

การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากกลุ่มผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิด

Tuberculosis patients in House Hold Contact

ปิยะวดี ฉาไชสง* พยบ.,วท.ม.

Piyawadee Chathaisong*B.N.(Nursing),M.Sc.

(จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

(Counselling)

เสาวลักษณ์ อภิสุข* พยบ.

Saowaluk Apisuk* B.N.(Nursing)

กัญญลักษณ์ ทองนุ่น* พยบ.

Kulyaluk Tongnum* B.N.(Nursing),

วรุณยุพา สกล* พยบ.

Warunyapha Sakol* B.N.(Nursing),

สมคิด เกิดแก่น* พยบ.

Somkid Kerdkaen* B.N.(Nursing),

มานพ เทพสุภา* พยบ.

Manop Thepsupa* B.N.(Nursing),

ศรีสุดา สมัดชัย** พยบ.

Srisuda Samadchai** B.N.(Nursing),

อุไรพร แสงมณี*** พยบ.

Uraiporn Sangmanee*** B.N.(Nursing),

*ตึกอายุรกรรม 4

*Medical Ward 4

**แผนกผู้ป่วยนอกเด็ก

**Outpatient of Pediatric

***คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ

***Respiratory Clinic

สถาบันบำราศนราดูร

Bamrasnaraduru Infectious Disease Institute

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive) เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากกลุ่มผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิด และเพื่อศึกษาความรู้เรื่องวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิดในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2557 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2558 พบว่าในช่วงระยะเวลา พ.ย.2557-มิ.ย.2558 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 26 ราย มีผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิด ทั้งหมด 34 ราย โดยผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิดมีอายุเฉลี่ย 40.88 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด 25 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี เป็นเพศชาย 20 ราย (58.8%) เพศหญิง 14 ราย (41.2%) ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี 19 ราย (55.9%) ส่วนมากจะเป็นคู่สมรส 20 ราย (58.8%) มี 8 ราย (23.53%) ที่มีโรคประจำตัว มี 3 ราย (8.8%) ที่มีอาการเข้ากับวัณโรคคือ ไข้ ไอ น้ำหนักลด การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านโดยส่วนมากอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ไม่ได้มีห้องแยกจากผู้ป่วย มีเพียง 3 ราย ที่มีคนในชุมชนป่วยด้วยวัณโรค และจากการคัดกรองวัณโรคเบื้องต้นทั้งผลการตรวจเสมหะและการถ่ายภาพรังสีปอดของผู้สัมผัสใกล้ชิดทั้ง 34 ราย พบว่าผลการตรวจปกติทั้งหมด ดังนั้นอัตราอุบัติการณ์ของโรค = 0 เนื่องจากไม่พบอุบัติการณ์การเกิดของโรควัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดอาจจะเป็นเพราะว่าในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่างน้อยอาจทำให้ไม่พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ อย่างไรก็ตามยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดต่อไป ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ในเรื่องวัณโรคสูง ร้อยละ 82.35

Abstract

This study was a descriptive study to find new tuberculosis patients from those with the disease closely . And to study the knowledge about tuberculosis among those house hold contact to the disease during the month of November 2014 up to June 2015 . Found that during the period Nov 2014- Jun2015. There were 26 cases of TB disease in house hold contact, 34 participants with a mean age 40.88 years closely with the youngest 25 years old . Most 60-year -old male, 20 patients (58.8 %) and 14 female (41.2 %) .Most graduate degree, 19 patients (55.9 %), mostly spouses, 20 patients (58.8 %) and 8 patients (23.53 %) with underlying diseases . There are three cases (8.8 %) had symptoms of TB are fever, cough , weight loss, with the home environment . Most live in the same house does not have a separate room from the patient, there are only three people in the community who are sick with TB . And from initial TB screening and sputum and X-rays of the lungs of those house hold contact all 34 people showed normal results .Therefore, the rate of disease incidence = 0 because the incidence of TB among close contacts may be because during the time that the data sample could not find a new TB patients . However, there is a need to find a new patient in close contact to those groups . The knowledge about the disease tuberculosis . Administrators have the knowledge about tuberculosis high 82.35 percent .

บทนำ

วัณโรคยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การวินิจฉัยให้เร็วและรักษาผู้ป่วยให้หายเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในปี 2555 องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 86,000 รายต่อปีหรือคิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 124 ต่อประชากรแสนคน¹ มีแนวโน้มลดลงมาตลอดช่วง 10 ปีล่าสุดขึ้นทะเบียนรักษาประมาณ 60,000 ราย อัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 85 อย่างไรก็ตามอัตราป่วยของประเทศไทยสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกาถึง 30 เท่าและติดอันดับ 22 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงที่สุดในโลก เช่นเดียวกับกับเมียนมาร์ กัมพูชา และเวียดนาม มีผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นกลุ่มประชากรข้ามชาติ(ต่างด้าว) ขึ้นทะเบียนรักษาปีละประมาณ 1500-2000 ราย ถ้าค้นพบได้หมดน่าจะมียุผู้ป่วยประมาณ 10,000 กว่ารายต่อปี วัณโรคในประเทศเพื่อนบ้านซึ่งเป็นภูมิภานาของแรงงานประชากรข้ามชาติ(เมียนมาร์ กัมพูชา และลาว)มีอัตราป่วยสูงกว่าประเทศไทยโดยเฉลี่ยประมาณ 3 เท่า ปัญหาการป่วยวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี ยังส่งผลกระทบสำคัญคือ อัตราตายร้อยละ 14 สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอัตราตายประมาณร้อยละ 5-7 อย่างไรก็ตาม การขยายความครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสช่วยลดผลกระทบได้มาก^{2,3} จากการศึกษาของปิยวรรณ สิงห์คำป้อง⁴ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค มีดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะทางในการมารับบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง การจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านผู้ป่วยและจำนวนหน้าต่างมีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากกลุ่มผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิดในสถาบันบำราศนราดูรและศึกษาความรู้เรื่องวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิด

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรเป้าหมาย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคครั้งแรก(มีผลเสมหะตรวจพบเชื้อวัณโรค) ที่มารับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูรและพักรักษาตัวที่ตึกอายุรกรรม 4 กลุ่มตัวอย่างคือ 1) เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่หรือเคยรักษาหายแล้วกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หรือ ที่มีประวัติขาดการรักษาติดต่อกัน 2 เดือนขึ้นไป (Default) ที่รับการรักษาตัวที่ตึกอายุรกรรม 4 สถาบันบำราศนราดูรในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายนพ.ศ. 2557 ถึงเดือนพฤษภาคมพ.ศ. 2558 2) มีประวัติอยู่ในบ้านดังกล่าวเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนก่อนวันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก 3) อยู่บ้านเดียวกันมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ โดยกลุ่มผู้สัมผัสโรคจะได้รับการคัดกรองวัณโรคดังนี้

ก. ผู้ใหญ่ เมื่อมีประวัติสัมผัสโรควัณโรค

- 1) หลังจากให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการคัดกรองวัณโรค
- 2) ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานกับเจ้าหน้าที่คลินิกระบบทางเดินหายใจ (TB clinic)
- 3) หลังจากพบเจ้าหน้าที่ TB clinic แล้วอาสาสมัครจะได้รับการซักประวัติ ได้รับการตรวจเสมหะและเอกซเรย์ปอด (ผู้ป่วยไม่ต้องชำระเงินตามโครงการคัดกรองวัณโรค)

4) รอฟังผลการตรวจ

4.1 ถ้าผลการตรวจเสมหะและเอกซเรย์ปอด ปกติ ไม่นัดต่อ

4.2 ถ้าผลการตรวจเสมหะปกติและเอกซเรย์ปอดผิดปกติ นัดมาตรวจเสมหะอีก2วัน

4.3 ถ้าผลการตรวจเสมหะและเอกซเรย์ปอดผิดปกติ ส่งพบแพทย์

ข.หญิงตั้งครรภ์เมื่อมีประวัติสัมผัสโรควัน โรค แบ่งเป็น

1) ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานกับเจ้าหน้าที่ ห้องฝากครรภ์

โดยแบ่งตามอายุครรภ์ดังนี้ ก.อายุครรภ์ น้อยกว่า3เดือน มีอาการสงสัยวัณโรค ส่งพบแพทย์

ข.อายุครรภ์มากกว่า3เดือน จะได้รับการตรวจเสมหะและเอกซเรย์ปอด(ผู้ป่วยไม่ต้องชำระเงินตามโครงการคัดกรองวัณโรค)

2) หลังจากไปคัดกรองวัณโรคแล้ว ผู้วิจัยจะให้อาสาสมัครทำแบบสอบถามความรู้เรื่องวัณโรคและความพึงพอใจการบริการ

ค.เด็ก (อายุ 0 -15 ปี) เมื่อมีประวัติสัมผัสโรควัน โรค^{2,3}

1) ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานกับเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารฯ

2) เมื่อพบเจ้าหน้าที่ อาสมัครเด็กจะถูกซักประวัติคนในครอบครัว

3) ลงบันทึกรายละเอียดในแบบคัดกรองวัณโรค

4) ลงทะเบียนในสมุดทะเบียนคัดกรองวัณโรค ตีตรหัสในเวชระเบียน

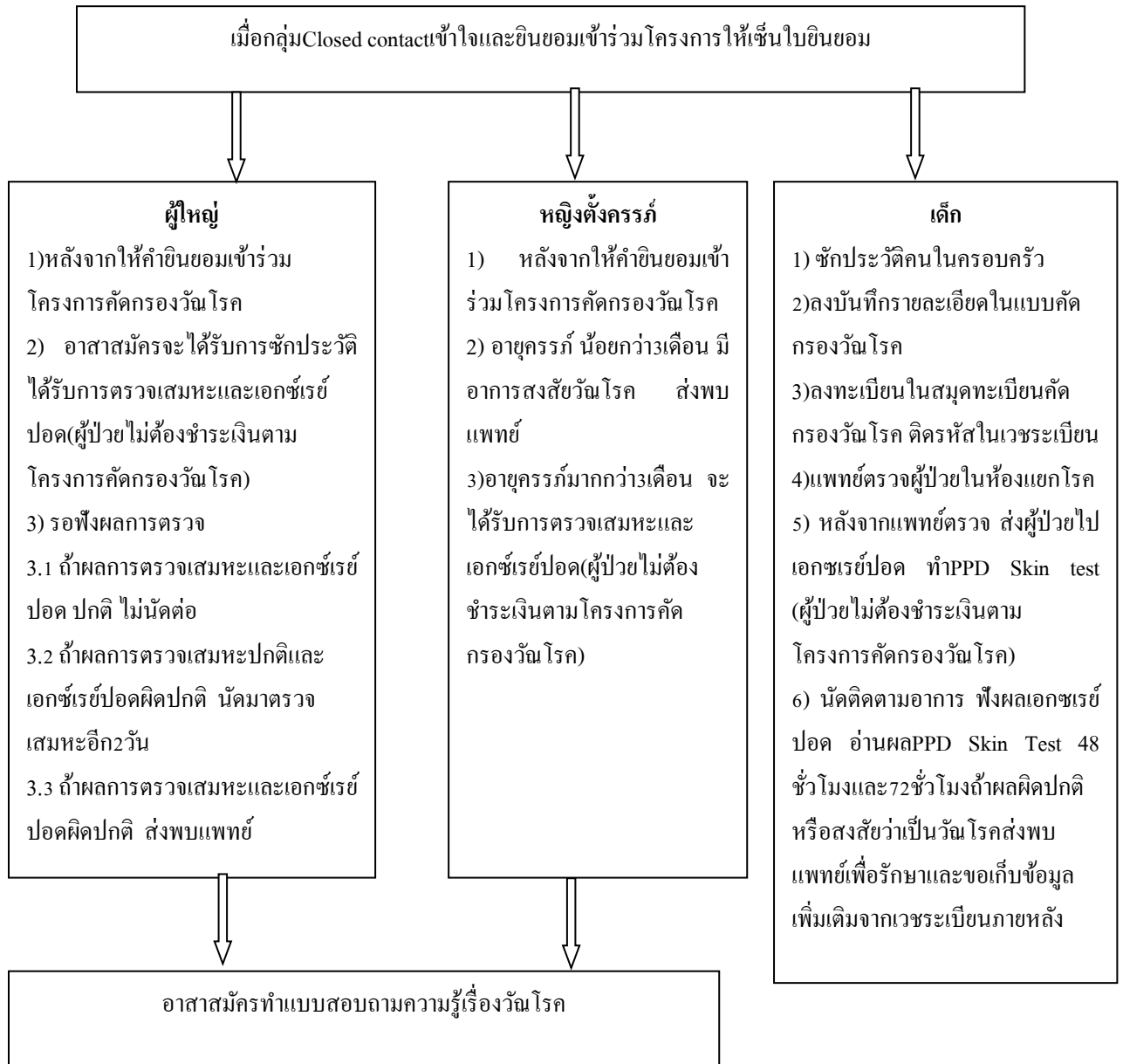
5) แพทย์ตรวจผู้ป่วยในห้องแยกโรค

6) หลังจากแพทย์ตรวจ ส่งผู้ป่วยไป เอกซเรย์ปอด ทำPPD Skin test(พยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารฯ เป็นคนปฏิบัติ) (ผู้ป่วยไม่ต้องชำระเงินตามโครงการคัดกรองวัณโรค)

7) นัดติดตามอาการ ฟังผลเอกซเรย์ปอด อ่านผลPPD Skin Test 48ชั่วโมงและ72ชั่วโมง ที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารฯ

ถ้าผลผิดปกติหรือสงสัยว่าเป็นวัณโรคส่งพบแพทย์เพื่อรักษา

แผนภูมิวิธีดำเนินการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.แบบบันทึกข้อมูล

2.แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคทั่วไป ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้และเจตคติเกี่ยวกับวัณโรคของวิภาพร แท่นคำ จำนวน 15 ข้อ

การวิเคราะห์ ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การหาความสัมพันธ์(correlation)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาหาอุบัติการณ์(Incidence) ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากกลุ่มผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิด พบว่าตั้งแต่วันที่ 5 พฤศจิกายน 2557 – 30 มิถุนายน 2558 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มา admit ที่ตึกอายุรกรรม4 สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 26 ราย โดยมีรายละเอียดของผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.จำนวนสมาชิกในบ้าน		
1 คน = 20 ราย	20	
2 คน = 4 ราย	8	
3 คน = 2 ราย	6	
2. เพศ		
เพศหญิง	14	41.2
เพศชาย	20	58.8
3. อายุ	เฉลี่ย 40.88 ปี อายุน้อย 25 ปี อายุมาก 60 ปี	
4. การศึกษา		
ประถมศึกษา	3	8.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	8.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	18.8
อนุปริญญา	3	8.8
ปริญญาตรี	19	55.9
5.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	20	58.8
บิดามารดา	6	17.6
บุตร	3	8.8
ญาติ	5	14.7
6.โรคประจำตัว		
ไม่มี	26	76.5
ภูมิแพ้	3	8.8
HIV	3	8.8
ไขมันในเลือดสูง	2	5.9

7.อาการ		
ไม่มีอาการ	15	44.1
น้ำหนัลด	16	47.1
ไข้ ไอ น้ำหนัลด	3	8.8
6.สภาพแวดล้อมที่บ้าน		
อยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย มีห้องแยก	17	50.0
อยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ไม่มีห้องแยก	17	50.0
7.ชุมชนและบริเวณเพื่อนบ้านมีคนป่วยเป็นวัณโรค		
มี	3	8.8
ไม่มี	31	91.2
8.ผลการตรวจเสมหะ		
ปกติ	34	
ผิดปกติ		
9.ผลการถ่ายภาพรังสีปอด ปกติ		
ปกติ	34	
ผิดปกติ		

การคัดกรองผู้ป่วยจากการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากกลุ่มผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิด ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว มีผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ 26 ราย โดยแต่ละรายมีผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิด 1 ราย จำนวน 20 คน 2 รายจำนวน 3 ราย จำนวน 3 ราย จำนวน 2 ราย โดยมีอายุเฉลี่ย 40.88 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด 25ปี อายุมากที่สุด 60ปี เป็นเพศชาย 20ราย(58.8%) เพศหญิง 14 ราย(41.2%) ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี 19 ราย(55.9%) ส่วนมากจะเป็นคู่สมรส 20 ราย(58.8%) มี 8 ราย(23.53%) ที่มีโรคประจำตัว มี 3 ราย(8.8%)ที่มีอาการเข้ากับวัณโรคคือ ไข้ ไอ น้ำหนัลด การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านโดยส่วนมากอาศัยอยู่บ้านเดียวกันไม่ได้มีห้องแยกจากผู้ป่วย มีเพียง 3 รายที่มีคนในชุมชนป่วยด้วยวัณโรค และจากการคัดกรองวัณโรคเบื้องต้นทั้งผลการตรวจเสมหะและการถ่ายภาพรังสีปอดของผู้สัมผัสใกล้ชิดทั้ง 34 รายพบว่าผลการตรวจปกติทั้งหมด

ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ในเรื่องวัณโรคสูง ร้อยละ 58.8 แต่จะมีประเด็นเกี่ยวกับ “เชื้อวัณโรคแพร่กระจายอยู่ทั่วไปในอากาศ” ที่ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน 9 ราย คิดเป็น 26.47 ($X = .74, SD = .448$) ซึ่งจะมีการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลใกล้ชิดต่อไป

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากกลุ่มผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิดพบว่า ในช่วงที่ศึกษาไม่พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิดกลุ่มนี้ ซึ่งจะสอดคล้องกับ

การศึกษาของเครือข่ายฯ คิชฌกร⁶ ที่คัดกรองด้วยวาจากับสมาชิกหมู่บ้านพบว่าไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 94.5 เมื่อดูปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการเกิดวันโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วยวันโรคนั้นในการศึกษานี้เช่นเดียวกับการศึกษาของปิยวรรณ สิงห์คำป้อม⁴ที่พบว่า)ปัจจัยนำได้แก่ อายุ โรคประจำตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) ปัจจัยอื่น ได้แก่ ระยะเวลาในการมารับบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง การจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านผู้ป่วยและจำนวนหน้าตักมีความสัมพันธ์กับการเกิดวันโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.05$) จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยวันโรครายใหม่ทั้งนี้อาจเป็นช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลระยะสั้นจะนั้นทางหน่วยงานยังทำการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านต่อไปตามบทบาทของพยาบาลที่จะทำหน้าที่ในการคัดกรองหรือค้นหาผู้ป่วยวันโรครายใหม่ซึ่งยังจะต้องปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่องโดยจะต้องค้นหาไปในทุกกลุ่มไม่ว่าจากกลุ่มผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิด กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น เบาหวาน กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

ดังนั้นการส่งเสริมการให้ความรู้ในเรื่องวันโรค แนวทางการรักษา การดูแลตนเอง ในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงประชาชนทั่วไปยังเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ทุกคนตระหนักว่าวันโรคไม่ใช่เรื่องไกลตัวอีกต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาเรื่องการสร้างความร่วมมือในการค้นหาผู้ป่วยวันโรครายใหม่จากกลุ่มผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิด โดยมีการเชิญชวนผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยทุกคนมาตรวจคัดกรองให้ได้ 100% ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวันโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครทุกรายที่ให้ความร่วมมือในการคัดกรองวันโรค และขอบคุณผู้บริหารสถาบันบำราศนราดูรที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้รวมถึงคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยของสถาบันฯ ที่ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. นาฎพฐ สวงวงศ์ และ มนะพล กุลประณีต บรรณาธิการ.แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวันโรคในผู้ใหญ่ พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2555.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวันโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์, 2551.
3. สำนักวันโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวันโรคแห่งชาติ พ.ศ.2556. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2556.
4. ปิยวรรณ สิงห์คำป้อม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยวันโรคปอด จังหวัดกาฬสินธุ์. สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต. ขอนแก่น :มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554

5.วิภาพร แทนคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ เจตคติ พฤติกรรมป้องกันโรคกับการติดต่อโรคของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดอุบลราชธานี. สารานุกรมสุขภาพศาสตร์มหาบัณฑิต.อุบลราชธานี :มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2554

6.เครือวัลย์ ดิษเจริญ.การค้นหารายผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครงานวัณโรคอำเภอเสลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2557.

การมีระบบร่วมจ่าย (Co-payment) ช่วยให้ระบบบริการสุขภาพไทยที่ยั่งยืนหรือไม่

กิตติ ลาภสมบัติศิริ

รพ.พหลพลพยุหเสนา กาญจนบุรี

กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ แนวโน้ม และวิธีการของการนำรูปแบบของการมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนในลักษณะของ Co-Payment มาใช้กับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยเพื่อความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก ที่ดำเนินการโดยองค์กรของรัฐหรือจัดตั้งจากนโยบายของรัฐบาลไทย ได้แก่ 1) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) ระบบประกันสังคม และ 3) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ นอกเหนือจากนี้ จะเป็นระบบประกันสุขภาพเอกชน ซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย เรื่องการบริหารงบประมาณนั้น งบประมาณจากรัฐบาลเพียงอย่างเดียวนั้นคงไม่เพียงพอ และต้องมีการระดมเงินทุนจากส่วนอื่นโดยประชาชนต้องมีส่วนร่วมเพื่อมาจ่ายระบบให้สามารถดำเนินต่อไปอย่างยั่งยืน ในระยะยาวต้องมีการจัดหางบประมาณจากหลายแหล่งมาเพิ่มเติมเพื่อให้ระบบมีความยั่งยืน ซึ่งยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลกระทบต่อสังคมในภาพรวม ทั้งนี้ ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์พยาบาลเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคนด้วยที่ต้องแบกรับภาระทางการเงินร่วมกับภาครัฐ การมีส่วนร่วมของประชาชนจะเป็นแรงกระตุ้นให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพกันมากขึ้น เพื่อประหยัดงบประมาณส่วนตน และงบประมาณของรัฐไปโดยปริยาย ทั้งนี้หลักการ SAFE หรือ Sustainability, Adequacy, Fairness และ Efficiency นั้น โดยสรุปคือ เป้าหมาย Sustainability หมายถึง แหล่งการคลัง ได้แก่ งบประมาณเงินสมทบ และรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน อยู่ในวิสัยที่รัฐบาลและครัวเรือน สามารถลงทุนด้านสุขภาพได้ในระยะยาว เป้าหมาย Adequacy หมายถึง รายจ่ายสุขภาพเพียงพอสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึง บริการ รวมทั้งยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น และป้องกันไม่ให้ครัวเรือนประสบภาวะล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษายาบาล ขณะที่เป้าหมายเรื่อง Fairness นั้น มีหลักการที่สำคัญคือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม หรือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้แข็งแรงและผู้เจ็บป่วย ระหว่างผู้มีความสามารถจ่ายมากกว่าและน้อยกว่า และสุดท้าย เป้าหมายเรื่อง Efficiency หมายถึง การใช้ทรัพยากรในการดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทั้งในเชิงเทคนิค (Technical efficiency) และในการจัดสรร (Allocative efficiency) ซึ่งต้องคำนึงถึงความทันเวลา และควมมีคุณภาพ โดยให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close ended budget) ให้มีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement

and price control system) มีการใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power) และมีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่างเหมาะสม

Cost Sharing แบ่งได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ 1. Copayment เป็นการรวมจ่าย ณ จุดบริการ ซึ่งอาจเป็นการกำหนดราคาตายตัว (Copayment) หรือร้อยละของค่าใช้จ่าย (Coinsurance) ซึ่งในรายงานนี้จะใช้คำว่า Copayment, 2. Deductible เป็นการรวมจ่าย ณ จุดบริการที่ราคาขั้นต้น และ 3. Premium หมายถึงเบี้ยประกัน เป็นการรวมจ่ายเข้ากองทุนตั้งแต่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ

หลักการ SAFE หรือ Sustainability, Adequacy, Fairness และ Efficiency ถือว่าเป็นทางเลือกที่สามารถนำไปสู่ Co-Payment ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยเพื่อความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้หรือไม่ ยังคงต้องรอผลการศึกษาเพิ่มเติม การแก้ไขปัญหาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นหนทางที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้ การที่จะสรุปว่าควรให้มีระบบร่วมจ่ายแบบ Co-Payment หรือไม่ หรือจะพิจารณาเลือกใช้วิธีการของการร่วมจ่ายแบบอื่นๆ เช่น Deductible หรือ Premium เป็นต้น ควรต้องมีการพิจารณาเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการเลือกใช้วิธีการร่วมจ่ายในแต่ละวิธีการอย่างใดก็ตาม ต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดตามมาจากการร่วมจ่ายด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการมารับยาหรือไม่มารับยา หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามสมควรจะเป็น ก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพย้อนกลับไปภาวะของโรคที่เป็นอยู่นั้นโดยมีสถานะของโรคที่แย่ลงแล้วส่งผลมาที่ภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปอีก โดยสรุป ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาในรายละเอียดเพิ่มเติมในการให้มีระบบร่วมจ่าย ซึ่งอาจเป็นประเภท Co-Payment, Deductible หรือ Premium โดยต้องรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนภาคเอกชน หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการตามระบบโดยต้องมีการวางแผนทางป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น หากประชาชนยังไม่มีความสามารถในการรับภาระด้านสุขภาพซึ่งมีความไม่แน่นอนสูง และอาจกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว จนอาจส่งผลให้เกิดปัญหาด้านอื่นๆตามมาได้ เช่น ปัญหาด้านมนุษยธรรม ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีการกระจายการดำเนินการไปทั่วประเทศในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 โดยได้มีการจัดสรรเงินงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินการดังกล่าวแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชนได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น อาการเจ็บป่วยต่างๆ ทั้งนี้ได้กำหนดให้มีการจ่ายร่วมในการรักษาพยาบาลเป็นเงิน 30 บาทต่อครั้งที่มารับบริการ ทั้งในกรณีที่เป็นผู้ป่วยนอกและกรณีผู้ป่วยใน สำหรับผู้ใช้บริการที่ถือบัตรทองประเภทไม่มี ท. ซึ่งได้แก่ ประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลใดๆก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งสมาชิกบัตรสุขภาพในโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ สำหรับผู้ที่เคยได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่นๆมาก่อน เช่น ผู้ถือบัตรสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้ที่ยากจนหรือช่วยเหลือ (สป.) ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข และเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี จะได้รับบัตรทองประเภทมี ท. นั่นคือ เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลฟรีโดยไม่จำเป็นต้องมีการจ่ายร่วม และเมื่อโครงการนี้ดำเนินการมาได้ระยะหนึ่ง ประเด็นการจ่ายร่วม 30 บาทในการรักษาพยาบาลแต่ละครั้งได้ถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาว่าเป็นอัตราที่เหมาะสมหรือไม่ ทั้งในด้านที่เป็นแหล่งรายได้ของสถานพยาบาล และเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลในการป้องกัน การใช้บริการที่เกินจำเป็นของผู้ป่วย (moral hazard) จากผลการศึกษาของนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ¹ พบว่า ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลฟรีโดยไม่ต้องจ่ายร่วมนั้น ร้อยละ 4 เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนรวยที่สุดจากทั้งหมด 5 กลุ่ม และร้อยละ 9 เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนรวยรองลงมา สำหรับผู้ถือบัตรทองประเภทที่ต้องมีการจ่ายร่วม 30 บาทนั้น พบว่า เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนจนที่สุดถึงร้อยละ 29 และเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนจนร้อยละ 25 เมื่อประมาณการรายรับจากการจ่ายร่วมพบว่าเป็นจำนวนเงินไม่มากนัก เพียง 1,073 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2546 คิดเป็นร้อยละ 1.9 ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด หากพิจารณาในด้านการเป็นมาตรการเพื่อป้องกันการมาใช้บริการที่เกินจำเป็นแล้ว เงื่อนไขนี้ไม่น่าจำเป็นสำหรับกรณีการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในเนื่องจากต้องเป็นการวินิจฉัยของแพทย์ในการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน การใช้บริการอย่างฟุ่มเฟือยกรณีผู้ป่วยในเป็นไปได้ ภายใต้การจ่ายเงินแบบเหมาจ่าย งบประมาณและกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (global budget and DRG payment) อย่างไรก็ดี การจ่ายร่วมอาจจะยังคงจำเป็นสำหรับกรณีผู้ป่วยนอกเนื่องจากเป็นด่านแรกของการรักษาพยาบาล

โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่บริหารงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ได้รับการชื่นชมจากประชาชนชาวไทยและการยอมรับจากนานาชาติ รวมถึงองค์การอนามัยโลก ว่าเป็นโครงการที่ทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา แม้จะประสบความสำเร็จอยู่ไม่น้อย ไม่ว่าจะเป็นการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทุกคน หรือการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิให้มีความก้าวหน้า

แต่ยังมีจุดอ่อนของระบบที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน นั่นก็คือปัญหาเรื่องจำนวนบุคลากรทาง การแพทย์และโรงพยาบาลที่ไม่มีความสมดุลกับจำนวนประชาชนที่มาใช้บริการ และปัญหาการ บริหารงบประมาณและการจัดสรรงบประมาณที่ไม่ตรงตามเป้าหมาย ซึ่งปัญหาต่างๆเหล่านี้ย่อมส่งผล ถึงคุณภาพการรักษาพยาบาลและการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในเรื่องการบริหารงบประมาณ ซึ่งหากไม่มีการปฏิรูประบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบ สวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศไทยต้องประสบปัญหาทางการเงินภายใน 10 ปีนี้ อย่างแน่นอน²

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ แนวโน้มและวิธีการของการนำ รูปแบบของการมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนในลักษณะของ Co-Payment มาใช้กับระบบบริการ สุขภาพของประเทศไทยเพื่อความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ขอบเขตของการศึกษา

- 1) ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยและตัวอย่างผลการศึกษาระบบประกันสุขภาพ ของต่างประเทศจากรายงานที่เกี่ยวข้อง
- 2) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและสังคม รวมถึงแนวทางการ มีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนในการรับบริการด้านสุขภาพ
- 3) แนวทางการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษา

แนวทางการดำเนินการให้มีหลักประกันสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน รูปแบบการ มีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ การนำรูปแบบของการมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนมาใช้กับระบบ บริการสุขภาพของประเทศไทยเพื่อความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ปรัทัศน์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย 3 ระบบหลักที่สำคัญ คือ ระบบ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบ ประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้ความคุ้มครองกลุ่มประชาชนในสัดส่วนที่ต่างกัน จากรายงานฉบับ สมบูรณ์ โครงการ การพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ โดยสถาบันวิจัยเพื่อการ พัฒนาประเทศไทย³ ระบุว่า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการ และครอบครัวประมาณ 5 ล้านคน ระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตน จำนวน 10 ล้านคน ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่ นอกเหนือจากสิทธิความคุ้มครองของสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคม มีจำนวนมากถึง

48 ล้านคน นอกจากระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบแล้ว ยังมีระบบประกันสุขภาพที่เป็นรัฐสวัสดิการสำหรับข้าราชการกรุงเทพมหานคร สวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว ซึ่งเป็นระบบที่จัดตั้งขึ้นตามนโยบายของคณะรัฐมนตรีในการจัดระบบแรงงานต่างด้าวในประเทศ สวัสดิการสำหรับพนักงานบริษัทเอกชน และสวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งเป็นสวัสดิการของหน่วยงานโดยขึ้นอยู่กับข้อตกลงภายในหน่วยงานเอง โครงสร้างระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศพบว่า ระบบประกันสุขภาพที่ประกอบด้วยกองทุนที่หลากหลายดังเช่นประเทศไทยนั้น มิใช่สิ่งที่แปลก ประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพที่อิงกับระบบประกันสังคมโดยส่วนมากจะมีกองทุนสุขภาพหลายกองทุนที่จำแนกตามลักษณะของอาชีพ แต่การศึกษาพบว่า การบริหารจัดการกองทุนเหล่านั้นในต่างประเทศจะอยู่ภายใต้กระทรวงเดียว คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่างจากประเทศไทยที่กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ต่างกัน กล่าวคือ ระบบประกันสังคมอยู่ภายใต้สำนักงานประกันสังคม สังกัดกระทรวงแรงงาน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การจัดตั้งและการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพทั้งสามกองทุนแบบแยกส่วนทำให้เกิดความสับสนในระบบประกันสุขภาพไทยดังนี้ ประการแรก ทั้งสามกองทุนมีรูปแบบการบริหารจัดการด้านการคลังที่ต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่มีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุนที่ใช้สมทบจากสามฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และภาครัฐ ในขณะที่อีกสองระบบ แหล่งเงินมาจากภาษีเท่านั้น ประการที่สอง วิธีการจัดสรรค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลแตกต่างกัน ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรงบประมาณแก่สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว (per capitation) ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จัดสรรค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลตามค่าใช้จ่ายจริง (fee for service) ทำให้สิทธิในการรักษายาบาลของประชาชนต่างกัน การที่กองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีการออกแบบที่แตกต่างกันทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมระหว่างผู้ประกันตนในแต่ละกองทุนดังนี้

1) ภาระในการจ่ายค่าเบี้ยประกันต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบประกันสุขภาพระบบเดียวที่ผู้ประกันตนมีภาระค่าใช้จ่ายในการจ่ายร่วมกับนายจ้างและรัฐ ในขณะที่ข้าราชการและผู้ใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีภาระค่าใช้จ่าย เนื่องจากเป็นสวัสดิการของภาครัฐ ซึ่งรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้

2) สิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลต่างกัน เช่น สมาชิกกองทุนประกันสังคมและกองทุนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าใช้บริการจากหน่วยบริการที่ได้เลือกหรือลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าเท่านั้นเนื่องจากเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว ในขณะที่สมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถเลือกใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งเนื่องจากเป็นระบบจ่ายตามจริง นอกจากนี้แล้ว สิทธิในการรักษาโรคก็ต่างกัน เช่น กองทุนระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิในการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยไม่

จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ระบบประกันสังคมจำกัดการเข้ารับบริการได้ไม่เกิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์ เป็นต้น

3) คุณภาพในการรักษาพยาบาลต่างกัน เนื่องจากแต่ละกองทุนมีอัตราการเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีการเบิกจ่ายตามจริงกับระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว และแม้แต่ในกรณีของผู้ป่วยในที่มีการจ่ายตามกลุ่มโรค (Diagnosis Related Groups: DRGs) อัตราการเบิกจ่ายก็ยังคงต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของแต่ละกองทุนที่แตกต่างกัน นอกจากความไม่เท่าเทียมกันในมิติของการรักษาพยาบาลแล้ว การบริหารจัดการกองทุนแบบแยกส่วนยังทำให้เกิดต้นทุนซ้ำซ้อนในการกำกับควบคุม เช่น การคำนวณต้นทุนในการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค (DRG) การตรวจสอบทางการเงิน (Financial audit) และการตรวจสอบคุณภาพในการรักษาพยาบาล (Clinical audit) เป็นต้น กล่าวโดยสรุป ระบบประกันสุขภาพไทยที่ประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพที่หลากหลายในปัจจุบันมีการบริหารจัดการที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากมีการบริหารจัดการที่ซ้ำซ้อนกัน และยังเป็นระบบที่มีความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการรักษาพยาบาลและภาระค่าเบี้ยประกันระหว่างกลุ่มผู้ประกันตนในแต่ละกองทุนอีกด้วย

ระบบสุขภาพของประเทศต่างๆก็มีรูปแบบและปรัชญาที่มีความเหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ด้านต่างๆของแต่ละประเทศ ข้อมูลจากประเทศต่างๆจำนวน 10 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา ฟินแลนด์ เยอรมัน ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน อังกฤษ สหรัฐอเมริกา จากรายงานของนายแพทย์กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์⁴ ได้มีการกล่าวถึงการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ หรือ Cost Sharing ซึ่งมีความหมายโดยนัยที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งปรัชญาของระบบสุขภาพนั้น สามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. National Health Service (NHS / Beveridge Model) เป็นรูปแบบที่เน้นการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ที่ถือว่าสุขภาพเป็นสิทธิโดยชอบ และรัฐบาลมีหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ โดยเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการสุขภาพ ใช้จ่ายเงินภาษีอากรเป็นแหล่งทุนหลัก ประเทศที่ใช้ระบบนี้ ได้แก่ อังกฤษและสิงคโปร์ เป็นต้น

2. Social Health Insurance (SHI / Bismarck Model) เป็นรูปแบบที่ถือว่าประชาชนผู้ให้แรงงาน เป็นกลไกหลักที่ทำให้สังคมอยู่และเดินหนาท่อได้ มีการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยใช้จ่ายเงินสมทบจากผู้จ้างงาน (Employer) ผู้ถูกจ้างงาน (Employee) และรัฐบาลกลาง ซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์ทั้งในรูปแบบบริการสุขภาพ (Health Benefit) และในรูปแบบเงินสด (Cash Benefit) ประเทศที่ใช้ระบบนี้ ได้แก่ เยอรมนี เป็นต้น

3. Private Health Insurance (PHI / Consumer Sovereignty Model) เป็นรูปแบบที่ถือว่าประชาชนแต่ละคนเป็นผู้บริโภคที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อมีการเจ็บป่วยก็รับผิดชอบค่าบริการสุขภาพของตนเอง แต่เพื่อเป็นการกระจายความเสี่ยง จึงได้จัดเป็นกองทุนประกันสุขภาพเอกชน โดยอาศัยเงินทุนหลักจากการเก็บเบี้ยประกัน (Premium) จากผู้ประกันตนรายคน

หรือรายการกลุ่ม รัฐบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ด้อยโอกาสในสังคมเพื่อให้ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐาน ประเทศที่ใช้ระบบนี้ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา เป็นต้น

4. National Health Insurance (NHI) เป็นรูปแบบล่าสุดที่พัฒนาจาก 2 รูปแบบแรก มีลักษณะเด่น คือ มีผู้ซื้อบริการแบบรวมศูนย์แห่งเดียว ในขณะที่ผู้ให้บริการหลักมาจากภาคเอกชน ประเทศที่ใช้ระบบนี้ ได้แก่ ไต้หวันและเกาหลีใต้ เป็นต้น

ปรัชญาของระบบสุขภาพทั้ง 4 ประเภท มีความแตกต่างกันใน 4 ประเด็นใหญ่ คือ

1.คุณค่าทางสังคมของระบบสุขภาพ โดยระบบ NHS และ NHI ถือว่าสวนกลางมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ (Universalism) ในขณะที่ระบบ PHI เน้นที่อิสรภาพของประชาชนแต่ละคน (Liberalism) และระบบ SHI ถือว่าสถานประกอบการและสวนกลางต้องร่วมมือกันดูแลสุขภาพของพนักงาน (Corporatism)

2.การควบคุมกำกับผู้ให้บริการภาคเอกชนของระบบ NHS และ NHI จะมีความเข้มงวดมากกว่าระบบ SHI และ PHI

3.การสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ ซึ่งระบบ NHS และ SHI จะมีมากที่สุด

4.บทบาทหน้าที่หลักของภาครัฐในระบบ NHS เป็นผู้ให้บริการสุขภาพเอง (provider) สวนในระบบ NHI ภาครัฐจะเป็นผู้กำกับ (conductor) และในระบบ SHI ภาครัฐจะเป็นผู้ควบคุมดูแลผู้ให้บริการ

Cost Sharing สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. Copayment เป็นการรวมจ่าย ณ จุดบริการให้กับผู้ให้บริการโดยตรง ซึ่งอาจเป็นการกำหนดราคาตายตัว (Copayment) หรือเป็นสัดส่วนร้อยละของค่าใช้จ่ายที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ (Coinsurance) ซึ่งในรายงานนี้จะใช้คำว่า Copayment โดยทั่วไปเป็นการอาศัยหลักการพื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์จุลภาค (Microeconomics) ว่าผู้ซื้อจะลดปริมาณการใช้บริการลง (Quantity) หากตนเองต้องจ่ายค่าบริการเพิ่มขึ้น (Price) ซึ่งได้รับการพิสูจน์ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ Copayment ในอดีต เช่น RAND Health Insurance Experiment ซึ่งพบว่า Copayment มีผลทำให้การใช้บริการลดลง (Utilization) โดยวัดจากจำนวนครั้งที่มารับบริการผู้ป่วยนอกหรือจำนวนวันนอนโรงพยาบาล Copayment ไม่มีผลต่อกระบวนการรักษา (Intensity) โดยวัดจากจำนวนและประเภทของบริการสุขภาพที่ได้รับต่อปี Copayment สามารถช่วยลดการให้บริการที่ไม่จำเป็นลง และอาจมีผลทำให้การให้บริการที่จำเป็นลดลงได้ด้วย Copayment มีผลลดการรับบริการป้องกันโรคบางชนิดลง เช่น Pap smear, Mammogram Copayment อาจมีผลทำให้สุขภาพแย่ลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี อาจจะทำให้ผู้ป่วยตระเวนหาบริการสุขภาพที่มี Copayment ถูกกว่า (Shopping Around) และระบบ Copayment ที่ซับซ้อนจะมีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสูง

2. Deductible เป็นการรวมจ่าย ณ จุดบริการที่ราคาขั้นต้น เปรียบเสมือนเป็นเกณฑ์ที่ผู้ประกันตนใช้เปรียบเทียบว่าการเจ็บป่วยนั้นๆมีความรุนแรงถึงระดับที่ต้องเข้ารับบริการสุขภาพด้วย

สิทธิที่มีอยู่หรือไม่ ซึ่งสามารถลดการรับบริการที่ไม่จำเป็นลงได้ แต่อาจมีข้อเสียในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้ดีมากพอจนทำให้ได้รับการรักษาไม่ทันเวลา ตัวอย่างเช่น บริษัทประกันอาจมีการกำหนดให้ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการขั้นต่ำ 1,000 บาท เพื่อเข้ารับการตรวจรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงและคิดความสามารถรักษาเองได้ หรือ ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงแต่มีเงินไม่เพียงพออาจไม่เข้ารับบริการ

3. Premium หมายถึงเบี้ยประกัน ซึ่งเป็นการรวมจ่ายเข้ากองทุนตั้งแต่เขารวมโครงการประกันสุขภาพ ซึ่งหากผู้ประกันตนต้องจ่ายเบี้ยประกันสูงก็มักมีความคาดหวังสิทธิประโยชน์สูงตามไปด้วย และบางครั้งอาจมีการใช้บริการเกินจำเป็น (Moral Hazard) ตัวอย่างเช่น บริษัทประกันอาจกำหนดให้ผู้ประกันตนต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันพละ 2,000 บาท เพื่อซื้อแผนการประกันที่ครอบคลุมบริการฉุกเฉินเพียงอย่างเดียว แต่หากผู้ประกันตนต้องการความครอบคลุมบริการผู้ป่วยในหอพิเศษ อาจต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันพละ 3,000 บาท เป็นต้น

ส่วนร่วมจ่ายยาเป็นหนึ่งในประเด็นที่มีการอภิปรายกัน การเก็บส่วนร่วมจ่ายในบริการสุขภาพเป็นนโยบายที่มีใช้กันมาเป็นระยะเวลานานในหลายประเทศ สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้มอบหมายให้ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา (ศสวย.) ทำการทบทวนประสบการณ์มาตรการเกี่ยวกับส่วนร่วมจ่ายค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของประเทศต่างๆ จำนวน 10 ประเทศ ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และเสนอข้อพิจารณาสำหรับการพัฒนาระบบส่วนร่วมจ่ายในประเทศไทย ประเทศ 10 ประเทศที่ทำการศึกษาในรายงานชุดนี้ ประกอบด้วย สิงคโปร์ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ไต้หวัน ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักร เยอรมนี ฟินแลนด์ ระบบประกันสุขภาพของทุกประเทศที่ทำการศึกษามีการใช้ระบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา เพื่อลดค่าใช้จ่าย โดยที่ระบบประกันสุขภาพทั่วหน้าของทุกประเทศ ใช้วิธีการจ่ายค่ายาแบบตามรายการ ส่วนร่วมจ่ายที่ใช้มีหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่เก็บเป็นร้อยละของค่ายา (coinsurance) มีการเก็บเป็นจำนวนคงที่ (flat rate) และการเก็บส่วนแรก (deductible) และมีระบบที่ใช้หลายวิธีผสมผสานกัน ลักษณะที่สำคัญยิ่งของการกำหนดส่วนร่วมจ่ายคือการเก็บส่วนร่วมจ่ายในอัตราที่ไม่เท่ากันสำหรับกรณีต่างๆ โดยมีการแยกแยะตามเกณฑ์ เช่น ประเภทของยา ยาต้นแบบหรือยา generic มูลค่ายา รายได้ของผู้ป่วย อายุ ชนิดของบริการหรือความเจ็บป่วย พื้นที่ที่ตั้งของสถานพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุผลของนโยบายเฉพาะ ระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่มีกลไกการปกป้องมิให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการเข้าถึงยาเนื่องจากต้องร่วมจ่าย (safety net) ซึ่งมีวิธีการต่างๆ เช่น การกำหนดเพดานร่วมจ่าย ซึ่งอาจแตกต่างกันในกลุ่มประชากรแต่ละกลุ่ม หรือยกเว้นกลุ่มประชากรบางกลุ่ม ผู้ป่วยบางโรคไม่ต้องร่วมจ่าย การกำหนดว่าระบบประกันสุขภาพจะครอบคลุมยาชนิดใด โดยการจัดทำบัญชียาแบบ positive list หรือไม่ครอบคลุมยาชนิดใด โดยการจัดทำบัญชียาแบบ negative list การตั้งราคาที่เบิกจ่าย รวมถึงกลไกในการพิจารณาบัญชีรายการยาและบัญชีราคายา เป็นองค์ประกอบสนับสนุนที่สำคัญในระบบส่วนร่วมจ่าย⁵ ประเด็นสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาร่วมด้วย มีดังต่อไปนี้

1. ระบบการคลัง

การศึกษากรณีศึกษาต่างประเทศ พบว่า ระบบการคลังของระบบประกันสุขภาพจะขึ้นอยู่กับโครงสร้างของระบบประกันสุขภาพ ประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพแบบ single-payer จะใช้เงินงบประมาณในการอุดหนุนบริการรักษาพยาบาลของรัฐเป็นหลัก (ประมาณร้อยละ 70 – 75 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด) ในขณะที่ประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพที่อิงกับระบบประกันสังคม ซึ่งมักมีลักษณะที่เป็น multi-payer จะใช้เงินจากกองทุนประกันสังคมที่มาจากเงินสมทบของนายจ้าง ลูกจ้าง และภาครัฐในบางกรณีเป็นหลัก โดยผู้ป่วยร่วมรับภาระค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ 30 โดยเฉลี่ย ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของเงินที่ต้องจ่ายสมทบในการรักษาพยาบาล หรือเงินที่จ่ายเป็นค่าเบี้ยประกันให้แก่บริษัทประกันเอกชนเพื่อลดความเสี่ยงจากภาระค่าใช้จ่ายในการร่วมจ่าย การศึกษาระบบการคลังของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย พบว่า เป็นระบบที่พึ่งพางบประมาณจากภาครัฐเป็นหลักดังเช่นในประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพแบบ single-payer หากแต่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนหนึ่งที่มาจากกองทุนประกันสังคมด้วย เนื่องจากระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยเป็นระบบผสมระหว่างกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีลักษณะเป็นระบบ single-payer และ กองทุนประกันสังคมที่เป็นระบบ multi-payer

2. บทบาทของภาคเอกชน

บทบาทของภาคเอกชนในระบบประกันสุขภาพของภาครัฐสามารถแยกได้เป็นสองส่วน ส่วนแรกคือบทบาทในฐานะผู้ให้บริการรักษาพยาบาล (service provider) และบทบาทในการเป็นผู้รับประกันสุขภาพ (insurer) กรณีศึกษาต่างประเทศ พบว่า สถานพยาบาลเอกชนมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ สำหรับการรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมินั้น โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร (not-for-profit) มีบทบาทสำคัญในการให้บริการรักษาพยาบาลควบคู่ไปกับโรงพยาบาลของภาครัฐ โดยเฉพาะในประเทศญี่ปุ่น ที่กฎหมายกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร เนื่องจากการบริการรักษาพยาบาลของรัฐมิใช่บริการเชิงพาณิชย์หากแต่เป็นบริการที่มีมิติของบริการสังคมด้วย สำหรับการรักษาในระดับปฐมภูมินั้น บทบาทของสถานพยาบาลเอกชนในท้องถิ่น เช่น คลินิก จะโดดเด่นมากเป็นพิเศษเนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่จึงสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดีกว่าสถานพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ สำหรับบทบาทของภาคเอกชนในฐานะผู้รับประกันสุขภาพนั้น เนื่องจากประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนมาก มีระบบประกันสุขภาพของภาครัฐที่ให้สิทธิในการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมแก่ประชาชนในประเทศทุกราย ทำให้การประกันสุขภาพเอกชนจะมีพื้นที่ตลาดน้อย โดยจำกัดเพียงการประกันในส่วนที่เป็นการให้สิทธิประโยชน์ “เพิ่มเติม” (add-on) จากชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนได้รับภายใต้ประกันสุขภาพของภาครัฐ หรือในส่วนที่เป็นการลดความเสี่ยงของภาระค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตนอันสืบเนื่องมาจากการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามข้อกำหนดของระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ ในประเทศที่ระบบประกันสุขภาพของรัฐให้สิทธิ

ประโยชน์และคุณภาพในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างดี และมีอัตราการร่วมจ่าย (co-payment) ต่ำ เช่น ในสหราชอาณาจักร ผู้ประกันตนอาจไม่จำเป็นต้องไปทำประกันเอกชน ยกเว้นในกรณีที่ต้องการบริการที่รวดเร็ว และ สะดวกสบายมากขึ้น โดยสรุปแล้ว บทบาทของการประกันสุขภาพเอกชนในแต่ละประเทศจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับนโยบายของภาครัฐว่าส่งเสริมให้ประชาชนทำประกันกับภาคเอกชนหรือไม่ แต่โดยทั่วไปแล้วประกันสุขภาพเอกชนมิได้แข่งกับประกันของภาครัฐเท่าใดนัก หากแต่เป็นการให้บริการเสริมประกันสุขภาพของภาครัฐมากกว่า นอกจากนี้แล้ว บริษัทประกันเอกชนไม่เน้นการแข่งขันในด้านราคากับภาครัฐ แต่แข่งในด้านคุณภาพของบริการ ความรวดเร็ว ความสะดวก ตลอดจนการให้สิทธิในการใช้วิธีการรักษาที่ทันสมัยกว่าซึ่งอาจมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาแบบมาตรฐาน การศึกษาบทบาทของภาคเอกชนในประเทศไทย พบว่า ภาคเอกชนยังมีบทบาทค่อนข้างน้อยในการให้บริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ ทั้งนี้ โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยส่วนมากเป็นองค์กรที่แสวงหากำไร ต่างจากในต่างประเทศ เนื่องมาจากองค์กรทางด้านศาสนาในศาสนาพุทธมิได้เข้ามาข้องเกี่ยวกับบริการรักษาพยาบาลซึ่งต่างจากองค์กรศาสนาคริสต์ ทำให้ประเทศไทยมีสถานพยาบาลที่เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรน้อยกว่าในประเทศตะวันตก ในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการรักษาพยาบาลในกรณีของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติประมาณ 200 กว่าแห่ง และกองทุนประกันสังคมประมาณ 90 แห่ง ในขณะที่สถานพยาบาลขนาดเล็กในชุมชนมีส่วนร่วมเฉพาะในกรณีของกองทุนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น

3. การอภิบาลระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ

ทุกประเทศทั่วโลกล้วนประสบปัญหาความท้าทายในการจัดหาบริการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนที่ทั่วถึง เท่าเทียมและคุ้มค่ามากขึ้นด้วยข้อจำกัดทางงบประมาณที่นับวันยิ่งรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลายประเทศได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงระบบในการประเมิน ติดตาม และตรวจสอบผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพเพื่อที่จะให้มีความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ (accountability) มากขึ้น คือ ความรับผิดชอบต่อที่กล่าวถึงเป็นการรับผิดชอบต่อเรื่องอะไร (for what?) และต่อใคร (to whom?) ใครเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลงานด้านบริการสาธารณสุขและต่อใคร หรือ หน่วยงานไหน ขึ้นอยู่กับโครงสร้างในการอภิบาลระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศ ความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่นั้นมีลักษณะที่เป็นห่วงโซ่จากหน่วยงานในหลายลำดับชั้น จากกรณีศึกษาในหลายประเทศ พบว่า ห่วงโซ่ความรับผิดชอบในระดับสูงสุด คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นหน่วยงานหลักของฝ่ายบริหารที่มีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพโดยรวมของประเทศ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะต้องรับผิดชอบต่อรัฐสภาหรือฝ่ายนิติบัญญัติ ในอังกฤษมีหน่วยงานสองหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการประเมิน ติดตาม และตรวจสอบด้านการเงินและคุณภาพของบริการ ได้แก่ Monitor ซึ่งประเมินความคุ้มค่าของการใช้จ่ายเงินงบประมาณของระบบประกัน

สุขภาพและ Care Quality Commission ซึ่งประเมินคุณภาพของบริการรักษาพยาบาล ทั้งสองหน่วยงานนี้จะต้องรายงานต่อทั้งกระทรวงสาธารณสุขและต่อรัฐสภาในฐานะของหน่วยงานที่ตรวจสอบฝ่ายบริหารในเวลาเดียวกัน โดยทั่วไปแล้ว ความรับผิดชอบในด้านการให้บริการสาธารณะมี 2 มิติ คือ ความรับผิดชอบด้านการเงิน (financial accountability) และความรับผิดชอบต่อผลงาน (performance accountability) ซึ่งในกรณีของบริการสุขภาพอาจหมายถึง คุณภาพของการรักษาพยาบาล การเข้าถึงบริการ ความรวดเร็วของบริการ ฯลฯ ตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ก่อนที่จะมีการประเมิน สำหรับความรับผิดชอบด้านการเงิน หมายถึง การติดตามและรายงานการจัดสรรงบประมาณ การเบิกจ่าย และการใช้เงินโดยการใช้เครื่องมือหลัก ได้แก่ การบัญชี (accounting) การจัดทำงานงบประมาณ (budgeting) และการตรวจสอบ (audit) อย่างไรก็ตาม ประเทศที่ศึกษาทุกประเทศ ยกเว้นสหราชอาณาจักรมีการจัดเก็บภาษีสุขภาพ (earmarked health tax) ที่แยกออกมาจากการจัดเก็บภาษีรายได้บุคคลธรรมดาทั่วไป หรือจากค่าธรรมเนียมประกันสังคม เพื่อที่จะให้การบริหารจัดการทางการเงินของกองทุนสุขภาพมีความชัดเจน โปร่งใส สามารถคำนวณค่าใช้จ่ายและขนาดวงเงินงบประมาณที่รัฐจะต้องจัดสรรให้ในแต่ละปี ในขณะเดียวกันการจัดเก็บภาษีสุขภาพทำให้ประชาชนต้องใส่ใจกับต้นทุนในการรักษาพยาบาล เพราะสุดท้ายแล้ว หากไม่มีการควบคุมค่าใช้จ่าย ผู้ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมคือ ผู้มีรายได้ที่ต้องเสียค่าเบี้ยประกันที่คำนวณเป็นสัดส่วนของเงินเดือนหรือรายได้ที่เพิ่มสูงมากขึ้น คุณภาพของการรักษาพยาบาลเป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินความคุ้มค่าของระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับภาวะที่งบประมาณมีจำกัด มีผลให้หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องพยายามที่จะได้มาซึ่งบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุดภายในงบประมาณค่าใช้จ่ายที่มีจำกัด กรณีศึกษาทั้ง 4 ประเทศมีการกำหนดมาตรฐานคุณภาพของการรักษาพยาบาล หากแต่ความเข้มงวดในการบังคับให้สถานพยาบาลจะต้องรักษามาตรฐานดังกล่าวแตกต่างกัน ในประเทศฝรั่งเศสสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพในการบริการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้นมาเท่านั้นที่จะสามารถรับเงินอุดหนุนจากรัฐได้ ในขณะที่ออสเตรเลียมีได้มีข้อกำหนดที่เข้มงวดหากแต่มีการให้เงินอุดหนุนเพิ่มเติมสำหรับสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานที่กำหนด เยอรมนีเป็นประเทศเดียวที่ใช้กลไกตลาดในการผลักดันให้สถานพยาบาลปรับปรุงคุณภาพของบริการโดยการบังคับให้ต้องเปิดเผยผลการประเมินคุณภาพของการรักษาพยาบาลตามดัชนีคุณภาพที่ภาครัฐกำหนด ญี่ปุ่นเป็นประเทศเดียวที่ไม่มีระบบแรงจูงใจหรือข้อบังคับให้สถานพยาบาลปรับปรุงหรือรักษามาตรฐานคุณภาพของบริการแต่อย่างใด

ตามที่นายกรัฐมนตรีได้มีข้อสั่งการตามมติ ครม. เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2558 ให้ทางกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงบประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกันหาแนวทางการดำเนินการใช้แหล่งเงินอื่นนอกจากงบประมาณในการช่วยเหลือ คนยากจน ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต รวมถึงหามาตรการให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อย

สามารถดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อไม่ให้เป็นภาระงบประมาณของรัฐ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีคำสั่งที่ 1020/2558 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2558 ตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีนายอัมมาร สยามวาลา เป็นที่ปรึกษานายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธาน มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคลังของประเทศและนักวิชาการเป็นกรรมการ โดยมีอำนาจหน้าที่ในการศึกษา และสังเคราะห์ข้อเสนอแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนและการบริหารจัดการทรัพยากรในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและให้เกิดความเป็นธรรม คณะกรรมการจัดทำแนวทางระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁶ ได้สรุปแนวทางปรับปรุงบัตรทอง โดยระบุถึงข้อเสนอซึ่งจะไม่ชี้ไปทางใดทางหนึ่ง แต่เป็นทางเลือกที่หลากหลายบนหลักการ SAFE หรือ Sustainability, Adequacy, Fairness และ Efficiency

รูปที่ 1 เป้าประสงค์การคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืน

Goals (เป้าประสงค์) การคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืน UHC โดยกำหนดเป้าหมายถึง พ.ศ. 2565



ที่มา: เว็บไซต์ Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ <https://www.hfocus.org/content/2015/12/11447>

สำหรับเป้าหมาย Sustainability หมายถึง แหล่งการคลัง ได้แก่ งบประมาณ เงินสมทบ และรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน อยู่ในวิสัยที่รัฐบาลและครัวเรือนสามารถลงทุนด้านสุขภาพได้ในระยะ

ยาว โดยดัชนีชี้วัดคือภายในปี 2565 รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต้องไม่เกิน 5% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (จีดีพี) และรายจ่ายรัฐบาลด้านสุขภาพไม่เกิน 20% ของรายจ่ายรัฐบาลทั้งหมด

ส่วนเป้าหมาย Adequacy หมายถึง รายจ่ายสุขภาพเพียงพอสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการ รวมทั้งยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น และป้องกันไม่ให้ครัวเรือนประสบภาวะล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยดูจากเป้าหมายปี 2565 รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ 4.6% ของจีดีพี รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ 17% ส่วนรายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพไม่เกิน 20% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด และรายจ่ายของครัวเรือนต้องไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ 11.35% นอกจากนี้ ภายในปี 2565 อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ต้องไม่เกินระดับที่เป็นอยู่คือ 0.47% ของครัวเรือนทั้งหมด

ขณะที่เป้าหมายเรื่อง Fairness นั้น มีหลักการที่สำคัญคือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม หรือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้แข็งแรงและผู้เจ็บป่วย ระหว่างผู้มีความสามารถจ่ายมากกว่าและน้อยกว่า โดยมีรายละเอียดคือ

1. ความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (Pre-payment) ภายในระบบประกันสุขภาพภาครัฐแต่ละระบบ ตัวชี้วัดและเป้าหมายคือ ภายใน ปี 2565 เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นเมื่อ พ.ศ. 2534 โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ (อ้างอิง เมื่อเริ่มมีระบบประกันสังคม ในปี 2534 กำหนดเพดานเงินเดือนที่ 6.2 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ)

2. ความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (Pre-payment) ระหว่างผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบหลัก และ การร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการ (Copayment) โดยมีตัวชี้วัดและเป้าหมาย คือภายในปี 2565 บรรลุความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (Pre-payment) ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบหลัก มีข้อเสนอทางเลือก 2 ทาง คือ คนไทยทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ หรือ คนไทยทุกคนไม่ต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ และหากมีการระดมทุนจากการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการสุขภาพ หรือ Copayment at point of service ต้องเป็นไปตามหลักการที่เสนอข้างต้น

ขณะเดียวกัน ภายในปี 2565 ควรบรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ โดยรายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted expenditure per capita) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้ง 3 ระบบหลัก $\pm 10\%$ และกำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ (อาทิเช่น ยา วัสดุการแพทย์ Relative Weight of Adjusted DRG เป็นต้น)

สำหรับเป้าหมายเรื่อง Efficiency นั้น หมายถึง การใช้ทรัพยากรในการดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทั้งในเชิงเทคนิค (Technical efficiency) และในการจัดสรร (Allocative efficiency) ซึ่งต้องคำนึงถึงความทันเวลา และควมมีคุณภาพ โดยให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close ended budget) ให้มีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement and price control system) มีการใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power) และมีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่างเหมาะสม จะเห็นได้ว่ามีหลายวิธีการที่ทำได้ ไม่ใช่แค่การเพิ่มเงิน แต่ยังมีวิธีอื่น เช่น ใช้เงินเท่าเดิม แต่ดูเรื่องการบริการจัดการทั้ง 3 ระบบสุขภาพร่วมกัน การควบคุมราคา ยา ให้ความสำคัญกับยาสามัญมากขึ้น เป็นต้น

ในเวลาต่อมา นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ⁷ ต่อยอดข้อเสนอ “SAFE” ที่เสนอโดยคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธาน ส่วนคณะกรรมการชุดใหม่มีนายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล อธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นประธาน นายอัมมาร สยามวาลา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute: TDRI) และแพทย์หญิงพรพันธุ์ บุณยรัตนพันธุ์ อดีตประธานกรรมการสาธารณสุข สภาปฏิรูปแห่งชาติ เป็นที่ปรึกษา ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นรองประธาน พร้อมกรรมการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่กำหนดแนวทางพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อสร้างความมั่นคงและยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอนโยบายในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในด้านต่างๆ ตามแนวทางที่กำหนด คณะกรรมการชุดใหม่ได้รับการแต่งตั้งเพื่อมาสานต่อข้อเสนอเดิมจากคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนั้นพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชได้พระราชทานให้ปวงชนชาวไทยได้นำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานประกอบด้วยสามห่วงคือ พอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน บนเงื่อนไขความรู้และคุณธรรม บนทางสายกลาง เพื่อนำไปสู่สมดุล มั่นคง และยั่งยืน การพัฒนาตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงเป็นการพัฒนาบนพื้นฐานของทางสายกลางโดยใช้ความรู้และคุณธรรมในการกระทำใดๆ ต้องประกอบด้วย 1) ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดี ที่ไม่มากและไม่น้อยจนเกินไป ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น 2) ความมีเหตุผล หมายถึง การใช้หลักเหตุผลในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ โดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นอย่างรอบคอบ 3) การมีภูมิคุ้มกันที่ดี หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงรอบตัว และมีฐาน 4) เงื่อนไขความรู้ ประกอบด้วย ความ

รอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวัง และมีฐาน 5) เงื่อนไขคุณธรรม ประกอบด้วย ความซื่อสัตย์สุจริต ความอดทน ความเพียร และการแบ่งปัน ดังแสดงในรูปที่ 2

เราสามารถประยุกต์ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการแก้ปัญหาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบสาธารณสุขให้เกิดความยั่งยืนได้⁸ สาเหตุที่ทำให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความไม่ยั่งยืนนั้นมีด้วยกันหลายประการ เช่น

1) การให้สิทธิแบบสุดโต่งจนกลายเป็นภาระของสังคม ไม่ว่าจะจนหรือรวย ทำให้เกิดปัญหางบประมาณบานปลาย ไม่มี cost containment ที่ดีพอ โรงพยาบาลขาดทุน เกิดความไม่เท่าเทียมเนื่องจากให้คนที่มียากอยู่แล้วเท่าๆ กับคนยากจน ทำให้ความเหลื่อมล้ำในสังคมยิ่งมากขึ้น

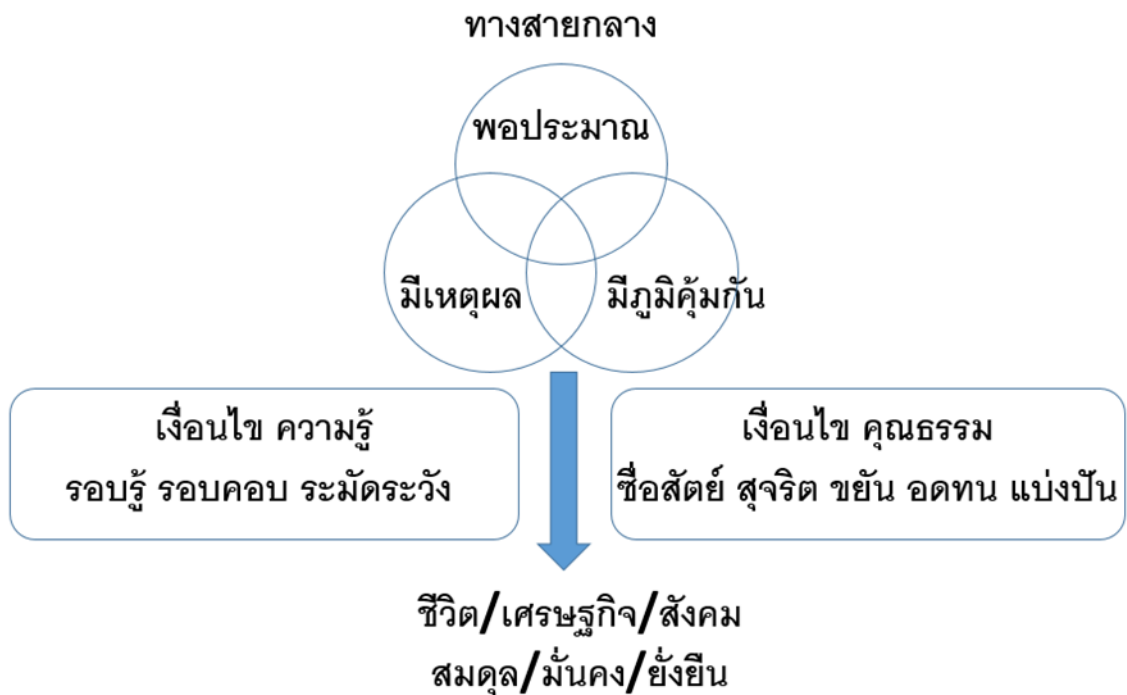
2) การให้ฟรีทุกอย่าง ทำให้ประชาชนพึ่งพาโรงพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนหนึ่งเพราะไม่มีการร่วมจ่าย (Copayment) ทำให้ไม่เห็นคุณค่า ขอยามากและไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ประชาชนขาดการดูแลสุขภาพของตัวเองเพราะทราบว่า หากมีการเจ็บป่วยก็จะได้รับการรักษาฟรี ไม่มีการวางแผนการดูแลสุขภาพหรือการออมเงินเพื่อการรักษาพยาบาล เป็นการให้ที่สุดโต่ง ไม่เดินอยู่บนทางสายกลาง

3) การบริหารแบบ Top down และ one size fits all. โดยที่ทาง สปสช. กำหนด protocol ในการรักษาเช่น CAPD-First กำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติ (จ1) เพื่อประหยัดงบประมาณและรวมอำนาจในการจัดซื้อยาต่างๆ ที่ตนเองไม่มีอำนาจตามกฎหมาย มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการจัดซื้อ ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่ดี มีอัตราการตายสูง นอกจากนี้การบริหารแบบ Top down โดยปิดความรับผิดชอบและความเสี่ยงทั้งหมดไปที่โรงพยาบาลด้วยการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ทำให้โรงพยาบาลไม่มีทางเลือกและต้องรับความเสี่ยงทั้งหมดแทน สปสช

4) ผลประโยชน์ทับซ้อนในการบริหารงาน ทำให้ สปสช. ตั้งกองทุนย่อยต่างๆ มากมาย ทำให้ไม่เกิด Risk Sharing และไม่เกิด Risk pooling ผิดหลักของการบริหารความเสี่ยง นอกจากนี้ยังทำให้การรักษาเฉพาะด้านไม่ตรงกับความต้องการของแต่ละพื้นที่ มีการจัดซื้อยาเอง

ปัญหาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถแก้ไขได้ด้วยหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ดังแสดงในรูปที่ 3

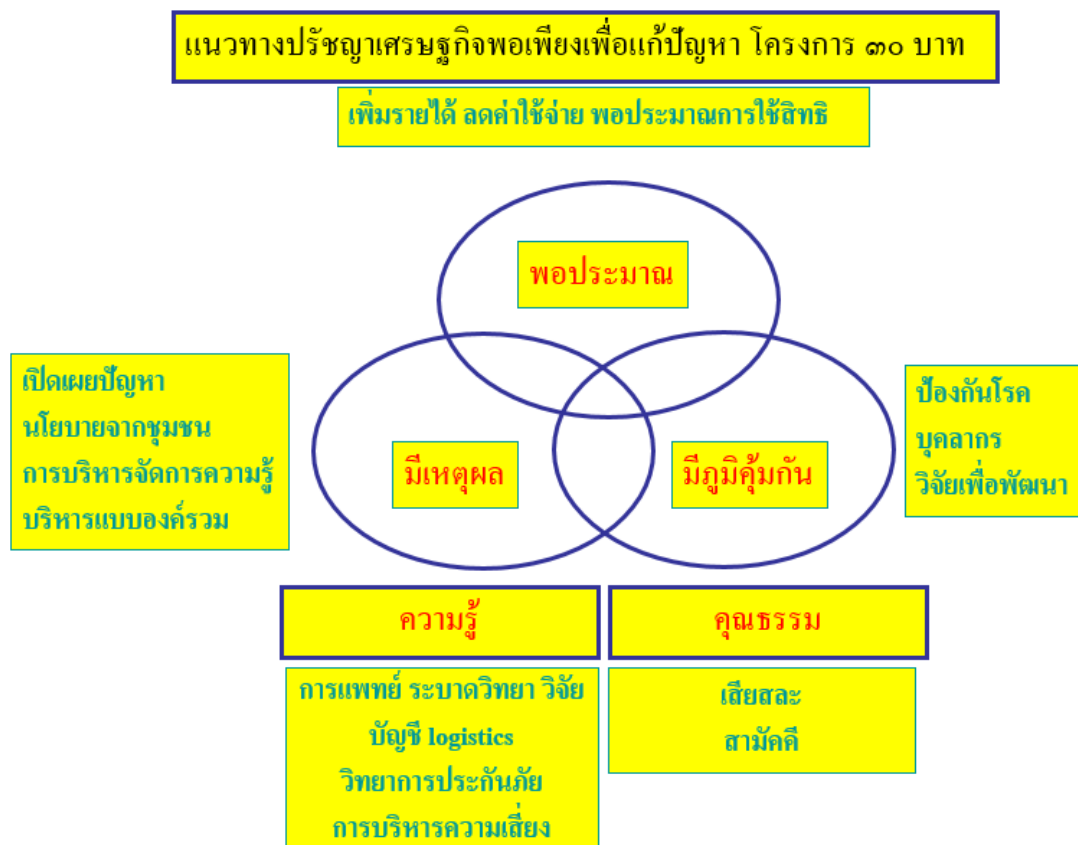
รูปที่ 2 หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช



ที่มา: อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์, วิไลนา ฉายศิลป์รุ่งเรือง. วิเคราะห์หลากหลายรูปแบบประชารัฐร่วม
 รับผิดชอบคือคำตอบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง, 2559.

รูปที่ 3 การประยุกต์ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชเพื่อแก้ปัญหาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วน
 หน้า



ที่มา: อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์, วิธนา ฉายศิลป์ รุ่งเรือง. วิเคราะห์หลากหลายรูปแบบประชารัฐร่วมรับผิดชอบคือคำตอบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง, 2559.

สรุป และ ข้อเสนอแนะ

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย 3 ระบบหลักที่สำคัญ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จากรายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ การพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย³ ระบุว่า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการและครอบครัวประมาณ 5 ล้านคน ระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนจำนวน 10 ล้านคน ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่นอกเหนือจากสิทธิความคุ้มครองของสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคม มีจำนวนมากถึง 48 ล้านคน (การดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีการกระจายการดำเนินการไปทั่วประเทศในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544) นอกจากระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบแล้วยังมีระบบประกันสุขภาพที่เป็นรัฐสวัสดิการสำหรับข้าราชการกรุงเทพมหานคร สวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว ซึ่งเป็นระบบที่จัดตั้งขึ้นตามนโยบายของคณะรัฐมนตรีในการจัดระบบแรงงานต่างด้าวในประเทศ สวัสดิการสำหรับพนักงานบริษัทเอกชน และสวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งเป็นสวัสดิการของหน่วยงานโดยขึ้นอยู่กับข้อตกลงภายในหน่วยงานเอง การที่กองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีการออกแบบที่แตกต่างกันทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมระหว่างผู้ประกันตนในแต่ละกองทุนดังนี้: 1) ภาระในการจ่ายค่าเบี้ยประกันต่างกัน ระบบประกันสังคมเป็นระบบประกันสุขภาพระบบเดียวที่ผู้ประกันตนมีภาระค่าใช้จ่ายในการจ่ายร่วมกับนายจ้าง, 2) สิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลต่างกัน และ 3) คุณภาพในการรักษายาบาลต่างกัน

ระบบสุขภาพของประเทศต่างๆ จากรายงานของนายแพทย์กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์⁴ ได้มีการกล่าวถึงการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ หรือ Cost Sharing ซึ่งมีความหมายโดยนัยที่มีความแตกต่างกัน สามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ คือ 1. National Health Service (NHS / Beveridge Model), 2. Social Health Insurance (SHI / Bismarck Model), 3. Private Health Insurance (PHI / Consumer Sovereignty Model) และ 4. National Health Insurance (NHI)

Cost Sharing แบ่งได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ 1. Copayment เป็นการรวมจ่าย ณ จุดบริการ ซึ่งอาจเป็นการกำหนดราคาตายตัว (Copayment) หรือร้อยละของค่าใช้จ่าย (Coinsurance) ซึ่งในรายงานนี้จะใช้คำรวมว่า Copayment, 2. Deductible เป็นการรวมจ่าย ณ จุดบริการที่ราคาขึ้นต้น และ 3. Premium หมายถึงเบี้ยประกัน เป็นการรวมจ่ายเข้ากองทุนตั้งแต่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สำลี เปลี่ยนบางช้าง อดีตเป็นผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ประจำภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งท่านได้สัมผัสเรื่องนี้ทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ "30 บาท รักษาทุกโรค" เพื่อสร้าง "ปัญญา" หรือ "แสงสว่าง" ให้เกิดขึ้นกับ "ครอบครัวสาธารณสุข" ได้ตั้งสติ ช่วยกันคิดทำ ปรับปรุงแก้ไขให้ดำเนินต่อไปได้ มีใจความตอนหนึ่ง ดังนี้...โครงการ "บัตรทอง" จะต้องเน้นยุทธศาสตร์เชิงรุก (การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) ให้มาก ซึ่งจะเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการลดจำนวนผู้เจ็บป่วย ผู้พิการ และการลดภาระด้านงบประมาณของรัฐบาลเพื่อการรักษาพยาบาล การเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นวิธีที่ดีที่สุดในอันที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกๆ คนที่คุ้มค่างวดมาก (Cost-effectiveness) อีกประการหนึ่ง การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Public health interventions) จะนำไปสู่สถานการณ์ที่ประชาชนจะไม่เจ็บป่วยง่าย ไม่เจ็บป่วยบ่อย และแม้เจ็บป่วยก็จะมีไม่รุนแรง ไม่ต้องใช้เวลาและงบประมาณในการรักษาพยาบาลมาก ประชากรที่มีสุขภาพดี (Healthy population) เป็นต้นทุนมนุษย์ (Human capital) ที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาประเทศในทุกๆ ด้าน "บัตรทอง" หรือ UHC เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ต้องการความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งรัฐและเอกชน รัฐควรพิจารณาให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบในแผนงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมี "บัตรทอง" เป็นหัวใจสำคัญในขณะนี้ ภาคเอกชนน่าจะสนใจมีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (Secondary and tertiary care, Specialized care) สำหรับผู้ที่จะสามารถจ่ายได้และเต็มใจที่จะรับบริการสุขภาพจากสถานบริการภาคเอกชน ในขณะเดียวกัน รัฐบาลต้องมีกลไกที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเอารัดเอาเปรียบผู้รับบริการของภาคเอกชนในทุกๆ ขั้นตอนของกระบวนการ นี่คือ Public-Private Partnership (PPP) ในระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยทั่วไป PPP จะมีประสิทธิภาพมากหากมีกลไกควบคุม กำกับ และดูแลการดำเนินงานของสถานบริการภาคเอกชนที่เป็นอิสระอย่างแท้จริง อีกประการหนึ่ง โดยหลักการของเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าและการสาธารณสุขมูลฐาน การมีสุขภาพในระดับที่สูงที่สุดที่จะเป็นไปได้ คือ ระดับสุขภาพที่จะทำให้ทุกคนมีกำลังผลิตเพื่อตนเองและประเทศชาติทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic productivity) ประชาชนทุกคนต้องมีความตระหนักและมีความรับผิดชอบในการช่วยเหลือตนเองในเรื่องสุขภาพให้ได้ (Self-care and self-reliance) แทนที่จะหวังให้รัฐจัดหาและจัดการทุกสิ่งทุกอย่างให้ ซึ่งในความเป็นจริงไม่สามารถเป็นไปได้ ประชาชนต้องช่วยเหลือและพึ่งตนเองให้ได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนต้องกระทำในทุกรูปแบบและกระทำแบบเบ็ดเสร็จ ทั้งนี้รวมถึงการรับผิดชอบเรื่องค่ารักษาพยาบาล (Co-payment) ที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ทำให้ประชาชนตระหนักถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี การไม่เจ็บป่วยง่ายหรือเจ็บป่วยบ่อย รวมทั้งตระหนักถึงคุณค่าของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ อย่างน้อยในระดับครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละบุคคล แต่ละครอบครัว และแต่ละชุมชน นี่คือการ "พัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน" รัฐบาลไม่ควรรื้อหรือที่จะร้องขอและเรียกร้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในทุก

ระดับ ทั้งนี้รวมถึงการมีส่วนร่วมในด้านคำรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ด้วย ที่สำคัญอีกประการหนึ่งในแนวความคิดนี้ คือ รัฐบาลต้องพัฒนาระบบดูแลสุขภาพของประชาชนที่ยากจนและด้อยโอกาสเป็นการเฉพาะอย่างดีที่สุด จัดสรรงบประมาณให้เพียงพอเพื่อประกันว่า ประชาชนกลุ่มนี้จะได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอในทุกระดับของการให้บริการ นั่นคือ ขั้นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในขณะที่ให้ความสนใจและจัดลำดับความสำคัญของการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มนี้ระดับปฐมภูมิไว้ในลำดับต้นหรือลำดับสูงสุด และให้รวมทั้งการจัดให้มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพสูงสุดด้วย แผนงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องการความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย เน้นสถานบริการทุกระดับ ทุกหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในแผนงานและประการสำคัญ ทุกฝ่ายควรมีส่วนในการตัดสินใจ (Decentralized decision making) ในการกระจายและการใช้ทรัพยากรในแผนงานนี้ ซึ่งครอบคลุมทั้งงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในสัดส่วนที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ขณะนี้เป็นเวลาที่เหมาะสมที่จะมีการทบทวนการดำเนินงานของแผนงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและขอให้พิจารณา 5 ประเด็นดังต่อไปนี้ด้วย

- 1.เพิ่มงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Public health interventions) ให้มากขึ้น
- 2.ทำการศึกษาว่า "การมีบริการ" (Availability) เกิดขึ้นควบคู่ไปกับ "การเข้าถึง" (Accessibility) ของประชาชนหรือไม่
- 3.ให้โอกาสภาคเอกชนมีส่วนร่วมในแผนงานฯ อย่างเป็นระบบ (PPP) พร้อมกับมีกลไกปกป้องผู้บริโภค (Consumer protection) ที่มีประสิทธิภาพ
- 4.ให้ความสนใจและให้ความสำคัญแก่สุขภาพของคนยากจนและผู้ด้อยโอกาสเป็นพิเศษ
- 5.ทำการวิเคราะห์ผลลัพธ์จากการให้บริการเปรียบเทียบกับต้นทุนที่ใช้ไป (Cost-efficiency and cost-effectiveness analysis)

การที่จะพิจารณาว่าควรให้มีระบบร่วมจ่ายแบบ Co-Payment หรือไม่ หรือจะพิจารณาใช้วิธีการของการร่วมจ่ายแบบอื่นๆ เช่น Deductible หรือ Premium เป็นต้น ควรต้องมีการพิจารณาเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการเลือกใช้วิธีการร่วมจ่ายในแต่ละวิธีการ อย่างไรก็ตาม ต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดตามมาจากกรร่วมจ่ายด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการมารับยาหรือไม่มารับยา เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย หรือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาหลายชนิดและต้องรับประทานยาต่อเนื่อง หากผู้ป่วยในกลุ่มเหล่านี้ไม่ได้รับการรักษาตามที่ควรจะเป็น ก็จะส่งผลกระทบย้อนกลับไปที่ภาวะของโรคที่เป็นอยู่นั้นโดยมีสถานะของโรคที่แย่ลงแล้วส่งผลมาที่ภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ขาดการติดตามการรักษาหรือขาดยาไปเนื่องจากการตัดสินใจไม่มารับยาเนื่องจากเกรงว่าจะรับภาระการร่วมจ่ายไม่ได้

โดยสรุป ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาในรายละเอียดเพิ่มเติมในการให้มีระบบร่วมจ่าย ซึ่งอาจเป็นประเภท Co-Payment, Deductible หรือ Premium โดยต้องรับฟังความ

คิดเห็นจากประชาชน ภาคเอกชน หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการตามระบบโดยต้องมีการวางแผนทางป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น หากประชาชนยังไม่มีความสามารถในการรับภาระด้านสุขภาพซึ่งมีความไม่แน่นอนสูง และอาจกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว จนอาจส่งผลให้เกิดปัญหาด้านอื่นๆตามมาได้ เช่น ปัญหาด้านมนุษยธรรม ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ.การเข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: บทวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นนทบุรี. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, International Health Policy Program (IHPP-Thailand), สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
2. รณชัย โตสมภาค. แนวทางปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (อินเทอร์เน็ต). 2559 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก http://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/download/article/article_20160203092808.pdf.
3. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. โครงการ การพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2556.
4. กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. กรุงเทพฯ. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
5. เสาวคนธ รัตนจิตราศิลป์, ภูรี อนันตโชติ, ศิริตรี สุทจิจิตต์, อุบลพรรณ อีระศิลป์, พลอยวรรณ เหลืองไทรรัตน์. รายงานการศึกษาส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพของ 10 ประเทศ. กรุงเทพฯ. ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา; 2550.
6. คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย, 2559.
7. สมาพันธ์แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป. รมว.สธ. ลงนามตั้ง ภิรมย์ ประธาน กก.พัฒนาหลักประกันสุขภาพ อัมมาร-พรพันธุ์ (อินเทอร์เน็ต). 2559 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=15582.0>.
8. อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์, วิณา ฉายศิลป์รุ่งเรือง. วิเคราะห์หลากหลายรูปแบบประชารัฐร่วมรับผิดชอบ คือคำตอบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง, 2559.
9. วิชัย เทียนถาวร. 30 บาท รักษาทุกโรค สร้างสุขภาพน่าซ่อม (อินเทอร์เน็ต). 2559 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.hfocus.org/content/2016/01/11579>.

ประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมของนโยบาย แผนงาน หรือโปรแกรม
Strategic Environmental Assessment (SEA)

พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ
รองผู้อำนวยการด้านปฐม ทุติยภูมิ ตติยภูมิ
โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

บทคัดย่อ

Strategic Environmental Assessment (SEA) เป็นกระบวนการที่ใช้สำหรับประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม ระดับนโยบายแผนงานหรือโปรแกรม เพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุด ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุดจนไม่มีนัยสำคัญ โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ผู้บริหารตัดสินใจ แตกต่างจาก EIA (Environmental Impact Assessment) ที่ใช้ประเมินในระดับโครงการ

SEA มีขั้นตอน 10 ขั้นตอน คือ 1.กลั่นกรองถึงความจำเป็นสอดคล้องของยุทธศาสตร์ และสิ่งแวดล้อมเพื่อว่ามีความจำเป็นต้องทำ SEA หรือไม่ 2.ทบทวนเอกสารทุติยภูมิ 3.กำหนดขอบเขตการศึกษาปรึกษาผู้มีส่วนได้เสีย 4.เก็บข้อมูลเพิ่มหากข้อมูลยังไม่เพียงพอ 5.วิเคราะห์ประเมินข้อมูลเพื่อหาทางเลือกอย่างน้อย 3 ทางเลือก 6.นำเสนอทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด พร้อมข้อมูลความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย 7.นำเสนอมาตรการป้องกันไว้ล่วงหน้า 8.ตัดสินใจ และมีขั้นตอนพัฒนาเพิ่มเติม 9.ติดตามประเมินผล 10.ปรับปรุงแก้ไข

ผู้บริหารสาธารณสุขยุคใหม่มีความจำเป็นต้องทราบเรื่องประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม เนื่องจากในปัจจุบันบทบาทผู้นำด้านสาธารณสุขต้องให้ข้อมูลหรือศึกษาผลกระทบด้านสาธารณสุขและสุขภาพของนโยบาย หรือยุทธศาสตร์นั้นๆ ตามหน้าที่ตามกฎหมาย ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และในฐานะพลเมืองไทยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

บทนำ

กระบวนการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม(Environmental Impact Assessmentหรือ EIA)เป็นวิธีการที่ใช้กับข้อเสนอโครงการในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง เริ่มใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกาตอนต้นศตวรรษที่ 1970(2513) แต่จะเห็นว่ายังไม่พอเพียงสำหรับการตัดสินใจผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมในระดับนโยบาย หรือยุทธศาสตร์จึงมีการใช้ (Strategic Environmental Assessment หรือ SEA) เพื่อประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมของนโยบาย แผนงาน หรือโปรแกรมในทศวรรษที่1990(2533) มีการออกข้อบังคับของสภาพัฒนาการสิ่งแวดล้อม เพื่อให้มีการศึกษาผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในจัดทำยุทธศาสตร์ของชาติ สำหรับประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่สำคัญคือ

- พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม 2535 ทำให้การดำเนินนโยบาย กลยุทธ์ โปรแกรม ต้องใช้ SEA ประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม
- พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ 2550 ที่ต้องประเมินผลกระทบสุขภาพ (HIA)

1. Strategic Environmental Assessmentหรือ SEA คืออะไร?

เป็นกระบวนการหรือระบบที่ใช้สำหรับการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมของนโยบาย แผนงาน หรือโปรแกรม รวมทั้งมีข้อเสนอทางเลือก โดยจัดทำเป็นรายงานเสนอผู้บริหาร เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ โดยเปิดโอกาสให้สาธารณชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยทั่วไปแล้ว SEA จะเป็นเครื่องมือที่ดำเนินไปคู่ขนานกับกระบวนการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ในระดับนโยบาย แผนงาน หรือโปรแกรม โดยสรุปสามารถอธิบายลักษณะสำคัญของการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมเชิงกลยุทธ์ ได้ดังนี้

- 1.1 เป็นกระบวนการที่ใช้เพื่อคาดการณ์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่จะเกิดขึ้น จากการดำเนินนโยบาย แผนงาน หรือโปรแกรม อันนี้ถือว่าเป็นข้อสำคัญมากที่ทำให้ SEA แตกต่างจาก EIA ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ในระดับโครงการ
 - 1.2ต้องเป็นกระบวนการที่มีการดำเนินการก่อนที่จะมีการตัดสินใจในระดับนโยบาย แผนงาน หรือโปรแกรม นั้นๆ จึงทำให้การพิจารณา SEA มีความยืดหยุ่นสูง
 - 1.3เป็นกระบวนการที่มีการพิจารณาและเสนอแนะทางเลือก รวมทั้งคาดการณ์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในแต่ละทางเลือกนั้นๆ เพื่อหาแนวทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดและมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด
 - 1.4สาธารณชนสามารถมีส่วนร่วม โดยลักษณะการมีส่วนร่วมมีได้หลายวิธีและในทุกขั้นตอน เช่นการให้ข้อมูลข่าวสาร การร่วมปรึกษาหารือ การร่วมให้ความเห็นในขั้นตอนการกำหนดขอบเขตการศึกษา การร่วมพิจารณาทางเลือก รวมทั้งการเลือกที่จะไม่พัฒนานโยบาย แผนงาน โปรแกรม หากสาธารณชนเห็นว่านโยบาย แผนงาน โปรแกรมนั้นมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมสูงและไม่มีมาตรการป้องกันแก้ไขที่มีประสิทธิภาพพอ เป็นต้น
- ดังนั้นจุดมุ่งหมายของ SEAโดยสรุป คือเพื่อทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบของยุทธศาสตร์เหลือน้อยที่สุด จนไม่มีนัยสำคัญอีกต่อไป พร้อมกับทำให้เกิดผลกระทบเชิงบวกให้มากที่สุด และส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมเท่าที่จะเป็นไปได้

2. ทำไมต้องเชิงกลยุทธ์

ส่วนใหญ่นิยมเรียกว่า ยุทธศาสตร์ โดยเฉพาะในวงราชการ กลยุทธ์ เดิมใช้ในการวางแผนการรบในการทหาร ในปัจจุบันใช้ในการวางแผนจัดการหรือบริหารองค์กร ความหมายของกลยุทธ์ คือ การวางแผนที่มีการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายระยะยาวที่แน่ชัด มีการวิเคราะห์อนาคตและคิดเชิงการแข่งขันที่ต้องการระบบการทำงานที่มีความสามารถในการปรับตัวสูง สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตให้องค์กรหรือหน่วยงาน อยู่รอดได้

(service) และก้าวหน้าหรือมีการเติบโต (growth) มีผลดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพสูงและมุ่งสู่วิสัยทัศน์ที่วางไว้ได้สำเร็จ

หากมีการนำมาใช้กับการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม หรือที่เรียกว่าการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมเชิงกลยุทธ์ จะมีความหมายว่า การประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในประเด็นของความสามารถของสิ่งแวดล้อมที่จะสามารถรองรับการพัฒนาตามนโยบายไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมหรือมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในระดับที่ยอมรับได้

โดยการประเมินนั้นต้องวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และข้อจำกัดในพื้นที่สำหรับการพัฒนา มีการเสนอทางเลือกหลายทาง และหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการพัฒนาโดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบหรือมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่น้อยที่สุด มีการกำหนดแผนงานพัฒนาที่ชัดเจนเพื่อไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ร่วมกับแผนงานการจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นแผนเชิงรุก แผนระยะกลาง ระยะยาว จึงถือได้ว่าการประเมินผลกระทบเชิงกลยุทธ์เป็นเครื่องมือที่ช่วยเสริมให้เกิดการพัฒนา นโยบาย แผนงาน โปรแกรม ตามนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของรัฐบาล โดยนำประเด็นเรื่องสิ่งแวดล้อมมาพิจารณาพร้อมกับ ประเด็น เศรษฐกิจ สังคม

3. SEA (Strategic Environmental Assessment) แตกต่างจากEIA (Environmental Impact Assessment) อย่างไร

การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมเชิงกลยุทธ์ แตกต่างจากรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม โดยสรุปดังนี้

3.1 EIA เป็นการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมในระดับโครงการ ส่วน SEA เป็นการประเมินผลสิ่งแวดล้อมในระดับนโยบาย แผนงาน โปรแกรม จึงมีลำดับขั้นตอนการวางแผนการจัดการที่สูงกว่าระดับโครงการ

3.2 EIA เป็นการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมในระดับโครงการ รายละเอียดสำหรับการวิเคราะห์จึงมีความชัดเจน ทั้งข้อมูลการออกแบบ รายละเอียดโครงการ ทำให้คาดการณ์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้องแม่นยำกว่า SEA ส่วนSEAเป็นการประเมินผลสิ่งแวดล้อมในระดับนโยบาย แผนงาน โปรแกรม ซึ่งยังไม่มีมติตัดสินใจของผู้บริหาร ทำให้รายละเอียดที่จะนำมาประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมขาดความแน่นอน ข้อมูลไม่มีรายละเอียด ทำให้การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมมีความคลาดเคลื่อนมากกว่า ดังนั้นการจัดทำรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมเชิงกลยุทธ์ จึงต้องอธิบายถึงความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นผลกระทบประกอบการพิจารณาด้วยเสมอ

3.3 EIA มักมีการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมทางตรง และทางอ้อม เท่านั้น ส่วนSEA จะเพิ่มผลกระทบสิ่งแวดล้อมสะสม(Cumulative Impact)เข้าไปด้วย ผลกระทบสิ่งแวดล้อมสะสม Canter (2000) อ้างถึงนิยามของ Barrow(1997) ว่าเป็นการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมเพื่อตรวจสอบและเชื่อมโยงผลกระทบที่มากกว่า 1 ด้าน ผลกระทบจากการพัฒนาสาขาอื่นๆที่สัมพันธ์กัน เช่น เมื่อมีแผนการพัฒนาระบบขนส่งทางอากาศ ซึ่งต้องการสร้างสนามบิน จะต้องมองถึงผลกระทบต่างๆที่จะตามมาหลังจากการมีสนามบิน เช่นระบบคมนาคมเชื่อมโยง โรงแรม ธุรกิจ บริการต่างๆเช่นรถเช่า ท่องเที่ยว อาหาร เป็นต้น

3.4 SEA เป็นการประเมินในภาพใหญ่ การประเมินจึงต้องใช้เทคนิคที่สามารถมองภาพรวมของพื้นที่ได้ง่าย เช่น เทคนิค GIS การซ้อนทับชั้นข้อมูล (Overlay mapping) เป็นต้น หัวข้อที่จะนำมาประเมินจะไม่ละเอียดในทุกด้าน เท่ากับ EIA โดย SEAจะประเมินถึงผลกระทบหลักที่และมียุทธศาสตร์ที่อาจเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ผลใน SEA จะเน้นข้อมูลทุติยภูมิจากงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว หรือข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประหยัดเวลาและงบประมาณ ยกเว้นไม่มีข้อมูลจึงจะทำการเก็บข้อมูลปฐมภูมิใหม่

3.5 SEA เปิดโอกาสให้สาธารณชนมีส่วนร่วมในระดับที่สูงกว่า โดยให้ร่วมแสดงความคิดเห็นในนโยบาย แผนงาน โปรแกรม ที่จะมีในพื้นที่ ก่อนที่จะมีการตัดสินใจ ส่วน EIA กรณีโครงการขนาดใหญ่ที่ผลกระทบต่อชุมชนสูง

คณะกรรมการอาจให้ผู้ประกอบการรับฟังความคิดเห็นหรือทำประชาพิจารณ์แต่ระดับการมีส่วนร่วมจะเป็นแค่การรับฟังข้อมูล และข้อห่วงกังวลด้านสิ่งแวดล้อมเท่านั้น มิได้ให้ทางเลือกในการย้ายพื้นที่ก่อสร้างโครงการหรือทางเลือกที่จะหยุดโครงการ โดยสรุปประโยชน์ของ SEA ที่เหนือกว่า EIA คือการทำ SEAให้มีการพิจารณาอย่างกว้างขวางในขั้นตอนก่อนการตัดสินใจ เกี่ยวกับมาตรการในการบรรเทาปัญหาและการส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการในการหลีกเลี่ยงผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

4. หลักการของ SEA

4.1 SEA ต้องระบุทางเลือกของ นโยบาย แผน โปรแกรม ที่มีความชัดเจน เป็นไปได้ และเปรียบเทียบได้ในเรื่องของสิ่งแวดล้อม

4.2 SEA ต้องมีการพิจารณาบูรณาการเรื่องสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อนำไปสู่ความยั่งยืน

4.3 SEA ต้องปรับปรุงให้นโยบาย แผน โปรแกรม ดีขึ้นมากกว่าแค่วิเคราะห์

4.4 SEA นั้นมีบทบาทเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ ไม่ใช่ทำการตัดสินใจเอง ฉะนั้น SEA จึงไม่ควรยาวไปสู่การตัดสินใจใดๆ

5. SEAต้องพิจารณาอะไรบ้างและมีขั้นตอนอย่างไร

เมื่อทราบความหมายของ SEA แล้ว จึงมีคำถามว่าหากต้องประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมในระดับนโยบาย แผนงาน โปรแกรม จะต้องพิจารณาให้ครอบคลุมในประเด็นใดบ้าง และมีขั้นตอนการดำเนินงานในประเด็นที่ควรพิจารณาอย่างไร คำตอบคือขั้นตอนในแต่ละประเทศที่มีการจัดทำ SEA ส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกัน แต่จะมีส่วนที่ต่างกันบ้างขึ้นกับวัตถุประสงค์ในการนำSEAไปใช้

5.1 ตัวอย่างขั้นตอน SEAในฮ่องกง

ขั้นตอนที่1 เป็นการสร้างความเข้าใจในธรรมชาติและความต้องการของนโยบาย แผนงาน หรือโปรแกรม ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของ SEA เนื่องจากการสร้างความเข้าใจในความต้องการและธรรมชาติของวัตถุประสงค์ของนโยบาย แผนงาน โปรแกรมนั้นจะเป็นการกำหนดวิธีการและเทคนิคของ SEAที่จะนำมาใช้กับนโยบาย แผนงาน โปรแกรมนั้นๆ

ขั้นตอนที่2 การออกแบบกระบวนการและวิธีการของ SEA โดยขั้นตอนนี้เป็นการเลือกวิธีการของ SEA ให้เหมาะสมกับกลไกการตัดสินใจ และกรอบเวลาของนโยบาย แผนงาน และโปรแกรม รวมไปถึงการกำหนดตัวชี้วัดหลักเกณฑ์ในการประเมิน

ขั้นตอนที่3 การกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตของ SEA ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของการกลั่นกรอง คือเป็น การตรวจสอบพื้นที่หรือประเด็นของนโยบาย แผนงาน และโปรแกรมว่าเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม สมรรถนะหรือความสามารถในการรองรับและความยั่งยืนของการพัฒนาในลักษณะใด ทั้งนี้เพื่อที่จะบอกว่าจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษา SEA ในระดับนโยบาย แผนงาน โปรแกรมนั้นๆ หรือไม่อย่างไร ในขณะที่การกำหนดขอบเขตนั้นจะเป็นเครื่องมือที่จะช่วยจำแนกประเด็นทางสิ่งแวดล้อมที่จะต้องประเมินผลกระทบ รวมถึงระดับรายละเอียดและชนิดของวิธีการที่จะใช้ในการศึกษา SEAในแต่ละขั้นตอนการศึกษา

ขั้นตอนที่4 การศึกษาผลกระทบสิ่งแวดล้อมและข้อเสนอทางเลือก ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน ได้แก่

1. การศึกษาปฐมหลังและข้อมูลพื้นฐานทางสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เป็นการศึกษาสภาพของสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะบอกให้ทราบถึงสภาพปัจจุบันของสิ่งแวดล้อม และศักยภาพของพื้นที่ที่สามารถรองรับการพัฒนาได้ นอกจากนี้ยังสามารถบอกได้ว่าพื้นที่ใดบ้างที่ควรที่จะกันออกจากการ

พัฒนา อันเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีความอ่อนไหวในการเกิดผลกระทบหรือเป็นพื้นที่ที่ควรค่าแก่การอนุรักษ์ได้

2. การศึกษาผลกระทบสิ่งแวดล้อมและความเชื่อมโยง ในขั้นตอนนี้เป็นการตรวจสอบและศึกษาคุณลักษณะของกิจกรรมที่สร้างผลกระทบสิ่งแวดล้อมและผู้ที่ได้รับผลกระทบสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงความเชื่อมโยงของกิจกรรมไปสู่กิจกรรมในนโยบาย แผนงานโปรแกรมอื่นๆ หรือรายสาขาอื่น ๆ
3. การตรวจสอบและประเมินทางเลือกที่เป็นไปได้

ในการประเมินทางเลือกนั้น ข้อมูลทางสิ่งแวดล้อมของแต่ละทางเลือกจะถูกนำมาสร้างภาพฉาย (Scenarios) รวมถึงทางเลือกที่เป็น Worst-case และทางเลือกที่ไม่ทำอะไรเลย (do-nothing) ด้วย สำหรับทางเลือกที่พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นไปไม่ได้หรือไม่สามารถยอมรับได้จะถูกตัดออกไป

นอกจากนี้ ในกรณีทางเลือกที่พิจารณาก่อให้เกิดผลกระทบสิ่งแวดล้อมอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ของนโยบาย แผนงาน หรือโปรแกรมเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยลด/หลีกเลี่ยงผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบและประเมินทางเลือก ซึ่งภายหลังจากได้พิจารณาและเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด ควรทำการประเมินและกำหนดมาตรการในการป้องกันแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามตรวจสอบ เป็นขั้นตอนที่มีวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบสมมติฐาน และมาตรการป้องกันแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่วางไว้ และหากพบว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐานและมาตรการ ก็สามารถกำหนดการเพิ่มเติมได้ นอกจากนี้ ระบบการติดตามตรวจสอบยังอนุญาตให้มีการตรวจสอบย้อนกลับในกลยุทธ์ ระดับที่สูงขึ้น เพื่อทำการปรับปรุงและแก้ไขกลยุทธ์อื่นๆ ให้เกิดการพัฒนาโดยดูแลด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 7 การปฏิสัมพันธ์กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยที่เจ้าของโครงการควรเปิดโอกาสให้ประชาชน ชุมชน และหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องด้านสิ่งแวดล้อมมีส่วนร่วมเสนอความเห็นเพื่อแก้ไขและปรับปรุง SEA ให้มีคุณภาพ ถูกต้อง และมีความเที่ยงตรง ทั้งในช่วงต้น(ขั้นตอนที่ 1- 3) ก่อนมีการศึกษา SEA และในขั้นตอนการศึกษา (ขั้นตอนที่ 4 -6) เพื่อให้การดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมนี้อาจจะดำเนินการในทุกขั้นตอนของ SEA เท่าที่จะเป็นไปได้โดยกำหนดระดับของการมีส่วนร่วมตามความจำเป็น

5.2 โดยสรุปในประเทศไทยมีขั้นตอนคล้ายๆกัน โดยสรุปมีขั้นตอนสำคัญคือ

5.2.1 วางเรื่องราว จุดมุ่งหมาย และการตกลงในเรื่องขอบเขตของการศึกษา

5.2.2 อธิบายสถานะแวดล้อม พื้นฐานที่มีอยู่ ระบุปัญหา สิ่งแวดล้อม ข้อจำกัดต่างๆ วางจุดมุ่งหมายของการสร้างยุทธศาสตร์อื่น และปรับจุดมุ่งหมายเดิม

5.2.3 พัฒนาทางเลือก ระบุทางเลือกต่างๆ รวมทั้งทางเลือกที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายของแผนพัฒนา

5.2.4 ประเมินผลกระทบที่น่าจะเกิดขึ้นของแต่ละทางเลือก แล้วทำการเลือกทางเลือกที่เหมาะสมรวมทั้งหามาตรการในการบรรเทาผลกระทบเชิงลบ

5.2.5 จัดทำรายงานตามกระบวนการทั้งหมด และเสนอมาตรการติดตามตรวจสอบ

5.3 กระบวนการศึกษา SEA 10 ขั้นตอนมีดังนี้

5.3.1 การกลั่นกรอง พิจารณาความจำเป็น สอดคล้องของของยุทธศาสตร์ และสิ่งแวดล้อม

5.3.2 ทบทวนเอกสารทุติยภูมิ

5.3.3 กำหนดขอบเขตการศึกษาปรึกษาผู้มีส่วนได้เสีย

5.3.4 เก็บข้อมูลเพิ่มเติมหากข้อมูลไม่เพียงพอ

5.3.5 วิเคราะห์และประเมินข้อมูลเพื่อหาทางเลือกอย่างน้อย 3 ทางเลือก

5.3.6 นำเสนอทางเลือกที่เหมาะสมและข้อมูลความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย

5.3.7 นำเสนอหลักการป้องกันไว้ล่วงหน้าเสนอมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นต่อทางเลือกต่างๆ เพื่อให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจที่จะเลือกทางเลือก และมีมาตรการบรรเทาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อทางเลือกนั้นๆ

ขั้นตอนที่ 5.3.1- 5.3.7 เป็นกระบวนการของ SEA

5.3.8 ตัดสินใจ

5.3.9 ติดตามและประเมินผล

5.3.10 ปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอน 5.3.8 - 5.3.10 เป็นกระบวนการพัฒนา

6 การนำ SEA ไปใช้ตอนไหน

6.1 ไม่ควรนำ SEA ไปใช้ในการบรรเทาผลกระทบสิ่งแวดล้อมของกิจกรรมที่ได้ตัดสินใจไปเรียบร้อยแล้ว

6.2 ควรจะนำเอากระบวนการประเมินทางสิ่งแวดล้อมไปใช้ เพื่อที่จะตัดสินใจ กิจกรรมใดควรจะเกิดขึ้น นั่นหมายถึงว่าทางไหนควรจะได้รับเลือก

6.3 ในระดับการสร้างยุทธศาสตร์นั้น มีทางเลือกที่แตกต่างกันให้เลือก เช่น

- ไม่ทำอะไรเลย หรือดำเนินการต่อไปตามทางที่เลือก
- พัฒนาในรูปแบบต่างๆกัน ที่บรรลุจุดมุ่งหมายเดียวกัน

7. ประโยชน์ที่ได้รับจาก SEA

7.1 ทำให้มีการพิจารณาผลกระทบและทางเลือกในมุมกว้างขึ้น

7.2 เป็นเครื่องมือที่ต้องมีการดำเนินการก่อนการสร้างยุทธศาสตร์ และสามารถใช้นับสนุนการสร้างยุทธศาสตร์ของกิจกรรมใดๆ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนได้

7.3 สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการตัดสินใจในระดับต่างๆได้ รวมทั้งเพิ่มความแข็งแกร่งให้กับ EIA ในระดับโครงการด้วย

7.4 ทำให้การพิจารณาเรื่องสิ่งแวดล้อมสำหรับการตัดสินใจในระดับที่สูงขึ้น ไปมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ อาจกล่าวได้ว่า SEA สามารถช่วยให้การทำการยุทธศาสตร์บรรลุเป้าหมาย มีความชัดเจน เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และเป็นที่ยอมรับต่อสาธารณะมากขึ้น และทำให้ได้รับการอนุมัติเร็วขึ้น

8. ทำ SEA แล้วต้องทำ EIA อีกหรือไม่

ในกรณีการศึกษา SEA ในระดับพื้นที่มีข้อมูลที่เพียงพอ และการประเมินผลสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำ ในต่างประเทศประเทศอาจกำหนดให้ผู้ประกอบการจัดการทำรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น (Initial Environmental Examination; IEE) ได้ แต่ในประเทศไทยตามประกาศของกระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ฉบับที่ 1 -3 กำหนดให้โครงการหรือกิจการรวม 22 ประเภทขนาดต้องจัดทำรายงาน EIA หากมีการจัดทำ SEA ในระดับพื้นที่แล้วโครงการที่เข้าข่ายต้องจัดทำรายงาน EIA ยังต้องจัดทำรายงาน EIA ตามที่กฎหมายกำหนดแต่ประเด็นของผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่มีการประเมินในการศึกษา SEA แล้วจะช่วยให้การประเมินผลกระทบในระดับโครงการมีความชัดเจน และเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

นอกจากนี้ ในการประชุมเพื่อปรับระบบการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่ผ่านมา ได้ กล่าวถึงการนำ มาตรา 46 วรรค 3 ของ พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 มาใช้ กรณีโครงการ หรือกิจการประเภทหรือขนาดใด หรือที่จัดตั้งขึ้นพื้นที่ใดที่มีการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมไว้แล้ว และเป็น มาตรฐานที่สามารถใช้กับโครงการหรือกิจการประเภทหรือขนาดเดียวกันหรือในพื้นที่ลักษณะเดียวกันได้ อาจ ประกาศในราชกิจจานุเบกษากำหนดให้โครงการหรือกิจการนั้นได้รับยกเว้นไม่ต้องจัดทำรายงาน EIA ก็ได้ แต่ทั้งนี้ โครงการหรือกิจการนั้นจะต้องแสดงความยินยอมปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ที่กำหนดไว้ในการวิเคราะห์กำหนด ดังนั้นหากมีการจัดทำ SEA แล้วอาจมีการจัดทำข้อเสนอแนะโครงการหรือกิจการประเภทเดียวกันซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ มีการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมเชิงพื้นที่แล้ว ให้งดเว้นการจัดทำรายงาน EIA รายโครงการ โดยพิจารณากำหนด มาตรการด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้ผู้ประกอบการปฏิบัติแทนก็ได้

9. การพัฒนาประเภทใดบ้าง ที่ควรนำ SEA มาใช้

ดังที่กล่าวแล้วว่า SEA มีอยู่หลายระดับ ไม่ว่าจะเป็น ในระดับนโยบาย รายสาขาหรือในระดับพื้นที่ ดังนั้น SEA จึงสามารถนำมาใช้ได้ในวงกว้าง เช่น นโยบายการพัฒนาพื้นที่ลุ่มน้ำนโยบายพัฒนาเศรษฐกิจชายแดน นโยบาย สุขภาพแห่งชาติ แผนพัฒนาพลังงาน แผนพัฒนาระบบคมนาคม แผนงาน หรือโปรแกรมนั้นมีความเกี่ยวข้องกับ สิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติและอาจก่อให้เกิดผลกระทบได้ ดังนั้น ก่อนที่จะศึกษา SEA จะต้องมีการ ขั้นตอนการ กลั่นกรอง (Screening) เพื่อบ่งชี้ว่านโยบาย แผนงาน หรือโปรแกรมนั้นจะต้องทำ SEA หรือไม่

9.1 ระดับของ SEA

9.1.1 SEA ในระดับนโยบายหรืออาจเรียกว่าการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมในระดับนโยบาย (Policy impact Assessment; PIA) มีวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนิน นโยบาย ซึ่งจะมีการพิจารณาทางเลือกในนโยบายร่วมด้วย ทั้งนี้ต้องอยู่บนหลักการที่จะดูแลสิ่งแวดล้อมให้เกิดความ ยั่งยืน ร่วมไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

9.1.2 SEA รายสาขาเป็นการพิจารณาผลกระทบสิ่งแวดล้อมในระดับของแผน แผนงานหรือโปรแกรมซึ่ง เกี่ยวข้องกับการพัฒนารายสาขา เช่น แผนพัฒนาด้านพลังงาน แผนพัฒนาการขนส่งทางบกโปรแกรมเพิ่มผลผลิต ด้านการเกษตร เป็นต้น

9.1.3 SEA เชิงพื้นที่หรือเรียกว่าการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมเชิงพื้นที่ (Regional Environment; REA) ซึ่งจะใช้ในโปรแกรม หรือโครงการที่อยู่ในพื้นที่ที่มีลักษณะจำเพาะ เช่น เขตพัฒนาเศรษฐกิจจำเพาะ พื้นที่ลุ่มน้ำพื้นที่ สูง เขตชายฝั่งทะเล เกาะ หรือพื้นที่เมือง เป็นต้น

ความสำคัญและความจำเป็น สำหรับผู้บริหารสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน

เนื่องจากในปัจจุบันเทคโนโลยีการส่งข้อมูลข่าวสารเร็วมากและภาคประชาชนต้องการมีส่วนร่วมและรับรู้การ ตัดสินใจของภาครัฐ ในการดำเนินนโยบาย กลยุทธ์ โปรแกรมโดยเฉพาะในประเด็นที่มีผลกระทบสิ่งแวดล้อม นอกจากด้านเศรษฐกิจและสังคม

ดังนั้นเรื่องที่กระทบกับสุขภาพหรือสุขภาพจากการดำเนินนโยบาย กลยุทธ์ โปรแกรม ทั้งทางตรงและ ทางอ้อม จึงต้องพิจารณาด้วย จึงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้บริหารสาธารณสุขซึ่งพอสรุปได้คือ

- 1 ผู้บริหารสาธารณสุข คือว่าเป็นผู้นำที่ต้องให้ข้อมูลใน เรื่อง SEA และ HIA (health Impact assessment) ในฐานะวิชาชีพที่มีความรู้และเข้าใจผลกระทบของโครงการ กลยุทธ์โปรแกรม ต่อเรื่องสุขภาพดีที่สุด
- 2 ตามกฎหมาย

- a. พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม 2535 ทำให้การดำเนินนโยบายกลยุทธ์
โปรแกรมต้องใช้ SEA ประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม
- b. พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ 2550 ที่ต้องประเมินผลกระทบสุขภาพ (HIA)
- 3 ในฐานะพลเมืองไทย ที่ต้องมีหน้าที่และส่วนร่วมกับการแสดงความคิดเห็นต่อผลกระทบของ
นโยบาย แผนงาน ที่กระทบสิ่งแวดล้อม และสาธารณสุข/สุขภาพ

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ในบทบาทหรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารองค์กร:

**การศึกษาการประเมินสิ่งแวดล้อมระดับยุทธศาสตร์เพื่อบริหารจัดการเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนด้าน
สาธารณสุข**

1 นโยบาย กลยุทธ์ ของรัฐ เรื่องเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน

1.1 ความหมายของเขตเศรษฐกิจพิเศษ

- บริเวณพื้นที่ที่คณะกรรมการนโยบายเขตเศรษฐกิจพิเศษ(กนพ.) กำหนดให้เป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ
- รัฐจะสนับสนุนการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน สิทธิประโยชน์การลงทุน การบริหารแรงงานต่างด้าวแบบไปกลับ
- เน้นจัดตั้งในเขตชายแดนหรือ กนพ.และรัฐบาลสนใจ

1.2วัตถุประสงค์ของการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ

- ดึงดูด FDI หรือการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศ
- เพิ่มขีดความสามารถของประเทศ
- กระจายความเจริญสู่ภูมิภาค
- ลดความเหลื่อมล้ำ
- ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน
- แก้ปัญหาความมั่นคง

1.3 ทำไมต้องมีเขตเศรษฐกิจพิเศษ

- การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ปี2558 การเปิดเสรีการค้าและการลงทุน
- การพัฒนาด้านการค้าชายแดนและโครงข่ายคมนาคมขนส่งบริเวณประตูการค้าสำคัญของประเทศ
- การเชื่อมโยงกระบวนการผลิตและการลงทุนข้ามแดน

1.4กลยุทธ์การดำเนินงานของเขตเศรษฐกิจพิเศษ

- สร้างพื้นที่เศรษฐกิจใหม่ บริเวณชายแดน
- การสนับสนุน SMEs ไทยและการลงทุนต่อเนื่องของไทยในประเทศเพื่อนบ้าน
- จัดระเบียบพื้นที่เศรษฐกิจชายแดน แก้ปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายและการลักลอบนำสินค้าเกษตรจาก
ประเทศเพื่อนบ้านเข้าประเทศ

1.5 พื้นที่จัดตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษได้แก่พื้นที่ตั้งอยู่ตามระเบียบเศรษฐกิจอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง โดยกรม.

เห็นชอบเมื่อ 24 กพ. 2558

ระยะที่ 1 มี ตาก มุกดาหาร สระแก้ว ตราด สงขลา

ระยะที่ 2 มี หนองคาย นครราชสีมา เชียงราย นครพนม กาญจนบุรี

โดยในส่วน จ.หนองคายจะมีการพัฒนา ด้านคมนาคม(ทล.212 หนองคาย-โพนพิสัย/สถานีขนส่งสินค้า
ชายแดน/รถไฟรางคู่จากขอนแก่น-หนองคาย) ด้านชายแดน(พัฒนาด่านศุลกากร/ด่านศุลกากรแห่งใหม่/จัดซื้อ
เครื่องมือตรวจพืชและสัตว์) นิคมอุตสาหกรรม(ขยายโครงข่ายประปา/นิคมอุตสาหกรรมโพนสว่าง/อ่างเก็บน้ำ
หืองไฮ

2 การนำSEA มาใช้เพื่อประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมของนโยบายจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษด้าน

สาธารณสุข

ขั้นตอนที่1 กลั่นกรองผลกระทบด้านบวกและลบต่อสิ่งแวดล้อม ด้านสาธารณสุข

1.1 ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษในทุกด้าน

- การละเมิดสิทธิชุมชนและสิทธิมนุษยชน
- ความขัดแย้งในการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เช่นการเพิกถอนพื้นที่ป่าไม้ การกีดกันชุมชนและประชาชนออกจากการเข้าถึงพื้นที่ป่าไม้ ที่ดิน และทรัพยากรน้ำ
- ความเสื่อมโทรมของระบบนิเวศน์และสิ่งแวดล้อม ทั้งป่าไม้ ที่ดินและแม่น้ำ จากปัญหามลพิษขยะมูลฝอย น้ำเสีย และมลภาวะทางอากาศที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินการของเขตเศรษฐกิจพิเศษ
- ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจชุมชนและวิถีของคนท้องถิ่น
- ความไม่เท่าเทียมด้านการกระจายรายได้ และการเข้าถึงส่วนแบ่งทางเศรษฐกิจ
- ปัญหาการจ้างงาน การว่างงาน การเข้าถึงการจ้างงานและการถูกกีดกันออกจากงาน
- การขูดรีดแรงงานต่างด้าว

1.2 ผลกระทบทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

- การเคลื่อนย้ายของประชากร และโรคติดต่อ
- บริการสุขภาพถูกแย่งชิงจากผู้มีฐานะดี และแรงงานข้ามชาติ ทำให้ภาระเพิ่มขึ้น
- ภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้
- ปัญหานามัยสิ่งแวดล้อม มลพิษ จากขยะมูลฝอย ควันทองเสียจากโรงงานอุตสาหกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน
- โรคจากการประกอบอาชีพภาคอุตสาหกรรม
- อุบัติเหตุจราจร
- โรคที่เกิดจากวิถีชีวิตอันเนื่องมาจากความเจริญทางเศรษฐกิจ จ และสังคม

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนเอกสารทุติยภูมิ

2.1 รวบรวมเอกสารเกี่ยวข้อง

2.1.1นโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ กฎหมายและระเบียบ

2.1.2 ข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี รวมทั้งสุขภาพของผู้มีส่วนได้

เสีย

2.1.3 รวบรวมพื้นที่ที่มีศักยภาพจะจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษ

2.1.4 ข้อมูลการดำเนินงานเขตเศรษฐกิจพิเศษที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรค ในการจัดการเขตเศรษฐกิจพิเศษ

เอกสารและข้อมูลที่สำคัญจากข้อ2.1.1- 2.1.4 มีดังนี้

- สถานการณ์ภาพรวมของการพัฒนาพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จากการศึกษาของกนพ.
- การประเมินสิ่งแวดล้อมระดับยุทธศาสตร์ โดยยุทธพงษ์ วสุโสภภาพ ผู้ช่วยเลขา คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- แนวคิดการพัฒนางานสาธารณสุขพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ โดยนพ.จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ ในการประชุม SRRT ประจำปี 2559 ณ รร. Pullman .จ. ขอนแก่น
- การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ(HIA)ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่
- การดำเนินงานเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ : การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายด้านโรคภัยสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหามลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 28-30 ตค. ณ.ร.ร. กรุงศรีวิเวอร์ จ. พระนครศรีอยุธยา

2.1.5 ประมวลผล กลั่นกรองข้อมูลเอกสาร เพื่อดำเนินการขั้นต่อไป

14

15

ขั้นตอนที่3 กำหนดขอบเขตการศึกษา

3.1.1 วิเคราะห์เป็นการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพและสาธารณสุข กำหนดเป็นการศึกษา ดำเนินการแบบ
รายสาขา (ด้านสาธารณสุข)

3.1.2 วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

-มีระบบเครือข่าย ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคภัยสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม การประกอบอาชีพ การ
สร้างเสริมสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

-มีระบบประกันสุขภาพ และการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว ที่เข้ามาทำงานในเขตเศรษฐกิจพิเศษ

-พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ทั้งกำลังคนสุขภาพ กฎหมาย ข้อมูลการเงิน การคลัง และการวิจัย

-พัฒนาระบบสุขภาพและด้านสาธารณสุข ด้านโครงสร้างพื้นฐานศักยภาพ/ความพร้อม รองรับการจัดการ
ปัญหาสุขภาพในเขตเศรษฐกิจพิเศษ

3.1.3 จำแนกกลุ่มได้/เสีย และนำข้อมูล ผลกระทบ ไปนำเสนอผู้มีส่วนได้เสีย โดยจัดสัมมนาในพื้นที่ที่ตั้ง
เขตเศรษฐกิจพิเศษ โดยมีจำนวนตั้งแต่100 คนขึ้นไป เพื่อนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไขขอบเขต
การศึกษาและแผนการศึกษา

3.1.4 จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินการกลั่นกรองเอกสาร การทบทวนเอกสารทุติยภูมิ และข้อมูลจาก
แหล่งต่างๆ ผลสรุปจากการสัมมนา

ขั้นตอนที่4 การเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม ในกรณีที่ข้อมูลทุติยภูมิเอกสารที่มีการศึกษาไว้แล้วไม่เพียงพอต่อ
การตัดสินใจ

ขั้นตอนที่5 การวิเคราะห์และประเมินผลดำเนินการโดย

5.1. วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และแนวโน้มของปัญหาด้านสาธารณสุข สุขภาพของผู้มีส่วนได้เสีย

5.2 วิเคราะห์ผลกระทบทางตรงและทางอ้อม และผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหา

5.3 วิเคราะห์ผลกระทบต่อการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และการพัฒนาต่อเนื่องใน
อนาคต

5.4 วิเคราะห์โอกาสและข้อจำกัดในการลด ป้องกันและแก้ไขปัญหา

5.5 วิเคราะห์ศักยภาพและข้อจำกัดความเสี่ยงของผู้มีส่วนได้เสีย กฎระเบียบต่างๆทั้งในและต่างประเทศ

5.6 ประมวลผลจากข้อ 5.1 – 5.5 และกำหนดทางเลือกเชิงยุทธศาสตร์ต่างๆอย่างน้อย 3 แนวทาง โดย
คำนึงถึงวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขในการบริหารจัดการเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษโดย
กำหนดยุทธศาสตร์ไว้4 ข้อคือ

- 1) การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน
- 2) การเข้าถึงระบบสุขภาพขั้นพื้นฐาน
- 3) ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
- 4) การบริหารจัดการ

ขั้นตอนที่6 การนำเสนอทางเลือก เป็นการนำเสนอทางเลือกที่ได้จากข้อ5.6 พร้อมระบุเหตุผล ข้อเด่น และ
ข้อด้อย ในประเด็นยุทธศาสตร์ และรับฟังความเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย ในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ จำนวนไม่น้อยกว่า
100 คน เพื่อนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงประเด็นยุทธศาสตร์ และจัดทำรายงานสรุปผล การเก็บรวบรวม ข้อมูลเพิ่มเติม
การวิเคราะห์และประเมินผล การนำเสนอทางเลือก และการรายงานผลการจัดสัมมนา

ขั้นตอนที่7 การนำเสนอหลักการป้องกันไว้ล่วงหน้า

นำทางเลือกในข้อ6 มาจัดทำมาตรการป้องกัน และเฝ้าระวังผลกระทบในภาพรวม และมาตรการจัดการผู้มีส่วนได้เสีย จากผลกระทบ โดยจัดสัมมนาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จำนวนไม่น้อยกว่า100คน เพื่อนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุง แก้ไขมาตรการป้องกัน เฝ้าระวัง ผลกระทบในภาพรวม และมาตรการในการป้องกันผลกระทบ เสร็จแล้วจัดทำรายงาน สรุปผลการนำเสนอหลักการป้องกันไว้ล่วงหน้า รายงานผลการจัดประชุมสัมมนา และร่างรายงานการประเมินผลกระทบด้านสาธารณสุขจากนโยบายเขตเศรษฐกิจพิเศษ เพื่อบริหารจัดการด้านสาธารณสุขให้มีผลกระทบทางลบน้อย ที่สุดจนไม่มีนัยสำคัญ

ขั้นตอนที่8 นำเสนอผลการศึกษา โดยสรุปผลการประเมินผลกระทบด้านสาธารณสุขระดับยุทธศาสตร์เพื่อการ บริหารจัดการเขตเศรษฐกิจพิเศษ ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยจัดสัมมนาในกทม. จำนวนไม่น้อยกว่า100คน และ จัดทำรายงานผลการดำเนินงานฉบับสมบูรณ์ โดยครอบคลุมภารกิจข้อ1 – 8 พร้อมรายงานผลการจัดประชุมสัมมนา ต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจ

ขั้นตอนที่9/10 เป็นการติดตาม ประเมินผล และแก้ไข หรือเป็นกระบวนการพัฒนาต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. นพ.จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์. แนวคิดการพัฒนาสาธารณสุขพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ. ประชุม SRRT ประจำปี 2559 ณ.โรงแรม Pullman จ.ขอนแก่น
2. สัญชัย สุตินันท์วิหาร. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment; HIA) ภายใต้ รัฐธรรมนูญฉบับใหม่.26 มกราคม 2558
3. นายสุทธิพงษ์ วสุโสภณ.ผู้ช่วยเลขาธิการ คสช. การประเมินสิ่งแวดล้อมระดับยุทธศาสตร์. สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) 2 ตุลาคม 2558
4. การดำเนินงานเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ.การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายด้านโรคและภัยสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหามลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 28-30 ตุลาคม โรงแรมกรุงศรีวิเวอร์ จ. พระนครศรีอยุธยา
5. การศึกษาประเมินสิ่งแวดล้อมระดับยุทธศาสตร์เบื้องต้นเพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรธรณี (แร่ตะกั่ว สังกะสี) บริเวณอำเภอ ทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี
6. ผศ.ดร.เรวดี โรจนกานนท์.การประเมินสิ่งแวดล้อมระดับยุทธศาสตร์ (Strategic Environmental Assessment).คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. กองบรรณาธิการไทยโพสต์. จาก EIA สู่ SEA เครื่องมือใหม่คุ้มครองนโยบายสิ่งแวดล้อม.ไทยโพสต์ 31ธันวาคม 2549

บริหารทรัพยากรบุคคลกับงานสาธารณสุขโดยใช้สมรรถนะเป็นพื้นฐาน (Competency-based Human Resource Management)

นพ.สุภาพ สำราญวงศ์

โรงพยาบาลภูเขียว กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การพัฒนาทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะทรัพยากรบุคคลเปรียบเสมือนสินทรัพย์ที่ทรงคุณค่ามากที่สุดขององค์กร เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สามารถสร้างความได้เปรียบเชิงการแข่งขันขององค์กร ด้วยเหตุผลดังกล่าว องค์กรต่างๆจึงพยายามแสวงหากลยุทธ์ต่างๆ มาใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคล เช่น การบริหารจัดการผู้มีความสามารถสูง(Talent Management) การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลโดยใช้ทักษะเป็นพื้นฐาน(Skill based Human Resource Management) การบริหารผลการปฏิบัติงาน(Performance Management) และการบริหารทรัพยากรบุคคลโดยใช้สมรรถนะเป็นพื้นฐาน (Competency-based Human Resource Management) เป็นต้น จากเครื่องมือในการบริหารทรัพยากรบุคคลที่กล่าวมาแล้ว การบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้สมรรถนะเป็นพื้นฐาน(Competency-based Human Resource Management) นับว่าเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารกำลังให้ความสนใจและนิยมมากที่สุดทั้งนี้เนื่องจากสมรรถนะ(Competency)เป็นเครื่องมือพื้นฐานในการบริหารทรัพยากรบุคคล ด้านอื่นๆทั้งการบริหารจัดการผู้มีความสามารถสูง การบริหารผลการปฏิบัติงานการพัฒนา ความก้าวหน้าตามสายวิชาชีพ เป็นต้น การนำสมรรถนะมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคลนั้นจะช่วยให้องค์กรได้บุคลากรที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้ผลการปฏิบัติงานตรงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลกดังกล่าว ทำให้องค์กรต่างๆต้องหันมาทบทวนพิจารณาสมรรถนะขององค์กร เพื่อให้้องค์กรสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงจากภายนอกได้ หากองค์กรต้องการที่จะสร้างความได้เปรียบในเชิงการแข่งขัน (Competitive Advantage) และสร้างขีดความสามารถที่จะต้านทานต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ จำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในองค์กรเสียก่อน ซึ่งบุคลากรในองค์กรถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะช่วยส่งเสริมผลักดันให้สมรรถนะขององค์กร เป็นสมรรถนะที่แท้จริงและสามารถแข่งขันกับองค์กรอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยให้ องค์กรมีความแข็งแกร่ง และสามารถยืนหยัดท่ามกลางกระแสความเปลี่ยนแปลงได้ ในปัจจุบันบริษัทเอกชน รัฐวิสาหกิจ ต่างๆ กำลังให้ความสนใจหรืออยู่ในช่วงสร้างและพัฒนาระบบสมรรถนะของตนเอง สำหรับภาคราชการได้เห็นความสำคัญ และให้ความสนใจในการนำระบบสมรรถนะมาใช้ในการ บริหารทรัพยากรบุคคลเช่นเดียวกัน เช่น สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้จ้าง บริษัท HAY Group มาเป็นที่ปรึกษาในการสร้างและพัฒนาระบบสมรรถนะให้ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนให้ข้าราชการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับหน้าที่และส่งเสริมให้ปฏิบัติภารกิจใน หน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น จะกำหนดให้ข้าราชการทุกคนต้องมี

สมรรถนะหลักร่วมกัน 5 สมรรถนะ ซึ่งเป็น คุณลักษณะร่วมกันของข้าราชการพลเรือน โดยมี จุดมุ่งหมายเพื่อหล่อหลอมค่านิยมและพฤติกรรม ที่พึงประสงค์ร่วมกัน และได้เริ่มทดลองใช้กับ ข้าราชการตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา

บทนำ

1. หลักการ แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับ Competency Based Management

จุดกำเนิดของ Competency เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1970 เมื่อบริษัท McBer ได้รับการติดต่อ จาก The US State Department ให้ช่วยเหลือเกี่ยวกับการคัดเลือก Foreign Service Information Officer (FSIOs) หรือ เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เป็น ตัวแทนของประเทศ สหรัฐอเมริกาในประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีหน้าที่เผยแพร่วัฒนธรรมและเรื่องราวของประเทศสหรัฐอเมริกาให้กับคนในประเทศเหล่านั้น ซึ่งในขณะนั้นแทบทั้งหมดของเจ้าหน้าที่เหล่านี้ “เป็นคนผิวขาว” ก่อนหน้านั้น The US State Department คัดเลือกเจ้าหน้าที่ FSIOs ด้วยการใช้แบบทดสอบที่เรียกว่า Foreign Service Officer Exam ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่มุ่งทดสอบด้านทักษะ (Skill) ที่เจ้าหน้าที่ระดับสูง (Senior Office) ของ หน่วยงานนี้คิดว่าจำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่งนี้แต่แบบทดสอบดังกล่าวนี้มีจุดอ่อนคือ

1. เป็นการวัดผลเรื่องวัฒนธรรมของชนชั้นกลางและสูง และยังใช้เกณฑ์ที่สูงมากในการวัดผล ทำให้ชนกลุ่มน้อยในประเทศ (Minority) หรือคนผิวดำ ไม่มีโอกาสที่จะสอบผ่าน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การคัดเลือกพนักงาน ของหน่วยงานนี้มีลักษณะของ “การเลือกปฏิบัติ”

2. มีการค้นพบภายหลังว่า คะแนนสอบไม่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน กล่าวคือ ผู้ที่ทำ คะแนนสอบได้ดีกลับไม่ได้มีผลการปฏิบัติงาน ที่ดีตามที่องค์กรคาดหวังเสมอไป The US State Department จึงได้ว่าจ้าง บริษัท McBer ภายใต้การนำของ David C. McClelland ให้เข้ามาช่วย แก้ไขปัญหา ดังกล่าวข้างต้น สิ่งที่ David C. McClelland ได้รับมอบหมายให้ทำคือ การหาเครื่องมือ ชนิดใหม่ที่ดีกว่า และสามารถทำนายผลการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่ FSIOs ได้อย่างแม่นยำแทน แบบทดสอบเก่า ดังนั้น David C. McClelland จึงเริ่มต้นด้วยกระบวนการดังต่อไปนี้

- 1) ทำการเปรียบเทียบเจ้าหน้าที่ FSIOs ที่มีผลการปฏิบัติงานดี (Superior Performer) กับ เจ้าหน้าที่ที่มีผลการปฏิบัติงานตามเกณฑ์เฉลี่ย (Average Performer)

- 2) สร้างเทคนิคการประเมินแบบใหม่ที่เรียกว่า Behavioral Event Interview (BEI) ซึ่งเป็น เทคนิคที่ให้ผู้ทำแบบทดสอบตอบคำถามเกี่ยวกับความสำเร็จสูงสุด 3 เรื่อง และความล้มเหลวสูงสุด 3 เรื่องเพื่อนำไปสู่สิ่งที่ David C. McClelland ต้องการค้นหาคือผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานดี (Superior Performer) มีลักษณะพฤติกรรมอย่างไร

- 3) วิเคราะห์คะแนนสอบที่ได้จากการทำแบบทดสอบ BEI ของเจ้าหน้าที่ที่มีผลการปฏิบัติงาน ดี (Superior Performer) และผู้ที่มีผล การปฏิบัติงาน ตามเกณฑ์เฉลี่ย (Average Performer) เพื่อ

ค้นหาลักษณะของพฤติกรรมที่แตกต่างกันของคน 2 กลุ่มนี้ ซึ่งลักษณะของพฤติกรรม ที่ก่อให้เกิดผล การปฏิบัติงานที่ดีหรือ Superior Performance นี้ David C. McClelland เรียกว่า Competency

David C. McClelland ได้แสดงแนวคิดของเขาในเรื่อง Competency ไว้ในบทความชื่อ Testing for Competence Rather Than Intelligence ว่า “IQ (ประกอบด้วยความถนัด หรือ ความเชี่ยวชาญทางวิชาการความรู้ และความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ) ไม่ใช่ตัวชี้วัด ที่ดีของผลงาน และ ความสำเร็จโดยรวมแต่ Competency กลับเป็นสิ่งที่สามารถคาดหมาย ความสำเร็จ ในงานได้ดีกว่า” ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า “ผู้ที่ทำงานเก่ง” มิได้หมายถึง “ผู้ที่เรียนเก่ง” แต่ผู้ที่ประสบ ผลสำเร็จใน การทำงาน ต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถ ในการประยุกต์ใช้หลักการ หรือวิชาการที่มีอยู่ใน ตัวเองนั้น ก่อให้เกิดประโยชน์ในงานที่ตนทำ จึงจะกล่าวได้ว่าบุคคลผู้นั้นมี Competency จากจุดกำเนิด Competency ดังกล่าวข้างต้นนี้ ทำให้นักการศึกษาและนักวิชาการหลายสำนัก ได้นำ วิธีการของ McClelland มาเป็นแนวทางในการศึกษาเรื่อง Competency ในเวลาต่อมา

แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ

นักวิชาการที่ศึกษาเรื่อง Competency มักให้คำ จำ กัดความที่แตกต่างกัน เช่น บางท่าน แปลว่า “ขีดความสามารถ” บางท่านแปลว่า “สมรรถนะ” หรือบางท่านแปลว่า “ศักยภาพ” เป็นต้น อย่างไรก็ตาม นักวิชาการที่ศึกษา เกี่ยวกับเรื่องนี้ มักจะอ้างอิงถึงความหมายหรือคำ นิยามของ David C. McClelland ที่กล่าวว่า Competency คือ บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายใต้ ปัจเจกบุคคล ซึ่ง สามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้น สร้างผลการปฏิบัติงาน ที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตน รับผิดชอบ ความสามารถตามกรอบ แนวคิดเรื่องขีดความสามารถ อีกทั้งยังได้นิยามว่าสมรรถนะ (Competency) หมายถึง ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skills) และความสามารถ (Abilities) ของ มนุษย์ที่ แสดงผ่านพฤติกรรม (Attributes) ในความเป็นจริงแล้ว ความสามารถของ มนุษย์โดยเฉพาะ ความสามารถซ่อนเร้น (Talent) มีอยู่อย่างมหาศาล เพียง แต่ว่ายังไม่ได้ถูกนำ มาใช้อย่างจริงจัง ซึ่ง อาจเกิดจากหลายปัจจัย อาทิ ทศนคติและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวสอดคล้องกับทฤษฎีภูเขาน้ำ แข็ง(Iceberg) (ดูภาพที่ 3) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนเหนือผิวน้ำ จะเป็นส่วนที่ง่าย ต่อการ บริหาร และจัดการ เช่น ทักษะ และความรู้ส่วนที่อยู่ใต้น้ำ เป็นส่วนที่ ซ่อนเร้นยากต่อการบริหาร



และจัดการ เช่น ลักษณะนิสัย และทัศนคติ/ แรงจูงใจ เป็นต้น

ดังนั้น การบริหารสมรรถนะ (Competency – Based Approach) ก็คือ กระบวนการที่จะดึงขีดความสามารถที่ซ่อนเร้นของทรัพยากรมนุษย์ (Human Talent) ออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการปฏิบัติงาน

David C. McClelland ได้แบ่งองค์ประกอบสำคัญของ Competency 5 ประการ ตามความยาก-ง่ายของการพัฒนา กล่าวคือ ส่วนที่เป็น Knowledge (ความรู้) และ Skills (ทักษะ) นั้น ถือว่าเป็นส่วนที่คนแต่ละคนสามารถพัฒนาให้มากขึ้นได้ไม่ยากนัก ด้วยการศึกษาค้นคว้า (ทำให้เกิดความรู้ – Knowledge) และ ฝึกฝนปฏิบัติ (ทำให้เกิดทักษะ – Skills) ซึ่งในส่วนนี้นักวิชาการบางท่านเรียกว่า “Hard Skills” ในขณะที่องค์ประกอบส่วนที่เหลือคือ Self-Concepts (ทัศนคติ ค่านิยม และความเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง) รวมทั้ง Trait (บุคลิกลักษณะประจำของแต่ละบุคคล) และ Motive (แรงจูงใจหรือแรงขับภายในแต่ละบุคคล) เป็นสิ่งที่พัฒนาได้ยากเพราะเป็นสิ่งที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล และในส่วนนี้ นักวิชาการบางท่านเรียกว่า “Soft Skills” เช่น ภาวะผู้นำ (Leadership) ความอดทนต่อ ความกดดัน (Stress Tolerance) เป็นต้น

David C. McClelland ได้อธิบายความหมายขององค์ประกอบทั้ง 5 ส่วนไว้ดังนี้

1. Skill : สิ่งที่คุณคนกระทำได้ดี และฝึกปฏิบัติเป็นประจำจนเกิดความชำนาญ เช่น ทักษะของหมอฟัน ในการอุดฟัน โดยไม่ทำให้คนไข้รู้สึกเสียวเส้นประสาทหรือเจ็บ
2. Knowledge : ความรู้เฉพาะด้านของคุณคน เช่น ความรู้ภาษาอังกฤษ ความรู้ด้านการบริหารต้นทุน เป็นต้น
3. Self-Concept : ทัศนคติ ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตน หรือ สิ่งที่คุณคนเชื่อว่าตนเองเป็น เช่น Self-Confidence คนที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง จะเชื่อว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ เป็นต้น
4. Traits : บุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคล หมายถึง ลักษณะนิสัยใจคอของคุณคนที่เป็นพฤติกรรมถาวร เช่น เป็นนักกีฬาที่ดี เป็นคนใจเย็น เป็นคนอ่อนน้อมถ่อมตน เป็นต้น เช่น เขาเป็นคนที่น่าเชื่อถือและ ไว้วางใจได้ หรือเขามีลักษณะเป็นผู้นำ เป็นต้น
5. Motives : แรงจูงใจ หรือ แรงขับภายใน หมายถึง พลังขับเคลื่อนที่เกิดจากภายในจิตใจของคุณคน ที่จะส่งผลกระทบต่อกรกระทำ เช่น เป็นคนที่มีความต้องการผลสำเร็จ การกระทำสิ่งต่าง ๆ จึงออกมาในลักษณะของการมุ่งไปสู่ความสำเร็จตลอดเวลา เช่น บุคคลที่มุ่งผลสำเร็จ (Achievement Orientation) มักชอบตั้งเป้าหมายที่ท้าทาย และพยายามทำงานสำเร็จตามเป้าที่ตั้งไว้ ตลอดจนพยายามปรับปรุงวิธีการทำงานของตนเองตลอดเวลา

องค์ประกอบทั้ง 5 ส่วนข้างต้นนี้ ได้กลายมาเป็นแนวทางในการกำหนด “นิยาม” หรือ “ความหมายของตำรา Competency มากมาย ตัวอย่างเช่น Scott B. Parry นักวิชาการชื่อดังท่านหนึ่ง ที่หนังสือ Competency หลายเล่ม มักจะนำงานเขียนของท่านมาอ้างอิงถึง ก็ใช้องค์ประกอบ 5

ส่วนของ McClelland มาเป็นแนวทางในการ กำหนด “นิยาม” ของ Competency เช่นกัน แต่เขา ได้รวมส่วนที่เป็น Self-Concept และ Trait, Motive ไว้ด้วยกัน และเรียกทั้งหมดนี้ว่า

“คุณลักษณะ” หรือ Attributes Scott B. Parry นิยาม Competency ว่า คือกลุ่มของความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skills) และ คุณลักษณะ (Attributes) ที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งมีผลกระทบต่องาน หลักของตำแหน่งงานหนึ่งๆ ซึ่งกลุ่มความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะดังกล่าวสัมพันธ์กับผลงานของ ตำแหน่งงานนั้นๆ และสามารถวัดผลเทียบกับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ และเป็นสิ่งที่สามารถ เสริมสร้างขึ้นได้ โดยผ่านการฝึกอบรม และการพัฒนา” จากที่นำเสนอมาข้างต้น ทำให้สามารถ สรุปได้ว่าสมรรถนะหรือขีดความสามารถ (Competency) หมายถึง ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะของบุคคล (Attributes) ซึ่งบุคคลนั้นจะแสดงออกเป็นวิธีคิดและพฤติกรรมใน การทำงานที่จะส่งผลต่อการ ปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง อันจะ ส่งผลให้เกิดความสำเร็จตามมาตรฐานหรือสูงกว่ามาตรฐานที่องค์กรได้ กำหนดเอาไว้

สมรรถนะ(Competency) คือ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่จำเป็นต่อ การทำงานของ บุคคล ให้ประสบผลสำเร็จสูงกว่ามาตรฐานทั่วไป ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ประการดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) คือสิ่งที่องค์กรต้องการให้ “รู้” เช่นความรู้ความเข้าใจในกฎหมาย ปกครอง
2. ทักษะ (Skill) คือสิ่งที่องค์กรต้องการให้ “ทำ” เช่นทักษะด้าน ICT ทักษะด้านเทคโนโลยีการ บริหารสมัยใหม่ เป็นสิ่งที่ต้องผ่าน การเรียนรู้ และฝึกฝนเป็นประจำจนเกิดเป็นความชำนาญ ในการใช้งาน
3. พฤตินิสัยที่พึงปรารถนา (Attiributes) คือสิ่งที่องค์กรต้องการให้ “เป็น” เช่น ความใฝ่รู้ ความซื่อสัตย์ ความรักในองค์กร และความมุ่งมั่นในความสำเร็จ สิ่งเหล่านี้จะอยู่ลึกลงไป ในจิตใจ ต้องปลูกฝังสร้างยากกว่าความรู้และทักษะ แต่ถ้าหากมีอยู่แล้ว จะเป็นพลังผลักดันให้ คนมีพฤติกรรมที่องค์กรต้องการ

ความหมายสมรรถนะ (Competency)

David Mc Clelland (1993 อ้างใน สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ) สมรรถนะCompetency คือ บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายใน ปัจเจกบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการ ปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ

Scott Parry (1998 อ้างใน สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ) สมรรถนะ คือองค์ประกอบ (Cluster) ของ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และทัศนคติ (Attitudes) ของปัจเจกบุคคล ที่มีอิทธิพลอย่าง มาก ต่อผลสัมฤทธิ์ของการทำงานของบุคคลนั้นๆ เป็นบทบาทหรือ ความรับผิดชอบซึ่งสัมพันธ์กับ ผลงานและสามารถวัดค่าเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน และสามารถพัฒนาได้โดยการฝึกอบรม สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สมรรถนะ คือ กลุ่มของความรู้ความสามารถทักษะ ตลอดจนทัศนคติที่จำเป็น ในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล คุณลักษณะของ

บุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและผลของการปฏิบัติงาน ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ ส่วนหนึ่งประกอบขึ้นจาก ทักษะความรู้ ความสามารถ ทักษะ บุคลิกภาพ ค่านิยมของบุคคล หรือพฤติกรรม ของผู้ที่มีผลการ ปฏิบัติงานยอดเยี่ยมในงานหนึ่ง ๆ

Hay Group. สมรรถนะ คือ ชุดของแบบแผนพฤติกรรมความสามารถ (และคุณลักษณะ) ที่ ผู้ปฏิบัติงานควรมีใน การปฏิบัติหน้าที่ ให้ประสบผลสำเร็จ สำหรับนำมาใช้ในการบริหารทรัพยากร บุคคล การบริหารงานและการพัฒนาองค์กร เพื่อให้สมาชิกขององค์กร ได้พัฒนาตนเอง เพื่อให้ ปฏิบัติงานในปัจจุบัน และอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพตามที่องค์กรต้องการ

Spencer and Spencer (1993) กล่าวว่า “สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะพื้นฐาน (Underlying Characteristic) ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคลได้แก่ แรงจูงใจ(Motive) อุปนิสัย(Trait) อัตตมโนทัศน์(Self-Concept) ความรู้(Knowledge) และทักษะ(Skill) ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ จะเป็นตัวผลักดันหรือมี ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal Relationship) ให้บุคคลสามารถ ปฏิบัติงานตามหน้าที่ความ รับผิดชอบ หรือสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและ/หรือ สูงกว่าเกณฑ์อ้างอิง(Criterion – Reference) หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้

Arnauld de Nadaillac (2003) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่าสมรรถนะนั้นเป็นสิ่งที่ต้องลงมือปฏิบัติ และทำให้เกิดขึ้น กล่าวคือความสามารถที่ใช้เพื่อให้เกิดการบรรลุผลและวัตถุประสงค์ ต่างๆ ซึ่งเป็นตัว ขับเคลื่อนที่ทำให้เกิดความรู้ (Knowledge) การเรียนรู้ทักษะ(Know-how) และเจตคติ/ลักษณะนิสัย หรือบุคลิกภาพต่างๆ (Attitude) ที่ช่วยให้สามารถเผชิญและแก้ไข สถานการณ์หรือปัญหาต่างๆ ที่ เกิดขึ้นได้จริง

David D. Dubois, William J. Rothwell (2004) กล่าวว่าสมรรถนะหมายถึง “คุณลักษณะที่ทุก คนมีและใช้ได้อย่างเหมาะสม เพื่อผลักดันให้ผลการปฏิบัติงานบรรลุตาม เป้าหมาย ซึ่งคุณลักษณะ เหล่านี้ได้แก่ ความรู้ ทักษะ บุคลิกภาพ แรงจูงใจทางสังคมลักษณะ นิสัยส่วนบุคคล ตลอดจนรูปแบบ ความคิดและวิธีการคิด ความรู้สึกและการกระทำ”

เดชา เดชะวัฒนไพศาล (2543) กล่าวว่า “สมรรถนะ หมายถึง ทักษะ ความรู้และ ความสามารถ หรือพฤติกรรมของบุคลากร ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานใดงานหนึ่ง กล่าวคือ ใน การทำงานหนึ่งๆ เรา ต้องรู้อะไร เมื่อมีความรู้หรือข้อมูลแล้วเราต้องรู้ว่าทำงานนั้นๆ อย่างไร และเราควรมีพฤติกรรม หรือคุณลักษณะเฉพาะอย่างไรจึงจะทำงานได้อย่างประสบความสำเร็จ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้องค์กร ทราบว่าคุณสมบัติหรือคุณลักษณะที่ดีในการทำงานของบุคลากร ในองค์กร (Superior Performer) นั้นเป็นอย่างไร

อุกฤษณ์ กาญจนเกตุ (2543) กล่าวว่า “สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถความ ชำนาญด้านต่างๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถกระทำการหรือตวัณการ กระทำในกิจการใดๆ ให้ ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ซึ่งความสามารถเหล่านี้ได้มาจากการ เรียนรู้ ประสบการณ์ การ ฝึกฝน และการปฏิบัติจนเป็นนิสัย

Dale และ Hes (1995 : 80) กล่าวถึงสมรรถนะว่าเป็นการค้นหาสิ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Excellence) หรือการปฏิบัติงานที่เหนือกว่า (Superior performance) นอกจากนี้ยังได้ให้ความหมายของสมรรถนะในด้านอาชีพ (Occupational competency) ว่าหมายถึงความสามารถ (Ability) ในการทำกิจกรรมต่างๆ ในสายอาชีพเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานที่ถูกคาดหวังไว้ คำว่ามาตรฐานในที่นี้หมายถึงองค์ประกอบของความสามารถรวมกับเกณฑ์การปฏิบัติงานและคำอธิบายขอบเขตงาน

วัฒนา พัฒนพงศ์ (2547 : 33) กล่าวว่า สมรรถนะ (Competency) หมายถึง ระดับของความสามารถในการปรับและใช้กระบวนทัศน์ (Paradigm) ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม ความรู้ และทักษะ เพื่อการปฏิบัติงานให้เกิดคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุดในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรในองค์กร บุคลากรทุกคนควรมีความสามารถพื้นฐานในหน้าที่ที่เหมือนกันครบถ้วนและเท่าเทียมกัน และควรพัฒนาตนเองให้มีความสามารถพิเศษที่แตกต่างกันออกไปนอกเหนือจากความสามารถของงานในหน้าที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพ ระดับความสามารถทางอารมณ์ (Emotional quotient : EQ) และความสามารถทางสติปัญญา (Intelligence quotient: IQ)

ณรงค์วิทย์ แสงทอง (2546 : 27) สมรรถนะ คือความสามารถหรือสมรรถนะของผู้ดำรงตำแหน่งงานที่งาน นั้นๆต้องการ คำว่า Competency นี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะ พฤติกรรมแต่ละมองลึกไปถึงความเชื่อทัศนคติ อุปนิสัยส่วนลึกของตนด้วย

ขจรศักดิ์ หาญณรงค์ (2544 อ้างในพงษ์ศักดิ์ พรณัฐวุฒิกุล : 23) สมรรถนะ คือ สิ่งซึ่งแสดงคุณลักษณะ และคุณสมบัติของบุคคล รวมถึงความรู้ทักษะ และพฤติกรรม ที่แสดงออกมา ซึ่งทำให้บรรลุผลสำเร็จ ในการปฏิบัติงาน ที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพสูง กว่ามาตรฐานทั่วไป บริษัทปูนซีเมนต์ไทย ให้ความหมายของสมรรถนะ คือ คุณลักษณะความสามารถที่องค์กรต้องการ ให้พนักงานมีซึ่งความสามารถ ดังกล่าว ทำให้พนักงานสามารถปฏิบัติงาน ในความรับผิดชอบได้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี ทั้งเป็นการสนับสนุนเป้าหมายโดยรวมของ องค์กรอีกด้วย

ประเภทของCompetency

สำหรับการจัดแบ่งประเภทของสมรรถนะนั้น มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ทรรศนะที่แตกต่างกันออกไป โดย ณรงค์วิทย์ แสงทอง (2547 : 10-11) ได้ทำการจำแนกสมรรถนะออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. สมรรถนะหลัก (Core competency) หมายถึง บุคลิกลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ทักษะ ทัศนคติ ความเชื่อ และอุปนิสัยของคนในองค์กรโดยรวมที่จะช่วยสนับสนุนให้องค์กรบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ได้

2. สมรรถนะตามสายงาน (Job competency) หมายถึง บุคลิกลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทัศนคติ ความเชื่อ และอุปนิสัยที่จะช่วยส่งเสริมให้คนนั้นๆ สามารถสร้างผลงานในการปฏิบัติงานตำแหน่งนั้นๆได้สูงกว่ามาตรฐาน

3. สมรรถนะส่วนบุคคล (Personal competency) หมายถึง บุคลิกลักษณะของคนที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ และอุปนิสัยที่ทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้โดดเด่นกว่าคนทั่วไป เช่น สามารถอาศัยอยู่กับแมงป่องหรือสorpionได้ เป็นต้น ซึ่งเรามักจะเรียกสมรรถนะส่วนบุคคลว่าความสามารถพิเศษส่วนบุคคล

จิระประภา อัครบวร (2549 : 68) กล่าวว่า สมรรถนะในตำแหน่งหนึ่งๆ จะประกอบไปด้วย 3 ประเภท ได้แก่

1) สมรรถนะหลัก (Core competency) คือ พฤติกรรมที่ดีที่ทุกคนในองค์กรต้องมี เพื่อแสดงถึงวัฒนธรรมและหลักนิยมขององค์กร

2) สมรรถนะบริหาร (Professional competency) คือ คุณสมบัติความสามารถด้านการบริหารที่บุคลากรในองค์กรทุกคนจำเป็นต้องมีในการทำงาน เพื่อให้งานสำเร็จ และสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์วิสัยทัศน์ขององค์กร

3) สมรรถนะเชิงเทคนิค (Technical competency) คือ ทักษะด้านวิชาชีพที่จำเป็นในการนำไปปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จ โดยจะแตกต่างกันตามลักษณะงาน โดยสามารถจำแนกได้ 2 ส่วนย่อย ได้แก่ สมรรถนะเชิงเทคนิคหลัก (Core technical competency) และสมรรถนะเชิงเทคนิคเฉพาะ (Specific technical competency)

จึงอาจสรุปได้ว่า สมรรถนะสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก คือ สมรรถนะหลัก (Core competency) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พนักงานทุกคนในองค์กรจำเป็นต้องมี ทั้งนี้เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้บรรลุเป้าหมายขององค์กร อาทิ ความรอบรู้เกี่ยวกับองค์กร ความซื่อสัตย์ ความใฝ่รู้ และความรับผิดชอบ เป็นต้น อีกประเภทหนึ่งคือสมรรถนะตามสายงาน (Functional competency) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พนักงานที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งต่างๆ ควรมีเพื่อให้งานสำเร็จและได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

Competency แตกต่างจากทักษะ ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ อย่างไร

David C. McClelland ได้อธิบายไว้ว่า Competency เป็นสิ่งที่ประกอบขึ้นมาจากความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และ ทักษะ/แรงจูงใจ (Attitude/Motive) แต่สิ่งที่จะทำให้คนทั่วไปสับสน คือ Competency แตกต่างจากความรู้ ทักษะ และทักษะ/แรงจูงใจอย่างไร และความรู้หรือทักษะที่บุคคลมีอยู่นั้นถือเป็น Competency หรือไม่

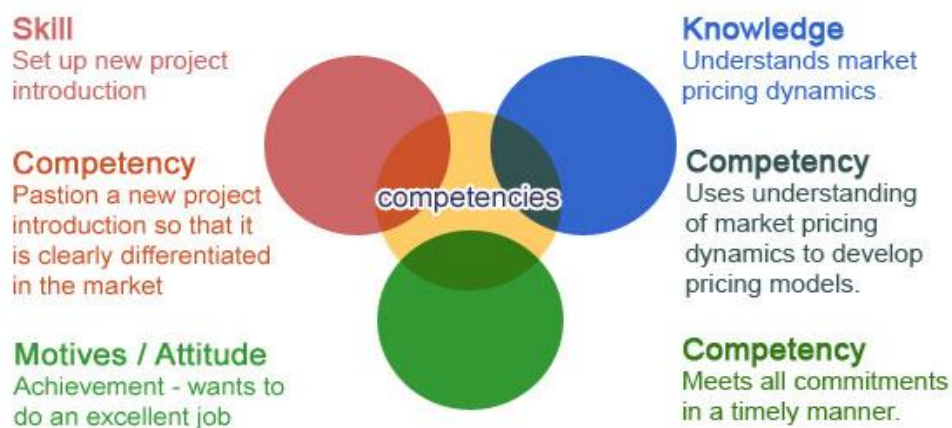
จากการศึกษาของ David C. McClelland เขาพบว่า Competency สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. Competency ขั้นพื้นฐาน (Threshold Competencies) ซึ่งหมายถึง ความรู้ หรือ ทักษะขั้นพื้นฐานที่บุคคล จำเป็นต้องมีในการทำงาน เช่น ความสามารถในการอ่าน หรือ ความรู้ในสินค้าที่ตนขายอยู่ประจำ เป็นต้น ซึ่ง Competency ขั้นพื้นฐานเหล่านี้ ไม่ทำให้บุคคลมีผลงานที่แตกต่างจากผู้อื่น หรือไม่สามารถทำให้บุคคลมีผลงาน ที่ดีกว่าผู้อื่นได้ ดังนั้น Competency ในกลุ่มนี้จึงไม่ได้รับ

ความสนใจจากนักวิชาการมากนัก จนถึงขั้นมีกลุ่มนักวิชาการบางส่วน ลงความเห็น ว่า ความรู้และทักษะพื้นฐานเหล่านี้ ไม่ถือว่าเป็น Competency

2. Competency ที่ทำให้บุคคลแตกต่างจากผู้อื่น (Differentiating Competencies)

หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้ บุคคลมีผลการทำงานสูงกว่ามาตรฐาน หรือดีกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่ง Competency ในกลุ่มนี้จะมุ่งเน้นที่การใช้ ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะอื่นๆ (รวมถึง ค่านิยม แรงจูงใจ และทัศนคติ) เพื่อช่วยให้เกิดผลสำเร็จที่ดีที่สุด ในงาน อีกทั้งยังเป็น Competency ที่ นักวิชาการจำนวนมากให้ความสำคัญในการพัฒนาให้เพิ่มขึ้นในบุคคล มากกว่า Competency กลุ่มแรก ตัวอย่างเช่น การศึกษาของสถาบันชื่อดังในด้าน Competency ชื่อ Schoonover Associates ก็มุ่งศึกษาและให้ความสำคัญเฉพาะ Differentiating Competency โดยสถาบัน แห่งนี้ได้อธิบายถึงความ



แตกต่างของความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ/ทัศนคติ กับ Competency ในเชิงเปรียบเทียบดังนี้

Competency VS. Knowledge: Competency จะหมายถึงเฉพาะพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลงานที่ดีที่สุด (Excellent Performance) เท่านั้น ดังนั้น ตัวความรู้ (Knowledge) โดดๆ จึงไม่ถือว่าเป็น Competency เว้นแต่ความรู้ในเรื่องนั้นๆ จะสามารถนำมาประยุกต์หรือนำมาใช้กับพฤติกรรมซึ่งทำให้เกิดความสำเร็จในงาน จึงถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของ Competency ตัวอย่างเช่น ความรู้และความเข้าใจในความไม่แน่นอนของ “ราคา” ในตลาด ถือว่าเป็นความรู้ (Knowledge) แต่ความสามารถในการนำความรู้และความเข้าใจในความไม่แน่นอนของ ราคาในตลาด มาพัฒนารูปแบบการกำหนด “ราคา” ได้นั้น จึงจะถือเป็น Competency

Competency VS. Skill: Competency ยังเกี่ยวข้องกับทักษะ (Skill) แต่จะหมายถึงเฉพาะการใช้ทักษะ ที่ก่อให้เกิดผลสำเร็จ อย่างชัดเจน ดังนั้นทักษะเพียงอย่างเดียวจึงไม่ถือว่าเป็น Competency ตัวอย่างเช่น ความสามารถในการนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ ถือเป็นทักษะ (Skill) แต่ความสามารถในการวางตำแหน่งผลิตภัณฑ์ใหม่ (Positioning) ในตลาดให้แตกต่างจาก คู่แข่ง ถือเป็น Competency

Competency VS. Motive/Attitude: Competency ไม่ใช่แรงจูงใจหรือทัศนคติ (Motive/Attitude) แต่เป็นแรงขับภายในซึ่งทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ตนมุ่งหวังไปสู่สิ่งที่เป็นเป้าหมายของเขา ตัวอย่างเช่น การต้องการความสำเร็จเป็นแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดแนวคิดหรือทัศนคติที่ต้องการสร้างผลงานที่ดี แต่ความสามารถในการทำงาน ให้สำเร็จได้ตรงตามเวลาที่กำหนด ถือเป็น Competency ต้นแบบสมรรถนะ (Competency Model) (กพ.)

การกำหนดต้นแบบสมรรถนะ (Competency Model) สำหรับระบบราชการพลเรือนไทย เพื่อสร้างแบบสมรรถนะ (Competency) ให้ภาคราชการพลเรือนโดยเฉพาะสำหรับใช้ในการบริหารและประเมินผลงาน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพในระยะยาว ซึ่งในด้านแบบสมรรถนะประกอบด้วยสมรรถนะ 2 ส่วน คือ (1) สมรรถนะหลักสำหรับตำแหน่งข้าราชการ พลเรือนทุกกลุ่มงาน และ (2) สมรรถนะประจำกลุ่มงานซึ่งแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มงาน

1. สมรรถนะหลัก (Core Competency) คือ Competency ที่เป็น แก่นหรือแกนหลักขององค์กรนั้นๆ ซึ่งทุกคนในองค์กรต้องมีคุณสมบัติที่ เหมือนกัน เพราะความสามารถและคุณสมบัติประเภทนี้เป็นตัวกำหนดหรือ ผลักดันให้องค์กรบรรลุตามวิสัยทัศน์ (Vision) และพันธกิจ (Mission) ที่วางไว้ ตลอดจนยังเป็นตัวสะท้อนถึงค่านิยม (Values) ที่คนในองค์กรมีและถือ ปฏิบัติร่วมกัน ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน คือ 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Achievement Motivation) 2) การบริการที่ดี (Service Mind) 3) การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (Expertise) 4) จริยธรรม (Integrity) 5) ความร่วมแรงร่วมใจ (Teamwork)

2. สมรรถนะด้านลักษณะงาน (Functional Competency) คือ Competency ที่กำหนดเฉพาะสำหรับแต่ละกลุ่มงานเพื่อสนับสนุนให้ข้าราชการ แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่หน้าที่และส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติภารกิจ ในหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะมีขั้นความสามารถแตกต่างกันไปตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายหรือคาดหวัง Competency ประเภทนี้จะสะท้อนถึงความลึกซึ้ง ของความสามารถที่พนักงานต้องมีก่อนที่จะได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานหนึ่งๆ

องค์ประกอบของระบบสมรรถนะ (Components of a Competency Model)

องค์ประกอบของระบบสมรรถนะประกอบด้วยฐานข้อมูลสมรรถนะขององค์กร (Competency Basket) ประเภทของสมรรถนะ (Competency Categories) ชื่อสมรรถนะและคำจำกัดความ (Competency Names and Definitions) ระดับขั้นความสามารถ (Proficiency Level) และดัชนีชี้วัดเชิงพฤติกรรม (Behavioral Indicators) รายละเอียดดังภาพ



Components of a Competency Model

ขีดความสามารถของสมรรถนะในการทำงาน

ขีดความสามารถ (Proficiency Level): หมายถึง ระดับพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็น ถึงความสามารถ ความชำนาญในแต่ละสมรรถนะ ซึ่งขีดความสามารถของกลุ่มสมรรถนะหลัก (Core Competency) กลุ่มสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ (Functional Competency) และกลุ่ม ความรู้ในงาน (Job Competency) ได้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตามระดับความชำนาญ (Expertise) ได้แก่

- **ระดับที่ 1** ขั้นพื้นฐาน (Novice) หมายถึง ระดับทักษะพื้นฐานที่พนักงานควรมี
- **ระดับที่ 2** ขั้นปฏิบัติงาน (Adequate) หมายถึง ระดับความสามารถที่พนักงาน จำเป็นต้องมีในการปฏิบัติงานประจำวัน
- **ระดับที่ 3** ขั้นประยุกต์ (Develop) หมายถึง ระดับที่พนักงานมีความสามารถในการประยุกต์ใช้ทักษะในการปฏิบัติงานที่ตนเองรับผิดชอบได้ดี
- **ระดับที่ 4** ขั้นก้าวหน้า (Advance) หมายถึง ระดับที่พนักงานสามารถใช้ทักษะด้วย ความชำนาญในงานที่ตนเองรับผิดชอบ
- **ระดับที่ 5** ขั้นเชี่ยวชาญ (Expert) หมายถึง ระดับที่พนักงานมีความเชี่ยวชาญในการใช้ทักษะนั้นๆกับหน้าที่ความรับผิดชอบของตน

ในส่วนของกลุ่มสมรรถนะด้านการบริหาร (Management Competency) ได้แบ่ง ออกเป็น 5 ระดับตามสายการบังคับบัญชา (Hierarchy) ได้แก่

- **ระดับที่ 1** เจ้าหน้าที่อาวุโสหรือหัวหน้าทีม (Senior Officer /Team Leader) หมายถึง ขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการพื้นฐานที่พนักงานในระดับพนักงานอาวุโสต้องใช้ใน การปฏิบัติหน้าที่ในฐานะหัวหน้าทีม
- **ระดับที่ 2** ผู้บริหารระดับต้น (First Line Management) หมายถึง ขีดความสามารถ ด้านการบริหารจัดการที่พนักงานในกลุ่มผู้บริหารระดับต้น เช่น หัวหน้าหน่วย / ผู้จัดการหน่วย เป็น ต้น จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติหน้าที่
- **ระดับที่ 3** ผู้บริหารระดับกลาง (Middle Management) หมายถึง ขีดความสามารถ ด้านการบริหารจัดการที่พนักงานในกลุ่มผู้บริหารระดับกลาง เช่น ผู้จัดการฝ่าย เป็นต้น จำเป็นต้องใช้ ในการปฏิบัติหน้าที่
- **ระดับที่ 4** ผู้บริหารระดับสูง (Top Management) หมายถึง ขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการที่พนักงานในกลุ่มผู้บริหารระดับสูงเช่น ผู้อำนวยการฝ่าย เป็นต้น จำเป็นต้องใช้ ใน การปฏิบัติหน้าที่

- **ระดับที่ 5** ผู้บริหารองค์กร (Executive) หมายถึง ชีตความสามารถด้านการบริหาร จัดการ สำหรับผู้บริหารระดับองค์กรจำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติหน้าที่

บทบาทและหน้าที่ของผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา

ในขบวนการจัดทำระบบสมรรถนะในการทำงาน ขั้นตอนการกำหนดสมรรถนะ มาตรฐานและการประเมินสมรรถนะของพนักงาน เป็นขั้นตอนที่ยากและละเอียดอ่อนที่สุด ใน ขั้นตอนนี้จะประสบความสำเร็จได้ ต้องได้รับความร่วมมืออันดีจากผู้บังคับบัญชาและ ผู้ใต้บังคับบัญชา โดยทั้งสองฝ่ายมีบทบาทและหน้าที่ดังนี้

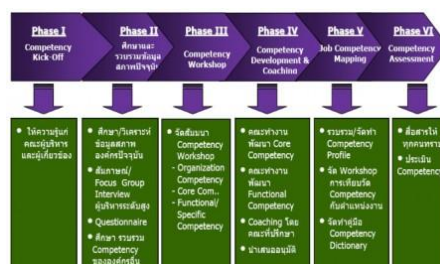
ผู้บังคับบัญชาโดยตรง หมายถึง ผู้ประเมิน มีบทบาทและหน้าที่ในการ

- วิเคราะห์หน้าที่และผลที่คาดหวังของตำแหน่งงาน
- กำหนดว่าสมรรถนะอะไรที่จำเป็นในการทำงานบ้าง ต้องมีอยู่ในระดับ ความสามารถไหน และสมรรถนะไหนมีความสำคัญมากที่สุดในการทำงาน
- ประเมินความสามารถของพนักงานเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้
- วางแผนการพัฒนาสมรรถนะที่ต่ำกว่ามาตรฐาน
- ให้คำปรึกษา แนะนำ ผู้ใต้บังคับบัญชาในวิธีการพัฒนาสมรรถนะด้วยตนเอง

ผู้ใต้บังคับบัญชา หมายถึง ผู้รับการประเมิน มีบทบาทและหน้าที่ในการ

- ศึกษารายละเอียดของตำแหน่งงาน สมรรถนะที่จำเป็นในการทำงาน
- เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ ของตนเองกับระดับความสามารถที่กำหนดไว้
- ร่วมกำหนดแผนการพัฒนาสมรรถนะกับผู้บังคับบัญชา
- ขอคำปรึกษา คำแนะนำ จากผู้บังคับบัญชาในวิธีการพัฒนาสมรรถนะของตนเอง
- ประเมินความก้าวหน้าของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

ขั้นตอนการกำหนดและพัฒนาระบบสมรรถนะ (Competency Development Model)



Competency Development Model

การกำหนดและพัฒนาระบบสมรรถนะขององค์กร ทำได้หลายวิธี เช่น ว่าจ้างที่ปรึกษา ให้มาช่วยดำเนินการจัดทำระบบสมรรถนะ หรือแต่งตั้งคณะทำงานภายในชั้นมาศึกษาและ ร่วมกันพัฒนา ก็ได้ ซึ่งแต่ละวิธีก็มีข้อจำกัดแตกต่างกัน ในที่นี้จะขอแนะนำเสนอขั้นตอนการกำหนด และพัฒนาระบบสมรรถนะที่เป็นรูปธรรม และคิดว่ามีประสิทธิผล จึงขอเสนอขั้นตอนการ พัฒนาระบบสมรรถนะ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การเปิดตัวโครงการพัฒนาระบบสมรรถนะ (Competency Kick-off)

เริ่มด้วยขั้นตอนการเปิดตัวโครงการพัฒนาระบบสมรรถนะซึ่งเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมากโดยองค์กรควรเชิญทีมงานที่ปรึกษาหรือวิทยากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบสมรรถนะมาเป็นวิทยากรเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของระบบสมรรถนะและแผนการดำเนินงานของโครงการ แก่ผู้บริหารระดับต้น – สูง วัตถุประสงค์ของขั้นตอนนี้ก็เพื่อให้ผู้บริหารทุกระดับ ทุกคนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสมรรถนะความสำคัญ และประโยชน์ รวมทั้งแผนการดำเนินงานของโครงการ และคาดหวังว่าผู้บริหารทุกท่านจะไปถ่ายทอดความรู้ต่อให้กับผู้ใต้บังคับบัญชา รับทราบสามารถตอบคำถามหรือข้อสงสัยในเบื้องต้นได้ รวมทั้งสามารถให้ความเห็น/ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบสมรรถนะได้อย่างถูกต้อง และตรงกับวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายควรเป็นผู้บริหารตั้งแต่ระดับหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย รองผู้อำนวยการ/รองคณบดี จนถึงผู้บริหารระดับสูงและคณะทำงานพัฒนาระบบสมรรถนะ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2: ศึกษารวบรวมข้อมูลปัจจุบันขององค์กร(Organization Investigation and Diagnosis)

ทีมที่ปรึกษาและคณะทำงานศึกษารวบรวมข้อมูลปัจจุบันขององค์กรเกี่ยวกับนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์การบริหารงาน วัฒนธรรมองค์กร ระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล สมรรถนะที่ผู้บริหารคาดหวังจากบุคลากร และข้อมูลต่างๆ ไป โดยทำการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร คู่มือ Website สัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูง การใช้แบบสอบถามกับบุคลากรระดับต่างๆ ขององค์กร รวมทั้งศึกษาระบบสมรรถนะจากสถาบันองค์กรคู่แข่งหรือองค์กรที่มีโครงสร้างภารกิจ การดำเนินงาน คล้ายคลึง/ใกล้เคียงกับองค์กรของเรา เพื่อนำมาวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาและกำหนดสมรรถนะของบุคลากรให้ถูกต้องเหมาะสมและท้าทายมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรต่างๆ

ขั้นตอนที่ 3: การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบสมรรถนะ (Competency Workshop)

ในขั้นตอนนี้ควรมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบสมรรถนะขององค์กรเชิญผู้บริหารระดับสูงตั้งแต่หัวหน้า/ผู้อำนวยการ/คณบดีขึ้นไปมาร่วมกำหนดสมรรถนะองค์กร (Organizational Competency) และค้นหาสมรรถนะหลัก (Core Competency) ทั้งนี้เพราะผู้บริหารระดับสูงจะทราบวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ ทิศทางนโยบาย และเป้าหมายในการดำเนินงานขององค์กร รวมทั้งปัญหาอุปสรรคต่างๆ อย่างดี จึงกำหนดสมรรถนะขององค์กรได้ ชัดเจน และตรงประเด็นมากกว่าบุคลากรกลุ่มอื่นๆ เมื่อกำหนดสมรรถนะองค์กรและสมรรถนะ หลักเสร็จ

เรียบร้อยแล้ว ขั้นตอนต่อไปก็ควรกำหนดสมรรถนะตามสายวิชาชีพ (Functional Competency) ทั้งสมรรถนะร่วม และสมรรถนะเฉพาะทางของแต่ละสายวิชาชีพ (Common & Specific Functional Competency) โดยกลุ่มเป้าหมายควรเป็น Key Persons ที่เป็นตัวแทนจาก สายวิชาชีพต่างๆ

ขั้นตอนที่4:การให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาระบบสมรรถนะ(Competency Development&Coaching)

ภายหลังจากจบการประชุมเชิงปฏิบัติการแล้ว คณะที่ปรึกษา/วิทยากรควรมอบหมายให้คณะทำงานแต่ละสายวิชาชีพกลับไปปรับปรุง และพัฒนาสมรรถนะตามสายวิชาชีพของตน ประมาณ 1-2 สัปดาห์เพื่อเตรียมกลัมาร่วมพัฒนากับทีมที่ปรึกษา/วิทยากรหลังจากนั้นคณะที่ปรึกษา/วิทยากรควรให้คำปรึกษาและชี้แนะ (Competency Consulting &Coaching) การพัฒนาสมรรถนะในแต่ละวิชาชีพให้ถูกต้องและมีความสมบูรณ์มากขึ้นพร้อมกับการเทียบสมรรถนะตาม สายวิชาชีพกับตำแหน่งงาน (Functional Competency Mapping with Job Position)

ขั้นตอนที่ 5: การรวบรวมและจัดทำพจนานุกรมสมรรถนะ (Competency Profile & Dictionary)

คณะที่ปรึกษาและคณะทำงานพัฒนาระบบสมรรถนะขององค์กร ร่วมกันทบทวนสมรรถนะหลักขององค์กร การจัดทำพจนานุกรมสมรรถนะแต่ละตัว (คำอธิบายรายละเอียดพฤติกรรมเพิ่มเติม วิธีการประเมินผลและแนวทางการพัฒนา) และจัดทำการเทียบสมรรถนะหลักกับตำแหน่งงาน (Core Competency Mapping with Job Position) โดยพิจารณาว่าแต่ละตำแหน่งควรจะมีระดับความสามารถมาตรฐานอยู่ในระดับใด คณะที่ปรึกษาฯ รวบรวมสมรรถนะทั้งหมด และจัดทำคู่มือพจนานุกรมสมรรถนะขององค์กร (Competency Dictionary) เพื่อจัดเป็นหมวดหมู่สมรรถนะและใช้เป็นมาตรฐานกลางเผยแพร่ให้บุคลากรทุกหน่วยงานรับทราบ ตลอดจนขออนุมัติใช้ระบบสมรรถนะขององค์กรจากผู้บริหารระดับสูง

ขั้นตอนที่6: การสื่อสารและการประเมินสมรรถนะข้าราชการ (Communication & Competency Assessment)

ขั้นตอนนี้เป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่าขั้นตอนที่กล่าวมาแล้วกล่าวคือ เมื่อพัฒนาระบบสมรรถนะเสร็จแล้วจะต้องทำการสื่อสารหรือถ่ายทอดระบบสมรรถนะให้กับ บุคลากรทุกคนรับทราบรายละเอียดของระบบสมรรถนะ ตั้งแต่แนวคิดหลักการ ประโยชน์ของ สมรรถนะ ขั้นตอนการพัฒนา พจนานุกรมสมรรถนะ วิธีการประเมินสมรรถนะ และนโยบายการนำ ระบบสมรรถนะไปใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคล ทั้งนี้ เพื่อให้บุคลากรทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจ เห็นประโยชน์ และให้ความร่วมมือในการนำไปใช้ในการวัดประเมิน และพัฒนาสมรรถนะ ของตนเอง เมื่อสื่อสารให้บุคลากรทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจแล้วก็ทำการประเมินสมรรถนะ บุคลากรเป็นรายบุคคล และจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากร ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในพจนานุกรม สมรรถนะ

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการกำหนดสมรรถนะ

- การกำหนดสมรรถะนั้นเราต้อง มุ่งที่อนาคต มิใช่เครื่องมือที่ Cloningความสำเร็จจากอดีต
- ควรศึกษาและวิเคราะห์องค์กรก่อน และควรนำจุดอ่อนขององค์กรมากำหนดเป็นสมรรถนะ สิ่งที่เป็นจุดแข็งก็ควรนำมากำหนดเช่นเดียวกันเพื่อเสริมและรักษาจุดแข็งให้คงอยู่
- การกำหนดสมรรถนะต้องสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม วัฒนธรรม องค์กร ภารกิจ และลักษณะงานขององค์กร
- สมรรถนะที่กำหนดขึ้นมานั้นต้องไม่ยากเกินไป หรือยากเกินไป ต้องมีลักษณะที่ท้าทายความสามารถของบุคลากรให้ทำพฤติกรรมนั้นๆ
- ต้องกำหนดสมรรถนะและตัวชี้วัดพฤติกรรมต้องแสดงพฤติกรรม หรือความสามารถที่สูงกว่า/โดดเด่นกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับคู่แข่ง
- บุคลากรควรมีส่วนร่วมในการกำหนดสมรรถนะเพื่อให้เกิด Commitment และความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership)
- สมรรถนะที่กำหนดขึ้นมาแล้วควรปรับปรุงและพัฒนาให้ทันสมัยอยู่เสมอ

บทบาทของผู้บริหารในการนำระบบสมรรถนะมาใช้ (Executive Role for Competency Implementation)

- ศึกษาแนวคิด หลักการ เกี่ยวกับระบบสมรรถนะให้เข้าใจอย่างลึกซึ้ง
- ให้ข้อมูลกับคณะที่ปรึกษา หรือคณะทำงานในการกำหนดสมรรถนะองค์กร สมรรถนะหลัก และสมรรถนะตามสายวิชาชีพ (Core & Functional Competency)
- ร่วมจัดทำการศึกษาวัดสมรรถนะหรือมาตรฐานของความสามารถของผู้ดำรงตำแหน่ง (Job competency Mapping) ของผู้ได้บังคับบัญชา
- ประเมินสมรรถนะของตนเองและสมรรถนะของผู้ได้บังคับบัญชา
- ร่วมกำหนดแนวทางในการนำระบบสมรรถนะไปใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคลด้าน ต่างๆ เช่น การสรรหาและคัดเลือก การวางแผนความก้าวหน้า ฯลฯ
- ให้ความเห็นในการกำหนดแนวทางการพัฒนาบุคลากรตามระบบสมรรถนะ (Competency Development Roadmap)
- สื่อสารและถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับระบบสมรรถนะแก่ผู้ได้บังคับบัญชาดูแล และช่วย พัฒนาสมรรถนะของผู้ได้บังคับบัญชา
- วางแผนร่วมกับผู้ได้บังคับบัญชาในการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual development Plan) ของผู้ได้บังคับบัญชา ภายหลังการทำGAP Analysis
- มีส่วนร่วมในการพัฒนาผู้ได้บังคับบัญชา (Coaching, OJT, Work Shadowing, Mentoring, Project Assignment)
- ส่งเสริมและสนับสนุนการนำระบบสมรรถนะมาใช้ในองค์กร

กรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบสมรรถนะในองค์กร



กรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบสมรรถนะในองค์กร

ในการพัฒนาระบบสมรรถนะนั้นจะต้องมีกรอบแนวคิดพื้นฐานและที่มา ดังนั้นการกำหนดระบบสมรรถนะนั้นเราจะต้องกำหนดมาจากวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) ยุทธศาสตร์ (Strategy) ค่านิยม (Value) วัฒนธรรมองค์กร (Corporate Culture) หรือพฤติกรรมที่องค์กรคาดหวัง/ปรารถนาให้บุคลากรประพฤติปฏิบัติ (Behavior Desirable) หลังจากนั้นจึงกำหนดสมรรถนะขององค์กร (Organizational Competency) หรือทิศทาง เป้าหมาย ที่องค์กรต้องการบรรลุเพื่อสร้างความแตกต่างหรือโดดเด่นกว่าองค์กรคู่แข่ง

เมื่อกำหนดสมรรถนะขององค์กรแล้ว ในขั้นตอนต่อมา เราต้องกำหนดสมรรถนะของบุคลากร (Employee Competency) ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะหลัก (Core Competency) สมรรถนะตามสายวิชาชีพ (Functional Competency) สมรรถนะร่วมของทุกตำแหน่งในกลุ่มงาน/สายวิชาชีพ (Common Functional Competency) และสมรรถนะเฉพาะตำแหน่งในกลุ่มงาน/สายวิชาชีพ (Specific Functional Competency)

ขั้นสุดท้ายก็คือการนำระบบสมรรถนะไปเป็นพื้นฐานในการบริหารทรัพยากรบุคคลใน ด้านต่างๆ ขององค์กร เช่น การสรรหาและคัดเลือกบุคลากร การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร การประเมินผลการปฏิบัติงาน การพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพ การวางแผนการสืบทอด ตำแหน่ง และการจ่ายค่าตอบแทน เป็นต้น เมื่อบุคลากรขององค์กรมีสมรรถนะสูงขึ้นก็จะทำให้ ปฏิบัติงานได้ บรรลุผลสำเร็จ สุดท้ายก็จะส่งผลให้องค์กรมีผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมาย และประสบ ความสำเร็จ (Excellence Performance)

ควรเปลี่ยนแปลงสมรรถนะเมื่อไร

- เมื่อองค์กรมีการเปลี่ยนแปลงวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ ค่านิยมและวัฒนธรรมขององค์กรใหม่ ดังนั้นเราก็ควรปรับปรุงสมรรถนะให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ ค่านิยมและวัฒนธรรมขององค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป
- เมื่อภารกิจ บทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ และลักษณะงานของหน่วยงาน/องค์กร เปลี่ยนแปลง
- เมื่อบุคลากรสามารถแสดงพฤติกรรมในระดับนั้นๆ หรือสมรรถนะนั้นๆ ได้สมบูรณ์แล้ว

2. ความสำคัญและความจำเป็นสำหรับผู้บริหารงานสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน

สมรรถนะ (Competency) เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่กำลังได้รับความนิยมและทวี ความสำคัญ ต่อการบริหารทรัพยากรมากขึ้นเรื่อยๆ ในวงการบริหารทรัพยากรบุคคล องค์กรชั้นนำต่างๆ ได้นำเอา ระบบสมรรถนะมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล อย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง สามารถใช้ ทรัพยากรได้อย่างถูกทิศทาง และคุ้มค่ากับการลงทุน นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ บุคลากรในองค์กรอีกแนวทางหนึ่งด้วย ดังนั้น สมรรถนะจึงมีความสำคัญต่อการบริหารทรัพยากร บุคคลขององค์กรดังนี้

1. เป็นเครื่องมือช่วยในการแปลงวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ วัฒนธรรมองค์กรและ ยุทธศาสตร์ต่างๆ ขององค์กร มาสู่กระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล
2. เป็นเครื่องมือในการพัฒนาความสามารถของบุคลากรในองค์กรอย่างมีระบบต่อเนื่องและ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ วัฒนธรรมองค์กร และยุทธศาสตร์ขององค์กร
3. เป็นมาตรฐานการแสดงผลการปฏิบัติงานที่ดีในการทำงานของบุคลากร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการ วัดและประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ
4. เป็นพื้นฐานสำคัญของระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลในด้านต่างๆ ขององค์กร เช่น การ สรรหาและคัดเลือกบุคลากร การพัฒนาบุคลากร การประเมินผลการปฏิบัติงาน การพัฒนา ความก้าวหน้าทางอาชีพ การวางแผนการสืบทอดตำแหน่ง และการจ่ายผลตอบแทน เป็นต้น

ประโยชน์ของการนำระบบสมรรถนะไปใช้ภายในองค์กร

การนำระบบสมรรถนะไปใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์กรมีประโยชน์ต่อบุคลากร ผู้บริหาร หน่วยงาน ผู้บริหารระดับสูง และฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล ดังนี้

บุคลากร (Operators)

1. ช่วยให้บุคลากรทราบถึงระดับสมรรถนะของตนเอง (ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะ) ว่าอยู่ ในระดับใด มีจุดแข็งจุดอ่อนในเรื่องใดบ้าง และจะต้องพัฒนาสมรรถนะในเรื่องใดบ้าง
2. ช่วยให้บุคลากรทราบกรอบพฤติกรรมมาตรฐาน หรือพฤติกรรมที่องค์กรคาดหวังให้ตน แสดงพฤติกรรมในตำแหน่งนั้นอย่างไรบ้าง และสามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดผลความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมในการปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจน และเป็นระบบมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร
3. ช่วยให้พนักงานทราบถึงเส้นทางความเจริญเติบโตก้าวหน้าในสายวิชาชีพ (Career Development) ของตนเอง และแนวทางการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้บรรลุเป้าหมายได้อย่าง ชัดเจน

ผู้บริหารระดับหน่วยงาน (Director, Dean)

- 1.ช่วยให้ผู้บริหารระดับหน่วยงานทราบถึงสมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะ) ที่บุคลากรในหน่วยงานของตนเองจำเป็นต้องมีเพื่อให้การปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมาย
- 2.เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานของตนเป็นรายบุคคล
- 3.ใช้เป็นเครื่องมือในการพิจารณาสรรหาและคัดเลือกบุคลากรของหน่วยงานให้ตรงกับคุณสมบัติของตำแหน่งงานนั้น ๆ

ผู้บริหารระดับสูง (Top Executive)

- 1.สามารถเชื่อมโยงหรือแปลงวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัฒนธรรมองค์กร หรือยุทธศาสตร์ขององค์กรมาสู่กระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลได้อย่างชัดเจน
- 2.ใช้สมรรถนะเป็นตัวผลักดัน (Driver) ให้วิสัยทัศน์ พันธกิจ วัฒนธรรมองค์กรหรือยุทธศาสตร์ขององค์กรบรรลุเป้าหมายในการดำเนินงาน
- 3.ช่วยให้องค์กรสามารถประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนในศักยภาพของบุคลากรในองค์กร และสามารถนำไปใช้ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
- 4.สามารถนำไปใช้วัดผลการดำเนินงานขององค์กรได้อย่างเป็นระบบและชัดเจน

ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล (Human Resource Management Division)

- 1.เห็นภาพรวมของสมรรถนะองค์กร สมรรถนะหลัก และสมรรถนะตามกลุ่มงาน/สายวิชาชีพของบุคลากรทุกตำแหน่งงาน
- 2.สามารถวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนาและฝึกอบรมบุคลากรในองค์กรได้ตรง ตามความต้องการของบุคลากรและหน่วย
- 3.นำไปใช้เป็นพื้นฐานในการบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์กร อาทิเช่นการสรรหาและคัดเลือก การพัฒนาบุคลากร การประเมินผลการปฏิบัติงานการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง การ พัฒนาความก้าวหน้า ในสายอาชีพ การดูแลรักษาบุคลากร และการจ่ายผลตอบแทน เป็นต้น

3. การประยุกต์ใช้ Competency Based Management

ในช่วงที่ผ่านมาพบว่าปัญหาการบริหารทรัพยากรบุคคลเป็นปัญหาใหญ่และมีความสำคัญมาก ได้แก่ ปัญหาในเรื่องการเตรียมบุคลากรเพื่อดำรงตำแหน่ง การสรรหาบุคลากร ปัญหาการใช้วุฒิการศึกษาไม่ตรงตามความรู้ความสามารถ การจัดระบบตำแหน่งใหม่ ค่าตอบแทน ระบบการประเมินผลงาน จึงต้องมีการกำหนดสมรรถนะเพราะสมรรถนะคือคุณสมบัติที่สำคัญที่ทำให้บุคลากรในแต่ละตำแหน่งงานสามารถทำงานให้บรรลุผลลัพธ์ที่องค์กรกำหนด เป็นแนวทางการคัดเลือก

พัฒนา โยกย้ายบุคลากร เป็นแนวทางการสร้างวัฒนธรรมการทำงาน ประเมินผลงานบุคลากรอย่างเป็นธรรม ป้องกันการสูญเสียที่เกิดจากการทำงาน และสร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากร

ดังนั้นโรงพยาบาลภูเขียวจึงได้นำระบบสมรรถนะมาใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านต่างๆ ดังนี้

การสรรหาและการคัดเลือก (Recruitment and selection)

ตัวอย่างที่ 1

ในการสรรหาและคัดเลือกในตำแหน่งพนักงานเวชระเบียนซึ่งจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการใช้ Computer โรงพยาบาลภูเขียวได้กำหนดสมรรถนะเรื่องการใช้ Computer ได้กำหนดขึ้นและใช้ในการคัดเลือกทั้งข้อเขียน ปฏิบัติ และสอบสัมภาษณ์

ตัวอย่างที่ 2

การคัดเลือกบุคลากรใหม่ในตำแหน่งพนักงานเซ็นแปล โรงพยาบาลภูเขียวให้ความสำคัญในเรื่อง ความตั้งใจ ความมุ่งมั่น แรงบันดาลใจ ทักษะ มากกว่าความสามารถในการเซ็นแปลซึ่งทักษะและเทคนิคในการเซ็นแปล สามารถสอนและพัฒนาให้ดีขึ้นได้โดยง่าย

การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร (HR development)

ด้านการพัฒนาบุคลากรโรงพยาบาลภูเขียวได้เน้นเป้าหมายคือความพึงพอใจของผู้รับบริการ จึงได้กำหนดสมรรถนะของบุคลากรแต่ละวิชาชีพโดนเน้นพฤติกรรมบริการและเน้นผลลัพธ์รวมถึงศักยภาพของบุคลากร พฤติกรรมที่แสดงออกในการทำงาน จากการประเมินการทำงานของบุคลากรพบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาบุคลากรเน้นด้านพฤติกรรมบริการ คุณภาพบริการ และความสุขของบุคลากร โดยจัดอบรมธรรมะ OD เน้นในเรื่องการปรับทัศนคติในมุมมองด้านการบริการ เข้าใจธรรมชาติชีวิตมนุษย์และสามารถนำมาปรับใช้ในชีวิตของตนเอง

บุคลากรของโรงพยาบาลทะเลาะกับคนไข้และญาติทำให้มีการร้องเรียน เมื่อพิจารณาแล้วบุคลากรคนนี้มีความรู้ความสามารถในเรื่องงาน แต่พฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม จึงได้มีการพูดคุยและปรับทัศนคติ ในเรื่องพฤติกรรมบริการ โดยพูดคุยให้เข้าใจผู้รับบริการ พูดให้เห็นถึงผลเสียที่เกิดขึ้นมาในภายหลัง ซึ่งหลังการได้มีการพูดคุยแล้วพบว่าบุคลากรคนนี้มีพฤติกรรมบริการที่ดีขึ้น ไม่พบข้อร้องเรียนอีกเลย และยังพบว่าบุคลากรมีส่วนร่วมในงานส่วนรวมมากยิ่งขึ้น

การประเมินผลการปฏิบัติงาน (Performance management)

โรงพยาบาลภูเก็ตได้กำหนดเกณฑ์ของการประเมินตัวชี้วัดของบุคลากรและได้นำมาประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดนั้นๆ ตัวอย่างเช่น พบการวินิจฉัยผิดพลาดที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยปวดท้องมาก แพทย์ตรวจแล้วให้กลับบ้านโดยไม่นึกถึงไส้ติ่งอักเสบโดยรักษาโรคปวดท้องอื่นๆ ต่อมาผู้ป่วยได้มาโรงพยาบาลด้วยไส้ติ่งแตก ทำให้ไส้ติ่งแตกมากเกินไปเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากการทบทวนพบว่าปัญหาการวินิจฉัยผิดพลาดเกิดจากการขาดความรู้ของบุคลากรจึงได้จัดให้มีการอบรมวิชาการว่าด้วยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน

การบริหารค่าตอบแทน (Compensation management)

การจ่ายค่าตอบแทนคำนึงถึงความยุติธรรมทั้งของพนักงานและองค์กรเน้นจ่ายตามความสามารถในการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลภูเก็ตได้กำหนดค่าจ้างตามผลงาน(Work load) ของบุคลากรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หน่วยงานที่มีปริมาณงานมากแต่บุคลากรน้อย ไม่เพียงพอ ได้มีงานประเมินผลงานและจัดให้ขึ้นทำนอกเวลา (Back office)

ตัวอย่างการจ่ายค่าตอบแทนงานแพทย์แผนไทย เดิมการจ่ายค่าตอบแทนนอกเวลาเป็นการจ่ายตามรายคาบคือ 4 ชั่วโมงได้ค่าตอบแทน 150 บาท 8 ชั่วโมง ได้ค่าตอบแทน 300 บาท ทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับค่าตอบแทนน้อย ไม่เกิดแรงจูงใจ พบปัญหาคือผลงานต่ำ จึงใช้วิธีการใหม่ด้วยการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน คือ แบ่งรายได้ตามสัดส่วนของผลงาน ผู้ทำงานมากได้ส่วนแบ่งมากกว่าผู้ทำงานน้อยเป็นการให้รางวัลและสร้างแรงจูงใจ พบว่าพนักงานตั้งใจทำงานและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้พนักงานมีรายได้เพิ่มมากขึ้นร้อยละ 100

ความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career planning)

โรงพยาบาลภูเก็ตได้กำหนดสมรรถนะของแต่ละตำแหน่งงาน มีการจัดทำ Career mapping ของบุคลากรเพื่อให้บุคลากรรู้ทิศทางความก้าวหน้าและวิธีการพัฒนาตนเองสู่ตำแหน่งต่างๆ เช่น ในตำแหน่งหัวหน้างานของกลุ่มการพยาบาลและตำแหน่งในสหสาขาวิชาชีพอื่น ความก้าวหน้าด้านอาชีพ ด้านการขึ้นเงินเดือน ใช้ผลของงานเป็นหลักในการพิจารณา

การวางแผนการสืบทอดตำแหน่ง (Succession planning)

โรงพยาบาลภูเก็ตได้จัดทำแผนการทดแทนตำแหน่ง เช่น ตำแหน่งที่จะเกษียณอายุราชการ ซึ่งได้มีการกำหนดสมรรถนะของแต่ละตำแหน่งไว้แล้วนั้นและยังเชื่อมโยงถึงการพัฒนาบุคลากรแต่ละบุคคลเข้าสู่ตำแหน่งอีกด้วย

สรุป

ทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งขององค์กร เปรียบเสมือนทรัพย์สินที่ทรงคุณค่ามากที่สุดขององค์กร ดังนั้นการจะพัฒนาองค์กรเพื่อนำไปสู่เป้าหมายและบรรลุวิสัยทัศน์พันธกิจขององค์กร องค์กรจึงต้องใช้เครื่องมือในการบริหารทรัพยากรบุคคล การบริหารทรัพยากรบุคคลโดยใช้สมรรถนะเป็นพื้นฐาน(Competency Based Management) เป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารควรให้ความสนใจและนำไปใช้ ทั้งนี้เนื่องจากสมรรถนะเป็นเครื่องมือพื้นฐานในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลจะช่วยให้องค์กรได้บุคคลากรที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลการปฏิบัติงานตรงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร

ปัจจุบันสถานการณ์เป็นช่วงที่โลกมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้องค์กรต้องพัฒนาบุคลากรและองค์กรให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ดังจะเห็นความแตกต่างระหว่างองค์กรในศตวรรษที่ผ่านมาและในอนาคต เดิมองค์กรเคยใช้ระบบการควบคุมตามสายการบังคับบัญชาผู้บริหารระดับสูงเป็นผู้ควบคุมการดำเนินงาน ใช้ระบบข้อมูลในการบริหารน้อย สนใจแต่เรื่องภายในองค์กร รวมอำนาจที่ศูนย์กลาง ตัดสินใจซ้ำแบ่งพรรคแบ่งพวก สิ่งต่างๆเหล่านี้ทำให้องค์กรขับเคลื่อนได้ช้า บุคลากรขาดความกระตือรือร้น องค์กรประเภทนี้ถ้าหากไม่ได้การพัฒนาแล้วจะไม่สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงจากภายนอกได้ แนวทางในการพัฒนาองค์กรในศตวรรษที่ 21 จึงต้องพัฒนาสายบังคับบัญชาให้สั้นลง พนักงานดูแลงานของตนเองภายใต้การนำของหัวหน้าทีม กระจายข้อมูลในการปฏิบัติงานให้ทั่วถึงกัน พยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมภายนอก ตัดสินใจรวดเร็วรอบคอบ และมีระบบประเมินผลงานแบบ 360 องศา และที่สำคัญหากองค์กรต้องการสร้างความได้เปรียบในเชิงการแข่งขันและสร้างขีดความสามารถที่ต้านทานต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงนั้นได้จึงจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในองค์กร ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าบุคลากรในองค์กรถือเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมผลักดันให้สมรรถนะขององค์กรเป็นสมรรถนะที่แท้จริงและสามารถแข่งกับองค์กรอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความแข็งแกร่งให้องค์กรและสามารถยืนหยัดท่ามกลางกระแสความเปลี่ยนแปลงได้อย่างงดงาม

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ.2551
2. สถาบันดำรงราชานุภาพ และกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย, รายงานการศึกษาวิเคราะห์ระบบสมรรถนะเพื่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. กันยายน 2552.
3. สุรพงษ์ มาลี. การบริหารและการพัฒนาทรัพยากรบุคคลโดยยึดสมรรถนะ.
www.chiangrai.net/.../%7B15315213_16225541440687%7D_14.%20หลักสมรรถนะ.
4. อรัญญา สมแก้ว. Competency Management : การนำCompetencyสู่ภาคปฏิบัติ.
www.powervision.co.th/mycorner/.../HRM50128Competency_Management.pdf.

5. สำนักตรวจและประเมินผลกระทรวงสาธารณสุข.(2557). การประเมินสมรรถนะ(Competency Assessment). bie.moph.go.th/bie/contents/download/2049

กลยุทธ์สื่อใหม่เพื่อการสื่อสารสุขภาพ

(New Media Strategy for Health Communication)

ศิริมา ธีระศักดิ์

สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การพัฒนาการสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้สร้างความเป็นโลกาภิวัตน์ เกิดเป็นสังคมสมัยใหม่ ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสรรค์สร้างและก่อกำเนิดปรากฏการณ์สื่อใหม่ (New Media) ซึ่งมีพลังและขีดความสามารถต่อการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของผู้คน เช่น การเกิดกลุ่มสังคมรูปแบบใหม่เป็นเครือข่ายสังคมออนไลน์ สื่อใหม่ได้เปลี่ยนรูปแบบการติดต่อสื่อสารและการทำงานของมนุษย์แทบทุกด้าน หนึ่งในนั้นคืองานด้านสาธารณสุขซึ่งเกี่ยวข้องอยู่กับการดำเนินชีวิตผู้คน ปัจจุบันเราได้ให้ความสำคัญการสื่อสารแบบสองทางมากกว่าทางเดียว กระบวนทัศน์ทางเลือก (Alternative Paradigm) ถูกนำเสนอเพื่อให้สอดคล้องกับสังคมที่เปลี่ยนแปลง สะท้อนถึงความเสมอภาค การแลกเปลี่ยนร่วมกัน(Sharing) แนวทางการสื่อสารที่มีอิทธิพลภายใต้กระบวนทัศน์นี้ คือ การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Participatory Model) เน้นความสำคัญของการสื่อสารแบบสองทิศทาง มีกระบวนการหารือกัน (Dialogue process) อันซึ่งมีบทบาทสร้างสังคมเป็นประชาธิปไตย ทั้งยังมีบทบาทพัฒนาการคิดร่วมกันและพัฒนาการเรียนรู้ขององค์กร สอดคล้องกับแบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรม (Ritualistic Model) การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมจะเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางถือเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน มีการใช้สื่อใหม่ในการสื่อสารสุขภาพโดยใช้ความหลากหลายของสื่อใหม่เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน อาทิ บล็อก(Blog) พอดแคสต์ (Podcast) สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) และ mHealth อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารสนเทศ (Digital Divide) เป็นปัญหาสำคัญของการใช้สื่อใหม่

ข้อเสนอแนะ คือ “การผสมผสาน” การใช้สื่อใหม่ร่วมกับสื่อดั้งเดิม โดยมีข้อเสนอแนะแบ่งตามแผนงาน 3 ส่วน โดยเปรียบองค์กร/หน่วยงานเสมือนต้นไม้ แผนงานที่หนึ่ง “ตัดแต่งกิ่งทรงต้นไม้” ให้สวยงามลงตัวเพื่อเพิ่มคุณค่า/ปรับปรุงประสิทธิภาพในการรณรงค์ เปรียบด้วยการนำเทคนิค วิธีการ หรือเทคโนโลยีใหม่มาปรับใช้เพิ่มผลิตภาพ (Productivity) ขององค์กร สามารถทำได้ทันทีโดยไม่ต้องใช้งบประมาณการลงทุนมาก ยกตัวอย่างเช่น การสร้างความเข้าใจในเรื่องการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และเครือข่ายสังคม แผนงานที่สอง “ติดตาม-ต่อกิ่งพันธุ์ใหม่” เป็นการสร้างขีดความสามารถใหม่บนรากฐานที่แข็งแรงเดิมขององค์กรในระยะเวลาอันจำกัด ด้วยการใช้บุคลากรรุ่นใหม่ซึ่งคุ้นเคยและมีทักษะกับเทคโนโลยีมากกว่ามาพัฒนา โดยจัดสร้างโครงการมุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรบุคคล องค์ความรู้ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ ทั้งสามองค์ประกอบ ใช้การร่วมกับสถาบันการศึกษาพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นต้นแบบจำเพาะ รวมทั้งจัดกิจกรรมเสริมเพื่อการดูแล ฟูมฟักและติดตาม เพิ่มทักษะบุคลากรอย่างจริงจัง อันจะเป็นแม่แบบสำหรับหน่วยงานอื่นๆอีกด้วย แผนงานที่สาม “สร้างระบบนิเวศน์ที่เกื้อกูลกัน” ทำด้วยการสร้างพันธมิตรกับองค์กร/หน่วยงานที่สามารถเป็นเป้าประสงค์ ยกตัวอย่างเช่น ค่ายโทรศัพท์มือถือ บริษัทด้านโซเชียล

มีเดีย ใช้การทำโครงการร่วมในแง่ของการตลาดเพื่อสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรทำพันธมิตรกับกรมประชาสัมพันธ์หน่วยงานภาครัฐ อีกทั้งการสร้างเครือข่ายถือเป็นการสร้างความเกื้อกูลกันที่มีการเชื่อมโยงประสานงานระหว่าง องค์กรหน่วยงานต่างๆ เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และสารสนเทศ แลกเปลี่ยนทรัพยากร เป็นต้น

บทนำ

แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication Concept)

ปัจจุบัน การสื่อสารสุขภาพ มีบทบาทที่โดดเด่นและยังคงวิวัฒนาการไม่หยุดนิ่ง แทรกอยู่ในสายงานสาธารณสุข สายวิชาชีพทางการแพทย์ ภาคเอกชน แม้กระทั่งองค์กรไม่แสวงหากำไร จากเหตุผลดังกล่าว นักวิชาการหลายท่านจึงพยายามที่จะให้คำจำกัดความเนื่องจากการสื่อสารสุขภาพว่า คือ อะไร ครอบคลุมสิ่งใดบ้าง มาอย่างต่อเนื่อง “การสื่อสารสุขภาพ” มีบทบาทสำคัญดังนี้ คือ การสื่อสารสุขภาพ มีบทบาทสามารถ สร้าง อิทธิพล (Influencing) เกิดผลกระทบ สนับสนุน (Supporting) และเสริมสร้างศักยภาพ (Empowering) ให้กับปัจเจกบุคคล ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ออกนโยบาย (Policymakers) หรือ กลุ่มอื่นใด ๆ อันจะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงและคงความเปลี่ยนแปลงนั้นไว้ ตั้งแต่ ระดับพฤติกรรม ระดับองค์กร และระดับสังคม มีผลยกระดับสุขภาพตั้งแต่ปัจเจกบุคคล ชุมชน และสาธารณะต่อไปในท้ายที่สุด (Schiavo, 2014) การทำความเข้าใจความหมายที่แท้จริง และการใช้บริบท (Context) ที่ถูกต้อง ในการปฏิบัติ จะช่วย หัวหน้างานการสื่อสารสุขภาพ และบุคลากรอื่นๆ อาทิ นักสาธารณสุข ผู้นำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ ให้เตรียมบุคลากร จัดฝึกอบรม (Training) ล่วงหน้า เพื่อสร้างความสามารถและช่วยการตัดสินใจในระดับขององค์กรต่างๆ ที่ถูกต้อง นำไปสู่การใช้การสื่อสารสุขภาพให้เกิดผลสำเร็จในเป้าหมายที่วางแผนไว้ (Schiavo, 2014)

คำว่า การสื่อสารสุขภาพ (health Communication) เกิดจากสมาชิกบางกลุ่มของสมาคมการสื่อสารระหว่างประเทศ (International Communication Association ICA) ซึ่งได้นำความหมายของคำนี้มาใช้ โดย เชื่อมโยงวิชาการด้านสุขภาพและการสื่อสารเข้าหากันก่อนที่จะคำว่า "การสื่อสารสุขภาพ" ถูกใช้อย่างเป็นทางการ (Stacks และ Salwen, 2009, หน้า 489) การวิจัยของการสื่อสารสุขภาพมักสนใจเรื่องการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพในการถ่ายทอดเนื้อความ (message) เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งผ่านช่องทางการเผยแพร่ ทั้งทางโทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และบทบาทของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเรื่องสุขภาพของชุมชน เป้าหมายของการวิจัยการสื่อสารสุขภาพคือการกำหนดและสร้างกลยุทธ์การสื่อสารที่ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อปรับปรุงระดับสุขภาพโดยรวมของ (Stacks และ Salwen, 2009)

ในปี ค.ศ. 1975 สมาคมการสื่อสารระหว่างประเทศ (International Communication Association) ได้จัดตั้ง กลุ่มงานการสื่อสารเพื่อการดูแล-รักษา (Therapeutic Communication Interest Group) ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อมาเป็นฝ่ายการสื่อสารสุขภาพ (“Health Communication” Division) ในปี ค.ศ. 1997 สมาคมสาธารณสุข

แห่งสหรัฐอเมริกา จัดการสื่อสารสุขภาพเป็นสาขาการศึกษาหนึ่งอยู่ในการสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ การประกอบอาชีพในสายงานการสื่อสารสุขภาพมีขอบเขตที่กว้างขวาง เริ่มตั้งแต่งานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคอาสาสมัคร อาทิ การเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารสุขภาพที่ดำเนินงานวิจัย ผู้ทำการรณรงค์(campaigns)ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ให้การชี้แนะ/การพิทักษ์สิทธิประชาชน(Advocacy) อีกทั้งนักประเมินหากกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลสำหรับการทำการรณรงค์ในอนาคต ล่าสุด ปี ค.ศ. 2014 ได้มีการตั้งศูนย์การสื่อสารสุขภาพ (The Center for Health Communication) ที่ วิทยาลัยการสื่อสารมูดี้ (Moody College of Communication) ของมหาวิทยาลัยเทกซัส-ออสติน

การสื่อสารที่ชัดเจนเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้การปฏิบัติด้านการสื่อสารสุขภาพประสบความสำเร็จ ในแต่ละระดับของตัวแบบจำลอง(Model) ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล กลุ่มองค์กร และระดับสังคม การสื่อสารสุขภาพในแต่ละครั้ง จะต้องมีการพิจารณาการใช้ช่องทางที่เหมาะสมสำหรับการส่งผ่านข้อความไปยังเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ผู้รับสาร (Target Audience) อย่างดีที่สุด เริ่มตั้งแต่การปฏิสัมพันธ์ บุคคลต่อบุคคล ไปจนถึง การใช้สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และรูปแบบอื่นๆ ของสื่อมวลชน

การถล่มของเทคโนโลยีการสื่อสารอินเทอร์เน็ตใหม่ที่ผ่านมาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาของเว็บไซต์สุขภาพ (เช่น MedlinePlus, Healthfinder และ WebMD) กลุ่มสนับสนุนการออนไลน์ (เช่นแหล่งข้อมูลออนไลน์ สมาคมโรคมะเร็ง) เว็บไซต์ (Portal Web) ระบบข้อมูลสารสนเทศรายบุคคล (Tailored information systems) การรักษายาบาลทางไกล (Telehealth programs) ระบบบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (electronic health records) เครือข่ายสังคมออนไลน์ และอุปกรณ์เคลื่อนที่ต่าง เช่น โทรศัพท์มือถือ Tablets เป็นต้น หมายความว่าสื่อที่มีศักยภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ตัวบริบททางสังคมวัฒนธรรมในการสื่อสารด้านสุขภาพมีความหลากหลาย กว้างขวาง ไม่จำกัด ความจำเพาะ ที่ บ้าน โรงเรียน สำนักงานแพทย์ และสถานที่ทำงาน จะต้องพิจารณาข้อความ (Message) ที่ส่ง ท่ามกลางความแตกต่างของความรู้เท่าทันสุขภาพ (Health Literacy) การศึกษา (Audience Education) อีกทั้ง ประชากรศาสตร์ ค่านิยมทางสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ และปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อประสิทธิภาพการสื่อสาร

พื้นฐานการศึกษาด้านการสื่อสารสุขภาพมีความจำเป็น และสร้างความได้เปรียบให้กับอาชีพของบุคลากรที่อยู่ในสายงานสาธารณสุขที่กำลังขยายตัวต่อเนื่อง สามารถใช้ทักษะในการสื่อสารด้านสุขภาพในหลากหลายอาชีพ บุคลากรที่ควรได้รับการศึกษาในหลักสูตรการสื่อสารสุขภาพ (Harvard School of Public Health, 2015) มีดังนี้ เช่น

- บุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข
- นักวิจัยอิสระและนักวิชาการด้านการสื่อสารสุขภาพ
- ผู้ปฏิบัติงานด้านกลยุทธ์การสื่อสารการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

- นักประชาสัมพันธ์ด้านสาธารณสุขของหน่วยงานรัฐและรัฐบาลกลางที่ดำเนินการการรณรงค์การเผยแพร่ งานสาธารณสุข และผู้ที่ให้การสื่อสารความเสี่ยงในช่วงเวลาของวิกฤตผู้จัดการสื่อสารเชิงกลยุทธ์ที่ทำงานในหน่วยงานด้านสุขภาพที่ไม่แสวงหากำไร
- ผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารที่ทำงานใน การโฆษณา ประชาสัมพันธ์ และงานการตลาดสินค้า/บริการสุขภาพ
- ผู้นำชุมชน หรือ กลุ่ม ด้านสาธารณสุขที่สื่อสารกับผู้รับข่าวสาร ที่หลากหลายเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของประชาชน และผู้ที่ใช้สื่อเรียกร้องประเด็น(Media Advocacy) เพื่อให้มีอิทธิพลผลกระทบต่อนโยบาย
- นักข่าว สื่อแขนงต่างๆ ด้านวิทยาศาสตร์ หรือสุขภาพ ที่ต้องส่งงานเผยแพร่
- อื่นๆ เป็นต้น

จะเห็นว่าการสื่อสารสุขภาพมีความครอบคลุมหลายสาขาอาชีพ อันเป็นลักษณะของการสื่อสารสุขภาพจากการศึกษาผลงานวิจัยทางสุขภาพจากนานาชาติ พบว่า การวิจัยทางสุขภาพของโลกในช่วงที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเพื่อแสวงหาแนวทางการจัดการปัญหาในประเทศที่พัฒนาแล้ว ในขณะที่มีงานวิจัยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่แสวงหาแนวทางแก้ปัญหาระบบสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา ทั้งที่ระบบการวิจัยสุขภาพถือเป็นกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพ เนื่องจากสามารถสร้างความเชื่อมโยงวิธีการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพทั้งในระดับชาติและชุมชน เข้ากับการค้นคว้าหาวิธีและยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมในการจัดการปัญหาสุขภาพ ซึ่งสาเหตุประการหนึ่งอาจมาจากระบบสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนามีหลายระบบ ซึ่งอาจทำให้ยากต่อการศึกษา (หนึ่งหทัย ขอผลกลาง และ กิตติ กันภัย, June 2010)

จุดเริ่มต้นการสื่อสารสุขภาพในประเทศไทย การกำหนดวาระ : คำขวัญ "สร้างนำซ่อม" กลายเป็นกระแสที่ปัจจุบันนี้คนหันมาสนใจเรื่องสุขภาพมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นการกำหนดวาระของรัฐบาล สื่อมวลชน หรือองค์กรต่างๆ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ทำให้คำขวัญ "สร้างนำซ่อม" กลายเป็นกระแสที่ปลูกเร้าให้คนหันมาใส่ใจการสร้างเสริมสุขภาพ ให้แข็งแรง ก่อนการเจ็บป่วยจนต้องซ่อมแซมสุขภาพโดยระบบบริการ หรือกระแสสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนจาก เรื่อง "เชื้อโรคและการจัดการเชื้อโรค" มาสู่เรื่อง "คุณภาพชีวิตและการจัดการกับความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี" ซึ่งการสร้างกระแสดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยเรื่องการสื่อสารเข้ามาเกี่ยวข้อง อาจมีจุดเริ่มต้นจากปัญหาในการสื่อสารของผู้ที่ต้องสื่อสารเรื่องสุขภาพเช่น นักสาธารณสุขมักประสบปัญหาในการสื่อสารให้คนเข้าใจเรื่องสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น จึงต้องการแสวงหาวิธีการสื่อสารระหว่างหมอกับคนไข้ (Patient-provider) ที่ก่อให้เกิดความหมายร่วมกัน และเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมทั้ง การสื่อสารสุขภาพในภาวะวิกฤต เช่น กรณีการสื่อสารกับคนไข้ที่ เรียกร้องค่าเสียหายจากการรักษาพยาบาล เป็นต้น

ท่ามกลางกระแสความเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันนี้ หลายคนให้ความสนใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น การกำหนดสุขภาพที่ดีเป็นวาระแห่งชาติ รวมถึงการสร้างประเด็น กระแสข่าว รวมถึงการจัดกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพจากหน่วยงาน ภาครัฐบาล ภาคเอกชนและภาคประชาคมสังคมอย่างกว้างขวาง อาทิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สร้างกระแสปลูกเร้าให้คนหันมาใส่ใจการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงก่อนการเจ็บป่วย มีต้องซ่อมแซมสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้องจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นความตระหนัก ค่านิยมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการได้รับข้อมูลสุขภาพจาก แหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้ ก็จะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน

การส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน ดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยเรื่องการสื่อสารเข้ามาเกี่ยวข้อง การสื่อสารจึงเป็น "เครื่องมือ" ที่สำคัญของการสร้างสังคมใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการสื่อสารเพื่อสุขภาพแนวใหม่ สาเหตุที่ทำให้คนสนใจการสื่อสารสุขภาพจากการระดมความคิดเห็นนักวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญด้าน "การสื่อสารเพื่อสุขภาพ" พบว่า จุดเริ่มต้นที่ทำให้คนสนใจศึกษาเรื่อง "การสื่อสารเพื่อสุขภาพ" มีหลากหลายเหตุผล ได้แก่ การสื่อสารสุขภาพเป็นเรื่องใกล้ตัว ไม่ว่าจะเป็นความสนใจส่วนตัว ประสบปัญหาจากคนใกล้ตัว สื่อใกล้ตัว หรืออาจเป็นปัญหาของตนเองที่กำลังเดือดร้อน เช่น พระซึ่งถือเป็นผู้บริโภคระดับล่าง เนื่องจากไม่สามารถเลือกสิ่งที่จะบริโภค และไม่สามารถจะสื่อสารไปยังบุคคลอื่นเพื่อบอกปัญหาของตนได้ จึงควรมีวิธีการสื่อสารกับคนทั่วไป ให้ทราบถึงวิธีการทำบุญการถวายสังฆทานในแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจำเป็นต้องมีองค์ความรู้เรื่อง การสื่อสารในการนำเสนอเรื่องสุขภาพ เป็นต้น

ความหมาย ความสำคัญ ของการสื่อสาร

ก่อนจะให้คำนิยาม “การสื่อสารสุขภาพ” ควรทำความเข้าใจว่า การสื่อสารคืออะไร คำว่า การสื่อสาร (Communication) หมายถึง 1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (Exchange of Information) ระหว่างบุคคล ยกตัวอย่าง การพูด การเขียน การใช้สัญลักษณ์ การแสดงพฤติกรรม 2. ข้อความ (Message) ในรูป คำพูด หรือ ตัวอักษรเขียน 3. การกระทำการสื่อสาร (Act of communicating) 4. สายสัมพันธ์ (Rapport) สายสัมพันธ์ คือ ความรู้สึกร่วมกันในความหมายนั้นๆ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน 5. วิธีการสื่อ (Access) เป็นวิธีการเข้าถึง หรือ วิธีการสื่อความหมาย เช่น พูดคุยที่ “หน้าประตูบ้าน “ เป็นต้น

การสื่อสาร(Communication) คือกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ระหว่าง บุคคลต่อบุคคล หรือ บุคคลต่อกลุ่ม โดยการใช้สัญลักษณ์ สัญญาณ หรือพฤติกรรมที่เข้าใจกัน โดยมีองค์ประกอบดังนี้

- ผู้ส่งสาร (Transmitter) คือ สิ่งที่ทำหน้าที่ส่งข้อมูลในการสื่อสาร
- ผู้รับสาร (Receiver) สิ่งที่ทำหน้าที่รับข้อมูลที่ถูกส่งมา
- ข้อมูล (Message) คือ สิ่งที่ผู้ส่งสารต้องการส่งให้ผู้รับสาร รับทราบ
- สื่อ (Medium) คือ ตัวกลางที่ใช้ในการส่งข้อมูลระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร
- สัญญาณรบกวน (Noise) สิ่งที่ทำให้เกิดการรบกวน ต่อระบบและข่าวสาร

การสื่อสารมีความสำคัญเป็นพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ อาจถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง ในชีวิตของมนุษย์นอกเหนือปัจจัยสี่ประการ มนุษย์ต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ของตน และเพื่ออยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ ในสังคม การสื่อสารเป็นเครื่องมือการติดต่อ/แลกเปลี่ยน ข้อมูลของมนุษย์ เป็นเครื่องมือสำคัญของกระบวนการทางสังคม ยิ่งสังคมมีความสลับซับซ้อนมากเท่าใดการสื่อสารก็ยิ่งมีความสำคัญมากขึ้นเท่านั้น ความสำคัญของการสื่อสารที่มีต่อมนุษย์สามารถแบ่งได้เป็น 5 ประการคือ

1. ความสำคัญต่อชีวิตประจำวัน

การสื่อสารมีบทบาทที่สำคัญยิ่งต่อชีวิตประจำวัน ในวันหนึ่งเราใช้การสื่อสารตลอดเวลา ทั้งการสื่อสารกับตนเอง การสื่อสารกับผู้อื่น ตั้งแต่บุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อนผู้ร่วมงาน และทุกกิจกรรมในการดำรงชีวิตต้องใช้การสื่อสารทั้งสิ้น จำแนกความสำคัญได้ดังต่อไปนี้

- 1) การสื่อสารทำให้เราสามารถรับรู้ความรู้สึกนึกคิดและความต้องการของบุคคลอื่นได้
- 2) การสื่อสารทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เพราะการสื่อสารเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ตั้งแต่การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว และบุคคลต่าง ๆ ในสังคม
- 3) การสื่อสารทำให้เกิดการพักผ่อนหย่อนใจ ความมีสุนทรีย์ภาพ การผ่อนคลายอารมณ์เกิดความเพลิดเพลินทางจิตใจ และความสุขในชีวิต
- 4) การสื่อสารช่วยในการสร้างเอกลักษณ์ของบุคคล ทำให้เข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้จักการแสดงออกในด้านต่าง ๆ รวมทั้งทำให้รู้จักบทบาทของตนเองและผู้อื่น

5) การสื่อสารทำให้เกิดการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนความรู้ ส่งผลต่อการพัฒนาด้านสติปัญญา ความถนัด ความสนใจ ทักษะต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต และมีโลกทัศน์มากขึ้น

6) การสื่อสารช่วยให้เกิดแรงจูงใจ เกิดความหวัง สร้างกำลังใจและสร้างเป้าหมายในชีวิต

7) การสื่อสารติดตาม ดูแลสิ่งแวดล้อม ทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูลหรือข่าวสาร นำมาเผยแพร่หรือแลกเปลี่ยนกัน เกิดการเรียนรู้ และการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถทำเพื่ออนุรักษ์สิ่งแวดล้อมได้อีกด้วย

2. ความสำคัญต่อความเป็นสังคม

มนุษย์รวมตัวกันเป็นกลุ่มสังคมตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับประเทศ จนกระทั่งระดับโลกได้ เพราะอาศัยการสื่อสารเป็นพื้นฐาน เมื่อมนุษย์ดำเนินชีวิตร่วมกันก็ย่อมต้องมีข้อตกลง กำหนดเป็นระเบียบ กติกา เพื่อใช้เป็นกฎเกณฑ์ของสังคม ทำให้สังคมดำรงอยู่ มนุษย์ก็ใช้การสื่อสารทำให้เกิดความเข้าใจกันอันดีต่อกัน เกิดการพัฒนาตลอดเวลาและอย่างต่อเนื่อง ก็เพราะใช้การสื่อสารเป็นสายใยแห่งการสืบทอดวัฒนธรรม ประเพณี ความรู้สึกนึกคิดของคนรุ่นหนึ่งมาสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง

3 ความสำคัญต่ออุตสาหกรรมและธุรกิจ

ภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจ ตั้งแต่ขั้นตอนการตลาด การขาย การจัดหาวัตถุดิบ การวางแผนการผลิต การผลิต การเงิน การบัญชี และการบริหารงานบุคคล ต้องใช้การสื่อสารทุกขั้นตอน นับตั้งแต่การสื่อสารกันระหว่างบุคคล จนกระทั่งถึงการสื่อสารกับมวลชนเช่น การโฆษณา ประชาสัมพันธ์ โดยเฉพาะในปัจจุบันการสื่อสารได้เข้ามามีบทบาทสำคัญและกลายเป็นเรื่องจำเป็นมากด้านธุรกิจ อีกทั้งการรวมตัวกันในองค์กรในรูปของสหภาพแรงงาน เพื่อให้มีพลังต่อรองแสดงความต้องการของตนนั้นก็ต้องใช้การสื่อสาร

นอกจากนั้นอุตสาหกรรมยังเกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอกอีกมากมายไม่ว่าจะเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงกับที่ตั้ง ผู้บริโภคสินค้า เจ้าหน้าที่ของรัฐบาล ฯลฯ ฉะนั้น การดำเนินงานย่อมมีผลกระทบต่อบุคคลเหล่านี้โดยตรงก็โดยอ้อม สิ่งหนึ่งที่องค์กรต้องการก็คือ ความสนับสนุนและความร่วมมือจากบุคคลเหล่านั้น โดยองค์กรจะต้องสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลเหล่านี้ ด้วยกิจการด้านสื่อสารที่เรียกว่า "การประชาสัมพันธ์" (Public relations) ลดปัญหาความขัดแย้งและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ทราบความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีต่อองค์กรด้วย

4 ความสำคัญต่อการปกครอง

การปกครองในระบอบใดตั้งแต่ระดับท้องถิ่นไปจนถึงระดับชาติ ย่อมจะมีทั้งผู้ปกครองและผู้ถูกปกครองหรือประชาชน จำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือหรือกลไกที่สำคัญที่จะทำให้สังคมเจริญก้าวหน้าและประชาชนอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินการปกครองของรัฐบาลจำเป็นที่จะต้องเผยแพร่ข่าวสารให้ประชาชนได้รับทราบและเข้าใจ เกิดความร่วมมือและปฏิบัติตามนโยบายตลอดจนกฎเกณฑ์ที่รัฐบาลกำหนดไว้ นอกจากการเผยแพร่ข่าวสารแล้ว รัฐบาลยังจำเป็นที่จะต้องรับทราบความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ

ของประชาชนด้วย เพราะสิ่งเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินนโยบายของรัฐบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

5 ความสำคัญต่อการเมืองและเศรษฐกิจ

การเมืองระหว่างประเทศจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารเข้ามาเป็นปัจจัยที่สำคัญ คือ พัฒนาการของเทคโนโลยีทางการสื่อสารต่าง ๆ สามารถช่วยทำให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกติดต่อแลกเปลี่ยนข่าวสารและความคิดเห็นได้สะดวกและรวดเร็ว การติดต่อสื่อสาร หรือการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ จึงจำเป็นต้องมีหน่วยงานที่ตั้งขึ้นมาเพื่อรับผิดชอบด้านการสื่อสารโดยตรง เพื่อทำหน้าที่เผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับประเทศของตน สร้างความเข้าใจอันดีกับประเทศอื่น ตลอดจนชักจูงให้ได้รับความสนับสนุนจากประเทศอื่น และได้ศึกษาถึงความรู้สึกนึกคิดของประชาชนในประเทศอื่นที่มีต่อประเทศของตน หน่วยงานสำคัญที่รับผิดชอบด้านการสื่อสารของการเมืองระหว่างประเทศก็คือ กระทรวงการต่างประเทศ และสถานทูต ซึ่งจะเป็นผู้จัดการกับการสื่อสารให้เหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะทางจิตใจ สังคมและวัฒนธรรมของประชาชนชาติต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างไปจากประเทศของตน ทั้งนี้โดยอาศัยสื่อชนิดต่าง ๆ เช่น สถานีวิทยุ VOA หรือ Voice of America ของสหรัฐอเมริกา สถานีวิทยุ BBC ของประเทศอังกฤษ เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการสื่อสาร

ในกระบวนการสื่อสารไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารในระดับใดก็ตาม ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารต่างมีวัตถุประสงค์ในการติดต่อสื่อสารที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันได้ วัตถุประสงค์ของการสื่อสารสามารถแยกได้เป็นวัตถุประสงค์ของผู้ส่งสารกับวัตถุประสงค์ของผู้รับสาร ถ้าวัตถุประสงค์ของทั้งสองฝ่ายเหมือนกัน หรือสอดคล้องกับผลของการสื่อสาร ในครั้งนั้นๆ จะเกิดผลสำเร็จได้ง่ายในทางตรงกันข้ามถ้าวัตถุประสงค์ของทั้งสองฝ่ายไม่ตรงกัน ผู้รับสารอาจมีปฏิกิริยาต่อสารผิดไปจากความตั้งใจของผู้ส่งสาร ซึ่งจะทำให้การสื่อสารไม่บรรลุเป้าหมาย หรือไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ส่ง ทำให้การสื่อสารในครั้งนั้นๆ เกิดความล้มเหลว (Communication breakdown) ดังนั้นในการสื่อสาร ผู้ส่งต้องมีความชัดเจนทั้งในตนเองและต้องเรียนรู้ความต้องการของผู้รับ ซึ่งวัตถุประสงค์ของผู้รับสารประกอบด้วย

- (1) เพื่อทราบ ผู้รับสารมีความต้องการที่จะทราบเรื่องราวข่าวสาร เหตุการณ์ข้อมูล หากข่าวสารที่ได้รับทราบนั้นเป็นของใหม่ก็ทำให้ผู้รับสารได้ข่าวสารเพิ่มเติม หากข่าวสารเป็นสิ่งที่เคยทราบมาก่อน ก็เป็นการยืนยันความถูกต้องของข่าวสารที่มีอยู่ให้เกิดความมั่นใจ ยิ่งขึ้น
- (2) เพื่อเรียนรู้ เป็นการแสวงหาความรู้ของผู้รับสารจากการสื่อสาร ลักษณะของสารในกรณีนี้ มักเป็นสารที่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับวิชาความรู้
- (3) เพื่อความพอใจ ในบางสถานการณ์ผู้รับสารอาจมีความต้องการที่จะแสวงหาสิ่งที่สามารถสร้างความขบขัน บันเทิงและความสบายใจให้แก่ตนเอง

(4) เพื่อกระทำหรือตัดสินใจการตัดสินใจ คนมักได้รับการเสนอแนะหรือชักจูงใจให้กระทำจากบุคคลอื่นอยู่เสมอ ดังนั้นทางเลือกในการตัดสินใจจึงขึ้นอยู่กับข้อเสนอว่ามีความน่าเชื่อถือหรือไม่ รวมทั้งอาศัยจากข่าวสารข้อมูล ความรู้ และความเชื่อมั่นที่สั่งสมมาเป็นเครื่องมือในการตัดสินใจ (โมสูงเนิน, 2553)

“การสื่อสารสุขภาพ” (Health Communication)

“การสื่อสารสุขภาพ” มีพื้นฐานมาจากศาสตร์สำคัญ 2 แขนง คือ “การสื่อสาร(Communication)” และ “สุขภาพ(Health)” เนื่องจากการสื่อสารนับเป็นปัจจัยสำคัญ ในการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการสื่อสารทุกรูปแบบควรนำมาใช้เพื่อสุขภาพให้มากที่สุด ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนวิธีเพื่อสังคมหรือสื่อเพื่อสุขภาพให้ครบถ้วนด้านนโยบาย บุคลากร เทคนิค การสื่อสาร งบประมาณ การวิจัยและการประเมินผล (วะสี, 2543)เพื่อทำความเข้าใจต่อทิศทางการสื่อสารสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทยและเพื่อให้ระบบการสื่อสารเป็นไปเพื่อสังคมและสุขภาพให้มากที่สุด เนื่องจากการสื่อสารสุขภาพ มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในสังคมดังกล่าว ดังนั้น นักวิชาการจำนวนไม่น้อยจึงพยายามสร้างแนวทางการศึกษา(Approach) ในการศึกษาด้านสุขภาพ นอกเหนือไปจากกรอบแนวคิดเดิม ที่ให้ความสำคัญต่อการศึกษาด้านชีวเคมี การดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการฟื้นฟูในยามเจ็บป่วย ตลอดระยะเวลาสองทศวรรษที่ผ่านมาของการเกิดแนวทางการสื่อสารสุขภาพ กระตุ้นให้นักวิชาการพยายามแสวงหากระบวนการทัศนใหม่ โดยเน้นความหมายเกี่ยวกับสุขภาพที่ลึกซึ้งในหลายมิติ ภายใต้บริบทต่างๆผ่านกระบวนการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพและปริมาณ และให้ความสำคัญต่อการสื่อสารทุกระดับในฐานะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสังคมที่มีผลต่อการดำรงอยู่ และการสร้างความหมายเชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ส่งสาร ในการสร้างความหมายเชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างคู่สื่อสาร มิได้มีเพียงการส่งข่าวสารด้านสุขภาพ (Health Message) เท่านั้น หากแต่ยังมีองค์ประกอบต่างๆที่เชื่อมประสานกันเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อการมีสุขภาพที่ดี สำหรับกลุ่มเป้าหมายในระดับที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพดังกล่าว มักประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญดังต่อไปนี้ (Ratzan, 1994)

1. การให้สุศึกษา(Health Education) หมายถึง การให้การศึกษาแก่บุคคลผ่านสื่อ/กิจกรรม การให้ความรู้เรื่องสุขภาพโดยอาศัยวิธีแจ้งให้ทราบ และใช้กิจกรรมส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
2. การตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing) หมายถึง กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยใช้หลักการตลาดผนวกกับสื่อมวลชนประเภทต่างๆ
3. การเรียกร้องสิทธิ/ชี้แนะประเด็น (Advocacy) หมายถึง กิจกรรมการใช้สื่อมวลชนในการเรียกร้องสิทธิ/ชี้แนะประเด็นที่พึงมีพึงได้ การส่งเสริมนโยบาย กฎ ระเบียบ และโครงการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพระดับต่างๆ
4. การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) หมายถึงกิจกรรมเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพสำหรับบุคคลเฉพาะกลุ่ม (เช่น ผู้ติดยาเสพติด) เพื่อจัดการกับความเสี่ยงนั้น

5. การสื่อสารกับผู้ป่วย (Patient Communication) หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะด้านสุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา การให้ความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบ และวิธีการต่างๆ ระหว่างแพทย์ กับ คนไข้ รวมถึงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้ระหว่างกันและกันอย่างมีประสิทธิภาพ

6. การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่บุคคลทั่วไป (Consumer Health Communication) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อให้บุคคลเข้าใจสุขภาพตนเอง และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองหรือของครอบครัวได้ รวมถึง การแนะนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพลักษณะต่างๆ เช่น การประกันสุขภาพ การป้องกันและดูแลสุขภาพตนเอง

7. การใช้สื่อใหม่ (New Media) หมายถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการสื่อสารสุขภาพ เช่น อินเทอร์เน็ต ซึ่งสามารถนำมาใช้เสริมกับการสื่อสารประเภทอื่นๆได้ ซึ่งการนำสื่อใหม่เข้ามาใช้ในการสื่อสารสุขภาพ ยังส่งผลต่อวิธีการสื่อสารสุขภาพแบบใหม่ ที่ทำให้ข้อมูลข่าวสารกระจายได้อย่างกว้างขวาง รวดเร็วมากขึ้น เช่น การแพทย์ทางไกล(Tele-health) หมายถึง การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศขยายการให้บริการด้านสุขภาพโดยใช้สื่อสมัยใหม่เข้ามาในรูปแบบของเว็บไซต์ ซีดีรอม และสื่อผสม(Multimedia) เป็นต้น

กระบวนการสื่อสารสุขภาพ

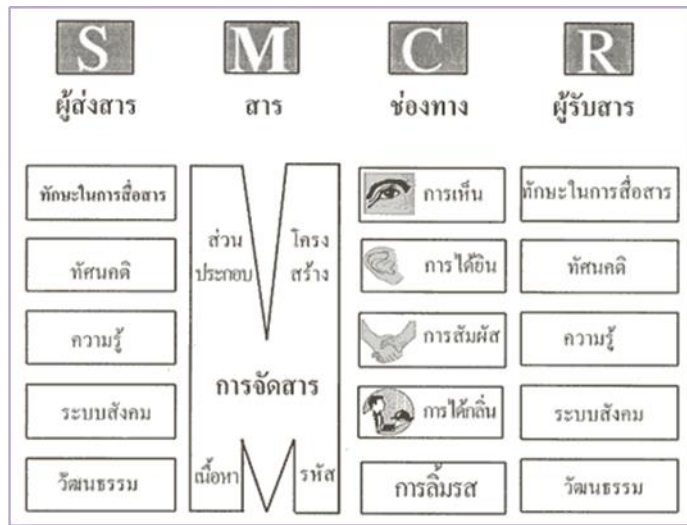
การสื่อสารสุขภาพเป็นบริบทหนึ่งของการสื่อสารเพื่อการพัฒนา และเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจที่สุดประเด็นหนึ่ง เราใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือในการจัดการสื่อสารสุขภาพ ใช้กระบวนการสื่อสาร ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ศึกษาถึงผลที่จะเกิดขึ้นในระดับชุมชนและสังคม เป้าหมายเพื่อสร้างสังคมที่มีความมั่นคงด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพ(S-M-C-R's Berlo)

การสื่อสารสุขภาพเป็นกระบวนการสื่อสารที่ส่งผลต่อสุขภาพในด้านการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้การสื่อสารหลายรูปแบบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการสื่อสารสุขภาพ อธิบายองค์ประกอบได้ดังนี้(จันทร์สว่าง, การสื่อสารสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 2, 2550, หน้า 82-85)

- 1) ผู้ส่งสาร หมายถึง ผู้นำด้านสุขภาพ หรือผู้ปฏิบัติการด้านสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสู่กลุ่มเป้าหมาย
- 2) เนื้อของสาร ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การสร้างจิตสำนึกเพื่อการสร้างเสริมปรับเปลี่ยน และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต
- 3) สื่อ หรือช่องทาง กิจกรรม รูปแบบ วิธีการสื่อสาร
- 4) กลุ่มเป้าหมาย ทั้งกลุ่มเป้าหมายหลัก กลุ่มเป้าหมายรอง และประชาชนทั่วไป
- 5) ผลของการสื่อสาร อาจเกิดขึ้น ในรูปของการรับรู้ ความสนใจ ความตระหนัก และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

6) ผลกระทบ คือ ประโยชน์หรือโทษที่เกิดขึ้น ตามมาจากการดำเนินงานของการสื่อสาร



ภาพ: แบบจำลองการสื่อสารพื้นฐานของ Berlo ในการสื่อสารสุขภาพ
องค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

1. ผู้ส่งสาร ควรมีลักษณะดังนี้
 - มีความรู้ความสามารถ มีทักษะการสื่อสาร
 - มีบุคลิกดี
 - มีความน่าเชื่อถือ ศรัทธา
 - มีความรับผิดชอบ
 - มีจิตสาธารณะ
 - มีความหลากหลาย จากทุกกลุ่ม ไม่เฉพาะเพียงบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์เท่านั้น
 - สามารถประยุกต์ความรู้ และถ่ายทอดให้เกิดการปฏิบัติได้
 - สามารถใช้การสื่อสาร เพื่อเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมได้
2. ตัวเนื้อสาร ควรมีลักษณะ ดังนี้
 - มีข้อมูลเพียงพอเพื่อการนำไปปฏิบัติได้
 - มีการจัดเก็บ รักษาเหมาะสม สามารถนำไปใช้งานได้
 - มีเนื้อหาง่าย เป็นรูปธรรม
 - ได้ทดสอบก่อนนำไปใช้ ปรับแต่งให้เหมาะสมกับผู้รับ
 - เนื้อสารมีความสร้างสรรค์ ไม่น่าเบื่อ
 - เป็นข้อมูลท้องถิ่น ข้อมูลชุมชน
 - เนื้อสารชัดเจน เข้าใจง่าย
 - เนื้อสารสอดคล้องวัตถุประสงค์

- กระตุ้นอารมณ์ เนื้อหาเข้ากับบริบทชุมชน และสังคม
- มีความเป็นองค์รวมด้านสุขภาพ ครอบคลุมทุกมิติ

3. สื่อ/ช่องทาง ควรมีลักษณะ

- เข้าถึงผู้รับ
- มีการใช้สื่อมวลชนและสื่อชุมชนในสัดส่วนที่เหมาะสม
- มีการใช้สื่อผสม (Multimedia)
- จัดกิจกรรมพิเศษพอเหมาะพอควร เพื่อสร้างกระแสสังคม
- มีความต่อเนื่อง และครบวงจร
- เลือกสื่อที่นิยมและมีความน่าเชื่อถือ

4. ผู้รับสาร ให้มีลักษณะดังนี้

- มีปฏิริยาโต้ตอบ (Interactive)
- แบ่งเป็นกลุ่มย่อย (Audience Segmentation) เพื่อส่งสารเฉพาะให้กับผู้รับ
- เป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก (Key Group) ตัวจริง

การสื่อสารสุขภาพ ในงานสาธารณสุข (Health Communication in Public Health)

การสื่อสารสุขภาพ ในฐานะหลักวิชาการเป็นที่รู้จักและเข้าใจในวงการสาธารณสุข ผู้นำองค์กรเข้าใจและตระหนักถึงบทบาทในเรื่องนี้ ส่งผลต่อผลการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขได้สะดวก การสื่อสารสุขภาพเริ่มเข้าแทรกซึมใช้ในสายพื้นที่การดำเนินงาน (Action Areas) ต่างๆ อาทิ การสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal communication) การสื่อสารของบุคลากรสายวิชาชีพแพทย์ (professional medical communications) การสื่อสารนโยบายเชิงยุทธศาสตร์และการชี้แนะประเด็นสาธารณะ (strategic policy communication and public advocacy) การระดมพลังชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาสังคม (community mobilization and citizen Engagement) และ สื่อสารมวลชน และการสื่อสารโดยการใช้สื่อใหม่ (mass media and new media communication) เป็นต้น การสื่อสารสุขภาพมีบทบาทที่ทรงคุณค่าในสถานบริการดูแลสุขภาพ แม้ว่า การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ และ ผู้ป่วย เป็นที่รู้จักดีและมีความสำคัญในการใช้กันมาอยู่แล้ว การสื่อสารยังจะเป็นตัวช่วยการประสานกิจกรรมระหว่างสถานบริการแต่ละแห่ง กระตุ้นให้เกิดการใช้แนวทางการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด ส่งเสริมการประยุกต์ใช้ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และช่วยบริหารระบบการส่งต่อผู้ป่วยในภาพรวมที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายส่วนงานได้ด้วย

การสื่อสารสุขภาพ ในงานพัฒนาชุมชน (Health Communication in Community Development)

สุขภาพไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคภัยทางกายเท่านั้น สุขภาพนั้นเป็นภาวะความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคม สังคมเป็นปัจจัยหนึ่งในฐานะสภาพแวดล้อมที่เราอาศัยอยู่ ทำงาน เติบโต และใช้

ชีวิต การพัฒนาชุมชน (Community Development) ควรต้องใช้การสื่อสารสุขภาพในการแสดงถึงบทบาท เพื่อผลักดันความร่วมมือในชุมชน ช่วยเชื่อมวัฒนธรรมขององค์กร ประสานกำลัง (Synergy) และเพิ่มความตระหนักรู้ในตัวกำหนด (Determinations) ที่เป็นปัจจัยอิทธิพลต่างๆต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เครื่องมือในการเสริมสร้างศักยภาพการสื่อสารสุขภาพยังเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างศักยภาพ (Empowering) ให้กับสมาชิกในชุมชน บุคลากรวิชาชีพ ในการเสริมสร้างความร่วมมือ

สรุป

การสื่อสารสุขภาพเป็นสายงานอาชีพที่มีบทบาทอันโดดเด่นหลากหลาย และมีการเติบโตไม่หยุดนิ่งยังคงวิวัฒน์ตัวเองอยู่ตลอดเวลา เป็นแขนงวิชาการแทรกอยู่ทั้งในสายงานสาธารณสุข สายวิชาชีพทางการแพทย์ ภาคเอกชน รวมทั้งองค์กรไม่แสวงหากำไร ได้นำวิทยาการด้านต่างๆมาหลอมรวมกันเป็นพหุวิทยาการ (Multidisciplinary) หรือสหวิทยาการ (Interdisciplinary) เป็นองค์ความรู้ของการสื่อสารสุขภาพ บทบาทของการสื่อสารสุขภาพ สามารถสร้างอิทธิพล (Influencing) สนับสนุน (Supporting) และเสริมสร้างศักยภาพ (Empowering) อันมีผลต่อสุขภาพตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ชุมชน ไปจนกระทั่งผลระดับสังคม การสื่อสารสมัยใหม่ได้เปลี่ยนแปลงวิถีคิดในการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน เพิ่มบทบาทในงานสายการแพทย์และการสาธารณสุข โดยสามารถขยายความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติมจากสื่อดั้งเดิม สามารถสื่อสารความรู้เชื่อมต่อกับคนข้ามสาขาอาชีพ สานความร่วมมือในแต่ละสถานที่ที่แตกต่าง พัฒนาเสริมสร้างสิ่งต่างๆแต่ละกลุ่มชุมชน สังคม เพิ่มความตระหนักรู้เรื่องราวประเด็นทางสุขภาพ อันจะทำให้การทำงานของเราสามารถบรรลุเป้าหมาย

รายการอ้างอิง

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and Predicting Social Behavior*. .N.J: Prentice-Hall.
- Altheide, D. L., & Snow, R. P. (1979). *Media Logic*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Barkhuus, L., & Tashiro, J. (2010). *Student socialization in the age of facebook*. . Chi Conference, 1, 133-142.
- Bedford, D., & Faust, L. (2010). *Role of online communities in recent responses to disasters: Tsunami, China, Katrina, and Haiti*. Proceedings of the American Society for Information Science and Technology, 47(1), 1-3.
- Beebe, S. A., Beebe, S. ., & Redmond, M. . (2005). *Interpersonal Communication: Relating to Others (4th ed.)*. . United States: Pearson Education.

- Benz, J. K., Espinosa, O., Welsh, V., & Fontes, A. (2011). "Awareness of Racial and Ethnic Health Disparities Has Improved Only Modestly over a Decade." . *Health Affairs*, 30(10), 1860–1867.
- Berker, T., Hartmann, M., Punie, Y., & Ward, K. ((2006). "Introduction." In T. Berker, M.Hartmann, Y. Punie, & K. J. Ward (Eds.). *Domestication of Media and Technology* . England: Open University Press.
- Berlo, D. (1960). *The Process of Communication*. NY: Rinehart and Winston.
- Berlo, D. K. (1960). *The process of communication; an introduction to theory and practice*. New York: Holt, Rinehart and Winston .
- Bishop, J. (2009). "Enhancing the Understanding of Genres of Web-Based Communities:The Role of the Ecological Cognition Framework." . *International Journal of Web Based Communities*, 5(1), 4–17.
- blog_guru. (2549). บล็อก คือ อะไร . [ออนไลน์]
<http://www.oknation.net/blog/manual/2006/12/22/entry-4> ค้นเมื่อ 5 มกราคม พ.ศ. 2559.
- Bohm, D. (1996). *On Dialogue 2nd Edition*. New york: Routledge.
- Boyd, D. (2008). *Taken out of context*, . Doctoral Thesis, University of California, Berkeley.
- Boyd, D., & Ellison, N. (2007). *Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship*. *Journal of Contemporary-Mediated Communication*, 13 (1): 210-230.
- Bryant, J., & Thompson, S. (2002). *Fundamentals of Media Effects*. NY: Mc-Graw Hill.
- Burnett, R., & David, P. . (2003). *Web Theory*. London: Routlege.
- C.K. Atkin. (2001). *Theory and principles of media health campaign* In R.E. Rice and C.K. Atkin (Eds.) *Public communication campaigns*. Newbury Park ,CA: Sage.
- Chen, N., Kohler, C., Schoenberger, Y., Suzuki-Crumly, J., Davis, K., & Powell, J. (2009). "BodyLove: The Impactof Targeted Radio Educational Entertainment on Health Knowledge, Attitudes and Behavior Among African-Americans." *Cases in Public Health Communication&Marketing* 3, 92–113. Available from: www.casesjournal.org/volume3. Accessed Oct. 1, 2012.
- choicergamer. (2015). วิดีโอไวรัลคืออะไร อะไรคือ Viral วันนี้ สืบค้นจาก (<http://choicergamer.blogspot.com/2015/07/viral-video-virality.html>) สืบค้นเมื่อ 2 January 2016.

- Constantinides, & Fountain, S. J. (2008). "Web 2.0: Conceptual foundations and marketing issues". *Journal of Direct, Data and Digital Marketing Practice*, 231–244 Retrieved Nov 23, 2015 from <http://www.palgrave-journals.com/dddmp/journal/v9/n3/index.html>, 231–244.
- Cormier, M. (2007). *Acquisition, modalities of usage, and Domestication of Mobile Phones in the Cultural Context of Haiti: The Case of High School Students (A Master Degree in Communication)*. Ottawa: University of Ottawa.
- D. McQuail. (2005). *McQuail's Mass Communication Theory*. London: Sage.
- Dominick, J. . (2002). *The Dynamics of Mass Communication: Media in the Digital Age (7th ed.)*. . NY: McGraw-Hill.
- Don W. Stacks, and Michael B. Salwen. (2009). *An Integrated Approach to Communication Theory and Research Second Edition*. New York: Routledge.
- Donohew, L., & Ray, E. B. (1990). *Communication and health: Systems and applications*. New jersey: Lawrence Erlbaum.
- E.M. Roger. (2003). *Diffusion of innovation*. NY: Free Press.
- Finnegan, J., & Viswanath, K. (1990). *Health and Communication: Medical and Public Health Influences on the Research Agenda*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Flew, T. (2008). *New media : an introduction (3rd edition)*. . Melbourne: Oxford University Press.
- G. L. Kreps, and B. C. Thornton. (1992). *Health communication : Theory & Practice*. IL: Waveland press.
- Giles, D. (2003). *Media Psychology*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gillin, P., & others. (2007). *New Media, New Influencers and Implications for the Public Relations Profession*. [Online]. 2007. Available from :<http://www.instituteforpr.org/files/uploads/NewInfluencer>. [2010, October 1].
- Green, L. (2002). *Communication, Technology, and Society*. London: SAGE.
- Harvard School of Public Health. (2015). *Careers in Health Communication*. Retrieved from <http://www.hsph.harvard.edu/health-communication/careers-in-hcc/>
<http://www.hsph.harvard.edu/health-communication/careers-in-hcc/>

- Health_Equity_Initiative. (2013). "Health Equity Exchange." www.healthequityinitiative.org/he/what-we-do/community-engagement-and-mobilization/health-equity-exchange. Retrieved Jan.2013.
- Herz, J. (1997). *Joystick Nation: How Videogames Gobbled Our Money, Won Our Hearts and Rewired Our Minds*. . London: Abacus.
- Holmes, D. (2005). *Communication Theory: Media Technology Society*. London: Sage Publication.
- <http://www.itstime.com/aug97.htm>. (n.d.).
- Huhman, M. (2008). "New Media and the VERB Campaign: Tools to Motivate Tweens to Be Physically Active." *Cases in Public Health Communication & Marketing*, 2, 126–139. Available from: www.casesjournal.org/volume2. Accessed Oct. 1, 2012.
- J. Clark, S. Hall, T., Jefferson, และ B. Roberts. (2002). *Subcultures, Cultures and Class: A theoretical overview.*" In S. Hall & T. Jefferson (Eds). *Resistance through Rituals* . London: Routledge.
- J., A. DeVito. (2003). *Human Communication: The Basic Course (9th ed.)*. USA: Pearson Education.
- Jojho. (2558). *Blog คืออะไร ?* . [ออนไลน์] <http://www.jojho.com/2013/05/what-is-blog.html> Retrieve 5 มกราคม พ.ศ. 2559.
- Kaplan, & Andreas, M. ((March–April 2012)). . "If you love something, let it go mobile: Mobile marketing and mobile social media 4x4". *Business Horizons* 55 (2): 129–139. . doi:10.1016/j.bushor.2011.10.009. Retrieved 9 December 2012.
- Kaplan, A. M., & Haenlein, M. (2010). "Users of the world, Unite! The Challenges and Opportunities of Social Media." . *Business Horizon*. 53, 59-68.
- Kawamoto., K. (1997). *10 things you should know about New media: A user-friendly primer : released at the Seminar for Technology Educators The Freedom Forum Pacific Coast Center*. San Francisco.
- Kinder, M. (1991). *Playing with Power in Movies, Television and Videogames*. Berkley. CA: University of California Press.
- Kline, S., Dyer-Witthford, N., & de Peuter, G. (2003). *Digital Play: The Interaction of Technology, Culture and Marketing*. Montreal: McGill-Queens University Press.

- Kotler, P., & Lee, N. (2008). *Social marketing : Improving the quality of life*. NJ: PrenticeHall.
- Kundanis, R. M. (2003). *Children, Teens, Families, and Mass Media: the Millennial Generation*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kwon, H. S. (2000). *A Test of the Technology Acceptance Model: The Case of Cellular Telephone Adoption*. Proceedings of the 33rd Hawaii International Conference on System Sciences. Hawaii.
- Ling, R. (2004). *The Mobile Connection: The Cell Phone's Impact on Society*. CA: Morgan Kaufmann.
- Lister, M. (2003). *A Critical Introduction*. London: Routledge Publishing.
- Lister, M., & al., e. (2003). *New media : a critical introduction*. London: Routledge.
- Liu, I., Chen, M. ., Sun, Y. ., Wible, D., & Kuo, C. (2010). *Extending the TAM Model to Explore the Factors that Affect Intention to Use an Online Learning Community*. Computers & Education, 54, 600-610.
- Livingstone, S. (2002). *Young People and New Media*. London: SAGE.
- Lu, J., Yu, C., Liu, C., & Yao, J. . (2003). *Technology Acceptance Model for Wireless Internet*. *Internet Research: . Electronic Networking Applications and Policy*, 13, 3, 206-222.
- M. Hannah, N. Reilly, และ J. Sun. (2013). *"WhyWellness: Communicating About Mental Health Within a Gaming Community."*. Unpublished Case Study, Used by permission.
- Madge, C., Meek, J., Wellens, J., & Hooley, T. (2009). *Facebook, social integration and informal learning at university: "It is more for socialising and talking to friends about work than for actually doing work"*. *Learning, Media and Technology*, 34(2), 141-155.
- Manovich, L. (2001). *The Language of New Media*. Cambridge. MA: MIT Press.
- Manovich, L. (2002). *The language of new media*. Massachusetts: The MIT Press.
- marketingoops. (2558). สพธอ. *เผยแพร่ผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยปี 58*. [ออนไลน์]
<http://www.marketingoops.com/reports/behaviors/edta-thai-internet-user-2015/> ค้นเมื่อ
 16 มกราคม พ.ศ. 2559.
- Marshall, M. (1987). *Understanding Media: The Extensions of Man*. Cambridge: The MIT Press.
- Mayfield, A. (2007). *What is social media?* . In Online Resource, available at <http://www.icross-ing.co.uk>.

- McLuhan, M., & Powers, B. R. (1989). *The global village: Transformations in world life and media in the 21st century*. New York: Oxford University Press.
- McMillan, S. (2006). "Exploring Models of Interactivity from Multiple Research Traditions: Users, Documents and Systems". Leah A. Lievrouw, Sonia Livingstone, editors, *The Handbook of New Media*. London: SAGE Publications .
- McMorrow, S., & Howell, E. M. (2010). "State Mental Health Systems for Children. A Review of the Literature and Available Data Sources.". Urban Institute: Report funded by the National Alliance for Mental Illness.
- Merchant, G. (2001). Teenager in Cyberspace: Language use and language change in Internet Chatroom. *Journal of Research in Reading*, 24 (3), 293-306.
- Morris, M., & Christine, O. (1996). "The Internet as Mass Medium.". *Journal of Communciation* 46(1), 39-50.
- N. Bracht. (2001). *Community partnership strategies in health campaigns*. In R.E. Rice and C.K. Atkin (Eds.): *Public communication campaigns*. Newbury Park ,CA: Sage.
- N. Morris. (2003). A comparative analysis of the difussion and participatory models in development communication. *Communication Theory* 13(2), 225-248.
- National_Alliance_on_Mental_Illness. (2013). "Mental Illness: Facts and Numbers." . www.nami.org/Template.cfm?Section=About_Mental_Illness&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=53155 Retrieved Feb. 2013.
- National_Pork_Board. (2008a). "Activist Groups and Your Kids." *Pork Checkoff Report, 2008a*, 27(1). Retrieve from www.pork.org/filelibrary/PorkCheckoffReport/2008SpringCheckoffReport.pdf.
- National_Pork_Board. (2008b). "Checkoff Tracks Activist Groups' Influence on Kids." 2008b. Retrieve from www.pork.org/News/645/Feature325.aspx#.USaKAB2-1Bk.
- National_Research_Council_and_Institute_of_Medicine. (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and possibilities*. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions. (Mary Ellen O'Connell, Thomas Boat, and Kenneth E. Warner, eds.): Board on Children, Youth, and

- Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.
- Neil. (2008). A Safe Haven for Misbehaving? An Investigation of Online Misbehavior Among University. *Social Science Computer Review*, 26, 446-465.
- Pauline, C. H., & project_coordinator. (2012). *Mass in Motion New Bedford/Mass in Motion Kids (October 2012)*. Massachusetts: New Bedford.
- Pavlik, J. V. (1996). *New Media Technology: Cultural and Commercial Perspectives*. Mass: Allyn & Bacon.
- Pearson, J. ., Nelson, P. ., Titsworth, S., & Harter, L. (2003). *Human Communication*. NY: McGraw-Hill.
- Permission. (2008). *Where will you focus your digital marketing budget in 2009, Inc Perfect youtube (2011). YouTube M2M*. Retrieved 1 November 2010 from www.telecomjournal.net] Telecom Journal.
- Rainie, L., Smith, A., Schlozman, K. L., Henry, B., & Verba, S. (2012). *Social media and political engagement*. . Washington D.C.: Pew Research Center's Internet & American Life Project.
- Ratzan, S. (1994). Health Communication: Challenges for the 21st Century. *American Behavioral Scientist*. 38(2).
- Roger, E. m., & Storey, J. D. (1987). *Communication Campaign*. In C.R. Berger & S.H. Chaffee (Eds.) *Handbook of communication science*. Newbury Park ,CA: Sage.
- S. ,J., Baran, and D. ,K. Davis. (2006). *Mass Communication Theory: Foundations, Ferment, and Future (4th ed.)* . USA: Thomson Wadsworth.
- S. R. Melcote. (2002). *Theories of development communication : Handbook of international and intercultural communication*. CA: Sage Publication.
- S.j. Baran. (2004). *Introduction to Mass Communication: Media Literacy and Culture (3rd ed.)*. NY: McGraw Hill.
- Schiavo, R. (2014). *Health Communication: From Theory to Practice 2nd Edition*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schiavo, R., Boahemaa, O., Watts, B., & Hoepfner, E. (Aug. 2012a). "Raising the Influence of Community Voices on Health Equity: Introducing Health Equity Exchange." *Journal of Communication* in Healthcare.

http://maneypublishing.com/images/pdf_site/Health_Equity_Exchange_-_Renata_Schiavo.pdf.

- Schiavo, R., Boahemaa, O., Watts, B., & Hoepfner, E. (2012b). *"Raising the Influence of Community Voices on Health Equity via an Integrated Communication and Community Engagement Approach."*. Poster presented at the 2012 Summit on the Science of Eliminating Health Disparities, National Harbor, MD, Dec. 18, 2012b.
- Schramm, W. (1954). *How Communication Works*. In Wilber Schramm (Ed.), *The Process and Effects of Mass Communication*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Servaes, J. (1995). Development Communication : For Whom and for What? *Communication*, 21(1), 39-49.
- Severin, W., J., ; Tankard, J., W., Jr. *Communication Theories: Origins, Methods, and Uses in the Mass Media (5th ed.)*. (2001). Addison Wesley Longman.
- Siapera, E. (2012). *Understanding new media*. London: Sage.
- Silverstone, R., Hirsch, E., & Morley, D. (1994). *Information and Communication Technologies and the Moral Economy of the Household*. In R. Silverstone & E. Hirsch (Eds.). *Consuming Technologies: Media and Information in Domestic Spaces* . London: Routledge.
- Singer, D. J., & Singer, J. J. (2001). *Handbook of Children and the Media*. USA: SAGE.
- Smith, M., Borash, V., Getoor, L., & Lauw, H. (2008). *Leverageing Social Context for Searching Social Media*, *Proceedings of the 2008 ACM Workshop on Search in Social Media*. New York: USA.
- Stelzner, M. (2009). *"Social Media vs. Social Networking: What's the Difference?"* May 2009. . www.examiner.com/article/social-media-vs-social-networking-what-s-the-difference [May 2009].
- Takeshi, S., Makoto, O., & Yutaka, M. (2010). *Earthquake shakes twitter users: Real-time Event Detection by Social Sensor*. Retrieved March 9, 2013, from <http://csce.uark.edu/~tingxiny/courses/5013spring13/>.
- Teo, T., & Pok, S. (2003). *Adoption of WAP-Enabled Mobile Phones among Internet Users*. *Omega*, 31 , 483- 498.
- Thurlow, C., Lengel, L., & Tomic, A. (2005). *Computer Mediated Communication: Social Interaction and the Internet*. London: SAGE.

- W. J. McGuire. (2001). *Input and output variables currently promising for constructing persuasive communications*. In R.E. Rice and C.K. Atkin (Eds.) *Public communication campaigns*. Newbury Park , CA: Sage.
- W.J. Paisley. (2001). *Public communication campaign : The American experience* R.E. Rice and C.K. Atkin (Eds.). Newbury Park, CA: Sage.
- Waisbord, S. (2001, December 2008 15). *Family tree of theories, methodologies and strategies in development communication : Convergences and differences*. Retrieved from <http://www.comminit.com/stsilviocomm/sld-2881.html> or <http://www.comminit.com/global/content/family-tree-theories-methodologies-and-strategies-development-communication-convergences>
- Wartell , E. A., & Middlestadt, S. (1991). *Mass Communication and Persuasion : The evolution of direct effects, limited effects, information processing, and affect and arousal models*. In L. Donohew ,H.E. Sypher & W.J. Bukoski(Eds.) *Persuasive communication and drug abuse prevention*. Hillsdale,NJ: Lawrence Erlbaum Association.
- Wartella, E. A., & Stout, P. A. (2002). *The evolution of mass media and health persuasion models* In W.D. Crano & M. Burgoon (Eds.) *Mass media and drug prevention : Classic and contemporary theories and research*. Mahwah , NJ: Lawrence Erlbaum Association.
- Wertine, K., & Fenwick, I. (2008). *DigiMarketing: The essential guide to New media and digital marketing* . Singapore: John Wiley.
- wikipedia. (2016). *Social_media*. Retrieved 2nd January 2016, from (https://en.wikipedia.org/wiki/Social_media)
- Wikipedia:Bohm_Dialogue. (2015). *Bohm_Dialogue*. Retrieved from Bohm_Dialogue: https://en.wikipedia.org/wiki/Bohm_Dialogue
- Wikipedia:Health_Communication. (2015). *Health Communication*. Retrieved 2015, from Health Communication: https://en.wikipedia.org/wiki/Health_communication
- Williams, A., Zraik, D., Schiavo, R., & Hatz, D. (2008). *“Raising Awareness of Sustainable Food Issues and Building Community via the Integrated Use of New Media with Other Communication Approaches.”*. Cases in Public Health Communication and Marketing, 2008, 2, 159–177. Available from <http://www.casesjournal.org/volume2>.

http://sphhs.gwu.edu/departments/pch/phcm/casesjournal/volume2/invited/cases_2_10.cfm.

Williams, A., Zraik, D., Schiavo, R., & Hatz, D. (2008). *"Raising Awareness of Sustainable Food Issues and Building Community via the Integrated Use of New Media with Other Communication Approaches."* *Cases in Public Health Communication and Marketing*, 2008, 2, 159–177. Available <http://www.casesjournal.org/volume2>.
http://sphhs.gwu.edu/departments/pch/phcm/casesjournal/volume2/invited/cases_2_10.cfm.

Wood, A. F., & Smith, M. . (2001). *Online Communication: Linking Technology, Identity, & Culture*. . NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Wright, D., & Hinson, W. (2009). *An Analysis of the Increasing Impact of Social and Other New Media on Public Relations Practice*. [Online] Available from: www.instituteforpr.org. [2010, May 26].

Yan, Q., Chen, H., Pengyi, Z., & Jun, Z. (2011). *Microblogging after a major disaster in china*. . New York: ACM.

Yang, K. C. (2005). *Exploring Factors Affecting the Adoption of Mobile Commerce in Singapore*. . *Telematics and Informatics*, 22, 257-277.

Zocial_Inc. (2558a). *Thailand & Global Social Media Movement 2014-15 Population and behavior global & Thailand*. [ออนไลน์]
<http://www.zocialinc.com/zocialawards2015/slides/thailandzocialawardsslide3.pdf> ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2558.

Zocial_Inc. (2558b). *Chromebook!! ปฏิวัติวงการกับการใช้งานสุด Minimal*. [ออนไลน์]
http://www.zocialinc.com/blog/minimalist_chromebook/ ค้นเมื่อ 16 มกราคม พ.ศ. 2559.

กมลรัฐ อินทรทัศน์. (2548). *เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ในประมวลสาระชุดวิชาปรัชญานิตยศาสตร์และทฤษฎีการสื่อสาร หน่วยที่ 8-15*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

กระทรวงสาธารณสุข, ส. (2556). *กระบวนการสานเสวนา*. Retrieved from การจัดการองค์ความรู้:
<http://kmops.moph.go.th/index.php/km-test/2012-09-19-04-14-18/177-2013-03-31-13-09-00>

กลีบพิกุล, ท. (2526). *การใช้สื่อใหม่ (new media) รายงานภาวะภัยพิบัติธรรมชาติ*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีสื่อสารมวลชน: คณะศิลปศาสตรศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- กันภัย, ก. (2543). *การรณรงค์. ใน กาญจนา แก้วเทพ , กิตติ กันภัย และ ปาริชาติ สถาปิตานนท์ สโรบล. มองสื่อใหม่ มองสังคมใหม่*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2543). *สื่อสารมวลชน: ทฤษฎีและแนวทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2544). *การศึกษาสื่อมวลชนด้วยทฤษฎีวิพากษ์: แนวคิดและตัวอย่างงานวิจัย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2546). ทบทวนความคิดและเฟื่องฟูไปข้างหน้า การสื่อสารเพื่อการพัฒนาในสังคมไทย. *วารสารวิจัยสังคม*(26(2)), 1-34.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2547). *สื่อสารมวลชน : ทฤษฎี และแนวทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: Higher press.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2552). *สื่อสารมวลชน ทฤษฎีและแนวทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา แก้วเทพ, กิตติ กันภัย, และ ปาริชาติ สถาปิตานนท์. (2543). *มองสื่อใหม่ มองสังคมใหม่*. กรุงเทพฯ: บริษัท เอดิชั่น เพรส โปรดักส์ จำกัด.
- กาญจนา แก้วเทพ, และ สมสุข หินวิมาน. (2551). *สายธารแห่งนักคิดทฤษฎี: เศรษฐศาสตร์การเมืองกับสื่อสารศึกษา*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- กาสยานนท์, อ. (2556). *สื่อใหม่กับการเรียนรู้ทางการเมืองของประชาชน: กรณีศึกษาโทรทัศน์ผ่านดาวเทียม ASTV และ Asia Update*. ดุษฎีนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการเมือง : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- กุลณรงค์, ณ. (2550). *การสื่อสารทางการเมืองบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในช่วง การต่อต้านรัฐบาลทักษิณ .* วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกลี้ยงเกลา, จ. (2556). *การศึกษาภาพลักษณ์ของกลุ่มศิลปินนักร้องเกาหลีใต้ผ่านสื่อใหม่และพฤติกรรมแฟนคลับ*. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (นิเทศศาสตร์และสารสนเทศ) สาขานิเทศศาสตร์และสารสนเทศ : คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เกิดชูชื่น, อ. (2545). *รูปแบบการสื่อสารของเครือข่ายวิทยุสมัครเล่นในภาวะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกียรตินิยมศักดิ์, ร. (2542). *มณฑลสาธารณะของการสื่อสารผ่านสื่อกลางคอมพิวเตอร์ :กรณีศึกษา www.pantip.com และ www.sanook.com*. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสื่อสารมวลชน: คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แก้วเทพ, ก. (2539). *สื่อสองวัฒนธรรม*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิภูมิปัญญา.
- แก้วเทพ, ก., & ชัยขุนพล, น. (2555). *คู่มือสื่อใหม่ศึกษา*. กรุงเทพฯ: โครงการเมธีวิจัยอาวุโสสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการวิจัย.

- ไกรชุมพล, พ. (2550). *ทัศนคติและพฤติกรรมการสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ในการสร้างชื่อเสียง กรณีศึกษา ยูทูบ Youtube*. . วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสื่อสารมวลชน : คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ขวัญฤทัย สายประดิษฐ์. (2551). *บทบาทนักประชาสัมพันธ์กับการประชาสัมพันธ์ในสื่อใหม่ ตอน. ที่ 1. พัฒนาเทคนิคศึกษา*, 20(65), 42-51.
- คงแสนคำ, ป. (2556). *การศึกษาการใช้สื่อใหม่เพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์ของกองทัพไทย*. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (นิเทศศาสตร์และสารสนเทศ): ภาควิชานิเทศศาสตร์และสารสนเทศศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- คอมมอน, ร. บ. (2556). *บทบาทของสื่อใหม่ในการสร้างค่านิยมทางสังคมและอัตลักษณ์ของเยาวชนไทยในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- คารมภ์, ช. (2558). *นวัตกรรมการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน ของรายการเกมโชว์โซเชี่ยลกับการตอบสนองของผู้ชม*. ประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2558 คณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (9 มิถุนายน 2558) : คณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- คำนวนทิพย์, ร., & team, I.-m. (2554). *"twitter Marketing พลังแห่ง 140 ตัวอักษร."* iMarketing 10.0 10 กลยุทธ์การตลาดออนไลน์เขย่าโลก. กรุงเทพฯ: โปรวิชั่น, บจก.
- โครงการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการสื่อสารสุขภาพ. (2549). *การพัฒนาหลักสูตรการสื่อสารสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สสส.
- จันทร์สว่าง, ว. (2548). *การสื่อสารสุขภาพ: กลยุทธ์ในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- จารุวัฒน์, ณ., & วรรณสฤติ, ป. (2551). *เปิดโลกนิวมีเดียและการตลาดดิจิทัล = Digimarketing : the essential guide to new media & digital marketing / เคนม์ เวอร์ไทม์ และเอียน เฟนวิก, เขียน ; ณงลักษณ์ จารุวัฒน์, ประภัสสร วรรณสฤติ, แปล*. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊คส์.
- จิตรไคร์ครวญ, ภ. (2553). *เทคโนโลยีของสื่อใหม่และการนำเสนอตัวตนต่อสังคมกับพฤติกรรมการสื่อสารบนเครือข่ายสังคมออนไลน์*. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการประชาสัมพันธ์ : คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ใจฉลาด, ผ. (2556). *การสื่อสารดนตรีไทยผ่านสื่อใหม่ของดร.อาบทิพย์ อีรวงศ์กิจ*. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตร์: คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

ชนะชัย, ธ. (2550). *New Media Challenges : Marketing Communication Through New Media*.
[ออนไลน์]. ได้จาก:

http://commarts.hcu.ac.th/images/academic_article/nok/new_media_newchallenges.pdf.

ชาญรบ, ก. (2554). *Blog คืออะไร* . [ออนไลน์] <https://www.gotoknow.org/posts/428665> Retrieve 5
มกราคม พ.ศ. 2559.

ชำนาญ เขาวีรติพงศ์, และ คณะ. (2540ข.). *เอกสารการสอนชุดวิชา การสื่อสาร หน่วยที่ 9-15 (พิมพ์ครั้งที่ 5)* .
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ไชยวรรณ, ศ. (2554). *สื่อใหม่ในสังคมการเมืองไทย กรณีศึกษา เฟซบุ๊กวอยส์ทีวี* . วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาสื่อสารศิลปะและการออกแบบสื่อ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ฐิตินัน, บุญภาพ คอมมอน. (2556). *บทบาทของสื่อใหม่ในการสร้างค่านิยมทางสังคม*. รายงานผลการวิจัย:
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

ฐิติมัทธมา, ว. (2554). *เครือข่ายสังคมออนไลน์: แนวโน้ม ปรากฏการณ์ และจริยธรรม* . วิทยานิพนธ์.
มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

ดร.ทวีศักดิ์ กอนันต์กุล, ด. ธ. (ปีที่ 9, มีนาคม - เมษายน 2545). อินเทอร์เน็ตกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึง
สารสนเทศ. *NECTEC*(45).

ดารา ทีปะปาล. (2542). *พฤติกรรมผู้บริโภค*. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองสาสน์การพิมพ์.

ตันชีวะวงศ์, ว. (2549). *การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมผ่านสื่อดิจิทัลของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ศึกษา
เฉพาะ อินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์เคลื่อนที่*. วิทยานิพนธ์: คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ติวานนท์, ภ. (2550). *เว็บไซต์บันเทิงเกาหลีและเว็บไซต์แฟนคลับดาราเกาหลีในประเทศไทยกับโลกาภิวัตน์ทาง
วัฒนธรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาวารสารสนเทศ : ภาควิชาวารสารสนเทศ คณะ
นิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธงชัย สันติวงษ์. (2540). *พฤติกรรมผู้บริโภคทางการตลาด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

ประมะ สตะเวทิน. (2536). *หลักนิเทศศาสตร์ (พิมพ์ ครั้งที่6)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

ปาริชาติ สถาปิตานนท์. (2551). *การสื่อสารประเด็นสาธารณะและการเปลี่ยนแปลงในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปาริชาติ สถาปิตานนท์, คำณูวัฒน์ ดวงพร, หฤทัย ชัดนาค, ศิวพร ศรีสมัย, ดวงแข บัวประโคน, จำรูญ ไชยิด,
และ คณะ. (2549). *การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาชุมชน : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติการ
วิจัยในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

- ปิยะพร เขตบรรณพต. (2553). พฤติกรรมรับการสื่อสารการตลาดผ่านสื่อใหม่ของผู้บริโภคในอำเภอเมืองเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผกามาศ ใจฉลาด. (2556). การสื่อสารดนตรีไทยผ่านสื่อใหม่ ดร. อาบทิพย์ อีรวงศ์. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตร์: คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน. (วันพุธที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2551). สรุปการสัมมนาวิชาการ เรื่อง การพัฒนาหลักสูตรการสื่อสารสุขภาพ. นนทบุรี: แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน.
- พงษ์สุขเวชกุล, ภ. (2554). เทคโนโลยีสื่อใหม่กับการสื่อสารในครอบครัว ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิเทศศาสตรดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชานิเทศศาสตร์: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- พรพจน์ เที่ยงสุรินทร์. (2554). สื่อสังคมออนไลน์กับการสร้างความผูกพันของกลุ่มผู้มีแนวโน้มเป็น Talent Generation : บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทรัพยากรมนุษย์และองค์การ: คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พสนันท์ ปัญญาพร. (2555). แนวความคิดเกี่ยวกับสื่อใหม่ (New Media). [ออนไลน์] <http://photosanan.blogspot.com/2012/03/new-media.html> (สืบค้นเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2558).
- พูลเจริญ, ว. (2543). คู่มือการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ฟิลลิป คอตเลอร์, และ ก. อาร์มสตรอง. (2003). หลักการตลาดฉบับมาตรฐาน แปลจาก *Principles of Marketing* โดย วารุณี ตันติวงศ์วานิช และคณะ. กรุงเทพฯ: เพียร์สันเอดดูเคชั่น อินโดไชน่า.
- ภัสวดี นิติเกษตรสุนทร, และ คณะ. (2548). ประมวลสาระชุดวิชา ปรัชญานิเทศศาสตร์และทฤษฎีการสื่อสาร หน่วยที่ 8-15. . นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2555). หลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา นวัตกรรมสื่อสาร. Retrieved from หลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา นวัตกรรมสื่อสาร: [http://cosci.swu.ac.th/downloads/ศศ.บ.\(นวัตกรรมสื่อสาร\).pdf](http://cosci.swu.ac.th/downloads/ศศ.บ.(นวัตกรรมสื่อสาร).pdf)
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2546). เอกสารการสอนชุดวิชาหลักและทฤษฎีการสื่อสาร 15201 หน่วยที่ 1-8 พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง.
- มหาวิทยาลัยหัวเฉียว. (2558). ประวัติความเป็นมา. เข้าถึงได้จาก ประวัติความเป็นมา: http://grad.hcu.ac.th/page_about/10/ประวัติความเป็นมา
- มะสะพันธุ์, จ. (2551). รูปแบบการสื่อสารออนไลน์ในเว็บ BLOG กรณีศึกษา : BLOGGANG และ OK NATION BLOG . วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตย กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

- โมสูงเนิน, ว. (2553). *การสื่อสารสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในกรณีการระบาด*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การสื่อสารประยุกต์): คณะภาษาและการสื่อสาร สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- เย็นจะบก, พ. (2554). *การรู้เท่าทันสื่อบนสถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมืองของประเทศไทย:กรณีศึกษาเฉพาะสื่อกระแสหลักและสื่อใหม่ ในช่วงเวลาหาเสียงเลือกตั้งปี พ.ศ. 2554*. บทความ นิเทศศาสตร์และสารสนเทศศาสตร์: คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รณนันทน์, พ. ร. (2545). “อินเทอร์เน็ต.” ใน อุบลรัตน์ ศิริยุวศักดิ์. (บรรณาธิการ) *การสื่อสารมวลชนเบื้องต้น : สื่อมวลชน, วัฒนธรรม และสังคม*. กรุงเทพมหานคร: โครงการสื่อสันติภาพ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, หน้า 425-447.
- ราคา, ส. (2550). *กระบวนการสื่อสารกับเยาวชนของเครือข่ายครูนักธรรมรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศิลปศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาวิชานิเทศศาสตร์พัฒนากาการภาควิชาการประชาสัมพันธ์: คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลักขณา สริวัฒน์. (2544). *จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- เล็กประยูร, ส. (2551). *กระบวนการสื่อสารทางการตลาด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- วงศ์ทิพย์, ส. (2557). *สื่อใหม่: กุญแจเพื่อการพัฒนาองค์กรสมัยใหม่*. วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2557): สาขานิเทศศาสตร์สารสนเทศ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร.
- วงศ์สาธิตศาสตร์, ส. (2549). “สื่อออนไลน์ ช่องทางใหม่ในการรายงานข่าวของสื่อมวลชนไทย.”. *วารสารรามคำแหง*. 23 (1).
- วรจิโรคาทร, พ. (2546). *กระบวนการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ : ในหลักการโฆษณา*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วัลลิโก, ป. (2015). *แบบทดสอบการเรียนรู้*. Retrieved from http://www.igoodmedia.net/@sudin/04_activity/case/48_0530@communication2.html
- วาสนา จันทรสว่าง. (2550). *การสื่อสารสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 2*. กรุงเทพฯ: เจริญมั่นคงการพิมพ์.
- วิกิพีเดีย. (2559). *วิกิพีเดีย* . [ออนไลน์] <https://th.wikipedia.org/wiki/วิกิพีเดีย> ค้นเมื่อ 5 มกราคม พ.ศ. 2559.
- วิทยารัฐ, ส. (2549). *สุรสิทธิ์ วิทยารัฐ. “พัฒนาการสื่อใหม่ (New Media): อิทธิพลภาษาดิจิตอลต่อรูปแบบการสื่อสารของมนุษยชาติและผลกระทบต่อจริยธรรมสื่อ”*. จาก <http://utcc2.utcc.ac.th/localuser/amsar/pdf/newmedia.pdf>.

- วินิจสุวรรณ, ศ. (2548). *การพัฒนาสื่อใหม่ของโมเดิร์นไนน์*. รายงานโครงการเฉพาะบุคคลวารสารศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารสื่อสารมวลชน. คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริยุคต์, อ., พิพิธกุล, ว., & กันภัย, ก. (2545). “แนวคิดการสื่อสารสื่อสารมวลชนและสื่อมวลชน.” ใน *อุบลรัตน์ ศิริยุคต์*. (บรรณาธิการ) *สื่อสารมวลชนเบื้องต้น : สื่อมวลชน, วัฒนธรรม และสังคม*. กรุงเทพฯ: โครงการสื่อสันติภาพ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, หน้า 1-27.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์, และ คณะ. (2539). *การบริหารการตลาดยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พัฒนาศึกษา.
- สมเกียรติ รุ่งเรืองวิริยะ. (2552). สื่อใหม่ในฐานะเครื่องมือโฆษณาประชาสัมพันธ์. *นิเทศศาสตร์ปริทัศน์*. 13 (2), 16-28.
- สมบัติพานิช, พ. (2547). *โฆษณาในทศวรรษที่ 2000-2010 : การศึกษาถึงปัจจัยด้านสื่อที่มีต่อรูปแบบโฆษณา*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสื่อสารมวลชน. คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมประสงค์, จ. (2552). *ลักษณะการใช้ภาษาในสื่อใหม่ ศึกษาเฉพาะเว็บไซต์บล็อกแก๊ง.คอม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- สวัสดิ์เสวี, ด. (2545). *การแปลงตัวตนในห้องสนทนาบนอินเทอร์เน็ต*. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายประดิษฐ์, ข. (2551). “บทบาทนักประชาสัมพันธ์กับการประชาสัมพันธ์ในสื่อใหม่ตอนที่ 1.” *พัฒนาเทคนิคศึกษา*. 20 (65), 42-51.
- สายประดิษฐ์, พ. (2549). *ความคิดเห็นของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยต่อการบริการหลอมรวมสื่อ*. จาก: <http://www.nectec.or.th/images/pdf/techtrends/69/netr.pdf>.
- สุชา จันทน์เอม. (2544). *จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 13)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- เสนไกรกุล, ภ. (2551). *การเปิดรับ แรงจูงใจในการใช้สื่อ ทศนคติและพฤติกรรมกรหลักเลี้ยงโฆษณาของผู้บริโภคที่มีต่อสื่อดั้งเดิมและสื่อรูปแบบใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการโฆษณา ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ : คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, .
- เสรี วงษ์มณฑา. (2542). *สื่อประชาสัมพันธ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ธนวัชรการพิมพ์.
- โสภา ชูพิกุลชัย. (2529). *ความรู้เบื้องต้นทางจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬา.
- หนึ่งหทัย ขอมผลกลาง , และ กิตติ กันภัย. (June 2010). *งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ: กลไกในการพัฒนาสังคม*. *Suranaree J. Soc. Sci. Vol. 4 No. 1*, 65-77.
- หอมเศรษฐี, อ. (2530). *การสื่อสารมวลชนเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่10)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- เหลื่องศักดิ์ชัย, ส. (2553). *โทรทัศน์อินเทอร์เน็ตกับการบริโภคสื่อใหม่ในยุคสังคมข่าวสาร*. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน - มิถุนายน 2553: คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- อรรณพ ปิณฑน์โอภาส. (2546). *การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อ่อนน่วม, ว. (2555). ปรากฏการณ์ทางการสื่อสารยุคดิจิทัล (The communication phenomenon in digital age). *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.)*. 18(2) หน้า 212 - 220. จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/apheitjournals/article/download/29741/25608>.
- เอี่ยม ฉายางาม, และ คณะ. (2544). *เอกสารการสอนชุดวิชา หลักและทฤษฎีการสื่อสาร หน่วยที่ 1-8(พิมพ์ครั้งที่ 19) ก*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เอี่ยม ฉายางาม, และ คณะ. (2544). *เอกสารการสอนชุดวิชา หลักและทฤษฎีการสื่อสาร หน่วยที่ 9-15(พิมพ์ครั้งที่ 19) ก*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- แอมอัมมิตร, ก. (2553). *ความหมาย Web 2.0 Web 3.0*. GotoKnow ค้น 29 ธันวาคม 2558 จาก <https://www.gotoknow.org/posts/371748>.

Monitor Role

การประยุกต์ใช้ทางการบริหาร

โดย น.บ.ส.พัลลภ ยอดศิริจินดา

เอกสารวิชาการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

นักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูงรุ่นที่ 32/2559

วิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ 2559

ก

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ในโลกปัจจุบันที่เต็มไปด้วยความเปลี่ยนแปลง และความไม่แน่นอน ทุกสิ่งต้องแข่งกับเวลา ใครรับทราบสิ่งต่าง ๆ ได้รวดเร็ว ครอบคลุม ย่อมได้เปรียบ ในการที่จะพัฒนาองค์กรให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน บทบาทที่มีความสำคัญที่ผู้บริหารต้องมี คือ บทบาทของการเป็นผู้ตรวจสอบ (Monitor Role) การตรวจสอบที่ดีต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน และต้องมีเหตุผล ไม่อย่างนั้นจะทำให้เกิดภาวะจับผิด แล้วเกิดการปกปิดข้อผิดพลาดในสิ่งที่ต้องจัดการแก้ไข และนำไปสู่ความล้มเหลวขององค์กร

ในการเป็นผู้ตรวจสอบ ต้องเริ่มจากการมองที่ตนเอง การที่ผู้ตรวจสอบท่านต้องจัดการกับพฤติกรรมอะไรของตนเองบ้างที่จะพัฒนาไปสู่บทบาทในการทำหน้าที่ผู้ตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ หลักๆ ได้แก่เรื่องข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวผู้บริหาร การจัดการกับความสับสน และความไม่แน่นอน เป็นต้น จากนั้นมาพัฒนาในการตรวจสอบภาพรวมขององค์กร ต้องมีแนวทางอย่างไร แล้วเจาะลึกไปถึงระบบในการดำเนินงานขององค์กร ว่าเป็นอย่างไร ผู้บริหารต้องรู้และเข้าใจองค์กรในทุก ๆ ด้าน ทุก ๆ ระบบงาน ผู้บริหารจึงจะเป็นผู้ตรวจสอบมืออาชีพ เน้นการปฏิรูปกระบวนการ (Process Reengineering) ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการในองค์กรที่ให้มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนต่อไปในภายภาคหน้าต่อไป

ในส่วนของงานสาธารณสุขถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับหัวหน้าหน่วยงานหรือผู้บริหาร โดยเฉพาะ นายแพทย์สาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่จะต้องทำให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่เป็นบทบาทที่ไม่ได้สร้างให้เกิดได้อย่างง่ายดายและรวดเร็ว ต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ การเก็บเกี่ยวประสบการณ์ในการทำงานในฐานะผู้บริหารต่อไปในอนาคต และผู้บริหารก็ไม่ควรที่จะจดจ่อกับการที่จะพัฒนาบทบาทของผู้ตรวจสอบนี้อย่างเดียวควรที่จะต้องพัฒนาบทบาทอื่นๆ ควบคู่กันไปด้วย เพราะทุกบทบาทต้องทำงานประสานกันโดยตลอด ต้องรอบรู้ทุกเรื่องจึงจะเป็นผู้รอบ

ข

กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์สุชุม กาญจนพิมาย ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 3 ที่มี
ความเมตตา และสนับสนุนให้ข้าพเจ้ามาอบรมหลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง
ประจำปี 2559 เพื่อที่จะนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับประโยชน์มาพัฒนางานบริการสุขภาพ และ
งานบริหารการเงินการคลัง ในจังหวัดชัยนาท และในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ต่อไป ขอขอบพระคุณ
อาจารย์ สุวรรณ ติระวณิชย์ อาจารย์ ศราวุฒิ ตั้งศรีกุล และ เพื่อน ๆ น.บ.ส. รุ่น32 กลุ่ม7 ที่ให้คำแนะนำ
และข้อคิดเห็นในการปรับปรุงรายงานฉบับนี้ให้สมบูรณ์ขึ้น

สุดท้ายขอขอบคุณ วิทยาลัยนักรับราชการสาธารณสุข และคณาจารย์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่
ดูแลและให้ความอบอุ่น ความสะดวกสบาย และสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดีเยี่ยม

น.บ.ส.พัลลภ ยอดศิริจินดา

มิถุนายน 2559

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทนำ	1
บทบาทผู้กำกับดูแล	3
บทสรุป และการประยุกต์ใช้บทบาท Monitor Role ในงานบริหารการเงินการคลัง จังหวัดชัยนาท	13
เอกสารอ้างอิง	16
ประวัติผู้เขียน	17

บทนำ

Robert E. Quinn และคณะได้เสนอแนวความคิด ในการบริหารภายใต้สมมุติฐานว่าองค์กรต้องการปรับตัวมีความยืดหยุ่นและคงที่ควบคู่กันได้ในเวลาเดียวกันเพื่อให้องค์กรสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยให้ความสำคัญทั้งสภาพแวดล้อมภายนอกและสภาพแวดล้อมภายในพร้อมๆกันเป็นรูปแบบ โครงสร้างการแข่งขันเชิงคุณค่า

(Competing Values Framework) มีกำหนดเส้น External-Internal ตัดขวางกับเส้น Flexible-control เกิดเป็นพื้นที่ 4 ด้านของพื้นที่ทั้งหมด

กำหนดพื้นที่ 1 เป็น Rational Goal Model มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมายและผลผลิต (Maximization of output) ซึ่งมีความหมายตรงกับการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic

management) บทบาทที่ต้องการสำหรับผู้บริหารได้แก่บทบาทผู้สร้างนวัตกรรม (Innovator Role) และ บทบาทนายหน้า (Broker Role)

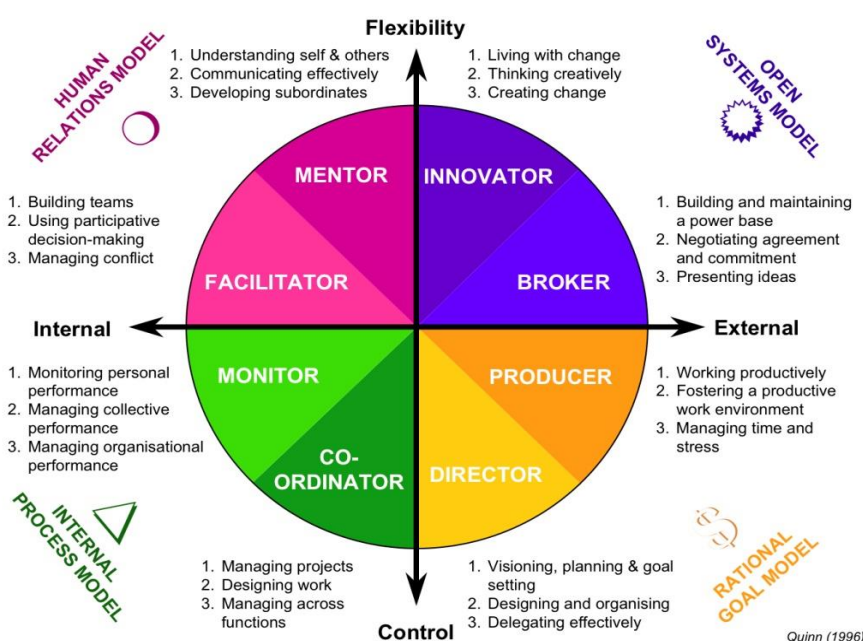
กำหนดพื้นที่ 2 เป็น Open System Model มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน/เปลี่ยนแปลง (Change and Expansion) ซึ่งมีความหมายตรงกับการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) บทบาทที่ต้องการสำหรับผู้บริหารได้แก่บทบาทผู้อำนวยการ (Director Role) และ บทบาทผู้ผลิต (Producer Role)

เมื่อผนวก Rational Goal Model เข้ากับ Open system Model จะก่อให้เกิดการวางแผน (Planning) ซึ่งเป็นเรื่องของความคิดของผู้นำที่จะต้องกำหนด

กำหนดพื้นที่ 3 เป็น Human Relation Model มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการพัฒนาคน (Human development) ซึ่งจะมีความหมายตรงกับการบริหารบุคลากร (Human resource Management) บทบาทที่ต้องการสำหรับผู้บริหารได้แก่บทบาทผู้กำกับดูแล (Monitor Role) และ บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator Role)

กำหนดพื้นที่ 4 เป็น Internal Process Model มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ระบบภายในมีเสถียรภาพ (Consolidation and continuity) ซึ่งมีความหมายตรงกับการบริหารเชิงคุณภาพ (Quality Management) บทบาทที่ต้องการสำหรับผู้บริหารได้แก่บทบาทครูพี่เลี้ยง (Mentor Role) และ บทบาทผู้อำนวยการความสะดวก (Facilitator Role)

๒



Model ทั้ง 4 จะเกิดขึ้นเป็น วงจรไม่รู้จบคือเมื่อกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อผลผลิตสูงสุด (Rational Goal Model) นำไปสู่การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Open system Model) เพื่อ

ปรับเปลี่ยนองค์กรนาไปสู่การจัดและพัฒนาบุคลากร (Human Relation Model) ซึ่งจะนาไปสู่การวางระบบภายใน (Internal Process Model) จนกว่าจะเกิดการกำหนดยุทธศาสตร์ใหม่อีกครั้งหนึ่ง

เมื่อมองในรายละเอียด เรื่องรูปแบบการบริการจัดการโดยยึดหลักกระบวนการจัดการภายใน (Internal Process Model) ในส่วนล่างทางซ้ายมือ ของโครงสร้างการแข่งขันเชิงคุณค่า (Competing Values Framework)จะเป็น ส่วนของบทบาทผู้ตรวจสอบ (Monitor) และบทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator Roles) ผู้บริหารจัดการแบบผู้ตรวจสอบจะมีคุณลักษณะคือ รู้ว่าอะไรกำลังเกิดขึ้นในหน่วยงาน, ใฝ่คว้าทุกคนปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและตามระเบียบหรือไม่, ใฝ่มองหน่วยงานนั้น ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายหรือไม่ ผู้ตรวจสอบจะรู้ความจริงทุกอย่าง, รวบรวมรายละเอียดและวิเคราะห์ ข้อมูลต่างๆ ด้วยลักษณะเฉพาะสำหรับ บทบาทนี้คือ มีความสามารถในการจัดการข้อมูลรูปแบบ ต่างๆ พิจารณาทบทวนและตอบสนองต่อข้อมูลที่มีอยู่ประจำ, ซึ่งนำไปสู่การตรวจสอบ, ตรวจสอบและตรวจงาน, ตลอดจนการพิจารณาตรวจสอบรายงานและเอกสารต่างๆ

บทบาทผู้ตรวจสอบจะให้ความสนใจในรายละเอียด (Detail), การควบคุม (control), และ การวิเคราะห์ (analysis) ผู้บริหารต้อง ชอบที่จะเรียน รู้ถึงทางเลือกทุกๆ ทางทั้งหมดโดยละเอียด รู้ทุกด้านว่า อะไรกำลังเกิดขึ้นในองค์กรขณะนี้ จะไม่ปล่อยให้บางสิ่งบางอย่างหลุดรอดไปโดยไม่ไดตั้งข้อสังเกตเลย ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นบทบาทที่มีความสำคัญ และ จะพัฒนาให้เกิดขึ้นไม่ยากในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งจะกล่าวอย่างละเอียดในบทถัดไป

๓

บทบาทผู้กำกับดูแล (THE Monitor Role)

บทบาทนี้คล้ายๆกับพวกคอยจ้องจับผิดคนอื่นอาจทำให้เกิดการแตกแยกของทีมงาน ผลเสียต่อความสัมพันธ์ของทีมงาน แต่แท้ที่จริงแล้ว คำว่า“การตรวจสอบ” (Monitoring) มีความหมายว่า การเฝ้ามอง, การจ้องมองอย่างระมัดระวังของเจ้าหน้าที่หรือผู้ตรวจการ, การสอดแนมของที่ปรึกษา บทบาทเหล่านี้มีส่วนสำคัญยิ่งต่อผลการทำงานทั้งของบุคคล และกลุ่มผู้กำกับดูแลการทำงานนี้จะให้ความสำคัญกับกระบวนการภายในองค์กร นอกจากนี้ ถ้าใช้บทบาท**Monitor** มากจนเกินไปจะส่งผลให้เกิด ระเบียบปฏิบัติที่ไม่เป็นผล (Procedural Sterility) และ เคร่งครัดแต่สิ่งที่ไม่เป็นสาระ (Trivial Rigor) ความสามารถ (competencies) ที่สำคัญสำหรับบทบาทนี้มี 3 ประการคือ

ศักยภาพที่1 การตรวจสอบพฤติกรรมส่วนบุคคล (Monitoring Personal Performance)

ศักยภาพที่ 2 การบริหารพฤติกรรมส่วนรวม (Managing Collective Performance)

ศักยภาพที่ 3 การบริหารพฤติกรรมขององค์กร (Managing Organizational Performance)

1. การตรวจสอบพฤติกรรมส่วนบุคคล (Monitoring Personal Performance)

จุดเริ่มต้นแรกสุด คือ ท่านเอง ไม่ว่าท่านจะประกอบอาชีพอะไร, ทำงานอะไร, หรือเรียนรู้อะไร ความสำเร็จส่วนใหญ่ของท่านจะขึ้นอยู่กับศักยภาพที่จะตรวจสอบพฤติกรรมของตนเอง แล้วเปลี่ยนแปลงข้อมูล (Data) ที่ล้อมรอบตัวท่านให้เป็นข้อมูลที่ให้ความรู้ (Information) ซึ่งท่านสามารถนำมาใช้ประโยชน์และเรียนรู้จากข้อมูลนั้นได้ ในรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 การไล่ตามเอกสาร : เดินหน้า 2 ก้าว ถอยหลัง 1 ก้าว (THE PAPERCHASE : TWO STEPS FORWARD, ONE STEP BACK)

การบริหารข้อมูลที่มีมากเกินไป (MANAGING INFORMATION OVERLOAD)

Russel Ackoff กล่าวว่าปัญหาสำคัญประการหนึ่งของผู้บริหารคือการมีข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานมากเกินไปหลายคนต้องจมอยู่กับกองข้อมูลที่ไม่รู้ว่าจะนำมาใช้ประโยชน์อะไรได้ผู้บริหารที่ชาญฉลาดจะให้ความสนใจแต่ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เท่านั้นการมีข้อมูลที่ไม่จำเป็นมากเกินไปจะทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับข้อมูล (Information anxiety) ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่างสิ่งที่เรารู้กับสิ่งที่เราคิดว่าเราควรจะมี เป็นภาวะที่ข้อมูลที่มีอยู่ไม่สามารถบอกในสิ่งที่เราต้องการได้จริงๆ แล้วคำว่า Information หรือข้อมูลสารสนเทศต่างจากคำว่า data หรือข้อมูลดิบในแง่ที่ว่า Information จะเป็นข้อมูลที่ช่วยลดความไม่แน่นอน (reduces uncertainty) ที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นถ้าข้อมูลที่มีไม่สามารถลดความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นข้อมูลนั้นคงเป็นได้แค่เพียง Data เท่านั้น

ความคิดที่จะให้องค์กรทำงานโดยปราศจากกระดาษ (PAPERLESS OFFICE) ดูเหมือนว่าจะเป็นจริงได้ยากเต็มทีจากข้อมูลทางสถิติพบว่าตั้งแต่มีการใช้ e-mail ความต้องการใช้กระดาษเพื่อที่จะพิมพ์สิ่งที่ได้รับมีมากขึ้นแทนที่เราจะคิดหาทางกำจัดกระดาษให้หมดไปจากสำนักงานเราควรมองว่าแท่งที่จริงแล้วกระดาษเป็นสื่อกลางของการติดต่อสื่อสารได้เป็นอย่างดีที่เราควรให้ความสนใจกับการใช้กระดาษเพื่อบันทึกเฉพาะข้อมูลที่เราต้องการทำอะไรไม่ให้มีกระดาษที่มีข้อมูลที่เราไม่ต้องการใช้มากเกินไปทางออกทางหนึ่งคือการนำเทคโนโลยีมาใช้เพราะคอมพิวเตอร์มีพื้นที่สำหรับการเก็บข้อมูลได้เป็นจำนวนมาก

๔

ระบบ T R A F : TOSS, REFER, ACT, FILE

Toss อะไรที่ไม่ใช้หรือไม่จำเป็นก็โยนทิ้งไปเถอะ

Refer ส่งต่อข้อมูลที่มีให้คนอื่นเช่นเลขานุการเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

Act มีเอกสารอะไรต้องทำก็ควรรีบลงมือทำทันทีอย่าเก็บสะสมไว้

File จัดเก็บข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่

เทคนิค TRAF สามารถใช้กับข้อมูลที่เป็นกระดาษได้แต่ในโลกยุคใหม่นี้ข้อมูลจำนวนมากผ่านมาถึงผู้บริหารทางสื่อต่างๆ ตัวเลขที่น่าสนใจคือผู้บริหารจะได้รับข้อมูลผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรศัพท์,

internet, intranet, e-mail, voicemail หรือ fax ทุกๆ 5 นาทีนั้นแปลว่าผู้บริหารจะได้รับข้อมูลกว่า 200 ครั้งต่อวัน William Baker ได้เสนอวิธี OABE เพื่อจัดการกับข้อมูลให้มีความสั้นกระชับ และชัดเจนด้วยวิธีง่ายๆดังนี้

Opening เริ่มต้นด้วยอารมณ์บทสั้นๆ

Agenda ระบุขอบเขต / หัวข้อ

Body แสดงเนื้อหาสาระสำคัญของเรื่อง

Closing สรุปว่าต้องการให้ใครทำอะไรที่ไหนเมื่อใด

1.2 ตรวจสอบความสับสน : การสร้างเครือข่ายข่าวสารของตัวเอง (MONITORING THE MESS: BUILDING YOUR OWN INFORMATION NETWORK)

ชีวิตของนักบริหารจะเกี่ยวข้องกับ ความสับสน, ความยุ่งเหยิงอยู่ตลอดเวลา เพราะต้องไปจัดการเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคนและวิธีการ (Human and technical interconnection) ซึ่งไม่เคยอยู่คงที่เลย และความกังวลใจจากการไม่รู้ ผู้บริหารจัดการส่วนใหญ่จะจัดการตรวจสอบดูแลการทำงานอย่างมาก พวกเขาจะสังเกต, รับฟัง, ติดตามพฤติกรรมของหน่วยงานของพวกเขา ผู้บริหารจัดการจะเชื่อถือในสิ่งที่พวกเขาเห็น, สัมผัสได้, และได้ยินมา ผู้บริหารจะเชื่อถือบุคคลที่เคยให้ข่าวสารที่เชื่อมั่น, เชื่อถือในอดีต ข่าวสารส่วนใหญ่ที่ผู้บริหารนำมาใช้จริงๆ ได้จากคำพูด, ข่าวคราวจากปาก (word-of-mouth) และไม่เป็นทางการ (informal)

Tom Peters และ Bob Waterman ได้เขียนหนังสือ In Search of Excellence (1982) โดยมีคำว่า Management by Walking Around (MBWA) (แปลว่า การบริหารด้วยการเดินให้ทั่ว) หมายความว่ารูปแบบภาวะผู้นำ และการเรียนรู้ที่จะมาพร้อมกับศตวรรษนี้ ผู้นำที่ดีจะมีการติดต่อโดยเป็นรายบุคคล, พูดคุยกันต่อหน้า กับคนอื่นๆ ที่พวกเขาดูแลอยู่ มีการศึกษาวิจัยระหว่างปี ค.ศ. 1960 - 1970 เรื่องการปฏิบัติงานบริหารให้มีประสิทธิภาพ ได้บอกไว้ว่า ผู้บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดจะมีศักยภาพด้านการติดต่อกับบุคคลในความดูแลของพวกเขาสูงมาก ผู้บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะตรวจสอบดูแลงานและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไปพร้อม ๆ กัน ผลการศึกษานี้จะยังคงใช้อยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งตัวอย่างต่อไปนี้

1.ผู้บริหารจัดการระดับสูงจะใช้เวลาวันละ 4 - 6 ชม. พูดคุยปฏิสัมพันธ์กับคนทั่วไปในขณะที่ผู้บริหารที่มีประสิทธิภาพน้อยกว่าใช้เวลาในส่วนนี้น้อยกว่า แต่จะให้เวลาส่วนใหญ่ในการอ่าน, วางแผน และทำงานเอกสาร

2.ผู้บริหารจัดการระดับสูงมีแนวโน้มจะขยายการติดต่อกับบุคคลของพวกเขาให้กว้างขวาง^๕ ในขณะที่ผู้บริหารจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพจะละเลยบุคคลดังกล่าวและให้ความสนใจกับสิ่งอื่น^๕ (บุคคลในที่นี้น่าจะหมายถึง บุคคลในองค์กร ในกรณีนี้ผู้บริหารที่ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพมักจะให้ความสนใจแบบฉาบฉวย

3.ผู้บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะใช้เวลาส่วนใหญ่กับผู้ที่มีตำแหน่งสูงกว่า (superior) มากกว่าผู้เป็นรอง, ผู้ใต้บังคับบัญชา (subordinate) ถึง 2 - 3 เท่า (รูปแบบอย่างนี้อาจจะมีการ

เปลี่ยนแปลงไปเพราะมีการพัฒนาคณะทำงานแบบผสม Cross functional team เข้ามา) ในขณะที่ผู้บริหารจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพจะใช้เวลาามากกว่ามากกับผู้ที่อยู่สูงกว่า (even more time), ทำให้กลายเป็นแยกตัวออกจากงานและลดความรู้สึกร่วมและความผูกพันในหน่วยงานลง (becoming cut off from the issues of workflow and the “feel” or climate of the work units)

4.ผู้บริหารที่เก่งที่สุดจะให้ความสำคัญเรื่องการติดต่อกับบุคคลทั้งด้านภาพรวมกว้างๆ (length) และในรายละเอียด (depth) โดยปรับตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ขณะที่ผู้บริหารที่ไม่มีประสิทธิภาพจะมีแนวทางแบบเดียวกับทุกๆ เรื่องกับผู้ใต้บังคับบัญชาของพวกเขา มุมมองและการติดต่อของพวกเขาเช่นนี้จะมีลักษณะที่เหมือนๆ กันทั้งหมด

5.ผู้บริหารที่เก่งที่สุดจะใช้หนทางอันหลากหลาย ในการนำ บุคคลต่างๆ มารวมกัน, ไม่ว่าจะเป็นการประชุม, การพบปะตัวต่อตัว และการรวมกลุ่มย่อยๆ ขณะที่ผู้บริหารที่มีประสิทธิภาพน้อยที่สุดจะการประชุมเพียงอย่างเดียวสำหรับวัตถุประสงค์ทุกๆ อย่าง

1.3 การเปรียบเทียบระหว่างตรวจสอบที่ดี และการบริหารจัดการแบบจุลภาค (GOOD MONITORING VERSUS MICROMANAGING)

ผู้ตรวจสอบดูแลที่ดีจะไม่เฝ้าระวังตรวจสอบตัวบุคคล; แต่จะเฝ้าระวังตรวจสอบระบบ ผู้นำ ที่มีประสิทธิภาพน้อยจะทำ งานในระบบ (work in the system) ; ผู้นำ ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าจะ ทำ งานบนระบบ (work on it), และช่วยเหลือแนะนำ คนอื่นว่าจะทำ งานบนระบบนั้นได้อย่างไร (how to work on it) เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นพวกเขาจะมองหาสาเหตุจากระบบ, ไม่ใช่มองหาเหตุจากตัวบุคคล

1.4 ดำเนินการตามความเป็นจริงในเรื่องพฤติกรรมของตัวเอง (THE FACTS ARE FRIENDLY: PURSUING THE TRUTH ABOUT YOUR OWN PERFORMANCE)

ผู้บริหารในการตรวจสอบพวกเรากันเองและบอกพวกเราว่า พวกเราจำเป็นต้องมีการปรับปรุง, พวกเราควรเริ่มต้นด้วยทัศนคติที่ว่า “ความจริงคือมิตรแท้” (facts are friendly) และความจริงแม้จะเป็นผลลบ (ผลเสีย) ในระยะสั้นแต่จะเป็นมิตรแท้ในระยะยาว

เป็นไปได้ที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์ถ้าพวกเราไม่มีการประเมินผลตัวเอง (feedback) ว่า ทางเลือกและการกระทำ นั้นมีประสิทธิภาพแค่ไหน Senge ได้บอกว่า “พวกเราเรียนรู้ได้ดีที่สุดจากประสบการณ์ แต่พวกเราไม่เคยได้รับประสบการณ์โดยตรงจากผลลัพธ์ในการตัดสินใจที่สำคัญเหล่านั้น”

Susan Ashford จากโรงเรียนบริหารธุรกิจของมหาวิทยาลัยมิชิแกน ใช้เวลาหลายปีศึกษาวิจัย เรื่องของบุคคลทุกระดับในองค์กรที่ได้รับความสำเร็จและได้ประโยชน์จากการประเมินผล (ย้อนกลับ) ว่าเป็นอย่างไร ผลการวิจัยของเธอแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่แสวงหาการประเมินผล (ย้อนกลับ) อย่างกระตือรือร้น, จะมีศักยภาพมากกว่า และถูกสนับสนุนส่งเสริมมากกว่าผู้ที่รอคอย

การประเมินผล (ย้อนกลับ) จากผู้อื่น สิ่งนี้เป็นบทเรียนที่มีค่าแน่นอนอย่างยิ่ง การติดตามความจริงว่าท่านควรจะทำอย่างไร ท่านไม่สามารถแก้ปัญหาได้จนกว่าท่านจะรู้ว่าปัญหาอยู่ที่ไหน

2. การบริหารพฤติกรรมส่วนรวม (Managing Collective Performance)

2.1 เน้นตรวจสอบ “ผลงาน” (WE MONITOR “OUTPUT”)

Andy Grove (ประธานบริษัท Intel) ชอบถามผู้บริหารจัดการที่ได้รับการสนับสนุนมาใหม่ๆ ว่า “อะไรคือผลงานของผู้บริหาร” เขาจะได้คำตอบที่น่าสนใจเสมอ นี่เป็นเพียงตัวอย่างอันเล็กน้อย

การพิจารณาและข้อคิดเห็น (judgments and opinions)

การจัดสรรทรัพยากร (allocation of resources)

การตัดสินใจ (decisions)

การค้นหาค้นพบ (mistakes detected)

การวางแผนการผลิต (products planned)

การมอบงานในการเจรจา (commitments negotiated)

การสอน, การฝึกอบรมเรื่องต่าง ๆ (courses taught)

Grove ชี้ให้เห็นว่า สิ่งเหล่านี้เป็นรายการของกิจกรรมต่างๆ – บรรยายถึงสิ่งที่ผู้บริหารจัดการได้ทำ ขณะที่พวกเขาพยายามจะสร้างผลลัพธ์หรือผลงานขั้นสุดท้าย ผลงานของศัลยแพทย์คือการรักษาผู้ป่วยให้หายและมีชีวิตตามปกติ; ผลงานของครูชั้นเกรด 5 อาจเป็นการเตรียมเด็กนักเรียนให้มีทักษะ, ความรู้, และความมั่นใจเพียงพอที่จะเลื่อนชั้นได้ กิจกรรมบางอย่างมีความสำคัญต่อความสำเร็จของงาน, แต่ถ้าเราเน้นกิจกรรมมากเกินไป, พวกเขาจะพบทางตันด้วยตัวของพวกเขาเองและพวกเขาจะสูญเสียการมองเห็นและเข้าใจผลงานนั้นไป บางครั้งผู้บริหารจัดการจะสูญเสียการควบคุมผลงานโดยสิ้นเชิงเพราะว่าพวกเขายุ่งกับการบริหารงานมากเกินไป

2.2 เน้นตรวจสอบเส้นทางแห่งคุณค่า (MONITORING THE VALUE CHAIN)

เส้นทางแห่งคุณค่า(value chain) ตามรูปที่ 4.1 เส้นทางแห่งคุณค่าเป็นภาพของกิจกรรมทั้งหมดทางธุรกิจที่ใช้ผลิตและส่งมอบบางสิ่งบางอย่างให้กับลูกค้า ซึ่งลูกค้าจะได้ประโยชน์และเห็นคุณค่า Porter ได้เรียงลำดับกิจกรรมที่มีคุณค่าในเชิงสร้างสรรค์ 9 อย่าง, 5 อย่างแรกเขาเรียกว่ากิจกรรมหลัก และ 4 อย่างถัดมาเป็นส่วนสนับสนุน กิจกรรมหลัก 5 อย่างแรกได้แก่

- 1.การนำ วัตถุดิบหรือข้อมูลข่าวสารเข้ามาในองค์กร (Inbound logistics)
- 2.ปฏิบัติการ (Operations)
- 3.การส่งออก (Outbound logistics)
- 4.การตลาดและการขาย (Marketing and sales)
- 5.การบริการ (Service)

กิจกรรมสนับสนุน 4 อย่างที่แวดล้อมกิจกรรมหลักและช่วยเหลือให้การปฏิบัติงานในกิจกรรมหลักมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ได้แก่

- 1.โครงสร้างพื้นฐานที่แข็งแกร่ง (Firm infrastructure) -- การวางแผน, กฎหมาย, การเงินและการบัญชี ใช้ในการเพิ่มคุณค่าของวัตถุดิบและข้อมูลข่าวสาร
- 2.การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) -- การว่าจ้าง, การฝึกอบรม, การตอบแทน และความผูกพันทางสังคมของบุคคลต่างๆ ที่ทำงานอยู่
- 3.การพัฒนาด้านเทคโนโลยี (Technology development) -- อุปกรณ์, เครื่องมือ, และข้อมูลข่าวสารที่เพิ่มคุณค่าเท่าที่สามารถจะทำได้
- 4.การจัดหา (Procurement) -- การได้มาเป็นกรรมสิทธิ์ของอุปกรณ์, เครื่องมือ, ความคิด และข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการบำรุงรักษาและปรับปรุงกิจกรรมหลักนั้น

กิจกรรมทั้งหมดจะต้องได้รับการตรวจสอบและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง, แต่พวกเขาจะต้องเล่นเป็นวง (วงดนตรี) หรือเป็นทีมเพื่อส่งมอบสินค้าที่มีคุณค่าสูงที่สุดให้แก่ผู้ซื้อ (Customer) หรือลูกค้า (Clients) และคนอื่นๆ (other publics) ขององค์กร ทุกกิจกรรมจะต้องมีการผสมผสาน กิจกรรมบางอย่างอาจจะเป็นกิจกรรมย่อยของกิจกรรมหลัก และให้คิดเสมอว่าทุกกิจกรรมผลงานที่เกิดขึ้นมาจะมีส่วนที่จะเกี่ยวข้องกับลูกค้าเสมอ

ในส่วนของผู้บริหารจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีความสามารถในการมองเห็นถึงขบวนการในการทำงานที่เกิดขึ้นของทั้งระบบ และเฝ้าตรวจสอบคุณค่าที่เกิดขึ้นมาอย่างมีประสิทธิภาพ และรวดเร็วทันทั่วถึง เพื่อที่จะสามารถดำเนินการบริหารองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นระบบ และยั่งยืน

2.3 ปฏิรูปกระบวนการ REENGINEERING THE PROCESS

ภายในแกนกลางของขบวนการทางธุรกิจจะมีงานปฏิบัติการเรียกว่า “งานประจำ” (events or routines) งานประจำ บางอย่างมีความสำคัญ (vital), บางอย่างก็ไม่สำคัญ, บางอย่างเป็นเรื่องภายในองค์กร, บางอย่างเป็นเรื่องภายนอก งานประจำ จะรวมถึง การเยี่ยมเยียนลูกค้า, วางนโยบายต้นทุนด้านเงินประกันภัย, ตัดยอดเช็คที่ออกให้พนักงานไปก่อน, การส่งสินค้า, การรับชำระเงินจากลูกค้า, การบรรจุสินค้าส่งออกตลาด, และการฝึกอบรมพนักงานให้ใช้โปรแกรมการนำเสนอ เมื่อเร็วๆ นี้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอิทธิพลมากขึ้น, ธุรกิจจำนวนมากใช้ระบบสำนักงานอัตโนมัติทำ ให้งานประจำ ทำ ง่ายขึ้น ถ้าองค์กรยังคงพัฒนาอย่างต่อเนื่องในเรื่องการชำระเงินให้กับพนักงานซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้, และจับเอาขบวนการเก่าๆ ไปไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์, ซึ่งขบวนการใหม่ที่ได้นี้ไม่จำเป็นจะต้องดีกว่าเดิม ในความเป็นจริงแล้วมันอาจจะแย่งระบบสำนักงานอัตโนมัติอาจจะทำให้พวกเราทำงานผิดพลาดมากขึ้นกว่างานที่ทำ ด้วยมือ (ในเวลาต่อหนึ่งนาทิต) เพราะว่าเครื่องจักรไม่สามารถรู้จักและไม่สามารถจัดการกับกรณียกเว้นต่างๆ หรือกรณีพิเศษได้

Lee Perry ผู้เชี่ยวชาญด้านยุทธศาสตร์ทางธุรกิจ แนะนำ ผู้นำ ทางธุรกิจให้จัดแต่ละกิจกรรมหรือขบวนการที่สำคัญของพวกเขให้เข้าไปอยู่ในประเภทใดประเภทหนึ่งใน 4 ประเภท ดังนี้

1.งานที่ได้เปรียบทางการแข่งขัน (Unit of competitive advantage) (UCA) หรืองานและศักยภาพที่สร้างความแตกต่างที่เด่นชัดให้กับธุรกิจในตลาด

2.งานที่ช่วยเพิ่มคุณค่า (Value-added support work) ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้งานประเภท UCA ประสบความสำเร็จ

3.งานสนับสนุนที่สำคัญ (Essential support work) ไม่ใช่งานที่สร้างผลประโยชน์, ไม่ใช่งานที่คอยสนับสนุนงานที่สร้างผลประโยชน์, แต่เป็นงานที่ต้องกระทำ ถ้าธุรกิจยังดำเนินการอยู่อย่างต่อเนื่อง

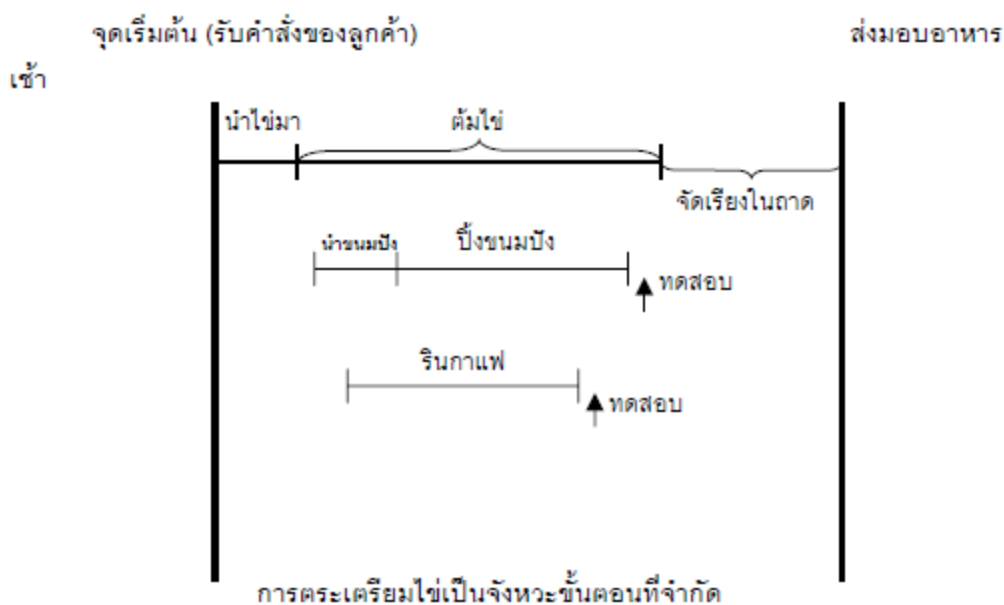
4.งานที่ไม่สำคัญ (Nonessential work) หรือกิจกรรมที่สูญเสียความมีประโยชน์ไป แต่ยัง เ็นประโยชน์ต่อเนื่องเพราะเป็นประเพณี, วัฒนธรรมหรือค่านิยม

งานที่ได้เปรียบทางการแข่งขัน เป็นงานที่สร้างผลประโยชน์มากที่สุด, ดังนั้นพวกเราควรจะปฏิรูปงานนี้เป็นอันดับแรก งานที่ช่วยเพิ่มคุณค่าควรได้รับการปฏิรูปพร้อมด้วย และให้มีการผสมผสานอย่างใกล้ชิดกับ กิจกรรมใน งานที่ได้เปรียบทางการแข่งขัน งานสนับสนุนที่สำคัญควรได้รับการปฏิรูป, งานที่ไม่สำคัญจะเป็นส่วนที่สิ้นเปลืองเวลาและทรัพยากรถ้าพวกเราพบงานที่ไม่สำคัญนี้พวกเราควรหยุดการทำงานเช่นนั้นไว้

เป็นการดีอย่างยิ่งในขณะเริ่มต้นปรับปรุงขบวนการ, โดยทำ ความเข้าใจถึงรูปแบบ หรือสถานการณ์ในปัจจุบัน สิ่งที่เราทำได้ทำ กันอยู่ในทุกวันนี้เต็มไปด้วยสิ่งที่ไม่มีประสิทธิภาพ, ซึ่งพวกเราอาจจะสังเกตไม่เห็น พวกเราจะใช้ตัวอย่างหนึ่งที่คุ้นเคยกัน ตัวอย่างในการปฏิรูปขบวนการต้มไข่ เราจะค้นหาขั้นตอนที่จำกัด และออกแบบขบวนการให้อยู่ในขั้นตอนนั้น งานปรุงอาหารเข้าแบบธรรมดาๆ ในภัตตาคาร โปรดสมมุติว่า อาหารเข้าประกอบด้วยไข่ต้มไฟอ่อนๆ 3 นาที (Soft boiled egg), ขนมปังปิ้ง, และกาแฟ งานนี้ต้องพยายามทำให้เสร็จตามตารางเวลา 5 นาที (ภายใน 5 นาทีหลังจากได้รับคำสั่งจากลูกค้า) และได้อาหารมีคุณภาพที่ยอมรับได้ (ไข่จะไม่ถูกต้มจนแข็งหรือ ยังละเกินไป, ขนมปังถูกทอดด้วยเนยแต่ไม่ทากจนไหม้, และขนมปังจะต้องไม่เกรียม เป็นต้น), และต้องมีราคาถูกที่สุดเท่าที่จะทำได้ ลูกค้ามีความต้องการเยอะมาก; พวกเราจะต้องมอบสิ่งที่พวกเขาต้องการและยังต้องคงกำไรไว้ตลอดเวลาด้วย และนี่เป็นสิ่งที่ Andy Grove ได้บรรยายขบวนการไว้ว่า “จุดยืนในการผลิต หรือการกระทำ ” (manufacturing standpoint) สิ่งแรกสุดที่พวกเราต้องทำ คือ ปักหลักหาขั้นตอนต่างๆ ในระบบที่มีส่วนกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติงานโดยรวม, พวกเราจะเรียกขั้นตอนนี้ว่า จังหวะที่จำกัดหรือขั้นตอนที่จำกัด (Limited step) ประเด็นนี้้ง่ายมาก : ขบวนการเตรียมอาหารเข้าขั้นตอนไหนที่ใช้เวลาในการจัดเตรียมนานที่สุด ? เพราะว่า กาแฟเตรียมพร้อมเรียบร้อยแล้วอยู่ในห้องครัว, ขนมปังก็ใช้เวลาปิ้งเพียง 1 นาที, และคำตอบที่ชัดเจนก็คือ ไข่, ดังนั้นพวกเราควรจะวางแผนทั้งหมดตามเวลาที่ใช้ในการต้มไข่นั้น ไม่เพียงแต่เป็นขั้นตอนที่ใช้เวลามากที่สุดเท่านั้น, แต่ไข่ยังเป็นส่วนประกอบสำคัญที่สุดในอาหารเมื่อเข้า

สำหรับลูกค้าส่วนใหญ่อีกด้วยอะไรจะเกิดขึ้นในรูปแบบผังงานที่ยกตัวอย่างมานี้ พยายามกลับไปที่กำหนดเวลาในการส่งมอบอาหารเช้า, ท่านจำ เป็นต้องคำนวณเวลาที่จำ เป็นต้องใช้ในการเตรียมอาหารเช้าทั้ง 3 ขั้นตอนเพื่อให้เกิดความแน่ใจว่า สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ขั้นแรกท่านต้องใช้เวลาในการจัดเตรียมอาหารต่างๆ ลงบนถาด ขั้นต่อไปท่านต้องเอาขนมปังปิ้งออกจากเครื่องปิ้งและเอากาแฟจากในหม้อ, ในขณะที่การต้มไข่ยังดำเนินอยู่ในขณะเดียวกันการเพิ่มเวลาที่ต้องใช้, เข้าไปในช่วงเวลาที่ใช้ในการเตรียมไข่ซึ่งจะเป็นช่วงเวลาที่กำหนดระยะเวลาทั้งหมดของกระบวนการเตรียมอาหารเช้า – เรียกว่า เวลาทั้งหมดตลอดเส้นทาง (total throughput time) (สิ่งที่ไม่ค่อยได้เรื่องได้ราว in production jargon

๙



ตอนนี้ท่านมาอยู่ที่ขนมปังปิ้ง ใช้เวลาในการเตรียมไข่เป็นเวลากำหนดในขบวนการ, โดยท่านต้องนำ เวลาขณะเดียวกันนั้น, มา นำ ขนมปังมาและปิ้งขนมปังแต่ละชิ้น ในที่สุดช่วงเวลาที่ท่านปิ้งขนมปังจะเป็นตัวกำหนดของท่านเองว่าเมื่อไรท่านจะต้องรินกาแฟ ความคิดหลักของวิธีการนี้คือ พวกเราได้สร้างขบวนการผลิตสินค้าของพวกเราเองโดยเริ่มจากส่วนหรือขั้นตอนที่ใช้เวลานานที่สุด หรือ ยากที่สุด, หรืออ่อนไหวที่สุด, หรือเสียค่าใช้จ่ายแพงที่สุด และทำ งานของพวกเราในทางกลับกัน (work our way back) โปรดสังเกตเมื่อแต่ละขั้นตอนใน 3 อย่างนั้น เริ่มต้นและสิ้นสุดลง พวกเราได้วางแผนแนวทางในการทำงานตามขั้นตอนที่สำคัญที่สุด – เวลาที่ต้องใช้ในการต้มไข่ – และพวกเราได้ใช้เวลาเหลื่อมกันในแต่ละขั้นตอนนั้น เนื่องจากแต่ละขั้นมีเวลาทั้งหมดตลอด ขบวนการเป็นของเขาเอง (individual throughput time) ; อีกครั้งหนึ่งจากสิ่งที่ไม่ค่อยได้เรื่องได้ ราวนี้, พวกเราได้หลีกเลี่ยงขั้นตอนเหล่านั้น (ใช้การเหลื่อมเวลา) จากแต่ละขั้นตอนนั้นได้

2.4 เน้นการตรวจสอบความหลากหลาย (MONITORING VARIATION)

W. Edwards Deming, นักสถิติทางอุตสาหกรรมซึ่งได้เสียชีวิตในปี ค.ศ.1993, ได้สอนชาวญี่ปุ่นมาหลายสิบปีว่า ทุกๆ ขบวนการมีแนวโน้มจะเกิดความหลากหลายในการปฏิบัติตามหน้าที่ในแต่ละขบวนการนั้น ความหลากหลาย หรือความแปรปรวนจะเป็นศัตรูของคุณภาพ เพราะความแปรปรวนนั้นจะลดศักยภาพในการคาดคะเนผลลัพธ์ที่จะออกมา Deming มีส่วนร่วมสนับสนุนอย่างมากในการปรับปรุงคุณภาพของสินค้าและบริการโดยการสอนให้ผู้บริหารจัดการทั้งหลายรู้ว่า จะตรวจหาความแปรปรวนนั้นได้อย่างไร, ลดความแปรปรวนนั้น, และทำ การลดความแปรปรวนนั้นอย่างต่อเนื่อง, ดังนั้นคุณภาพก็จะได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกันหนึ่งในปัญหาที่สร้างความลำบากในเรื่องความหลากหลาย หรือความแปรปรวนนี้ สามารถแยกสาเหตุที่แตกต่างกันเป็น 2 ชนิด Deming เรียกสิ่งเหล่านี้ว่า “กรณีสามัญธรรมดา หรือ ปกติธรรมดาทั่วไป” (Common) และ “กรณีพิเศษ” (Special) สาเหตุของกรณีสามัญธรรมดาได้ถูกสร้างและกำหนดเข้าไปในตัวระบบ ตัวอย่างเช่น ในโรงงานผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ด้านส่งกำลัง ระบบอัตโนมัติ และรถบรรทุกขนาดเบา ปัญหาความเรียบบริเวณขอบเฟือง, ซีฟฟันของเฟืองเกียร์ซึ่งอาจจะแตกต่างกันเล็กน้อย ความแตกต่างดังกล่าวนี้อาจเกิดจากการใช้เครื่องมือที่ค่อนข้างจะเสื่อมสภาพในการตัดโลหะเรียบให้เป็นซีฟฟันขึ้นมา และทำ ให้เกิดความไม่เรียบขึ้น หรือเกิดจากการจับแท่งเหล็กไม่กระชับในขณะที่ เจียรแท่งเหล็กบนเครื่องกลึงขณะที่ซีฟฟันกำลังถูกตัดออกจากท่อนเหล็กที่จะนำไปทำ ฟันเฟือง ปัญหานี้จะพบได้จากหลายสาเหตุที่แตกต่างกัน นี่เป็นปัญหาที่สำคัญและร้ายแรง เพราะว่าความไม่เรียบจะทำให้เกิดความผิดและแรงเสียดทาน ซึ่งมีผลทำให้ฟันเฟืองสึกกร่อนอย่างรวดเร็ว, และเป็นสาเหตุให้การส่งกำลังของเครื่องยนต์ล้มเหลว ในกรณีเช่นนี้เป็นเรื่องปัญหาความแปรปรวนหรือความหลากหลายที่มีขอบเขตแน่นอนและมองเห็นได้, ดังนั้นสิ่งเหล่านี้สามารถจะคาดคะเนและคำนวณจากข้อมูลทางสถิติได้ ระบบยังคงมีเสถียรภาพ (Stable) และมีความแปรปรวนอย่างธรรมดาๆ ที่สามารถพบได้ในระบบต่างๆ อย่างไรก็ตามระดับคุณภาพจะต้องได้รับ

การปรับปรุง ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการกลึงโลหะจะต้องหมั่นตรวจสอบระบบบ่อยๆ ; เพชรที่ใช้ตัดซีฟัน เพื่ออาจจะต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลง, และดูแลอย่างต่อเนื่องด้วย

Deming ได้ยืนยันว่า ผู้บริหารจัดการไม่ได้ถูกจ้างมาเพื่อแนะนำ หรือตักเตือนที่ตัวบุคคล, แต่เพื่อจะช่วยเหลือทำให้ระบบที่คนเหล่านั้นทำ งานอยู่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตัวระบบเป็นตัวปัญหา, ตัวบุคคลหรือพนักงานเป็นทางออกหรือวิธีการแก้ไขผู้บริหารจัดการจำ เป็นต้องช่วยเหลือให้บุคลากรในหน่วยงานของพวกเขาได้สิ่งที่ Deming เรียกว่า “แก่นความรู้อันลึกซึ้ง” (Profound knowledge) ซึ่งอยู่ในระบบงานของพวกเขา บุคคลต้อง

ตรวจสอบ, เผ้าดูระบบต่างๆ ด้วยวิธีการตรวจสอบทางสถิติแบบเฉพาะเจาะจง (Specific statistic test) ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่าระบบที่ตรวจสอบนั้นว่า มีเสถียรภาพเพียงใด, หรือไม่ก็แสดงให้เห็นสาเหตุของความแปรปรวนอย่างชนิดปกติธรรมดา หรือกรณีพิเศษ (กรณีเฉพาะ) ถ้าเป็นกรณีเฉพาะ และตรวจพบแล้วให้ดำ เนินการขจัดปัญหานั้นให้หมดไป ถ้าเป็นกรณีปกติทั่วไป, สาเหตุที่ตรวจพบ และผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นควรจะทำให้มันน้อยลงด้วยการปรับปรุงระบบของตัวมันเอง ขบวนการปรับปรุงระบบเหล่านี้มักจะเป็นไปอย่างช้าๆ และน่าเบื่อหน่าย, แต่สิ่งนี้จะเป็กฎเหล็กในปรับปรุงอย่างต่อเนื่องซึ่งจะได้ผลลัพธ์ก้าวไปข้างหน้าทีละเล็กละน้อย

3. การบริหารพฤติกรรมขององค์กร (Managing Organizational Performance)

3.1 การมองให้ถึงมาตรฐานของคุณค่าที่อยู่ภายใน (Internal Quality Standard)

ในเรื่องการค้า และธุรกิจมีความเป็นไปได้ที่จะผลิตสินค้าที่ไม่มีข้อบกพร่องเลย (zero defect), แต่ทางบริษัทเหล่านั้นก็ยังคงสูญเสียลูกค้าให้กับคู่แข่งที่เข้าใจลูกค้าได้ดีกว่า คุณภาพที่ดีเยี่ยมในสินค้าหรือการบริการของพวกเขาจะนำ พาพวกเขาเข้าไปสู่เกมการแข่งขันในตลาด, แต่แก่นความรู้ อย่างลึกซึ้งในส่วนของลูกค้า และศักยภาพในการตอบสนองความต้องการของลูกค้าจะเป็นตัวกำหนดผู้ชนะในเกมการแข่งขันนั้น สินค้าที่ไม่มีตำหนิจะไม่สามารถสร้างความพอใจให้กับลูกค้าได้เสมอไป ทางบริษัทอาจจะออกแบบรูปลักษณ์ภายนอกของสินค้าผิดพลาดไป, หรือละเลยการให้บริการการสนับสนุนบางอย่างไป ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่มีประโยชน์จากแก่นความรู้อย่างลึกซึ้งว่าลูกค้าต้องการอะไร, หรือเปรียบเทียบสินค้าในการแข่งขันได้ คุณภาพภายใน (Internal quality) มีค่านิยามว่า สภาพที่สอดคล้องกับมาตรฐานภายในอย่างรัดกุม (tight conformance to internal standard)

Bradley Gale, ผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการค่านิยมของลูกค้าในระดับนานาชาติ, ได้ชี้ให้เห็นว่ามีประเด็นหลักๆ อยู่ 2 อย่างที่ผิดพลาดไปในการสำรวจความเห็นของลูกค้า ประเด็นแรก, พวกเขาล้มเหลวที่จะได้ข้อมูลจากผู้ที่ไม่ได้เป็นลูกค้าและเป็นผู้ซื้อสินค้าจากบริษัทคู่แข่งของพวกเขา ดังนั้นพวกเขาไม่สามารถลงความเห็นเรื่องการตลาดจากทุกๆ ส่วนของตลาดทั้งหมดได้ประเด็นที่สอง, โดยปกติแล้วการสำรวจความพึงพอใจของลูกค้าจะไม่วัดตามลักษณะของสินค้าที่สัมพันธ์กับสินค้าของคู่แข่ง ถ้าลักษณะสินค้าของท่านดีขึ้น, ลูกค้าของท่านอาจจะพูดว่าพวกเขาพอใจใน

สินค้านั้น แต่ถ้าคู่แข่งของท่านได้ปรับปรุงสินค้าดีกว่า, เร็วกว่า, ลูกค้าจะตระหนักในทันทีว่า พวกเขาจะได้สิ่งที่น่าพอใจมากกว่าถ้าพวกเขาออกจากการเป็นลูกค้าของท่าน

สิ่งที่พวกเราต้องตรวจสอบอย่างจริงจังนั้นคือ ความพอใจ หรือคุณค่า (Value) คุณภาพ (Quality), (ซึ่งนิยามว่า สิ่งที่สอดคล้องกับมาตรฐาน (conformance to certain standard)), เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่เริ่มตรงนี้, แต่ในการวิเคราะห์ขั้นสุดท้ายในการตัดสินใจของลูกค้า อะไรคือคุณภาพ ลูกค้าจะซื้อสินค้าเมื่อพวกเขาค้นพบคุณค่า หรือค่านิยมที่พวกเขาต้องการ คุณค่าจะถูกกำหนดโดยความสมดุลของความรู้สึกในเรื่องคุณภาพ (perception of quality) กับความรู้สึกในเรื่องค่าใช้จ่าย (perception of cost) คุณค่าหรือความพอใจ (Value) ซึ่งก็คือคุณภาพที่ลูกค้ากำหนดขึ้นเอง, และถูกนำเสนอในราคายุติธรรมหรือสมเหตุสมผล

3.2 การมองที่ตัวลูกค้าจะช่วยในการทำนายสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับองค์กรได้ดีกว่ามองผลลัพธ์ทางการเงิน (CUSTOMER MANAGEMENT DATA IS A MORE POWERFUL PREDICTOR THAN FINANCIAL DATA)

ก่อนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านผลประโยชน์ในบริษัท, มักจะมีสัญญาณจากลูกค้าว่าสถานการณ์ทั้งหมดไม่ค่อยจะดีแล้วนะ, มีบางอย่างเกิดขึ้นในตลาดซึ่งจะมีผลกระทบต่อสัดส่วนของสินค้าในตลาด, ต้นทุน, และแม้แต่ผลกำไร ข้อมูลด้านการเงินส่วนใหญ่จะให้ภาพของเหตุการณ์ที่ผ่านมาไปแล้ว หรือเป็นกระจกส่องด้านหลัง (rear-view mirror) ข้อมูลด้านบริการจัดการลูกค้าที่ดีจะทำให้พวกเราเห็นภาพในปัจจุบันและแม้แต่อนาคตบริษัทควรจะก้าวเดินไปทางไหนก่อนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านกำไรและขาดทุน (ในรายงานการเงิน) และก่อนงบดุลด้านการเงินจะบอกว่า “พวกเราต้องทำ ผิดที่ไหนสักแห่ง; ดูซิเงินทั้งหมดที่มีอยู่พวกเราได้สูญเสียมันไปแล้ว”

3.3 มองอนาคตก่อน และให้สิ่งที่ลูกค้าต้องการก่อนที่จะพวกเขาจะถามหา SEEING THE FUTURE FIRST: ANTICIPATING WHAT CUSTOMERS WANT BEFORE THEY ASK FOR IT

การตรวจสอบความต้องการของลูกค้าและผู้ได้ผลประโยชน์จากองค์กร (Stakeholder) ที่ผ่านมามีพบว่า ลูกค้าไม่สามารถจะบอกพวกเราได้เสมอว่าสิ่งที่พวกเขาต้องการคืออะไร, เพราะสิ่งที่พวกเขาต้องการอาจจะยังไม่มีตัวตน, ยังไม่เกิดขึ้นมา ลูกค้าโดยทั่วไปมักจะขาดสายตาอันยาวไกล

Akio Morita, ผู้นำ ที่มีวิสัยทัศน์แห่งบริษัทโซนี่ได้กล่าวถึงว่า: ตามแผนของพวกเราคือการนำสาธารณชนไปสู่ผลิตภัณฑ์ใหม่ มากกว่าจะถามพวกเขาถึงสินค้าที่พวกเขาต้องการ คนทั่วไปไม่รู้ว่าสิ่งไหนมีความเป็นไปได้, แต่พวกเรารู้ ดังนั้นแทนที่พวกเราจะทำ การวิจัยการตลาดอย่างมากมาย, พวกเราควรจะระดมความคิดของพวกเราให้กับผลิตภัณฑ์และวิธีการใช้ของมัน และพยายามสร้างตลาดสำหรับสินค้านั้น ด้วยการให้ความรู้ (educating) และติดต่อสื่อความหมาย (communicating) ให้กับคนทั่วไป

ความเป็นผู้นำ ในการสร้างสรรค์อนาคตต้องการสิ่งที่มีมากกว่าการตรวจสอบที่รอบคอบ และ
เฉื่อยฉาบ; อย่างไรก็ตาม การตรวจสอบปฏิกิริยา, การตอบสนองของลูกค้าและการตรวจสอบ
แนวโน้มทั่วไป, สำคัญ, และพัฒนาการซึ่งเกิดขึ้นรอบๆ ตัวของพวกเราเป็นสิ่งที่ควรทำ ไว้
สิ่งนี้หมายถึงการอ่านหนังสือวารสารที่ดี, การพูดคุยกับผู้รอบรู้ และให้ความสนใจในสิ่งที่อยู่รอบๆ
อยู่เสมอ เหมือนมีเสาอากาศรับคลื่นตลอดเวลา

บทสรุป และการประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข

บทบาทของการเป็นผู้ตรวจสอบ (Monitor Role) เป็นแค่บทบาทหนึ่งในอีก 8 บทบาทที่มีความสำคัญต่อการเป็นผู้บริหารที่ดี เป็นบทบาทที่เป็นเสมือนจุดเริ่มต้นของการพัฒนา ต้องมีบทบาทอื่นๆ อีกหลายบทบาทมาทำหน้าที่เชื่อมต่อประสานกัน การบริหารองค์กรจึงจะมีความเจริญมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน การตรวจสอบที่ดีต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน และต้องมีเหตุผล ไม่อย่างนั้นจะทำให้เกิดภาวะจับผิด แล้วเกิดการปกปิดข้อผิดพลาดในสิ่งที่ต้องจัดการแก้ไข และนำไปสู่ความล้มเหลวขององค์กร

ในการเป็นผู้ตรวจสอบ ต้องเริ่มจากการมองที่ตนเอง การที่เป็นผู้ตรวจสอบท่านต้องจัดการกับพฤติกรรมอะไรของตนเองบ้างที่จะพัฒนาไปสู่บทบาทในการทำหน้าที่ผู้ตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ หลักๆ ได้แก่ เรื่องข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวผู้บริหาร การจัดการกับความสับสน และความไม่แน่นอน เป็นต้น จากนั้นมาพัฒนาในการตรวจสอบภาพรวมขององค์กร ต้องมีแนวทางอย่างไร แล้วเจาะลึกไปถึงระบบในการดำเนินงานขององค์กร ว่าเป็นอย่างไร ผู้บริหารต้องรู้และเข้าใจองค์กรในทุก ๆ ด้าน ทุก ๆ ระบบงาน ผู้บริหารจึงจะเป็นผู้ตรวจสอบมืออาชีพ เน้นการปฏิรูปกระบวนการ (Process Reengineering) ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการในองค์กรที่ให้มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนต่อไปในภาคหน้าต่อไป

ในส่วนของงานสาธารณสุขถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับหัวหน้าหน่วยงานหรือผู้บริหาร โดยเฉพาะ นายแพทย์สาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่จะต้องทำให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่เป็นบทบาทที่ไม่ได้สร้างให้เกิดได้อย่างง่ายดายและรวดเร็ว ต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ การเก็บเกี่ยวประสบการณ์ในการทำงานในฐานะผู้บริหารต่อไปในอนาคต และผู้บริหารก็ไม่ควรที่จะจดจ่อกับการที่จะพัฒนาบทบาทของผู้ตรวจสอบอย่างเดียวควรที่จะต้องพัฒนาบทบาทอื่นๆ ควบคู่กันไปด้วย เพราะทุกบทบาทต้องทำงานประสานกันโดยตลอด ต้องรอบรู้ทุกเรื่องจึงจะเป็นผู้รู้รอบ

การประยุกต์ใช้บทบาท Monitor Role ในงานบริหารการเงินการคลัง จังหวัดชัยนาท

ข้อมูลทั่วไป

จังหวัดชัยนาท เป็นจังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย อุทัยธานี นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร และชัยนาท ประชากรโดยประมาณ สามแสนคน ประกอบด้วย 8 อำเภอ มีโรงพยาบาลจังหวัดขนาด 348 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 30

เตียง 4 แห่ง โรงพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอก 2 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(สถานีอนามัย) ทั้งหมด 72 แห่ง

สถานการณ์การเงินการคลัง รายได้ของหน่วยบริการส่วนใหญ่มาจากงบ UC โดยได้รวมจักษรรปีละประมาณ 180 ล้านบาทหลังหักเงินเดือน ภาพรวมโรงพยาบาลปี 2559 ไม่มีวิกฤตทางการเงินระดับ 7 แต่มีโรงพยาบาลที่ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดอีก 2 -3 โรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่เปิดใหม่ และโรงพยาบาลที่มีการยกระดับเป็นโรงพยาบาล 60 เตียง

๑๔

โครงสร้างการบริหารจัดการการเงินการคลังของจังหวัดชัยนาท ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังจังหวัด(CFO จังหวัด) โดยนายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกันเป็นประธาน และกลุ่มงานประกันสุขภาพ เป็นรعا และกำหนดให้มีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับเครือข่ายบริการ/โรงพยาบาล (CFO CUP) นอกจากนี้มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบัญชีจังหวัด และคณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์ระดับจังหวัดที่ทำงานประสานกัน บทบาทหลักประกอบด้วย

- 1.การเฝ้าระวังสภาพคล่องทางการเงินการคลัง
- 2.การจัดสรรงบประมาณ UC
- 3.การจัดสรรงบลงทุน
- 4.การควบคุม ตรวจสอบ และพัฒนา คุณภาพบัญชี
- 5.การแก้ปัญหาวิกฤตทางการเงินหน่วยบริการ

1.การเฝ้าระวังสภาพคล่องทางการเงินการคลัง

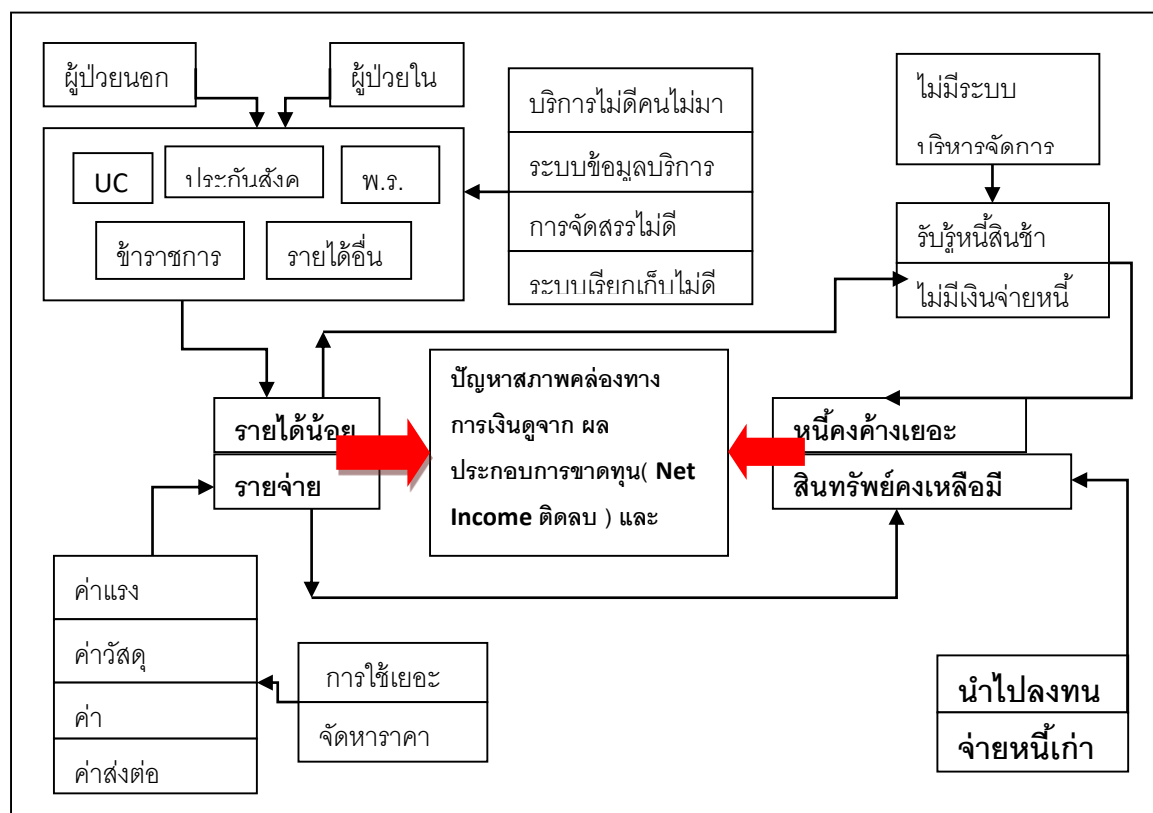
ในการดำเนินงานต้องนำหลักการคิดเชิงวิเคราะห์วิจารณ์ มาเป็นหลักในการกำหนดเหตุและผล ในการที่จะเฝ้าระวังสภาพคล่องทางการเงินการคลังว่า เราทำเพื่อเหตุผลอะไรทำไมต้องทำ ใครได้ประโยชน์ ถ้าข้อมูลออกมาว่ามีปัญหาสภาพคล่องจะต้องดำเนินการอะไรต่อ ซึ่งต้องไปเชื่อมโยงกับการกำหนด Conceptual Frameworkของการเฝ้าระวังสภาพคล่องทางการเงิน โดยต้องกำหนดว่าอะไรเป็นประเด็นสำคัญของการเฝ้าระวังทางการเงิน ข้อมูลทางการเงินอะไรที่จะมาช่วยในการตัดสินใจ และจะนำมาเชื่อมโยงเหตุและผลอย่างไร ต่อจากนั้น เนื่องจากข้อมูลทางการเงินการคลังมีจำนวนมาก หมวดของบัญชีเกณฑ์ค่างของกระทรวงสาธารณสุขมีมากกว่า 900 หมวดบัญชี โดยปกตินักบัญชีมีการะงานมากอยู่แล้ว อีกทั้งผู้บริหาร รวมทั้งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ส่วนใหญ่มักดูข้อมูลบัญชี และแปลความหมายได้เป็นส่วนน้อย ดังนั้นการจะนำข้อมูลบัญชีมาดูในรายละเอียดทั้งหมด จึงทำให้เสียเวลา และเกิดภาระต่อที่มอย่างมาก จึงต้องใช้หลัก การบริหารข้อมูลที่มีมากเกินไป มาจับโดยการ ใช้หลัก ข้อมูลที่นำมาใช้ต้องเป็นข้อมูลที่ได้ทำการสรุปมาในรูปดัชนีชี้วัดทางการเงิน (Information)

ไม่ใช่ข้อมูลจากบัญชีโดยตรง(Data) ยกตัวอย่างเช่น Current Ratio Quick Ratio หรือ Cash Ratio นอกจากนั้นยังมีการสรุปเป็นการออกงบการเงิน เช่นงบดุล งบกระแสเงินสด หรืองบแสดงสถานะการเงิน รวมทั้งการสรุปข้อมูลแบบ HGR (Hospital Group Ratio) เป็นต้น จากนั้นใช้หลักการของระบบ TRAF (TOSS, REFER, ACT, FILE)นำหลัก TOSSมาช่วยในการกำหนดเลือกดัชนีทางการเงินที่เหมาะสมกับการเฝ้าระวังสภาพคล่องทางการเงินจริง ๆ ตัวไหนไม่บอกอะไรหรือไม่มีประโยชน์ก็ไม่นำมาใช้ โดยทางจังหวัดชัยนาทได้คัดตัวที่มีประโยชน์จริง ๆ 4 ตัวคือ Current Ratio Quick Ratio Cash Ratio และ Net income ส่วนตัวอื่น ๆ นอกจากนั้นไม่สนใจ นำหลัก REFER & ACT โดยกำหนดให้มีแบบในการรายงาน การสรุปสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการทุกเดือน พร้อมทั้งมีการรวบรวมข้อมูลการเงินแยกหน่วยบริการเก็บในภาพรวมไว้ที่ งานประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนนำเสนอของทีม CFOของหน่วยบริการในจังหวัดทุกแห่ง 3 เดือนครั้ง มีการสรุปผลการประชุมเพื่อนำเสนอผู้บริหารออกมาเป็น ONE Page โดยใช้หลักการ OABE ของWilliam Baker

๑๕

2.การแก้ปัญหาวิกฤตทางการเงินหน่วยบริการ

Conceptual Framework ของการเกิดภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงิน



ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ตามหลักการบริหารกระบวนการหลัก (MANAGING CORE PROCESSES) ซึ่งเราพบว่ากระบวนการหลักในการเกิดปัญหาสภาพคล่อง คือ การบริการ ระบบข้อมูล บริการ ระบบข้อมูลบัญชี และการจัดหาและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยหน่วยบริการที่มีปัญหาต้องมีการดำเนินการปรับกระบวนการเหล่านี้ให้มีประสิทธิภาพ ในสถานะที่หน่วยบริการมีปัญหารอบด้านการทำงาน ระบบแบบเดิม เช่น การบริการที่รองรับผู้ป่วยที่โรงพยาบาล อาจจะต้องมีการปรับเป็นการให้บริการเชิงรุกในชุมชนบ้าง บางทีก็ทำเรื่องส่งเสริมสุขภาพในโรงงาน โรงเรียน และหน่วยราชการอื่น ๆ เป็นต้น การนำระบบการจ่ายยาและเวชภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพมาใช้ (DUE : Drug Use Evaluation หรือ LUE : Lab Use Evaluation) มาช่วยในการควบคุมการใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุผล รวมทั้งการใช้ระบบการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ร่วมเพื่อลดราคายา และวัสดุให้ถูกลง นอกจากนั้นการปรับระบบเงื่อนไขการจัดสรรเงิน UC ประกันสังคม เงินข้าราชการก็เป็นสิ่งที่จำเป็น ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ใช้หลักการในการ PROCESS REENGINEERING

นอกจากกระบวนการหลักแล้ว เราต้องพัฒนาระบบการช่วยเหลือด้วย สิ่งที่ต้องปรับ คือ การพัฒนานักบัญชีให้มีความรู้ความสามารถ ทีมบริหารการเงินการคลังให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาทางการเงินการคลังของหน่วยบริการของตนเอง และสามารถวางแผน และปรับระบบการทำงานของกระบวนการหลักด้วยตัวเองได้ รวมทั้งการพัฒนาระบบ คอมพิวเตอร์มาช่วยในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเงิน และบริการของโรงพยาบาล การเสริมสร้างระบบธรรมาภิบาล ในการจัดซื้อจัดจ้าง การปลูกฝังความคิดในการให้บริการ (Service Mind) แก่เจ้าหน้าที่ทุกท่าน

๑๖

เอกสารอ้างอิง

1. Robert E. Quinn, Sue R. Fareman, Michael P. Thompson, Michael R. McGrath. Becoming a Master Manager, A Competency Framework. 2nd edition. New York : John Wiley & Sons., 1966
2. นพ.ศราวุธ ตั้งศรีสกุล, ทักษะและบทบาทนักบริหารมืออาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสองขาครีเอชั่นจำกัด, 2556

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล	นายพัลลภ ยอดศิริจินดา
วันเดือนปีเกิด	วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2514 ที่จังหวัดสมุทรปราการ
วุฒิการศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ.2537 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ.2546

วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญ เวชศาสตร์ป้องกันแขนงระบาดวิทยา ปี พ.ศ.2547
ประวัติการปฏิบัติงาน

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	สถานที่
1 เมษายน 2537	นายแพทย์ 4	สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
24 พฤศจิกายน 2541	นายแพทย์ 6	กลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาล มโนรมย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
9 เมษายน 2546	รักษาการผู้อำนวยการ (นายแพทย์ 6)	กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลสรรคบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
10 เมษายน 2548	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์ 8) (ด้านเวชกรรม)	โรงพยาบาลสรรคบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
1 ตุลาคม 2557	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)	โรงพยาบาลสรรคบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
1 มกราคม 2559 - ปัจจุบัน	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้าน เวชกรรมป้องกัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

เกียรติประวัติ หรือรางวัลที่เคยได้รับ

1. แพทย์ชนบทดีเด่นจังหวัดชัยนาท ปี พ.ศ.2552
2. อาจารย์พิเศษดีเด่น จาก “ทุนเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี” คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปี พ.ศ.2557
3. ข้าราชการพลเรือนดีเด่นจังหวัดชัยนาท ปี พ.ศ.2558