

กิจกรรมนิเทศกำลังคน (คปอ.ส.)

แนวคิดสำคัญในการนิเทศบริการสุขภาพ

- [เอกสารฉบับอ้างอิง] แนวคิดคณะ กรรมการต่อเรื่องบริการสุขภาพกำลังคนด้านสาธารณสุข

- ราชการประชุม คณะกรรมการนิเทศนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2546

วันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม เวลา 13.00 - 16.00 น.

ณ ห้องประชุม สภาวิชาชีพ ราชวิทยาลัย

- จัดเสนอแผนนิเทศกำลังคนด้านสาธารณสุข ช่วง ยี่สิบ [ฉบับร่างครั้งที่ 1] ส่วนของ คณะ กรรมการนิเทศนโยบายและยุทธศาสตร์ กำลังคนด้านสาธารณสุข คณะกรรมการ ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ 17 เมษายน 2546 โดย นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

- [ร่าง] สรุปประเด็นสำคัญเพื่อพิจารณาการนิเทศาระบบบริการสุขภาพและบุคลากรสุขภาพที่จำเป็นในอนาคต [ฉบับวันที่ 1 พ.ค. 2546]

- กรอบการเตรียมงาน สัมมนาสุขภาพแห่งชาติเฉพาะประเด็นปี 2546 "การจัดกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน"

กรอบการเตรียมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเฉพาะประเด็น ปี 2546

“การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”

หลักการเหตุผล

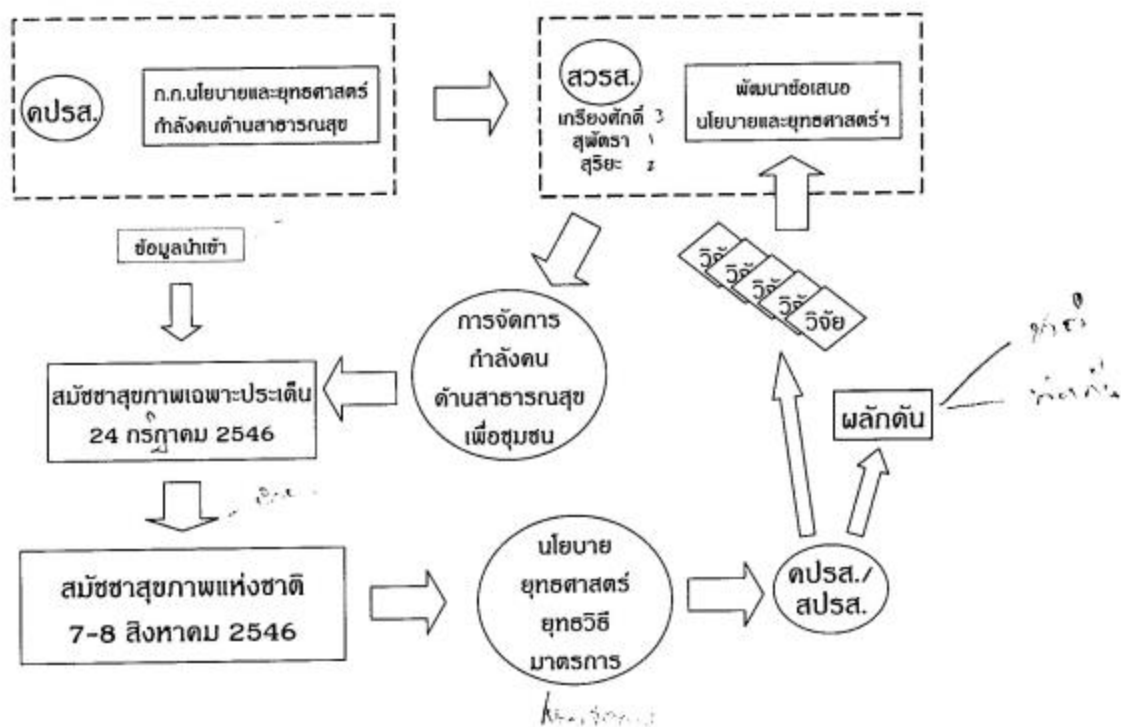
กำลังคนด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการบรรลุระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ได้มีคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กำลังดำเนินการศึกษาและพัฒนาข้อเสนออยู่ ส่วนหนึ่งของข้อเสนอซึ่งมีความสำคัญและสามารถนำไปผลักดันให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมในระยะเวลาดังกล่าวก็คือประเด็น “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน” ซึ่งในประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประจำปี 2546 นี้ จะได้มีการนำประเด็นดังกล่าวเข้าสู่การพิจารณาของประชาคมสุขภาพ ดังนั้น จะต้องมีการเตรียมการอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางโดยอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทางวิชาการและประสบการณ์จริงในพื้นที่

วัตถุประสงค์

เพื่อ

1. ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการ สำหรับการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน ที่เป็นรูปธรรม
2. นำเสนอข้อเสนอก้าวหน้าไปยังผู้เกี่ยวข้องนำไปพิจารณาดำเนินการต่อไป
3. สร้างความร่วมมือระหว่างประชาคมและองค์กรที่มีส่วนร่วมการจัดการกำลังคน

กรอบการทำงาน



กิจกรรมสำคัญ

1. การประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น 24 กรกฎาคม 2546

เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาร่างข้อเสนอที่ได้จัดเตรียมทำเป็นแบบตั้งต้นให้ที่ประชุมซึ่งประกอบด้วยพันธมิตรที่มีส่วนในการทำงานด้านกำลังคนมาร่วมพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินการ แล้วนำข้อสรุปเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป

2. การประชุมสมัชชาแห่งชาติ 7-8 สิงหาคม 2546

เป็นการประชุมเพื่อนำสรุปร่างข้อเสนอที่ได้จากการประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น เข้าสู่การพิจารณาในวงกว้าง ซึ่งประกอบด้วยผู้สนใจทั่วไป แล้วนำข้อสรุปเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แล้วมอบแก่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

กิจกรรมการจัดการ

1. เตรียมคณะทำงาน ประกอบด้วย

1.1 เลขานุการคณะทำงาน

– ดร. สาลิกา เมธนาวัน สถาบันพระบรมราชชนก

1.2 กลุ่มวิชาการ

– นพ. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ โรงพยาบาลภูกะดัง จ.เลย

– นพ. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ สถาบันพระบรมราชชนก

– นส. สุพัตรา ศรีวณิชชากร สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

– นาง ษากุล สิ้นไชย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

– นส. สุภาวดี นุชรินทร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

1.3 กลุ่มประสานงานสมัชชา

– นพ. อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

– นาง ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

2. การจัดทำร่างข้อเสนอ

2.1 เอกสารข้อเสนอ

2.2 เอกสารประกอบ

2.2.1 เอกสารจากสื่อมวลชน

2.2.2 เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

3. การจัดประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น ๒๔.๐๐
- 3.1 กำหนดรายชื่อผู้เข้าประชุม ✓
 - 3.2 เชิญผู้เข้าร่วมประชุม
 - 3.3 จัดเตรียมกำหนดการประชุม ✓
 - 3.4 บริหารจัดการ สถานที่ อาหาร และสิ่งอำนวยความสะดวกในการประชุม ✓
 - 3.5 การดำเนินการประชุม และพิธีการ ➔
 - 3.6 สรุปการประชุม ✓
 - 3.7 เตรียมเอกสารประกอบการประชุม
 - 3.8 ส่งเอกสารการประชุมแก่ผู้เข้าร่วมประชุมล่วงหน้า ✓
4. การจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- 4.1 การเตรียมการประชุมห้องย่อย วันที่ 7 สิงหาคม 2546
 - 4.1.1 จัดทำกำหนดการ ✓
 - 4.1.2 เชิญผู้ร่วมอภิปราย ✓ ๐.๐๐๐๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐
 - 4.1.3 เชิญชวนผู้สนใจ
 - 4.1.4 เตรียมเอกสารประกอบการประชุม
 - 4.1.5 เตรียมการจัดสถานที่
 - 4.1.6 เตรียมการบันทึกและสรุปการประชุม
 - 4.1.7 เตรียมการนำเสนอห้องรวม
 - 4.1.8 การสื่อสารสาธารณะ
 - 4.2 การเตรียมการประชุมห้องรวม วันที่ 8 สิงหาคม 2546
 - 4.2.1 เตรียมผู้นำเสนอ
 - 4.2.2 เตรียมผู้บันทึกและสรุปการอภิปราย
 - 4.2.3 การสรุปรายงานมอบแก่คปส. และผู้เกี่ยวข้อง
 - 4.2.4 การสื่อสารสาธารณะ
 - 4.3 กลุ่มเตรียมจัดลานสมัชชา

amphon@hsro.or.th

From: "Sakul Sinchai" <sakul@hsri.or.th>
 To: <Amphon@hsro.or.th>; <Ugrid@health.moph.go.th>;
 "Wiput Phoolcharoen" <wiput@hsri.or.th>; "Kriangsak"
 Cc: "Supavadee Nucharin" <supavadee@hsri.or.th>
 Sent: 25 มิถุนายน 2546 15:58
 Attach: K ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข.doc
 Subject: meeting for HRD strategies

Dear all,

Apart from Dr.Kriangsak proposal on HRD, he was finished his work and r before assembly conference is held. HSRI would like to invite the all to joi Please find the file attachment herewith

Regards,

sakul <<K ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข.doc>>

Sakul Sinchai

Health Systems Research Institute (HSRI)

Tel. (662) 9511286-93 ext 129, Mobile 01-8125817

Fax. (662) 9511295

Ugrid ที่รัก
 - 26 มิ.ย. 15:58 น. (15:58 น.)
 ถึงคุณ Ugrid
 - 11 มิ.ย.
 - ส่งเอกสารให้คุณ Ugrid
 ตัว 11 มิ.ย. co-ordinate ใน
 ข้อ support ① + ② + ③
 โดยตัว 6 พิจารณา: ส. (ส. 1) 1 พ. 6
 - ม. 31 ก. 26 มิ.ย. 2546
 รอทบทวนแล้วจะส่งคืน 25 มิ.ย. 46

เรื่องของ Ugrid ที่รัก

① ตาม proposal แล้ว ใน mws แล้ว I comment แล้ว

② ตอนในรับส่งเอกสาร 3.9 (บท 10) ที่โดยคุณ
 มาแล้ว 2 ครั้ง ของกรม 4 มิ.ย. 46

คงต้องรับ 8 มิ.ย. 46 ออกมาเพื่อจัดการโดยเร็ว
 เพื่อจัด mini ws. ในระหว่างวันที่ 7-8 มิ.ย. 46 แล้ว

ม. 3 13 มิ.ย.

①

เป็นจุด
 input
 study mini ws

②

ส่งเอกสาร
 ให้คุณ Ugrid
 mini ws. 11 มิ.ย.
 2546

③

ในระหว่างวันที่ 7-8 มิ.ย.
 - ส่งเอกสาร
 - ม. 31

25 มิ.ย. 46

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

1.ความเป็นมา

ตามที่ประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส) ครั้งที่ 1/2546 เมื่อวันที่ 15 **พฤษภาคม 2546** ได้เห็นชอบในหลักการข้อเสนอยุทธศาสตร์ 3 ประการเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน คือ 1) ยุทธศาสตร์ทางปัญญา 2) ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกการทำงานระยะยาว 3) ยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งข้อเสนอยุทธศาสตร์ทั้ง 3 ประการนี้มีความเชื่อมโยงกัน

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดตั้ง "คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข" โดยมีนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์เป็นประธานกรรมการ และผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเลขานุการ และมีกรรมการมาจากส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีบทบาทหน้าที่ คือ สังเคราะห์ภาพรวมสถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของชาติ ทั้งระยะสั้น และระยะยาว สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ ระบบข้อมูลข่าวสาร และพัฒนาศักยภาพของกลไกการดำเนินงาน

คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ได้มีการพิจารณากรอบแนวคิดที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ ทบทวนสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสาธารณสุขในสภาพปัจจุบัน พร้อมกับคาดการณ์ถึงภาพของระบบบริการสุขภาพในอนาคตที่มีการเปลี่ยนแปลง แล้วจึงพิจารณาต่อเนื่องถึงระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคตพร้อมกับพิจารณาข้อเสนอยุทธศาสตร์ 3 ประการข้างต้น ซึ่งเห็นว่าควรมีการประสานทั้งสามยุทธศาสตร์หลัก และเสนอเป็นเป้าหมายการพัฒนา ยุทธศาสตร์ย่อยของการดำเนินงาน พร้อมกับกลไกการดำเนินงาน

2.ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต

2.1 เป้าหมาย-ทิศทาง ปัจจัยที่กำหนดเป้าหมายและทิศทางของระบบบริการสุขภาพในอนาคต ประกอบด้วย

1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ตามมาตรา 52 และ 82 ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสูงสุด ที่บอกเจตนารมณ์ของประเทศในการที่จะให้ประชาชนได้มีสิทธิในการได้รับบริการสุขภาพที่มีความเสมอภาค เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และรัฐจักต้องจัดบริการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

2) (ร่าง)พรบ.สุขภาพแห่งชาติ(มาตรา 85) ได้มีการเอาเจตนารมณ์ของประเทศ(รัฐธรรมนูญ) มาเป็นคัวบทในกฎหมาย

(3) พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งบ่งบอกเจตนารมณ์ของรัฐบาลปัจจุบัน ในการจัดบริการสุขภาพ

(4) พรบ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ

(5) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 รวมทั้งกฎหมายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

(6) ภาพความต้องการกำลังคนในอนาคต(scenario planning) เป็นภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง เคลื่อนไหวตลอดเวลา ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม ระบบการปกครอง ระบบการกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบราชการ โครงสร้างประชากรระบบ วิถีชีวิตของประชาชน เทคโนโลยี ฯลฯ ดังนั้นกลไก ด้านกำลังคนจึงจำเป็นต้องสามารถเปลี่ยนแปลงสอดคล้องกับภาพการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะเป็นระบบที่ คายตัวไม่ได้

2.2 องค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

1) องค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานเพื่อสุขภาพ อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

ก) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ ข) ระบบเพื่อการดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย ซึ่งทั้งสองระบบมีความต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกัน แต่การแบ่งเป็น 2 ระบบเพราะลักษณะการดำเนินงานในสองระบบนี้และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะมีการเน้นหนักที่ต่างกัน

ก) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ ;

คือการทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้สมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพจะมีสองส่วนคือ การทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ควบคู่ไปกับ การจัดให้องค์ประกอบต่าง ๆ นั้นทำหน้าที่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพ โดยมีบริบทที่เกี่ยวข้องทั้งเรื่องของระบบนิเวศน์ (สิ่งแวดล้อม) กายภาพ สังคม เศรษฐกิจ ฉะนั้นการดำเนินงานจึงต้องเข้าใจความเชื่อมโยง และวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นองค์รวม

ฉะนั้นในระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ หุ่นส่วนใหญ่ในการดำเนินงานจึงอยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข นอกวิชาชีพทางการแพทย์ ทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของประชาชน การศึกษา การจัดสภาพแวดล้อมของสังคม แต่กระทรวงสาธารณสุขจะยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้เสนอ สนับสนุน และกระตุ้นเพื่อให้มีการดำเนินงานให้บรรลุผล ในส่วนนี้จำเป็นต้องมีการคิดค้นพัฒนาว่า จะต้องการกำลังคนในลักษณะใด จะมีองค์กรทำงานอย่างไร มีระบบงบประมาณสนับสนุนอย่างไรจึงจะเหมาะสม ดำเนินการได้จริง

ข) ระบบเพื่อการดูแลความเจ็บป่วย

เป็นส่วนของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ดูแล รักษา ช่วยเหลือ หรือ สนับสนุนการช่วยตัวเองของประชาชนในกรณีที่มีอาการของโรค หรือมีสภาพความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทั้งนี้รวมถึงระบบดำเนินการเพื่อการป้องกันโรคด้วย

ถ้าเป้าหมายคือความเป็นองค์รวมของสุขภาพ บริการที่ให้อาจต้องเป็นองค์รวม แต่ในความเป็นจริงทรัพยากรที่มีอยู่นั้นมีจำกัด ซึ่งความจำกัดนี้ต้องพิจารณาให้ชัดว่าอยู่ตรงไหน แล้วจึงลงมาสู่การคิดระบบบริการ ที่ต้องคำนึงถึงหุ่นส่วน และบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติงานจริง บริการทั้งหมดจึงควรมุ่งสู่ทิศทางการ

สร้างสุขภาพตนเอง ในที่นี้ผู้ปฏิบัติจริงมิใช่เพียงแต่ผู้ให้บริการแต่คือตัวประชาชนด้วย ซึ่งกล่าวอีกนัยยะหนึ่งก็คือการพึ่งตนเองของราษฎร และยังมีเป้าหมายมิใช่เพียงสุขภาพแต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตควบคู่ไปด้วย

ฉะนั้นระบบเพื่อดูแลอาการ ความเจ็บป่วย และโรค นี้หุ้นส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพราะมีส่วนที่ต้องใช้องค์ความรู้ทางด้านการแพทย์มาก แต่ก็มีหุ้นส่วนสำคัญคือประชาชน และหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทร่วมดูแลด้วย และต้องมีการทำงานเป็นแบบพันธมิตรที่มีส่วนร่วม (partnership) ระบบส่วนนี้จำเป็นต้องแก้ปัญหาในเรื่องการกระจายและปัญหาในด้านความไม่สอดคล้อง (miss-match) ระหว่าง อุปสงค์กับอุปทานของการบริการทั้งในด้านพื้นที่ คุณภาพบริการ และประเภทบริการแบบใหม่ที่มีความต้องการเพิ่มขึ้น

2) นอกจากนั้นระบบสุขภาพจำเป็นจะต้องพิจารณานโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อ
บริการสุขภาพด้วย

ทั้งนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำองค์ประกอบทั้งสองมาพิจารณาแบบบูรณาการในการพิจารณากำหนดแผนกำลังคนด้านสาธารณสุขในอนาคตต่อไป

ปิยะธิดา
ตวงรัตน์

3.ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

3.1 นิยาม " กำลังคนด้านสาธารณสุข "

" กำลังคนด้านสาธารณสุข " (ตามที่กำหนดในร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ) ในที่นี้ คือ

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและบุคคลอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข

ซึ่ง "บริการสาธารณสุข" นี้มีความหมายที่ครอบคลุมการจัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

คุณลักษณะพื้นฐานของบุคลากรด้านสุขภาพที่ เป็นผู้ให้บริการและผู้จัดบริการ

ควรมีคุณลักษณะ 2 ส่วนใหญ่ คือ ส่วนที่เป็น "จิต" ที่แสดงออกเป็นทัศนคติ หรือจิตสำนึก และส่วนที่เป็น "สมอง" ซึ่งแสดงออกเป็นความสามารถของแต่ละบุคคล การพัฒนาคนควรให้ความสำคัญของการเจริญเติบโตของสองส่วนนี้อย่างสมดุล ซึ่งเปรียบได้กับการมี "คุณธรรม" และ "ความรู้" ที่ควบคู่กัน ทั้งนี้การสร้างทัศนคติเปรียบเสมือนเป็นฐานให้ความรู้ผลิดอกออกผล เป็นตัวควบคุมการใช้ความรู้ความสามารถให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม ป้องกันมิให้ใช้ความรู้เพื่อตนเองเป็นใหญ่หรือไปเบียดเบียนผู้อื่น

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข หมายความว่าระบบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การวางแผนการผลิต การใช้ การบริหารจัดการ การพัฒนา การวิจัย และการประเมินผลที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพ และระบบการศึกษา และเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ ด้วย

✓ ๖๒ ๕๖ (๗.๕ ไร่ ๑๖๖๕) [8]

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ เป็นธรรมาภิบาล สอดคล้องกับทิศทางกับระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์

ระบบการพัฒนาค้นด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์

1. เป็นระบบสร้างคน ให้เกิดความเข้มแข็งทางปัญญา คิดเป็น ทำเป็น สร้างคนดี เก่ง และมีความสุข
2. เป็นระบบที่ตอบสนองความหลากหลายของกำลังคน และการจัดการตามสภาพพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลและปัญหาเป็นฐานแก้ปัญหา
3. เป็นระบบที่ตอบสนองการกระจายอำนาจ อาศัยการประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายมากกว่าการรวมศูนย์ที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ใช้การส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล ด้วยมาตรการทางการเงิน และกฎหมาย เพื่อผลักดันการดำเนินงานไปตามทิศทาง และแนวนโยบายของประเทศ
4. เป็นระบบที่คำนึงถึง และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

5. *เป็นระบบที่คำนึงถึง ๕ ปัจจัยหลัก (essential factor) ซึ่งระบบสุขภาพต้องประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบ*
3.2 ขอบเขตของระบบกำลังคน จะต้องครอบคลุมกำลังคนทั้งด้าน "การสร้างสุขภาพ" และด้าน "การซ่อมสุขภาพ" โดยมีลักษณะการวางแผนของทั้ง 2 ระบบดังนี้

ก. ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ

การวางแผนต้องเป็นตามนโยบายของรัฐ (Policy driven) ไม่สามารถติดตามสภาพอุปสงค์ อุปทานได้ เพราะเป็นส่วนที่ยังไม่มีอุปทานเกิดขึ้น หรือ มีน้อย เป็นส่วนที่ประชาชนทั่วไปรับรู้ถึงความจำเป็น ส่วนนี้ไม่ชัดเจน จึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องสร้างให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักที่ชัดเจน

การวางแผนเพื่อพัฒนาระบบสร้างสุขภาพนี้ ควรต้องมีการพัฒนาใน 3 องค์ประกอบหลักคือ

- 1) สร้างความเข้าใจขององค์กรและบุคลากรต่อแนวคิดการสร้างสุขภาพที่เป็นมุมมองกว้าง พร้อมกับพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรเพื่อดำเนินงานด้านนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) พัฒนาองค์กร เพื่อการดำเนินงานนี้ ซึ่งต้องมีทั้งส่วนที่เกี่ยวกับการจัดองค์กร การเชื่อมต่อกับนโยบาย และงบประมาณสนับสนุน
- 3) พัฒนากระบวนการทำงาน ซึ่งต้องพัฒนาให้เกิดกระบวนการที่เป็นลักษณะพันธมิตร (partnership) และมีความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรที่ต่างระดับกันอย่างแนบสนิท ส่งต่อข้อมูลและบริการระหว่างกันได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ต้องสร้างให้ประชาชน ประชาคม องค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

ขณะเดียวกัน รัฐต้องสนับสนุนให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีเฉพาะ เพื่อการพัฒนางานที่สอดคล้องกับเป้าหมายในแต่ละด้าน รวมทั้งต้องสนับสนุนให้ประชาชน ประชาคม องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทเต็มที่และมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ

ข. ระบบเพื่อดูแลอาการและความเจ็บป่วย

การวางแผนจะพิจารณาตามลักษณะอุปสงค์ อุปทาน (Demand and supply) ที่ต้องวางแผนให้มีกำลังคนที่มีความหลากหลายตอบสนองต่อความต้องการที่มีหลายลักษณะ ทั้งในเขตพื้นที่เมือง ชนบท และส่วนที่เป็นความต้องการเพิ่มขึ้นจากต่างประเทศ คอบสนองต่อประชากรกลุ่มเฉพาะต่างๆ และตอบสนองต่อการให้บริการที่แตกต่างไปในอนาคต วิถีพิจารณากำลังคนส่วนนี้เพื่ออนาคต ควรต้องให้มีความยืดหยุ่นสูง ไม่ควรชี้แจงจำกัดตามวิชาชีพเหมือนที่ผ่านมา ขณะเดียวกันเนื่องจากระบบตลาดด้านสุขภาพมิได้สมบูรณ์ ในบางพื้นที่หรือสำหรับประชาชนบางกลุ่มกลไกตลาดทำงานไม่สมบูรณ์ ควรที่รัฐต้องใช้นโยบายและระบบของรัฐเข้าไปแทรกแซง ดำเนินการเพื่อลดช่องว่างนั้น

← (พ.ร.บ. ๖๖) ๓๖
๓๖
๓๖

3.3 องค์ประกอบที่ต้องพิจารณาในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนด้านสาธารณสุข

- 1) การผลิตกำลังคน นโยบายยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนควรสามารถบอกทิศทางได้ และต้องหาสมดุลย์/น้ำหนักระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้เช่น สมดุลระหว่างการสร้างและการซ่อมสุขภาพ รวมทั้งสมดุลของระดับบริการต่างๆ และสมดุลระหว่างพื้นที่ต่างๆ
- 2) การบริหารจัดการ การใช้ และการกระจายกำลังคน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ด้านนี้ เพราะปัจจุบันมีปัญหาด้านการกระจายมาก
- 3) การมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกภาคส่วน และในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การผลิต การคัดสรร การกระจาย การวางแผน และการใช้กำลังคน
- 4) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นด้านการผลิต หรือด้านการใช้กำลังคน
- 5) การวางแผนพัฒนากำลังคน เพื่อให้ได้มาซึ่งแผนกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการจัดทำการวิเคราะห์ระบบกำลังคน โดยใช้ swot analysis วิเคราะห์ศึกษาปัจจัยภายนอก/สถานการณ์แนวโน้ม เพื่อหาโอกาส และปัจจัยที่คุกคาม รวมทั้งการวิเคราะห์ปัจจัยภายใน เพื่อวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็ง เพื่อนำมาสู่การวาดภาพอนาคต (health scenario) แล้วจึงมีการจัดทำวิสัยทัศน์/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย จนนำมาสู่แผนยุทธศาสตร์ กลไกการบริหาร และแผนงานโครงการในที่สุด

3.4 เครื่องมือในการบริหารกำลังคนด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย

- 1) ยุทธศาสตร์ทางปัญญา โดยมุ่งหมายที่จะสร้างองค์ความรู้ ระบบข้อมูลข่าวสาร และนักวิชาการที่มีศักยภาพ ให้สามารถทำงานอย่างต่อเนื่อง ในการสนับสนุนทางปัญญาแก่การพัฒนา กำลังคนด้านสาธารณสุข โดยมีแนวทางสำคัญคือ การจัดทำชุดโครงการวิจัย การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเชื่อมโยงกับการพัฒนาศักยภาพนักวิชาการและสถาบันวิชาการ เพื่อการทำงานทางปัญญาในระยะยาว
- 2) ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกทำงานระยะยาว โดยมุ่งหมายที่จะให้มีกลไกระดับชาติ และกลไกวิชาการที่ทำงานเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขในระยะยาว ที่สอดคล้องกับกลไกภายใต้ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ กลไกการทำงานวิชาการให้เป็นกลไกที่มีอิสระ และเป็นเลขานุการกิจของกลไกระดับชาติ

3)ยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม โดยมุ่งหมายที่จะให้มีการระดมทรัพยากรและทุนทางสังคมจากทุกภาคส่วนของสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ ประชาชน ฯลฯ มาร่วมกันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การศึกษาวิจัย การสังเคราะห์นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางการพัฒนา การร่วมกันลงมือปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ทั้งนี้ โดยสัมพันธ์กับกลไกทำงานระยะยาวในข้อ 2)

4)นโยบายเชิงงบประมาณ เป็นเครื่องมือและกลไกในการบริหารที่สำคัญ ซึ่งมีผลต่อการกำหนดนโยบาย เนื่องจากสามารถเปลี่ยนทิศทางต่างๆ ได้ โดยต้องพิจารณาให้รอบด้านทั้งกรณีต่อผู้ผลิต ผู้ใช้ และผู้รับบริการ ทั้งนี้ควรให้ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย ให้ความเห็นได้ในทุกขั้นตอน

3.5 กลไกการบริหารจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข

3.5.1 หลักพิจารณาการจัดกลไกการดำเนินงาน

- ควรเป็นกลไกที่สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ รวมทั้งองค์กรท้องถิ่น และองค์กรชุมชน เป็นการประสานในแนวราบคู่กับแนวดิ่ง
- ควรเป็นกลไกที่ประสานการสร้างความรู้กับการพัฒนานโยบาย ตลอดจนการนำนโยบายไปดำเนินการไปพร้อมกัน
- ควรเป็นกลไกที่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว มิใช่เป็นกลไกเฉพาะกิจที่ตั้งขึ้นตามสถานการณ์
- ควรเป็นกลไกที่คล่องตัวยืดหยุ่น ปรับตัวได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

3.5.2 กลไกเพื่อให้มีการเริ่มต้นการพัฒนาระบบกำลังคน

ประกอบด้วยกลไกสำคัญ 3 ส่วน คือ

1. คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ
2. สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
3. เครือข่ายการวิจัย/การสร้างความรู้ เกี่ยวกับระบบกำลังคนตามยุทธศาสตร์หลักของประเทศ

1)คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ

มีบทบาท คือ

- ประสาน กำกับ นโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานในด้านกำลังคนสาธารณสุขโดยตรง และนโยบายที่เกี่ยวข้องและกระทบกับระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมประเด็นได้กว้างขวางรอบด้าน

- ให้ข้อเสนอแนะ และกำหนดแนวนโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านกำลังคนสาธารณสุข ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ
- ประสานให้มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการสร้างองค์ความรู้ที่สนับสนุนดำเนินการด้านกำลังคนได้อย่างต่อเนื่องระยะยาว
- ประสาน และ นำเสนอนโยบาย และมาตรการกำลังคนด้านสาธารณสุขต่อรัฐบาล องค์กรที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับกำกับติดตามให้มีการดำเนินการตามนโยบาย ตลอดจนการประเมินผลกระทบ

คณะกรรมการระดับชาตินี้ มีใช้มีบทบาทกำหนดทุกอย่างของเรื่องกำลังคน แต่ควรที่จะมีบทบาทเป็นหน่วยกำกับทิศทางของนโยบายต่างๆที่เกี่ยวข้องและกระทบต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข แล้วทำหน้าที่เสนอนโยบาย เพื่อปรับสมดุลพอดีระหว่างระบบอื่นๆ กับส่วนที่กระทบต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

ควรมีกลไกการเสนอแนะนโยบายที่หลากหลาย เสนอต่อองค์กรที่เกี่ยวข้องในหลายลักษณะทั้งที่เป็นผู้ผลิต ผู้ใช้กำลังคน รัฐบาลกลาง ผู้ซื้อบริการ ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ

2.) ทีมเลขานุการของคณะกรรมการฯ

สำนักงานนี้ จะเป็นกลไกที่ทำงานเต็มเวลา เป็นกลไกสำคัญในการประสาน เชื่อมโยง และผลักดันงานในด้านการพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ตามแผนงานที่กำหนดโดยคณะกรรมการฯ มีบทบาทโดยสรุป คือ

- ประสาน จัดการ กระตุ้น สนับสนุน ให้มีเครือข่ายศึกษาวิจัยที่ดำเนินการศึกษาวิจัย สร้างองค์ความรู้เพื่อตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับประสานให้เกิดความเชื่อมโยงของผลการศึกษาในแต่ละเครือข่าย และกำกับ ติดตามการศึกษาวิจัยให้ได้ผลตามเป้าหมาย
- ประสานให้มีงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานศึกษา วิจัยเพื่อหาคำตอบตามทิศทางการพัฒนา
- พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข โดยใช้ฐานความรู้จากผลการศึกษา มาปรับให้เหมาะสมเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และมาตรการดำเนินงานเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม
- ประสาน สนับสนุน จัดการ และติดตามกำกับให้มีการดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนด

คุณลักษณะของกลไกทีมเลขานุการ

- เป็นกลไกที่เชื่อมต่อระหว่างการสร้างความรู้เกี่ยวกับระบบกำลังคนกับการพัฒนานโยบาย และกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
- มีการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในด้านนี้ และมีการกำกับติดตามนโยบายได้ต่อเนื่อง
- ต้องสร้างให้องค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทร่วมกันในการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

- เป็นกลไกการทำงานในเชิงรุก

เงื่อนไขสนับสนุน

กลไกนี้จำเป็นต้องมีการเชื่อมต่อหรือมอบหมายจากส่วนนโยบาย หรือ องค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ทางการบริหาร เพื่อให้เป็นที่ยอมรับในสถานะการทำงาน และการนำเสนอผลลัพธ์การทำงาน

ทางเลือกของสถานะของทีมเลขานุการ

- เป็นส่วนหนึ่งของ สปรศ. ที่ปรับไปเป็นสคสช. หลังจากที่พรบ.ผ่านแล้ว
- เป็นส่วนหนึ่งของ สวรศ. ที่จัดให้มีกลไกดูแลงานนี้เป็นการเฉพาะ
- เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข แต่มีการจัดองค์กรทำงานที่มีลักษณะคล่องตัว อิสระ
- เป็นส่วนหนึ่งของสภาการศึกษาแห่งชาติ

การจัดหาบุคลากรประจำทีมเลขานุการ

หัวหน้าทีมเลขานุการ ระยะแรก part time ระยะยาว full time

เจ้าหน้าที่ประจำ 2-4 คน ระยะแรก 2 คน ระยะหลัง 4 คน

เจ้าหน้าที่จากสถาบันพระบรมราชชนก 1 คน

3). เครือข่ายการวิจัย/สร้างความรู้ในด้านระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

เพื่อให้มีการศึกษา วิจัย สังเคราะห์องค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งมีธรรมชาติที่ต้องการระยะเวลาในการศึกษา ประเมินผลที่ยาวนาน จึงเสนอให้พยายามก่อรูปเป็นเครือข่าย การวิจัยในแต่ละประเด็นสำคัญเป็นการเฉพาะกิจในช่วงแรก และพัฒนาต่อไปเป็นกลไกการศึกษา ระยะยาวต่อเนื่อง โดยเครือข่ายนี้จะต้องสร้างให้องค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนที่เป็นผู้ใช้บุคลากร ส่วนที่เป็นผู้ผลิต และสถาบันวิชาการต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมด้วย เพื่อให้มีการศึกษาวิจัยในประเด็นที่สอดคล้อง และมีการใช้ผลการศึกษาได้อย่างทันการณ์

องค์ประกอบหลักของเครือข่าย ควรประกอบด้วย

- 1) ส่วนที่เป็นองค์กรวิชาการ เพื่อให้มีบทบาทด้านการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบใหม่
- 2) องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นนั้นๆ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและวิจัยไปพร้อมกัน และนำผลการศึกษาไปใช้อย่างทันการณ์
- 3) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานเนื้อหา
- 4) องค์กรชุมชน หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นผู้เสนอความจำเป็นและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และแนวทางที่ประชาชนจะมีส่วนร่วม

เครือข่ายการวิจัยนี้ ควรเป็นกลไกการดำเนินงานที่คล่องตัว และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง มีใช้เป็นการศึกษาเฉพาะกิจ

โดยที่มีทีมเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายฯ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานให้มีการวิจัยและพัฒนาความรู้ที่เชื่อมโยงกันได้ระหว่างเครือข่ายต่างๆ และตอบสนองต่อยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขที่มีการกำหนดโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นผู้จัดการระบบฐานข้อมูลกลางของกำลังคนด้านสาธารณสุข ในแต่ละเครือข่ายการศึกษา ให้มีการศึกษาและพัฒนาทั้งส่วนที่เป็นระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การศึกษาหาข้อมูล พัฒนางองค์ความรู้เพื่อการปฏิรูปและปรับระบบยุทธศาสตร์ และกสรพัฒนาศักยภาพ ขององค์กร บุคลากรที่เกี่ยวข้องไปพร้อมๆกัน ผลการศึกษาให้เสนอต่อคณะกรรมการกำลังคนระดับชาติ และเสนอต่อองค์กรนโยบาย องค์กรปฏิบัติการในแต่ละด้านที่อยู่ในเครือข่ายการศึกษานั้นไปพร้อมกัน เพื่อให้มีการตัดสินใจและดำเนินการ

3.6 การได้มาซึ่ง“แผนพัฒนากำลังคน”

1)mini-workshop เป็นการแสวงหาองค์ความรู้ การมีส่วนร่วม จากกลุ่มวิชาชีพ จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งจากด้านการผลิต การกระจาย การใช้ ผู้ซื้อบริการ ผู้รับบริการ ทั้งหมดเป็นเวทีเล็กๆ หลังการประชุมได้องค์ความรู้มาสังเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การจัดประชุมของตัวแทนของแต่ละกลุ่มย่อย ในเวที intensive workshop

2)intensive-workshop ตัวแทนจากเวที mini-work shop มาสรุปหาจุดร่วม และจุดต่างของผู้มีส่วนได้เสียทั้งหมด โดยมีผู้มีความรู้ นักวิชาการ ที่มีประสบการณ์ ที่เป็นกลาง มาร่วมจัดประชุม และได้องค์ความรู้ที่เข้มข้น กว้างขวาง และได้มุมมองที่หลากหลายเพิ่มขึ้น เพื่อนำความรู้ที่สังเคราะห์ได้ในขั้นนี้ นำไปสู่เวทีระดับชาติ

3)seminar เป็นเวทีระดับชาติ เช่นเวทีสมัชชาแห่งชาติที่นำความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์ในระดับต้นๆ มาให้สมาชิกที่หลากหลายมากขึ้น ได้วิพากษ์วิจารณ์และให้ความคิดเห็นมากขึ้น จนสามารถสร้างเป็นองค์ความรู้ ที่นำไปสู่การพัฒนาเป็นแผนในการพัฒนากำลังคนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

4)model design หลังจากได้องค์ความรู้ ก็นำมาสู่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ จนเป็นรูปแบบที่สามารถนำเสนอต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทางนโยบายเพื่อนำไปปฏิบัติต่อไป

ทั้งหมดซึ่งการได้มาซึ่ง “แผนพัฒนากำลังคน”นี้ ใช้เครื่องมือคือยุทธศาสตร์ทางปัญญา โดยอาศัยการมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกตามข้อ 3.5 เป็นตัวขับเคลื่อน โดยในระยะแรก(ระยะสั้น)ของการขับเคลื่อน ควรดำเนินการจัดทำข้อเสนอแนวทางการดำเนินการด้านกำลังคนเพื่อสนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญของรัฐบาล เช่นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำลังคนภาครัฐ และเรื่องการกระจายอำนาจ เป็นต้น

3.7 ระยะเวลาดำเนินการ

3 ปี(ก.ค. 2546-มิ.ย. 2549)

3.8 งบประมาณ แบ่งเป็น

1) งบประมาณส่วนบริหารจัดการ แบ่งเป็น

1.1 งบประมาณค่าใช้จ่ายของทีมเลขาฯ เพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการทั้งหมด

1.2 งบประมาณสำหรับการประชุมของกรรมการทีมเลขาฯ เครือข่ายย่อยๆ และนักวิชา

การ

2) งบประมาณส่วนงานวิชาการ โดยแบ่งตามกิจกรรม

2.1 งบประมาณสนับสนุนงานวิจัย สังเคราะห์องค์ความรู้ต่างๆ

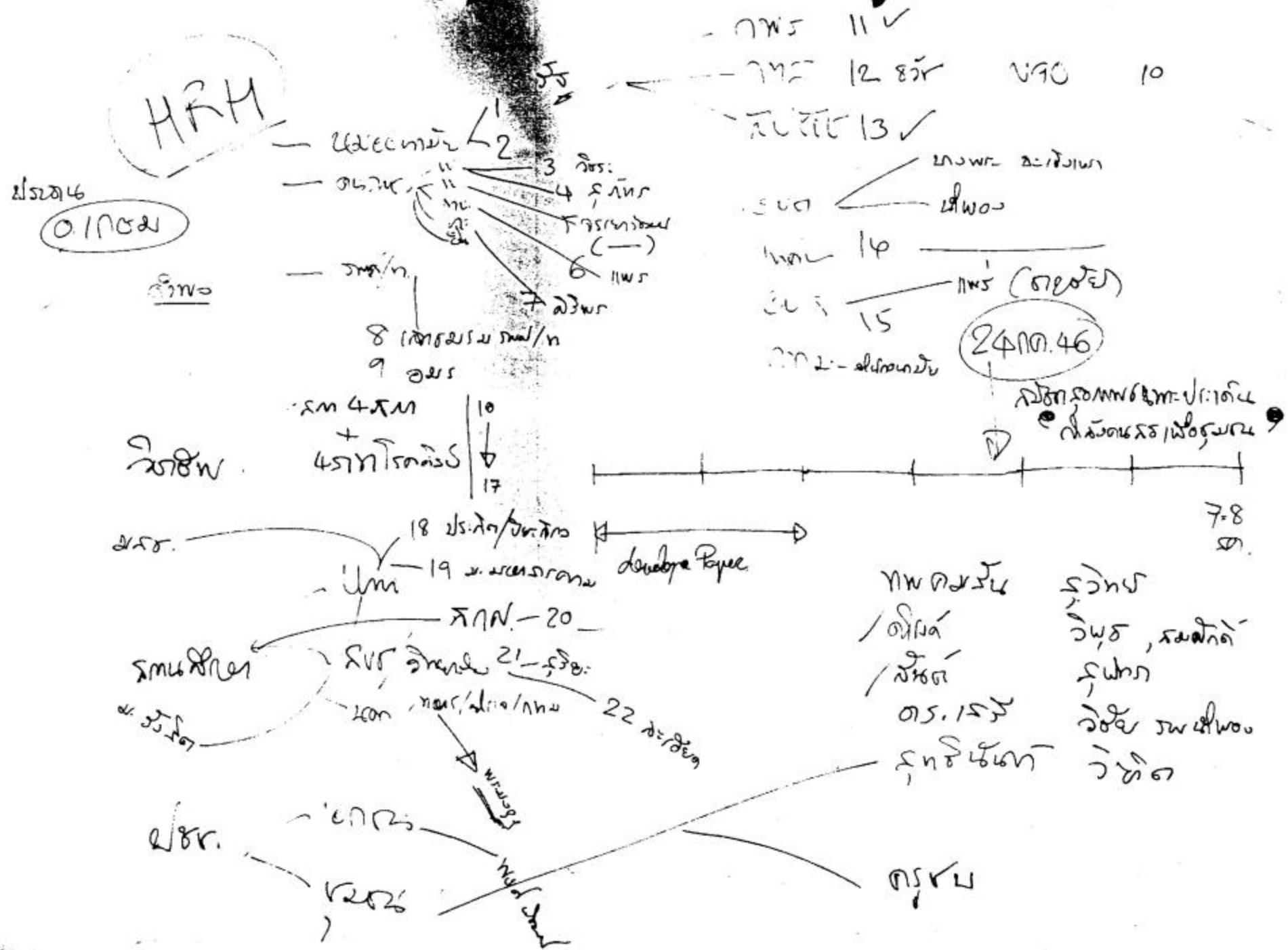
2.2 งบประมาณในการพัฒนากระบวนการ /เครื่องมือ ในการเรียนรู้ และเพิ่มทุนทาง

ปัญญา และงบประมาณในการพัฒนาเครือข่าย

3.9 การดำเนินงานระยะสั้น

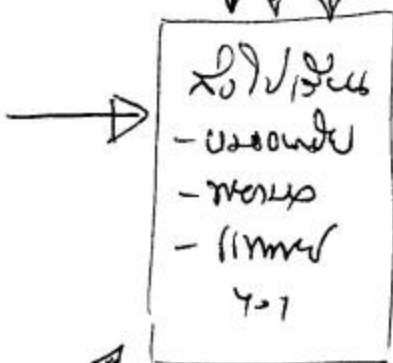
เนื่องจากในวันที่ 7-8 สิงหาคม 2546 จะได้มีการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพในระดับชาติ จึงนับเป็นโอกาสดีที่จะได้เริ่มสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพทั้งประเทศ โดยผลลัพธ์ที่น่าจะได้จากเวทีดังกล่าว น่าจะเป็นการจัดการกำลังคนในระดับชุมชนที่สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยประเด็นเนื้อหาที่น่าจะได้จากเวทีดังกล่าวคือ บริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ลักษณะกำลังคนที่เหมาะสมกับบริการดังกล่าว การใช้กำลังคน /กลไกในการดำเนินการจะเป็นอย่างไร ชุมชนจะมีส่วนร่วมในการดูแลกำลังคนอย่างไร ทางเลือกในการจัดการกำลังคน(strategic option) รวมทั้งทางเลือกในกระบวนการจัดการกำลังคน(strategic process)

โดยก่อนหน้านี้ในเดือนก.ค. 2546 จะต้องจัดเวที mini work shop โดยเชิญกลุ่มวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ในพื้นที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยในระยะสั้นน่าจะยกประเด็นหน่วยบริการสุขภาพชุมชนที่ดี ที่สามารถรองรับบริการสุขภาพที่พึงประสงค์และสอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นควรมีลักษณะอย่างไร กำลังคนที่เหมาะสมมีลักษณะและคุณสมบัติอย่างไร การได้มาซึ่งลักษณะกำลังคนที่พึงประสงค์จะทำได้อย่างไร มีกี่วิธี การใช้กำลังคนเช่นแหล่งเงิน ค่าตอบแทน ความก้าวหน้า การจ้างงานควรมีลักษณะอย่างไร จึงจะสามารถดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ได้ รวมทั้งในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้ควรมีทางเลือกหรือวิธีปฏิบัติอย่างไร จากนั้น ควรจัด intensive workshop โดยเชิญผู้มีความรู้ รวมทั้งตัวแทนผู้จัดบริการ ตัวแทนภาคประชาชน บางส่วนมาวิจารณ์ แล้วสังเคราะห์ เป็นรูปแบบ(model) เพื่อนำเสนอในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ



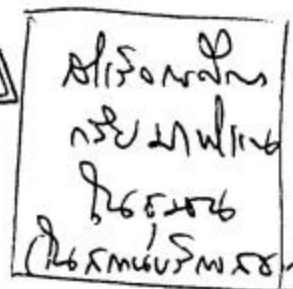
အထွေထွေ

1. အထွေထွေ အချက်အလက်
+ အချက်အလက် (အချက်အလက်
အချက်အလက် အချက်အလက်)



+ အချက်အလက်
အချက်အလက်
အချက်အလက်

အချက်အလက် အချက်အလက်
အချက်အလက် အချက်အလက်
အချက်အလက် အချက်အလက်
အချက်အလက် အချက်အလက်



အချက်အလက် - အချက်အလက်
အချက်အလက် - အချက်အလက်
အချက်အလက် - အချက်အလက်
အချက်အလက် - အချက်အလက်

2. အချက်အလက်



အချက်အလက်
အချက်အလက်

အချက်အလက်
အချက်အလက် 2°/3°/အချက်အလက် 3°/4°
အချက်အလက်/အချက်အလက်
အချက်အလက်

③ නවීන මූල්‍ය ක්‍රමවේදයේ දී $\frac{dV}{dt} = C_0 \times X$

- [illegible]

- * รับฝากเงิน 500 บาท เงินฝากประจำ 500 บาท
 * รับฝากเงิน 100 บาท เงินฝากประจำ 100 บาท
 * รับฝากเงิน 50 บาท เงินฝากประจำ 50 บาท
 * รับฝากเงิน 20 บาท เงินฝากประจำ 20 บาท

(ร่าง) สรุปประเด็นสำคัญเพื่อพิจารณาการพัฒนากระบวนการสุขภาพ และบุคลากรสุขภาพที่จำเป็นในอนาคต

ปรัชญา หลักการ ที่กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

จากรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พรบ.หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2545 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 และเอกสารวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนการ ระดมความคิดเห็นของประชาคมสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ ต่างมีความเห็นต่อทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพไปใน ทิศทางเดียวกันดังนี้

- ◆ สุขภาพเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนควรได้รับโดยเท่าเทียม
- ◆ ความหมายของ "สุขภาพ" เป็นความหมายที่กว้าง รวมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ บางส่วน ขยายความไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งกว้างมาก ครอบคลุมมากมาย ในการดำรงชีวิต นอกเหนือไปจากการดูแลสุขภาพเจ็บป่วย และโรค
- ◆ เป้าหมายของบริการสุขภาพ คือ ประชาชน ชุมชนมีคุณภาพชีวิตดี สุขภาพดีอย่างพอเพียง และพึ่งตนเองได้
- ◆ ทิศทางของการพัฒนาระบบสุขภาพ คือ เน้นความเป็นองค์รวมของบริการสุขภาพ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เน้นให้ประชาชน และชุมชนมีศักยภาพในการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ
- ◆ คุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพ เน้นความเท่าเทียม คุณภาพ ประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกัน เน้นความเป็นบูรณาการ มีปัญญาเป็นฐาน พัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับวิถีชีวิต และสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในอนาคต

- ◆ ระบบการเคลื่อนไหวทางสังคม และการกระจายอำนาจ ทำให้กลุ่มองค์กรที่มีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลง ทางด้านสุขภาพมีมากขึ้นทั้งส่วนที่เป็นองค์กรรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน องค์กรเอกชน องค์กร ภาคประชาชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มิใช่ขึ้นกับการสั่งการจากรัฐบาลส่วนกลางเพียงส่วนเดียว และประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้นในการตัดสินใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง
- ◆ กระแสโลกาภิวัตน์ที่ต่อเชื่อมกันอย่างรวดเร็ว กว้างขวาง ความก้าวหน้าในด้านการสื่อสาร การพัฒนา เทคโนโลยีด้านต่างๆ ที่ไหลล้นมาจากประเทศที่พัฒนาแล้ว จะกระทบต่อสภาพข่าวสารที่ประชาชนได้รับ กระทบต่อค่านิยม วัฒนธรรม ความคิดของประชากร กระทบต่อวิถีการทำมาหากิน และการดำรงชีวิตของ ประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ตลอดจนกระทบต่อระบบการให้บริการด้านต่างๆ ของสังคม
- ◆ การเปลี่ยนทางประชากรที่กลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เด็กเล็กมีแนวโน้มลดลง กลุ่มวัยทำงานเป็นสัดส่วน ใหญ่ของประชากร ประชากรจะมีความศึกษาพื้นฐานเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ความต้องการบริการสุขภาพในบาง ส่วนเปลี่ยนรูปไปจากเดิม
- ◆ การเปลี่ยนด้านสังคมที่มีลักษณะการดำรงอยู่แบบแยกส่วนเป็นกลุ่มเล็กๆ เพิ่มมากขึ้น การรวมกลุ่มเป็นชุมชนใหญ่ในเขตพื้นที่เดียวกันจะลดน้อยลง ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50

ที่อยู่เป็นแบบครอบครัวขยายมีเพียงร้อยละ 30 แต่ระบบการสื่อสารจะติดต่อผ่านทางเทคโนโลยีสื่อต่างๆ เพิ่มมากขึ้น

- ◆ ลักษณะวิถีการทำมาหากินจะเป็นลักษณะที่เปลี่ยนจากภาคเกษตรไปเป็นภาคอุตสาหกรรม และบริการ การประกอบอาชีพเพื่อหาเงิน ได้รายได้มาซื้อของอุปโภค บริโภค มากกว่าการประกอบอาชีพแบบหาเลี้ยงชีพพึ่งตนเอง การทำงานจะเป็นลักษณะทำเฉพาะเรื่องมากกว่าการบูรณาการงานหลายๆ ด้าน
- ◆ การเปลี่ยนทางด้านระบบวิธีทำงาน และปฏิรูประบบราชการ มีแนวโน้มทำให้การทำงานภาครัฐมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มประสิทธิภาพ มุ่งเน้นผลลัพธ์งานมากขึ้น องค์การบริหารน่าจะมีแนวโน้มที่มีขนาดเล็กลง และแตกตัวเป็นองค์กรอิสระที่มีภารกิจจำเพาะมากขึ้น

การพัฒนาแบบสุขภาพในอนาคต

เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาที่ตอบสนองให้ประชาชนมี "สุขภาพดี" ขั้นแรกก็ควรที่จะมีการทำความเข้าใจต่อเป้าหมาย "สุขภาพ" ซึ่งมีขอบเขตที่กว้างและเป็นองค์รวม

สุขภาพเป็นนามธรรมซึ่งเกิดจากแนวคิดวิทยาศาสตร์ มีรากฐานองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ กาย จิต-ใจ และการดำรงชีวิต

ในแต่ละคำก็มีรายละเอียด ที่เรียกว่า องค์ประกอบ และตัววัดตัวแปร คือ

- กาย เช่น ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ การป่วยเรื้อรังและหรือความพิการ ฯลฯ
- จิต - ใจ เช่น ความเครียด อารมณ์ ความสุข ฯลฯ
- ภารกิจดำรงชีวิต เช่น การประกอบอาชีพ การใช้กำลังงาน การพักผ่อน พฤติกรรมต่างๆ ที่ทั้งเสริมและบั่นทอนสุขภาพ ฯลฯ

สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบของสุขภาพ และทุกส่วนต้องเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียวอย่างถูกต้องจึงจะเกิดสุขภาพ...เมื่อทั้งหมดเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว ก็เกิดความสุข สุขภาพทำให้เกิดความ เป็นปกติหรือสุขภาพและความยั่งยืน

ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมและสร้างสุขภาพจึงทำแต่กายไม่ได้ ทำแต่จิตก็ไม่ได้ ทำแต่การดำรงชีพก็ไม่ได้ ต้องทำทั้งสามส่วนจึงได้สุขภาพ และ ไม่สามารถกำหนดได้ว่าทุกคนต้องเหมือนกันเพราะเกิดมาไม่เหมือนกัน คือ กายก็ต่าง จิตก็ต่าง กรรมก็ต่าง ฉะนั้นหากกล่าวว่าสุขภาพต้องมีมาตรฐานเดียวกัน นั่นคือไม่เข้าใจสุขภาพ สุขภาพที่เป็นองค์ประกอบของคนแต่ละคนที่เกิดมาไม่เหมือนกัน

การพัฒนาสาธารณสุขเพื่อสุขภาพจึงมีเงื่อนไขของการพัฒนาที่ต้องเป็นองค์รวม

องค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานเพื่อสุขภาพ อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ 2) ระบบเพื่อการดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย

1) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ ; คือการทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้สมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ

การทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้สมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ นับเป็นยุทธศาสตร์หลักของการสร้างหรือการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งถ้าพิจารณาต่อไปก็จะพบว่า ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพที่กล่าวข้างต้นจะมีสอง

ส่วนคือ การทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ควบคู่ไปกับ การจัดให้องค์ประกอบต่าง ๆ นั้นทำหน้าที่ร่วมกันอย่างมีดุลยภาพ

ถ้าเป้าหมายของการพัฒนาคือความเป็นองค์รวม ได้แก่ ในชีวิตของคนหนึ่งคนที่มีทั้งสุขภาพ อารมณ์ ป่วย และโรค รวมอยู่ในตัวคนเดียวกัน โดยมีบริบทที่เกี่ยวข้องทั้งเรื่องของระบบนิเวศน์ (สิ่งแวดล้อม) กายภาพ สังคม เศรษฐกิจ ฉะนั้นการดำเนินงานจึงต้องเข้าใจความเชื่อมโยง และวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นองค์รวม

ฉะนั้นระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ หุ่นส่วนใหญ่ในการดำเนินงานจึงอยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข นอกวิชาชีพทางการแพทย์ ทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของประชาชน การศึกษา การจัดสภาพแวดล้อมของสังคม แต่กระทรวงสาธารณสุขจะยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้เสนอ สนับสนุน และกระตุ้นเพื่อให้มีการดำเนินงานให้บรรลุผล ในส่วนนี้จำเป็นต้องมีการคิดค้นพัฒนาว่าจะต้องการกำลังคนในลักษณะใด จะมีองค์กรทำงานอย่างไร มีระบบงบประมาณสนับสนุนอย่างไรจึงจะเหมาะสม ดำเนินการได้จริง

2) ระบบเพื่อการดูแลความเจ็บป่วย

เป็นส่วนของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ดูแล รักษา ช่วยเหลือ หรือ สนับสนุนการช่วยตัวเองของประชาชนในกรณีที่มีอาการของโรค หรือมีสภาพความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทั้งนี้รวมถึงระบบดำเนินการเพื่อการป้องกันโรคด้วย

บริการคืออะไร

ถ้าเป้าหมายคือความเป็นองค์รวม บริการที่ให้อาจต้องเป็นองค์รวม แต่ในความเป็นจริง ทรัพยากรที่มีอยู่นั้นมีจำกัด ซึ่งความจำกัดนี้ต้องผ่าตัดให้ออกว่าอยู่ตรงไหน แล้วจึงลงมาสู่การคิดระบบบริการ ที่ต้องคำนึงถึงหุ่นส่วน และคนซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติจริง บริการทั้งหมดจึงควรมุ่งสู่ทิศทางการสร้างสุขภาพตนเอง ในที่นี้ ผู้ปฏิบัติจริงมิใช่ผู้ให้บริการแต่คือตัวประชาชน ซึ่งกล่าวอีกนัยยะหนึ่งก็คือการพึ่งตนเองของราษฎร และยังมีเป้าหมายมิใช่เพียงสุขภาพแต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตควบคู่ไปด้วย

สุขภาพ อารมณ์ ป่วย โรค เป็นเส้นสายที่ต่อเนื่องกันในชีวิตคน ตัวอย่างเช่นคนที่มีอาการไม่สบายแต่เขาก็มิได้รู้สึกว่าเขาป่วยเป็นโรค เช่น ชาวนาที่มีอาการปวดชาตามข้อออกไปดำนนา รวมทั้งพบว่าภาวะสุขภาพอื่นๆ ที่ไม่ป่วยก็ยังคงปรากฏอยู่ในคนที่เป็นโรคเรื้อรัง ในคนที่ป่วยเช่นเดียวกับคนซึ่งไม่ป่วยด้วย ได้แก่ สุขภาพของผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ หรือ สุขภาพของผู้พิการ

การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพจึงอยู่ในทุกภาวะของชีวิตมนุษย์ควบคู่ไปกับการดูแลความเจ็บป่วย แต่สิ่งที่ปรากฏในสภาวะความเป็นจริงของการบริการ ก็คือ บริการมักขาดหายไปบางช่วงของชีวิต และไม่เข้าใจความจริงในประเด็นนี้ ยกตัวอย่างเช่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ระบบเพื่อการดูแลอาการ ความเจ็บป่วย และโรค นี้หุ่นส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพราะมีส่วนที่ต้องใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์มาก แต่ก็มีหุ่นส่วนของประชาชน และหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทร่วมดูแลด้วย และต้องมีการทำงานเป็นแบบพันธมิตรที่มีส่วนร่วม (partnership) ระบบส่วนนี้จำเป็นต้องแก้ปัญหาในเรื่องการกระจาย และปัญหาในด้านความไม่สอดคล้อง (miss-match) ระหว่าง อุปสงค์กับอุปทานของการบริการทั้งในด้านพื้นที่ คุณภาพบริการ และประเภทบริการแบบใหม่ที่มีความต้องการเพิ่มขึ้น

แต่ทั้งสองระบบ คือ ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ และระบบการดูแลอาการ ความเจ็บป่วย และโรคต่างก็
ต้องพัฒนาระบบการทำงานแบบเชื่อมโยงกันได้ และเสริมซึ่งกันและกันได้อย่างพอดี

การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ สำหรับ 2 ระบบ

ระบบเพื่อดูแลอาการและความเจ็บป่วย

การวางแผนจะพิจารณาตามลักษณะอุปสงค์ อุปทาน (Demand and supply) ที่ต้องวางแผนให้มี
กำลังคนที่มีความหลากหลายตอบสนองต่อความต้องการที่มีหลายลักษณะ ทั้งในเขตพื้นที่เมือง ชนบท และส่วน
ที่เป็นความต้องการเพิ่มขึ้นจากต่างประเทศ ตอบสนองต่อประชากรกลุ่มเฉพาะต่างๆ และตอบสนองต่อการให้
บริการที่แตกต่างไปในอนาคต วิธีพิจารณากำลังคนส่วนนี้เพื่ออนาคต ควรต้องมีความยืดหยุ่นสูง ไม่ควรขีดวง
จำกัดตามวิชาชีพเหมือนที่ผ่านมา ขณะเดียวกันเนื่องจากระบบตลาดด้านสุขภาพมิได้สมบูรณ์ ในบางพื้นที่หรือ
สำหรับประชาชนบางกลุ่มกลไกตลาดทำงานไม่สมบูรณ์ ควรที่รัฐต้องใช้นโยบายและระบบของรัฐเข้าไปแทรก
แซง ดำเนินการเพื่อลดช่องว่างนั้น

ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ

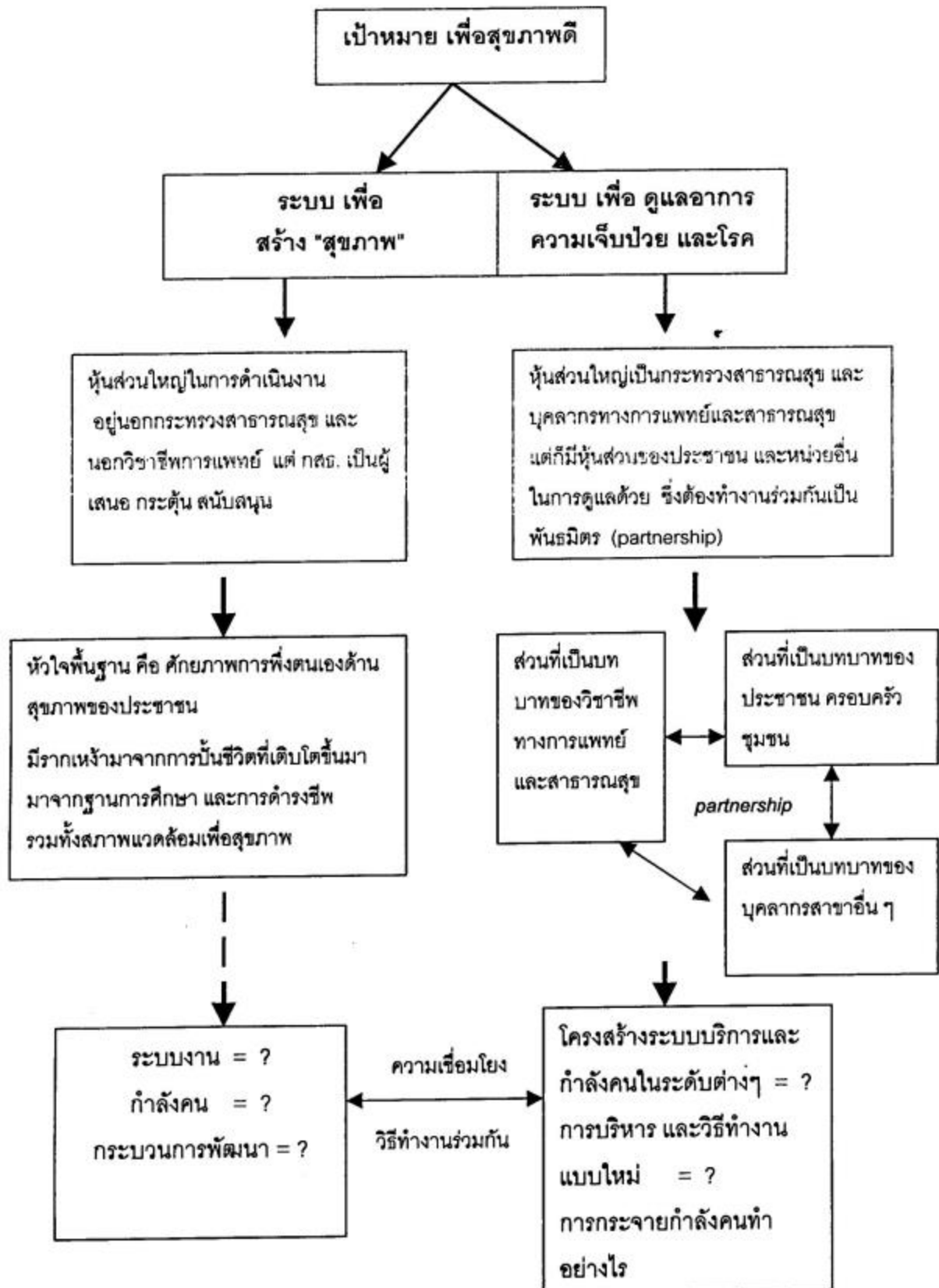
การวางแผนต้องเป็นตามนโยบายของรัฐ (Policy driven) ไม่สามารถคิดตามสภาพอุปสงค์ อุปทาน
ได้ เพราะเป็นส่วนที่ยังไม่มีอุปทานเกิดขึ้น หรือ มีน้อย เป็นส่วนที่ประชาชนทั่วไปรับรู้ถึงความจำเป็นส่วนนี้ที่ไม่
ชัดเจน เว้นแต่รัฐต้องสร้างให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักที่ชัดเจน

การวางแผนเพื่อการพัฒนากระบวนการพัฒนาสุขภาพนี้ ควรต้องมีการพัฒนาใน 3 องค์ประกอบหลักคือ

- 1) พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรเพื่อดำเนินงานด้านนี้
- 2) พัฒนาองค์กร เพื่อการดำเนินงานนี้ ซึ่งต้องมีทั้งส่วนที่เกี่ยวกับการจัดองค์กร การเชื่อมต่อกับ
นโยบาย และงบประมาณสนับสนุน
- 3) พัฒนาระบบการทำงาน ซึ่งต้องพัฒนาให้เกิดกระบวนการที่เป็นลักษณะพันธมิตร (partnership)
และมีความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรที่ต่างระดับกันอย่างแนบสนิท ส่งต่อข้อมูลและบริการระหว่างกัน
ได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ต้องสร้างให้ประชาชน ประชาคม องค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง
ขณะเดียวกัน รัฐต้องสนับสนุนให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีเฉพาะ เพื่อการพัฒนางานที่สอดคล้องกับเป้า
หมายในแต่ละด้าน รวมทั้งต้องสนับสนุนให้ประชาชน ประชาคม องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทเต็มที่และมีส่วน
ร่วมในระดับต่างๆ

นอกจากนี้ในการวางแผนและจัดการระบบทุกส่วนนั้น ต้องคำนึงถึงระบบการแพทย์แผนไทย แพทย์
ทางเลือก ที่มีบทบาทในสังคมไทยที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนไทยบางส่วนไปแล้ว
ฉะนั้นควรมีการศึกษาด้วยว่าระบบแพทย์ทางเลือกนี้เข้ามามีบทบาทอย่างไร คุณภาพเป็นอย่างไร เพื่อจัดระบบ
สุขภาพที่บูรณาการกันในอนาคต

กรอบแนวคิดการพิจารณาระบบงาน และระบบกำลังคน เพื่อเป้าหมายสุขภาพดี



ปัญหาเชิงระบบที่สำคัญในภาพรวม

- ◆ การวางแผนดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาเป็นการพิจารณาตามคำเฉลี่ยของสภาพโดยรวม เพื่อวางแผนในระดับมหภาคเป็นหลัก และดำเนินการในลักษณะเดียวกันทั่วประเทศ การปรับกลวิธีให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่ในระดับจุลภาคยังทำได้น้อย ขาดการประเมินสภาพปัญหาพื้นที่อย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการวางแผนพื้นที่
- ◆ การพัฒนายังมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นวัตถุ อุปกรณ์มากกว่าการพัฒนาที่ขีดความสามารถของบุคคลากรให้สามารถปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบทบาทและภารกิจที่มีการปรับเปลี่ยนอย่างเป็นพลวัตร
- ◆ การดำเนินงานของรัฐยังเป็นลักษณะที่ใช้การสั่งการจากส่วนกลางให้หน่วยงานพื้นที่ดำเนินการตามเป็นหลัก ไม่ได้มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลากรในพื้นที่ให้มีความสามารถในการประเมินสภาพปัญหาและคิดค้นมาตรการ วิธีการเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพ หรือการพัฒนาสุขภาพด้วยตนเองอย่างสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของพื้นที่
- ◆ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระยะที่ผ่านมายังเป็นลักษณะที่มองบทบาทของวิชาชีพด้านสาธารณสุขเป็นหลัก ให้ความสำคัญน้อยต่อการพัฒนาบทบาทของประชาชน และบุคคลากรในสายงานอื่นๆ ที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ที่ผ่านมามีการดำเนินการบ้างแต่ไม่ต่อเนื่อง และบางส่วนวิธีการทำงานยังไม่เกิดประสิทธิผล
- ◆ การจัดการเพื่อหาองค์ความรู้ในการพัฒนาสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังอิงอยู่ในส่วนที่เป็นชีวภาพการแพทย์ เป็นความรู้ในส่วนที่จัดการเกี่ยวกับการดูแล "โรค" ที่แยกส่วน มากกว่าการดูแลเพื่อเสริมศักยภาพของประชาชนให้แข็งแรง และมีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นองค์รวม และส่วนใหญ่ยังอิงกับทฤษฎี เทคโนโลยีด้านตะวันตก รวมทั้งยังปรับให้เป็นพลวัตรตามสภาพการณ์สังคมที่เปลี่ยนไปได้ไม่ทัน การจัดการเพื่อหาองค์ความรู้ในด้าน "สุขภาพ" ของประชาชนไทย และสังคมไทยยังมีน้อย จึงทำให้การจัดการด้านสาธารณสุขในปัจจุบันหลายส่วนไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงด้านสุขภาพของประชาชน มีช่องว่างกว้างระหว่างความรู้วิชาการด้านสาธารณสุขกับการปฏิบัติได้ในชีวิตจริง

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขในระยะที่ผ่านมา

- ◆ นโยบายกำลังคน มีทั้งส่วนที่ Explicit และ Implicit แต่ส่วนใหญ่จะเป็น implicit ที่ไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายกำลังคนโดยตรงแต่จะแฝงอยู่ในนโยบายและการดำเนินการด้านอื่นๆ การวางแผนการดำเนินงานด้านกำลังคนมักพิจารณาแต่ส่วนที่เป็น explicit policy ด้านกำลังคน แต่ไม่ได้เตรียมวางแผนหรือนโยบายในส่วนที่เป็น implicit policy หรือ ส่วนที่เป็นนโยบายด้านอื่นแต่กระทบต่อเนื่องมาถึงระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

ส่วนใหญ่เป็นการกำหนดนโยบาย มาตรการเพื่อแก้ปัญหาที่เห็นชัดเจน และที่เป็นปัญหาเฉพาะหน้า มากกว่านโยบายเพื่อเตรียมการกำลังคนให้พร้อมต่อการดำเนินงานให้ได้ผล และมีประสิทธิภาพ

เป็นการคิดย้อนหลังเพื่อแก้ปัญหาอดีตมากกว่าการเตรียมแก้เพื่ออนาคต

- ◆ **เนื้อหาของนโยบาย** ที่ปรากฏเป็นเอกสารในแนวนโยบายรวมระดับประเทศ มีเนื้อหาเน้นที่การผลิต การกระจายกำลังคนเป็นหลัก โดยเฉพาะแพทย์ เพื่อให้เกิดการบริการที่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งเมืองและชนบท เน้นที่ส่วนวิชาชีพมากกว่าส่วนบุคคลในระดับผู้ช่วย

แนวนโยบายในด้านการพัฒนาคุณภาพ และลักษณะกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไป รวมทั้งการบริหารจัดการกำลังคนจะไม่เด่นชัด จะเป็นลักษณะของนโยบายและแนวบริหารของแต่ละองค์กรที่เกี่ยวข้องจะปรับตัวกันเอง

ส่วนที่เป็นการบริหารจัดการกำลังคน จะเป็นส่วนมาตรการส่วนกลางที่เน้นเรื่องค่าตอบแทน มาตรการให้กระจาย มากกว่าการพิจารณากระบวนการจัดการกำลังคนที่เป็นระดับหน่วยงานย่อยที่ต้องพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ

ในด้านลักษณะของการผลิตกำลังคน ถูกกำหนดโดยทบวงมหาวิทยาลัย และสถาบันการผลิตโดยตรง

- ◆ **องค์กรที่กำหนดนโยบาย** ทั้งทางตรงเป็นทางการ และที่แฝงเร้น

ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนานโยบายโดยฝ่ายข้าราชการประจำแล้วนำเสนอต่อฝ่ายการเมือง แล้วกำหนดออกมาเป็นนโยบายผ่านคณะรัฐมนตรี หรือ กำหนดออกมาเป็นแนวนโยบายโดยองค์กรรัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการผลิต กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทยสภา ที่กำหนดมาตรฐานแพทย์ และจำนวนการผลิตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ส่วนที่กำหนดโดยตรงจากภาคการเมืองมีน้อยมาก

- ◆ **กลไกดำเนินการนโยบาย**

เป็นการสั่งการจากส่วนกลางจากรัฐบาลผ่านกระทรวงสาธารณสุข และส่วนที่เป็นนโยบายขององค์กรที่เกี่ยวข้องโดยตรงก็ดำเนินการโดยองค์กรนั้นโดยตรง เช่น องค์กรวิชาชีพ มหาวิทยาลัยที่เป็นหน่วยผลิต

เป็นการดำเนินการในลักษณะที่เหมือนกันทั่วประเทศ ไม่มีนโยบาย หรือมาตรการเฉพาะพื้นที่ มีเนื้อหาในนโยบายบางส่วนที่กล่าวลอยๆ แต่ขาดการแปลเป็นมาตรการหรือแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน ขาดระบบติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย บางนโยบายทำไม่ต่อเนื่อง และมีนโยบายบางส่วนที่ขัดแย้งกัน

- ◆ **พัฒนาการของนโยบายและการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข**

ระยะแรก แผน 4 - แผน 6: เป็นการแก้ปัญหาเชิงปริมาณเพื่อกระจายกำลังคนให้ครอบคลุมหน่วยบริการพื้นฐานเป็นหลัก เป็นการจัดบริการเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่เป็นโรคติดเชื้อ ผู้พัฒนาและกำหนดนโยบายส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข

แผน 7-8: เริ่มเข้าสู่ระยะการพัฒนาคุณภาพของบริการ และการปรับการบริหารจัดการ แต่ไม่มีแผนการพัฒนาคุณภาพบุคลากรที่ชัดเจน มีแต่มาตรการเพิ่มค่าตอบแทนบุคลากร

แผน 9: มีการระบุเรื่องการพัฒนาคุณภาพบุคลากรที่ชัดเจนขึ้นในส่วนที่เป็นปรัชญา ทิศทาง ส่วนที่แปลจากนโยบายไปสู่มาตรการมีเฉพาะในส่วนที่เป็นปฏิบัติการศึกษาทั่วไป แต่ส่วนการศึกษาด้านสาธารณสุขยังไม่ปรากฏแผนและมาตรการเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน

♦ **ขอบเขตการวางแผนกำลังคน**

มุ่งเน้นที่กำลังคนในภาคราชการ ไม่ได้รวมส่วนของภาคเอกชน และส่วนสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มุ่งเน้นเฉพาะบางวิชาชีพ คือแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล

สาขาอื่นๆ ใช้กรอบการพิจารณาที่กอบอัตรากำลังของราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก

พิจารณาเน้นในส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มากกว่าการพิจารณาส่วนที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และการบริหารระบบสาธารณสุข

เป็นการคิดที่พิจารณาแบบส่วนกลางเป็นผู้กำหนดระบบทั้งหมด

♦ **วิธีการศึกษา พิจารณาเพื่อกำหนดปริมาณความต้องการกำลังคน**

มักเน้นที่การใช้อัตราส่วนต่อประชากร และการติดตามโครงสร้างของหน่วยบริการ health services ในปัจจุบันมากกว่า health needs และตามภาพระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต

การพิจารณาเสนอเป็นทางเลือกเดียว เป็นตัวเลขรวมทั้งประเทศ โดยไม่ได้ระบุสถานการณ์ของบริบทว่าจะต้องปรับ คิดใหม่ เมื่อใด หรือไม่ อย่างไร มักไม่ได้คิดทางเลือกความเป็นไปได้ ยกเว้นมีหนึ่งการศึกษาที่มีการเสนอทางเลือก และไม่มีการประมาณความต้องการกำลังคนในส่วนที่เป็นองค์ประกอบย่อย เช่น กำลังคนสำหรับการบริการสุขภาพในเขตเมือง และชนบท

♦ **ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง**

มักเป็นส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย และวิชาชีพ ส่วนหน่วยงานอื่น ภาคส่วนอื่น รวมทั้งภาคประชาชน ภาคเอกชนเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย น้อย

แผนพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อตอบสนองระบบบริการสุขภาพในอนาคต

ตามที่ประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส) ครั้งที่ 1/2546 เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2546 ได้เห็นชอบในหลักการข้อเสนอยุทธศาสตร์ 3 ประการเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน คือ 1) ยุทธศาสตร์ทางปัญญา 2) ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกการทำงานระยะยาว 3) ยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งข้อเสนอยุทธศาสตร์ทั้ง 3 ประการนี้มีความเชื่อมโยงกัน

คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งแต่งตั้งโดย คปรส. ได้มีการพิจารณาทบทวนสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสาธารณสุขในสภาพปัจจุบัน พร้อมกับคาดการณ์ถึงภาพของระบบบริการสุขภาพในอนาคตที่มีการเปลี่ยนแปลง แล้วจึงพิจารณาต่อเนื่องถึงระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคต พร้อมกับพิจารณาข้อเสนอยุทธศาสตร์ 3 ประการข้างต้น ซึ่งเห็นว่าควรมีการประสานทั้งสามยุทธศาสตร์หลัก และเสนอเป็นเป้าหมายการพัฒนา ยุทธศาสตร์ย่อยของการดำเนินงาน พร้อมกับกลไกการดำเนินงาน ดังนี้

วัตถุประสงค์การพัฒนา

1. เพื่อสร้างรากฐานและพัฒนาระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพ
2. เพื่อให้มีบุคลากรด้านสาธารณสุขกระจายอย่างเหมาะสมทั้งในพื้นที่เขตเมืองและชนบท และเพื่อให้บริการด้านต่างๆอย่างมีคุณภาพ
3. เพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุขมีเจตคติ ความรู้ความสามารถที่เหมาะสมในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างสอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการปรับเปลี่ยนได้ทันกับสถานการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต
4. เพื่อให้มีระบบการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ และปรับเปลี่ยนได้สอดคล้องกับบริบทที่หลากหลาย และสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลง
5. เพื่อให้ประชาชน ชุมชน มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ และมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์การพัฒนา

1. สร้างและพัฒนาระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพ
2. ปฏิรูประบบการบริหารบุคคล และการบริหารองค์กรให้มีความหลากหลาย และปรับให้สอดคล้องกับลักษณะองค์กร บริบทที่มีความแตกต่างกัน
3. ปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพที่มีความหลากหลายและเป็นพลวัต และสอดคล้องกับการปฏิรูประบบอื่นๆ ของประเทศ
4. พัฒนาระบบกำลังคนแบบใหม่ให้ตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ และที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
5. สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และองค์กรท้องถิ่นในระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

มาตรการ/กลวิธีการพัฒนา

1. เพื่อแก้ปัญหาในด้านการกระจายกำลังคน และปัญหาความแออัดของการจัดกำลังคน ตามกรอบอัตรากำลังของรัฐในปัจจุบัน เพื่อปรับไปสู่ระบบที่มีการกระจายกำลังคนดีขึ้น ระบบกำลังคนที่มีความยืดหยุ่น หลากหลาย ตามสภาพสถานการณ์ที่แตกต่าง และเป็นพลวัตร ปรับให้มีสัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

มาตรการดำเนินการมีทางเลือก คือ

- 1) การปฏิรูปการบริหารองค์การบริหารสุขภาพของรัฐในปัจจุบันให้เป็นองค์การมหาชน เพื่อให้มีการบริหารที่คล่องตัวมากขึ้น
 - 2) หากไม่ปรับเป็นองค์การบริหารสุขภาพของรัฐองค์การมหาชน ก็ต้องมีโครงสร้างการบริหารใหม่ ส่วนหนึ่งภายใต้ระบบราชการ ในรูปของระบบพนักงานของรัฐ ที่มีค่าตอบแทนสูงกว่าราชการ มีการจัดการที่ยืดหยุ่นได้คล่องตัวกว่าระบบราชการเดิม และจัดการให้กลุ่มพนักงานของรัฐนี้เป็นผู้ดำเนินงานในส่วนที่เป็นจุดอ่อนของระบบราชการปัจจุบัน
 - 1) การจัดระบบการจัดการใหม่ในส่วนที่เป็นการคัดเลือกผู้บริหารใหม่ที่โปร่งใส และมีคุณสมบัติสอดคล้องกับวิธีการบริหารงานในระบบใหม่ เพื่อให้สามารถเป็นผู้ขับเคลื่อนและปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารงานในปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนการปรับกรอบอัตรากำลังข้าราชการให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น
2. เพื่อวางรากฐานระบบเพื่อสร้างสุขภาพดีที่เป็นจริง และเป็นรูปธรรมนั้น เป็นส่วนที่ไม่อาจใช้ระบบกลไกตลาดได้ แต่เป็นส่วนที่รัฐต้องวางแผนสนับสนุนดำเนินการเป็นหลัก เป็นกระบวนการวางแผนในลักษณะใช้นโยบายรัฐขับเคลื่อน (policy driven) รัฐจำเป็นต้องจัดระบบดำเนินการในส่วนต่างๆ ต่อไปนี้
 - 1) ต้องมีการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรเพื่อการดำเนินงานด้านนี้ ทั้งส่วนที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และส่วนที่ปฏิบัติในหน่วยงานอื่น ตลอดจนประชาชน
 - 2) ต้องมีการพัฒนาองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อทำหน้าที่ด้านการสร้างสุขภาพที่ชัดเจน ซึ่งต้องเชื่อมโยงกับระบบงบประมาณสนับสนุน และนโยบายที่ชัดเจนและเอื้อให้ปฏิบัติงานได้คล่องตัว
 - 3) ต้องมีการพัฒนาระบบการทำงานแบบ partnership ระหว่างองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งภาคประชาคม ประชาชนกลุ่มต่างๆ และต้องพัฒนาให้มีการเชื่อมโยงข้อมูล กระบวนการทำงานระหว่างระดับต่างๆ (inter-level linkage) ได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง

นอกจากนี้กระบวนการวางแผนและดำเนินงานด้านนี้ต้องมีประสิทธิภาพ จำเป็นมีการวางแผนที่มีความจำเพาะกับแต่ละพื้นที่ และแต่ละกลุ่มชน มีความจำเป็นที่ต้องกระจายอำนาจให้ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทดำเนินการโดยตรง เพื่อให้สอดคล้องกับความหลากหลายของพื้นที่

ข้อเสนอที่นำไปสู่การปฏิบัติ คือ การดำเนินงานส่วนนี้บางส่วน กระทรวงสาธารณสุขควรลงไปดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เริ่มมีการดำเนินการไปแล้ว ได้แก่ การทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ในบางส่วนควรจะมีการศึกษาวิจัย ทดลองพัฒนารูปแบบวิธีการบริหารจัดการและการดำเนินงานร่วมกันในระยะต้นก่อน

ต้องมีการพัฒนาบุคลากรที่มีความสามารถในการพัฒนานโยบายในลักษณะที่เป็น "โลกหลังทุนนิยม" ที่เน้นการพัฒนาให้ชุมชน ประชาคมมีความเข้มแข็ง

ต้องมีการลงทุนเพื่อพัฒนาบุคลากรที่มีความสามารถในด้านระบาดวิทยาทางสังคม (Social epidemiology) เพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นกลุ่มบุคคลส่วนหนึ่งที่ช่วยในการวางแผนงานที่แปลจากนามธรรมให้เป็นรูปธรรม

3. เพื่อพัฒนาบริการที่ดูแลสุขภาพเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน เป็นไปตามกลไกอุปสงค์ อุปทานอย่างมีดุลยภาพ การพัฒนาในส่วนนี้ ควรจะมุ่งเน้นในส่วนที่มีช่องว่าง มีความไม่สอดคล้องกันระหว่างอุปสงค์ อุปทาน (miss-match) ในด้านต่างๆ คือ

ในด้านการจัดบริการที่เป็นความต้องการใหม่ และความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ บริการด้านฟื้นฟูสภาพ บริการสุขภาพผู้สูงอายุ บริการที่ปรึกษาด้านจิตใจและลดความเครียด บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งส่วนนี้ควรมีการศึกษา วิจัยถึงทางเลือกของรูปแบบวิธีจัดระบบบริการเหล่านี้ในอนาคตให้ชัดเจนขึ้น พร้อมกับการศึกษาเชื่อมต่อไปถึงลักษณะของบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อการบริการนั้นๆ การศึกษาส่วนนี้ควรเป็นบทบาทของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิชาการด้านต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสภาวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยเฉพาะทางต่างๆ เป็นส่วนที่ดำเนินการศึกษา พัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ โดยที่รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณ

ให้มีการวางแผนบริการและจัดการกำลังคนสุขภาพเพิ่มขึ้นเพื่อเตรียมพร้อมรับนโยบายส่งเสริมการส่งออกบริการด้านสุขภาพ พร้อมกับการจัดระบบติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อมิให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อประชากรไทย และศึกษาระบบที่การตลาดส่วนนี้จะให้ผลตอบแทนกลับเข้าสู่สังคมไทยโดยรวม

ในด้านที่เป็นคุณภาพบริการ ซึ่งเกิดจากสภาพของบุคลากรสุขภาพปัจจุบันที่มีได้ถูกเตรียมให้เป็นผู้ปฏิบัติงานในลักษณะที่เป็น partnership ร่วมกับประชาชนและผู้ให้บริการ และการให้บริการในลักษณะที่เป็นองค์รวม จึงควรมีการพัฒนาเรื่องกระบวนการพัฒนากำลังคนในระบบให้ปรับเปลี่ยนกระบวนการทรรศน์ และกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับความต้องการในระบบที่เป็นองค์รวม ในส่วนนี้ควรมีการศึกษาวินิจฉัย แลกเปลี่ยน สรุปบทเรียนกระบวนการพัฒนากำลังคนด้วยวิธีการต่างๆ ในปัจจุบันที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อค้นหาวิธีการที่ประสิทธิภาพในแต่ละเงื่อนไข

ในด้านการกระจายกำลังคน เป็นส่วนที่เสนอแล้วในข้อ 1

4. ปฏิรูประบบระบบการผลิตและการพัฒนากำลังคนให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพและระบบต่างๆ ที่ปรับเปลี่ยนไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพควรดำเนินการตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ที่มุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและกระบวนการผลิต ที่มุ่งเน้นปฏิรูปการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต

ให้มีการวางแผนและประสานดำเนินการผลิตบุคลากรกลุ่มต่างๆ โดยใช้ศักยภาพของสถาบันการผลิตทั้งรัฐ เอกชน สถาบันการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาต่างประเทศ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่เข้าใจธรรมชาติ ข้อจำกัด และจุดเด่นขององค์กรในแต่ละลักษณะ ประสานให้มีการ

ผลิตที่เป็นไปตามทิศทาง และระบบการพัฒนาระบบของประเทศ อย่างสอดคล้อง ซึ่งข้อเสนอส่วนนี้ ควรเป็นการพัฒนาให้สาขาวิชาชีพต่างๆ เข้าใจต่อทิศทางและธรรมชาติขององค์กรผลิตแต่ละลักษณะ ยอมรับให้มีบุคลากรด้านสุขภาพที่มีลักษณะหลากหลายมากกว่ามาตรฐานเดียว สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม

สนับสนุนให้มีสถาบันที่พัฒนาบุคลากรสุขภาพในลักษณะที่เป็น "วิทยาลัยชุมชน" ที่วางแผนการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพโดยใช้สภาพปัญหาสุขภาพของชุมชนเป็นฐาน มีการดำเนินการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับต่างๆ ส่วนนี้ควรเสนอให้สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข นำไปดำเนินการร่วมกับการปฏิรูปองค์กรบริหารงาน

ในส่วนที่เป็นการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการผลิต ควรจะเป็นวิธีการที่สนับสนุนผ่านผู้เรียน (demand side) มากกว่าการสนับสนุนผ่านสถาบันการผลิต ทั้งนี้เพื่อให้มีทางเลือกการผลิตที่คล่องมากขึ้น และเป็นการผลักดันให้สถาบันการผลิตดำเนินการตามความต้องการของผู้เรียน และตามนโยบายของรัฐ ควรจัดระบบที่เชื่อมต่อกับกองทุนเงินกู้เพื่อการศึกษา เพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้ด้อยโอกาส ประชากรที่มีฐานะยากจน แต่ต้องแก้ปัญหาการบริหารจัดการกองทุนในส่วนที่เป็นการเรียกเก็บเงินคืนให้มีประสิทธิภาพ

5. เพื่อให้เกิดความบูรณาการระหว่างระบบการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก กับระบบทางการแพทย์แผนตะวันตก จึงควรมีการศึกษาด้วยว่าระบบแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกนี้เข้ามามีบทบาทอย่างไร คุณภาพเป็นอย่างไร กำลังคนด้านสุขภาพในด้านการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกจะมีบทบาทในด้านการบริการที่เป็นความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้มากนักน้อยเพียงใด อย่างไร

กลยุทธ์การดำเนินงาน

1. สนับสนุนและพัฒนาให้มีเครือข่ายสร้างองค์ความรู้ที่ต่อเนื่องเพื่อพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
2. สร้างการมีส่วนร่วมและการปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องระหว่างองค์กรนโยบาย องค์กรวิชาการและองค์กรปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
3. เสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กลไกการดำเนินงาน

1. คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ
2. สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
3. เครือข่ายการวิจัย/การสร้างความรู้ เกี่ยวกับระบบกำลังคนตามยุทธศาสตร์หลักของประเทศ

บทบาทของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ

- ประสาน กำกับ นโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานในด้านกำลังคนสาธารณสุขที่ต่อเนื่อง และครอบคลุมประเด็นได้กว้างขวางรอบด้าน
- ให้ข้อเสนอแนะ และกำหนดแนวนโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านกำลังคนสาธารณสุข ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ

- ประสานให้มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการสร้างองค์ความรู้ที่มีสนับสนุนดำเนินการด้านกำลังคนได้อย่างต่อเนื่อง ระยะยาว
- ประสาน และ นำเสนอนโยบาย และมาตรการกำลังคนด้านสาธารณสุขต่อรัฐบาล องค์กรที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับกำกับติดตามให้มีการดำเนินการตามนโยบาย ตลอดจนการประเมินผลกระทบ

คณะกรรมการระดับชาติ มิใช่มีบทบาทกำหนดทุกอย่างของเรื่องกำลังคน แต่ควรที่จะมีบทบาทเป็นหน่วยกำกับทิศทางของนโยบายต่างๆที่เกี่ยวข้องและกระทบต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข แล้วทำหน้าที่เสนอแนะนโยบาย เพื่อปรับสมดุลพอดีระหว่างระบบอื่นๆ กับส่วนที่กระทบต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

ควรมีกกลไกการเสนอแนะนโยบายที่หลากหลาย ต่อองค์กรที่เกี่ยวข้องในหลายลักษณะทั้งที่เป็นผู้ผลิต ผู้ใช้กำลังคน รัฐบาลกลาง ผู้ให้บริการ ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ

สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการฯ ทำหน้าที่

- ประสาน จัดการ สนับสนุน ให้มีเครือข่ายวิจัยที่ดำเนินการศึกษาวิจัย เพื่อบริการต่อแผนยุทธศาสตร์กำลังคนรวมของประเทศได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับประสานให้เกิดความเชื่อมโยงของการศึกษาในแต่ละเครือข่าย และกำกับ ติดตามการศึกษาวิจัยให้ได้ผลตามเป้าหมาย
- ประสานให้มีงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินการศึกษา วิจัยเพื่อหาคำตอบต่อการดำเนินงาน
- พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข โดยใช้ฐานความรู้จากผลการศึกษามาปรับให้เหมาะสมเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และมาตรการดำเนินงานเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

คุณลักษณะของกลไก สำนักงานเลขานุการ

- เป็นกลไกที่เชื่อมต่อระหว่างการสร้างความรู้เกี่ยวกับระบบกำลังคนกับการพัฒนานโยบาย และกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
- มีการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในด้านนี้ และมีการกำกับติดตามนโยบายได้ต่อเนื่อง
- ต้องสร้างให้องค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทร่วมกันในการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

เงื่อนไขสนับสนุน

กลไกนี้จำเป็นต้องมีการเชื่อมต่อหรือมอบหมายจากส่วนนโยบาย หรือ องค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ทางการบริหาร เพื่อให้เป็นที่ยอมรับในสถานะการทำงาน และการนำเสนอผลลัพธ์การทำงาน

ทางเลือกของหน่วยสำนักงานเลขานุการ

- เป็นส่วนหนึ่งของ สป.ร.ส. ที่ปรับไปเป็นสคส. หลังจากที่ถูกปรับผ่านแล้ว
- เป็นส่วนหนึ่งของ สวรส. ที่จัดให้มีกลไกดูแลงานนี้เป็นการเฉพาะ

- เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข แต่มีการจัดองค์กรกิจการที่มีลักษณะ คล่องตัว อิสระ

ทางเลือกของแหล่งงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินงาน

- สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ (สสส)
- สำนักงานกองทุนวิจัย (สกว.)
- องค์กรที่เป็นผู้ให้ผลการศึกษา

เครือข่ายการวิจัย/สร้างความรู้ในด้านระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

เพื่อให้มีการศึกษา วิจัย สังเคราะห์องค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งมีธรรมชาติที่ต้องการระยะเวลาในการศึกษา ประเมินผลที่ยาวนาน จึงเสนอให้พยายามก่อรูปเป็นเครือข่าย การวิจัยในแต่ละประเด็นสำคัญเป็นการเฉพาะกิจในช่วงแรก และพัฒนาต่อไปเป็นกลไกการศึกษา ระยะยาวต่อเนื่อง โดยเครือข่ายนี้จะต้องสร้างให้องค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนที่เป็นผู้ใช้บุคลากร ส่วนที่เป็นผู้ผลิต และสถาบันวิชาการต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมด้วย เพื่อให้มีการศึกษาวิจัยในประเด็นที่สอดคล้อง และมีการใช้ผลการศึกษาได้อย่างทันการณ์

องค์ประกอบหลักของเครือข่าย ควรประกอบด้วย

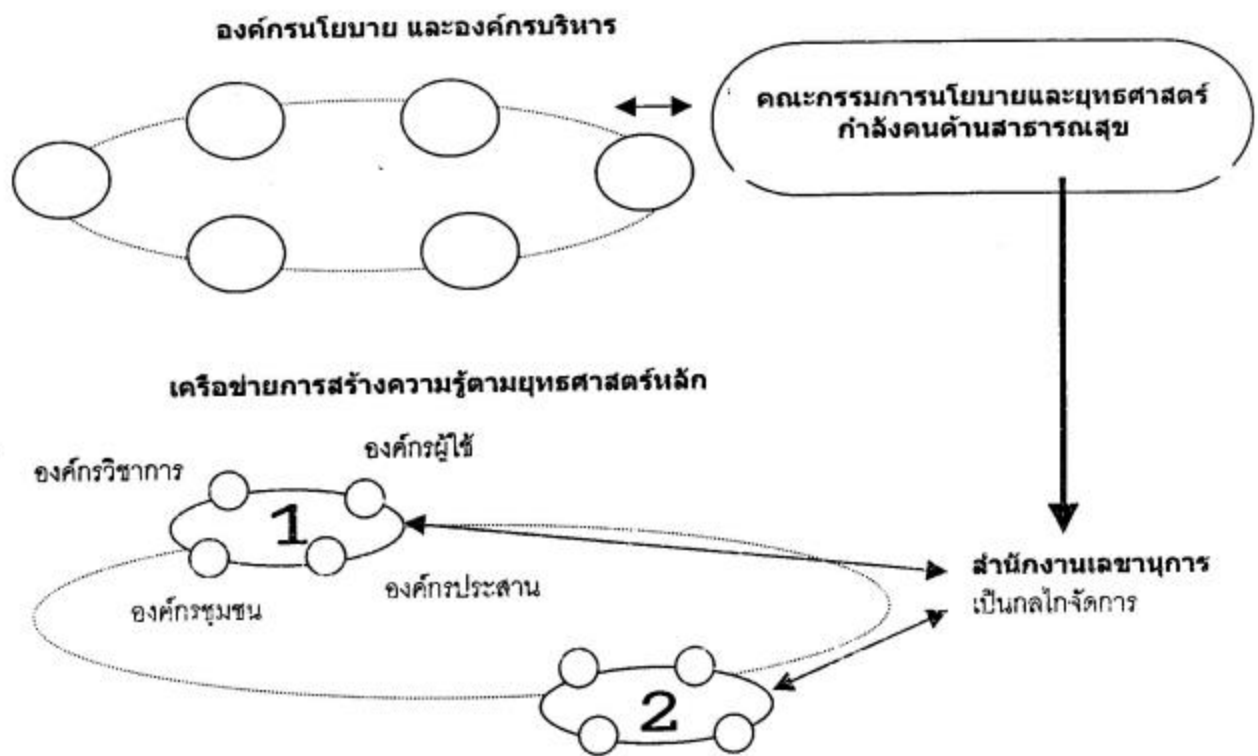
- 1) ส่วนที่เป็นองค์กรวิชาการ ที่ทำหน้าที่ในการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบใหม่
- 2) องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นนั้นๆ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและวิจัยไปพร้อมกัน และนำผลการศึกษาไปใช้อย่างทันการณ์
- 3) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานเนื้อหา
- 4) องค์กรชุมชน หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

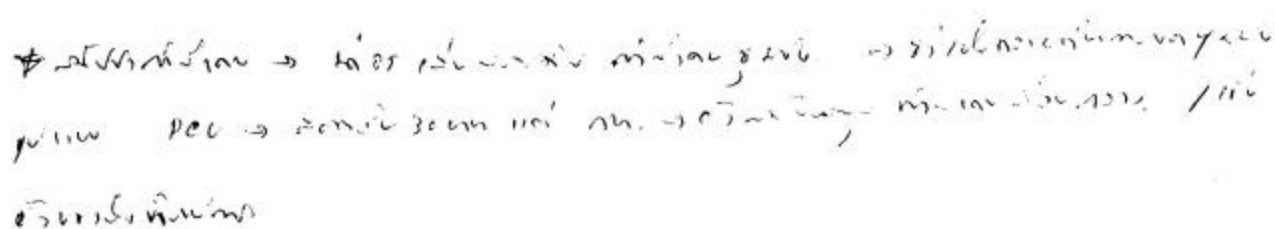
เครือข่ายการวิจัยนี้ ควรเป็นกลไกการดำเนินงานที่คล่องตัว และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง มิใช่เป็นการศึกษาเฉพาะกิจ

โดยที่มีทีมเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายฯ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานให้มีการวิจัยและพัฒนาความรู้ที่เชื่อมโยงกันได้ระหว่างเครือข่ายต่างๆ และตอบสนองต่อยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขที่มีการกำหนดโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นผู้จัดการระบบฐานข้อมูลกลางของกำลังคนด้านสาธารณสุข

ในแต่ละเครือข่ายการศึกษา ให้มีการศึกษา และพัฒนาทั้งส่วนที่เป็นระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การศึกษาหาข้อมูล พัฒนางค์ความรู้เพื่อการปฏิรูปและปรับระบบตามยุทธศาสตร์ และการพัฒนาศักยภาพขององค์กร บุคลากรที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกัน ผลการศึกษาให้เสนอต่อคณะกรรมการกำลังคนระดับชาติ และเสนอต่อองค์กรนโยบาย องค์กรปฏิบัติการในแต่ละด้านที่อยู่ในเครือข่ายการศึกษานั้นไปพร้อมกันเพื่อมีการตัดสินใจและดำเนินการ

ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ในดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข





* นิยาม - 3 professional คือ นักวิชาชีพ / ผู้เชี่ยวชาญ
characteristic → คุณสมบัติ
 ↓
community base → ฐานวิชาชีพ
PCU → วิชาชีพ

↓
प्रतिष्ठा - मूल मूल - हि ५०
०१००

↓
inferior demand → $h_{12} > 0$

ข้อเสนอแผนแม่บทการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืนในภาพรวม (ฉบับร่างครั้งที่ 1 – 17 เมษายน 2546)

1. ความเป็นมา

1.1 ที่ประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ครั้งที่ 1/2546 เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2546 ได้พิจารณา "ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน" (เอกสารผนวก) และเห็นชอบในหลักการ ข้อเสนอยุทธศาสตร์ 3 ประการ ซึ่งเชื่อมโยงกัน คือ:-

1.1.1 ยุทธศาสตร์ทางปัญญา โดยมุ่งหมายที่จะสร้างองค์ความรู้ ระบบข้อมูลข่าวสาร และนักวิชาการที่มีศักยภาพ ให้สามารถทำงานอย่างต่อเนื่อง ในการสนับสนุนทางปัญญาแก่การพัฒนาากำลังคนด้านสาธารณสุข โดยมีแนวทางสำคัญคือ การจัดทำชุดโครงการวิจัย การพัฒนาากำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเชื่อมโยงกับการพัฒนาศักยภาพนักวิชาการและสถาบันวิชาการ เพื่อการทำงานทางปัญญาในระยะยาว

1.1.2 ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกทำงานระยะยาว โดยมุ่งหมายที่จะให้มีกลไกระดับชาติ และกลไกวิชาการที่ทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาากำลังคนด้านสาธารณสุขในระยะยาว ที่สอดคล้องกับกลไกภายใต้ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ กลไกการทำงานวิชาการให้เป็นกลไกที่มีอิสระ และเป็นเลขานุการกิจของกลไกระดับชาติ

1.1.3 ยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม โดยมุ่งหมายที่จะให้มีการระดมทรัพยากรและทุนทางสังคมจากทุกภาคส่วนของสังคมไทย มาร่วมกันพัฒนาากำลังคนด้านสาธารณสุขในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การศึกษาวิจัย การสังเคราะห์นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางการพัฒนา การร่วมกันลงมือปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ทั้งนี้โดยสัมพันธ์กับกลไกทำงานระยะยาวในข้อ 1.1.2

1.2 คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดตั้ง "คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข" ขึ้น โดยมี นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นประธานกรรมการ และผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเลขานุการ และมีกรรมการมาจากส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีการกิจหลัก คือ การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของชาติ ทั้งระยะสั้น ปานกลาง และระยะยาว ทั้งนี้ รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้ ระบบข้อมูลข่าวสาร และศักยภาพของกลไกในการดำเนินการด้วย

1.3 คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ได้ประชุมกันครั้งแรก เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2546 และเห็นชอบให้ มีการดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินงาน 2 ส่วน

1.3.1 ส่วนที่ 1 เป็นแผนแม่บทในการพัฒนาากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืนในภาพรวม ตามข้อเสนอยุทธศาสตร์ 3 ประการในข้อ 1 โดยมี นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นหัวหน้าคณะ

1.3.2 ส่วนที่ 2 เป็นแผนในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข โดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น ทั้งนี้โดยมุ่งการศึกษารูปแบบที่มีการดำเนินการ และการทดลองปฏิบัติจริง โดยมี ศ.นพ. สันต์ หัตถีรัตน์ เป็นหัวหน้าคณะ

ข้อเสนอนี้ เป็นการดำเนินการจัดทำแผนแม่บทฯ ในส่วนที่ 1 (ภาพรวม)

2. หลักการในการจัดทำและดำเนินการตามแผนแม่บทฯ

2.1 ยุทธศาสตร์ทั้ง 3 ประการ ที่ คปรส. เห็นชอบ จะต้องนำมาใช้ โดยเชื่อมโยงกัน ไม่แยกส่วน

2.2 แผนงาน/กิจกรรมต่างๆ มีการพิจารณานำยุทธศาสตร์ทั้ง 3 มาเป็นหลักร่วมกันในการจัดทำและดำเนินการ

2.3 แผนงาน/กิจกรรมต่างๆ สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นทั้งระยะสั้น ปานกลาง และระยะยาว

2.4 การจัดทำและดำเนินการตามแผน ถือเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ที่ต้องมีการประเมินผล และมีการพัฒนาปรับปรุงอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 2 ปี

3. ข้อเสนอแผนแม่บทฯ

3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

“เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการปรับเปลี่ยนนโยบาย ยุทธศาสตร์ และยุทธวิธี อันนำไปสู่การดำเนินการในลักษณะที่เป็นพลวัต และมีผลอย่างยั่งยืนในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อให้มีปริมาณและการกระจายที่เหมาะสม มีคุณภาพดี ประสิทธิภาพสูง เหมาะสมกับความต้องการของระบบบริการสาธารณสุข ในภาพรวมและภาพย่อย”

3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

3.2.1 เพื่อให้เกิดชุดโครงการวิจัย และการดำเนินการวิจัยตามชุดโครงการวิจัยที่มีลำดับความสำคัญสูง

3.2.2 เพื่อรวบรวมพัฒนางานองค์ความรู้ ทั้งที่มีอยู่แล้วและที่ได้จากโครงการวิจัยใหม่ ให้เป็นหมวดหมู่ เป็นระบบ และนำไปสู่ข้อเสนอเชิงพัฒนาระบบ พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และยุทธวิธี ในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

3.2.3 เพื่อพัฒนาศักยภาพสถาบันและบุคลากร ทั้งนักบริหารและนักวิชาการให้มีศักยภาพ ทั้งในเรื่องการสร้างและการใช้องค์ความรู้ และเครื่องมือในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

3.2.4 เพื่อพัฒนากลไกระยะยาว ที่จะทำให้องค์ความรู้ต่างๆ ที่เกิดขึ้น สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการระบบการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับระบบบริการสาธารณสุขไทย

3.3 แผนงาน เพื่อให้การดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะ จึงกำหนดแผนงานสำคัญ 4 แผนงาน ดังนี้

3.3.1 แผนงานสนับสนุนชุดโครงการวิจัยที่มีลำดับความสำคัญสูง

แผนงานนี้มุ่งที่จะสร้างองค์ความรู้ ทั้งในลักษณะองค์ความรู้พื้นฐาน และประยุกต์ ที่มีลำดับความสำคัญสูง ซึ่งจะสามารถตอบสนองต่อการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงนโยบาย ยุทธศาสตร์และยุทธวิธีการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ทั้งระยะสั้น ปานกลางและระยะยาว

3.3.2 แผนงานพัฒนาข้อมูลข่าวสารและเครื่องมือในการพัฒนา

แผนงานนี้มุ่งจะให้เกิดระบบข้อมูลพื้นฐานและเครื่องมือ คู่มือ ที่เป็นมาตรฐาน รวมทั้งข้อมูลเชิงวิเคราะห์ เกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อจะใช้เป็นบรรทัดฐานในการศึกษาวิจัยและการวางแผนพัฒนากำลังคน และนำไปสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงพัฒนาระบบ พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และยุทธวิธี ในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

3.3.3 แผนงานพัฒนาศักยภาพสถาบัน/บุคลากร

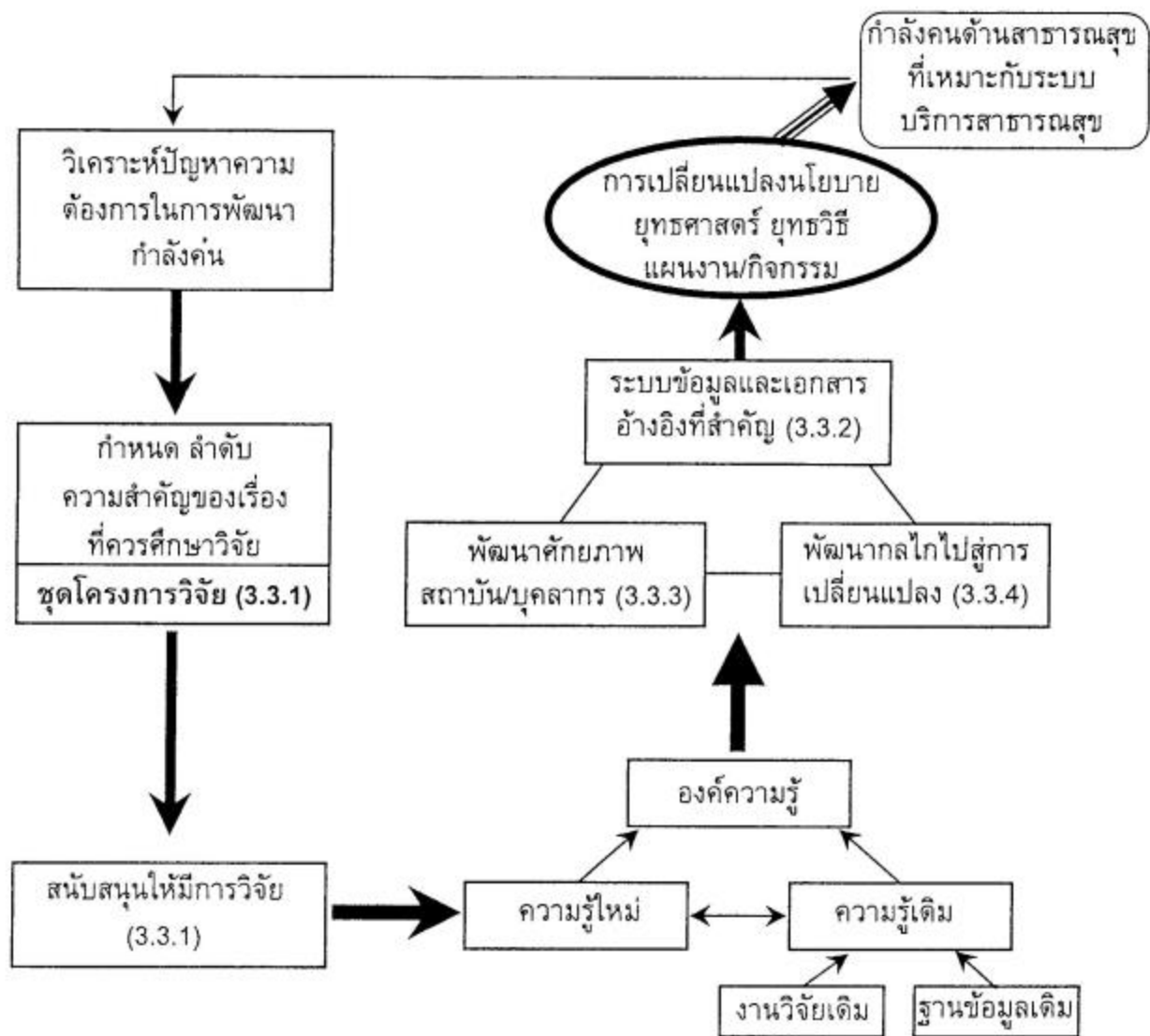
แผนงานนี้มุ่งที่จะพัฒนาศักยภาพของสถาบันและบุคลากรในทุกกระดับ ที่จะช่วยสร้างองค์ความรู้ และนำองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนนโยบาย ยุทธศาสตร์ ยุทธวิธีในการพัฒนากำลังคนในระบบบริการสาธารณสุขไทย

3.3.4 แผนงานพัฒนากลไกไปสู่การเปลี่ยนแปลง

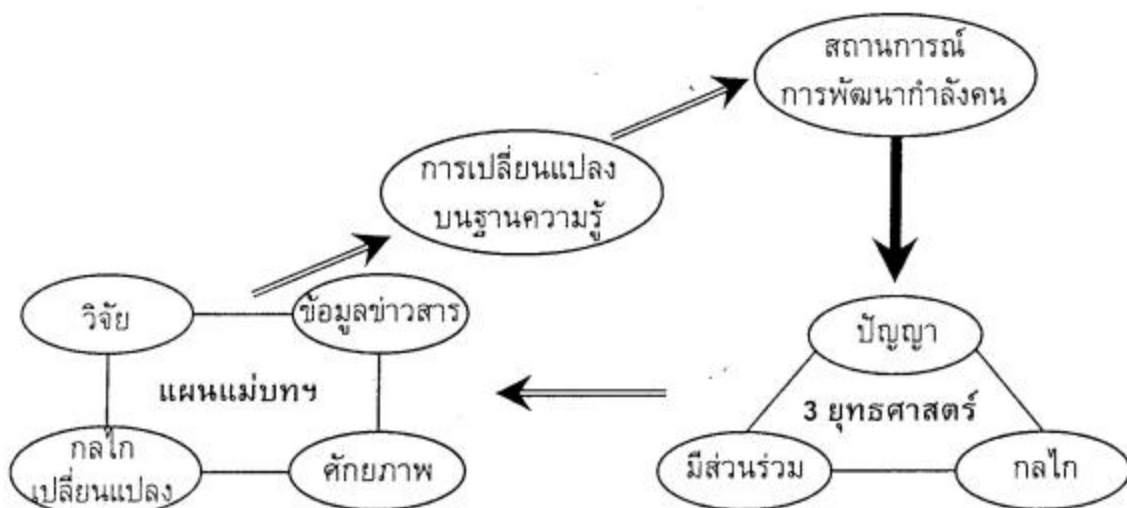
แผนงานนี้มุ่งสนับสนุนให้เกิดกลไกที่ยั่งยืนในการสร้างความเคลื่อนไหวทั้งในเชิงวิชาการ การบริหาร และการเคลื่อนไหวในสังคม เพื่อให้องค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมและที่เกิดขึ้นใหม่จากการวิเคราะห์วิจัย ส่งผลกระทบไปสู่การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับระบบบริการสาธารณสุขไทย

ซึ่งแผนงานทั้ง 4 จะมีความเกี่ยวข้องกันดังภาพที่ 1 และวงจรและความเชื่อมโยงการดำเนินงานเป็นไปดังภาพที่ 2

ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงของแผนงานภายใต้แผนพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน



ภาพที่ 2 วงจรและความเชื่อมโยงในการดำเนินการ



4. แผนงานสนับสนุนชุดโครงการวิจัยที่มีลำดับความสำคัญสูง

โครงการวิจัยที่สมควรสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการวิจัยที่สำคัญๆ อาจจัดแบ่งได้เป็นชุดๆ ดังนี้

*** 4.1 ชุดโครงการศึกษาวิจัยผลกระทบต่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขในแง่ของการผลิต การจัดการศึกษา ผลผลิตภาพ ประสิทธิภาพและการกระจาย ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน (เช่น วิกฤตเศรษฐกิจ เศรษฐกิจฟื้นตัว โลกาภิวัตน์ การค้าระหว่างประเทศ เป็นต้น) รวมทั้งอาจเกิดจากยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพและระบบราชการ เช่น การกระจายอำนาจ การเพิ่มบทบาทของภาคเอกชน นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.2 ชุดโครงการวิจัยเพื่อนำไปสู่การได้ข้อมูลพื้นฐานและคำตอบที่เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการวางแผนและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข

** 4.2.1 โครงการวิจัยเพื่อกำหนดการจัดส่วนผสมของกำลังคน (cadre mix) แบบใหม่ ให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ และกำหนดบทบาทหน้าที่ในกลุ่มบริการสาธารณสุขด้านต่างๆ รวมทั้งศึกษาแนวทางในการเปลี่ยนผ่านและผลกระทบที่เกิดขึ้น เช่น บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ทันตภิบาล และนักวิชาการสาธารณสุขประจำสถานบริการสุขภาพชุมชน

4.2.2 โครงการวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและการจัดการกำลังคน ในระยะปานกลางและระยะยาว

*** (1) โครงการวิจัยพลวัตกำลังคนเพื่อหาอัตราการสูญเสีย และอัตราการคงอยู่ตามกลุ่มอายุและเพศของกำลังคน รวมทั้งเหตุผลของการสูญเสียกำลังคนแต่ละสาขาในแต่ละช่วงอายุ/เพศ

** (2) โครงการวิจัยเพื่อสร้างดัชนีชี้วัดและให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลิตภาพของกำลังคน (Productivity) ในการให้บริการสาธารณสุข

** (3) โครงการวิจัยพัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อการวางแผนและการบริหารจัดการกำลังคน เช่น ฐานข้อมูลสภาวิชาชีพ ฐานข้อมูลการสำรวจทรัพยากร ฐานข้อมูลการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ฐานข้อมูลจากการสำมะโนประชากร

* (4) โครงการวิจัยเพื่อหามาตรฐานการทำงาน และมาตรฐานกำลังคน (Staff norms) รวมทั้งมาตรฐาน FTE (Full -Time Equivalent) ของกำลังคนด้านสาธารณสุข ในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ

** (5) โครงการศึกษาวิจัยข้อมูลพื้นฐานด้านเศรษฐศาสตร์กำลังคน เช่น ต้นทุนในการผลิตกำลังคน ความเป็นธรรมในการจัดการศึกษา ระบบการให้ค่าตอบแทนในภาครัฐและเอกชน

*** ลำดับความสำคัญสูงสุด หมายถึง มีปัญหาเร่งด่วนหรือคาดว่าจะเกิดขึ้นหรือปัญหานั้นเกิดผลกระทบค่อนข้างมากต่อระบบบริการสาธารณสุขหรืองานวิจัยพื้นฐานที่สำคัญมากๆ

** ลำดับความสำคัญสูง หมายถึง ปัญหาที่ไม่เร่งด่วนนัก หรือมีผลกระทบไม่รุนแรงมากนักแต่อาจนำไปสู่ผลกระทบรุนแรงในอนาคตหรืองานวิจัยพื้นฐานที่สำคัญๆ

* ลำดับความสำคัญปานกลาง หมายถึง งานวิจัยต่อเนื่อง หรืองานวิจัยพื้นฐานที่ไม่เร่งด่วนในการดำเนินการ

4.3 ชุดโครงการวิจัยต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงการวางแผนกำลังคนในระยะยาว

*** 4.3.1 โครงการวิจัยเพื่อปรับปรุงเทคนิควิธีการวางแผนกำลังคนให้เหมาะสมสำหรับ 9 กลุ่มบริการที่เคยดำเนินการแล้ว (ได้แก่ กลุ่มบริการด้านเวชกรรม, ทันตกรรม, การพยาบาล, เภสัชกรรม และการคุ้มครองผู้บริโภค, การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ, บริการทางเทคนิคในการตรวจวิเคราะห์และรักษาด้วยเครื่องมือทางรังสี, บริการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย, บริการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่, บริการสาธารณสุขระดับต้นในชุมชน)

*** 4.3.2 โครงการวิจัยวางแผนกำลังคนในกลุ่มใหม่ๆ เช่น กลุ่มบริการด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพจิต

4.4 ชุดโครงการวิจัยเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาความไม่สมดุลในการกระจายกำลังคน

4.4.1 โครงการวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข

*** (1) การศึกษาสถานการณ์การกระจายกำลังคนสาขาที่สำคัญ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล อย่างเป็นระบบ ทั้งการกระจายตามภูมิศาสตร์ ตามสถานบริการ ตามสาขาเฉพาะทาง และตามเพศ

*** (2) การวิจัยเพื่อศึกษาทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข เช่น ความห่างไกลทุรกันดาร แรงจูงใจต่างๆ ลักษณะเฉพาะของกำลังคน ระบบการคัดเลือกและการจัดการศึกษา ระบบการบริหารจัดการกำลังคน และปัจจัยเกี่ยวกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

*** 4.4.2 โครงการวิจัยเพื่อศึกษาประเมินผลกระทบของมาตรการต่างๆ ที่ผ่านมาในการแก้ไขปัญหการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข เช่น การทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุน การให้โควตาพิเศษแก่นักเรียนในท้องถิ่น การให้ค่าตอบแทนพิเศษ การกำหนดเงื่อนไขในการศึกษาต่อ เป็นต้น

*** 4.4.3 โครงการวิจัยพัฒนายุทธศาสตร์/ยุทธวิธีใหม่ๆ ที่จะช่วยแก้ไขปัญหการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข รวมทั้งประเมินผลกระทบด้วย

4.5 ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการศึกษาของกำลังคนในระดับต่างๆ ให้เหมาะสมกับความต้องการระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และสอดคล้องกับจริยธรรมที่เหมาะสม

*** 4.5.1 โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ในการคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้ามศึกษา ตลอดจนประเมินผลกระทบต่อคุณภาพการศึกษาและความเป็นธรรมในการศึกษา โดยเฉพาะรูปแบบที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกและดูแลนักศึกษา

*** 4.5.2 โครงการวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรม ในการจัดการศึกษากำลังคนด้านสาธารณสุข ตลอดจนการประเมินผลโครงการ เช่น การเรียนในสถานที่ทำงาน การเรียนทางไกล การใช้สถานบริการสาธารณสุขในการผลิตกำลังคน รูปแบบใหม่ในการการพัฒนาเจตคติด้านจริยธรรม โดยเฉพาะรูปแบบที่มีการระดมสรรพกำลังมาร่วมกันผลิตกำลังคน

*** 4.5.3 โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบในการกระจายอำนาจการจัดการศึกษา และให้สถาบันการศึกษาเป็นอิสระจากระบบราชการ การปรับอัตราค่าบำรุงการศึกษาให้สะท้อนต้นทุนการดำเนินการของกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา และบทบาทของสถานบริการและชุมชนในการร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการศึกษา

** 4.5.4 โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการประกันคุณภาพสถาบันการศึกษาในสาขาต่างๆ

4.6 ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและวิธีการในการพัฒนากำลังคนระหว่างประจำการ

** 4.6.1 โครงการวิจัยนวัตกรรมในการพัฒนากำลังคนระหว่างประจำการ เช่น รูปแบบการพัฒนา EQ ของผู้บริหาร การพัฒนากำลังคนด้วยระบบสารสนเทศสมัยใหม่ การพัฒนาเครือข่ายประชาสังคมของกำลังคนด้านสาธารณสุข การประสานการฝึกอบรมเฉพาะเรื่องต่างๆ เพื่อประสิทธิภาพในการอบรม

** 4.6.2 โครงการศึกษาวิจัยประเมินผลมาตรการ/โครงการพัฒนากำลังคนประจำการที่สำคัญๆ เช่น การฝึกอบรมผู้บริหาร 3 ระดับ การฝึกอบรมบุคลากรเฉพาะทาง และการกระจายอำนาจในการพัฒนากำลังคน เป็นต้น

4.7 โครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคน

*** 4.7.1 โครงการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลิตภาพ (productivity) การใช้กำลังคนด้านสาธารณสุข เช่น การใช้เวลาของบุคลากรระดับต่างๆ ตลอดจนพัฒนายุทธศาสตร์/ยุทธวิธี ในการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้กำลังคน รวมทั้งการประเมินผลด้วย

** 4.7.2 โครงการวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยและการให้บริการด้านสาธารณสุข ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและทางเลือกในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งผลกระทบจากการจัดตั้งกองทุนชดเชยค่าเสียหายแก่ผู้รับบริการ ภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

*** 4.7.3 โครงการศึกษาทางเลือกและรูปแบบในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขในภาครัฐ โดยเฉพาะการกระจายอำนาจและการจัดการในลักษณะที่เป็นอิสระจากระบบราชการ การสร้างกลไกประชาสังคมเพื่อสนับสนุนการจัดการกำลังคน

4.8 โครงการพัฒนารูปแบบการพัฒนากำลังคนในระดับพื้นที่

*** 4.8.1 โครงการในพื้นที่ระดับจังหวัด ที่จะพัฒนารูปแบบการพัฒนากำลังคนอย่างครบวงจร เช่น การผสมผสานโครงการฝึกอบรมตามแผนงาน/โครงการของกรมวิชาการต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข การจัดการศึกษา และการบริหารจัดการกำลังคน ร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น

*** 4.8.2 โครงการทดลองพัฒนากำลังคนครบวงจรในระดับสถาบัน เช่น ส่วนราชการ โรงพยาบาล

โดยสรุปแล้วอาจแบ่งเป็นโครงการวิจัยที่สำคัญเร่งด่วน โดยเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่กำลังเกิดขึ้น และโครงการวิจัยพื้นฐานเพื่อการพัฒนาในระยะยาวได้ดังนี้

โครงการวิจัยที่มีลำดับความสำคัญสูงและควรดำเนินการโดยเร็ว

- (1) การวิจัยผลกระทบต่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข จากการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจและสังคม โลกาภิวัตน์ การค้าระหว่างประเทศ การปฏิรูประบบราชการ การกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบสุขภาพ รวมทั้งนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และทางเลือกในการแก้ไขปัญหา (4.1)
- (2) การวิจัยประเมินสถานการณ์ ประเมินผลกระทบของยุทธศาสตร์ ยุทธวิธีต่างๆ ที่ใช้ในการสนับสนุนการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะกำลังคนระดับสูง (4.4.1, 4.4.2 และ 4.4.3)
- (3) การศึกษาวิจัยทางเลือกและรูปแบบในการบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐโดยเฉพาะประเด็นการกระจายอำนาจและการจัดการในลักษณะที่เป็นอิสระจากระบบราชการ (4.7.3)
- (4) การวิจัยพัฒนารูปแบบการพัฒนากำลังคนระหว่างประจำการในระดับจังหวัดและในสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ในลักษณะเชื่อมโยงกับการพัฒนาองค์กร และพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาชีพ (4.8.1 และ 4.8.2)
- (5) การวิจัยพัฒนารวมทั้งประเมินผลนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดการศึกษาและการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการศึกษาทางไกล การศึกษาในที่ทำงาน การคัดเลือกนักศึกษา การกระจายอำนาจการจัดการศึกษา การให้สถาบันการศึกษาเป็นอิสระ การปรับอัตราค่าบำรุงการศึกษาและการดำเนินการกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา (4.5.1, 4.5.2 และ 4.5.3)
- (6) การวิจัยพัฒนาตลอดจนประเมินผลกระทบของยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี การเพิ่มผลิตภาพของกำลังคนด้านสาธารณสุข (4.7.1)
- (7) การวิจัยเกี่ยวกับพลวัตกำลังคนด้านสาธารณสุข และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียกำลังคนด้านสาธารณสุข (4.2.2 (1))

โครงการวิจัยพื้นฐานระยะยาวที่สามารถทยอยดำเนินการได้

- (1) การวิจัยสภาพปัญหาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยและการให้บริการสาธารณสุข ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและทางเลือกในการแก้ไขปัญหา (4.7.2)
- (2) การวิจัยพัฒนาระบบการประกันคุณภาพสถาบันการศึกษาด้านสาธารณสุข (4.5.4)
- (3) การวิจัยพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ในการพัฒนากำลังคนระหว่างประจำการ และการประเมินผล การดำเนินการที่ทำอยู่เดิม เช่น การพัฒนา EQ ของผู้บริหาร การพัฒนาเครือข่ายประชาสังคมของกำลังคนด้านสาธารณสุข (เช่น แพทย์ชนบท หมออนามัย สภาวิชาชีพ) (4.6.1 และ 4.6.2)
- (4) การวิจัยพัฒนาดัชนีชี้วัดและข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภาพ (Productivity) ของกำลังคนด้านสาธารณสุข (4.2.2 (2))
- (5) การวิจัย พัฒนา ระบบข้อมูลพื้นฐานต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข (4.2.2 (3))
- (6) การวิจัยเกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์ด้านกำลังคน เช่น ต้นทุนการผลิต ความเป็นธรรมในการจัดการศึกษา การให้ค่าตอบแทนแก่กำลังคนในภาครัฐและเอกชน (4.2.2 (5))
- (7) โครงการวิจัยปรับปรุงการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข ทั้งใหม่และเก่า (4.3.1 และ 4.3.2)
- (8) โครงการวิจัยเพื่อกำหนดส่วนผสมที่เหมาะสมของกำลังคนในกลุ่มบริการสาธารณสุขต่างๆ รวมทั้งโครงการวิจัยเพื่อหา Productivity norms, Staff norm และ FTE ของแต่ละคน (4.2.1 และ 4.2.2 (4))

5. แผนงานพัฒนาข้อมูลข่าวสาร และข้อมูลทางด้านวิชาการในการพัฒนากำลังคน

แผนงานนี้มุ่งจะให้เกิดระบบข้อมูลพื้นฐานและเครื่องมือ คู่มือ แนวทางที่เป็นมาตรฐาน ในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

5.1 พัฒนาการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร การวิจัย ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับนักบริหาร และนักวิชาการ ในด้านนี้

5.3.1 รวมเป็น document หรือ database ซึ่งสามารถ access ได้ electronically

5.3.2 จัดส่วนในห้องสมุดของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และสถาบันวิชาการต่างๆ ให้มีเอกสารวิชาการด้านนี้ และเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลทางวิชาการ/ห้องสมุดอื่น ๆ

5.3.3 การจัดเก็บข้อมูลข่าวสาร และข้อมูลทางวิชาการที่เกิดจากการวิจัยและพัฒนา อย่างเป็นระบบและหมวดหมู่ และมีผู้ดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

5.2 พัฒนาคู่มือ มาตรฐานต่าง ๆ

5.2.1 กำหนดคำจำกัดความ และความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัยในด้านนี้

5.2.2 จัดทำคู่มือการศึกษาในด้านต่างๆ สำหรับการวิจัยการพัฒนากำลังคนด้าน สาธารณสุข เช่น คู่มือการศึกษาต้นทุนการผลิตกำลังคน คู่มือการวางแผนกำลังคน คู่มือการ พัฒนากำลังคนระหว่างประจำการ คู่มือการจัดการกำลังคนระดับจังหวัด

5.3 พัฒนาข้อเสนอในเชิงระบบและเชิงนโยบายต่าง ๆ

นำข้อมูล/ผลการวิจัยที่มีอยู่แล้ว หรือที่ค้นคว้ามาได้ มาจัดทำข้อเสนอเชิงระบบและ เชิงนโยบายในเรื่องต่างๆ เพื่อที่จะได้เป็นเอกสารอ้างอิงที่จะสามารถนำไปใช้ในการสนับสนุนการ เคลื่อนไหวไปสู่การเปลี่ยนแปลงตามแผนงานพัฒนาต่อไปสู่การเปลี่ยนแปลง

6. แผนงานพัฒนาศักยภาพสถาบัน/บุคลากร ทั้งนักบริหาร/นักวิชาการ

แผนงานนี้มุ่งที่จะพัฒนาความเข้มแข็งทางวิชาการของนักวิชาการ/นักวิจัย ด้านนี้และให้มี ความเชื่อมโยงกับนักวิเคราะห์นโยบาย/นักบริหาร และผู้กำหนดนโยบาย โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ

6.1 สนับสนุนการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการ/นักวิเคราะห์และพัฒนากำลังคน ขึ้น โดยอาจเป็นเครือข่ายเอกเทศหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายนักวิชาการด้านการวิจัยนโยบาย สุขภาพ (ของสำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ - IHPP)

6.2 สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพนักวิชาการ/นักวิจัย เฉพาะบุคคล เช่น การให้ทุนพัฒนา นักวิจัย การสนับสนุนให้มีการวิจัยร่วมกับนักวิชาการระดับสูงหรือนักวิชาการต่างประเทศ การให้ ทุนการศึกษาต่อ การจัดการฝึกอบรมในหัวข้อต่างๆ

6.3 สร้างเวทีที่เหมาะสมที่นักวิชาการจะได้เสนอผลการศึกษาวิจัยต่อสาธารณะและต่อผู้ บริหาร/ผู้กำหนดนโยบาย

6.4 ให้มีหัวข้อเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งในการ อบรมด้านบริหารแก่ผู้บริหารระดับต่างๆ

7. แผนงานพัฒนากลไกไปสู่การเปลี่ยนแปลง

- 7.1 การจัดระบบการนำเสนอผลงานวิจัย/วิเคราะห์ต่อผู้บริหาร
 - 7.1.1 เสนอในการประชุมประจำเดือนกระทรวงสาธารณสุข
 - 7.1.2 เสนอในการประชุมคณะกรรมการ คปรส./สวรส.
 - 7.1.3 เผยแพร่เอกสารนโยบายเฉพาะเรื่อง
 - 7.1.4 จัดเวทีนำเสนอผลการประชุมเฉพาะเรื่อง/หรือเป็นส่วนหนึ่งของสมัชชาสุขภาพ
- 7.2 นำเสนอต่อสาธารณะ โดยผ่านสื่อมวลชนทุกรูปแบบ
- 7.3 สนับสนุนโครงการศึกษาวิจัยที่เสนอโดยนักวิชาการในหน่วยงานที่รับผิดชอบในการพัฒนานโยบายและแผนทุกระดับ เฉพาะในส่วนที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนระบบ

8. การบริหารจัดการแผนงาน

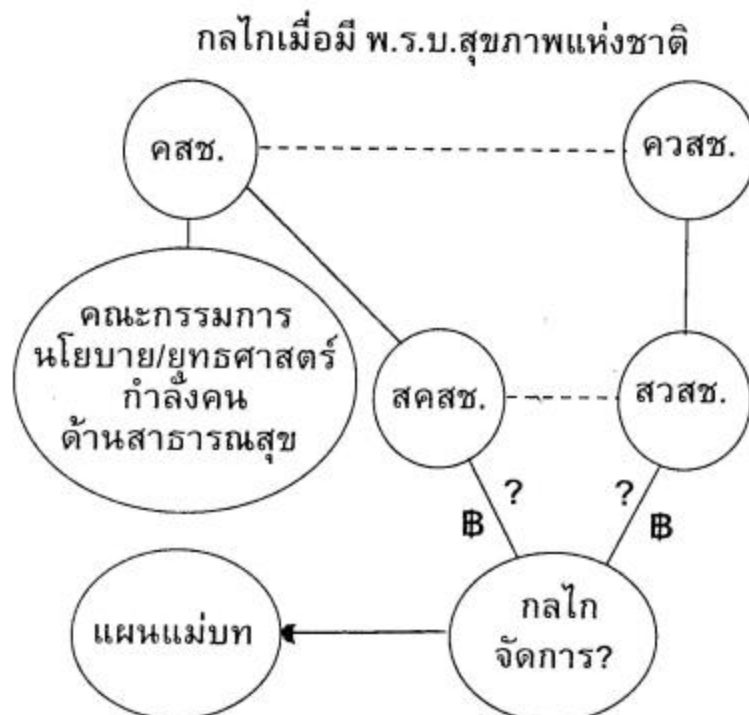
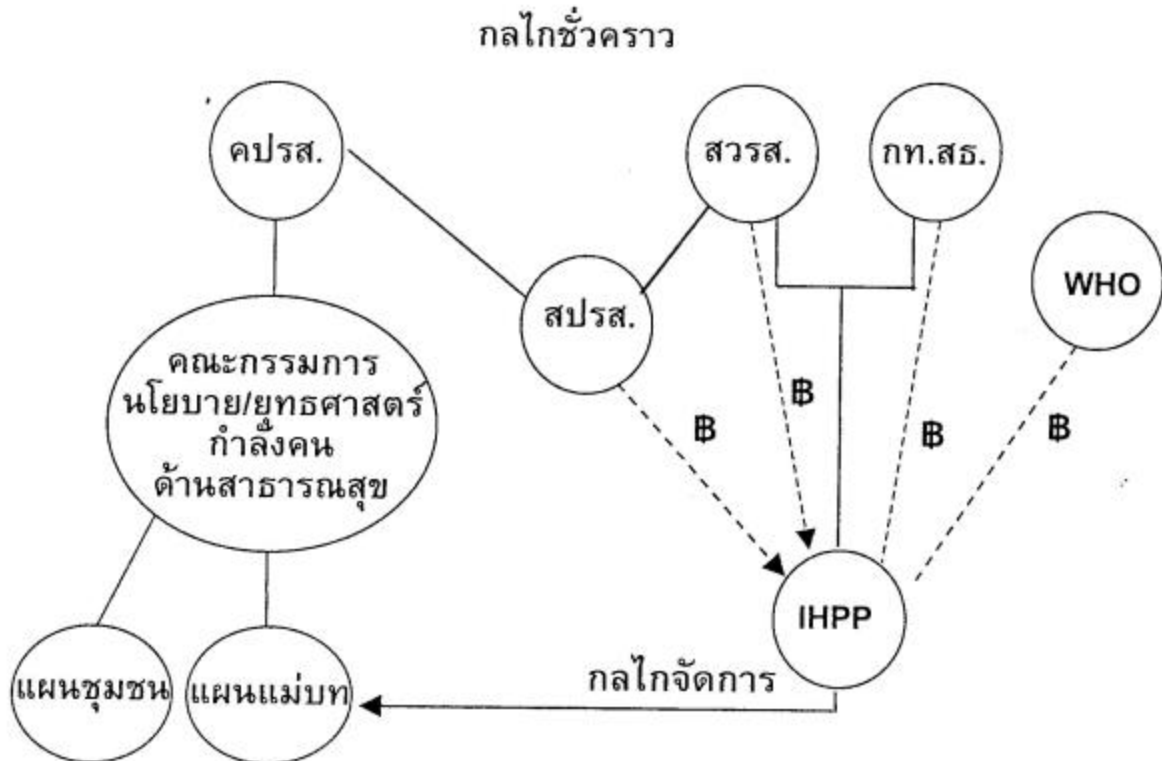
8.1 กลไกบริหารจัดการ การบริหารจัดการในชุดโครงการ/แผนงานย่อยต่างๆ ในระยะแรกเสนอให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) เป็นกลไกดำเนินงาน โดยให้คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข/คปรส. เป็น Steering committee ทั้งนี้ให้ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (ภาพที่ 3)

เมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว ก็ให้มีคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างถาวร และมีกลไกภายใต้สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินงานตามแผนงานนี้ โดยเชื่อมโยงกับกลไกวิจัยระบบสุขภาพ

8.2 ใช้หลักการในการทำงานเชิงรุก โดยการเข้าหานักวิจัยในสถาบัน องค์กรต่างๆ เพื่อหาผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานต่างๆ ของแผนพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข รวมทั้งการรับพิจารณาหัวข้อการวิจัยที่เสนอเข้ามาโดยนักวิชาการ นอกจากนี้จะต้องมุ่งเน้นการสร้างภาคี สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนให้มากที่สุด

8.3 จัดทำกรอบแนวความคิดเบื้องต้นของโครงการวิจัยต่างๆ โดยกำหนดรายละเอียดของ Output รวมทั้งวิธีการในการศึกษาของแต่ละชุดโครงการ/แผนงาน หรือ sub program ต่างๆ เพื่อใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในการดำเนินการต่อไป

ภาพที่ 3 กลไกจัดการชั่วคราว และถาวร



(1)

**กรอบแนวคิดเบื้องต้นของโครงการวิจัยภายใต้
แผนพัฒนาชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข**

หัวข้อการศึกษา

ผลกระทบของพลวัตเศรษฐกิจต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและข้อเสนอโอกาสและทางเลือกในการแก้ปัญหา .

หลักการและเหตุผล

พลวัตเศรษฐกิจของไทยในปัจจุบัน มีผลกระทบต่อศักยภาพของการดำเนินการจัดบริการสุขภาพในภาคเอกชน การเปลี่ยนแปลงของงบประมาณภาครัฐและการเปลี่ยนแปลงของรายได้ของประชาชน ซึ่งหมายถึงอุปสงค์ด้านสุขภาพของประชาชน ผลกระทบดังกล่าวจะมีส่วนเชื่อมโยงกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ตั้งแต่เรื่องอุปสงค์กำลังคน การผลิตกำลังคน การบรรจุกำลังคนที่ปฏิบัติงานในภาครัฐ ค่าตอบแทนและขวัญกำลังใจของกำลังคน การเคลื่อนย้ายกำลังคนในลักษณะต่างๆ ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และการคาดการณ์ผลกระทบที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และยุทธวิธีที่เหมาะสม เพื่อลดทอนผลกระทบด้านลบ และถือเป็นโอกาสในการสร้างนวัตกรรม ในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์ของผลกระทบการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่เกิดจากพลวัตเศรษฐกิจ พร้อมทั้งคาดการณ์แนวโน้มที่เกิดขึ้น และสังเคราะห์ยุทธศาสตร์/ยุทธวิธี ตลอดจนรูปแบบการดำเนินการเพื่อลดทอนผลกระทบด้านลบและสร้างนวัตกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

เป้าหมาย

ได้ความรู้และข้อเสนอในการเตรียมการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ลักษณะต่างๆ ทั้งวิกฤตเศรษฐกิจและเศรษฐกิจฟองสบู่

วิธีดำเนินการ

1. วิเคราะห์ผลจากพลวัตเศรษฐกิจที่อาจเกิดต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแล้วสร้างกรอบแนวคิด ตลอดจนประเด็นสำคัญในการศึกษาวิจัย
2. พัฒนาวิธีการและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลศึกษาผลกระทบในประเด็นต่างๆ โดยศึกษาประสบการณ์ทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ
3. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และทำการฉายภาพในอนาคตที่อาจเกิดขึ้น
4. สังเคราะห์ทางเลือก ยุทธศาสตร์/ ยุทธวิธี ในการดำเนินการ เพื่อลดผลกระทบด้านลบและสร้างนวัตกรรม

5. ระดมสมองเพื่อปรับปรุงผลการศึกษา และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงองค์การที่อาจดำเนินการได้ หรือที่ควรนำเข้าร่วมในการดำเนินการ

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | |
| 2. ทบวงมหาวิทยาลัย | 3. สมาคมโรงพยาบาลเอกชน |
| 4. สถาบันพระบรมราชชนก | 5. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข |
| 6. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน | |
| 7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | |
| 8. สำนักงานงบประมาณ | 9. สภา/สมาคมวิชาชีพต่างๆ |

(2)

**กรอบแนวคิดเบื้องต้นของโครงการวิจัยภายใต้
แผนพัฒนาชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข**

หัวข้อ

การศึกษาทางเลือก และรูปแบบ ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐ โดยเฉพาะการกระจายอำนาจและการจัดการในลักษณะที่เป็นอิสระจากระบบราชการ

หลักการและเหตุผล

การปฏิรูประบบราชการให้เล็กและมีประสิทธิภาพสูง รวมทั้งการกระจายอำนาจ ถือเป็นนโยบายสำคัญของประเทศในปัจจุบัน สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนเคยมีมติให้ลดขนาดกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐโดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข ลดการผลิตนักเรียนทุนลงให้เหลือร้อยละ 25 ในแผนฯ 8 มติดังกล่าวแทบจะไม่มีผลในทางปฏิบัติ เพราะยังคงมีการผลิตกำลังคนในลักษณะนักเรียนทุนจำนวนมาก ซึ่งจะต้องผูกพันกับการบรรจุเข้าเป็นข้าราชการ อันเป็นการสวนทางกับนโยบายการปฏิรูประบบราชการ และสวนทางกับความจำเป็นของงบประมาณในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ เหตุหนึ่งที่ยังไม่มีการปฏิบัติตามมติก็เนื่องมาจากขาดการศึกษาถึงทางเลือกและรูปแบบที่เหมาะสมตลอดจนรายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินการดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาให้ทราบถึงสถานการณ์และแนวโน้มการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของภาครัฐผลกระทบต่อการศึกษาทางเลือกและรูปแบบตลอดจนรายละเอียดขั้นตอนที่จะปรับเปลี่ยนไปสู่การจัดการที่เป็นอิสระจากระบบราชการ โดยไม่ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในสถานบริการในชนบทในระยะยาว และไม่เป็นภาระต่องบประมาณภาครัฐ รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการกำลังคนด้วย

เป้าหมาย

ให้ได้ทางเลือกและรูปแบบตลอดจนรายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินการที่เป็นไปได้ในการกระจายอำนาจและการลดขนาดกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐ โดยมีการจัดการกำลังคนในลักษณะที่เป็นอิสระจากระบบการจัดการกำลังคนแบบราชการ

วิธีการดำเนินการ

1. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสังเคราะห์กรอบแนวคิดตลอดจนประเด็นสำคัญในการศึกษาวิจัย
 2. พัฒนาวិธีการ กลุ่มเป้าหมายและเครื่องมือในการเก็บข้อมูล
 3. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทราบสถานการณ์และแนวโน้ม รวมทั้งระบียบ หลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง
 4. สังเคราะห์ ข้อเสนอทางเลือก และรูปแบบตลอดจนรายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินการ
 5. ระดมสมองเพื่อดูความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการดำเนินการ
- องค์กรที่อาจดำเนินการได้หรือที่ควรนำเข้าร่วมในการดำเนินการ

- | | |
|--|---|
| 1. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | |
| 2. ทบวงมหาวิทยาลัย | 3. สมาคมโรงพยาบาลเอกชน 4. สถาบันพระบรมราชชนก |
| 5. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข | 6. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน |
| 7. สำนักงานงบประมาณ | 8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |

(3)

**กรอบแนวคิดเบื้องต้นของโครงการวิจัยภายใต้
แผนพัฒนาชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข**

หัวข้อการศึกษา :

วิจัยเพื่อประเมินสถานการณ์และประเมินผลกระทบของยุทธศาสตร์/ ยุทธวิธี ต่าง ๆ ที่ใช้ในการสนับสนุนการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกำลังคนระดับสูง

หลักการและเหตุผล :

ปัญหาที่สำคัญของการพัฒนากำลังคนก็คือการกระจายของกำลังคนที่ไม่เหมาะสมทั้งในลักษณะกระจายตามภูมิศาสตร์ ตามสถาบัน และตามสาขาเฉพาะทาง ที่ผ่านมารัฐได้กำหนดมาตรการต่าง ๆ ที่พยายามจะแก้ไขปัญหาในการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ เช่น การปฏิบัติงานชดเชยทุน การให้โควตาพิเศษแก่นักเรียนท้องถิ่น การเพิ่มค่าตอบแทน การจำกัดการศึกษาอบรม เป็นต้น ซึ่งมาตรการเหล่านี้หลังจากถูกนำมาใช้แล้ว การกระจายที่ไม่เหมาะสมก็ยังมียู่ ในบุคลากรประเภทต่างๆ ดังนั้นมาตรการต่างๆ โดยเฉพาะกำลังคนระดับสูงที่นำมาใช้อาจไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องมาจากมาตรการเหล่านั้นมิได้กระทบต่อตัวปัญหาที่แท้จริง ซึ่งปัญหาที่แท้จริงนั้นยังมีได้มีการศึกษาอย่างแน่ชัด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาสถานการณ์การกระจาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดการกระจายกำลังคน ละประเมินผลกระทบของยุทธศาสตร์/ยุทธวิธีต่างๆ ที่มีการดำเนินการไปแล้ว เพื่อที่จะได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาการกระจายได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ :

เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์และประเมินผลกระทบของมาตรการต่างๆ ที่ผ่านมาต่อการแก้ไขปัญหาการกระจายกำลังคนที่สำคัญ ซึ่งได้แก่แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร

เป้าหมาย :

เพื่อให้ได้มาตรการที่เหมาะสมและได้ผลที่จะใช้ในการแก้ปัญหาการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ในระยะยาว

วิธีดำเนินการ :

1. ทบทวนเอกสารและพัฒนารอบแนวคิด ตลอดจนประเด็นสำคัญที่ควรจะศึกษา
2. พัฒนาวิธีการ กลุ่มเป้าหมาย และเครื่องมือในการเก็บข้อมูล
3. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ทราบสถานการณ์และแนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ รวมทั้งผลของยุทธศาสตร์และยุทธวิธีต่าง ๆ
4. สังเคราะห์ภาพรวมและข้อเสนอที่ได้ผลในระยะยาวในการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ
5. ระดมสมองเพื่อสร้างการยอมรับและนำไปสู่การดำเนินการ

องค์กรที่เกี่ยวข้อง และ/หรืออาจรับดำเนินการ :

1. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
2. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
3. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล / วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. สถาบันที่ผลิตกำลังคนด้านสุขภาพต่าง ๆ
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
7. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)
8. สำนักงานประมาณ
9. สภา/สมาคมวิชาชีพต่างๆ

(4)

**กรอบแนวคิดเบื้องต้นของโครงการวิจัยภายใต้
แผนพัฒนาชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข**

หัวข้อการศึกษา :

การวิจัยเพื่อศึกษาผลกระทบของการปฏิรูประบบสาธารณสุข ต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
หลักการและเหตุผล :

การปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายอำนาจ การเพิ่มบทบาทภาคเอกชน และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน รวมไปถึงการประกันสุขภาพย่อมมีผลกระทบต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ผลกระทบที่สำคัญและเห็นได้ชัดก็คือ ผลกระทบต่อความต้องการกำลังคน ประสิทธิภาพการทำงาน และการกระจายของบุคลากร รวมถึงการดึงดูดบุคลากรให้อยู่ในพื้นที่เป็นระยะเวลานานขึ้น ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ควรได้รับการศึกษาอย่างละเอียด เพื่อเป็นข้อเสนอแนะที่จะวางแผนด้านกำลังให้เหมาะสม กับรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ :

เพื่อศึกษาผลกระทบต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 องค์ประกอบ ที่อาจเกิดจากยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ๆ ของนโยบายการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การกระจายอำนาจ การจัดการด้านการเงินรูปแบบต่าง ๆ การเพิ่มบทบาทภาคเอกชน การเน้นบริการสุขภาพระดับต้นและบริการสุขภาพที่จำเป็น พร้อมทั้งสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อเตรียมการรองรับ/แก้ไข ไม่ให้เกิดผลกระทบด้านลบ

เป้าหมาย :

ได้ข้อเสนอการเตรียมการด้านการพัฒนากำลังคนเพื่อรองรับยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ

วิธีดำเนินการ :

1. ศึกษาทบทวนยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และกรอบแนวคิด รวมทั้งประเด็นที่สำคัญที่ควรจะต้องเก็บข้อมูลเพื่อทราบสถานการณ์และแนวโน้ม
2. สังเคราะห์ผลกระทบและข้อเสนอการเตรียมการที่เหมาะสม
3. ระดมสมองเพื่อสร้างการยอมรับ และพัฒนาความเป็นไปได้

องค์กรที่เกี่ยวข้อง และ/หรืออาจรับดำเนินการ :

1. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
2. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
3. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
5. วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)
7. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
8. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

(5)
 กรอบแนวคิดเบื้องต้นของโครงการวิจัยภายใต้
 แผนพัฒนาชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

หัวข้อการศึกษา :

การพัฒนาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ และดัชนีชี้วัดผลิตภาพและประสิทธิภาพการทำงาน หลักการและเหตุผล :

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันมีอยู่อย่างกระจัดกระจาย ไม่ต่อเนื่อง และไม่เป็นมาตรฐาน ทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการทำงานของภาครัฐนั้นมักประสบปัญหาในเรื่องของผลิตภาพและประสิทธิภาพของการทำงานเสมอ ซึ่งเป็นผลเนื่องจากแรงจูงใจในการทำงาน การพัฒนาและประเมินผลกลยุทธ์ต่างๆ ที่นำมาใช้นั้นยังไม่สามารถจะทำได้ เนื่องจากยังขาดเครื่องมือในการวัดประสิทธิภาพของบุคลากรด้านสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาข้อมูลพื้นฐานและดัชนีมาตรฐานเพื่อใช้ในการประเมินผลิตภาพและประสิทธิภาพของบุคลากร จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการบริหารจัดการกำลังคน

วัตถุประสงค์ :

เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานและดัชนีชี้วัดผลิตภาพและประสิทธิภาพการทำงานของกำลังคนด้านสุขภาพ รวมทั้งวิธีการเก็บข้อมูลและแหล่งข้อมูล อันจะนำไปสู่การจัดทำรายงานอย่างต่อเนื่องและการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินกลยุทธ์และกลวิธี พัฒนาผลิตภาพและประสิทธิภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ

เป้าหมาย :

ได้ชุดของข้อมูลพื้นฐาน ดัชนี และวิธีการเก็บพร้อมทั้งแหล่งข้อมูลที่แสดงผลิตภาพและประสิทธิภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ รวมทั้งต้นแบบรายงานข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ พร้อมทั้งมีระบบการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ

วิธีดำเนินการ :

1. ทบทวนเอกสารทางวิชาการ เพื่อวิเคราะห์และพิจารณาแนวคิด ประเด็นสำคัญ และองค์ประกอบที่สำคัญ ตลอดจนคำจำกัดความ ดัชนีชี้วัดและวิธีการวัดผลิตภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งแหล่งข้อมูลและวิธีการนำเสนอดัชนี
2. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานและแนวโน้มของผลิตภาพและประสิทธิภาพ
3. จัดทำคู่มือแนวทางการประเมินประสิทธิภาพและผลิตภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ
4. ดำเนินการจัดทำต้นแบบรายงานเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งจะเป็นรายงานที่มีความต่อเนื่อง

องค์กรที่เกี่ยวข้อง และ/หรืออาจรับผิดชอบ :

1. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
2. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
3. สำนักงบประมาณ
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
5. สภาวิชาชีพ/สมาคมวิชาชีพ
6. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)
7. สถาบันการศึกษาต่าง ๆ

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

1. สถานการณ์และแนวโน้ม

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนที่สูงมาก โดยทั่วไปจะสูงถึงกว่าครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายด้านการดำเนินการของระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนและค่าจ้าง และอีกส่วนหนึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการผลิตและพัฒนากำลังคน นอกจากนี้จะมีค่าใช้จ่ายสูงแล้ว กำลังคนด้านสาธารณสุขยังเป็นผู้กำหนดการใช้และการกระจายเทคโนโลยีต่างๆ ในการจัดบริการสุขภาพด้วย

ดังนั้น กำลังคนด้านสาธารณสุขจึงเป็นทรัพยากรสำคัญในระบบบริการสาธารณสุข ที่สมควรได้รับการเอาใจใส่ดูแลอย่างต่อเนื่องและจริงจัง เพื่อให้ระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ จำนวนที่เหมาะสม มีเจตคติเพื่อส่วนรวมโดยเฉพาะผู้ยากไร้ มีขวัญกำลังใจดี และมีการกระจายอย่างเสมอภาค

ระบบบริการสาธารณสุขของไทยที่มีทั้งภาครัฐและเอกชน และมีลักษณะเปิดทำให้กำลังคนและระบบบริการสาธารณสุข มีพลวัตผันแปรไปตามพลวัตของระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศและของโลก (ภาพที่ 1, 2)

สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข พอจะสรุปได้ในประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.1 ความไม่สมดุลในการกระจายกำลังคน

กำลังคนด้านสาธารณสุขมักจะกระจุกตัวอยู่ในเขต กทมฯ และเมืองใหญ่ๆ ทำให้เกิดการขาดแคลนในชนบท เช่น ในปี พ.ศ. 2543 ความหนาแน่นของแพทย์ใน กทมฯ สูงกว่าในภาคอีสานราว 10.5 เท่า แพทย์ในโรงพยาบาลชนบทระดับอำเภอต้องรับภาระงานมากกว่าในเขตเมือง และ กทมฯ หลายเท่า ใน กทมฯ มีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 800 คน ในขณะที่ภาคอีสานหลายอำเภอมีแพทย์ 1 คนต่อประชากรมากกว่า 20,000 คน

ที่ผ่านมามีมาตรการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข เช่น การพัฒนาโครงสร้างระบบบริการในชนบท การเพิ่มการผลิตกำลังคน การรับนักศึกษาจากชนบท การทำสัญญาปฏิบัติงานชดเชยทุน การสร้างแรงจูงใจทางการเงิน การปฏิรูประบบการเงินการคลัง ซึ่งก็ได้ผลระดับหนึ่ง

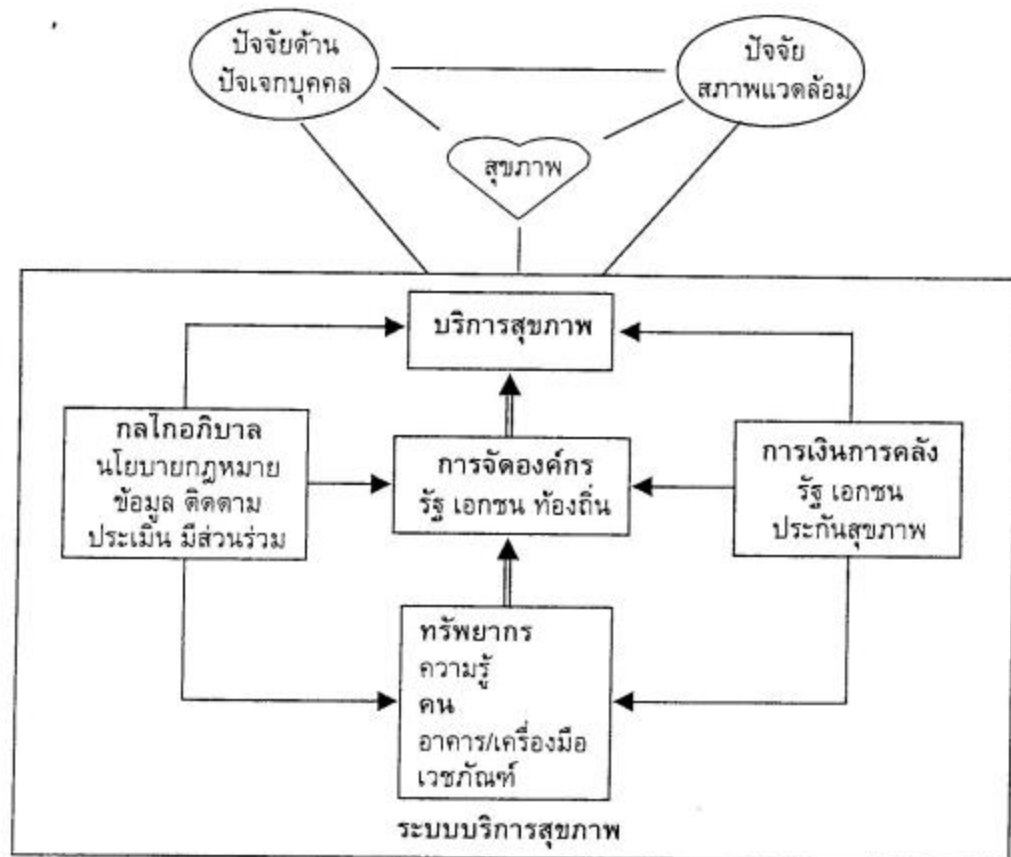
การที่ประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วภายใต้ระบบเศรษฐกิจแบบเปิด รวมทั้งพัฒนาการทางสังคม การศึกษา เทคโนโลยี และการเมือง ทำให้เกิดความผันผวนอย่างมากในเรื่องความต้องการและการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข มาตรการต่างๆ ที่มีอยู่ ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีการดำเนินการในลักษณะ แก้ปัญหาเฉพาะหน้า แยกส่วน และไม่ต่อเนื่อง ทำให้ปัญหาความไม่เสมอภาคในการกระจายกำลังคนเกิดขึ้นซ้ำซาก

การกระจายแพทย์เป็นตัวอย่างที่ดี (ภาพที่ 3) ซึ่งพบว่าช่วงทศวรรษปี พ.ศ. 2521-2530 ขณะที่เศรษฐกิจของประเทศไม่ดีนัก บริการสุขภาพภาคเอกชนมีขนาดเล็ก ประกอบกับนโยบายพัฒนาชนบทและนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าด้วยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ปรากฏว่ามีการกระจายบริการและกำลังคนด้านสาธารณสุขไปสู่ชนบทอย่างได้ผล ความแตกต่างระหว่าง

เอกสารนี้ใช้นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2546
กรุณาย่านำไปใช้อ้างอิงก่อนได้รับอนุญาตจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ความหนาแน่นของแพทย์ใน กทมฯ และภาคอีสานลดลงจาก 21.3 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือเพียง 8.9 เท่า ในปี พ.ศ. 2530 จำนวนเตียงในโรงพยาบาลชุมชนต่อจำนวนแพทย์ลดลงจาก 10.8 เตียงต่อแพทย์ 1 คน ในปี พ.ศ. 2522 เป็น 7.1 เตียงต่อแพทย์ 1 คน ในปี พ.ศ. 2532

ภาพที่ 1 ระบบสุขภาพ

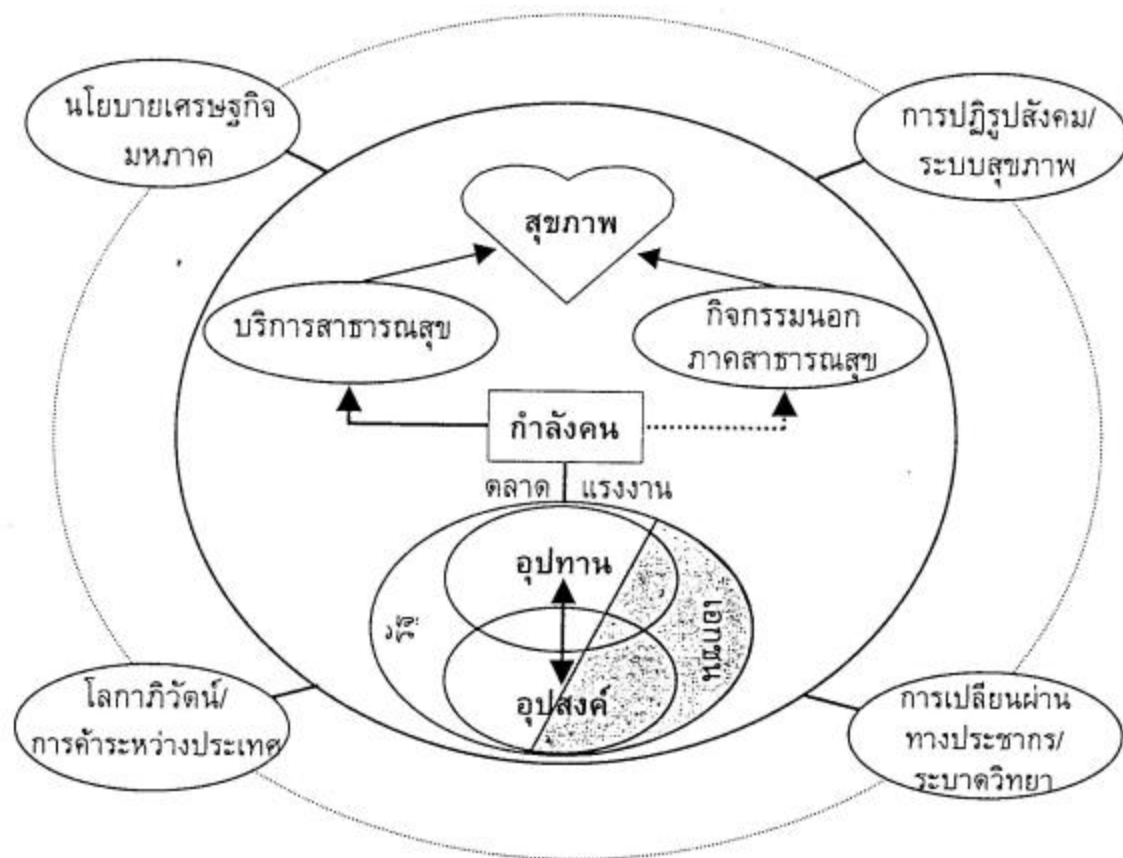


ในช่วงเศรษฐกิจเติบโตเร็ว โดยเฉพาะช่วงฟองสบู่ ระหว่างปี พ.ศ. 2531-2540 ความต้องการในเขตเมืองมีสูง บริการสุขภาพภาคเอกชนขยายตัว ทำให้เกิดภาวะสมองไหลของแพทย์จากภาครัฐในชนบท สู่ภาคเอกชนในเขตเมือง ความแตกต่างระหว่างความหนาแน่นของแพทย์ใน กทมฯ และภาคอีสาน เพิ่มขึ้นเป็น 13.8 เท่า ในปี พ.ศ. 2539-2540 และจำนวนเตียงต่อแพทย์ 1 คน ในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มเป็น 15.3 ในปี พ.ศ. 2541

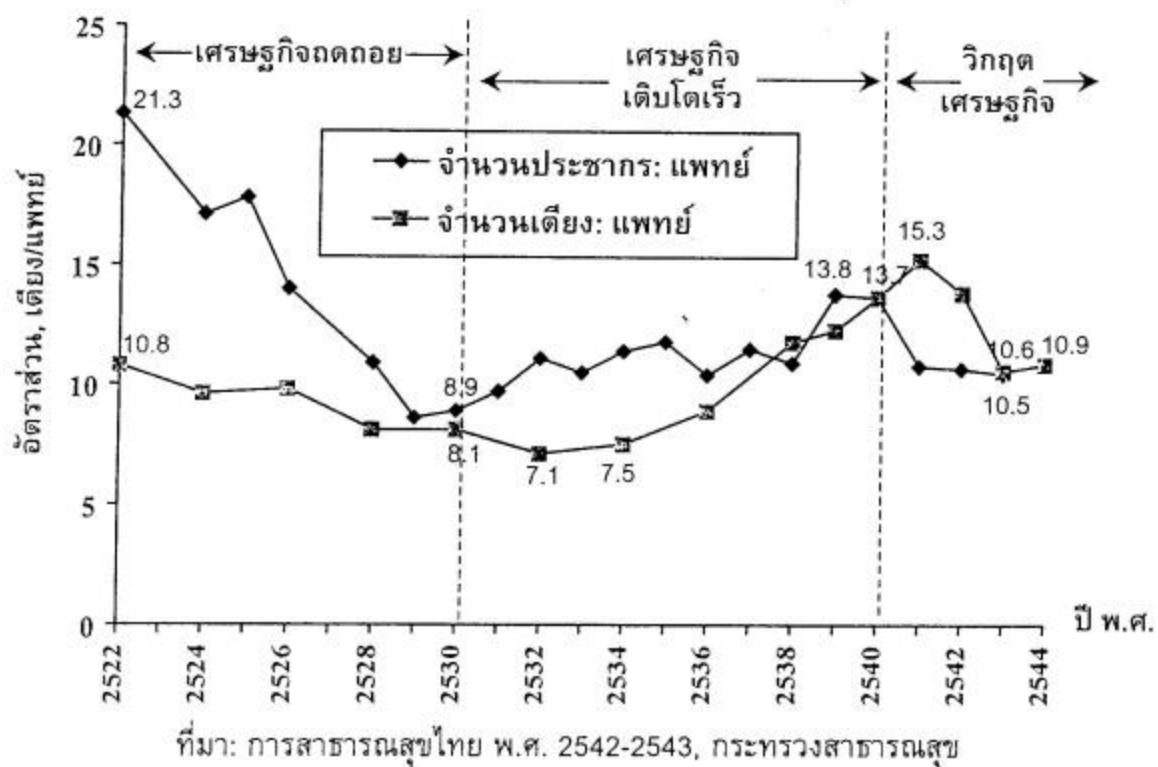
เหตุการณ์ขาดแคลนแพทย์ในชนบทรุนแรงถึงขนาดที่เดือนเมษายน พ.ศ. 2540 มีโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอ 21 แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำแม้แต่คนเดียว

วิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 ทำให้บริการสาธารณสุขภาคเอกชนหดตัว เกิดภาวะ "สมองไหลกลับ" ความแตกต่างของความหนาแน่นของแพทย์ใน กทมฯ และภาคอีสานกลับลดลงเหลือ 10.5 เท่า ในปี พ.ศ. 2543 และจำนวนเตียงต่อแพทย์ 1 คน ในโรงพยาบาลชุมชน ลดลงเป็น 10.6 ในปี พ.ศ. 2543 ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา เศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัว ร่วมกับความสำเร็จในการชักนำให้ชาวต่างประเทศเข้ามารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยเพื่อหวังผลในการสร้างรายได้ ทำให้เริ่มเห็นแนวโน้มของภาวะสมองไหล จากชนบทสู่เมืองอีกครั้งหนึ่ง (ตารางที่ 1, ภาพที่ 4)

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิด



ภาพที่ 3 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522-2543 และอัตราเตียง : แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2522-2544

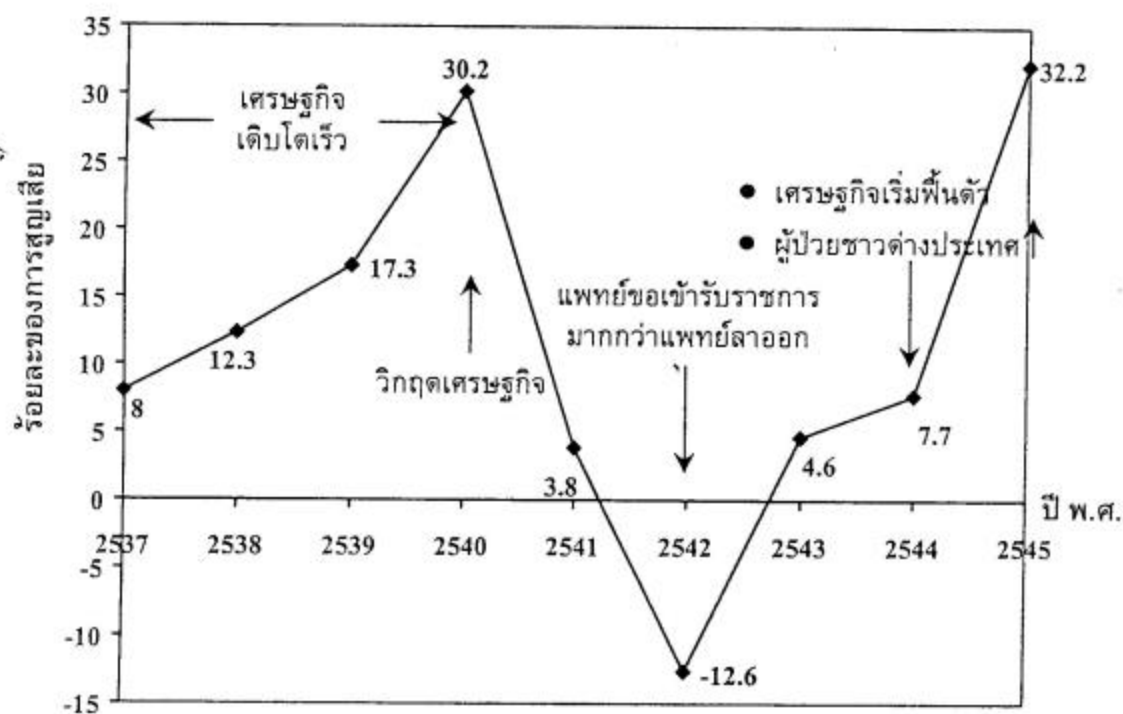


ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราการสูญเสียแพทย์สุทธิเพื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537-2545

ปี พ.ศ.	จำนวนแพทย์				สูญเสียสุทธิ (ร้อยละ)
	แพทย์จบใหม่	กลับเข้ารับ ราชการใหม่	ลาออก	จำนวน สูญเสีย	
2537	526	-	42	42	8.0
2538	576	-	71	71	12.3
2539	568	-	98	98	17.3
2540	579	30	205	175	30.2
2541	618	93	117	24	3.8
2542	830	168	63	-105	-12.6
2543	893	92	133	41	4.6
2544	883	67	135	68	7.7
2545	913	22	316	294	32.2

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 4 อัตราการสูญเสียแพทย์สุทธิเพื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537-2545



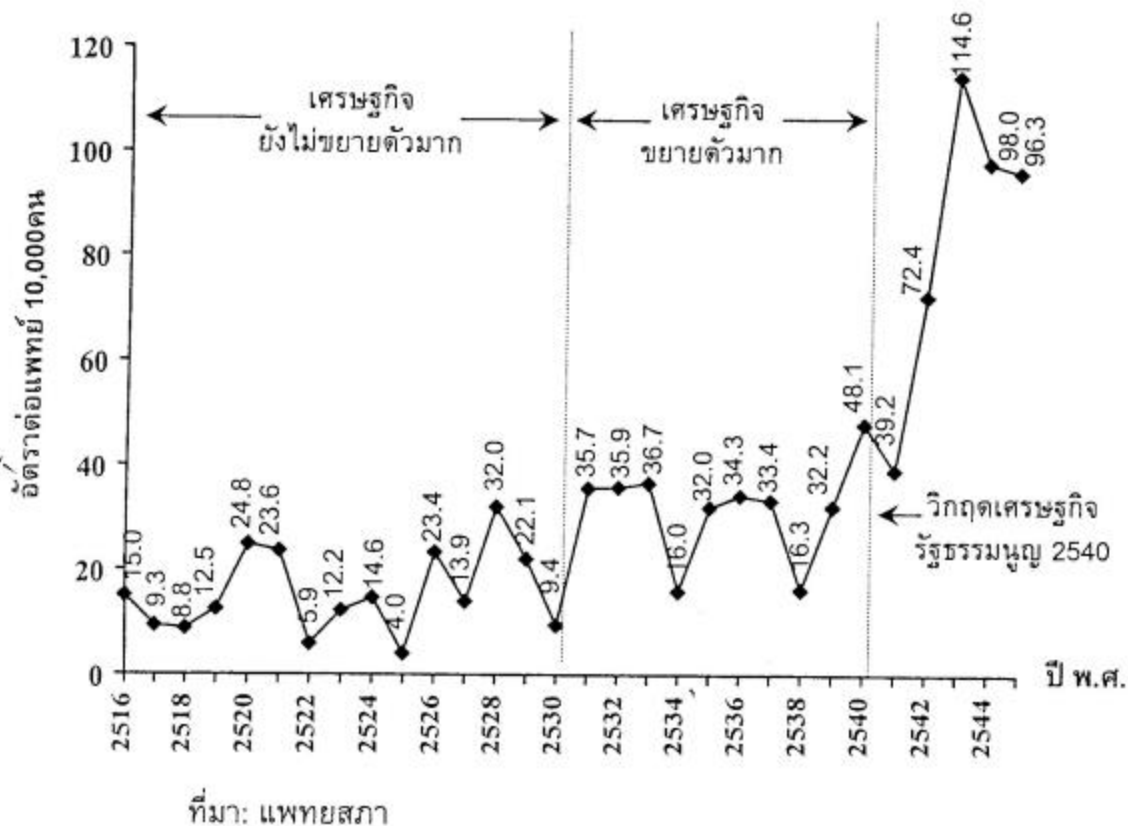
ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.2 ช่องว่างระหว่างความต้องการ/ความคาดหวังของประชาชนและการตอบสนองของกำลังคนด้านสาธารณสุข

พัฒนาการทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ทำให้ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการสาธารณสุขสูงขึ้นอย่างมาก ในขณะที่ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุข ยังปรับตัวไม่รวดเร็วเพียงพอ ทำให้ช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการและความสามารถในการตอบสนองของผู้ให้บริการ ต่างกว้างมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อธุรกิจบริการสาธารณสุขขยายตัวและช่วงหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และหลังวิกฤตเศรษฐกิจ

ช่องว่างเหล่านี้ปรากฏเป็นรูปธรรมชัดเจน เช่น ขาดเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรมของแพทย์และความไม่พอใจต่อบริการสาธารณสุขในสื่อมวลชน กรณีการร้องทุกข์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพและกรณีการกล่าวโทษ/กล่าวหาแพทย์ต่อแพทยสภา (ภาพที่ 5)

ภาพที่ 5 อัตราเรื่องร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา พ.ศ. 2516-2545



1.3 ความสอดคล้องระหว่างการผลิตและความต้องการของระบบสาธารณสุข

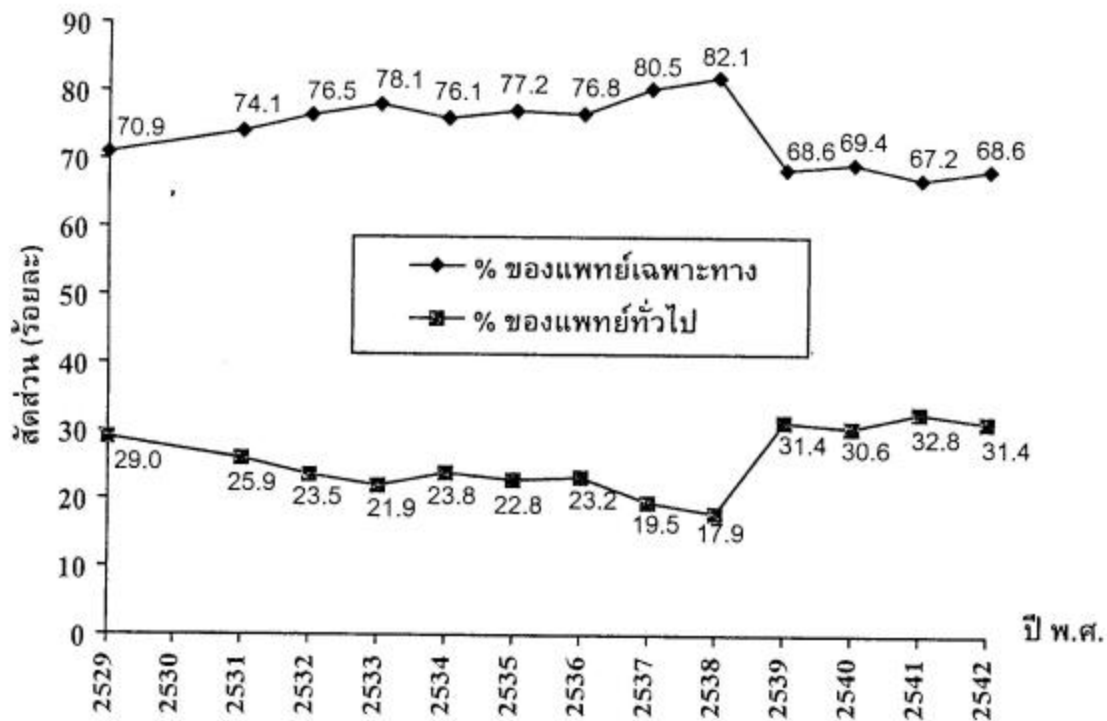
การผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นกิจกรรมที่ละเอียดอ่อนและต้องใช้เวลาานหลายปี และมีอุปสรรคอย่างมาก ในการปรับตัวให้ทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมและระบบสาธารณสุข

1.3.1 ความไม่สอดคล้องเชิงปริมาณ ขณะที่การผลิตแพทย์และพยาบาลยังไม่พอกับความต้องการ กลับมีการลดการผลิตลง ส่วนกำลังคนในบางสาขา เช่น เกษษกรกำลังมีแนวโน้มที่จะล้นตลาด แต่การผลิตยังคงเดิม ความพยายามที่ผ่านมาในการวางแผนกำลังคนบนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม ยังได้ผลไม่เต็มที่นัก เนื่องจากการขาดความต่อเนื่องในการพัฒนานักวิชาการและการวิจัย การขาดกลไกระดับชาติที่มีภาวะการนำที่เพียงพอ และการขยายตัวของระบบบริการสาธารณสุขภาคเอกชน

1.3.2 ความไม่สอดคล้องในเชิงประเภท กำลังคนด้านสาธารณสุขของไทยมีหลายประเภทและมีสัดส่วนของประเภทต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมระดับหนึ่ง เช่น มีแพทย์:พยาบาล ประมาณ 1:3-4 เป็นต้น แต่ก็มีปัญหาพอสมควร เช่นขณะที่ ระบบบริการสาธารณสุขมีความต้องการกำลังคนส่วนมากในการที่จะให้บริการในชุมชน ใกล้บ้านใกล้ใจ แต่ระบบการเงินการคลัง การสนับสนุนงบประมาณ และระบบการผลิต/พัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ยังคงมุ่งเน้นไปที่กำลังคนเฉพาะทางระดับสูง เช่น แพทย์เฉพาะทางมีสัดส่วนถึงราวร้อยละ 70 ของแพทย์ทั้งหมด (ภาพที่ 6)

1.3.3 ความเป็นธรรมในการผลิตกำลังคน เกือบทั้งหมดของการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข ดำเนินการในสถาบันต่างๆ ของรัฐ โดยรัฐรับภาระค่าใช้จ่ายกว่าร้อยละ 90 แต่นักเรียน/นักศึกษา ส่วนมากมาจากครอบครัวที่มีรายได้สูงและปานกลาง จึงเท่ากับว่ารัฐกำลังอุดหนุนคนมีฐานะมากกว่าคนจน ปัญหานี้เชื่อมโยงกับปัญหาความไม่เสมอภาคในการกระจายกำลังคนด้วย โดยพบว่าแพทย์ที่มีภูมิสำเนาและสำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ในภูมิภาค จะมีระยะเวลาปฏิบัติงานในชนบทนานกว่า นอกจากนี้ยังพบอีกว่าปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในชนบทมีไม่มากเท่าแพทย์ พยาบาลเกือบทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุขมีภูมิสำเนาในส่วนภูมิภาค

ภาพที่ 6 สัดส่วนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2529-2542 (นับตามจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง)



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

1.3.4 คุณภาพ กำลังคนด้านสาธารณสุขของไทย นับว่ามีคุณภาพมาตรฐานที่ดีระดับหนึ่ง ซึ่งน่าจะมีผลจากหลายปัจจัย เช่น การได้นักศึกษาคุณภาพที่ดี (มีการแข่งขันสูงในช่วงการคัดเลือก) มีระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพดีเป็นฐานการผลิต มีการพัฒนาสถาบันการศึกษาอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ดี แม้คุณภาพในด้านความรู้และทักษะจะพัฒนาไประดับหนึ่ง แต่ในด้านจิตสำนึกที่จะมุ่งเน้นการทำงานเพื่อสาธารณะยังต้องมีการพัฒนาให้เข้มข้นกว่านี้ ขณะเดียวกันระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถาบันการศึกษาด้านสาธารณสุขยังอยู่ในระยะเริ่มต้น

1.3.5 ประสิทธิภาพ เป็นปัญหาของการดำเนินการภายใต้ระบบราชการ ซึ่งมีระเบียบกฎเกณฑ์มาก ขาดความคล่องตัว และมีต้นทุนสูง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ต้นทุนต่อหัวในการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขในสาขาต่างๆ

วิชาชีพ	สถาบันการศึกษา		ภาครัฐเทียบกับเอกชน (เท่า)
	ภาครัฐ	ภาคเอกชน	
แพทย์ ¹	1,800,000	1,100,000	1.64
ทันตแพทย์ ¹	1,620,000	ไม่มีการผลิต	-
เภสัชกร ¹	900,000	300,000	3.00
พยาบาลวิชาชีพ ¹	160,000	210,000	0.76
ทันตภิบาล ²	156,883	ไม่มีการผลิต	-
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ²	60,580	ไม่มีการผลิต	-
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ²	40,695	ไม่มีการผลิต	-

ที่มา: 1. นุสรณ์ คุณะวนิชพงษ์ และคณะ⁽¹⁾

2. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และวงเดือน จินดาวัฒนะ⁽²⁾

1.4 การบริหารจัดการกำลังคน

กำลังคนด้านสาธารณสุขของไทยกว่าสองในสามอยู่ในภาครัฐ ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการจัดการกำลังคนค่อนข้างมาก ตั้งแต่การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม การพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน การพัฒนาระบบบริหารจัดการ (เช่น การบรรจุ แต่งตั้ง โยกย้าย) การพัฒนาระบบการทำงาน (เช่น ระบบข้อมูลข่าวสาร) การพัฒนากำลังคนระหว่างประจำการ และการพัฒนาระบบจูงใจในการทำงาน

ปัญหานี้เชื่อมโยงกับปัญหาการรวมศูนย์อำนาจในการบริหาร การขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพ ธรรมนูญในระบบราชการ และการขาดการพัฒนาระบบข้อมูล/การวิจัย เพื่อสนับสนุนการจัดการกำลังคน

1.5 ปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต

พัฒนาการของระบบเศรษฐกิจและปัญหาสุขภาพใหม่ๆ เช่น โรคเอดส์ ปัญหาสุขภาพจากผู้สูงอายุ และโรคไม่ติดต่อต่างๆ นโยบายหลักประกันสุขภาพ การปฏิรูประบบราชการ และการกระจายอำนาจ รวมทั้งการเปิดการค้าเสรีด้านบริการสาธารณสุข ทำให้เกิดความผันผวนของความต้องการ ระบบบริหารจัดการ และการกระจายกำลังด้านสาธารณสุขเป็นอย่างสูง เช่น

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2544-2545 ทำให้เกิดความต้องการบริการสาธารณสุขสูงขึ้น ทำให้เกิดภาระงานเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 5 โดยเฉพาะในภาครัฐ ทำให้มีความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นกว่า 1,000 คน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการต้องการกำลังคนที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานภายใต้ศูนย์สุขภาพชุมชน

นโยบายการขยายการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ อาจส่งผลให้ต้องจ่ายยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยถึง 2 แสนรายใน 5 ปีข้างหน้า ซึ่งเพิ่มภาระงาน เทียบเท่ากับความต้องการแพทย์เพิ่มอาจถึง 1,000 คน

การฟื้นตัวของเศรษฐกิจไทยในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ทำให้โรงพยาบาลเอกชนเริ่มฟื้นตัว และมีการไหลของแพทย์จากภาครัฐสู่ภาคเอกชน

นโยบายการส่งเสริมให้คนต่างชาติ มารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อหวัง ผลด้านเศรษฐกิจ ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูง และอาจทำให้มีความต้องการแพทย์ในภาค เอกชนเขตเมืองเพิ่มขึ้นถึง 5,000 คน ในอีก 5 ปีข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 16 ของแพทย์ทั้งประเทศ (เอกสารผนวก 1)

ปัญหาการบริหารสถานบริการสาธารณสุข ที่เกิดจากนโยบายการจำกัดกำลังคนภาครัฐ อันนำไปสู่การบรรจุนักเรียนทุนในฐานะพนักงานของรัฐ ซึ่งเกิดมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน ก็ยังไม่ได้รับการแก้ไข และอาจเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุของสมองไหล

ทั้งหมดนี้ ทำให้ปัญหาและความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข ทั้งเขตเมืองและ ชนบท เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่เนื่องจากเขตเมืองมีแรงจูงใจสูงกว่า จึงเริ่มที่จะเห็นปัญหาสมอง ไหลจากชนบทและภาครัฐ ไปสู่เขตเมืองและภาคเอกชนมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2545 แพทย์ในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขลาออกรวมกันถึง 316 คน คิดเป็นอัตราการสูญเสียแพทย์ในชนบท ถึงร้อยละ 32 ของแพทย์ที่รับเข้าใหม่ทั้งหมด นับเป็นอัตราการสูญเสียที่สูงที่สุดในรอบ 20 ปี (ตารางที่ 1, ภาพที่ 4) จากแนวโน้มดังกล่าว ทำให้ภาระงานของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสูงขึ้นมาก และ อาจมีการลาออกเพิ่มมากขึ้น จนอาจถึงขั้นเหตุการณ์ไม่มีแพทย์ประจำในบางโรงพยาบาลชุมชน เช่นเดียวกับปี พ.ศ. 2540 ได้

ปัญหาหลักๆ ทั้ง 5 ประการดังกล่าวมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และจะต้องได้รับการ พิจารณาแก้ไขไปพร้อมๆ กัน

2. ความพยายามในการแก้ไข/พัฒนา

ประเทศไทยได้มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในข้อ 1 มาโดยตลอด และ ประสบความสำเร็จระดับหนึ่ง เช่น สามารถขยายบริการสาธารณสุข ไปอย่างทั่วถึงทุกตำบล/หมู่บ้าน สามารถกระจายกำลังคนในระดับต่างๆ ไปยังสถานบริการสาธารณสุขได้พอสมควร โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน เกษตร พยาบาล และทันตแพทย์ บริการมีคุณภาพดีระดับ หนึ่ง แต่ก็ยังมีปัญหาจากความผันผวนดังกล่าวแล้วในข้อ 1

มาตรการต่างๆ ที่ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหการกระจายกำลังคน อาจแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

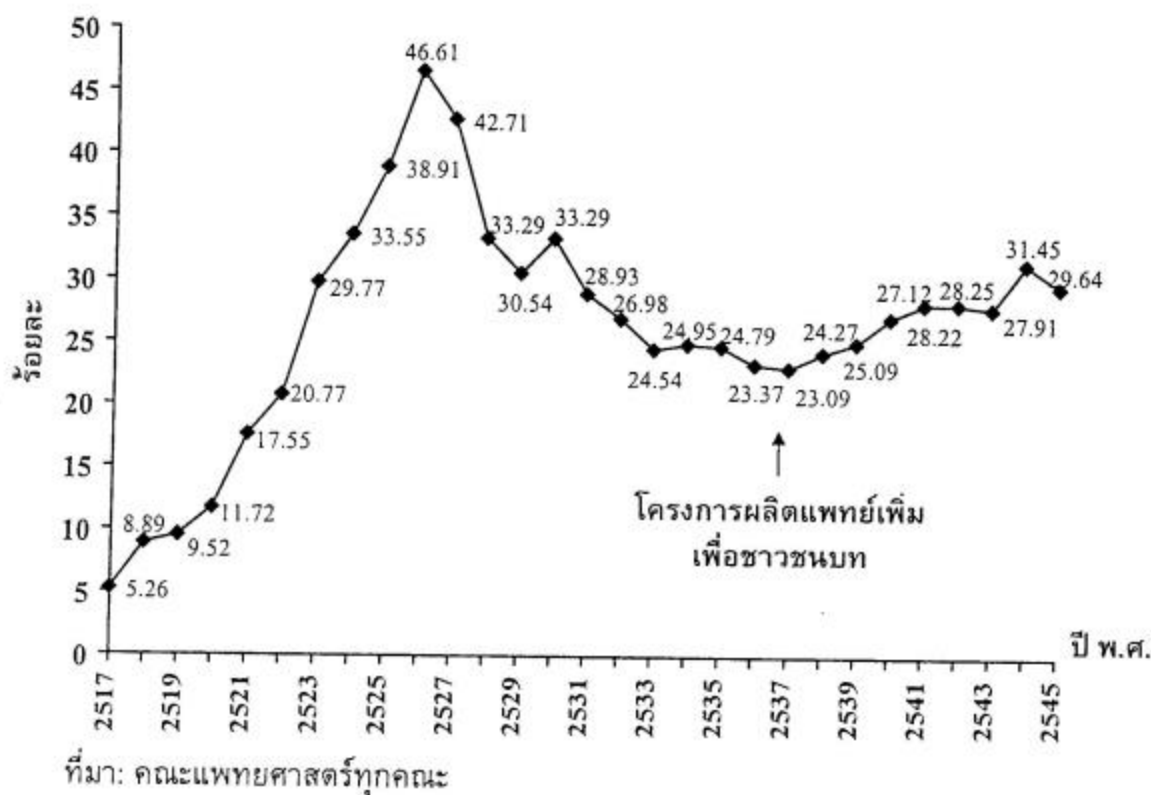
2.1 มาตรการด้านการศึกษา เช่น การรับนักศึกษาจากชนบท การปฏิรูปหลักสูตรและ การเรียน/การสอน การกระจายสถานศึกษา การเพิ่มการผลิตกำลังคนเพื่อชนบท และการจัดการ ฝึกอบรมพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

2.2 มาตรการทางการเงิน เช่น การทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนหรือการเสียค่าปรับ หากผิดสัญญา การสร้างแรงจูงใจด้านการเงิน (เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในชนบท เงินค่าตอบแทนในการ อยู่เวรนอกเวลา การจัดบริการนอกเวลาราชการ และเงินเพิ่มพิเศษวิชาชีพ เป็นต้น) การจัดสรรงบประมาณไปสู่ชนบทเพื่อการพัฒนาโครงสร้างระบบบริการในชนบท การปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมเงินเดือนตามจำนวนประชากร เป็นต้น

2.3 มาตรการด้านสังคม เช่น การสร้างความยอมรับและตระหนักในคุณค่าของการบริการสาธารณสุขแก่คนด้อยโอกาส การมอบรางวัลแก่บุคลากรสาธารณสุขในด้านต่างๆ การดำเนินการป้องกันปราบปรามการกระทำผิดทางจริยธรรม เป็นต้น

มาตรการต่างๆ เหล่านี้ ส่วนมากมีการกำหนดขึ้นมาในลักษณะที่ตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะหน้า เฉพาะคราว มีลักษณะกระจัดกระจาย ขาดการบูรณาการ และความต่อเนื่อง เช่น การรับนักศึกษาแพทย์จากชนบท (ภาพที่ 7) และการปฏิรูประบบงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมเงินเดือน เป็นต้น

ภาพที่ 7 สัดส่วนการรับนักศึกษาแพทย์จากพื้นที่ชนบท



ที่สำคัญคือ การขาดกลไกในระดับชาติที่มีภาวะการนำสูง และมีข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องทันสมัย ในการติดตามประเมินและพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

ในช่วงปี พ.ศ. 2524-2537 ได้มีมติคณะรัฐมนตรี ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุขขึ้น โดยเป็นความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสาธารณสุข และมี "ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข" เป็นเลขานุการกิจ กลไกดังกล่าวมีส่วนอย่างมากในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และมาตรการแก้ไขปัญหาต่างๆ

3. ข้อเสนอยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

ปัญหาเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุขเกิดขึ้นเช่นเดียวกันในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ด้วยลักษณะและขนาดของปัญหาที่แตกต่างกัน และในระยะหลังมานี้ปัญหาเหล่านี้มีพลวัตที่ค่อนข้างรวดเร็ว มาตรการต่างๆ ที่ใช้มักจะมีผลในระยะปานกลาง หรือระยะยาว ซึ่งไม่ทันกับพลวัตของปัญหา

การที่จะแก้ไขปัญหา/พัฒนา เรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืนและสามารถตอบสนองต่อพลวัตของปัญหาได้นั้น จะต้องดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์อย่างน้อย 3 ประการคือ

3.1 ยุทธศาสตร์ทางปัญญา

การพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการต่างๆ ที่ได้ผลจำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุนด้วยนักวิชาการที่มีศักยภาพ โดยอาศัยข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย ถูกต้อง และมีความต่อเนื่อง ระบบข้อมูลในปัจจุบันยังกระจัดกระจาย ไม่ทันสมัย และขาดงานวิจัยที่สนับสนุนการตัดสินใจที่เพียงพอ

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ควรจะมอบให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้พัฒนาชุดโครงการวิจัยด้านกำลังคนสาธารณสุขขึ้น โดยเป็นโครงการวิจัยซึ่งเชื่อมโยงกับสถาบันวิชาการในข้อ 3.2 หรือ อาจมอบหมายให้สถาบันวิชาการในข้อ 3.2 เป็นกลไกการจัดการชุดโครงการวิจัยดังกล่าวก็ได้

ชุดโครงการวิจัยดังกล่าว ควรจะมีทั้งส่วนของการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อติดตามสถานการณ์ โครงการการวิจัยเพื่อประเมินสถานการณ์และพัฒนามาตรการใหม่ๆ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของนักวิชาการในด้านกำลังคนสาธารณสุขด้วย

ชุดโครงการวิจัยดังกล่าว จะต้องสามารถให้คำตอบและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยจะต้องนำไปสู่การวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพลวัตของระบบเศรษฐกิจ และสังคม ในลักษณะที่ "วางแผนระยะยาว ดำเนินการระยะสั้น และปรับแผนสม่ำเสมอ"

3.2 ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกระยะยาว

ปัจจุบันกลไกการวางแผนพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เป็นเพียงกลุ่มงานเล็กๆ ภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการเพียง 2-3 คน ที่ยังมีประสิทธิภาพความรู้ไม่เพียงพอ ที่จะทำหน้าที่ติดตาม เฝ้าระวัง วิจัย และพัฒนานโยบาย และยุทธศาสตร์ ในการแก้ไขปัญหากำลังคนในระดับชาติได้ ส่วนมากจึงเป็นการดำเนินการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าภายในส่วนของกระทรวง สาธารณสุขเป็นหลัก โครงสร้างดังกล่าว นอกจากไม่เพียงพอเพราะไม่สามารถแก้ไขปัญหาในภาพรวมได้แล้ว ยังขาดภาวะการนำที่เข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมจากภาคีต่างๆ ด้วย

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ควรจัดสร้างกลไกระยะยาวในการทำงานด้านการพัฒนากำลังคนในระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นคณะกรรมการประจำ และมีสถาบันวิชาการที่เป็นอิสระ ภาย

ได้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเลขานุการกิจ โดยมีการพัฒนานักวิจัย/นักวิชาการ อิสระที่ทำงานเต็มเวลาอย่างต่อเนื่องในเรื่องนี้

คณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข จะเป็นกลไกที่มีหน้าที่ติดตามประเมินและคาดการณ์สถานการณ์เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข และพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ มาตรการ ที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาด้านกำลังคน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและรัฐบาลในการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อไป

กลไกดังกล่าวจะต้อง มีอิสระ มีความคล่องตัว ประสิทธิภาพสูง สามารถตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะหน้าและระยะยาวได้ และมีความเชื่อมโยงกับองค์กรหลักต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย อย่างใกล้ชิด

เมื่อมีการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กลไกดังกล่าวควรเป็นกลไกประจำภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสถาบันวิชาการที่เป็นเลขานุการกิจอยู่ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติหรือภายใต้กลไกวิจัยสุขภาพแห่งชาติ

3.3 ยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม

ปัญหาเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข จะแก้ไขได้อย่างยั่งยืน จะต้องทำให้เป็นปัญหาของทุกภาคส่วนในสังคมไทย และมีการระดมสติปัญญาและทรัพยากรจากทุกภาคส่วน มาร่วมกันแก้ไข ภาควิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีทั้งส่วนของผู้ผลิต เช่น สถาบันการศึกษาต่างๆ ผู้ใช้เช่น กระทรวงสาธารณสุข สถานบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ภาควิชาเหล่านี้ควรจะมีส่วนร่วมทั้งในยุทธศาสตร์ข้อ 3.1 และยุทธศาสตร์ข้อ 3.2

ดังนั้น จึงควรจะมีกลไก/เวที ที่ให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา เสนอมาตรการแก้ไขปัญหา และร่วมกันลงมือปฏิบัติ ตลอดจนติดตามประเมินผล ซึ่งนอกจากจะสร้างการมีส่วนร่วมในข้อ 3.1 และ 3.2 แล้ว ควรให้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (หรือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นการประจำ โดยอาจเป็นส่วนหนึ่งของสมัชชาสุขภาพประจำปี หรือจัดแยกประเด็นเป็นการเฉพาะ เป็นครั้งคราวตามสถานการณ์

คาดการณ์ผลกระทบด้านกำลังคนทางการแพทย์ จากการที่ชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย

1. ข้อมูลเบื้องต้น

1.1 รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุน การชักชวนชาวต่างประเทศเข้ามารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยมาหลายปีแล้ว โดยเฉพาะภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ทั้งในลักษณะทัวร์สุขภาพ Longstay และบริการสาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งประสบความสำเร็จดีพอสมควร

1.2 ในปี พ.ศ. 2545 กรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ ได้ทำการสำรวจโรงพยาบาลเอกชน 20 แห่ง ที่คาดว่าจะมีชาวต่างประเทศเข้ามารับบริการ ได้รับการตอบกลับจำนวน 7 แห่ง พบว่าในปี พ.ศ. 2544 มีชาวต่างประเทศมาใช้บริการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง รวม 4.7 แสนคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2543 ร้อยละ 38 ส่วนมากมาจากญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ และประเทศใกล้เคียง โดยตะวันออกกลางมีอัตราการเพิ่มสูงสุด

1.3 ในปี พ.ศ. 2544 กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน จัดประชุมทำแผนสนับสนุนการนำชาวต่างประเทศ เข้ามารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย และได้ตั้งเป้าหมาย ที่จะบรรลุ โดยมีแนวโน้มที่อาจจะสามารถเพิ่มรายได้เข้าประเทศจาก 8,000 ล้านบาท/ปี ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 50,000 ล้านบาท/ปี ในอนาคตอันใกล้

1.4 กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ ได้ร่วมประชุมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อกำหนดท่าทีในการเจรจาการค้าบริการ ใน WTO ในรอบ DOHA (Doha Development Agenda) โดยมีข้อเสนอให้กระทรวงพาณิชย์ขอให้ประเทศที่ร่ำรวย ซึ่งรัฐมีการจัดการด้านประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนของตน ยอมให้ประชาชนของตนมารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย โดยเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุนประกันสุขภาพของรัฐได้ (Portability of Public Health Insurance) หากเจรจาเป็นผลสำเร็จก็จะมีผู้ป่วยชาวต่างประเทศเข้ามารับบริการเพิ่มขึ้นอีกมาก

1.5 หากประมาณการการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนไทย โดยใช้ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จะคาดการณ์ได้ว่าในปี พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วยไปรับบริการจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศประมาณ 130 ล้านราย (ประมาณ 2.1 ครั้ง ต่อคนต่อปี)

1.6 ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมามีเมื่อเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัว อัตราการสูญเสียแพทย์จากระบบบริการสุขภาพในต่างจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2545 มีอัตราถึงร้อยละ 32 ของจำนวนแพทย์จบใหม่ที่เข้ารับราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.7 ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ นักลงทุนและผู้ประกอบการธุรกิจต่างประเทศได้เข้ามาดำเนินการกิจการสถานพยาบาลเอกชนมากขึ้นมาก ทั้งในลักษณะของการเข้าซื้อกิจการบางส่วน การเข้าร่วมจัดการบริหารและการเข้าร่วมในการจัดการการตลาด

1.8 ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กำหนดไว้ในหมวด 6 ส่วนที่ 3 มาตรา 71 ว่า "การบริการสาธารณสุข..... ไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ"

2. ข้อสมมติในการคาดการณ์

2.1 บริการของสถานบริการสาธารณสุข ทั้งรัฐและเอกชนที่ดูแลคนไทย จำนวน 130 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2544 นั้น เป็นการตรวจโดยแพทย์ร้อยละ 60 หรือประมาณ 80 ล้านราย (ที่เหลือเป็นการตรวจโดยทันตแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ) และมีอัตราเพิ่มร้อยละ 3 ต่อปี หรือ เท่ากับ 93 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2549

2.2 การดูแลคนไข้ต่างประเทศที่เข้ามารับบริการ (ส่วนมากเป็นโรงพยาบาลเอกชน) 1 ราย แพทย์จะใช้เวลาเท่ากับการดูแลคนไทยโดยเฉลี่ย 5 ราย

2.3 ผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยต่างประเทศ ที่มารับบริการมีภาระด้านผู้ป่วยในรวมกัน ต่างกัน 5 เท่า เช่นเดียวกับผู้ป่วยนอก

2.4 ผู้ป่วยชาวต่างประเทศเข้ามารับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 20-30 ต่อปี ตลอด 5 ปีข้างหน้า

3. ผลการวิเคราะห์

3.1 จำนวนคนไข้ต่างชาติในอีก 5 ปีข้างหน้า

3.1.1 คาดว่าปี พ.ศ. 2544 หากได้ข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ เกี่ยวกับคนไข้ต่างประเทศที่เข้ามารับบริการ (ไม่นับแรงงานอพยพ และคนไข้ต่างประเทศที่ยากจน) ในโรงพยาบาลต่างๆ (เกือบทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลเอกชน) น่าจะมีไม่ต่ำกว่า 1 ล้านราย คิดเท่ากับภาระในการดูแลผู้ป่วยไทยประมาณ 5 ล้านราย

3.1.2 หากอัตราเพิ่มร้อยละ 20-30 ต่อปี คงที่ 5 ปี จะพบว่าอีก 5 ปีข้างหน้า จะมีชาวต่างประเทศ (ที่มีเงิน) เข้ามารับบริการถึงปีละ 2.5-3.7 ล้านราย ซึ่งจะมีภาระงานต่อแพทย์เท่ากับผู้ป่วยคนไทย 12.5-18.5 ล้านราย

3.2 ภาระการดูแลผู้ป่วยของแพทย์

3.2.1 ในอีก 5 ปีข้างหน้า จำนวนผู้ป่วยคนไทยที่รับบริการจากแพทย์ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ ทั้งภาครัฐและเอกชนจะเพิ่มจาก 80 ล้านราย เป็น 93 ล้านราย

ดังนั้น ผู้ป่วยทั้งหมด (ทั้งไทยและต่างประเทศ) รวมกัน = 105.5-111.5 ล้านราย

3.2.2 ภาระในการดูแลผู้ป่วยต่างประเทศ = $\frac{(12.5 \times 100)}{105.5} \rightarrow \frac{(18.5 \times 100)}{111.5} = 11.9-16.6\%$
ของภาระผู้ป่วยทั้งประเทศ

3.3 ความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้น

3.3.1 แพทย์ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2544 มีประมาณ 25,000 คน (ที่ยังประกอบวิชาชีพอยู่) และมีจำนวนเพิ่มขึ้น (จบใหม่ - หยุดประกอบวิชาชีพ) ประมาณปีละ 1,200 คน

อีก 5 ปีข้างหน้า จะมีแพทย์รวมกันประมาณ 31,000 คน

3.3.2 ในปี พ.ศ. 2544 แพทย์ 25,000 คน ดูแลคนไทย 80 ล้านรายและชาวต่างประเทศ (เทียบเท่าคนไทย) 5 ล้านราย ภาระในการดูแลชาวต่างประเทศ = $5 \times \frac{25,000}{85} =$ แพทย์ 1,471 คน จึงมีแพทย์ที่ดูแลคนไทย เพียง 23,529 คน

3.3.3 ในอีก 5 ปี ข้างหน้า หากคิดว่าการดูแลชาวต่างประเทศเท่ากับร้อยละ 11.9-16.6 ของภาระแพทย์ทั้งประเทศ จะเท่ากับจำนวนแพทย์ประมาณ 3,100-5,146 คน หมายความว่า จะมีแพทย์ที่เหลือคอยดูแลคนไทยเพียง 25,854 - 27,311 คน

3.3.4 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2544 แล้ว ในปี พ.ศ. 2549 แทนที่การผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นจะช่วยลดภาระของแพทย์ในการดูแลคนไทยลง แพทย์ที่ดูแลคนไทยกลับจะมีภาระมากขึ้น อาจถึงร้อยละ 5 โดยเฉพาะในชนบทจะยิ่งมีภาระเพิ่มมากกว่านี้ และหากพิจารณาภาระเพิ่มจากเหตุอื่นๆ เช่น การรักษาผู้ป่วยเอดส์ การดูแลผู้สูงอายุ การขยายหลักประกันสุขภาพ แพทย์ไทย ในปี พ.ศ. 2549 จะยิ่งมีภาระมากกว่าปี พ.ศ. 2544 มาก

	พ.ศ.		เพิ่มขึ้น ร้อยละ
	2544	2549	
คนป่วยไทย (ล้านราย) ต่อปี	80	93	16.25
แพทย์ดูแล (คน)	23,529	25,854-27,311	9.88-16.08
อัตราคนป่วยไทย/แพทย์ ใน 1 ปี	3,400	3,405-3,597	0.15-5.48

3.3.5 หากการสนับสนุนให้ชาวต่างประเทศมารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ดำเนินการไปอย่างได้ผลดี แพทย์ไทยโดยเฉพาะในชนบท จะมีภาระสูงขึ้นอีกมาก และน่าจะเกิดภาวะสมองไหลจากชนบทสู่เมืองอย่างรุนแรงซ้ำรอยที่เคยเกิดขึ้นในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่

3.4 ผลประโยชน์ตกที่ใคร

การสนับสนุนให้ชาวต่างประเทศ มารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ย่อมมีผลดีต่อเศรษฐกิจของประเทศ ทุกฝ่ายจะมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่จะเป็นธรรมต่อคนไทยทั้งประเทศ ก็ต่อเมื่อมีการวางแผนรองรับผลกระทบต่อความต้องการ และการกระจายกำลังคนอย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง และจะต้องมีความมั่นใจว่า รายได้จากชาวต่างประเทศจะไม่ตกแก่نگलगทุนชาวต่างประเทศที่มาลงทุนในโรงพยาบาลเอกชน และนำชาวต่างประเทศมารักษาพร้อมนำเงินกำไรกลับประเทศ รวมทั้งควรมีมาตรการสร้างความมั่นใจว่า รายได้ที่ได้นั้น มีการกระจายไปสู่คนยากคนจนทั่วประเทศ ธุรกิจมุ่งกำไรครอบคลุมนะไบบ้าง?

3.5 คำถามเชิงนโยบาย/คำถามวิจัย

3.5.1 การบริการสาธารณสุข ควรเป็นธุรกิจมุ่งกำไรหรือไม่?

3.5.2 นโยบายเกี่ยวกับการรับชาวต่างชาติเข้ามารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อนำรายได้เข้าประเทศควรจะเป็นเช่นไร

3.5.3 หากมีนโยบายส่งเสริมสนับสนุนดังเช่นที่ดำเนินการในปัจจุบัน จะมีมาตรการ
อย่างไรในการลดผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขที่จัดให้แก่ประชาชนในชนบท

3.5.4 การดำเนินนโยบายสนับสนุนการนำผู้ป่วยชาวต่างประเทศ เข้ามารับบริการ
สาธารณสุขในประเทศไทย จะมีมาตรการใด ที่จะรักษาผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นให้ตกอยู่ในประเทศ
ไทย และกระจายผลประโยชน์เหล่านี้ไปสู่คนไทยทั่วประเทศได้อย่างไร

3.5.5 จะต้องมีการติดตามและแก้ไขผลกระทบที่อาจเกิดในอนาคตได้อย่างไร

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

1. สถานการณ์และแนวโน้ม

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนที่สูงมาก โดยทั่วไปจะสูงถึงกว่าครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายด้านการดำเนินการของระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนและค่าจ้าง และอีกส่วนหนึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการผลิตและพัฒนากำลังคน นอกจากนี้จะมีค่าใช้จ่ายสูงแล้ว กำลังคนด้านสาธารณสุขยังเป็นผู้กำหนดการใช้และการกระจายเทคโนโลยีต่างๆ ในการจัดบริการสุขภาพด้วย

ดังนั้น กำลังคนด้านสาธารณสุขจึงเป็นทรัพยากรสำคัญในระบบบริการสาธารณสุข ที่สมควรได้รับการเอาใจใส่ดูแลอย่างต่อเนื่องและจริงจัง เพื่อให้ระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ จำนวนที่เหมาะสม มีเจตคติเพื่อส่วนรวมโดยเฉพาะผู้ยากไร้ มีขวัญกำลังใจดี และมีการกระจายอย่างเสมอภาค

ในระบบบริการสาธารณสุขที่มีทั้งภาครัฐและเอกชน และมีลักษณะเปิดทำให้กำลังคนและระบบบริการสาธารณสุข มีพลวัตผันแปรไปตามพลวัตของระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศและของโลก (ภาพที่ 1, 2)

สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข พอจะสรุปได้ในประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.1 ความไม่สมดุลในการกระจายกำลังคน

กำลังคนด้านสาธารณสุขมักจะกระจุกตัวอยู่ในเขต กทมฯ และเมืองใหญ่ๆ ทำให้เกิดการขาดแคลนในชนบท เช่น ในปี พ.ศ. 2543 ความหนาแน่นของแพทย์ใน กทมฯ สูงกว่าในภาคอีสานราว 10.5 เท่า แพทย์ในโรงพยาบาลชนบทระดับอำเภอต้องรับภาระงานมากกว่าในเขตเมือง และ กทมฯ หลายเท่า ใน กทมฯ มีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 800 คน ในขณะที่ภาคอีสานหลายอำเภอมีแพทย์ 1 คนต่อประชากรมากกว่า 20,000 คน

ที่ผ่านมามีมาตรการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข เช่น การพัฒนาโครงสร้างระบบบริการในชนบท การเพิ่มการผลิตกำลังคน การรับนักศึกษาจากชนบท การทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุน การสร้างแรงจูงใจทางการเงิน การปฏิรูประบบการเงินการคลัง ซึ่งก็ได้ผลระดับหนึ่ง

การที่ประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วภายใต้ระบบเศรษฐกิจแบบเปิด รวมทั้งพัฒนาการทางสังคม การศึกษา เทคโนโลยี และการเมือง ทำให้เกิดความผันผวนอย่างมากในเรื่องความต้องการและการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข มาตรการต่างๆ ที่มีอยู่ ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีการดำเนินการในลักษณะ แก้ปัญหาเฉพาะหน้า แยกส่วน และไม่ต่อเนื่อง ทำให้ปัญหาความไม่เสมอภาคในการกระจายกำลังคนเกิดขึ้นซ้ำซาก

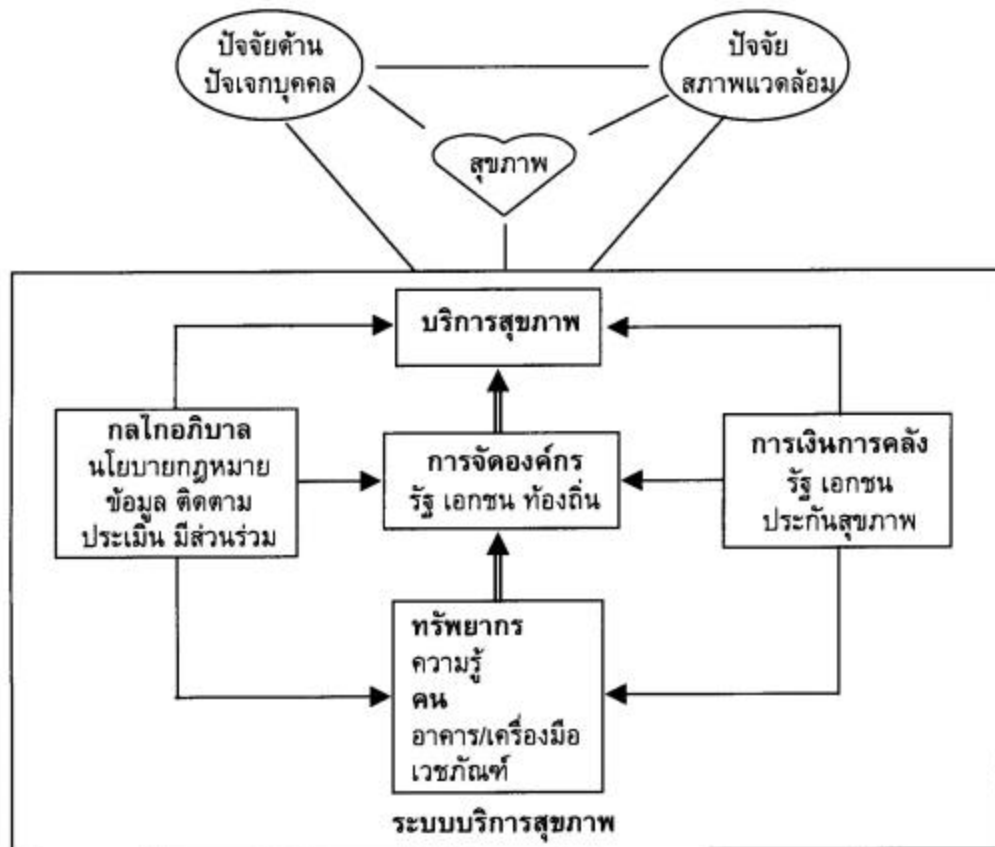
การกระจายแพทย์เป็นตัวอย่างที่ดี (ภาพที่ 3) ซึ่งพบว่าช่วงทศวรรษปี พ.ศ. 2521-2530 ขณะที่เศรษฐกิจของประเทศไม่ดีนัก บริการสุขภาพภาคเอกชนมีขนาดเล็ก ประกอบกับนโยบายพัฒนาชนบทและนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าด้วยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ปรากฏว่ามีการกระจายบริการและกำลังคนด้านสาธารณสุขไปสู่ชนบทอย่างได้ผล ความแตกต่างระหว่าง

เอกสารนี้ใช้นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2546

กรุณาย่านำไปใช้อ้างอิงก่อนได้รับอนุญาตจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ความหนาแน่นของแพทย์ใน กทมฯ และภาคอีสานลดลงจาก 21.3 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือเพียง 8.9 เท่า ในปี พ.ศ. 2530 จำนวนเตียงในโรงพยาบาลชุมชนต่อจำนวนแพทย์ลดลงจาก 10.8 เตียงต่อแพทย์ 1 คน ในปี พ.ศ. 2522 เป็น 7.1 เตียงต่อแพทย์ 1 คน ในปี พ.ศ. 2532

ภาพที่ 1 ระบบสุขภาพ

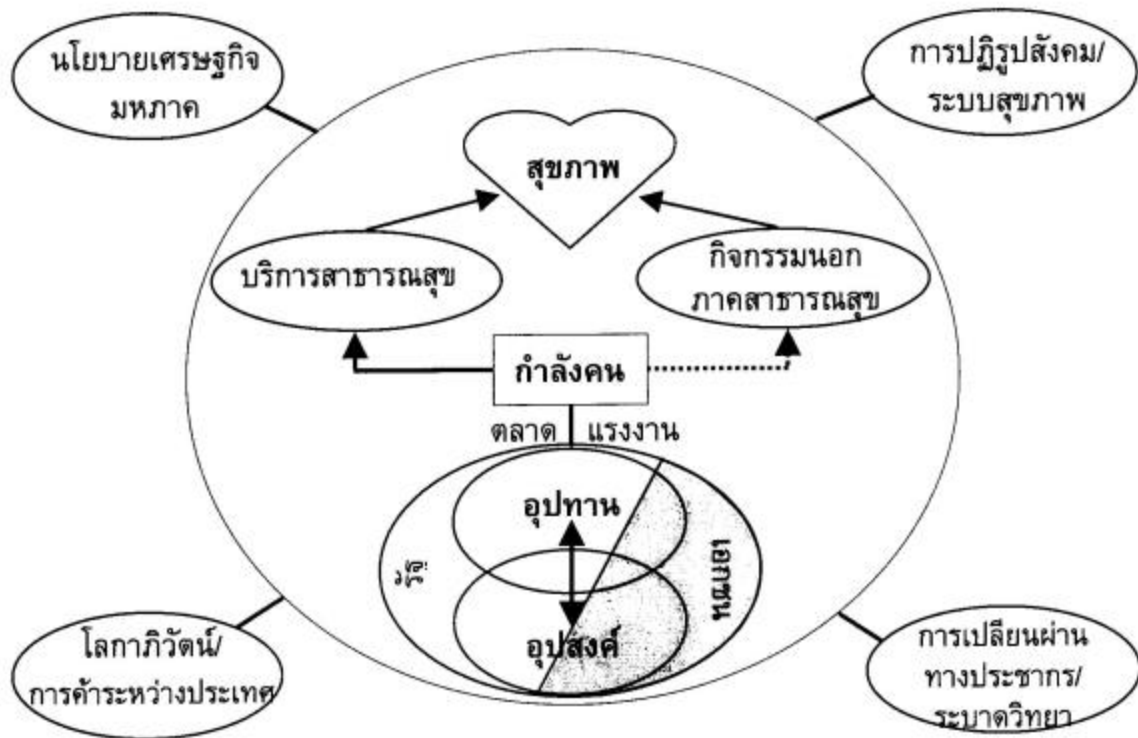


ในช่วงเศรษฐกิจเติบโตเร็ว โดยเฉพาะช่วงฟองสบู่ ระหว่างปี พ.ศ. 2531-2540 ความต้องการในเขตเมืองมีสูง บริการสุขภาพภาคเอกชนขยายตัว ทำให้เกิดภาวะสมองไหลของแพทย์จากภาครัฐในชนบท สู่ภาคเอกชนในเขตเมือง ความแตกต่างระหว่างความหนาแน่นของแพทย์ใน กทมฯ และภาคอีสาน เพิ่มขึ้นเป็น 13.8 เท่า ในปี พ.ศ. 2539-2540 และจำนวนเตียงต่อแพทย์ 1 คน ในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มเป็น 15.3 ในปี พ.ศ. 2541

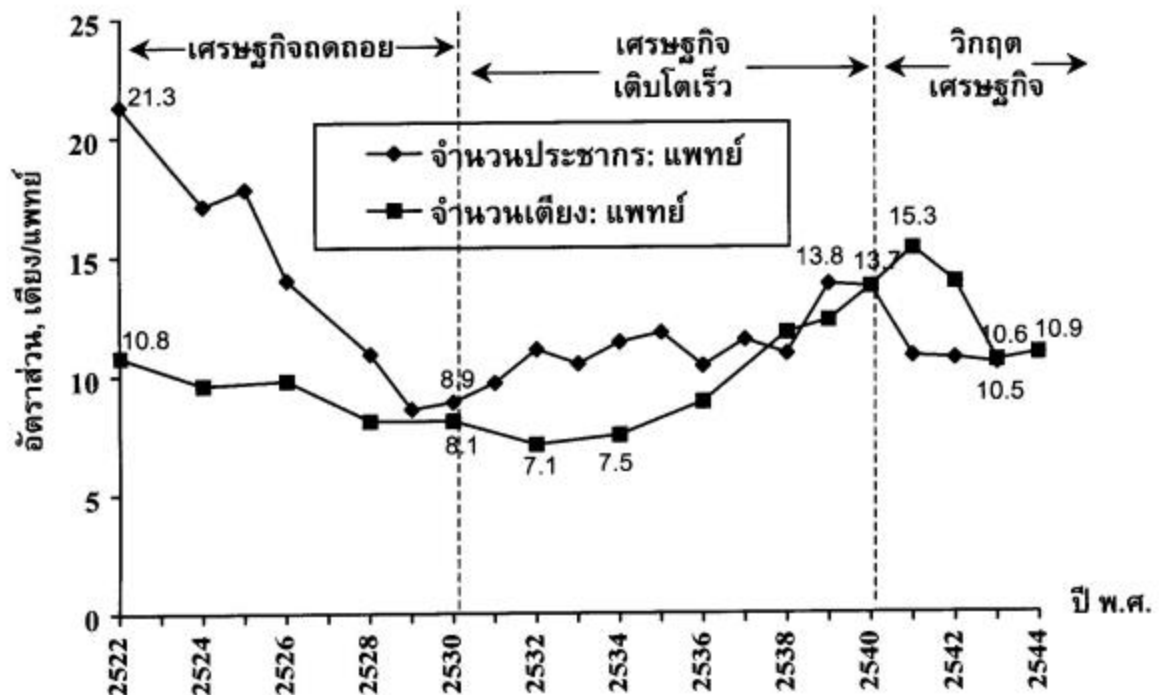
เหตุการณ์ขาดแคลนแพทย์ในชนบทรุนแรงถึงขนาดที่เดือนเมษายน พ.ศ. 2540 มีโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอ 21 แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำแม้แต่คนเดียว

วิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 ทำให้บริการสาธารณสุขภาคเอกชนหดตัว เกิดภาวะ "สมองไหลกลับ" ความแตกต่างของความหนาแน่นของแพทย์ใน กทมฯ และภาคอีสานกลับลดลงเหลือ 10.5 เท่า ในปี พ.ศ. 2543 และจำนวนเตียงต่อแพทย์ 1 คน ในโรงพยาบาลชุมชน ลดลงเป็น 10.6 ในปี พ.ศ. 2543 ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา เศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัว ร่วมกับความสำเร็จในการชักนำให้ชาวต่างประเทศเข้ามาให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยเพื่อหวังผลในการสร้างรายได้ ทำให้เริ่มเห็นแนวโน้มของภาวะสมองไหล จากชนบทสู่เมืองอีกครั้งหนึ่ง (ตารางที่ 1, ภาพที่ 4)

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิด



ภาพที่ 3 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522-2543 และอัตราเตียง : แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2522-2544



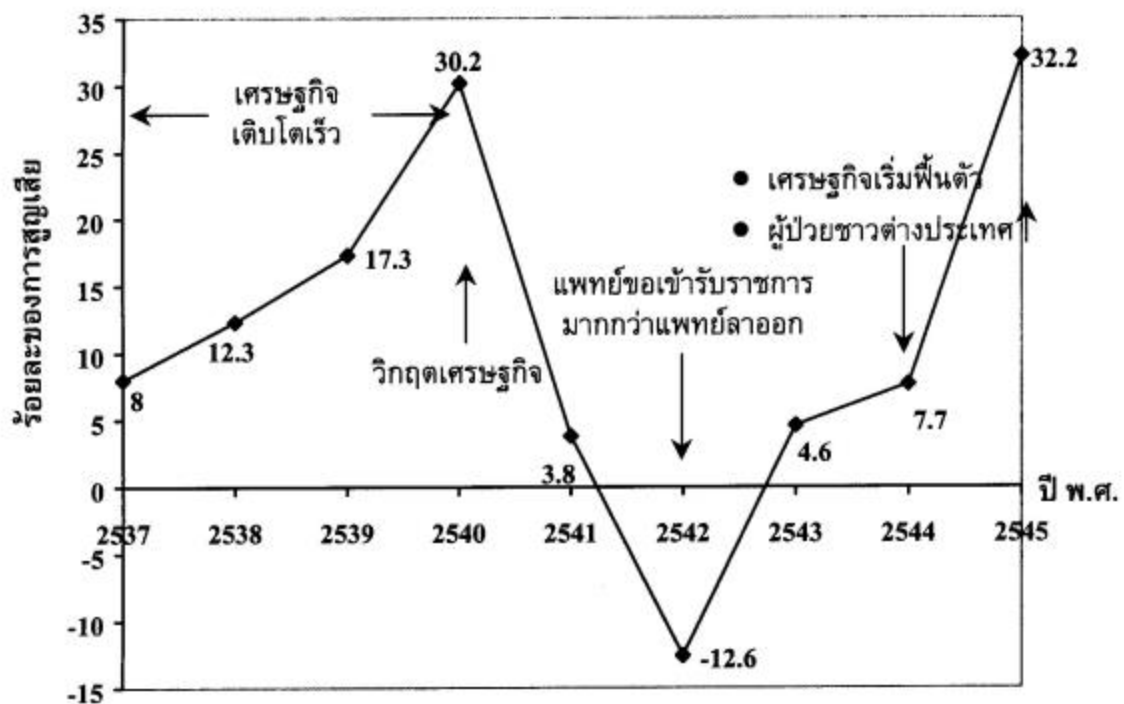
ที่มา: การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543, กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราการสูญเสียแพทย์สุทธิเพื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537-2545

ปี พ.ศ.	จำนวนแพทย์				สูญเสียสุทธิ (ร้อยละ)
	แพทย์จบใหม่	กลับเข้ารับ ราชการใหม่	ลาออก	จำนวน สูญเสีย	
2537	526	-	42	42	8.0
2538	576	-	71	71	12.3
2539	568	-	98	98	17.3
2540	579	30	205	175	30.2
2541	618	93	117	24	3.8
2542	830	168	63	-105	-12.6
2543	893	92	133	41	4.6
2544	883	67	135	68	7.7
2545	913	22	316	294	32.2

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 4 อัตราการสูญเสียแพทย์สุทธิเพื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537-2545



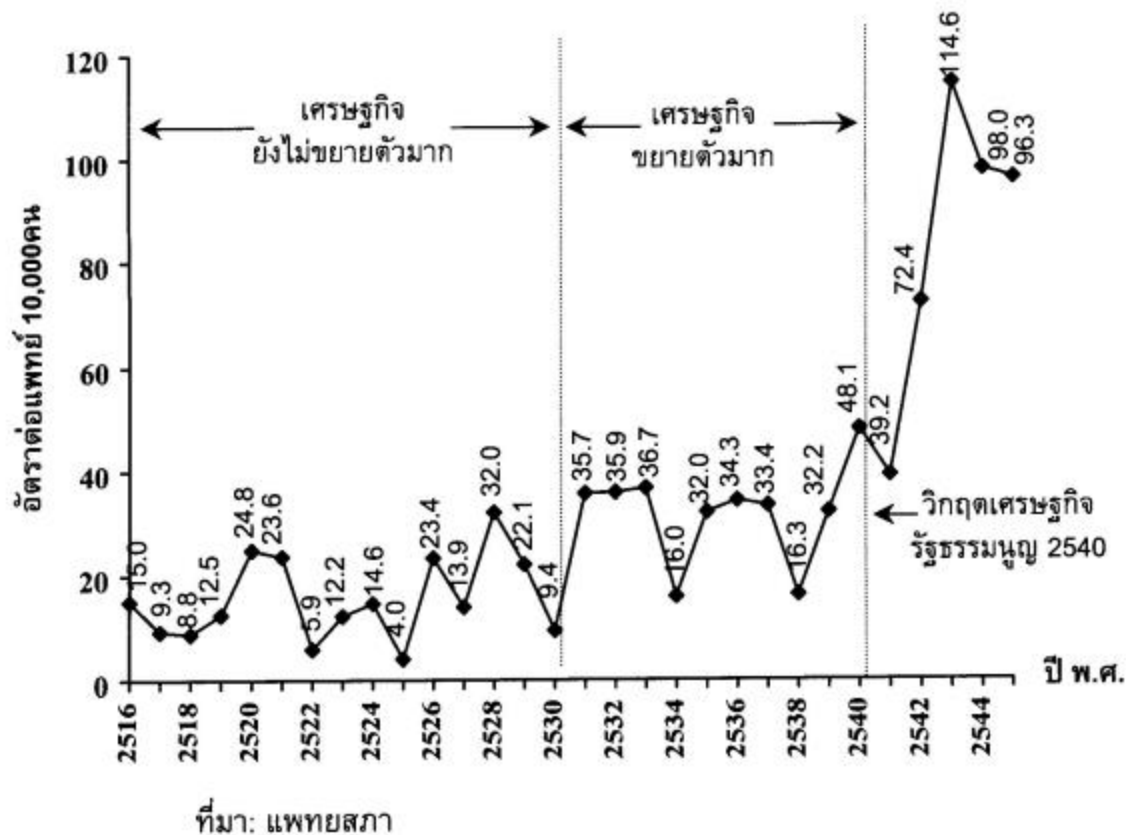
ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.2 ช่องว่างระหว่างความต้องการ/ความคาดหวังของประชาชนและการตอบสนองของกำลังคนด้านสาธารณสุข

พัฒนาการทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ทำให้ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการสาธารณสุขสูงขึ้นอย่างมาก ในขณะที่ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุข ยังปรับตัวไม่รวดเร็วเพียงพอ ทำให้ช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการและความสามารถในการตอบสนองของผู้ให้บริการ ต่างกว้างมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อธุรกิจบริการสาธารณสุขขยายตัวและช่วงหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และหลังวิกฤตเศรษฐกิจ

ช่องว่างเหล่านี้ปรากฏเป็นรูปธรรมชัดเจน เช่น ขาดเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรมของแพทย์และความไม่พอใจต่อบริการสาธารณสุขในสื่อมวลชน กรณีการร้องทุกข์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพและกรณีการกล่าวโทษ/กล่าวหาแพทย์ต่อแพทยสภา (ภาพที่ 5)

ภาพที่ 5 อัตราเรื่องร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา พ.ศ. 2516-2545



1.3 ความสอดคล้องระหว่างการผลิตและความต้องการของระบบสาธารณสุข

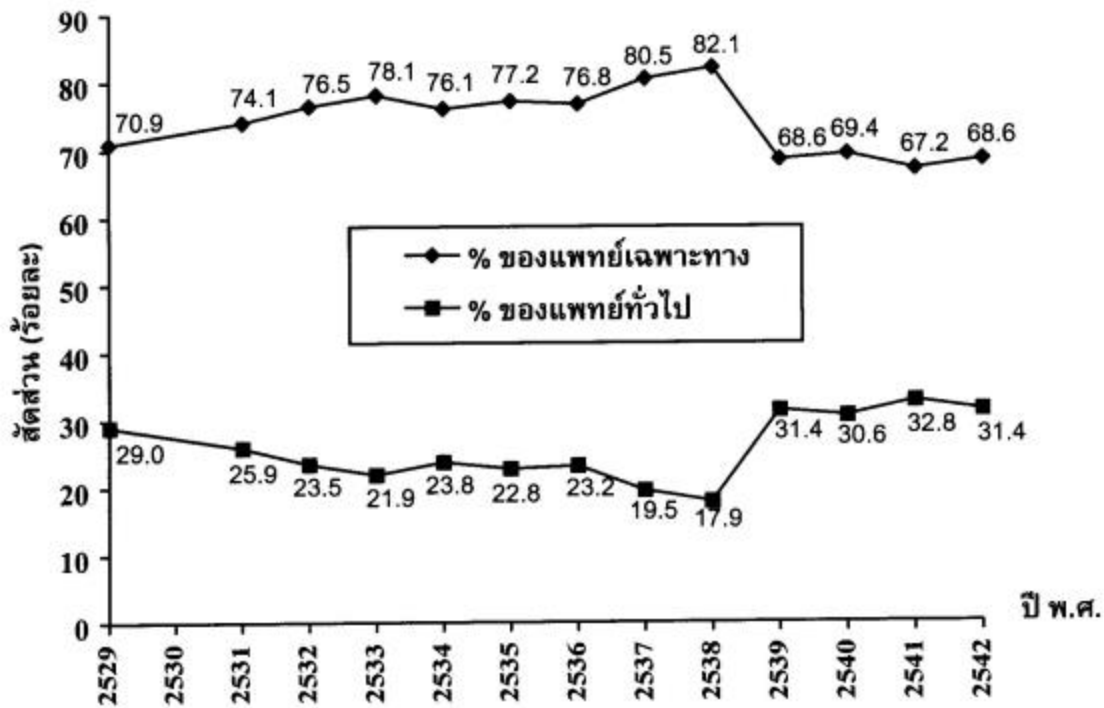
การผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นกิจกรรมที่ละเอียดอ่อนและต้องใช้เวลาหลายปี และมีอุปสรรคอย่างมาก ในการปรับตัวให้ทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมและระบบสาธารณสุข

1.3.1 ความไม่สอดคล้องเชิงปริมาณ ขณะที่การผลิตแพทย์และพยาบาลยังไม่พอกับความต้องการ กลับมีการลดการผลิตลง ส่วนกำลังคนในบางสาขา เช่น เกษตรกรกำลังมีแนวโน้มที่จะล้นตลาด แต่การผลิตยังคงเดิม ความพยายามที่ผ่านมาในการวางแผนกำลังคนบนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม ยังได้ผลไม่เต็มที่นัก เนื่องจากการขาดความต่อเนื่องในการพัฒนานักวิชาการและการวิจัย การขาดกลไกระดับชาติที่มีภาวะการนำที่เพียงพอ และการขยายตัวของระบบบริการสาธารณสุขภาคเอกชน

1.3.2 ความไม่สอดคล้องในเชิงประเภท กำลังคนด้านสาธารณสุขของไทยมีหลายประเภทและมีสัดส่วนของประเภทต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมระดับหนึ่ง เช่น มีแพทย์:พยาบาล ประมาณ 1:3-4 เป็นต้น แต่ก็มีปัญหาพอสมควร เช่นขณะที่ ระบบบริการสาธารณสุขมีความต้องการกำลังคนส่วนมากในการที่จะให้บริการในชุมชน ใกล้เคียงบ้านใกล้ใจ แต่ระบบการเงินการคลัง การสนับสนุนงบประมาณ และระบบการผลิต/พัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ยังคงมุ่งเน้นไปที่กำลังคนเฉพาะทางระดับสูง เช่น แพทย์เฉพาะทางมีสัดส่วนถึงราวร้อยละ 70 ของแพทย์ทั้งหมด (ภาพที่ 6)

1.3.3 ความเป็นธรรมในการผลิตกำลังคน เกือบทั้งหมดของการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข ดำเนินการในสถาบันต่างๆ ของรัฐ โดยรัฐรับภาระค่าใช้จ่ายกว่าร้อยละ 90 แต่นักเรียน/นักศึกษา ส่วนมากมาจากครอบครัวที่มีรายได้สูงและปานกลาง จึงเท่ากับว่ารัฐกำลังอุดหนุนคนมีฐานะมากกว่าคนจน ปัญหานี้เชื่อมโยงกับปัญหาความไม่เสมอภาคในการกระจายกำลังคนด้วย โดยพบว่าแพทย์ที่มีภูมิสำเนาและสำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ในภูมิภาค จะมีระยะเวลาปฏิบัติงานในชนบทนานกว่า นอกจากนี้ยังพบอีกว่าปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในชนบทมีไม่มากเท่าแพทย์ พยาบาลเกือบทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุขมีภูมิสำเนาในส่วนภูมิภาค

ภาพที่ 6 สัดส่วนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2526-2545 (นับตามจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง)



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

1.3.4 คุณภาพ กำลังคนด้านสาธารณสุขของไทย นับว่ามีคุณภาพมาตรฐานที่ดีระดับหนึ่ง ซึ่งน่าจะมีผลจากหลายปัจจัย เช่น การได้นักศึกษาคุณภาพที่ดี (มีการแข่งขันสูงในช่วงการคัดเลือก) มีระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพดีเป็นฐานการผลิต มีการพัฒนาสถาบันการศึกษาอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ดี แม้คุณภาพในด้านความรู้และทักษะจะพัฒนาไประดับหนึ่ง แต่ในด้านจิตสำนึกที่จะมุ่งเน้นการทำงานเพื่อสาธารณะยังต้องมีการพัฒนาให้เข้มข้นกว่านี้ ขณะเดียวกันระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถาบันการศึกษาด้านสาธารณสุขยังอยู่ในระยะเริ่มต้น

1.3.5 ประสิทธิภาพ เป็นปัญหาของการดำเนินการภายใต้ระบบราชการ ซึ่งมีระเบียบกฎเกณฑ์มาก ขาดความคล่องตัว และมีต้นทุนสูง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ต้นทุนต่อหัวในการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขในสาขาต่างๆ

วิชาชีพ	สถาบันการศึกษา		ภาครัฐเทียบกับเอกชน (เท่า)
	ภาครัฐ	ภาคเอกชน	
แพทย์ ¹	1,800,000	1,100,000	1.64
ทันตแพทย์ ¹	1,620,000	ไม่มีการผลิต	-
เภสัชกร ¹	900,000	300,000	3.00
พยาบาลวิชาชีพ ¹	160,000	210,000	0.76
ทันตภิบาล ²	156,883	ไม่มีการผลิต	-
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ²	60,580	ไม่มีการผลิต	-
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ²	40,695	ไม่มีการผลิต	-

ที่มา: 1. นุสรณ์ คุณะวนิชพงษ์ และคณะ⁽¹⁾

2. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และวงเดือน จินดาวัฒนะ⁽²⁾

1.4 การบริหารจัดการกำลังคน

กำลังคนด้านสาธารณสุขของไทยกว่าสองในสามอยู่ในภาครัฐ ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการจัดการกำลังคนค่อนข้างมาก ตั้งแต่การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม การพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน การพัฒนาระบบบริหารจัดการ (เช่น การบรรจุ แต่งตั้ง โยกย้าย) การพัฒนาระบบการทำงาน (เช่น ระบบข้อมูลข่าวสาร) การพัฒนากำลังคนระหว่างประจำการ และการพัฒนาระบบจูงใจในการทำงาน

ปัญหานี้เชื่อมโยงกับปัญหาการรวมศูนย์อำนาจในการบริหาร การขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพ ธรรมชาติในระบบราชการ และการขาดการพัฒนากระบวนการ/การวิจัย เพื่อสนับสนุนการจัดการกำลังคน

1.5 ปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต

พัฒนาการของระบบเศรษฐกิจและปัญหาสุขภาพใหม่ๆ เช่น โรคเอดส์ ปัญหาสุขภาพจากผู้สูงอายุ และโรคไม่ติดต่อต่างๆ นโยบายหลักประกันสุขภาพ การปฏิรูประบบราชการ และการกระจายอำนาจ รวมทั้งการเปิดการค้าเสรีด้านบริการสาธารณสุข ทำให้เกิดความผันผวนของความต้องการ ระบบบริหารจัดการ และการกระจายกำลังด้านสาธารณสุขเป็นอย่างสูง เช่น

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2544-2545 ทำให้เกิดความต้องการบริการสาธารณสุขสูงขึ้น ทำให้เกิดการระงับเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 5 โดยเฉพาะในภาครัฐ ทำให้มีความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นกว่า 1,000 คน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการกำลังคนที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานภายใต้ศูนย์สุขภาพชุมชน

นโยบายการขยายการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ อาจส่งผลให้ต้องจ่ายยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยถึงกว่า 2.5 แสนรายใน 5 ปีข้างหน้า ซึ่งเพิ่มภาระงาน เทียบเท่ากับความต้องการแพทย์เพิ่มอาจถึง 1,000 คน

การฟื้นตัวของเศรษฐกิจไทยในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ทำให้โรงพยาบาลเอกชนเริ่มฟื้นตัว และมีการไหลของแพทย์จากภาครัฐสู่ภาคเอกชน

นโยบายการส่งเสริมให้คนต่างชาติ มารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อหวังผลด้านเศรษฐกิจ ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูง และอาจทำให้มีความต้องการแพทย์ในภาคเอกชนเขตเมืองเพิ่มขึ้นถึง 5,000 คน ในอีก 5 ปีข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 16 ของแพทย์ทั้งประเทศ (เอกสารผนวก 1)

ปัญหาการบริหารสถานบริการสาธารณสุข ที่เกิดจากนโยบายการจำกัดกำลังคนภาครัฐ อันนำไปสู่การบรรจุนักเรียนทุนในฐานะพนักงานของรัฐ ซึ่งเกิดมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน ก็ยังไม่ได้รับการแก้ไข และอาจเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุของสมองไหล

ทั้งหมดนี้ ทำให้ปัญหาและความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข ทั้งเขตเมืองและชนบท เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่เนื่องจากเขตเมืองมีแรงจูงใจสูงกว่า จึงเริ่มที่จะเห็นปัญหาสมองไหลจากชนบทและภาครัฐ ไปสู่เขตเมืองและภาคเอกชนมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2545 แพทย์ในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขลาออกรวมกันถึง 316 คน คิดเป็นอัตราการสูญเสียแพทย์ในชนบทถึงร้อยละ 32 ของแพทย์ที่รับเข้าใหม่ทั้งหมด นับเป็นอัตราการสูญเสียที่สูงที่สุดในรอบ 20 ปี (ตารางที่ 1, ภาพที่ 4) จากแนวโน้มดังกล่าว ทำให้ภาระงานของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสูงขึ้นมาก และอาจมีการลาออกเพิ่มมากขึ้น จนอาจถึงขั้นเหตุการณ์ไม่มีแพทย์ประจำในบางโรงพยาบาลชุมชน เช่นเดียวกับปี พ.ศ. 2540 ได้

ปัญหาหลักๆ ทั้ง 5 ประการดังกล่าวมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และจะต้องได้รับการพิจารณาแก้ไขไปพร้อมๆ กัน

2. ความพยายามในการแก้ไข/พัฒนา

ประเทศไทยได้มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในข้อ 1 มาโดยตลอด และประสบความสำเร็จระดับหนึ่ง เช่น สามารถขยายบริการสาธารณสุข ไปอย่างทั่วถึงทุกตำบล/หมู่บ้าน สามารถกระจายกำลังคนในระดับต่างๆ ไปยังสถานบริการสาธารณสุขได้พอสมควร โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน เกษตร พยาบาล และทันตแพทย์ บริการมีคุณภาพดีระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีปัญหาจากความผันผวนดังกล่าวแล้วในข้อ 1

มาตรการต่างๆ ที่ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหการกระจายกำลังคน อาจแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

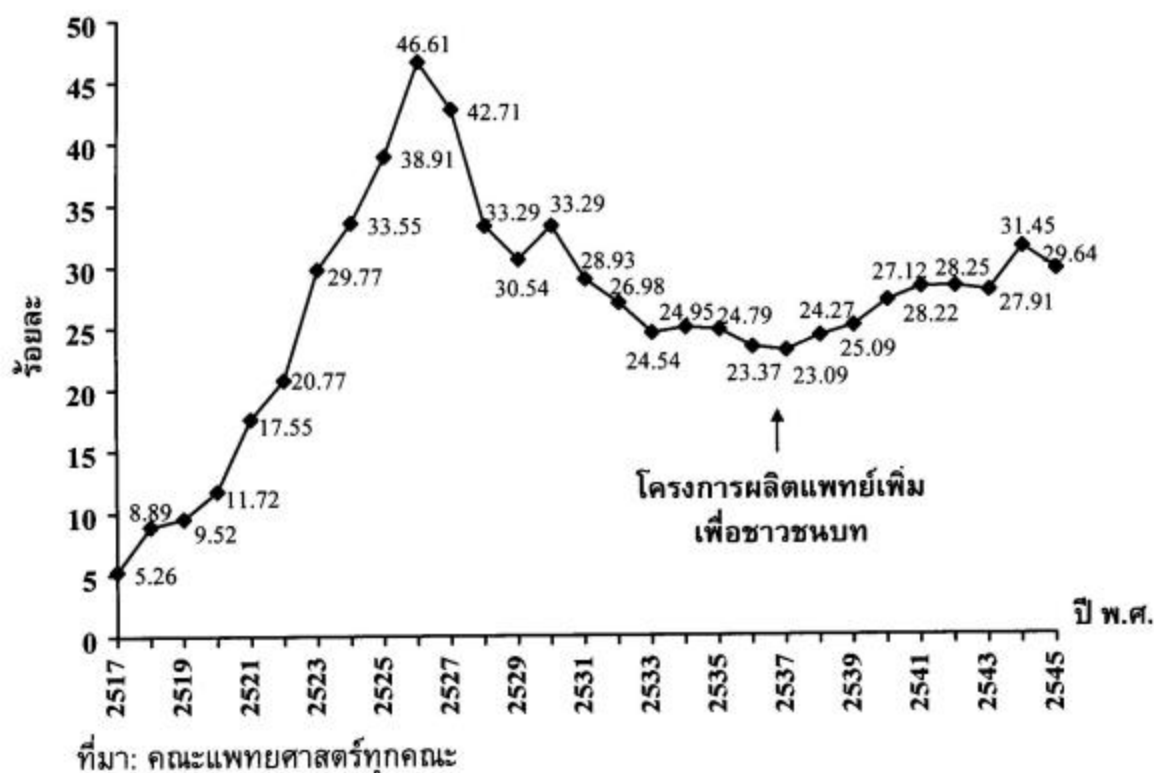
2.1 มาตรการด้านการศึกษา เช่น การรับนักศึกษาจากชนบท การปฏิรูปหลักสูตรและการเรียนการสอน การกระจายสถานศึกษา การเพิ่มการผลิตกำลังคนเพื่อชนบท และการจัดการฝึกอบรมพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

2.2 มาตรการทางการเงิน เช่น การทำสัญญาปฏิบัติงานชดเชยทุนหรือการเสียค่าปรับหากผิดสัญญา การสร้างแรงจูงใจด้านการเงิน (เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในชนบท เงินค่าตอบแทนในการอยู่เวรนอกเวลา การจัดบริการนอกเวลาราชการ และเงินเพิ่มพิเศษวิชาชีพ เป็นต้น) การจัดสรรงบประมาณไปสู่ชนบทเพื่อการพัฒนาโครงสร้างระบบบริการในชนบท การปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมเงินเดือนตามจำนวนประชากร เป็นต้น

2.3 มาตรการด้านสังคม เช่น การสร้างความยอมรับและตระหนักในคุณค่าของการบริการสาธารณสุขแก่คนด้อยโอกาส การมอบรางวัลแก่บุคลากรสาธารณสุขในด้านต่างๆ การดำเนินการป้องกันปราชญ์การกระทำผิดทางจริยธรรม เป็นต้น

มาตรการต่างๆ เหล่านี้ ส่วนมากมีการกำหนดขึ้นมาในลักษณะที่ตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะหน้า เฉพาะคราว มีลักษณะกระจัดกระจาย ขาดการบูรณาการ และความต่อเนื่อง เช่น การรับนักศึกษาแพทย์จากชนบท (ภาพที่ 7) และการปฏิรูประบบงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมเงินเดือน เป็นต้น

ภาพที่ 7 สัดส่วนการรับนักศึกษาแพทย์จากพื้นที่ชนบท



ที่สำคัญคือ การขาดกลไกในระดับชาติที่มีภาวะการนำสูง และมีข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องทันสมัย ในการติดตามประเมินและพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

ในช่วงปี พ.ศ. 2524-2537 ได้มีมติคณะรัฐมนตรี ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุขขึ้น โดยเป็นความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสาธารณสุข และมี "ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข" เป็นเลขานุการกิจ กลไกดังกล่าวมีส่วนอย่างมากในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และมาตรการแก้ไขปัญหาต่างๆ

3. ข้อเสนอยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

ปัญหาเกี่ยวกับกำลังด้านสาธารณสุขเกิดขึ้นเช่นเดียวกันในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ด้วยลักษณะและขนาดของปัญหาที่แตกต่างกัน และในระยะหลังมานี้ปัญหาเหล่านี้มีพลวัตที่ค่อนข้างรวดเร็ว มาตรการต่างๆ ที่ใช้มักจะมีผลในระยะปานกลาง หรือระยะยาว ซึ่งไม่ทันกับพลวัตของปัญหา

การที่จะแก้ไขปัญหา/พัฒนา เรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืนและสามารถตอบสนองต่อพลวัตของปัญหาได้นั้น จะต้องดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์อย่างน้อย 3 ประการคือ

3.1 ยุทธศาสตร์ทางปัญญา

การพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการต่างๆ ที่ได้ผลจำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุนด้วยนักวิชาการที่มีศักยภาพ โดยอาศัยข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย ถูกต้อง และมีความต่อเนื่อง ระบบข้อมูลในปัจจุบันยังกระจัดกระจาย ไม่ทันสมัย และขาดงานวิจัยที่สนับสนุนการตัดสินใจที่เพียงพอ

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ควรจะมอบให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้พัฒนาชุดโครงการวิจัยด้านกำลังคนสาธารณสุขขึ้น โดยเป็นโครงการวิจัยซึ่งเชื่อมโยงกับสถาบันวิชาการในข้อ 3.2 หรือ อาจมอบหมายให้สถาบันวิชาการในข้อ 3.2 เป็นกลไกการจัดการชุดโครงการวิจัยดังกล่าวก็ได้

ชุดโครงการวิจัยดังกล่าว ควรจะมีส่วนของการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อติดตามสถานการณ์ โครงการการวิจัยเพื่อประเมินสถานการณ์และพัฒนามาตรการใหม่ๆ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของนักวิชาการในด้านกำลังคนสาธารณสุขด้วย

ชุดโครงการวิจัยดังกล่าว จะต้องสามารถให้คำตอบและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยจะต้องนำไปสู่การวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพลวัตของระบบเศรษฐกิจ และสังคม ในลักษณะที่ "วางแผนระยะยาว ดำเนินการระยะสั้น และปรับแผนสม่ำเสมอ"

3.2 ยุทธศาสตร์การพัฒนาบุคลากรระยะยาว

ปัจจุบันกลไกการวางแผนพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เป็นเพียงกลุ่มงานเล็กๆ ภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการเพียง 2-3 คน ที่ยังมีประสบการณ์ความรู้ไม่เพียงพอ ที่จะทำหน้าที่ติดตาม เฝ้าระวัง วิจัย และพัฒนานโยบาย และยุทธศาสตร์ ในการแก้ไขปัญหากำลังคนในระดับชาติได้ ส่วนมากจึงเป็นการดำเนินการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าภายในส่วนของกระทรวง สาธารณสุขเป็นหลัก โครงสร้างดังกล่าว นอกจากไม่เพียงพอเพราะไม่สามารถแก้ไขปัญหาในภาพรวมได้แล้ว ยังขาดภาวะการนำที่เข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมจากภาคีต่างๆ ด้วย

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ควรจัดสร้างกลไกระยะยาวในการทำงานด้านการพัฒนากำลังคนในระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นคณะกรรมการประจำ และมีสถาบันวิชาการที่เป็นอิสระ ภาย

ได้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเลขานุการกิจ โดยมีการพัฒนานักวิจัย/นักวิชาการ อิสระ ที่ทำงานเต็มเวลาอย่างต่อเนื่องในเรื่องนี้

คณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข จะเป็นกลไกที่มีหน้าที่ติดตามประเมิน และคาดการณ์สถานการณ์เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข และพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ มาตรการ ที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาด้านกำลังคน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและรัฐบาลในการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อไป

กลไกดังกล่าวจะต้อง มีอิสระ มีความคล่องตัว ประสิทธิภาพสูง สามารถตอบสนอง ต่อปัญหาเฉพาะหน้าและระยะยาวได้ และมีความเชื่อมโยงกับองค์กรหลักต่างๆ เช่น กระทรวง สาธารณสุข มหาวิทยาลัย อย่างใกล้ชิด

เมื่อมีการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กลไกดังกล่าวควรเป็นกลไกประจำภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสถาบันวิชาการที่เป็นเลขานุการกิจอยู่ภายใต้สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติหรือภายใต้กลไกวิจัยสุขภาพแห่งชาติ

3.3 ยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม

ปัญหาเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข จะแก้ไขได้อย่างยั่งยืน จะต้องทำให้เป็น ปัญหาของทุกภาคส่วนในสังคมไทย และมีการระดมสติปัญญาและทรัพยากรจากทุกภาคส่วน มา ร่วมกันแก้ไข ภาควิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีทั้งส่วนของผู้ผลิต เช่น สถาบันการศึกษาต่างๆ ผู้ใช้เช่น กระทรวงสาธารณสุข สถานบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ภาควิชาเหล่านี้ ควรจะมีส่วนร่วมทั้งในยุทธศาสตร์ข้อ 3.1 และยุทธศาสตร์ข้อ 3.2

ดังนั้น จึงควรจะมีกลไก/เวที ที่ให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ ปัญหา เสนอมาตรการแก้ไขปัญหา และร่วมกันลงมือปฏิบัติ ตลอดจนติดตามประเมินผล ซึ่งนอกจากจะสร้างการมีส่วนร่วมในข้อ 3.1 และ 3.2 แล้ว ควรให้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (หรือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ) จัดให้มีสมัชชา สุขภาพเฉพาะประเด็น การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นการประจำ โดยอาจเป็นส่วนหนึ่งของสมัชชาสุขภาพประจำปี หรือจัดแยกประเด็นเป็นการเฉพาะ เป็นครั้งคราว ตามสถานการณ์

คาดการณ์ผลกระทบด้านกำลังคนทางการแพทย์ จากการที่ชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย

1. ข้อมูลเบื้องต้น

1.1 รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุน การชักชวนชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยมาหลายปีแล้ว โดยเฉพาะภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ทั้งในลักษณะทัวร์สุขภาพ Longstay และบริการสาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งประสบความสำเร็จดีพอสมควร

1.2 ในปี พ.ศ. 2545 กรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ ได้ทำการสำรวจโรงพยาบาลเอกชน 20 แห่ง ที่คาดว่าจะมีชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการ ได้รับการตอบกลับจำนวน 7 แห่ง พบว่าในปี พ.ศ. 2544 มีชาวต่างประเทศมาใช้บริการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งรวม 4.7 แสนคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2543 ร้อยละ 38 ส่วนมากมาจากญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ และประเทศไต้หวัน โดยตะวันออกกลางมีอัตราการเพิ่มสูงสุด

1.3 ในปี พ.ศ. 2544 กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน จัดประชุมทำแผนสนับสนุนการนำชาวต่างประเทศ เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย และได้ตั้งเป้าหมาย ที่จะบรรลุ โดยมีแนวโน้มที่อาจจะสามารถเพิ่มรายได้เข้าประเทศจาก 8,000 ล้านบาท/ปี ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 50,000 ล้านบาท/ปี ในอนาคตอันใกล้

1.4 กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ ได้ร่วมประชุมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อกำหนดท่าทีในการเจรจาการค้าบริการ ใน WTO ในรอบ DOHA (Doha Development Agenda) โดยมีข้อเสนอให้กระทรวงพาณิชย์ขอให้ประเทศที่ร่ำรวยซึ่งรัฐมีการจัดการด้านประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนของตน ยอมให้ประชาชนของตนมารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย โดยเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุนประกันสุขภาพของรัฐได้ (Portability of Public Health Insurance) หากเจรจาเป็นผลสำเร็จก็จะมีผู้ป่วยชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการเพิ่มขึ้นอีกมาก

1.5 หากประมาณการการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนไทย โดยใช้ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จะคาดการณ์ได้ว่าในปี พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วยไปรับบริการจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศประมาณ 130 ล้านราย (ประมาณ 2.1 ครั้ง ต่อคนต่อปี)

1.6 ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมามีเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัว อัตราการสูญเสียแพทย์จากระบบบริการสุขภาพในต่างจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2545 มีอัตราถึงร้อยละ 32 ของจำนวนแพทย์จบใหม่ที่เข้ารับราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.7 ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ นักลงทุนและผู้ประกอบธุรกิจต่างประเทศได้เข้ามาดำเนินกิจการสถานพยาบาลเอกชนมากขึ้นมาก ทั้งในลักษณะของการเข้าซื้อกิจการบางส่วน การเข้าร่วมจัดการบริหารและการเข้าร่วมในการจัดการการตลาด

การคาดการณ์นี้ เป็นการคาดการณ์เบื้องต้นเท่านั้น จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัย และการติดตามสถานการณ์ต่อเนื่อง เพื่อความถูกต้องแม่นยำ

1.8 ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กำหนดไว้ในหมวด 6 ส่วนที่ 3 มาตรา 71 ว่า “การบริการสาธารณสุข..... ไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ”

2. ข้อสมมติในการคาดการณ์

2.1 บริการของสถานบริการสาธารณสุข ทั้งรัฐและเอกชนที่ดูแลคนไทย จำนวน 130 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2544 นั้น เป็นการตรวจโดยแพทย์ร้อยละ 60 หรือประมาณ 80 ล้านราย (ที่เหลือเป็นการตรวจโดยทันตแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ) และมีอัตราเพิ่มร้อยละ 3 ต่อปี หรือ เท่ากับ 93 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2549

2.2 การดูแลคนไข้ต่างประเทศที่เข้ามาใช้บริการ (ส่วนมากเป็นโรงพยาบาลเอกชน) 1 ราย แพทย์จะใช้เวลาเท่ากับการดูแลคนไทยโดยเฉลี่ย 5 ราย

2.3 ผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยต่างประเทศ ที่มารับบริการมีภาระด้านผู้ป่วยในรวมกัน ต่างกัน 5 เท่า เช่นเดียวกับผู้ป่วยนอก

2.4 ผู้ป่วยชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 20-30 ต่อปี ตลอด 5 ปีข้างหน้า

3. ผลการวิเคราะห์

3.1 จำนวนคนไข้ต่างชาติในอีก 5 ปีข้างหน้า

3.1.1 คาดว่าปี พ.ศ. 2544 หากได้ข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ เกี่ยวกับคนไข้ต่างประเทศที่เข้ามาใช้บริการ (ไม่นับแรงงานอพยพ และคนไข้ต่างประเทศที่ยากจน) ในโรงพยาบาลต่างๆ (เกือบทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลเอกชน) น่าจะมีไม่ต่ำกว่า 1 ล้านราย คิดเท่ากับภาระในการดูแลผู้ป่วยไทยประมาณ 5 ล้านราย

3.1.2 หากอัตราเพิ่มร้อยละ 20-30 ต่อปี คงที่ 5 ปี จะพบว่าอีก 5 ปีข้างหน้า จะมีชาวต่างประเทศ (ที่มีเงิน) เข้ามาใช้บริการถึงปีละ 2.5-3.7 ล้านราย ซึ่งจะมีภาระงานต่อแพทย์เท่ากับผู้ป่วยคนไทย 12.5-18.5 ล้านราย

3.2 ภาระการดูแลผู้ป่วยของแพทย์

3.2.1 ในอีก 5 ปีข้างหน้า จำนวนผู้ป่วยคนไทยที่รับบริการจากแพทย์ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ ทั้งภาครัฐและเอกชนจะเพิ่มจาก 80 ล้านราย เป็น 93 ล้านราย

ดังนั้น ผู้ป่วยทั้งหมด (ทั้งไทยและต่างประเทศ) รวมกัน = 105.5-111.5 ล้านราย

3.2.2 ภาระในการดูแลผู้ป่วยต่างประเทศ = $\frac{(12.5 \times 100)}{105.5} \rightarrow \frac{(18.5 \times 100)}{111.5} = 11.9-16.6\%$
ของภาระผู้ป่วยทั้งประเทศ

3.3 ความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้น

3.3.1 แพทย์ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2544 มีประมาณ 25,000 คน (ที่ยังประกอบวิชาชีพอยู่) และมีจำนวนเพิ่มขึ้น (จบใหม่ – หยุดประกอบวิชาชีพ) ประมาณปีละ 1,200 คน

อีก 5 ปีข้างหน้า จะมีแพทย์รวมกันประมาณ 31,000 คน

3.3.2 ในปี พ.ศ. 2544 แพทย์ 25,000 คน ดูแลคนไทย 80 ล้านรายและชาวต่างประเทศ (เทียบเท่าคนไทย) 5 ล้านราย ภาระในการดูแลชาวต่างประเทศ = $5 \times \frac{25,000}{85} =$ แพทย์ 1,471 คน จึงมีแพทย์ที่ดูแลคนไทย เพียง 23,529 คน

3.3.3 ในอีก 5 ปี ข้างหน้า หากคิดว่าการดูแลชาวต่างประเทศเท่ากับร้อยละ 11.9-16.6 ของภาระแพทย์ทั้งประเทศ จะเท่ากับจำนวนแพทย์ประมาณ 3,100-5,146 คน หมายความว่า จะมีแพทย์ที่เหลือคอยดูแลคนไทยเพียง 25,854 - 27,311 คน

3.3.4 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2544 แล้ว ในปี พ.ศ. 2549 แทนที่การผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นจะช่วยลดภาระของแพทย์ในการดูแลคนไทยลง แพทย์ที่ดูแลคนไทยกลับจะมีภาระมากขึ้น อาจถึงร้อยละ 5 โดยเฉพาะในชนบทจะยิ่งมีภาระเพิ่มมากกว่านี้ และหากพิจารณาภาระเพิ่มจากเหตุอื่นๆ เช่น การรักษาผู้ป่วยเอดส์ การดูแลผู้สูงอายุ การขยายหลักประกันสุขภาพ แพทย์ไทย ในปี พ.ศ. 2549 จะยิ่งมีภาระมากกว่าปี พ.ศ. 2544 มาก

	พ.ศ.		เพิ่มขึ้น ร้อยละ
	2544	2549	
คนป่วยไทย (ล้านราย) ต่อปี	80	93	16.25
แพทย์ดูแล (คน)	23,529	25,854-27,311	9.88-16.08
อัตราคนป่วยไทย/แพทย์ ใน 1 ปี	3,400	3,405-3,597	0.15-5.48

3.3.5 หากการสนับสนุนให้ชาวต่างประเทศมารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ดำเนินการไปอย่างได้ผลดี แพทย์ไทยโดยเฉพาะในชนบท จะมีภาระสูงขึ้นอีกมาก และน่าจะเกิดภาวะสมองไหลจากชนบทสู่เมืองอย่างรุนแรงซ้ำรอยที่เคยเกิดขึ้นในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่

3.4 ผลประโยชน์ตกที่ใคร

การสนับสนุนให้ชาวต่างประเทศ มารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ย่อมมีผลดีต่อเศรษฐกิจของประเทศ ทุกฝ่ายจะมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่จะเป็นธรรมต่อคนไทยทั้งประเทศ ก็ต่อเมื่อมีการวางแผนรองรับผลกระทบต่อความต้องการ และการกระจายกำลังคนอย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง และจะต้องมีความมั่นใจว่า รายได้จากชาวต่างประเทศจะไม่ตกแก่نگलगทุนชาวต่างประเทศที่มาลงทุนในโรงพยาบาลเอกชน และนำชาวต่างประเทศมารักษาพร้อมนำเงินกำไรกลับประเทศ รวมทั้งควรมีมาตรการสร้างความมั่นใจว่า รายได้ที่ได้นั้น มีการกระจายไปสู่คนยากคนจนทั่วประเทศ ธุรกิจมุ่งกำไรครอบคลุมอะไรบ้าง?

3.5 คำถามเชิงนโยบาย/คำถามวิจัย

3.5.1 การบริการสาธารณสุข ควรเป็นธุรกิจมุ่งกำไรหรือไม่?

3.5.2 นโยบายเกี่ยวกับการรับชาวต่างชาติเข้ามารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อนำรายได้เข้าประเทศควรจะเป็นเช่นไร

3.5.3 หากมีนโยบายส่งเสริมสนับสนุนดังเช่นที่ดำเนินการในปัจจุบัน จะมีมาตรการอย่างไรในการลดผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขที่จัดให้แก่ประชาชนในชนบท

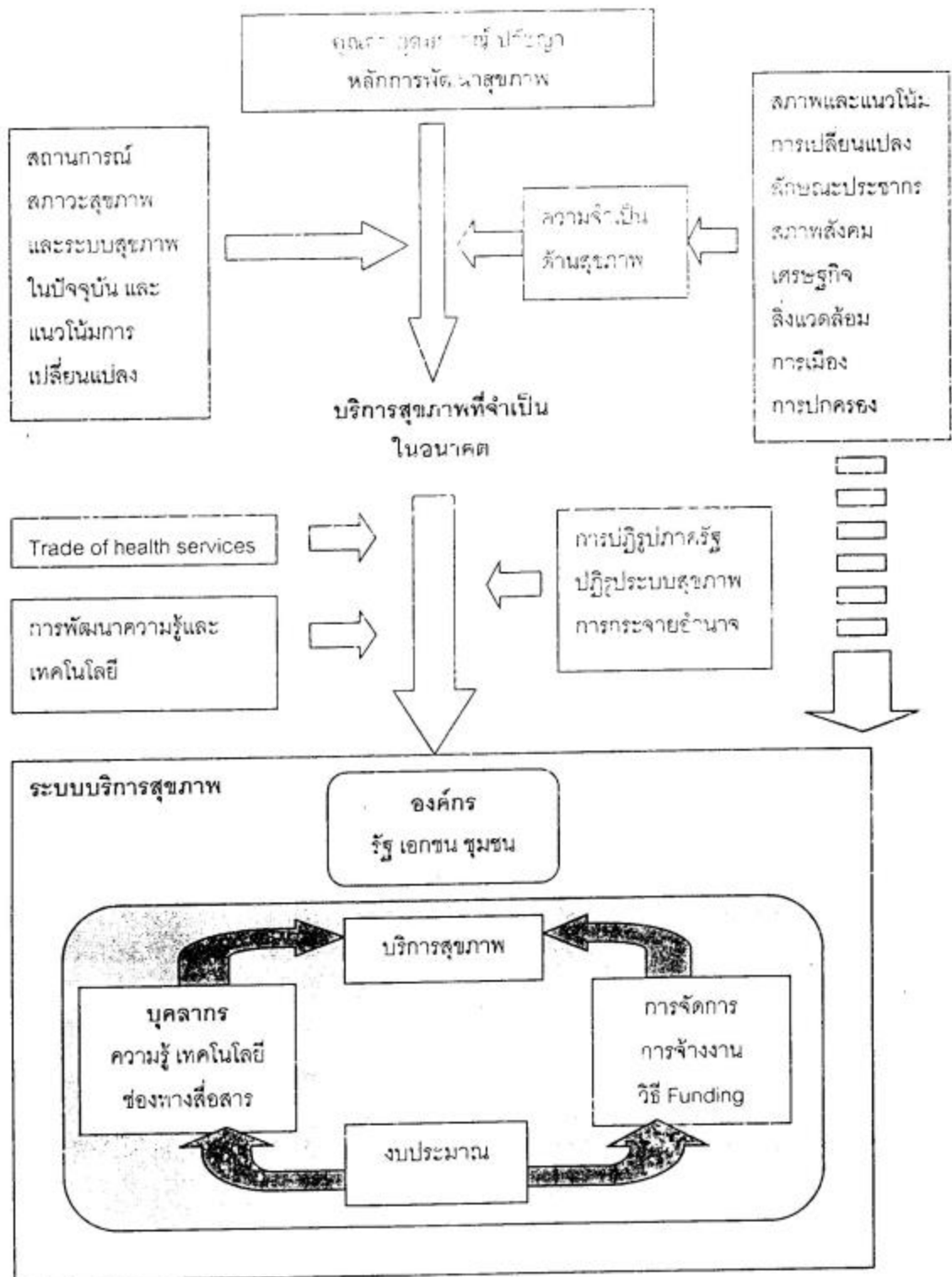
3.5.4 การดำเนินนโยบายสนับสนุนการนำผู้ป่วยชาวต่างประเทศ เข้ามารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย จะมีมาตรการใด ที่จะรักษาผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นให้ตกอยู่ในประเทศไทย และกระจายผลประโยชน์เหล่านี้ไปสู่คนไทยทั่วประเทศได้อย่างไร

3.5.5 จะต้องมีการติดตามและแก้ไขผลกระทบที่อาจเกิดในอนาคตได้อย่างไร

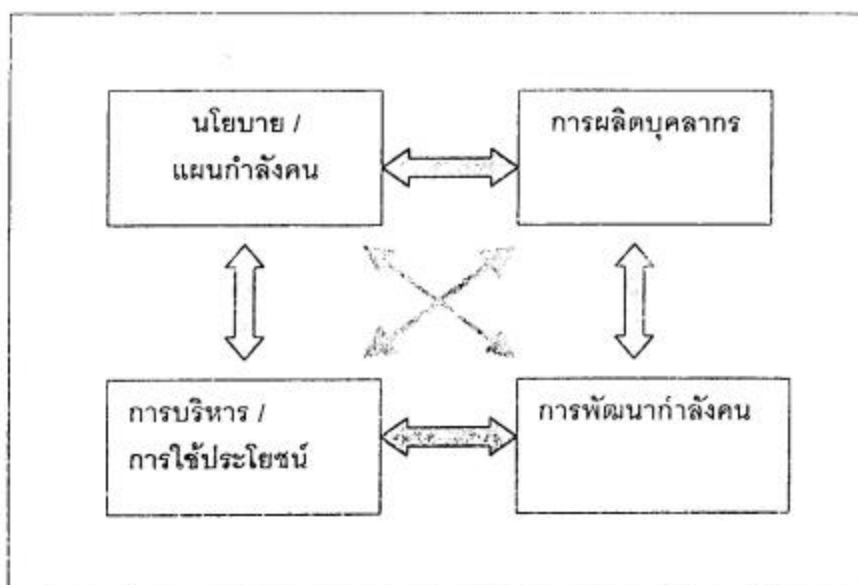
องค์ประกอบกำหนดระบบบริการสุขภาพ



กรอบความคิดในการศึกษา และดำเนินงาน



องค์ประกอบระบบกำลังคน



คุณค่า ประโยชน์ แนวคิด หลักการในการพิจารณา ระบบบริการสุขภาพในอนาคต (ร่าง)

สุขภาพของบุคคล เป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนควรได้รับโดยเท่าเทียม

จากรัฐธรรมนูญ กำหนดไว้ชัดว่าสุขภาพเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับ อันเป็นผลให้มีการร่างกฎหมายลูกฉบับต่างๆ เพื่อยกรับประเด็นนี้ ทั้งที่เป็น(ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้

ร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ....

มาตรา 5 สุขภาพของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ

มาตรา 6 สุขภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดของชุมชนและสังคม เป็นทั้งอุดมการณ์ และเป็นหลักประกันความมั่นคงของชาติ

ความเป็นองค์กรรวมของบริการ ประชาชนมีส่วนร่วม พึ่งตนเองได้ สร้างนำซ่อม

ทิศทางการพัฒนาบริการสุขภาพเพื่ออนาคต จะพัฒนาเพื่อคุณค่าอะไร และวางอยู่บนหลักการใหญ่อะไรนั้น เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องมีการพิจารณาในขั้นแรก ๆ จากการพิจารณาในเอกสารที่เป็นรัฐธรรมนูญ (ร่าง)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีการพัฒนามาจากผู้คนในสังคมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งการพูดคุยกับนักคิด ผู้อาวุโสต่างๆ รวมทั้งกรรมการของคณะกรรมการชุดนี้ ต่างมีความเห็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ให้คุณค่าของการพัฒนาบริการที่มุ่งเน้นไปสู่การบริการที่เป็นองค์กรรวม ให้คุณค่าการดูแลในมิติที่มีความผสมผสานทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ให้คุณค่าการดูแล "สุขภาพ" ที่มีใช่เพียงเรื่องการเจ็บป่วย หรือ เป็นไข้ ให้มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน และชุมชน ที่พึ่งตนเองได้ ช่วยกันเองได้ รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นมิใช่เน้นแต่การรักษาพยาบาล ให้ความสำคัญที่ประชาชน ชุมชนจะเข้ามามีส่วนในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาพดี ดังที่ปรากฏในเอกสาร (รายละเอียดดังที่แสดงในกรอบ)

คุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพ เน้นความเท่าเทียม คุณภาพ ประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้ และความเป็นบูรณาการ และความสอดคล้องกับวิถีชีวิต และสังคม ดังที่กำหนดใน ร่างพรบสุขภาพแห่งชาติ

ร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.....

มาตรา 3

“สุขภาพ” หมายความว่า สุขภาพที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างมีพลวัตร และสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพนี้ได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการ และการไม่มีโรคเท่านั้น

“ระบบสุขภาพ” หมายความว่า การจัดการทั้งมวลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยด้านการสาธารณสุขและการบริการสาธารณสุขด้วย

“การบริการด้านสุขภาพ” หมายความว่า การบริการต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ รวมถึงบริการสาธารณสุขด้วย

“การบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การจัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

มาตรา 7 ระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคณะทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการบูรณาการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อม และสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์สุขของกายอยู่ร่วมกัน

ระบบสุขภาพตามวรรคหนึ่ง ต้องเป็นระบบที่พึงประสงค์ ดังนี้

1. มีศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรม
2. เคารพความเป็นมนุษย์ และนำไปสู่ความเท่าเทียม
3. มีโครงสร้างครบถ้วน และมีการทำงานที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างบูรณาการ
4. มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ สามารถตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกันอย่างสมกณพันธ์
5. มีปัญญาเป็นพื้นฐาน สามารถเรียนรู้ และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิต และสังคม รวมทั้งสามารถพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

มาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ

มาตรา 72 ให้ส่งเสริมสนับสนุนการบริการสาธารณสุขที่เน้นการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชนโดยให้ความสำคัญในมิติเชิงมนุษย์และสังคม ด้วยแนวคิดที่เป็นองค์รวม และมีการเชื่อมโยงการจัดการบริการสาธารณสุขต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน โดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนควบคู่ไปด้วย

พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

“ บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

คุณค่า ประโยชน์ แนวคิด หลักการเพื่อระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน จะยังยืนต่อเบื้องเพียงใด

ตามที่กล่าวข้างต้นแสดงถึงความคิด ความหวัง และความพยายามที่จะปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ปัจจุบันให้ไปสู่คุณสมบัติใหม่ที่ดีขึ้น แต่คำถามที่เกิดขึ้นในการพัฒนาต่อไปก็คือ คุณค่า ประโยชน์ แนวคิดเหล่านี้ จะยังคงเป็นกระแสหลักที่กำหนดคกไก รายละเอียดการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมในชีวิตจริงอีกยาวนานเพียงใด ซึ่งน่าจะมียอดประกอบสำคัญที่มีผลกำหนด คือ

1. ความเข้าใจที่ชัดเจน และจุดยืนที่มั่นคงต่อปรัชญาแนวคิดของผู้มีส่วนกำหนดนโยบาย อันจะเป็นส่วนกำหนดให้มีการขับเคลื่อนงานเพื่อรองรับการพัฒนาในทิศทางดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง จริงจัง
2. การแปลปรัชญา แนวคิดหลักการเหล่านี้ที่เป็นนามธรรมไปสู่รูปธรรมการปฏิบัติจริง นั้นสอดคล้อง ตรงกันหรือไม่อย่างไร ทั้งในส่วนที่เป็นโครงสร้าง องค์การบริหาร และกระบวนการบริการ หากไม่ชัดเจน หรือ การดำเนินการจริงย่อมจะประสบกับแรงต้าน แรงทานในการคงสภาพเดิม หรือ การที่ผู้ให้บริการ ยังต้องการบริการตามที่ตนเองสะดวก หรือความไม่พร้อมขององค์ประกอบต่างๆ ก็อาจส่งผลให้ผลการปฏิบัติจริงในสังคมไม่เป็นไปตามแนวคิด หลักการที่มุ่งหวังไว้ในเบื้องต้น
3. ความเข้าใจ ยอมรับต่อแนวคิด หลักการนี้ของประชาชน สังคม ที่พร้อมจะออกมาสะท้อนความเห็น หรือ ร่วมตรวจสอบในกรณีที่ว่าเน้นการบริการไม่ได้เป็นไปตามเป้าประสงค์

ฉะนั้นการคิดพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม ยั่งยืน เป็นไปได้ในอนาคต จึงต้องคำนึงถึงประเด็นต่างๆ ตามที่กล่าวข้างต้น ต้องพิจารณาการแปลแนวคิดสู่รูปธรรมอย่างระมัดระวัง เพื่อมิให้เกิดปัญหาผิดเพี้ยนไปเหมือนกับการพัฒนาบางเรื่องในอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งจำเป็นต้องพิจารณาถึงการพัฒนากลไกที่จะปรับเปลี่ยนสมดุลระหว่างกลไกต่างๆ ในสังคมเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีของประชาชนด้วย

ปรัชญา แนวคิด ในการพิจารณาเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต แนวคิดในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ ต่ายอมรับความเป็นสหวิชาชีพ และการร่วมมือระหว่างสาขาต่างๆ มากกว่าขึ้นกับสาขาใดสาขาหนึ่ง อีกทั้งยอมรับที่ต้องทำงานร่วมกับประชาชน ชุมชน บุคลากรสาขาอื่นที่นอกสาขารณสุข แต่มีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพด้วย

ร่างพร.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 3

บุคลากรด้านสาธารณสุข หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและบุคคลอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข หมายความว่า ระบบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การวางแผนการผลิต การใช้ การบริหารจัดการ การพัฒนา การวิจัย และการประเมินผลที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพ และระบบการศึกษา และเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ ด้วย

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ เป็นธรรมาภิบาล สอดคล้องกับทิศทางกับระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์

การฟังตัวเอง

ธรรมชาติของการฟังตัวเอง

การฟังตัวเอง หรือการฟังตนเอง เป็นคำที่มีอยู่ในธรรมชาติ มีอยู่ในตัวตนของมนุษย์ทุกคน เพียงแต่สภาพหรือภาวะของการฟังตัวเอง ในปัจจุบันกับอดีต มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบแตกต่างกันไป

การทำความเข้าใจกับธรรมชาติของ การฟังตัวเอง ก่อนอื่นจะต้องทำความเข้าใจองค์ประกอบและความหมายของคำเสียก่อน คือ “การฟังตัวเอง” เป็นคำผสมของคำว่า “ฟัง” และคำว่า “ตัวเอง” หรือ “ตนเอง”

การทำความเข้าใจในเรื่องการฟังตัวเอง จะต้องเข้าใจก่อนในเบื้องต้นถึงลักษณะการฟังตัวเองที่สำคัญในชีวิตมนุษย์ จากนั้นจึงทำความเข้าใจต่อไปว่าการฟังตัวเองกับชีวิตนั้น มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างไร การฟังตัวเองทำหน้าที่อะไรในชีวิตมนุษย์ หรืออีกนัยก็คือ ถ้ามนุษย์ฟังตัวเองได้แล้วจะเป็นอย่างไร

มีคำถามที่ควรได้รับการถกเถียงเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นเกี่ยวกับเรื่องธรรมชาติของการฟังตัวเองก็คือ การฟังตัวเองคือการไม่ฟังผู้อื่นใช่หรือไม่ หรือว่าการฟังตัวเองบางส่วนจนถึงสุดก็ต้องฟังคนอื่น ธรรมชาติการฟังตัวเองเป็นอย่างไรกันแน่

ความตอนหนึ่งในหนังสือ พุทธธรรม ซึ่งพระธรรมปิฎก ได้แสดงไว้ในแนวคิดที่ใกล้เคียงกับการฟังตัวเอง ที่ว่า “พุทธธรรมมองเห็นสิ่งทั้งหลายในรูปของส่วนประกอบต่างๆ ที่มาประชุมกันเข้า ตัวตนแท้ๆ ของสิ่งทั้งหลายไม่มี เมื่อแยกส่วนต่างๆ ที่มาประกอบเข้ากันนั้นออกไปให้หมดก็จะไม่พบตัวตนของสิ่งนั้นเหลืออยู่ ตัวอย่างง่ายๆ ที่ยกขึ้นอ้างกันบ่อยๆ คือ “รถ”....ซึ่งเป็นบัญญัติเรียกกัน เมื่อแยกส่วนทั้งหมดออกจากกัน ก็จะหาตัวตนของรถไม่ได้ มีแต่ส่วนประกอบทั้งหลายซึ่งมีชื่อเรียกต่างกันจำเพาะอย่างอยู่แล้ว”

ความตอนต้นพอจะทำให้เข้าใจนัยซึ่งเป็นความหมายของการฟังตัวเองมากขึ้น ที่ว่า โดยธรรมชาติ สสาร หรือวัตถุ เองก็อาจมีสภาวะที่อยู่โดยลำพัง ไม่ต้องพึ่งส่วนอื่นๆ แต่เมื่อต้องการให้สสารหรือวัตถุนั้นๆ เกิดความสามารถบางอย่าง ก็จะต้องมีกระบวนการจัดการ ซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่เลือกหรือคัดสรรสิ่งที่จะนำมาทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์กัน จากนั้นจึงจัดกระบวนการให้เกิดการเชื่อมต่อ เกิดปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งก็อาจเรียกว่า ให้เกิดภาวะฟังฟังอิงอาศัยกัน ความสามารถเป้าหมายตามที่ต้องการก็จะเกิดขึ้น

ความเข้าใจเกี่ยวกับการพึ่งตัวเอง

การพึ่งตัวเอง เป็นคำที่มีความเฉพาะมากขึ้นกว่า "พึ่ง หรือ การพึ่ง" เพราะมีคำว่าตัวเองเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งเมื่อมีตัวเองเข้ามาเกี่ยวข้องก็แสดงว่า การพึ่งตัวเองเป็นเรื่องราวเฉพาะบุคคล เป็นเรื่องของชีวิตใครชีวิตมัน ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจความหมายชัดเจนขึ้น ก็จะต้องเข้าใจว่า โดยฐานเบื้องต้น ชีวิตนั้นประกอบด้วยส่วนประกอบใดบ้าง จึงจะเข้าใจว่า การพึ่งตัวเองในระดับบุคคลนั้นควรเป็นอย่างไร

กล่าวโดยสรุป เกี่ยวกับลักษณะของการพึ่งตัวเองที่สำคัญ ก็คือ

- 1) การพึ่งตัวเอง เป็นเป้าหมาย ซึ่งจะต้องมี การพึ่งกันเอง เป็นกระบวนการ ตัวอย่างเช่น ชีวิตส่วนกายกับชีวิตส่วนใจจะต้องพึ่งกันเอง จึงจะเป็นชีวิตที่มีชีวิต เป็นต้น
- 2) การจะทำให้การพึ่ง ไปสู่เป้าหมายตามที่ต้องการ จะทำความเข้าใจเป็นขั้นตอนไปว่า สิ่งที่ต้องการคืออะไร มีส่วนประกอบใดบ้าง และแต่ละส่วนสัมพันธ์กันอย่างไร นอกจากนั้นถ้าจะนำแนวทางนี้ไปใช้งาน ก็จะต้องทราบว่าส่วนที่สำคัญที่สุดนั้นคืออะไร ส่วนประกอบใดเป็นส่วนเสริม ถ้าเข้าใจได้ การพัฒนาเรื่องราวเกี่ยวกับการพึ่งตัวเองก็จะสามารถประสบความสำเร็จได้

ผู้ใหญ่วิบูลย์ เข็มเฉลิม .ให้ความเห็นเกี่ยวกับพึ่งตนเอง ดังนี้

การพึ่งตนเองเป็นการจัดชีวิตให้สัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ อย่างเหมาะสม สัมพันธ์กับคน สังคม และธรรมชาติรอบตัวเรา เพื่อให้มีสวัสดิการมีความมั่นคงให้กับชีวิตตนเองในปัจจุบันจนถึงอนาคต

การพึ่งตนเอง เป็นวิถีแห่งการเรียนรู้เพื่อให้คืนความเชื่อมั่นในตนเอง

การพึ่งตนเองเป็นการเตรียมตัวให้พร้อม การเตรียมพร้อมจำเป็นต้องเรียนรู้และฝึกฝนให้มีความสามารถพอที่จะจัดการให้ชีวิตอยู่ได้ จึงถือเป็นการพึ่งตนเองได้

กระบวนการเรียนรู้เพื่อการพึ่งตนเอง ซึ่งได้จากบทสรุปจากประสบการณ์ชีวิตเพื่อเสนอเป็นทางเลือกให้กับเกษตรกรที่กำลังประสบปัญหา ใช้เป็นบทเรียนในการเริ่มต้น เรียนรู้ ทดลอง และนำชีวิตเข้าสู่วิถีของการพึ่งตนเองได้ในที่สุด

กระบวนการเรียนรู้เพื่อการพึ่งตนเอง ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน 5 เรื่อง และ 3 แผน โดยใน 3 ขั้นตอนแรกนั้นเป็นเรื่องของการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับสิ่งที่มีอยู่และเป็นอยู่ของชีวิตเรา และชุมชนของเรา คือ 1) การเรียนรู้ตนเอง 2) การเรียนรู้ปัญหา และ 3) การเรียนรู้ทรัพยากร ต่อมาอีก 5 เรื่องสำคัญที่จะทำให้ชีวิตพึ่งตนเองได้ในปัจจุบัน ได้แก่ 1) ข้าว 2) อาหาร 3) ยาสมุนไพร 4) ข้าวของเครื่องใช้ และ 5) ดินจุลินทรีย์และปุ๋ยชีวภาพ คือ ความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตและครอบครัว

การพึ่งตนเองในด้านสุขภาพ

การพึ่งตนเองในด้านสุขภาพ คงมีหลักการพื้นฐานเช่นเดียวกับการพึ่งตนเองในชีวิตโดยรวม และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ไม่สามารถเกิดขึ้นโดดๆ ได้ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพึ่งตนเองได้ในชีวิต

ประชาชนพึ่งตนเองได้อย่างมีคุณภาพในทางสุขภาพ หมายถึง ประชาชนมีความสามารถในการประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ (วิชัย โปษยะจินดา)

- ทำนุบำรุงสุขภาพ
- ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อย ๆ ได้
- ดูแลรักษาตนเองในกรณีเป็นโรคเรื้อรัง และหรือทุพพลภาพ ร่วมกับการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์
- รู้ และสามารถสื่อความต้องการได้ถูกต้อง

ปัจจัยกำหนดผลสัมฤทธิ์การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วยปัจจัยในกลุ่มต่างๆ คือ

1. สภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ
 - สภาพความเป็นเมือง -ชนบท
 - วัฒนธรรม และประเพณีท้องถิ่น
 - ระบบเกื้อกูลในชุมชน และการปกครองท้องถิ่น
 - ความร่ำรวย - ยากจนในชุมชน
2. ความรู้และทักษะพื้นฐานที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยส่วนย่อย คือ
 - ความรู้ และทักษะในการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพในเงื่อนไขความพอเพียงตามอัตภาพ
 - ความรู้ และทักษะในการวินิจฉัยความต้องการทำนุบำรุงสุขภาพ
 - ความรู้ และทักษะในการใช้วิจารณ์ญาณวิเคราะห์ข้อมูล และข่าว
 - ความรู้ และทักษะในการใช้ระบบสวัสดิการในสังคม

จุดอ่อนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

1. การวางแผนนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ(HR Planning)

- ขาดกลไกกลางที่จะมาดูแลแผนกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมน้อยในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้กำหนดนโยบายระดับชาติเพื่อให้มีการผลิตบุคลากรเพื่อใช้ในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักมากกว่าการวางแผนกำลังคนระดับชาติ แม้ว่าในแผนชาติจะมีการพูดถึงการทำงานร่วมกับระหว่างภาครัฐและเอกชนแต่ไม่เคยเกิดขึ้นในทางปฏิบัติ ยิ่งไปกว่านั้นภาครัฐยังไม่สามารถควบคุมภาคเอกชนได้ทำให้ภาคเอกชนสามารถดึงดูดบุคลากรไปทำงานโดยเสนอค่าตอบแทนที่ดีกว่า ทำให้มีความขาดแคลนบุคลากรในภาครัฐจากภาวะบุคลากรจำกัด
- การแก้ปัญหาการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ผ่านมาไม่มีทิศทางที่แน่นอนเป็นการแก้ปัญหาแบบตั้งรับ แล้วแต่ว่าผู้บริหารจะสนใจด้านไหน หรือตามแก้ปัญหามากกว่าการแก้ปัญหาในเชิงรุก นั่นคือ ไม่มีการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาและเสนอทางเลือกเชิงนโยบายแก่ผู้บริหารเพื่อกำหนดนโยบาย นอกจากนี้ก็วางแผน (เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน) ยังขาดทักษะ รวมทั้งไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน เนื่องจากความก้าวหน้าในวิชาชีพยังด้อยเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น ๆ
- การเปลี่ยนแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติยังไม่ชัดเจน
- ระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ ยังไม่มีคุณภาพและไม่สามารถนำมาใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา ทำให้การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพขาดความแม่นยำและไม่มีประสิทธิภาพ
- ขาดบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะในการวางแผนและกำหนดนโยบาย ในเรื่องการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- นโยบายในเปลี่ยนผ่านไม่ชัดเจน ได้แก่ การถ่ายโอนอำนาจ การกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบสุขภาพว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด เปลี่ยนแปลงแล้วจะดีขึ้นอย่างไร ทำให้การวางแผนนโยบายในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพในช่วงเปลี่ยนผ่านทำได้ยาก
- ขาดการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนและอันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนนโยบายเพื่อแก้ปัญหาได้ทันเหตุการณ์
- มาตรฐานกรอบกำลังที่มีการกำหนดตามข้อตกลงของก.พ.กับกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นกรอบเดียวกันทั่วประเทศ อาจไม่สอดคล้องกับความต้องการจริงของพื้นที่ ทำให้เกิดการใช้คนที่ไม่มีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลขนาดเดียวกันไม่ได้มีปริมาณภาระงานที่เท่ากัน นอกจากนี้กรอบอัตรากำลังสำหรับเภสัชกร และทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนยังเป็นการคิดจากฐานคร่าว ๆ คือ มีบุคลากรขั้นต่ำ 1 – 2 คน ต่อโรงพยาบาล โดยที่มิได้คิดรายละเอียดของประเภท

งานและปริมาณงาน รวมทั้งไม่มีการประเมินว่าจำนวนบุคลากรตามกรอบดังกล่าวมีความเหมาะสม เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูงสุดหรือไม่

- ขาดกลไกในการปรับหรือพัฒนานโยบาย รวมทั้งขาดตัวชี้วัดในการประเมินผลกระทบของการปฏิบัติตามนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

2. การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่อง (HR Education and Training)

- ไม่มีระบบประกันคุณภาพและตรวจสอบคุณภาพของสถาบันการศึกษาภาครัฐ
- ไม่มีความเสมอภาคในการขึ้นใบประกอบโรคศิลปะ นักศึกษาที่จบจากมหาวิทยาลัยภาครัฐไม่ต้องสอบขึ้นใบประกอบโรคศิลปะในขณะที่นักศึกษาที่จบจากมหาวิทยาลัยเอกชนและต่างประเทศต้องสอบส่งผลให้เกิดความด้อยประสิทธิภาพและคุณภาพของการผลิตบุคลากรของมหาวิทยาลัยภาครัฐ เนื่องจากไม่มีสิ่งจูงใจให้มีการรักษามาตรฐานหรือพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน
- หลักสูตรของบุคลากรด้านสุขภาพไม่สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพ
- ประสิทธิภาพการผลิตแพทย์ภาครัฐต่ำ
- ความด้อยประสิทธิภาพและคุณภาพในเรื่องศึกษาฝึกอบรมกำลังคนด้านสุขภาพ
- ความไม่เสมอภาคของนักเรียนที่มีระดับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำ ในการเข้าเรียนแพทย์
- การพัฒนาคนไม่สอดคล้องกับสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งไม่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ นั่นคือ ส่วนใหญ่ยังเป็นการวางแผนการฝึกอบรมจากส่วนกลาง
- การพัฒนาคนยังเน้นแต่ปริมาณ ในเรื่องคุณภาพยังไม่มีทำให้ชัดเจน ไม่สามารถทำให้คนคิดเป็นทำเป็น สังเคราะห์เป็น รวมทั้งยังไม่ชัดเจนในเรื่องการสร้างคุณธรรมและจริยธรรม
- การพัฒนาและศึกษาต่อเนื่อง ยังเป็นความต้องการส่วนบุคคลมากกว่าเป็นความต้องการขององค์กร ทำให้องค์กรไม่ได้บุคลากรที่มีทักษะเหมาะสมกับงานในองค์กร
- ขาดระบบการควบคุมคุณภาพ มีความเป็นอัตตาสูง ไม่ยอมรับการตรวจสอบ
- คุณภาพของอาจารย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ขาดระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการศึกษาและฝึกอบรม และการตัดสินใจในกระบวนการต่าง ๆ
- การฝึกอบรมประจำการยังไม่มีระบบที่แน่นอน ขึ้นกับว่าส่วนกลางจะจัดให้มีการอบรมเป็นครั้งคราวตามโครงการต่างๆ แต่ไม่มีการวางแผนระยะยาว หรือเป็นมาตรฐานว่าแต่ละวิชาชีพสายงาน ควรได้รับการฝึกอบรมอะไร เมื่อไร

3. การบริหารจัดการกำลังคน (HR Management)

- ระบบวิธีการคัดเลือกเลือกสรรผู้บริหารโดยเฉพาะในสถานบริการส่วนภูมิภาคที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีผู้บริหารที่ด้อยศักยภาพ ทักษะซึ่งจะส่งผลทำให้ประสิทธิภาพของทีมสุขภาพด้อยลง
- ระบบจิตใจที่ไม่เหมาะสม เช่น การที่มีระบบค่าตอบแทนเพื่อจูงใจให้คนทำงานในอัตราเดียวกันทั่วประเทศ และการมีระบบจิตใจเน้นเฉพาะกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร รวมทั้งการใช้คนไม่ตรงกับงาน เช่น ให้พยาบาลทำงานห้องยา หรือห้องจ่ายเงิน การใช้แพทย์ในงานบริหารจัดการมากกว่างานรักษาพยาบาล ใช้แพทย์เฉพาะทางเพื่อทำงานเป็นแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวนมาก
- ขาดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชน และภาคเอกชน
- ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนน้อยเกินไป ทำให้ใช้คนได้ไม่เต็มศักยภาพ รวมทั้งขาดแรงจูงใจในการทำงาน
- การพัฒนาคน ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง บางอย่างขาด บางอย่างซ้ำซ้อน ทำให้องค์กรไม่มีคนที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับงานที่ทำ รวมทั้งมีการพัฒนาไม่ทันกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง
- ความก้าวหน้าในวิชาชีพบางสาขายังไม่มีความชัดเจน เช่น บุคลากรที่ผลิตเพื่อใช้เอง ได้แก่ ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม สามารถทำงานได้เฉพาะหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถปฏิบัติงานในภาคเอกชนหรือสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ ได้
- บุคลากรที่เป็นอาจารย์ แม้ว่าขณะนี้จะสามารถมีความก้าวหน้าในวิชาชีพได้เร็วและสูงกว่าสาขาวิชาชีพอื่นๆ แต่ยังมีคำถามว่า คุณภาพของอาจารย์เหล่านี้มีมาตรฐานเดียวกับอาจารย์ในทบวงมหาวิทยาลัยหรือไม่
- ขาดระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในแต่ละระดับอย่างจริงจัง
- ขาดฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงและมีประสิทธิภาพเพื่อการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
- มีหน่วยงานบริการงานที่แยกกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดูแลโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป แม้ว่านายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจะได้รับมอบหมายให้ดูแลหน่วยงานทั้งจังหวัด แต่ในทางปฏิบัติยังพบปัญหาในการประสานงาน เนื่องจากสองหน่วยงานนี้ขึ้นกับกองสองกองแยกกัน
- ระบบการประเมินผล การตรวจสอบผลปฏิบัติงานของบุคลากร ยังมีการดำเนินการไม่เต็มที่ อันเป็นผลให้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มของกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถก่อผลปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากนัก ทำให้เกิดการใช้คนที่ขาดประสิทธิภาพ

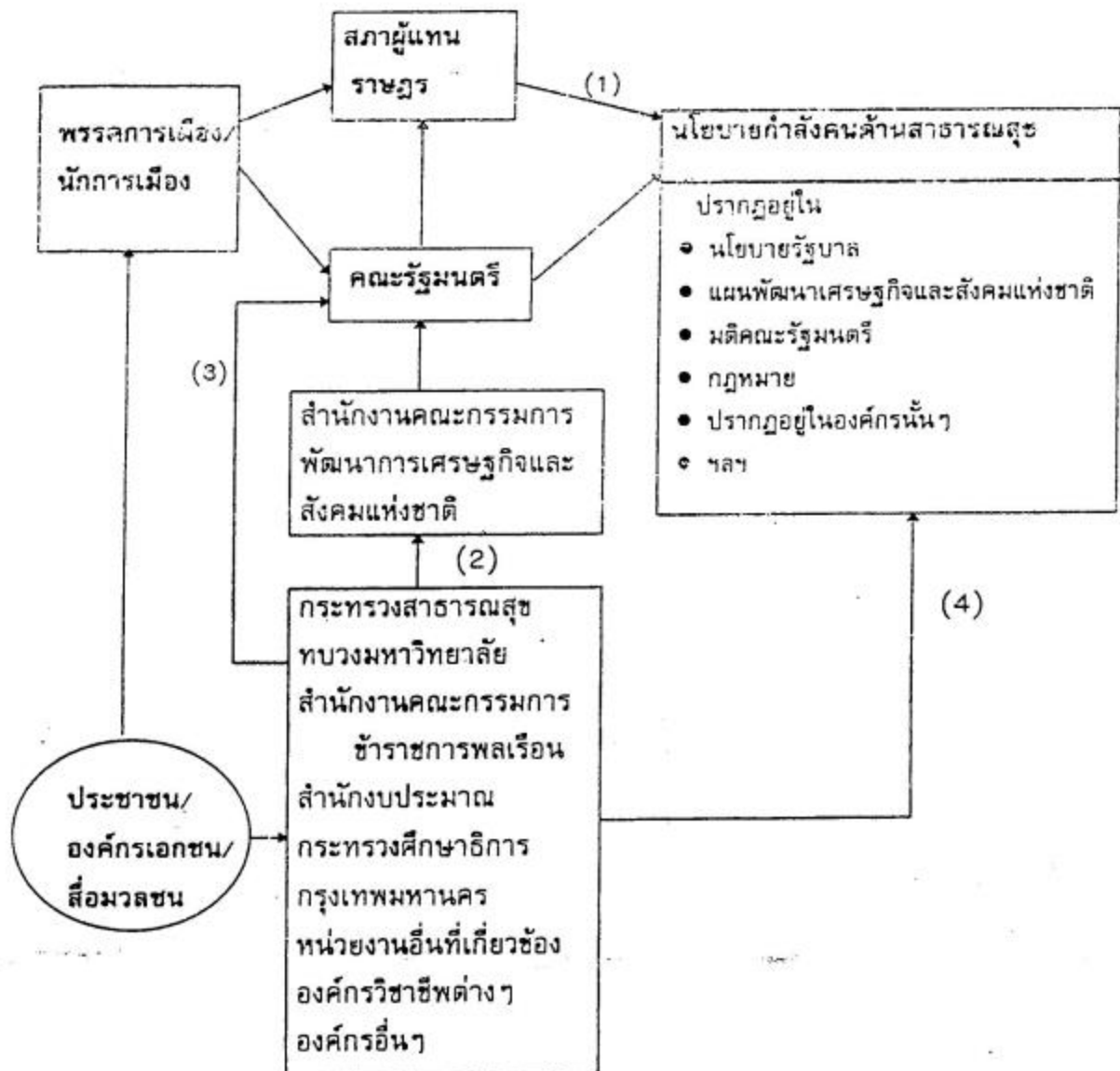
พินทุสร เหมพิสุทธิ์(2543)การสังเคราะห์บทบาทภารกิจในด้านการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

II. ระบบการกำหนดนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์ตามขั้นตอนที่ 1 สามารถอธิบายเกี่ยวกับระบบการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศไทยได้ดังนี้

1. กลไกการกำหนดนโยบายในปัจจุบัน

จากการวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสรุปได้ว่า กลไกการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุข (รวมทั้งนโยบายด้านสาธารณสุขอื่นๆ) อาจแบ่งได้เป็น 4 ช่องทาง คือ (ดูผังภูมิประกอบ)



ผังภูมิแสดงกลไกการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศไทยโดยสังเขป

รวินันท์ ศิริกนกวิไล, อ่ำพล จินดาวัฒน์, สุวัฒน์ กิตติดิลกุล และคณะ(2538) ผลการวิเคราะห์นโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กรณีความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาขาดแคลนแพทย์ในระบบสาธารณสุขในระดับชนบท

1.1 การกำหนดนโยบายโดยฝ่ายการเมือง

กำหนดเป็นนโยบายของพรรคการเมือง ผลักดันการออกเป็นกฎหมายโดยสภาผู้แทนราษฎร เช่น การออกกฎหมายตั้งสภาวิชาชีพ เป็นต้น หรือเมื่อพรรคการเมืองได้เป็นรัฐบาลสามารถกำหนดเป็นนโยบายของรัฐบาลแล้วแถลงต่อสภาผู้แทนราษฎร

ตัวอย่างนโยบายของรัฐบาลในเรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุข ได้แก่

- (1) รัฐบาลสมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ แถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2529⁽¹⁾

นโยบายของรัฐบาลด้านการสาธารณสุข

4. จะเร่งรัดการผลิตบุคลากรทางการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับการขยายบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น โดยร่วมมือกับสถาบันอุดมศึกษา และโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน

- (2) รัฐบาลสมัยพลตรีชาติชาย ชุณหะวัณ แถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2531

การสาธารณสุข

2. ปรับปรุงคุณภาพบริการสาธารณสุขของรัฐทุกประเภทและทุกระดับ โดยมุ่งเน้นเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงานสาธารณสุข ระบบข้อมูลข่าวสาร องค์กรหรือกลไกประสานนโยบาย และการพัฒนาบุคลากร โดยให้ความพร้อมในการให้บริการ.....

- (3) รัฐบาลสมัยนายชวน หลีกภัย แถลงข่าวผ่านรัฐสภา เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2535⁽²⁾

เร่งรัดการผลิต และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพ และมีปริมาณเพียงพอ โดยเน้นการกระจายบุคลากรดังกล่าวไปสู่ชนบทมากขึ้น ตลอดจนเสริมขวัญและกำลังใจ พร้อมทั้งให้ค่าตอบแทนและสวัสดิการแก่บุคลากรทุกระดับอย่างเหมาะสม

จะเห็นได้ว่านโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุขมักจะเป็นแนวนโยบายที่กว้างและเขียนไว้อย่างสั้นๆ ในรูปของ Political statement

1.2 การกำหนดนโยบายโดยข้าราชการประจำ

ประเทศไทยมีการจัดทำแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515⁽³⁾ ในรูปของแผน 5 ปี แผนพัฒนาการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งอยู่ในแผนใหญ่ของชาติ มีหน่วยงานต่างๆ เข้าร่วมทำแผน โดยมีสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นแกนกลาง ปัจจุบันกำลังอยู่ในช่วงแผนฯ ฉบับที่ 7 แผนนี้มีส่วนสำคัญมากต่อการพัฒนาประเทศ

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุขจะปรากฏอยู่ในแผน
พัฒนาการสาธารณสุข ซึ่งมีชัดเจนบ้าง ไม่ชัดเจนบ้าง ตัวอย่างเช่น ^(4.5.6.7)

- (1) แผนฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 - 2524 เขียนนโยบายไว้ว่า
“ รัฐได้วางโครงการดำเนินงานตามนโยบายไว้เป็นหลัก ดังนี้
1. เพิ่มจำนวนและสมรรถภาพบุคลากรสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ โดยปรับปรุง
วิธีการและขยายการผลิต อบรมฟื้นฟูสมรรถภาพบุคลากรที่มีอยู่แล้ว วางมาตร
การกระจายและใช้กำลังคนให้เหมาะสม ”
- (2) แผนฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525 - 2529 เขียนนโยบายไว้ว่า
“ (10) เร่งรัดและปรับปรุงการผลิตและการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรสาธารณสุข
ให้ตรงต่อสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชน ให้ผลิตได้ปริมาณที่
สูงขึ้น โดยมีคุณภาพเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน โดยเน้นหนักการแก้ไขปัญหาใน
ชนบท ”
- (3) แผนฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530 - 2534 เขียนไว้ว่า
“ 8. เร่งรัดการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขให้มีความเชื่อมโยงกันระหว่าง
การวางแผนกำลังคน การผลิตหรือการให้การศึกษาฝึกอบรม และการบริหารงาน
บุคคล อีกทั้งให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสาธารณสุขระยะยาว
โดยหาทางลดค่าใช้จ่ายที่รัฐไม่ควรรับภาระให้น้อยลงและพยายามใช้ประโยชน์
จากศักยภาพที่มีอยู่ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการเพิ่มขีดความสามารถของการ
พัฒนากำลังคน ทั้งทางเทคนิควิชาการและการบริหารจัดการ ”
- (4) แผนฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 - 2539 ในนโยบายทั้ง 8 ข้อ ไม่ปรากฏนโยบาย
กำลังคนด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ แต่ในข้อ 5 เขียนกว้างๆไว้ว่า “
แสวงหาและพัฒนาทรัพยากรเพื่อการสนับสนุนงานสาธารณสุขให้มีความพอเพียง
และมีคุณภาพในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ”
เมื่อศึกษาถึงกลวิธีในการพัฒนาเพื่อรองรับนโยบายข้อ 5 พบว่ามีการ
เขียนกลวิธีพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสาธารณสุข ดังนี้
“ - เพิ่มและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขให้มีความพอเพียง
และมีขีดความสามารถเพิ่มขึ้นในการสนองตอบต่อนโยบายการพัฒนา
โดยเฉพาะการพัฒนาบริการในระดับสถานอนามัยในตำบล และแก้ไข
ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น
- เร่งปรับปรุงระเบียบการให้ผลตอบแทน สรรหาแนวทางที่
เหมาะสมเพื่อการปรับปรุงสวัสดิการและรายได้ที่เหมาะสม เพื่อลด
ภาวะสมองไหลจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน จนอาจเป็นอุปสรรคต่อการ
พัฒนาสาธารณสุข ”

- 1.3 การกำหนดนโยบายโดยหน่วยงาน/องค์กรต่าง ๆ เองแล้วเสนอผ่าน คณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบ โดยไม่ผ่านคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

การกำหนดนโยบายในรูปแบบนี้มีค่อนข้างมากและหลากหลาย สุดแต่ว่าสถานการณ์ ในช่วงนั้นของหน่วยงานเองและของรัฐบาลเป็นเช่นไร ตัวอย่างได้แก่

- (1) รัฐบาลกำหนดให้แพทย์จบใหม่ทุกคนต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน 3 ปี ตามข้อ เสนอของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานก.พ. และสำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2513 ⁽⁸⁾
- (2) รัฐบาลกำหนดให้ทันตแพทย์จบใหม่ทุกคนต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน 3 ปี ตาม ข้อเสนอของคณะกรรมการทันตสาธารณสุขแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2525 ⁽⁹⁾
- (3) รัฐบาลกำหนดให้เภสัชกรจบใหม่ทุกคนต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน 2 ปี ตามข้อ เสนอของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2526 ⁽¹⁰⁾
- (4) รัฐบาลเห็นชอบให้เพิ่มการผลิตแพทย์อีกปีละ 340 คน โดยให้ทบวง มหาวิทยาลัยไปดำเนินการ ตามข้อเสนอของคณะกรรมการประสานแผนทาง การแพทย์และสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2535 ⁽¹¹⁾
- (5) รัฐบาลเห็นชอบให้พยาบาลศาสตร์เป็นสาขาวิชาที่ขาดแคลน และให้ทบวง มหาวิทยาลัยเร่งผลิตพยาบาลเพิ่ม เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ตามข้อเสนอของทบวงมหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2535 ⁽¹²⁾
- (6) รัฐบาลเห็นชอบให้คงอัตราข้าราชการไว้ไม่ให้เป็นขั้น ยกเว้นสาขาขาดแคลน และการตั้งตำแหน่งเพื่อรองรับการบรรจุนักเรียนทุน ตามข้อเสนอของ ก.พ. เมื่อปี พ.ศ. 2536 ⁽¹³⁾
- (7) รัฐบาลเห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชน บพ ตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2537 ⁽¹⁴⁾

การกำหนดนโยบายในรูปแบบนี้ มักดำเนินการโดยหน่วยงานเพียงลำพัง ขาดการ ประสานเพื่อร่วมกำหนดนโยบายในระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง หลายกรณีขาดการ พิจารณานโยบายในภาพรวมที่เชื่อมโยงกับนโยบายอื่นที่มีอยู่แล้วหรือที่ควรจะมี นโยบายบาง อย่างเมื่อกำหนดออกมาแล้วไม่เคยมีการทบทวนเป็นเวลานาน แม้สภาพการณ์ต่างๆจะเปลี่ยน แปลงไปแล้ว เช่น นโยบายตามตัวอย่าง (1) เป็นต้น นโยบายบางอย่างเสนอในจังหวะที่การ เมืองเอื้อโอกาสให้ และนโยบายบางอย่างกำหนดขึ้นเพื่อประโยชน์ของหน่วยงานมากกว่าเพื่อ ประโยชน์ของประเทศโดยรวม แต่ก็มีนโยบายจำนวนไม่น้อยที่มีผลดีต่อประเทศชาติมาจนทุกวันนี้ เช่น นโยบายตามตัวอย่าง (1) ถึง (3) เป็นต้น

1.4 การกำหนดนโยบายโดยหน่วยงาน/องค์กรเอง โดยไม่ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และ/หรือ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

นโยบายจากการกำหนดด้วยกลไกนี้มีปรากฏออกมาตลอดเวลา ในรูปของมติที่ประชุม นโยบายของหน่วยงาน/องค์กร และอื่นๆ ได้แก่

- (1) ที่ประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2529 มีมติยืนยันว่า ภายในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ไม่สมควรให้มีการผลิตบัณฑิตแพทย์โดยการเพิ่มโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ⁽¹⁵⁾
- (2) มหาวิทยาลัยมหิดลมีนโยบายคัดเลือกนักเรียนต่างจังหวัดเข้าศึกษาเพื่อเป็นแพทย์ชนบท โดยไม่ต้องผ่านการสอบคัดเลือกกรม และได้ดำเนินโครงการนี้เป็นเวลา 10 ปี โดยเริ่มโครงการในปี พ.ศ. 2518 ⁽¹⁶⁾
- (3) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้จังหวัดคัดเลือกนักเรียนในพื้นที่เข้าศึกษาพยาบาลศาสตร์ ตามโควตาที่จัดสรรให้ โดยใช้ข้อสอบเดียวกันทั่วประเทศ เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2490 จนถึงปัจจุบัน ⁽¹⁷⁾
- (4) แพทยสภากำหนดนโยบาย สาขา และโควตาการฝึกอบรมหลังปริญญาเพื่อการเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งดำเนินการเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน (มีอำนาจหน้าที่ตาม พรบ.) ⁽¹⁸⁾
- (5) แพทยสภายกเลิกการฝึกอบรมแพทย์ฝึกหัดหลังจบการศึกษาแพทย์ 6 ปี บริบูรณ์ เมื่อปี พ.ศ. 2528 ⁽¹⁹⁾
- (6) แพทยสภากำหนดให้แพทย์จบใหม่ทุกคนต้องเข้ารับการฝึกเพิ่มพูนทักษะในช่วงชดใช้ทุนปีที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2536 ⁽²⁰⁾

การกำหนดนโยบายเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุขในรูปแบบนี้ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการเองภายใต้อำนาจหน้าที่ของหน่วยงาน/องค์กรนั้นๆ และตามข้อกำหนดที่ได้เป็นการเฉพาะ เช่น กรณีของแพทยสภา เป็นต้น นโยบายเหล่านี้มีทั้งที่เชื่อมโยงและขาดความเชื่อมโยงกับนโยบายอื่นๆ หรืออาจเป็นนโยบายที่ขัดแย้งกันก็ได้

2. จุดอ่อนและจุดแข็งของระบบการกำหนดนโยบายในปัจจุบัน

2.1 จุดอ่อน

(1) ระบบการเมืองยังไม่เข้มแข็งพอที่จะทำหน้าที่กำหนดนโยบายที่สมเหตุสมผลได้อย่างแท้จริง การกำหนดนโยบายยังคงขึ้นกับฝ่ายราชการประจำเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมักจะมีกรอบวิธีคิดและจุดยืนแบบราชการ ทำให้นโยบายขาดความสมเหตุสมผลและไม่ดีพอ บางครั้งกลายเป็นการกำหนดนโยบายที่แฝงไว้ด้วยผลประโยชน์ของหน่วยงานตนเองเป็นสำคัญ

(2) การกำหนดนโยบายมักขาดการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบและรอบด้าน ขาดการคิดคำนึงถึงระยะยาว ขาดการมองความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขที่ควรจะเป็นสำหรับอนาคต ขาดการประสานงานที่ดีพอระหว่างหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง กำหนดนโยบายแบบแยกส่วน ขั้นตอนรวบรัด และขาดระบบเปิด เช่น การพูดคุยกับกลุ่ม stakeholders หรือการจัด public hearing เป็นต้น แม้แต่นโยบายที่กำหนดโดยคณะรัฐมนตรีก็มักเป็นระบบปิดด้วยเหมือนกัน

(3) ขาดผู้กำกับดูแลการกำหนดนโยบายทั้งระบบที่มีประสิทธิภาพสูงพอ นโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุขจึงเกิดขึ้นอย่างกระจัดกระจายและไม่สามารถแก้ปัญหาของประเทศได้อย่างดีพอ ใบางกรณีเป็นการสร้างปัญหาซ้ำเติมปัญหาเดิมอีกด้วย นอกจากนี้มักจะพบว่า การกำหนดนโยบายมักอยู่บนพื้นฐานของ ill-health approach แทนที่จะเป็น good-health approach อีกด้วย

2.2 จุดแข็ง

(1) ระบบปัจจุบันทำให้เกิดการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุขได้หลายช่องทาง ทั้งฝ่ายการเมือง ราชการประจำ ฝ่ายผลิต ฝ่ายผู้ใช้ องค์กรวิชาชีพ และองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง

(2) มีการกำหนดนโยบายอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร สามารถสืบค้น ตรวจสอบ อ้างอิง และปรับเปลี่ยนได้ตามกาลเวลา

3. ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงระบบการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุข

(1) การกำหนดนโยบายควรมีการกำหนดทิศทาง วัตถุประสงค์ และทางเลือกให้ชัดเจน มีการวิเคราะห์อย่างรอบด้าน โดยกลุ่มคนที่เป็นกลาง ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับเรื่องนั้นๆ

(2) การกำหนดนโยบายควรได้รับความสนใจและให้ความสำคัญจากผู้บริหารระดับสูงของทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ควรมีกลไกการติดตามดูแลเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามนโยบาย และควรมีระบบการวิเคราะห์เพื่อปรับเปลี่ยนนโยบายได้ตามกาลเวลาที่เหมาะสม เช่น การหยุดการผลิตบุคลากรบางสาขาเมื่อมีปริมาณเพียงพอแล้ว เป็นต้น

(3) ควรพัฒนาให้เกิดกลไกความร่วมมือระหว่างฝ่ายผู้ผลิต ผู้ใช้กำลังคน องค์กรวิชาชีพ หน่วยงาน/องค์กรอื่นทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และสร้างกลไกการกำหนดนโยบายในลักษณะระบบเปิดให้มากขึ้น

วาระการประชุม

คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2546

วันพฤหัสบดี ที่ 13 มีนาคม 2546 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

วาระที่	เรื่อง	เอกสาร หมายเลข
1	เรื่องแจ้งให้ทราบ 1.1 ประธานแจ้งให้ทราบ 1.2 เลขานุการแจ้งให้ทราบ	1
2	เรื่องเพื่อพิจารณา 2.1 กรอบแนวทางการทำงานของคณะกรรมการพัฒนานโยบายและ ยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข 2.2 แนวทางในการพิจารณาเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข 2.3 ปรัชญา แนวคิด หลักการ ที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพและกำลังคน ด้านสาธารณสุข 2.4 เป้าหมายของการบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสาธารณสุข	2-3 4 5-13
3	เรื่องอื่นๆ 3.1 นัดหมายการประชุม ครั้งที่ 2/2546 3.2 อื่นๆ (ถ้ามี)	

(สำเนา)

คำสั่งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๑ / ๒๕๔๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

อนุสนธิจากการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๔๖ เมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๔๖ ที่ประชุมมีมติเห็นชอบในหลักการ ข้อเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข และให้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ขึ้นนั้น

เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน บรรลุตามหลักการและเจตนารมณ์ที่วางไว้ อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๕ ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๓ และมติการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๔๖ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ขึ้น โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ดังนี้

ก. องค์ประกอบ

- | | |
|---|------------------|
| ๑. ศาสตราจารย์นายแพทย์เกษม วัฒนชัย | ที่ปรึกษา |
| ๒. นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ | ประธานกรรมการ |
| ๓. นายแพทย์ดำรงค บุญอิน | รองประธานกรรมการ |
| ๔. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ | กรรมการ |
| ๕. รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๖. รองผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๗. รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | กรรมการ |
| ๘. ศาสตราจารย์นายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ | กรรมการ |
| ๙. นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา (ผู้แทน) | กรรมการ |
| ๑๐. ดร.สมบัติ ธำรงธัญวงศ์ | กรรมการ |
| ๑๑. ดร.นิพนธ์ พัวพงศธร (ผู้แทน) | กรรมการ |
| ๑๒. ดร.เสรี พงศ์พิศ | กรรมการ |
| ๑๓. นายสุชาติ เมืองแก้ว | กรรมการ |
| ๑๔. รองศาสตราจารย์ ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์ (ผู้แทน) | กรรมการ |
| ๑๕. ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์ (ผู้แทน) | กรรมการ |
| ๑๖. รองศาสตราจารย์วิลาวัลย์ เสนารัตน์ | กรรมการ |
| ๑๗. นายแพทย์ชาญชัย ศิลปอวยชัย | กรรมการ |
| ๑๘. นายแพทย์ประพจน์ เกตุรากาส (ผู้แทน) | กรรมการ |
| ๑๙. ทันตแพทย์สุปรีดา อดุลยานนท์ | กรรมการ |

๒๐. นายแพทย์สมศักดิ์ จุณห์ศรี กรรมการ
 ๒๑. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ กรรมการ
 ๒๒. นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการ
 ๒๓. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรรมการและเลขานุการ
 ข. อำนาจหน้าที่

๑. ตั้งคณะกรรมการถาวรตามการณำถึงคนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของชาติทั้งระยะสั้น และระยะยาว

๒. สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ และระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสาธารณสุข ตลอดจนติดตาม ประสานงาน เพื่อให้เกิดผลตามแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ อย่างต่อเนื่อง

๓. เสนอแนะและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของกลไกต่างๆ ให้สามารถปรับตัว เพื่อดำเนินการ ตามนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

๔. แต่งตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวข้องได้ตามความจำเป็น

๕. ดำเนินการอื่นๆ ตามที่ กปร.ส. มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่ บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๖



(นายชาตุรงค์ ฉายแสง)

ประธานกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

(ร่าง)

มติการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ ๑/๒๕๕๖

วันพุธที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๖ เวลา ๑๔.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๒ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ครั้งนี้ เป็นการประชุมครั้งที่ ๑ ของปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งมี พลเอก ร่องนาคกรฐมนตรี (นายจาตุรนต์ ฉายแสง) เป็นประธานมีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

๑. รับทราบความคืบหน้าในการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ว่าขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี ครั้งที่ ๓ ก่อนนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาเห็นชอบในหลักการและเพื่อให้มีองค์ความรู้และความเห็นเพิ่มเติมสำหรับประกอบการพิจารณาของฝ่ายนิติบัญญัติใน ๓ ประเด็น ได้แก่ ประเด็นถ้าจำกัดความคำว่า สุขภาพที่ครอบคลุมมิติทางจิตวิญญาณ (มาตรา ๑) ประเด็นสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (มาตรา ๒๔) และการบริการสาธารณสุขที่ไม่ค้ากำไรเชิงธุรกิจ(มาตรา ๑๑) สป.ร.ส.และ ส.ร.ส. กำลังบริหารจัดการให้ทีมนักวิชาการตั้งกระทรงค์ความรู้และจะจัดเวทีรับฟังความเห็นเฉพาะประเด็นต่อไป
๒. รับทราบผลการดำเนินการรณรงค์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ ตามรอยพระยุคลบาท ” ซึ่งดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ ถึง ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ ว่า (๑) ประชาคมสุขภาพ ๑๕ จังหวัดได้มีการค้นหาสิ่งดี ดี ในการสร้างสุขภาพ โดยพบว่ามีความหลากหลายและมีจำนวนมาก ขณะนี้อยู่ระหว่างการรวบรวมวิเคราะห์ ทำเป็นฐานข้อมูลและเอกสารเผยแพร่ (๒) มีบุคคลสาขาวิชาชีพต่างๆ ทุกเพศทุกวัยรวมถึงผู้พิการ จำนวนถึง ๓๓๑ คนจาก ๔ ภูมิภาคได้เข้าร่วมรณรงค์วิ่ง/จักรยาน/วิลแชร์ (๓) หน่วยงาน องค์กร ประชาคมต่างๆ ได้รวบรวมรายชื่อผู้สนับสนุนการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ แล้วส่งมอบให้ขบวนรณรงค์ตลอดเส้นทาง ได้รับรายชื่อรวมทั้งสิ้น ๔,๐๐๑,๑๕๕ รายชื่อ ซึ่ง ส.บ.พ.สม. พริ้งพวงแก้ว ในขณะตัวแทนประชาชนได้มอบแก่ประธาน คปรส. และประธาน คปรส. ได้มอบต่อประธานรัฐสภา เมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๕
๓. รับทราบผลการจัดสัมมนาเด็กและเยาวชนว่าด้วยเรื่องสุขภาพ ซึ่งดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๕ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ ว่าได้มีการจัดสัมมนาเด็กและเยาวชนทั้งในระดับจังหวัด ภาค และชาติ โดยมีการค้นหาและนำเสนอสิ่งมหัศจรรย์ที่เด็กทำได้ มีการกำหนด “สุขภาวะที่พึงประสงค์ของเด็กและเยาวชนไทย” มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน ผลการจัดสัมมนาฯ จะได้รวบรวมสังเคราะห์และนำเสนอต่อหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องต่อไป
๔. ให้ความเห็นชอบในหลักการต่อข้อเสนอยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน ซึ่งประกอบด้วย ๓ ยุทธศาสตร์ คือ (๑) ยุทธศาสตร์ทางปัญญา เป็นการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์และมาตรการต่างๆ และเพื่อให้เกิดผลจึงมอบให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พัฒนาชุดโครงการวิจัยด้านกำลังคนสาธารณสุขขึ้น และให้มีการตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจโดยมี นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นประธาน ทำการศึกษาและจัดทำข้อเสนอในการแก้ไขปัญา ในแล้วเสร็จภายใน ๓ เดือน (๒) ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกระยะยาว เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังและพัฒนากำลังในระบบ สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จึงให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขขึ้นภายใต้ คปรส. โดยให้มีสถาบันวิชาการที่เป็นอิสระ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการกิจ

- (๓) ผู้ทราศาศตร์การสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อให้การแก้ไขปัญหาลำคั้งคนด้านสาธารณสุข อย่างยั่งยืน ต้องทำให้เป็นปัญหาของทุกภาคส่วนในสังคมไทย มีการระดมสติปัญญาและทรัพยากรจากทุกภาคส่วนมาร่วมกันแก้ไข ซึ่งในทางปฏิบัติอาจกำหนดให้มีสมาชิกสุขภาพเฉพาะ ประเด็นหรือเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกสุขภาพประจำปี เป็นระยะ ๆ
๕. เห็นชอบในหลักการให้ขยายเวลาทำงานของ คปรส.และ สปปรส.ต่อไปอีกไม่เกิน ๑ ปี โดยเสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๓ รวมทั้งขอรับการสนับสนุนงบประมาณอุดหนุนทั่วไปในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ .

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

โทร. ๐-๒๕๕๐๒๓๐๕ / โทรสาร ๐-๒๕๕๐๒๓๑๑

Homepage: www.hsro.or.th

๑๕ มกราคม ๒๕๔๖

ข้อเสนอต่อวิธีการดำเนินการของกรรมการ และเลขานุการ

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

(เอกสารฉบับร่าง)

แนวคิดของคณะกรรมการต่อเรื่องบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสาธารณสุข

เป้าหมายสูงสุด คือ ประชาชน ชุมชนมีคุณภาพชีวิตดี สุขภาพดี อย่างพอเพียง และพึ่งตนเองได้

ทิศทางการพัฒนาสุขภาพ เน้นความเป็นองค์รวมของบริการสุขภาพ เน้นสร้างนำซ่อม

ทิศทางระบบบริการสุขภาพ จะเป็นแบบรัฐสวัสดิการแก่ประชาชนทุกคน หรือสวัสดิการเฉพาะกลุ่ม หรือ แบบ ประกัน หรือผสมหลายแบบ

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

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

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

ประเภท / ระดับของกำลังคนด้านสุขภาพ มีขอบเขตอย่างไร

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

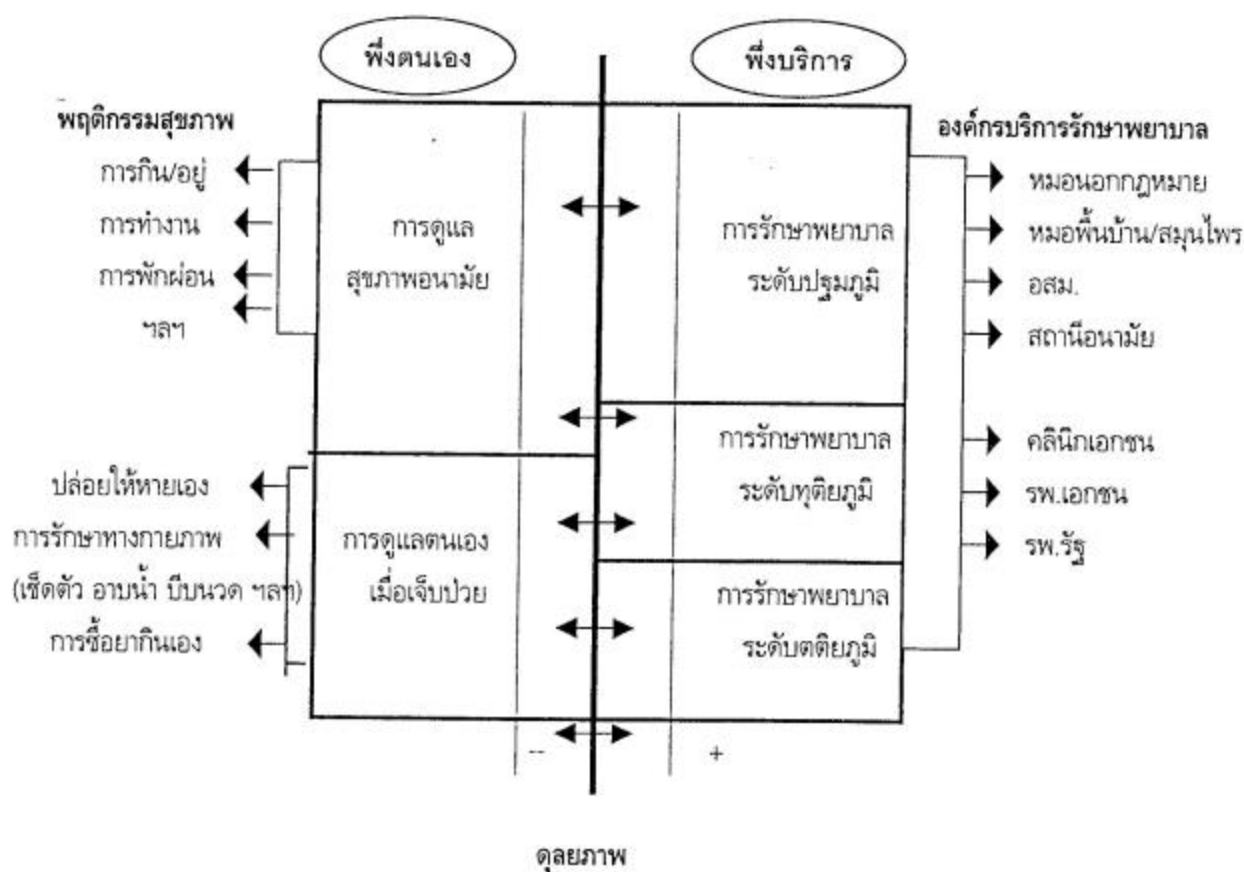
แนวคิดสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพ

แนวคิดการดูแลสุขภาพ: ดุลยภาพระหว่างการพึ่งตนเองและการพึ่งสถานบริการ

องค์ประกอบหลักของการดูแลสุขภาพของคนเรา แบ่งออกได้ 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ การให้บริการของสถานพยาบาล และการที่ประชาชนดูแลตนเองหรือพึ่งตนเอง

การดูแลสุขภาพของตนเองหรือการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพแบ่งเป็น 2 ส่วนย่อยคือ การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป ในขณะที่ไม่ป่วย ได้แก่ การกิน การทำงาน การพักผ่อน กับอีกส่วนหนึ่งคือ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งหมายถึงการช่วยเหลือตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องพึ่งพาบริการ (รายละเอียดในแผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 การดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย



ที่แปรตามสภาพความต้องการ ณ พื้นที่และกลุ่มประชากรต่าง ๆ

ที่มา : วิชัย โปษยะจินดา , พ.ศ. 2542

อย่างไรก็ดีเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางกายก็คือการพึ่งพาสถานพยาบาล ซึ่งในระบบแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ในทางปฏิบัติโครงสร้างของบริการทั้ง 3 ระดับนี้มักจะคาบเกี่ยว ซ้ำ

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

สิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขคือ **การสร้างดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบสองส่วนนี้** (ตามแผนภูมิที่ 2) นับว่าเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของระบบ เพราะปัจจุบันกรอบของการให้บริการสาธารณสุขได้ถูกขยายใหญ่ขึ้น อาจจะได้ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ทั้งนี้พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และจากจำนวนสถานพยาบาลเอกชนหรือคลินิกที่ผุดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ บริการด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาลเหล่านี้ได้ขยายตัวเติบโตขึ้น จนทำให้ในวันประชาชนไทยก็จะยิ่งขาดแนวคิดและวิธีการในการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพ มากขึ้นเรื่อยๆ นั่นคือ แม้เพียงอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่สามารถดูแลและรักษาอาการด้วยตนเองได้ แต่ประชาชนจำนวนมากก็ยังเลือกที่จะไปพบแพทย์ซึ่งหลายครั้งทำให้ต้องสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายครวละมาก

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

แนวทางการแก้ปัญหาจึงน่าจะเป็นการ **เปลี่ยนดุลยภาพ** ของการรับผิดชอบ โดยลดกรอบของการที่รัฐให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนให้มีขนาดเล็กลง แล้วส่งเสริมกรอบของการที่ประชาชนรู้จักพึ่งตนเองในด้านสุขภาพให้มีขนาดใหญ่ขึ้นด้วยการทำให้ประชาชนมีความรู้เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ทั้งนี้ก็ต้องมีความพอเหมาะที่สมดุลกับความรู้ความสามารถของประชาชนในชุมชนนั้นๆ หรือเหมาะกับประชาชนแต่ละคน **บริการระดับปฐมภูมิ** ซึ่งเป็นหน่วยที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ประชาชนมีโอกาสนำไปใช้บริการมากที่สุดตามสภาพธรรมชาติของการเจ็บป่วยที่เป็นการเจ็บป่วยไม่รุนแรง หน่วยนี้หรือบริการระดับนี้จึงเป็นหน่วยสำคัญหากได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้นจะช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยการช่วยทำให้เกิดสมดุลระหว่างการพึ่งบริการและการพึ่งตนเองของประชาชนมากขึ้น รวมทั้งช่วยทำให้ประชาชนใช้บริการอย่างเหมาะสม ใช้บริการที่สะดวกมีคุณภาพใกล้บ้านก่อน ไม่ต้องตระเวนไปใช้บริการที่ต่างๆ โดยขาดความเข้าใจอันเป็นผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรทั้งฝ่ายประชาชนและฝ่ายรัฐบาล

คงสือคือ
สงวน/บอ
การวิเค
ลาอือ



แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวม (Holistic)

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

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

ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่ามิติ หรือ นัยสำคัญในความหมายขององค์รวมประกอบด้วย

"องค์รวม" ที่หมายถึงการมองอย่างกว้างขวางครอบคลุมในปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

"องค์รวม" ที่หมายถึงการเชื่อมประสาน ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบ

"องค์รวม" ที่เน้น **ดุลยภาพ** ของการประสาน และการพิจารณาปัจจัย

ด้วยเหตุนี้การจัดบริการอย่างเป็นองค์รวมจึงมีความหมายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแนวคิด "องค์รวม" ที่หมายถึงการดูแลแบบเชื่อมมิติของความเป็น "คน" ในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณโดยอาศัยความสัมพันธ์แบบเข้าอกเข้าใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการและสร้างให้เกิดเงื่อนไขของการประสานเชื่อมโยงสร้างความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องซึ่งเป็นผลให้เข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนแต่ละคนต้องเข้าใจถึงเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพที่เป็นดุลยภาพที่สอดคล้องกับชีวิตของประชาชนแต่ละคน



แนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่อง (Continuity)

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

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

แนวคิดเกี่ยวกับความเสมอภาค (Equity)

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

นอกจากนี้ความเสมอภาคของบริการสุขภาพในทางปฏิบัติต้องคำนึงถึง “ความสามารถ” ตัวอย่างเช่น ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประชาชนที่มีฐานะร่ำรวย ก็ย่อมจะแตกต่างจากคนที่มีฐานะยากจน เป็นต้น

ดังนั้นการพัฒนาบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นให้เกิดมิติของการบริการที่มีความเสมอภาคนั้น สามารถทำได้ด้วยกระบวนการหลักๆ สองด้านคือ **ด้านการบริการ** จัดให้มีบริการขั้นพื้นฐานตามความจำเป็นของประชาชนอย่างครอบคลุมทั่วถึง ให้มีลักษณะเป็นทางเลือกที่หลากหลาย เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้ตามความจำเป็น



และพร้อมกันนี้ต้องจัดให้มีระบบประกันคุณภาพเพื่อให้บริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับ **ด้านการเงิน** จำเป็นต้องจัดให้มีระบบการประกันสิทธิประโยชน์ของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พร้อมทั้งพัฒนากลไกการจ่ายเงินให้ยืดหยุ่นเหมาะสม พอดีกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน (Participation)

การมีส่วนร่วมหมายถึง การร่วมมือร่วมใจ การประสานงาน ความรับผิดชอบ หรืออาจหมายถึงการทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ โดยดำเนินการอย่างถูกต้องและเหมาะสมทั้งด้วยความรู้สึกผูกพันและสามารถเชื่อถือได้

การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ เป็นอีกเรื่องหนึ่งของการมีส่วนร่วมที่มีลักษณะเฉพาะบางประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจ คือ

- 1) ประเด็น "สุขภาพ" สำหรับประชาชนถือว่าเป็น "สิทธิ" ซึ่งหมายถึง สิทธิในฐานะที่เป็นเจ้าของสุขภาพ และสิทธิในฐานะเป็นผู้เลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนั้น การเลือกรูปแบบวิธีการรักษา หรือการจัดการกับสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วม หรือการเปิดโอกาสให้หน่วยบริการเข้าไปมีส่วนร่วมกับภาวะสุขภาพของประชาชนนั้น รัฐมีบทบาทเป็นเพียงการสนับสนุน หรือการส่งเสริมการสร้างโอกาสให้แก่ประชาชน ไม่ใช่การบังคับหรือสั่งการ
- 2) ประเด็น "การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ" สำหรับภาครัฐ หรือหน่วยบริการ มีฐานะในระดับหน้าที่ที่หน่วยบริการจะต้องปฏิบัติ หน่วยบริการมีบทบาทที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนได้สองลักษณะคือการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาร่วมในกิจกรรมบริการของหน่วยบริการ กับกรณีที่หน่วยบริการเข้าไปร่วมพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชนซึ่งทั้งสองเรื่องนี้แตกต่างกันในวิธีคิดและการปฏิบัติ

หน่วยบริการจะต้องเข้าใจเบื้องต้นในประเด็นต่อไปนี้ ในการแปลแนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่มุ่งสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ ดังนี้

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



การทำความเข้าใจกับแนวคิดเหล่านี้ให้ชัดเจนก่อนแท้จริงเป็นวิธีทางหนึ่งที่จะช่วยให้การปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยที่ใกล้ชิดประชาชน คือ บริการปฐมภูมิสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น มีประสิทธิภาพ และสัมฤทธิ์ผลดียิ่งขึ้น



2 - 1

รายละเอียดการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต

2.5 สาธารณสุข

การสาธารณสุข การรักษาพยาบาล และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลา ดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับ การถ่ายโอน	หมายเหตุ
	ภารกิจที่ถ่ายโอน				
1.	กระทรวงสาธารณสุข	ขอบเขตการถ่ายโอน 1. กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการกำกับดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในด้านสถานสุขภาพระหว่างประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพของท้องถิ่น กำหนดมาตรฐานกลาง มาตรฐานบริการ ควบคุมคุณภาพและตรวจสอบ 2. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยกรอบหลักให้เป็นการถ่ายโอนไปให้เขตพื้นที่ระดับจังหวัดโดยสามารถจัดให้มีเขตพื้นที่ที่มีขนาดย่อมลงมากกว่าจังหวัดได้ หากมีความจำเป็น ทั้งนี้ คณะกรรมการ กสพ. จะประกอบด้วยผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนส่วนราชการ ผู้บริหารวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาสังคม ที่จะเข้ามาทำหน้าที่ร่วมกัน อำนาจหน้าที่ของคณะ-			ข้อสังเกตของกระทรวงสาธารณสุข 1. ในระยะเฉพาะหน้าเพื่อให้ กสพ. ปฏิบัติหน้าที่ในการบริหารจัดการงบประมาณให้มีการตรวจกฎหมายจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และเครือข่ายบริการสุขภาพขึ้นเป็นการเฉพาะ ให้มีฐานะเป็นนิติบุคคล มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ คล่องตัว มีอิสระ มีลักษณะเป็นองค์การมหาชนท้องถิ่น เพื่อจัดทำบริการสาธารณะ โดยไม่มุ่งแสวงหากำไรเป็นหลัก ทั้งนี้ ให้ตรากฎหมายขึ้นก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2548 เพื่อรองรับงบประมาณจากรัฐ รองรับสถานบริการสุขภาพทุกระดับในพื้นที่

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลา ดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับ การถ่ายโอน	หมายเหตุ
	ภารกิจที่ถ่ายโอน				
		กรรมการสุขภาพระดับเขตพื้นที่ คือ อำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ และแผนความต้องการทรัพยากรรวมทั้งงบประมาณและบุคลากร กำหนดหลักเกณฑ์และจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะด้านงบประมาณรวมทั้งการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการบริการภายใต้เกณฑ์มาตรฐานกลางของประเทศที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข การกำกับดูแล การตรวจสอบ ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่หรือจังหวัดนั้น ๆ ด้วย ตามที่กำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจ กสพ. มีอำนาจหน้าที่ในการถ่ายโอนภารกิจ และให้มีอำนาจหน้าที่ในการสร้างความพร้อมในการปฏิบัติรับงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เห็นว่าสามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่นปฏิบัติเองได้ โดยโอนให้ อบต. หรือ เทศบาล และอยู่ภายใต้การกำกับ ดูแลมาตรฐานการให้บริการโดย กสพ. เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ หรืองานป้องกันโรคบางเรื่อง รวมทั้งงานรักษา			ตลอดจนรองรับการถ่ายโอนข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ โดยข้าราชการดังกล่าวมีสถานภาพเป็นพนักงานของรัฐภายใต้การกำกับ กสพ. 2. ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีกรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งเป็น กสพ. และให้กรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเลือกกันเอง เพื่อเป็นประธานและรองประธาน กสพ. ทั้งนี้ กสพ. เป็นกลไกของท้องถิ่นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยให้มีผู้แทนของรัฐ ผู้แทนภาคประชาสังคม ผู้แทนสถานบริการ และผู้ทรงคุณวุฒิมีส่วนร่วม

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

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

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลา ดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับ การถ่ายโอน	หมายเหตุ
	ภารกิจที่ถ่ายโอน				
	1.1 กรมสุขภาพจิต ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. ปี 2545 เตรียมการ โดย - ศึกษา/วิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดเรื่อง งาน/เงิน/คน ในส่วนของการจัดบริการใน ลักษณะทั่วไป จัดบริการจิตเวชในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต เผยแพร่สิ่งพิมพ์และสื่อการ ประชาสัมพันธ์ - นำข้อมูลที่ศึกษา/วิเคราะห์ไป ตกลงกับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง และนำมาปรับ แผนการดำเนินการ	2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	
	1.2 กรมควบคุมโรคติดต่อ 1) การพัฒนาบุคลากรและชุมชน เพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ติดต่อ	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. ถ่ายโอนงานด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ และควบคุมโรคติดต่อให้คณะกรรมการสุขภาพ ระดับพื้นที่ (กสพ.) และให้ กสพ. พิจารณา ดำเนินการถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วน- ท้องถิ่นต่อไป	2546	กสพ.	
	2) การปฏิบัติการเฝ้าระวังและ ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติด ต่อนในท้องถิ่น		2546	กสพ.	

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

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

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลา ดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับ การถ่ายโอน	หมายเหตุ
	ภารกิจที่ถ่ายโอน				
	1.6 สำนักงานปลัดกระทรวง- สาธารณสุข 1) การก่อสร้างสถานบริการใหม่ เพิ่มเติม ซ่อมแซม - การจัดหาครุภัณฑ์ 2) โครงการประกันสุขภาพ เพื่อ ดำเนินการตามนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษา ทุกโรค) 3) สนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการ พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ - พัฒนาหอกระจายข่าวสาร	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ ภารกิจที่ 1) 1. ท้องถิ่นบริหารจัดการในกระบวนการจัดซื้อ/ จัดจ้างเพื่อการก่อสร้างและจัดหาครุภัณฑ์ให้แก่ สถานบริการ 2. ในกรณีที่ กสพ. ยังไม่มีอำนาจในการบริหาร จัดการตามกฎหมาย ให้สำนักงานสาธารณสุข เป็นหน่วยงานดำเนินการในรูปแบบเดิมไปก่อน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กสพ. เป็นผู้พิจารณาจัดสรรงบประมาณตาม หลักเกณฑ์ที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง และ สภาพปัญหาของพื้นที่ 2. การเตรียมความพร้อม - ประชุมชี้แจง กสพ. - ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ - จัดทำคู่มือการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่ และประชาชน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. ส่วนกลางถ่ายโอนกิจกรรมและงบประมาณ ให้ กสพ. โดยตรง	2546 2546 2546	กสพ. กสพ. กสพ.	

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลา ดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับ การถ่ายโอน	หมายเหตุ
	ภารกิจที่ถ่ายโอน				
	- ผลิตสื่อพื้นบ้านและท้องถิ่น - พัฒนาสื่อบุคคลในชุมชน - พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น โดยองค์กรชุมชน - สนับสนุนกิจกรรมรณรงค์สุขภาพ - จัดกิจกรรมกลุ่มทางสังคมในท้องถิ่น - กิจกรรมด้านการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน	2. กสพ. เป็นผู้จัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยปฏิบัติเพื่อดำเนินการ 3. การเตรียมความพร้อม - ประชุมชี้แจง กสพ. - ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ - จัดทำคู่มือการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่และประชาชน			
	1.7 กรมอนามัย 1) การแก้ไขปัญหาลูกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ - การแก้ปัญหาลูกสาธารณสุขต่ำกว่าเกณฑ์	- ให้ กสพ. เป็นผู้บริหารจัดการ โดยให้องค์กรระดับหมู่บ้านเสนอโครงการผ่านขึ้นมาให้ กสพ. พิจารณานุมัติงบประมาณ (โครงการที่นำเสนอต้องมีลักษณะของการริเริ่มแบบกลุ่ม) ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กระทรวงสาธารณสุขตั้งงบประมาณและมอบอำนาจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นหน่วยเบิกจ่ายแทน 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งคณะกรรมการ ประกอบด้วย ผู้แทนประชาชน หมู่บ้าน/เมือง ผู้บริหารโรงเรียน ครู เจ้าหน้าที่	2546	กสพ.	
			2546	กสพ.	- ภารกิจที่ 1-18 ปรับปรุงกฎหมายเพื่อให้ กสพ. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีสภาพที่มี

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลา ดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับ การถ่ายโอน	หมายเหตุ
	ภารกิจที่ถ่ายโอน				
	2) ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก สนับสนุนวัสดุ 2.1) โฆษณาและเผยแพร่ 2.2) เวชภัณฑ์ 2.3) วัสดุอาหาร 3) ส่งเสริมสุขภาพเด็ก กลุ่มวัยเรียนและเยาวชน สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ - เวชภัณฑ์ 4) ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ - เวชภัณฑ์ 5) การส่งเสริมสุขภาพเด็กและ กลุ่มผู้สูงอายุ	สาธารณสุข เพื่อดำเนินการจัดซื้อตามระเบียบ พัสดุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ ภารกิจที่ 2)-9) 1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไป ยัง กสพ. โดยตรงภายใต้ข้อมูลความต้องการ ของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนหลักเป็นกลไก 2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบ ภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูล สภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตาม กลไกของแผนระดับพื้นที่ 3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัด ซื้อเวชภัณฑ์หรือวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการ แพทย์โดยใช้แผนจากระดับล่างเป็นกลไก ในการพิจารณาความต้องการ โดยมีการจัดตั้ง คณะกรรมการร่วมกับภาครัฐเพื่อร่วมต่อรอง ราคากับบริษัทผู้ขาย	2546 2546 2546 2546 2546 2546	กสพ. กสพ. เทศบาล อบต. อบจ. กสพ. กสพ. กสพ.	กฎหมายรองรับเพื่อการเป็นหน่วย รับเบิกจ่ายและจัดการงบประมาณ ได้โดยตรง

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลา ดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับ การถ่ายโอน	หมายเหตุ
	ภารกิจที่ถ่ายโอน				
	11) สนับสนุนเงินอุดหนุนพี่เลี้ยงเด็ก ในศูนย์สาธิตเพื่อการพัฒนาเด็กเล็ก	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยัง กสพ. โดยตรง ภายใต้อำนาจข้อมูลความต้องการของ พื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก	2546	เทศบาล อบต. อบจ.	
	12) สนับสนุนเงินอุดหนุน ภาคเอกชนที่ให้บริการทำหมัน	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยัง กสพ. โดยตรง ภายใต้อำนาจข้อมูลความต้องการของ พื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก	2546	กสพ.	
	13) งานเฝ้าระวังและพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อม สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ - วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไป ยัง กสพ. โดยตรง ภายใต้อำนาจข้อมูลความต้องการ ของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก 2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบ ภายใต้อำนาจหลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูล สภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตาม กลไกของแผนระดับพื้นที่ 3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัด ซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ โดยการใช้	2546	กสพ.	

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลา ดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับ การถ่ายโอน	หมายเหตุ
	ภารกิจที่ถ่ายโอน				
	14) จัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ - วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ - เงินอุดหนุนสมทบในการ ปรับปรุงประปาหมู่บ้านเดิม	แผนจากระดับล่างเป็นกลไกในการพิจารณา ความต้องการ ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณ ไปยัง กสพ. โดยตรงภายใต้ข้อมูลความต้องการ ของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก 2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบ ภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูล สภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตาม กลไกของแผนระดับพื้นที่	2546 2546 2546	กสพ. กสพ. อบต.อบจ.	
	15) งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ - วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์	ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไป ยัง กสพ. โดยตรงภายใต้ข้อมูลความต้องการ ของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก 2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบ ภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูล สภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตาม กลไกของแผนระดับพื้นที่	2546	กสพ.	

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลา ดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับ การถ่ายโอน	หมายเหตุ
	ภารกิจที่ถ่ายโอน				
	16) งานสุขาภิบาลอาหาร สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ - วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ - อุดหนุนเฉพาะกิจ เช่น (1) การพัฒนาความรู้และพฤติ กรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร (2) การรณรงค์กินเนื้อสัตว์ และปลาปรุงสุก (3) การดำเนินงานสุขาภิบาล อาหารในแหล่งท่องเที่ยว 17) งานพัฒนาอาชีพอนามัยและ อาชีพเวชกรรม สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่ - วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์	3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัด ซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ โดยการใช แผนจากระดับล่างเป็นกลไกในการพิจารณา ความต้องการ ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไป ยัง กสพ. โดยตรงภายใต้ข้อมูลความต้องการ ของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก 2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบ ภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูล สภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตาม กลไกของแผนระดับพื้นที่ ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไป ยัง กสพ. โดยตรงภายใต้ข้อมูลความต้องการ ของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก	2546 2546	กสพ. กสพ.	

ลำดับที่	ส่วนราชการที่ถ่ายโอน	ขอบเขตการถ่ายโอน ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ	ระยะเวลา ดำเนินการ (ปีที่ถ่ายโอน)	ท้องถิ่นที่รับ การถ่ายโอน	หมายเหตุ
	ภารกิจที่ถ่ายโอน				
	18) การคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษ สนับสนุนวัสดุ - โฆษณาและเผยแพร่	2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตามกลไกของแผนระดับพื้นที่ 3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ โดยการชี้แจงจากระดับล่างเป็นกลไกในการพิจารณาความต้องการ ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ 1. กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยัง กสพ. โดยตรงภายใต้ข้อมูลความต้องการของพื้นที่นั้น ๆ โดยใช้แผนเป็นกลไกหลัก 2. กสพ. จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่รับผิดชอบภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการและข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตามกลไกของแผนระดับพื้นที่	2546	กสพ.	