาร์คำมี	สถานวิชาการนานาชาติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ. เชียงใหม่ 50200	(053) 942852-3	(053) 894860	

ลำดับ	จังหวัด	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทร.	โทรสาร	มือถือ-Pager
10	เชียงใหม่	คุณสุภาวรัตน์ สุทธิพรวิโรจน์	ชมรมคุ้มครองผู้บริจาค จังหวัดเชียงใหม่	(053) 944342-3	(053) 222741	
11	เชียงใหม่	คุณธำรง หงษ์หยก	1/13 พระปกเกล้า ซอย 13 ต.ศรีภูมิ อ. เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 210644	(053) 210637	01-9931843
12	เชียงใหม่	คุณสนั่น วุฒิ	NGOAIDS	(053) 306310	(053) 357575	
13	เชียงใหม่	คุณสุริรัตน์ ตรีมรรคา	NGOAIDS	(053) 217928	(053) 357575	
14	เชียงใหม่	ภก.दनัย วิณะคุปต์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ถ.สุ เทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 211048-50 ต่อ 125,225		01-8842717
15	เชียงใหม่	ภก.พิสณฑ์ ศรีบัณฑิต	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 211048-50 ต่อ 125,225		
16	เชียงใหม่	ภก.อิทธิศักดิ์ เสียมภักดี	ศูนย์วัดโรค เขต 10 เชียงใหม่ ถ.ศรีดอน ไชย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100	(053) 276364	(053) 271020	
17	เชียงใหม่	ภญ.พิลาศลักษณ์ ศรีสวัสดิ์	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงใหม่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ม.5 ต.ดอนแก้ว อ.แมริม จ.เชียงใหม่ 50180	(053) 211065-6, 224772-73 ต่อ 134		
18	เชียงใหม่	คุณอนันต์ เลรามัญ	เครือข่ายหมอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ 15 ถ. หมื่นพร้าวต ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 53000	(053) 412126		
19	เชียงใหม่	คุณทรงพล จรรย์สืบลี	เครือข่ายหมอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ 15 ถ. หมื่นพร้าวต ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 53000	(053) 412126		

ลำดับ	จังหวัด	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทร.	โทรสาร	มือถือ-Pager
20	เชียงใหม่	นายกสมาคมผู้สื่อข่าวภาคเหนือ (คุณอินสม ปัญญาโสภา)	ถ.สามล้าน ต.พระสิงห์ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 277254-4	(053) 222584	
21	เชียงใหม่	ผศ.เกษสุตา จัตรอุทัย	บ้านพักคณะทันตแพทยศาสตร์ ถนนสาย 22	(053) 943921		
22	เชียงใหม่	ภก.นฤมิตร ภูษา	ร้านพีระมิตรเภสัช 8/34 ซ.ช้างเคียน ถ.ห้วย แก้ว อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 225543		
23	เชียงใหม่	ภก.คณิน ศิริวัฒนาพงศ์	ร้าน ช.เภสัชกร 154/15 ถ.ราชมรรคา ต. พระสิงห์ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 815043, 815015		01-9606623
24	เชียงใหม่	นพ.รังสฤษดิ์ กาญจนวนิชย์	ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50200	(053) 946712-3		
25	เชียงราย	ภญ.นิภาพร บุญศรารักษ์พงศ์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 1039 ถ.สถานพยาบาล อ.เมือง จ.เชียงราย 57000	(053) 756135	(053) 756135	
26	เชียงราย	คุณน้ำผึ้ง แปลงเรือน	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์เชียงราย (ACCESS) 293 ม. 2 ถ.หน้าค่าย ต.รอบเวียง อ.เมือง จ.เชียงราย 57000	(053) 716212	(053) 716212	
27	น่าน	ภก.นิคม ดีพอ	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลน่าน 1 ถ.วรวิชัย อ.เมือง จ.น่าน 55000	(054) 710138 ต่อ 3146	(054) 710138 ต่อ 3199	
28	น่าน	ภก.สมจิตต์ ใจวิถิ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน อ.เมือง จ. น่าน 55000	(054) 710383	(054) 710383	01-9600420
29	ลำปาง	ภก.ณัฐวุฒิ บำรุงศรี	ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลเถิน อ.เถิน จ. ลำปาง 52160	(054) 292016-7 291585, 292016		

ลำดับ	จังหวัด	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทร.	โทรสาร	มือถือ-Pager
30	ลำปาง	ภก.ไพรัช หรินวรรณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000	(054) 227527		
31	ลำปาง	คุณบุญเชิด วงศ์ชูศรี	77-81 ถ.บุญยาหารย์ ต.สวนดอก อ.เมือง จ.ลำปาง 52100	(054) 217124		
32	สุโขทัย	ภก.สมนึก สุขชัยธนาวิธ	ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลสวรรคโลก อ.สวรรคโลก จ.สุโขทัย 64110	(055) 641592, 641083		
33	อุตรดิตถ์	ภก.เกรียงศักดิ์ ไทวนิชย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ 53000	(055) 444228		
34	ตาก	ภก.พิทักษ์ พัทธ์วัชรพันธ์	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระ เจ้าตากสินมหาราช อ.เมือง จ.ตาก 63000	(055) 511024		
35	ตาก	ภก.สาคร ขาวขำ	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด อ.แม่สอด จ.ตาก 63110			
36	พะเยา	ภก.ฉลอง อัครชินโรส	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา อ.เมือง จ.พะเยา 56000	(054) 482264 431129		
37	พิษณุโลก	นพ.กำพล บุรืวารกุล	ร้านทองเยาวราช 128/9-11 ถ.เอกาทศรถ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000	(055) 258801		
38	เชียงใหม่	ภญ.รศ.พรทิพย์ เชื้อมโนชาญ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 944342-3	(053) 222741	คณะทำงาน
39	เชียงใหม่	ภญ.รศ.พาณี ศิริสะอาด	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 944342-3	(053) 222741	คณะทำงาน
40	เชียงใหม่	ภญ.รศ.สิริพร บุรพาเดชะ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	(053) 944342-3	(053) 222741	คณะทำงาน

ลำดับ	จังหวัด	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทร.	โทรสาร	มือถือ-Pager
41	เชียงใหม่	ภญ.อ.พัทธวีรภา สุวรรณพรหม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 944342-3	(053) 222741	คณะทำงาน
42	เชียงใหม่	ภก.อ.ยงยุทธ เรือนหา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 944342-3	(053) 222741	คณะทำงาน
43	เชียงใหม่	คุณชัญญา บุศยวงษ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 944342-3	(053) 222741	คณะทำงาน
44	กรุงเทพฯ	ภก.คทา บัณฑิตานุกูล	ร้านเรือนยา 44 ซ.อิสราภาพ 5 เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600	(02) 4371367	(02) 4389549	(02) 8956296 (PCT) คณะทำงาน
45	กรุงเทพฯ	ภญ.พัชราภรณ์ ปัญญาภูมิไกร	55/59 ม.9 ซ.32 ถ.พระราม 2 แขวง บางมด เขตจอมทอง กรุงเทพฯ 10150	(02) 8960000	(02) 8671495-6	01-6274848 คณะทำงาน
46	เชียงใหม่	คุณโสภณ แท่งเพชร	ศูนย์พัฒนาภาคเหนือ			
47	เชียงใหม่	คุณสุรพล ภูเอี่ยม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 944342-3	(053) 222741	คณะทำงาน
48	เชียงใหม่	คุณบัญชา อุ่นคำ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 944342-3	(053) 222741	คณะทำงาน
49	เชียงใหม่	คุณสมพร พวงประทุม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 944342-3	(053) 222741	คณะทำงาน
50	เชียงใหม่	คุณพัชรวิภา มหาสิงห์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	(053) 944342-3	(053) 222741	คณะทำงาน

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ระหว่างที่ 26-28 พฤษภาคม 2543 ณ.โรงแรมเจริญศรี แกรนด์ รอยัล จังหวัดอุดรธานี

ลำดับ	ชื่อ	หน่วยงาน
1	นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
2	คุณสุนทร มงคลอินทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
3	ภก.เชิดชัย อริยานุชิตกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
4	ภก.กฤษ ไซติการณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
5	ภก.วรวิมล เมฆเวียน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
6	คุณสมพันธ์ เตชะอธิก	สถาบันพัฒนาและวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (RDI)
7	ภญ.นิตินาถ เอื้อบัณฑิต	โรงพยาบาลน้ำพอง จ. ขอนแก่น
8	คุณกุลนรี หาญพัฒนชัยกุล	ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
9	อ.สิริภักดิ์ ลิทธิ์คงศักดิ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น
10	อ.อุ๋นใจ เครือสถิตย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น
11	อ.อรรณฎา สิงห์หันท	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น
12	อ.วิภาดา วัฒนนามกุล	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น
13	อ.วิบูลย์ วัฒนนามกุล	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
14	อ.ทิพาพร กาญจนราช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
15	อ.กรแก้ว จันทภาษา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
16	อ.อารีวรรณ เขียวชาญวัฒนา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
17	อ.รักษวร อาษานาม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
18	ผศ.ชาญชัย จารุภาชน	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
19	อ.วิริมา วงศ์พานิชย์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ลำดับ	ชื่อ	หน่วยงาน
20	รศ.วิวรรณ อัครวิเชียร	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
21	อ.แสง วัชรชนกิจ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
22	อ.สุนันทา โอศิริ	คณะเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
23	พ.ต.ต.ฉัตรชัย นันทมงคล	กองกำกับการวิทยาการเขต6
24	คุณประเสริฐ เอี่ยมสนิทอมร	สื่อมวลชน และทนายความ
25	ภก.พรชัย จันทสุริยวิษ	ร้านส่งเสริมฟาร์มาซี อุตรธานี
26	ภก. สมศักดิ์ ตรีทิพย์สถิตย์	ร้านสมศักดิ์เภสัช อุตรธานี
27	คุณสมศักดิ์ โพธิ์ศรี	ตัวแทน NGO จังหวัดมหาสารคาม
28	คุณเครือวัลย์ โพธิ์ศรี	ตัวแทน NGO จังหวัดมหาสารคาม
29	ภก.คทา บัณฑิตานุกูล	ตัวแทนสภาเภสัชกรรม , ผู้วิจัย
30	อ.เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ผู้วิจัย
31	อ.สุนทรี วัชรดำรงกุล	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ผู้วิจัย

รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมระหว่างวันที่ 2-4 มิถุนายน 2543 ณ โรงแรม บี.พี. สมิทลา จังหวัดสงขลา

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/เจ้าของกิจการ	สถานที่อยู่/หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์/โทรสาร
1.	คุณธนวัฒน์ บุรีภักดี	กลุ่มผู้บริหารโรคเข้มน้ำ	หจก.สมุทรสาร (โรงไม้คูซูด) 61/1 ม.3 สทิงพระ	074-397107,397120, 01-9575213 Fax.074-397106
2.	คุณประกอบ อุบลขาว	เจ้าของกิจการ	ร้านขายยาจะนะโฮสเทล ตลาด อ.จะนะ จ.สงขลา	074-379057
3.	รศ.ดร.ปิติ ทฤษฎีคุณ	ประธานสวรส.ภาคใต้	คณะเภสัชศาสตร์ มอ.	074-465076
4.	ภญ.กาญจนา ศรีคุณ	เภสัชกร	ร้านยามอ. คณะเภสัชศาสตร์	074-213058
5.	คุณศุภลักษณ์ เทพรัตน์	พยาบาล	OPD กระดูกและข้อ รพ.มอ.	074-465083
6.	ผศ.เนตรนภา คู่พันธ์วี	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ 7	ภาควิชาพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. หาดใหญ่ สงขลา 90112	074-213059 ต่อ 5611, 211030 ต่อ 2491 ,01-8973652 Fax. 212901
7.	นางศิริวิไล พุทธพันธุ์	ประภคกรมการ	ศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาล ศาสตร์ มอ.หาดใหญ่ สงขลา 90112	074-213059 ต่อ 5712 Fax. 074 -212901
8.	นางสมศรี กฤษณะพันธุ์	หัวหน้าฝ่ายนาฏศิลป์	ศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาล ศาสตร์ มอ.หาดใหญ่ สงขลา 90112	074-213059 ต่อ 5712 Fax. 074 -212901
9.	คุณเฉลิมชัย ศศิธร	เลขานุการนุการชมรมร้านขาย ยา	ชมรมร้านยาจังหวัดสงขลา อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90120 หรือ ศศิธรโฮสเทล 1 2 ถ.วิฑูรย์อุทิศ อ.สะเดา จ.สงขลา 90120	074-411146 Fax/โทร. 074-460048
10.	คุณวราภรณ์ ชวพงษ์	ประชาสัมพันธ์	ประชาสัมพันธ์ มอ.	074-218400
11.	อ.อรรถพล ศรีเลิศล้ำาณิษ	ภ.บริหารเภสัชกิจ	คณะเภสัชศาสตร์ มอ.	074-428167, Fax.074-428167
12.	คุณสุรินทร์ เหมนุกุล	กรรมการอิสลามประจำจังหวัด สงขลา	412/5 ซอย 43 เพชรเกษม ม.1 ต.ควนลัง หาดใหญ่	074-245246, 239854

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/เจ้าของกิจการ	สถานที่อยู่/หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์/โทรสาร
13.	ภก.ฐาปกร มุ่งมิตร	เภสัชกร	สสจ.ยะลา	073-211726
14.	ภญ.กัญญา ตั้งเกียรติกำจาย	เภสัชกร รพ.	รพ.มอ.	074-409900 ต่อ 1306
15.	ทญ.มะลิวัลย์ สุวรรณเจริญ	ทันตแพทย์	รพ.นาโยง จ.ตรัง 92170	075-242425-6, 299099
16.	ภญ.นาถชนก สุวรรณโณ	เภสัชกร	รพ.นาโยง จ.ตรัง 92170	01-3105220
17.	ภก.อนุภาพ รุ่งเรืองระยับ	เภสัชกร	รพ.บางแก้ว อ.บางแก้ว จ.พัทลุง 93140	074-697381-3
18.	ภก.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต	เภสัชกร	คณะเภสัชศาสตร์ มอ.	074-321630
19.	นพ.วิรัตน์ อนันต์วรณิชย์	ประธานชมรมร้านขายยาแห่งประเทศไทย, แพทย์	สงขลาการแพทย์ 133 ถ.วิเชียรชม อ.เมือง จ.สงขลา 90000	074-321630, 01-4781978 Fax. 074-324623
20.	ภญ.ปราณี วัฒนาศรีโรจน์	เภสัชกร	มุมเภสัช 46/2 ถ.มะกรูด อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000	073-334869
21.	คุณก้อสิทธิ สมิติ	ตัวแทน	ศูนย์นัดแนะไทย 26 ม.3 ต.นาพละ อ.เมือง จ.ตรัง	074-446342
22.	พญ.รัตนา จิรกาลวิศิษฐ์	นายแพทย์ 8	รพ.หาดใหญ่	074-230800-4 ต่อ 1921
23.	ภญ.ชูศรี รัตแก้ว	เภสัชกร	รพ.สทิงพระ	074-397112
24.	ภก.ดร.ภาคภูมิ พาณิชยูปการ นันท์	อาจารย์	คณะเภสัชศาสตร์ มอ.	074-428220
25.	นายชบ ยอดแก้ว	ปราชญ์ชาวบ้าน	กนส. 38 ม 3 ต.น้ำยัก อ.จะนะ จ.สงขลา	074-371103
26.	อ.สุนทรี วัชรดำรงกุล	อาจารย์	คณะเภสัชศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	02-2188386-90
27.	ภญ.อักษร จันทรมณีโชติ	เภสัชกร 4	กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.มอ	074-447446
28.	ภญ.เนงนิตย์ จงจิระศิริ	เภสัชกร	สสจ.ปัตตานี	073-336225 Fax. 073-336027
29.	ภญ.พัชราภรณ์ ปัญญาภูมิไกร	เภสัชกร	คณะเภสัชศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	02-8960000 Fax. 02-8671495-6

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/เจ้าของกิจการ	สถานที่อยู่/หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์/โทรสาร
30.	น.ส.กมลทิพย์ อินทะโณ	อาสาสมัคร มอส. โครงการ บริโภคเพื่อชีวิตสงขลา	132/2 ซ.10 ราษฎร์อุทิศ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	074-239594 1188-8117800
31.	คุณสุชาติ ศิริคุณ	เจ้าของร้านนิวฟันฟันพาร์มาซี	86 นิพัทธ์อุทิศ 1 อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	074-238441, 01-8963863
32.	คุณจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง	พยาบาล	หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง รพ. มอ	074-429623, 212070-9 ต่อ 415- 1416
33.	ภก.ประสาน สมนวน	ประธานสภา อบต.	อ.นาหม่อม	074-433249 01-6086252
34.	ภก.สถาพร หังสพฤกษ์	เภสัชกร	รพ.สงขลา	074-447446 01-9690281
35.	ภก.สมชาย ลีรวาณิชชัย	เภสัชกร	รพ.สมเด็จพระบรมราชินีนาถ	074-371016 074-371333 ต่อ 108
36.	ภญ.จุไร สกุลเพือก	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้ บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	สสจ. ภูเก็ต	076-212297 211330 ต่อ 303,304
37.	อ.ขวัญตา ณ. ถलग	อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มอ.	ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก	074-428222
38.	ภก.นันทวุฒิ จันทร์เจริญ	เภสัชกร	รพ.สงขลา	074-447446 ต่อ 1502
39.	นางสาวพิกุลรัตน์ วงศ์พาณิชย์	พยาบาล	รพ.มอ.	074-212070 ต่อ 1265
40.	ผศ.ดร.ไพยม วงศ์วรวัักษ์	อาจารย์	คณะเภสัชศาสตร์ มอ.	074-428216
41.	คุณสุวัฒน์ เวชชาภินันท์	ร้านขายยา	ภินันท์เภสัช	243719
42.	คุณณัฐวรรณ อิศระทะ	อาสาสมัคร มอส./ประสานงาน มูลนิธิรักบ้านเกิดภาคใต้	132/2 ซ.10 ราษฎร์อุทิศ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	074-239594 1188-8117800

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/เจ้าของกิจการ	สถานที่อยู่/หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์/โทรสาร
43.	ภญ.จินดา หวังวรรณค์	เภสัชกร	สสจ.นราธิวาส	073-516170
44.	นพ.ชัชวาล ก่อสกุล	นายแพทย์	รพ.หาดใหญ่	074- 231031
45.	ภญ.รอซ๊ะ โอะหัง	เภสัชกร	รพ.จะนะ อ.จะนะ จ.สงขลา	074-378345-6,Fax. 379190
46.	ผศ.วิบูล วงศ์ภูวรักษ์	อาจารย์	คณะเภสัชศาสตร์มอ.	074-428148
47.	อ.ศิริพา อุดมอักษร	อาจารย์	ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ	074-428167
48.	อ.กรกมล รุกขพันธ์	อาจารย์	ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ	074-428167
49.	คุณเอกชัย อิศระ ekkachai@htyai.inet.co.th	ผู้ประสานงานโครงการบริโภคเพื่อชีวิตสงขลา	132/2 ซอย 10 ถ.ราษฎร์อุทิศ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110	074-239594 Fax. 074-230292, 230685
50.	นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร	นายแพทย์	90/11-3 หมู่ 10 ต.ท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก	055-232930
51.	นายชวน วโรตมกุล	เจ้าของร้านยา	ร้านชวนฟาร์มาซี จ.สงขลา	
52.	อ.ณรงค์ศักดิ์ สิงห์ไพบูลย์พร	อาจารย์	คณะเภสัชศาสตร์ มอ	
53.	นางอาภา ศรีสุข	เจ้าหน้าที่	ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ	(074) 428167
54.	นางสาวศิริพรรณ วุ่นกลิ่นหอม	เจ้าหน้าที่	ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ	(074) 428167
55.	นายชลิตย์ งามมี	เจ้าหน้าที่	ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ	(074) 428167
56.	นายพนม นิลโกสัย	เจ้าหน้าที่	ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ	(074) 428167
57.	นางนงเยาว์ หนูช่วย	เจ้าหน้าที่	ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ	(074) 428167
58.	นางสาวนุสรา สุวรรณมณี	เจ้าหน้าที่	ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ	(074) 428167
59.	นางสาวนฤมล คูนิอาจ	เจ้าหน้าที่	ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ	(074) 428167

รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมระหว่างวันที่ 6-8 กรกฎาคม 2543 ณ โรงแรมพาวีเลียน ริมนคร รีสอร์ท จังหวัดกาญจนบุรี (รวม 4 ภาค)

ลำดับ	ประชาคม	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ
1.	Modulator	นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร idi2000@ksc.th.com	สถาบันพัฒนาสิ่งแวดล้อมอินโดจีน 96/1-2 หมู่ 10 ต.ท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000	055-282930, 261843	055-216430	8873362
2.	วิทยากร	นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ชั้น 5 อาคาร 3 ตึกกรม สุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	5901119	5901193	9891275, 8138867
3.	สวรส	คุณเพ็ญศรี สงวนสิงห์ pensri@hsrint.hsri.or.th	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ชั้น 5 อาคาร 3 ตึกกรม สุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	9511286-94 ต่อ 127	9511295	8023650 ,9218238
4.	ภาคกลาง	คุณอุษา	ผู้สังเกตการณ์จากสวรส.			8068846
5.	Facilitator	ภก.คทา บัณฑิตานุกูล waratbun@hotmail.com , wigul@health.moph.go.th	ร้านเรือนยา 44 ซ.อิสรภาพ 5 เขตคลองสาน กทม.10600	4371367	4389549	8956296 (PCT)
6.	Facilitator	ภญ.พัชรภรณ์ ปัญญาภูมิไกร pommepan@loxinfo.co.th	55/59 ม.9 ซ.32 ถ.พระราม 2 แขวงบางมด เขต จอมทอง กทม.10150	8960000	8671495-6	6274848
7.	Facilitator	ผศ.ดร.เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข pyppn@mahidol.ac.th	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.ศรีอยุธยา เขตราชเทวี กทม.10400	2460045, 6448677- 91 ต่อ 1308,3214974 (บ)	2474696	
8.	Facilitator	ผศ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ crungpet@chula.ac.th	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม.10330	2188386-90	2188391	
9.	Facilitator	อ.สุนทรี วัชรดำรงกุล wsuntare@chula.ac.th	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม.10330	2188386-90	2188391	

ลำดับ	ประชาคม	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ
10.	อาจารย์	รศ.ดร.พรเพ็ญ เปรมโยธิน ppompen@chula.ac.th	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม.10330	2188281, 2188266		
11.	อย	ภก.ชาญชัย เอื้อชัยกุล chanchai@fda.moph.go.th	กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	5907250	5918480	8361559
12.	สื่อมวลชน	คุณพัชรี ชัยมโนปกรณ์	21/73 Royal city avenue ซ.ศูนย์วิจัย บางขวาง ห้วย ขวาง กทม.10320		2030395	
13.	ร้านยา	ภญ.กาญจนา กิตติภัสสร	ร้านฟาร์มาซีแอนด์แคร์ 45/528 หมู่บ้านสุดจิตต์นิเวศน์ ถ.พระราม2 แขวงสามเมีnyi เขตบางขุนเทียน กทม.10150	6736248	6412915 (โน้ตแจ้ง ภก.กิตติ)	9198368
14.	อาจารย์	ดร.สาธิต พุทธิพิพัฒน์ขจร pyspt@mahidol.ac.th	ภาควิชาเภสัชอุตสาหกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.ศรีอยุธยา เขตราชเทวี กทม 10400	2460045, 6448677- 91, 6448702	2474696, 6448702	
15.	อาจารย์	ดร.ปรีชา มณฑาทิกุล pypmt@mucc.mahidol.ac.th	หน่วยเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัช ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.ศรีอยุธยา เขตราชเทวี กทม 10400	2460045, 6448677- 91, 6448694 ต่อ 1301	2474696	8072365
16.	สถาบันประกัน ชีวิต	รศ.นพ.นิพัทธ์ พิรเวช nipit@mozart.inet.co.th	ผู้อำนวยการฝ่ายการประกันสุขภาพ บมจ.ประกันชีวิต ศรีอยุธยา CMG ชั้น 16 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ 898 ถ.เพลินจิต กทม.10330	2630841	2630314	8233324
17.	Facilitator	ผศ.ระพีพรรณ ฉลองสุข rapee@su.ac.th	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระ ราชวังสนามจันทร์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000	034-253840-4 ต่อ 2318,2311, 4126119 (บ)	034-255801	

ลำดับ	ประชาคม	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ
18.	อาจารย์	ผศ.ดร.วันชัย สุทธะนันท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ ต.พระปฐมเจดีย์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000	034-250939, 255800, 218770	034-250940, 255801	
19.	อาจารย์	ภก.ดร.ไกรสร ชัยโรจน์กาญจนา kraisorn@pharm2.pharm.su.ac.th	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000	034-253840-4 ต่อ 2318, 2311 034- 323475(บ)	034-255801 034-324101(บ)	
20.	อาจารย์	ภก.วิจิต เปาณิล paonil@hotmail.com	156/103 หมู่ 6 ต.บางกรวย อ.บางกรวย จ.นนทบุรี 11130	4472434} 4466165		1188-7114878
21.	สสจ	ภก.สมชาติ เจริญวิลาสพงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ถ.ศรีสุริยวงศ์ อ.เมือง จ.ราชบุรี 70000	032-326268-71	032-325225	
22.	รพช	ภญ.ศิริพร จิตรประสิทธิ์ศิริ jitsiri@health2.moph.go.th	ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลสนามชัยเขต อ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา 24160	038-597080, 597048, 597128-30 ต่อ 111	038-597129 ต่อ 102, 103	3180432
23.	รพช	ภก.วรารุณ เสริมสินศิริ	212/118 ถ.พัฒนาการ ประเวศ กทม	7221954, 4665320		1188-6602573
24.	ร้านยา	คุณทองสุข เหลืองเวชการ ประธานชมรมร้านยาเขต 7	บริษัทเหลือเวชภัณฑ์ จำกัด 58-60 ม.6 ถ.ท้าวอุทอง ต.อุทอง อ.อุทอง จ.สุพรรณบุรี 72160	035-551177	035-551732	
25.	ร้านยา	ภญ.รัชนิกร เหลืองเวชการ piaw55@hotmail.com	บริษัทเหลือเวชภัณฑ์ จำกัด 58-60 ม.6 ถ.ท้าวอุทอง ต.อุทอง อ.อุทอง จ.สุพรรณบุรี 72160	035-551177	035-551732	
26.	นักรายภาพ บำบัด	คุณศุภรัตน์ มาสภัทร์	โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา อ.เมือง จ.กาญจนบุรี	034-511460	034-511368	9814534

ลำดับ	ประเภท	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ
27.	อาจารย์	อ.อินทรี กาญจนพิบูลย์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000	(บ) 8827596, 4242454		
28.	รพช	ภญ.ฉวีวรรณ ม่วงน้อย	โรงพยาบาลอุ้มอ.อุ้มอ. จ.สุพรรณบุรี 72000	035-551422 ต่อ 109	035-551432, 551422	2934527
29.	คคป	คุณสุธรรม จันทร์อ่อน	ต.ทุ่งขวาง อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม 73140	034-204470	034-204470	
30.	เจ้าหน้าที่	คุณแก้วตา เหล่าสันติสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ ต.พระปฐมเจดีย์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000			
31.	เจ้าหน้าที่	คุณยุคลพร วารินทร์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ ต.พระปฐมเจดีย์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000			
32.	เจ้าหน้าที่	คุณสุรพงษ์ สุขหนองขำ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ ต.พระปฐมเจดีย์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000			
33.	Facilitator	รศ.พรทิพย์ เชื้อมโนชาญ pmpti010@chiangmai.ac.th	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50002	053-944307, 944304,215451(บ)	053-222741	
34.	อาจารย์	รศ.ดร.จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50002	053-222955	053-222741	
35.	แพทย์แผนไทย	คุณอนก คิริโหราชัย	ศูนย์ประสานงานการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลประสาท ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	053-222285 ต่อ 215		3228464

ลำดับ	ประชาคม	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ
36.	แพทย์แผนไทย	คุณอนันต์ เสรวมัญญ	เครือข่ายหมอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ 15 ถ.หมื่นพราวด ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 53000	053-412126		
37.	รพ.เอกชน	ภญ.มาลี เกาะสุวรรณ	งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลแมคคอร์มิค 133 ถ.แก้วนรรัฐ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50000	053-241311	053-241177	
38.	ภชช	ภก.นฤมิตร ภูเขา	ร้านพีระมิตรเภสัช 8/34 ซ.ช้างเคียน ถ.ห้วยแก้ว อ. เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	053-225543		
39.	อาจารย์	รศ.พาณี ศิริสะอาด	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ อ. เมือง จ.เชียงใหม่ 50200	053-944342-3	053-222741	
40.	สสจ	ภก.คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนัก งานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ อ.เมือง จ. นครสวรรค์ 60000	056-232001-6 ต่อ 141, 142	056-225212	9920663
41.	รพศ	ภญ.นิภาพร บุญศรารักษ์พงศ์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 1039 ถ.สถาน พยาบาล อ.เมือง จ.เชียงราย 57000	053-711300		
42.	สสจ	ภญ.ผ่องพรรณ สุเมธวานิชย์	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนัก งานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000	054-227528, 323533	054-227524, 323533	
43.	รพช	ภก.ณัฐวุฒิ บำรุงศรี	ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลเถิน อ.เถิน จ.ลำปาง 52160	054-292016-7, 291585, 292016		
44.	แพทย์	รศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย supasitp@nu.ac.th	ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะ แพทยศาสตร์ รพ.พุทธชินราช มหาวิทยาลัยนเรศวร จ. พิษณุโลก 65000	055-261000 ต่อ 4666	055-261198	4574088

ลำดับ	ประชาคม	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ
45.	คคป	ภญ.รุ่งกานต์ พรรณารุโณทัย	ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก 65000	055-261000 ต่อ 4666	055-261000 ต่อ 4666	
46.	Facilitator	อ.ทิพาพร กาญจนราช otipkan@kku1.kku.ac.th	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002	043-362090	043-241243	152-524482
47.	อาจารย์	รศ.ดร.สุมนต์ สกลไชย sumon@kku.ac.th	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002	043-236907 ต่อ 473	043-241243	152-525055
48.	อาจารย์	อ.กรแก้ว จันทภาษา korcha@kku1.kku.ac.th	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002	043-362090	043-241243	9858415
49.	กรมวิทยา ศาสตร์การ แพทย์	ภก.วรวิทย์ กิตติวงศ์สุนทร worawit@dmsh.moph.go.th	ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เขต 7 อุบลราชธานี ถ.คลังอาวุธ ต.ขามใหญ่ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000	045-312230-3	045-312230-3 ต่อ 104	01-6008423, 152-439789
50.	รพช	ภญ.นิธินาถ เอื้อบัณฑิต	โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	043-441011-2		
51.	สสจ	ภก.เชิดชัย อริยานุชิตกุล cherdchaia@hotmail.com	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	043-221125		
52.	ทนายความ,สื่อ มวลชน	คุณประเสริฐ เอี่ยมสนธิทอมร	ร้านซินตง อ.เมือง จ.ขอนแก่น	043-221154, 225531		
53.	อาจารย์	อ.แสวง วัชรธนกิจ sawaeng.w@ubu.ac.th	ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ถ.สถลมารค ต.ศรีโค อ.วารินชำราบ 34190	045-288400-9, 288382-3 ต่อ 6009 หรือห้อง 309	045-288384	1188-4414997
54.	NGOs	คุณเครือวัลย์ โพธิ์ศรี	173/2 หมู่ 14 ต.ศิลา อ.เมือง จ.ขอนแก่น	043-342745	043-342745	

ลำดับ	ประชาคม	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ
55.	คคป	คุณสุจิตา มิตราวงศ์	82 หมู่ 4 ต.เชียงคำ อ.เมือง จ.ยโสธร 35000	045-712033	045-720959	9260425
56.	ชาวบ้าน	คุณทองม้วน โลกาวิ	101 ต.เพ็กใหญ่ อ.พล จ.ขอนแก่น			
57.	ชาวบ้าน	คุณสุริยกร	5 ต.เพ็กใหญ่ อ.พล จ.ขอนแก่น			
58.	Facilitator	อ.อรรถพล ศรีเลิศล้ำวานิช sattapon@ratree.psu.ac.th	ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ตู้ปณ.7 ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา 90110	074-428167	074-428167	8968601
59.	ร้านยา	คุณประกอบ อุบลขาว	ร้านขายยาจะนะโฮสเทล ตลาดอำเภอจะนะ จ.สงขลา	074-379057		
60.	ร้านยา	คุณเฉลิมชัย ศศิธร เลขานุการชมรมร้านขายยา	ชมรมร้านยาจังหวัดสงขลา อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90120 หรือ ศศิธรโฮสเทล 12 ถ.วิบูลย์อุทิศ อ.สะเดา จ. สงขลา 90120	074-411146	074-460048	
61.	คคป	คุณสุรินทร์ เหมนุกุล กรรมการอิสลามประจำจ.สงขลา	412/5 ซอย 43 เพชรเกษม ม.1 ต.ควนลัง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	074-245246, 239854		
62.	แพทย์	นพ.วีรพัฒน์ เกาธรรมทรศน์	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา หรือ 86 ถ.มนตรี 2 อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	074-230800-4		
63.	อาจารย์	ผศ.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ spongthe@ratree.psu.ac.th	ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ตู้ปณ.7 ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา 90110	074-428167	074-428167	9694661

ภาคผนวก ค

รายงานการประชุม

โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเกษตรกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

ภาคกลาง ภาคตะวันออกและภาคตะวันตก

	หน้า
รายชื่อคณะทำงาน	82
กำหนดการประชุม.....	83
บทนำ	84
กิจกรรมวันที่ 1	
ก. กิจกรรมละลายพฤติกรรม	88
ข. ผลที่ได้จากการทำกิจกรรมในวันที่ 1	89
ค. สิ่งที่ต้องเตรียมเขียนไว้ใน Flip chart	90
กิจกรรมวันที่ 2	
ก. กิจกรรมต่างๆ	91
ข. ผลที่ได้จากการทำกิจกรรมในวันที่ 2	96
ค. สิ่งที่ต้องเตรียมเขียนไว้ใน Flip chart	106
กิจกรรมวันที่ 3	
ก. กิจกรรมต่างๆ	108
ข. ผลที่ได้จากการทำกิจกรรมในวันที่ 3	109
ค. สิ่งที่ต้องเตรียมเขียนไว้ใน Flip chart	115
สรุปรายละเอียดรูปภาพ	117

รายชื่อคณะกรรมการ

ชื่อ-สกุล	สถานที่ทำงาน	
1. เกียรติกรคทา บัณฑิตานุกูล	ร้านเรือนยา กรุงเทพมหานคร	ประธานคณะกรรมการ
2. ผศ.ดร.เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะกรรมการ
3. เกียรติกรหญิง พัทธราภรณ์ ปัญญาภูมิไกร	55/59 ถ.พระราม 2 กรุงเทพมหานคร 10150	คณะกรรมการ
4. ผศ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะกรรมการ
5. ผศ. ระพีพรรณ ฉลองสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	คณะกรรมการ
6. รศ. พรทิพย์ เชื้อมโนชาญ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	คณะกรรมการ
7. คุณชัยญา บุคยวงษ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	คณะกรรมการ
8. อาจารย์ อรรถพล ศรีเลิศล้ำาณิช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการ
9. อาจารย์ กรกมล รุกขพันธ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการ
10. อาจารย์ ทิพาพร กาญจนราช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการ
11. อาจารย์ กรแก้ว จันทภาษา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการ
12. อาจารย์ สุนทรี วัชรดำรงกุล	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะกรรมการและเลขานุการ
13. คุณวราภรณ์ นิ่มนวล	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะกรรมการและเลขานุการ

กำหนดการ

“โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ”

ระหว่างวันที่ 28-30 เมษายน 2543 ณ บ้านผู้หว่าน อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

วันศุกร์ที่ 28 เมษายน 2543

15.30-17.00 น. รถออกเดินทางจากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงบ้านผู้หว่าน จังหวัดนครปฐม

17.00-18.00 น. ลงทะเบียนและเข้าห้องพัก

19.00-21.30 น. รับประทานอาหารเย็น

ผู้เข้าร่วมการประชุมแนะนำตัวและร่วมกิจกรรมกลุ่ม

21.30 น. พักผ่อนตามอัธยาศัย

วันเสาร์ที่ 29 เมษายน 2543

07.00-08.30 น. รับประทานอาหารเช้า

08.30-12.00 น. สันทนาการกลุ่มในประเด็น “การวิเคราะห์ผลกระทบของยุคโลกาภิวัตน์ การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและวิกฤตเศรษฐกิจ ต่อสังคมไทยและระบบสุขภาพในระยะยาว”

12.00-13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน

13.00-18.00 น. สันทนาการกลุ่มในประเด็น “เป้าหมายของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ควรเป็นอย่างไร” และ “นวัตกรรมใหม่เพื่อระบบสุขภาพและหลักประกันทางสุขภาพของคนไทยควรมีอะไรบ้าง และประชาชนจะมีส่วนร่วมในการสร้างและตรวจสอบได้อย่างไร”

18.00-19.00 น. รับประทานอาหารเย็น

19.00-21.00 น. กิจกรรมกลุ่มย่อย

วันอาทิตย์ที่ 30 เมษายน 2543

07.00-08.30 น. รับประทานอาหารเช้า

08.30-12.00 น. สันทนาการกลุ่มในประเด็น “บทบาทของเภสัชกร การพัฒนาศักยภาพของเภสัชกรและระบบงานที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพและหลักประกันทางสุขภาพที่พึงประสงค์ และจะสร้างความตื่นตัวของเภสัชกรในการมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพได้อย่างไร” และ “ระบบยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพควรจะปฏิรูปอย่างไรเพื่อให้สังคมไทยสามารถพึ่งตนเองได้ และมีการใช้ยาอย่างเหมาะสม”

12.00-13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน

13.00-15.00 น. สันทนาการกลุ่มในประเด็น “เภสัชกรและบุคลากรในระบบสาธารณสุขจะมีส่วนร่วมในการปฏิรูปและสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างไร”

15.00-17.00 น. สรุปภาพรวมผลการสันทนาการกลุ่ม และปิดการประชุม

17.30 น. รถออกเดินทางจากบ้านผู้หว่าน จ.นครปฐม กลับคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดยสวัสดิภาพ

หมายเหตุ: อาหารว่างบริการในระหว่างการประชุม

บทนำ

กระบวนการหลัก ๆ คือ “Future Search Conference” (FSC)

เป็นการเรียนรู้ร่วมกันตลอดเวลา โดยการสังเคราะห์เชื่อมโยง → วิสัยทัศน์ → Paradigm ใหม่
เทคนิคที่ใช้

- Time Line
- Mind Map
- การทอดความคิด
- การใช้ Key Word และภาพสัญลักษณ์
- การเป็น Facilitator
- โฉวผลงานทุกชิ้น
- Tree Analysis “ต้นไม้ปัญหา”
- แต้มคะแนน

ผู้เข้าร่วม

1. คุณสมบัติ: - เป็นผู้นำความคิดในแต่ละ Stakeholders โดยมีสัดส่วนของ pharmacist ต่อ non pharmacist = 60-70%: 30-40%
2. จำนวนทั้งหมด 30-40 คน โดยสามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 5-6 กลุ่มๆละ 6-8 คน
3. สัดส่วนของ Stakeholders

เภสัชกรโรงพยาบาล 3-5	เภสัชกรชุมชน 3-5	เภสัชกรอื่นๆ เช่น สสจ. 2-3
เภสัชกรชนบท 3-5	การศึกษา 3-5	แพทย์-พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ 3-5
ชมรมร้านขายยา 3	NGO, ผู้นำสังคม 3-5	ผู้ป่วย 3
สื่อมวลชน 1-3		

คุณสมบัติของผู้เข้าร่วม (Participant)

1. เป็นผู้นำทางความคิดของกลุ่มวิชาชีพนั้น ๆ (Opinion Leader) (อาจเป็นผู้ที่อยู่ในระดับหัวหน้า เนื่องจากผู้ที่เป็นหัวหน้าย่อมเป็นบุคคลที่เคยผ่านงานในระดับสูงมาก่อน หรือเป็นผู้ที่มีบทบาทในกลุ่มของตน)
2. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด ไม่หายไประหว่างการประชุม หรือกลับก่อน (เนื่องจากจะไม่สามารถพัฒนาวิสัยทัศน์ของบุคคลเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ)
3. กล้าคิด กล้าพูดแสดงความคิดเห็น
4. ถ้าเป็น Non pharmacist ควรจะมีปฏิสัมพันธ์กับเภสัชกรมาบ้าง และพร้อมที่จะร่วมคิด แสดงความคิดเห็นเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและสามารถผ่อนระบบเภสัชกรรมในระบบสุขภาพ (ถ้าเป็นไปได้) ระบบเภสัชกรรม (อาจต้องชี้แจงให้เห็นถึงความสำคัญที่เขาจะมีส่วนร่วม ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อตัวเขา ครอบครัว สังคม และประเทศ)

คุณสมบัติของ Facilitator

1. Communication skill
2. Conceptual skill
3. Active listening (ฟังแล้วต้องจับประเด็นให้ได้)
4. Enquiring thinking มีทักษะในการตั้งคำถาม (ถามเป็น) สนใจใ้รู้ (อยากรู้)
5. ความเข้าใจในจิตวิทยากลุ่ม – เป็นกลาง,สามารถจัดการเก็บ Negative environment
6. ใช้ Whole-Body Language เช่น การแต่งกายตามสบาย

สิ่งที่ Facilitator จะได้จากการเรียนรู้

1. Self-experience
 2. Conceptualize —————> process, Technique
 3. Skill (conduct) มีการฝึกทำและศึกษาต่อยอดต่อไป
- } จะได้จากการฝึกทำในครั้งที่ 1

การเตรียมสถานที่

- เป็นห้องใหญ่โล่ง จุประมาณ 50-60 คน มีข้างฝาติดกระดานได้
- จัดห้องให้มีแต่เก้าอี้ (พร้อมที่จะแบ่งเป็นกลุ่มย่อยๆ) หรือจัดมี (นั่งเลื้อย) ให้เหมาะสมบรรยากาศในชุมชน
- ใช้ Flip Chart 10 อัน (สำหรับส่วนกลาง 5 อัน และกลุ่มย่อยกลุ่มละ 1 อัน)

อุปกรณ์ที่ใช้

- 1) VDO “ทุกข์ของคนไทย”
- 2) เทปเพลง
- 3) กระดาษสำหรับ Flip Chart 400 แผ่น
- 4) ปากกาเขียนบน Flip Chart (Marker ตราม้า) แดง, เขียว, ดำ, น้ำเงิน อย่างละ 5 กล่อง
- 5) กระดาษขาว 12 ม้วน
- 6) หมุดหัวสี 1 กล่อง
- 7) กระดาษเปล่า A4 ตัด 4 (สำหรับทดความคิด)
- 8) สมุด-ปากกา สำหรับผู้เข้าร่วมสัมมนา
- 9) สติกเกอร์ 2-3 สี
- 10) กระดาษสี A4 (10 แผ่น)
- 11) ที่เย็บกระดาษ
- 12) กรรไกร
- 13) คัตเตอร์
- 14) ดินสอ 3 แท่ง
- 15) แผ่นดิสก์
- 16) เทปเปล่า

- 17) Walkman
- 18) คอมพิวเตอร์ และพริ้นเตอร์
- 19) วิทยุ
- 20) เครื่องฉายวีดีโอ
- 21) มือ Lecture
- 22) กล้องถ่ายรูปซูมได้

เทคนิค Time Line

1. ให้แต่ละคนเขียนประเด็นตามโจทย์โดยเกี่ยวข้องกับ อดีต-ปัจจุบัน-แนวโน้ม ลงในกระดาษทดความคิด
2. ให้ทุกคนนำความคิดของตนไปเขียนบน Flip Chart บนข้างฝา ให้ตรงตามหัวข้อและช่วงเวลา (Time Frame 40 ปี เริ่มจาก 2510 → 2520 → 2530 → 2540
3. ให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์และสรุปประเด็นที่เชื่อมโยงตามที่มอบหมาย
4. เชื่อมโยงประเด็นที่ได้จากการนำเสนอของทุกกลุ่มให้เป็นภาพรวม โดยใช้เทคนิค Mind-mapping

เทคนิค Mind Map

- การสังเคราะห์และกลั่นประเด็น โดยใช้ Key Word การใช้ปากกาหัวตัด
- การใช้สีมากกว่า 3 สี
- การใช้เส้น เพื่อเชื่อมโยงและแตกแขนง
- การใช้ภาพสัญลักษณ์ โดยเขียนลงตรงกลางแผ่นกระดาษ Flip Chart ที่ต่อกัน อย่างน้อย 6 แผ่น ติดข้างฝา

กระบวนการสัมมนา

ใช้กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม Future Search Conference (F.S.C.) โดยมี Facilitator เป็นผู้นำกระบวนการ

บทบาทของผู้ร่วมสัมมนา

- ร่วมให้ข้อมูล ประสพการณ์ แก่ผู้อื่น
- ร่วมรับฟังข้อมูล ประสพการณ์ของผู้อื่น
- ร่วมทำงานในกลุ่มตามลำดับขั้นตอนที่ Facilitator มอบหมาย
- ร่วมบริหารเวลาตามที่กำหนด
- ร่วมค้นหาประเด็นความเห็นร่วมของกลุ่ม เพื่อทำงานให้สำเร็จ
- ร่วมกำหนดอนาคตที่พึงปรารถนา สอดคล้องสถานการณ์และแนวทางสู่วิสัยทัศน์

บทบาทของวิทยากร

- มอบหมายกิจกรรมให้กลุ่มช่วยวิเคราะห์ สังเคราะห์
- นำให้เกิดการอภิปราย ถกเถียง สะท้อนการมีส่วนร่วมของทุกคนอย่างสร้างสรรค์
- รักษากติกาและเวลา
- ช่วยสรุปประเด็นสำคัญร่วมกับสมาชิก
- นำให้เกิดเสียงเงิบระยะสั้นในบางขั้นตอน

เป้าหมาย

วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชกรรมและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพไทยโดยร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

จุดประสงค์

- วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทยและวิชาชีพ
- ปรับเปลี่ยนกรอบวิธีคิด (Paradigm) ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและแนวโน้ม
- สังเคราะห์วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพใหม่วิชาชีพเภสัชกรรม และแนวทางการพัฒนา

กติกา

- ทุกความเห็น ความคิด ข้อมูล และประสบการณ์ มีคุณค่าต่อการรับรู้ เข้าใจ เรียนรู้ร่วมกัน
- ไม่มีการโต้เถียง ปะทะด้วยวาจา สมาชิกจะร่วมกันพิจารณาเหตุผล กำหนดเป็นความเห็นของกลุ่มต่อไป
- ทำงานในกลุ่มและนำเสนองานตามเวลาที่กำหนด
- ทำงานตามความเห็นพ้องของกลุ่ม
- ไม่ทำงานนอกประเด็นที่วิทยากรมอบหมาย
- ร่วมกิจกรรมต่อเนื่องตลอดเวลา

กิจกรรมวันที่ 1

ก. กิจกรรมละลายพฤติกรรม (Icebreaking)

กิจกรรมที่ 1

1. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมแต่ละคนหลับตานิ่งเงียบๆ (2 นาที) และคิดว่าตนเองมีความคาดหวังอย่างไรในการมาครั้งนี้ หลังจากได้ตอบรับการเข้าร่วมการประชุมแล้ว หลังจากนั้นให้แต่ละคนเขียนความคาดหวังของตนเองลงในกระดาษทดความคิด
2. วิทยากรจะอ่านสิ่งที่สมาชิกทุกคนร่วมกันเขียนให้กับทุกคนได้ฟัง (ที่ซ้ำ ไม่อ่าน)

กิจกรรมที่ 2

1. ให้สมาชิกแบ่งกลุ่ม 5 หรือ 6 โดยการนับ (แต่ถ้าคณะผู้ทำงานจัดเตรียมกลุ่มคนที่สามารถละกันทุกวงการทำงานได้ ตั้งแต่ต้น ก็อาจจะใช้วิธีการนั้น)
2. ให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มแนะนำตัวและ Background เท่าที่จะบอกได้ (15 นาที)
 - สมาชิกอื่นในกลุ่มถ้ามีข้อสงสัยอาจสอบถามได้
 - ให้ทุกคนร่วมกันสรุปว่าสมาชิกในกลุ่มเป็นใคร (ให้เวลานำเสนอ กลุ่มละ 2-3 นาที) มาจากวงการใดบ้าง
 - หาผู้นำเสนอ 1 ท่าน

กิจกรรมที่ 3

1. ให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มพูดเรื่องราวของตัวเอง 2-3 นาที ให้ในกลุ่มย่อยฟัง (อาจให้แต่ละคนเงียบ 2 นาที เพื่อให้เวลาในการคิดในหัวข้อ “สิ่งที่เป็นความภาคภูมิใจของตัวเอง”) (ระหว่างนี้ ให้เจ้าหน้าที่ติดตามสิ่งที่มีความคาดหวังบนผนัง)
 - ห้ามทุกคนแซว และต้องตั้งใจฟังให้จบ อย่าเพ่งถาม (ถ้าสงสัยอาจสอบถามเพิ่มเติมเมื่อหมดรอบ)
 - หาผู้นำเสนอ 1 ท่าน
2. วิทยากรสรุปประเด็นที่กล่าว โดยใช้เทคนิค “Key Word” และอธิบายเพิ่มเติม สรุปภาพรวมตาม Key Word ที่เขียน

กิจกรรมที่ 4

ทำเช่นเดียวกับข้อ 5 โดยเปลี่ยนหัวข้อเป็น “สิ่งที่เป็นความเสียใจในวิชาชีพของตัวเอง”

ข. ผลที่ได้จากการทำกิจกรรมในวันที่ 1

กิจกรรมที่ 3

ความภาคภูมิใจในวิชาชีพของตน

- การใช้วิชาชีพประยุกต์ช่วยเหลือ
- การแก้ปัญหาชุมชน และบริการ
- การให้บริการที่ประทับใจ
- เอกลักษณ์ การยอมรับ
- คิตรีเริ่มสร้างสรรค์ บริหาร
- การถ่ายทอด ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง
- ความหลากหลาย
- การให้การปรึกษา
- ฟังตนเองได้

กิจกรรมที่ 4

เรื่องที่เสียใจในวิชาชีพของตน

- การก้าวก้าววิชาชีพ
- ระบบแนวดิ่ง อำนาจนิยม
- ผิดจรรยาวิชาชีพ ผลประโยชน์ส่วนตน
- ทีมงานขาด Spirit
- ใช้ศักยภาพไม่เต็มที่ ทอนกำลัง
- พัฒนาช้า ไม่ตระหนักผลต่อระบบ
- ปมด้อย ความไม่เสมอภาคสหวิชาชีพ
- การจัดซื้อจัดหา ไม่โปร่งใส
- เป็นทางผ่าน กันชน การยอมรับวิชาชีพ
- ขาดรวมตัว
- implement ล้มเหลว
- คุณภาพบริการชุมชน
- ไม่สามารถช่วยเหลือได้เต็มที่

ค. สิ่งที่ต้องเตรียมเขียนไว้ใน Flipchart

ความคาดหวังในการเข้าร่วมการประชุม

ความภาคภูมิใจในวิชาชีพของตน

เรื่องที่เสียใจในวิชาชีพของตน

กิจกรรมวันที่ 2

ก่อนเริ่มกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 15 นาที พูดถึงเป้าหมายของการสัมมนา จุดประสงค์ กระบวนการสัมมนา บทบาทของวิทยากร บทบาทของผู้เข้าร่วมการสัมมนา และกติกาของการร่วมสัมมนา

ก. กิจกรรมต่างๆ

กิจกรรมที่ 1 (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที)

1. วิทยากรชี้แจงรูปแบบและวิธีการที่ใช้สัมมนา การทบทวนคิด การสังเคราะห์ การเชื่อมโยง Time line ในหัวข้อดังต่อไปนี้ ในช่วงเวลา 40 ปีที่ผ่านมา โดยแบ่งเป็นช่วงๆ ละ 10 ปี
 - 1.1 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ของโลก
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ของไทย
 - 1.3 การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของคนไทยและระบบสุขภาพ
 - 1.4 การเปลี่ยนแปลงการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมและแนวโน้มในไทย
 - 1.5 วิถีชีวิต วิถีคิด ของคนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
 - 1.6 การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิตของท่าน
2. แจกใบงาน (กระดาษแผ่นแรก)
3. ให้แต่ละคนเขียนส่วนที่คิดได้ตาม Time line โดยให้แต่ละท่านอยู่กับความเงียบของตัวเอง (เวลา 5 นาที)
4. เมื่อเขียนเสร็จให้ทุกคนลุกนำประเด็นของตนเองไปเขียนในหัวข้อที่วิทยากรจัดกระดาษไว้ให้ (เป็นกระดาษ Flipchart ต่อกันตามขวาง 2 แผ่น) ติดข้างฝา (เวลา 15-20 นาที)
5. ถ้ามีคนเขียนประเด็นตรงกับเรา ไม่ต้องเขียนซ้ำ ให้ขีดถูกหลังข้อความนั้น และอาจเติมข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ลงไปด้วย
6. ให้อ่านข้อความของทุกคนที่เขียนในหัวข้อนั้น ๆ อีกครั้ง

กิจกรรมที่ 2 (ใช้เวลาจริงประมาณ 2 ชั่วโมง)

1. ให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มช่วยกันสรุปประเด็นที่ได้จาก Flipchart ในกิจกรรมที่ 1 ตามหัวข้อ “เข้าใจดีด หยัเห็น” กลุ่มละ 1 หัวข้อ อันได้แก่
 - 2.1 สรุปการเปลี่ยนแปลงของโลก ไทยและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโลกกระทบต่อประเทศไทยอย่างไร ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มอย่างไร
 - 2.2 สรุปการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและแนวโน้ม มีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของโลกและสังคมไทยอย่างไร

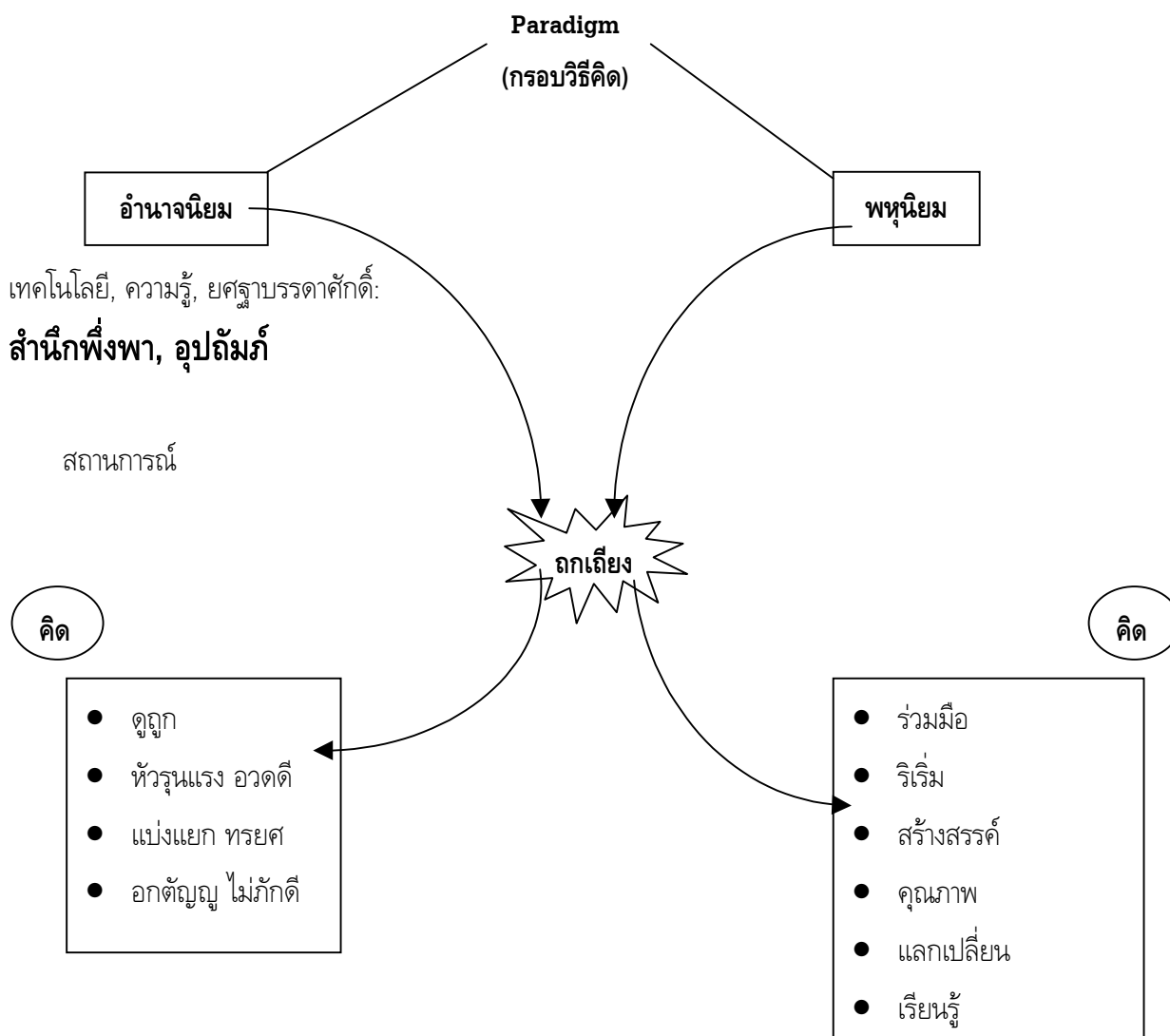
- 2.3 การเปลี่ยนแปลงในการประกอบวิชาชีพเภสัชและแนวโน้ม มีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของโลกและไทยอย่างไร
- 2.4 สรุปวิถีชีวิต วิถีคิดของคนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่เป็นปัญหาต่อระบบสุขภาพไทยและแนวโน้ม
- 2.5 สรุปประเด็นของการเปลี่ยนแปลงชีวิตของแต่ละคน การเปลี่ยนแปลงของโลก ไทยและวิชาชีพเภสัชจะกระทบต่อชีวิตของท่าน ครอบครัว ชุมชน อย่างไร
2. เขียนข้อสรุปที่ทางกลุ่มได้ลงใน Flipchart โดยวิทยากรผู้ช่วยประจำกลุ่ม ช่วยโดยการใช้เทคนิค Key word
3. หาตัวแทนนำเสนอข้อสรุปของกลุ่มให้ที่ประชุมกลุ่มใหญ่ฟัง (เวลา 2 นาทีต่อกลุ่ม)
4. วิทยากรสรุปเป็น Mind map
5. เปิดโอกาสให้กลุ่มใหญ่แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 3

1. ให้ทุกคนดูวิดีโอเรื่อง “ทุกข์ของคนไทย” และ “ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ” (เรื่องละ 20 นาที)
2. แบ่งกลุ่มใหม่ตามวิชาชีพ หรือวงการทำงาน อาทิเช่น
 - กลุ่ม NGOs, ผู้ป่วย (ไม่ควรมีบุคลากรเข้าไปเกี่ยวข้อง)
 - บุคลากรทางการแพทย์อื่นที่ไม่ใช่เภสัชกร เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น (ถ้าน้อยเกินไปอาจเสริมกลุ่มที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น เภสัชกรโรงพยาบาลโรงพยาบาล)
 - กลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาล
 - กลุ่มเภสัชกรชุมชน
 - กลุ่มเภสัชชนบท เภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน และเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - กลุ่มเภสัชกรอื่น ๆ เช่น เภสัชกรการตลาด เภสัชอุตสาหกรรม และตัวแทนจากสมาคม เช่น เภสัชกรรมสมาคม
 - อาจารย์
 หมายเหตุ: กลุ่มที่จัดอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม
3. ให้แต่ละกลุ่มคิดในหัวข้อ “วิถีคิดในระบบสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหา” แล้วนำเสนอ (เวลาประมาณ 1.30 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 4

ให้แต่ละกลุ่มคิดในหัวข้อ “วิธีคิดใหม่ในระบบสุขภาพ” แล้วนำเสนอ วิทยากรสรุปประเด็นให้ฟังเป็น Paradigm (กระบวนทัศน์ทางความคิด) (เวลาประมาณ 1.30 ชั่วโมง)



เชื่อว่าความหลากหลายมีคุณค่า มีพหุนิยมจะช่วยให้ก่อเกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงที่มากกว่า $1 \times 1 = 2$ มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา ในทุกคนควรมีสำนึกพึ่งพา (หวังพึ่งอาศัยประสบการณ์และพลังอำนาจของผู้ที่เหนือกว่า หรือผู้บังคับบัญชา) และสำนึกอุปถัมภ์ (ควรสำนึกในการช่วยเหลือผู้ที่ด้อยกว่า)

กิจกรรมที่ 5

วิทยากรฝากให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดในหัวข้อ “วิธีคิดในวิชาชีพเภสัชกรมีอะไรบ้าง” เพื่อศึกษาหา “พฤติกรรมและปรากฏการณ์” ในช่วงที่มีการเบรก (15 นาที) จากนั้นให้ส่งตัวแทนนำเสนอ

กิจกรรมที่ 6 วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับ Paradigm ในสังคมตามแผนภาพที่เตรียมไว้

รูปที่ 1 จาก Paradigm ทางสังคม พบว่า การพัฒนาของโลกเริ่มจาสังคมทางการเกษตร ซึ่งใช้ระยะเวลาในการพัฒนา 5000 ปี โดยมีอัตราการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ ไปสู่โลกแห่งอุตสาหกรรม ซึ่งใช้ระยะเวลาในการพัฒนา 300 ปี จากนั้นได้พัฒนาเป็นยุคเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information technology = IT) โดยคาดเดาว่าในยุค IT ที่เราอยู่นี้ (จะมีระยะเวลาในช่วงนี้สั้นเพียง 80 ปี ซึ่งก็ผ่านมา 50 ปีแล้ว และในอนาคตจะเข้าสู่ยุคชีวเทคโนโลยี (Biotechnology = BT) ซึ่งจะมีระยะเวลาเพียง 40 ปี ในขณะที่วิถีการดำเนินชีวิตกลับพัฒนาไม่ทัน ทำให้มีความแตกต่างกันระหว่างการพัฒนาทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิตที่ต่างกันมาก หรืออาจกล่าวได้ว่าเกิดภาวะ Cultural lag มากขึ้น ดังแผนภาพ ซึ่งอาจทำให้เกิดการปรับตัวไม่ทัน ดังนั้น เราควรหาวิถีชีวิต และสรรหาวิธีการคิดที่ทรงคุณค่า เพื่อให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ หรือยุค Biotechnology ที่จะใกล้เข้ามา

รูปที่ 2 การพัฒนาทางสังคมจะมีส่วนสัมพันธ์กับวิถีการดำรงชีวิต วิถีคิดและคุณค่าต่าง ๆ เช่น จากสถานะในอดีตในยุคเกษตรกรรม สังคมยังอยู่ร่วมกันในหมู่บ้านเป็นครอบครัวเดียวที่ค่อนข้างใหญ่ สังคมจะวนเวียนเพียงแคในบ้าน จะก่อเกิดการสร้างความสัมพันธ์ในลักษณะหญิงที่เป็นสมบัติของชาย ต่อมาเมื่อเข้าสู่ยุคอุตสาหกรรม ครอบครัวเริ่มเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น จนเข้าสู่ยุค IT ที่ความเป็นครอบครัวเดียวยังอยู่โดดเดี่ยวมากขึ้น เน้นความเป็นปัจเจกบุคคลมากขึ้น

รูปที่ 3 โลกปัจจุบันถือว่าเป็นโลกยุคใหม่ ซึ่งจะมีบริษัทข้ามชาติเข้าไปรุกรานประเทศยังไม่พัฒนา จนเกิดการพัฒนามาเป็นบรรษัทไร้รัฐชาติ จะพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางการปกครองไปเป็นการกระจายอำนาจมากขึ้น จะใช้ประชาธิปไตยในการตัดสินใจแทนผู้แทน ทำให้อำนาจและสิทธิของผู้แทนในสังคมลดลงจนในอนาคตอาจหมดสิ้นไปในที่สุด จะเน้นประสิทธิภาพและการโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้มากขึ้น การผลิตจะต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้บริโภคมากขึ้น ไม่เน้นการผลิตเชิงปริมาณ และจะมีการค้าขายข้ามชาติมากขึ้น จะพบ Alternative market คือ เป็นตลาดทางเลือกมากขึ้น เช่น ตลาดขายเมล็ดกาแฟในสหรัฐอเมริกา ผู้บริโภคได้รวมตัวกันกำหนดคุณสมบัติของเมล็ดกาแฟแล้วจึงผลิต ดังนั้น บริษัทเนสกาแฟจึงมียอดขายกาแฟลดลง ทางสังคมและการศึกษาเอง ก็มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมแห่งการเรียนรู้มากขึ้น

รูปที่ 4 ภายในสังคม จะมีการสร้างเครือข่าย (Network) ภายในสังคมมากขึ้น ก่อเกิดพลังในการต่อรองและการดำเนินการมากขึ้น

รูปที่ 5 ระบบมีการปฏิรูปทางสังคมจากการปกครองแบบอาณานิคมไปเป็นรัฐธรรมนูญ เครือข่ายนี้อาจเป็นเครือข่ายภายในวิชาชีพ หรือเครือข่ายระหว่างกลุ่มจนเกิดเป็นองค์กรประสานเครือข่ายมืออาชีพ (Centralization) มากขึ้น ไปสู่การปกครองแบบกระจายอำนาจมากขึ้น และสังคมจะต้องมีการมองสะท้อนตัวเองให้มากขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันภัยคุกคามต่างๆ มีเข้ามาสู่สังคมอย่างหลากหลายและหลายทิศทาง ถ้าเป็นรัฐเดี่ยว กรม ศูนย์ จะมีเกราะป้องกันภัยเกราะเดียว คือ ของรัฐ/ประเทศ เมื่อภัยคุกคามทำลายทีเดียว รัฐก็ล่มสลาย ถ้าหากมีการปกครองแบบกระจายอำนาจ หากรัฐใดถูกทำลาย กระจกบานหรือเกราะเฉพาะของรัฐเล็กนั้นก็就会被ทำลายเพียงเสียเดียวในสังคมเท่านั้น ไม่ทำให้สูญสลายไปด้วยทั้งสังคม ดังนั้น ไม่ควรผูกสังคมเล็กๆ เพียงสังคมเดียวให้ไปส่งผลต่อสังคมทั้งระบบ

รูปที่ 6 Learning organization สังคมควรจะต้องมีการแยกย่อยมากขึ้น เพื่อแยกกันสังเคราะห์แล้วค่อยนำมาเชื่อมโยงกัน เพื่อให้สามารถดำรงรวมกันอยู่ในสังคมได้ เนื่องด้วยหากเราดำรงอยู่ด้วยสังคมเล็กๆ เท่านั้น การดำรงอยู่ย่อมทำได้ง่าย และไม่ทำให้สูญสลายอย่างง่ายดาย แต่ละสังคมจำเป็นต้องสร้างระบบภูมิคุ้มกันของตนเองในระดับต่างๆ

รูปที่ 7 ดังนั้น เราควรหาบริบทของสังคมเราให้เจอ เพื่อให้เราสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีฉันทา

รูปที่ 8 จากวิถีคิดทางตะวันตกที่มี คือ การคิดอย่างเป็นระบบ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้เขาสามารถศึกษาเราอย่างเป็นระบบและรู้ได้อย่างลึกซึ้ง จึงไม่น่าแปลกใจว่าภูมิปัญญาไทยจึงถูกลอกเลียนไปอย่างที่เราไม่สามารถต่อต้านได้

ศัพท์คำหนึ่งที่น่าสนใจ คือ Zero sum ในสังคมตะวันตกกล่าวไว้ว่า หากคิดโดยองค์รวมทั้งสังคมแล้ว ส่วนได้ส่วนเสียในสังคมจะบวกลบกันก็เป็นศูนย์ ตัวอย่างเช่น ในการเล่นไพ่ คนหนึ่งเล่นเสีย 100 บาท ในขณะที่ 2 คนเป็นคนเล่นได้ได้คนละ 50 บาท แต่รวมแล้ว ทั้งสังคมจะเป็นศูนย์ ไม่ได้สร้างสิ่งใหม่ๆ ขึ้นมา ในขณะที่สังคมทางตะวันออกกลับคิดในลักษณะ Harmony คือ เป็นการคิดแบบบูรณาการที่ทุกคนต้องสร้างสัมพันธ์กัน เกิดเป็นระบบอุปถัมภ์ที่ต้องมีการเกื้อกูลกัน ดังเช่น สังคมทางการเมืองที่มีการอาศัยระบบอุปถัมภ์ค่อนข้างมาก ก่อเกิดการคอร์รัปชันและการทุจริตมากขึ้น

รูปที่ 9 เมื่อนำวิถีคิดแบบตะวันตกและตะวันออกมารวมกันเกิดเป็นรูป S-curve ที่แสดงให้เห็นว่าการดำเนินไปของสังคมในโลกจะเป็นในรูปแบบนี้ ในอดีตคนในสังคมสามารถหลีกเลี่ยงการล่มสลายแบบฉับพลันได้ เนื่องจาก S-curve นี้จะมีระยะค่อนข้างห่างกันหรือเป็นรูปขยาย มีเวลาในการเตรียมตัวที่จะแก้ไขสถานการณ์ให้ทันได้ ในขณะที่สถานการณ์ในยุคปัจจุบัน S-curve จะมีระยะที่ค่อนข้างสั้น และมีโอกาสมาเหลื่อมล้ำกันได้ง่าย ทำให้เกิดวิกฤตปัญหาต่างๆ ที่ทำให้อัตราการเจริญเติบโตของสังคมไม่สามารถปรับตัวได้ทัน จึงก่อเกิดปัญหาขึ้น เพื่อจะเตรียมพร้อมที่จะรับกับสถานการณ์นี้ให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน สังคมจะต้องเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้

รูปที่ 10 จากสังคมในปัจจุบันที่เป็นสังคมแบบอุปถัมภ์ ส่งผลให้ต้องมีการเกื้อกูลกันซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งให้เกิดการคอร์รัปชันในสังคมในอัตราที่สูง ดังตัวอย่างในสังคมการเมืองที่นักการเมืองจำเป็นต้องพึ่งพาลูกน้องจากบุคคลในสังคม ดังนั้น เมื่อมีการมาขอร้องก็จะพยายามช่วยเหลือแม้ว่าจะเป็นกาฝ่าฝืนกฎหมายก็ตาม

ข. ผลที่ได้จากการทำกิจกรรมในวันที่ 2

กิจกรรมที่ 1

กลุ่มที่ 1 สรุปการเปลี่ยนแปลงของโลก ไทยและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโลกกระทบต่อประเทศไทยอย่างไร ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มอย่างไร

1. Technology การสื่อสาร

ผลกระทบทางบวก ได้แก่

- ติดต่อรวดเร็วประสิทธิภาพสูง
- โปร่งใส ตรวจสอบได้

ผลกระทบทางลบ ได้แก่

- ต้องตาม Technology เนื่องจากไทยคิดไม่เป็น
- รับมาเร็วและขาดการกรองในผู้ใช้ Technology
- เสียววัฒนธรรมและสายใยในครอบครัว กิริยาบางอย่างหายไป คำพูดที่ไพเราะ
- ใช้ Technology ฟุ่มเฟือย เกินความจำเป็น
- ขาดการพัฒนาศักยภาพของคน ตัวอย่างเช่น การใช้เครื่องคิดเลข
- ทำให้วิถีชีวิตของคนเปลี่ยน

2. การเมืองและเศรษฐกิจ: การเมืองโลก→การเมืองไทย

- สังคมนิยม กระทั่งกลุ่มคนชั้นกลาง
- ประชาชนมีบทบาท มีส่วนร่วมในการกำหนดกฎเกณฑ์ของบ้านเมือง
- ผู้กุมอำนาจรัฐ ต้องฉลาดขึ้น ถ้าต้องการแสวงหาผลประโยชน์
- สังคมไทยเปลี่ยน โดยเฉพาะลักษณะของคน เรื่อง “ความเกรงใจ”
- ระบบการเมืองจะทำให้ได้คนที่ดีขึ้น

- แนวโน้มเศรษฐกิจ → เปลี่ยนตาม Technology เป็นลูกจ้าง→คนชั้นล่าง-กลาง

→ ไม่เปลี่ยน: พึ่งพึ่งตนเองอยู่ (เป็นกลุ่มย่อยๆ) ชูจุดขาย เอกลักษณ์ของตนที่ต่างจากกลุ่มใหญ่: ผลผลิตดีต่อยกว่ากลุ่มใหญ่: ขาด Technology

→ เศรษฐกิจพอเพียง

****เป็นแนวโน้มและตัวเลือกในแต่ละสถานการณ์****

- เศรษฐกิจโลกจะอยู่ในอิทธิพลของกลุ่มที่มีทุนสูง

สิ่งที่ต้องการ กระแสโลก→เรียนรู้การเปลี่ยนแปลง→คัดเลือกบางกระแสมาปรับเพื่อประโยชน์ของประเทศ

ผลกระทบ เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมไทยให้สอดคล้องกับการเข้ามาลงทุนของต่างประเทศ

3. องค์กรต่างประเทศ

- ทำให้ประชาชนตื่นตัวในสิทธิของตนเอง
- ปัญหา AIDS →ประชาชนที่เป็น AIDS รวมกลุ่มเพื่อเรียกร้องสิทธิ

กลุ่มทุนที่แข็งแกร่งกว่าจะครอบครองตลาดได้↑

4. สังคม

- ครอบครัวขนาดเล็กลง
- เศรษฐกิจและการเมืองเป็นตัวบีบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต วิถีความเป็นอยู่ วิธีการบริโภค
→ จุดอ่อน: คนไทยแยกแยะวิเคราะห์ไม่เป็น

กลุ่มที่ 2 สรุปการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและแนวโน้มจากการเปลี่ยนแปลงของโลกและสังคมไทยอย่างไร

1. 2000

- 2510 เริ่มโรงพยาบาลรัฐ
- แทบจะไม่มีบทบาทจากประชาชน รับเป็นผู้กำหนด
- ประชาชนถูกปิดการสื่อสารไม่ก้าวหน้า
- สงครามเวียดนาม → focus เรื่องสุขภาพน้อย
- 2500 ประชาชนใช้บริการจากร้านยา, สุขศาลา
- บทบาทรัฐด้านสาธารณสุขมีน้อย

2. 2510

- มีการให้บริการของภาครัฐ ↑
- เทคโนโลยี
- การเมือง
- หมอไปเรียน America เริ่มมี specialist
- มีการเจริญแบบก้าวกระโดด
- เริ่มมีการใช้ทุนของแพทย์

3. 2530

- การแพทย์เชิงพาณิชย์
- ภาคเอกชน ↑
- chain store
- ภาครัฐมีความพยายามพัฒนาในการให้บริการ
- โรงพยาบาลเอกชน เทคโนโลยีใหม่ๆ
- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ภาครัฐแบ่งกลุ่มระบบการให้บริการ
- การส่งเสริม รักษา
- นโยบายเปิดประเทศจากการเมือง
- Am. เริ่มหมอ ↑
- เปลี่ยนจากโรค → โรคจากพฤติกรรม
- Information ก็ยังคงอยู่

- หัวใจ ความดัน เบาหวาน ↑ จากพฤติกรรม
- ยุคของการบริโภค จากเศรษฐกิจที่ดี

4. 2540 →อนาคต

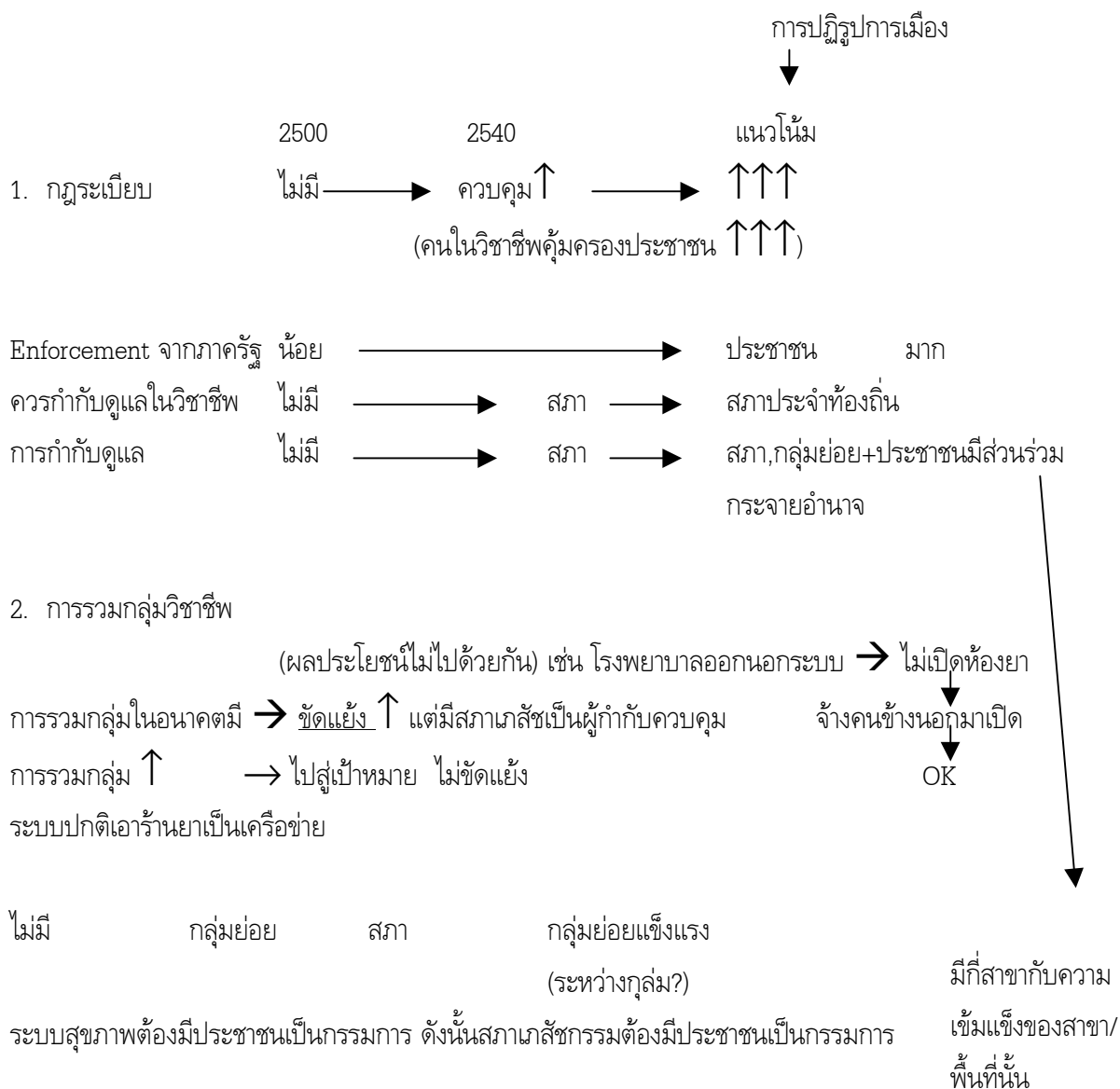
- รัฐมนตรีสาธารณสุข ไม่ใส่ใจในการพัฒนา →พัฒนาช้า
- หมอเป็นผู้บริหารทั้งหมด
- นโยบายการศึกษาด้านสาธารณสุขอย่างหนึ่งน่าจะใส่ไว้ในแผน
- การดำเนินการป้องกันด้วย
- ระบบการเมืองเลือกยาก
- ประชาชนเรียกร้องสิทธิ, ให้ความรู้, ดูแลสิ่งแวดล้อม ไม่ให้เป็นพิษ, ช่วยตัวเอง
- แต่ละที่มาของผู้ใช้บริการทางการแพทย์
- ผู้ประกอบวิชาชีพต้องการให้ความรู้กับประชาชน
- ผู้ให้บริการรวมตัวกันให้ความรู้
- ผู้รับบริการรักษาสวัสดิภาพ
- ผู้ป้องกันสุขภาพส่งเสริมไม่ได้เงิน งบ
- เริ่มมีค่าหมด DF แต่ค่ายังสูง
- โรงพยาบาลเป็นที่ตั้งเพื่อรักษาผู้ป่วย
- เชิงรุกมีฝ่ายส่งเสริม, สุขศึกษา รัฐ สาธารณสุขจังหวัด
- อบต.ดูแลสถานีอนามัย
- กระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่
- กรมอนามัยน่าจะมียุทธศาสตร์มากขึ้น

ผู้ให้บริการ

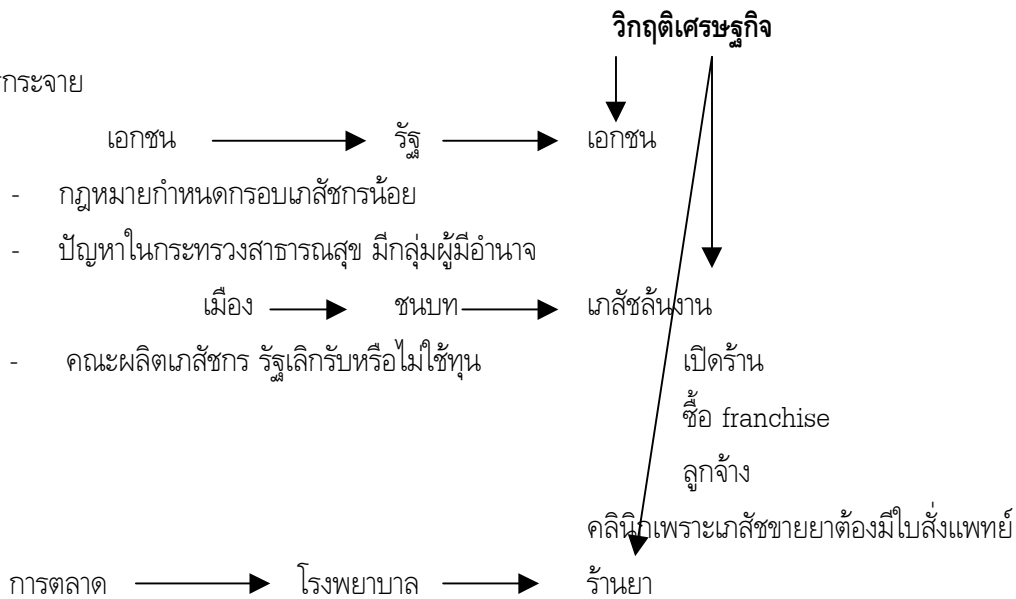
- ระบบสุขภาพไม่เพียงพอ กระทรวงสาธารณสุขและการศึกษา นโยบายของประเทศ และอบต. อบจ. จะทำหน้าที่อย่างไร
- การสร้างระบบ ส่งเสริม ป้องกัน รายคน
- ทำอย่างไรให้ผู้บริการ ให้คำปรึกษาด้วย

กลุ่มที่ 3 การเปลี่ยนแปลงในการประกอบวิชาชีพเภสัชและแนวโน้ม มีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของโลกและไทยอย่างไร

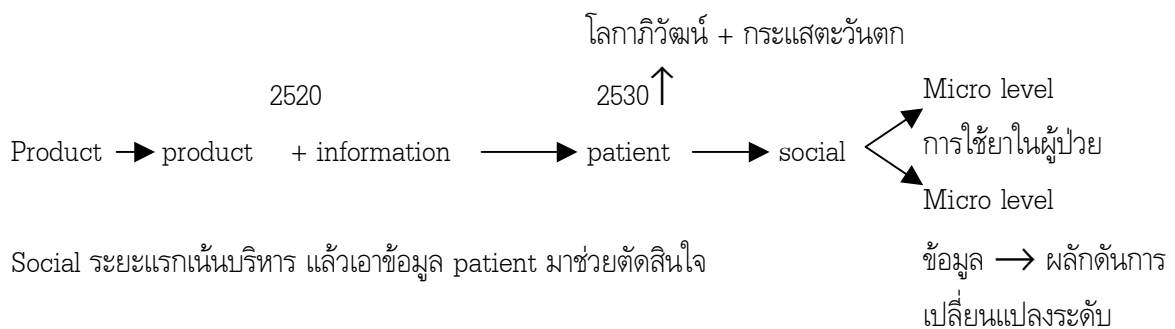
1. กฎระเบียบ
2. กลุ่มวิชาชีพ (การรวมกลุ่ม)
3. จ้างงาน (กระจาย) รัฐ →เอกชน
4. concept การสร้างงาน (บทบาทเภสัชกร) product → product
5. ความสัมพันธ์เภสัชกับประชาชน (ภาพลักษณ์ในมุมมองของประชาชน)



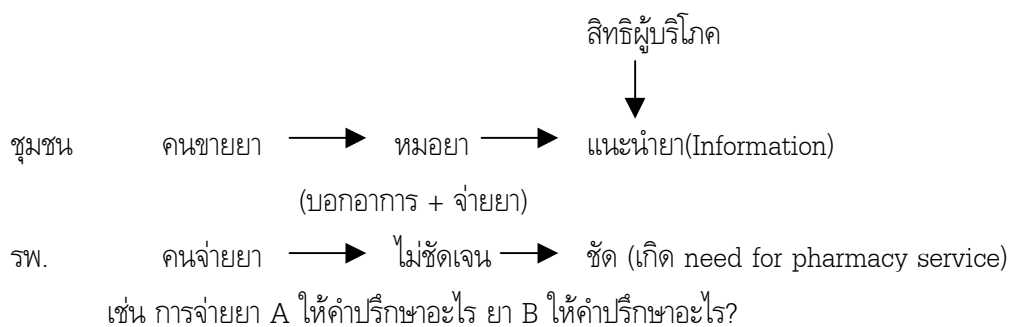
3. การกระจาย



4. บทบาท



5. ภาพลักษณ์



กลุ่มที่ 4 สรุปวิธีชีวิต วิธีคิดของคนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่เป็นปัญหาต่อระบบสุขภาพไทยและแนว
ใหม่

วิถีชีวิตในอนาคตของประเทศไทย → ทุนิยมจะเข้ามามีอิทธิพล เช่น ระบบประกันสุขภาพจะเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการปรับตัว โดยเฉพาะในส่วนของโรงพยาบาล ขณะที่บริษัทยาขนาดเล็กจะพากันปิดตัว เหลือแต่เฉพาะบริษัทใหญ่ๆ สิ่งนี้รวมไปถึงร้านยา โรงพยาบาล ทำให้มีการนำกลยุทธ์การส่งเสริมการขายมากขึ้น ประชาชนจะหันมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น โดยจะเริ่มจากร้านยา สถานือนามัย มีการใช้ระบบการแพทย์ทางเลือก

มาใช้ จะไปใช้บริการเมื่อมีอาการมากขึ้น โดยโรงพยาบาลจะต้องรับคนไข้หนักมากขึ้น การส่งเสริมการขายจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของประชาชน บุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น

ผู้ประกอบการวิชาชีพต้องปรับตัวให้ทันการเปลี่ยนแปลง ถ้าติดตามไม่ทันก็ต้องปิดตัวลงไป แนวโน้มต่อไปจะมีการร้องเรียนมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้และแพทย์จะลดลง ต้องมีการปรับด้านคุณภาพและมาตรฐานที่ตรวจสอบได้

กลุ่มที่ 5 สรุปประเด็นของการเปลี่ยนแปลงชีวิตของแต่ละคน การเปลี่ยนแปลงของโลก ไทยและวิชาชีพเภสัชจะกระทบต่อชีวิตของท่าน ครอบครัว ชุมชนอย่างไร

1. ผลต่อการเกิดและเติบโต

- การเกิดลดลง
- การเลี้ยงดูที่เอาอกเอาใจเกินไป (Over Protection)
- มีลูกเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้ลูกมีโอกาสปัญญาอ่อน↑
- ระบบที่ดีทันสมัย ทำให้ค่าใช้จ่ายแพง
- การแข่งขัน
- ทุนนิยม
- ค่านิยม/Fashion ทำให้มีการฆ่าตัดคอลอด↑ คลอดธรรมชาติ↓

2. ผลต่อการเรียน

- เรียนซับซ้อนขึ้น
- เรียนต่อเพิ่มขึ้น
- เรียนเฉพาะทาง
- เรียนต่อต่างประเทศ

3. ผลต่องาน

- หางานแบบ active↑ (สร้างงานมากกว่าหางาน)
- ต่อสู้แข่งขัน↑
- เป้าหมายของการทำงานขยาย↑ เปลี่ยนไปในทางคุณภาพ↑ ได้แก่การทำงานเพื่อสังคมและการยอมรับ↑ สิ่งส่งผลให้มีแนวโน้มให้ระบบวิชาชีพชัดเจนขึ้น

4. ผลต่อวิถีชีวิต

- ฟังเทคโนโลยี แต่จะแนวโน้มการพึ่งตนเองเพิ่มขึ้น
- ปัจจัยด้านเศรษฐกิจทำให้มีการออกกำลังกาย↓ แต่การประกันสุขภาพอาจมีเงื่อนไขที่ทำให้ประชาชนต้องดูแลสุขภาพตัวเอง↑ ทำให้การออกกำลังกายมีแนวโน้ม↑
- health conscious↑

5. ผลต่อแนวความคิดและเป้าหมายชีวิต

- เป็นระบบ/รู้จักกลั่นกรอง
- มีการเปลี่ยน Paradigm ความคิด

6. ผลต่อชุมชน

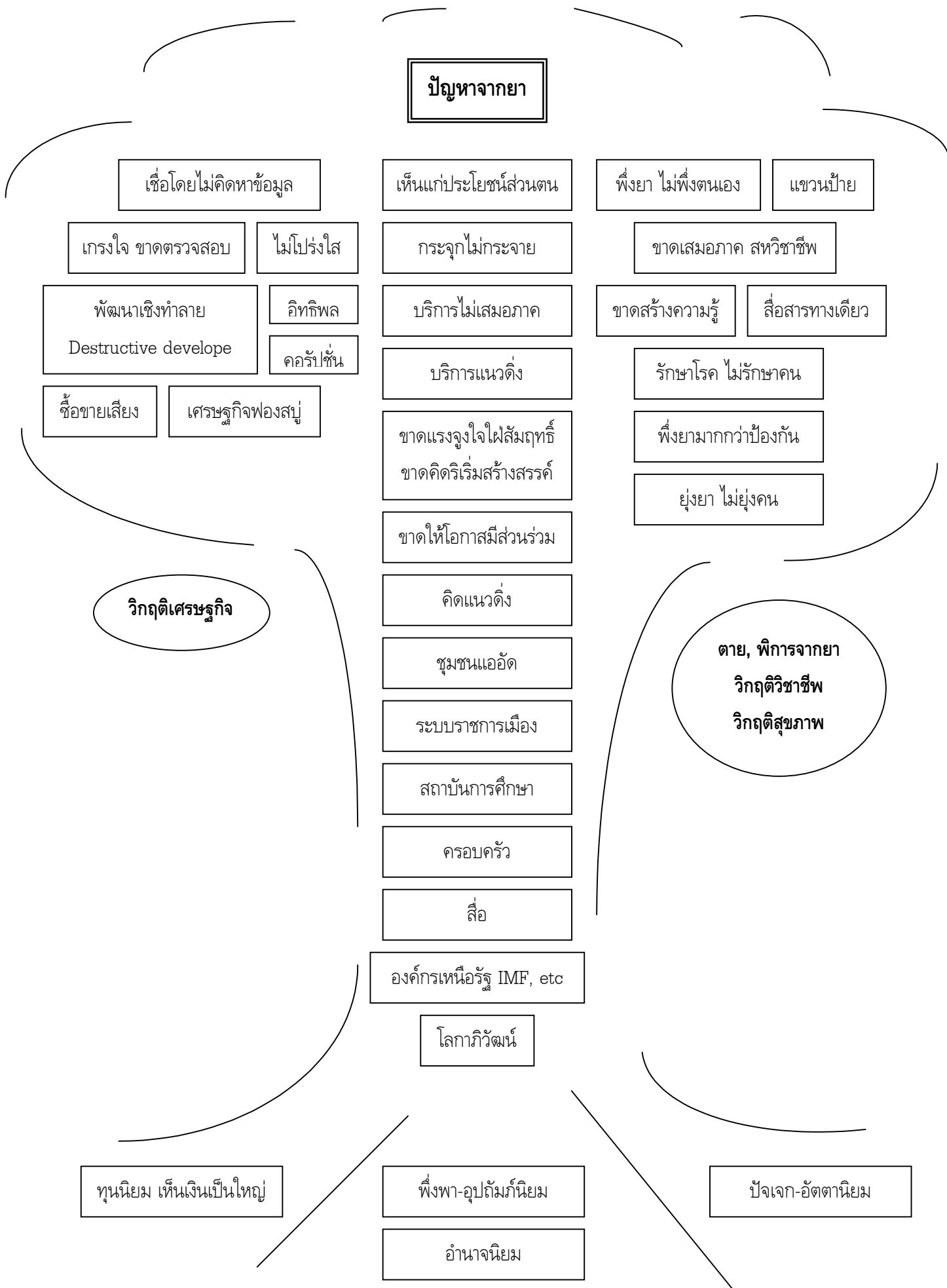
- การแตกสลาย, การแข่งขันเพื่อความอยู่รอด (ผลประโยชน์) ทำให้เกิดการรวมตัว ↑ เพื่อสิทธิของตัวเอง, สุขภาพ และเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในชุมชนของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 วิธีคิดในระบบสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหา**สรุปจาก Flipchart อาจารย์ทวีศักดิ์**

คุณค่าเทียม	บริการแนวตั้ง
ทุนนิยม	บริการไม่เสมอภาค
เห็นเงินเป็นใหญ่	ขาดประสานงาน
คิดพึ่งพาอุปถัมภ์	เครียด
อำนาจนิยมคิดแนวตั้ง	ขาดบูรณาการ-องค์รวม
ปกป้องตนเอง	ขาดจรรยาบรรณ
เกรงใจ-บุญคุณ	เชื้อสื่อ โฆษณา
คิดแยกส่วน-คนเดียว	ผู้บริการเป็นศูนย์กลาง
ขาดแนวราบสหวิชาชีพ	รักษา > ป้องกัน
ขาดระบบตรวจสอบ	รักษาโรค ไม่รักษาคน
คุณภาพมาตรฐาน	ข้อมูลไม่โปร่งใส
ขาดสำนักเรียนรู้	ไม่ให้โอกาสมีส่วนร่วม
กระจุกไม่กระจาย	

ต้นไม่ปัญหา

ราก	ระบบคิดหลัก การให้คุณค่าพื้นฐาน
ลำต้น	ระบบโครงสร้าง
	สถาบันในสังคม ส่งผ่านระบบความคิดหลัก
กิ่ง-ใบ	ปรากฏการณ์ พฤติกรรมผลที่เกิดขึ้น
ผล	ผลลัพธ์สำคัญยิ่ง



กลุ่มที่ 2

- รักษาโรค > คน
- ใช้เวลาต่อคนน้อย → เน้นปริมาณ
- การปิดบังความรู้สู่ประชาชน → เก็บหน้าที่ไว้กับวิชาชีพ
- ทุนิยม → ผล, กำไร
- จรรยาบรรณ
- การสื่อสาร
- การรักษาแยกส่วนไปเป็นองค์กรรวม

กลุ่ม 6

- คิดตัวเองเป็นหลัก
- ชะไม่ไ้
- คิดว่าคนไข้โง่, คิดคนและวัฒนธรรม
- คิดแบบแยกส่วน, ยึดติดกฎระเบียบ, คิดแต่วิชาชีพของตนเอง
- ใ้ใจหมอมากเกินไป
- คิดแบบไม่ครบวงจร
- กลัวถูกตำหนิ กลัวเสียหน้า
- มองด้านเดียว ไม่คิดถึงผลกระทบที่จะตามมา
- ขาดการสื่อสารระหว่างผู้ให้ ผู้รับบริการ
- ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูล
- ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงสิทธิของตน
- แพทย์เป็นผู้นำทางสาธารณสุข
- ตนเองทำงานคุ้มกับรายได้แล้ว
- ระบบการผลิต การกระทบ กำลังเงินไม่เหมาะสม
- วิธีคิดของผู้ป่วยต่างกับผู้ใช้บริการ
- คิดว่าผู้ป่วยต่างกับผู้ใช้บริการ
- คิดว่าผู้ป่วยเข้าใจระบบที่ปฏิบัติอยู่
- ไม่มั่นใจในคุณภาพการบริการ
- ปฏิเสธการรักษาเพราะกลัวฟ้องร้อง
- ปัญหาในการเข้าถึงบริการ (โรงพยาบาลกลัวขาดทุน)

กิจกรรมที่ 4 วิธีคิดใหม่ในระบบสุขภาพ

- ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
- เชื่อในศักยภาพผู้อื่น
- ลำนึกสาธารณะ
- ลำนึกพึ่งตนเอง
- คิดแนวราบ
- ทีมแนวราบ
- การมีส่วนร่วม
- องค์กรร่วม

กิจกรรมที่ 5 วิธีคิดในวิชาชีพเภสัชกรรมมีอะไรบ้าง รวมทั้งพฤติกรรม และปรากฏการณ์

สรุปจาก Flipchart ของอาจารย์ทวีศักดิ์

วิธีคิดในวิชาชีพเภสัช	พฤติกรรมที่ปรากฏ
Self-care อัตตานิยม (ปัจเจกนิยม)	แขวนป้ายเห็นแก่รายได้
ทุนนิยม บริโภคนิยม	ขาดลำนึกพัฒนางานวิชาชีพและทักษะ
อำนาจนิยม	ยอมสยบศิโรราบ
	ผู้สอนเป็นศูนย์กลาง
	ขาดลำนึกสาธารณะวิสัยทัศน์
	Sewority
	Ego
	ขาดไฟรู้ ริเริ่ม
	ขัดแย้งกลุ่ม
	ขาดการยอมรับจากประชาชน
	ยิงยา มุ่งกำไร
	ขาดจรรยา
	ขาดศักดิ์ศรีเท่าเทียมในวิชาชีพ
	พึ่งปัญญานอก

กลุ่ม 2

- รักษาองค์กรร่วม
- พึ่งพาตนเอง
- การยอมรับกันและกัน ทีมแนวทาง

ค.สิ่งที่เตรียมไว้ก่อนใน Flipchart

กิจกรรมที่ 1

1. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ของโลก

2500	2510	2520	2530	2540 → แนวโน้ม

2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ของไทย

2500	2510	2520	2530	2540 → แนวโน้ม

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของคนไทยและระบบสุขภาพ

2500	2510	2520	2530	2540 → แนวโน้ม

4. การเปลี่ยนแปลงการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมและแนวโน้มในประเทศไทย

2500	2510	2520	2530	2540 → แนวโน้ม

5. วิถีชีวิต วิถีคิด ของคนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

2500	2510	2520	2530	2540 → แนวโน้ม

6. การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิตของท่าน

2500	2510	2520	2530	2540 → แนวโน้ม

กิจกรรมที่ 2

1. สรุปการเปลี่ยนแปลงของโลก ไทยและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโลกกระทบต่อประเทศไทยอย่างไร ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มอย่างไร
2. สรุปการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและแนวโน้ม มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกและสังคมไทยอย่างไร
3. สรุปการเปลี่ยนแปลงในการประกอบวิชาชีพและแนวโน้ม มีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของโลกและไทยอย่างไร
4. สรุปวิถีชีวิต วิถีคิดของคนไทย และผู้ประกอบการวิชาชีพและกรรมที่เป็นปัญหาต่อระบบสุขภาพไทยและแนวโน้ม
5. สรุปประเด็นการเปลี่ยนแปลงชีวิตของแต่ละคน การเปลี่ยนแปลงของโลก ไทย และวิชาชีพและจะกระทบต่อชีวิตของท่าน ครอบครัว ชุมชนอย่างไร

กิจกรรมที่ 3

วิธีคิดในระบบสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหา

กิจกรรมที่ 4

วิธีคิดใหม่ในระบบสุขภาพ

กิจกรรมที่ 5

วิธีคิดในวิชาชีพเวช
→
 พฤติกรรมและปรากฏการณ์

กิจกรรมวันที่ 3

ก. กิจกรรมต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 1 (3 ชั่วโมง) ให้นักเรียนเฉพาะ

1. วิเคราะห์ในเรื่อง “วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชที่จะตอบสนองวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ”
2. วิทยากร list คำสำคัญให้ทุกคนติดสติ๊กเกอร์คนละแผ่นที่คิดว่าสถานการณ์ปัจจุบันในการทำงานของเภสัชกรเป็นอย่างไรได้แก่

- | | |
|-----------------|------------------------|
| - กลุ่ม | - ทีม |
| - ระหว่างองค์กร | - หลายทีม |
| - เครือข่าย | - เครือข่ายการเรียนรู้ |
| - ต่างคนต่างทำ | |

3. แล้วส่งตัวแทนนำเสนอ
4. วิทยากรสรุปเป็น Mind map ที่เชื่อมโยงระหว่าง ประชาคมเภสัช, ปฏิรูปวิชาชีพ และการสู่โลกาภิวัตน์
5. จากนั้นให้สติ๊กเกอร์คนละ 8 แท้ม เลือกจุดที่เราคิดว่าตรงใจตัวเองมากที่สุดในการที่จะปฏิรูประบบสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 วิทยากรแยกประเด็นการปฏิรูป 4 ประเด็นหลักออกเป็น 9 กลุ่ม โดยให้แต่ละคนตัดสินใจเองว่าจะเลือกเข้ากลุ่มใด โดยไม่สนใจว่าจำนวนในแต่ละกลุ่มจะเป็นเท่าใด

1. คน

- การพัฒนาสำนัก วิจัยคิด และคุณภาพคนในระบบ คำนึงถึงความหลากหลายและการกระจายที่สมดุล

2. บริการ

- บริการข้อมูลให้เข้าถึง เพื่อการส่งเสริมป้องกันสุขภาพและดูแลตนเอง
- พัฒนาภูมิปัญญาการบริการ และระบบยาให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ
- เภสัชชุมชนบูรณาการ

3. นโยบาย

- รื้อปรับระบบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และการคุ้มครองสิทธิชุมชนและผู้บริโภค
- พัฒนาศูนย์วิชาชีพ (สภาเภสัชกรรมให้เข้มแข็ง ไปสู่เครือข่ายสหวิชาชีพ)

4. ระบบบริหารจัดการ

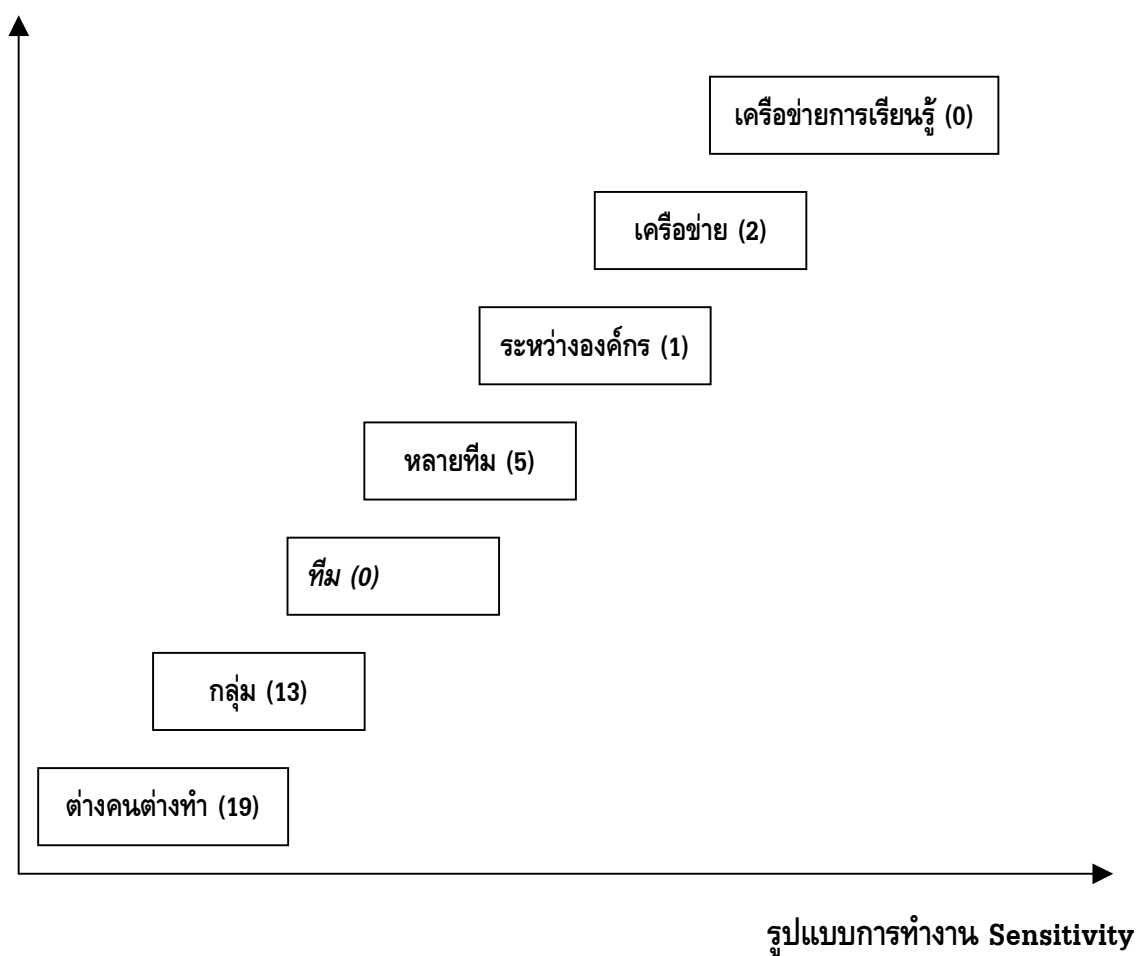
- พัฒนาศูนย์ตรวจสอบ และประกันคุณภาพยา
- ปรับหลักสูตร กระบวนการเรียนการสอน
- การกระจายอำนาจและระบบข้อมูลสองทาง

ข. ผลที่ได้จากการทำกิจกรรมวันที่ 3

กิจกรรมที่ 1 วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชที่จะตอบสนองวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ

ผลที่ได้จาก Flipchart

ประสิทธิภาพ



วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชที่จะตอบสนองวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ

กลุ่ม 6

1. ระบบคุณค่า

- ทุ่มเทให้งานที่ทำอย่างเต็มที่
- กล้าต่อสู้เพื่อความถูกต้อง
- รักศักดิ์ศรีของตนเอง

2. ทักษะคติ

- เห็นแก่ประโยชน์สังคม มีความเสียสละ
- ใฝ่รู้อยู่ตลอดเวลา ไม่หยุดนิ่งด้านวิชาการ
- มีความคิดริเริ่ม มีความคิดในด้านการพัฒนาวิชาชีพ

3. การบริการ

- คำนึงถึงคุณภาพ
 - เห็นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
 - ทำให้เกิดการดูแลตนเอง
 - สร้างเครือข่ายบริการสุขภาพ
 - เป็นแหล่งข้อมูลด้านยา
- คำนึงถึงประสิทธิภาพ
- ควบคุมวงจรระบบยา คือ คัดเลือกยา จัดหายา กระจายยา และการจ่ายยา

4. ด้านบริหาร

- มุ่งเน้นการให้ชุมชนเป็นเจ้าของบริการสาธารณสุข
- มีความโปร่งใสในองค์กร สามารถตรวจสอบได้
- ไม่ก้าวร้าวในวิชาชีพซึ่งกันและกัน มีขอบเขตของวิชาชีพที่ชัดเจน

กิจกรรมที่ 2

กลุ่มที่ 1 “คน” การพัฒนาสำนึก วิธีคิด และคุณภาพคนในระบบ คำนึงถึงความหลากหลายและการกระจายที่สมดุล

ผู้ให้บริการ

- พัฒนาสำนึก: สำนึกสาธารณะ วิธีการ คือ
 - ทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาชุมชน ภาครัฐเข้าร่วมเป็นกรรมการกับชุมชน
 - ให้มีความรู้สึกว่าเป็นเพื่อนกับผู้รับบริการ
- มีความมุ่งมั่นและมีความเป็นผู้นำ
- สร้างระบบการศึกษาต่อเนื่อง
- พัฒนาความสามารถเชิงมนุษยสัมพันธ์

ความหลากหลาย

- ความยอมรับ respect ซึ่งกันและกันในวิชาชีพ
- ให้มีการเรียนรู้ในวิชาชีพอื่นใน team work ในระดับมหาวิทยาลัยก็ให้มีการเรียนรู้ร่วมกัน หรือในการทำงานให้มีการเรียนรู้ในกลุ่มวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน

การกระจายที่สมดุล

- เมื่อการใช้ทุนหมดลง ต้องสร้างระบบทดแทนที่ยั่งยืน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของบุคลากร
- สร้างระบบสนับสนุนจากชุมชนท้องถิ่น
- สร้างชุมชนให้เข้มแข็ง

กลุ่มที่ 2 บริการข้อมูลให้เข้าถึง เพื่อการส่งเสริมป้องกันสุขภาพและดูแลตนเอง

1. ต้องมีชุมชนที่ดีและเข้มแข็ง เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมโดยอาศัยช่องทางของชุมชน สื่อมวลชนท้องถิ่นช่วย promote เผยแพร่สิ่งใดเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง
2. ตั้งศูนย์ข้อมูลชุมชน เพื่อเผยแพร่ข้อมูลแก่ชุมชน
3. มีกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นภายในชุมชน เช่น กลุ่มวิ่งออกกำลังกาย ตั้งเป็นสโมสรแล้วมีแนวทางพฤติกรรมกลุ่มเน้นด้านสุขภาพ เช่น ไม่สูบบุหรี่

กลุ่มที่ 4 เสาหลักชุมชนบูรณาการ

- พัฒนาศักยภาพของเสาหลัก: สร้าง peer network แล้วผลักดันสิ่งที่ต้องการผ่านองค์กรวิชาชีพ : สร้างระบบเครือข่ายที่ refer ผู้ป่วย
- แก้ไขกฎหมาย

กลุ่มที่ 5 รื้อปรับระบบ อย. และการคุ้มครองสิทธิชุมชนและผู้บริโภค

1. มีศูนย์ร้องทุกข์ แล้วมีการส่งต่อข้อมูล
2. จัดการเรียนการสอนเพื่อตอบสนองต่อสังคม เช่น ดูว่ามีปัญหาสังคมอะไร
3. บอกวันผลิต และวันหมดอายุบนฉลากผลิตภัณฑ์ และเข้มงวดให้ตรงตามความเป็นจริง ฉลากควรเป็นภาษาไทย

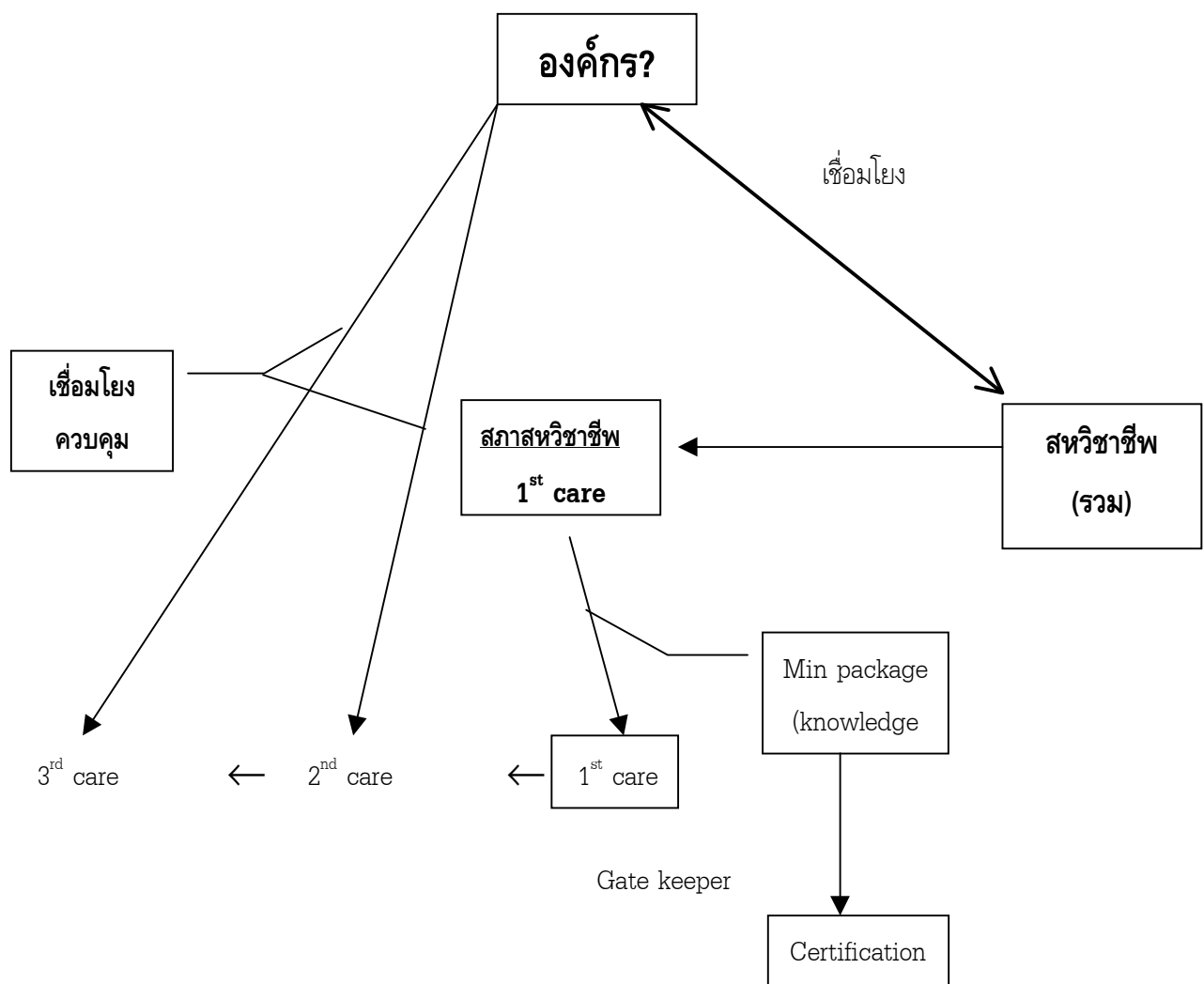
กลุ่มที่ 6 พัฒนาศูนย์วิชาชีพ (สภาวิชาชีพ) ให้เข้มแข็งไปสู่เครือข่ายสหวิชาชีพ

หน่วยงาน (?) มีวัตถุประสงค์

1. พัฒนาศาสตร์วิชาชีพแบบยั่งยืน
2. ปกปิดเพื่อผลประโยชน์ของประชาชนจากการปฏิบัติวิชาชีพสภาวิชาชีพ

มีลักษณะ

- อยู่ใต้พระราชบัญญัติสุขภาพ
- เกสเซอร์ทุกคนมีส่วนร่วม
- มีการกระจายตามภูมิภาคและมีอิสระ
- มีบุคคลภายนอก
- พัฒนาให้เหมาะสมกับชุมชน
- มีข้อมูล (ระบบ) ทันสมัย โปร่งใส เข้าถึงได้
- มีระบบตรวจสอบจากภายในและภายนอก



กลุ่มที่ 7 พัฒนาการตรวจสอบ และประกันคุณภาพยา

ทำอย่างไรให้เภสัชกรมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพได้

❖ Positive reward

- สร้างจิตสำนึก ความเข้าใจในบทบาทภารกิจของคนในวิชาชีพ/องค์กรวิชาชีพ
- ปฏิรูประบบการให้บริการเภสัชกรรมให้มีคุณภาพมาตรฐาน
- เปิดและสร้างโอกาสให้เภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งของ health team หรือ health care system
- สร้างและพัฒนา prototype ในวิชาชีพให้เป็นแบบอย่างแก่คนในวิชาชีพ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว

❖ Negative reward

- องค์กรตรวจสอบต้องมีการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ ควรเป็นองค์กรจากภายนอก หรือพลังของสังคมคอยตรวจสอบ องค์กรตรวจสอบต้องเข้มแข็ง

กลุ่มที่ 8 การปรับหลักสูตรกระบวนการเรียนการสอน

1. อาจารย์

- Update ตัวเองตลอดเวลา ในการพัฒนาทางวิชาการ พัฒนาแนวคิด
- สร้างเครือข่ายของทุกมหาวิทยาลัยระดับโครงสร้างหลักสูตร
- ลดอัตรา รับความคิดของการเปลี่ยนแปลง

2. นักศึกษา

- มีเวทีให้นักศึกษาเสนอความเห็น discuss ความจำเป็นเนื้อหากับอาจารย์
- จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร เช่น พี่สอนน้อง บัณฑิตสอนประสบการณ์
- ควรมีการประเมินการสอนของอาจารย์

3. การฝึกงาน

- ควรเพิ่มการฝึกงานให้มากขึ้น

4. เนื้อหา

- เนื้อหาที่หลากหลายควร link กับวิชาชีพเภสัชกรรม
- ปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องกับยุคสมัย
- เพิ่มทักษะในการคิดให้นักศึกษา
- ควรมีความหลากหลายในวิชาเลือกให้นักศึกษาเลือกได้
- หน่วยงานภายนอกน่าจะมีบทบาทเข้าไปมีส่วนร่วมในการสอน อาจ support แหล่งฝึกหรือเป็น buddy กับนักศึกษา

กลุ่มที่ 9 การกระจายอำนาจและระบบข้อมูล 2 ทาง

1. ต้องฟังตนเองได้ ชุมชนต้องบริหารจัดการตนเองได้ อาจตั้งองค์กรแล้วกำหนดวิถีชีวิตของชุมชน โดยแบ่งเป็นองค์กรประสานทั้งแนวตั้งและแนวนอน

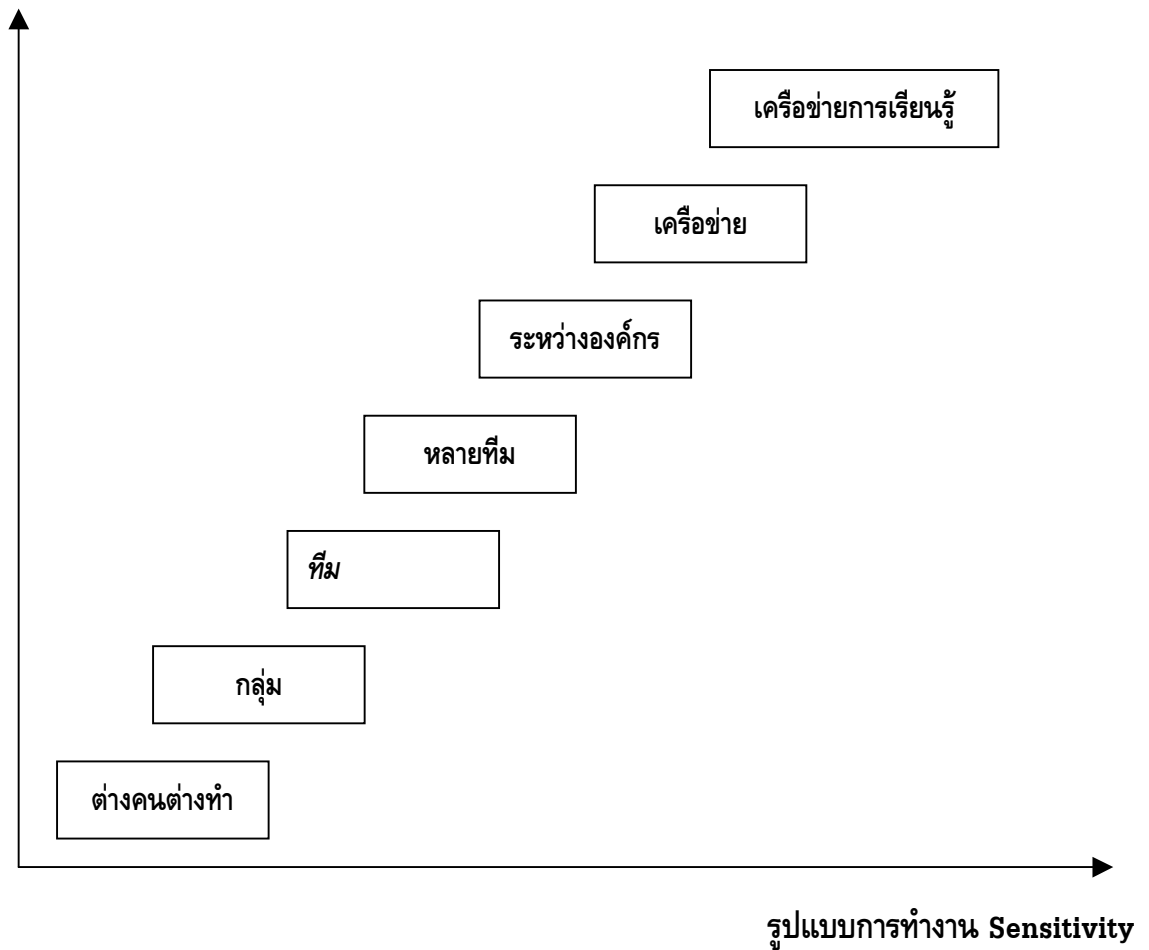
แนวคิด

- รับข้อมูลจากจังหวัด เลือกผู้ว่าราชการจังหวัด สรรหาคณะกรรมการชุมชน ซึ่งมาจากชุมชนนั้นๆ ชุมชนรับนโยบายมาตามลำดับ จังหวัด → อำเภอ → ตำบล → ชุมชน
 - มี health board คอยตรวจสอบ
 - มีขบวนการภูมิปัญญาท้องถิ่นส่งเสริม เช่น แพทย์แผนไทย
 - มีระบบส่งต่อข้อมูลทั่วไปและกลับ รพ.ศูนย์ ↔ รพ.ทั่วไป ↔ รพ.ชุมชน
 - คนในชุมชนอาจต้องไปมีส่วนในระบบส่งต่อข้อมูลทั้งขาขึ้นและขาลง เช่น คนในชุมชนอาจไปเป็น สส. หรือ สจ.
2. โปร่งใสและตรวจสอบได้

ค. สิ่งเขียนเตรียมไว้บน Flipchart

กิจกรรมที่ 1 วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชที่จะตอบสนองวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ

ประสิทธิภาพ



วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชที่จะตอบสนองวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 ประเด็นในการปฏิรูป

1. คน

- การพัฒนาลำน้ำก วิถีคิด และคุณภาพคนในระบบ คำนึงถึงความหลากหลายและการกระจายที่สมดุล

2. บริการ

- บริการข้อมูลให้เข้าถึง เพื่อการส่งเสริมป้องกันสุขภาพและดูแลตนเอง
- พัฒนาภูมิปัญญาการบริการ และระบบยาให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ
- เกล็ดชุมชนบูรณาการ

3. นโยบาย

- รื้อปรับระบบ อัย และการคุ้มครองสิทธิชุมชนและผู้บริโภค
- พัฒนาศูนย์การวิชาชีพ (สภาเภสัชกรรมให้เข้มแข็ง ไปสู่เครือข่ายสหวิชาชีพ)

4. ระบบบริหารจัดการ

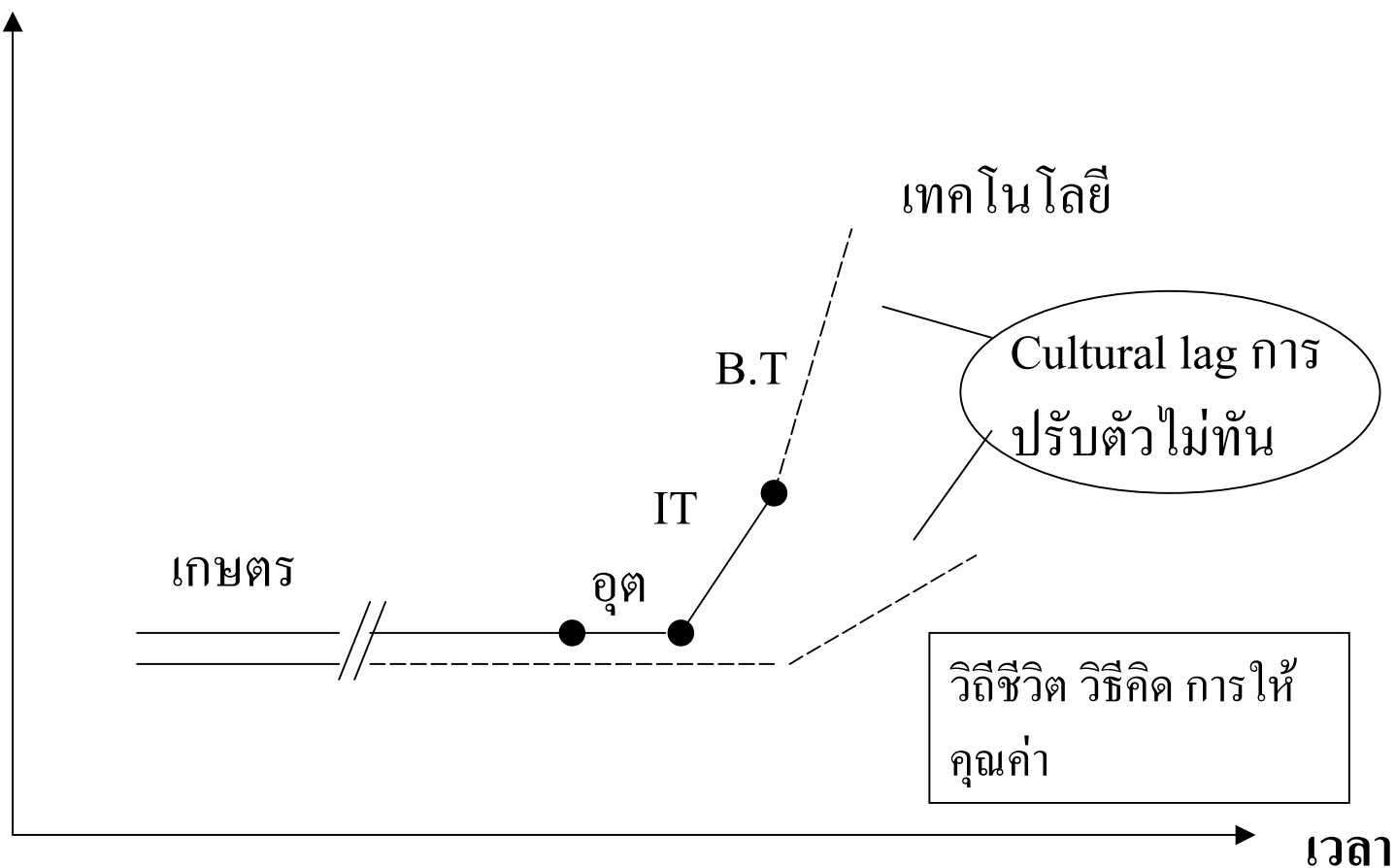
- พัฒนาศูนย์การตรวจสอบ และประกันคุณภาพยา
- ปรับหลักสูตร กระบวนการเรียนการสอน
- การกระจายอำนาจและระบบข้อมูลสองทาง

สรุปรายละเอียดรูปภาพในการประชุมของภาคกลาง ภาคตะวันออกและภาคตะวันตก

	หน้า
1. ภาพจากการบรรยายของวิทยากร (พันเอก นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร)	118
2. ปัจจัยและแนวโน้มของสังคม เศรษฐกิจและระบบสุขภาพ	129
3. นวัตกรรมใหม่ของวิชาชีพเภสัชกรรม	130
4. วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชที่จะตอบสนองวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ	132

อัตราการเปลี่ยนแปลง

Rate of change



[---- 5000 -----] [300] [-80-] [40]

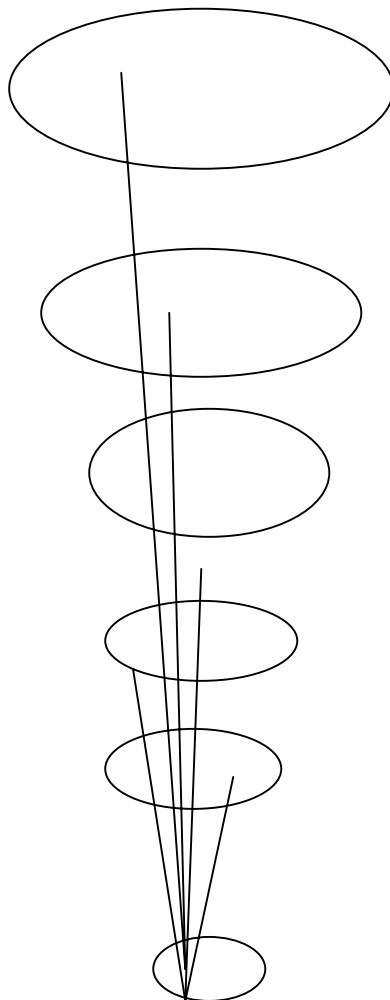
รูปที่ 1

พื้นที่

- รัฐโลก
- รัฐภูมิภาค
- ประเทศ
- ท้องถิ่น
- ชุมชน
- บุคคล

คน

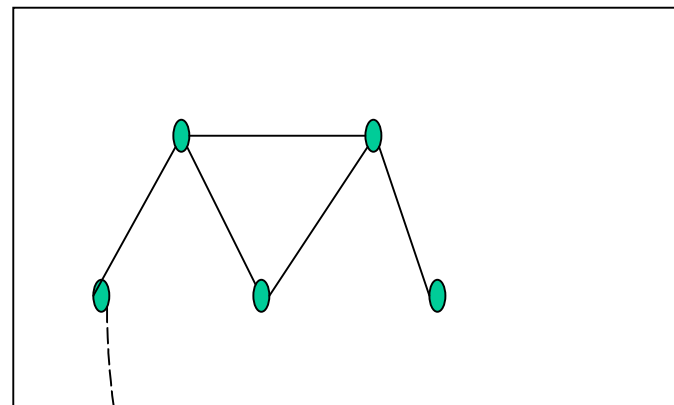
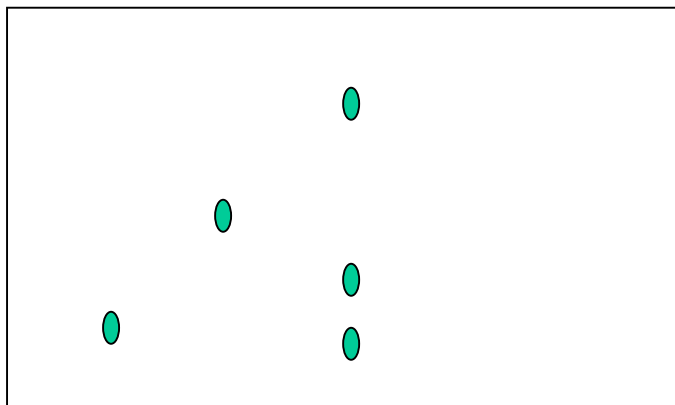
- พลโลก
- พลเมืองรัฐ
- ภูมิภาค
- พลเมือง
- คนท้องถิ่น
- สมาชิกชุมชน
- ปัจเจกชนเสรี



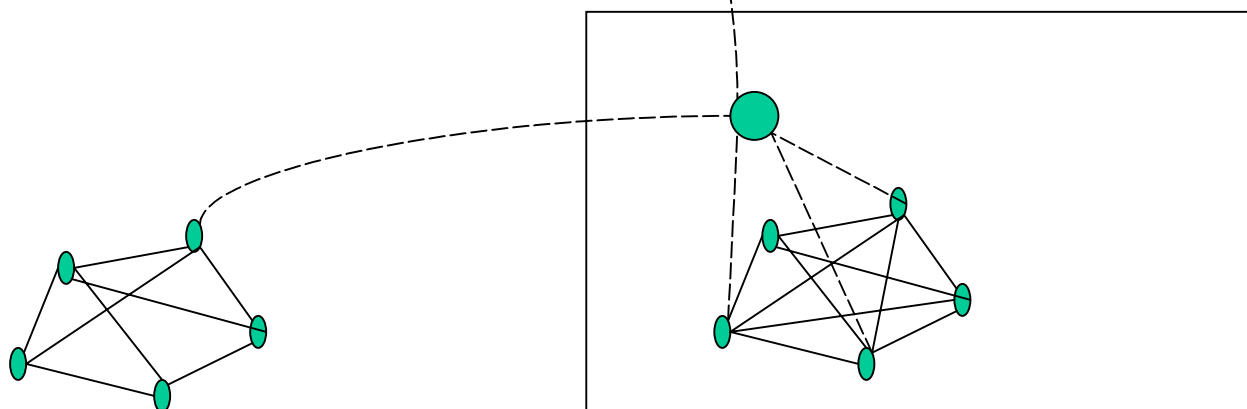
รูปที่ 2

New World Order ระเบียบโลกใหม่

- ประชาธิปไตย
 - เน้นสิทธิมนุษยชน
 - เน้นสิทธิชุมชน
 - กระจายอำนาจ
 - การมีส่วนร่วม
- สะอาดโปร่งใส
- คุณภาพ ประสิทธิภาพ มาตรฐาน
- ลดทหาร อาวุธ
- สิ่งแวดล้อม
- ข่ายข้ามชาติ
- ทุณนิยมโลก ค้าเสรี องค์กรการเรียนรู้ ข่ายข้ามรัฐชาติ (Learning organization)
บรรษัทไร้สัญชาติ

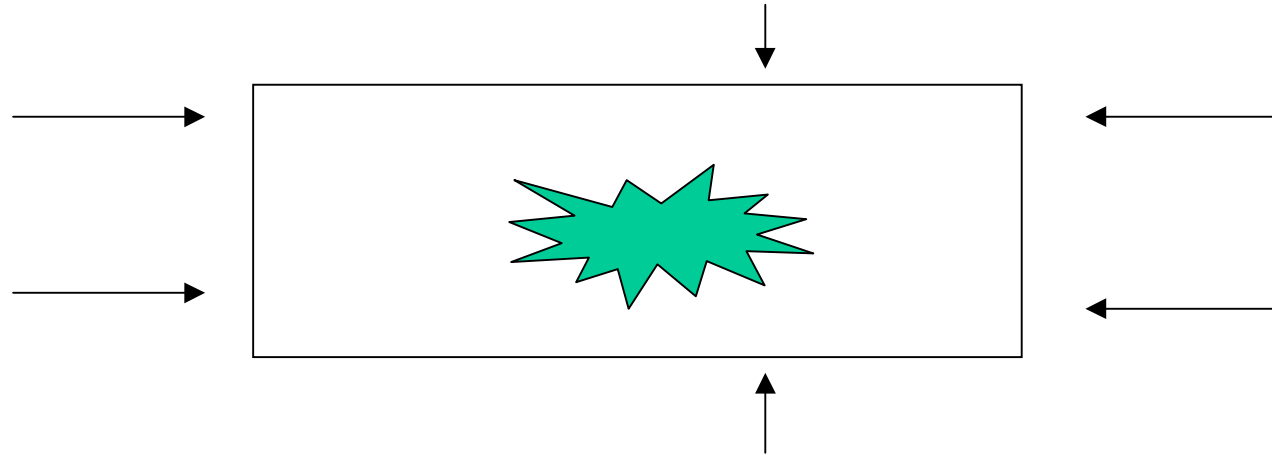


องค์กรสื่อสารเครือข่ายมือถือ



NET

อาณานิคม colonization: Centralization



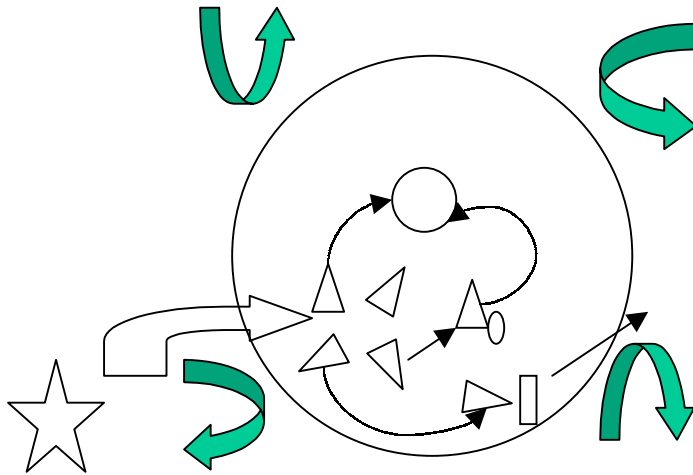
โลกาภิวัตน์ Globalization: Localization



รัฐเล็กไปกับปัญหาใหญ่

รัฐใหญ่ไปกับปัญหาเล็ก

รูปที่ 5



- ระบบภูมิคุ้มกัน คัดกรองเตือนภัย
- ระบบย่อยเป็นของตนเอง
- ระบบสังเคราะห์จากภายใน
- ระบบสังเคราะห์คัดต่อยอดจากภายนอก

ทุนสังคม Social Capital

- ระบบการเรียนรู้
- วิถีชีวิต การให้คุณค่า วัฒนธรรม
- จริยธรรม จิตวิญญาณ
- ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและบริบทใหม่
- การมองจากทัศน์ วิสัยทัศน์
- เอกลักษณ์ สำนักต่าง ๆ
- ภูมิปัญญา ความหลากหลาย

Growth

Harmony

กลมกลืน

บูรณาการ

แยกส่วน

จัดระบบ

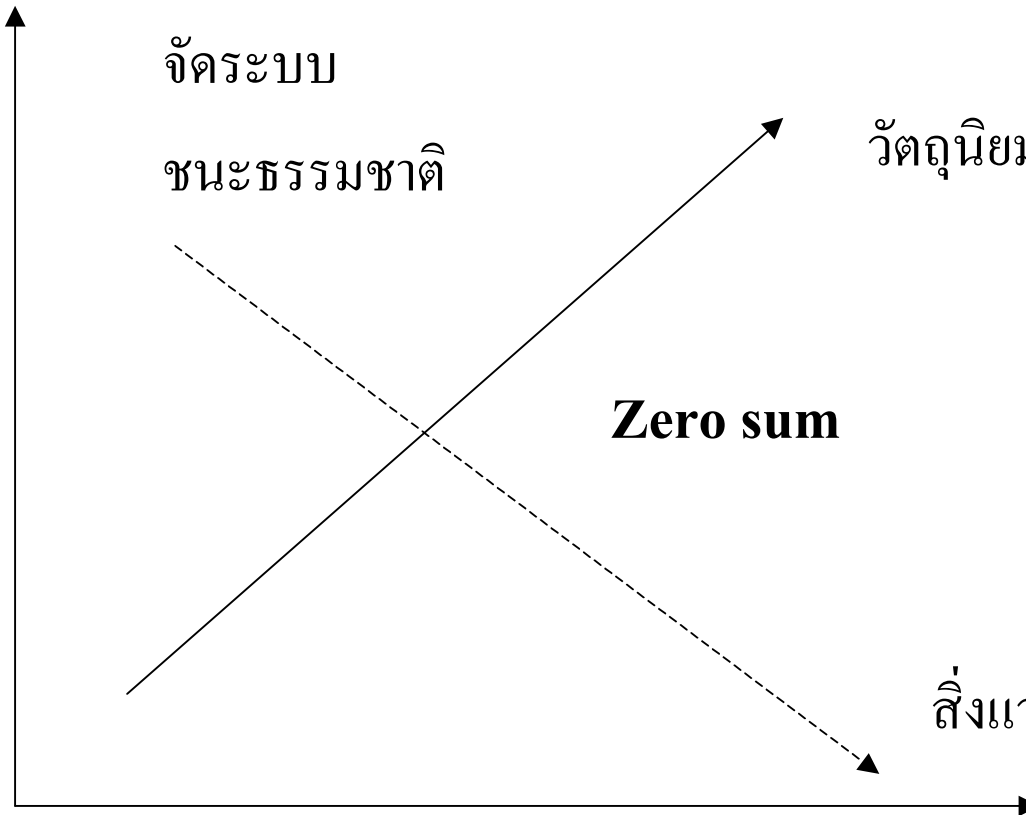
ชนะธรรมชาติ

วัตถุนิยม

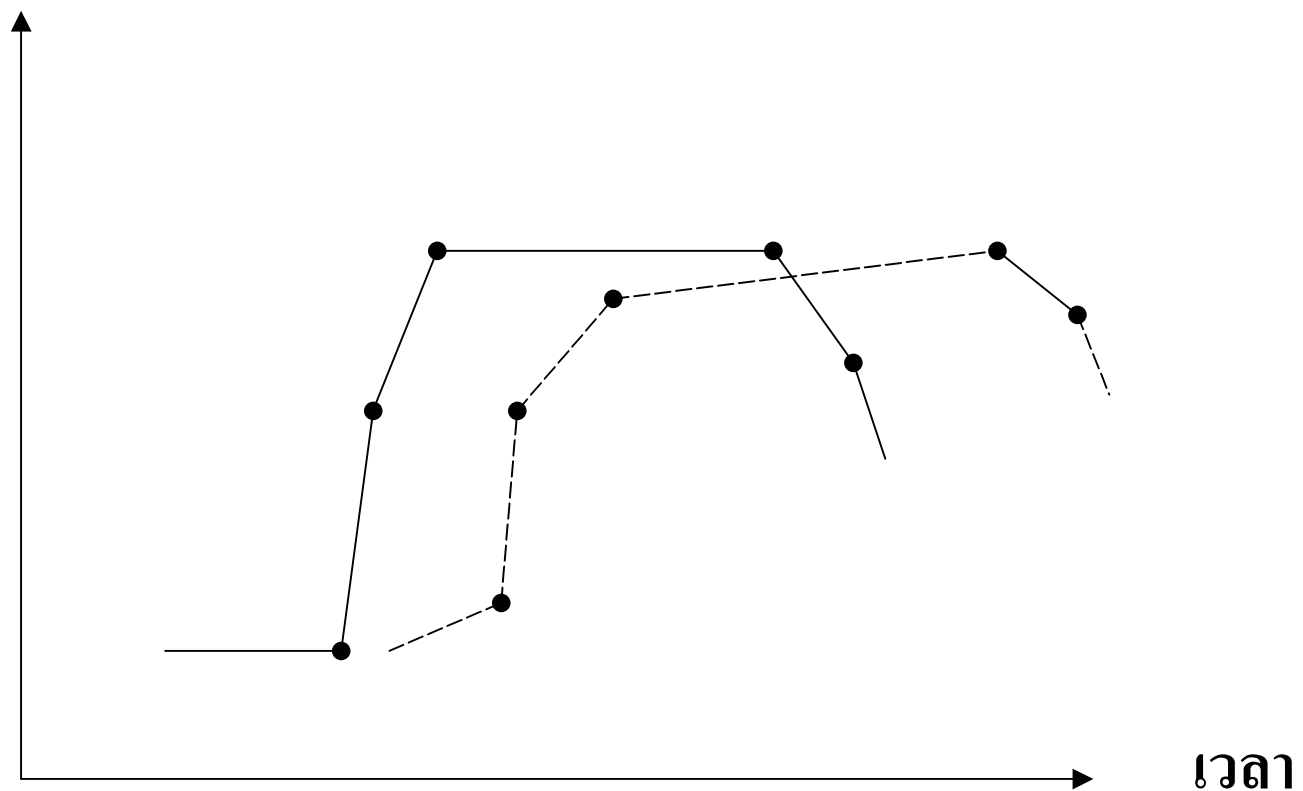
Zero sum

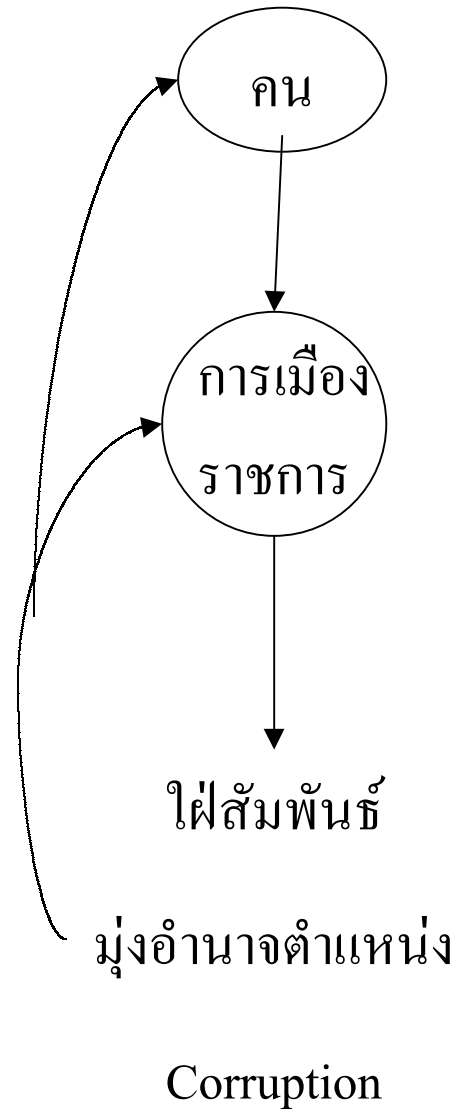
สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม

รูปที่ 8



Rate of Growth





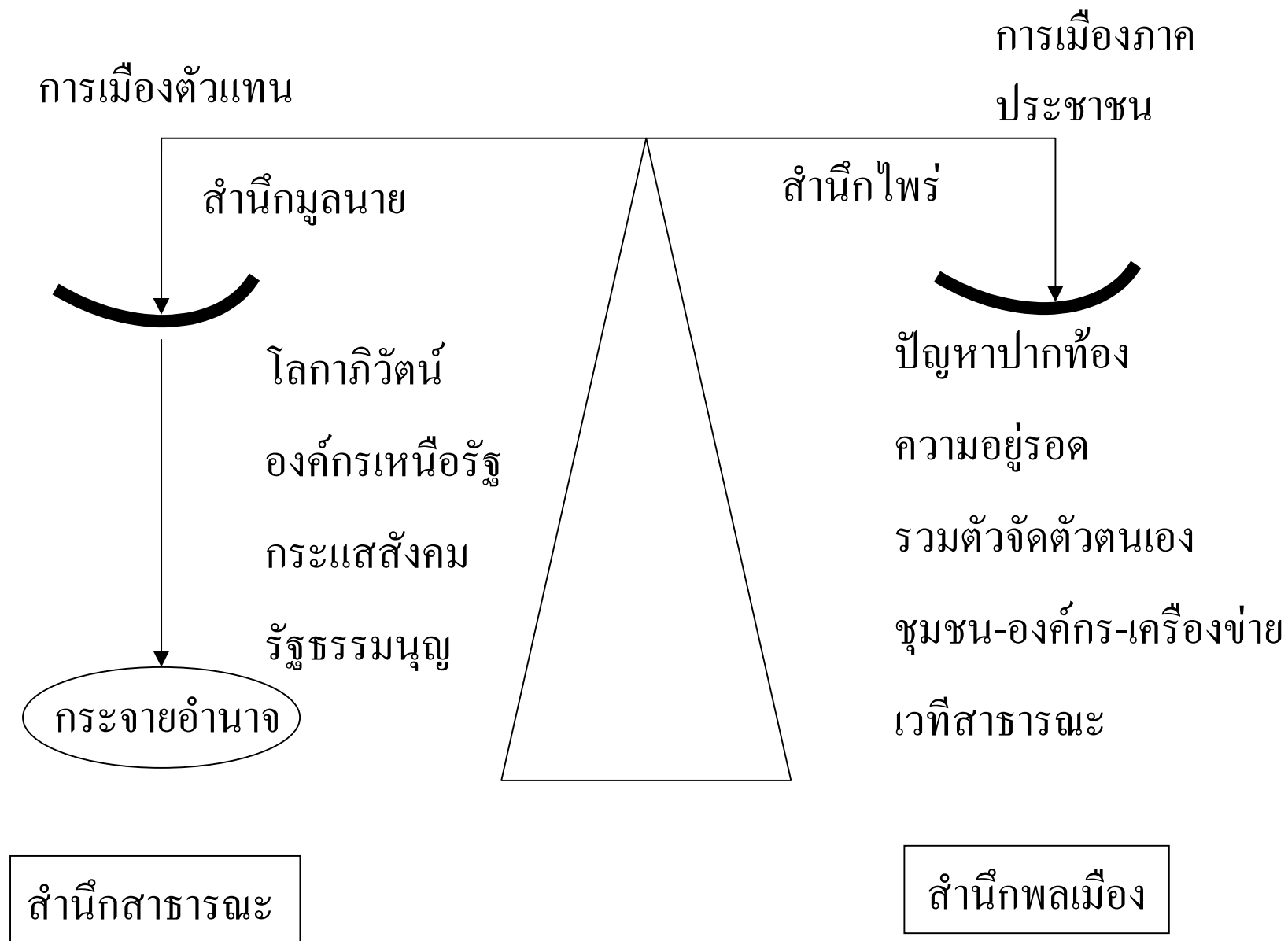
สำนักพิมพ์

อำนาจเงิน

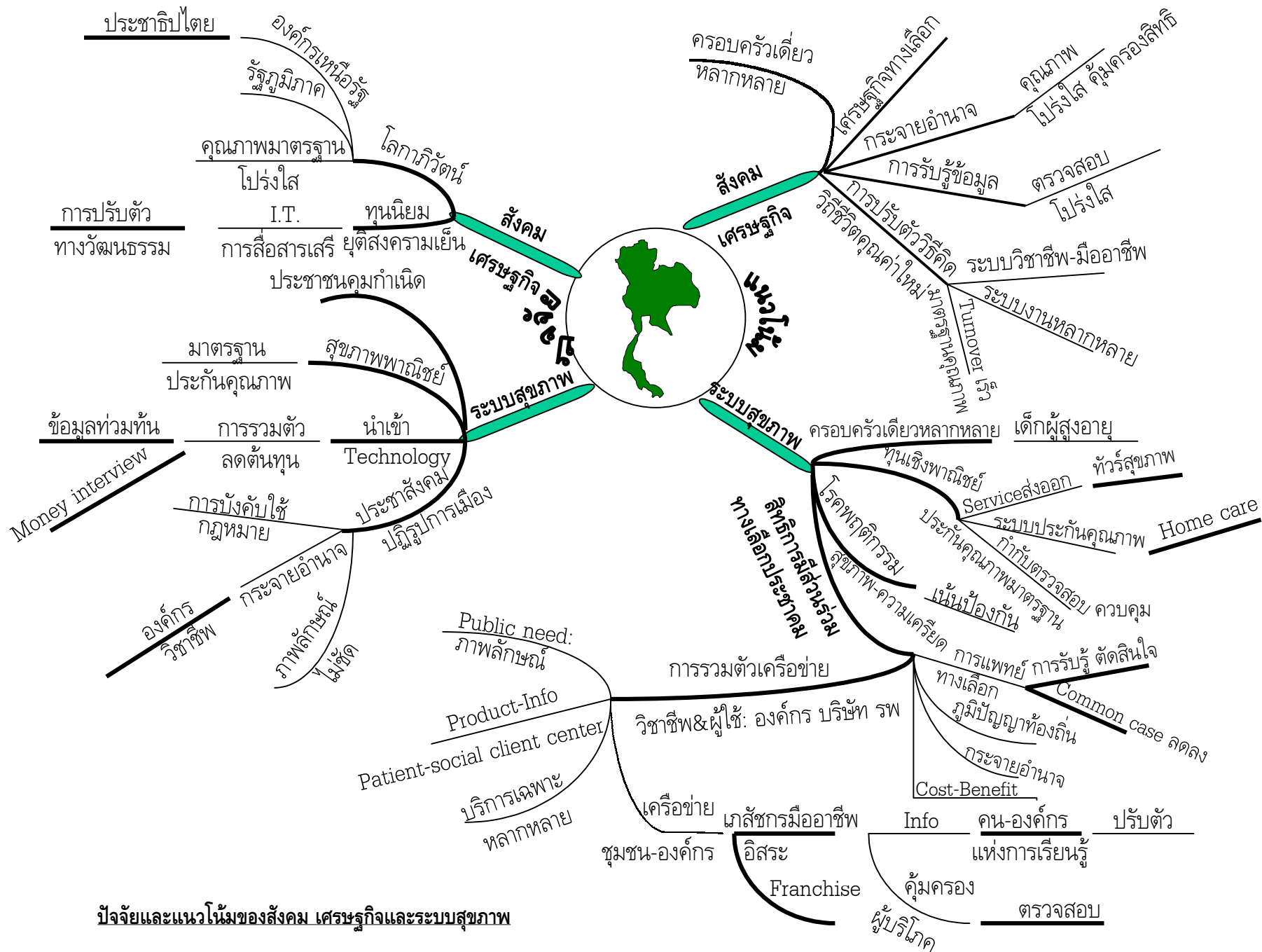
บาร์มี

การไฟรู้, แรงจูงใจไฟสัณพันธ์ต่ำ

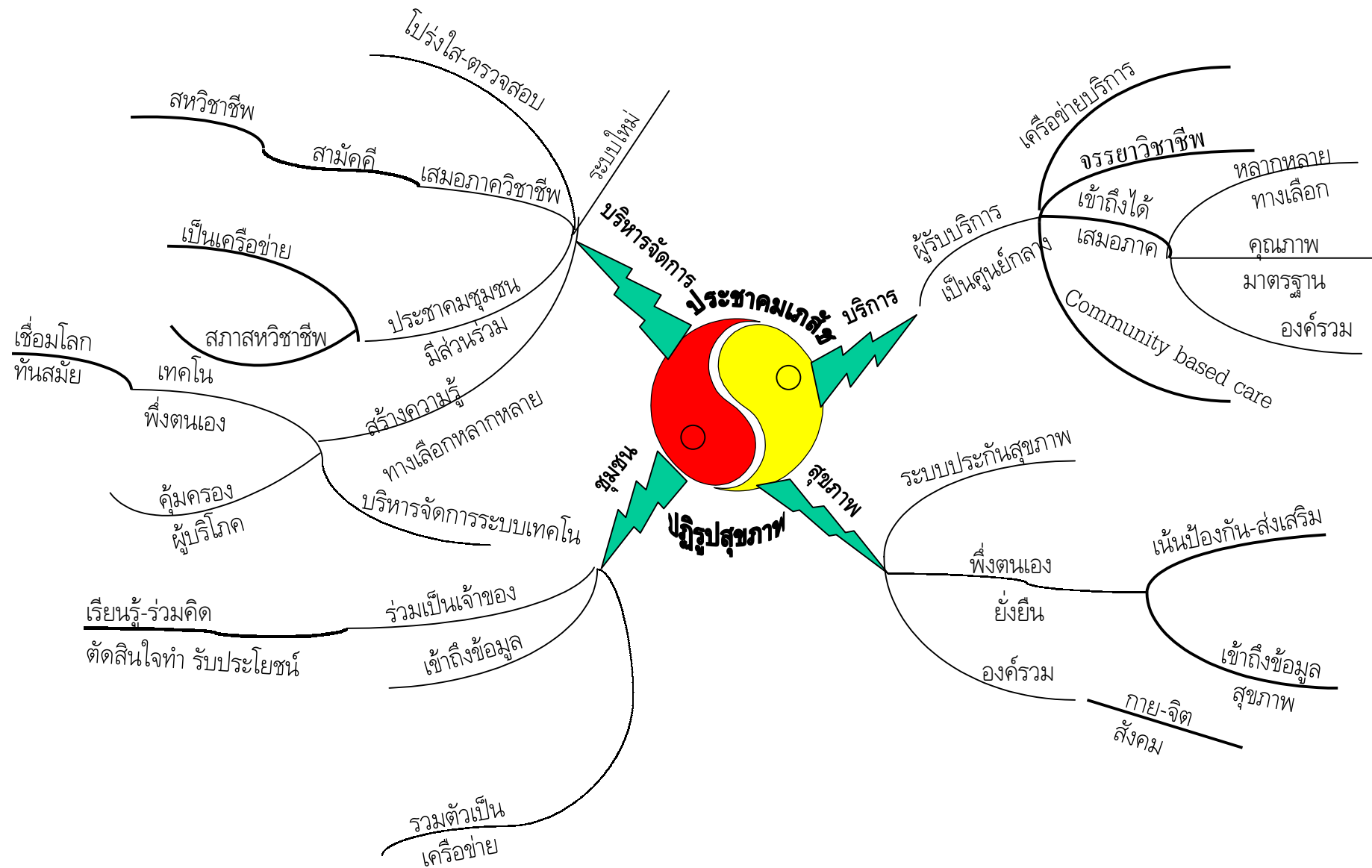
สำนักอุปถัมภ์

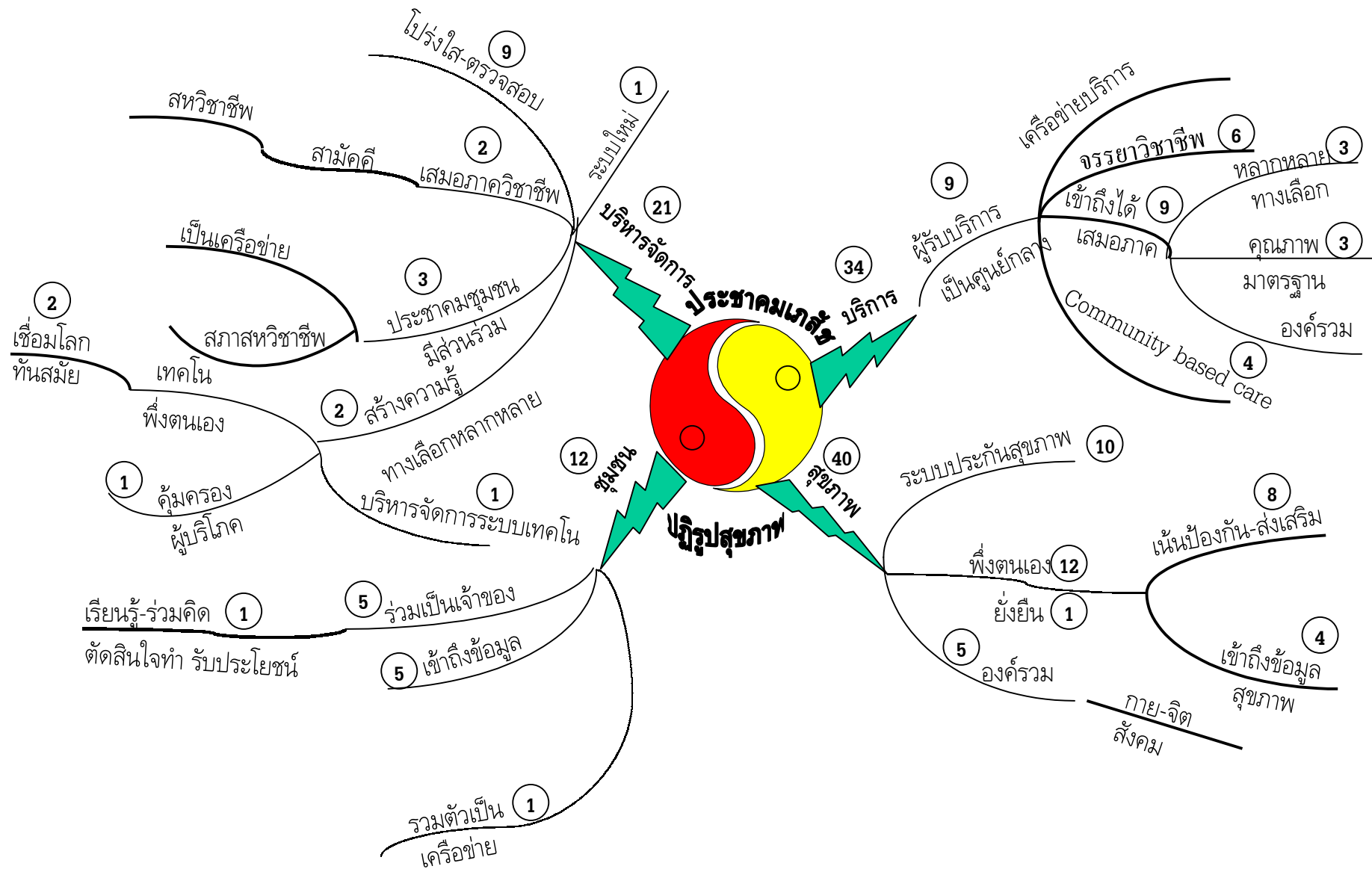


รูปที่ 11

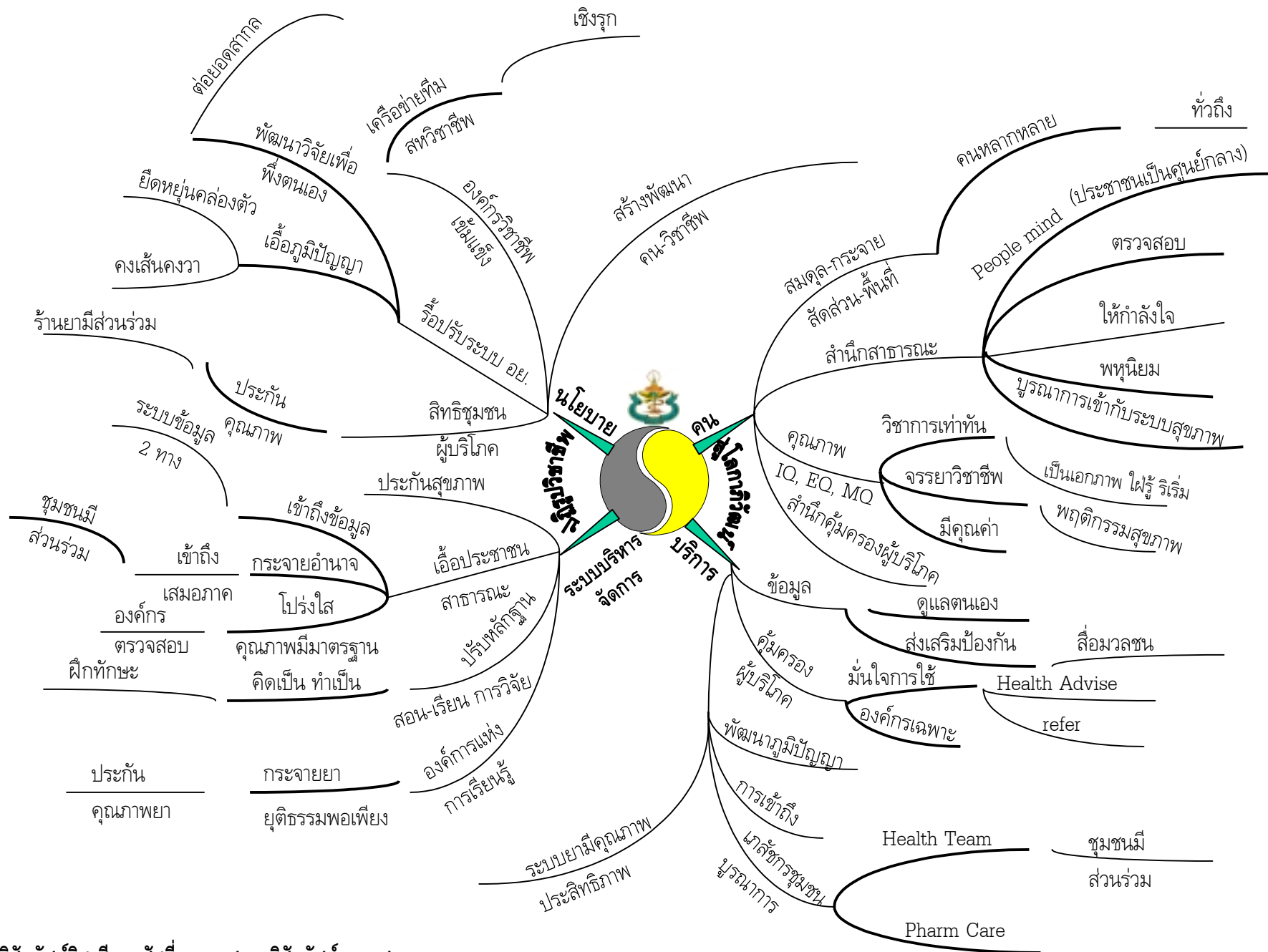


ปัจจัยและแนวโน้มของสังคม เศรษฐกิจและระบบสุขภาพ

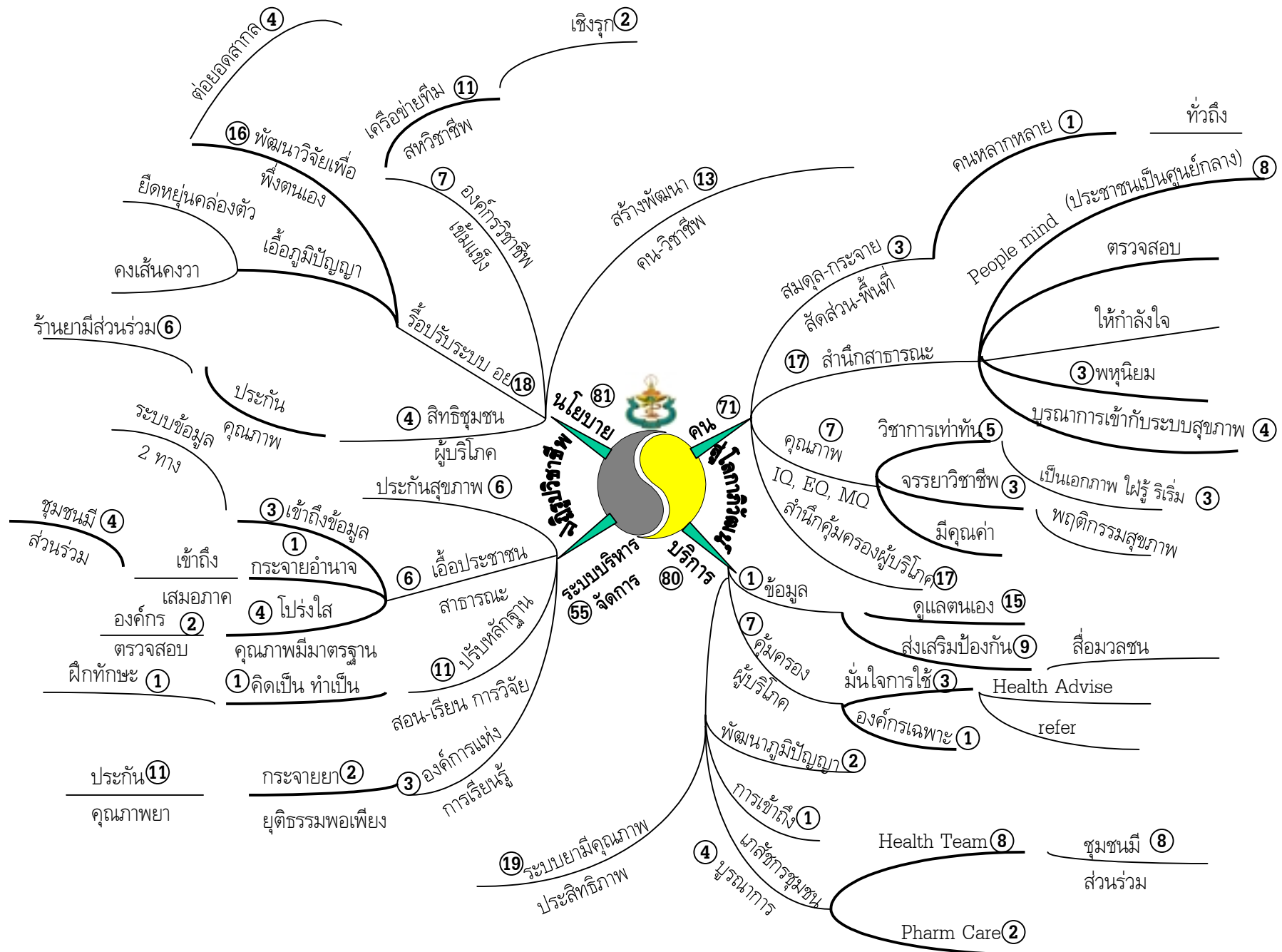




นวัตกรรมใหม่ของวิชาชีพเกษตรกรรม (คะแนนในวงกลม คือ ความสำคัญที่ผู้เข้าร่วมการประชุมร่วมกันให้คะแนน)



วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชที่จะตอบสนองวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ



วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชที่จะตอบสนององวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ (คะแนนในวงกลม คือ ความสำคัญที่ผู้เข้าร่วมการประชุมร่วมกันให้คะแนน)

ภาคผนวก ง

รายงานการประชุม

โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

ภาคเหนือ

	หน้า
รายชื่อคณะทำงาน.....	135
กำหนดการประชุม	136
สรุปความคาดหวังของผู้ที่มาเข้าร่วมการประชุม	137
สรุปความภาคภูมิใจในตนเอง	139
สรุปความเสียใจในวิชาชีพ	141
Time line	143
สรุปการวิเคราะห์ผลกระทบการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ ต่อสังคมไทยและระบบสุขภาพ	143
สรุปวิธีคิดในระบบสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหา	153
สรุปวิธีคิดใหม่ในระบบสุขภาพ	157
สรุปวิธีคิดในวิชาชีพเภสัชกรรมในอดีตและปัจจุบัน	161
สรุปวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพที่อยากเห็น	168
สรุปวิสัยทัศน์ของเภสัชกรที่อยากเห็น	175
ต้นไม้ปัญหา	179
สรุปยุทธศาสตร์สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ	181

รายชื่อคณะกรรมการ

ชื่อ-สกุล	สถานที่ทำงาน	
1. รองศาสตราจารย์ พรทิพย์ เชื้อมโนชาญ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ประธานคณะกรรมการ
2. คุณัญญา บุศยวงษ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	คณะกรรมการ
3. รองศาสตราจารย์ พาณี ศิริสะอาด	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	คณะกรรมการ
4. รองศาสตราจารย์ ลีพร บุรพาเดชะ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	คณะกรรมการ
5. อาจารย์ พกตร์วิภา สุวรรณพรหม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	คณะกรรมการ
6. อาจารย์ ยงยุทธ เรือนหา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	คณะกรรมการ
7. เภสัชกร คทา บัณฑิตานุกูล	ร้านเรือนยา กรุงเทพมหานคร	คณะกรรมการ
8. เภสัชกรหญิง พัชรภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร	55/59 ถ.พระราม 2 กรุงเทพมหานคร 10150	คณะกรรมการ
9. คุณสุรพล ภูเอี่ยม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	คณะกรรมการ
10. คุณบัญชา อุ่นคำ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	คณะกรรมการ
11. คุณสมพร พวงประทุม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	คณะกรรมการ
12. คุณพัชรีญา มหาสิงห์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	คณะกรรมการ

กำหนดการ

“โครงการสังเคราะห์วิชาชีพด้านเภสัชกรรม สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ”
ระหว่างวันที่ 19-21 พฤษภาคม 2543 ณ บ้านกลางดอย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

วันศุกร์ที่ 19 พฤษภาคม 2543

- 15.00 น. รถออกเดินทางจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงบ้านกลางดอย
ลงทะเบียนและเข้าพัก
- 18.00 น. รับประทานอาหารเย็น
- 19.00 น. กระบวนการกลุ่ม “แนะนำตัว และอธิบายการสังเคราะห์วิชาชีพด้านวิชาชีพ”
- 21.30 น. พักผ่อนตามอัธยาศัย

วันเสาร์ที่ 20 พฤษภาคม 2543

- 07.00 น. รับประทานอาหารเช้า
- 08.30 น. ชี้แจงกิจกรรม Future Search Conference (FSC)
- 09.30 น. กระบวนการกลุ่ม “วิเคราะห์ผลกระทบการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจต่อสังคมไทย และระบบ
สุขภาพ”
- 12.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 น. กระบวนการกลุ่ม “วิเคราะห์เป้าหมาย และนวัตกรรมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ”
- 18.00 น. รับประทานอาหารเย็น
- 19.00 น. กิจกรรมกลุ่ม และพักผ่อนตามอัธยาศัย

วันอาทิตย์ที่ 21 พฤษภาคม 2543

- 07.00 น. รับประทานอาหารเช้า
- 08.30 น. กระบวนการกลุ่ม “เภสัชกร และบุคลากรในระบบสาธารณสุข: บทบาทในการปฏิรูปลังคมและระบบสุขภาพ”
- 12.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 น. กระบวนการกลุ่ม “เภสัชกร และบุคลากรในระบบสาธารณสุข: การมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ”
- 16.00 น. สรุปภาพรวมจากการประชุม และเดินทางกลับเชียงใหม่

หมายเหตุ: อาหารว่างบริการในระหว่างการประชุม

โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ (ภาคเหนือ)

สรุปความคาดหวังของผู้ที่มาเข้าร่วมการประชุม

1. การพัฒนาระบบสุขภาพของคนไทย
2. กระบวนการทำงานรูปแบบใหม่
3. แนวทางการทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพ
4. การสร้างเครือข่าย , แลกเปลี่ยนประสบการณ์
5. การมีส่วนร่วมในพระราชบัญญัติสุขภาพ
6. แนวคิดองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
7. พัฒนาศึกษาเชิงเภสัชกรและงานวิจัย
8. การสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่น, หมอเมือง

รายละเอียดของความคาดหวังของผู้ที่มาเข้าร่วมการประชุม

กลุ่มแกงโฮ๊ะ 1

1. แนวทางการจัดระบบคุณภาพชีวิตของคนไทยในอนาคต
2. แผนงานเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขแบบใหม่
3. บริการด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ในภาพรวม
4. พัฒนาระบบสุขภาพของคนไทยดีขึ้น
5. สังคมไทยพึ่งตนเองได้
6. รูปแบบการแก้ปัญหาสาธารณสุข
7. การบริการทางยาแก่ประชาชนอย่างพลิความคาดหมาย
8. การป้องกันโรค แทนการรักษาโรค
9. การทำงานร่วมกันเป็นทีม ด้านสุขภาพเพื่อชุมชน

กลุ่มแกงโฮ๊ะ 2

1. ร่วมคิดทางเดินใหม่ (เรียนรู้ปัญหาสุขภาพในมุมกว้าง)
2. เปิดรับสิ่งใหม่ๆ (แนวคิดคนอื่น)
3. ทราบบทบาทของเภสัชกร-ปฏิรูประบบสุขภาพ (โดยเฉพาะในอนาคต)
4. วิธีการกระบวนการกลุ่ม
5. รู้จักคนอื่น (non-pharmacist)
6. ระดมสมองเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ

7. เห็นการปรับเปลี่ยนระบบสาธารณสุขของภาครัฐ (รับ-รุก)
8. อยากได้ระบบยาของสังคมไทยที่ดีกว่าปัจจุบัน
9. อยากเห็นการพึ่งตนเองของชุมชน
10. อยากมีส่วนร่วมในการนำเสนอ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มแกงโหระ 3

1. แนวคิดเรื่องวินัยในการดูแลสุขภาพ (ตนเอง,สังคม,ประชาชน), องค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพ (อย่างเป็นรูปธรรม) แกสัชกร-ประชาชน
2. ส่วนรวมในการกำหนดทิศทางวิชาชีพ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าประชุม, แบ่งปันประสบการณ์ สะท้อนข้อมูล
4. เรียนรู้แนวทางในเรื่องระบบสุขภาพ
5. สร้างคุณค่าของวิชาชีพต่อสังคม
6. ความคิดเห็นของกลุ่มต่างๆ ต่อระบบสุขภาพ การผสมผสานองค์ความรู้ - ระบบสุขภาพ
7. ภูมิปัญญาท้องถิ่น - วิชาชีพเภสัช (การผสมผสาน)
8. แนวการวิจัยที่ตอบสนองต่อสังคม (Practical ใหม่)
9. แนวทางการแก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชน
10. การปฏิรูประบบสุขภาพบางขั้นตอน ทำได้จริงหรือไม่ ?
11. Concept ของกระบวนการกลุ่ม

กลุ่มแกงโหระ 4

1. มาแสดงความคิดเห็นจัดทำเนื้อหาด้านยาเพื่อสอดคล้องกับสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพของประชาชน
2. สูดอากาศบริสุทธิ์ พักผ่อน คลายเครียด
3. รับรู้เรื่องคนอื่นมากขึ้น
4. ต้องการแนวคิดที่เป็นทางออกเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข
5. อยากทราบการมองปัญหาจากมุมมองอื่น
6. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ
7. อยากทราบสถานการณ์ความเคลื่อนไหวต่างๆ และความคิดที่มีต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ
8. อยากตรวจสอบความคิดตัวเองเรื่องการปฏิรูปและกระแสปฏิรูปต่างๆ ในขณะนี้
9. อยากรู้จักผู้ทำงานด้านเภสัชกรรมหลายๆ ท่าน
10. ต้องการศึกษาทัศนคติของภาครัฐฯ เพื่อเสนอความคิดเห็นของหมอเมือง
11. มุมมองของคณะเภสัชศาสตร์ เพื่อพัฒนาร้านขายยามุ่งไปทางไหน
12. อยากแสดงความคิดเห็นของการมองร้านขายยาของคณะเภสัชศาสตร์ และจะพัฒนานั้นมีความเป็นไปได้มากน้อยแค่ไหน

สรุปความภาคภูมิใจในตนเอง

1. ให้ความรู้กับประชาชนทางด้านยา, สุขภาพ, การพัฒนาคุณภาพชีวิต, คัดกรองผู้บริโภครด้านสาธารณสุข
2. การพัฒนาสังคมและสร้างรายได้
3. ประยุกต์ใช้ความรู้เป็นประโยชน์ต่อประชาชน, สังคม
4. การพัฒนาตนเอง
5. ความเป็นอิสระในวิชาชีพ, คุณธรรม, ซื่อสัตย์
6. สนับสนุนระบบการแพทย์แผนไทย, หมอเมือง
7. ไม่เป็นภาระของผู้อื่น

รายละเอียดความภาคภูมิใจในตนเอง

กลุ่มแกงโห้ะ 1

1. มีส่วนเสริมสร้างความมั่นคงของสังคมแบบล้านนา
2. ช่วยเหลือคนอื่น
3. สุจริตซื่อสัตย์ เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น
4. อิสระ
5. ทำให้ประชาชนรู้จักบทบาทแลัชกรมากขึ้น
6. ให้ความรู้ ความเข้าใจด้านยาแก่ประชาชนด้วยความจริงใจ
7. ความยอมรับและความไว้วางใจ
8. คิดถึงผู้อื่นก่อน
9. เป็นที่พึ่งด้านยาของประชาชน
10. สมญานามที่ได้รับจากประชาชน “หมอเมือง”
11. สร้างศรัทธา

กลุ่ม แกงโห้ะ 2

1. ชุมกิจ
2. เกษตรกรรม-สร้างงาน สร้างรายได้-กับผู้อื่น
3. เกลัชกร-การเข้าถึงประชาชน
4. มีงานหลายๆ แบบ รู้จักผู้รู้ในวงการต่างๆ
5. ได้ช่วยเหลือคนทุกระดับ
6. ที่ปรึกษาให้ประชาชน
7. ทำงานได้หลากหลาย

8. รายได้พอสมควร
9. เป็นอิสระ ชื่อสัตย์
10. สร้างคน แนะนำ
11. วิทยาการ ให้วิทยาทาน
12. ได้พัฒนาความรู้ตลอด การแพทย์แผนไทย จีน-ภาษา
13. เป็นคนดี มีประโยชน์ตัวเองและสังคม
14. เรียนจบ ทหารายได้ ไม่รบกวนพ่อแม่

กลุ่มแกงโฮ๊ะ 3

1. ทำงานตามแบบแผน (ลักษณะงาน ขั้นตอน เวลา) ของรัฐฯ (ข้าราชการ) สุจริต
2. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน
3. สามารถดูแลสุขภาพ (ตนเอง, สังคม) อย่างเป็นรูปธรรม
4. ได้ช่วยเหลือประชาชน, กลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะเรื่องยา บั๊จจัย 4 อาหาร
5. ได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชา
6. ได้ช่วยป้องกันปัญหา, คัดกรองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
7. มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน แม้ว่าจะไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุขโดยตรง
8. ได้ประยุกต์หลักธรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งแก่ตนเอง, ประชาชน ได้เป็นรูปธรรม
9. ทำงานหลายบทบาท, ภาครัฐฯ และเอกชน
10. ทราบแหล่งข้อมูล, ถ่ายทอดได้อย่างถูกต้อง
11. ได้พบปะคนหลายอาชีพ กว้างขวาง (โลกทัศน์กว้าง)

กลุ่ม แกงโฮ๊ะ 4

1. ช่วยให้ประชาชนเข้าใจ มีความรู้ใช้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า
2. ได้แนะนำสั่งสอนแก่บุคคลอื่น
3. สนับสนุนช่วยเหลือ ผู้ทำประโยชน์ต่อสังคม
4. เป็นอาชีพสุจริต สามารถเลี้ยงครอบครัวได้
5. เป็นที่เชื่อถือ ของบุคคลอื่น
6. ช่วยให้ประชาชนได้ใช้ยาที่มีคุณภาพ
7. ช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุปความเสียใจในวิชาชีพ

1. ไม่มีอิสระในด้านวิชาชีพ
2. ขาดความรู้ในอาชีพอื่นบางด้าน เช่น กฎหมาย
3. ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ และให้เกิดการยอมรับ
4. ไม่สามารถพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ
5. การส่งผลกระทบในวงแคบ
6. ไม่สามารถสนองตอบความคาดหวังของประชาชน
7. ขาดการประสานงาน, ทำงานเป็นทีม
8. การนำความรู้ไปใช้ในทางที่ผิด, สวมรอย
9. การเขว่น้ำของเภสัชกร
10. ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของชาวบ้าน
11. ผลของงานไม่คุ้มกับการลงทุน
12. ไม่สามารถพัฒนาให้ระบบยาไทยพึ่งตัวเองได้

รายละเอียดความเสียใจในวิชาชีพ

กลุ่ม แกงโห้ 1

1. อธิบาย ให้ความรู้แล้วไม่ได้รับการยอมรับ
2. การประสานงานกับผู้ร่วมงานไม่ราบรื่น
3. แอบอ้างความรู้หมอมือเป็นธุรกิจและหลอกลวง
4. หมอมือขาดโอกาสการพัฒนาต่อเนื่อง
5. มีผู้ต่อต้านและขัดขวางองค์ความรู้เดิม
6. โดดเดี่ยว ขาดผู้ช่วยเหลือด้านต่างๆ
7. การเป็นคนดีตามอุดมคติ จะขัดแย้งกับอาชีพ
8. ขาดการพัฒนา
9. เภสัชกรเขว่น้ำ
10. ขาดเมตตาธรรม, จรรยาบรรณ
11. ต่างคนต่างทำงาน ไม่ร่วมมือกัน
12. บางคนมองข้ามในความหวังดีของเภสัชกร
13. บางครั้งไม่ได้ทำหน้าที่เต็มที่
14. ไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน

กลุ่มแกงโห้ 2

1. เกล็ดชกรแขวนป้าย – ไม่ได้รับการสนับสนุนโครงการณรงค์เกล็ดชกรไม่แขวนป้าย
2. เกล็ดชกรบางคนนำความรู้ความสามารถใช้ในทางที่ผิด เช่น ขยายชุด โฆษณา Presenter
3. ระบบราชการที่เป็นระบบอุปถัมภ์
4. ไม่สามารถทำได้ตามที่คาดหวัง
5. ผลลัพธ์ในการทำงานไม่คุ้มกับที่ลงทุน.. โดนด่า
6. ไม่สามัคคีเท่าที่ควร ทำอะไรไม่สำเร็จ
7. บางคนพยายามพัฒนาวิชาชีพ บางคนเห็นกับผลประโยชน์ ลิดรอนการพัฒนา
8. ระบบยาของไทยพึ่งพาตัวเองไม่ได้ เสียเงินซื้อ (Import) วัตถุดิบ

กลุ่ม แกงโห้ 3

1. ไม่สามารถนำความรู้ที่มีอยู่ไปปรับ/แก้และถ่ายทอดปัญหาสุขภาพของประชาชน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. ไม่มี Autonomous ต้องอาศัยวิชาชีพอื่น
3. บทบาทในเรื่องยาน้อย, ไม่ครบวงจร
4. ยังคิดนวัตกรรมใหม่ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพไม่ได้
5. ปัญหาการ “แขวนป้าย”
6. ขาดองค์ความรู้ในการทำงานวิชาชีพบางด้าน เช่น กฎหมาย
7. ถูกเข้าใจผิด, มองในแง่ลบ ทั้งที่ตั้งใจ (เจตนา) ดี
8. งานที่ทำมีผลกระทบในวงแคบ

กลุ่มแกงโห้ 4

1. ไม่สามารถทำทุกอย่างได้ครบตามที่ผู้อื่นคาดหวังว่าเราจะทำได้
2. น้อยใจ (ไม่เสียใจ) ที่มีเวลาวางน้อย
3. ไม่ควรเสียใจ และไม่ควรมีใจในวิชาชีพ แต่ควรเสียใจหากตนเองไม่ได้ทำประโยชน์ต่อคนอื่น (กระป๋องที่ใจ)
4. ไม่เคยเสียใจ
5. ขาดการประสานระหว่างหน่วยงานทางสาธารณสุข (ระบบไม่ดี)

Time Line

1. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองของโลกและแนวโน้มรวมทั้งเทคโนโลยี
2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองของไทยและแนวโน้ม
3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของคนไทย และระบบสุขภาพ และแนวโน้ม
4. การเปลี่ยนแปลงการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม และแนวโน้มในไทย
5. วิถีชีวิต วิถีคิดของคนไทย และผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม
6. การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิตของท่าน

การวิเคราะห์สถานการณ์ตาม Time line

1. สรุปการเปลี่ยนแปลงของโลก ไทย และแนวโน้ม
2. การเปลี่ยนแปลงของโลก กระทบต่อประเทศไทยอย่างไร ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มอย่างไร
3. สรุปการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและแนวโน้ม มีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของโลกและสังคมไทยอย่างไร
4. การเปลี่ยนแปลงในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม และแนวโน้ม มีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของโลก และไทยอย่างไร
5. สรุปวิถีชีวิต วิถีคิด ของคนไทย และผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม ที่เป็นปัญหาต่อระบบสุขภาพไทย และแนวโน้ม
6. สรุปประเด็นสำคัญของการเปลี่ยนแปลงชีวิตของแต่ละคน การเปลี่ยนแปลงของโลก ไทย และวิชาชีพเภสัชกรรม จะกระทบต่อชีวิตของท่าน ครอบครัว ชุมชนอย่างไร

สรุปการวิเคราะห์ผลกระทบการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจต่อสังคมไทยและระบบสุขภาพ

I. ปัจจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมี 3 ประเด็น

1. ด้านสังคมเศรษฐกิจ
2. ระบบสุขภาพ
3. วิชาชีพเภสัชกรรม

ด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่

- การเมือง มีการแบ่งแยกเป็น 2 ฝ่าย, มีการใช้กำลัง
- ครอบครัว
 - มีความห่างเหิน ไม่อบอุ่น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต
 - ขาดความยึดเหนี่ยวทางศาสนา
 - มีกระแสสังคมนิยม

- มีระบบฟุ้งเฟ้อ เกิดการแก่งแย่งทรัพยากร เห็นแก่ตัว
- มุมมองเป็นแบบแยกส่วน
 - มองแค่เปลือกนอกไม่ถึงแก่น
 - ขาดการผสมกลมกลืนกับวัฒนธรรม
- การปฏิบัติเขี้ยว
 - มีการเปลี่ยนแปลงระบบสารสนเทศ
 - ไม่มีการกลั่นกรองข้อมูล
 - มีการปกปิด/บิดเบือนข้อมูล

ระบบสุขภาพ ได้แก่

- การมองสุขภาพเป็นสินค้าเชิงพาณิชย์ ทำให้
 - มีการพัฒนาเทคโนโลยีด้านยา, ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น
 - มีการใช้ยาฟุ่มเฟือย
 - มีการกำหนดโดยกลุ่มทุน
- ระบบการเมืองไม่เอื้ออำนวย-มีการครอบงำด้านบังคับบัญชา
- ความเห็นต่างจากธรรมชาติ ชีวิตสังคมเมืองไม่สมดุล ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น
- ขาดความรู้ ไม่กลั่นกรอง/วิเคราะห์ข้อมูล จึงถูกหลอกลวง
- เน้นการรักษา มีการพึ่งแพทย์และ ระบบบริการของรัฐ, ขาดการพึ่งตนเองของคนท้องถิ่น

วิชาชีพเภสัชกรรม

- ทุนผูกขาด/บริษัทข้ามชาติ มีบริโภคนิยม/วัตถุนิยม-ซึ่งนำไปสู่การทุจริตยา ขาดคุณธรรม จริยธรรม
- แขนงป้าย
- ระบบสารสนเทศ มีการลอกเลียนแบบตะวันตก
- ไม่มีการเรียนรู้ต่อเนื่อง
- ความไม่ชัดเจนในวิชาชีพ - เภสัชกรเก็บตัวในสังคมกลุ่มแคบๆ ไม่แสดงบทบาท ถูกครอบงำโดยทุนนิยม

II. แนวโน้ม

แนวโน้มที่เกี่ยวข้องมีประเด็นต่างๆ ดังนี้

● การเมือง

- เป็นระบบสังคมนิยมน้อยลง มีประชาธิปไตยและมีส่วนร่วม
- สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับองค์กรระหว่างประเทศ, WHO เกิดทุนนิยมครอบงำ

● สังคมเศรษฐกิจ

- สังคม
 - เป็นวัฒนธรรมผสมผสาน ไร้ขอบเขต และเป็นแบบมีส่วนร่วม
 - รู้จักสิทธิผู้บริโภค
 - ครอบครัวยุคใหม่เป็นแบบครอบครัวเดี่ยว ความเป็นโสดมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต

- เป็นปัจเจกบุคคล

เศรษฐกิจ

- ในส่วนอุตสาหกรรม จะมีเรื่อง GMO และ IT เกี่ยวข้องมากขึ้น
- ทุนนิยม เป็นแบบบริษัทข้ามชาติ, มีการ Take over, merging, franchise เกิด chain store, monopoly

● ระบบสุขภาพ

- การปฏิรูประบบสุขภาพ - มีการเพิ่มบุคลากรด้านการป้องกัน
 - เป็นแบบองค์รวม คำนึงถึงกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ
 - การเข้าถึงการบริการ
 - จัดระบบเป็นเชิงรุก
- มีการเจ็บป่วยใหม่ ๆ เกิดขึ้น เช่น อุบัติเหตุ, AIDS, โรคไม่ติดต่อ
- ทางเลือก - จะพึ่งตนเอง (self care) มีการพึ่งแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขน้อยลง
 - เน้นธรรมชาติ เช่น การใช้สมุนไพร, การแพทย์แผนไทย
- ข่าวดัง - Globalization มี E-commerce
- คิดเป็น เลือก และกลั่นกรอง มีการสร้างและพัฒนาภูมิปัญญา, มีส่วนร่วมของชุมชน
- ค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้น - มีการประกันสุขภาพ เกิดการดูแลสุขภาพพื้นฐาน, การรักษาสุขภาพ และส่งเสริมและสร้างสุขภาพ
- ถูกกำหนดด้วยองค์ระหว่างประเทศ - ลิขสิทธิ์ผูกขาดในมาตรฐานการรักษาและระบบการรักษา

● วิชาชีพเภสัชกรรม

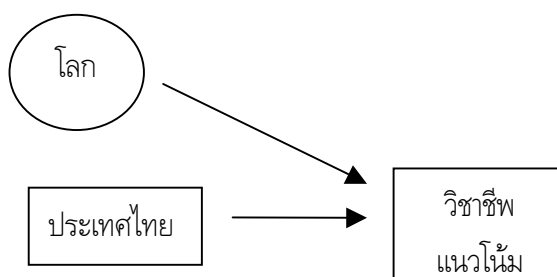
- communication skill เป็นสิ่งสำคัญ
- มาตรฐานวิชาชีพดีขึ้น - ลดการเขว่นป้าย
 - องค์ความรู้หลากหลาย สนับสนุนแพทย์พื้นฐานให้มีมาตรฐานการผลิตดี
 - ความชำนาญเฉพาะทาง เช่น Clinical pharmacy
- ร้านยาสู่ชุมชน - ให้มี Primary care โดยมีมีส่วนร่วมของชุมชน เน้นการลดช่องว่างการบริการเภสัชกรรม และรู้จักเรื่องคุ้มครองผู้บริโภค
- การทำงานเป็นทีม ให้มีสถาบันรับรองคุณภาพ
- ลดระบบซ้ำซ้อน
 - เพื่อลดงบประมาณ
 - ทำให้ลดการบริโภคยา
 - มีการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมมากขึ้น
- มีการตรวจสอบ เพื่อความยุติธรรมและโปร่งใส
- มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่
- มีเครือข่ายข้อมูลข่าวสาร

รายละเอียดการวิเคราะห์ผลกระทบการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจต่อสังคมไทยและระบบสุขภาพ

กลุ่มแกงโฮ๊ะ 1 สรุปการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและแนวโน้ม มีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของโลกและสังคมอย่างไร

1. สุขภาพถูกมองเป็นสินค้าของธุรกิจ
2. ชีวิตทางเห็นธรรมชาติมากขึ้น
3. มีโรคที่เกิดจากพฤติกรรม (วิถีชีวิต) จากยาทำ, หมอทำ
4. ประชาชนถูกสอนให้พึ่งแพทย์/โรงพยาบาล
5. วิถีชีวิตใหม่, สภาพสังคม, ครอบครัวยุคความอบอุ่นในบ้าน นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต
6. ระบบข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้นมาก ประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขได้กลิ่นกรองข้อมูล จึงนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพ
7. อายุเฉลี่ยมากกว่า จากอะไร Primary care มากขึ้น? Technology มากขึ้น? Drug ?
8. แม้อายุจะมากขึ้น สุขภาพจิต และกายไม่ดีขึ้น
9. ทุกองค์กรในสังคม ตื่นตัวเพื่อทำงานร่วมกันในเรื่องสุขภาพ และมีการตรวจสอบซึ่งกันและกัน
10. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น จะส่งผลให้ประชาชนเริ่มหันมาพึ่งตนเอง
11. ระบบประกันสังคม (ด้านสุขภาพ) ไม่เอื้ออำนวยให้ผู้ประกันไปใช้บริการ ผู้ประกันจึงรู้สึกว่าจะต้องจ่ายเงิน 2 ทาง (จ่ายเอง, จ่ายเข้าระบบ)
12. ระบบประกันสุขภาพ ควรให้ความสำคัญ ด้านการป้องกันโรคด้วย
13. การสื่อสารที่รวดเร็วและเข้าถึงทุกที่ มักจะแฝงด้วยผลประโยชน์
14. โลกาภิวัตน์ ประชาชนถูกครอบงำด้วยวัฒนธรรมการบริโภค, การใช้ชีวิต, ค่านิยมที่แตกต่างจากสังคมไทย
15. เน้นประชาชนให้รู้จักเลือก, พิจารณา ข้อมูล
16. การศึกษาไม่สอนให้คนรู้จักคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจบนเหตุผล ท่ามกลางบนโลกแห่ง IT, Westernizationism
17. ความศรัทธาในบุคคลหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งอยู่เหนือเหตุผล
18. เรามักมองแต่เปลือกนอก ไม่สนใจแก่นแท้
19. กระบวนการคิดพิจารณา (วัตถุนิยม, ผลประโยชน์ ขาดความผิดชอบต่อส่วนรวม, คิดเฉพาะหน้า
20. ประชาชนจำนวนหนึ่ง (ประมาณ 30%) ขาดหลักประกันด้านสุขภาพ

กลุ่ม แกงโฮ๊ะ 2 การเปลี่ยนแปลงในการประกอบวิชาชีพเภสัช และแนวโน้ม มีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของโลก และไทยอย่างไร



2. การเปลี่ยนแปลงของโลก,ไทย ส่งผลถึงวิชาชีพเภสัชกรรม และแนวโน้ม

โลก

- เปลี่ยนจากทุนนิยม (เจ้าของไม่กี่คน) (ผูกขาดท้องถิ่น) ทำให้บรรษัทระหว่างประเทศ (รวมทั้งโลก) รวมบริษัท (Merging) ใหญ่ๆ รวมกันเข้า (Take over)
- คนหลงใหลวัตถุนิยม ส่งผลให้หลงใหล
- ระบบการเมือง ดูแลการค้าทั้งโลก (WB, WHO, ADB, IMF)
- การล่มสลายของระบบสังคมนิยม (ทุนนิยมผูกขาดมากขึ้น)
- ระบบสารสนเทศ (computer, internet, e-commerce)
- ระบบลิขสิทธิ์-ผูกขาด มีคนคิด (ทั้งโลก) คิดแทนคนทั้งโลก คนท้องถิ่นหมดความสำคัญ ลดการพึ่งตนเอง

ไทย

- รับการเปลี่ยนแปลงจากตะวันตก, องค์การของโลก
 - ♣ ระบบระดมเงินทุน
 - ♣ การศึกษา
 - ♣ การสาธารณสุข
 - ♣ Technology
- ระบบความคิดของคนไทยถูกครอบงำจากตะวันตก

เน้นการรักษามากกว่าการป้องกันและส่งเสริม
- จากการแพทย์พื้นบ้าน, สมุนไพร (ถูกแย่งไปจดลิขสิทธิ์) แพทย์ตะวันตก →

การดูแลตนเอง → สุขภาพให้บุคลากร การแพทย์ดูแล
- วิถีชีวิตเปลี่ยน
 - ♣ อาหารการกิน (Fast Food)
 - ♣ สุขภาพ (โรคไม่ติดต่อ (NCD))
- ระบบประกันสุขภาพ

การปฏิรูประบบสาธารณสุข
- หมอเป็นหัวหน้าทีม ตรวจวินิจฉัย และขายยา

แนวโน้มด้านดี

- มาตรฐานดีขึ้น : รับแนวคิด, ความรู้จากตะวันตก
- Product oriented : มองเห็น พิจารณา “ยา”

แนวโน้มด้านเสีย

- ถูกครอบงำมากเกินไป
- ทุจริตยา: ทุนนิยม

- มีบริษัทเกี่ยวกับยาข้ามชาติ : Boots, chain-store : อำนจการเงิน (ร้านยาเล็กๆ ในชุมชนในชนบทเพิ่มขึ้นในชุมชนเล็ก
- ขยายเสียง, ขยายสิทธิ์, หน้าที่ของเภสัชกร
- มีการเรียนการสอนที่เฉพาะทางมากขึ้น : พึ่งพาตัวเอง
- ร้านยาในชุมชนมีส่วนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นมากขึ้น

แนวโน้ม

- การบรรจุ, การเพิ่มบุคลากร ไม่สอดคล้องกับการรักษามากกว่าการป้องกัน
- Holistic
- เภสัชกรต้องเพิ่มทักษะด้านคนและสังคม : Globalization ข้อมูล, ข่าวสาร
- การปฏิรูปสุขภาพเปลี่ยนตามระบบการเมือง (รัฐบาล)
- มีส่วนร่วมในการแพทย์พื้นบ้านมากขึ้น
- มีการตรวจสอบการทำงานจากสังคมมากขึ้น

กลุ่มแกงโธ๊ะ 3 วิถีชีวิต วิถีคิดของคนไทย และผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม ที่เป็นปัญหาต่อระบบสุขภาพไทยและแนวโน้ม

วิถีชีวิต วิถีคิด

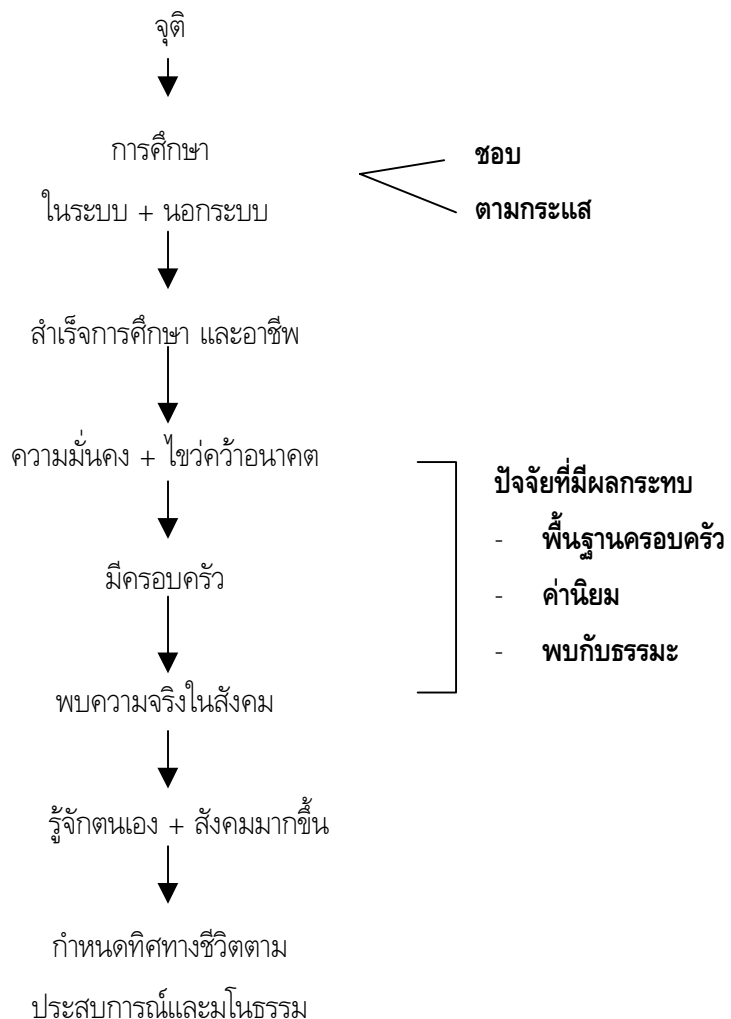
ทั่วไป	เภสัช
- พึ่งพาเทคโนโลยี	- คิดแต่เรื่องยา ไม่มอง “สุขภาพ” โดยรวม
- ออกห่างจากธรรมชาติ	- คุณธรรม จริยธรรม
- การมองแบบแยกส่วน	- เภสัชกรไม่ได้แสดงบทบาท/คุณค่า
- ขาดความรู้ในการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสม	- อยู่ในกระแสทุนนิยม
- ขาดการวิเคราะห์, บริโณคนิยม, พฤติกรรมตามกระแสสังคม, ฝรั่ง	- ระบบอุปถัมภ์จากบริษัท จากบริษัทฯ ผู้สั่งใช้ยา, ใช้ยาฟุ่มเฟือย
- พึ่งพาระบบบริการของรัฐมาก ขาดการดูแลสุขภาพโดยตนเอง (ละเลย Preventive, Promotion)	- เดิม เลือกใช้แต่ยาราคาถูก ไม่เน้นคุณภาพ
- ถูกครอบงำโดยกระแสทุนนิยม ทั้งประชาชนและผู้ประกอบวิชาชีพ	- ขาดการแสวงหาความรู้
- ละทิ้งภูมิปัญญาท้องถิ่น	- ลอกแบบความรู้/ระบบ ทั้งการศึกษา การประกอบวิชาชีพจากต่างประเทศ (ไม่เหมาะสมกับไทย/สร้างปัญหา)
- ประชาชนขาดความมั่นใจในองค์ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ	

แนวโน้ม

1. คำนึงถึงสิทธิในฐานะผู้บริโภค
 - 1.1 การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Equity/Accessibility)
 - 1.2 พึ่งตนเองมากขึ้น จากรากฐานภูมิปัญญาเดิม โดยมีการศึกษาวิจัยอย่างมีส่วนร่วมมารองรับอย่างเป็นระบบ
 - 1.3 มองสุขภาพแบบองค์รวมในหลายมิติ สุขภาพเชิงรุก (ป้องกัน/ส่งเสริม)
 - 1.4 ใช้แนวทาง “ประชาคมสุขภาพ” สร้างจิตสำนึก/คุณค่า แก่ตนเองและสังคม
 - 1.5 สังคมที่นำมา ข้อมูลข่าวสาร มาวิเคราะห์ สร้างภูมิปัญญา, แนวปฏิบัติ, สุขภาพ
2. มีระบบ/สถาบัน ที่กำหนดแนวโน้ม/ทิศทางของวิชาชีพให้ตอบสนอง/รับใช้สังคม
 - 2.1 ทำงานเป็นทีมสุขภาพ

กลุ่ม แกงโธ๊ะ 4 ประเด็นสำคัญของการเปลี่ยนแปลงชีวิตของแต่ละคน

- การเปลี่ยนแปลงของโลก, ไทย
วิชาชีพเภสัชจะกระทบต่อชีวิตของท่าน ครอบครัวชุมชนอย่างไร ?



การเปลี่ยนแปลงของโลก, ไทย และวิชาชีพเภสัช, กระทบต่อท่าน ครอบครัว อย่างไร ?

- โลก, สังคมไทย วิธีชีวิต, ความคิด, สิ่งแวดล้อมและสังคม, ชุมชน (ปัจเจกอ่อนแอ รูปแบบชุมชนใหม่ (วัตถุนิยม) และปัญหาสังคมเพิ่มขึ้น

- วิชาชีพเภสัช สุขภาพ, บริโภคอาหารและยา

ครอบครัว

เดี่ยว

เล็กลง

ห่างเหิน, แยกแยก

คนทำงานหนักขึ้น, บทบาทเพิ่มขึ้น

อุตสาหกรรม, ตลาดยา

วิชาชีพเภสัชฯ

- มีบริการมากขึ้น ในโรงพยาบาลมากขึ้น
- การเข้าถึงง่ายขึ้น
- ยา สินค้า ผลิตภัณฑ์ การกระจายยา, การตลาดยา และผู้บริโภค
- ช่องว่างเภสัชกรกับชาวบ้านน้อยลง
- ความรู้ในด้านการใช้ยามากขึ้น
- การบริโภคยาที่เกินจำเป็นมากขึ้น
- อาหารเสริมมีมากขึ้น
- การพึ่งตนเองด้านยามีน้อยลง
- สุขภาพถูกทำให้เป็นสินค้า, แยกส่วน
- ระบบขายตรงมีบทบาทต่อพฤติกรรมบริโภคยา
- บทบาทเภสัชกร

กลุ่มแกงโหระ 5 การเปลี่ยนแปลงของโลก ไทยและแนวโน้มน

1. ด้านสังคม

โลก	เดิม	แนวโน้มน
	เรียบง่าย	แก่งแย่ง
ไทย	ใช้ทรัพยากรไม่มาก	ช่วงชิง
		กอบโกย
	มีขอบเขตแน่นอน	ผู้มีความรู้ใช้ความรู้แสวงผลประโยชน์
	วัฒนธรรมชัดเจน	ไม่มีขอบเขต
	จากพึ่งพาตนเอง	วัฒนธรรมผสมผสาน
		แก่งแย่ง/พาณิชย์
		ทำเพื่อความร่ำรวย
		การพึ่งตนเองล้มเหลว
	ครอบครัวย้าย	ครอบครัวย่อย
		ปัจเจกบุคคล
	วัฒนธรรมไทย	ถูกกลืน

2. ด้านเศรษฐกิจ

โลก	เกษตรกรรม	อุตสาหกรรม-เทคโนโลยี-Biotechnology
		วัตถุนิยม
		บริโภคนิยม
		ทุนนิยม

สรุปการเปลี่ยนแปลงของโลก สังคม และแนวโน้ม (กลุ่มแก๊งค์ 5)

ปัจจัย	ทางสังคม และเศรษฐกิจ	- การพัฒนาทางเทคโนโลยี - ฟังฟังทุนนิยม - ปัญหาครอบครัว - ข้อมูลข่าวสาร-ไม่กลั่นกรอง/มีการปกปิด
	ระบบสุขภาพ	- ทุนข้ามชาติเข้ามากำหนด - เชิงพาณิชย์ - ขาดสมดุล ธรรมชาติ - ฟังระบบสุขภาพ ค่าใช้จ่ายมากขึ้น
	วิชาชีพเภสัชกรรม	- บริษัทข้ามชาติมีบทบาทเหนือ - เภสัชกรเก็บตัว - ขาดการศึกษาต่อเนื่อง ทอดทิ้งความรู้ท้องถิ่น
แนวโน้ม	สังคม	- วัฒนธรรมผสมผสาน ไร้ขอบเขต - การมีส่วนร่วมของประชาชน - ประชาสังคมสุขภาพ
	การเมือง	- ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม - มีการตรวจสอบมากขึ้น
	ระบบสุขภาพ	- แบบองค์รวม - แก้ปัญหาเชิงรุก - กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ - สร้างมากกว่าซ่อม - สร้างและพัฒนาภูมิปัญญาไทย - Self-care
	วิชาชีพเภสัชกรรม	- มาตรฐาน ก - ความรู้หลากหลาย - ช่องว่าง - การบริโภทยา

สรุปวิธีคิดในระบบสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหา

ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ
- เน้นการรักษาอย่างเดียว - เน้นเฉพาะความเก่ง, รวย (พาณิชย์นิยม) - มีขั้นตอนมากเกินไป - การมองแบบแยกส่วน (สุขภาพ ระบบ เทคโนโลยี การศึกษาวิจัย) - ระบบราชการขาดความยืดหยุ่น - ระบบการคัดเลือกไม่ได้คนดี, ไม่มีการกระจาย ขาดจรรยาบรรณ - คิดว่าประชาชนไม่มีความรู้, ด้อยกว่า ไม่สามารถเข้าใจเป็นวิชาชีพเฉพาะ - ไม่รับฟังผู้มาใช้บริการ - คิดแบบรวมศูนย์ - ขาดการสื่อสารแบบ two-way - รักษาโรคไม่รักษาคน - มองการรักษาเป็นแบบการค้าเสรี - โทษระบบ - ขาดงบประมาณจากรัฐ - ภาระมาก, งานหนัก - เป็นผู้ตัดสินการรักษา/มีอำนาจมองตนเองเป็นศูนย์กลาง - ละเลยสิทธิผู้บริโภค, ผู้ป่วย - พยายามเอาประโยชน์จากระบบ	- ฟังพาทมอมากเกินไป/ไม่คาดหวังฟังตนเอง - วัตถุนิยม/บริโภคนิยม - ขาดความเข้าใจ - ไม่สนใจสุขภาพ ไม่เน้นป้องกัน - ยึดติดเทคโนโลยี อุปกรณ์ทางการแพทย์ - ไม่จำเป็นต้องเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเอง - ขาดทักษะในการดำรงชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี - เชื่อถือเฉพาะแพทย์แผนปัจจุบัน - โทษระบบ

รายละเอียดวิธีคิดในระบบสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหา

กลุ่มแก๊งไฮ้ 1

1. การบริการไม่ดี, ระบบจัดการอ่อนแอ
2. ระบบการเรียนแพทย์ ขาดการมองคนไข้ “เป็นมนุษย์” ขาดการมอง “ความรู้สึก” ของคนไข้
3. แพทย์มีภาระมาก จึงขาดเวลาการดูแลเอาใจใส่คนไข้
4. แพทย์อาจจะรู้สึก ว่า ตนเองมีอำนาจกุมชะตาชีวิตคนไข้ คนไข้ต้องง้อ

5. บุคลากรสาธารณสุข รู้สึกว่าตนเองมีความรู้ จึงมักคิด, ตัดสินใจแทนคนไข้
6. การกระจายบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์
7. แพทย์อาจรู้สึกว่าคุณไม่สามารถรับรู้ทางการแพทย์จึงไม่อธิบายให้คุณไข้ได้รับทราบ (ไม่ให้เวลา, ไม่ให้ข้อมูลเพียงพอหรือเกินกว่าจะเข้าใจ)
8. บุคลากรสาธารณสุขใจไม่กว้างพอที่จะยอมรับฟังความคิดเห็นของคนไข้
9. คนไข้มีความคาดหวังต่อแพทย์
10. คนไข้พึ่งพาหมอมากเกินไปจนความจำเป็น
11. การครองคนไข้ : คนไข้ที่ต้องพบหมอ, ไม่ต้องพบ
12. โรงพยาบาลมองผลประโยชน์ (มนุษยธรรม)
13. สิทธิคนไข้ (ย้ายโรงพยาบาล, ได้รับยาผิด) ละเลย
14. คนไข้ไม่ทราบ, ไม่กล้าแสดงออกซึ่งสิทธิของตน
15. การประกันคุณภาพระบบสาธารณสุขยังไม่ได้มาตรฐาน

วิธีคิดแบบศรีบุญชัย

- ทารายได้เจอจนโดยมิชอบ

กลุ่มแก๊งไฮโซ 2

1. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรไม่เข้าใจกัน
2. มีช่องว่างระหว่างบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ
3. แพทย์ที่เก่งต้องรักษาหาย
4. บัณฑิตวิชาชีพยังขาด ไม่สมบูรณ์ ขาดมนุษยวิทยา
5. คนเข้าสู่วิชาชีพด้านการแพทย์ คิดถึงตัวเอง งาน ขาดได้ ไม่ได้คิดถึงสุขภาพคนในสังคม
6. การคัดเลือกเข้าสู่วิชาชีพ การเข้ามหาวิทยาลัย
 - ไม่มีระบบการสอน สอนความเป็นมนุษยชาติ
 - คนเรียนเก่ง เรียนการแพทย์ (รวย, คนยอมรับ)
7. คนยกชีวิตให้กับหมอ, บุคลากร
8. ระบบสังคม เป็นปัญหาสุขภาพ ต้องหาย
9. ความรับผิดชอบขาดหาย
 - ขาด Humanistic
 - มองด้านวัตถุ (เตียงเต็ม)
10. ระบบการโรงพยาบาลต้องเป็นระบบ (1,2,3 ...) ต้องเดินตามตัวอักษร (ขาดความเข้าใจตัวคน)
11. สังคมไม่มีระบบแยกแยะว่าใครป่วยจริง ใครป่วยมาก ทำให้ Workload หมอมาก ขาดชีวิต

12. ระบบของไทยแยกการศึกษาอย่างเดียว ซึ่งจริง ๆ ควรมีการพัฒนาจริยธรรม พัฒนาจิตใจ การสุขภาพ บุคลากรการแพทย์ ก้าวไปพร้อมกันการศึกษา
13. เข้าโรงพยาบาลเหมือนเข้าโรงงาน
14. วิธีการจัดการ Management ในโรงพยาบาลไม่ดี
15. บุคลากรพัฒนาไม่ได้ขึ้นกับความต้องการของชุมชน แต่เพื่อตัวเอง วัตถุนิยม
16. การทำงานพัฒนา วิธีชีวิตของคน ทำงานหาเงิน ไม่สนใจสุขภาพ ครอบครัวยุคใหม่ ทำงานหาเงินได้ก่อน แล้วค่อยกลับมาดูครอบครัว
17. การเป็นระบบราชการ ระบบสุขภาพ รวมเข้ากับราชการ ทุกๆ อย่างต้องเข้าระบบไม่ยืดหยุ่น ให้ทำงานอย่างเป็นมนุษย์
18. ระเบียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มุ่งเน้นให้รักษาไม่เปิดโอกาสให้ป้องกันโรค

กลุ่มแกงโหระพา 3

1. ระบบ: แยกส่วน/ไม่เอื้ออาทร

การคัดเลือกคน : มุ่งแสวงผลประโยชน์

การไม่กระจายบุคลากร : ให้ความสำคัญกับ “เมือง”

ความคาดหวังของประชาชนต่อบุคลากร/ระบบ

2. ตัวบุคคล

บุคลากรทางการแพทย์มองว่าผู้ป่วย/คนไข้ “ด้อยกว่า” ต้องเชื่อฟัง/ทำตามคำแนะนำ คิดว่าอธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติ แล้วไม่เข้าใจ

1. ระบบ

- แยกส่วน
- การคัดเลือกคน
- การกระจาย
- รักษา “โรคไม่ได้รับการรักษา” “คน”

2. บุคคล

- คุณธรรม/จริยธรรม/จรรยาบรรณ
- ทักษะ
- ความคาดหวังต่อบุคลากร/ระบบ

กลุ่มแกงโหระพา 4

1. ประชาชนมองการสาธารณสุขเป็นหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ
2. การให้คุณค่าความเป็นคนต่างกัน (ผู้ให้บริการ, ผู้รับบริการ) รักษาโรค ไม่รักษาคน เห็นโรค ไม่เห็นคน
3. ความคุ้มค่า ความอยู่รอดของกิจการ (ระบบการคำนวณ) ค่าตอบแทน
4. ค่านิยม “เป็นหมอ แล้วรวย”

5. ตัวระบบเน้นรักษามากกว่าป้องกัน มากกว่าส่งเสริม พื้นฟูสุขภาพ
6. ความเชื่อในระบบการแพทย์ทางเดียว
7. ความคิดแบบแยกส่วน (สุขภาพ, เทคโนโลยี, ระบบ, การจัดการสุขภาพ)
8. ให้ความสำคัญเทคนิค มากกว่าการจัดการทางสังคม

กลุ่มแกงโฮะ 5

ผู้รับบริการ

1. หวังพึ่ง บุคลากรสาธารณสุขมากเกินไป
2. ไม่มีทางเลือก (วิธีการรักษา สถานที่)
3. ขาดการเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง (Self care)
4. ขาดทักษะในการดำรงชีวิต

ผู้ให้บริการ

1. ขาดการรับฟังของผู้รับบริการ
2. มีความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะมีความรู้บ้าง
3. คิดแบบรวมศูนย์
4. ขาดความคิดในการสื่อสาร (Two-way)
5. Business

สรุปวิธีคิดใหม่ในระบบสุขภาพ

ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ
- การดูแลตนเองก่อนเจ็บป่วย, ป้องกัน, ส่งเสริม (พฤติกรรม, สุขภาวะ, จิตสำนึก) - เพิ่มภูมิคุ้มกันทางปัญญา, สร้างความรู้ตั้งแต่เด็ก - การสร้างเครือข่าย (ทางปัญญา, การช่วยเหลือ, ชุมชนเข้มแข็ง) - คิดแบบองค์รวม, สอดคล้องกับธรรมชาติ - รักษาและใช้สิทธิของตนเอง - ส่งเสริมให้ใช้ปัญญาและเหตุผล - สมดุล-เหมาะสมกับท้องถิ่น - การคัดเลือกรักษาจากชุมชน, มีจิตบริการ - กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน - การสร้างประชาคมสุขภาพ	- รักษาคนไม่ใช่รักษาโรค (ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง)

ระบบ

ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ
- ตรวจสอบได้, ประเมินผลแบบมีส่วนร่วม - มีมาตรฐาน - มีความเท่าเทียม - เน้นเชิงรุกมากกว่ารับ - ปรับรูปแบบการให้บริการ, ทีมที่มีศักยภาพ, ระเบียบกฎเกณฑ์, การบังคับใช้กฎหมาย - ลดความซับซ้อน - ใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม - จัดระบบบริการสุขภาพใหม่	- ลดบทบาทบุคลากรภาครัฐ - ส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้าน - การนำข้อมูลพื้นฐานมาสังเคราะห์ - ระบบประกันสุขภาพระบบเดียว - การใช้ทรัพยากรมนุษย์ทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ให้บริการ – รับบริการ

- เปลี่ยนทัศนคติจากลบเป็นบวก
- ยาเป็นสินค้า – สุขภาพไม่ใช่สินค้า
- ทำ promotion เรื่องวิธีคิดใหม่

- พหุนิยม
- การคิดแบบตรรกวิทยาศาสตร์

ระบบ

- การ Decentralization ได้อย่างเหมาะสมกับท้องถิ่น วัฒนธรรม และภูมิปัญญา

รายละเอียดวิธีคิดใหม่ในระบบสุขภาพ

กลุ่มแกงโหระ 1

ผู้ให้บริการ/ระบบ	ผู้รับบริการ
1. ทำงานเป็นทีม, เครือข่าย โดยมีคนไข้เป็นศูนย์กลาง (เห็นความสำคัญของแต่ละวิชาชีพทัดเทียมกัน) 2. พยายามสื่อสารกับคนไข้ด้วยความเห็นอกเห็นใจ, เข้าใจ 3. เห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ของคนไข้ 4. ระบบคัดเลือกบุคลากรทางแพทย์ชัดเจน 5. บุคลากรสาธารณสุข ลดอัตรา 6. จัดระบบให้ดี (สร้างระบบสาธารณสุขที่ดี)	1. มีความรู้ รอบรู้ เข้าใจ ในการดูแลรักษาตนเองในระดับหนึ่ง 2. เน้นการป้องกัน มากกว่ารักษา ระบบการศึกษาด้านสาธารณสุขที่ถูกต้อง - ความรู้ด้านสุขภาพ - สิทธิพึงมี - มีตรรกวิทยาในความคิดทางวิทยาศาสตร์

ระบบ

1. ลำดับความสำคัญปัญหาด้านสุขภาพพื้นฐานของท้องถิ่น
2. สร้างตรวจสอบระบบมาตรฐานสุขภาพให้เหมาะสมกับท้องถิ่น
3. ให้ความรู้ด้าน (สุขภาพแก่ประชาชน, สุขลักษณะ, ที่อยู่อาศัย)
4. ส่งเสริมภูมิปัญญา, วัฒนธรรมพื้นบ้านมาส่งเสริมสุขภาพ
5. เน้นคุณค่าจิตใจ, ความรู้สึก

กลุ่มแกงโหระ 2

ผู้ให้บริการ/ระบบ	ผู้รับบริการ
1. จัดระบบบริการเป็นระบบในงาน (งานซ้ำซ้อน) ซ้ำเดิม ให้ลดความซ้ำซ้อน 2. ใช้ technology มาใช้จัดการกับระบบเอกสาร 3. ส่งเสริมการป้องกัน, ควบคุม 4. จัดระบบบริการสุขภาพ, บางอย่าง ไม่ต้องถึงหมอ 5. ปรับลด เพิ่ม บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขให้ทุกคนรู้ ว่าบางเรื่องไม่ต้องถึงมือแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อการถ่วงดุล	1. สุขภาพเริ่มจากตัวเอง 2. ให้การศึกษาแก่ประชาชนเรื่องสุขภาพ(ดูแลตัวเองได้ บางเรื่องไม่ต้องถึงหมอ) 3. สะสมแนวคิด ความรู้เรื่องสุขภาพ 4. ลดความคาดหวังของผลที่จะได้รับจากระบบสุขภาพ 5. ใช้อาหาร การดูแลสุขภาพอื่นเป็น “ยา” 6. มีจิตสำนึกในการป้องกันตนเอง

ผู้ให้บริการ/ระบบ	ผู้รับบริการ
6. ส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านให้เป็นการแพทย์ทางเลือก 7. ส่งเสริมชุมชนให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพ (ชุมชนเข้มแข็ง) 8. ระบบการคัดเลือกคนเรียน 9. ระบบส่งต่อพัฒนา ไม่ยืดเยื้อ 10. ยกเลิกระบบเดิม ที่ผูกติดกับราชการ - ไม่ยึดติดกับตำแหน่ง (ซี) - ระเบียบที่ส่งเสริมให้คนมารับบริการ (ค่ายา) 11. ต้องมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับ 12. ต้องมีการใช้ข้อมูลท้องถิ่น, ข้อมูลของโรงพยาบาลมาปรับปรุง 13. ใช้ระบบเชิงรุกมากกว่ารับ 14. ระบบประกันสุขภาพต้องมีระบบเดียว, ใช้บัตรประชาชน 1 บัตร ได้รับบริการเหมือนกัน 15. ปรับเปลี่ยนระบบการบังคับใช้กฎหมาย	

กลุ่มแกงโฮ๊ะ 3

1. แนวคิดแบบองค์รวม; กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ
2. เริ่มต้นการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care) สร้างประชาคมสุขภาพ
3. เน้นสุขภาพเชิงรุก (สร้าง) (ซ่อม) ส่วนเชิงรับก็ปรับให้มีประสิทธิภาพสูงสุด (จั่วแต่แจ่ว) Cost-Effective
4. มีระบบตรวจสอบ และประเมินผลที่เข้มแข็ง โดยภาคประชาชนมีส่วนร่วมอย่างสำคัญ
5. ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ อย่างมีศักดิ์ศรี/เท่าเทียมกัน
6. สร้างกระบวนการในการสรรหา/คัดเลือกบุคลากร และสร้างคนให้มีจิตสำนึก มองเห็นคุณค่าของมนุษย์

กลุ่มแกงโฮ๊ะ 4

1. คิดแบบองค์รวม
2. คิดใช้เชิงรุก
3. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
4. เปลี่ยนทัศนคติในเชิงลบทั้ง 2 ฝ่าย (ผู้ให้, ผู้รับ)
5. ยาเป็นสินค้า แต่สุขภาพไม่ควรเป็นสินค้า
6. เปลี่ยนแนวคิดเรื่องสิทธิบัตร
7. Promotion: ให้ความรู้ สื่อความหมาย ชักจูงทุกอย่าง

กลุ่มแกงโหระ 5

1. ไม่แยกผู้ให้หรือผู้รับบริการ-ผู้รับบริการเปลี่ยนเป็นผู้ดูแลตนเอง
2. เน้นป้องกัน และส่งเสริม และดูแลตนเอง
3. เพิ่มทุนให้ตนเอง เพิ่มภูมิคุ้มกันทางปัญญา
4. เครือข่ายความรู้-หาและเผยแพร่ และร่วมกัน
5. ปฏิบัติด้วยตนเอง เริ่มต้นที่ตนเอง “พฤติกรรมสุขภาพ” (อาหาร ออกกำลังกาย สอดคล้องกับธรรมชาติ ไม่มีพิษภัย สารพิษ สิ่งแวดล้อม บุหรี่)
6. คิดแบบองค์รวม (ไม่แยกส่วน)
7. เรียกร้อง รักษาสิทธิของตนเอง
8. ควรมีระบบตรวจสอบ/มาตรฐาน
9. มีความเท่าเทียม
10. วิธีการเชิงรุกมากกว่าตั้งรับ
11. ความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้ และผู้รับ
 - เพื่อความเข้าใจกัน
 - เพื่อเรียนรู้กัน
 - เพื่อส่งเสริมเน้นการป้องกัน
12. ใช้ขบวนการทางปัญญา เหตุผล นำหน้าอารมณ์
13. หาจุดสมดุลเพื่อให้มีความสุขตามอัตภาพของตนและชุมชน
14. ปรับรูปแบบการบริการให้เป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ - 1^o Care/2^o Care/3^o Care

สรุปวิธีคิดในวิชาชีพเภสัชกรรมในอดีตและปัจจุบัน

1. ร้านยาเป็นหน่วยหนึ่งของสุขภาพ/เป็นที่พึ่งของชุมชน
2. มีความรู้องค์รวม/มีพื้นฐานในการทำ primary care/ต้องการการรับรองมาตรฐานและกฎหมายสนับสนุน
3. ต้องการมีข่าวสารทันเหตุการณ์
4. ร้านยามีมาตรฐาน/บริการถูกต้องเชิงวิชาการ
5. ร้านยาไม่ควรเป็นการค้าเสรี
6. อยากเห็นสภาเภสัชกรรมที่โอบอุ้มไม่ใช่จับผิด
7. ต้องการให้เภสัชทำงานคุ้มครองผู้บริโภค
8. เภสัชไม่เปิดบทบาทในการเป็นที่พึ่งในร้านยา/ไม่ส่งเสริมยาพื้นบ้าน
9. พัทธ์ธีเรื่องผลประโยชน์/ธุรกิจ
10. องค์กรไม่เข้มแข็ง/ไม่มีการบังคับใช้กฎหมาย
11. ไม่มีอิสระในการวิจัย
12. ทำบทบาทเฉพาะต้งรับ
13. ไม่รวมมือระหว่างเภสัชกับยาพื้นเมือง
14. ร้านยาที่มีเภสัชกรเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพแทนการพึ่งแพทย์
15. หยุดการชวนป้าย
16. เข้าถึงชุมชน/ส่งเสริมการพึ่งตนเอง/ยาพื้นบ้าน
17. มีส่วนร่วมกับหมอในการรักษาผู้ป่วย
18. มีบทบาทในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคเรื่องยา/อาหารเสริม
19. พัฒนายาใหม่ๆ และสมุนไพรแบบดั้งเดิม
20. ให้เวลาต่อสาธารณชน
21. ให้เภสัชกรวินิจฉัยโรคบางอย่างได้
22. เห็นประโยชน์ส่วนตน
23. รับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น
24. เอาตัวเองเป็นตัวตั้ง/เป็นผู้บอก one-way
25. มีความมั่นคงในระบบราชการ/คาดหวังระบบ
26. ขาดความเชื่อมั่น/กลัวทำผิด/เกรงว่าแพทย์ไม่ยอมรับ
27. ถูกคาดหวังว่ารองจากหมอ
28. คิดว่าเป็นวิชาชีพที่ดี/มีความรู้กว้าง/ไม่ต้องลงมือปฏิบัติหรือรับผิดชอบเอง
29. ใช้แนวคิดตะวันตก
30. มีความเป็นพี่น้อง/เกรงใจ

31. กรอบงานถูกจำกัด
32. โอกาสไม่เปิดกว้าง
33. บทบาทไม่ชัดเจน
34. ทำตัวเป็นหมอวินิจัยโรคเอง
35. งานหลากหลาย
36. ยอมลิโรราบ
37. ไม่มีการเรียนรู้ต่อเนื่อง
38. ขาดทักษะงานวิจัย
39. ขาดความกล้าที่จะบุกเบิกเรื่องใหม่
40. ระบบอาวุโส
41. ดีเทลยาไม่ทำหน้าที่วิชาชีพ ทำให้ราคาขายแพงจากการส่งเสริมการขาย

รายละเอียดวิธีคิดในวิชาชีพเภสัชกรรมในอดีตและปัจจุบัน

กลุ่ม เฉพาะ 1 เภสัชกรโรงพยาบาล

ROLE

1. คิดว่าหน้าที่มีจำกัดเพียงจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์และบริหารเวชภัณฑ์
2. โอกาสไม่เปิดกว้างที่จะทำหน้าที่ได้เต็มที่ใน Health Team
3. ลูกค้า (ประชาชน, บุคลากร) มองไม่เห็นบทบาท ประชาชนมุ่งความสำคัญแพทย์มากกว่า (แพทย์เด่นสุด = ค่า
นิยมที่เน้นบุคลากร)
4. บทบาทไม่ชัดเจน
5. เป็นความรู้ที่ค้าง/ศักยภาพความรู้เภสัชกรไม่รู้ว่าจะใช้ได้อย่างไร ทั้งๆ ที่ความรู้มาก แพทย์, ประชาชนก็ไม่ว่า
จะบริโภคเภสัชกรอย่างไร
6. มาตรฐาน - ระบบส่งมอบยาในบริบทไทยไม่เป็น std.
7. JOB Description ของเภสัชกรหลากหลาย, คัดกรองผู้บริโภค, ยา, การแพทย์แผนไทย, สมุนไพร
8. ขาดงานวิจัย + ทักษะ + ความคิดริเริ่ม การนำเสนอ + แรงจูงใจ
9. ขาดความกล้าหาญในการพัฒนาวิชาชีพ + ขาดความมุ่งมั่น
10. ความรู้สึกเล็กๆ เปรียบเทียบกับวิชาชีพอื่นๆ - แพทย์ + ทันตแพทย์ รู้สึกด้อย
11. ความรู้สึกต่อวิชาชีพของบุคคลอื่นดีขึ้น
12. เภสัชกรมีความคาดหวังต่อการประกอบอาชีพในโรงพยาบาลสูง
13. ระบบอาวุโส

กลุ่มเฉพาะ 2 เกสเซอร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

แนวคิด วิธีคิดทุกอย่างในการให้บริการตามวิชาชีพเกสเซอร์ ปัจจุบันเป็นอย่างไร

- บทบาท: รู้กว้างแต่ไม่รู้ลึก (นกเป็ดน้ำ)
- สถานะในสังคม: มีความรู้ลึกว่าบทบาทความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย ประชาชนน้อย
- การดำรงชีวิต
 - ราชการ
 - เกสเซอร์ในโรงพยาบาล
 - เกสเซอร์ในหน่วยอื่นๆ มีความรู้ลึกว่าบทบาทของเกสเซอร์ไม่ชัดเจน (ต่อประชาชน)

กรอบแนวคิดในวิชาชีพเกสเซอร์

1. เห็นประโยชน์ส่วนตนมากกว่าวิชาชีพ (รับเงิน 5,000/แชนแนล)
2. เกสเซอร์ต้องรับผิดชอบในบทบาทของตนต่อสังคมมากขึ้น เกสเซอร์มีบทบาทที่ไม่ชัดเจน มีบทบาทต่อสังคมน้อย
3. สนใจแต่เรื่องยา/รู้แต่เรื่องยา
4. เอาตัวเองเป็นตัวตั้ง (เราถูกเสมอ, เราต้องสอนให้เขา “ถูก” อย่างที่เราคิด, ไม่วิเคราะห์ผู้ฟัง)
5. วิชาชีพเกสเซอร์ที่เป็นข้าราชการรู้สึกว่ามันคง-ไม่แคร์ (ไม่ยากปรับปรุงตัว)
6. บางคนไม่มั่นใจตนเองเรื่อง “ยา” “ไม่กล้าทำเกสเซอร์คลินิก”
7. ถูกคาดหวังว่ารู้เรื่อง “ยา และสุขภาพ” มาก (ดีที่สุด)
8. เป็นวิชาชีพที่ดี ได้รู้เรื่องสุขภาพ
9. ไม่ถูกยอมรับจากทีมสุขภาพ
10. วิชาชีพมาจากวิธีคิดตะวันตก (อาจไม่ได้ปรับใช้, อาจไม่สอดคล้องกับไทย) (แยกส่วนแต่เอามาไม่ครบ)
11. ความเป็นพี่น้อง (ไทย, ความคิด, สัมภาษณ์, ให้อภัยเร็ว, ยินดีให้บริการ)
12. มองผลประโยชน์ของผู้บริโภคเป็นหลัก
13. มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ มากกว่า (ร้านยา)

กลุ่มเฉพาะ 3 เภสัชกรร้านยา

1. ร้านยาเป็นหน่วยหนึ่งในระบบสุขภาพ (เป็นทีมสุขภาพ)
2. ให้ความรู้ที่เป็นองค์ความรู้ ทางด้านสุขภาพ แก่ประชาชน
3. เครือข่ายแนวราบ (ร้านยาด้วยกัน) กับเครือข่ายในแนวดิ่ง (โรงพยาบาล สถานพยาบาลต่างๆ) (Information และการ Service)
4. การศึกษาต่อเนื่องให้ทันกับสถานการณ์ และข้อมูลสุขภาพใหม่
5. ร้านยาต้องมีมาตรฐาน
 - บุคลากรต้องแสดงตน
 - ผลิตภัณฑ์
 - อุปกรณ์และสถานที่
 - บริการ (ต้องมีการ Accreditation)
6. มีกระบวนการปรับเภสัชกรร้านยาสามารถแสดงบทบาทได้ชัดเจน และเป็นที่พึงของสังคมชุมชน และมีขบวนการทางกฎหมายสนับสนุน
7. มีการทำเอกสาร (Patient Profile) เพื่อให้มีการตรวจสอบ
 - Primary Care
 - Prescription Refill
8. ร้านยาไม่ควรเป็นระบบการค้าเสรี
 - Accredited
 - Quality Assurance โดยสภาเภสัชกรรม (สภาเภสัชต้องเข้มแข็ง)

กลุ่ม 4 Non-pharmacist

- งานของเภสัชกรสำคัญมาก ประชาชนติดต่อกับเภสัชกรตรง (คนไปโรงพยาบาลมากกว่าโรงพยาบาล แต่คนไม่ได้รับอะไรจากเภสัชกร ประชาชนเลยนับถือแพทย์มากกว่าเภสัชกร)
- ไม่แน่ใจว่าไปรับบริการที่ร้านยาได้เจอเภสัชกร
- เภสัชกรจะมีส่วน commercial business
- การจ่ายยาผิด/ส่งยาผิด (เภสัชกรควรแย่งแพทย์ในเชิงวิชาการได้)
- เภสัชกรงานมาก ไม่มีเวลา
- เภสัชกรเกี่ยวข้องกับธุรกิจยามาก
- เภสัชกรทำแต่บทบาทด้านรับ เช่น อธิบายตามหน้าซองยา
- เก็บความรู้ไว้กับตนเอง/เฉพาะห้อง lab
- ทุนวิจัยส่วนมากได้จากต่างประเทศ ไม่ได้อาศัยภูมิปัญญาของไทย ไม่มีอิสระในการทำวิจัย
- เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของวิชาชีพ/ผู้เชี่ยวชาญ (อำนาจในการตัดสินใจไม่ได้อยู่ที่ผู้ป่วย)
- มองยาเฉพาะสารสำคัญ ไม่ได้มองที่การสังเคราะห์หรือข้อมูลจากชีวิตจริงในชีวิตประจำวัน
- อาหารและยาเริ่มถูกดึงเข้าไปในเกมการเมือง
- องค์การวิชาชีพไม่เข้มแข็ง
- ไม่มีความร่วมมือของเภสัชกรกับแพทย์พื้นบ้าน

สิ่งที่คาดหวัง

- เภสัชกรควรจะให้ข้อมูล และเปลี่ยนพฤติกรรมคนชื้อยา (ร้านยาที่มีเภสัชกรควรเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพแทนการพึ่งแพทย์)
- เภสัชกรควรเปิดบทบาทมากกว่า โดยเฉพาะเชิงรุก เช่น การคุ้มครองผู้บริโภค
- ความรู้ที่ควรจะได้รับจากเภสัชกร
 - self-cost
 - ยาใหม่
 - การใช้ยา (ต่อผู้ป่วยและญาติ)
 - ความน่าเชื่อถือในสื่อ
 - คุณภาพ/มาตรฐาน
 - สรรพคุณ
 - Side Effect
 - การแพ้ยา
 - ความรู้จักงานวิจัยใหม่ๆ
 - ข้อมูล วิชาการ
 - การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

- การเขียนชื่อยาเป็นภาษาไทย
- การใช้เวลาต่อผู้ป่วยและสาธารณสุขมากขึ้น
- น่าจะช่วยให้เกิดการพึ่งตนเองด้านยา โดยเฉพาะสมุนไพร
 - เรียนรู้ ร่วมกับแพทย์พื้นบ้านและภูมิปัญญาไทย
 - สนับสนุนและพัฒนาคุณภาพ อุตสาหกรรมของชุมชน
- สามารถพัฒนายาใหม่ๆ โดยไม่ผูกติดกับสิทธิบัตรยา
- ทาลักษณะการมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาเภสัชกรรม
- ควรลดภาระงานหนักของแพทย์เปิดให้เภสัชกรวินิจฉัยบางโรคที่ไม่ซับซ้อนและจัดยา
- เภสัชกรควรได้รับรู้ข้อมูลนั้น ในฐานะของผู้ป่วย
- เภสัชกรแผนปัจจุบันควรช่วยบทบาทของแพทย์พื้นบ้าน และเสริมและพัฒนายาสมุนไพรแบบดั้งเดิม
- เภสัชกรควรมีจุดยืนชัดเจน และตามทันสถานการณ์การเมือง
- แยกบทบาทแพทย์ตรวจวินิจฉัย และเภสัชกรสั่งยาในโรงพยาบาล
- หยุดการแขวนป้าย
- เภสัชกรควรเข้าสู่ชุมชนมากขึ้น และส่งเสริมการพึ่งตนเอง

กลุ่มเฉพาะ 5 Non-pharmacist

1. Detailer: ไม่ได้ทำหน้าที่วิชาชีพ ทำแต่ business กระตุ้นให้มีการใช้ยาฟุ่มเฟือย ไม่รักศักดิ์ศรี มุ่งเน้นแต่ benefit
2. มุ่งรายได้ เช่น แขนงป้าย ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่จริง
3. ขาดทักษะในการสื่อสารกับวิชาชีพอื่นๆ
4. การส่งเสริมสุขภาพ ควรขยายขอบเขตให้มากขึ้น
5. บทบาทในการใช้ข้อมูลเรื่อง ADR, Drug Administrationฯ ยังไม่เพียงพอ
6. ทำตัวเป็นหมอ Diagnosis โรคเอง
7. ไม่ได้ให้ข้อมูลด้านยาแก่ผู้ป่วย (ต้องการระบบบริหารจัดการที่ดี)
8. ออกกฎระเบียบเพื่อเอื้อประโยชน์ของกลุ่มวิชาชีพ และไม่เหมาะสมกับเวลา

สรุปวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพที่อยากเห็น

สุขภาพดีไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องร่วมสร้าง

การบริหารจัดการ

- การกระจายอำนาจ
- มีคุณธรรม
- ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า
- มีความสมดุลย์

ชุมชน

- มีความรู้ความเข้าใจ - มีทักษะ
- มีทางเลือก - ร่วมตัดสินใจ

การบริการสุขภาพ

- มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
- เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

สุขภาพ

- ป้องกันมากกว่ารักษา
- มีจิตสำนึกในการดูแลตนเอง
- มองไกลไปถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

■ ปฏิรูประบบสุขภาพ

● ด้านสุขภาพ

- มีเป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี
- จิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ ซึ่งต้องร่วมกันสร้าง
- การปฏิบัติด้วยตนเอง - รับประทานอาหารที่มีคุณค่า เช่น ข้าวกล้อง-ถั่ว
- ระบบประกันสุขภาพ - ครอบคลุม
 - มีระบบเดียว
 - เท่าเทียม
 - ครบวงจร
- การป้องกันมากกว่ารักษา, ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นหน้าที่ของทุกคน
- ระบบสุขภาพไม่หวังกำไร
 - รัฐสนับสนุน 50%
 - ระบบเชิงรุก
 - เข้มแข็งยั่งยืน ไม่ถูกครอบงำ

- เข้าถึง
- ตรวจสอบได้
- cost effectiveness
- ด้านชุมชน
 - มีความเข้มแข็ง, ประชาชนมีทักษะ
 - ดูแลสุขภาพตนเอง
 - รู้สิทธิของตนเอง
 - เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร, รวดเร็วและถูกต้อง
 - ผสมผสานกับภูมิปัญญาชาวบ้าน
 - ผสมผสานกับเทคโนโลยี
 - มีทางเลือก - สามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง
 - ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบประกันสุขภาพ
 - เมืองค์กรชุมชน กำหนดระบบสุขภาพท้องถิ่น
 - ประชาชนเป็นเจ้าของ
 - ประชาชนมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน
 - ความเป็นมนุษย์
 - มีการเข้าถึงระบบยา
 - มีการพึ่งตนเอง สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น

■ ประชาคมเภสัชกรรม

- ด้านบริหารจัดการ
 - มีความเข้มแข็ง ยั่งยืน ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า
 - ระบบประกันมีประสิทธิภาพ มีความยุติธรรม ไม่เป็นการค้า
 - ประชาชนมีส่วนร่วม และตรวจสอบได้
 - กระจายอำนาจ
 - ชัดเจนในหน้าที่และบทบาท
 - ทำให้ภูมิใจในการทำงาน มีความสุข เป็นตัวอย่างที่ดี
 - ช่วยเหลือไม่ขึ้น แต่ให้ทางเลือก
 - มีระบบข้อมูลเครือข่าย
 - รัฐ, องค์กรวิชาชีพ, ประชาชน ร่วมมือกัน เป็นการให้สังคมมีส่วนร่วม, เกิดความสมดุลย์ ระหว่างรัฐ ตลาด และสังคม
 - เรียนรู้และปรับแก้ เพื่อลดต้นทุน และเพื่อเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์
 - ปฏิรูปสุขภาพระดับท้องถิ่น
 - เมืองค์กรอิสระ ส่งเสริมสุขภาพเป็นรูปธรรม

● ด้านสุขภาพ

- บริการขั้นพื้นฐาน
 - มีสิทธิ์ขั้นพื้นฐาน
 - บริการนอกเหนือขั้นพื้นฐานต้องจ่ายเอง
- ร้านยามีคุณภาพ, มาตรฐาน-เป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาล, มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- บริการที่มีคุณภาพ
 - สอดคล้องกับที่ประชาชนต้องการ, ตรงกับปัญหาของชุมชน
 - ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ
- มีบริการหลากหลายเป็นทางเลือก
 - เป็นที่พอใจของชุมชน โดยมีการดูแลต่อเนื่อง, เป็นที่รับรอง, ถูกกฎหมาย, ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการผสมผสาน
 - ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน
- จริยธรรมของผู้ให้บริการ - ให้ข้อมูลทางเลือก
- เทคโนโลยี ต้องมีการถ่วงถ่วง ไม่พุ่มพุ่ม

รายละเอียดวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพที่อยากเห็น

กลุ่มเฉพาะ 1 กลุ่มโรงพยาบาล

1. ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ (Self care) มีจิตสำนึก ตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว
2. ร้านยามีเภสัชกรประจำ เป็นที่พึ่ง (ช่วยเหลือ, บำบัดทุกข์) ของประชาชนได้จริงอย่างมีคุณภาพ
3. ทุกๆ คนในชาติได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเหมาะสม เพียงพอ และเป็นธรรม (ตรวจสอบได้จากองค์กรอิสระ) มีการบริการด้านยาแก่ประชาชนที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่ดี
4. มีการประกันสุขภาพแบบครบวงจร และสามารถตรวจเช็คร่างกายและครอบคลุมประชาชนทุกคนในชาติอย่างเป็นระบบเดียว
5. มีการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีองค์กรรองรับ มีบุคลากรที่มีประสิทธิภาพรับผิดชอบ มีการนำเสนอข้อมูล (องค์กรอิสระ)
6. มีการนำภูมิปัญญาชาวบ้านมาผสมผสานกับระบบสุขภาพอย่างเหมาะสม
7. ประชาชนสามารถเลือกการบริการสุขภาพได้ ในกรณีที่มีการประกันสุขภาพ
 - รัฐ, เอกชน, แพทย์ทางเลือก
8. ประชาชน (องค์กรชุมชนเข้มแข็ง,มีส่วนร่วม) มีส่วนร่วมในระบบการดูแลสุขภาพ (เสนอข้อแก้ไข, เสนอการปรับปรุง, ติ-ชม) เพื่อพัฒนา
9. มีกระบวนการที่เหมาะสมในการถ่วงถ่วง Technology ใหม่ๆ มาบริโภค

10. บุคลากรทางการแพทย์ (สาธารณสุข) ได้ทำหน้าที่ในกรอบหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพอย่างชัดเจน โดยมีจุดมุ่งหมายอันเดียวกัน คือ “คุณภาพชีวิตที่ดี” ของคนในสังคม

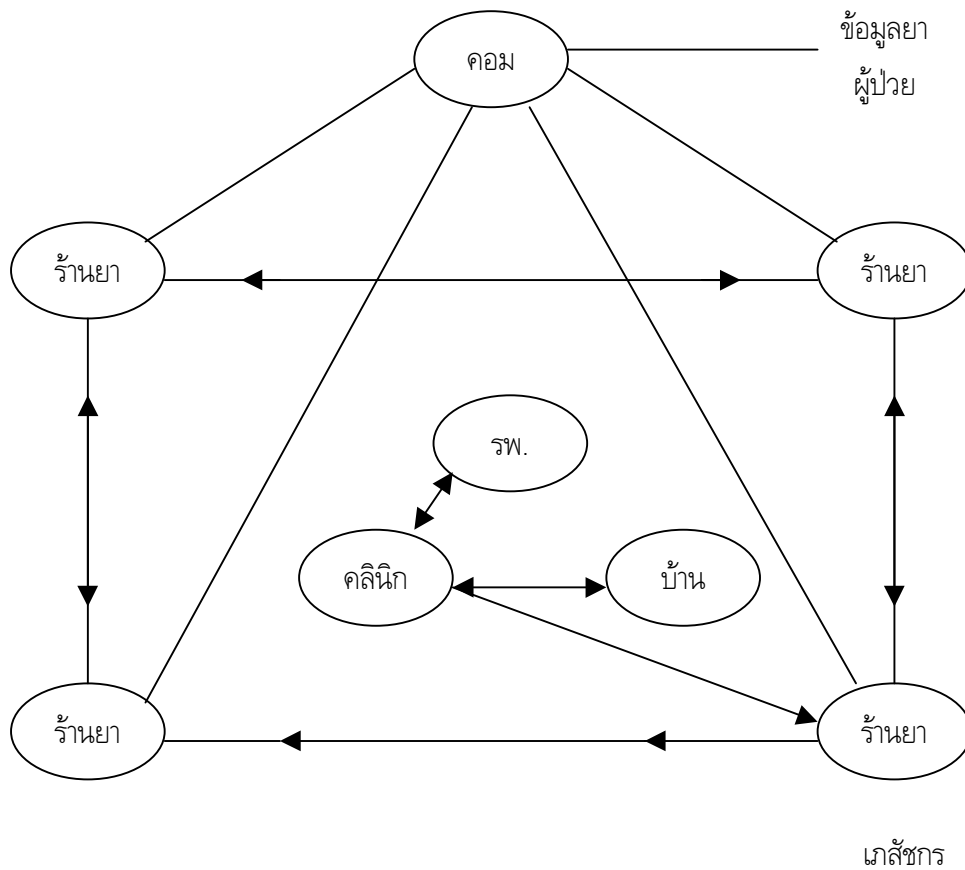
กลุ่มเฉพาะ 2 เกณฑ์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1. กระจายอำนาจ
2. ให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น/สถานบริการเป็นของประชาชน
3. ระบบตรวจสอบคุณภาพของระบบสุขภาพในภาพรวมทั้งหมด เช่น การโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ต้องเป็นองค์กรอิสระ โดย 3 rd party (ประชาชนหรือองค์กร ฯลฯ)
4. มีหลักประกันเรื่องการเข้าใจถึงบริการที่เท่าเทียมกัน (Equity)
5. เจ้าของสุขภาพต้องมีความรู้ตระหนักถึงสุขภาพของตนเอง และผู้อื่น / ทักษะในการดำเนินการ
6. สุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับส่วนรวม “สุขภาพดีต้องร่วมสร้าง อย่าปล่อยวางแต่คุณหมอ”
7. มีระบบประกันสุขภาพแบบครบวงจร
 - 7.1 เกิด และ ตาย
 - 7.2 ป้องกัน ส่งเสริม รักษาฟื้นฟูสภาพ
8. ผู้ให้บริการฯ มี “service mind”
 - 8.1 มีความสุขในการทำงาน
 - 8.2 มีความภูมิใจในการทำงาน
9. บุคลากรด้านสุขภาพ เป็นตัวอย่างที่ดีของการมีสุขภาพดี
10. มีทางเลือกให้ประชาชน มีคำตอบ/ทางออก ที่เป็นที่น่าพอใจ
11. ปฏิรูปให้เกิดประสิทธิผลมากกว่าที่เป็นอยู่ (ไม่ฟุ่มเฟือย/over use ทุกอย่าง ไม่ใช่ Technology มากเกินจำเป็น)
12. ลดบทบาท/จำนวน บุคลากรภาครัฐ ประสิทธิภาพดีขึ้น
13. งานที่ไม่เกี่ยวข้อง ให้องค์กรที่ชำนาญกว่าทำ เช่น การโฆษณา

กลุ่มเฉพาะ 3 เกณฑ์ร้านยา

1. ระบบสุขภาพเป็นของประชาชน (People Oriented)
2. ให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเอง
3. อยากให้คนไทยมีสุขภาพจิตดี (ยิ้มแย้มแจ่มใส)
4. อยากให้ประชาชนได้รับข่าวสารข้อมูลที่ถูกต้อง
5. อยากให้ประชาชนได้รับบริการขั้นพื้นฐานทั่วหน้า
6. สถานบริการสุขภาพไม่มุ่งหวังกำไร
7. ผู้ที่ต้องการการบริการเหนือขั้นพื้นฐานต้องจ่ายเอง

8. Health Profession แสดงบทบาทอย่างสมศักดิ์ศรี และมีการกระจายตัวที่เหมาะสม
9. ระบบประกันควรมีประสิทธิภาพ ไม่สนับสนุนให้เกิดการใช้บริการอย่างฟุ่มเฟือย



กลุ่มเฉพาะ 4 Non-Pharmacist

1. ระบบสุขภาพเชิงรุก
 - ส่งเสริมสุขภาพมากกว่าป้องกัน มากกว่าควบคุม มากกว่าการรักษา
 - การดูแลตนเอง
2. มีหลักประกันคุณภาพ
 - เท่าเทียม, มีมาตรฐาน, ยุติธรรม
 - ความเข้าใจในระบบเดียวกันของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
 - เป็นสิทธิไม่ใช่สวัสดิการ
3. ความร่วมมือของสหวิชาชีพ
4. พึ่งตนเอง/ภูมิปัญญาดั้งเดิม/ใช้เทคโนโลยีเท่าที่จำเป็น
5. มีทางเลือกหลากหลาย ที่เป็นที่ยอมรับ/มีมาตรฐาน/ได้รับการพัฒนา/ถูกต้องตามกฎหมาย
6. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะต้องได้รับการสนับสนุนในกระบวนการ กก.
 - ตนเอง/ประชาชน
 - กระทรวงสาธารณสุข
 - กระทรวงศึกษาธิการ
 - กรมการศาสนา, วัดเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการ
 - การปฏิรูปแบบสุขภาพระดับท้องถิ่น (ไม่ต้องรอบปฏิรูปรวม)
 - ความสมดุลของรัฐ-ตลาด-สังคม ให้พอดีกับความเข้มแข็งทางสุขภาพ
7. การลดอัตราในระบบ – ทูทวิชีฟช่วยสร้างความเข้มแข็ง
8. ให้องค์กรในชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อรับบริการสุขภาพให้เข้ากับท้องถิ่น
9. สถานบริการไม่ควรจะเป็นสถานที่เฉพาะวิชาชีพ น่าจะมีผู้รู้หลากหลาย สุขภาพดีไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องร่วมสร้าง

กลุ่มเฉพาะ 5 Non-Pharmacist

1. ทุกคนสนใจที่จะดูแลสุขภาพของตัวเองและมีความรู้ความเข้าใจ
2. ระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง (ยั่งยืน) ไม่ถูกครอบงำ และผลักดันโดยระบบทุนนิยม, และผลประโยชน์การเมือง
3. ระบบสุขภาพที่ดูแลเป็นทีมโดยมีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง
4. ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพใช้ทรัพยากรคุ้มค่าตรงกับปัญหาของชุมชน
5. ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมเข้าถึงได้อย่างเสมอภาค
6. ระบบสุขภาพที่สามารถตรวจสอบได้
7. สมบูรณ์ทั้งระบบ (มีความสุขทั้งผู้ให้ และผู้รับ)
8. ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

9. ระบบที่มีการเรียนรู้ (แก้ปัญหา ปรับตัว วิวัฒนาการ) อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับสภาพสังคมจริง
10. ระบบที่เห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์
11. แก้ปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม (กาย จิตวิญญาณ สังคม จิต สิ่งแวดล้อม)
12. ระบบสุขภาพที่มีทางเลือก (แผนปัจจุบัน แผนไทย ผสมผสาน, อื่นๆ)

สรุปวิสัยทัศน์ของเภสัชกรที่อยากเห็น

**“ไผ่รู้ เป็นผู้นำ มีคุณธรรม คำนึงสังคม ชื่นชมในวิชาชีพ
เป็นประทีปส่องทาง เป็นตัวอย่างที่ดี สมศักดิ์ศรีเภสัชกร”**

ระบบ :

- ไม่ถูกครอบงำ
- มีจิตวิญญาณเพื่อการใช้ยาอย่างมีคุณภาพ โดยให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพ และใส่ใจในสุขภาพประชาชน
- ไม่ผูกติดกับสิทธิบัตร ควรมีการวิจัยพัฒนาสมุนไพร เผยแพร่ให้ประชาชน
- มีคุณธรรม ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และร่วมทำงานกับวิชาชีพอื่น
- เรียนรู้จากประชาชน จากสภาพปัญหาจริง และสร้างเครือข่ายการเรียนรู้

นโยบาย :

- สนับสนุนการแพทย์แผนไทย/สมุนไพร
- การมีส่วนร่วมในการบริหารและบริการสุขภาพ
- ให้ร้านยามีเภสัชกรประจำทั้งหมด และมีการกระจายทั่วถึง รวมทั้งจัดบทบาทให้ชัดเจน
- สภาเภสัชกรรมเข้มแข็ง
 - ควบคุมวิชาชีพอย่างจริงจัง, มีการประสานระหว่างองค์กรวิชาชีพ
- การปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านยาและให้คำปรึกษาแก่ประชาชน
- การผลิตยาของประเทศ ควรมีการควบคุมและให้มีมาตรฐาน

คน :

- เป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี
- มี Service mind
 - แสดงตน, มีมนุษยสัมพันธ์, มี Communication skill
- มองสุขภาพแบบองค์รวม
- มีจรรยาบรรณ-คุณธรรม มีจิตสำนึกในการคุ้มครองผู้บริโภคทั้งด้านอาหาร ยา การโฆษณา สารพิษ, สารปนเปื้อน
- ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน
- เป็นคนดีและคนเก่ง
 - มีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ, มีความคิดริเริ่ม, เป็นที่ยอมรับ
- ควบคุมและกระตุ้นให้มีจิตสำนึกการดูแลสุขภาพ
- เรียนรู้จากข้อมูลจริง โดยไผ่รู้และเปิดใจเรียนรู้เพื่อให้ครอบคลุมสุขภาพทั้ง กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

- ด้านวิชาการ, ด้านวิจัยชุมชน, ด้านเทคโนโลยี, ด้านบริหารจัดการ
- ทะเยอทะยานเพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพโดยเล็งเป้าให้สูงไว้

บริการ :

- ควรเป็น health Care team ตลอดกระบวนการ
- แนะนำร่วมตัดสินใจการใช้ยาอย่างคุ้มค่ามีประสิทธิภาพ
- แยกแยะบทบาทหน้าที่กับแพทย์ชัดเจน
- มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน
- แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ประชาชน และเครือข่ายการเรียนรู้
- บริการทุกคน ทุกประเภทด้วยเมตตาจิต
- มีการกระจายบริการกระจายทั่วถึง
- บริการด้านยาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพ
- ยอมรับทางเลือก เช่น แพทย์แผนไทย-พื้นบ้าน ใช้สมุนไพร อาหารเพื่อสุขภาพ

รายละเอียดของวิสัยทัศน์ของเภสัชกรที่ท่านอยากเห็น

กลุ่มเฉพาะ 1 เภสัชกรโรงพยาบาล

ตัวคน (เภสัชกร)

1. มีมนุษยสัมพันธ์ดี อภัยภัยไม่ตรีดี (มี GPP – Good Pharmacy Practice)
2. ใฝ่รู้ รักการพัฒนา (วิชาการ,งานวิจัย) (มี GPP-Good Pharmacy Practice)
3. ได้รับการยอมรับจากคนในสังคม
4. มีจิตสำนึกที่ดีในการประกอบวิชาชีพ รู้ผิดชอบ, ซื่อสัตย์
5. มีความรู้ความสามารถ,เชี่ยวชาญในวิชาชีพ
 - Technique ของเภสัชกรรม, Management Skill, Social Skill, Technology
6. มีมนุษยธรรม
7. มีจิตสำนึกในการสร้างระบบเครือข่ายการเรียนรู้ และให้บริการร่วมกัน

กลุ่มเฉพาะ 2 เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เภสัชกรเป็นผู้ที่ใฝ่รู้เรื่องยา สุขภาพ เป็นผู้รู้และเป็นที่พึ่ง, ที่ปรึกษาด้านยา อาหาร สุขภาพของประชาชน ปฏิบัติหน้าที่อย่างซื่อสัตย์ มีศักดิ์ศรี มีจิตสำนึกที่รับผิดชอบต่อชุมชนและสังคม มีเป้าหมายในการทำงาน

ใฝ่รู้ เป็นผู้นำ มีคุณธรรม คำนึงสังคม ชื่นชมในวิชาชีพ

เป็นประทีปส่องทาง เป็นตัวอย่างที่ดี สมศักดิ์ศรีเภสัชกร.

1. สนใจในเรื่องอื่นๆ ด้วย นอกเหนือจากเรื่องยาและสุขภาพ
2. ใฝ่รู้เรื่องยาและสุขภาพ/มีความรู้ที่ถูกต้อง
3. มีความเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดีในทุกด้าน
4. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
5. เป็นบุคคลตัวอย่าง เป็นที่ยอมรับของสังคม
6. เป็นที่พึ่ง/ที่ปรึกษาด้านยา, อาหาร ด้านสุขภาพองค์รวมของคนในชุมชน ทำเพื่อชุมชน
7. มีจรรยาบรรณ (ซื่อสัตย์, ไม่ถูกครอบงำ, มีศักดิ์ศรี, เป็นตัวของตัวเอง)
8. มีจิตสำนึกรับผิดชอบต่อชุมชนและสังคม
9. มีเป้าหมายในการทำงานอยู่ที่การมีสุขภาพที่ดี ประชาชนอย่างยั่งยืน
10. มีการกระจายตัวของเภสัชกรอย่างทั่วถึงทุกระดับ (ประเภสัชเภสัช)
11. ภาพลักษณ์บทบาทที่ชัดเจน (มองแล้วรู้ว่าเป็นเภสัชกร)

กลุ่มเฉพาะ 3 เภสัชกรร้านยา

1. ประชาชนมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน
2. ระบบประกันมีประสิทธิภาพ
3. เภสัชกรต้องเป็นคนดี
4. ต้องเป็นคนเก่ง (เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง)
5. เภสัชกรต้องเป็นผู้สอน สนับสนุน กระตุ้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเอง
6. ร่วมสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ
7. มีจรรยาบรรณ
8. มีคุณธรรม
9. ให้บริการประชาชนทุกประเภท
10. โดยมีเมตตาจิต ห่วงดี
11. เภสัชกรและผู้รับบริการควรมีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูล ซึ่งกันและกัน
12. การศึกษาเภสัชศาสตร์ ต้องเรียนรู้จากประชาชนจริงๆ (ไม่ใช่เฉพาะในห้องเรียน)
13. เภสัชกรต้องทะเยอทะยานเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพและเอื้อในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน
14. องค์การวิชาชีพ (สภาเภสัช) ต้องเข้มแข็ง และดูแลควบคุมคนในวิชาชีพอย่างจริงจัง
15. อยากให้ร้านขายยาทั้งหมดมีเภสัชกรตลอดเวลา

กลุ่มเฉพาะ 4 Non-Pharmacist

1. เปิดใจยอมรับในเรื่องขององค์รวม - มองสุขภาพแบบองค์รวม
2. การพึ่งตนเองด้านยา - ยาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของสุขภาพ

3. สนับสนุนภูมิปัญญาไทย
4. จัดสำนักที่เอาประชาชนเป็นที่ตั้ง
5. ร่วมปกป้องสิทธิของผู้บริโภค
6. มีส่วนร่วมในทีมบริการสุขภาพตั้งแต่ต้นและตลอดช่วงการรักษา
7. เภสัชกรไม่ใช่ผู้รู้ทุกเรื่อง ต้องยอมรับในบางเรื่องที่ไม่ทราบหรือต้องแนะนำ/ส่งต่อ
8. ควรแยกบทบาทหน้าที่เภสัชกร จากแพทย์ให้ชัดเจน
9. มีการวิจัย และพัฒนา (โดยไม่ยึดติดกับสิทธิบัตร)
10. มีส่วนร่วมในทีมบริหาร
11. เปิดใจเรียนรู้จากทุกฝ่าย

กลุ่มเฉพาะ 5 Non-Pharmacist

1. ดูแลบริหารจัดการให้ประชาชนได้รับยาที่มีคุณภาพ, ราคาสมเหตุสมผล, มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม
2. มีองค์ความรู้/มนุษยสัมพันธ์/Service mind
3. เข้าใจสถานการณ์ของครัวเรือน
4. ให้ความสนใจการแพทย์แผนไทย/สมุนไพร
5. สามารถวิจัยและพัฒนาขึ้นได้
6. พัฒนามาบทบาทของเภสัชกรในร้านยาให้ชัดเจน
7. ดูแลนโยบายด้านการผลิตยาของประเทศ (มี Item ที่เหมาะสม)
8. คัดกรองผู้บริโภคในด้านอาหาร/ยา
9. เห็นความสำคัญ/ใส่ใจในการให้ข้อมูล, ความรู้ในเรื่องยา/สุขภาพแก่ประชาชน
10. เภสัชกรควรมีข้อมูลเรื่องยาที่ใช้ในโรงพยาบาลอย่างครบถ้วน เพื่อให้ข้อมูลแก่บุคลากร

ต้นไม้ปัญหา

ราก	ระบบคิดหลัก
	การให้คุณค่าพื้นฐาน
ลำต้น	ระบบโครงสร้าง
	สถาบันในสังคม ส่งผ่านระบบคิดหลัก
กิ่งและใบ	ปรากฏการณ์ พฤติกรรม
	ผลที่เกิดขึ้น
ผล	ผลลัพธ์สำคัญยิ่ง

ราก :	ระบบคิดหลัก การให้คุณค่าพื้นฐาน - อำนาจนิยม - พึ่งพาอุปถัมภ์นิยม - ทุนนิยมเห็นเงินเป็นใหญ่ - การครอบงำทางเศรษฐกิจและสังคมจากทุนข้ามชาติ - ป้างเจกและอัตตานิยม - ระบบแยกส่วนโดยไม่มีการรวมผลสรุป - ระบบการศึกษาที่ขาดการนำเรื่องของสุขภาพและจริยธรรมไว้ในหลักสูตร (อนุบาลไปมหาวิทยาลัย) - ระบบสิทธิบัตร (รองรับสังคมอุตสาหกรรม) - สนใจสิ่งแวดล้อม (เศรษฐกิจ สังคม การเมือง) น้อย ไม่นำมาประกอบ การตัดสินใจ
ลำต้น	ระบบโครงสร้าง สถาบันในสังคม ส่งผ่านระบบคิดหลัก - ครอบครัวยุคใหม่ - ระบบแยกส่วนโดยไม่มีการรวมผลสรุป - ระบบการศึกษาที่ขาดการนำเรื่องของสุขภาพและจริยธรรมไว้ในหลักสูตร (อนุบาลไปมหาวิทยาลัย) - ระบบสิทธิบัตร (รองรับสังคมอุตสาหกรรม) - ระบบราชการ การเมือง - ระบบสาธารณสุข - สื่อ - สถาบันการศึกษา - ระบบการเรียนการสอนให้เป็นคนดี คนเก่ง

กึ่งและใบ

- ระบบตลาดเสรี
- ความไม่ชัดเจนของวิชาชีพ (หน้าที่และบทบาท)
- การรวมศูนย์อำนาจของระบบราชการและการจัดการ
- ระบบพรรคพวก “คนของใคร”
- ระบบคัดคนเข้าเรียนทางสาธารณสุข
- กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ กระแสหลักเป็นใหญ่
- ระบบบริหารสถาบัน

ปรากฏการณ์ พฤติกรรม ผลที่เกิดขึ้น

- ภาวะเศรษฐกิจที่แย่ ทำให้ประชาชนสนใจเรื่องปากท้อง ความอยู่รอดมากกว่าสนใจสุขภาพ
- เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน
- เกรงใจ ขาดการตรวจสอบ ไม่โปร่งใส
- ขาดการสร้างความรู้ ขาดให้โอกาสมีส่วนร่วม
- เชื่อโดยไม่คิดไม่หาข้อมูล
- ฟังพารัฐ
- ขาดกระบวนการสร้างความเข้มแข็งชุมชน
- ขาดระบบส่งเสริมการร่วมมือกันระหว่างแต่ละอาชีพ
- ดินดี-ต้นไม้งาม, อาหารดี-สุขภาพดี

ผล

ผลลัพธ์สำคัญยิ่ง

- วิกฤตเศรษฐกิจ
- วิกฤตวิชาชีพ
- วิกฤตต่อวิชาชีพ
- ไม่มีระบบการตรวจสอบ ถ่วงดุล โดยองค์กรอิสระ หรือบุคคลที่ 3
- ธรรมชาติและทรัพยากรถูกใช้อย่างฟุ่มเฟือย
- วิกฤตสุขภาพ
- มีการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม
- ป่วยก่อนจึงเห็นทุกข์
- การเจ็บป่วย ความตาย ถูกนำไปค้าขาย/หากำไร
- ฟังตนเองไม่ได้
- ไม่มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ต้องรับผลทานจากผู้ให้บริการ

สรุปยุทธศาสตร์สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพของประชาคมในภาคเหนือ สามารถนำเสนอได้เป็น 8 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

กลุ่ม 1 ระบบประกันสุขภาพ

ระบบบริหารจัดการ

การพัฒนาระบบประกันสุขภาพ

- ครอบคลุมทั้งระบบ
- มาตรฐานเดียว
- เป็นระบบเดียว
 - บัตรประชาชน = บัตรประกันสุขภาพ
- ความเป็นธรรม และประสิทธิภาพ

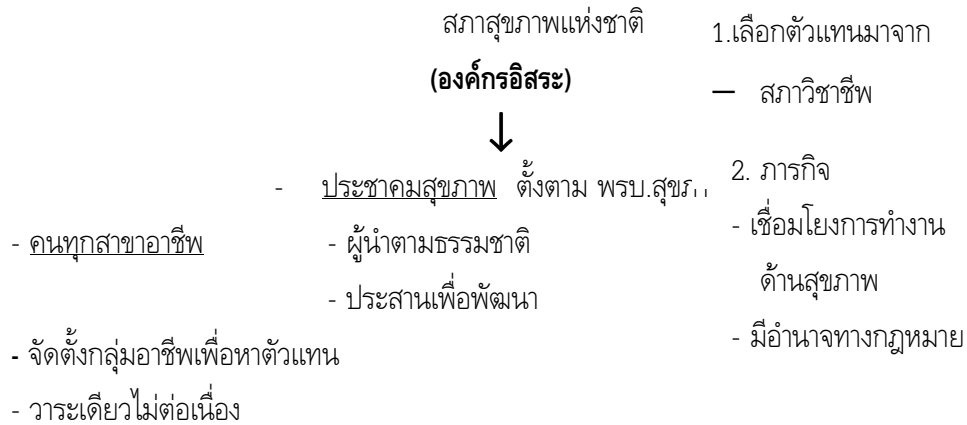
ข้อเสนอ

1. การประกันสุขภาพ ครอบคลุมการส่งเสริม การป้องกัน การตรวจร่างกาย (เฉพาะเมื่อมี sign)
2. ระบบเดียว
3. ประชาชนมีส่วนร่วม - องค์กร และมูลนิธิ
4. การจัดเก็บ-รายได้-ความจำเป็น
5. ยุติธรรม - ครอบคลุมโรคที่เหมาะสม (โรคเรื้อรัง AIDS)
6. ประชาชนช่วยออกแบบระบบและบริหารจัดการ
7. รัฐจัดการเรื่องวัคซีน/การควบคุมโรค
8. สังคมจัดการเรื่อง Health Promotion (เครือข่าย จักรยานเพื่อสุขภาพ)
9. ข้อปฏิบัติสำหรับผู้เอาประกัน (ถ้าเป็นโรคที่เกิดจากขาดการดูแลสุขภาพ ใช้บัตรไม่ได้)

กลุ่มที่ 2 สภาสุขภาพแห่งชาติ

การบริหารจัดการ

- การพัฒนาความร่วมมือ (รัฐ, บุคลากรสาธารณสุข, ประชาชน)



พ.ร.บ.แห่งชาติสุขภาพ จะเกิดขึ้นได้ก็ต้องมีประชาคม ซึ่งประชาคมมีการประสานงานกับสำนักงานเลขานุการศูนย์ประสานงาน เพื่อจัดตั้งสภา

- แห่งชาติ
- วิชาชีพ
- ตัวแทนประชาชน

ในการจัดตั้งสภา จะต้องมียุติสำนักสาธารณสุขร่วมกัน มีความสมัครใจ

สภาสุขภาพแห่งชาติ

↑↓

จังหวัด

↑↓

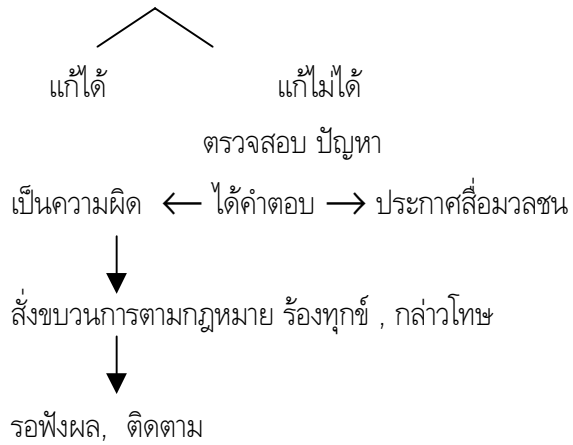
อำเภอ

↑↓

ตำบล

ประชาคมสุขภาพ

- ขอข้อมูล → ตาม พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสาร
- บทบาทร่วมกันแก้ปัญหาสุขภาพในจังหวัด



สภาสุขภาพแห่งชาติ (เป็นองค์กรอิสระ) (ตั้งตาม พ.ร.บ. มีกฎหมายรับรอง)

ประกอบด้วย

- ตัวแทนแต่ละกลุ่มอาชีพทางสุขภาพ (รัฐ, สาธารณสุข, ประชาชน (ประชาคมสุขภาพจังหวัด))
- มีวาระดำรงตำแหน่ง

กำหนดอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจน

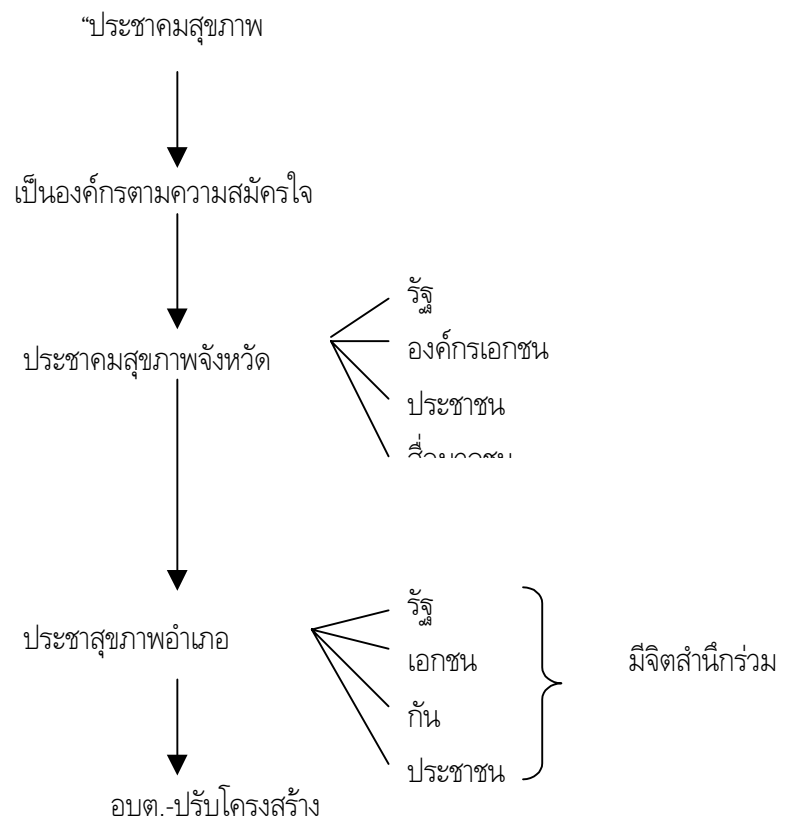
- เชื่อมโยงการทำงานสุขภาพ
- ตรวจสอบระบบ บริการสุขภาพ
- แก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน
- พัฒนาระบบสุขภาพของชาติ

หน่วยย่อยของ

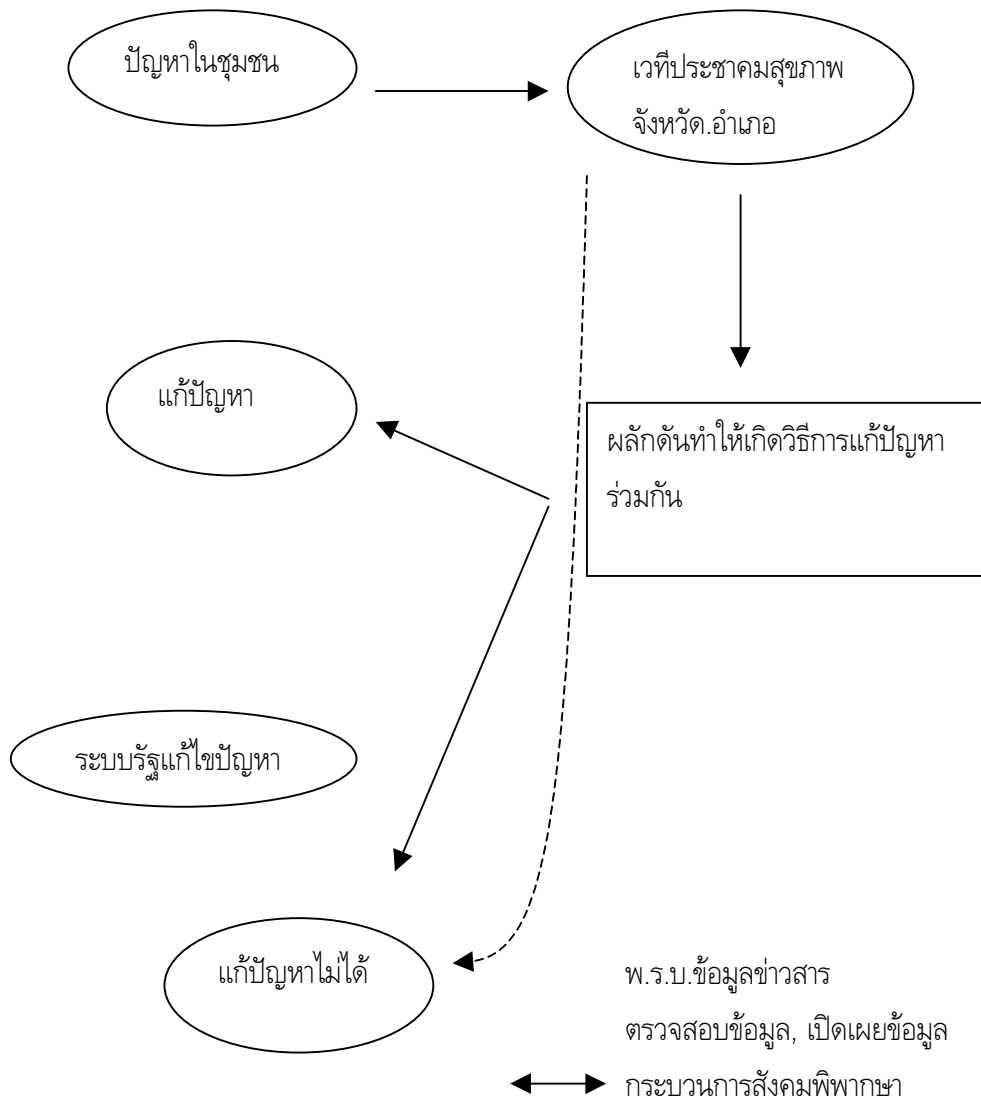
สภาแห่งชาติ



ส่งเสริมให้เกิดการตั้ง



ระบบการตรวจสอบคัดอำนาจ
 อาศัยเวทีของประชาคมสุขภาพ
 อาศัยการตรวจสอบและเปิดเผยข้อมูล



กลุ่มที่ 3 การพัฒนาคนและชุมชน

3.1 คนและชุมชน

การพัฒนาจิตสำนึกและทักษะการดูแลสุขภาพ

- เริ่มจากเกิด → ตาย / การลงมือปฏิบัติ
- โรงเรียน
 - กระบวนการสอนเชิงปฏิบัติ
 - โครงการอาหารกลางวัน
 - งดขายอาหารที่ไม่เหมาะกับสุขภาพ
 - บุคลากรสาธารณสุข ร่วมกิจกรรมเชิงรุก
- วัด - เป็นส่วนหนึ่งในการรณรงค์
- สถานบริการฯ เปิดบทบาทส่งเสริมดูแลสุขภาพ
- ↑ การโฆษณาและประชาสัมพันธ์เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค
- ↓ โฆษณามอมเมา การส่งเสริมดูแลสุขภาพ
- กินข้างล้อง - ถั่ว - งา / ใช้อาหาร - สมุนไพรแทนยา
- เริ่มต้นจากชุมชนครอบครัว

การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

- ประชาคมคือองค์กรที่ชาวบ้านเลือกเอง
- เครื่องชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชน
- กลุ่มต่างๆ
 - เกิดขึ้น
 - ลงมือปฏิบัติ
 - ความร่วมมือ
- ↓
- องค์กรชุมชน → ตัวแทนประสานงานร่วม
- ขบวนการแก้ปัญหา
 - Community - Problem - Solving
 - ไม่รอการจัดการของรัฐอย่างเดียว NGO
 - ชาวบ้านคิดเองทำเอง
- มี Facilitator ของชุมชน
 - ให้ข้อมูล, คำปรึกษา, สนับสนุน, ปลุกสำนึก
 - ไม่เบงการ/จัดการ
 - ทำงานเป็นทีม
 - เข้าหากกลุ่ม/ผู้นำความคิด

Facilitator ที่ดี

S = Sincerity

C = Concern

A = Angry ต่อความไม่ยุติธรรม/ไม่ถูกต้อง

R = Responsibility

3.2 ระบบบริการ

การพัฒนาความร่วมมือ (รัฐ-บุคลากร-ประชาชน)

- เมืองกรือสระ (สภามสุขภาพแห่งชาติ)

- รับรองโดย พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

- สมาชิกกรรมการ / วิชาชีพ

ผู้บริโภคร - ประชาคมสุขภาพจังหวัด

- มาจากการเลือกตั้ง

- มีวาระแน่นอน

- บทบาทหน้าที่ - แก้ไขปัญหาสุขภาพ

- ถกปัญหาวิชาชีพ

- พัฒนา/ตรวจสอบระบบบริการสุขภาพ (ทั้งรัฐและเอกชน)

- หน่วยงานย่อย

- ประชาคมสุขภาพจังหวัด

- ประชาคมสุขภาพอำเภอ

- อบต. - ↑บุคลากรด้านสุขภาพในโครงสร้าง

ประชาคมสุขภาพจังหวัด/อำเภอ

- สมัครใจเลือกตั้ง

- มีจิตสำนึกร่วม

- ตัวแทน - รัฐ → สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

- เอกชน → องค์กรวิชาชีพ

- ประชาชน

- สื่อมวลชน

- “สำนักเลขานุการประชาคมสุขภาพแห่งชาติ” ประสาน/ดำเนินการระหว่างจังหวัด

- Process การทำงานของประชาคมสุขภาพ

1) อภิปรายปัญหา

2) เสนอให้หน่วยงานที่เหมาะสมที่จะแก้ปัญหา

3) เปิดเผยข้อมูลที่เป็นปัญหา (ที่แก้ไม่ได้)



การตัดสินใจสาธารณะ

4) รับผิดชอบในการดำเนินทางกฎหมายต่อไป

กลุ่ม 4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

Organization of organization (0 of 0)

- เกล็ดกรรมไฟที่จะไปบริการเท่านั้นไม่พอ ต้องมีใจ ไฟที่จะสร้างความเข้มแข็งของชุมชน อย่างน้อยก็ในบทบาทของตัวเอง (ขยายวงกว้าง)
- ต้องมีองค์กรชุมชน : ชุมชน = คนอยู่ร่วมกัน



หากต่างคนต่างอยู่ แยกแยะ ต่างคิด



สร้างองค์กร

จากองค์กรเล็กๆ ครอบครัว เกษตร พระสงฆ์ แม่บ้าน ต้องสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มย่อย (Subgroup)

องค์กรชุมชนจะต้องเข้ามาดูแล ของกลุ่มตัวเอง

- ตัดสินใจด้วยตนเอง
- มีจิตสำนึกร่วมกัน
- วิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน
- ดำเนินงานร่วมกัน
- พึ่งพาซึ่งกันและกัน



จัดความสัมพันธ์ของกลุ่มย่อย

ทำไมไม่เข้มแข็ง

- อัตตาของแต่ละคน กลุ่ม
- มีการแทรกแซงจากภายนอก มีเงิน มีอำนาจ เช่น รัฐ NGOs
- ชาวบ้านไม่ต้องคุยกัน ปรึกษากัน
- มีคนภายนอก, มีคนจัดตั้งเป็นผู้จัดการให้
- ไม่ได้ปรึกษากันในกลุ่ม

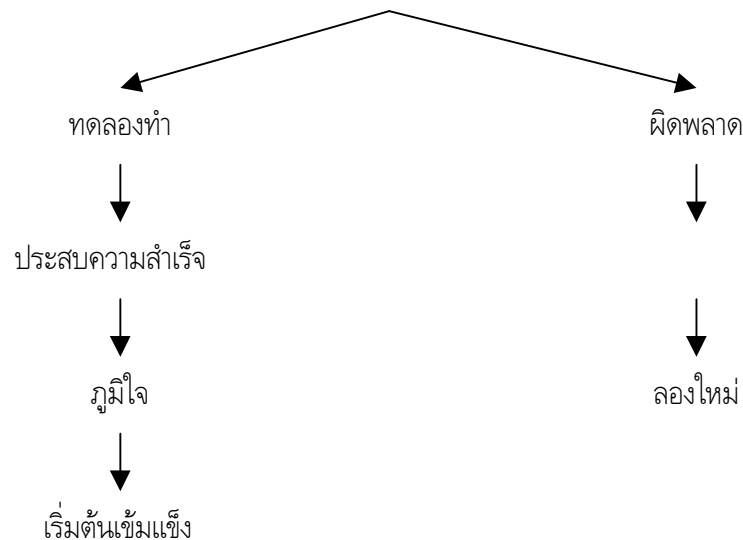
ชุมชนต้องเป็นคนหลายๆ กลุ่มเข้ามาร่วมกัน แลกเปลี่ยนกันด้วยคนภายใน (ชุมชนตัดสินใจเอง)

- NGOs, รัฐต้องเป็น Facilitator only ให้การสนับสนุนข้อมูล, ทรัพยากร ห้ามเป็น Manager, partnership

ชุมชนต้องตัดสินใจเอง

- เริ่มจากรับ, NGOs ปรับทัศนคติตัวเอง

จุดประเด็นปัญหา (ดูงาน) ให้เริ่มจากจุดเล็กๆ ที่เกิดการคิดในชุมชน



การเริ่มต้น

- การเริ่มต้นต้องเริ่มจากชุมชน
- Facilitator เริ่มจากการยุ
- เรียนรู้ข้อผิดพลาดในชุมชน
- ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการลงทุน (ระบบสหกรณ์)
- การลงทุน (เริ่มต้นงาน)-ร่วมกันลงทุน (ชุมชน + Facilitator)

ผู้ส่งเสริมการพัฒนา

Facilitator = ผู้ชุกยู่ (ลาว)

- ไม่มีนักพัฒนาสังคม เพราะสังคม, ชุมชน ต้องพัฒนาตนเอง
- ครู มีหมอเมือง, มีนักธุรกิจ, มีคน

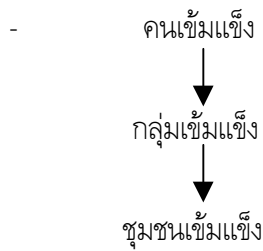
ที่ต้องการพัฒนาชุมชน

↓
ทุกคนต้องเป็น “ผู้ชุกยู่”

กระบวนการสร้าง, คัดเลือก “ผู้ชุกยู่”

- สร้างจิตสำนึกของคน ตัวแทนที่จะเข้าสู่ชุมชน ให้เป็น Facilitator
- Facilitator ต้องเปิดใจให้กว้าง
- จะเข้าชุมชนใดต้องให้ผู้รู้ในชุมชนรับรู้ว่า 1 คนเป็น
- ต้องหาช่องทาง ไม่จำเป็นต้องเป็นคนเดิมๆ อาจจะเป็นคนกลุ่มอื่นๆ ดึงคนเหล่านั้นเข้ามา

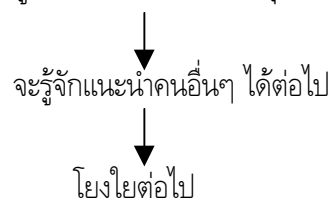
ชุมชนเข้มแข็ง



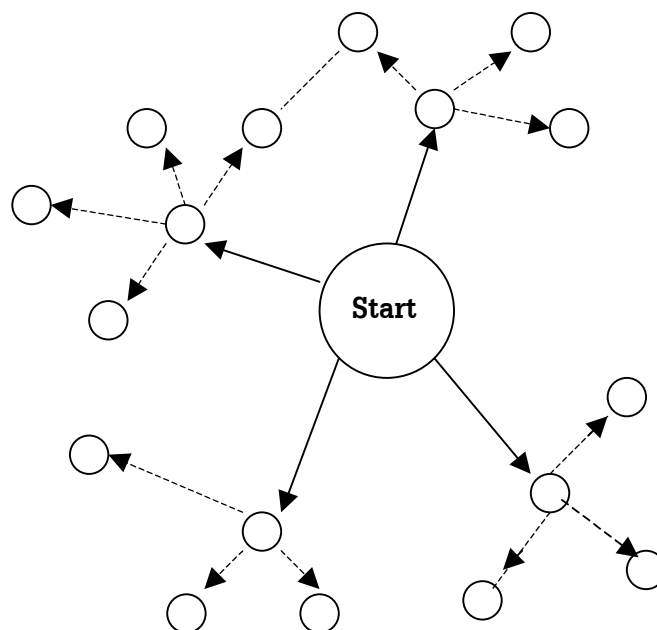
คนเข้มแข็ง มีความเข้าใจ, ขบวนการในการกำหนดปัญหาตนเอง ลำดับความสำคัญได้ และมีวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

กลุ่มเข้มแข็ง : มีคนเข้มแข็ง และมี Facilitator (ในชุมชน) ซึ่งทำหน้าที่ Organizer (ผู้ปลุกม็อบ)

- ในชุมชน อยู่ได้เพราะมีรากของครอบครัว กว้างโยงโยออกไป ไม่ว่าจะโดนทำร้ายอย่างไร แต่มีวัฒนธรรมที่ทำให้ชุมชนอยู่ได้ วัฒนธรรมชุมชน (ความเข้มแข็งของชุมชนตะวันตก/ไม่พบในตะวันตก (ไทย, ASIA) และวัฒนธรรมครอบครัว
- เริ่มจากทำความรู้จัก 1 คน และทำความคุ้นเคย

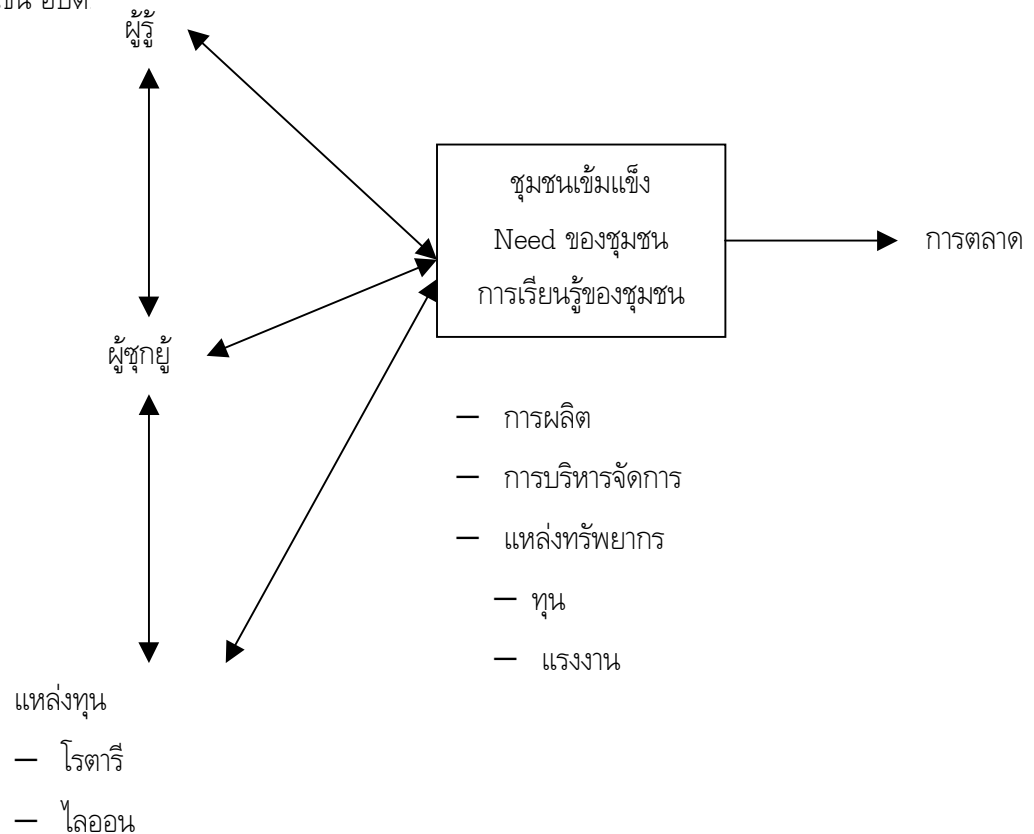


เริ่มจาก 1 กลุ่ม



- Facilitator: เข้าไปด้วยต้นทุน ทางสังคม ประสบการณ์ ความรู้ แหล่งเงินทุน

- Facilitator: อยู่ที่ทำหน้าที่เข้าไปสู่ชุมชน
 - มีเงิน Support แต่ให้ชุมชนเป็นผู้คิด ทำ (Facilitator บอกแหล่งเงิน, แนะนำ)
- ชุมชนเข้มแข็ง ต้องมีกำลัง สามารถรองรับ, พัฒนางานในทุกๆ ด้านของชุมชน : สุขภาพ การศึกษา, เกษตร
- การสร้างชุมชนเข้มแข็งต้องสร้างให้เกิดขึ้นในทุกมิติของชุมชน
- ชุมชนต้องมีเป้าหมายสู่ “ประชาคม” เพื่อตรวจสอบความโปร่งใส, การทำงานขององค์กรในชุมชน เช่น อบต



มีการประสานงาน — งบรัฐ เอกชน

Facilitator มีบุคลิก — ระดมทุนในชุมชน

SCAR

- S - Sincerity = ความสัตย์ซื่อ
- C - Concern
- A - Angry
- R - Responsibility

วิธีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

1. รัฐธรรมนูญฉบับประชาชนเน้นความเข้มแข็งของชุมชน (ประชาคม)
2. องค์กรประกอบของชุมชน เครื่องมือ

- ก. กลุ่ม
- ข. องค์การชุมชน O of O
- ค. กระบวนการแก้ปัญหา
- 3. เครื่องขัดขวางองค์การชุมชน
 - ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ NGOs
- 4. ผู้สร้างความเข้มแข็ง Facilitator (ผู้ชูกัญญ์)-อุดมการณ์
- 5. เป้าหมายไม่ใช่กลุ่ม แต่เป็นชุมชน

กลุ่ม 5 การออกแบบระบบประกันสุขภาพ

5.1 การพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

1. ปรับปรุงเงื่อนไขการประกันสุขภาพใช้กรณีเพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคให้ครอบคลุม เช่นการตรวจสุขภาพประจำปี
2. รวบรวมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ ให้เป็นหน่วยงานเดียว/หรือระบบเดียว
3. ประชาชนทุกคนต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ค่าประกันสุขภาพด้วยจำนวนหนึ่ง และมีค่าจัดเก็บค่าประกันสุขภาพอีกส่วนหนึ่ง โดยพิจารณาจากรายได้และความจำเป็นในการรักษา
4. ให้มีการจัดตั้งองค์กร มูลนิธิ มาสนับสนุนดูแล รับผิดชอบค่าใช้จ่าย โรคบางโรค (เช่น เอ็ดส์ มะเร็ง) และโรคเรื้อรังอื่นๆ
5. กลไกการจัดการโดยรัฐ ตลาด สังคม ให้สมดุล
6. ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ

5.2 การพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

1. ปัญหา
 - ครอบคลุมเฉพาะการรักษาเพียงอย่างเดียว
 - ไม่ครอบคลุมทั้งระบบ
 - คุณภาพการบริการด้อยกว่ามาตรฐาน
 - รัฐจ่ายค่าประกันให้แก่โรงพยาบาลที่เข้าโครงการไม่เหมาะสม
 - ระบบประกันมีหลากหลายเกินไปและไม่เท่าเทียมกัน (สิทธิ บริการอื่น)
 - สวัสดิการของรัฐที่มีแก่ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจฟุ่มเฟือย น้อย

ระบบใหม่ ใครจ่าย- ใครจัดการ

- 1) ป้องกันโรคและความคุ้มครองโรค → รัฐจ่าย + สังคมหนุนช่วย
- 2) การส่งเสริมสุขภาพ → รัฐจ่ายให้สังคมดำเนินการ
- 3) การรักษา
 - รัฐ
 - สังคมรับผิดชอบจำนวนหนึ่ง

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

ข้อปฏิบัติตนของผู้เอาประกัน เช่น คนสูบบุหรี่ → โรคถุงลมโป่งพอง ไม่ควรได้รับสิทธิเต็มจากการใช้ประกันสุขภาพ

คนและชุมชน

1. การพัฒนาจิตสำนึก ทักษะในการดูแลสุขภาพ

2. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

ระบบบริการสาธารณสุข

3. การพัฒนาจริยธรรมของผู้ให้บริการ

4. การพัฒนาระบบตรวจสอบระบบบริการสาธารณสุข

ระบบบริหารจัดการ

5. การพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

6. การพัฒนาความร่วมมือ (รัฐ บุคลากรสาธารณสุข ประชาชน)

นโยบาย

7. ขบวนการสนับสนุนการแพทย์ทางเลือก

8. การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค

กลุ่มที่ 6 การพัฒนาจิตสำนึก และทักษะ

สื่อต่าง ๆ งบประมาณ

โรงเรียน

ครู, ผู้อำนวยการ

- ให้ความรู้และปฏิบัติจริงเพื่อเป็นต้นแบบ
- จัดอบรม ดูงาน
- Campaign สุขภาพ
- มีการติดตามผล และประเมินผล
- มีห้องพยาบาล มีพยาบาลประจำ - ทำหน้าที่สอนเรื่องสุขภาพ
 - ดูแลสุขภาพ
 - สอน/ฝึกให้นักเรียนสามารถปฏิบัติได้ด้วย
- นโยบาย จัดอาหารสุขภาพในโรงเรียน (อาหารกลางวัน ขนมต่าง ๆ)

นักเรียน

- ให้ความรู้ ทุกระดับตามความเหมาะสม
- Campaign สุขภาพ - อาหาร
 - การออกกำลังกาย
 - สิ่งแวดล้อม
- โครงการอาหารเพื่อสุขภาพในโรงเรียน
- ตัวอย่างอาหารสุขภาพแต่ละวัน
- สิ่งเสริมการออกกำลังกาย

ครอบครัว

- หาแนวร่วมที่มีจิตสำนึกโดยมี KEY PERSON เป็น Leader ในเรื่องสุขภาพ
 - อาหาร - ออกกำลังกาย
 - อารมณ์ - สิ่งแวดล้อม
- เป็นตัวอย่างให้กับลูก - ญาติ ฯลฯ

ศาสนสถาน

- ผู้นำศาสนาปฏิบัติตน/สอนข้อปฏิบัติของศาสนา (ที่ถูกต้อง)

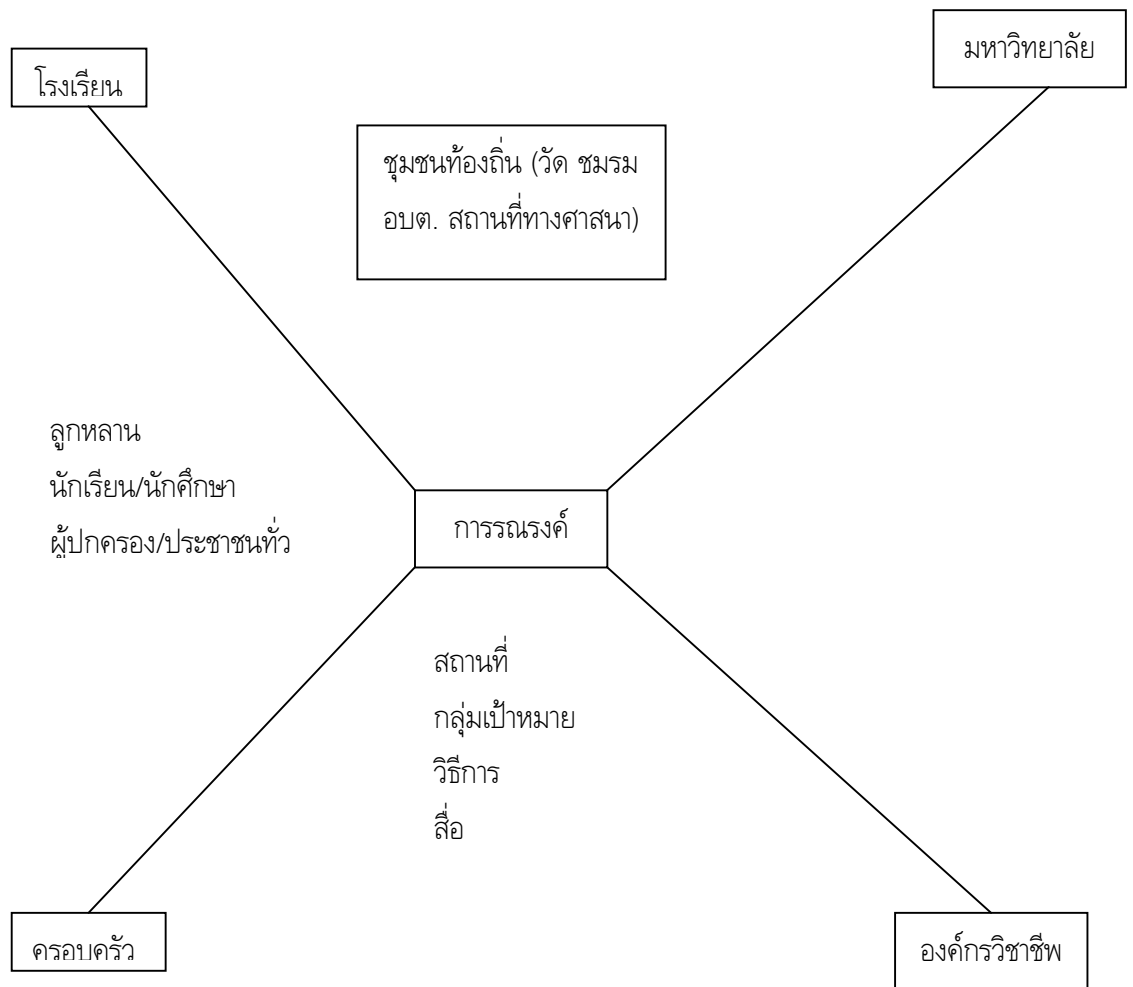
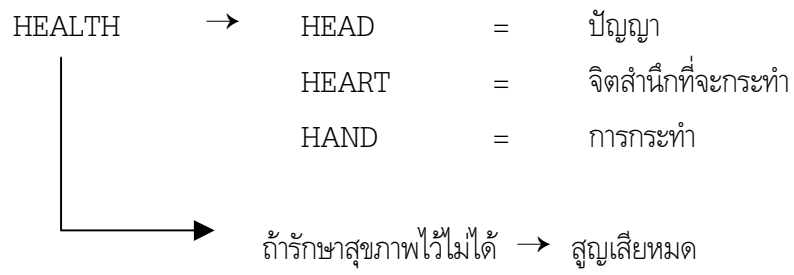
สถานบริการสาธารณสุข

- (เน้น) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค→ประชาชนมีส่วนร่วม
- เปิดเผยข้อมูล→คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย→โปร่งใส →ตรวจสอบได้
- เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง→Holistic

การพัฒนาจิตสำนึก ทักษะในการดูแลสุขภาพ

คนและชุมชน

- เริ่มที่โรงเรียน (ระบบการเรียนรู้ การสอน จัดระดับการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับวัยของผู้เรียน และต่อเนื่อง)
 - จัดกระบวนการเรียนการสอน เป็นวิชาบังคับ (บรรยาย และปฏิบัติ) ปรับวิธีการเรียนการสอน
 - โครงการอาหารกลางวัน
 - หรือ เลิกการขายขนม “กรอบแกรบ”
 - จัด Camp สุขภาพ มีการออกกำลังกาย อาหาร บทเรียน
 - บุคคล
 - ครอบครัว
 - สังคม → การศึกษา → สิ่งแวดล้อม
 - กฎหมาย
 - นโยบาย การเมือง
- ผู้ปกครอง: ทำตัวอย่างเป็นประจำทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน ชุมชน
- “สุขภาพเป็นสิ่งที่ทุกคนแสวงหา” (ให้ทุกคนตระหนัก) ต้องทำในทุกวัย ทุกคน ไม่ใช่เพียงแค่พูดและคิด
- บุคลากร สาธารณสุข
- สุขภาพเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหลาย ๆ อย่าง (การกิน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำงาน จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ)
- วัด/สถานที่ทางศาสนาต่าง ๆ
- รณรงค์ – ทำ VDO, พาดูของจริง
- ประชาชนอ่อนแอในองค์ความรู้/การเข้าใจ ในบางเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ เชื่อคำโฆษณา ทำตามสิ่งที่เห็น
- จัดอาหารที่ปราศจากสารเคมี
- รณรงค์ให้บริโภคอาหารที่ดีมีคุณค่า ไม่แยกส่วน และเหมาะสมทั้งปริมาณและคุณค่า
- ถ้าสุขภาพซำรุด จะต้องใช้ทรัพยากร (เวลา เงิน) ต่าง ๆ มาก แต่บางครั้งก็ไม่สามารถรักษาชีวิตได้
- สื่อโฆษณา ต้องถูกต้อง ไม่มอมเมา/โฆษณาชวนเชื่อ ไม่เกินความจริง
- ใช้สถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล ร้านยา คลินิก สถานอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐาน ฯลฯ) เป็นแหล่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ
- ครูที่ห้องพยาบาลในโรงเรียน ควรมีความรู้/น่าจะเป็นพยาบาล มีบทบาทในการสอนเรื่องสุขภาพในชั้นเรียนด้วย



กลุ่มที่ 7 การสนับสนุนการแพทย์ทางเลือก

นโยบาย

1. การส่งเสริมสุขภาพ

- องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนและร่วมตรวจสอบ
- ผู้นำด้านสุขภาพ ร่วมปลูกจิตสำนึก
- สร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่สอดคล้องกับท้องถิ่น
- Clinic แพทย์ทางเลือก-เป็นที่ยอมรับ, การทำงานเป็นเครือข่าย, Patient Profile อยู่กับผู้ป่วย, ผู้ป่วยตัดสินใจจะรักษาระบบ/ทางใด
- บริการแพทย์ทางเลือก เบิกได้ (การประกันสุขภาพ)

2. การรักษา

- มีมาตรฐาน/ตรวจสอบได้
- กฎหมายรองรับ
- การยอมรับของสังคม “ศาสตร์ของไทย”

3. ระบบ

- องค์การของแพทย์ทางเลือก (มาตรฐาน/ตรวจสอบ/วิจัย, ยอมรับงานวิจัยจากประสบการณ์สั่งสม)
- บัญชียา จากสมุนไพร ภูมิปัญญา
- กฎหมายเฉพาะสำหรับเวชปฏิบัติของแพทย์ทางเลือก (มาตรฐานของแต่ละสาขา จะยกระดับสู่ GMP/มาตรฐานโลก)

● สามารถเบิกได้ เมื่อผู้รับบริการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือก

- หลักประกันสุขภาพ

● มาตรฐานของแพทย์ทางเลือก

- มุ่งองค์การแพทย์ทางเลือก: ประชาชน นักวิชาการ ตัวแทนแพทย์ทางเลือก
หน้าที่ -สร้างมาตรฐานขั้นต่ำ
-ตรวจสอบ(กระบวนการตรวจสอบ)โดยประชาชนและงานวิจัยควบคู่กัน
-ค้นหาภูมิปัญญาพื้นบ้าน สอดคล้องกับภูมิปัญญาของท้องถิ่นนั้นๆ
- บัญชีตำรับยาสมุนไพรหลัก(อ้างอิงตำรับแห่งชาติ)

● Primary care (การดูแลขั้นพื้นฐาน) ก่อนไปโรงพยาบาล

● ขบวนการส่งเสริมสุขภาพโดยแพทย์ทางเลือก

- ชุมชน: ผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน → ตรวจสอบโดยองค์การแพทย์ทางเลือก

 สนับสนุน ตรวจสอบ

- รัฐ - งบประมาณ (ภาษีของคนในท้องถิ่น) (องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น)
- ปลุกสำนึกคนในชุมชน โดยกระตุ้นและสนับสนุนเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ Primary Care
- มีกระบวนการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น
- มีสถานบริการพยาบาลของแพทย์ทางเลือก จัดตั้งโดยชุมชน (ควบคุมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล)
- ขบวนการรักษาระดับพื้นฐาน

หมอ (ปัจจุบัน ทางเลือก) ตรวจ (ปัจจุบัน ทางเลือก) และวินิจฉัย

แผนปัจจุบัน ทางเลือก

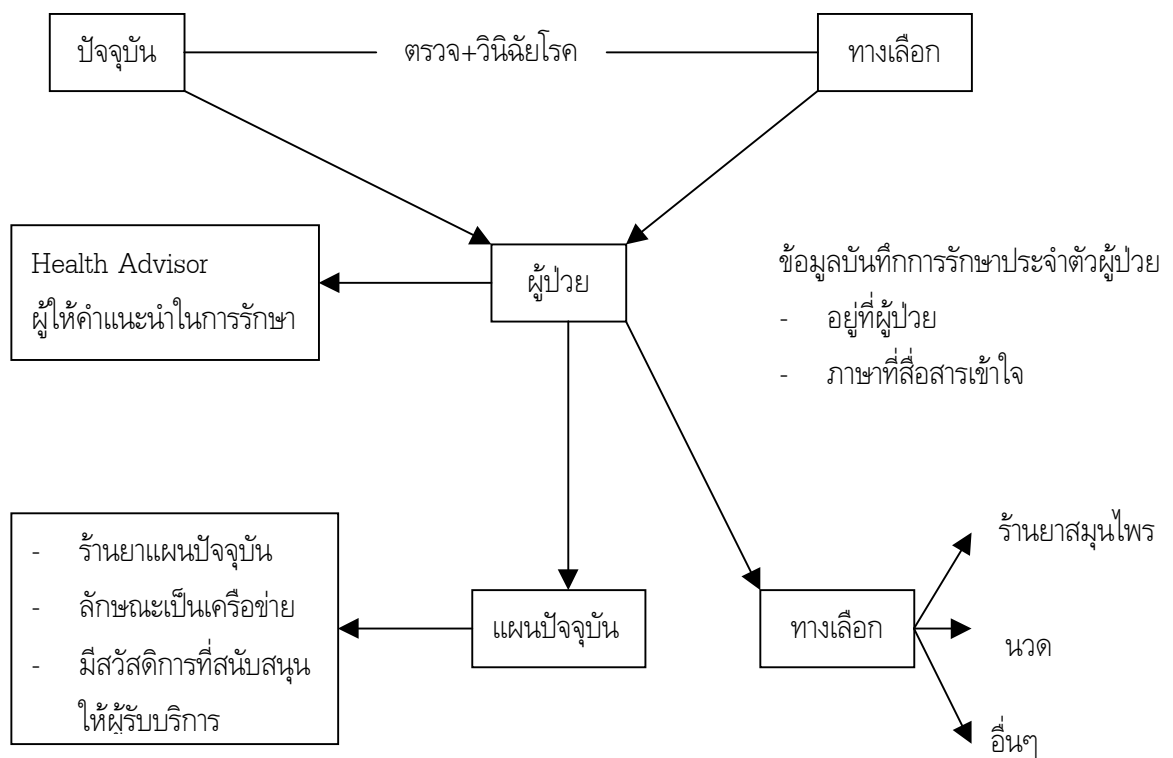
ผู้ป่วย (ข้อมูลบันทึกการรักษา)

- อยู่ที่บ้าน

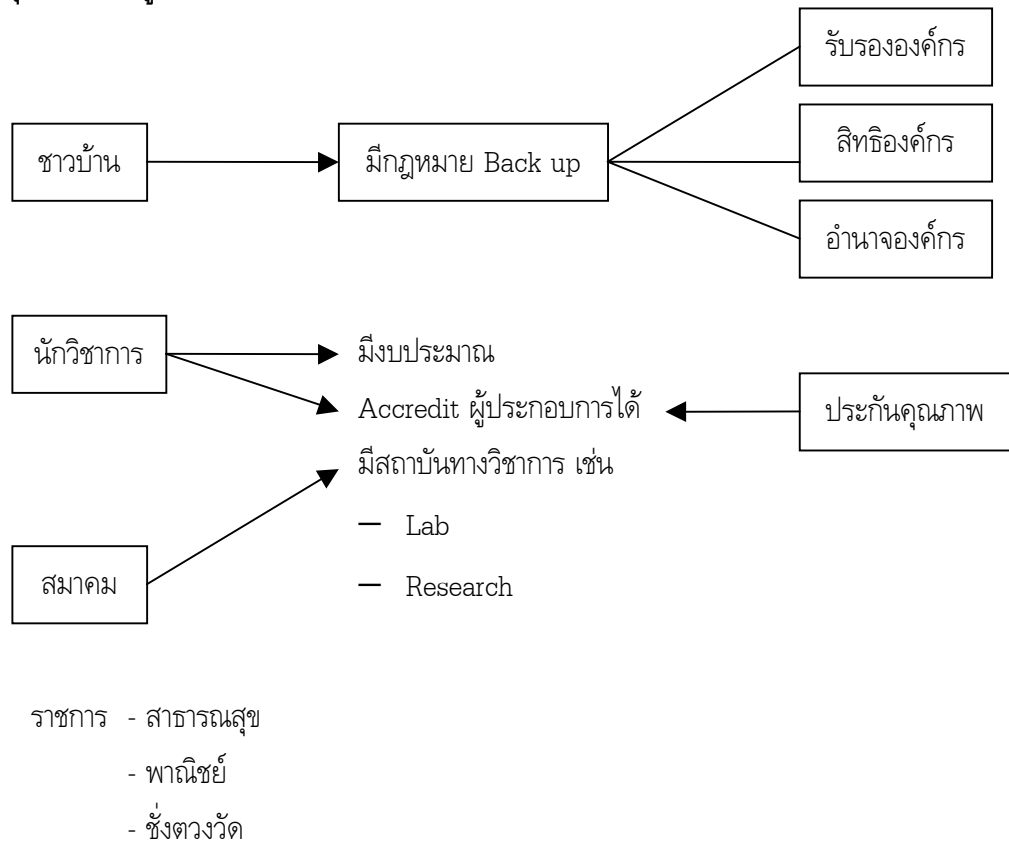
- ภาษาสื่อสารเรื่อง

** มาตรฐานเรื่องผลิตภัณฑ์ของแพทย์ทางเลือก

- ปลุกจิตสำนึกของบุคลากรสาธารณสุขให้เห็นความสำคัญของภูมิปัญญาพื้นฐานและขบวนการแพทย์ทางเลือก ที่เป็นศาสตร์ของประเทศไทย
- มีขบวนการคัดกรองเรื่องการเข้ามาของแพทย์ทางเลือกโดยมีกฎหมายรองรับ

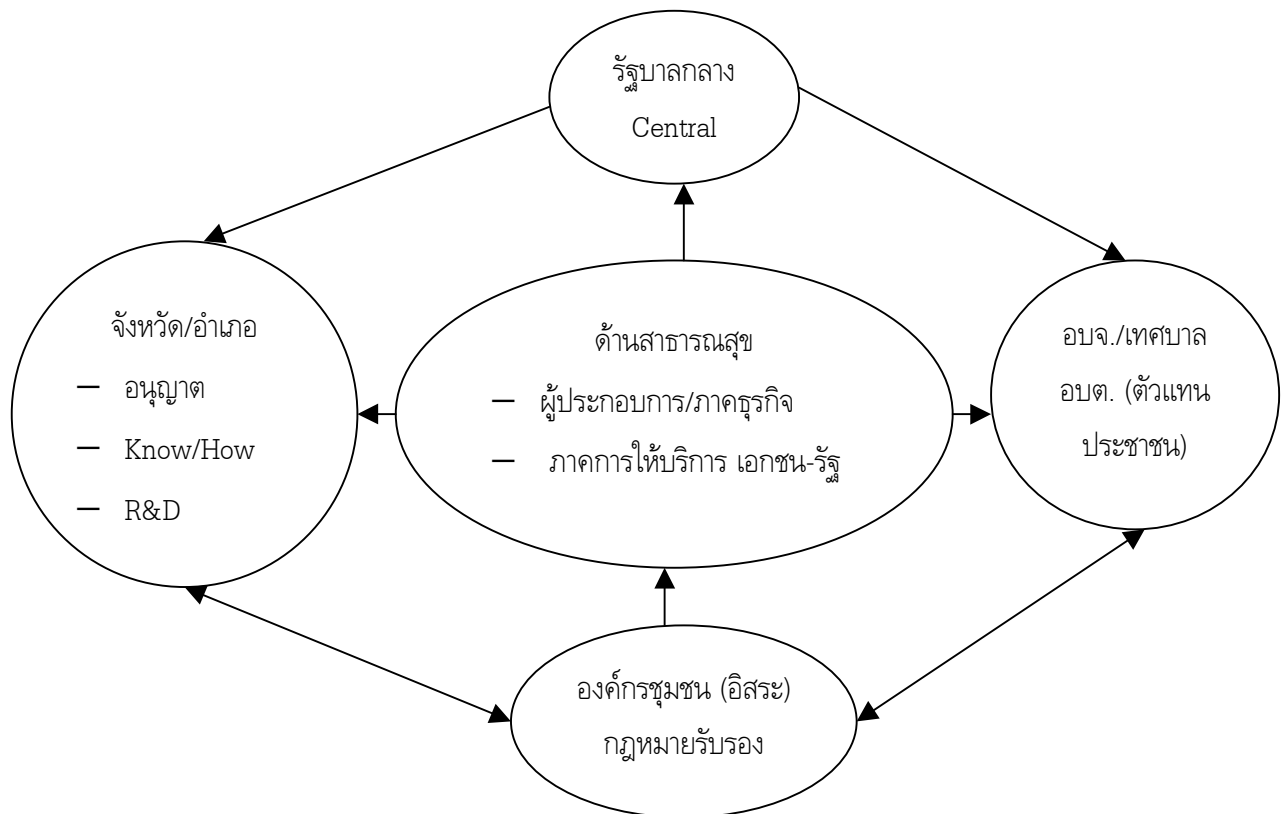
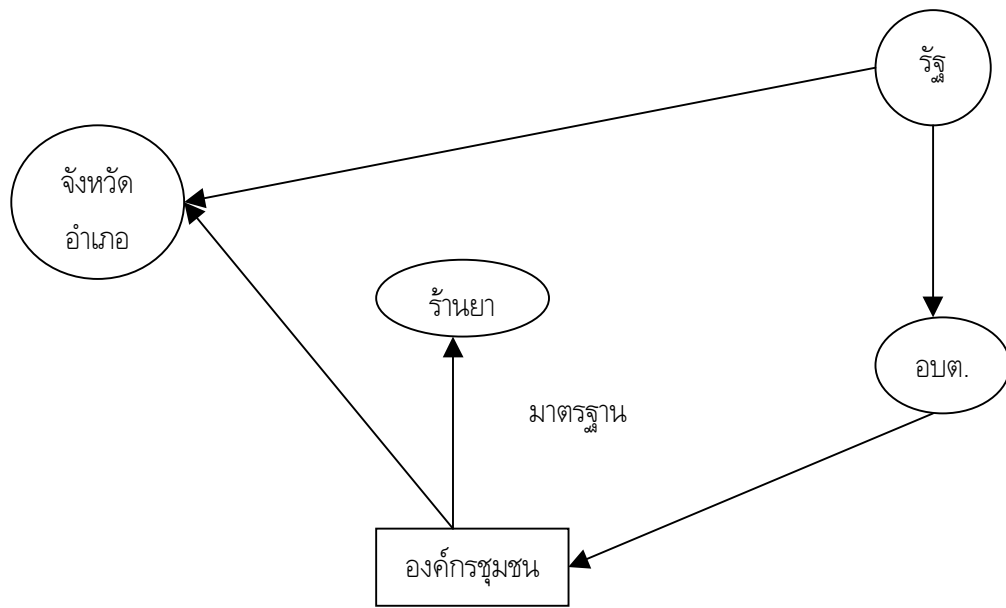


กลุ่มที่ 8 การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค



การคุ้มครองผู้บริโภค

- Balance ของ 3 กลุ่ม
 - ผู้ประกอบการ
 - รัฐ
 - ผู้บริโภค
- องค์กรพิทักษ์สิทธิ
 - จากชุมชน
 - วิชาการ / Accredited/register/certified
 - การโฆษณา
 - การเฝ้าระวัง
- มีกฎหมายรองรับองค์กรฯ
- มีงบประมาณจากรัฐ
 - รัฐกลาง
 - ผู้ประกอบการ
- สาธารณสุขจังหวัดทำงาน
 - งานเอกสาร
 - ฝึกอบรมวิชาการ
 - R&D
 - กำหนดมาตรฐาน



ภาคผนวก จ

รายงานการประชุม

โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเกษตรกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

	หน้า
รายชื่อคณะทำงาน	203
กำหนดการประชุม	204
ความคาดหวังของผู้เข้าร่วมประชุม	205
สรุปคำบรรยายกระบวนการ เอ ไอ ซี (A-I-C)	206
รายละเอียดกิจกรรมที่ 1-2	213
ผลการประชุมกิจกรรมที่ 1-2	215
รายละเอียดกิจกรรมที่ 3-4	234
ผลการประชุมกิจกรรมที่ 3-4	237
รายละเอียดกิจกรรมที่ 5	245
ผลการประชุมกิจกรรมที่ 5	246
รายละเอียดกิจกรรมที่ 6	247
ผลการประชุมกิจกรรมที่ 6	250

รายชื่อคณะกรรมการ

ชื่อ-สกุล	สถานที่ทำงาน	
1. คุณสุนทร มงคลอินทร์	หัวหน้าฝ่ายพัฒนาบุคลากร	ประธานคณะกรรมการ
2. คุณสมพันธ์ เตชะอธิก	สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการ
3. อาจารย์ วิบูลย์ วัฒนนามกุล	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการ
4. อาจารย์ อารีวรรณ เขียวชาญวัฒนา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการ
5. อาจารย์ รัชชวร อาษานาม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการ
6. อาจารย์ นิธินาถ เอื้อบัณฑิต	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการ
7. อาจารย์ วิภาดา วัฒนนามกุล	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	คณะกรรมการ
8. อาจารย์ อุ๋นใจ เครือสถิตย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	คณะกรรมการ
9. อาจารย์ สิริภักดิ์ สิทธิคงศักดิ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	คณะกรรมการ
10. คุณกุลนรี หาญพัฒนชัยกุล	ศูนย์บำบัดยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น	คณะกรรมการ
11. คุณอัมพร คำอินทร์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการ
12. คุณลำมัย ประเท้ง	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการ
13. เภสัชกร ดทา บัณฑิตานุกูล	ร้านเรือนยา กรุงเทพมหานคร	คณะกรรมการ
14. ผศ.ดร.เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะกรรมการ
15. อาจารย์ สุนทรี วัชรดำรงกุล	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะกรรมการ
16. อาจารย์ ทิพาพร กาญจนราช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการและเลขานุการ
17. อาจารย์ กรแก้ว จันทภาษา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการและเลขานุการ

กำหนดการ

"โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ" ระหว่างวันที่ 26-28 พฤษภาคม 2543 ณ.โรงแรมเจริญศรี อ.เมือง จ.อุดรธานี

วันศุกร์ที่ 26 พฤษภาคม 2543

- 15.00-17.30 น. รถออกเดินทางจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงอุดรธานี
- 17.30-18.00 น. ลงทะเบียนและเข้าห้องพัก
- 19.00-20.00 น. รับประทานอาหารเย็น
- 20.00-21.30 น. ผู้เข้าร่วมประชุมแนะนำตัวและร่วมกิจกรรมกลุ่ม
- 21.30 น. . พักผ่อนตามอัธยาศัย

วันเสาร์ที่ 27 พฤษภาคม 2543

- 07.00 - 08.30 น. รับประทานอาหารเช้า
- 08.30 - 12.00 น. สันทนาการกลุ่มในประเด็น "สถานการณ์สุขภาพของคนไทยในอดีตและปัจจุบันเป็นอย่างไร" และ
"สถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมไทยในอดีตและปัจจุบันเป็นอย่างไร"
- 12.00-13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-17.00น. สันทนาการกลุ่มในประเด็น "ในอนาคตสุขภาพของคนไทยควรจะเป็นอย่างไร"
- 18.00-19.30 น. รับประทานอาหารเย็น
- 19.00-21.30 น. "สันทนาการกลุ่มในประเด็น "ความมุ่งหวังต่อบทบาทของเภสัชกรและวิชาชีพเภสัชกรรมในอนาคต
เป็นอย่างไร"

วันอาทิตย์ที่ 28 พฤษภาคม 2543

- 07.00 - 08.30 น. รับประทานอาหารเช้า
- 08.30 - 12.00 น. สันทนาการกลุ่มในประเด็น "วิธีการสำคัญที่จะบรรลุความมุ่งหวังต่อบทบาทของเภสัชกรและวิชาชีพ
เภสัชกรรมในอนาคต"
- 12.00-13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-16.30 น. "กิจกรรมที่ต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุความมุ่งหวังต่อบทบาทของเภสัชกรและวิชาชีพเภสัชกรรม
ในอนาคต" และ"ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการสร้างและตรวจสอบได้อย่างไร"
- สรุปภาพรวมผลการสันทนาการกลุ่มและปิดการประชุม
- 16.30น. รถออกเดินทางจากจังหวัดอุดรธานีกลับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยสวัสดิภาพ
- หมายเหตุ
1. อาหารว่างบริการในระหว่างการประชุม
 2. ผู้ที่ไม่สามารถเดินทางกลับภูมิลำเนาได้ทันในวันอาทิตย์จะเดินทางกลับมาพักที่ขอนแก่น
พร้อมคณะผู้จัด

โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ความคาดหวังของผู้เข้าร่วมประชุม

ผู้เข้าร่วมประชุมคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งต่อไปนี้ระหว่างและเสร็จการประชุม

- ต้องได้วิสัยทัศน์ที่ดี
- ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
- สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ที่ดีแก่ระบบสุขภาพ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับระบบเภสัชกรรม
- ประชาชนมีสุขภาพที่ดี โดยระบบที่พอเพียง มีทางเลือกที่เหมาะสม
- วิชาชีพเภสัชพัฒนาขึ้น
- ได้สิ่งใหม่ๆ ที่เกิดจากพหุภาคีอีสาน
- ยุทธศาสตร์ใหม่ที่เหมาะสมกับบริการ
- อยากให้เภสัชสร้างมาตรา 82 ให้เป็นจริง (มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง)
- ปฏิรูปโครงสร้างระบบสาธารณสุข เช่น เปลี่ยนแปลงระบบสั่งยา โดยแพทย์ทำหน้าที่ตรงวินิจฉัย
- และสั่งยาแต่เภสัชกรเป็นผู้จัดการเรื่องยาและให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย
- สภาเภสัชได้แนวทางการบริหารสื่อ ตามมาตรา 82
- อยากทราบบทบาทของเภสัชในการสร้างสุขภาพที่ดี
- หาแนวทางที่เป็นรูปธรรมที่ใช้ในบริการสุขภาพเพื่อเสนอให้สภาเภสัชนำไปดำเนินการ
- หาแนวทางให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพ
- ทิศทางที่เป็นไปได้ของเภสัชกรต่อระบบสุขภาพ
- ต้องการเห็นแนวทางที่จะกำหนดบทบาทของเภสัชกรต่อการอนุรักษ์สมุนไพร, แพทย์แผนไทย
- ภาพลักษณ์ของระบบสาธารณสุขที่ควรเป็น (ระบบใหญ่ ๆ โครงสร้างหลัก)
- บทบาทของเภสัชกรในสาขาต่าง ๆ และการผสมผสานไปสู่ระบบสาธารณสุข

วิธีการประชุม

- การระดมสมองแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ขบวนการ A I C

สรุปคำบรรยาย กระบวนการ เอ-ไอ-ซี (A-I-C)

โดย สมพันธ์ เตชะอธิก

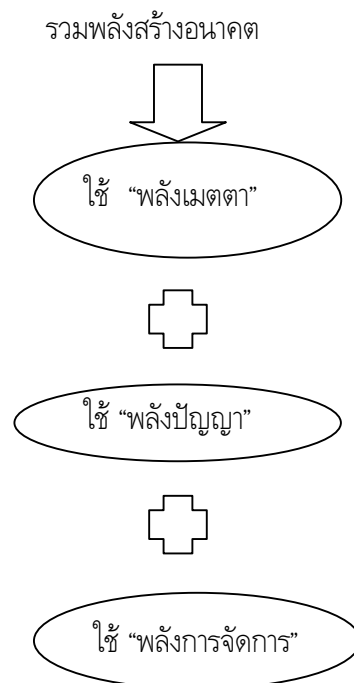
กระบวนการ เอ-ไอ-ซี (A - I - C)
 APPRECIATION-INFLUENCE-CONTROL
 คิดค้นและพัฒนาโดย
 DR. WILLIAM E. SMITH
 และ MS. TURID SATO

แห่งสถาบัน
 CDII
 (ORGANIZING FOR DEVELOPMANT,
 AN INTERNATIONAL INSTITUTE)
 WASHINGTON, D.C.
 U.S.A.

A I C

- A: APPRECIATION
= รู้รักสามัคคี
- I: INFLUENCE
= ร่วมกันคิด
- C: CONTROL / COMMITMENT
= ร่วมกันทำ / พันธสัญญา

กระบวนการ เอไอซี (AIC)



พลังเมตตา

- รัก เป็นมิตรปรารถนาดี
- เข้าใจ เห็นใจ
- ให้กำลังใจ ให้เกียรติ
- ช่วยเหลือ เกื้อกูล
- ให้อภัย กรุณา

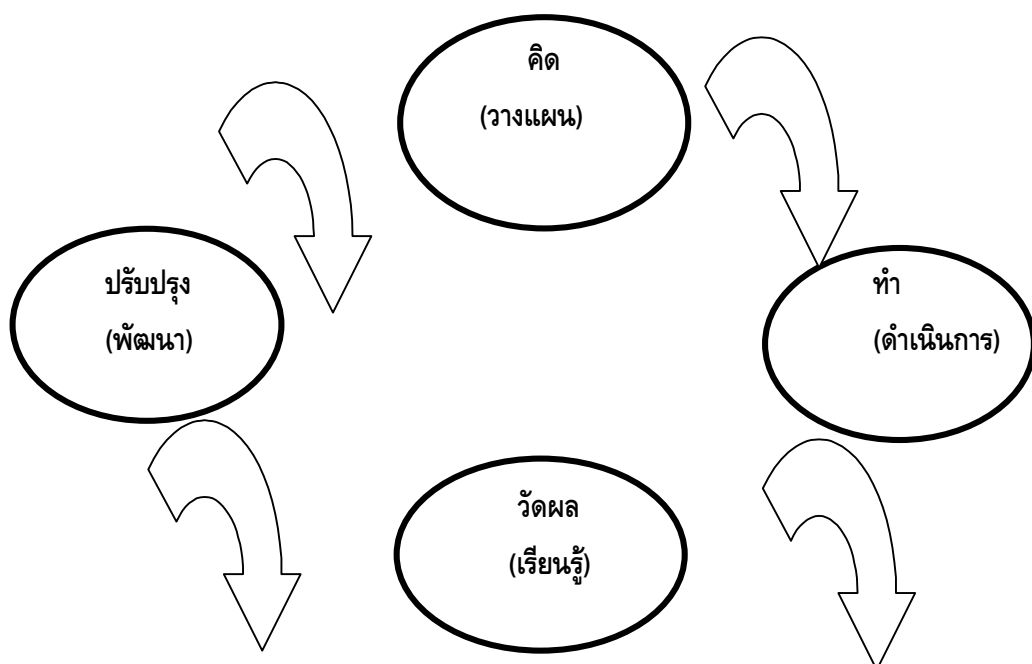
พลังปัญญา

- ริเริ่ม สร้างสรรค์
- คิดค้น เล่าหา
- วิเคราะห์ สังเคราะห์
- วิจักษ์ญาณ ปรัชญา
- “ทัศนียภาพ” “ญาณทัศนะ”

พลังการจัดการ

- การบริหาร การจัดการ
- ความรับผิดชอบตามพันธสัญญา หรือข้อตกลงร่วมกัน

พลังพัฒนา: วงจรการพัฒนา



ขั้นตอนการประชุม เอ ไอ ซี

ขั้นที่ 1 สำรวจสภาพที่เป็นจริง

- แต่ละคนวาดภาพสะท้อนความเป็นจริงตามที่ตนเองเห็น (ลงในกระดาษแผ่นเล็ก)
- แลกเปลี่ยนความเห็น (อธิบายภาพ) ในกลุ่มเล็ก
 - ให้เกียรติ ความรัก ความเป็นมิตร เห็นคุณค่า
 - เข้าใจ เห็นใจ กรุณา
 - ถามได้ แต่ไม่วิจารณ์
 - ให้โอกาสทุกคนเท่าเทียมกันไม่ครอบงำ
- สรุปให้เป็นภาพเดียว (ในกระดาษแผ่นใหญ่)
- มีประธาน เลขานุการ ผู้นำเสนอตามที่เห็นสมควร
- นำเสนอในกลุ่มใหญ่ (ยังคงถามได้ แต่ไม่วิจารณ์)

ขั้นที่ 2 กำหนดสภาพที่มุ่งหวัง

- แต่ละคนวาดภาพแสดงความมุ่งหวัง (ลงในกระดาษแผ่นเล็ก)
- แลกเปลี่ยนความเห็น (อธิบายภาพ) ในกลุ่ม
 - ยังใช้ความรัก ความเป็นมิตร ให้เกียรติ เห็นคุณค่า
 - ยังคง งดเว้นการวิจารณ์ ให้โอกาสทุกคนเท่าเทียมกัน
 - ไม่ครอบงำ
- สรุปให้เป็น “ภาพแห่งความมุ่งหวัง” ภาพเดียว (ในกระดาษแผ่นใหญ่)
- นำเสนอในกลุ่มใหญ่
- ที่ประชุมใหญ่ตั้งคณะทำงานยกร่าง
 - อุดมการณ์ / ปณิธาน
 - คำขวัญ / คำประพันธ์
 - สัญลักษณ์ / โลโก้

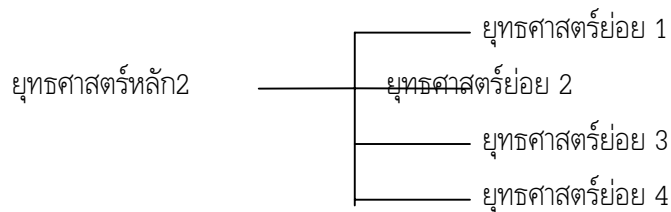
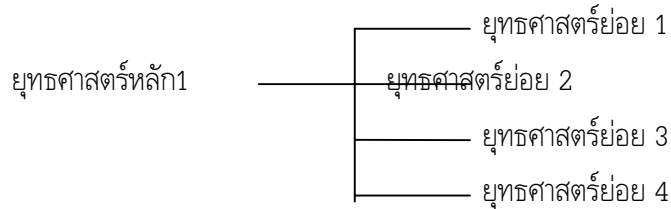
ขั้นที่ 3 คิดค้นภารกิจสำคัญ

- คิดคนเดียว 1 – 3 ข้อ
- คณะทำงานแบ่งกันคิด “ภารกิจสำคัญ”
- คัดเลือก “ภารกิจ” ที่กลุ่มเห็นว่าดีที่สุด
- อภิปราย ถกเถียงกันได้ เพื่อหาข้อยุติที่สมเหตุผล และกลุ่มพอใจมากที่สุด

หลังจากได้ภาระกิจสำคัญ จึงกำหนดยุทธศาสตร์หลักและยุทธศาสตร์ย่อยต่อไป

- I₂ ยุทธศาสตร์หลัก _____ วิธีการสำคัญ
- I₃ ยุทธศาสตร์ย่อย _____ วิธีการย่อย ๆ

เขียนเป็นแผนภูมิดังนี้



I₂ การคิดค้นวิธีการสำคัญ (ยุทธศาสตร์หลัก)

เพื่อบรรลุความมุ่งหวัง

- แต่ละคนคิดค้นวิธีการสำคัญ 1 - 3 ข้อ
- แลกเปลี่ยนความเห็นในกลุ่มเล็ก
- คัดเลือก วิธีการสำคัญ ที่กลุ่มเห็นว่าดีที่สุด
- อภิปราย เพื่อหาข้อยุติที่สมเหตุผล และกลุ่มพอใจมากที่สุด
- นำเสนอในกลุ่มใหญ่
- อภิปรายเพื่อหาข้อยุติที่สมเหตุผล และกลุ่มพอใจมากที่สุด

การคิดค้นวิธีการสำคัญ ๆ เพื่อบรรลุความคาดหวัง

- คิดคนเดียว 1 - 3 ข้อ
- แบ่งกลุ่มย่อยรวบรวมวิธีการสำคัญ
- คัดเลือกและจัดอันดับ วิธีการสำคัญที่สุด
- อภิปราย ถกแถลงกันได้ เพื่อหาข้อยุติที่สมเหตุสมผล และกลุ่มพอใจมากที่สุด
- นำเสนอกลุ่มใหญ่
- คณะทำงานรวบรวมสรุปวิธีการสำคัญของทุกกลุ่ม
- นำเสนอกลุ่มใหญ่ ทบทวน เพิ่มเติม และรับรอง

ขั้นที่ 4 ทำแผนดำเนินการ

- จัดกลุ่มทำงาน “ภารกิจ” แต่ละข้อมาทำ “แผนดำเนินการ”

วิธีเขียนแผนดำเนินการ (อย่างง่าย)

ชื่อแผน (กิจกรรม)	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/วิธีการ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	งบประมาณ

- นำเสนอ “แผนดำเนินการ” ในที่ประชุมใหญ่ และอภิปรายให้ได้ข้อยุติ

ขั้นที่ 5 สรุปทบทวน

- คิดทบทวนด้วยกันในที่ประชุมกลุ่มใหญ่ ว่าได้ทำอะไรมาบ้าง ได้ผลอะไรที่สำคัญ
- พิจารณาว่า ได้ข้อคิด หรือบทเรียนที่มีประโยชน์อะไรบ้าง
- พิจารณาว่า เรื่องที่ควรดำเนินการภายหลัง การประชุมมีอะไรบ้าง และใครจะรับผิดชอบไปดำเนินการ รวมทั้งกำหนดเวลาดำเนินการ

เรื่อง	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดเวลา
1.		
1.		
1.		

กติกาสำหรับการประชุม

- ทุกคนมีส่วนร่วม ไม่ครอบงำ คนที่พูดมาก ควรพูดน้อยลง พูดน้อยต้องพูดมากขึ้น
- ไม่มีการขึ้นเสียง หรือเถียงเพื่อเอาแพ้ชนะ
- ใช้วิธีการ Positive approach
- อยากให้มีแรงจูงใจตลอดการประชุม
- ตรงเวลา ถ้าช้าต้องปรับ 8.30 น. เข้าห้อง 13.00-19.00 (ตามสถานการณ์) 28 พ.ค.2543 เลิก 15.00 น.
- มีกิจกรรมผ่อนคลายเป็นช่วง ๆ ไม่เครียด
- อยากให้พูดปัญหาน้อย ๆ เสนอสิ่งใหม่ ๆ มาก ๆ
- เป็นผู้ฟังที่ดี หักสายตา และท่าทาง
- ไม่มีกลุ่มย่อยของกลุ่มย่อย
- ทุกคนเป็นเจ้าของงาน

ถ้าผิดกติกา ให้ปรับ _____ ฯลฯ _____ ส่งตำรวจ _____ สายลับ 3 คน

วันเสาร์ที่ 27 พฤษภาคม 2543

กิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพไทยในอดีต ปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมไทยในอดีต ปัจจุบัน

เวลา 3.5 ชม 8.30-12.00 น

ขั้นตอน/วัตถุประสงค์	เวลา (นาที)	อุปกรณ์ (จำนวน)	หน้าที่ผู้รับผิดชอบ
กลุ่มสัมพันธ์ รอผู้ที่ยังไม่มา ระหว่างนี้ให้ตัวแทนไปตามสมาชิกในกลุ่มมาเพื่อเริ่มกิจกรรมพร้อมกัน	15		ทีมกลุ่มสัมพันธ์
กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมและชี้แจงโครงการ เพื่อให้ผู้ร่วมประชุมที่ฟังมาในเช้าวันเสาร์ ทราบเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ผลที่ต้องการจากการประชุม	5		ภก.คทา บัณฑิตานุกูล
แนะนำคณะผู้จัด เพื่อให้ผู้ร่วมประชุมรู้จักคณะทำงาน เพื่อติดต่อประสานงานและให้ช่วยอำนวยความสะดวกได้	5		ภก.คทา บัณฑิตานุกูล
อธิบายวิธีการ กติกาในการประชุม เพื่อให้ที่ประชุมเข้าใจตรงกันถึงวิธีการที่จะใช้เพื่อระดมสมองในครั้งนี้	5		Facilitator กลาง
วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพไทยในอดีต ปัจจุบัน ให้เขียน เพื่อรวบรวมความคิด นำเสนอภาพความคิดและอธิบายในกลุ่มย่อย นำเสนอผลงานกลุ่มๆละ 3-5 นาที facilitator กลางสรุปภาพรวม	(9:00น) 5 40 20 10	กระดาษหัดความคิดคนละ 2 แผ่น สำหรับหัดอดีต และ ปัจจุบัน เทปเพลงบรรเลง flip chart ปากกา	Facilitator กลาง Facilitator กลุ่มย่อย ทีมเลขา
กลุ่มสัมพันธ์ ชื่อเกมส์.....			ทีมกลุ่มสัมพันธ์
วิเคราะห์สถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมและบทบาทของ เภสัชกรไทยในอดีต ปัจจุบัน ให้เขียน เพื่อรวบรวมความคิด นำเสนอภาพความคิดและอธิบายในกลุ่มย่อย นำเสนอผลงานกลุ่มๆละ 3-5 นาที facilitator กลางสรุปภาพรวม	5 40 20 10	กระดาษหัดความคิด เทปเพลงบรรเลง flip chart ปากกา	Facilitator กลาง Facilitator กลุ่มย่อย ทีมเลขา

รายละเอียดกิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพไทยในอดีต ปัจจุบัน

กลุ่ม

คณะ

Facilitator กลาง ตั้งคำถามให้กลุ่ม **“ขอให้ช่วยกันทบทวนว่าสถานการณ์ความเป็นจริงของสุขภาพคนไทยในอดีตและปัจจุบันเป็นอย่างไร ทั้งที่ดีและไม่ดี”** โดยให้แต่ละคนวาดรูปสถานการณ์ความเป็นจริงของสุขภาพคนไทยในอดีตและปัจจุบัน ถ้าวาดไม่ได้จะเขียนเป็นตัวหนังสือก็ได้ จากนั้นให้เข้ากลุ่มครอบครัวสัตว์ นำรูปที่ตนเองวาดเสนอกับสมาชิกในกลุ่มย่อยพร้อมอธิบายรูปที่วาด จากนั้นสมาชิกทุกคนช่วยกันวาดภาพรวมของสถานการณ์ความเป็นจริงของสุขภาพคนไทยในอดีตและปัจจุบันที่กลุ่มคิดและนำเสนอต่อที่ประชุม จากนั้นนำข้อมูลของแต่ละกลุ่มมาสรุปเป็นภาพรวมและนำเสนอต่อที่ประชุมเพื่อสรุปเป็นมติของที่ประชุม

Facilitator กลุ่มย่อย

- อธิบายงานที่กลุ่มต้องทำอีกครั้งกรณีที่สมาชิกในกลุ่มยังไม่เข้าใจ
- ให้กลุ่มหาประธาน เลขานุการผู้จัดผลการประชุมกลุ่ม และผู้นำเสนอ
- คอยกระตุ้นในกลุ่มและกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนแสดงความคิดเห็น
- นำผลที่ได้จากการประชุมในกลุ่มย่อยส่งพิมพ์

ทีมเลขา

- เตรียมอุปกรณ์ อำนวยความสะดวกให้กลุ่มและ facilitator
- พิมพ์งานและส่งกลับไปให้ facilitator กลุ่มย่อยตรวจอีกครั้ง

รายละเอียดกิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์วิเคราะห์สถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมและบทบาทของเภสัชกรไทยในอดีต ปัจจุบัน

กลุ่ม

เฉพาะกลุ่ม (เภสัชกรและบุคลากรสาธารณสุข ประชาชน นักวิชาการ)

Facilitator กลาง ตั้งคำถามให้กลุ่ม **“ขอให้ช่วยกันทบทวนว่าสถานการณ์ความเป็นจริงที่ท่านเกี่ยวข้องหรือรับรู้เกี่ยวกับวิชาชีพเภสัชกรรมหรือเภสัชกรในอดีตและปัจจุบันเป็นอย่างไร ทั้งที่ดีและไม่ดี”** โดยให้แต่ละคนวาดสถานการณ์ความเป็นจริงนั้นออกมาเป็นรูป ถ้าวาดไม่ได้ให้เขียนเป็นคำพูดก็ได้ จากนั้นนำเสนอกับสมาชิกในกลุ่มย่อย จากนั้นสมาชิกทุกคนช่วยกันวาดภาพรวมของสถานการณ์ความเป็นจริงที่ท่านเกี่ยวข้องหรือรับรู้เกี่ยวกับวิชาชีพเภสัชกรรมหรือเภสัชกรในอดีตและปัจจุบัน จากนั้นนำข้อมูลของแต่ละกลุ่มมาสรุปเป็นภาพรวมและนำเสนอต่อที่ประชุมเพื่อสรุปเป็นมติของที่ประชุม

Facilitator กลุ่มย่อย

- อธิบายงานที่กลุ่มต้องทำอีกครั้งกรณีที่สมาชิกในกลุ่มยังไม่เข้าใจ
- ให้กลุ่มหาประธาน เลขานุการผู้จัดผลการประชุมกลุ่ม และผู้นำเสนอ
- คอยกระตุ้นในกลุ่มและกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนแสดงความคิดเห็น
- นำผลที่ได้จากการประชุมในกลุ่มย่อยส่งพิมพ์

ทีมเลขา

- เตรียมอุปกรณ์ อำนวยความสะดวกให้กลุ่มและ facilitator
- พิมพ์งานและส่งกลับไปให้ facilitator กลุ่มย่อยตรวจอีกครั้ง

ผลการประชุมกลุ่มย่อยสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

(เลขานุการกลุ่ม-อ. รัชวร อาษานาม)

สถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในอดีต

จุดแข็ง

1. ในอดีตธรรมชาติมีความสมบูรณ์ มีที่นาและป่าชุมชนเป็นแหล่งอาหารและยารักษาโรค
2. ในอดีต(ยุคเกษตรกรรมและก่อนภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ) ความเป็นอยู่ของคนไทยค่อนข้างสบายคนจะอยู่รวมกันเป็นชุมชน ใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท สนใจกันมากกว่าในปัจจุบันและวิถีชีวิตของคนความสัมพันธ์ของชุมชนพึ่งพากันได้ ครอบครัวยุบอุ่น วัดเป็นที่พึ่งทางใจ ศูนย์รวมทางวัฒนธรรม ปัญหาภาวะเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมไม่รุนแรง จึงทำให้คนไม่ค่อยเครียด ปัญหาทางด้านสุขภาพดูไม่รุนแรง
3. ก่อนที่จะมีแพทย์แผนใหม่ คนไทยมีการใช้สมุนไพรพื้นบ้านมาก โดยอาจมีการใช้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น อาหารที่เป็นยา ฯลฯ มีการพึ่งตนเองด้านยา

จุดอ่อน

1. การสาธารณสุขยังไม่ดี ทำให้เป็นปัญหาสุขภาพ ประชาชนมีอายุเฉลี่ยสั้น โดยเป็นโรคติดต่อมากกว่าโรคไม่ติดต่อ การสุขาภิบาลไม่ดี
2. ความไม่พร้อมในเรื่องบุคลากร เวชภัณฑ์ ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ การบริหารจัดการ ในอดีตสังคมไทย มีความไม่พร้อมในหลาย ๆ เรื่อง เช่น ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข ขาดองค์ความรู้ต่างๆ ความรู้เป็นแบบแยกส่วน ไม่ครอบคลุม ขาดประสบการณ์และทักษะ โดยเฉพาะเรื่องเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสภาพสังคมไทย นอกจากนี้ในเรื่องของยาประเทศไทย
3. ในขณะที่ประเทศไทยพยายามพัฒนาการผลิตยาแผนใหม่ ให้ได้เหมือนต่างประเทศ เราไม่สามารถทำได้ดี เพราะขาดเงินทุน เครื่องมือ และวัตถุดิบ ขณะเดียวกัน เราหยุดการพัฒนาภูมิปัญญาของไทย ยาแผนไทยสมุนไพร ขาดการนำเอาแพทย์แผนไทยและแผนสมัยใหม่มาผสมผสานกัน เพื่อสร้างสิ่งที่เหมาะสมกับสังคมไทย
4. ความรู้ด้านแพทย์แผนไทยถูกจำกัดเฉพาะกลุ่ม เช่นในกลุ่มเครือญาติ หรือเฉพาะหมู่บ้าน
5. การพัฒนาแพทย์แผนไทยมีน้อย เห็นผลช้า และขาดความเป็นวิทยาศาสตร์
6. ความรู้แยกเป็นส่วน ไม่มีการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ระบบการรักษาเป็นแบบตะวันตก
7. ประชาชนมีความคิดความเชื่อเรื่องโรคภัยไข้เจ็บเชื่อมโยงกับสิ่งที่เหนือธรรมชาติ เช่นการเป็นโรคเกิดจากการทำผิดในชาติก่อน
8. โครงสร้างพื้นฐานของระบบสาธารณสุขเน้นเรื่องการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
9. การบริการสุขภาพยังไม่กระจายตัวไปตามส่วนต่างๆ
10. ระบบอำนาจ (อำนาจเงิน อำนาจรัฐ) เป็นตัวกำหนดทิศทางด้านนโยบายสาธารณสุขและพฤติกรรมสุขภาพของคน และการเข้าถึงบริการ
11. ทางเลือกในการรักษามีน้อย

กล่าวโดยสรุป อดีตมีความสมบูรณ์ของสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ มีความเอื้ออาทรต่อกัน แต่การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานยังต่ำ

สถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน

ระบบชุมชนในปัจจุบัน

- สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป จากการทำลายป่า แหล่งน้ำ ธรรมชาติอื่น ๆ
- บ้านเรือนเป็นตึกอาคาร ด้านกายภาพเปลี่ยนไป
- มีร้านค้า ร้านขายยาชุดมากขึ้น
- ความสัมพันธ์ของชุมชนน้อยลง เหลือเพียงผู้สูงอายุและเด็กอาศัยอยู่ในชุมชน
- การสาธารณสุขดีขึ้น อายุยืนขึ้น แต่ประชาชนมีจิตใจแย่ง
- สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ อากาศเสียและน้ำเสีย ฯลฯ

จากลักษณะดังกล่าววิเคราะห์เป็นจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส ปัญหาที่ทำนาย ได้ดังนี้

จุดแข็ง

1. เริ่มมีการใช้การแพทย์ทางเลือก
2. มีบุคลากรที่มีศักยภาพด้านการรักษา
3. มีสถานที่ให้บริการ, วัสดุอุปกรณ์ที่ทันสมัยมากยิ่งขึ้น

จุดอ่อน

1. ขาดการทำงานเป็นทีม
2. ขาดการมองระบบและดูแลสุขภาพขององค์กร
3. ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการขาดแผนระบบสุขภาพ
4. การให้บริการด้านสุขภาพกระจุกตัวและยังไม่กระจายไปสู่ชนบท
5. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานไม่ได้สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพพื้นฐาน

โอกาส / ความเป็นไปได้

1. มีโครงการปฏิรูประบบความสุข
2. มีการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร อย่างต่อเนื่อง
3. ประชาชน และองค์กรเอกชน มีความตื่นตัวในการปกป้องสิทธิ

ปัญหาที่ทำนาย

1. ภาวะคุกคามจากระบบทุนนิยม
2. การพึ่งพา และเทคโนโลยีจากต่างประเทศ
3. ขาดความสมดุลของการจัดความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมเก่ากับวัฒนธรรมใหม่
4. ศักยภาพถดถอย

การเปรียบเทียบระบบบริการสุขภาพไทยในอดีตและปัจจุบัน

ระดับหมู่บ้าน

- เดิม - รักษาโดยใช้สมุนไพร ทางเลือกอื่น ๆ
- ปัจจุบัน - มีศูนย์ ศสมช.

ระดับตำบล

เดิม - มีสุขาศาลา/ เจ้าหน้าที่ย่อย

ปัจจุบัน - มี สอ.ขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ เจ้าหน้าที่ยังน้อย กระจุกอยู่ในเมือง

ระดับอำเภอ

เดิม - มีสุขาศาลาชั้นหนึ่ง

ปัจจุบัน - มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 , 60, 90 และ 120 เตียง และโรงพยาบาลเอกชน

ระดับจังหวัด

เดิม - โรงพยาบาลทั่วไป

ปัจจุบัน - มีคลินิก ร้านขายยา โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล

เจ้าหน้าที่รวมอยู่ในเมือง

ด้านภาพรวม

- มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ /ยา / สิทธิบัตร/สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชและเทคโนโลยีอื่นๆตามกระแสความนิยมต่างชาติเข้ามาอย่างมากมาย
- มีภาวะคุกคามจากIMF ADB GMO เทคโนโลยีการสื่อสาร(ดาวเทียม/วิทยุ/โทรทัศน์/สื่ออื่น ๆ)กระทบต่อทุกหน่วยของประชาชน
- รัฐบาลมีผลกระทบต่อการบริหารจัดการของทุก ๆระบบ ทุก ๆกระทรวง ทั้งกระทรวงมหาดไทย/อุตสาหกรรม/สาธารณสุข/ศึกษาธิการ/เกษตร/อย
- ระบบข้อมูลข่าวสาร บางครั้งมีการบิดเบือนไม่ชัดเจน
- การพัฒนา/งบประมาณที่ได้รับไม่เป็นไปตามกำหนด

กล่าวโดยสรุป ปัจจุบันเทคโนโลยีมีมากขึ้น มีการนำเข้าเวชภัณฑ์จากต่างประเทศ ความสัมพันธ์ในสังคมและครอบครัวแตกสลาย ไม่ชัดเจน สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป มีมลภาวะมากขึ้น เมื่อมองในด้านความสัมพันธ์ระหว่างประเทศหรือปัจจัยจากต่างประเทศที่เข้ามามีกระทบกับระบบสาธารณสุขไทย พบว่า ในปัจจุบันประเทศไทยได้รับการช่วยเหลือจากต่างประเทศมากขึ้น มีการนำเข้าสินค้าจากต่างประเทศในด้านเศรษฐกิจดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่ดี อย่างไรก็ตามประเทศไทยก็ได้กำหนดเงื่อนไขหรือนโยบายต่าง ๆ กีดขวางการพัฒนาของระบบสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลจากนโยบายของรัฐมาสู่ชุมชนไม่ชัดเจน มีการพัฒนาระบบมากขึ้น แต่ทำให้ระบบสังคมล่มสลาย

ผลการประชุมกลุ่มย่อยสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

(เลขานุการกลุ่ม-ภก.พรชัย จันทสุริยวิช)

ภาพรวมของสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในอดีต

1. โครงสร้างประชากรและรูปแบบของโรคในอดีตต่างกับปัจจุบัน ในอดีตคนจะเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อ
2. ลักษณะของอำนาจแบ่งได้ 4 อย่างคือ อำนาจเงิน, อำนาจรัฐ, อำนาจในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และใช้ข้อมูลข่าวสาร, อำนาจในกลุ่มวิชาชีพ
3. ลักษณะการเมืองการปกครองเป็นแบบรวมศูนย์ ไม่กระจายอำนาจ ทั้งเงิน วัตถุ ผู้ที่อยู่ส่วนที่เป็นศูนย์คือในเมืองจะได้เปรียบกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท โครงการต่างๆ คิดจากส่วนกลาง โดยส่วนนอกไม่ได้ให้ความสำคัญ commitment ลักษณะดังกล่าวส่งผลต่อระบบบริการคือไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ชาวบ้านมักเสียเวลาในการรับบริการนานเมื่อไปโรงพยาบาล แต่ก็ยังต้องไปเนื่องจากชาวบ้านไม่มีทางเลือก
4. ปัญหาที่สำคัญอีกประการคือการเข้าถึงบริการ พบว่าสถานพยาบาลจะอยู่ในเมืองมากกว่า ประชาชนในชนบทเข้าไม่ถึง มาตรฐานของโรงพยาบาลในเมืองและชนบทแตกต่างกัน
5. การจัดสรรงบประมาณยังไม่เหมาะสม งบประมาณถูกใช้ไปในการพัฒนาการรักษา (วิชาการมากเกินไป) ค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่เหมาะสม ประสิทธิภาพต่ำ
6. ระบบข้อมูลข่าวสารไม่มีการกระจายเท่าที่ควร คนที่อยู่ส่วนกลางมีข้อมูลมากกว่าจึงได้เปรียบกว่า
7. ความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจเงินและระบบบริการสาธารณสุข จะเป็นในลักษณะเงินมากได้บริการดีกว่า เกิดช่องว่างระหว่างกลุ่มคนมีเงินกับคนไม่มีเงิน และปัญหาดังกล่าวนี้อยู่มาจนถึงปัจจุบัน จึงทำให้เกิด “หมอเถื่อน” ในชนบท ซึ่งนำมาซึ่งปัญหาการใช้จ่ายไม่เหมาะสม โฆษณาชวนเชื่อเรื่องสรรพคุณยาและการรักษา
8. วัตถุประสงค์ขององค์กรวิชาชีพเป็นไปเพื่อปกป้องกันเอง มากกว่าคุ้มครองประชาชน
9. สภาสังคมส่วนใหญ่เป็นแบบ ชุมชนพึ่งตนเอง ในเรื่องสุขภาพมีการใช้สมุนไพรใช้สืบทอดต่อ ๆ กันมา (ประเพณีวัฒนธรรม) จน กลายเป็นความอบอุ่น เป็นที่น่าเสียดายที่ในปัจจุบันมองไม่เห็นความสำคัญของจุดนี้ ดังนั้นหากในอนาคต อยากทำให้อุดมคติ มาสัมพันธ์กับปัจจุบัน อยากให้รัฐเข้ามาช่วยเอาอดีตมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสม
10. ระบบยาในอดีตขาดความเป็นวิทยาศาสตร์ ขาดเทคโนโลยี แต่สามารถพึ่งตนเองได้ ต่อมาเริ่มใช้ยาแผนตะวันตกทำให้พึ่งตนเองไม่ได้ ปัจจุบันเริ่มหันมาพึ่งแพทย์แผนไทยมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป ลักษณะการจัดบริการสาธารณสุข เป็นดังนี้คือ

- เป็นแบบ “ตราซังเอียง” คือ มีความไม่เท่าเทียมกันในการที่ประชาชน จะเข้าไปถึงบริการสุขภาพ
- มาตรฐานสุขภาพที่ได้รับไม่เท่าเทียมกัน ระหว่างคนเมืองกับ คนชนบท คนรวยกับคนจน
- ค่ารักษาพยาบาลไม่เหมาะสมกับสภาพภาพของประชาชน
- ความพร้อมในการให้การรักษายาบาลไม่เท่าเทียมกันระหว่างสังคมเมืองกับสังคมชนบท
- ประชาชนมีความเชื่อถือศรัทธาต่อสถานพยาบาลในเมืองและชนบท (โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลชุมชนไม่เท่ากัน

- ความไม่ร่วมมือกับของหน่วยงานต่าง ๆ ต่างคนต่างทำหน้าที่ของตนเองเท่านั้น
- การถูกรอบงำจากภายนอกที่มีผลการกระทบต่อการให้บริการ เพื่อให้สิ่งที่มีอิทธิพลจากภายนอกพึงพอใจโดยไม่ได้อะไรเป็นสิ่งที่ปัญหาของตนเองหรือไม่ ผู้ที่มีอำนาจมากจะเรียกร้องการบริการที่ดีกว่า
- (อำนาจในที่นี้ หมายถึงอำนาจเงิน, อำนาจรัฐ, อำนาจในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และใช้ข้อมูลข่าวสาร, อำนาจในกลุ่มวิชาชีพ)

ภาพสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน

1. ความแตกต่างคนรวย คนจน ในเรื่องการเข้าถึงการบริการวิชาชีพ มีการเพิ่มบทบาทมากขึ้น
2. ปัจจุบัน ข้อมูลกระจายเร็ว ครอบคลุมหมด และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
3. ยุคแสวงหาทางเลือก มีความหลากหลายในระบบสุขภาพให้เลือก ทั้งแนวคิดการดูแลสุขภาพ การรักษาโรค การใช้จ่าย
4. การดำเนินงานสาธารณสุขเพิ่มงานเชิงรุกมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่างานดังกล่าวยังมีประสิทธิภาพต่ำ Cost สูง ผลกระทบอีกอันหนึ่งของการมีทางเลือกที่หลากหลายคือการทำให้เกิดความสับสน มีหลายเรื่องที่เราทำโดยไม่รู้วัตถุประสงค์
5. ลักษณะของอำนาจ 4 อย่างยังมีอยู่
6. สภาพปัญหาสุขภาพเดิมๆ ยังคงอยู่ Cost ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น
7. ปัญหาทุกประเภทถูกจัดการโดยคนกลุ่มเดียว output ต่ำ Cost effectiveness ต่ำ
8. ภาครัฐ ทำงานเอาใจใคร ทำให้การพัฒนาเป็นไปได้ไม่ดีนัก จะวนเวียนไม่แก้ปัญหาได้ซักที น่าจะแก้ที่พื้นฐานขึ้นไป
9. เทคโนโลยีทันสมัย จะอยู่ส่วนกลาง/วิชาชีพการทำงานแตกต่างกัน การศึกษาและเมืองค์กรต่างประเทศมีอิทธิพล
10. เศรษฐกิจยุคปัจจุบัน เงินเป็นหลัก เงินมีบทบาทมากในการกำหนดทิศทาง ทั้งของภาครัฐและเอกชน และเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงปฏิรูปเพื่อให้เกิดความเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพว่าจะดีขึ้นหรือแย่ลงก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนด้วย ชุมชนยังไม่พร้อมรับความเปลี่ยนแปลง คนยากจนถูกผลกระทบนี้ คุณภาพชีวิต อาจจะดีขึ้น หรือแย่ลง

ความคาดหวังต่อระบบสุขภาพในอนาคต

1. สุขภาพเป็นเรื่องของประชาชน ประชาชนมีอำนาจอยู่เหนือองค์กรต่างๆ ซึ่งจะเป็นการลดปัญหา
 2. ความเท่าเทียม, การรักษาแบบองค์รวม, การเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น
 3. ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ รักษาด้วยวิธีการเฉพาะของตนเอง และต้องสามารถประเมินตนเองสุขภาพของตนเองได้ ทั้งนี้ต้องมีรัฐควบคุมในภาพรวมอีกชั้นหนึ่ง
 4. ระบบสาธารณสุขทำงานเป็นทีม มีประสิทธิภาพ ประชาชนมีโอกาสเท่าเทียมกัน ระบบการศึกษาควรผลิตเพื่อรองรับการทำงานแท้จริง การเมืองสอดคล้อง และมีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์ของประชาชนจริงๆ
 5. รัฐบาล (อนามัย, อบต.) ให้มีงบประมาณสนับสนุน
ชุมชน มีงบประมาณ และมีการตั้งกลุ่มเพื่อดูแลกันเอง
การพึ่งพาตนเอง มีการตั้งศูนย์สมุนไพร และเข้าถึงชุมชนจริง ๆ
 6. ความร่วมมือ ทิศทาง เกี่ยวกับสุขภาพ หน่วยงานต่าง ๆ และองค์กรต่างๆ เชื่อมโยงกัน
 7. มีกลไกการป้องกันของประเทศเราเอง ไม่ขึ้นกับคนอื่น ต้องเป็นกระบวนการภายในของตนเอง มีการส่งสินค้าออกไปนอกประเทศบ้าง
 8. มีหลักประกันเท่าเทียม
- คนไทยส่งเสริมป้องกันตนเองมากขึ้นในเรื่องสุขภาพ เข้าใจว่าสุขภาพเรื่องสำคัญและเป็นของทุกคนต้องทำร่วมกัน

ผลการประชุมกลุ่มย่อยสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

(เลขานุการกลุ่ม-ภญ. นิธินาถ เอื้อบัณฑิต)

สถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในอดีต

ประเด็นในการสนทนา แบ่งออกเป็น

- (1) โครงสร้างของรัฐ
- (2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้รับ-ผู้ให้บริการ และนโยบายของรัฐ

จุดแข็ง / ข้อดี

1. มีการพึ่งพากันในชุมชน มีวิถีชีวิตที่ทำให้เกิดการพึ่งพากันในชุมชน เอื้อเพื่อเอื้อแก่กัน
2. รู้จักใช้ของใกล้ตัว ทรัพยากรในชุมชนในการดูแลตนเอง ใช้สมุนไพร & อาหารเป็นยา
3. สิ่งแวดล้อมเศรษฐกิจสังคมสิ่งแวดล้อมไม่ซับซ้อน ไม่มีความรุนแรง

ข้ออ่อน

1. การศึกษา มีการแยกส่วนกัน ทำให้การวางแผนทำงานร่วมกัน ไม่มีจึงไม่ยอมรับความคิดเห็นกัน
2. ความขาดแคลนทรัพยากรในด้านต่างๆ อันได้แก่ บุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ & เวชภัณฑ์
3. การศึกษา มีการแยกส่วน มีเฉพาะด้าน
4. ประชาชนยังไม่รู้อยู่มาก ระบบการศึกษายังไม่ครอบคลุม
5. การศึกษาไม่เรียนรู้ ตามสถานการณ์จริง ขาดความเข้าใจ
6. ขาดแคลนวัตถุดิบ เวชภัณฑ์ สถานที่ บุคลากร ข้อมูลข่าวสาร
7. ระบบ นโยบายสุขภาพ คิดโดยรัฐบาล ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนระบบสุขภาพ
8. บุคลากรสาธารณสุขยังมองปัญหาเฉพาะส่วนยังไม่มีการรวมระบบเพื่อดูแลคนไข้
9. การดูแลสุขภาพแยกเฉพาะส่วนไม่รวมกัน
10. การให้บริการกระจุกตัวอยู่เฉพาะที่ไม่กระจายลงไปยังทั่วถึง
11. การพัฒนาโครงสร้างยังไม่ดีพอ ทำให้ประชาชนยังเข้าไม่ถึงการบริการสาธารณสุข
12. นโยบายสุขภาพ คิดโดยรัฐบาล ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนระบบสุขภาพ
13. มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานไม่ได้สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพพื้นฐาน
14. การให้การดูแลสุขภาพยังกระจุกตัวไม่กระจายไปสู่ชนบท

สถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน

จุดเด่น / ข้อดี

ปัจจุบัน จุดอ่อนบางอย่างได้รับการแก้ไข และกลับไปใช้สิ่งที่มีอยู่

1. เริ่มมีการใช้การแพทย์ทางเลือกมากขึ้น
2. บุคลากรมีศักยภาพ มีการศึกษาสูงขึ้น มีความสามารถในการรักษาโรคเฉพาะมากขึ้น
3. ในเรื่องของยา มีวัตถุดิบมากขึ้น มีสถานที่ อุปกรณ์ที่ทันสมัยมากขึ้น โดยนำวัตถุดิบเข้าจากต่างประเทศมากขึ้น

ข้อด้วย/จุดอ่อน

1. ขาดการทำงานเป็นทีม
2. ขาดการมองระบบสุขภาพและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
3. ระบบ นโยบายสุขภาพ คิดโดยรัฐบาล ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนระบบสุขภาพ

ปัญหาที่ท้าทาย

1. ภาวะคุกคามจากระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม มีผลให้พัฒนาระบบสาธารณสุขขึ้นกับผู้มีอำนาจ (อำนาจเงิน อำนาจรัฐ อำนาจวิชาชีพ อำนาจข้อมูลข่าวสาร)
2. การพึ่งพาและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ ทำให้สิ่งที่มีอยู่ (ภูมิปัญญาชาวบ้าน)
3. ขาดความสมดุลของการจัดความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมเก่ากับวัฒนธรรมใหม่ (ตะวันตก)
4. ภาวะคุกคามจากเศรษฐกิจถดถอย

โอกาสหรือความเป็นไปได้

1. มีโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข
2. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
3. ประชาชนและองค์กรเอกชนมีความตื่นตัวในการปกป้องสิทธิตนเองในการดูแลสุขภาพ

ผลการประชุมของworking group ภาพรวมสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

(เลขานุการกลุ่ม-ภญ. นิธินาถ เอื้อบัณฑิต)

สถานการณ์สุขภาพไทยในอดีต

จุดแข็ง

ในอดีตมีความสมบูรณ์ด้านธรรมชาติ ประชาชนมีระบบอาหารและระบบยาที่อยู่ใกล้ตัว ระบบเศรษฐกิจเป็นระบบเกษตรกรรมมากกว่าระบบทุนนิยม ทำให้ระบบสังคมและระบบสุขภาพ เป็นลักษณะของการพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีข้อดี คือ มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

จุดอ่อน

1. มีปัญหาสาธารณสุขจากการที่มีคนตาย ด้วยโรคติดต่อมาก ซึ่งมีสาเหตุมาจากความเชื่อผิด ๆ ด้านสุขภาพ การสุขภาพบาล ขาดการป้องกันโรคติดต่อ
2. ความไม่พร้อมในเรื่องของทรัพยากร เช่น บุคลากร งบประมาณ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุุดิบ (เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์)
3. ไม่มีการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสภาพของสังคมไทย เช่น การผลิตยา โดยเป็นองค์ความรู้ของคนไทย
4. ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ถูกจำกัดเฉพาะกลุ่ม เช่น ในกลุ่มเครือญาติ
5. การพัฒนาประสิทธิภาพในการใช้ยา และการรักษา แบบแพทย์แผนไทยมีน้อยมาก และขาดความเป็นวิทยาศาสตร์
6. ความรู้แยกเป็นส่วน ๆ ไม่มีการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม เกิดจากระบบการศึกษา เป็นการศึกษแบบตะวันตก
7. ประชาชนมีความคิด ความเชื่อ เรื่องโรคภัยไข้เจ็บ เชื่อมโยงกันสิ่งที่เหนือธรรมชาติ ทำให้แก้ปัญหาโรคต่าง ๆ ไม่ถูกต้อง เช่น การเป็นโรคเกิดจากการทำผิดในชาติก่อน
8. โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุข เน้นเรื่องการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค
9. การบริการสุขภาพยังไม่กระจายตัวไปตามส่วนต่าง ๆ
10. ระบบอำนาจ (อำนาจเงิน อำนาจรัฐ อำนาจข้อมูลข่าวสาร อำนาจวิชาชีพ) เป็นตัวกำหนด ทิศทางนโยบายสาธารณสุข และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
11. อำนาจเงิน เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ เช่น สามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่า
12. อำนาจรัฐ เป็นตัวกำหนดนโยบาย ที่เอื้อประโยชน์ให้กลุ่มและพวกพ้อง
13. ทางเลือกในการบำบัดรักษามีน้อย

สถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน

จุดเด่น / ข้อดี

1. มีข้อมูลที่ครอบคลุมและกระจายเร็ว
2. มีทางเลือกในการรักษาพยาบาลมากขึ้น
3. มีการดำเนินงานสาธารณสุขในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมมากขึ้น
4. บุคลากรและวิทยาการสมัยใหม่ มีการพัฒนามากขึ้น

ข้อด้อย/จุดอ่อน

1. มีความเลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข อันเนื่องมาจากการปกครองแบบรวมศูนย์ และอิทธิของอำนาจจากภายนอก, เงิน, ข้อมูลข่าวสาร, วิชาชีพ, อำนาจรัฐ
2. ทางเลือกที่หลากหลายมากขึ้น ก่อให้เกิดความสับสนในการเลือกใช้
3. เทคโนโลยีและวิทยาการใหม่ยังมีราคาสูง
4. นโยบายการให้บริการสาธารณสุขกำหนดจากส่วนกลาง ซึ่งไม่ตรงกับความต้องการของพื้นที่ กับผลที่ได้จึงเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า
5. ผลกระทบของระบบเศรษฐกิจปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อการจัดการระบบสุขภาพ แต่ยังไม่ชัดเจนว่าจะไปทิศทางใด

ปัญหาที่ท้าทาย

1. ภาวะคุกคามจากระบบเศรษฐกิจ แบบทุนนิยม
2. การเลือกใช้เทคโนโลยีตะวันตกที่เหมาะสมกับสภาพวิถีชีวิตของสังคมไทย
3. อิทธิพลของบริษัทข้ามชาติ

โอกาส/ความเป็นไปได้

1. มีการปฏิรูประบบสุขภาพ เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น
2. รัฐธรรมนูญใหม่เปิดโอกาสให้มีการตรวจสอบ
3. ประชาชนและองค์กรเอกชนมีความตื่นตัวในการปกป้องสิทธิตนเองในการดูแลสุขภาพ

ผลการประชุมกลุ่มย่อยสถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมไทย
(กลุ่มนักวิชาการ เลขาธิการกลุ่ม-ภญ.สุนทรี วัชรดำรงกุล)

สถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมในอดีต

จุดแข็ง

1. บุคลากร/นักศึกษา มีศักยภาพมีพื้นฐานดี
2. สามารถประกอบวิชาชีพได้หลากหลาย
3. ได้รับการปกป้องจากรัฐ
4. สถานภาพทางสังคม

จุดอ่อน

1. ทิศทางไม่ชัดเจน
2. ขาดการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติ
3. ระบบการศึกษาเภสัชศาสตร์ / ไทย (ไม่สอนให้คิด) ขาดการบูรณาการ ไม่ทันเหตุการณ์
4. ขาดความเชื่อมโยงระหว่างระบบการศึกษา ระบบบริการและระบบสาธารณสุข
5. ไม่สร้างคุณค่าให้สังคมตระหนัก
6. ไม่มีสภาวิชาชีพ

สถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมในปัจจุบัน

จุดแข็ง

1. บุคลากร/นักศึกษา มีศักยภาพ มีพื้นฐานดี
2. มีสภาวิชาชีพ
3. จำนวนบุคลากรในวิชาชีพ
4. มีแหล่งข้อมูลจำนวนมาก
5. ได้รับการปกป้องจากรัฐ
6. มีโอกาสสร้างสรรค์งานวิชาชีพ
7. สถานภาพทางสังคม

จุดอ่อน

1. ทิศทางไม่ชัดเจน/วิสัยทัศน์
2. ขาดการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติ
3. ระบบการศึกษาเภสัชศาสตร์ / ไทย (ไม่สอนให้คิดและการบูรณาการ)
4. ขาดความเชื่อมโยง
5. มีความขัดแย้งในบทบาทของวิชาชีพ (ผลประโยชน์)

6. ไม่มีสร้างคุณค่าให้สังคมตระหนัก
7. มีสภาวิชชีพแต่ไม่เข้มแข็ง
8. ไม่ตระหนักและคำนึงถึงความรับผิดชอบต่อสังคม
9. ไม่มีความเชี่ยวชาญ

ผลการประชุมกลุ่มย่อยสถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมไทย
(กลุ่มร้านยา เลขาธิการกลุ่ม-ภญ.รักษาร อาษานาม)

สถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมในอดีต

จุดแข็ง

1. มีการใช้สมุนไพร ยาพื้นบ้าน
2. เรียนมาก สอนมาก
3. เป็นวิชาชีพเดียวที่ผลิตยาได้
4. รู้เรื่องโรค/ยา/สุขภาพ/อาหาร
5. เป็นวิชาชีพอิสระทำงานได้หลากหลาย

จุดอ่อน

1. เภสัชกรไม่เพียงพอ ผู้ป่วยพึ่งพิงพระ หมอผี
2. เภสัชกรเป็นผู้ปิดทองหลังพระ / ประชาชนไม่รู้จักเภสัชกร
3. หลักสูตรไม่มีจุดเด่นชัดเจน
4. มีกฎหมายแต่กฎหมายไม่ศักดิ์สิทธิ์
5. เรียนมาก แต่นำไปใช้งานได้น้อย (ไม่ลึก)
6. ขาด interaction ระหว่างผู้ผลิตบัณฑิต

สถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมในปัจจุบัน

จุดแข็ง

1. มีกฎหมายวิชาชีพ
2. ประชาชนรู้จักเภสัชกรรมมากขึ้น ยอมรับบทบาทวิชาชีพมากขึ้น
3. มีเภสัชกรอยู่ประจำร้านมากขึ้น คุ่มครองผู้บริโภคในเรื่องยามากขึ้น
4. หลักสูตรได้ปรับไปบ้างแล้ว
5. ประชากรเข้าหาร้านยา/เภสัช/ไม่ใช่เภสัชกรได้ง่าย

จุดอ่อน

1. เป็นทางหนึ่งที่เงินรั่วไหลออกนอกประเทศเพราะใช้ยาไม่สมเหตุผล
2. เภสัชกรไม่ได้ทำบทบาทหน้าที่ในการใช้ยาให้สมเหตุผล อย่างจริงจัง
3. นโยบายรัฐไม่สนับสนุนระบบเภสัชกรรมอย่างจริงจัง (ระบบของประเทศ)
4. ไม่ได้มองว่าร้านยาเป็นสถานการเพื่อสุขภาพ แต่มองเป็นร้านค้า)
5. ใช้ยาจากต่างประเทศมากเกินไปหรือยัง
6. ระบบยาเกี่ยวข้องกับธุรกิจ ไม่ใช่ระบบสุขภาพเดียว ๆ ล้วน ๆ

7. กฎหมายก็ยังไม่ศักดิ์สิทธิ์
8. แก๊สกรไม่ได้แสดงบทบาทตัวเองให้สมศักดิ์ศรี
9. มีความหลากหลายของการประกอบวิชาชีพ แต่ขาดการเชื่อมโยงของแต่ละสาขา
10. ขาดฐานประชาชน
11. ขาดทักษะการสื่อสาร

โอกาส/ความเป็นไปได้

1. ขย. 2 จะปรับเป็น ขย.1
2. แก๊สกรจะปฏิบัติวิชาชีพในร้านยาจริง
3. หลักสูตรมีการขยาย มีการเน้นเฉพาะทาง
4. แก๊สกรมีความสามารถขยายงาน และแสดงบทบาทในฐานะแก๊สกรได้
5. กำลังจะมีพระราชบัญญัติยาใหม่ และ พระราชบัญญัติสุขภาพ

ปัญหาที่ท้าทาย

1. การครอบงำโดยบริษัทต่างชาติ เช่น บริษัท เครือข่าย
2. ความผิดตามกฎหมาย กฎหมายจะศักดิ์สิทธิ์
3. ภาวะเศรษฐกิจถดถอย
4. แก๊สกรที่ไม่พัฒนาตนเองจะอยู่ไม่ได้

ผลการประชุมกลุ่มย่อยสถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมไทย

(กลุ่มประชาชน เลขานุการกลุ่ม-ภก.พรชัย จันทสุริยวิษ)

สถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมในปัจจุบัน

จุดแข็ง

1. การให้ความรู้ในการใช้ยาและดูแลสุขภาพของประชาชนดีขึ้น
2. วิชาชีพที่มั่นคงสร้างตัว สร้างครอบครัว

จุดอ่อน

1. สังคมไม่รับรู้ ไม่เข้าใจบทบาทเภสัชกรก็ไม่ได้รู้จักสังคม
2. ลงชุมชนน้อย
3. การประสานงานกับคน/หน่วยงานอื่นมีน้อย

ผลการประชุมกลุ่มย่อยสถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมไทย

(กลุ่มเภสัชกรและบุคลากรสาธารณสุข เลขานุการกลุ่ม-อ.วิภาดา วัฒนนามกุล)

สถานการณ์ระบบวิชาชีพเภสัชกรรมในอดีต

จุดแข็ง

1. ตัวบุคลากรมีศักยภาพสูง
2. มีความหลากหลายในการประกอบวิชาชีพ

จุดอ่อน

1. การผลิตเภสัชกรเพื่อให้มีความสามารถหลากหลาย
2. เภสัชกรจบไปปฏิบัติงานหลายอย่างในวิชาชีพเดียวกัน แต่มีหลายอาชีพ และบางครั้งบทบาทขัดแย้งกัน
3. มีร้านขายยาที่ขาดเภสัชกรไปดูแล (มีการแขวนป้าย)
4. เภสัชกรทำหน้าที่เฉพาะในห้องยา
5. ไม่มีการวิจัยเพื่อพัฒนา การทำงานเป็นไปอย่างเลียนแบบ
6. มีปัญหาการประสานงานกับบุคลากรแผนกอื่น

สถานการณ์ระบบวิชาชีพเภสัชกรรมในปัจจุบัน

จุดแข็ง

1. มีการผลิตเภสัชกรจำนวนมาก
2. ตัวบุคคลมีศักยภาพสูง
3. การประสานงานดีขึ้น
4. สร้างความรู้ทางวิชาการในวิชาชีพมากขึ้น
5. มีร้านยาและเภสัชกรไปดูแลมากขึ้น
6. มียาจำนวนมาก และกระจายทั่วประเทศ
7. ผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์และขอหาคำปรึกษามากขึ้น

จุดอ่อน

1. การกระจายเภสัชกรไม่เหมาะสม กระจุกตัวในส่วนใหญ่ในเมืองแต่ลงสู่ชุมชนน้อย
2. ประชาชนมองเภสัชกรในเชิงธุรกิจมากกว่างานบริการ
3. ประชาชนหรือหมอชาวบ้านไม่ถูกพัฒนา เพื่อให้พึ่งตนเอง
4. ถูกมองว่าเป็นผู้มีส่วนร่วมในการทุจริตยา
5. การวิจัยเพื่อพัฒนางานยังมีน้อย
6. ขาดแคลนเภสัชกรในภาคเอกชน
7. ไม่คิดค้นตำรับยาใหม่ส่วนใหญ่ลอกเลียนทั้งวิธีคิดและตำรับยา

8. การควบคุมคุณภาพและตรวจสอบไม่ดีพอ
9. ใช้ระบบพึ่งพายาจากต่างประเทศ

โอกาส/ความเป็นไปได้

1. มีโครงการการปฏิรูประบบสุขภาพ
2. มีรัฐธรรมนูญใหม่
3. กระแสสังคมหันมาสนใจเกี่ยวกับการแพทย์ตะวันออก และสนใจสมุนไพรมากขึ้น
4. สิทธิผู้ป่วยจะถูกเรียกร้อง และร้องเรียนมากขึ้น
5. เปิดโอกาสให้มีการศึกษาต่อเนื่อง

ปัญหาที่ท้าทาย

1. ถูกมองว่าเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์
2. นโยบายการแพทย์แผนไทย กับแผนปัจจุบัน ชัดแย้งกันและเป็นคู่แข่งกันเอง

ภาพรวมการวิเคราะห์สถานการณ์วิชาชีพเภสัชกรรมและเภสัชกรในอดีตและปัจจุบัน

อดีต : ลักษณะเด่น/ข้อดี/จุดแข็ง

1. มีบุคลากรในวิชาชีพ และนักศึกษาที่มีศักยภาพและพื้นฐานดี
2. มีความหลากหลายของอาชีพในวิชาชีพ
3. ได้รับการปกป้องจากภาครัฐ อาทิเช่น ในกฎหมาย
4. ได้รับการยอมรับในสถานภาพของสังคม

ปัจจุบัน : ลักษณะเด่น/ข้อดี/จุดแข็ง

1. มีบุคลากรในวิชาชีพ และนักศึกษาที่มีศักยภาพและพื้นฐานดี
2. ได้รับการยอมรับสถานภาพทางสังคม
3. มีสภาวิชาชีพ
4. จำนวนบุคลากรในวิชาชีพมากขึ้น
5. ได้รับการปกป้องจากภาครัฐ อาทิ เช่น ในกฎหมาย , เป็นวิชาชีพเดียวที่สามารถ
6. มีโอกาสในการสร้างสรรค์งานในวิชาชีพ
7. แนวโน้มการพัฒนาทางวิชาชีพดีขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีขึ้นมีลงบ้าง
8. มีความหลากหลายของอาชีพในวิชาชีพ
9. มีทักษะความเชี่ยวชาญมาก มีศักยภาพและความสามารถเฉพาะตัวสูง
10. บทบาทเภสัชกรในภาครัฐมีความชัดเจนมากขึ้น
11. “ร้านยา” เป็นสถานบริการทางการแพทย์ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ราคาไม่แพง และอาจเป็นช่องทางที่สามารถยื่นหยัดอยู่ได้ หลังจากหากมีการปฏิรูประบบสุขภาพและ/หรือ เภสัชกรรมไทย

อดีต : /ข้อเสีย/จุดอ่อน

1. ทิศทางไม่ชัดเจน
2. ขาดองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน
3. ระบบการศึกษาเภสัชศาสตร์ / ประเทศไทย ไม่สอนให้คิด และมีการบูรณาการ
4. ขาดความเชื่อมโยงระหว่างระบบการศึกษา ระบบบริการ และระบบสาธารณสุข
5. ยังไม่ได้สร้างคุณค่าให้สังคมตระหนัก
6. ไม่มีสภาวิชาชีพ

ปัจจุบัน : /ข้อเสีย/จุดอ่อน

1. การพัฒนาวิชาชีพซ้ำทิศทางไม่ชัดเจน
2. ขาดองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน
3. ระบบการศึกษาเภสัชศาสตร์ / ประเทศไทย ไม่สอนให้คิด และมีการบูรณาการ
4. ขาดความเชื่อมโยงระหว่างระบบการศึกษา ระบบบริการ และระบบสาธารณสุข

5. ยังไม่ได้สร้างคุณค่าให้สังคมตระหนัก
6. มีสภาวิชาชีพ แต่ไม่เข้มแข็ง
7. ไม่ตระหนักและคำนึงถึงความรับผิดชอบต่อสังคม
8. ไม่มีความเชี่ยวชาญ
9. ไม่เข้าใจในบทบาทวิชาชีพ รวมทั้งรากฐานไม่มั่นคง
10. มีผลกระทบจากต่างประเทศ / วิชาชีพอื่น ๆ
11. รับการรักษาจากโรงพยาบาล ไม่พึ่งพตนเอง อาศัยเทคโนโลยีต่างประเทศ
12. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพน้อย/ในวิชาชีพน้อย/กับผู้รับบริการไม่ดี เนื่องจากขาดทักษะทางการสื่อสาร
13. มีปัญหาด้านคุณภาพบริการ เช่น ประชาชนไม่ทราบว่าจะรักษาอะไร
14. ขาดเอกภาพทางความคิด
15. ขาดการแก้ปัญหาชุมชน
16. บทบาทของเภสัชกรขัดแย้งกัน เช่น เภสัชสาธารณสุขจังหวัดกับเภสัชกรชุมชนอันเนื่องมาจากบทบาทการคุ้มครองผู้บริโภคกับนโยบายทางกฎหมาย
17. วิชาชีพมีส่วนเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ทางธุรกิจ
18. การศึกษาเน้นการแพทย์แผนปัจจุบัน ละเลยต่อการแพทย์ตะวันออก/ทางเลือกภูมิปัญญาชาวบ้าน
19. การศึกษาไม่เน้นการฝึกทักษะ / ปฏิบัติ (ต่างจากแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์) และสถาบันการศึกษา มี interaction น้อยกับสถานฝึกปฏิบัติ (รพ., ร้านยา, โรงงาน, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)
20. สภาเภสัชกรรมไม่ค่อยเข้มแข็ง
21. ขาดการยอมรับ (ฐานเสียง) จากประชาชน เช่น เรียกร้องแล้วประชาชนกลับมองว่าเป็นเรียกร้องเพื่อผลประโยชน์ของวิชาชีพ

วันเสาร์ที่ 27 พฤษภาคม 2543

กิจกรรมที่ 3 ความคาดหวังต่อสุขภาพคนไทยในอนาคต

กิจกรรมที่ 4 ความคาดหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและเภสัชกรไทยในอนาคต

เวลา 3.5 ชม 13.00-16.30

ขั้นตอน/วัตถุประสงค์	เวลา (นาที)	อุปกรณ์ (จำนวน)	หน้าที่ผู้รับผิดชอบ
กลุ่มสัมพันธ์ ชื่อเกมส์..... รอผู้ที่ยังไม่มา ระหว่างนี้ให้ตัวแทนไปตามสมาชิกในกลุ่มมาเพื่อเริ่มกิจกรรมพร้อมกัน	15		ทีมกลุ่มสัมพันธ์
ความคาดหวังต่อสุขภาพคนไทยในอนาคต ดู VDO ทุกซ์คนไทย ให้เจียบ เพื่อรวบรวมความคิด นำเสนอภาพความคิดและอภิปรายในกลุ่มย่อย นำเสนอผลงานกลุ่มๆละ 3-5 นาที ตัวแทนแต่ละกลุ่มช่วยกัน(working group) สรุปรภาพรวม (ทำระหว่างพักกลางวัน)	20 5 40 20 20	VDO กระดานหัดความคิด เทปเพลงบรรเลง flip chart ปากกา	Facilitator กลาง Facilitator กลุ่มย่อย ทีมเลขา
นำเสนอภาพรวมความคาดหวังต่อระบบสุขภาพไทย/ หรือสุขภาพของคนไทยในอนาคต	10		
กลุ่มสัมพันธ์ ชื่อเกมส์.....	15		ทีมกลุ่มสัมพันธ์
ความคาดหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและบทบาทของ เภสัชกรไทยในอนาคต ให้เจียบ เพื่อรวบรวมความคิด นำเสนอภาพความคิดและอภิปรายในกลุ่มย่อย นำเสนอผลงานกลุ่มๆละ 3-5 นาที ตัวแทนแต่ละกลุ่มช่วยกัน(working group) สรุปรภาพรวม	5 40 20 20	กระดานหัดความคิด เทปเพลงบรรเลง flip chart ปากกา	Facilitator กลาง Facilitator กลุ่มย่อย ทีมเลขา

รายละเอียดกิจกรรมที่ 3 ความคาดหวังต่อสุขภาพคนไทยในอนาคต

กลุ่ม

คณะ

Facilitator กลาง ให้ดู VDO ทุกซ์คนไทย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมที่ 2 และจาก VDO มาช่วยกันคิดต่อ โดยตั้งคำถามให้กลุ่ม **“ขอให้ช่วยกันวาดภาพว่าอยากให้สุขภาพคนไทยในฝัน (ในอนาคต) เป็นอย่างไร ”** โดยให้แต่ละคนวาดรูปสถานการณ์ตามจินตนาการของตนเอง ถ้าวาดไม่ได้จะเขียนเป็นตัวหนังสือก็ได้ จากนั้นกลับเข้ากลุ่ม นำเสนอรูปที่วาดกับสมาชิกในกลุ่มย่อยพร้อมอธิบาย จากนั้นสมาชิกทุกคนช่วยกันวาดภาพรวมของสุขภาพคนไทยในฝัน (ในอนาคต) นำเสนอต่อที่ประชุม จากนั้นให้ประธานและเลขาของแต่ละกลุ่มมารวมกันเป็น working group* และช่วยกันนำข้อมูลของแต่ละกลุ่มมาสรุปเป็นภาพรวมและนำเสนอต่อที่ประชุมเพื่อสรุปเป็นมติของที่ประชุม

* หมายเหตุ ทำระหว่างพักกลางวันและนำเสนอช่วงบ่าย

Facilitator กลุ่มย่อย

- อธิบายงานที่กลุ่มต้องทำอีกครั้งกรณีที่สมาชิกในกลุ่มยังไม่เข้าใจ
- ให้กลุ่มหาประธาน เลขาผู้จัดผลการประชุมกลุ่ม และผู้นำเสนอ
- คมประเด็นในกลุ่มและกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนแสดงความคิดเห็น
- นำผลที่ได้จากการประชุมในกลุ่มย่อยส่งพิมพ์

พิมพ์เลขา

- เตรียมอุปกรณ์ อำนาจความสะดวกให้กลุ่มและ facilitator
- พิมพ์งานและส่งกลับไปให้ facilitator กลุ่มย่อยตรวจอีกครั้ง
-

รายละเอียดกิจกรรมที่ 4 ความคาดหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและเภสัชกรไทยในอนาคต

กลุ่ม

เฉพาะกลุ่ม (เภสัชกรและบุคลากรสาธารณสุข ประชาชน นักวิชาการ)

Facilitator กลาง จากข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมที่ 2, 3, 4 มาช่วยกันคิดต่อ โดยตั้งคำถามให้กลุ่ม **“ขอให้ช่วยกันวาดภาพว่าอยากให้วิชาชีพเภสัชกรรมในอนาคตเป็นอย่างไร อยากให้เภสัชกรทำอะไรบ้างที่ตอบสนองต่อภาพฝันของระบบสุขภาพใหม่ หรืออยากให้เภสัชกรทำอะไรบ้างเพื่อให้สุขภาพคนไทยในอนาคตดีขึ้น ”** โดยให้แต่ละคนวาดรูปสถานการณ์ตามจินตนาการของตนเอง ถ้าวาดไม่ได้เขียนเป็นคำพูดก็ได้ จากนั้นนำรูปที่วาดนำเสนอ กับสมาชิกในกลุ่มย่อย จากนั้นสมาชิกทุกคนช่วยกันวาดภาพรวมของความมุ่งหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและเภสัชกรไทยในฝัน (ในอนาคต) นำเสนอต่อที่ประชุม จากนั้นให้ประธานและเลขาของแต่ละกลุ่มมารวมกันเป็น working group และช่วยกันนำข้อมูลของแต่ละกลุ่มมาสรุปเป็นภาพรวม พร้อมทั้งกำหนด slogan และนำเสนอต่อที่ประชุมเพื่อสรุปเป็นมติของที่ประชุม

Facilitator กลุ่มย่อย

- อธิบายงานที่กลุ่มต้องทำอีกครั้งกรณีที่มีสมาชิกในกลุ่มยังไม่เข้าใจ
- ให้กลุ่มหาประธาน เลขานุการผู้จัดผลการประชุมกลุ่ม และผู้นำเสนอ
- คุ่มประเด็นในกลุ่มและกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนแสดงความคิดเห็น
- นำผลที่ได้จากการประชุมในกลุ่มย่อยส่งพิมพ์

ทีมเลขา

- เตรียมอุปกรณ์ อำนาจความสะดวกให้กลุ่มและ facilitator
- พิมพ์งานและส่งกลับไปให้ facilitator กลุ่มย่อยตรวจอีกครั้ง

วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย กลุ่มที่ 1

(เลขากลุ่ม-อ.อุ๋นใจ เครือสัถิตย์)

สุขภาพคนไทยในอนาคตควรเป็นอย่างไร

1. ฟังตนเอง
2. สร้างสุขภาพ
3. กระจายบริการ/อำนาจ
4. ชุมชนเข้มแข็ง
5. ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ
6. สุขภาพโดยประชาชน
7. การทำงานเป็นเครือข่าย
8. การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมกับท้องถิ่น
9. ความเท่าเทียมกันด้านการศึกษา/ข่าวสาร
10. สุขภาพเชิงองค์รวม

กระจายอำนาจและบริการ ประสานสุขภาพแบบองค์รวม

ร่วมเครือข่ายราษฎร์รัฐ จัดระบบประกัน

รู้เท่าทันข้อมูลข่าวสาร การศึกษา ฟังพาตนเอง

วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย กลุ่มที่ 2

(เลขาธิการกลุ่ม-ภญ.อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา)

สุขภาพคนไทยในอนาคตควรเป็นอย่างไร

ความมุ่งหวังต่อระบบสุขภาพไทยของสมาชิกในกลุ่ม

อ.วิบูลย์

- มี service mind ในการให้บริการ
- มีการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงาน และระหว่างชุมชน
- ต้องเน้นที่การส่งเสริมและป้องกันโรค มากกว่าการรักษาโรค
- มีการตระหนักถึงผลดี ผลเสียในการให้บริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน

พ.ต.ต.ฉัตรชัย

- ต้องมีการประสานที่ดีระหว่างส่วนต่างคือ ประชาชน, ผู้บริการ และรัฐบาล

ภ.ภ.สมศักดิ์

- ส่งเสริมรากฐานครอบครัวให้แข็งแรง
- เมื่อครอบครัวแข็งแรงแล้ว ชุมชนเกิดความร่วมมือร่วมใจ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี
- จากนั้น ชุมชนควรส่งคนในชุมชนไปเรียนในระบบสาธารณสุข
- เมื่อคนในชุมชนได้เรียนรู้กลับมาแล้ว ต้องสามารถผสมผสานความรู้จากภูมิปัญญาพื้นบ้านกับความรู้แผนปัจจุบัน
- ร่วมมือค้นหา นำพาสุขภาพ

อ.กุลนรี

- ชุมชนมีความเข้มแข็ง ทรัพยากรที่มีอยู่ก็เสริมให้เข้มแข็ง
- ชุมชนมีทางเลือก มีสิทธิ์ที่จะเลือกรับบริการได้ตามความต้องการ
- ชุมชนต้องมีความรู้ มีการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม
- ชุมชนสามารถเลือกและคัดสรรการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
- เมื่อคัดสรรเทคโนโลยีที่เหมาะสมแล้ว จึงส่งผ่านเทคโนโลยีที่เหมาะสมให้แก่ชุมชน

ภ.ภ.พรชัย

- มีความสามัคคีและร่วมมือกันในระหว่าง health team
- มีการกระจายการบริการอย่างทั่วถึง
- ชุมชนพึ่งพาตนเองได้ ร่วมมือกัน พึ่งพากันและกันจนไปสู่ระดับประเทศ

อ.วิริมา

- คนไทยไม่ว่าจะมีชีวิตยืนยาวขนาดไหน ในที่ใดๆ ต้องมีความสุขทั้งกายใจ เป็นสังคมครอบครัวที่มีความมั่นคง มีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เน้นวัตถุ อยู่อย่างเพียงพอ Quality of Life

อ.อารีวรรณ

- ในระดับครอบครัว, ชุมชน ต้องมีสุขภาพที่ดี มีความรู้, นำไปสู่ความสุขกายและใจ
- ต้องรู้เท่าทัน มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
- มีการป้องกันและส่งเสริมโรค
- มีสิ่งแวดล้อมที่ดี มีการฟื้นคืนสู่ธรรมชาติ

ความมุ่งหวังรวมของทั้งกลุ่ม

- ชุมชนและครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีความเข้มแข็ง
- มีการเลือกใช้ / รับ เทคโนโลยีที่เหมาะสม และผสมผสานให้เหมาะสมกับท้องถิ่น
- มีการกระจายระบบสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
- มีการเน้นการส่งเสริมป้องกันโรคมากกว่ารักษา
- ทีมสุขภาพมีความร่วมมือ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน และกับชุมชนด้วย

วิสัยทัศน์ของกลุ่มต่อระบบสุขภาพไทย

ครอบครัวแข็งแรง
ชุมชนร่วมแรง
แจกแจงปรับใช้ (เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม)
พึงพอใจในบริการ
สานสุขประเทศไทย

วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย กลุ่มที่ 3

(เลขากลุ่ม-อ.รักษาร อาษานาม)

สุขภาพคนไทยในอนาคตควรเป็นอย่างไร

1. สุขภาพจะได้มาต้องมีส่วนร่วมในทุก ๆ ฝ่าย ได้แก่
 1. ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่กำหนดนโยบายจนกระทั่งปฏิบัติ
 2. องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ
 3. นโยบายด้านการเมือง, การต่างประเทศ, นโยบายการศึกษา
 4. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการถ่ายทอดข้อมูลต่าง ๆ ต้องครบถ้วน
2. การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ประชาชนมีความรู้ในด้านทั้งป้องกันส่งเสริมสุขภาพ รักษาตัวเองเบื้องต้นหรือสามารถดูแลตนเองในขั้นต้นได้

ศึกษาดี มีส่วนร่วม รวมข้อมูล บริบูรณ์สุขภาพ

วิสัยทัศน์ระบบวิชาชีพเภสัชกรรม กลุ่มที่ 1

(เลขากลุ่ม-อ.อุ๋นใจ เครือสัถิตย์)

ระบบวิชาชีพเภสัชกรรมและบทบาทของเภสัชกรในอนาคตควรเป็นอย่างไร

1. มีความรู้/ทักษะแบบองค์รวม (หลากหลาย)
2. ทำงานเป็นทีม โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
3. บทบาทสอดคล้องกับระบบสาธารณสุขของประเทศ
4. พัฒนากฎมีปัญญาท้องถิ่นผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพ
5. กระจายเภสัชกรให้ใกล้ชิดชุมชนมากขึ้น
6. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่บุคลากรและประชาชน
7. ควบคุมและดูแลการใช้ยาให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
8. (ร้านยาเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ)

วิสัยทัศน์ระบบวิชาชีพเภสัชกรรม กลุ่มที่ 2

(เลขาธิการกลุ่ม-ภญ.อารีวรรณ เชื้อวชาญวัฒนา)

ระบบวิชาชีพเภสัชกรรมและบทบาทของเภสัชกรในอนาคตควรเป็นอย่างไร

ความมุ่งหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมไทยของสมาชิกในกลุ่ม

อ.วิบูลย์

- คณะเภสัชฯควรเป็นศูนย์กลางในการประสานระหว่างเภสัชกรในสาขาอาชีพต่างๆ เนื่องจากอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม
- มีการสร้างเครือข่ายการประสานงาน

พ.ต.ต.ฉัตรชัย

- เภสัชกรต้องเป็นผู้ให้ ให้ความรู้ทางวิชาการ มีการถ่ายทอดผ่านสื่อต่างๆ (วิทยุ เสียงตามสาย ฯลฯ) ให้ทั้งความรู้ในส่วนของแพทย์พื้นบ้าน ใ้ยาที่ดี มีคุณภาพ ให้ความรัก ความห่วงใยต่อประชาชน และเดินเข้าถึงประชาชน
- และไม่ฝักใฝ่ในผลประโยชน์ เงินตรา

ภ.ก.สมศักดิ์

- คณะเภสัชฯต้องสร้างเภสัชกรที่มีความรู้ในวิชาชีพ วิชาการ
- คณะเภสัชฯต้องมีกระบวนการในการคัดสรรบุคคลเข้าสู่ระบบการเรียนการสอน ซึ่งเป็นคนในชุมชน มิใช่เน้นที่ความเก่งอย่างเดียว เมื่อคนเหล่านั้นผ่านกระบวนการเรียนการสอน ก็ต้องสอนให้รู้จักชุมชนตั้งแต่ตอนที่เรียน มิใช่ให้รู้จักชุมชนตอนจบแล้ว เมื่อคนเหล่านั้นจบไปก็จะมีฐานที่รู้จักชุมชนที่ดี ไม่จำเป็นต้องมาแข่งขันกัน และกระจายกันออกไปสร้างคุณค่าของเภสัชกร มีการให้บริการที่ดี มีคุณภาพ ทำให้ชุมชนมีความเชื่อถือ สามารถสร้างการยอมรับศรัทธาให้เกิดขึ้นได้ และเป็นที่ที่สามารถทำงานได้อย่างมีความสุข
- เรียนให้หนัก รักประชาชน คำนึงตนเอง

อ.กุลนรี

- อยากให้เภสัชกรเปลี่ยนมาใส่ใจชาวบ้าน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เดินเคียงคู่ไปกับประชาชน ไม่อยากให้เภสัชกรคิดว่าเป็นแต่คนให้ความรู้ น่าจะคิดว่าเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดความเท่าเทียมกัน ร่วมมือเดินไปร่วมกันระหว่างเภสัชกรและชุมชน

ภ.ก.พรชัย

- อยากให้เภสัชกรร่วมมือกัน สามัคคีกัน
- อยากให้คณะสร้างเภสัชกรให้มีความชัดเจน สามารถทำงานได้ เปรียบเสมือนว่าเภสัชกรเป็นกุญแจ แต่ยังขาดลูกกุญแจที่จะใช้ไข

อ.วิริมา

- อยากให้เภสัชกรเข้าถึงชุมชนให้มากยิ่งขึ้น
- นอกจากนั้น ยังต้องเข้าถึงวิชาการ มีองค์ความรู้ที่ดี มีตำรามากมายซึ่งเปรียบเสมือนความรู้ที่เภสัชกรต้องมี

อ.อารีวรรณ

- ในระดับครอบครัว, ชุมชน ต้องเกิดความพึงพอใจจากการรับบริการจากเภสัชกร ไม่ว่าจะอยู่ใน sector ใดก็ตาม
- ชุมชนต้องพึ่งตนเองเบื้องต้นในเรื่องง่ายๆได้ ไม่ว่าจะเป็นยาสามัญประจำบ้านหรือสมุนไพรก็ตาม ซึ่งเภสัชกรควรมีบทบาทให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้น
- เภสัชกรควรเป็นหนึ่งซึ่งช่วยให้เกิดการรับบริการตามขั้นตอน ไม่ข้ามขั้นจนเป็นปัญหาคนไข้ในทีต่างๆ อาจโดยการให้ชุมชนสามารถพึ่งพาเบื้องต้นได้ เช่น ร้านยา ฯลฯ
- และอาจส่งเสริมให้มีรัฐสวัสดิการลงมาถึงคนยากจน โดยอาจให้รัฐบาลอุดหนุนคนจน ผ่านระบบร้านยา และอาจผนวกร้านยาเข้าสู่ระบบประกันสังคม เพื่อประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยเท่าเทียมกัน
- ร้านควรเป็นแหล่งกระจายความรู้สู่ชุมชน

ความมุ่งหวังของวิชาชีพเภสัชกรรมของกลุ่ม

- แหล่งผลิตเภสัชต้องเป็นศูนย์กลาง ประสานงานต่อเนื่อง มีทิศทางที่ชัดเจน
- เข้าถึงและรู้จักชุมชน
- ถ่ายทอดผ่านสื่อ
- มีหัวใจบริการ
- เข้าถึงวิชาการความรู้
- ประสานเข้าสู่ระบบ

วิสัยทัศน์ของกลุ่มต่อวิชาชีพเภสัชกรรมไทย

มีองค์การประสาน
สร้างมาตรฐานวิชาชีพ
รื้อแรงศึกษา
ร่วมพัฒนาชุมชน

วิสัยทัศน์ระบบวิชาชีพเภสัชกรรม กลุ่มที่ 3

(เลขาธิการกลุ่ม-ภญ.รักษาร อาษานาม)

ระบบวิชาชีพเภสัชกรรมและบทบาทของเภสัชกรในอนาคตควรเป็นอย่างไร

1. เภสัชกรต้องมีความรู้ ทักษะรวมทั้งประสบการณ์
2. เภสัชกรต้องมีคุณธรรม, จริยธรรม, โอบอ้อมอารี, พัฒนาตนเอง, เห็นแก่ส่วนรวม, รักวิชาชีพ รักตนเอง, มี service mind
3. เภสัชกรควรมีความรู้รอบ, มีวิสัยทัศน์
4. มีการสื่อสารที่ดี, มนุษย์สัมพันธ์ดี, มีการโฆษณาด้านวิชาชีพพร้อมทั้งเรียกร้องสิทธิต่าง ๆ ได้ดี
5. มีความขยัน, หยิบยื่นสิ่งดี ๆ ให้สังคม ช่วยเหลือสังคม, ประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานอื่นได้ดี ร่วมทั้งสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ ด้วย
6. เภสัชกรควรมีความแข็งแรง, มั่นคง และมุ่งมั่นก้าวหน้า

มีความรู้ เชิดชูจรรยา พัฒนาทักษะ เสียสละเพื่อส่วนรวม

วิสัยทัศน์ระบบวิชาชีพเภสัชกรรม

(ข้อสรุปรวมของที่ประชุม)

- มีความรู้ ทักษะ คุณธรรม จริยธรรมแบบองค์รวม
- มีมาตรฐานการผลิตยา
- ทำงานเป็นทีม/จิตใจบริการ/ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- บทบาทสอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศไทย
- พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ผสมผสานกับแพทย์แผนปัจจุบัน
- เข้าถึงชุมชน
- แหล่งผลิตเป็นศูนย์และมีทิศทางที่ชัดเจน

“เป็นคนดี วิชาใหม่ ไอที/บริการเยี่ยมเตรียมการผลิตแบบพึ่งไทย

Fight กฎหมายเป็นธรรม นำประชาสู่สุขภาพดี”

วันอาทิตย์ที่ 28 พฤษภาคม 2543

กิจกรรมที่ 5 มีวิธีการสำคัญอะไรบ้างที่จะทำให้คาดหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและคาดหวังต่อเภสัชกรเป็นจริง

[ภารกิจหลักหรือพันธกิจ (mission) ใหม่ของวิชาชีพเภสัชกรรม] เวลา 2.5 ชม 8.30-11.00 น

กิจกรรม	เวลา	อุปกรณ์ (จำนวน)	หน้าที่ผู้รับผิดชอบ
กลุ่มสัมพันธ์ ชื่อเกมส์..... รอผู้ที่ยังไม่มา ระหว่างนี้ให้ตัวแทนไปตามสมาชิกในกลุ่มมาเพื่อเริ่มกิจกรรมพร้อมกัน	15		ทีมกลุ่มสัมพันธ์
บทพจนานุกรมที่ได้จากเมื่อวานพร้อมนำเสนอ slogan สำหรับวิสัยทัศน์ใหม่	15		Facilitator กลาง
มีวิธีการสำคัญอะไรบ้างที่จะทำให้คาดหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและคาดหวังต่อเภสัชกรเป็นจริง เข้ากลุ่มคณะ ให้เงียบ เพื่อรวบรวมความคิดและตกลงในกระดานสมาชิกนำเสนอสิ่งที่เขียนให้กลุ่มทราบและอภิปรายในกลุ่มย่อย นำเสนอผลงานกลุ่มๆละ 3-5 นาที facilitator กลางสรุปภาพรวม	5 60 20 10	กระดานจดความคิด เทปเพลงบรรเลง flip chart ปากกา	Facilitator กลาง Facilitator กลุ่มย่อย ทีมเลขา
กลุ่มสัมพันธ์ ชื่อเกมส์..... ระหว่างนี้ทีมเลขาเตรียมอุปกรณ์สำหรับกิจกรรมต่อไป	15		ทีมกลุ่มสัมพันธ์

รายละเอียดกิจกรรมที่ 5 มีวิธีการสำคัญอะไรบ้างที่จะทำให้คาดหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและคาดหวังต่อเภสัชกรเป็นจริง

กลุ่ม คณะ

Facilitator กลาง ตั้งคำถามให้กลุ่ม “จากที่เราฝันอยากให้วิชาชีพเภสัชกรรมหรือเภสัชกรเป็น จำนวน.....ด้าน (ตามวิสัยทัศน์ที่ทาไปแล้วนั้น) **ขอให้ช่วยกันคิดว่าถ้าจะทำความฝันในแต่ละข้อให้เป็นจริงต้องทำอะไรบ้าง** ข้อโดยแต่ละท่านช่วยกันคิดและอภิปรายพร้อมนำเสนอ

Facilitator กลุ่มย่อย

- อธิบายงานที่กลุ่มต้องทำอีกครั้งกรณีที่สมาชิกในกลุ่มยังไม่เข้าใจ
- ให้กลุ่มหาประธาน เลขาผู้จัดผลการประชุมกลุ่ม และผู้นำเสนอ
- คอยประคองในกลุ่มและกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนแสดงความคิดเห็น
- นำผลที่ได้จากการประชุมในกลุ่มย่อยส่งพิมพ์

ทีมเลขา

- เตรียมอุปกรณ์ อำนวยความสะดวกให้กลุ่มและ facilitator
- พิมพ์งานและส่งกลับไปให้ facilitator กลุ่มย่อยตรวจอีกครั้ง

ภารกิจหลักหรือพันธกิจ (mission) ใหม่ของวิชาชีพเภสัชกรรม

มีวิธีการสำคัญอะไรบ้างที่จะทำให้คาดหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและคาดหวังต่อเภสัชกรเป็นจริง ?

- เพื่อให้วิสัยทัศน์ใหม่ที่กำหนดเป็นจริงที่ประชุมเสนอว่าควรกำหนดพันธกิจร่วมกันดังนี้
- ระบบการผลิตและการกระจายเภสัชกรสอดคล้องกับความจริง, ยุคสมัย
- ส่งเสริมและพัฒนาภาพลักษณ์เภสัชกร ให้เภสัชกรมีความรู้ คู่คุณธรรม
- ระบบการเมืองโปร่งใส ไม่คอร์บงำ
- กฎหมาย เกื้อกูลหนุนให้ใช้ได้ผล
- ระบบบริการด้านเภสัชกรรมดี มีคุณภาพ ยึดถือประชาชนเป็นศูนย์กลาง และประชาชนเข้าถึงได้
- ระบบการสร้างเครือข่าย ความร่วมมือ สร้างสุขภาพแบบองค์รวม
- ระบบการผลิต วิจัยการผลิต กระจายยามีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุมเป็นธรรม ตรวจสอบได้
- ระบบ IT ดีเด่น เน้นการเข้าถึง ฟังพอใจในทางเลือก

วันอาทิตย์ที่ 28 พฤษภาคม 2543

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมหลักที่ต้องทำเพื่อให้คาดหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและคาดหวังต่อเภสัชกรเป็นจริง

[Action plan] เวลา 3.5 ชม 11.00-12.00น, 13-15.30 น

กิจกรรม	เวลา	อุปกรณ์ (จำนวน)	หน้าที่ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมสำคัญที่ควรทำ ร่วมกันหาaction plan พร้อมทั้งระบุว่าประชาชนจะมีส่วนร่วมในการสร้างและตรวจสอบกิจกรรมเหล่านี้ได้อย่างไร - Prioritizeวิธีการสำคัญที่จะทำให้คาดหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและคาดหวังต่อเภสัชกรเป็นจริง - แบ่งกลุ่มตามความสนใจ สมาชิกในกลุ่มร่วมกันคิดหาวิธี - นำเสนอกลุ่มละ 5 นาที (5-6 กลุ่ม) - ที่ประชุมให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	30 90 30 30	กระดาษทดความคิด เทปเพลงบรรเลง flip chart ปากกา	หน้าที่ผู้รับผิดชอบ Facilitator กลาง Facilitator กลุ่มย่อย ทีมเลขา
ปิดประชุม ชี้แจงว่าจากผลที่ได้จะนำไปทำอะไรต่อ	15		ภก.คทา

รายละเอียดกิจกรรมที่ 6 กิจกรรมหลักที่ต้องทำเพื่อให้คาดหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและคาดหวังต่อเภสัชกรเป็นจริง

กลุ่ม คละตามความสนใจ

Facilitator กลาง จากภาระกิจทั้งหมดให้ช่วยกันให้คะแนนว่าภาระกิจข้อใดสำคัญควรเร่งทำก่อน โดยให้เลือกได้ 1 คน 5 เสียง วิธีการคือ นำ sticker ไปติดไว้ตรงพันธกิจ(บนบอร์ด) ที่เราคิดว่าสำคัญ จากนั้นนับคะแนนและเลือกภาระกิจที่คะแนนสูงสุด 5 อันดับแรก จากนั้นให้ทุกคนเลือกเข้ากลุ่มตามความสนใจช่วยกันคิดว่า **ควรต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้คาดหวังต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและคาดหวังต่อเภสัชกรเป็นจริง** โดยขอให้เอาวิธีการหลัก และแนวทางหลักที่ที่ประชุมนำเสนอมาร่วมพิจารณาด้วย จากนั้นนำเสนอที่ประชุม

Facilitator กลุ่มย่อย

- อธิบายงานที่กลุ่มต้องทำอีกครั้งกรณีที่สมาชิกในกลุ่มยังไม่เข้าใจ
- ให้กลุ่มหาประธาน เลขาผู้จัดผลการประชุมกลุ่ม และผู้นำเสนอ
- คุ่มประเด็นในกลุ่มและกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนแสดงความคิดเห็น
- นำผลที่ได้จากการประชุมในกลุ่มย่อยส่งพิมพ์

ทีมเลขา

- เตรียมอุปกรณ์ อำนวยความสะดวกให้กลุ่มและ facilitator
- พิมพ์งานและส่งกลับไปให้ facilitator กลุ่มย่อยตรวจอีกครั้ง

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบางอย่างเพื่อให้พันธกิจ(ภาระกิจหลัก)
ด้านระบบการผลิตและการกระจายผลิตภัณฑ์สอดคล้องกับความจริง, ยุคสมัย เกิดขึ้นจริง

(ข้อสรุปของที่ประชุม)

ผู้จัด

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบางอย่างเพื่อให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านการส่งเสริมและพัฒนาภาพลักษณ์ผลิตภัณฑ์(มีความรู้ คู่คุณธรรม) เกิดขึ้นจริง

(ข้อสรุปของที่ประชุม)

ผู้จัด

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบางอย่างเพื่อให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านการสร้างระบบการเมืองโปร่งใส ไม่ครอบงำ เกิดขึ้นจริง

(ข้อสรุปของที่ประชุม)

ผู้จัด

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบางอย่างเพื่อให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านการสร้างหรือออกกฎหมาย เกื้อกูลหนุนให้ใช้ได้ผล เกิดขึ้นจริง

(ข้อสรุปของที่ประชุม)

ผู้จัด

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบางอย่างเพื่อให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านระบบบริการด้านสาธารณสุขมีคุณภาพ ยึดถือประชาชนเป็นศูนย์กลาง และประชาชนเข้าถึงได้ เกิดขึ้น

จริง

(ข้อสรุปของที่ประชุม)

ผู้จัด

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบางอย่างเพื่อให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านระบบการสร้างเครือข่าย ความร่วมมือ สร้างสุขภาพแบบองค์รวม เกิดขึ้นจริง

(ข้อสรุปของที่ประชุม)

ผู้จัด

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
 ด้านระบบการผลิต วิจัยการผลิต กระจายยามีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุมเป็นธรรม ตรวจสอบได้ เป็น
 จริง(ทำได้จริง)

(ข้อสรุปของที่ประชุม)

ผู้จัด

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
 ด้านระบบ IT ดีเด่น เน้นการเข้าถึง ฟังพอใจในทางเลือก เกิดขึ้นจริง

(ข้อสรุปของที่ประชุม)

ผู้จัด

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ(ภาระกิจหลัก)
ด้านระบบการผลิตและการกระจายเภสัชกรสอดคล้องกับความจริง, ยุคสมัย เกิดขึ้นจริง
 (กลุ่มที่ 1 ผู้จัด ภก.แสวง วัชรชนกิจ)

1. สร้างวิชาเกี่ยวกับคุณธรรม จริยธรรมและบูรณาการด้านคุณธรรมจริยธรรมสอดแทรกเข้าไปในทุกวิชา
2. ศึกษาคุณลักษณะของเภสัชกรที่พึงประสงค์ของสังคม เพื่อจัดการผลิตเภสัชกรให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคม
3. ศึกษาจำนวน และการกระจายของเภสัชกรในปัจจุบัน
4. อาจารย์ ต้องมีการลงปฏิบัติจริงในสาขาวิชานั้น ๆ
5. สร้างหลักสูตรเภสัชกรให้เป็นหลักสูตรแต่ละสาขา ตั้งแต่เริ่มเข้าเรียน
6. สร้างหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง และหลักสูตรการอบรมระยะสั้นให้เหมาะสมและสนับสนุนงานยิ่งขึ้น
7. มีการติดตามบัณฑิต และประเมินผลหลักสูตร

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านการส่งเสริมและพัฒนาภาพลักษณ์เภสัชกร(มีความรู้ คู่คุณธรรม) เกิดขึ้นจริง
 (กลุ่มที่ 1 ผู้จัด ภก.แสวง วัชรชนกิจ)

ภาพลักษณ์เภสัชกรที่ดี

1. มีการเผยแพร่กิจกรรมที่ดีของเภสัชกร เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้เภสัชกรอื่นทราบ
 2. ให้สภาเภสัชกรรมปรับสภาพจากการคุ้มครองเภสัชกรรม เป็นการคุ้มครองผู้บริโภค
- ส่วนการคุ้มครองวิชาชีพให้เป็นบทบาทของสมาคมเภสัชกรรม

การพัฒนาวิชาชีพ

1. มีการศึกษาและเผยแพร่สมุนไพรทั้งที่แปรรูปและไม่แปรรูปสู่ระดับประชาชน
2. มีการสื่อสารความรู้อย่างง่าย ๆ สู่ประชาชน

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านการสร้างระบบการเมืองโปร่งใส ไม่คอร์บงำ เกิดขึ้นจริง
 (กลุ่มที่ 1 ผู้จัด ภก.แสวง วัชรชนกิจ)

1. สนับสนุนเภสัชกรผู้ที่มีศักยภาพ เข้าสู่สังคมการเมืองอย่างมีระบบ เพื่อเชื่อมโยงวิชาชีพกับผลประโยชน์ของผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ

**ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านการสร้างหรือออกกฎหมาย เกื้อกูลหนุนให้ใช้ได้ผล เกิดขึ้นจริง**
(กลุ่มที่ 1 ผู้จัด ภก.แสวง วัชรชนกิจ)

1. จัดโครงการรณรงค์การบังคับใช้และบทลงโทษทางกฎหมาย
2. จัดประชาพิจารณ์ในกรณีที่มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อสังคม
3. ออกกฎหมายให้เฉพาะเภสัชกรมีสิทธิเปิดร้านยา เนื่องจากมีเภสัชกรจำนวนเพียงพอรองรับ

**ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านระบบบริการด้านเภสัชกรรมดี มีคุณภาพ ยึดถือประชาชนเป็นศูนย์กลาง
และประชาชนเข้าถึงได้ เกิดขึ้นจริง**
(กลุ่มที่ 1 ผู้จัด ภก.แสวง วัชรชนกิจ)

1. ให้สถานบริการทางด้านสุขภาพทุกแห่งเป็นองค์กรในกำกับของรัฐ บนพื้นฐานของระบบประกันสุขภาพ
2. ขยายบทบาทเภสัชกรและการบริการทางเภสัชกรรมในเชิงรุก ออกนอกห้องยา อาทิ การแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ใน health team และการจัดรายการเวทีสนทนา เพื่อถ่ายทอดข้อมูลสู่ประชาชน
3. สร้างระบบ renew license ให้เป็นจริง

**ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านระบบการสร้างเครือข่าย ความร่วมมือ สร้างสุขภาพแบบองค์รวม เกิดขึ้นจริง**
(กลุ่มที่ 1 ผู้จัด ภก.แสวง วัชรชนกิจ)

1. สถาบันการศึกษาและองค์กรระหว่างวิชาชีพ ตลอดจนการลงไปสู่ชุมชน มีการร่วมมือในการจัดวิชาการสัญจร

**ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านระบบการผลิต วิจัยการผลิต กระจายยามีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุมเป็นธรรมชาติ ตรวจสอบได้ เป็นจริง(ทำ
ได้จริง)**

(กลุ่มที่ 1 ผู้จัด ภก.แสวง วัชรชนกิจ)

1. ตั้งและปรับโรงงานผลิตยาให้เป็นโรงงานมหาชน
2. วิจัยและพัฒนาเพื่อลดการนำเข้าวัตถุดิบและเครื่องมือจากต่างประเทศ
3. มีแผนหรือระบบรองรับการผลิตยาในสภาวะคับขัน
4. การผลิตเพื่อการส่งออกแก่ประเทศในภูมิภาค

**ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านระบบ IT ดีเด่น เน้นการเข้าถึง ฟังพอใจในทางเลือก เกิดขึ้นจริง**

(กลุ่มที่ 1 ผู้จัด ภก.แสวง วัชรชนกิจ)

1. สร้างฐานข้อมูลและศูนย์ข้อมูลเกี่ยวกับเภสัชกรรม และเภสัชกรสามารถเข้าถึงได้

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ(ภาระกิจหลัก)

ด้านระบบการผลิตและการกระจายเภสัชกรสอดคล้องกับความจริง, ยุคสมัย เกิดขึ้นจริง

(กลุ่มที่ 2 ผู้จัด ภญ.รักษาร อาษานาม, ภญ.อรัญญา สิงห์พันธุ์)

1. เน้นการปฏิบัติงานจริง เน้นทักษะ และการเรียนรู้ตนเองโดยให้ Concept มากกว่าการท่องจำ และเห็นความเชื่อมโยงแต่ละวิชาสู่วิชาชีพ
2. ให้ นศ. เป็น student center (อ.เป็นเพียงที่ปรึกษา & สันนิษฐาน)
3. ควรจัดการเรียนแบบ small group เพื่อวัดกระบวนการทำงานและส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วม
4. หลักสูตรควรเน้นการคิดเป็น ทำเป็น สร้างสรรค์
5. เสริมบางวิชาที่ต้องใช้ เช่น ระบาดวิทยา การบริหารจัดการ การเข้าชุมชน
6. ควรให้มีการใช้เหตุผลในการตัดสินใจ (decision making)
7. ก่อนเข้าเรียนในหลักสูตรเภสัชฯ ให้มีการสอบสัมภาษณ์ โดยสอดแทรกจรรยาบรรณและประชาชนสามารถตรวจสอบได้ และก่อนจบการศึกษาให้ประชาชนเข้ามามีส่วนตรวจสอบจรรยาบรรณด้วย
8. ปฏิรูปการศึกษาวิชาเภสัชกรรม เมื่อให้เป็นเภสัชกรที่ดี เก่ง และเป็นเภสัชกรแบบตะวันออก
9. พาไปดูการทำงาน (รพ., ชุมชน) ก่อนแยก track (อาจจะเริ่มตั้งแต่การเป็นนักศึกษาปี 2, ปี 3)
10. บางรายวิชามีความซ้ำซ้อน

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านการส่งเสริมและพัฒนาภาพลักษณ์เภสัชกร(มีความรู้ คู่คุณธรรม) เกิดขึ้นจริง
 (กลุ่มที่ 2 ผู้จัด ภาญ.รักษวร อาษานาม, ภาญ.อรัญญา ลิงห์หันท)

ภาพลักษณ์เภสัชกรที่ดี

1. องค์การวิชาชีพกระจายภาพลักษณ์ที่ดี และให้ประชาชนตรวจสอบได้
2. ต่อใบอนุญาต โดยการ update ความรู้ และ take course จรรยาบรรณ
3. อบรม ทำกิจกรรมด้านจรรยาบรรณ ทั้งครอบครัวของนักศึกษา
4. ก่อนจบ ให้นศ. ไปดูการปฏิบัติงานของเภสัชกรร้านยา
5. เป็นผู้คุมครอง เป็นผู้ให้ ปรัชชาด้านอาหาร และยา

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านการสร้างระบบการเมืองโปร่งใส ไม่ครอบงำ เกิดขึ้นจริง
 (กลุ่มที่ 2 ผู้จัด ภาญ.รักษวร อาษานาม, ภาญ.อรัญญา ลิงห์หันท)

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านการสร้างหรือออกกฎหมาย เกื้อกูลหนุนให้ใช้ได้ผล เกิดขึ้นจริง
 (กลุ่มที่ 2 ผู้จัด ภาญ.รักษวร อาษานาม, ภาญ.อรัญญา ลิงห์หันท)

1. ลดความเหลื่อมล้ำ (overlap) ของวิชาชีพ (เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ)
2. การจ่ายยา (จากทั้งเภสัชกร แพทย์ หรือบุคลากรการแพทย์อื่น ๆ) ต้องมีชื่อยาทุกครั้ง ไม่เช่นนั้นผิดกฎหมาย

ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านระบบบริการด้านเภสัชกรรมดี มีคุณภาพ ยึดถือประชาชนเป็นศูนย์กลาง
และประชาชนเข้าถึงได้ เกิดขึ้นจริง

(กลุ่มที่ 2 ผู้จัด ภาญ.รักษวร อาษานาม, ภาญ.อรัญญา ลิงห์หันท)

1. ให้มีมาตรฐานในการให้บริการ
2. เน้นการบริการเชิงรุกบนพื้นฐานของสิทธิผู้ป่วย
3. มีกลุ่มองค์กร เพื่อควบคุม ดูแลการทำงานตามนโยบาย
4. สร้างระบบเครือข่ายการบริการ
5. ร้ายยาเข้าสู่ระบบประกันคุณภาพ
6. ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเภสัชกร (สัมผัสได้, เข้าใจ, รู้สึกดี ๆ ต่อเภสัชกรดี ๆ) ทราบว่าเภสัชกรคือใคร ทำอะไร

**ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านระบบการสร้างเครือข่าย ความร่วมมือ สร้างสุขภาพแบบองค์รวม เกิดขึ้นจริง**

(กลุ่มที่ 2 ผู้จัด ภาญ.รักษวร อาษานาม, ภาญ.อรัญญา สิงห์พันธุ์)

**ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านระบบการผลิต วิจัยการผลิต กระจายยาที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุมเป็นธรรม ตรวจสอบได้ เป็น
จริง(ทำได้จริง)**

(กลุ่มที่ 2 ผู้จัด ภาญ.รักษวร อาษานาม, ภาญ.อรัญญา สิงห์พันธุ์)

1. วิจัย & พัฒนาการผลิตยา และการใช้ยาให้สอดคล้องกับสภาพสังคม, วัฒนธรรม
2. มีองค์กรที่ทำวิจัยด้านการผลิตและพัฒนา
3. ลดการนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศขณะเดียวกัน พัฒนาเทคโนโลยีท้องถิ่นเพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพ
4. ทหารบบการกระจายยาแบบใหม่ (ไม่ขึ้นกับระเบียบราชการ) ที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส

**ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านระบบ IT ดีเด่น เน้นการเข้าถึง ฟังพอใจในทางเลือก เกิดขึ้นจริง**

(กลุ่มที่ 2 ผู้จัด ภาญ.รักษวร อาษานาม, ภาญ.อรัญญา สิงห์พันธุ์)

1. เชื่อมโยงข้อมูลทั้ง 2 ส่วนคือ วิชาชีพและประชาชน
2. เป็นแหล่งข้อมูล (ระบาดวิทยา ฯลฯ) สำหรับประชาชนส่วนใหญ่

**ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ(ภาระกิจหลัก)
ด้านบุคลากร เกิดขึ้นจริง**

(กลุ่มที่ 3 ผู้จัด อ.อุ๋นใจ เครือสฤติย์)

การผลิตบุคลากร และการสร้างภาพลักษณ์

1. ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น
2. มีความคิดอยากพัฒนาตนเอง
3. มีการสร้างจิตสำนึกที่จะเป็นความดีของสังคม
4. มีความยืดหยุ่น ปรับตัว ไม่ fix เกินไปในเรื่องของมุมมอง สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้

5. มีการมองปัญหาแบบองค์รวม
6. มีทักษะในการสื่อสาร ทั้งประชาชน และผู้ร่วมงาน
7. ปรับปรุงหลักสูตรเป็นคุณธรรม จริยธรรม และความเป็นมนุษย์
8. เพิ่มทักษะการปฏิบัติ เรียนรู้จากของจริง เริ่มตั้งแต่เข้าศึกษาและตลอดชั้นปีอย่างต่อเนื่องทั้งด้านประสบการณ์ ความเชื่อมั่นและเรียนรู้ตลอดชีวิต
9. เพิ่มวิชาที่ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ
10. พัฒนาความเข้มแข็งทางวิชาการของคณะเภสัชศาสตร์ให้รู้สึกและรู้จริง และเป็นศูนย์กลางการพัฒนาศักยภาพของเภสัชกร
11. แลกเปลี่ยนความคิดกับบุคลากรสาธารณสุข
12. เปิดรับข้อมูลข่าวสาร
13. มีระบบการผลิต ผู้ช่วยเภสัช เพื่อลดภาระหน้าที่ของเภสัชกรให้สามารถทำงานได้ตามบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร
14. เปิดโอกาสทางการศึกษา ให้ผู้ที่มีความพร้อมมาเพิ่มศักยภาพให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกรได้ (การศึกษาต่อเนื่อง เพิ่มเติมจากสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ)
15. ยกย่อง เชิดชูบุคคลที่กระทำความดีในวิชาชีพ
16. คณาจารย์จะต้องเป็นผู้ปฏิบัติอย่างน้อยร้อยละ 30 ของเวลาทำงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการถ่ายทอดความรู้
17. พัฒนาแหล่งฝึกงานให้มีคุณภาพมาตรฐาน ให้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นทุกปี และกระจายทุกภาค

การกระจายบุคลากร

1. วางแผนร่วมกันอย่างเป็นระบบ ชัดเจน
2. มีการกำหนดมาตรฐานการทำงาน
3. มีการสร้างระบบเครือข่าย ผลักดัน ประสานงาน สนับสนุน นิเทศงาน ตรวจสอบ (องค์กรเอกชน, องค์กรวิชาชีพ)
4. มีนโยบายให้เภสัชเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและเป็นเครือข่ายของทีมสุขภาพในชุมชน
5. สร้าง community clinic กระจายสู่ชุมชน โดยมีเภสัชกรอยู่ทุกแห่ง และทำงานร่วมกับ Health team โดยเน้นการส่งเสริม ป้องกันให้มุ่งไปที่การสร้างสุขภาพ
6. ผลักดันกฎหมายให้เภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและเป็นเครือข่ายของทีมสุขภาพในชุมชน
7. ผลักดันให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อให้ทราบว่าจำนวนสัดส่วนของเภสัชกรต่อประชากรที่เหมาะสม และสามารถผลิตและกระจายได้ตามจำนวนที่เหมาะสม
8. มีหลักประกันรายได้ของผู้ให้บริการในชุมชน และค่าใช้จ่าย / เวชภัณฑ์ที่เพียงพอในการให้บริการ
9. ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการกระจายบุคลากรให้เหมาะสมกับสถานะและวัฒนธรรมของชุมชน
10. วางแผนการกระจายบุคลากรล่วงหน้า , 5 ปี, 10 ปี และกระจายอย่างเหมาะสม

**ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านการผลิตยา/การจัดหายา/การกระจายยาและการส่งต่อยา เกิดขึ้นจริง**

(กลุ่มที่ 3 ผู้จด อ.อุ๋นใจ เครือสฤติย์)

1. สร้างมาตรฐานการส่งต่อยาให้กับผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน (หีบห่อคำแนะนำ ข้อควรระวังการใช้ยา การเก็บรักษา รูปแบบผลิตภัณฑ์ที่สามารถวิเคราะห์ได้)
2. ผลักดันให้มีการวิจัยเพื่อพัฒนาการผลิตผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาพื้นบ้านกับเทคโนโลยีตะวันตก
3. สร้างให้มีคู่มือการปฏิบัติงานและผลักดันให้มีการปฏิบัติตามคู่มือ

**ต้องกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อจะทำให้พันธกิจ หรือภาระกิจหลัก
ด้านระบบ IT ดีเด่น เน้นการเข้าถึง ฟังพอใจในทางเลือก เกิดขึ้นจริง**

(กลุ่มที่ 3 ผู้จด อ.อุ๋นใจ เครือสฤติย์)

1. มีการใช้เครือข่ายของข้อมูลข่าวสารให้ครอบคลุมและกระจายทั่วถึง
2. มีการใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน และเชื่อมต่อกันกับฐานข้อมูลต่าง ๆ
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเภสัชกรรมต้องเป็นเครือข่าย ข้อมูลข่าวสารและให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยาและสุขภาพ
4. ประชาชนเป็นศูนย์กลางข้อมูลและบุคลากรผู้ให้บริการ
5. ประชาสัมพันธ์ บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรให้ชุมชนรับทราบ
6. คณะเภสัชศาสตร์และกระทรวงสาธารณสุขเป็นแม่ข่ายของข้อมูลข่าวสารเพื่อกระจายให้กับเครือข่าย

ภาคผนวก จ

รายงานการประชุม

โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเกษตรกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

ภาคใต้

	หน้า
รายชื่อคณะทำงาน	258
กำหนดการประชุม	259
สรุปความภาคภูมิใจในระบบสุขภาพ	260
สรุปความเสียใจในระบบสุขภาพ	261
สรุป Time line	262
รายละเอียดวิธีคิดในระบบสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหา	284
สรุปวิธีคิดเก่า-ใหม่ ในระบบสุขภาพ	287
สรุปวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ	293
สรุปวิธีคิดเก่า-ใหม่ในระบบเกษตรกรรมและปรากฏการณ์ที่ปรากฏ	296
รายละเอียดวิสัยทัศน์ระบบเกษตรกรรมที่พึงปรารถนาที่จะตอบสนองต่อระบบสุขภาพ.....	301
ข้อเสนอยุทธศาสตร์เพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ	304
สรุปรายละเอียดรูปภาพ	314

รายชื่อคณะกรรมการ

ชื่อ-สกุล	สถานที่ทำงาน	
1. อาจารย์ อรรถพล ศรีเลิศล้ำวาณิช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ประธานคณะกรรมการ
2. อาจารย์ สงวน ลือเกียรติบัณฑิต	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการ
3. เภสัชกร คทา บัณฑิตานุกูล	ร้านเรือนยา กรุงเทพมหานคร	คณะกรรมการ
4. เภสัชกรหญิง พัทธราภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร	55-59 ถ.พระราม 2 กรุงเทพมหานคร 10150	คณะกรรมการ
5. อาจารย์ สุนทรี วัชรดำรงกุล	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะกรรมการ
6. นางอาภา ศรีสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการ
7. นางสาว ศิริพรรณ วุ่นกลิ่นหอม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการ
8. นายชลิตย์ ภามี	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการ
9. นายพนม นิลโกสีย์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการ
10. นางนงเยาว์ หนูช่วย	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการ
11. นางสาวนุสรา สุวรรณมณี	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการ
12. นางสาวนฤมล คุนิอาจ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการ
13. อาจารย์ กรกมล รุกขพันธ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการและเลขานุการ
14. อาจารย์ ศิริพา อุดมอักษร	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการและเลขานุการ

กำหนดการ

“โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ”

ระหว่างวันที่ 2-4 มิถุนายน 2543 ณ โรงแรม บี.พี สมิหลา จังหวัดสงขลา

วันศุกร์ที่ 2 มิถุนายน 2543

- 15.30-16.20 น. รถออกเดินทางจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงโรงแรม บี.พี สมิหลา จังหวัดสงขลา
- 17.00 น. ลงทะเบียนและเข้าพัก
- 18.00-19.00 น. รับประทานอาหารเย็น
- 19.00-20.30 น. สันทนาการกลุ่มในประเด็น “การวิเคราะห์ผลกระทบของยุคโลกาภิวัตน์ การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและวิกฤตเศรษฐกิจต่อสังคมไทยและระบบสุขภาพในระยะยาว” (1)
- 20.30 น. พักผ่อนอ้าวยาคัย

วันเสาร์ที่ 3 มิถุนายน 2543

- 07.00-08.30 น. รับประทานอาหารเช้า
- 08.30-12.00 น. สันทนาการกลุ่มในประเด็น “การวิเคราะห์ผลกระทบของยุคโลกาภิวัตน์ การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและวิกฤตเศรษฐกิจต่อสังคมไทยและระบบสุขภาพในระยะยาว” (2)
- 12.00-13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-18.00 น. สันทนาการกลุ่มในประเด็น “เป้าหมายของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ควรเป็นอย่างไร” และ “นวัตกรรมใหม่เพื่อระบบสุขภาพและหลักประกันทางสุขภาพของคนไทยมีอะไรบ้าง” และ “ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการสร้างและตรวจสอบได้อย่างไร”
- 18.00-19.00 น. รับประทานอาหารเย็น
- 19.00-20.00 น. กิจกรรมกลุ่มย่อย

วันอาทิตย์ที่ 4 มิถุนายน 2543

- 07.00-08.30 น. รับประทานอาหารเช้า
- 08.30-12.00 น. สันทนาการกลุ่มในประเด็น “บทบาทของเภสัชกร การพัฒนาศักยภาพของเภสัชกรและระบบงานที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพและหลักประกันทางสุขภาพที่พึงประสงค์ และจะสร้างความตื่นตัวของเภสัชกรในการมีส่วนร่วมในการปฏิรูปสังคมไทยและระบบสุขภาพได้อย่างไร” และ “ระบบยาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพควรจะปฏิรูปอย่างไรเพื่อให้สังคมไทยสามารถพึ่งตนเองได้และมีการใช้ยาอย่างเหมาะสม”
- 12.00-13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-15.00 น. สันทนาการกลุ่มในประเด็น “เภสัชกรและบุคลากรในระบบสาธารณสุขจะมีส่วนร่วมในการปฏิรูปและสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างไร”
- 15.00-17.00 น. สรุปภาพรวมผลการสันทนาการกลุ่ม และปิดการประชุม
- 17.30 น. รถออกเดินทางจาก โรงแรม บี.พี สมิหลา กลับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หมายเหตุ: อาหารว่างบริการในระหว่างการประชุม

โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเกษตรกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ (ภาคใต้)

สรุปความภาคภูมิใจในสุขภาพ

ด้านบริหาร

- การมีส่วนร่วม โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง
- ความโปร่งใส มีคุณภาพและคุณธรรม
- การป้องกันสุขภาพ เป็นการบริการเชิงรุก

ด้านบริการ

- มีการบริการเบื้องต้น โดยเฉพาะในเรื่องยาและการปรับปรุงคุณภาพชีวิต
- การรักษา
 - ที่ประสบความสำเร็จ
 - ที่มีทางเลือก และมีการบูรณาการแพทย์แผนไทยเข้ากับแพทย์แผนปัจจุบัน
- การใส่ใจ
 - ทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ
 - ที่มีคนเป็นศูนย์กลาง
- การให้การปรึกษา โดยการใช้วิชาชีพสมศักดิ์ศรี
- การให้สวัสดิการ โดยเฉพาะแก่ผู้ด้อยโอกาส

ด้านการพึ่งตนเอง

- การป้องกัน
 - สิ่งแวดล้อม
 - การบริโภค
 - การออกกำลังกาย
 - การดูแลมีสุขภาพดี มีน้ำใจร่วม มีการพัฒนาทางจิต
- ภูมิปัญญาท้องถิ่น/วิถีไทย
- การดูแลรักษาที่เป็นการให้ข้อมูลเพื่อการพึ่งตนเองได้

สรุปความเสียใจในระบบสุขภาพ

ด้านบริหาร

- ขาดประสานงาน
- ละเลยภูมิปัญญาไทย
- ไม่โปร่งใส เกิดกรณีทุจริตยา บุคลากรของรัฐเห็นประโยชน์ส่วนตน
- มีความไม่เสมอภาคของวิชาชีพ และพัฒนาวิชาชีพไม่ต่อเนื่อง

ด้านบริการ

- ขาด Team Spirit บ่อยครั้งไม่สามารถใช้วิชาชีพได้เต็มที่
- ผู้ให้เป็นศูนย์กลาง - ขาดสำนึกในการบริการ เน้นการรักษามากกว่าป้องกัน หย่อนด้านจรรยาบรรณ
- ไม่เสมอภาค ไม่เท่าเทียม
- ขาดการเชื่อมโยงกับการแพทย์แผนไทยที่เป็นระบบ

ข้อมูลข่าวสาร

- สื่อสารทางเดียว
- มีการครอบงำ
- ไม่ให้ข้อมูลที่สมบูรณ์
- หวงวิชาแพทย์แผนไทย

พฤติกรรมสุขภาพ

- วิถีชีวิตเปลี่ยนไป
- ละเลยสุขภาพ ขาดการป้องกันและดูแลสุขภาพ
- มีความเชื่อหลงผิด
- ขาดการเรียนรู้

เศรษฐกิจ

- ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นมาก
- มีการใช้เทคโนโลยีที่ฟุ่มเฟือย
- อิงผลประโยชน์ส่วนตน

- การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค
- พัฒนาสหวิชาชีพ - เน้นการบริการที่ผู้รับเป็นศูนย์กลาง
 - มีระบบประกันคุณภาพ
 - การแพทย์ทางเลือก
 - บทบาทร้านยาในชุมชน
 - การวิจัยต่อยอด - เทคโนโลยีจากภูมิปัญญาท้องถิ่น

ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวมีผลต่อสังคม-เศรษฐกิจในอนาคต และส่งผลต่อระบบสุขภาพในปัจจุบัน ดังนั้น แนวโน้มของระบบสุขภาพในอนาคตจะต้องดูผลจากปัจจัยของระบบสุขภาพในปัจจุบัน และสังคม-เศรษฐกิจที่เป็นไปในช่วงนั้นด้วย

เนื้อหาจาก Time line

1. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองของโลก

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
- การเมืองมีสงครามเย็นระหว่าง 2 ขั้วมากขึ้นระหว่างอเมริกาและรัสเซีย - เศรษฐกิจโลกปรับตัวซบเซาว่างระหว่างคนมีและคนจนมาก - เทคโนโลยีการผลิตคอมพิวเตอร์เพิ่มขึ้น - โลกที่ 3 กลาง ๆ ไม่เข้าข้างใครจริงจัง - มีกลไกโครงสร้างโลก, สหประชาชาติ WB ธนาคารโลก IMF กองทุนการเงิน, ADB ธนาคารพัฒนาเอเชีย	- APOLLO 13 มนุษย์เหยียบดวงจันทร์ สังคมเน้นสังคมชนบทมีความผูกพันในครอบครัวมาก - ระบบเศรษฐกิจแบบพอเพียงแบบแลกเปลี่ยนสิ่งของยังมีอยู่	- มีการเปลี่ยนแปลงระบบการปกครองหรือต่อสู้เพื่อให้มีประชาธิปไตยมากขึ้น	- สังคมชนบทเริ่มมีการเปลี่ยนเป็นสังคมเมือง - เศรษฐกิจมีความรุ่งเรืองขึ้น - มีการแข่งขันทางการค้า - เริ่มยุคข้อมูลข่าวสารทั่วถึง - ยุคผู้บริโภคนิยมรุ่งเรือง - เริ่มการสื่อสารด้วยระบบ I.T.	- วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน - จำนวนเกิดคดีฆาตกรรมมีมากขึ้น - แฟชั่นของสตรีล่อแหลมจนทำให้เกิดปัญหามากขึ้น - สังคมเมือง, ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ความผูกพันเปลี่ยนจากครอบครัวเพื่อน - ประเทศด้อยพัฒนาตกเป็นอาณานิคมทางเศรษฐกิจ - เศรษฐกิจเป็นแบบสังคมนิยมหรือบริโภคนิยม	- โลกติดต่อสื่อสารกันทั่วถึง รวดเร็ว แข่งขันกันก่อนได้ก่อน - การแข่งขันการทำกินจะมาก โรคจิต โรคเครียดจะมากและจะมีโรคใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น - มีการรวมกลุ่มของประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเพื่อแข่งขันกับภูมิภาคอื่น - ทุกประเทศจะถูกกลืนโดยวัฒนธรรมตะวันตก - สิ่งแวดล้อมจะถูกทำลายอย่างหนักเกิดภัยพิบัติมาก

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
- กลุ่มทุนในสหรัฐ สนับสนุนกลไกโครงสร้าง ใหม่ปานระบบการเมือง ในประเทศสู่ระดับโลก - โลกมีระบบทาสชัดเจน ประเทศมหาอำนาจแสวง หาผลประโยชน์ใน ประเทศที่ยึดได้				- โลกไร้พรมแดน เกิดการ เลียนแบบโดยไม่ได้ผ่าน การวิเคราะห์ - โลกเล็กลง และแคบด้วย การสื่อสารด้วย อินเทอร์เน็ตและดาว เทียม - ประเทศที่มีเศรษฐกิจดี กว่ามักครอบงำประเทศมี เศรษฐกิจด้อยกว่าทั้ง ด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม อันนำไปสู่ ปัญหาสงครามและการ ทำลายล้าง - ประเทศมหาอำนาจยึด ประเทศเล็กในอย่างซ่อน เร้นในรูปแบบข้อตกลง ทางการค้า การเมือง ต่าง ๆ	

2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองของไทย

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
- ยุคของเผด็จการจอมพลสฤษดิ์ สังคมและเศรษฐกิจ ขึ้นอยู่ในมือคนกลุ่มน้อยที่มีอำนาจ - เกิดแผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 1 โดยเงินช่วยเหลือ WB ผ่านรัฐบาลเผด็จการ - เป็นช่องไว้รัฐธรรมนูญ - บทบาทก้าวนั้นมีผลต่อการดำรงชีวิต - พระเป็นที่พึ่งเรื่องโรคภัย - นักการเมืองคือนักการเมือง - นักการเมืองคือนักการเมืองบ้าน	- TV. ตู้เย็น จำเป็นต้องใช้ - สังคมที่พึ่งตนเองได้ - ไทยถูกปกครองโดยกลุ่มทหารเผด็จการ 14 ภาค 16 - ขบวนการเผด็จการปราบประชาชน 6 ตค 2519 - ไทยกู้เงิน ADB ครั้งแรก 2511	- หลัง ต.ค. 2516 สังคมชั้นในประเทศไทยถูกทำลายไประดับหนึ่ง - สังคมชนบทเริ่มเปลี่ยนแปลงมีคนทยอยเข้าไปสู่ในเมืองมากขึ้น - เน้นการพึ่งเทคโนโลยีต่างชาติ - นักรบจรยุทธ์ของต่างประเทศห้าพันกับกองกำลังของรัฐบาลเพื่อสร้างประชาธิปไตย - ค่านิยมนักเรียนนักศึกษาต้องสนใจการเมืองต้องอ่านหนังสือการเมือง ขาดความสนใจการเรียน	- ในเขตนอกเมือง(ชนบท) เริ่มเรียกร้องหาความสะดวกสบายมากขึ้น เริ่มมีไฟฟ้าไปถึง มี TV ให้ดู - ฟองสบู่ความเป็นอยู่ฟุ้งเฟ้อ - ค่านิยมวัตถุนิยมรุนแรง - ข้อมูลข่าวสารที่แท้จริงที่ประชาชนควรรับรู้ถูกปิดบัง - Direct Sale เริ่มมีบทบาท - รสช. ยึดอำนาจปี 34 - ประชาชนทวงคืน พค 35	- ประชาชนเพื่อการเมืองมากขึ้น - การอพยพของชาวชนบทไปอยู่ กทม. และเมืองใหญ่มากขึ้น - ปัญหาแรงงานเถื่อนทำให้เกิดปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ - วัยรุ่นติดยา, ยาบ้าระบาด - อุปกรณ์ด้านการแพทย์ในการเปลี่ยนแปลงสังคมและเศรษฐกิจ - เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ - การเมืองเป็นเรื่องของผลประโยชน์ทำให้ประชาชนขาดความ - วิกฤตในการเมืองทั้งท้องถิ่นและระดับประเทศ	- ยาเสพติดระบาด - ละเลยวัฒนธรรมของไทย - แข่งขัน แก่งแย่ง เอาเปรียบและวัตถุนิยม - อีคอมเมิร์ซจะมีบทบาทมากขึ้น - กลุ่มผู้ด้อยโอกาสจะออกมาเรียกร้องสิทธิมากขึ้น - ประชาชนต้องมีหน้าที่ตรวจสอบนักการเมืองทุกระดับ - วัตถุนิยม - น่าจะถึงเวลาแล้วที่จะหันกลับมามองตัวเองและพัฒนากระบวนการเศรษฐกิจพอเพียงแบบพออยู่พอกินหรือระบบพึ่งตนเองเสียบ้าง

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
				- คอรัปชั่นถูกเปิดโปงในทุกสาขาอาชีพ - สังคมเศรษฐกิจที่ต้องพึ่งพาต่างชาติมากขึ้น - เข้าสู่ในระบบการค้าเสรีมีความสามารถแข่งขันในเวทีโลกมากขึ้น - ลักษณะคนไทยชอบเองอย่างชอบสนุกสนานไม่ชอบคิด - ไม่ถูกฝึกให้คิดจึงเปลี่ยนแปลงไปตามโลกได้อย่างรวดเร็วคือเป็นแบบบริโภคนิยม - คนไทยเริ่มเรียนรู้ความจริง จากบทเรียนปัญหาเศรษฐกิจที่ตกต่ำ - ข้อมูลข่าวสารสื่อถึงกันได้มากขึ้นแต่ก็มีข้อมูลที่ถูก	- สังคมไทยถูกสังคมตะวันตกเข้ากลางหัวใจ - มีการปฏิรูปในระบบต่างๆ ถึงแม้จะมีปัญหาบ้างแต่ก็เป็นแนวโน้มที่ดี - ผู้มีอำนาจทางเศรษฐกิจการเมืองจะเป็นผู้กำหนดชะตาชีวิตคน

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
				และโกหก ดี/ไม่ดี การ แสวงหาผลประโยชน์ที่ได้ มากขึ้น - ได้รัฐธรรมนูญใหม่ปี 40	

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของคนไทยและระบบสุขภาพ

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
- การแพทย์สมัยใหม่เริ่มมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและเจริญก้าวหน้ามากขึ้น - โรคที่พบมักเป็นโรคที่ติดต่ออันตรายของประชากรจากโรคติดเชื้อมาก - อัตราเกิดของประชากรสูง 3-4 % - พึ่งวิทยาการและอุปกรณ์ทางตะวันตกมากซึ่งต้องซื้อหาค่าแพง แต่นำมาใช้ไม่ได้ประโยชน์สูงสุด มีอยู่แต่ในกทม. ไม่กระจายสู่ภาคต่าง ๆ - เชื่อผู้นำชาติพันธุ์ - คนไทยเลี้ยงลูกใกล้ชิดแม่ทำงานในบ้านทั้งวัน - ดูแลตัวเองตามธรรมชาติ	- ถูกครอบงำความคิดเรื่องสุขภาพ - โครงการพอแรกเริ่มเข้าหาประชาชนโครงการรพช. ยื่นเรื่องเข้าชนบทเพื่อช่วยด้านแบ่งแยกคนทางการเมือง	- เริ่มมีการวางแผนครอบครัวอย่างจริงจัง - โครงการอนามัยแม่และเด็ก - ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของคนไทยได้รับการเผยแพร่สู่ประชาชนมากขึ้น (เดิมมีการปิดกั้นนามผู้ประกอบการวิชาชีพ) - งานสาธารณสุขเริ่มขยายสู่ชนบทมี รพช., สอ - เริ่มใช้งานสะสม อสม, ผสส. - ขยายการให้วัคซีนให้ครอบคลุม - ดูแลตัวเองอย่างมีแผน vaccine เข้ามามีบทบาทในระบบสุขภาพ	- โรคไม่ติดต่อมากขึ้น เช่น หัวใจ - โรคติดเชื้อโดยรวมลดลง - เกิดโรคระบาดใหม่ (AIDS) - ห่วงพึ่งบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น - กลุ่มนักวิชาการและวิชาชีพมีส่วนในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชาติที่มีประโยชน์ได้อย่างเสรีและมากขึ้น - เสียชีวิตจากอุบัติเหตุและมะเร็งมากขึ้น, เอ็ดส์ - สังคมไทยเป็นแบบบริโภคนิยม พฤติกรรมการกินก็เปลี่ยนเป็นแบบทุนนิยมกินอาหาร	- ระบบประกันคุณภาพมีความสำคัญเพิ่มขึ้น มีความเป็นระบบมากขึ้น - คนไทยตื่นตัวเรื่องสุขภาพมากขึ้น - มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, ป้องกันตัวเอง - เน้นสิทธิผู้บริโภค/ผู้ป่วย	- แนวโน้มของสุขภาพของคนไทยเริ่มเป็นโรคที่ทางตะวันตกเป็นมากขึ้น เช่น มะเร็งลำไส้จากอาหาร - เริ่มเห็นความสำคัญด้านการป้องกัน - คนไทยตื่นตัวเรื่องภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทยมากขึ้น - สิ่งแวดล้อมเสื่อมทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพและคาดว่าจะยังคงเป็นปัญหาที่ต้องแก้หลายปี - มีความสนใจกลุ่มผู้ป่วยพิการมากขึ้น (จากบุคลากรแพทย์) - มีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากขึ้น

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
- ระบบสุขภาพไทยโดนชี้ นำจากต่างชาติผ่านเงื่อนไขเงินกู้และเงินช่วยเหลือตามยถากรรม		- สิ่งแวดล้อมเสื่อมทำให้ เกิดปัญหาต่อสุขภาพและ คาดว่าจะยังคงเป็นปัญหา ที่ต้องแก้ไปอีกหลายปี	- เนื้อมากอาหารเป็นพิษ มากจึงมีผลต่อสุขภาพ โดยตรง - สังคมและเศรษฐกิจของ คนดีขึ้นแต่สุขภาพของ คนกับถดถอยลง		- สภาพแวดล้อมเลวร้ายลง ไปเรื่อย ๆ จนยากแก่การ แก้ไข - มีช่องว่างระหว่างการให้ บริการมากขึ้น เช่น คน รวยจะใช้บริการในระบบ สาธารณสุขมูลค่าสูงขึ้น เรื่อย ๆ - มีการใช้การรักษาเกินจำเป็น มากขึ้น เช่น การ วินิจฉัยด้วยเครื่องมือ แพง ๆ - ทำให้เกิดโรคที่เกิดจาก ความสบายและบริโภค มาก เช่น เบาหวาน, ความ ดัน, หัวใจ ฯลฯ - ไม่มีความมั่นใจในการ ปฏิบัติของผู้ดูแลเกี่ยว ข้องด้านสุขภาพ

2500	2510	2520	2530	2540	แนวน้
					- เกิดการระบาดของโรคที่ เคยหมดไปแล้วเนื่องจาก การนำเข้าแรงงานเถื่อน

4. วิถีชีวิต วิธีคิดของคนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

วิถีชีวิต วิธีคิดของคนไทยในระบบเภสัชกรรม เช่น เจ้าของร้านยา เภสัชกร ผู้แทนยาสูบไพร แพทย์แผนไทย ผู้ผลิตยาสูบไพร

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
- เลือกใช้บริการตามโฆษณา - ประชาชนหาหมอบ้าน - ไม่มีความตื่นตัวเรื่องสุขภาพ - มีความเชื่อทางสุขภาพที่ตกทอดกันมา - คนยังมีความเชื่อในสมุนไพร แพทย์แผนไทย - ชาวบ้านพึ่งร้านขายยา - ร้านขายยาคำไร มีแต่ยาทันใจ สู้ชนบท - พุดบ่อย ๆ เป็นอะไรต้องไปหาหมอ	- ความเชื่อในตัวบุคคล - ไม่ตระหนักและไม่เรียกเรื่องสิทธิพื้นฐานของความเป็นคนในสังคม - ไม่ตื่นตัวเรื่องสุขภาพ - ร้านยาคำไร - คนเริ่มติดยาทันใจ - รัฐมองข้ามร้านขายยา - มีการแก้ไข พรบ.ยา	- ร้านยาคำไร - วิถีชีวิตและวิธีคิดยังคงดำเนินรอยตามบรรพบุรุษ - ยาชุดเริ่มใช้ในชนบท - ได้ดูหนังขายยา (หนังกลางแปลง)	- เป็นระบบการค้าประเภทหนึ่ง - คนเชื่อถือวิธีการรักษาแผนปัจจุบันมากขึ้น - เภสัชกรมีบทบาทในร้านขายยาน้อยมาก - ร้านขายยาคำไร - ซื้อตามโฆษณา - คนเริ่มมีความสุขหากหมอฉีดยาให้	- เน้นภูมิปัญญาท้องถิ่นมากขึ้น - พึ่งตนเองมากขึ้น - ประสบประสานระหว่างการแพทย์ตะวันตกกับการแพทย์พื้นบ้านมากขึ้น - แนวโน้มหันมาพึ่งธรรมชาติมากขึ้น - ประชาสัมพันธ์มีผลกระตุ้นและการใช้ยา - เภสัชกรมีบทบาทในร้านขายยามากขึ้น - ประชาชนเริ่มหันมาพึ่งร้านขายยามากขึ้นและเริ่มรู้จักหาข้อมูล	

2500	2510	2520	2530	2540	แนวน้อม
				เพิ่มเติมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ - ร้านยาค้ากำไร - ประชาชนเรียกร้องข้อมูลข่าวสารมากขึ้น - ละเลยจริยธรรมมากขึ้น - ชาวบ้านพึ่งร้านขายยามาก - พึ่งคนอื่นมากขึ้นทำให้ผู้ให้บริการได้เปลี่ยนถือโอกาสเอาเปรียบได้มากขึ้น - ร้านขายยามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น - นักวิชาการขายวิญญานด้วยการโฆษณาผลิตภัณฑ์ฯ	

2500	2510	2520	2530	2540	แนวน้ยม
				- รัฐ มีการควบคุมให้ ร้านขายยา มีเภสัชกร ประจำร้านมากขึ้น	

5. การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิตของท่าน

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
- ตกน้ำเนื่องจากไม่ใช่ลั้วมนั่งถ่ายที่สะพานทำน้ำ - เกิดไม่ทันสังคมการเมืองแบ่งแยกคนดินแดนสู่ระบบคอมพิวเตอร์ - ต้องทำงานนอก รพช.	- จากชนบทเข้าอยู่ในเมืองชีวิตเข้าไปอยู่ใน กทม.อยู่ในสังคมบ้านเช่า สิ่งแวดล้อมสะสม ตบตี คำกัณฑ์เข้าเย็น - เคยตกธรมณ์ 1 ครั้งรอดมาได้ - โดนงูกะปะกัด ไม่มี Vaccine	- เข้าศึกษาคณะเภสัชฯ 2517 ต้องกู้เงิน Bank พาณิชย์เพื่อเรียนหนังสือ - บาดเจ็บรุนแรง 6 ตุลาคม 2519 คนดีถูกล่ากลางถนน - ย้ายที่ทำงาน, เปลี่ยนงาน - เรียนวิทย์แล้วต้องมาเรียนเภสัชฯ	- ศึกษาต่อระดับป.โทและเอก - ทำงานต่างจังหวัด - มีปัญหาในชุมชน - ทำงานชุมชน - มีครอบครัว - เริ่มเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล - เปลี่ยนที่อยู่จากภาคกลางไปอยู่ภาคใต้	- เข้าศึกษาในคณะเภสัชฯและจนเป็นเภสัชกร - ชีวิตสมรส - ปวดกระเพาะต้องทานยาลดกรด - คุณพ่อเสีย - มีความสุขเมื่อทำงานเหนื่อยแต่คิดอีกแง่อีกหลายคนที่เหนื่อยกว่านี้แต่ชีวิตยังแย่ - ทำงานโดยพิจารณาถึงครอบครัวชุมชนมากขึ้น - เปลี่ยนแปลงที่อยู่จากเหนือลงใต้ - ตกงานและครอบครัวมีหนี้สินจากเศรษฐกิจฟองสบู่ - มีธุรกิจเป็นของตัวเอง	- เรียนต่อ ป.เอก - เรียนต่อ ป.โท - อยู่ทำงานและมีชีวิตในชุมชนที่เกิด - แต่งงาน - ต้องการความสงบมีชีวิตที่เรียบง่ายให้ความรักแก่ลูก ๆ และครอบครัว - แก่ลง ถ้าแก่ทั้งอายุและสุขภาพจะแย่มาก - พึ่งตนเองมากขึ้น - ร่ารวย (จิตใจ) - ได้เวลาทำงานในบ้านเกิดตัวเองแล้ว - จะพบประกันสุขภาพที่ดีขึ้น

2500	2510	2520	2530	2540	แนวน้อม
				- เรียนแพทย์แผนไทย - รณรงค์ร่างรัฐธรรมนูญ - เริ่มทำงานการพึ่งตนเอง - การปรับตัวกับการทำงาน - ทำงานหนักขึ้นมีปัญหาค่ เกิดกับผู้ป่วยมากขึ้น ไข้ ข้อขึ้น	

รายละเอียดการวิเคราะห์สถานการณ์ตาม Time line

1. การเปลี่ยนแปลงของโลกและของไทยมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพอย่างไรและมีแนวโน้มอย่างไร (กลุ่มสี่เหลี่ยม)

การเปลี่ยนแปลงของไทยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลก ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ดังนี้

	การเปลี่ยนแปลง	ผลกระทบ	แนวโน้ม
ด้านสังคม	ชนบท - เมือง	กินอยู่ธรรมชาติ - บริโภคนิยม พึ่งตนเอง - ระบบป้องกันสุขภาพ โรคพื้นฐาน - โรคทำเอง - โรคจากพฤติกรรม - โรคจิตวิญญาณ	กลับสู่ธรรมชาติ - การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค
ด้านเศรษฐกิจ	- แลกเปลี่ยนของ-ใช้เงินตรา - เศรษฐกิจในครอบครัว - เศรษฐกิจเฟื่องฟู - การค้าเสรี-สิทธิบัตร	IMF, ฟองสบู่แตก - ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแพงขึ้น ใช้เกินจำเป็น-ถูกจำกัดด้านการพัฒนาภูมิปัญญาไทย/สมุนไพร	เศรษฐกิจพอเพียง ภูมิปัญญาพื้นบ้าน
ด้านการเมือง	- โลก 2 ขั้ว-โลกขั้วเดียว แยกฝ่าย มีเผด็จการ - ทุนิยม-สังคมนิยม	ประชาธิปไตย	
ด้านข้อมูลข่าวสาร	ข้อมูลเฉพาะ-ข่าวสารไหล ทั่วต่างคนต่างเก็บ	ใช้เทคโนโลยี, IT	เครือข่ายเรียนรู้
ด้านคุณธรรม, จริยธรรม, ศาสนา	มีคุณธรรม-เสื่อมคุณธรรม	เห็นประโยชน์ส่วนตน	พึ่งพิงช่วยเหลือประชาคม

2. การเปลี่ยนแปลงของโลกและของไทยมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพอย่างไรและมีแนวโน้มอย่างไร (กลุ่มสี่ชมพู)

การเปลี่ยนแปลงโลก	การเปลี่ยนแปลงไทย	ระบบเภสัชกรรม
1. สงครามเย็น	1. การเมืองการปกครองอยู่ภายใต้	2500 ยังมีการใช้ยาสมุนไพรกันมาก
2. องค์การระดับโลก เช่น สหประชาชาติ DIF	อำนาจของระบบเผด็จการ	เนื่องจากร้านยาน้อย
3. มหาอำนาจแสวงหาผลประโยชน์จากรัฐในอาณานิคม/ประเทศที่ด้อยกว่าตกเป็นอาณานิคมทางเศรษฐกิจ	2. กลุ่มผู้ปกครองมีอำนาจครอบงำเศรษฐกิจและวิถีชีวิตของคน ทำให้ประชาชนต่อต้านและรวมตัวกันขับไล่ กลุ่มอำนาจสำเร็จ เกิดประชาธิปไตย รัฐธรรมนูญใหม่ เศรษฐกิจ ประชาชนต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน/ต้องการในวัตถุนิยมมากขึ้น/การคอร์รัปชันยังคงมี	2510 ปัจจุบันยังขาดจริยธรรมมาโดยตลอด
4. เกิดยุคผู้บริโภคเรื่อง ทุนนิยม การเลือกใช้/มีความต้องการเกินความจำเป็น		2520 เริ่มมีเภสัชกรไปทำหน้าที่เป็น Detail มากขึ้น มีการแขวนป้ายเภสัชกรประจำร้านขายยามีมากขึ้น
5. การถูกกลืนโดยวัฒนธรรมตะวันตกเรียกร้องหาความสะดวกสบายมากเกินไป	3. เกิดปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ	2530 มีการผลิตเภสัชกรเพิ่มมากขึ้น ร้านขายยามีมากขึ้น เภสัชกรประจำร้านเริ่มมากขึ้น แต่ก็ยังไม่ได้ทำบทบาทของเภสัชกรอย่างเต็มที่ การกระจายเภสัชยังไม่ทั่วถึง ความสัมพันธ์กับวิชาชีพอื่นยังมีอยู่ เป็นทางด้านการผลิต การจ่ายยา แต่ยังไม่ได้ดูถึงผลของยาที่มีต่อผู้ป่วย
6. เกิดโรคเครียด/โรคจิต สิ่งแวดล้อมถูกทำลายอย่างหนัก		2540 เป็นทางด้านการพัฒนาในสายงาน เริ่มมีโครงการพัฒนาทางด้านเภสัชมากขึ้น เภสัชกรเป็นเจ้าของร้านขายยามากขึ้น ทำให้มีบทบาทในด้านการดูแลและการพัฒนามากขึ้น เริ่มมีการแข่งขันทางการค้ามากขึ้น
7. การเห็นแก่ตัวและประโยชน์ของตน/ส่วนรวม		แนวโน้ม ไทยเทค (เช่น คอมพิวเตอร์, หุ่นยนต์) จะเข้ามามีบทบาทมากขึ้น และอาจจะเกิดการผูกขาดทางการค้า
8. เกิดโรคไร้พรมแดน		

การเปลี่ยนแปลงโลก	การเปลี่ยนแปลงไทย	ระบบเกื้อหนุน
สรุป การแข่งขัน (อำนาจ, Econ) ปลาใหญ่กินปลาเล็ก	สรุป - เลียนแบบโดยไม่ดูตัวเอง - ยุคไร้พรมแดน มีความรู้มากขึ้น - จุดวิกฤติ-พิจารณาตัวเอง - ฟังตนเอง	สรุป เกื้อหนุนเองวัตถุนิยม ขาดจริยธรรม พัฒนาทำให้คุณภาพชีวิตมากขึ้น

3. การเปลี่ยนแปลงของโลกและของไทยมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพอย่างไรและมีแนวโน้มอย่างไร (กลุ่มสีขาว)

1. ทางโลก (การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจการเมืองของโลก)
 - 1) เทคโนโลยี-IT-คอมพิวเตอร์
 - 2) ช่องว่าง vs จน+รวยมีมากขึ้น และมีการแข่งขันมากขึ้น
 - 3) การแสวงหาอำนาจ
 - 4) ครอบครัวยุคเดียวมีแนวโน้ม
 - 5) สิ่งแวดล้อมถูกทำลายมากขึ้น
 - 6) โรคเครียด จิต ประสาท ของโลกมากขึ้น
 - 7) มีการรวมกลุ่มระหว่างประเทศมากขึ้น
2. โดย (การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจการเมืองของไทย)
 - 1) บริโภคนิยม
 - 2) Computer มีบทบาทต่อประเทศไทย
 - 3) Computation vs การเมือง ผลประโยชน์ทางการเมืองพึ่งพาต่างชาติ ผู้มีอำนาจมักมีกำลัง
 - 4) ประชาชนเน้นสัจธรรมในชีวิตจากวิกฤตเศรษฐกิจ
 - 5) ผู้ด้อยโอกาสเรียกร้องสิทธิมากขึ้น
 - 6) มีปัญหาแรงงาน, ยาเสพติด
 - 7) Direct Sale ในร้านยา
3. ระบบและระบบสวัสดิการ
 - 1) ดูแลตามธรรมชาติ และพึ่งยาแผนโบราณ (แพทย์ทางเลือก)
 - 2) สาธารณชนชั้นพื้นฐานเข้ามามีบทบาท
 - 3) เน้นการวางแผนครอบครัวอนามัยแม่และเด็ก
 - 4) สิ่งแวดล้อมและมลภาวะมีปัญหต่อสุขภาพ
 - 5) พฤติกรรมการบริโภค
 - 6) กระบวนการแพทย์การพัฒนา
 - 7) ไทยตื่นตัวด้านสุขภาพ
4. ระบบเภสัชกร
 - 1) ร้านขายยาขาดเภสัชกร
 - 2) สมุนไพร
 - 3) ประชาชนพึ่งตนเอง
 - 4) การจัดระบบเภสัช
 - 5) มีการแข่งขันธุรกิจยา

5. วิถีชีวิต

- 1) การแพทย์แผนไทยเป็นการหายาหลักค่าเดิม ได้รับการดูแลใหม่ ภายใน 100 ปี
- 2) ยาชุดและยาทันใจ เป็นยาหลัก
- 3) การพัฒนามีอิทธิพลต่อวิถีชีวิต
- 4) ร้านยากำไร-ไม่มีเภสัชกร (ขาดแคลนเภสัชกร)
- 5) ประชาชนพึ่งตนเองมากขึ้น

6. การเปลี่ยนแปลงในชีวิต

- | | | | | | |
|----------------|---|-----------------------|---|-------|----------------------------------|
| 1) ขาดการพัฒนา | → | เศรษฐกิจเงินกู้ | → | พัฒนา | - เร็วกงาน |
| 2) | → | สาธารณสุขเข้าสู่ชุมชน | | | - คิดถึงครอบครัวมากขึ้น |
| | | | | | - เภสัชกร |
| | | | | | - แนวโน้มมีระบบประกันสุขภาพ |
| | | | | | - ผู้สูงอายุได้รับการดูแลมากขึ้น |

การ Presentation

- โรคพ่อแม่ทำให้ลูก
- โรคติดต่อ-โรคไม่ติดต่อ (ทำขึ้นเอง)
- พึ่งพาวิทยาการมากขึ้น

เศรษฐกิจและการเมือง

- | | |
|-----------------------|--|
| - ทุนนิยมและสังคมนิยม | - เป็นขั้วเดียว, รวมกัน |
| - สิ่งของ | - เงินออก |
| - ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย | - บริโภคนิยมเกิดปัญหาสุขภาพค่าใช้จ่ายสูง |
| | - แนวโน้มกับภูมิปัญญาชาวบ้านเป็นป้องกัน |

ข้อมูลข่าวสาร

- กระจายข้อมูล และถ่ายทอด เกิดการพัฒนาด้านสุขภาพ

4. การเปลี่ยนแปลงของโลกและไทยในระบบเกษตรกรรมและวิถีชีวิตผลกระทบต่อชีวิตของท่าน, ครอบครัว, ชุมชน อย่างไร

- เทคโนโลยีสูงขึ้น
- ช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวย
- ผลประโยชน์ทางการเมือง
- พึ่งพาต่างชาติมากขึ้น
- Direct Sale เพิ่มขึ้น, สิทธิการเรียกร้องมากขึ้น
- การดูแลตามธรรมชาติแพทย์ทางเลือก, สาธารณสุขมากขึ้น การวางแผนครอบครัว
- อนามัยแม่และเด็ก
- การพัฒนาภาพแพทย์, สมุนไพร
- ไม่มีเกษตรกรรมประจำบ้าน
- ภูเงิน, หนี้สิน, การดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

เชิงบวก

- สื่อสารสะดวกรวดเร็ว
- ติดตัวเรียนรู้
- ดูแลตัวเอง

เชิงลบ

- เสียดุลการค้า
- มีการไหลของวัฒนธรรมตะวันตก
- วัตถุนิยม

5. การเปลี่ยนแปลงของโลกและของไทยมีผลกระทบต่อระบบเกษตรกรรมอย่างไรและมีแนวโน้มอย่างไร (กลุ่มสี่ฟ้า)

การปรับปรุงโลก	การปรับปรุงไทย	แนวโน้มของไทย
1960 1. การปฏิวัติอุตสาหกรรม (เทคโนโลยีการผลิต) 2. การแบ่งค่าย (สงครามเย็น) 3. การไม่แบ่งค่าย 2530 4. ยุคข่าวสารเทคโนโลยี 5. ความเท่าเทียมกันทางสังคม	มุ่งพัฒนาภาคอุตสาหกรรม, ละ เลยการเกษตรเลือกผู้ค้า (ค้าเสรี) ใช้เทคโนโลยีจากผู้ค้า (ค้าเสรี) วัฒนธรรมต่างชาติเข้ามามาก รวด เร็ว การค้าสะดวกขึ้น (ตลาดหุ้น การเงิน) (ผลกระทบต่อรุนแรง) เกิดความคิดที่หลากหลายใช้ เครื่องจักรแทนคน แรงงานว่าง งานโดยเฉพาะแรงงานที่ขาดฝีมือ สื่อมวลชนมีบทบาทมาก	คนไทยปรับตัวไม่ทันในเรื่อง เทคโนโลยีบริโภค เทคโนโลยี ไม่ ผลิต รับวัฒนธรรมต่างชาติมาก ต่างชาติมีอิทธิพลมากขึ้น

รายละเอียดวิธีคิดในระบบสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหา

กรอบความคิด Paradigm

- ผู้รับบริการ หรือเกิดผลทางด้าน
- ผู้ให้บริการ พฤติกรรม ปรัชญาการณ

กลุ่มที่ 1 กลุ่ม Non Pharmacist ที่ใช้ Health care team (1)

ผู้รับบริการ	ผู้ให้บริการ	ผลและพฤติกรรมเกิดผลอย่างไร
1. การสื่อสารไม่ชัดเจน หมอ บุคลากร ทางการแพทย์สื่อสารกับหมอบ้าน 2. การปฐมพยาบาลบกพร่อง (ครั้งแรก) เช่น หมอไม่อยู่ 3. หมอไม่ค่อยมีเวลามาดูแลและให้คำแนะนำ 4. ผู้ป่วยมอบความหวังให้หมอ 5. นอกจากการรักษา ผู้รับบริการต้องการความเห็นอกเห็นใจจากผู้ให้บริการ	1. ระบบบริหารจัดการไม่รวดเร็วไม่ทันต่อเหตุการณ์ 2. บุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการ 3. จำนวนผู้รับบริการมากเกินไปจนทำให้กำลังที่จะให้บริการ 4. รักษาในเชิงพาณิชย์ไม่มีจริยธรรม (คิดค่ารักษาแพง, เลี่ยงใช้) 5. ผู้ให้บริการสำคัญตัวเองคิดว่าตัวเองสำคัญ แน่ ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเห็นผู้รับบริการการศึกษาต่ำ, ต้อยต่ำ) 6. หมอเน้นรักษาโรคไม่ได้เน้นรักษาคนควรเน้นด้านจิตใจด้วย	1. เกิดความเข้าใจผิด 2. ลำช้า, เบื่อหน่าย ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 3. คนที่มีเงินก็ได้รับการก่อนเกิดความไม่เป็นธรรมรวมทั้งการพูดจาที่ต่างกันที่คลินิกส่วนตัวให้บริการและพูดจาดีกว่าที่โรงพยาบาล

กลุ่มที่ 2 กลุ่ม Non-pharmacist ที่เป็น Health Care Team

1. มาตรฐานวิชาชีพ สิทธิ ทางเลือก
2. ระบบบริการสุขภาพในชุมชน เช่น สถานบริการ, บุคลากร (ขาดความรู้ ประสบการณ์ โอกาส), เครื่องมือ
3. มีระบบพัฒนาศักยภาพของบุคลากรได้มาตรฐาน
4. บุคลากรแพทย์แผนไทย
5. สิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ
6. คนมีองค์ความรู้สามารถจัดการระบบสุขภาพได้เอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
7. ระบบสุขภาพบนพื้นฐานความเป็นมนุษย์
8. การจัดการแบบมีส่วนร่วม
9. มีน้ำใจเข้าใจบทบาทตัวเอง

10. ระบบงานไม่ซับซ้อนเข้าใจปฏิบัติได้ง่าย (โปร่งใส, ตรวจสอบได้, ประเมินง่าย)
11. ทัวถึงทันสถานการณ์ ประหยัด มาตรฐานเดียวกัน
12. ฟังตนเองโดยทุนในสังคม
13. ใช้จรรยาบรรณเป็นเครื่องชี้นำการปฏิบัติหน้าที่
14. เป็นสวัสดิการ (ฟรี) ของพลเมืองทุกคน
15. ประกันสุขภาพ
16. ให้โอกาสในการเลือกการบริการ
17. โปร่งใสทุกเรื่องทุกขั้นตอน
18. กระจายบุคลากร ทรัพยากรทั่วถึงเท่าเทียม
19. มีองค์กรอิสระในการตรวจสอบระบบบริการสุขภาพ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มเกษตรกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ผู้รับบริการ	ผู้ให้บริการ	ผลและพฤติกรรมเกิดผลอย่างไร
1. คิดว่าผู้ให้บริการสามารถช่วยได้ - เชื่อมั่น เช่น เรื่องของเงินสำคัญกว่าคนอื่น ๆ 2. ไม่คิดว่าเงินจะสำคัญกว่าชีวิตคน	1. มีเรื่องของฉันที่สำคัญอยู่ 2. ค่าใช้จ่ายมีส่วนสำคัญในการให้บริการ 3. ยึดระเบียบระบบ 4. คิดว่าได้ทำดีที่สุดแล้ว 5. ผู้มีค่าใช้จ่ายเท่านั้นถึงจะได้รับการบริการ	1. การสนองตอบไม่สอดคล้องกับความต้องการ 2. ความไม่พึงพอใจ/ความขัดแย้ง 3. การให้บริการที่ไม่เสมอภาค/ไม่เท่าเทียม

กลุ่มที่ 4 กลุ่มร้านยา

ผู้รับบริการ	ผู้ให้บริการ	ผลพฤติกรรม
1. โรงพยาบาลเป็นที่หนึ่ง อันดับแรก 2. ไว้ใจ , เชื่อถือแพทย์	ผู้ช่วยมากเกินความต้องการ - ยึดวิชาการ ยึดตำราเป็นหลักมากกว่าคุณภาพ - เห็นประโยชน์ส่วนตัว - ไม่เห็นคุณค่าของชีวิต, สุขภาพ	มีการรักษาผิดพลาดได้ง่าย เพราะคนไข้มาก ทำไม่ทัน ทำด้วยความเร่งรีบ - การรักษาไม่ทันการณ์ - ค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น - ทำงานแบบ Ruteen
3. ร้านยาเป็นที่หนึ่ง อันดับแรก 4. ซื้อยาใช้เองจากร้านยา	ร้านยาเอาใจใส่ในการบริการ ร้านยาเอาใจใส่ในการบริการ	ร้านยาให้คำแนะนำที่ดี เกิดการเฝ้าระวัง, ปรึกษาแพทย์

กลุ่มที่ 5 กลุ่ม Non-pharmacist ที่เป็น Health Care Team (2)

ผู้รับบริการ	ผู้ให้บริการ	ผลพทุติกรรม
- ต้องไปพึ่งพาเขาเพราะเราไม่มีความรู้ เรื่องรักษาพยาบาลเป็นเรื่องยากต้องเรียนมาจึงจะรู้ - แบบการซื้อขายบริการ	- เราเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ เรามีความรู้มากกว่าเขาไม่จำเป็นต้องให้เขาเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ไม่จำเป็นต้องอธิบาย - เรื่องนี้เป็นเรื่องของความชำนาญเฉพาะทาง - ทำงานของตัวเองให้เสร็จก็ดีแล้ว - เวลาเป็นตัวกำหนดการทำงาน - แบบการค้ำกำไร	- การให้บริการเป็นแบบบุญคุณเป็นแบบเจ้านาย - ยึดผู้ให้บริการเป็น center - ทำงานขาดการประสานขาดการเชื่อมโยง - ออกมาตามราคาที่ย่ำไป

กลุ่มที่ 6 กลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาล

ผู้รับบริการ	ผู้ให้บริการ	ผลพทุติกรรม
- คาดหวังในผู้ให้บริการสูง - ต้องการบริการที่รวดเร็ว มีคุณภาพ - ขาดความรู้ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย - มีระบบประกันสุขภาพ - หมอดี ยาดี ต้องหายาเร็ว	- ทำตามหน้าที่ (จิตสำนึกสูงขึ้น) - ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ - ไม่มีความยืดหยุ่นเสียสละ - บานมาก - ความรู้ความชำนาญ รอบคอบ	- คนไข้มีความทุกข์มากขึ้น - เป็นปฏิปักษ์ต่อกัน

สรุปวิธีคิดเก่า-ใหม่ในระบบสุขภาพ

1. วิธีคิดในระบบสุขภาพปัจจุบัน

เน้นในเรื่องอำนาจนิยม

- ผู้รับบริการมุ่งคิดพึ่งพาผู้ให้บริการ
- ผู้รับบริการไม่มีศักยภาพและอำนาจ
- ผู้ให้บริการมีอำนาจ
- ผู้ให้บริการไม่ให้โอกาสการมีส่วนร่วมแก่ผู้รับบริการ

2. วิธีคิดใหม่

มุ่งเน้นมนุษยนิยมและพหุนิยม

- | | |
|------------------|--|
| 2.1 ผู้ให้บริการ | <ul style="list-style-type: none"> - ควรสำนึกในการให้บริการ - เน้นคนเป็นศูนย์กลาง - ให้โอกาสผู้รับบริการในการร่วมเรียนรู้ |
| 2.2 ผู้รับบริการ | <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีสำนึกในการพึ่งตนเอง - เน้นการป้องกันมากกว่ารักษา - มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ - มีส่วนร่วมในการรักษาสิทธิ - รู้จักใช้อาหารเป็นยา |

3. ปรากฏการณ์ปัจจุบัน แบ่งเป็น

3.1 ผู้ซื้อและผู้ขายหรือผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มุ่งเน้นการค้าเชิงพาณิชย์

3.2 ระบบสุขภาพเป็นเรื่องของบุญคุณ

- ผู้รับบริการไม่รักษาสิทธิของตน
- ผู้ให้บริการละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ

3.3 การให้บริการระบบสุขภาพจะมีเงื่อนไข

3.3.1 ผู้ให้บริการ

- ผู้ให้บริการขาดการประสานงาน
- ผู้ให้บริการให้บริการแบบแยกส่วน
- ผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง
- ผู้ให้บริการขาดสำนึกในการให้บริการ
- ผู้ให้บริการให้บริการไม่เสมอภาค
- ผู้ให้บริการรักษาโรคไม่เท่าเทียมกัน
- ผู้ให้บริการรักษาโรค ไม่รักษาคณ

- ผู้ให้บริการไม่ให้โอกาสการมีส่วนร่วม
- ผู้ให้บริการสื่อสารทางเดียว ทำให้เกิดความเข้าใจผิด
- ผู้ให้บริการงานล้นมือ

3.3.2 ผู้รับบริการ

- ผู้รับบริการคิดพึ่งพาผู้ให้บริการทุกกรณี
- ผู้รับบริการไม่มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล
- ผู้รับบริการมุ่งรับรักษามากกว่าพึ่งตนเอง เน้นการพึ่งยาและเทคโนโลยี
- ผู้รับบริการไม่เรียนรู้การพึ่งตนเอง
- ผู้รับบริการถูกครอบงำทำให้เกิดความเชื่อที่ผิด

4. ปรากฏการณ์ใหม่ ควรปรับปรุงองค์กร ทั้งในส่วนระบบ-ระเบียบ ควรมีลักษณะ

- ทำงานแบบโปร่งใส
- ทำงานแบบเสริมสร้างศักยภาพทุกฝ่าย
- ผู้รับบริการรู้เท่ากัน และรู้จักรักษาสีทึ่
- ควรมีการบูรณาการการบริการ ได้แก่ การบริการในชุมชน-ระบบเครือข่ายสหวิชาชีพ ผู้ประกอบการ ร้านยา ผู้บริโภค-ให้คุณภาพแบบเท่าเทียม
- ระบบทางการแพทย์ ควรเน้นป้องกันมากกว่ารักษา
- มีการสื่อสาร 2 ทาง เช่น
 - ผู้ให้บริการ ควรเพิ่มการให้ข้อมูล
 - ผู้ให้บริการร่วมมือแบบพหุภาคี
- รื้อปรับระบบอย.
- มีการคุ้มครองผู้บริโภค
- มีการประกันสุขภาพ
- มีระบบเครือข่ายในชุมชนทางด้านสุขภาพ-มีการพัฒนาเครือข่าย ร้านยา ผู้ประกอบการ สหวิชาชีพ

รายละเอียดวิธีคิดเก่า-ใหม่ในระบบสุขภาพ

กลุ่มที่ 1 กลุ่ม Non-pharmacist ที่ไม่ใช่ Health Care Team (1)

ความเท่าเทียม

- ดูแลตัวเองระดับหนึ่ง ปกป้อง, รู้สิทธิของตน
- ฟังฟังอิงกัน
- สื่อสารมีประสิทธิภาพถ่ายทอดข้อมูล
- เน้นการป้องกัน-รักษา
- เข้าใจ เห็นใจ มีเมตตา
- รู้สิทธิของผู้ป่วย, ตนเอง
- มองผู้ป่วยเป็นญาติ
- ไม่หวังผลประโยชน์เกินควร

วิธีคิดในระบบสุขภาพที่เป็นปัญหา

ผู้รับบริการ

- ผู้รับบริการเป็นผู้ขอรับบริการ (กลัวผู้ให้บริการ)
- มีความคาดหวังสูง ใ้วางใจสูงจากผู้ให้บริการ
- ไม่มีส่วนร่วมในบริการสุขภาพ
- ไม่คิดสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องดูแลตนเอง
- ไม่รู้จักสิทธิของตน

ผู้ให้บริการ

- อำนาจนิยม
- ทำงานตามหน้าที่ไม่ได้ทำด้วยใจบริการ
- ไม่คิดว่าผู้รับบริการควรมีส่วนร่วม
- ไม่คิดถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- ไม่ปรับตัวให้เข้ากับผู้ป่วย (ผู้ป่วยต้องปรับ)
- ไม่เคารพสิทธิผู้ป่วย
- คำนึงถึงผลตอบแทน
- โรคหมอทำปรากฏการณ์/APR/DRPs
- รักษาโรค ไม่รักษาคน
- ค่าใช้จ่ายสิ้นเปลือง
- รักษาไม่ป้องกัน
- เป้าบริการของรัฐ หันไปหาเอกชน

กลุ่มที่ 2 กลุ่ม Non-pharmacist ที่ไม่ใช่ Health Care Team (2)

1. ปรับระบบการบริหารจัดการในองค์กรทางด้านสุขภาพ
2. เปลี่ยนพฤติกรรม และทัศนคติของผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการ
3. ปรับวิถีชีวิต วิถีคิด และพฤติกรรมของทุกคนเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย
 - 3.1 ผู้ให้บริการ มองผู้รับบริการเป็นเพื่อนมนุษย์ด้วย
 - 3.2 ไม่แบ่งแยกเป็นผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ
 - 3.3 ผู้รับบริการเรียนรู้การป้องกันมากกว่าการรักษา เช่น กินอาหาร การอยู่ กินอาหารครบ 5 อย่าง 5 อ. อาหาร อารมณ์ อากาศ อุจจาระ ออกกำลังกาย
4. ปรับระบบการสื่อสารในองค์กรที่ให้การบริการให้มีความชัดเจนมากขึ้น
5. เผยแพร่ระบบการป้องกัน (สื่อ) ทุกรูปแบบ และกระจายไปทุกชุมชน
6. ย่อยมีมาตรการที่เข้มข้นมากขึ้น
7. ทุกหน่วยงานของรัฐจะออกโครงการอะไร ให้คำนึงถึงสุขภาพคนเป็นหลัก

กลุ่มที่ 3 กลุ่มเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

มีระบบประกันสุขภาพ/ประกันคุณภาพ มีระบบสาธารณสุขระดับล่างถึงระดับชุมชน

การให้ความรู้เรื่องยาสามัญประจำบ้านให้มากขึ้น

การหาข้อมูลให้ตนเองที่ถูกต้อง การสื่อสาร การรู้จักคิดป้องกัน ดูแลตนเอง

เริ่มจากทุนของตนเองที่มีอยู่เข้าใจกับระบบสังคม กติกา กฎ สังคม

การให้โอกาสผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วม

สร้างทีมงานให้บริการที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพพัฒนาระบบเภสัชชุมชน การเข้าถึงการบริการของประชาชน

กรอบคิด

- สร้างมาตรฐานความเท่าเทียมของสังคม
- ฟังตนเองทุกระดับให้ทุนเดิมของเรา
- ใช้คนเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงสิทธิมนุษยชน
- หลักการที่ส่วนร่วมทุกระดับถึงการตัดสินใจ

กลุ่มที่ 4 กลุ่มร้านยา

1. ร้านยาควรเป็นที่พึ่งอันดับแรกของการเจ็บป่วยเบื้องต้นไม่จำเป็นต้องไปโรงพยาบาล
2. ควรให้ความรู้แก่บุคลากรร้านยาสม่ำเสมอ
3. เป็นการป้องกันมากกว่าการรักษา
4. ประชาชนควรมีระบบประกันสุขภาพทั่วถึง
5. ร้านยาควรเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพ
6. มีการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานรัฐ/เอกชน หรือร้านยาในการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มที่ 5 กลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาล

ผู้รับบริการ	ผู้ให้บริการ	ผลที่ได้รับ
- ดูแลสุขภาพตัวเองก่อน - แสวงหาความรู้ - จัดระบบดูแลสุขภาพที่อาศัยความร่วมมือทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ - ชุมชนเข้มแข็ง	- ให้ความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติ - สร้างจิตสำนึก - ระบบควบคุมคุณภาพและสามารถตรวจสอบได้ - Team work ระบบสืบทอด - ระเบียบยืดหยุ่น	- พึงพอใจทั้ง 2 ฝ่าย - สุขภาพจิตและกายดีขึ้น

1. OA ในโรงพยาบาลอุตสาหกรรมยา, ร้านยา (CPA) โรงพยาบาล (HA)
2. ให้มีการควบคุมการประกอบอาชีพโดยยึดหลักจรรยาบรรณที่ดีโดยอาจมีการตรวจสอบจากสถาบันหรือองค์กรทางเภสัชกรรม เน้นด้านจิตสำนึก จริยธรรม และคุณธรรมในการประกอบวิชาชีพ
3. ให้มีการทบทวนการขึ้นทะเบียนยา และควบคุมให้มีประสิทธิภาพ
4. ให้ใช้ฉลากยาที่ชัดเจนสื่อสารได้ง่าย ควบคุมการโฆษณาให้เหมาะสม
5. สนับสนุนการใช้ Generic name > Trade name
6. ให้มีกฎหมายควบคุมการใช้ยา และควบคุมให้มีการระบุนื้อยาที่หน้าซองยาทุกครั้งให้ผู้ป่วยรับยาจากทุกที่
7. ให้มี Drug Consulty ในทุกที่ก่อนผู้ป่วยรับยา
 - กำหนดมาตรฐานของผู้ประกอบการ
 - ให้สถานศึกษาเน้นปรัชญาเพื่อการบริหารและปฏิบัติจริง

กลุ่มที่ 6 กลุ่ม Non-pharmacist ที่เป็น Health Care Team

ผู้รับบริการ	ผู้ให้บริการ	ผลที่ได้รับ
- ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพก่อนการแก้ไข - มีความรู้ในการดูแล , ช่วยเหลือเบื้องต้น - มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาโรค	- ต้องมีบทบาทในการป้องกันโรคด้วย ไม่ใช่แก้ไขอย่างเดียวเป็นตัวอย่างที่ดี - เน้นการเผยแพร่ความรู้, สื่อสารให้มากขึ้น - เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม เน้นการทำงานเป็นทีม - มีช่องทางการให้บริการที่หลากหลายมากขึ้น เช่น	- ลดค่าใช้จ่าย - สุขภาพดีขึ้น ผู้ป่วยลดลง - เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างผู้รับและผู้ให้, ทีมสาธารณสุขเครือข่าย - พึงพอใจ - กระจาย เสมอภาคเท่าเทียม - คุณภาพการบริการดีขึ้น

ผู้รับบริการ	ผู้ให้บริการ	ผลที่ได้รับ
	เสียงตามสาย Web site - มี Service mind - มีระบบการปรึกษา - เครือข่ายสุขภาพ	

สรุปวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ

- ไม่ซับซ้อน แต่ผสานเป็นเครือข่าย เป็นการทำงานของสหวิชาชีพอย่างเสมอภาค
- โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ มีองค์กรมหาชนทุกระดับเป็นผู้ตรวจสอบ
- มีการพัฒนาศักยภาพ โดยส่งเสริมคุณภาพ และมีสวัสดิการสมดุลง
- เชื่อมั่นศักยภาพชุมชน โดยเน้นการป้องกันมากกว่ารักษา

การบริการ

- บูรณาการเป็นองค์กรรวม มีทั้งป้องกัน-ฟื้นฟู-รักษา พร้อมคำนึงถึงศักดิ์ศรีมนุษย์และจิตใจ
- เป็นระบบส่งต่อแบบเครือข่าย โดยดูแลชุมชนอย่างทั่วถึงทุกระดับ
- การแพทย์ทางเลือก ทั้งแพทย์แผนไทย, ธรรมชาติบำบัด, ภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้รับการยอมรับ
- มีมาตรฐานมีคุณภาพ
 - เป็นมาตรฐานเดียว
 - มีจรรยาบรรณ
 - ให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
 - ตรวจสอบและประเมินได้
 - ประหยัด
- มีระบบข้อมูลสื่อสาร 2 ทาง เกิดเครือข่ายการเรียนรู้
- เข้าถึงอย่างเสมอภาค-เท่าเทียม-ทั่วถึง
- ร้านยาและการแพทย์ทางเลือก เป็นเครือข่ายของระบบสาธารณสุข

ระบบสุขภาพ

- ข้อมูลข่าวสารทั่วถึง-มีการสื่อสาร 2 ทาง ใช้ Mass media
- มีการประกันสุขภาพสู่ชุมชน ค่าใช้จ่ายเหมาะสมอย่างทั่วถึง-มีกองทุนสหกรณ์สุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพโดยความร่วมมือของรัฐ-อบต.-ชุมชนและจัดตั้งจากล่างขึ้นบนเพื่อเป็นสวัสดิการชุมชนให้ชุมชนดูแลตนเองโดยมีรัฐเป็นผู้สนับสนุน
- สิ่งแวดล้อมดี
- การดูแลรักษาตนเอง
 - ข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์
 - ผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในการคุ้มครองผู้บริโภค
 - ทักษะในการดูแลตนเอง

ชุมชนและคน

- มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพดี -ร่วมเรียนรู้ และมุ่งป้องกันดูแลตนเอง
- มีส่วนร่วมและพึ่งตนเองได้ ทั้งด้านบริหารจัดการและการบริการ พร้อมทั้งร่วมในการประเมินตรวจสอบ
- การดูแลตนเอง-ครอบครัว-ชุมชน-สังคม
- ชุมชนเข้มแข็ง-พึ่งตนเอง อยู่ได้อย่างพอเพียง ทั้งอาหาร การดำรงชีพ

รายละเอียดวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ

กลุ่มที่ 1 กลุ่ม Non-pharmacist ที่ไม่ใช่ Health Care Team (1)

1. ใช้สถานที่ท่องเที่ยวในปัจจุบัน เช่น ทะเล น้ำตก เป็นสถานที่บำบัดรักษา (แบบธรรมชาติบำบัด)
2. ปรับระบบให้ดูแลสุขภาพความเมตตา ต้องการความช่วยเหลือจริงๆ จากใจอันบริสุทธิ์ มีคุณธรรมเป็นแนวทางมีความเสียสละเป็นที่ตั้ง
3. มีการประกันคุณภาพแก่คนไทยทุกคน
4. หากเป็นไปได้ให้หมอ, ผู้มีประสบการณ์ด้านวิชาชีพเป็นครูของเด็กในวิชาสุขศึกษา, สุขอนามัย, การดูแลตัวเอง
5. ในสหัสวรรษใหม่ขอให้
 - 5.1 ระบบไม่ดีตรงไหนแก้ไขให้ตรงจุด เช่น การรอคอยในการพบหมอ แก่ระบบสื่อสาร
 - 5.2 ตั้งทีมประสานงานขึ้นแบบข้ามยาคลุ่มจะได้ช่วยทุกส่วน
 - 5.3 ตั้งปณิธานว่าพรุ่งนี้จะดีกว่าวันนี้
 - 5.4 ผู้ปฏิบัติงานต้องรู้ปัญหาให้ดี
 - 5.5 ต้องถือว่าคนเป็นทรัพยากรพัฒนาได้ อย่าถือว่าคนเป็นภาระ
 - 5.6 หมวกหลากสีต้องประสานใจ หมอ, พยาบาล, เภสัชกร ต้องประสานใจ เป็นชีวิตที่ดิ้นรน เอาประเทศชาติเป็นจิตวิญญาณ
6. คนไทยทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า
7. คนไทยได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติ
8. คนไทยเห็นความสำคัญของสุขภาพ
9. ให้รัฐเน้นหน่วยงานให้เห็นความสำคัญของสุขภาพ เป็นหลัก
10. บุคลากรทางด้านสุขภาพมีจิตใจเมตตา โอบอ้อมอารีกับผู้มาเกี่ยวข้องอย่างเสมอภาค
11. การดูแลสุขภาพให้เป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคน
12. การบริโภคอาหารที่ร่างกายยอมรับย่อมไม่เกิดโทษ
13. จิตใจที่สบาย อยู่ในร่างกายที่แข็งแรง

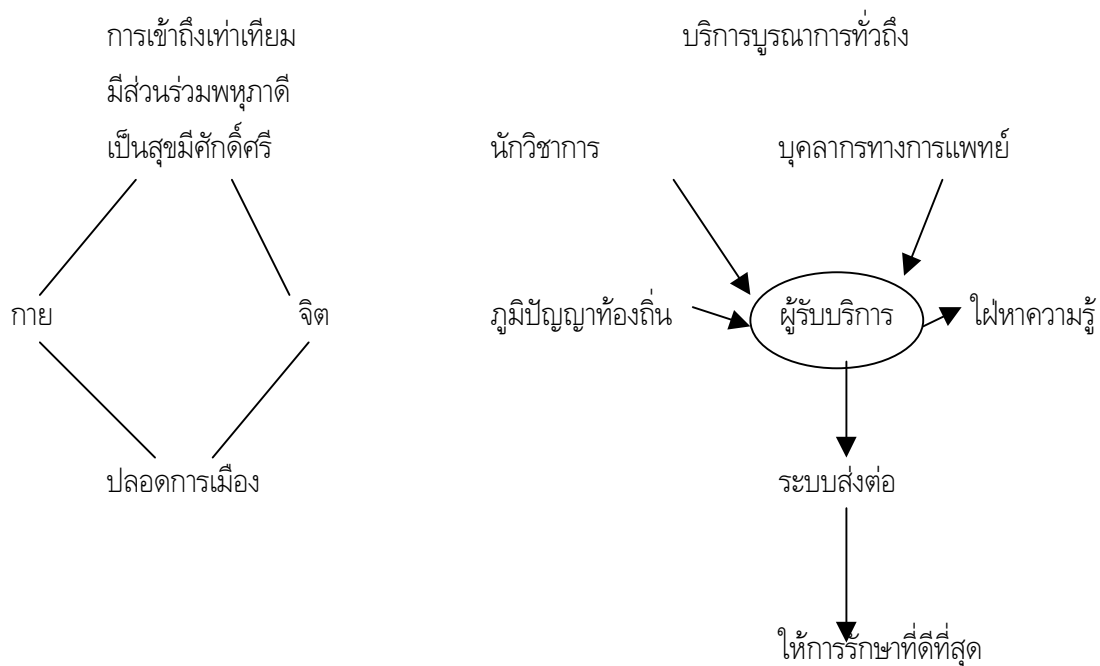
กลุ่มที่ 2 กลุ่ม Non-pharmacist ที่เป็น Health Care Team

ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อดูแลตนเองและคนรอบข้างได้เหมาะสม โดยมีการพัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายใน ปี 2548

กลุ่มที่ 3 กลุ่มร้านยา

1. ป้องกันตนเองโดยออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นการรักษา/ดูแลสุขภาพของตัวเอง ส่งเสริมความรู้ให้ประชาชน
2. ให้ร้านยาเป็นระบบเครือข่ายด้านสาธารณสุข เป็นแหล่งกระจายข่าวสารให้ความรู้แก่ชุมชน
3. ผู้ให้บริการต้องมีจิตในเมตตากรุณาให้บริการที่มีคุณภาพ
4. ประชาชนผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบระบบแสดงความคิดเห็นได้
5. ผู้ให้บริการเรียนรู้ ศึกษาสังคมเพื่อให้ระบบสุขภาพเป็นแบบองค์รวม (มีส่วนร่วมกับชุมชน) สร้างความคุ้นเคย และเป็นกันเองกับผู้รับบริการ
6. มีการแบ่งหน้าที่การดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน เช่น ระหว่างแพทย์ เภสัชกร
7. มีแบบการประกันสุขภาพโดยมีร้านยาเป็นส่วนหนึ่งของระบบ
8. ผลประโยชน์ ไม่เห็นผลกำไรมากกว่าการให้บริการ: ให้ความสำคัญระหว่างผลประโยชน์ของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

กลุ่มที่ 4 กลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาล



วิสัยทัศน์ยุคโลกาภิวัตน์

- ให้มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้อย่างชัดเจน
สิ่งแวดล้อมดี-จิตดี-กายดี
- มีการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง/ป้องกันโรค-รักษาโรคให้หายเร็ว-ฟื้นฟูสุขภาพหลังป่วยได้เร็วที่สุด-รักษาสุขภาพให้ยืนยาว

สรุปวิธีคิดเก่า-ใหม่ ในระบบเภสัชกรรมและปรากฏการณ์ที่ปรากฏ

วิธีคิดปัจจุบัน

1. พหุนิยม เกิดการเห็นแก่ตัว คิดมุ่งกำไร ไม่มุ่งคุณภาพ
2. อำนาจนิยม
 - คิดแนวดิ่ง มีการดูถูกกันไม่ยอมรับกันในสาขาวิชาชีพเป็นการคิดรวมศูนย์
 - คิดแต่จะพึ่งพาผู้อื่น หลงเชื่อ

ปรากฏการณ์ปัจจุบัน

- ล้าง-ขาย-ใช้-ซื้อยาผิด
- ปิดบังข้อมูลยา และขาดการตรวจสอบ
- สื่อ-การประชาสัมพันธ์-การตลาดมีการครอบงำ-พึ่งยา/สารเคมี
- เห็นยอดขายทำให้ราคาไม่สมเหตุสมผลเกิดการผูกขาด และขาดการคุ้มครองผู้บริโภค
- ขาดทีมสหวิชาชีพ
 - เกิดการทำงานตามสั่ง และสั่งงานตามความเชื่อ
 - ทำให้ขาดภาพลักษณ์วิชาชีพ ไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่
 - เกิดความไม่โปร่งใส ละเลยในจรรยาวิชาชีพ เน้นแต่ธุรกิจขาดสัมพันธ์กับชุมชน
- มุ่งแต่การเรียน-สอน และเลียนแบบ ขาดการพัฒนาด้านวิจัย ไม่พัฒนาวิชาชีพไม่เกิดการพัฒนาเพื่อต่อยอดยาสมุนไพร นอกจากนี้หลักสูตรทางด้านเภสัชกรรมก็ไม่สอดคล้อง ไม่มีการปรับตัว

วิธีคิดใหม่

- พหุนิยม ทำงานเป็นทีมโดยคิดแนวราบ มีความเสมอภาคในวิชาชีพ มุ่งสู่เภสัชกรรมมืออาชีพ
- สำนักสาธารณะ มุ่งบริการด้านยาเป็นวิชาชีพ

ปรากฏการณ์ใหม่

- มีความโปร่งใส จรรยาบรรณวิชาชีพเข้มแข็ง มีการควบคุมวิชาชีพเน้นการคุ้มครองผู้บริโภค
- เกิดเครือข่ายร้านยาชุมชน ที่มีมาตรฐานคุณภาพ มีการกระจายสู่ชุมชนเป็นร้านยาของชุมชนที่เน้นการดูแลสุขภาพ เป็นเครือข่ายระบบสุขภาพ
- มีการวิจัยต่อยอดภูมิปัญญาไทย พัฒนาสมุนไพร ยาแผนโบราณโดยต้องตรวจสอบมาตรฐานสนับสนุนการใช้เพื่อลดการนำเข้า
- พึ่งตนเองอย่างฉลาด
- ขาย-จำหน่ายยาโดยมืออาชีพ เน้นการบริการให้คำปรึกษาด้านเภสัชกรรม โดยทำงานเป็นสหวิชาชีพ ให้ผู้รับบริการร่วมตัดสินใจ เผยแพร่ข้อมูลสาธารณะ
- ร่วมบริการสุขภาพเป็นสหวิชาชีพ ทั้งส่งเสริมป้องกันรักษา

รายละเอียดวิธีคิดเก่า และวิธีคิดใหม่ในระบบเภสัชกรรม และปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

กลุ่มที่ 1 Non-pharmacist ที่ไม่ใช่ Health Care Team (1)

วิธีคิดเก่า	วิธีคิดใหม่
-ชาวบ้านไม่รู้จักเภสัชกรว่าเป็นใคร สำคัญผิดว่าเป็นหมอ คนที่ไม่ใช่เภสัชกรเข้าใจว่าเป็นเภสัชกร -อย.ยังขาดบุคลากรสายอื่น เช่น แพทย์แผนไทย ทำให้ขาดมุมมองด้านอื่น -ร้านยาไม่ทั่วถึง ไม่มีทุกชุมชน - ตั้งใจปิดบังข้อมูล/สรรพคุณยา ชื่อยา วิธีการรักษา อาการข้างเคียง - เภสัชกรทงวิชา ไม่ยอมเปิดเผยข้อมูล - เภสัชกรจรรยาบรรณลดลง (จากการค้าเชิงพาณิชย์) - ร้านยาในชนบทขาดเภสัชกร - ไม่มีแนวคิดเกี่ยวกับยาพื้นบ้านสมุนไพร, ขาดการขึ้นนำความรู้ให้ชาวบ้าน อย.ไม่อนุญาตให้จดทะเบียน - ร้านยาแยกประเภทเป็นแผนไทยและแผนปัจจุบัน - มีการนำเข้ายาจากต่างประเทศมาก - เภสัชกรมุ่งเน้นธุรกิจมากเกินไป มุ่งขายดี มีกำไร	- สร้างความเข้าใจ&แสดงตัวว่าเป็นเภสัชกร - ระดมความคิดจากทุกสายวิชาชีพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกัน - กระจายร้านยาทุกชุมชน เปิดบริการ 24 ชม. - หาสัดส่วนของร้านยาต่อประชากร โดยคิดอัตราส่วนจากประชากร - ร้านยาควรเป็นของชุมชน โดยส่งเด็กในชุมชนไปเรียนแล้วกลับมาเป็นเภสัชกรในชุมชนบริหารโดยชุมชน เพื่อคนในชุมชน - เปิดเผยข้อมูล/บอกสรรพคุณที่แท้จริง - เปิดเผยข้อมูล เปิดเผยความรู้ / ได้เรียนรู้ยาสามัญประจำบ้าน - เพิ่มการเรียนรู้การสอนวิชาจรรยาบรรณ - กระจายเภสัชกรสู่ชนบท, เปิดโอกาสให้ลูกหลานในชุมชนไปเรียนเภสัชแล้วกลับมาอยู่ชุมชน - ประสานการใช้ยาไทย, สมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน - ร้านยามียาทุกประเภท ทั้งแผนปัจจุบัน แผนไทยให้ครบวงจร - ให้มีเภสัชกรอยู่ทั้งร้านยาแผนไทย แผนปัจจุบัน - ผลิตยาใช้เองในประเทศ 100% หรือสนับสนุนการวิจัยให้มากขึ้น - เร่งรัดภูมิปัญญาให้ชาวบ้านแพร่หลาย - เภสัชกรควรรหาสมดุลระหว่างธุรกิจ+วิชาชีพ

สรุป ควรมี “ร้านยาชุมชน” โดยคนในชุมชน เพื่อคนในชุมชน

วิธีคิดด้านเภสัชกรรม

ปัจจุบัน	เภสัชกรรมแนวใหม่
- มีการกีดกัน ไม่ยอมรับ - การตรวจสอบยาแผนโบราณเพราะไม่มี - พยายามแต่จะกระจายร้านขายยา - เน้นขายยา > เผยแพร่ความรู้บทบาทการคุ้มครองผู้บริโภคยังน้อย - ร้านขายยายังเป็นที่พึ่งของประชาชน แต่ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้ (ไม่เพียงพอ) ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ - Sale มุ่งทำกำไร > คุ้มครองสุขภาพของประเทศและประชาชน - การดูแลรักษาสุขภาพยาเป็นพระเอก (เน้นการใช้ยา + อาหารเสริม ยิ่งแพงยิ่งรู้สึกราวดี) - บทบาทการให้ยาผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Admit) อยู่ในบทบาทพยาบาล > เภสัช	1. พัฒนาร้านขายยาเป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพเป็นสถานบริการสาธารณสุขเบื้องต้น 2. ส่งเสริมการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของยาแผนโบราณให้ถ่องแท้ และประกันคุณภาพได้ (โดยให้ลิขสิทธิ์แก่ผู้เป็นต้นตำรับด้วย) 3. มีการบันทึก+วิจัย กรรมการการใช้ยาแผนปัจจุบัน เช่น ประสิทธิภาพ S/E, การแพ้ยา 4. การให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ ด้านเภสัชกรรมแก่ประชาชน มีความกว้างขวาง, ต่อเนื่อง 5. เน้นการดูแลสุขภาพตนเอง อย่าหวังพึ่งยา อาหารเสริมจนเกินไป 6. พัฒนายาในประเทศไทย(องค์การเภสัชกรรมยุคใหม่ไร้คอร์รัปชัน) 7. Unit dose drug dose distribute system 8. กฎหมายต้องมีความเข้มงวดเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค

กลุ่มที่ 2 กลุ่มร้านยา

แนวคิด	ปรากฏการณ์
- ระบบการจ่ายยาเบ็ดเสร็จในคลินิกแพทย์ไม่ส่งต่อไปยังแพทย์ต่อเภสัชกร - ส่งเสริมการขาย (โฆษณาเกินความจริง เช่น Direct sale) - เภสัชกรเข้าใจว่ามีบทบาทเฉพาะทางด้านยาเท่านั้น - มีการนำเข้ายาต่างประเทศมาก พึงพาต่างประเทศ - รัฐไม่ให้ความสำคัญกับสมุนไพร (ยา) - การโฆษณาเน้นการซื้อยามากกว่าสรรพคุณ - ยาแพงดีกว่ายาถูก - เภสัชกรมุ่งธุรกิจเกินไป - ให้ร้านยาควรมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชนเบื้องต้น - สร้างระบบประสานงานระหว่างร้านยาและเภสัชกรในโรง	- ผู้ดูแลกฎหมายหย่อนยาน ยาต้องห้ามยังมีขาย - มุ่งขายยาผิดกฎหมาย มุ่งผลประโยชน์หลัก - ประชาชนใช้ยาผิดใช้ยาฟุ่มเฟือย - เภสัชกรมุ่งขายยาให้บริการด้านยาอย่างเดียว - ใช้ความสามารถไม่ได้เต็มที่หรือมีคุณภาพน้อย - ขาดความตื่นตัวน้อยในเรื่องบทบาทตัวเอง - เสียดุลย์การค้า - ยาสมุนไพรไม่มีการควบคุมมาตรฐาน - ระบบราชการยังเบิกค่ารักษาจากการใช้ยาสมุนไพรไม่ได้ - มีร้านยากระจุกตัวในเมืองสูงเกิดการแข่งขัน - การค้าละเลยผู้ป่วย

แนวคิด	ปรากฏการณ์
พยาบาล - การจ่ายยาควรเป็นหน้าที่ของเภสัชกร - ส่งเสริมให้มีการผลิตยาแผนปัจจุบันและสมุนไพรควบคู่กันไป, สร้างมาตรฐานยาให้เป็นที่ยอมรับ - การโฆษณาให้เน้นการให้ความรู้สรรพคุณของยา - ส่งเสริมการให้ความรู้ยาสำคัญ (OTC) แก่ประชาชนไทยมากขึ้น - ส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองแบบองค์รวม - ควรมาตรการกระจายร้านยาสู่ชุมชน	

กลุ่มที่ 3 กลุ่มเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

วิธีคิดปัจจุบัน	ปรากฏการณ์
1. แพทย์-คือผู้รู้ดี รู้แจ้งผู้เดียว 2. อำนานนิยม-วิชาชีพต่ำกว่าแพทย์ 3. ยาคือสินค้าที่ทำกำไร 4. ยึดถือวิธีคิด/ถูกรวบงำ จากตะวันตก 5. รักษาโรคมากกว่าการป้องกันหรือรักษาคน 6. กินยาแล้วหายยาไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว 7. สะดวกใกล้มือ ไม่ซับซ้อน 8. เชื่อถือแพทย์/พยาบาล 9. ครีธาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามคำบอกเล่าหรือความเชื่อ	1. แพทย์สั่งยาผิดโรค-วิธีใช้ 2. เภสัชกรไม่ได้แย่งเรื่องการสั่งยา 3. ขายยา โฆษณา ใช้ยาผิด ใช้ยาโดยไม่จำเป็น ถูกหลอก 4. ยาแผนโบราณขาดการพัฒนา การจดทะเบียนยุ่งยาก ใช้ในวงจำกัด 5. เภสัชกรไม่มีโอกาส/เวลา/สร้างนิสัยสัมพันธ์กับชุมชน-ผู้บริโภค 6. ประชาชนกินยาพร่ำเพรื่อ 7. ประชาชนนิยมซื้อยาจากร้านขายยา 8. ประชาชนไม่ให้ความสำคัญกับกรณีมี/ไม่มีเภสัชกรประจำร้าน 9. ไม่เห็น/ไม่ทราบ/ไม่ได้สัมผัสไม่รู้จักวิชาชีพเภสัชกร 10. กินยาผิดบอก 11. ใช้ยาชุด

วิธีคิดใหม่ระบบเภสัชกรรมและปรากฏการณ์

วิธีคิดใหม่	ปรากฏการณ์
1. การขายยาเป็นการประกอบวิชาชีพ 2. ความเท่าเทียมกันในแต่ละวิชาชีพ 3. คักดีศรีความเป็นมนุษย์ 4. สหวิชาชีพ/มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย/คุ้มครองผู้บริโภค 5. ฐานะวิชาชีพเป็นผู้เชี่ยวชาญไม่ใช่หนักปฏิบัติอย่างเดียว 6. ป้องกันสำคัญกว่ารักษา 7. เภสัชกรคือผู้รู้เท่าเทียมกับวิชาชีพอื่นในสายงานเดียวกัน	1. บุคลากรร้านขายยาต้องมีคุณสมบัติตามมาตรฐานที่กำหนด 2. ผู้ป่วยได้รับยาและการบริการที่ถูกต้องเหมาะสม 3. ผู้ป่วยได้รับการบริการ/ปฏิบัติเหมาะสมสอดคล้องกับอาการ 4. ผลงานวิจัยโดยเภสัชกร 5. เภสัชกรชุมชนเป็นหนึ่งเดียว 6. เภสัชกรเป็นที่ปรึกษาเรื่องยาแก่ระบบสุขภาพประชาชน

รายละเอียดวิสัยทัศน์ระบบเภสัชกรรมที่พึงปรารถนาที่จะตอบสนองต่อระบบสุขภาพ

กลุ่มที่ 1 กลุ่ม Non-pharmacist ที่ไม่ใช่ Health Care Team (1)

1. ตั้งเภสัชกรรมชุมชนดูแลสุขภาพของชุมชน ดำเนินงานโดยชุมชน
2. ประกันสุขภาพ รักษาทุกระดับ แบบบูรณาการโดยองค์รวม
3. เภสัชกรต้องเป็นผู้ให้ความรู้ทางยาด้านสุขภาพกับชุมชนทุกระดับ เน้นป้องกันตนเอง
4. เภสัชกรต้องมีเครือข่ายและยกข้อมูลข่าวสาร มุ่งจริยธรรมมากกว่าเชิงพาณิชย์
5. ระบบเภสัชกรรม มุ่งประชาชนเป็นหลัก มุ่งจริยธรรมมากกว่าเชิงพาณิชย์
6. การบริหารระบบเภสัชกรรมชัดเจน โปร่งใส ประชาชนสามารถตรวจสอบได้
7. เภสัชกรต้องมีมาตรฐานในการให้บริการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- ใช้ยาเป็นทางเลือกสุดท้าย ใช้อาหาร วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม รักษาก่อน ถ้าต้องการใช้ต้องใช้อย่างรู้จัก
- เน้นการพึ่งพาตนเอง (ผลิตเอง)
- มีฉลากเพื่อผู้บริโภค-มีรายการยาเท่าที่จำเป็น
- มีระบบข้อมูลข่าวสารยาที่ผู้บริโภคเลือกและตัดสินใจในการใช้ยาได้เอง
- มีแหล่งและผู้ให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพ ที่ใกล้ตัว
- มีการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านยา (ของเราเอง)
- เภสัชกรนอกห้องแอร์ วิจัยและพัฒนา/ให้ข้อมูลข่าวสาร (ที่ทำงานร่วมกับชุมชนผู้บริโภค)
- ระบบเภสัชกรรมเป็นระบบเปิด โปร่งใส เป็นธรรม มีระบบควบคุมคุณภาพ ตรวจสอบติดตามการใช้ยาได้
- มีองค์กร (มหาชน วิชาชีพ) ตรวจสอบ องค์กรผู้บริโภค
- การดูแลสร้างตนเอง
- สหวิชาชีพเสมอภาค
- ประกันสุขภาพ
- มาตรฐานคุณภาพ
- บูรณาการเป็นองค์รวม
- มุ่งป้องกันดูแลตน
- มีองค์กรตรวจสอบ
- องค์กรวิชาชีพที่มีมาตรฐาน มีการพัฒนาเสริมสร้างให้กับสมาชิก และสามารถติดตามตรวจสอบคุณภาพผลิต ภัณฑ์ยาได้
- ยาที่มีคุณภาพ ประหยัด มีรายการยาที่จำเป็น
- ให้ระบบการออกกฎหมายระเบียบต่าง ๆ ไม่ถูกครอบงำโดยกลุ่มผลประโยชน์

- ให้ทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการออกกฎหมาย
- เกสัชกรมีจิตสำนึกในการประกอบวิชาชีพรวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้วย
- ความเท่าเทียมกันในการบริการ/การรับบริการ

กลุ่มที่ 3 กลุ่ม Non-pharmacist ที่เป็น Health Care Team

ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ด้วยการป้องกันดูแลรักษาตนเองและเลือกใช้อย่างเหมาะสม โดยมีเครือข่ายสุขภาพที่ให้บริการอย่างมีมาตรฐานและคุณภาพสามารถตรวจสอบได้

กลุ่มที่ 4 กลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาล

เป็นระบบที่มีมาตรฐาน, มีคุณภาพสามารถเข้าถึงชุมชน ให้ประชาชนมีช่องทางเลือกและหลักประกันสุขภาพที่ดี

- ข้อมูลข่าวสาร
- การบริการทางเภสัชกรรม
- การคัดเลือกและจัดหา
- การกระจาย, การตลาด
- การขึ้นทะเบียนการผลิต
- การควบคุมคุณภาพและ QA

กลุ่มที่ 5 กลุ่ม Non-pharmacist ที่ไม่ใช่ Health Care Team (2)

1. ตั้งเภสัชชุมชนดูแลสุขภาพของชุมชน ดำเนินงานโดยชุมชน
2. ประกันสุขภาพ - รักษาทุกระดับ บูรณาการเป็นองค์รวม
3. เกสัชต้องเป็นผู้ให้ความรู้ทางยาด้านสุขภาพกับชุมชนทุกระดับ เน้นป้องกันตนเองมากขึ้น
4. ข้อมูลข่าวสารต้องทันต่อเหตุการณ์ ทันโลก
5. ระบบเภสัชกรรม มุ่งประชาชนเป็นหลัก มุ่งจริยธรรมเป็นพาณิชนัย
6. การบริการระบบเภสัชกรรมชัดเจน โปร่งใส ประชาชนสามารถตรวจสอบได้มีมาตรฐานในการให้

กลุ่มที่ 6 กลุ่มร้านยา

1. ทำงานระบบเครือข่าย
 - ระบบเภสัชกรรมระหว่างบุคลากรทางการแพทย์
- | | | |
|--|---|--|
| <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 4em; margin-right: 10px;">}</div> <div> <ul style="list-style-type: none"> - ร้านยา - โรงพยาบาล - NGOs - โรงงาน </div> </div> | } | ระหว่างเภสัชกรด้วยกัน
หาและบุคลากรสายอื่น ๆ |
|--|---|--|

2. 4 ม.

- 1) มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้แก่ผู้บริโภคร่วมเกี่ยวกับยาและสุขภาพ
 - 2) มุ่งเน้นการขายยาด้วยราคาเป็นธรรม
 - 3) มุ่งเน้นการให้มีประกันสุขภาพ
 - 4) มุ่งเน้นการป้องกันและรักษาโรค
3. มีระบบที่ทำให้เภสัชกรสามารถสื่อสารกันได้อย่างสะดวก ทั้งถึง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานอย่างต่อเนื่องระหว่างเภสัชกรต่างสาขา
4. ใช้ระบบสื่อสารเชื่อมโยงระบบ, เครือข่ายในระบบเภสัชกรรม
5. สร้างร้านยาเป็นสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน
6. เภสัชกรรมบทบาทในการจ่ายยาในคลินิกต่าง ๆ
7. มุ่งการพึ่งพาตนเองด้านการผลิต รัฐบาลให้การส่งเสริมด้านเงินทุน เน้นด้านวัตถุดิบในประเทศ เช่น สมุนไพรที่มีในประเทศ

ข้อเสนอยุทธศาสตร์เพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การปฏิรูปหลักสูตรเวชกรรมแบบผสมผสาน (ทั้งแผนตะวันตกและตะวันออก)

การปฏิรูปหลักสูตรระบบเวชกรรม

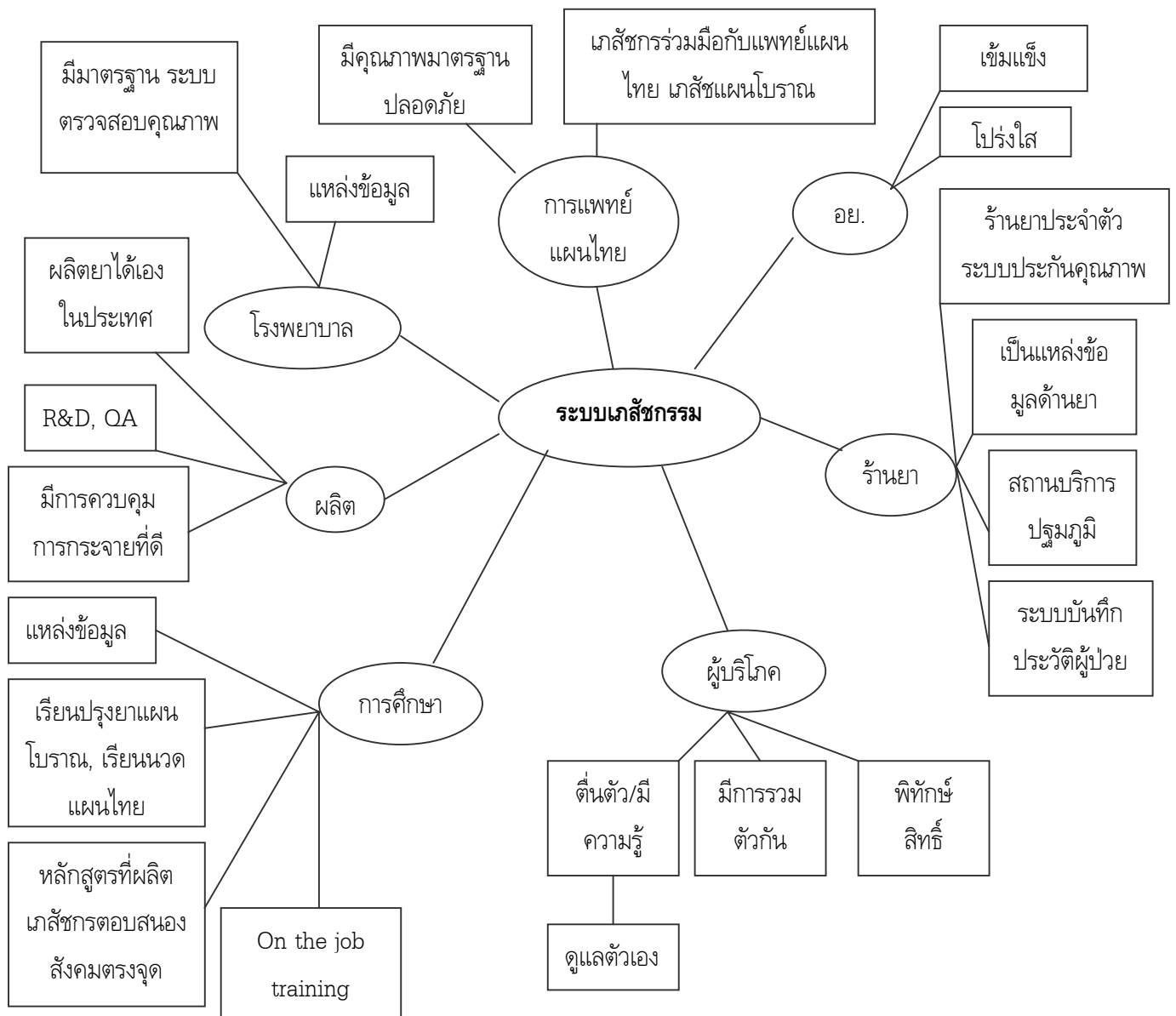
- เกสัชกรรมแผนปัจจุบัน
- เกสัชกรรมแผนไทย
- ภูมิปัญญาไทย
- สมุนไพร

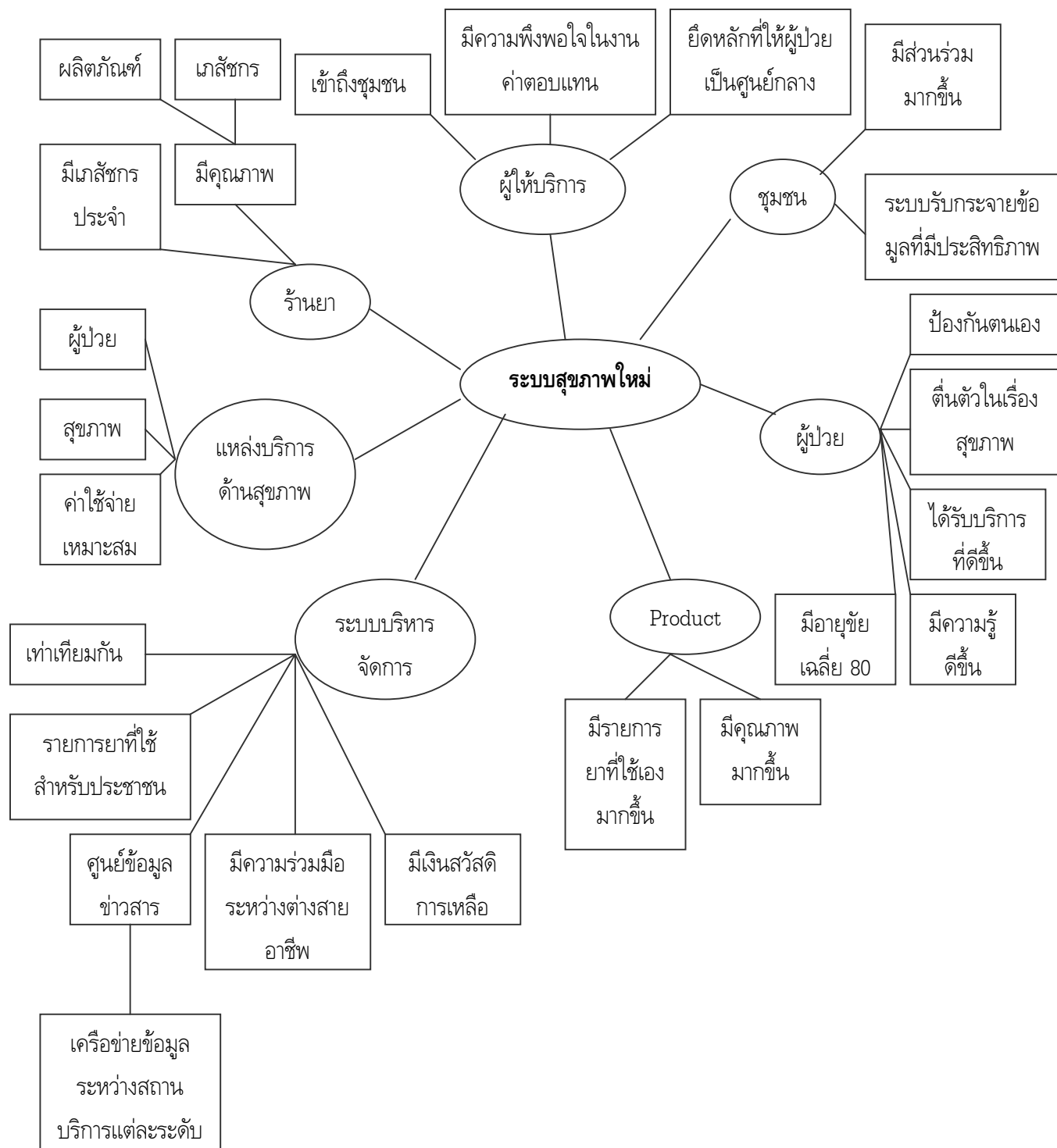
- โรงพยาบาลแผนไทย

- โรงพยาบาลแผนปัจจุบัน

- การเชื่อมต่อภูมิปัญญาไทยกับสากล

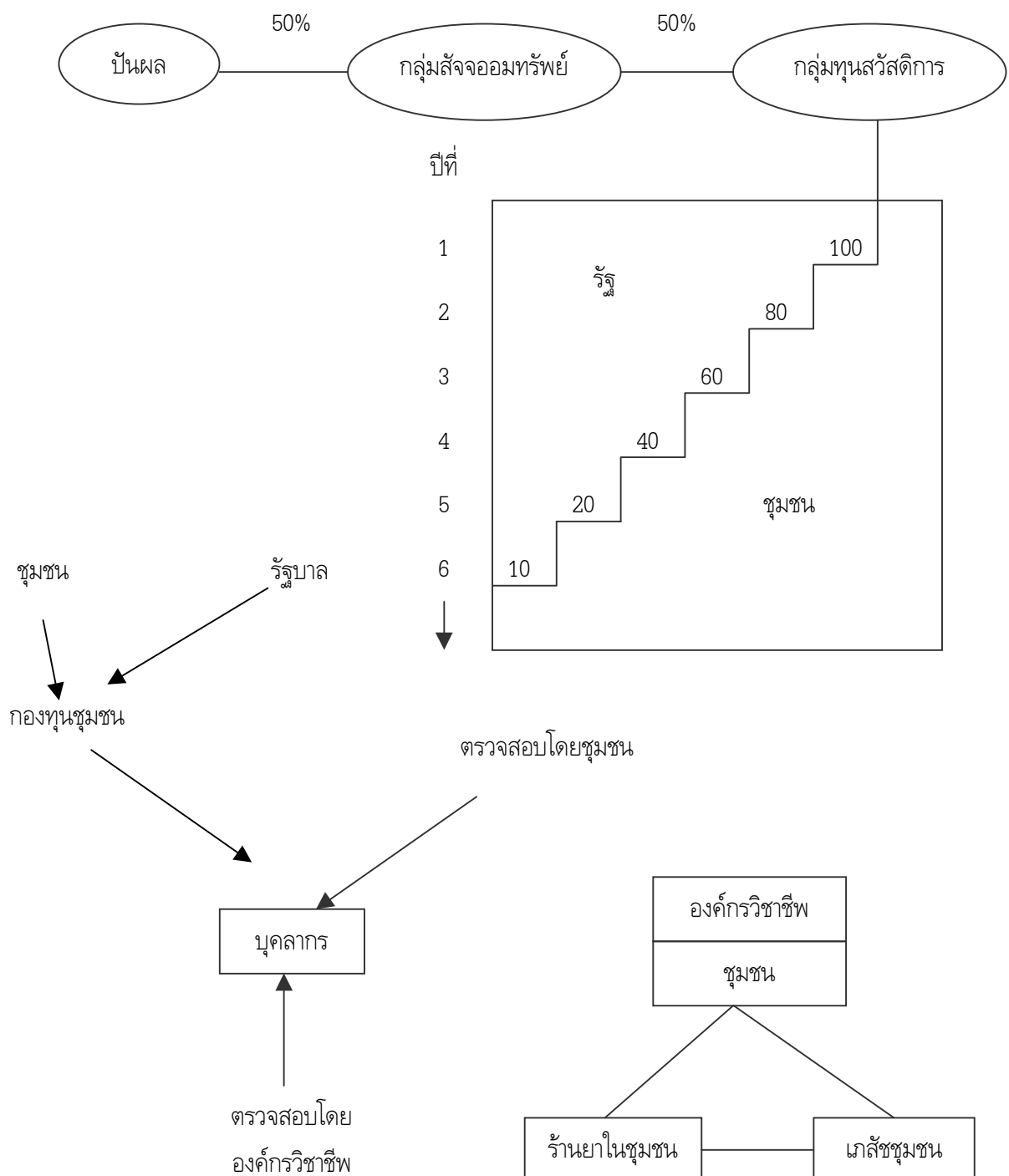
การสืบทอดพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น

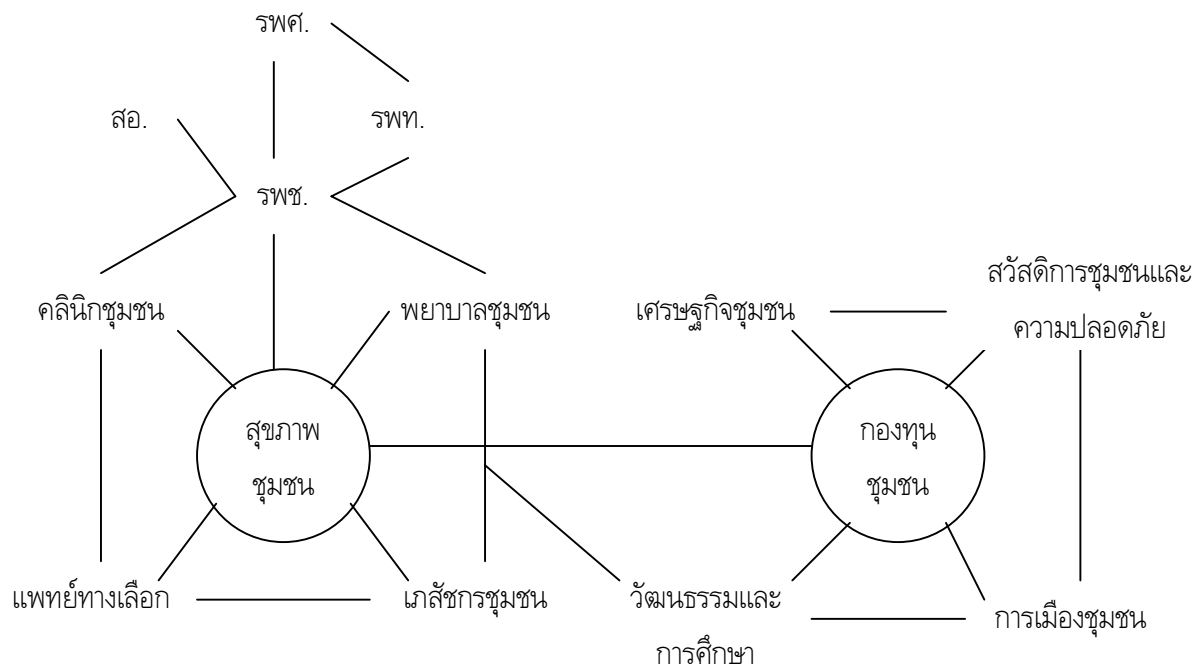




ยุทธศาสตร์ที่ 2 ระบบเกื้อหนุนของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน

- การบริหารปฐมภูมิ สุขภาพองค์รวมปฐมภูมิ
 - การประกันสุขภาพชุมชน
 - การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบโดยชุมชนเพื่อความโปร่งใส และองค์กรวิชาชีพตรวจสอบพัฒนาทักษะวิชาชีพ





แผนภาพแสดงตัวอย่างการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เป็นการสร้างเครือข่ายของการให้บริการทางด้านสุขภาพภายในชุมชน โดยมีการจัดตั้งกองทุนชุมชนเพื่อช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายภายในชุมชน อาทิเช่น มีแนวคิดในการเก็บรวบรวมเงินของคนในท้องถิ่นตั้งเป็นกองทุน อาจเป็นเดือนละ 10 บาท เป็นต้น และในแผนภาพบนแสดงความสัมพันธ์ของรัฐ โดยกองทุนดังกล่าว ยังต้องการความช่วยเหลือด้านงบประมาณจากรัฐ ในระยะเริ่มต้นอาจมีมูลค่าการลงทุนจากรัฐค่อนข้างสูง จากนั้นปริมาณเงินทุนที่รัฐจะลงให้ก็จะลดลงเรื่อย ๆ จนเหลือเพียงร้อยละ 10 ของงบประมาณเริ่มต้น สำหรับในด้านการให้บริการ คนในกองทุนมีสิทธิตัดสินใจในการเลือกใช้บริการได้ โดยจะมีตัวแทนของกองทุนร่วมในการพิจารณา และผลิตภัณฑ์ที่จ่ายให้กับคนในกองทุน และในเครือข่ายของการให้บริการเองก็มีการสร้างระบบการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพร่วมด้วย สำหรับในโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูงนั้น ทางกองทุนยังต้องการความช่วยเหลือจากรัฐสูง ในขณะเดียวกันก็ยินดีที่จะร่วมออกค่าใช้จ่ายช่วยเหลือ อย่างไรก็ตาม จะมีการจำกัดวงเงินของการช่วยเหลือในแต่ละโรคไว้ด้วย ในด้านส่วนบุคคล เพื่อป้องกันการให้บริการที่ฟุ่มเฟือย จะมีการตั้งกฎเกณฑ์ไว้ว่า ทุกคนจะต้องร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทุกครั้งด้วย เมื่อสิ้นปี จะมีการจัดสรรแบ่งเงินปันผลให้กับสมาชิก สำหรับสมาชิกคนใดที่ไม่เข้ารับการรักษาละเลย จะได้รับสัดส่วนของเงินปันผลมากกว่า เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การกระจายอำนาจ

การกระจายคนจากระบบเดิมเข้าระบบใหม่ (ออกจากระบบเดิมเข้าสู่ระบบชุมชน) โดยเงื่อนไขของชุมชน และบุคลากรนั้น ๆ

การสร้างคนใหม่เข้าระบบใหม่

ระบบการบริหาร: การประกอบวิชาชีพ การบริหารแนวราบ

องค์กรวิชาชีพ



คณะกรรมการสหวิชาชีพด้านสาธารณสุขแห่งชาติ (สวช.)

โครงสร้าง	บทบาท
1. คณะกรรมการมาจากตัวแทนวิชาชีพสุขภาพทุกสาขา และตัวแทนชุมชน/ผู้บริโภค 2. มีอิสระในการดำเนินงาน ไม่เป็นองค์กรของรัฐ 3. รัฐสนับสนุนงบประมาณ+ จัดตั้งเป็นกองทุนในการดำเนินงาน 4. คณะกรรมการมาจากการเลือกตั้งมีวาระชัดเจน โดยประธานต้องมาจากการเลือกตั้ง 5. องค์กรสุขภาพทุกแห่งจะต้องมีสาขาของคณะกรรมการสหวิชาชีพดำเนินการตามนโยบาย 6. และขึ้นตรงกับคณะกรรมการสหวิชาชีพแห่งชาติ	1. กำหนดนโยบายการบริหาร การพัฒนาสหวิชาชีพ 2. ประสานความเข้าใจในการทำงาน การพัฒนา พิจารณาแก้ไขปัญหาระหว่างวิชาชีพ 3. สนับสนุนส่งเสริมการวิจัยสหวิชาชีพ พร้อมทั้งผลักดัน ให้มีการนำไปใช้ในการพัฒนาวิชาการและบริการเพื่อประชาชน 4. คณะกรรมการนี้มีบทบาทในการเป็นคณะกรรมการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 5. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน 6. เป็นศูนย์กลางรับเรื่องราวร้องเรียนจากประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการประกอบวิชาชีพสาธารณสุข

1. อย.ควรมีการฟ่อนถ่ายอำนาจและกระจายอำนาจไปยังส่วนภูมิภาค/หรือหน่วยงานอื่นให้มากขึ้น เช่น การจดทะเบียน (ลดขนาดอย.ลง)
2. อย.เป็นหน่วยงานอิสระและปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ให้เป็นผู้กำหนดนโยบายและควบคุมกำกับ/เฝ้าระวังความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ในตลาดและช่วยหนุนเสริมการทำงานของท้องถิ่น
3. อย. ควรมีการวิจัยและพัฒนาเป็นงานหลัก
4. ให้เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารของผลิตภัณฑ์ โดยจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

5. เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริการ อย.อิสระ โดยเป็นส่วนหนึ่งของ board บริหาร
6. ปรับปรุงกฎหมายให้เอื้อต่อการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นและส่งเสริมการส่งออก
7. ให้มีการประมวลกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมาไว้ด้วยกัน
8. ปรับปรุงกฎหมายให้เอื้อต่อการแก้ปัญหาผู้บริโภคได้รวดเร็ว เช่นการตรวจสอบกระบวนการผลิต ไม่ใช่ตรวจสอบเฉพาะตัวสินค้า
9. ศึกษารวบรวมจุดอ่อน+จุดแข็งของอย. และปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของอย. แล้วนำมาวิเคราะห์ปรับเปลี่ยน/ทำข้อเสนอในการปฏิรูปให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาคุณภาพของผลิตภัณฑ์และข้อมูลข่าวสาร

- การประกันคุณภาพ
- การบริการผลิตภัณฑ์
- การเผยแพร่และการสร้างเครือข่ายข้อมูล

การปฏิรูประบบสุขภาพด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์ข้อมูลสื่อสาร

- (Good Manufacturing Practice, GMP), ISO มีการ Control menu การผลิต
- QA - ผลิตภัณฑ์คุณภาพ ตรวจสอบได้ทางวิทยาศาสตร์
 - เมืองค์กรและเครือข่ายที่ทำหน้าที่ตรวจสอบผลิตภัณฑ์ทำให้ประชาชนเข้าถึงได้
- ผลิตภัณฑ์มีเอกสารที่บอกรายละเอียดที่เป็นจริงได้รู้ (Ex สงวนคุณภาพ สารสำคัญ ,วิธีใช้)
- มีความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดจากผลิตภัณฑ์ มีกฎหมายรองรับและมีหน่วยงานรองรับ

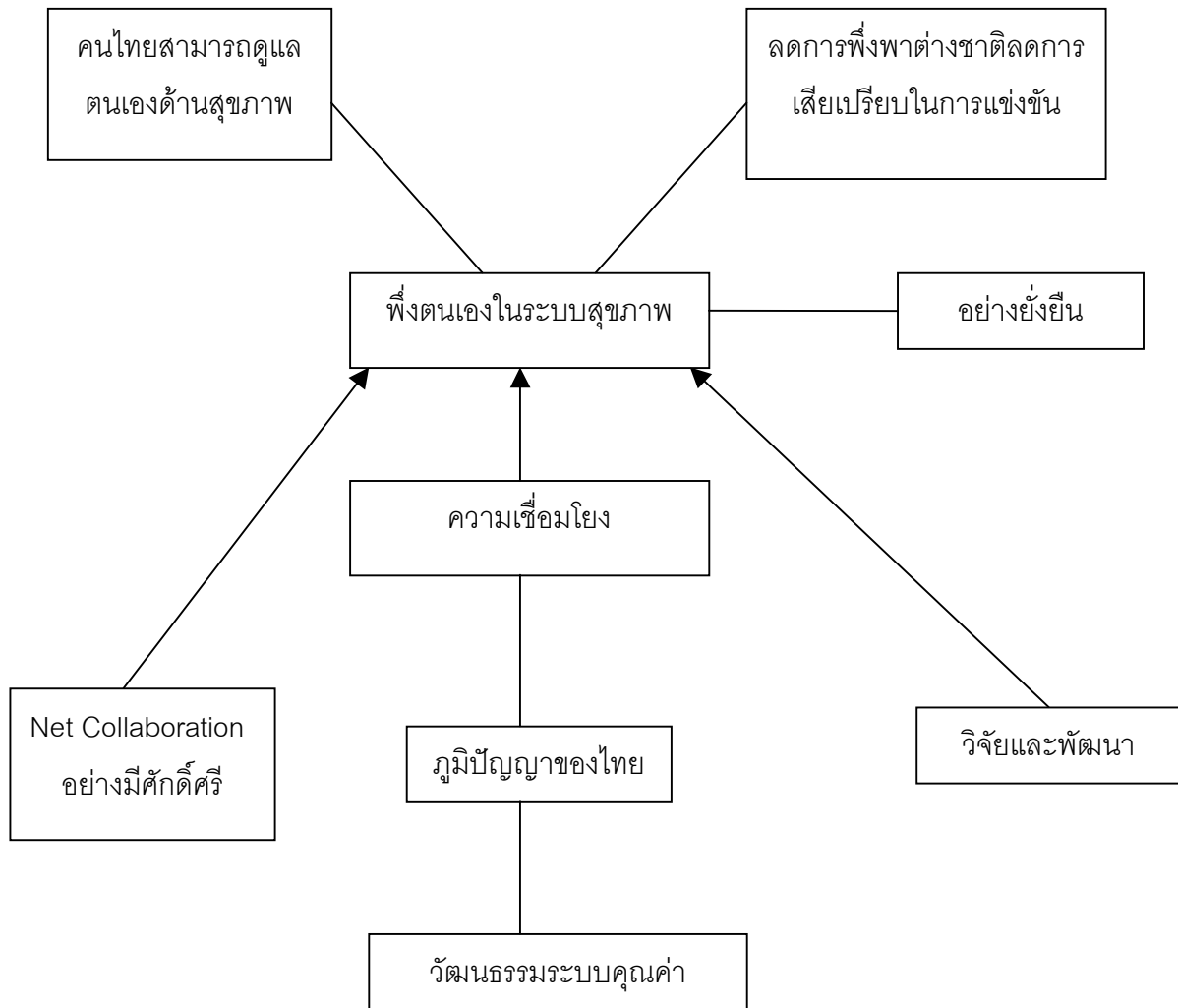
การบริการ

- ขยายและมีการประกันราคาตามใบสั่งแพทย์ และไม่ขายยาในคลินิก
- ผู้จ่ายยาต้องมีจริยธรรมในการจ่ายยา เช่น ยา Prescription, Antibiotic
- การขายยาต้องมีการสอบถามรายละเอียด เปิดทางเลือกผลิตภัณฑ์ เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดและใช้ยาฟุ่มเฟือย
- สถานบริการทุกระดับต้องมีมาตรฐานที่ดีในการบริการ เมืองค์กรมาคอยควบคุมดูแล
- ผู้บริโภคมีสิทธิเลือกโดยสถานบริการ ต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริง โปร่งใส

การเผยแพร่และการสร้างเครือข่ายข้อมูล

1. เมืองค์กรที่ทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนทุกระดับรับรู้
 - ผลิตภัณฑ์มีปัญหา - เปิดเผยแพร่
 - ถึงระดับชุมชน
 - ผ่านสื่อต่าง ๆ - TV แชนท็องเทียว , วิทยุ
2. ประชาชนควรมีสมนับันที่สุขภาพประจำตัวแสดงเมื่อไปใช้บริการด้านสุขภาพ
3. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักในหน้าที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง
4. ร้านยาควรเป็นเครือข่ายขององค์กรข้อ 1 ด้วย เช่น บริการตอบปัญหาเรื่องยา
 - Hot Line Pharmacy (สายตรงปัญหา)
 - ที่ร้าน ฯลฯ
5. ควบคุมไม่ให้คลินิกจ่ายทางไปรษณีย์หรือ Internet เพราะทำให้เกิดโทษจากการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง , ผู้ป่วยเบาหวาน , ยาที่รับประทานตามอาการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาความรู้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิในการพึ่งตนเอง



1. สร้างความเชื่อมโยงของปัจจัยในการสร้างความสามารถพึ่งตนเองไปสู่จุดหมาย
 - การถ่ายทอดแบบยั่งยืน
 1. มีตำราหลักของภูมิภาค
 2. การสร้างหลักสูตรให้เป็นสากลมาตรฐาน
 3. มีการพัฒนาภูมิปัญญาไทยไปสู่ผลิตภัณฑ์ที่สามารถเชิงพาณิชย์
 - มีมาตรฐานสากล
2. สร้างระบบคุณค่าวัฒนธรรมไปสู่ปัจจัยที่เอื้อต่อการพึ่งตนเองในระบบสุขภาพ
 - เปลี่ยนแปลงค่านิยมของเกษตรกรไทยไปสู่กรอบแนวคิดใหม่ที่มีเป้าหมายของการพึ่งตนเอง
 - เปลี่ยนแปลงค่านิยมของแนวร่วมไปสู่กรอบแนวคิดที่มีเป้าหมายการพึ่งตนเอง
 - สร้างค่านิยมที่ถูกต้องในการบริโภค เช่น ความเหมาะสม พอเพียงในการบริโภค
 - รักษาสิทธิ หวงแหน เห็นคุณค่า ของภูมิปัญญาไทย

3. การวิจัยและพัฒนา

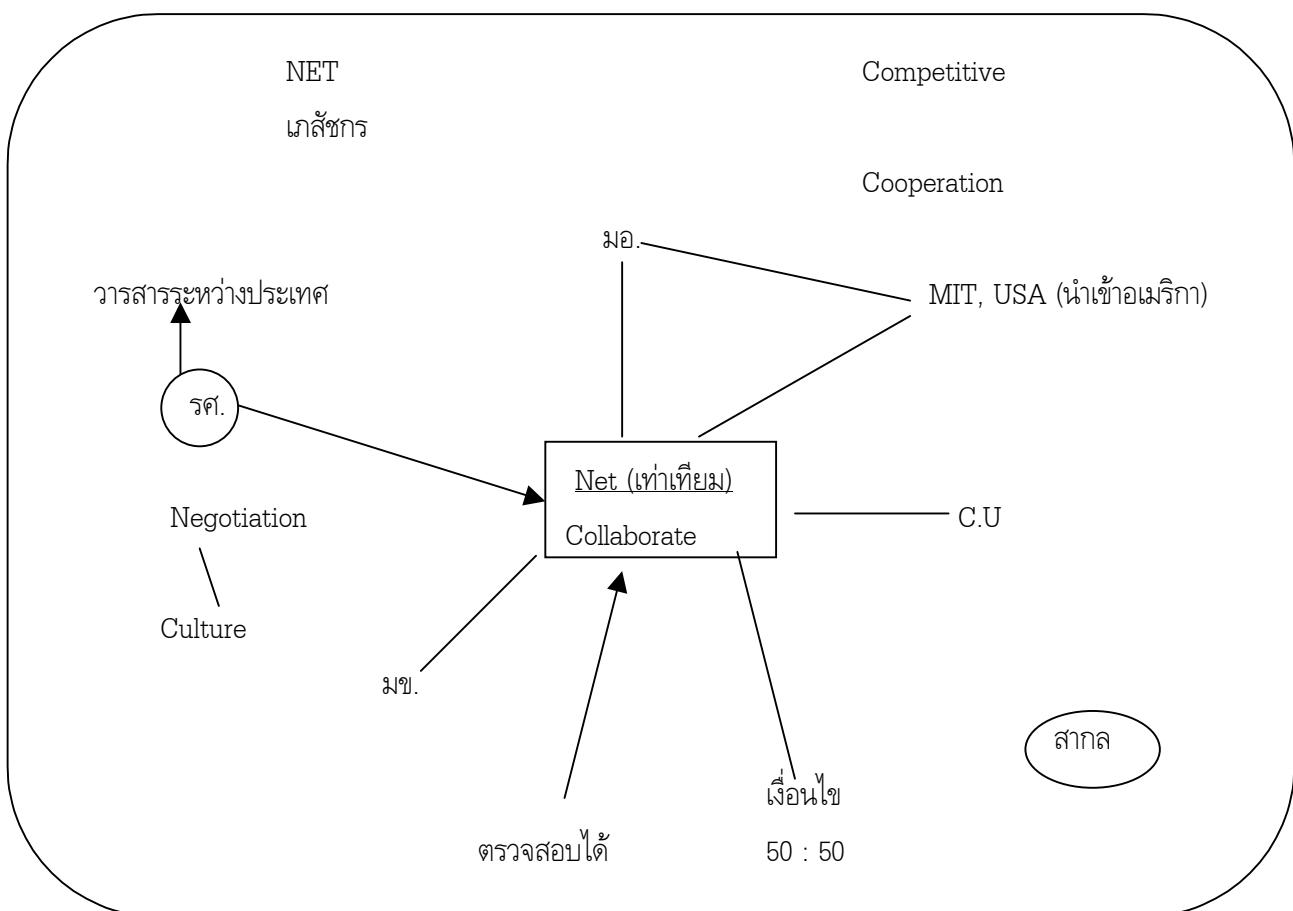
1. สร้างนักวิจัยไทยพันธุ์ใหม่ที่มีเจตคติ อุปนิสัยจริงจัง ไม่ฉาบฉวย มุ่งมั่นที่จะค้นหาคำตอบที่ถูกต้อง เพื่อพึ่งตนเอง
2. มีการทำงานเป็น Team work ที่ดี (1+1 มากกว่า 2) หรือปรับโครงสร้างหรือระบบให้เอื้อต่อข้อ 1,2,4,5 ด้วยมาตรการทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม กฎระเบียบ

4. ภูมิปัญญาไทย

- สร้างภูมิปัญญาไทยจากคุณค่าของทรัพยากรไทย

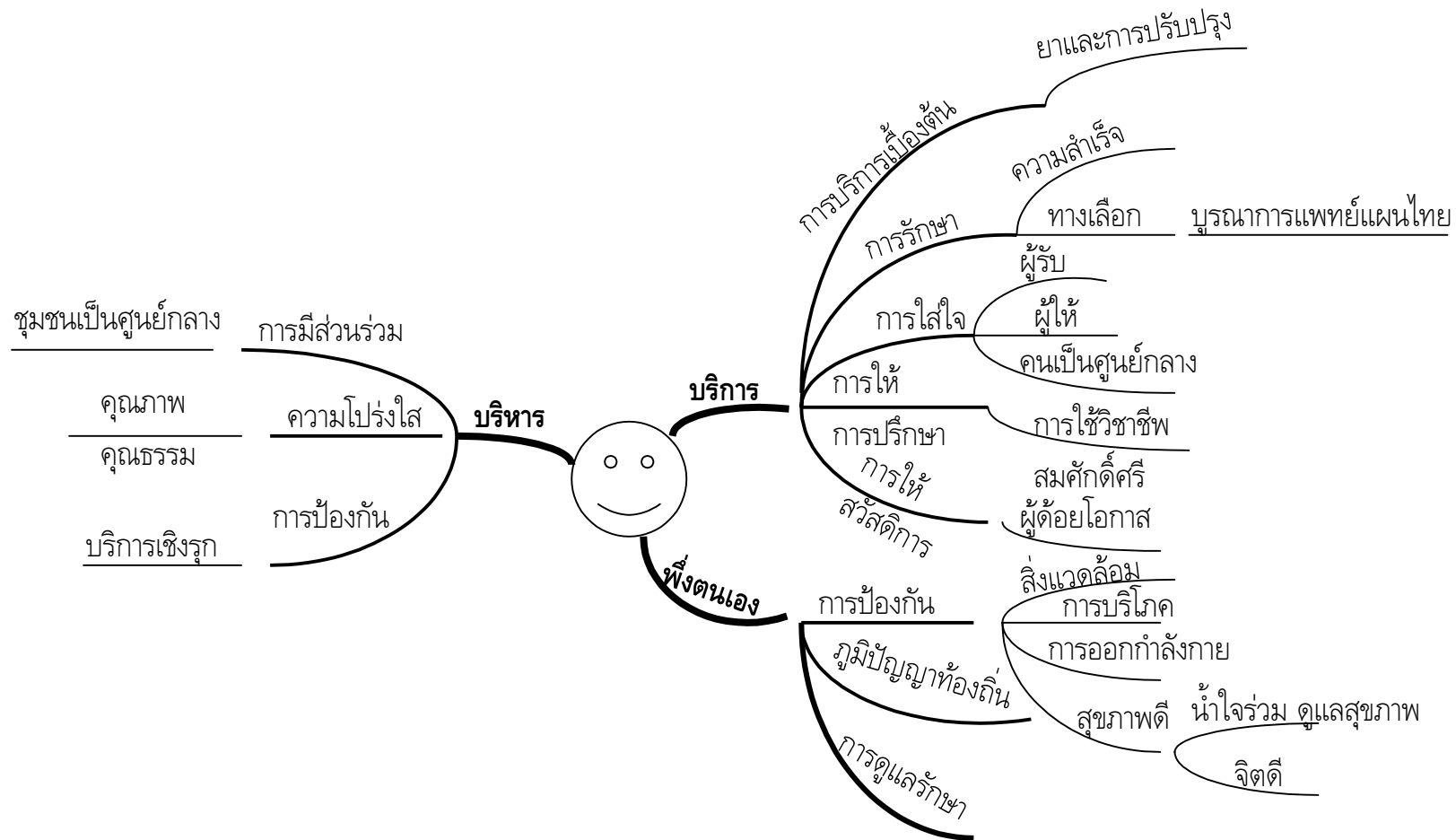
Net Collaboration

1. นโยบายคนไทยใช้ยาของไทย
2. การวิจัยพัฒนา
3. สร้าง Demand ยาไทย ภูมิปัญญาไทย อย่างเพียงพอ
4. เครือข่ายข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง เช่น ผู้มีโภชนาการ สื่อต่าง ๆ เป็นต้น
5. การปลูก การผลิต ของสมุนไพรครบวงจร

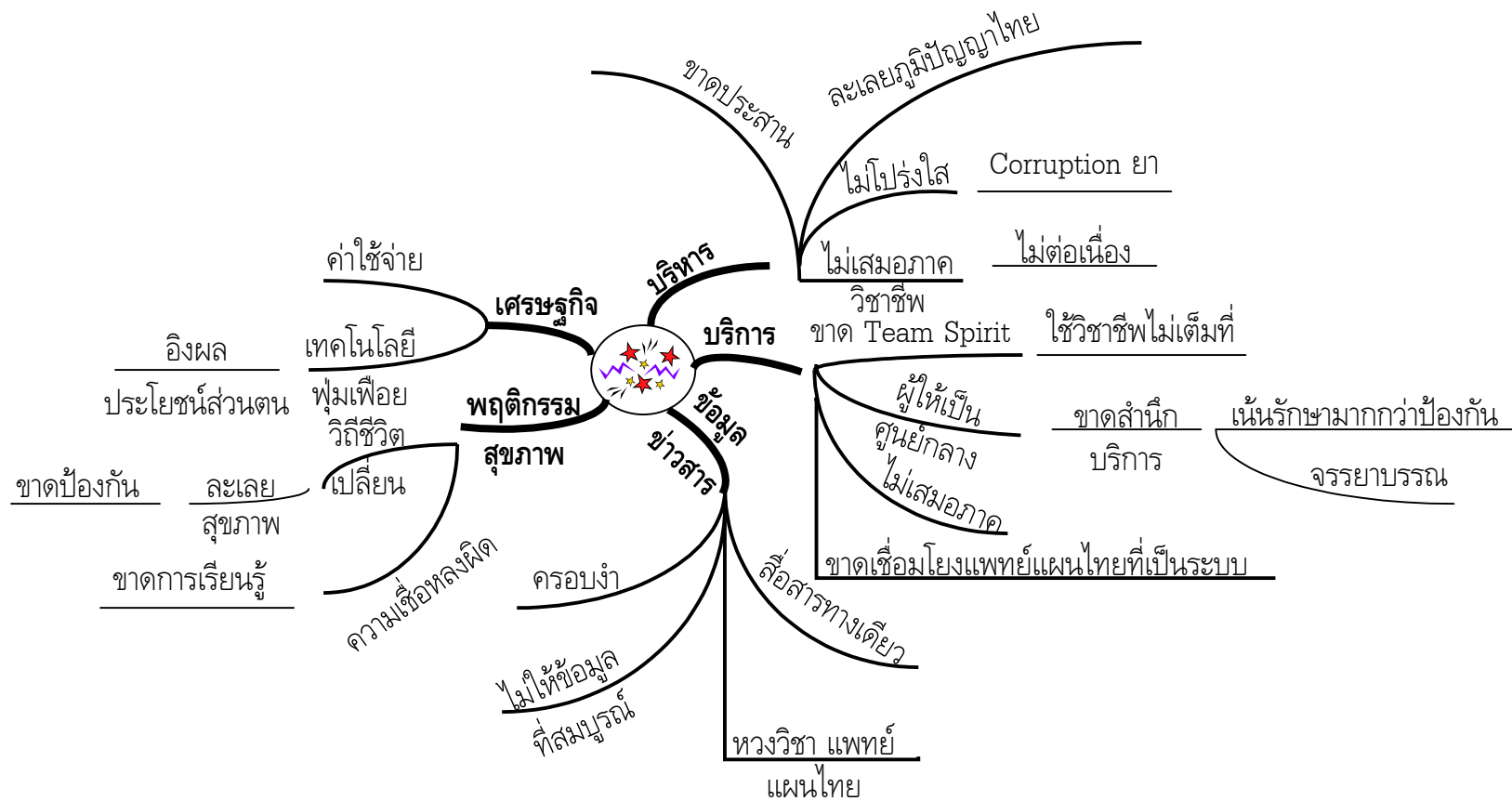


สรุปรายละเอียดรูปภาพในการประชุมของภาคใต้

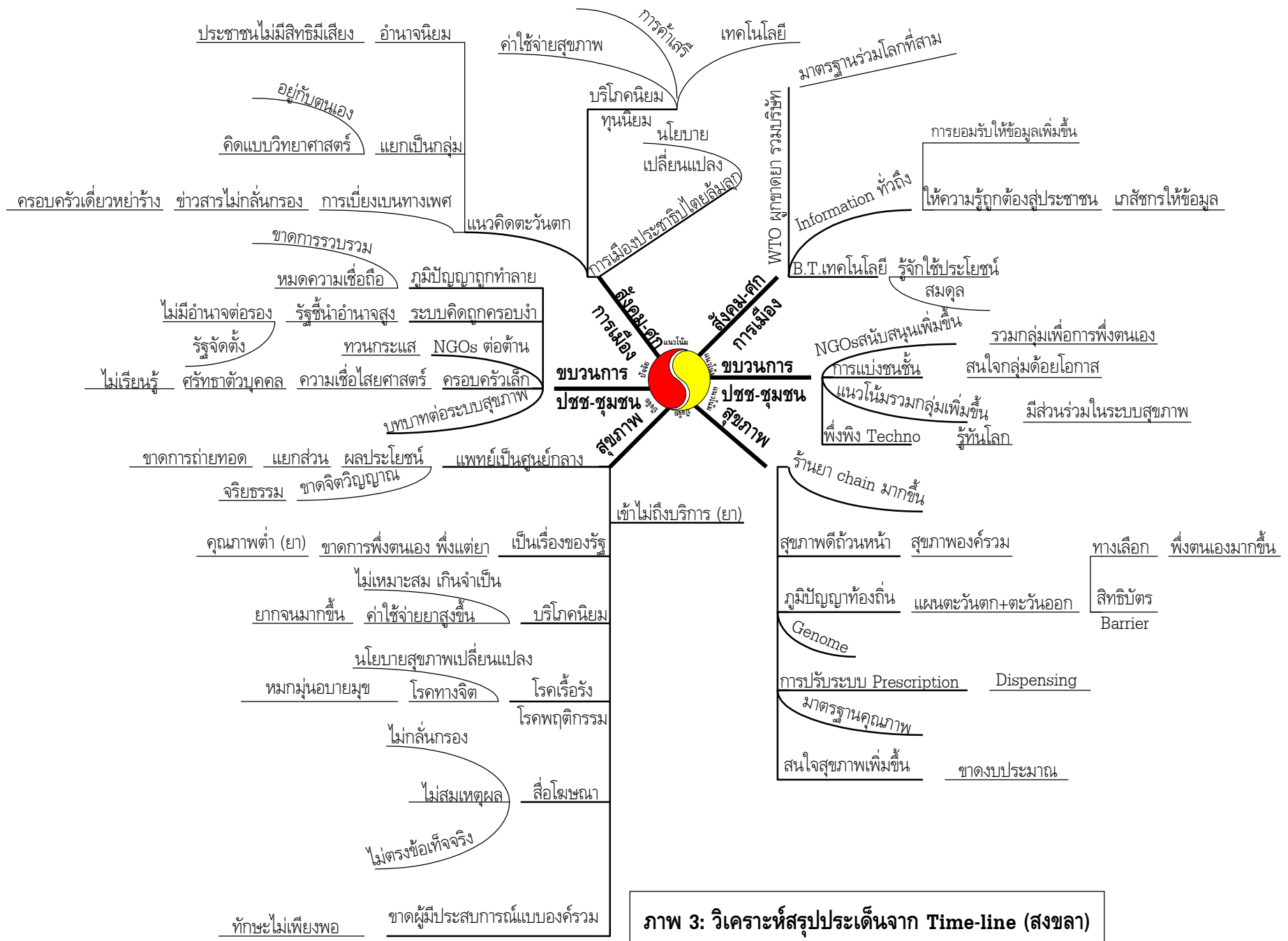
	หน้า
ภาพที่ 1 ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ	315
ภาพที่ 2 ความเสียใจในระบบสุขภาพ	316
ภาพที่ 3 วิเคราะห์สรุปประเด็นจาก Time line	317
ภาพที่ 4 Mind map A: ปัญหาในระบบสุขภาพ	318
ภาพที่ 5 Mind map B: วิธีคิดใหม่ในระบบสุขภาพ	319
ภาพที่ 6 Mind map C: วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ	320
ภาพที่ 7 Mind map D: วิธีคิดเก่า-ใหม่ในระบบสุขภาพ	321
ภาพที่ 8 Mind map E: ปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อปฏิรูปสุขภาพ.....	322

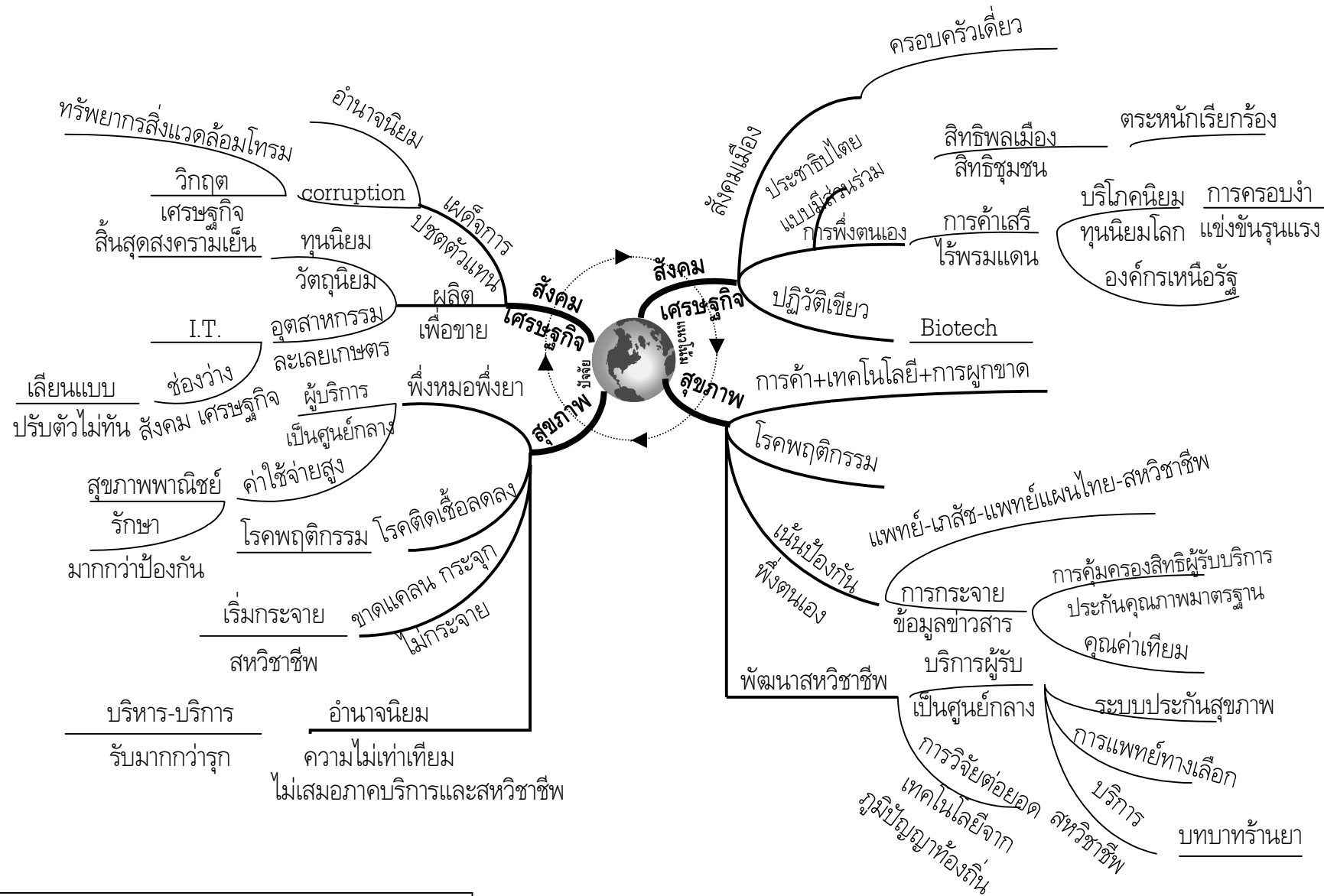


ภาพ 1: ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ (สงขลา)

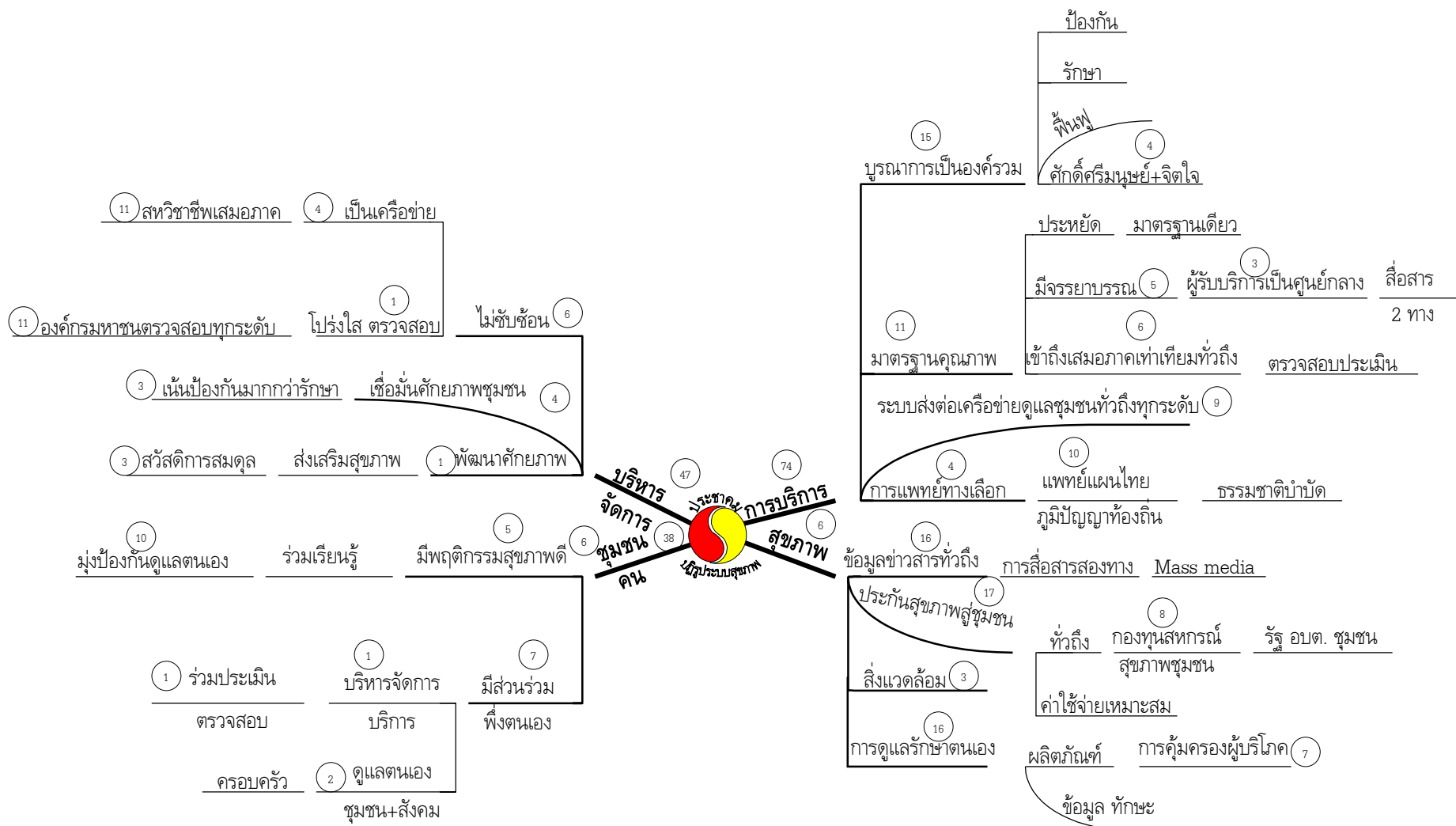


ภาพ 2: ความเสียใจในระบบสุขภาพ (สงขลา)

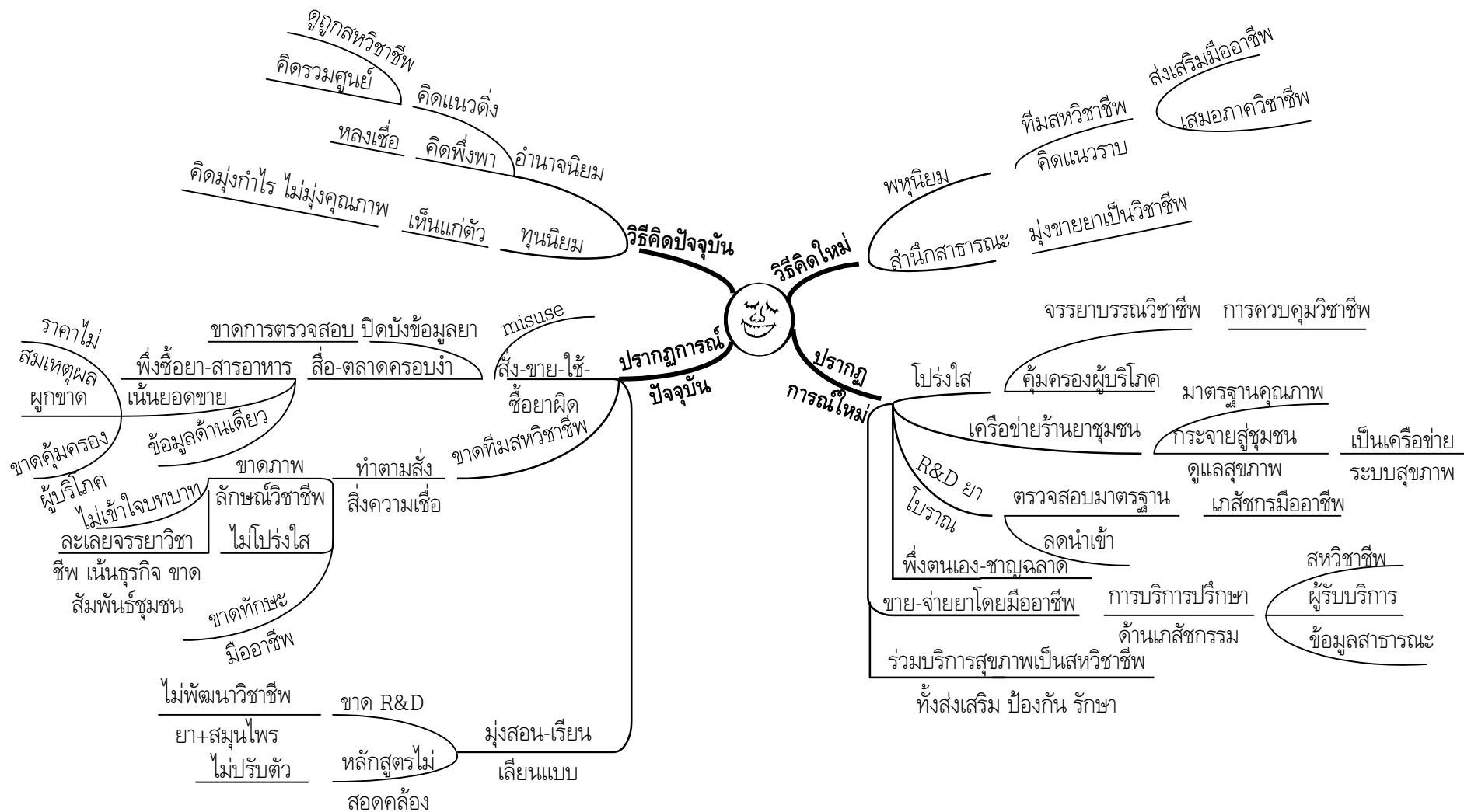




Mind-Map A: ปัญหาในระบบสุขภาพ (สงขลา)



Mind-Map C: วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ (สงขลา)



Mind-Map D: วิธีคิดเก่า-ใหม่ในระบบเภสัชกรรม (สงขลา)

ภาคผนวก ข

รายงานการประชุม

โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเกษตรกร สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

รวม 4 ภาค

	หน้า
รายชื่อคณะทำงาน	324
กำหนดการประชุม	325
ปฏิรูปการปฏิรูป	327
กระบวนการสัมมนา	328
รายละเอียด Time line	329
หยั่งรู้-หยั่งเห็น	342
วิสัยทัศน์ของประชาคมเกษตรกร 4 ภาค สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ	348
ปัจจัยและแนวโน้ม	365
ผลสรุปจาก Mind map	368
ข้อเด่นของแต่ละภูมิภาค	371
กระบวนการคิด	373
ยุทธศาสตร์ของวิสัยทัศน์ สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ	379
Mind map ภาพรวม 4 ภาคจากการนำเสนอ	388

รายชื่อคณะกรรมการ

ชื่อ-สกุล	สถานที่ทำงาน	
1. เกลี้ยงกร ดทา บัณฑิตานุกูล	ร้านเรือนยา กรุงเทพมหานคร	ประธานคณะกรรมการ
2. ผศ.ดร.เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะกรรมการ
3. ผศ.ดร.รุ่งพีพร สกุนบำรุงศิลป์	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะกรรมการ
4. รศ. พรทิพย์ เชื้อมโนชาญ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	คณะกรรมการ
5. อาจารย์ อรรถพล ศรีเลิศล้ำวาณิช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการ
6. อาจารย์ ทิพาพร กาญจนราช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการ
7. อาจารย์ กรแก้ว จันทภาษา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะกรรมการ
8. คุณแก้วตา เหล่าสันติสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	คณะกรรมการ
9. คุณยุคลพร วารินทร์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	คณะกรรมการ
10. คุณสุรพงษ์ สุขหนองขำ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	คณะกรรมการ
11. คุณวรารักษ์ นิ่มนวล	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะกรรมการ
12. ผศ. ระพีพรรณ นลองสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	คณะกรรมการและเลขานุการ
13. เกลี้ยงกรหญิง พัชรภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร	55/59 ถ.พระราม 2 กรุงเทพมหานคร 10150	คณะกรรมการและเลขานุการ
14. อาจารย์ สุนทรี วัชรดำรงกุล	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะกรรมการและเลขานุการ

กำหนดการ

โครงการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของเภสัชกร 4 ภาค สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ
ระหว่างวันที่ 6-8 กรกฎาคม พ.ศ.2543 ณ โรงแรมพาวีเลียน ริมแคว รีสอร์ท จ.กาญจนบุรี

วันพฤหัสบดีที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2543

- 18.00-19.30 น. รับประทานอาหารเย็น
- 19.30-20.30 น. บรรยายพิเศษ “บทบาทของประชาคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ”
โดย นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสาธารณสุข
- 20.30 น. พักผ่อนตามอัธยาศัย

วันศุกร์ที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2543

- 7.00-8.30 น. รับประทานอาหารเช้า
- 8.30-11.00 น. การวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ในอดีต-ปัจจุบัน และอนาคตที่จะเกิดขึ้น
- 11.00-12.00 น. การทำความเข้าใจสภาพการณ์และความสัมพันธ์ของสภาพการณ์ในกรอบความคิดเก่า-ใหม่ และผลที่เกิดขึ้น
- 12.00-13.30 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.30-14.00 น. นำเสนอระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ วิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ การปฏิรูประบบสุขภาพจาก 4 ภูมิภาค โดย
ภก.คทา บัณฑิตานุกูล ตัวแทนสภาเภสัชกรรม
- 14.00-15.00 น. วิพากษ์ และระดมสมอง
- 15.00-17.30 น. ระดมสมองเน้นประเด็นเฉพาะ
- 1) บทบาทของระบบเภสัชกรรมท่ามกลางเทคโนโลยีและเศรษฐกิจแบบใหม่
 - 2) การพัฒนาระบบเภสัชกรรมแบบผสมผสาน
 - 3) การประกันสุขภาพ/กองทุนสุขภาพชุมชน
 - 4) การสร้างความเข้มแข็งของภาคีปฏิรูประบบสุขภาพ
 - 5) เครือข่ายสหวิชาชีพ
 - 6) การกระจายอำนาจส่วนราชการ-อย.
 - 7) การปรับกระบวนการทัศน์/วิธีคิดของสังคมในเรื่องสุขภาพ
- 17.30-18.00 น. พักผ่อนตามอัธยาศัย
- 18.00-19.30 น. รับประทานอาหารเย็น
- 19.30-20.30 น. บรรยายพิเศษ “กรอบวิสัยทัศน์ใหม่ สำหรับสังคมใหม่เพื่อการพึ่งตนเอง” โดย นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร
- 20.30 น. พักผ่อนตามอัธยาศัย

วันเสาร์ที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ.2543

7.00-8.30 น.	รับประทานอาหารเช้า
8.30-12.00 น.	วิพากษ์ข้อเสนอในเชิงยุทธศาสตร์ที่เป็นรูปธรรมเพื่อนำไปปฏิบัติ
12.00-13.30 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13.30 น.	เดินทางกลับกรุงเทพมหานครและทำอากาศยานดอนเมืองโดยสวัสดิภาพ
หมายเหตุ	อาหารว่างบริการในระหว่างการประชุม

ปฏิรูปการปฏิรูป

โดย ทวีศักดิ์ นพเกษร

สังคมไทยกำลังมีกระแสปฏิรูปเกิดขึ้นในแวดวงต่างๆ เริ่มจากการปฏิรูปการศึกษา การปฏิรูปการเมือง และกำลังไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ การปฏิรูปทั้งหลายที่เกิดขึ้นและกำลังเกิดขึ้น เน้นไปที่การใช้กฎหมายกำหนดให้เกิดการปรับเปลี่ยนหรือปฏิรูปโครงสร้าง กระบวนการทำงานและพฤติกรรมการทำงาน เช่น การปฏิรูปการศึกษา โดย พรบ.การศึกษาแห่งชาติ การปฏิรูปการเมืองโดยรัฐธรรมนูญใหม่ การกระจายอำนาจโดย พรบ.กำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจ และการปฏิรูประบบสุขภาพที่กำลังมุ่งไปที่การออก พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

การปฏิรูปทั้งหลายดังกล่าวยังขาดการใช้แนวคิดและวิธีการทางสังคมวิทยา มนุษยวิทยาและเทคโนโลยีทางสังคมเพื่อนำการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพ เช่น การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ (กรอบวิธีคิด) แบบอำนาจนิยมเป็นพหุนิยม การเปลี่ยนระบบคุณค่าอาวโสและการอุปถัมภ์ไปสู่ระบบคุณค่าสาธารณะ การเปลี่ยนสำนักอำนาจนิยม-พึ่งพา (สำนักมูลนาย-ไพร่) ไปสู่นักพลเมือง

ด้วยเหตุดังกล่าว เราจึงมีนักประชาธิปไตยแบบชั้นนำ กต.และศาลรัฐธรรมนูญอำนาจนิยม สมาชิกวุฒิสภาจากรัฐธรรมนูญใหม่แต่มีสำนักเจ้าขุนมูลนาย การปฏิรูปการศึกษาที่มุ่งขยายปริมาณมากกว่าให้ปัญญา การเลือกตั้ง สว.หลายรอบเพราะคนเลือกยังมีสำนักไพร่ติดตัว และพรรคการเมืองที่เป็นคนเก่าแอบอ้างว่าคิดใหม่ทำใหม่ ทั้งหมดทั้งปวงนี้เปรียบเสมือน นำวิญญาณเก่ามาสิงร่างใหม่ และเป็นคำตอบสำหรับคำถามว่าทำไมการนำรูปแบบต่าง ๆ จากประเทศพัฒนาแล้วมาใช้ในประเทศไทย จึงล้มเหลว ได้ผลเพียงการทันสมัยแต่ไม่พัฒนา เหมือนชาวนาโปลี ชาวสวนซีปรีอัส

ปัญหาทั้งหลายที่ต้องการปฏิรูป เช่น การศึกษา การเมือง การกระจายอำนาจ การงบประมาณ กระบวนการยุติธรรมและตำรวจ ล้วนมาจากรากเหง้าทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยา ไม่ก็ราก ซึ่งล้วนมีอยู่ในผู้สร้างปัญหา ผู้ที่ทุกข์จากผู้สร้างปัญหา ผู้แก้ปัญหาคือ รากอำนาจนิยม รากระบบอุปถัมภ์ รากบริโภคนิยม ซึ่งต้องเปลี่ยนไปเป็นรากพหุนิยม (นิยมคุณค่าของความแตกต่างหลากหลาย) รากระบบคุณธรรม รากอรรถนิยม (คุณค่าแท้) นักปฏิรูปหลายคนยังคงมุ่งมั่นปฏิรูปโดยลืมนึกถึงวิธีคิด และระบบคุณค่าภายในของตนและผู้คนในสังคมเสียก่อน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ ต้องให้โอกาสแก่ตนเองและคนทั้งสังคมในการเรียนรู้ร่วมกันกับความแตกต่างหลากหลาย ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมและเทคโนโลยีทางสังคมต่าง ๆ หากปิดกั้นตนเองก็เท่ากับกำลังใช้อำนาจปฏิรูป อำนาจนั้นเองนำไปสู่ความโง่เขลาและการด้อยโอกาสทางปัญญา จึงเป็นการปฏิรูปเพื่อสร้างปัญหาและความสับสน

กระบวนการสัมมนา

ให้กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม Future Search Conference (F.S.C.) โดยมี Facilitator เป็นผู้
นำกระบวนการ

บทบาทผู้ร่วมสัมมนา

- ร่วมให้ข้อมูล ประสพการณ์แก่ผู้อื่น
- ร่วมรับฟังข้อมูลประสพการณ์ของผู้อื่น
- ร่วมทำงานในกลุ่มตามลำดับขั้นตอนที่ Facilitator มอบหมาย
- ร่วมบริหารเวลาตามที่กำหนด
- ร่วมค้นหาประเด็นความเห็นร่วมของกลุ่ม เพื่อทำงานให้สำเร็จ
- ร่วมกำหนดอนาคตที่พึงปรารถนาสอดคล้องสถานการณ์ และแนวทางสู่วิสัยทัศน์

รายละเอียด Time line

1. การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง-เศรษฐกิจ-สังคม ของโลก

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
- สงครามเย็น - ระบบสังคมนิยม กำลังรุ่งเรือง มีความเคลื่อนไหวอย่างมาก - สหรัฐ, รัสเซีย แสวงหาพันธมิตร สะสมอาวุธสงคราม ปฏิบัติการ สงครามจิตวิทยา(ชวนเชื่อ)	- อพอลโล13 - บุปผาชน เพลงร็อก +ยาเสพติดต่อต้านสงคราม	- ผู้ฝึกไฟ้ระบบสังคม นิยมเริ่มหันกลับสู่ระบบเดิม ชั่วคราว และถูกปลดปล่อยเพื่อมุ่งหาแนวทางใหม่	- ยุคข้อมูลข่าวสาร - คอมมิวนิสต์ล่มสลาย - ทุนนิยม - ตะวันตกเรียนรู้ตะวันออกมากขึ้น	- โลกแคบลง - เทคโนโลยี (Technocat) - โลกรวมเป็นหนึ่งเดียว (Globalization) - Free Trade Area (AFTA, GATS) - ค่านิยมเน้นความรวย > ความดี - อาหารตัดต่อพันธุกรรม - ค่านิยมเรื่องอาหารเสริมบูม มาก - วิฤติเศรษฐกิจ - U.S.A. ต้องการเป็น	- ปัญหาสิ่งแวดล้อม - มลพิษ - เศรษฐกิจ-สังคมน่าจะเป็นแบบเดียวกันทั่วโลกเพราะข้อมูลข่าวสารดี - ปัญหาสิทธิมนุษยชน - ใช้ความรู้เพื่อทำลายสิทธิความเป็นคน - เภลัชกรรมผสมผสานเน้นการพึ่งตนเอง - สังคมมีการแบ่งแยก - ภาครัฐระบบสังคม - การกีดกันทางการค้าจะมีเพิ่มขึ้น

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
				ตำรวจโลกโดยอาศัย การที่ตนเป็น ประเทศมหาอำนาจ - กลุ่มประเทศตะวันตก ครอบงำประเทศ โลกที่ 3 - กลุ่มมหาอำนาจโลก ใช้ความได้เปรียบ ทางเศรษฐกิจเข้ามา จัดระเบียบโลกใหม่ แทรกแซงกิจการ ภายในประเทศโลกที่ 3 - ประเทศที่ควบคุม เศรษฐกิจโลกบิด เบือนข้อมูลที่เป็น ความจริงต่อสุขภาพ (GMO)	- ทุนนิยมเป็นใหญ่ - การใช้เทคโนโลยีเป็น เครื่องมือทาง เศรษฐกิจและการ เมือง - เกิด technological barrier ในการแข่ง ขันระหว่างประเทศ สังคม - โลกก้าวสู่การแบ่ง แยกที่ชัดเจนระหว่าง ประเทศรวยและจน จนต้องอยู่ในภาวะ การขึ้นต่อทั้งด้าน เศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒน ธรรม - เทคโนโลยีการแพทย์ มีการพัฒนาขึ้นทำให้

2500	2510	2520	2530	2540	แนวน้
					เกิดการทำหายกร ละเมิดต่อความเป็น มนุษย์ - Co-operation - หาทางสายกลาง

2. การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมของไทย

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
- ปฏิบัติ - เติบโตการครองเมือง - ยุค “ข้าพเจ้าของรับ ผิดแต่ผู้เดียว” - สังคมไทยถูกรอบ กังของผู้มีกำลัง - องค์การครอบโลกตั้ง นิยาม“ความยากจน ใหม่ให้ประเทศกำลัง พัฒนา→ไทยรับ นิยามนี้เต็มที - คอมมิวนิสต์ - สังคมเกษตรกรรม ครอบครัวยุคใหญ่ - การปกครองแบบ เติบโตการ - เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางการเมืองโดย	- 14 ต.ค.16 - 6 ต.ค.19 - ประชาธิปไตยแบ่ง บาน - ถูกขึ้นนำโดยประเทศ มหาอำนาจ - กระแสกลัว คอมมิวนิสต์ ผู้มี ปัญญาทางโลก ถูก ใส่ความทางธรรม - สังคมเกิดความกลัว ที่จะพูดหรือคิด - ประชาชนจะไม่ได้ รับ ข่าวสาร - สื่อมวลชนถูกปิดกั้น เกิดภาวะถดถอยทาง ปัญญา - การศึกษาสอนให้เชื่อ	- ค่าเงินบาท - เจ้าหน้าที่รัฐ มี อำนาจ ออกระเบียบ เพื่อประโยชน์ตนเอง - สังคมไทยถูกย้ายี ทางการเมืองใช้ อำนาจทหารปฏิบัติ บ่อย การเมืองต้อง เริ่มนับ 1 ใหม่หลาย ครั้ง	- พฤษภาทมิฬ - ทุนนิยมผูกขาด - การเมืองน้ำเน่า - องค์การรัฐต่างปฏิบัติ ไม่สามารถนำมาประสาธ นกันได้ - ฟุ้งเฟ้อฟุ่มเฟือย - ตลาดหุ้นฟุ้ง - คนถูกมอมเมาด้วย ความสะดวกสบาย - ถดถอยทางปัญญาครอบ สองเพราะคอยแต่จะซื้อ เทคโนโลยีจากคนอื่น การศึกษาสอนให้ใช้ เทคโนโลยีเป็นแต่สร้าง เองไม่ได้ - พฤติกรรมการบริโภคที่ เกินความจำเป็น	- IMF - เงินบาทลอยตัว ค่า ครองชีพสูง - ต่างชาติครอบงำ รัฐ ธรรมนูญฉบับใหม่ - Good governance - ธุรกิจ “อาหารเสริม” ทำให้เศรษฐกิจปั่น ป่วน - พรบ.ข้อมูลข่าวสาร - พรบ.ยา สิทธิผู้ บริโภค - รัฐบาลขาดความเป็น ผู้นำ - การกระจายอำนาจ รัฐสู่ท้องถิ่น อบต.มี การโง่กินที่ท้องถิ่น มากขึ้นแทนรัฐบาล	- เศรษฐกิจพอเพียง - องค์การ ชุมชน ท้อง ถิ่น มีบทบาท ↑ - ประชาชนจะเป็น ใหญ่ในแผ่นดิน - ลุ่มๆ ดอนๆ ต่อไป ถึงแม้จะมีความ พยายามจะทำให้เป็น เศรษฐกิจพอเพียง แต่ยาก - มีมือปทุกัน - การครอบงำ ปชช.จะมี ความซับซ้อนยิ่งขึ้น ปชช. จะเบื่อการเมือง - คนมีเงิน มีอำนาจ มี เกียรติ - มีการโง่กินที่ท้อง ถิ่น มากขึ้นแทนรัฐ

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
รัฐชี้้นำให้เกษตรกรหันมาผลิตเพื่อการส่งออกเป็นการทำลายป่าไม้เพื่อให้ได้มาซึ่งพื้นที่ปลูกพืชชนิดต่างๆส่งออก - ระบบคอมมูน	โดยไม่ต้องตั้งคำถามเพราะง่ายต่อการปกครอง		- แข่งขันกันตั้งแต่อยู่ในท้อง	กลาง - การจัดตั้งรัฐบาลอาศัยผลประโยชน์ทางการเมืองเป็นหลัก มิใช่มาจากผลประโยชน์ของประช - ประชาชนไม่รู้สิทธิตน - ข้าราชการส่วนใหญ่หลงอำนาจเก่า - รัฐให้ความสำคัญกับประเทศมหาอำนาจทางเศรษฐกิจมากกว่าเป็นห่วงสุขภาพของคนไทย เช่น กรณี GMO	บาลกลาง - คาดว่าการเมืองจะต้องอาศัยผลประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก แต่ยากมากๆ - สังคมจะว่าเหวเพราะจะคุยกันพบปะกันโดย E.mail/internet - ปฏิรูปสังคม - ครอบครัแตกสลาย - ยาบ้าครองประเทศ

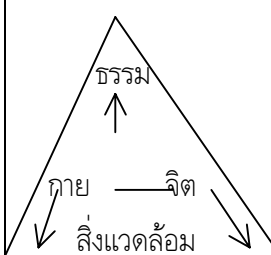
3. การเปลี่ยนแปลงของระบบเภสัชกรรม/ระบบยา (แผนปัจจุบัน – แผนไทย – พื้นบ้าน)

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
- สมุนไพร - แพทย์แผนไทย(กำลังถูกลืม) - ยาพื้นบ้านกลายเป็นสิ่งผิดกฎหมาย - ทำให้คนช่วยตัวเองสุขภาพจะแข็งแรง - เภสัชกรรมสมาคม	- พรบ.ยา - ควรแยกสิทธิหน้าที่ให้สมบูรณ์แบบตามวิชาชีพ - เภสัชกรชุมชนเริ่มเป็นปีกแผ่น (2516)	- หนึ่งขายยา - กองทุนยา - ยาชุดระบาด - ยาของระบาด - บทบาทเภสัชกรชุมชนเริ่มชัดเจน - ยุคธุรกิจโรงพยาบาลเฟื่องฟู	- ยาแผนปัจจุบัน - ยาม้า→ยาบ้า - เภสัชใช้ทุน (2532) - ถูกบังคับให้รับสิทธิบัตรยา - ธุรกิจยา+อาหารข้ามชาติมีผลประโยชน์ - แข่งหน้าธุรกิจค้าอาวุธ - สถาบันแพทย์แผนไทย (25%) - สภาเภสัชกรรม (2540)→สมุนไพรเริ่มรุ่ง - พัฒนามาตรฐานระบบเภสัชกรรม - Pharmaceutical Care เริ่มเข้ามา	- ฟังตนเอง - ร้านยามีบทบาทมากขึ้น - การจัดอบรมบุคลากรร้านขายยา - ฟังร้านยามากขึ้น (เศรษฐกิจตกต่ำ) ยาถูกยึดเยียดให้ใช้โดยบริษัทยาที่มีการใช้ยาที่มากเกินไป - อาหารเสริมสุขภาพ - บริบาลทางเภสัชกรรม (เน้นผู้ป่วย > ตัวยา) - โฆษณาทางสื่อมากเกินไปจริงเป็นข้อมูลผิดๆ - รัฐบาลจะต้องออก	- ยาบ้าครองเมือง - ใช้ระบบข้อมูลทางเทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น - ประชาชนกินยาน้อยลงแต่จะรักษาสุขภาพของตนเอง - ปัญหาการกระจายเภสัชกร - เภสัชล้น (ไม่ต้องใช้ทุน)(ปี 2543) - การดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยผสมผสานการแพทย์แผนไทย/ตะวันตก - แยกอำนาจการสั่งยาและการจ่ายยา - ความสำเร็จ/ล้มเหลว

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
			- (Good Pharmacy Practice) GPP เริ่มเข้ามา - เน้นการคุ้มครองผู้บริโภค↑	กฎหมายออกมารองรับไว้ให้ไว+รวดเร็วมากขึ้น รวมทั้งเภสัชกรจะต้องมีบทบาทในเรื่องนี้ให้มากกว่าเดิม - พ.ร.บ.คุ้มครองภูมิปัญญา - ความตื่นตัวเรื่องภูมิปัญญาชาวบ้าน/พื้นบ้าน - มีกระแสและตื่นตัวในการพึ่งพาผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ - ขายยาทาง internet (Direct sale) - วิฤตเศรษฐกิจ (เกิดตลาดมืดในชุมชนย่อยๆ จำนวนมาก - CHAIN ร้านยาจาก	ขึ้นกับคุณภาพคน การศึกษาและการศึกษาต่อเนื่องจึงมีบทบาทสำคัญ - จรรยาบรรณ/จิตสำนึกผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง - มีการศึกษาวิจัยในเชิงวิชาการเกี่ยวกับสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยมากขึ้น - ความรู้ตำรายาสมุนไพรสูญหายเป็นจำนวนมาก - พอจะเริ่มสนใจจะต่อภูมิปัญญาดั้งเดิม ผู้มีภูมิปัญญาเหล่านั้นก็สูญหาย (เสียชีวิต)

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
				ต่างประเทศเข้ามา - ISO	ต้องสร้างงานให้เกษตรกร - ต้องสร้างงานให้เกษตรกร - แนวโน้มรัฐบาล+ เกษตรกร จะต้องร่วมมือในการสร้างภาพ พจน์+กฎหมายออก มารองรับเรื่องใหม่ๆ ให้มากกว่าเดิม

4. วิวัฒนาการของค่านิยม ความเชื่อ ที่มีผลต่อสุขภาพ

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
- ความครอบงำของ - ชุมชน, ปัจเจกบุคคล รับผิดชอบสุขภาพของตัวเอง - วิทยาศาสตร์การแพทย์ได้เริ่มเข้ามามีบทบาทกำหนดวิธีการคิดวิธีมองสุขภาพของคนให้เปลี่ยนจากเรื่องของธรรมชาติไปสู่เรื่องของศัตรูที่ต้องกำจัด - ลูกมากช่วงสร้างงานความเชื่อผิดๆ ด้านสุขภาพ	- ปัญหาเศรษฐกิจ ข้อจำกัดทางสังคม - ลักษณะครอบครัวเชิงธุรกิจ - ลัทธิ, ศาสนา, ธรรมเนียมปฏิบัติมีอิทธิพล ต่อการดูแลสุขภาพ	- วางแผนครอบครัว - ตามดารา กินเหล้า+สูบบุหรี่เที่ยวกลางคืน - พฤติกรรมการดูแลสุขภาพข้อมูลได้จากคนรอบข้าง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ - สุขภาพเป็นหน้าที่ของรัฐบาล - ดูถูกความเชื่อวัฒนธรรมพื้นบ้าน	- โรคเอดส์ - โรคจากอุบัติเหตุ - บริโภคนิยม - บริโภคยาจากสื่อ TV - โฆษณา ชักจูงให้กินที่ซีมีน, บวดหาย ท้มใจกาโน, ฮีโร่, ป๊อปปี้แคม, โคบาล	- พฤติกรรมสุขภาพ - โฆษณาชวนเชื่อคนโง่เหยื่อคนฉลาด - สิทธิผู้ป่วย - เชื่อในเรื่องอาหารเสริม - เชื่อในเรื่องอาหารเสริม - นิยมอาหารขยะ - ลับสน - ฟังคนอื่นมากกว่าตนเอง - ลิ้ม (ตั้งใจลิ้ม) ภูมิปัญญาเดิม - Hospital .Accreditation - Quality assurance ด้านการ	- สุขภาพองค์รวม Holistic  - สังคมต้องแน่นและเชิดชูคนดี - ความเชื่อโดยไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ยืนยันจะลดลง - คนรวย+คนจน ถูกหลอกให้กินอาหารเสริมมากขึ้น - การป้องกันและ

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
				ศึกษา - ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจทำให้หลงเชื่อโฆษณา, ต่างชาติ ตะวันตก นิยม U.S.A. - เชื่อถือข้อมูลจากต่างประเทศ(ที่เชื่อว่าเป็นประเทศเจริญ) มากเกินไปทำให้เกิดพฤติกรรมในเรื่องสุขภาพที่ผิด - เชื่อถือ-มกมายในไสยศาสตร์มากขึ้น - เชื่อถือโฆษณาทางสื่อวิทยุ TV มากขึ้นโดยปราศจากเหตุผล	รักษาสุขภาพ→ ความมีสุขภาพดีจะเพิ่มขึ้น - คนด้อยโอกาสในสังคมยังถูกละเลยทอดทิ้งต่อไป - ความเฉพาะทาง Specialization ↑ - การแพทย์ทางเลือกจะมีบทบาท - กระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคในมิติต่างๆ จะเข้มข้น+มีพลัง - มาตรฐานจะสำคัญมาก - กระบวนการประกันคุณภาพ - หันมาเห็นคุณค่าของ

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
					ภูมิปัญญาพื้นบ้าน มากขึ้น - การเรียกร้องสิทธิผู้ ป่วย↑ - มีการฟ้องร้อง↑ สุขภาพดีเกิดจากรัฐและ ประชาชนร่วมกัน - องค์กรของรัฐจะต้อง กล้าเผชิญ+กล้าหาญ+ กล้าทำ+กล้าจัดสิ่งไม่ถูก ต้องของประชาชนให้หมด ไป

5. วิวัฒนาการของขบวนการประชาชน และการจัดองค์กรของกลุ่มประชาชนของสังคมไทย

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
- ภาครัฐสกัดกั้นพลังประชาชน - ผู้นำใช้ระบบ “ศาลเตี้ย” เด็ดขาด	- มีการรวมกลุ่มเพื่อระดม กำลังงาน และกำลังทรัพย์ เพื่อสังคม (โดยมีผู้นำกลุ่ม)	- ประชาชนยึดถืออำนาจรัฐ	- รื้อฟื้นองค์กรชาวบ้าน - องค์กรชุมชนเริ่มคานอำนาจ กลุ่มผู้นำชุมชนเดิมที่มาจากระบบถ่ายทอดจากมรดก	- รัฐ + องค์กรชาวบ้าน ↗ NGO ↖ - การรวมกลุ่มมีเรื่องของผลประโยชน์ เข้ามาร่วมด้วย - องค์กรมีหลากหลายกลุ่ม - ให้ความสำคัญต่อภูมิปัญญาท้องถิ่น - ถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่องค์กรองค์กรต่างๆ - มีองค์กรส่วนท้องถิ่นจัดตั้งขึ้นโดยมี กม.มารองรับ เช่น อบต. อบจ. - มีการรวมกลุ่มในท้องถิ่นมากขึ้น เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้นำ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้ใหญ่บ้าน	องค์กรชาวบ้าน → (ประชาคม) ↗ ภาครัฐ ↖ NGOs - ลดการพึ่งพุนจากต่างประเทศ หาความยั่งยืนจากฐานของตัวเอง - มีองค์กรประชาชน 3 แบบ ◆ องค์กรประชาชนของรัฐ (รัฐจัดตั้ง) ◆ องค์กรประชาชนของ NGOs (NGO สนับสนุน) ◆ องค์กรประชาชนของประชาชนเอง ซึ่งมีอยู่

2500	2510	2520	2530	2540	แนวโน้ม
					น้อยนิด องค์กรประชาชนที่มีการเมืองหนุนหลัง - ทางรัฐบาลได้พยายามออก กม.ขึ้นมารองรับกลุ่มองค์กรฯ เหล่านี้มากขึ้น โดยให้การยอมรับต่อกลุ่มผู้นำ แต่เรื่องผลประโยชน์มีการขัดผลประโยชน์มากขึ้น ทำให้องค์กรอ่อนแอลงโดยมาจากการหาผลประโยชน์ใส่ตนมากขึ้น - อิทธิพลของการเมืองต่อองค์กรกลุ่มประชาชน - ในภาพรวมองค์กรประชาชนจะมีคุณภาพและพลังมากขึ้น

หยั่งรู้-หยั่งเห็น

กลุ่มที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกและแนวโน้มที่เป็นไปของกระแสโลก มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพของสังคมไทยอย่างไร

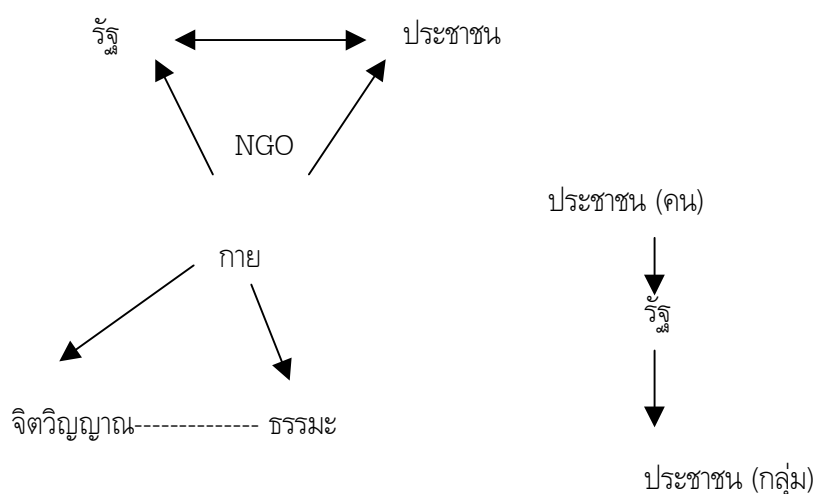
การเปลี่ยนแปลง...โลก	ระบบความคิด	การดูแลสุขภาพของไทย	ดี/ไม่ดี
1. การรับอิทธิพลด้านตะวันตกในด้านการพัฒนาประเทศ, ความทันสมัย, เทคโนโลยี (โดยเฉพาะเทคโนโลยีทางการแพทย์)	- ขอบนอกดีกว่าของไทย - แผนไทย→แผนโบราณ	1. หมอเป็นศูนย์กลางรักษาโรคไม่รักษาคนการพึ่งตนเอง การดูแลตนเอง↓	- สามารถจัดการโรคติดต่อได้ เช่น Polio - การคาดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง เอชไอวี
2. รับอิทธิพลทางด้านวัฒนธรรม - Junk Food - การใช้ชีวิต - แฟชั่น	- ฟุ่มเฟือย วัตถุนิยม - รักสวยรักงาม - ความเบี่ยงเบนทางเพศ - สุขภาพจิต - ความสำคัญของครอบครัว	2. พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น การบริโภค การเสริมสวย เช่น ดูดไขมัน เสริมทรวงอก การผ่าตัดทางเพศ	- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ↑ โดยไม่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพ - ยาเสพติดระบาดเพิ่มขึ้น - สิ่งแวดล้อมอันตรายต่อสุขภาพ
3. Information→Internet on line advertisement	- ถูกครอบงำได้เร็วขึ้น - การแบ่งชนชั้นของมนุษย์	3. การฆ่าตัวตาย เครียด การหย่าร้าง	
4. Biotechnology (Genome/Cloning) อยากให้ Biotech Friendly กับธรรมชาติและเกิดความสมดุล		4. คนชราถูกทอดทิ้ง 5. โรคทางกรรมพันธุ์สามารถรักษาได้	- เทคโนโลยีราคาแพง - ประเทศจนไม่สามารถตรวจสอบทำให้พึ่งพิง - สามารถรักษาโรคบางชนิดเพิ่มคุณภาพชีวิต
		5. โอกาสได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง เหนี่ยวนำให้มีการบริโภคไม่เหมาะสม	

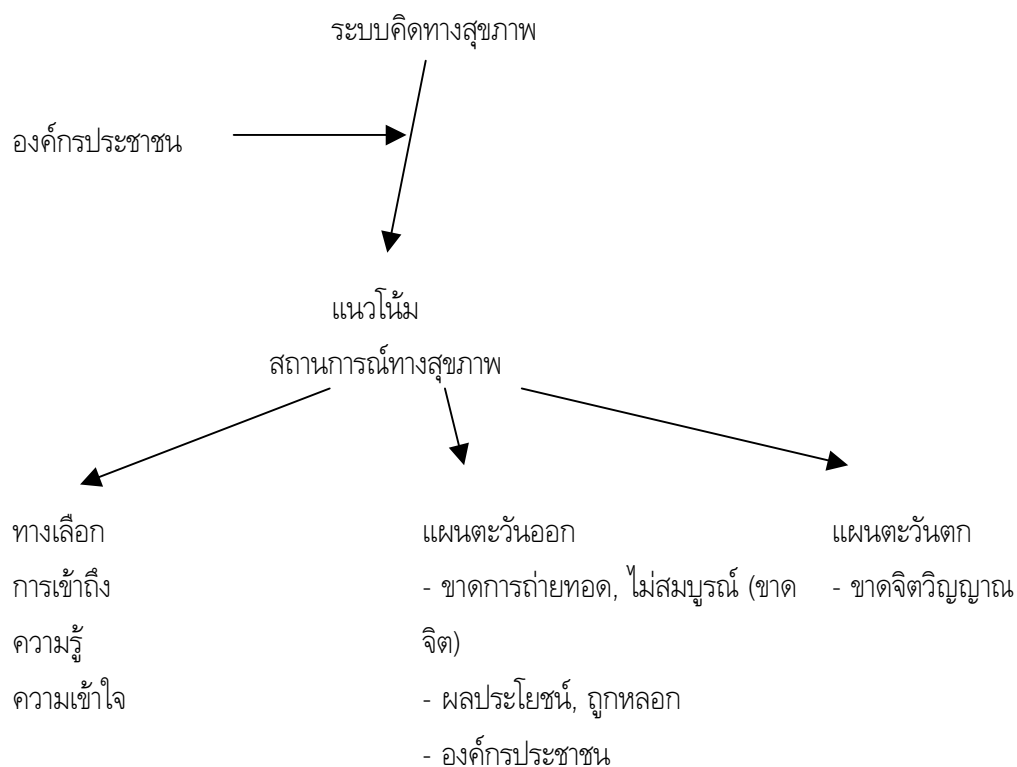
กลุ่มที่ 2 วิวัฒนาการของความคิด ค่านิยม ความเชื่อ ขบวนการของประชาชน รวมถึงแนวโน้มที่จะพบในอนาคตจะส่งผลอย่างไรต่อสุขภาพประชาชน

ปัจจัย	ผลต่อสุขภาพ
▶ ปชช.สนใจสุขภาพตนเอง ↑	▶ โรคทางพฤติกรรม ↑ (อุบัติเหตุ, มะเร็ง, เอชไอวี, CVA)
▶ ข้อมูลหลังไหลสู่ปชช. ↑	
▶ (สื่อโฆษณา, ดารา, บริษัท, นสพ, นักวิชาการ, วิชาชีพ	▶ โรคจากการบริโภค ↑
▶ ความสามารถในการกลั่นกรองข้อมูลของปชช. ↓	▶ ค่าใช้จ่ายการรักษาสุขภาพ ↑
▶ เชื้อสายศาสตร์	▶ ขบวนการของ ปชป. ในการดูแลสุขภาพตนเอง จะมีความสำคัญ ↑
▶ บริโภคนิยม, ทุนนิยม	
▶ เทคโนโลยีก้าวหน้า ↑	
▶ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ↔	

กลุ่มที่ 3 การพัฒนาขององค์กรประชาชน ระบบคิดทางด้านสุขภาพของสังคมไทย และแนวโน้มต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นที่มีผลต่อสถานการณ์สุขภาพ

เป้าหมาย





กลุ่มที่ 4 การเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกและสังคมไทย จะส่งผลต่อขบวนการของ ประชาชนอย่างไร
ขบวนการปชช.

1. รัฐเป็นแกนนำ เช่น อบจ., อบต.
2. แบบ NGO
3. ขบวนการชาวบ้าน

เศรษฐกิจ

- ค่าครองชีพ ↑
- กีดกันทางการค้า ↑
- ฟุ้งตนเอง ↑
- ฟุ้งตนเอง → ตลาด → ฟุ้งตนเอง

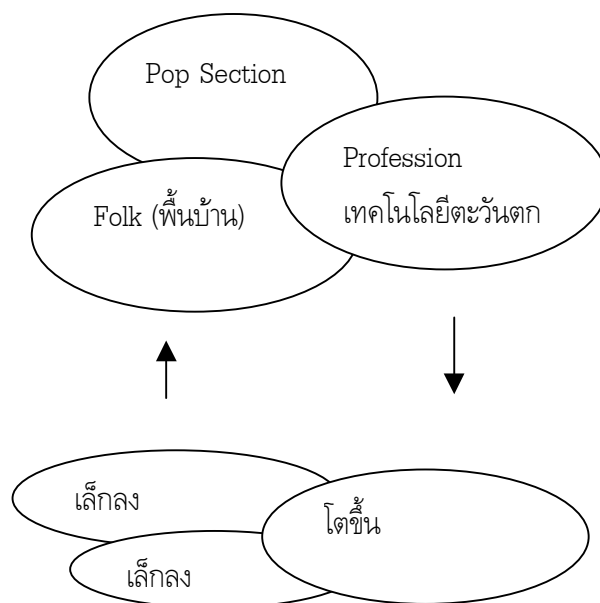
การเมือง

- ปชช.เข้าไปมีส่วนร่วม ↑
- ทุนนิยม + ประชาธิปไตย ↑ แต่อาจมีกระแสต่อต้าน ↑ ได้เช่นกัน

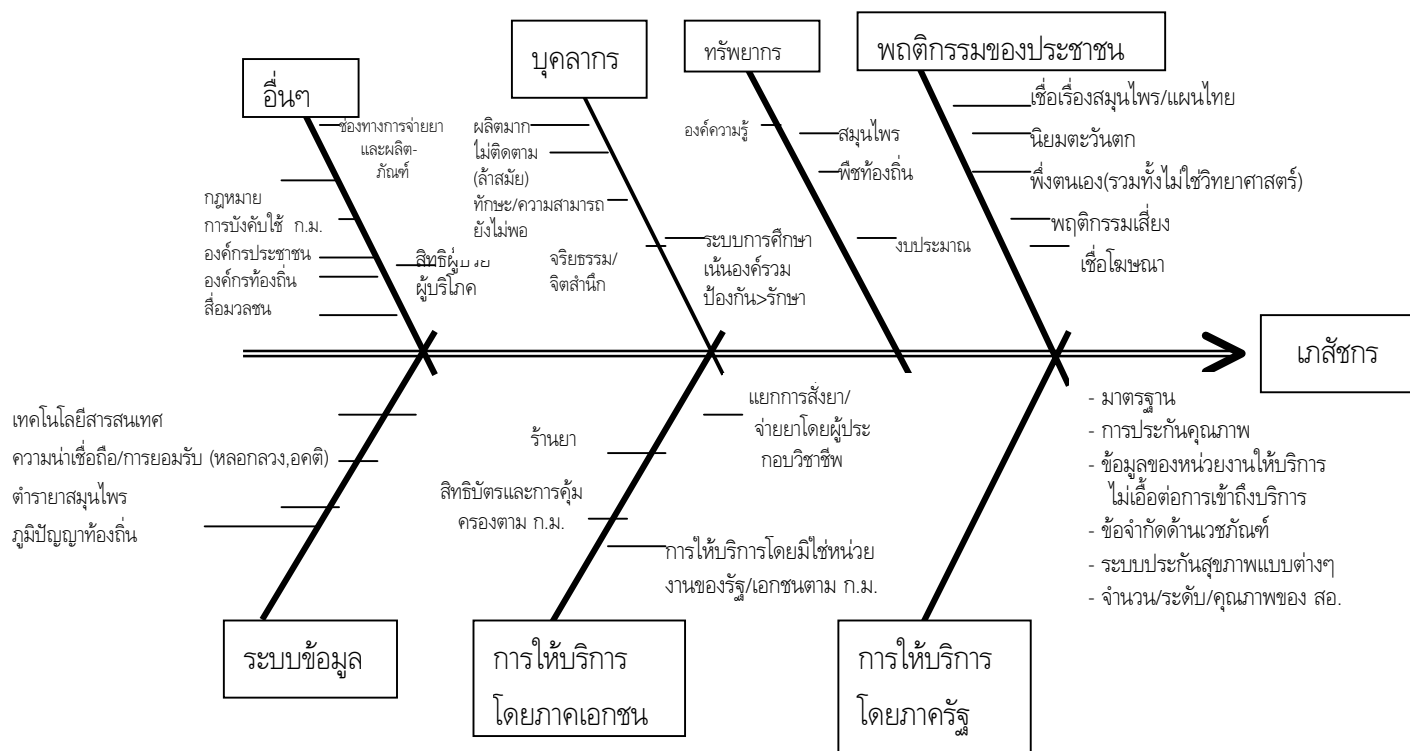
สรุป คือ มีการรวมกลุ่มเรียกร้อง ↑ เนื่องจากปัญหาสิ่งแวดล้อม, สุขภาพ
นอกจากนี้ยังมีเทคโนโลยี ↑ ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ↑ จึงมีการเรียกร้อง ↑

กลุ่มที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย ค่านิยม ความเชื่อ ของคนไทยรวมถึงแนวโน้มที่จะพบในอนาคตมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างไร





กลุ่มที่ 6 วิวัฒนาการของความคิดความเชื่อ และค่านิยมที่เกี่ยวกับสุขภาพ จะส่งผลกระทบต่อระบบเอกลักษณ์
ของประเทศไทย และของประเทศแถบตะวันตกอย่างไร?



กลุ่มที่ 7 การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โลก-ไทย จะมีผลต่อระบบเกษตรกรรมในปัจจุบันและในอนาคตอย่างไร

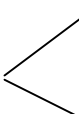
1. เทคโนโลยี มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของมนุษย์ และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการโฆษณาขายยาทาง Internet ขณะเดียวกันการตามเทคโนโลยีไม่ทันทำให้การผลิตยาไม่ทันต่างชาติ ซึ่งควรมีทางออก โดยกลับมาใช้วิถีพื้นบ้าน และพร้อมกับการพัฒนาตัวเอง การพัฒนาตนเองในเรื่องผลิตยาสมุนไพร จัดให้ได้ตามมาตรฐานบ้านเรา และพัฒนาต่อไปเพื่อแข่งขันในโลกได้
2. การรวมกลุ่ม จากประเทศต่าง ๆ เพื่อกีดกันประเทศเล็กอย่างไทย โดยการจัดมาตรฐานไว้สูง จึงควรมีการรวมกลุ่มบ้านเรา เพื่อจัดมาตรฐานในระดับประเทศ และต่อรองในระดับโลก เกี่ยวกับสิทธิบัตร ยา การค้าเสรี เพื่อไม่ให้เสียเปรียบ
3. การรวมทุน ของบริษัทยา โดยยุบรวมโรงงาน ทำให้มีการผลิตยาและกระจายยาอย่างครบวงจร มี Chain store ซึ่งทำให้มีการเข้าถึงได้สะดวก ส่งผลต่อการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลได้ง่ายขึ้น
4. ภาครัฐไม่เข้มแข็ง ในการควบคุม การกระจายยา และการใช้ยา เช่น มีรายการบัญชียาหลัก แต่ไม่มีการควบคุมราคา เป็นต้น หรือการจัดการเพื่อให้การผลิตยาสมุนไพร มีศักยภาพและประสิทธิภาพ เป็นปึกแผ่น และจัดมาตรฐานอย่างเหมาะสม
5. แนวโน้มเริ่มมี พ.ร.บ. ภูมิปัญญาไทย พ.ร.บ.สุขภาพ ซึ่งจะส่งผลในทางที่ดีขึ้น

วิสัยทัศน์ของประชาคมเกษตร 4 ภาค สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

วิสัยทัศน์ที่ 1 การประกันคุณภาพ/กองทุนคุณภาพชุมชน

กองทุนสุขภาพชุมชน เป็นการเสริมจากระบบประกันในปัจจุบัน ให้ประชาชนดูแลเอง โดยควรกำหนดองค์ประกอบดังนี้

สิทธิประโยชน์

1. รักษา  โรคล้มละลาย
โรคทั่วไป

2. ส่งเสริมป้องกัน

3. ฟื้นฟู

4. ตั้งครรภ์/คลอดบุตร

5. ทันตกรรม

ที่มาของเงิน

- ภาษีส่วนรวม
 - ภาษีท้องถิ่น
 - ประชาชน
- } ในสัดส่วนที่เหมาะสม

การบริหาร

- องค์กรดูแล
- ผู้ให้บริการ
- ฝ่ายอำนวยการ

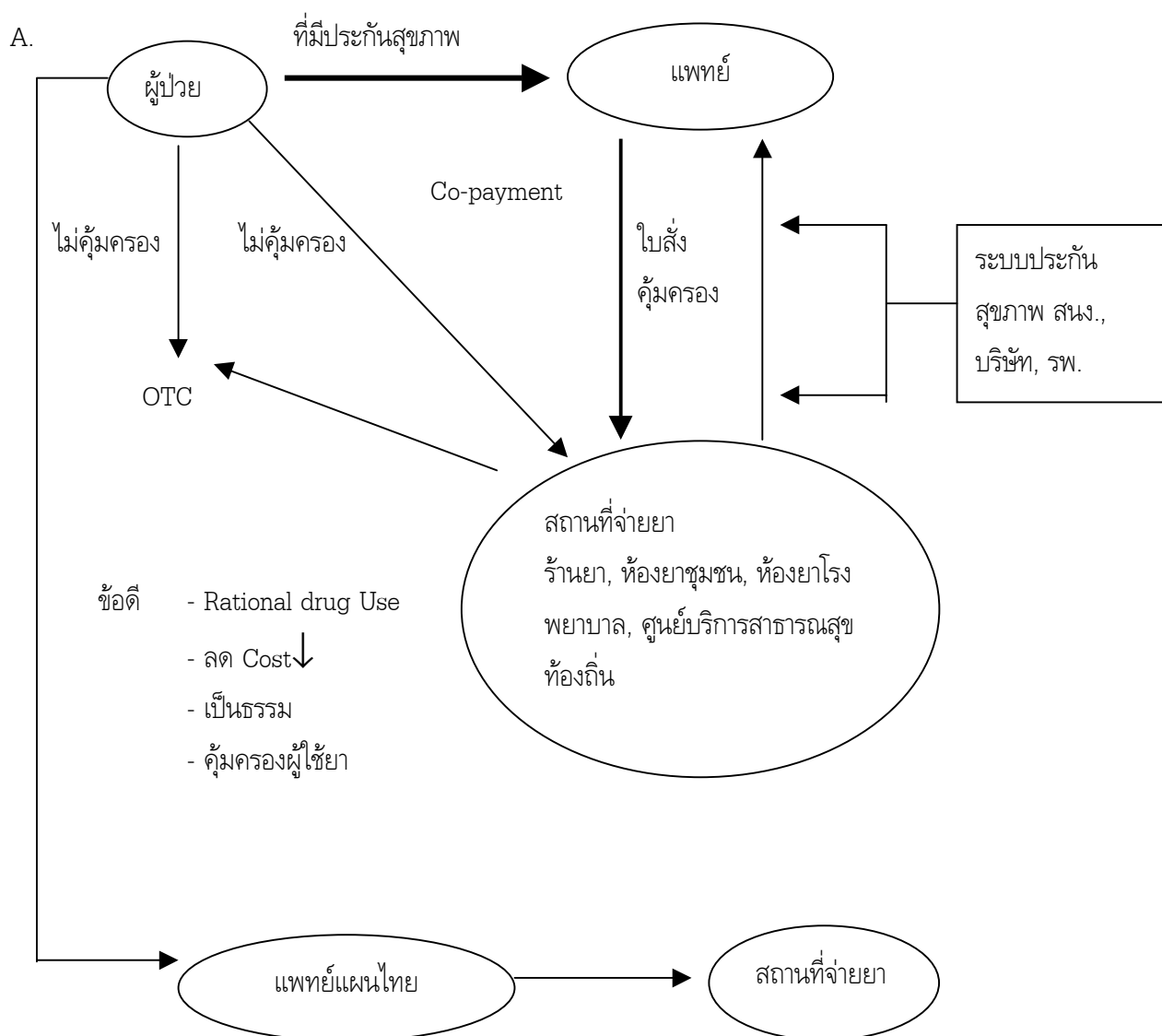
ความเป็นไป ขึ้นกับ

- จำนวนสมาชิก
- ต้องเป็นสมาชิกทั้งชุมชน
- สิทธิประโยชน์
- เงินกองทุน
- ถ้าไม่ใช้สิทธิในปีนี้ ปีถัดไปควรได้รับสิทธิประโยชน์ ลดค่าประกัน ฯลฯ

วิสัยทัศน์ที่ 2 การประกันสุขภาพ

พิจารณาใน 2 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1 เกสซกร จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันได้อย่างไร เสนอรูปแบบการให้บริการดังนี้

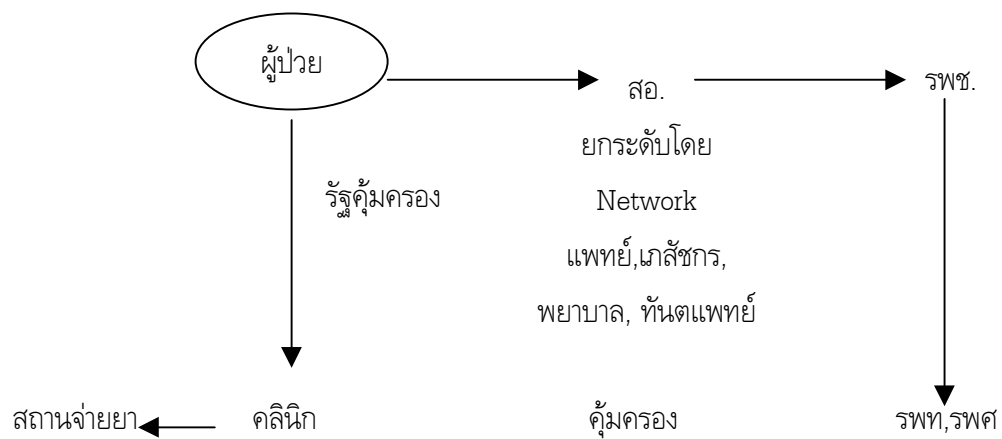


Co-payment

1. ต่อใบสั่งยา
2. ต่อจำนวน Items
3. ต่อราคา (กี่% ของราคา)
4. กำหนดค่าใช้จ่ายต่ำสุดหรือสูงสุดที่ควรจ่าย
5. จ่ายส่วนต่างๆ ตามที่กำหนด

ประเด็นที่ 2 การครอบคลุมประกันสุขภาพเรื่องยา

มีระบบเดียวกัน (บัตรสุขภาพ, สปร.) ~ ระบบการกระจายอำนาจ



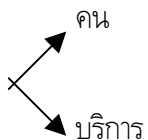
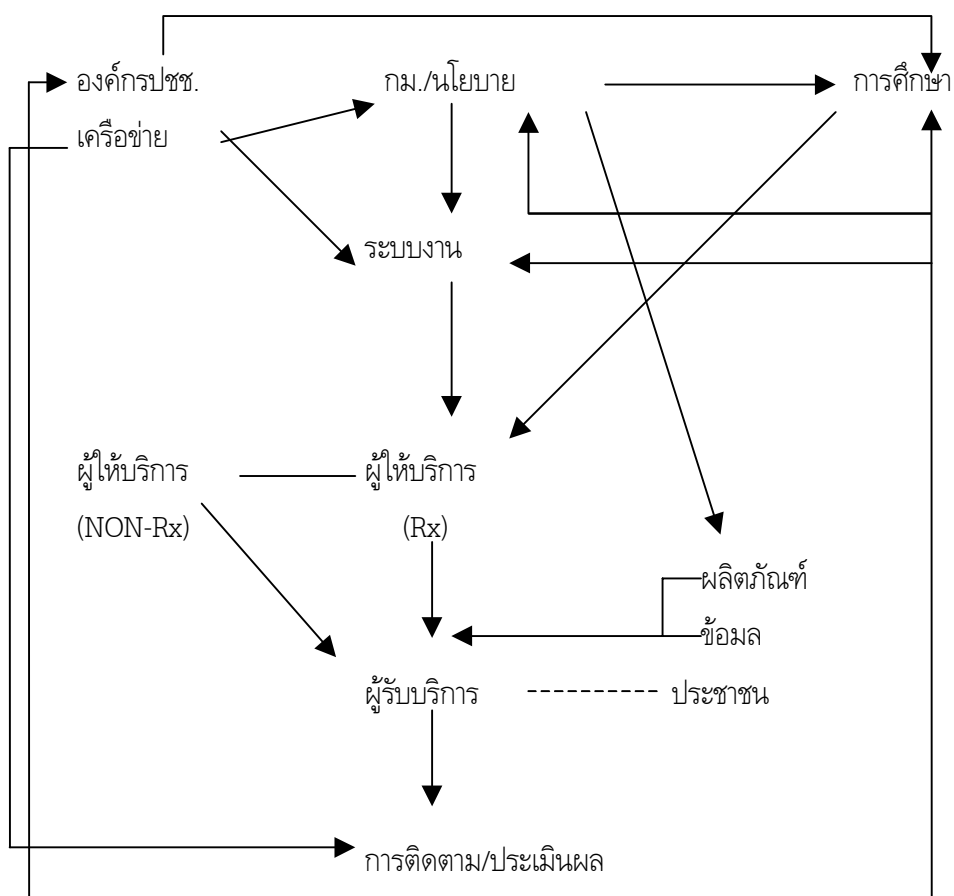
Research Question

- Model ที่นำร้านยาเข้าระบบประกันสุขภาพ
- Model ของ Altunation Medicin
- ประชาชนได้ประโยชน์

วิสัยทัศน์ที่ 3 การพัฒนาเกษตรกรรมผสมผสาน และปฏิรูปการศึกษาและเครือข่ายวิชาชีพ

ก. เป้าหมายของการพัฒนาเกษตรกรรมผสมผสาน

-
1. มาตรฐาน/คุณภาพ
2. ความครอบคลุม/เข้าถึง Access
3. ประสิทธิภาพ
4. มีส่วนร่วม
5. ฟังตนเอง/ยั่งยืน
- คน
- บริการ

**ข.กรอบแนวคิด**

ค.ยุทธศาสตร์

I. นโยบาย/ก.ม./การบังคับใช้ ก.ม.

- ⇒ แก่ ก.ม.ให้ผู้แทน ปชช.มีส่วนร่วม ในคณะกรรมการระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ⇒ กำหนดให้มีองค์ประกอบเรื่องคุณภาพ/มาตรฐานใน**นโยบาย** และกำหนดการ**ติดตาม**
- ⇒ ให้รัฐกำหนดนโยบายที่สนับสนุนการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกทั้งด้านการผลิตและบริการ
- ⇒ ระบบติดตาม/ประเมินผล/รายงานและการเชื่อมโยงกับสิทธิประโยชน์และแรงจูงใจ

II. การศึกษา

- ⇒ ปฏิรูปกระบวนการผลิตบัณฑิตให้สอดคล้องกับการพัฒนาการศึกษาผสมผสาน
- ⇒ ปรับหลักสูตร/ผู้สอน/วิธีการ
- ⇒ การผสมผสานการเรียนการสอนระหว่างสหสาขา
- ⇒ เพิ่ม/ปรับ การแพทย์ทางเลือก การแพทย์แผนไทยในหลักสูตร
- ⇒ ประกันคุณภาพบัณฑิต
- ⇒ ส่งเสริมการวิจัยเพื่อสนับสนุนการแพทย์ผสมผสาน
- ⇒ ให้อาจารย์ผู้สอนมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานวิชาชีพด้วย

III. องค์กร/เครือข่าย

- ⇒ กำหนดองค์ประกอบเครือข่าย(รัฐ + องค์กรต่างๆ + เอกชน + ปชช.) เช่น สภาสุขภาพแห่งชาติ
- ⇒ กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบ

IV. ผู้ให้/หน่วยงานให้บริการ

- ⇒ พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้+ชำนาญ ผสมผสาน
- ⇒ สร้าง “ความยอมรับ” ให้มีบทบาทช่วยในขอบเขตที่เหมาะสม (เช่น คนในท้องถิ่น
- ⇒ พัฒนา “ร้านยา” ให้มีศักยภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุข เพิ่มการป้องกัน+ส่งเสริมสุขภาพเพื่อเพิ่มความเข้าถึงของประชาชน
- ⇒ ส่งเสริมให้**ท้องถิ่น**จัดการให้บริการ (เจ้าของร้านยา)
- ⇒ พัฒนาให้ร้านยามี Good Pharmacy พัฒนาโรงพยาบาลมี Practice (GPP)
- ⇒ ส่งเสริมจัดให้มีระบบแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลชุมชน

V. ผลิตภัณฑ์/บริการ

- ⇒ มาตรฐาน GMP+มาตรการคุณภาพอื่นๆ และการบังคับใช้
- ⇒ ส่งเสริมให้การผลิตสามารถพึ่งตนเองได้ (เช่น ใช้วัตถุดิบในประเทศ) และเพื่อการใช้ในชุมชน

VI. ร้านยา

- ⇒ ให้ร้านยาเป็นส่วนหนึ่งใน**ระบบประกันสุขภาพ**
- ⇒ พัฒนาบทบาทให้ทำหน้าที่บริการสาธารณสุขพื้นฐาน(Primary care)เน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ
- ⇒ พัฒนา**บทบาทเชิงรุก** ให้ทำหน้าที่ให้ข้อมูล, ป้องกัน, ส่งเสริม
- ⇒ พัฒนาระบบส่งต่อเนื่องเพื่อการให้บริการในสถานพยาบาลที่รับการส่งต่อ
- ⇒ ให้มีการจัดทำ Patient Profile และติดตามผลการใช้ยาและเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ
- ⇒ ขยายบทบาทเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Continuous care)
- ⇒ Pharmacist's fee(จัดระบบค่าตอบแทนเพื่อให้สอดคล้องกับความรับผิดชอบ (Liability))
- ⇒ ให้มีการประเมินร้านยาเป็นระยะโดยองค์กรที่ ปชช.มีส่วนร่วม
- ⇒ ให้มีมาตรฐานของ**ผู้ให้บริการ**ในร้านยา

VII. ประชาชน

- ⇒ ให้ความรู้แก่นักเรียน/นักศึกษา (หลักสูตรการดูแลสุขภาพเบื้องต้น) ในระดับต่างๆ
- ⇒ สนับสนุน/ส่งเสริมสื่อมวลชนมีส่วนให้ความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น
- ⇒ ส่งเสริม**การรวมกลุ่ม**ของประชาชนเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ โดยรัฐเป็นผู้ริเริ่มหรือประสานงาน
- ⇒ จัดทำ**ข้อปฏิบัติ**/ข้อแนะนำในการดูแลตนเองเบื้องต้น
- ⇒ ให้องค์กร ปชช./ท้องถิ่น **มีส่วนร่วม**ในการกำหนดนโยบายและระบบสาธารณสุข และวิพากษ์หลักเกณฑ์/นโยบายที่ส่งผลต่อสาธารณะ

วิสัยทัศน์ที่ 4 การพัฒนาระบบเภสัชกรรมแบบผสมผสาน (+ปฏิรูปการศึกษา)

กระแสหลัก (ตะวันตก)

กระแสรอง (ไทย-อื่น ๆ)

นโยบาย

บุคลากร (เภสัชกร และอื่น ๆ)

กลไกรัฐ (กฎหมาย)

การศึกษา

งบประมาณ

ชุมชน

ประชาชน (Individual)

ระบบส่งต่อ

ระบบเภสัชกรรม

1 การได้มา (การผลิต การคัดเลือกยา)

2 การกระจาย

3 การส่งมอบ

4 การควบคุม (รวมกฎหมาย)

โรงพยาบาล

ผู้ป่วย

Alt Pharmacy (Alternative Pharmacy)

แพทย์ตรวจ

จ่ายยา

Alt Pharmacy

Alt Pharmacy

Alt Pharmacy

Alt Pharmacy

ยาแผนปัจจุบัน + Alt Pharmacy

ร้านขายยา

มีทั้ง 2 แผน ในร้านเดียวกัน (โดยมีแผนไทยเป็นแผนทางเลือก)

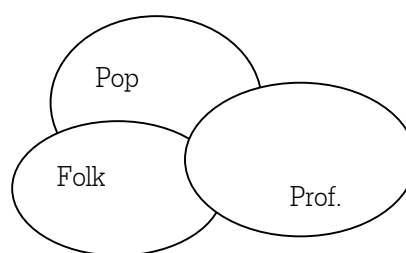
พัฒนาให้แผนไทยเข้มแข็งมากขึ้นจนเป็นทางที่สามารถรักษาผู้ป่วยได้โดยยาแผนไทย

- พัฒนาตัวผลิตภัณฑ์ให้น่าเชื่อถือ

- วิธีการวินิจฉัยแบบไทย

- การสั่งจ่ายยา (Prescribe)

ผสมผสาน
การพึ่งตนเอง
มาตรฐาน (ผลิตภัณฑ์ วิธี)
ทางเลือก



ระบบเภสัชกรรม แบบผสมผสาน

Model

ชุมชน

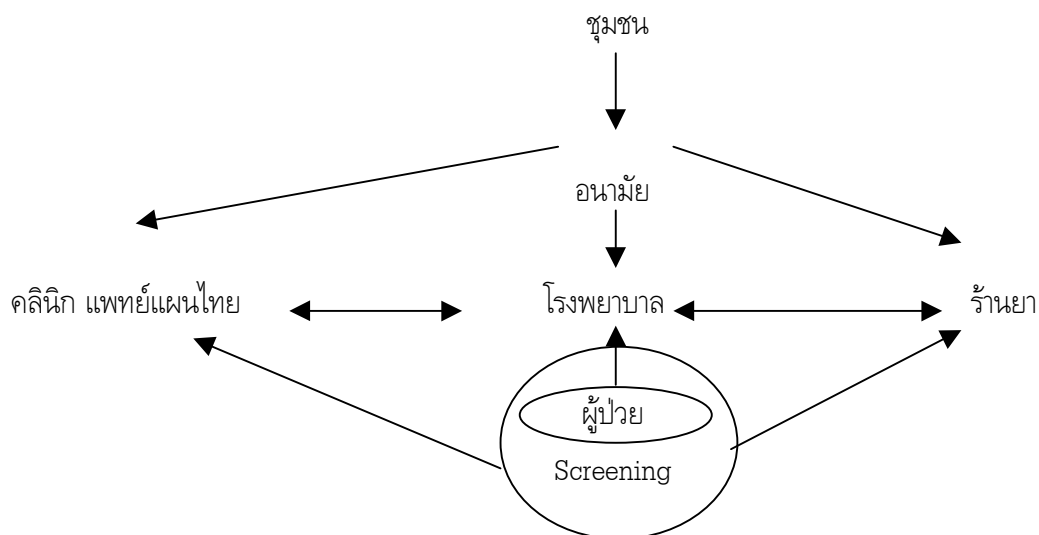
พัฒนาให้เกิดประชาสังคมให้เข้มแข็ง เน้น 1 Health Care

บุคคล

เพิ่มการศึกษา ช่วยงานเอง

ระบบเภสัชกรรมแบบผสมผสาน

- 1 การได้มา
 - มีกฎเกณฑ์ชัดเจนในการขึ้นทะเบียนยา (ยาบรรจุมยาไทย)
 - ควรมีเกณฑ์เฉพาะของยาแต่ละแผนเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้
 - เพิ่มตำรับยาไทยในบัญชียาหลักให้มากขึ้น
 - บุคลากร (เภสัชกร อายุรเวท แพทย์)
 - กระบวนการพัฒนายาไทย
 - วิเคราะห์ วิจัย Commercialized
- 2 การกระจาย
 - แยกยาชัดเจนตามความอันตราย แล้วกำหนดเลยว่ายาจะอยู่ที่ใดได้บ้าง เช่น ร้านชำ สถานที่ ที่มีเภสัชกรเท่าไร
- 3 การส่งมอบ
 - มีกระบวนการติดตามตรวจสอบการใช้ยา
- 4 การควบคุม - โปร่งใส ต้องมีระบบตรวจสอบได้ทั้งโรงพยาบาลและร้านขายยา
 - กฎหมายกำหนดแนวทางการกระจาย, การส่งมอบ



ปฏิรูปการศึกษา

- 1 บรรจุเนื้อหาวิชาแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ชั้นประถม→อุดมศึกษา (Health team)
- 2 ปรับปรุงหลักสูตรศึกษาต่อเนื่อง (Continuing Education, CE) ให้สามารถ Maintain วิชาความรู้
- 3 Nonformal Education ให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่น
- 4 สร้างสื่อที่มีคุณภาพเผยแพร่ให้ชุมชนเข้าใจเรื่องเภสัชผสมผสาน
- 5 จัดการเรียนร่วมกันระหว่าง Health team
- 6 เน้นการเรียนการสอนที่ให้ข้อมูลระบบสาธารณสุขของประเทศไทย
- 7 กลไกที่ทำให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบเป็นทีม เช่น Hospital Accreditation, HA

วิสัยทัศน์ที่ 5 กองทุน (ประกัน) สุขภาพชุมชน

แนวคิดทั่วไปของระบบประกันสุขภาพ

1. ขอบเขตสิทธิประโยชน์ (สนองต่อปัญหา)

2. ที่มาของเงิน

- | | | |
|---|---|------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - ภาษีส่วนกลาง - ภาษีท้องถิ่น - ประชาชน/ คน | } | ต่อคนต่อปี |
|---|---|------------|

ค่าใช้จ่ายร่วม => Share เมื่อป่วย (เกิด Incentive ไม่ป่วย ดูแลตนเอง)

3. การบริหาร

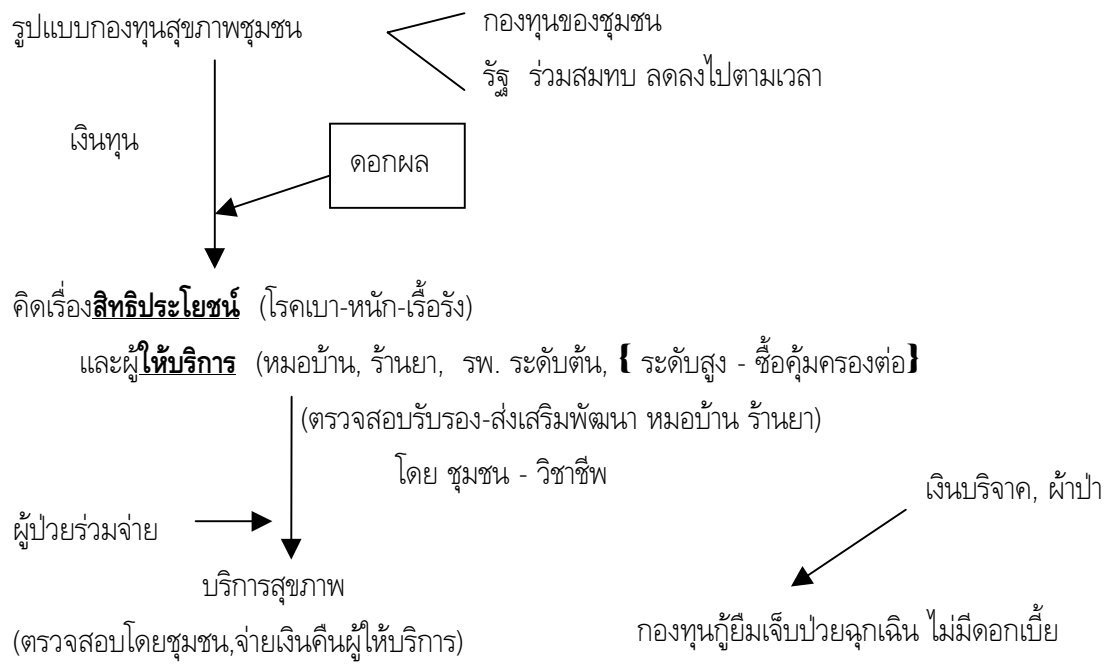
- องค์การดูแล
- ผู้ให้บริการ
- ฝ่ายอำนวยการ
- การตรวจสอบ

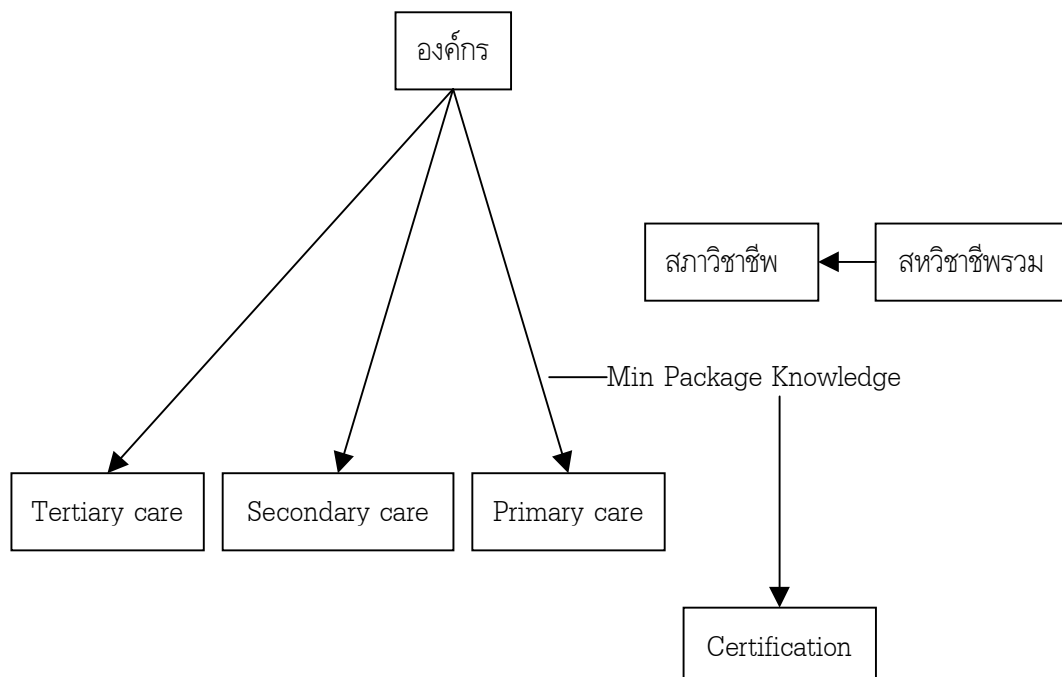
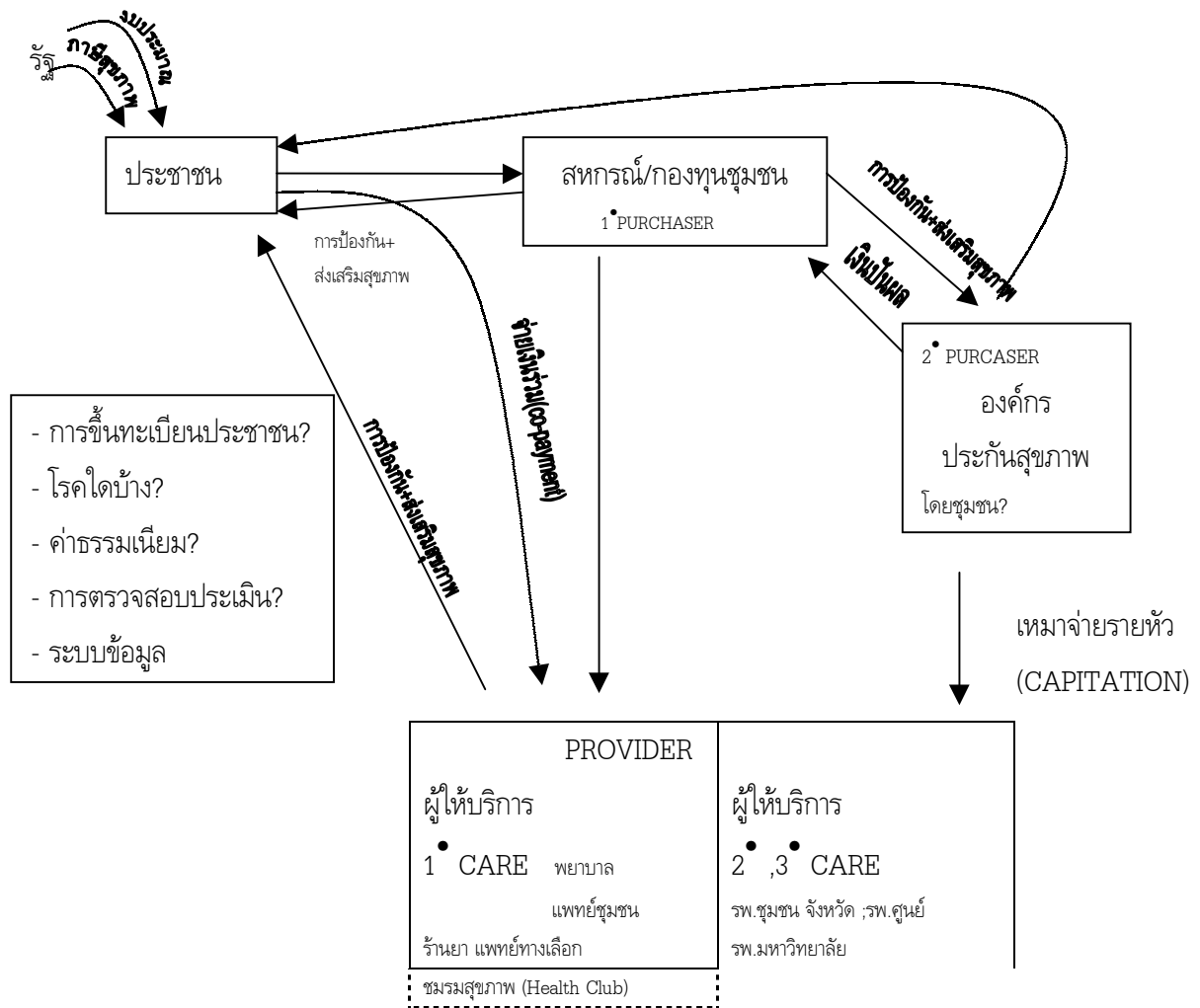
กรอบแนวคิดของสิทธิประโยชน์

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. รักษา 2. ส่งเสริมป้องกัน 3. ฟื้นฟู | $\begin{matrix} & \nwarrow & \\ & \text{โรคล้มละลาย} & \\ \swarrow & & \end{matrix}$ | $\begin{matrix} & \nwarrow & \\ & \text{โรคทั่วไป} & \\ \swarrow & & \end{matrix}$ | $\begin{matrix} & \nwarrow & \\ & \text{ทันตกรรม} & \\ \swarrow & & \end{matrix}$ | $\begin{matrix} & \nwarrow & \\ & \text{ตั้งครรภ์/คลอดบุตร} & \\ \swarrow & & \end{matrix}$ |
|---|--|--|---|---|

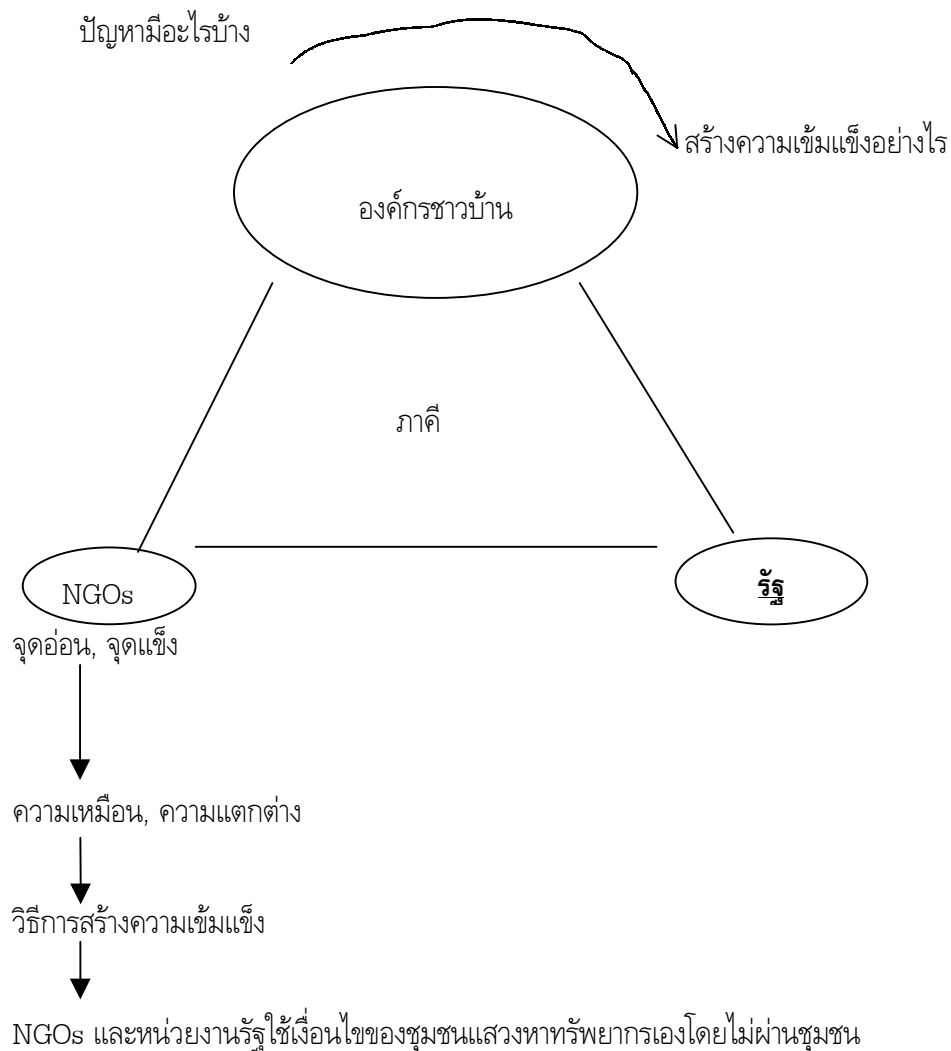
ความเป็นไปได้ ขึ้นกับ

- จำนวนสมาชิก
- ต้องเป็นสมาชิกทั้งชุมชน
- สิทธิประโยชน์
- เงินกองทุน





วิสัยทัศน์ที่ 6 การสร้างความเข้มแข็งของภาคีปฏิรูประบบสุขภาพ
(+การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน)องค์กรชุมชน?



องค์กรชาวบ้าน

- เกิดขึ้นเอง
 - พึ่งพาหน่วยราชการ/ NGOs ด้วยการถูกสอน ถูกเรียนรู้ ถูกชี้แนะ
- จุดแข็ง

1. รู้ปัญหาที่แท้จริงและแก้ปัญหาได้รวดเร็วและตรงจุด
2. ชุมชนยอมรับ

วิธีการสร้างความเข้มแข็ง

1. มาจากการเห็นพ้องต้องกันของชุมชน
2. มาจากความพร้อมของชุมชนและการสนับสนุนจากภายนอก

NGOs+องค์กรชุมชน

- จุดอ่อน - ทำตามเงื่อนไขของแหล่งเงินทุน
- กิจกรรมบางอย่างไม่ตรงกับความต้องการของชาวบ้าน
 - ภาครัฐไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของ NGOs
 - ภาครัฐขัดขวางกิจกรรมของ NGOs
 - บางกิจกรรม NGOs ปฏิบัติได้ดีแก่ภาครัฐห่วยโอกาสต่อยอดเพื่อผล งานของภาครัฐ
- จุดแข็ง - ได้เรียนรู้มากขึ้นจากการสรุป บทเรียน (NGOs เป็น Facilitator)
- NGOs มีบทบาทในการตรวจสอบการทำงานภาครัฐมากขึ้น
 - ชาวบ้านไว้วางใจ NGOs มากกว่าภาครัฐ

องค์กรชุมชนที่รัฐจัดตั้ง

- จุดแข็ง - ถูกตั้งตามกฎหมาย
- มีงบประมาณสนับสนุน
 - มีความพร้อมในการสนับสนุนวิชาการ
 - มีผลงานเป็นรูปธรรมชัดเจน
- จุดอ่อน - ผลงานที่เป็นรูปธรรมไม่ยั่งยืน
- ขาดจิตสำนึกในการเป็นเจ้าของร่วมกัน

วิธีการสร้างความเข้มแข็งของภาคีระบบปฏิรูปสุขภาพ

เงื่อนไขที่นำไปสู่การสร้างความเข้มแข็ง

1. ต้องกำหนดปัญหาของตนเองได้
2. มีจิตสำนึกร่วมกันในการสร้างความเข้มแข็งไม่ว่าจะเป็นหน่วยต่างๆ ในสังคม

วิธีการสร้างความเข้มแข็ง

1. ใช้ศาสนาและวัฒนธรรม, ภูมิปัญญาชาวบ้าน มาเป็นตัวนำในการสร้างจิตสำนึก
2. สร้างภูมิทัศน์ทางโดยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารประสบการณ์ภายนอก
3. รู้จักตัวเองโดยหมั่นเรียนรู้
4. หมั่นศึกษาดูงานตามแหล่งต่างๆ
5. เสริมสร้างความสามัคคีของชุมชนโดยเริ่มจากการสร้างกิจกรรมในชุมชน หรือจากการร่วมกันรักษาทรัพยากรในชุมชน
6. สร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยใช้ระบบเครือข่าย เช่น NGOs หรือองค์กรอื่นเข้าไปช่วยสนับสนุน (Facilitator)
7. สร้างความเข้มแข็งของชุมชนโดยการให้รัฐสนับสนุนไปใช้ชุมชน NGOs
8. ชุมชนที่เข้มแข็งแล้วรัฐสนับสนุนองค์กรชุมชนโดยตรง

ชุมชนเข้มแข็งและมีความพอเพียงแล้ว ผลที่เกิดขึ้นต่อไปคือ

1. ผลิตอาหาร
 - ปลอดภัยไร้พิษ
 - อาหารพื้นบ้าน, ผักพื้นบ้าน
2. จัดตั้งกลุ่มต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น
 - กลุ่มสมุนไพร
 - กลุ่มหมอพื้นบ้าน
 - ส่งอาสาสมัครไปเรียนรู้ต่างๆ
3. ชุมชนจะตระหนักปัญหาสุขภาพ
4. ชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องอุปโภคบริโภคที่ปลอดภัย
5. สามารถนำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้ให้เป็นประโยชน์อย่างยั่งยืน

วิสัยทัศน์ที่ 7 การกระจายอำนาจส่วนราชการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และอื่น ๆ

สิ่งที่อยากได้ แผนกลยุทธ์ (Strategic plan)

ประเด็น 1 กระจายอำนาจอะไร

2 หน่วยงานไหน

3 อย่างไร-แผน

อำนาจอะไร	หน่วยงาน	อย่างไร (แผนกลยุทธ์)
- อำนาจการพิจารณาอนุญาตสมุนไพรรักษาโรคได้มาซึ่งอนุกรรมการหรือกรรมการ - การคัดเลือก Register หมอพื้นบ้าน (การประกอบโรคศิลปะ) - เสริมสร้างการคานอำนาจ หรือต่อรองและตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐในทางมิชอบ เช่น การเก็บตัวอย่าง, การเข้าถึงข้อมูล, การเข้าถึงบริการวิชาการ เช่น ห้อง LAB ตรวจวิเคราะห์, การ STAMP รับรองผลิตภัณฑ์ (ทางสังคม)	- การพิจารณาดำเนินการให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากระจายให้แก่หน่วยงานท้องถิ่น - องค์การวิชาชีพตั้งตัวแทนเป็นอนุกรรมการในการพิจารณา โดยเฉพาะแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านในการพิจารณาอนุญาตตำรับยาแผนไทยหรือตำรับยาพื้นบ้าน - กองการประกอบโรคศิลปะพิจารณาเกณฑ์การคัดเลือกให้เหมาะสม - องค์การและกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย	1 แก่กฎหมายให้รองรับ - ตำรับยาแพทย์ไทย หรือยาพื้นบ้าน - เพิ่มองค์ประกอบอนุกรรมการจากวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 2 ให้สถาบันแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านรวบรวมตำรับยาพื้นบ้าน 3 ให้ อย. มอบอำนาจการอนุญาตให้หน่วยงานท้องถิ่น และปรับระบบให้ดำเนินการได้ 4 เปิดทางเลือกในการ register หมอพื้นบ้าน สำหรับหมอพื้นบ้านรุ่นเก่าที่ได้รับการยอมรับจากชุมชน จากการปฏิบัติจริง - พัฒนาการเข้าถึงหรือใช้บริการจากรัฐในราคาถูก Support งบประมาณ การเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ และองค์การอิสระระดับจังหวัดให้มีขีดความสามารถในการคุ้มครองผู้บริโภค และยอมรับจากชุมชนในบทบาทการพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค - ให้มีกฎหมายในการรองรับองค์อิสระในการคานอำนาจ ต่อรองและตรวจสอบ - ปรับกฎหมายให้จังหวัดยืดหยุ่นการ

อำนาจอะไร	หน่วยงาน	อย่างไร (แผนกลยุทธ์)
- การบริหารการเงินการคลังของท้องถิ่น - กระจายให้จังหวัดเป็นผู้ขอตั้งงบประมาณเสนอต่อรัฐสภา - การมอบอำนาจเป็นครั้งคราวแก่เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นหรือชุมชนในการดำเนินการป้องกันภัยจากผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสม - กระจายอำนาจในการพิจารณาอนุญาต การตรวจสอบ ห้องปฏิบัติแก่ภาคเอกชน (Third Party) เพื่อมี Provider มากขึ้น	- จังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) - สสจ. จังหวัด - หน่วยงานท้องถิ่น - อย. - กรมวิทยาศาสตร์ - สมอ/National Accreditation	- บริหารการเงินการคลังให้สอดคล้องกับจังหวัด - แก่ พรบ.งบประมาณ - จังหวัดพัฒนาความสามารถในการจัดทำงบประมาณให้สอดคล้องกับจังหวัด - ให้จังหวัดสามารถมอบอำนาจต่อและจังหวัดจัดการได้ โดยขึ้นกับสภาพในพื้นที่ - กระทรวงสาธารณสุขต้องการความชัดเจนในนโยบายและมาตรการในการดำเนินการอย่างจริงจัง

ปัจจัยและแนวโน้ม

ปัจจัย

- สังคม เศรษฐกิจ การเมือง
 - การเมืองประชาธิปไตยที่ล้มลุกคลุกคลาน
 - นโยบายเปลี่ยนแปลง
 - บริโณคนิยม ทุนนิยม
 - เทคโนโลยี
 - การค้าเสรี
 - ค่าใช้จ่ายสุขภาพ
 - ถูกครอบงำจากต่างประเทศ
 - การเบี่ยงเบนทางเพศ
 - ข่าวสารไม่ได้กลั่นกรอง
 - ครอบครัวหย่าร้าง
 - แนวคิดตะวันตก
 - แยกเป็นกลุ่ม คิดแบบวิทยาศาสตร์ อยู่กับตนเอง
 - อำนาจนิยม, ประชาชนไม่มีสิทธิมีเสียง
 - อุตสาหกรรมเกษตรใช้สารเคมีมาก
- ขบวนการประชาชน ชุมชน
 - บทบาทต่อระบบสุขภาพ
 - เริ่มที่สถาบันครอบครัว
 - มีความศรัทธาในตัวบุคคล ความเชื่อในไสยศาสตร์
 - ระบบคิดถูกครอบงำ
 - รัฐชั้นนำ มีอำนาจสูง
 - ภูมิปัญญาถูกทำลาย
 - หหมดความเชื่อถือ
 - ขาดการรวบรวม
 - ไม่มีการถ่ายทอด
 - เกิดขึ้นจาก 3 แบบ
 - รัฐจัดตั้ง - มักจะล้มไปในที่สุด

- NGO จัดตั้ง - ใช้ขบวนการต้านกระแส
- เกิดขึ้นเองจากชุมชน - มักจะยั่งยืน แต่ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างและยังมีน้อย

■ สุขภาพ

- ขาดผู้มีประสบการณ์ - ไม่เป็นองค์กรรวม
 - ทักษะไม่เพียงพอ
- สื่อโฆษณา
 - ไม่ตรงข้อเท็จจริง
 - ไม่กลั่นกรอง
 - ไม่สมเหตุผลผล
- โรคเรื้อรัง โรคพฤติกรรม
 - นโยบายสุขภาพเปลี่ยนแปลง
 - โรคทางจิต หมกมุ่นทางอบายมุข
- ปรีภคินิยม
 - ไม่เหมาะสมเกินจำเป็น
 - ค่าใช้จ่ายยาสูงขึ้น ยากจนมากขึ้น
 - คุณภาพไม่ได้มาตรฐาน
- เป็นเรื่องของรัฐ
 - ขาดการพึ่งตนเอง พึ่งแต่ยา
- แพทย์เป็นศูนย์กลาง
 - ขาดจิตวิญญาณ
 - จริยธรรมลดลง
- เข้าไม่ถึงบริการ

แนวโน้ม

■ สังคม เศรษฐกิจ การเมือง

- เทคโนโลยีชีวภาพ
 - รู้จักใช้ประโยชน์
 - สมดุล
 - ก้าวให้ทัน เพราะถ้าไม่ทันจะเกิดปัญหา
- ข่าวสารทั่วถึง
 - การยอมรับในข้อมูล
 - ให้ความรู้ถูกต้องสู่ประชาชน เช่น ภาครัฐให้ข้อมูล
- WTO มีการผูกขาด - รวมบริษัท
 - การผูกขาดจากมหาอำนาจตะวันตก
 - การกีดกันการค้า, สิทธิบัตร
 - มาตรฐานรวมโลกที่สาม

■ ขบวนการประชาชน ชุมชน

- ผสานเทคโนโลยี รู้ทันโลก
- แนวโน้มรวมกลุ่มมากขึ้น มีส่วนร่วมในสุขภาพ
- การแข่งขันสูง สนใจกลุ่มด้วยโอกาส
- NGO สนับสนุนมากขึ้น การรวมกลุ่มเพื่อการพึ่งตนเองหรือเพื่อตรวจสอบระบบสุขภาพ

■ สุขภาพ

- ร้านยา Chain store มากขึ้น
- สุขภาพดีถ้วนหน้า สุขภาพองค์รวม
- ภูมิปัญญาท้องถิ่น
 - แบบตะวันตกและแบบตะวันออกผสมผสาน, ทางเลือกพึ่งตนเองมากขึ้น
 - ข้อจำกัดจากสิทธิบัตร
- Genome
 - ราคาแพง
 - พึ่งตนเองไม่ได้ อาจต้องพึ่งต่างชาติตลอด ถ้าตามไม่ทันหรือไม่สมดุล
- การปรับระบบ Prescription/dispensing มีการแบ่งหน้าที่ชัดเจน
- สนใจสุขภาพเพิ่มขึ้น
- มาตรฐานคุณภาพ ↑
- ปรับระบบงบประมาณให้เหมาะสมสอดคล้อง

ผลสรุปจาก Mind Map

■ การบริหารจัดการ (105)

- Integrate ทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง
- ระบบข้อมูล
- ใช้เทคโนโลยีให้น้อยลง และไม่ครอบงำ
 - ระบบกฎหมาย (6)
 - แก้ปัญหาสิทธิบัตร (8)
- มีสุขภาพแห่งชาติ
- เครือข่ายสหวิชาชีพ
- ร่างปรับระบบการศึกษา (24)
 - การเรียนเพื่อทำงานเข้า Health team (5)
 - สื่อสู่สาธารณะ
 - สอดคล้องกับท้องถิ่น (5)
 - ต่อยอดแผนไทยและแผนปัจจุบัน
- ชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจ
- การมีเมืองสนับสนุน
- ปฏิรูประบบงบประมาณและภาษี
- การประกันสุขภาพ (10)
- ปรับรื้อระบบ อ.ย. (9)
 - การกระจายอำนาจ (6)
- การกระจายบุคลากร (5)
- การกระจายอำนาจระหว่างภาครัฐและเอกชน
 - โปร่งใสตรวจสอบได้

■ การบริการ (63)

- มาตรฐาน ระบบยา (6)
- ความเสมอภาค (7)
- ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (12)
 - แบบผสมผสาน
- ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (5)
 - เข้าถึงทัดเทียม

- บูรณาการองค์รวม
- ร้ายามาตรฐาน
 - มีเอกสารประจำทุกระดับ
 - ภาพลักษณ์เอกสาร
 - เครือข่ายร้านยา
- พัฒนาคติผู้ให้บริการ
 - ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
 - จริยธรรมวิชาชีพ
- ความเสมอภาคของสายวิชาชีพ (3)
 - ทำงานเป็นทีม (8)
 - + เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน
 - + เข้าสู่ชุมชน
 - + ทุกสาขาวิชาชีพทั้งแผนปัจจุบัน-แผนไทย
 - + ลือ 2 ทางมีเครือข่าย
 - พัฒนาคุณภาพ
 - + จริยธรรม, วิชาการ (4)

■ ระบบสุขภาพ (48)

- ผลผลิตด้านตะวันออกและตะวันตก
 - มาตรฐานพิสูจน์ได้และถูกต้อง
- มองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (9)
- การประกันสุขภาพ (8)
 - ประกันสุขภาพชุมชน
 - มีคุณภาพ
 - ทัวถึงเท่าเทียม เสมอภาค (7)
- ระบบยา
 - คุณภาพมาตรฐาน (4)
 - การกระจาย
- เน้นที่ประชาชนทำเอง
 - ตอบสนองความต้องการหลากหลาย
- กองทุนสุขภาพชุมชน
 - การสนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง

■ชุมชนและคน (73)

- จิตสำนึกสาธารณะ (8)
- การพึ่งตนเอง (8)
 - แพทย์พื้นบ้าน (10)
 - การพึ่งต่างชาติลดลง
 - ปลุกฝังพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น
 - ภูมิปัญญาท้องถิ่น
 - พึ่งแพทย์ให้น้อยลง
 - ดูแลตนเองเรื่องยา (5)
- การมีส่วนร่วม (6)
 - กระจายอำนาจสู่ชุมชน (2)
- ร่วมเป็นเจ้าของ
 - เข้าถึงข้อมูลและเข้าใจข้อมูล
 - เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค/สิทธิผู้บริโภค(8)
- การสร้างความเข้มแข็ง(5)
 - เริ่มที่ครอบครัว (4)
 - ผู้นำชุมชนทำตามความต้องการของชุมชน
 - เรียนรู้ร่วมกัน
 - ลดช่องว่างระหว่างชุมชนกับนโยบาย
 - การสนับสนุนจากสื่อมวลชน

ข้อเด่นของแต่ละภูมิภาค

ภาคกลาง

- การกระจายอำนาจส่วนราชการ
 - จากส่วนกลางสู่ชุมชน-สำนักสาธารณะ
 - การกระจายบุคลากรสู่ชุมชนให้ทั่วถึง
- เครือข่ายสหวิชาชีพ
 - สภาสหวิชาชีพ
 - Certification of primary care provider
- การปฏิรูปการศึกษา
 - เพิ่มทักษะการคิดให้ผู้เรียน
 - ผู้เรียนหลากหลาย-นักศึกษา, ผู้ปฏิบัติการ, ประชาชน
 - การเรียนรู้จากชุมชน/จากประสบการณ์

ภาคเหนือ

- การพัฒนาจิตสำนึกและทักษะการดูแลสุขภาพ
 - เริ่มจากครอบครัว-โรงเรียน-สื่อสาธารณะ
 - สุขศึกษา เน้นที่ Healthy: Head, Heart, Hand
- การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน
 - มี Facilitator ของชุมชน: Sincerity, Concern, Angry ต่ออยู่ดีธรรม Responsibility
 - เครื่องชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชน
 - การพึ่งตนเองได้ของชุมชน
- ประชาคมสุขภาพ
 - การประสานเครือข่าย
 - การตัดสินใจสาธารณะ
 - การสนับสนุนเชิงนโยบาย/การเมือง
- การผสมผสาน แผนปัจจุบัน - แผนไทย

ภาคอีสาน

- การพัฒนาบุคลากร
 - การเรียนการสอน
 - การสร้างภาพลักษณ์
 - การกระจาย

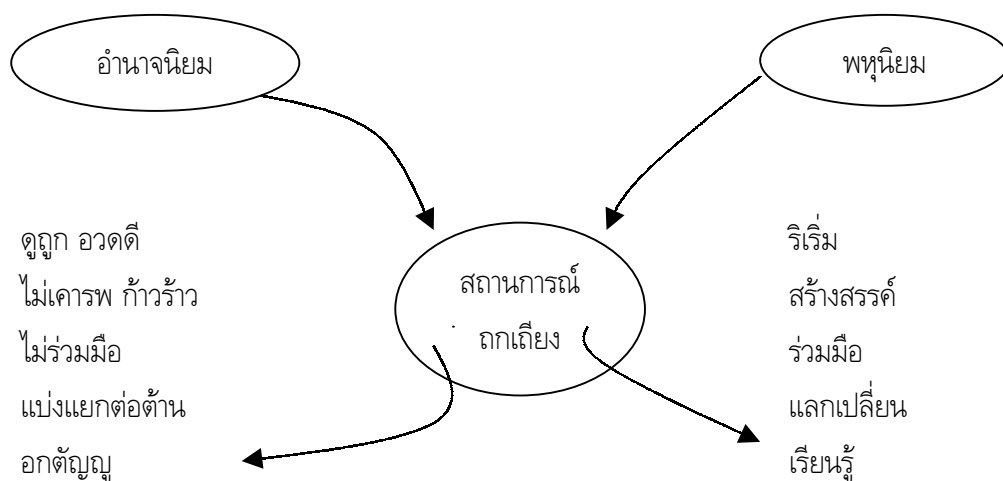
ภาคใต้

- องค์การสหวิชาชีพ - คณะกรรมการสหวิชาชีพด้านสาธารณสุขแห่งชาติ
 - ตัวแทนจากองค์กรวิชาชีพและตัวแทนผู้บริโภค
- การประกันสุขภาพชุมชน
 - การพึ่งตนเองของชุมชน
- การผสมผสานของระบบสวัสดิการกรม
- เครือข่ายข้อมูล
 - ระบบการส่งต่อ
 - ข้อมูลสู่ประชาชน
 - สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว (เก็บที่ประชาชน)
 - ระบบสวัสดิการกรมของชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน

กระบวนการคิด

โดย พันเอก นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร

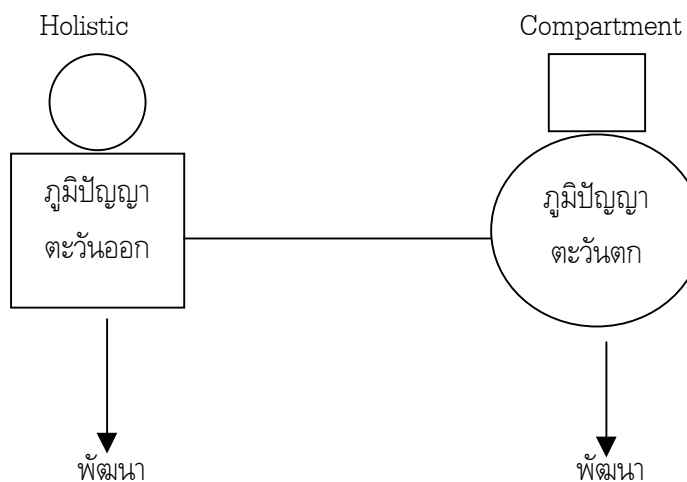
Paradigm หมายถึง กระบวนทัศน์ หรือชุดทางความคิดและการให้คุณค่าในกรอบความคิดของแต่ละบุคคล



พหุนิยม มองเห็นความแตกต่างหลากหลายเป็นสิ่งที่มีความค่า สร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ให้กับสังคม นำไปสู่ความสำเร็จให้กับชีวิต สร้างบริบทที่มีความค่าให้กับสังคม

แนวความคิดของคน ขึ้นกับ สถานะทางสังคมด้วย อาทิเช่น ความคิดแบบอำนาจนิยม อาจมองว่านิสิตไม่ให้ความเคารพ แต่ถ้าเป็นอาจารย์ที่มีความคิดแบบพหุนิยม อาจจะมองว่านิสิตมีความคิดแบบสร้างสรรค์ ให้ความร่วมมือในการเรียนการสอน นอกจากนี้ ปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับ Paradigm คือ

- สภาวะทางสังคมรอบข้าง ทั้งที่บ้านและโรงเรียน
- สภาวะทางเศรษฐกิจ
- การเลี้ยงดู สภาพทางครอบครัว ฯลฯ



ภูมิปัญญาตะวันตก เป็นการมองภาพแบบ Compartment คือ การมองแบบแยกส่วน ในขณะที่ภูมิปัญญาทางตะวันออก จะมองสิ่งต่าง ๆ ออกมาในรูป Holistic (the wholeness) ซึ่งไม่ควรจะไปปิดกั้นไม่ให้ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เกิดการพัฒนาหรือการเจริญ ยกตัวอย่างเช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น หลังจากที่มีมันถูกเพิกเฉยไประยะหนึ่งแล้ว เมื่อเราหันกลับมาของมัน การจะพัฒนาก็ไม่ควรจะพัฒนาตามแนวทางของเราเพียงอย่างเดียว ควรให้มันมีการพัฒนาไปตามแนวทางของมัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่มีคุณภาพมากที่สุด ในแนวทางที่มันควรจะเป็น ในขณะที่เดียวกัน สิ่งหนึ่งที่เรไม่ควรจะคำนึงถึง คือ การพัฒนาสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีโอกาสเป็นไปได้ว่าอาจจะต้องสูญเสียบางสิ่งบางอย่างไป ซึ่งเราต้องมาคิดพิจารณาว่าเราจะยอมแลกสิ่งใดเพื่อทดแทนกับสิ่งที่จะได้มาหรือไม่

โลกาภิวัตน์ (Globalization) ต่อไปจะหมายถึง World of Paradox (โลกแห่งความตรงข้าม) ยกตัวอย่างเช่น ยุโรปตะวันออกสลาย แต่ก็ยังอยากเข้าไปอยู่ใน EU หรือ เศรษฐศาสตร์เครือข่าย ที่ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแค่การคำนึงถึงด้านการเงินเท่านั้น

Localization ความเป็นท้องถิ่นจะมีมากขึ้น

Liberal เสรีนิยม

Consumerism บริโภคนิยม แต่ผู้บริโภคมักจะอ่อนไหว

European to Authority = From farm to table ทุกสิ่งทุกอย่างจะต้องมาจากธรรมชาติ เป็นการกลับไปสู่วิถีชีวิตแบบเดิม ๆ

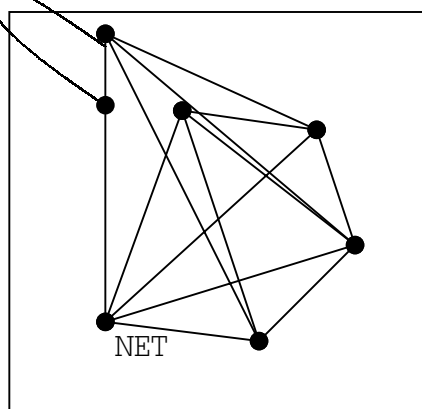
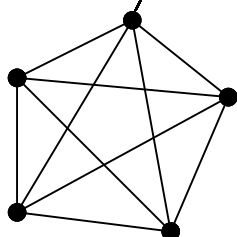
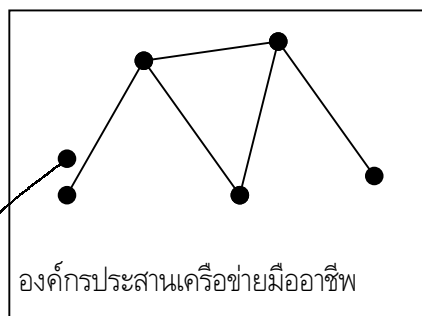
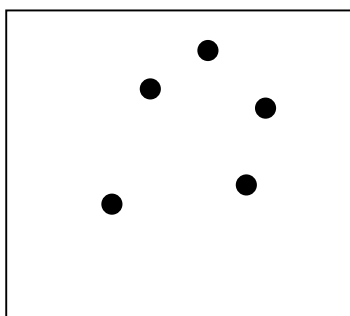
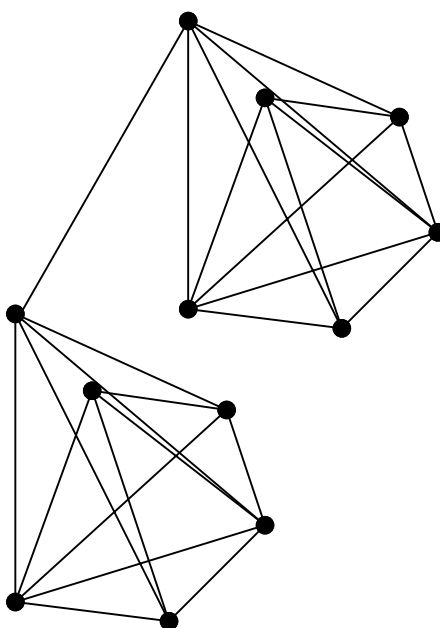
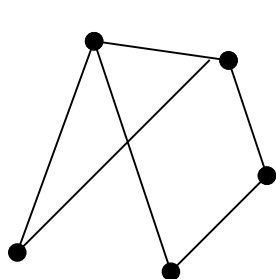
Privatization

โลกาภิวัตน์

World of Paradox (โลกแห่งความตรงข้าม) Localization ความเป็นท้องถิ่น

Liberal เสรีนิยม Consumerism บริโภคนิยม ผู้บริโภค อ่อนไหวเป็นใหญ่

European Food Authority “From Farm to Table” Privatization



Deregulation

- Competitive
- Conflict
- Compromise
- Competitive
- Cooperation

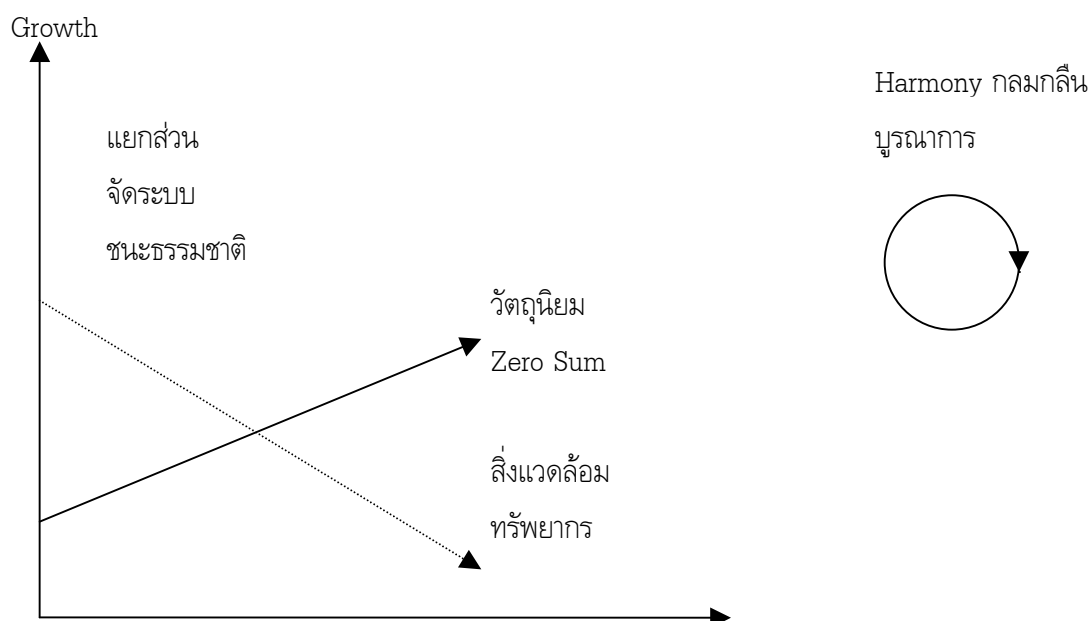
Merger + Net

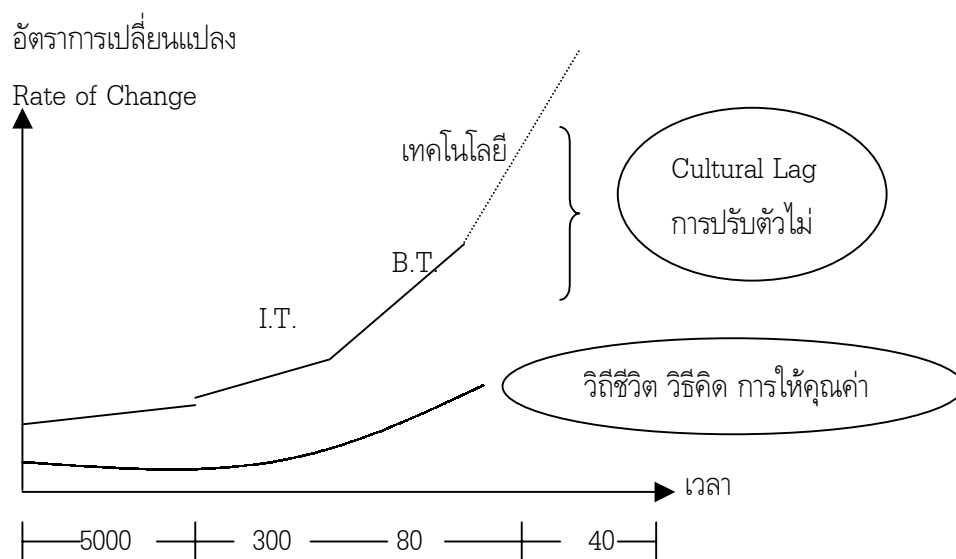
ความมั่นคง = การปราศจากผลร้ายของความไม่มั่นคง

รัฐจะไม่สร้างกฎเกณฑ์มาปกป้องความไม่มีประสิทธิภาพ

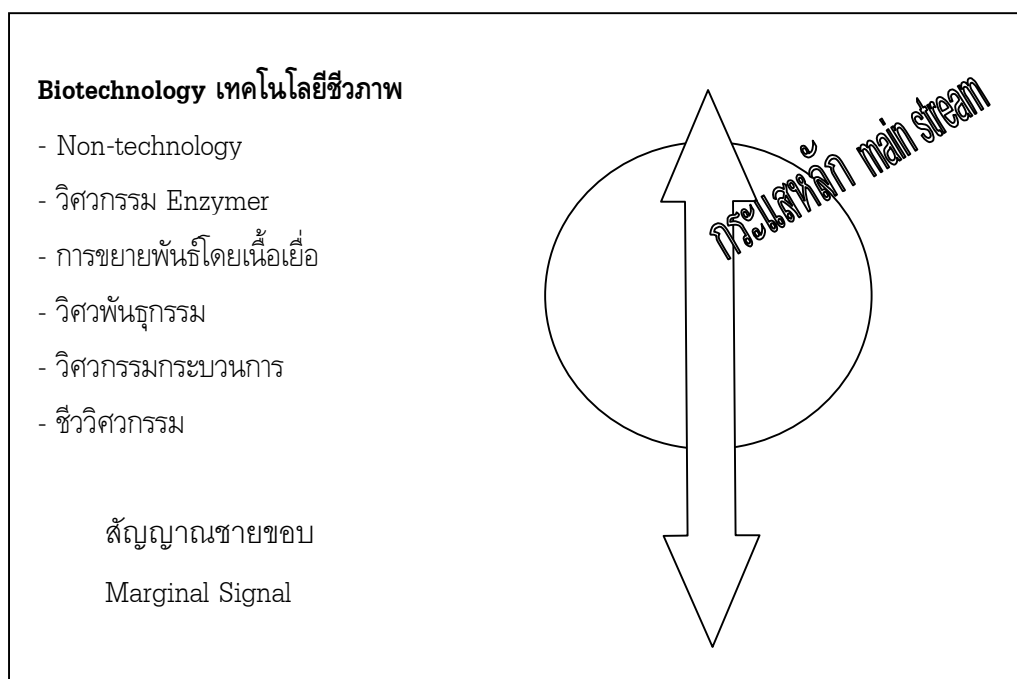
Deregulation การลดกฎเกณฑ์ เพื่อให้สามารถแข่งขันกันได้ แต่ก็อาจนำไปสู่ competitive, conflict, ซึ่งถ้าเรา compromise มันจะได้เป็น competitive cooperation คือ การร่วมมือกันท่ามกลางการแข่งขัน เพื่อให้เกิดความมั่นคง แล้วประเทศไทยจะสู้กับประเทศอื่นได้หรือไม่ เนื่องด้วยเรายังอยู่กันอย่างแตกแยก ต่างคนต่างอยู่ การมองสิ่งต่าง ๆ แบบสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ต่อไปในอนาคตจะเข้าสู่ Merger และ โลกแห่ง Net ดังนั้น สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต คือ ความมั่นคง ซึ่งเราจะอยู่ให้ได้โดยวิธีการปราศจากผลร้ายของความมั่นคง

รัฐควรจะไม่สร้างกฎเกณฑ์มาปกป้องความไม่มีประสิทธิภาพ อาทิเช่น รัฐเองควรมีการบริหารจัดการในลักษณะเครือข่าย หรือ Net เนื่องด้วยจะมีความเข้มแข็ง และเช่นเดียวกัน หากชุมชนใดไม่มีการสร้างเครือข่ายในการอยู่ร่วมกัน ชุมชนนั้นย่อมปราศจากความเข้มแข็งเช่นเดียวกัน



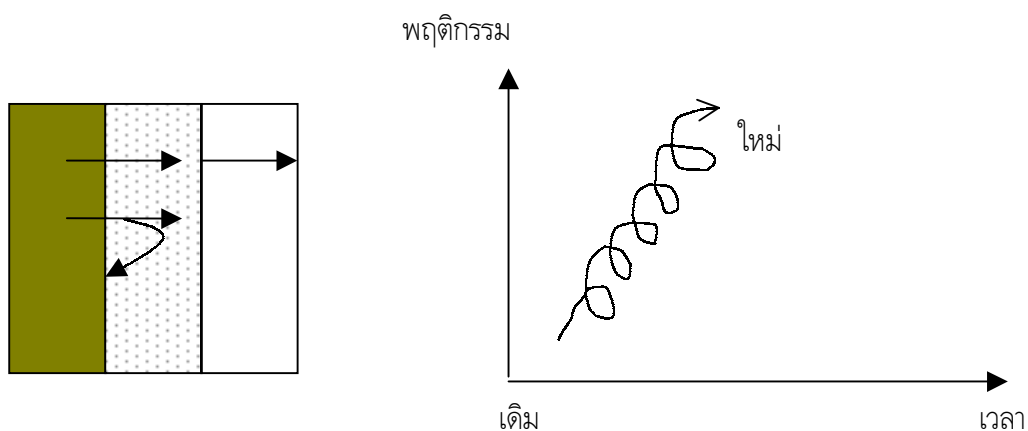


Biotechnology เทคโนโลยีทางชีวภาพ ในอดีตการขยายพันธุ์พืช จะเป็นลักษณะ Nontechnology แต่ในปัจจุบันจะอิงอาศัย วิศวกรรม enzyme เพื่อการขยายพันธุ์เนื้อเยื่อ ก่อนเกิดวิศวกรรมเนื้อเยื่อ ชีววิศวกรรม เป็นต้น



ในกระแสหลักทางสังคม (Main stream) จะมีลักษณะที่มีกฎเกณฑ์ที่ชัดเจนแน่นอน ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างยาก ในขณะที่มีอีกด้านหนึ่งในสังคม จะมีแนวความคิดที่ตรงข้าม อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สามารถเปลี่ยนแนวคิดของแนวหลักได้ ซึ่งเราเรียกว่า สัญญาณชายขอบ หรือ Marginal signal ยกตัวอย่างเช่น การทานข้าวกล้อง ก่อนหน้านี้ 2-3 ปี คนที่ทานข้าวกล้องอาจถูกมองว่าเหมือนเป็นคนประหลาด แต่ในปัจจุบัน คนกลับหันมานิยมบริโภคข้าวกล้อง ซึ่งถ้าเราสามารถเท่าทันต่อแนวความคิดดังกล่าว เราก็อาจเตรียม

พร้อมได้มากกว่าบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งจะเป็นตัวอย่างหนึ่งที่สามารถสะท้อนแนวความคิดในการดำรงชีวิตได้เช่นเดียวกัน



การที่เราอยากเปลี่ยนจากดำไปเป็นขาวในทันทีย่อมทำไม่ได้ จะต้องมีกระบวนการผ่านช่วงตอนของการเป็นสีเทา ก่อน ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงใด ๆ เราอาจต้องยอมรับว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจจะเปลี่ยนแปลงไปแบบช้า ๆ ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้น ย่อมมีได้ 2 ประเภท ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงจาก ดำไปสู่เทา ไปสู่ขาว
2. การเปลี่ยนแปลงจากดำไปสู่เทา แล้วกลับไปสู่ดำ ดังเดิม หรืออาจไม่สามารถเข้าสู่แถบสีเทา (Grey zone) ได้เลยก็ได้

ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เราอาจต้องทำใจว่าการเปลี่ยนแปลงอาจจะเป็นไปอย่างช้า ๆ และเราต้องมีความอดทนในการทำให้มันเกิดการเปลี่ยนแปลงได้

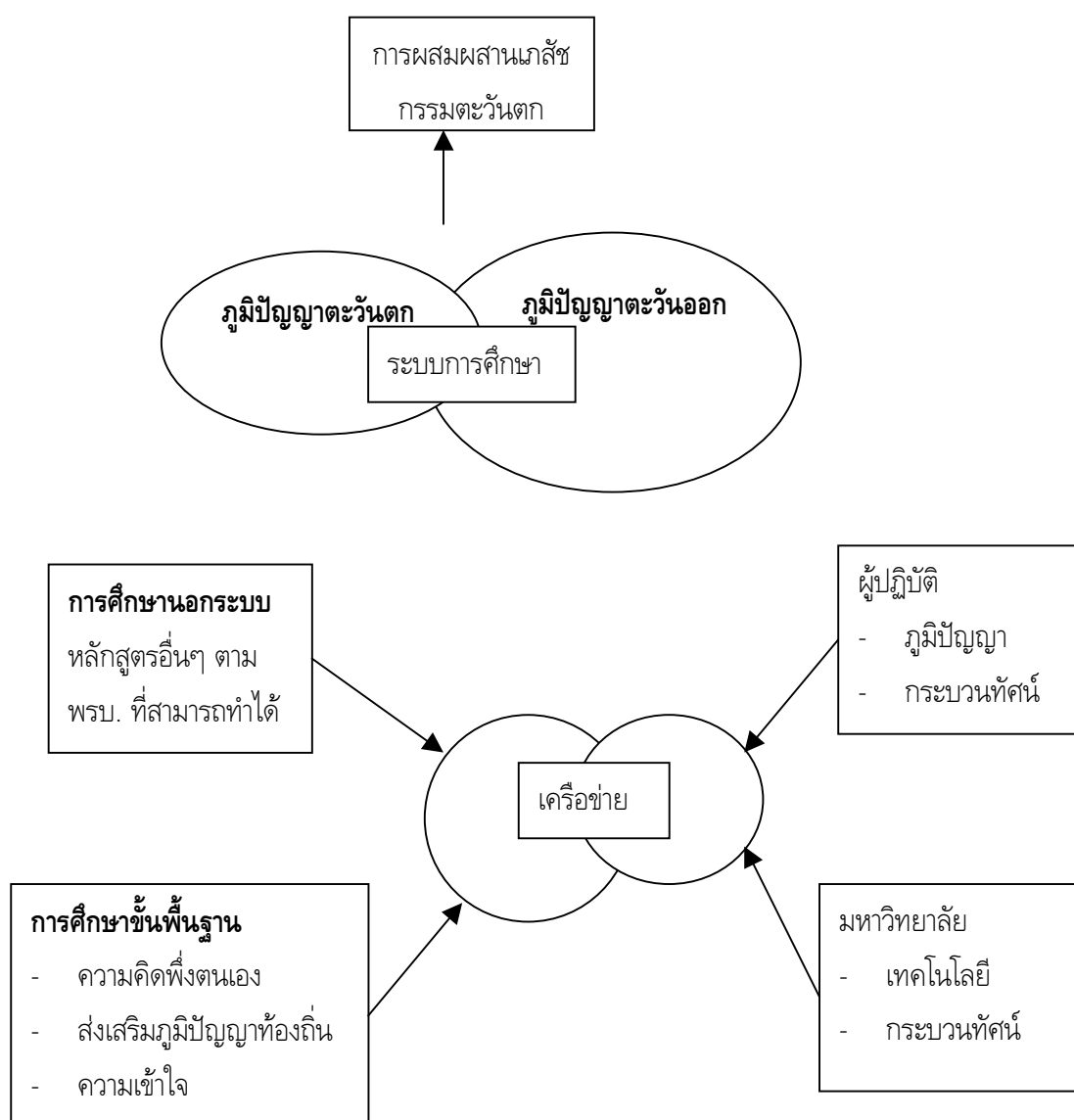
ยุทธศาสตร์ของวิสัยทัศน์สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การปฏิรูปการศึกษา

รายชื่อสมาชิกในกลุ่ม

- | | |
|----------------|--------------|
| 1. อ.พรเพ็ญ | 2. อ.วิจิต |
| 3. อ.อินทรา | 4. คุณนิภาพร |
| 5. คุณสุรินทร์ | 6. คุณพัชรี |
| 7. คุณศุภรัตน์ | 8. อ.พรทิพย์ |
| 9. อ.อรรถพล | |

หลักสูตรผสมผสาน? มาตรฐานการผสมผสาน? กระบวนการสอน?



ครู,ผู้เรียน,หลักสูตร

1. เน้นความร่วมมือระหว่างการสอน การปฏิบัติจริง
2. นโยบายของรัฐควรปรับให้สอดคล้องกับสภาพของท้องถิ่น

- การปฏิรูปการศึกษา
 - นโยบายแห่งชาติด้านยา
 - พรบ.ยา

}

การปฏิบัติจริง?
3. เน้นการทำงานแบบสหสาขาตั้งแต่อุดมศึกษา
4. แหล่งปฏิบัติควรได้รับการพัฒนา
5. ข้อมูลป้อนกลับจากผู้ปฏิบัติจริงในท้องถิ่นไปสู่หลักสูตรการศึกษาทำได้?
6. การปลูกฝังความรู้การป้องกันโรค การพึ่งตนเองควรทำตั้งแต่ชั้นประถม(เด็ก)
7. การศึกษาควรมีส่วนของการรู้การผสมผสาน มหาวิทยาลัยควรเสริมให้ความรู้เป็นการบริการวิชาการ
8. สร้างเครือข่ายชุมชนและมหาวิทยาลัย
9. เน้นการศึกษามุ่งพึ่งตนเองด้านสุขภาพ (ด้วยวิธีการภูมิปัญญาท้องถิ่น) ตั้งแต่ระดับการศึกษาพื้นฐาน
10. มีโครงสร้าง/กลไกสนับสนุนการสร้างหลักสูตรระดับพื้นฐานโดยชุมชน
11. กรอบแนวคิดกระบวนการทัศน์ของการสร้างหลักสูตรการแพทย์ทางเลือก
 - กระบวนการทัศน์ที่เข้าใจระหว่างทั้งตะวันออกและตะวันตก

กระบวนการสอน

1. อุดมศึกษา
 - ปรับกระบวนการทัศน์การคิดของอาจารย์ที่เกี่ยวข้อง
 - เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง เช่น การส่งนักศึกษาในวิชาการแพทย์ทางเลือกไปเรียนรู้กระบวนการวิชาจากผู้ปฏิบัติจริง
 - สร้างเจตคติที่ยอมรับและเห็นความสำคัญของแพทย์ทางเลือก
 - การพัฒนาความรู้, ภูมิปัญญาอย่างมั่นคง, ไปสู่เป้าหมายสูงขึ้น เทียบเคียงกับระดับอุดมศึกษาหรือการ

Accredit โดยสภาวิชาชีพ

ยุทธศาสตร์การพัฒนาเช่น

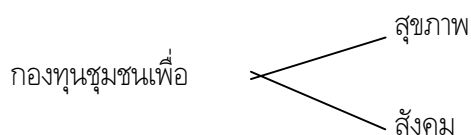
1. กฎหมาย
2. องค์กร/สถาบัน
3. ระบบค่านิยม
4. กระบวนการพัฒนา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การประกันสุขภาพและกองทุนสุขภาพ

รายชื่อสมาชิกในกลุ่ม

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. ภก.ชาญชัย | 2. คุณทองสุข |
| 3. คุณแอนก | 4. พ.ศุภสิทธิ์ |
| 5. คุณสุจิรา | 6. พ่อทองม้วน |
| 7. ผศ.พงศ์เทพ | 8. อ.เพชรรัตน์ |
| 9. อ.รุ่งเพชร | |

**** ชุมชนเข้มแข็ง** มีส่วนอย่างมากต่อการมีกองทุนชุมชน และการทำให้ยั่งยืน ดังนั้นไม่ควรจะเร่ง หรือทำเป็นนโยบายว่าต้องมีกองทุนฯ แต่ให้เป็นไปตามธรรมชาติความพร้อม



รูปแบบจะขึ้นกับชุมชนความครอบคลุม จะเป็นเพียงการป้องกัน ดูแลเบื้องต้น เนื่องจากจำนวนคนในชุมชน จะไม่พอต่อการรับความเสี่ยง

- แพทย์พื้นบ้าน/ไทย
- ส่งเสริมสุขภาพ
- ช่วยเหลือผู้ป่วย/ญาติ
- ส่วนเพิ่มฯ /รักษา

แหล่งเงิน :-

ชุมชน + รัฐ (?)

ทางเลือก - สปร. บัตรสุขภาพ

กองทุนสุขภาพจังหวัด เพื่อเป็นการรับความเสี่ยง สำหรับโรคต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้น พื้นฐานจำเป็น

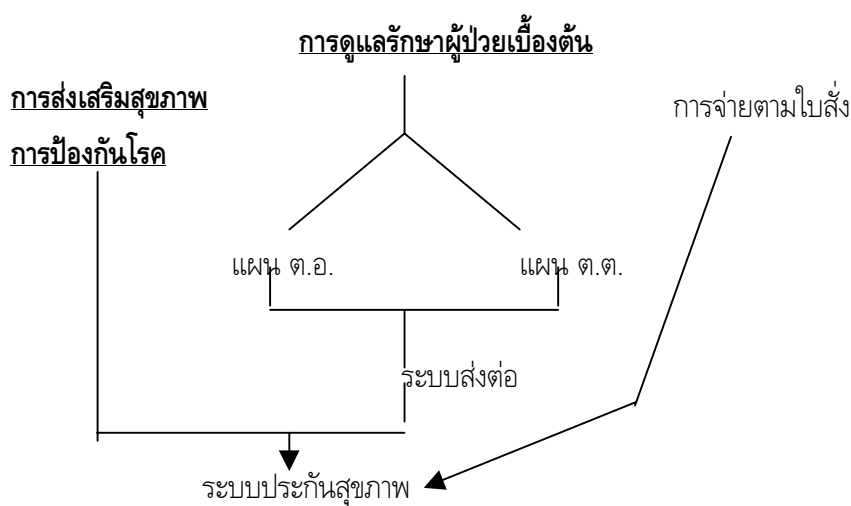
- เพื่อ
- สสจ. อบจ.
 - เทศบาล อบต.
 - กองทุนชุมชน
 - รักษาพยาบาล ฟื้นฟู
 - ส่งเสริมป้องกัน
 - ร้านยา
 - รัฐ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 Primary Care ในร้านยา

รายชื่อสมาชิกในร้านยา

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. คุณศุภรัตน์ | 2. คุณกาญจนา |
| 3. คุณศิริพร | 4. คุณรัชนิกร |
| 5. คุณณณัฏฐ์ | 6. คุณรุ่งกานต์ |
| 7. คุณเฉลิมชัย | 8. คุณวิวัฒน์ |
| 9. คุณปรีชา | |

ระบบรับรองคุณภาพโดยประชาชนมีส่วนร่วม



การส่งเสริมสุขภาพ

1. เชิงรับ: การป้องกันการเกิดครั้งต่อไป
2. เชิงรุก: ใช้ข้อมูลการป้องกันโรคในผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็น โดยแนะนำการปฏิบัติการในผู้ที่เป็โรคแล้ว เช่น ไข้เลือดออก
 - การจัดบอร์ด - ร่วมมือกับสถานื่อนามัย
 - การพูดคุย

* โดยรัฐ (กองทุน) ควรสนับสนุนจ่ายเงิน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การจ่ายยาตามใบสั่ง (การบริการทางเภสัชกรรม)

- กองทุนประกันคุณภาพเป็นผู้ขอให้ร้านยาย้ายยาแทนที่แพทย์จะจ่ายยาเอง

- มาตรฐานการจ่ายยาตามใบสั่งยา (เข้าระบบประกันสุขภาพ)
- เกณฑ์การประจำ
- ควรมีมาตรฐานของข้อมูลผู้ป่วยควรจะได้รับจากเภสัชกรระหว่างการจ่าย
- การ Reimbursement:

Pharmacist's fee+คำแนะนำ [X]/item ของยา (ไม่น้อยกว่า 20 B > 40 B)
(↑↓ตามค่าครองชีพ)

Premium + เบิกเงินที่หลัง

การป้องกันโรค

- ยารักษาโรค, ยาคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย, STDS
- โดยอาจมีราคากลาง (รายได้จากการขาย↓) และสามารถ Get Reimbursement

ร้านยาของกองทุนประกันสุขภาพ

- ใช้มาตรฐานเดียวกันกับร้านยาที่ไม่ใช่ของกองทุนสุขภาพ

ระบบควบคุม/รับรองคุณภาพ

- มีระบบควบคุมและตรวจสอบการจ่ายยาโดยเภสัชกร โดยมีเจ้าหน้าที่กองทุนสุขภาพ + สมาเภสัชกรรม
เป็นองค์ประกอบ

การดูแลรักษาเบื้องต้น/การส่งต่อ

ยา OTC: เบิกเงินจากกองทุนไม่ได้ทั้งแผนตะวันออก/แผน ต.ต.

ยา Prescription มี 2 ความคิดเห็น

- ① เภสัชกรจ่ายยาได้โดยผู้ต้องจ่ายเงิน เบิกกองทุนไม่ได้ (แพทย์อาจส่งยาแผนตะวันออกได้)
- ② Primary care: เภสัชกรจ่ายยาเพื่อรักษาอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยได้โดยมี
เภสัชกร → ผู้ช่วยแพทย์ และ ผู้ช่วยเภสัชกร → ช่วยเภสัชกร
ถ้าผู้ป่วยเป็นมากด้วย Refer ส่งต่อแพทย์

ระบบส่งต่อ

- สร้างเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วย (refer)
- การมีสมุดประจำตัวของผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic) + ผู้ป่วยเห็นชอบ)
- ร้านยามี Patient profile

ยุทธศาสตร์ที่ 4 เทคโนโลยีเพื่อการพึ่งพาตนเองของชุมชน

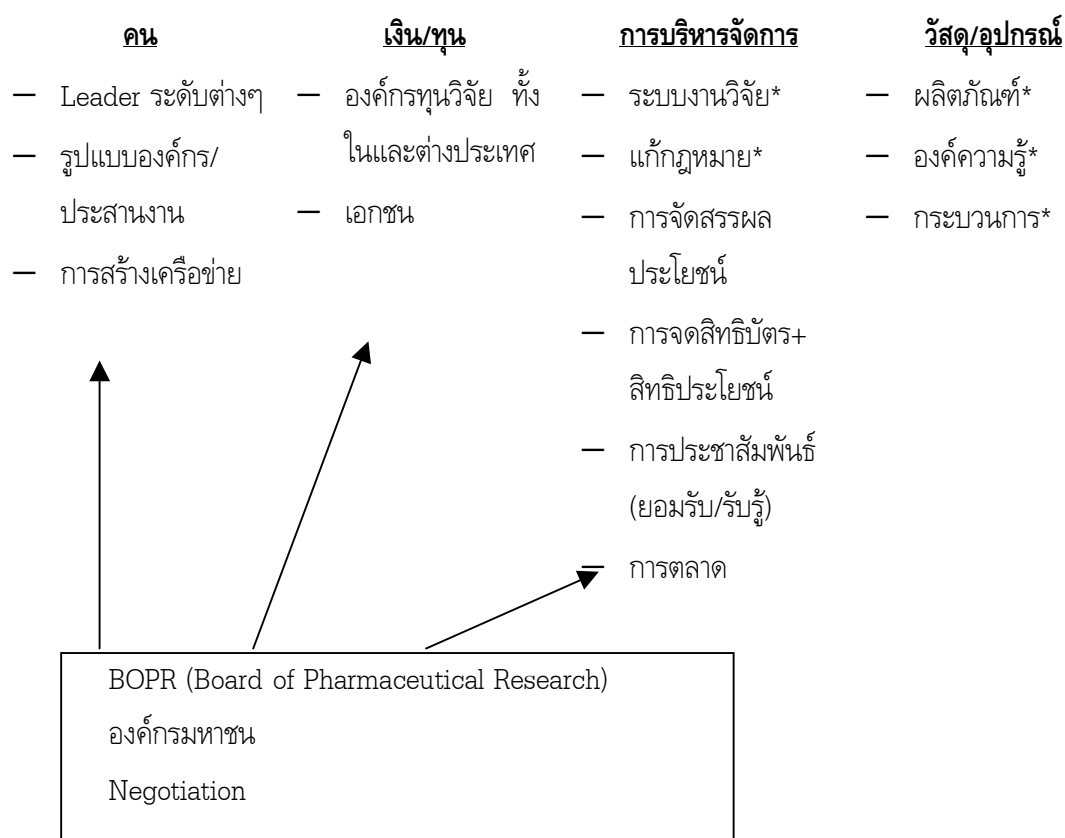
รายชื่อสมาชิกในกลุ่ม: นักวิชาการ

- | | |
|--------------|----------------|
| 1. ดร.วันชัย | 2. ดร.สาธิต |
| 3. รศ.พาณี | 4. ดร.จรัสพรรณ |

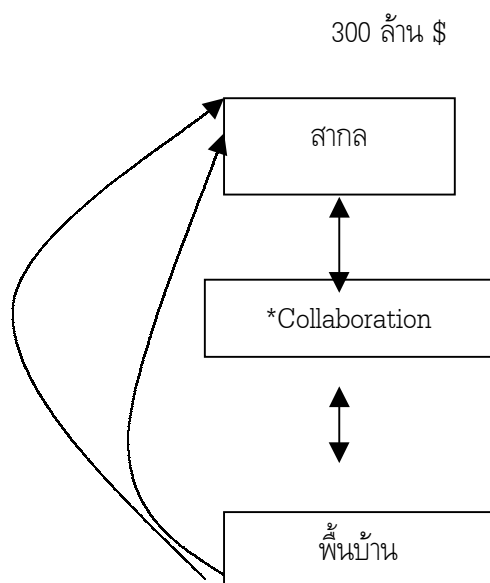
แผนงานระดับชาติ (ค.ร.ม.) (คล้ายแผนงานวิจัย 15-20 ปี)

ที่มา : จาก Grass root (ภูมิภาค)

Identified $\longleftrightarrow$ คน /องค์กร/project leader



* ส่วนที่เกษตรกรอาจเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง



การจัดสรรผลประโยชน์

กฎหมาย

- Review
- สิทธิบัตร
- แก้ไขข้อต่อเทคโนโลยีเพื่อการพึ่งพาตนเองของชุมชน

การศึกษาเพื่อเชิงพาณิชย์

- identify partners (ทุน): แหล่งทุนอื่น ๆ เอกชน ต่างประเทศ
- Clinical Studies/Harvesting

การตลาด

การถ่ายทอดเทคโนโลยี

- ฝึกอบรมระดับชาวบ้าน
- ระดับชาติ

รวบรวมข้อมูล

- รวบรวมภูมิปัญญาต่าง ๆ
- แยกประเภท (Privatization): ใช้พื้นบ้าน ดำรับยาภูมิภาค เชิงพาณิชย์ในประเทศ สากล
- อาหารและยา
- งาน / วิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง (พิษ/Adverse Drug Reaction, ADR)

มาตรฐานตำรับ (ฐานข้อมูล)

- พิสูจน์/ตรวจสอบเอกลักษณ์/การปนเปื้อน (เชื้อราสารเคมี)

พัฒนาตำรับ

- รูปแบบยา/บรรจุภัณฑ์/ความคงตัว

Toxicity Studies

- Acute/Sub-acute /Chronic

1. วิจัยและพัฒนา (รวบรวมภูมิปัญญาชาวบ้าน)
2. มีตำรับยาหลักภูมิภาค
3. การพัฒนาภูมิปัญญาไทย ไปสู่เชิงพาณิชย์
4. สร้างภูมิปัญญาไทยจากคุณค่าภูมิปัญญาไทย
5. การสร้างเครือข่าย Net Collaboration รวมทั้งการมีสิทธิบัตรของสิ่งประดิษฐ์ จากภูมิปัญญาและผลประโยชน์

ยุทธศาสตร์ที่ 5 เทคโนโลยีเพื่อการพึ่งพาตนเองของชุมชน

รายชื่อสมาชิกในกลุ่ม: ชาวบ้าน

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. หมออ้นนัต | 2. คุณวราวุธ |
| 3. คุณสุธรรม | 4. คุณณัฐวุฒิ |
| 5. คุณเครือวัลย์ | 6. คุณสุริยาการ |
| 7. คุณนิธินาถ | 8. คุณทิพาพร |

1. การสร้างเครือข่ายสหวิชาชีพ รวมทั้งสิทธิบัตรและผลประโยชน์คุ้มครองสิทธิบัตร
 - 1.1 รวบรวมบุคลากรที่มีภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยรัฐ และ NGOs เป็นผู้ประสานงานเบื้องต้นหรือ พัฒนา ผู้นำชุมชนและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการพัฒนา เช่น รวบรวมและสังคายนา สำหรับยาหลัก สมุนไพร การวินิจฉัยของการแพทย์พื้นบ้านในแต่ละท้องถิ่น
 - 1.2 ในกรณีที่องค์กรมีความเข้มแข็งแล้ว ให้ชุมชนที่เข้มแข็ง เป็นแกนในการสร้างอีกชุมชนหนึ่ง จนกระทั่งมีการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายแล้วจึงประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น มหาวิทยาลัย ให้เข้ามาใน เครือข่ายด้วย
 - 1.3 ปรับกฎหมายระเบียบให้มีการรับรองและสนับสนุนการเกิดองค์กรชุมชน (เช่น กลุ่มการแพทย์พื้น บ้าน) มีการควบคุมกันเองในกลุ่ม มีการประกันคุณภาพ และสร้างมาตรฐานและความยั่งยืน
2. การสร้างภูมิปัญญาไทยจากภูมิปัญญาท้องถิ่น

กลวิธีเอาภูมิปัญญาไทยเป็นตัวตั้ง แล้วเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาพัฒนาโดยยึดกรอบภูมิปัญญาดั้งเดิม
- 3 การวิจัยและพัฒนา

กลวิธีเป็นการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม (PAR) ให้อยู่บนพื้นฐานของภูมิปัญญาไทย เช่น การใช้เทคโนโลยีใน การพัฒนา การปลูก การเก็บเกี่ยว การเก็บรักษา วิธีการผลิต และรูปแบบเภสัชภัณฑ์ โดยไม่เน้นการสกัด นำสารสำคัญออกจากพืชสมุนไพร
- 4 การพัฒนาภูมิปัญญาไทยไปสู่สากลและเชิงพาณิชย์
 - 4.1 มีหลักสูตรมาตรฐานแผนไทยบัณฑิต เวชกรรมแผนไทยบัณฑิต และมีโรงพยาบาลแผนไทย ประกอบกับการประกันคุณภาพ
 - 4.2 มีหลักสูตรประยุกต์การใช้สมุนไพรในชีวิตประจำวัน ในนักเรียนระดับประถม
 - 4.3 การพัฒนาในเชิงพาณิชย์
 - 4.3.1 การส่งออกวัตถุดิบแปรรูป (ต้องมีการควบคุมความสะอาดและสารตกค้าง)
 - 4.3.2 รับรู้ปทัรรูปภาพ

