

อดีต...ปัจจุบัน...อนาคต การศึกษาเภสัชศาสตร์ในประเทศไทย (ตอนที่ ๓)

คณะอนุกรรมการด้านเภสัชศาสตร์ศึกษา (พ.ศ. ๒๕๕๖)

ศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย

บทคัดย่อ

เอกสารแนวคิดนี้มีเนื้อหาว่าด้วยการศึกษาเภสัชศาสตร์ในประเทศไทย จากอดีต ปัจจุบัน และการคาดคะเนแนวโน้มในอนาคต รายละเอียดประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมการตั้งข้อสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล การประมาณการตัวเลขและการคาดการณ์อนาคต เพื่อชี้ประเด็นพิจารณาที่สำคัญ และนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โอกาสในการพัฒนาเภสัชศาสตร์ศึกษาและวิชาชีพ และแนวทางการจัดการศึกษาในทศวรรษหน้า สำหรับผู้บริหารสถาบันการศึกษาเภสัชศาสตร์ ผู้กำหนดนโยบาย องค์กรและภาคีเครือข่ายวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเดิมตอนที่ ๑ ได้กล่าวถึงความหมายของวิชาชีพเภสัชกรรม การศึกษาเภสัชศาสตร์จากอดีตถึงปัจจุบัน วิวัฒนาการของหลักสูตรและการจัดการศึกษาเภสัชศาสตร์ โครงสร้างหลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิต หลักสูตร ๖ ปี รายชื่อสถาบันการศึกษาเภสัชศาสตร์ทั้งหมดในประเทศไทยจนถึงปัจจุบัน และแสดงข้อมูลกระบวนการจัดการศึกษาเภสัชศาสตร์ระดับปริญญาตรี ในส่วนที่ ๑ คือปัจจัยนำเข้า ได้แก่ กระบวนการคัดเลือกนิสิตนักศึกษา และในส่วนที่ ๒ คือกรอบแนวคิดของกระบวนการเภสัชศาสตร์ศึกษาและปัจจัยในกระบวนการจัดการเรียนรู้ ในฉบับที่ ๑ และ ๒ ไปแล้วนั้น

เนื้อหาในตอนที่ ๓ แสดง คือ อุปสงค์ หรือความต้องการกำลังคนในวิชาชีพเภสัชกรรม ความสอดคล้องของอุปสงค์และอุปทาน เกณฑ์สมรรถนะวิชาชีพ: สมรรถนะร่วม และสมรรถนะสาขาหลัก องค์กรความรู้ของบัณฑิต ความรู้และทักษะวิชาชีพเพื่อการปฏิบัติงานจริง และกระบวนการจัดสอบใบประกอบวิชาชีพ

วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557; 10(3): 242-255

Past...Present...Future of Pharmacy Education in Thailand (Part III)

Sub-committee in Pharmacy Education, the Pharmacy Education Consortium of Thailand

Abstract

This concept paper discusses the past, current status and future trends of pharmacy education in Thailand. Relevant primary and secondary data, evidences, facts and figures were compiled and presented along with data analyses and best possible estimation. Significant remarks and extrapolation were proposed in order to provide most plausible future prospects and to pinpoint critical considerations and opportunities for improvement for all stakeholders, particularly, university administrators, policy makers, and relevant professional affiliations and networks. In the Part I and Part II The definition of

pharmacy profession, past and present of pharmacy education, evolution of pharmacy curricular and pharmacy teaching methods, the learning processes and curriculum structure were explained.

Part III, the demand or requirement of manpower in the pharmacy profession was described. The consistency of supply and demand in the pharmacy profession, professional competencies: core competency and specific competency in each branch were highlight in this part. Knowledge of pharmacy graduates and their professional skills to practical implementation and the procedure of the national license examination for the pharmacy profession were explained.

IJPS 2014; 10(3): 242-255

อุปสงค์ (demand): ความต้องการกำลังคน ในวิชาชีพเภสัชกรรม

หากพิจารณานโยบายภาครัฐที่ส่งผลกระทบต่อกำลังคนในวิชาชีพเภสัชกรรม ในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้สนับสนุนนักศึกษาที่เข้าศึกษาในสาขาวิชาเภสัชศาสตร์ทำสัญญากับรัฐและต้องเข้าปฏิบัติงานชดใช้ทุนในโรงพยาบาลของรัฐเป็นเวลา ๒ ปีหลังสำเร็จการศึกษา (เภสัชกรคู่สัญญา) เนื่องจาก เภสัชกรเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ยังจัดว่ามีความขาดแคลน การชดใช้ทุนนี้เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้มีเภสัชกรออกไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐในชนบทมากขึ้นอย่างชัดเจนจนถึงปัจจุบันที่ผ่านมาสถาบันการศึกษาผลิตเภสัชกรได้ประมาณ ๑,๐๐๐-๑,๕๐๐ คนในแต่ละปี ซึ่งอย่างน้อยก็สามารถทดแทนส่วนที่ลาออกไปประกอบอาชีพอื่น ๆ ได้เพียงพอและมีจำนวนเภสัชกรสะสมในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น แต่เนื่องจากตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้มีมติคณะรัฐมนตรีเรียกเลิกการเป็นคู่สัญญาของสายงานเภสัชกร ทำให้ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ มีเภสัชกรเข้าสู่ระบบให้บริการของกระทรวงสาธารณสุขลดลงสาเหตุเบื้องต้นอาจเนื่องมาจากเภสัชกรสามารถออกไปปฏิบัติงานด้านอื่นๆ ได้มาก ไม่เฉพาะแต่ในโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น แต่ยังสามารถปฏิบัติงานในร้านยา อุตสาหกรรมยา และการตลาดยา เป็นเหตุให้ในแต่ละปีมีเภสัชกรไหลออกจากกระทรวงสาธารณสุขจำนวนหนึ่ง ไม่นับรวมการลาออกด้วยเหตุอื่น ประกอบ

กับรัฐบาลมีนโยบายจำกัดกำลังคนภาครัฐ ทำให้ไม่มีการจัดสรรตำแหน่งใหม่เพิ่มให้เภสัชกรในภาครัฐ ทำให้กำลังคนเภสัชกรในภาครัฐมีเพียงรักษาฐานะไว้ไม่ให้มีการสูญเสียมาก ในขณะที่ภาระงานในระบบหลักประกันสุขภาพมีสูงขึ้นอย่างมากในสถานบริการทุกระดับ แม้ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ คณะรัฐมนตรีมีมติให้เซ็นสัญญาผูกพันฝ่ายเดียวเป็นคู่สัญญากับรัฐกับผู้ที่จะเข้าศึกษาในหลักสูตรเภสัชศาสตร์อีกก็ตาม แต่กระทรวงสาธารณสุขกับนักศึกษาคู่สัญญาไว้เพียงจำนวนหนึ่ง คือประมาณปีละ ๓๕๐ คน เพื่อทดแทนส่วนที่สูญเสียไปในแต่ละปี (Kitti Pitaknitinun, 2012)

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข (Kitti Pitaknitinun, 2012) ซึ่งคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบในหลักการเมื่อวันที่ ๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยการวางแผนความต้องการเภสัชกรเฉพาะในส่วนการให้บริการคือโรงพยาบาลต่างๆ โดยกำหนดอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรในการบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิตั้งต้นเป็น ๑ : ๑๕,๐๐๐ และกำหนดอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรเฉลี่ยเป็น ๑ : ๑๑,๐๐๐ เพื่อให้มีจำนวนเภสัชกรที่เพียงพอในการกระจายให้บริการในหน่วยบริการระดับต่างๆ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การให้บริการเภสัชกรรมชุมชน และการบริการงานคุ้มครองผู้บริโภค ในภาพรวมระดับประเทศได้กำหนดอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรเป็น ๑ : ๕,๐๐๐ เพื่อให้มีเภสัชกรเพียงพอในการ

บริการทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งนี้ นโยบายกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันเน้นให้มีแผนพัฒนาระบบบริการ (service plan) เพื่อให้เป็นแผนแม่บทในการพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ โดยเน้นการจัดบริการในลักษณะของเขตสุขภาพ ในภาพรวมทั้งประเทศแบ่งเป็น ๑๒ เขตสุขภาพ และมีการจัดแบ่งบทบาทหน้าที่ของสถานบริการระดับต่างๆ ตั้งแต่การบริการระดับปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง โดยให้แต่ละเขตสุขภาพมีศักยภาพและจัดบริการได้ครอบคลุมในการรักษาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญได้ทุกโรคภายในเขตสุขภาพนั้นๆ เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยข้ามเขตหรือการส่งต่อเข้ากรุงเทพมหานคร เป็นผล

ให้บุคลากรวิชาชีพสุขภาพสาขาต่างๆ ต้องมีการพัฒนาสมรรถนะในเชิงกว้างและเชิงลึกมากขึ้นระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๒ ได้มีการศึกษาด้านกำลังคนในวิชาชีพเภสัชกรรมโดยคณะผู้วิจัยหลายกลุ่ม (Pongchareonsuk et al, 2009, Moonlasarn et al, 2010) ดังแสดงในตารางที่ ๘ก และ ๘ข ซึ่งแสดงข้อมูลกำลังคน (เภสัชกร) เปรียบเทียบในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ และ ๒๕๖๒ (ประมาณการ) และส่วนต่างที่ต้องการเพิ่มข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิที่พบว่ามีความต้องการที่ค่อนข้างหลากหลาย ทั้งนี้เพราะการประมาณการขึ้นกับสัดส่วนที่ผู้วิจัยตั้งสถานการณ์และ/หรือสมมุติฐานตามมาตรฐานที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา

ตารางที่ ๗ จำนวนเภสัชกรที่ผ่านการสอบและขึ้นทะเบียนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ (พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๕๖)

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนในแต่ละปี	สถานภาพการจบการศึกษา		จำนวนรวมผู้ขึ้นทะเบียน (สะสม)
		สถาบันของรัฐ	สถาบันเอกชนและต่างประเทศ	
๒๕๓๘	๖๗๐	๕๘๕	๘๕	๑๐,๕๐๓
๒๕๓๙	๗๒๔	๖๒๑	๑๐๓	๑๑,๒๒๗
๒๕๔๐	๗๑๒	๖๒๙	๘๓	๑๑,๙๓๙
๒๕๔๑	๖๙๔	๖๕๙	๓๕	๑๒,๖๓๓
๒๕๔๒	๘๘๕	๗๒๙	๑๕๖	๑๓,๕๑๘
๒๕๔๓	๙๕๔	๘๐๖	๑๔๘	๑๔,๔๗๒
๒๕๔๔	๑,๐๓๕	๘๖๘	๑๖๗	๑๕,๕๐๗
๒๕๔๕	๑,๒๒๘	๙๑๔	๒๖๙	๑๖,๗๓๕
๒๕๔๖	๑,๑๖๘	๙๖๕	๒๐๓	๑๗,๙๐๓
๒๕๔๗	๙๙๐	๘๒๙	๑๖๑	๑๘,๘๙๓
๒๕๔๘	๑,๑๔๒	๙๗๔	๑๖๘	๒๐,๐๓๕

ปี พ.ศ.	จำนวน ผู้ขึ้นทะเบียน ในแต่ละปี	สถานภาพการจบการศึกษา		จำนวนรวม ผู้ขึ้นทะเบียน (สะสม)
		สถาบันของรัฐ	สถาบันเอกชนและ ต่างประเทศ	
๒๕๔๗	๑,๒๐๓	๙๗๕	๒๒๘	๒๑,๒๓๘
๒๕๕๐	๑,๑๙๘	๙๘๕	๒๑๓	๒๒,๔๓๖
๒๕๕๑	๑,๑๘๓	๙๙๑	๑๙๒	๒๒,๗๓๓
๒๕๕๒	๑,๕๓๘	๑,๑๗๓	๓๖๕	๒๕,๑๕๗
๒๕๕๓	๑,๖๗๕	๑,๓๒๖	๓๔๙	๒๖,๘๓๒
๒๕๕๔	๑,๖๕๖	๑,๓๐๔	๓๕๒	๒๘,๕๘๘
๒๕๕๕	๑,๙๒๒	๑,๔๕๓	๔๖๙	๓๐,๕๑๐
๒๕๕๖	๑๕	๑๐	๕	๓๐,๕๒๕

ตารางที่ ๘๖ กำลังคน (เกษษกร) เปรียบเทียบในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ และ ๒๕๖๒ (ประมาณการ) และส่วนต่างที่
ต้องการเพิ่ม

สาขา	จำนวนเกษษกร ในปี ๒๕๕๒ (คน)	จำนวนเกษษกร ที่ควรมีในปี ๒๕๖๒ (คน)	จำนวนเกษษกร ที่ต้องการเพิ่ม (คน)
เกษษกรโรงพยาบาล	๗,๑๔๖	๑๖,๘๐๓	๙,๖๕๗
เกษษกรชุมชน	๓,๐๐๐	๑๐,๓๙๗	๗,๓๙๗
เกษษกรการการตลาด	๓,๘๗๓	๕,๒๐๕	๑,๓๓๒
เกษษกรการอุตสาหกรรม	๑,๗๐๐	๓,๐๕๔	๑,๓๕๔
การคุ้มครองผู้บริโภค	๑,๐๑๓	๒,๔๘๕	๑,๔๗๒
เกษษกรการศึกษา	๙๕๔	๑,๔๐๑	๔๔๗
รวม	๑๗,๖๘๖	๓๙,๓๔๕	๒๑,๖๕๙

ตารางที่ ๘๖ ความต้องการเภสัชกรสาขาต่างๆ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒

สาขา	จำนวนเภสัชกร (คน)			
	จำนวนเภสัชกร ในปี ๒๕๕๖	จำนวนที่ต้องการ ในปี ๒๕๖๒	ขาดแคลน	ส่วนต่าง
เภสัชกรโรงพยาบาล	๗,๑๔๖	๑๕,๒๓๘	๑,๔๒๙	๙,๕๒๑
เภสัชกรชุมชน	๓,๐๐๐	๑๑,๖๐๓	๖๐๐	๙,๒๐๓
เภสัชกรการตลาด	๓,๘๗๓	๕,๘๑๐	*	๑,๙๓๗
เภสัชกรการอุตสาหกรรม	๑,๗๐๐	๒,๘๓๕	*	๑,๑๓๕
การคุ้มครองผู้บริโภค	๑,๐๑๓	๒,๓๖๕	๑๔๐	๑,๔๙๒
เภสัชกรการศึกษา	๙๕๔	๑,๑๙๒	๑๕๕	๓๙๓
รวม	๑๗,๖๘๖	๓๙,๐๔๓	๒,๓๒๔	๒๓,๖๘๑

*ใช้ตัวเลขอัตราการเพิ่มซึ่งรวมการสูญเสียและทดแทนแล้ว

โครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุข: เภสัชกรในประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๔๙) (Pongchareonsuk et al, 2009) นำเสนอผลสรุปว่า บทบาทเภสัชกรในประเทศไทยมีโอกาสขยายงานไปสู่ชุมชนได้อีกมาก พร้อมเสนอข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์สำหรับวิชาชีพไว้ดังนี้

๑. การพัฒนาประสิทธิภาพงานบริการเภสัชกรรม ด้วยการผลักดันร้านยาเข้าสู่เครือข่ายระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะร้านยาเป็นจุดยุทธศาสตร์ที่ใกล้ชิดประชาชน

๒. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยกำหนดเป้าหมายการผลิตและพัฒนาการเรียนรู้อของเภสัชกรอย่างเป็นระบบให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในชุมชน ทั้งนี้ เป้าหมายของวิชาชีพควรเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา จึงควรมีการวางแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์สำหรับการบริการเภสัชกรรมเพื่อให้เป็นไปตามความต้องการของสังคม ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ การศึกษาต่อเนื่องก็เป็นยุทธศาสตร์สำคัญ

เพราะเภสัชกรเป็นผู้ที่ต้องแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อสามารถให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญไว้ดังนี้

๑. วิชาชีพควรร่วมกันกำหนดเป้าหมายหลักของวิชาชีพให้ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป้าหมายหลักของวิชาชีพเภสัชกรรมควรอยู่ที่งานบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง ทั้งงานปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

๒. วิชาชีพควรร่วมกันผลักดันให้ร้านยาเป็นแหล่งปฏิบัติวิชาชีพหลักในสังคมไทย และนำร้านยาเข้าสู่ระบบการให้บริการเภสัชกรรม การย้ายฐานการปฏิบัติวิชาชีพจากโรงพยาบาลไปสู่ร้านยาจึงควรเป็นยุทธศาสตร์เร่งด่วนที่ต้องการความร่วมมือร่วมใจเป็นหนึ่งในเดียวของผู้หน้าวิชาชีพ รวมทั้งสภาเภสัชกรรมและสถาบันการศึกษา

๓. ควรกำหนดองค์กรที่รับผิดชอบในการวางแผนการผลิตเภสัชกร ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยต้องกำหนดแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับพันธกิจบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรที่เปลี่ยนแปลง

ควรถูกกำหนดจำนวนแหล่งผลิตและจำนวนที่จะผลิตในแต่ละปี โดยใช้ฐานการปฏิบัติงานเป็นเป้าหมาย เนื่องจากปัจจุบันการผลิตบัณฑิตเภสัชศาสตร์เป็นไปอย่างไร้ทิศทางในเชิงปริมาณ ไม่มีการวางแผนเพื่อกำหนดจำนวนสถาบันการศึกษาและจำนวนนักศึกษา

๔. ควรปฏิรูประบบการศึกษาเภสัชศาสตร์ เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและทางวิชาชีพสถาบันการศึกษามีภารกิจหลักในการผลิตบัณฑิตที่มีความพร้อมไปปฏิบัติวิชาชีพในชุมชน ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ บัณฑิตใหม่ต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนและในโรงพยาบาล มีทักษะที่จำเป็น เช่น ทักษะในการสื่อสาร ทักษะในการแก้ไขปัญหา และยังคงมีจริยธรรมเป็นแนวทางในการทำงาน แต่ในเวลาเดียวกัน สถานศึกษาต้องผลิตบัณฑิตที่มีความพร้อมเพื่อไปพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบันให้สามารถเป็นที่พึ่งในการผลิตยาให้เพียงพอับความต้องการในประเทศ ซึ่งอุตสาหกรรมยาปัจจุบันต้องการเภสัชกรจำนวนมาก แต่ควรมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ทั้งด้านการวิจัยและพัฒนาตำรับยาใหม่ การควบคุมระบบการผลิต และการประกันคุณภาพ

ในส่วนของนโยบายระดับชาติ การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๕๕) คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑ (พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑) ซึ่งได้วิเคราะห์สถานการณ์ในศตวรรษที่ ๒๑ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และระบาดวิทยา เช่น การเกิดขึ้นของโรคติดต่ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ ความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุและภัยพิบัติทางธรรมชาติ อุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพ (occu-

pational health) และสิ่งแวดล้อม สัตว์สวนและจำนวนผู้สูงอายุที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและสังคม การเกิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการปฏิรูประบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของระบบการบริหารจัดการของหน่วยบริการสุขภาพ การเกิดขึ้นของยาและเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีราคาสูง การมุ่งเน้นสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพผ่านระบบสื่อสารไร้พรมแดน การก่อตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ รวมทั้งนโยบายการเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของภูมิภาค ดังนั้น การจัดการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนทั้งรูปแบบ วิธีการ และเนื้อหาสาระในการศึกษา รวมถึงสร้างกลไกทบทวนตรวจสอบให้สอดคล้องกับความจำเป็นสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน ให้มีการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับชีวิตและประสบการณ์จริงของระบบบริการสุขภาพ โดยทำให้ความรู้ทางเทคนิควิชาการครบถ้วน นอกจากนั้นควรมีการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพ (inter-professional collaboration) ที่มีประสิทธิภาพ แม้ว่าปัจจุบันองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพในประเทศไทย เช่น สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ จัดให้มีการรับรองหลักสูตรวิชาชีพด้านสุขภาพ การรับรองสถาบัน ในการจัดหลักสูตรการศึกษาในหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทยศาสตร์ศึกษา พยาบาลศาสตรศึกษา เกษัชศาสตร์ศึกษา ได้ระบุไว้ในหลักสูตรว่านักศึกษาต้องมีความรู้ความสามารถเพียงพอ มีทักษะในการทำงานเป็นทีมสุขภาพ และต้องเป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม และเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

อย่างไรก็ดี การปฏิรูประบบการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพยังคงมีข้อจำกัดหลายประการ การพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรและการรับรองคุณภาพมาตรฐานการศึกษา โดยมากยังเน้นเรื่องการพัฒนาความรู้ ทักษะทางวิชาการ แต่ความเชื่อมโยงกับ

พลวัตระบบสุขภาพและสถานการณ์ของประเทศยังไม่ชัดเจน วิธีแก้ปัญหาที่ยังอยู่ในกรอบของสาขาหรือวิชาชีพของตน แม้มีความพยายามขยายขอบเขตของการแก้ปัญหาออกไป แต่ด้วยเงื่อนไขที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ นอกเหนือจากระบบการศึกษา เช่น ระบบการบริการสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพทั้ง ๓ กองทุน ทำให้การปฏิรูปการศึกษากระทำได้ในวงจำกัด นำไปสู่การตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของชุมชนและสังคมได้ยาก การดำเนินการปฏิรูปจึงต้องการกลไกที่ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและศึกษาหาทางออกร่วมกัน และต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกสาขาวิชาชีพ รวมถึงมีกลไกที่ไม่ให้ภาระในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพเท่านั้น ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีการกลไกและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับของทุกภาคส่วน ซึ่งเชื่อมโยงภาคการศึกษาและภาคการบริการที่เชื่อมโยงภาครัฐและเอกชน เชื่อมโยงผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ว่าจะต้องปฏิรูปการศึกษาอย่างไร เพื่อใคร ด้วยเนื้อหาการจัดการหลักสูตรแบบใด เพื่อนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและสังคมไทย (Sub-committee on strategic plan for the development of health workforce in the 21st century, 2014)

สำหรับกระบวนการขับเคลื่อนปฏิรูปการศึกษากำลังคนด้านสุขภาพ ในระดับประเทศ มีกระบวนการศึกษาทางวิชาการเพื่อสนับสนุนเรื่องการปฏิรูปการศึกษาด้านสุขภาพ โดยทำงานร่วมกับประเทศต่างๆ ในระดับภูมิภาคอีก ๔ ประเทศ ได้แก่ จีน บังกลาเทศ เวียดนาม และอินเดีย ในระดับโลก มีการจัดทำรายงาน The Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century เพื่อศึกษาเรื่องการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งทำให้เกิดการเคลื่อนไหวในการจัดระบบการศึกษาด้านสุขภาพ นอกจากนี้ มติ SEA/RC65/R7

ของการประชุมองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมติ WHA66.23 ของการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๖ (พ.ศ. ๒๕๕๖) เรียกร้องประเทศสมาชิกทำการประเมินบทบาท สถานการณ์การจัดการศึกษากำลังคนด้านสุขภาพ รวมทั้งการขับเคลื่อนเพื่อปฏิรูปการศึกษากำลังคนด้านสุขภาพ

โดยสรุป จากสถานการณ์และสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑ (พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑) ได้กำหนดเป้าประสงค์ของแผนฯ ไว้ ๕ ประการ คือ ๑. Equity: มีความเสมอภาคในการเข้าถึงและการจัดการศึกษา ๒. Integration: มีความร่วมมือระหว่างระบบการจัดการศึกษากับระบบสุขภาพ ๓. Innovation: มีนวัตกรรมและการวิจัยทั้งในด้านการจัดการศึกษาและการบริการ ๔. Responsiveness and Relevancy: มีแหล่งข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นและสอดคล้องกับวิถีแห่งสุขภาพและความต้องการของประชาชน (ปริมาณ คุณภาพ สอดคล้อง คุณลักษณะ การปรับตัวกับบริบทสังคมท้องถิ่น) และ ๕. Humanize health care: มีการจัดการสุขภาพด้วยจริยธรรมและหัวใจความเป็นมนุษย์ และกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์/มาตรการที่สำคัญในการดำเนินงานเพื่อให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามเป้าประสงค์วิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ ประกอบด้วย ๖ ประเด็นยุทธศาสตร์ คือ ๑. การกำหนดนโยบายการจัดการศึกษาสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพโดยใช้หลักฐานทางวิชาการ ๒. การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ ๓. การปฏิรูปการบริหารจัดการในสถาบันการศึกษา ๔. การปฏิรูปหลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอน ๕. การจัดการความรู้ และ ๖. การสร้างเครือข่ายสู่การปฏิรูปการศึกษากำลังคนด้านสุขภาพ ดังนั้น ในการพิจารณาวางแผนด้านกำลังคนของวิชาชีพเภสัชกรรมในอนาคตนั้น ควรจะนำหลักการและประเด็นพิจารณาต่างๆ จากแผน

ยุทธศาสตร์ข้างต้นนี้ เป็นปัจจัยนำเข้าสู่ที่สำคัญในการกำหนดนโยบายต่อไปด้วย

ความสอดคล้องของอุปสงค์และอุปทาน

ตารางที่ ๙ แสดงภาวะการมีงานทำของบัณฑิตเภสัชศาสตร์ที่จบการศึกษาปี ๒๕๕๔ (n=๑,๘๐๔) จำแนกตามประเภทหน่วยงาน ซึ่งปัจจุบันตลาดแรงงานหลักของเภสัชกร ได้แก่ โรงพยาบาล (ร้อยละ ๔๕.๘) และร้านยา (ร้อยละ ๒๖.๗) บัณฑิต

จำนวนน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ (ระหว่างร้อยละ ๐.๘-๙.๕) ปฏิบัติงานในบริษัทยา โรงงานยา กระทรวงสาธารณสุข การวิจัยทางคลินิก การขึ้นทะเบียนยา สถาบันวิจัยพัฒนา ศึกษาต่อ หรืออื่นๆ อนึ่ง ตัวเลขภาวะการมีงานทำดังกล่าวนี้รวบรวมโดยมิได้แยกบัณฑิตที่จบหลักสูตร ๕ ปี และ ๖ ปี (การบริหารทางเภสัชกรรม) เนื่องจาก ณ ปี ๒๕๕๔ ยังคงมีการจัดหลักสูตรทั้งสองลักษณะในหลายสถาบัน

ตารางที่ ๙ ภาวะการมีงานทำของบัณฑิตเภสัชศาสตร์ที่จบการศึกษาปี ๒๕๕๔ จำแนกตามประเภทหน่วยงาน (n=๑,๘๐๔, จำนวนสถาบันที่มีบัณฑิตจบการศึกษา=๑๕) (ข้อมูล ณ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖ รวบรวมโดยคณะอนุกรรมการด้านเภสัชศาสตร์ศึกษา)

ประเภทหน่วยงาน	จำนวนบัณฑิต (คน)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	๘๒๖	๔๕.๘
ร้านยา	๔๘๓	๒๖.๗
การตลาด	๑๗๑	๙.๕
โรงงานยา	๙๙	๕.๕
ศึกษาต่อ	๖๓	๓.๕
งานอื่นๆ	๕๐	๒.๗
กระทรวงสาธารณสุข	๔๑	๒.๒
ไม่ทำงาน	๔๐	๒.๒
การวิจัยทางคลินิก การขึ้นทะเบียนยา	๒๐	๑.๑
สถาบันวิจัยพัฒนา	๑๕	๐.๘

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาเปรียบเทียบภาวะการมีงานทำของบัณฑิตที่จบหลักสูตร ๕ ปี (pharmaceutical science หรือหลักสูตรเน้นผลิตภัณฑ์เดิม) และหลักสูตร ๖ ปี (การบริหารทางเภสัชกรรม) ของสถาบันแห่งหนึ่ง (n=๗๖) ดังแสดงในตารางที่ ๑๐ จะเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจนของสายการประกอบวิชาชีพ (career path) ของบัณฑิตจากหลักสูตรทั้งสองอย่างชัดเจน กล่าวคือ เภสัชกรที่

จบหลักสูตร ๖ ปี (การบริหารทางเภสัชกรรม) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๘๖.๖) ปฏิบัติงานวิชาชีพในโรงพยาบาล และร้านยา ซึ่งจัดว่าเป็นการประกอบวิชาชีพอย่างตรงสายงานตามความรู้ที่ร่ำเรียนมาตลอดหลักสูตร และสรุปได้ว่าเป็นไปตามเจตนาของบัณฑิต แต่เมื่อพิจารณาในส่วนของบัณฑิตที่จบหลักสูตร ๕ ปี (pharmaceutical science หรือหลักสูตรเน้นผลิตภัณฑ์เดิม) พบว่ามีข้อมูลภาวะการมีงานทำที่ค่อนข้างหลากหลาย

กล่าวคือ บัณฑิตทำงานในโรงพยาบาลร้อยละ ๔๗.๕, ร้านยา ร้อยละ ๒๑.๓, โรงงานยา ร้อยละ ๑๑.๕, บริษัทยา ร้อยละ ๙.๘ และในหน่วยงานอื่นๆ อีกเป็นส่วนน้อย ข้อสังเกตสำคัญในตารางที่ ๑๐ นี้คือ ในบรรดาบัณฑิตที่จบหลักสูตร ๕ ปี (เดิม) สาขา pharmaceutical science นี้ จำนวนเกือบครึ่งทำงานในโรงพยาบาลหรือทำงานในโรงพยาบาลและร้านยารวมกันคิดเป็นถึงร้อยละ ๖๘.๘ ประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่า หากบัณฑิตที่เรียนสาขาหลักเภสัช อดุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์สมรรถนะของสภาเภสัชกรรม ซึ่งมีเนื้อหาเน้นด้านโรงงานยาอย่างมากนั้น การปรับตัวของบัณฑิตตามตลาดงานและ/หรือความประสงค์ส่วนตนของบัณฑิตที่จะทำงานในหน่วยงานประเภทโรงพยาบาลหรือร้านยาอาจก่อให้เกิดความไม่สอดคล้อง ทั้งด้านเนื้อหาวิชาการและประสบการณ์วิชาชีพ อย่างเลี่ยงไม่ได้ การผลิตบัณฑิตออกมารับใช้สังคมอย่างไม่ตรงวัตถุประสงค์ อาจเป็นการสูญเปลืองอย่างมหาศาลทางการศึกษา ประเด็นนี้เป็นโจทย์สำคัญที่ทุกภาคที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะเภสัชศาสตร์ (ผู้ผลิตบัณฑิต) สภาเภสัชกรรม (ผู้กำหนดสมรรถนะ) ควรต้องตระหนักถึงผลกระทบในอนาคตที่จะเกิดขึ้นต่อทั้งตัวบัณฑิต ผู้ใช้บัณฑิต และความต้องการที่แท้จริงของตลาดงานปัจจุบัน อนึ่ง จากผลการวิจัยของสัมมนา มูลสารและคณะ พบว่า ประมาณการความต้องการเภสัชกรของโรงงานยาในประเทศไทย จำนวน ๑๖๗ โรง ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๖ โดยเฉลี่ยเท่ากับเพียง ๔๗ คนต่อปี และหากประมาณการความต้องการเภสัชกรที่เป็นตำแหน่งงานใหม่ โดยเฉลี่ยเท่ากับ ๑๒๔ คนต่อปี (Moonlasam et al, 2010) ตัวเลขจากผลการวิจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายควรต้องนำมาพิจารณาอย่างถี่ถ้วน และควรจัดให้มีการศึกษาเพิ่มเติมและทบทวนข้อมูลนำเข้าเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อการปรับปรุงเกณฑ์และข้อกำหนดต่างๆ ให้เหมาะสมต่อสถานการณ์ รวมทั้งควรมีแนวทางพิจารณาเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างทันเหตุการณ์ด้วย

จากข้อเสนอแนะงานวิจัยของเพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข และคณะ (หัวข้อ ๓.๒) ชี้ให้เห็นว่า การวางแผนด้านกำลังคนในภาพรวมเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง และต้องสอดคล้องกับบริบทการประกอบวิชาชีพที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทั้งระดับประเทศและระดับโลก ร่วมกับการพิจารณาปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม นโยบายด้านสาธารณสุขของภาครัฐ ทั้งนี้ วิชาชีพอาจกำหนดให้มีองค์กรที่รับผิดชอบในการวางแผนการผลิตเภสัชกรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยกำหนดแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับพันธกิจบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรที่เปลี่ยนไป อีกทั้งควรกำหนดจำนวนแหล่งผลิตและจำนวนที่จะผลิตในแต่ละปีโดยใช้ฐานการปฏิบัติงานเป็นเป้าหมาย เนื่องจากปัจจุบันการผลิตบัณฑิตเภสัชศาสตร์เป็นไปอย่างไร้ทิศทางในเชิงปริมาณ ไม่มีการวางแผนเพื่อกำหนดจำนวนสถาบันการศึกษาและจำนวนนิสิตนักศึกษา

เกณฑ์สมรรถนะวิชาชีพ: สมรรถนะร่วมและสมรรถนะสาขาหลัก

สภาเภสัชกรรมได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ของสภาเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๕ ขึ้น ประกอบด้วย เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๕ และเกณฑ์ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งเกณฑ์ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพเหล่านี้ระบุเป้าหมาย วัตถุประสงค์เชิงปัญญา วัตถุประสงค์เชิงทักษะ ตารางกำหนดความรู้เฉพาะ (table of specification) และตารางกำหนดด้านทักษะ ไว้อย่างชัดเจน เนื้อหาสาระของเกณฑ์มาตรฐานความรู้ความสามารถ ๘ ข้อนี้ครอบคลุมองค์ความรู้เภสัชศาสตร์ ทั้งด้านผู้ป่วย ด้านผลิตภัณฑ์ และด้านสังคม (หัวข้อ ๒.๑) ได้แก่

เกณฑ์มาตรฐานข้อ ๑: มีความรู้ในกระบวนการผลิตและประกันคุณภาพยา

เกณฑ์มาตรฐานข้อ ๒: ประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการยาของชุมชน คัดเลือกจัดซื้อ จัดหายา/ผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพ เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างเหมาะสม

เกณฑ์มาตรฐานข้อ ๓: เตรียมผลิตภัณฑ์ยาในรูปแบบที่เหมาะสมกับความต้องการในผู้รับบริการแต่ละราย

เกณฑ์มาตรฐานข้อ ๔: ประเมินสุขภาพเบื้องต้นเพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งการส่งต่อในกรณีจำเป็น

เกณฑ์มาตรฐานข้อ ๕: กำหนดแผนการใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย และดูแลการ

ใช้ยาให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเน้นการส่งเสริมความร่วมมือของผู้รับบริการ

เกณฑ์มาตรฐานข้อ ๖: ติดตาม ป้องกัน แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้รับบริการและชุมชน และแจ้งแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

เกณฑ์มาตรฐานข้อ ๗: ให้ข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ แก่ผู้รับบริการ ชุมชนและบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างถูกต้องทันสมัย และเชื่อถือได้

เกณฑ์มาตรฐานข้อ ๘: มีความรู้ทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

ตารางที่ ๑๐ ภาวะการมีงานทำของบัณฑิตเภสัชศาสตร์ จำแนกตามประเภทหน่วยงาน (หลักสูตร ๕ ปี และ ๖ ปี) ที่จบการศึกษาปี ๒๕๕๔ ของสถาบันการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งหนึ่ง (n=๗๖) (ข้อมูลรวบรวมโดยคณะอนุกรรมการด้านเภสัชศาสตร์ศึกษา)

ประเภทหน่วยงาน	จำนวนบัณฑิต (ร้อยละ)		
	หลักสูตร ๕ ปี (pharmaceutical science)	หลักสูตร ๖ ปี (pharmaceutical care)	รวม
โรงพยาบาล	๒๙ (๔๗.๕)	๑๑ (๗๓.๓)	๔๐ (๕๒.๖)
ร้านยา	๑๓ (๒๑.๓)	๒ (๑๓.๓)	๑๕ (๑๙.๘)
โรงงานยา	๗ (๑๑.๕)	๐ (๐.๐)	๗ (๙.๒)
การตลาดยา	๖ (๙.๘)	๑ (๖.๗)	๗ (๙.๒)
ศึกษาต่อ	๓ (๕.๐)	๐ (๐.๐)	๓ (๔.๐)
งานอื่นๆ/มหาวิทยาลัย	๒ (๓.๓)	๐ (๐.๐)	๒ (๒.๖)
การวิจัยทางคลินิก/การขึ้นทะเบียนยา	๑ (๑.๖)	๐ (๐.๐)	๑ (๑.๓)
กระทรวงสาธารณสุข	๐ (๐.๐)	๑ (๖.๗)	๑ (๑.๓)
สถาบันวิจัยพัฒนา	๐ (๐.๐)	๐ (๐.๐)	๐ (๐.๐)
ไม่ทำงาน	๐ (๐.๐)	๐ (๐.๐)	๐ (๐.๐)
รวม	๖๑ (๑๐๐)	๑๕ (๑๐๐)	๗๖ (๑๐๐)

การกำหนดสมรรถนะร่วมของหลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิตประกอบด้วยความรู้ความสามารถ ทักษะวิชาชีพ และคุณลักษณะที่เกื้อหนุนทุกคนพึงมี เป็นสมรรถนะระดับทั่วไป (general level of performance) ในการปฏิบัติวิชาชีพ ประกอบด้วย ๗ มิติ (domain) ได้แก่ ๑) มิติด้านวิชาชีพจริยธรรม ๒) มิติด้านการทำงานเป็นทีมและการจัดการระบบ ๓) มิติด้านสารสนเทศ การสื่อสาร และการให้ความรู้ ๔) มิติด้านผลิตภัณฑ์ เคมีทางยา การประกันคุณภาพ และการใช้สมุนไพร ๕) มิติด้านการจัดหายา และการเตรียมยาที่เหมาะสมกับผู้รับบริการเฉพาะราย ๖) มิติด้านการบริหารทางเภสัชกรรมเบื้องต้น และ ๗) มิติด้านระบบสุขภาพ ในแต่ละมิติได้กำหนดเกณฑ์สมรรถนะ (competency standard) องค์ประกอบ (element) เกณฑ์การปฏิบัติ (performance criteria) ในส่วนของเกณฑ์สมรรถนะสาขาหลัก ปัจจุบันมีการกำหนดไว้ ๒ สาขาหลัก คือ เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม ด้านการบริหารทางเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ และเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาเภสัชอุตสาหกรรมของสภาเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๖ อย่างไรก็ตาม จากการตรวจเยี่ยมสถาบันในรอบที่ผ่านมาพบว่ามีประเด็นปัญหาคือ เนื่องจากปัจจุบันสภาเภสัชกรรมยังไม่ได้จัดทำสมรรถนะของสาขาหลักด้านเภสัชศาสตร์ สังคม ซึ่งเน้นความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชกรรมปฐมภูมิ เพื่อผลิตเภสัชกรไปปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เน้นงานระดับปฐมภูมิ เช่น สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ร้านยา รวมทั้งสาขาหลักอื่นๆ ที่ปัจจุบันมีการปฏิบัติวิชาชีพและอยู่ในความต้องการของตลาด เช่น สาขาการตลาด สาขาเภสัชสารสนเทศศาสตร์ ในขณะที่ปัจจุบันบางสถาบันการศึกษามีการรับนิสิตนักศึกษาในสาขาดังกล่าวและมีนิสิตนักศึกษาจำนวนหนึ่งอยู่ใน pipeline แต่จำเป็นต้องผนวกนักศึกษากลุ่มนี้ไว้ใน

สาขาหลัก pharmaceutical care หรือ pharmaceutical science อย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นผลให้การผลิตบัณฑิตในภาพรวมของสาขาหลักนั้นๆ เกิดความไม่สอดคล้องกับเกณฑ์สมรรถนะและตัวเลขจำนวนผลิตของสาขาหลักนั้นอาจไม่ตอบโจทย์ความต้องการของตลาดงานอย่างแท้จริง ในการนี้ สภาเภสัชกรรมและสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องจึงควรพิจารณาวิธีการหรือหาช่องทางเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ก่อนที่จะมีการดำเนินการกำหนดเกณฑ์สมรรถนะสาขาหลักดังกล่าวให้แล้วเสร็จในระยะต่อไป

องค์ความรู้ของบัณฑิต ความรู้และทักษะวิชาชีพเพื่อการปฏิบัติงานจริง

การศึกษาด้านกำลังคนของเพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข และคณะ ซึ่งให้เห็นว่าเป้าหมายของวิชาชีพควรเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา จึงควรมีการวางแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์สำหรับการบริการเภสัชกรรมเพื่อให้เป็นไปตามความต้องการของสังคม และการที่จะมุ่งไปสู่เป้าหมายดังกล่าวต้องอาศัยการปฏิรูประบบการศึกษาเภสัชศาสตร์เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและทางวิชาชีพเป็นสำคัญ

บัณฑิตใหม่ต้องมีองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนและในโรงพยาบาล พร้อมด้วยคุณลักษณะตามหลักเภสัชกรเจ็ดดาว (seven-star pharmacist) เป็นเบื้องต้น เช่น ทักษะสื่อสาร ทักษะการแก้ไขปัญหา และยังต้องมีจริยธรรมเป็นแนวทางในการทำงาน ขณะเดียวกัน สถานศึกษาต้องผลิตบัณฑิตที่มีความพร้อมเพื่อไปพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบันให้สามารถเป็นที่พึ่งในการผลิตยาให้เพียงพอกับความต้องการในประเทศ ซึ่งอุตสาหกรรมยาในประเทศปัจจุบันต้องการเภสัชกรในจำนวนมาก แต่ต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทั้งด้านการวิจัยและพัฒนาตำรับยา การควบคุมระบบการผลิตและการประกันคุณภาพ

ดังกล่าวข้างต้นในหัวข้อ ๒.๑-๒.๓ ว่าการเชื่อมโยงศาสตร์ด้านผลิตภัณฑ์เข้ากับองค์ความรู้ทางการบริหารทางเภสัชกรรมเป็นสิ่งสำคัญยิ่งและสามารถสร้างเป็นข้อได้เปรียบเชิงวิชาชีพ ผู้สอนทั้งสายผลิตภัณฑ์และสายผู้ป่วยควรตระหนักถึงความรู้ที่จะเกื้อหนุนซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียนเมื่อนำไปใช้จริง และจะเป็นโอกาสในการสร้างความเข้มแข็งให้งานการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างเต็มประสิทธิภาพ จากตารางที่ ๓ จะเห็นว่าปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาเภสัชศาสตร์จำนวน ๑๒ สถาบันที่จัดการเรียนการสอน ๒ สาขาหลักแบบคู่ขนาน บางสถาบันรับนิสิตเข้าเป็นกลุ่มเดี่ยวแล้วจัดแยกสาขาหลักในภายหลัง บางสถาบันรับนิสิตนักศึกษาในลักษณะ entry level และแยกกลุ่มสอนตั้งแต่ชั้นปีต้นๆ ซึ่งพบว่ามีข้อได้เปรียบหลายประการ เช่น การแยกกลุ่มสอนหลักสูตร pharmaceutical care และ pharmaceutical science จะเอื้อให้ผู้สอนสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ตรงจุดตรงประเด็นและสอดคล้องกับศาสตร์ในระดับที่สูงขึ้นได้ แม้ในการสอนหัวข้อเดียวกัน หากอาจารย์ผู้สอนสามารถจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนทั้งสองกลุ่มใน approach ที่ต่างกันระหว่าง pharmaceutical care และ pharmaceutical science ก็จะทำให้เกิดประโยชน์ยิ่งต่อนิสิตนักศึกษานับเป็นความพยายามของอาจารย์ผู้สอนที่จะจัดการเรียนรู้ในลักษณะ “tailor made” สำหรับนิสิตนักศึกษาซึ่งเป็นสิ่งน่าชื่นชมยิ่ง

ในการสร้างและหล่อหลอมนิสิตนักศึกษาให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมได้อย่างประสบความสำเร็จในเชิงวิชาชีพนั้น นักการศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการสร้างเสริมประสบการณ์วิชาชีพผ่านกิจกรรมนอกชั้นเรียน กิจกรรมเหล่านี้อาจเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรหรือจัดเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตรก็ได้ เช่น การฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพที่ต้องมีการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ซึ่งจะช่วยปลูก

ฝังความเป็นมืออาชีพและการพัฒนาทักษะวิชาชีพ, การทำโครงการวิจัยพิเศษ (senior project) ซึ่งเป็นการฝึกทักษะการทำงานเป็นทีมร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม ทักษะการบริหารจัดการ และการบริหารเวลา (หัวข้อ ๒.๕), การจัดการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) ซึ่งฝึกการคิดวิเคราะห์ การสืบค้นข้อมูลนอกห้องเรียน การแก้ปัญหาด้วยตนเอง, การจัดการเรียนรู้ผ่านการให้บริการ (service learning) ซึ่งเปิดโอกาสให้นิสิตนักศึกษาได้สัมผัสสถานการณ์จริงในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย, การเรียนรู้ร่วมกับบุคลากรวิชาชีพต่างสาขา (learning in inter-professional setting) ซึ่งเปิดโอกาสให้นิสิตนักศึกษาได้รู้จักคุ้นเคยกับบุคลากรวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ และมีโอกาสทำงานร่วมกันในลักษณะสหสาขาวิชาชีพเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ในภาพรวม การจัดการกิจกรรมวิชาชีพและกิจกรรมเสริมหลักสูตรเหล่านี้มีส่วนสำคัญยิ่งที่จะช่วยสร้างทั้งทักษะวิชาชีพและทักษะชีวิตให้แก่ นิสิตนักศึกษา อันจะส่งผลให้บัณฑิตมีความพร้อมในการปฏิบัติงานวิชาชีพได้อย่างเต็มศักยภาพเมื่อจบการศึกษาออกไปประกอบวิชาชีพจริง

กระบวนการจัดสอบใบประกอบวิชาชีพ

สภาเภสัชกรรมจัดตั้งศูนย์สอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สภาเภสัชกรรม (Pharmacy License Examination Center) เพื่อจัดสอบสำหรับบัณฑิตที่จบการศึกษาจากทั้งในประเทศและต่างประเทศและจากการที่สภาเภสัชกรรมกำหนดโครงสร้างหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต หลักสูตร ๖ ปี ซึ่งใช้กับผู้เข้าเรียนในปีการศึกษา ๒๕๕๖ เป็นต้นไป และสมรรถนะร่วมของหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต ที่จะใช้ประเมินผู้ที่จะเข้าศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา ๒๕๕๗ เป็นต้นไป ผู้มีสิทธิขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมจะต้องเป็นผู้ที่สอบผ่านการสอบวัดความรู้ ความสามารถ และทักษะ ทั้ง ๒ ครั้ง คือ ครั้ง

แรกหลังจากสำเร็จการศึกษาชั้นปีที่ ๔ และครั้งที่สอง
หลังจากสำเร็จการศึกษาชั้นปีที่ ๖

กิตติกรรมประกาศ

คณะกรรมการด้านเภสัชศาสตร์ศึกษาขอ
ขอบพระคุณ ผศ.ภญ.สำลี ใจดี และ รศ.ดร.ภญ.จิรา
พร ลิ้มปานานนท์ ที่กรุณาให้แนวคิดและคำแนะนำใน
การดำเนินงานตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น, ศ.ดร.ภญ.บึงอร ศรี
พานิชกุลชัย ในการตรวจทานต้นฉบับและให้ข้อเสนอ
แนะเพิ่มเติม, ที่ปรึกษาคณะกรรมการด้านเภสัช
ศาสตร์ศึกษา ได้แก่ รศ.ดร.ภก.วงศ์วิวัฒน์ ทศนียกุล
และ รศ.ดร.ภญ.จุฑามณี สุทธิสีสังข์ ที่กรุณาให้การ
สนับสนุนทุกด้านอย่างดียิ่ง, รศ.ดร.ภญ.โพยม วงศ์ภู
วรักษ์ ที่กรุณาให้ข้อมูลจากการตรวจเยี่ยมสถาบันของ
คณะกรรมการประเมินสถาบันและหลักสูตร
เภสัชศาสตร์, รศ.ดร.ภญ.เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข
สำหรับข้อมูลผลงานวิจัยด้านกำลังคน เอกสารอ้างอิง
และคำแนะนำในการเริ่มงาน, รศ.ดร.ภญ.สุวัฒนา
จุฬาวินทล ที่กรุณาช่วยตรวจทานแก้ไขต้นฉบับโดย
ละเอียด, หน่วยงานและผู้ให้ข้อมูลที่ช่วยประกอบการนำ
เสนอเอกสารแนบคิดนี้ ได้แก่ สถาบันการศึกษา
เภสัชศาสตร์ทุกสถาบัน, คณะผู้วิจัยของข้อมูลระดับ
ทุติยภูมิทุกผลงาน

References

Kitti Pitaknitinun. The strategic issues and the
need for the pharmacy profession. Phar-
macy Council, 22 February 2012.
Pharmacy Council. Pharmacy Council announced
the 4/2012 issue Curriculum Pharm.D
course of 6 years of pharmacy education.
Pharmacy Council, March 30, 2011.
Pharmacy Council. Pharmacy Council announced
that the performance of the course
18/2012 Pharm.D. Pharmacy Council,
July 3, 2011.

Petcharat Pongchareonsuk, Rapeepan Charongsuk,
Suwattana Chulawattanachol. A Report
on the research project. Education of the
public health workforce: Pharmacists in
Canada. Supported by the Pharmacy
Council, December 2009.

International Pharmaceutical Education (FIP),
Bruno A (Ed.), 2013 FIP *Ed* Global Education
Report, The Hague, The Netherlands,
2013.

The academic taskforce on manpower in pharmacy.
Sub-committee on Manpower in pharmacy.
Pharmacy Council. Wanna Sri WIRIYA
power and apparent brightness, Gold
(Editors), the manpower needs of the
pharmaceutical in the next 10 years (in
2019), August 2009.

Summana Moonlasarn, Wiwan Worakulpanich,
Pattraporn Kulnasub. Estimate demand
pharmacist pharmaceutical industry in
Thailand during the year 2009-2013.
IJPS 2010; 6 (3): 25-33.

Summana Moonlasarn ม ชากิส BanLao, Siripan
Kulmee, Patthanaporn Polpratoom, Wan-
jakkarin Wadlom. The time and method
of calculating the appropriate standard
for estimating the number of personnel
and pharmacists for dispensing services,
outpatient hospital with 90-bed or more.
Journal of Health sciences. 2011; 20 (4):
537-547.

Sub-committee on strategic plan for the development
of health workforce in the 21st century
(AD 2557-AD 2561). Development of a
strategic plan for the health workforce in

the 21st century (2014-2018), (a) General Assembly resolution specific health issues / Supplement 1, September 20, 2014.

Resolution of the WHO Regional Committee for South-East Asia: SEAR65/R7 'Strengthening Health Workforce Education and Training in the Region', 7 September 2012.

Resolution WHA66.23 'Transforming health workforce education in support of universal health coverage', May 2013.

Maitreemit P, Pongcharoensuk P, Kapol N, Armstrong EP. Pharmacist perceptions of new competency standards. desirable features and capabilities of the Pharm.D. Thailand Pharmacy and Health Sciences 2008;3(1): 121-126.

Pharmacy Council. Pharmacy Council announced the 8/2011 issue of professional pharmaceutical standards. The Pharmaceutical Care 2011, 28 March 2011.

Pharmacy Council. Pharmacy Council of 13/2013 announced a benchmark of professional pharmacy. Industrial Pharmacy. Pharmacy Council of 2013, April 1, 2013.