

คปรส. (2)

- กลไกนโยบายกำลังคนสาธารณสุข
- ประชุม คณะกรรมการพัฒนาวิชาชีพและบุคลากรกำลังคนสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2546
 [วันพฤหัสบดีที่ 14 เมษายน 2546 เวลา 13.30 น.]
 ณ ห้องประชุม 6 ชั้น 3 อาคาร 1 ตึกสำนักงานปลัด
 กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี
- ข้อเสนอแนะพัฒนา กำลังคนสาธารณสุข อย่างยั่งยืน
 [ฉบับร่างครั้งที่ 1] เสนอต่อ คณะกรรมการพัฒนาวิชาชีพ
 และบุคลากรกำลังคนสาธารณสุข คณะกรรมการ
 ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ [วันที่ 14 เมษายน 2546]
 โดย ผพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

อำนวยการ,
 - รุท+มอ คณิต 16 พค.
 19 คานัน เพื่อ จุฬ 1.500
 ดงพร.
 - ตามกรรฐาละ "รี" อีก เพาะ
 มีแหล่งใหม่ ขวัญพุด 16 พค
 อีก ใน 16 กสอ 16 พค 16 พค
 - ๑๓ กสอ 16 พค 16 พค 16 พค
 ๑.๕๓ ๑๒ ๑๓ ๑๔ ๑๕ ๑๖ ๑๗ ๑๘ ๑๙ ๒๐ ๒๑ ๒๒ ๒๓ ๒๔ ๒๕ ๒๖ ๒๗ ๒๘ ๒๙ ๓๐ ๓๑ ๓๒ ๓๓ ๓๔ ๓๕ ๓๖ ๓๗ ๓๘ ๓๙ ๔๐ ๔๑ ๔๒ ๔๓ ๔๔ ๔๕ ๔๖ ๔๗ ๔๘ ๔๙ ๕๐ ๕๑ ๕๒ ๕๓ ๕๔ ๕๕ ๕๖ ๕๗ ๕๘ ๕๙ ๖๐ ๖๑ ๖๒ ๖๓ ๖๔ ๖๕ ๖๖ ๖๗ ๖๘ ๖๙ ๗๐ ๗๑ ๗๒ ๗๓ ๗๔ ๗๕ ๗๖ ๗๗ ๗๘ ๗๙ ๘๐ ๘๑ ๘๒ ๘๓ ๘๔ ๘๕ ๘๖ ๘๗ ๘๘ ๘๙ ๙๐ ๙๑ ๙๒ ๙๓ ๙๔ ๙๕ ๙๖ ๙๗ ๙๘ ๙๙ ๑๐๐

ข้อเสนอแผนพัฒนาการ
 อย่างยี่

- จุฬินิพนธ์ 19 เมษ. (ฉบับร่าง)
- โกรธวิทยุ 21 เมษ. 46

16/11/๕๖
 HMD

เสนอต่อ

คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
 คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ 17 เมษายน 2546
 โดย
 นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ข้อเสนอแผนแม่บทการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืนในภาพรวม
(ฉบับร่างครั้งที่ 1 – 17 เมษายน 2546)

1. ความเป็นมา

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

1.1.1 ยุทธศาสตร์ทางปัญญา โดยมุ่งหมายที่จะสร้างองค์ความรู้ ระบบข้อมูลข่าวสาร และนักวิชาการที่มีศักยภาพ ให้สามารถทำงานอย่างต่อเนื่อง ในการสนับสนุนทางปัญญาแก่การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข โดยมีแนวทางสำคัญคือ การจัดทำชุดโครงการวิจัย การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเชื่อมโยงกับการพัฒนาศักยภาพนักวิชาการและสถาบันวิชาการ เพื่อการทำงานทางปัญญาในระยะยาว

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

1.1.3 ยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม โดยมุ่งหมายที่จะให้มีการระดมทรัพยากรและทุนทางสังคมจากทุกภาคส่วนของสังคมไทย มาร่วมกันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การศึกษาวิจัย การสังเคราะห์นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางการพัฒนาการร่วมกันลงมือปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ทั้งนี้โดยสัมพันธ์กับกลไกทำงานระยะยาวในข้อ 1.1.2

1.2 คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดตั้ง “คณะกรรมการพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข” ขึ้น โดยมี นพ.ไพโรจน์ ینگสานนท์ เป็นประธานกรรมการ และผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเลขานุการ และมีกรรมการมาจากส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีภารกิจหลัก 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 เป็นแผนแม่บทในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืนในภาพรวม ตามข้อเสนอยุทธศาสตร์ 3 ประการในข้อ 1 โดยมี นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นหัวหน้าคณะ

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

ข้อเสนอนี้ เป็นการดำเนินการจัดทำแผนแม่บท ในส่วนที่ 1 (ภาพรวม)

2. หลักการในการจัดทำและดำเนินการตามแผนแม่บท

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. ข้อเสนอแผนแม่บท

3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

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

3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

3.2.1 เพื่อให้เกิดชุดโครงการวิจัย และการดำเนินการวิจัยตามชุดโครงการวิจัยที่มีลำดับความสำคัญสูง

3.2.2 เพื่อรวบรวมพัฒนาองค์ความรู้ 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

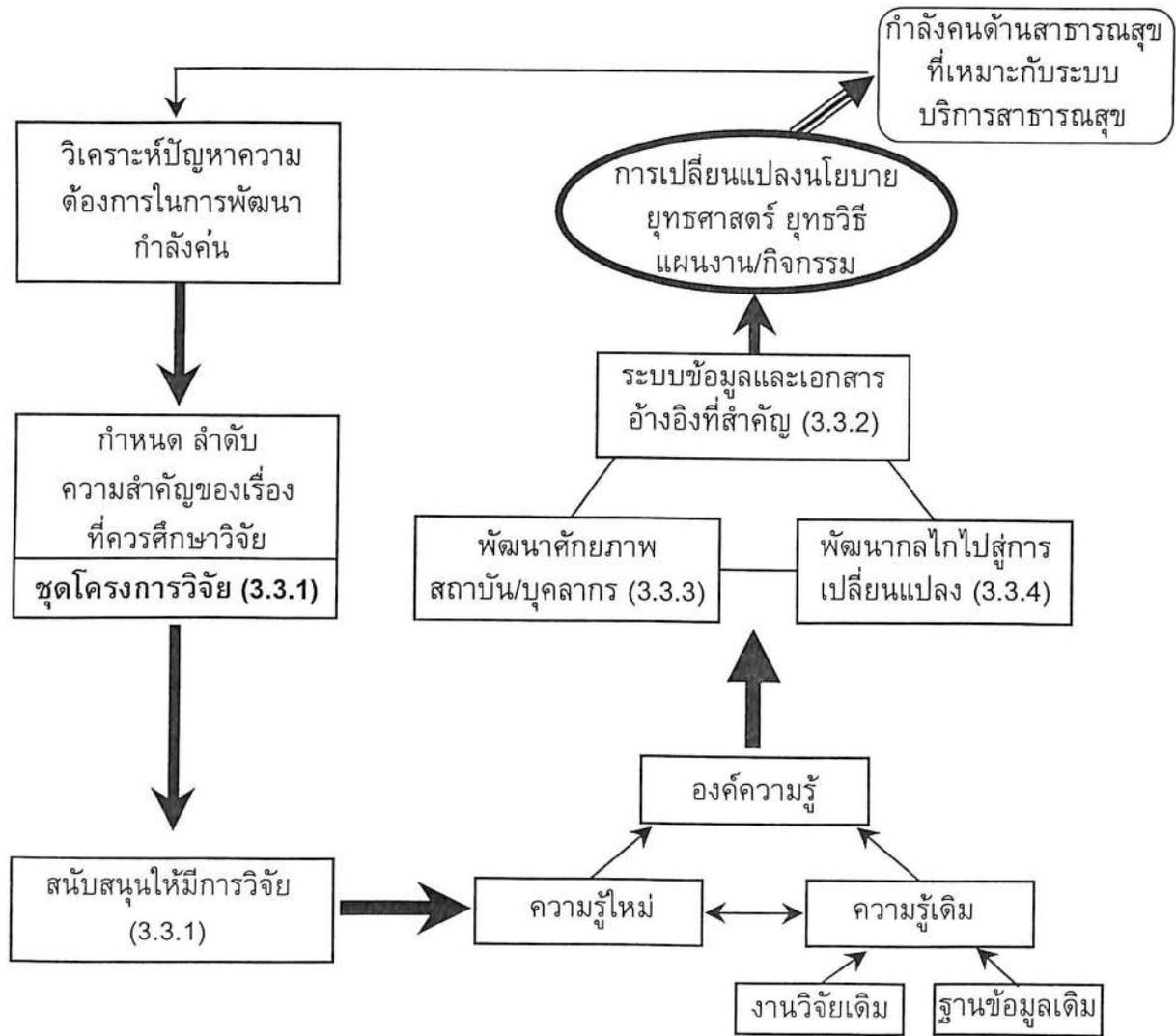
แผนงานนี้มุ่งที่จะพัฒนาศักยภาพของสถาบันและบุคลากรในทุกกระดับ ที่จะช่วยสร้างองค์ความรู้ และนำองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนนโยบาย ยุทธศาสตร์ ยุทธวิธีในการพัฒนากำลังคนในระบบบริการสาธารณสุขไทย

3.3.4 แผนงานพัฒนากลไกไปสู่การเปลี่ยนแปลง

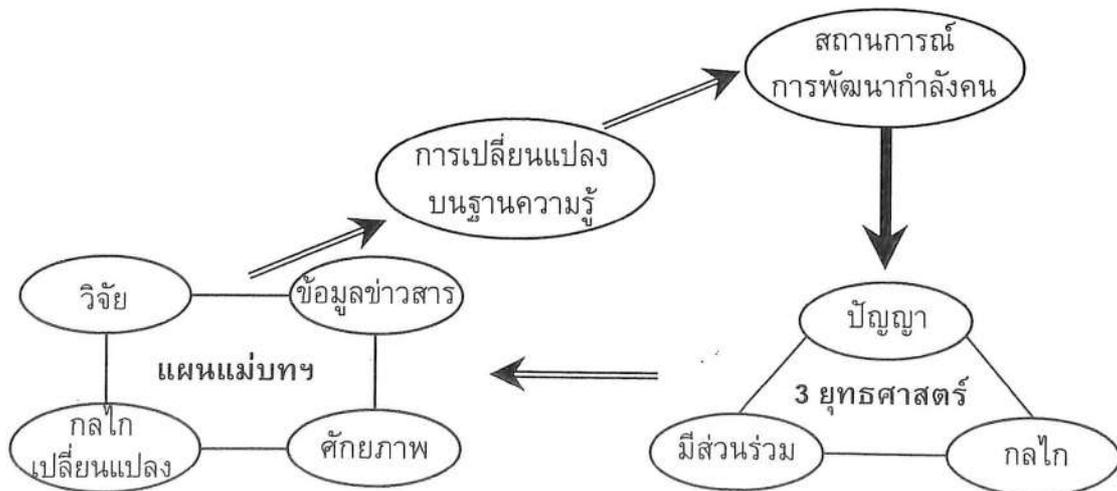
แผนงานนี้มุ่งสนับสนุนให้เกิดกลไกที่ยั่งยืนในการสร้างความเคลื่อนไหวทั้งในเชิงวิชาการ การบริหาร และการเคลื่อนไหวในสังคม เพื่อให้องค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมและที่เกิดขึ้นใหม่จากการวิเคราะห์วิจัย ส่งผลกระทบไปสู่การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับระบบบริการสาธารณสุขไทย

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 ฐานข้อมูลสภานิติวิชาชีพ ฐานข้อมูลการสำรวจทรัพยากร ฐานข้อมูลการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ฐานข้อมูลจากการสำมะโนประชากร

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

** (5) โครงการศึกษาวิจัยข้อมูลพื้นฐานด้านเศรษฐศาสตร์กำลังคน เช่น ต้นทุนในการผลิตกำลังคน ความเป็นธรรมในการจัดการศึกษา ระบบการให้ค่าตอบแทนในภาครัฐและเอกชน

*** ลำดับความสำคัญสูงสุด หมายถึงว่า 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, บริการทางเทคนิค ในการตรวจวิเคราะห์และรักษาด้วยเครื่องมือทางรังสี, บริการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย, บริการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่, บริการสาธารณสุขระดับต้นในชุมชน)

** 4.3.2 โครงการวิจัยวางแผนกำลังคนในกลุ่มใหม่ๆ เช่น กลุ่มบริการด้านอาชีวอนามัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพจิต

4.4 ชุดโครงการวิจัยเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาความไม่สมดุลในการกระจายกำลังคน

4.4.1 โครงการวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข

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

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

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

*** 4.4.3 โครงการวิจัยพัฒนายุทธศาสตร์/ยุทธวิธีใหม่ๆ ที่จะช่วยแก้ไขปัญหาการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข รวมทั้งประเมินผลกระทบด้วย

4.5 ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการศึกษาของกำลังคนในระดับต่างๆ ให้เหมาะสมกับความต้องการระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และสอดคล้องกับจริยธรรมที่เหมาะสม

*** 4.5.1 โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ในการคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้ามาศึกษาตลอดจนประเมินผลกระทบต่อคุณภาพการศึกษาและความเป็นธรรมในการศึกษา โดยเฉพาะรูปแบบที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกและดูแลนักศึกษา

*** 4.5.2 โครงการวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมในการจัดการศึกษากำลังคนด้านสาธารณสุขตลอดจนการประเมินผลโครงการ เช่น การเรียนในสถานที่ทำงาน การเรียนทางไกล การใช้สถานบริการสาธารณสุขในการผลิตกำลังคน รูปแบบใหม่ในการพัฒนาเจตคติด้านจริยธรรม 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) การศึกษาวิจัยทางเลือกและรูปแบบในการบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐ โดยเฉพาะประเด็นการกระจายอำนาจและการจัดการในลักษณะที่เป็นอิสระจากระบบราชการ (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 บัณฑิตที่ เกี่ยวข้องและทางเลือกในการแก้ไขปัญหา (4.7.2)
- (2) การวิจัยพัฒนาระบบการประกันคุณภาพสถาบันการศึกษาด้านสาธารณสุข (4.5.4)
- (3) การวิจัยพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ในการพัฒนากำลังคนระหว่างประจำการ และการประเมินผล การดำเนินการที่ทำอยู่เดิม เช่น การพัฒนา EQ ของผู้บริหาร การพัฒนาเครือข่ายประชา สังคมของกำลังคนด้านสาธารณสุข (เช่น แพทย์ชนบท หมออนามัย สภาวิชาชีพ) (4.6.1 และ 4.6.2)
- (4) การวิจัยพัฒนาดัชนีชี้วัดและข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภาพ (Productivity) ของกำลังคนด้าน สาธารณสุข (4.2.2 (2))
- (5) การวิจัย พัฒนา ระบบข้อมูลพื้นฐานต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข (4.2.2 (3))
- (6) การวิจัยเกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์ด้านกำลังคน เช่น ต้นทุนการผลิต ความเป็นธรรมในการจัด การศึกษา 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 เคลื่อนไหวไปสู่การเปลี่ยนแปลงตามแผนงานพัฒนาโลกไปสู่การเปลี่ยนแปลง

6. แผนงานพัฒนาศักยภาพสถาบัน/บุคลากร ทั้งนักบริหาร/นักวิชาการ

แผนงานนี้มุ่งที่จะพัฒนาความเข้มแข็งทางวิชาการของนักวิชาการ/นักวิจัย ด้านนี้และให้มีความเชื่อมโยงกับนักวิเคราะห์นโยบาย/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. แผนงานพัฒนาไกลไปสู่การเปลี่ยนแปลง

- 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 สนับสนุนโครงการศึกษาวิจัยที่เสนอโดยนักวิชาการในหน่วยงานที่รับผิดชอบในการพัฒนาโยบายและแผนทุกระดับ เฉพาะในส่วนที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนระบบ

8. การบริหารจัดการแผนงาน

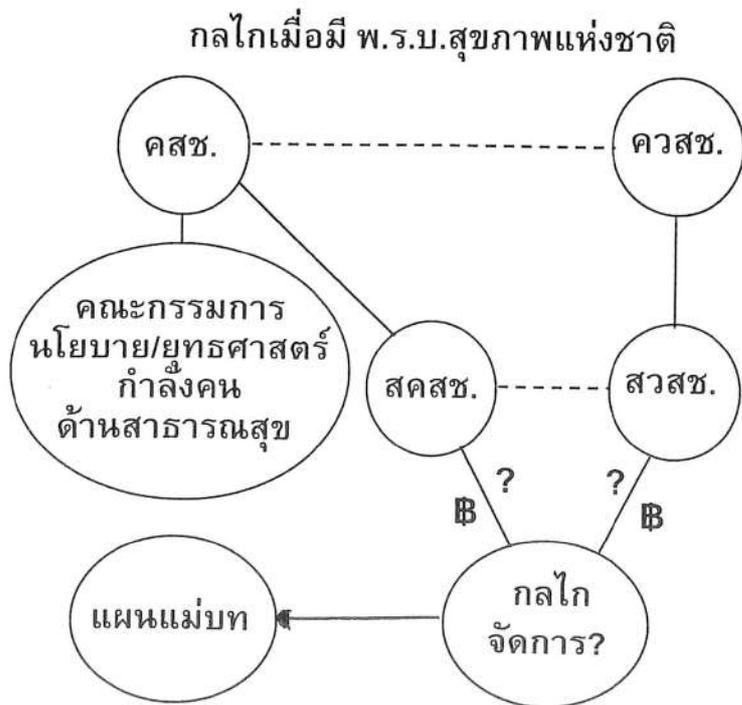
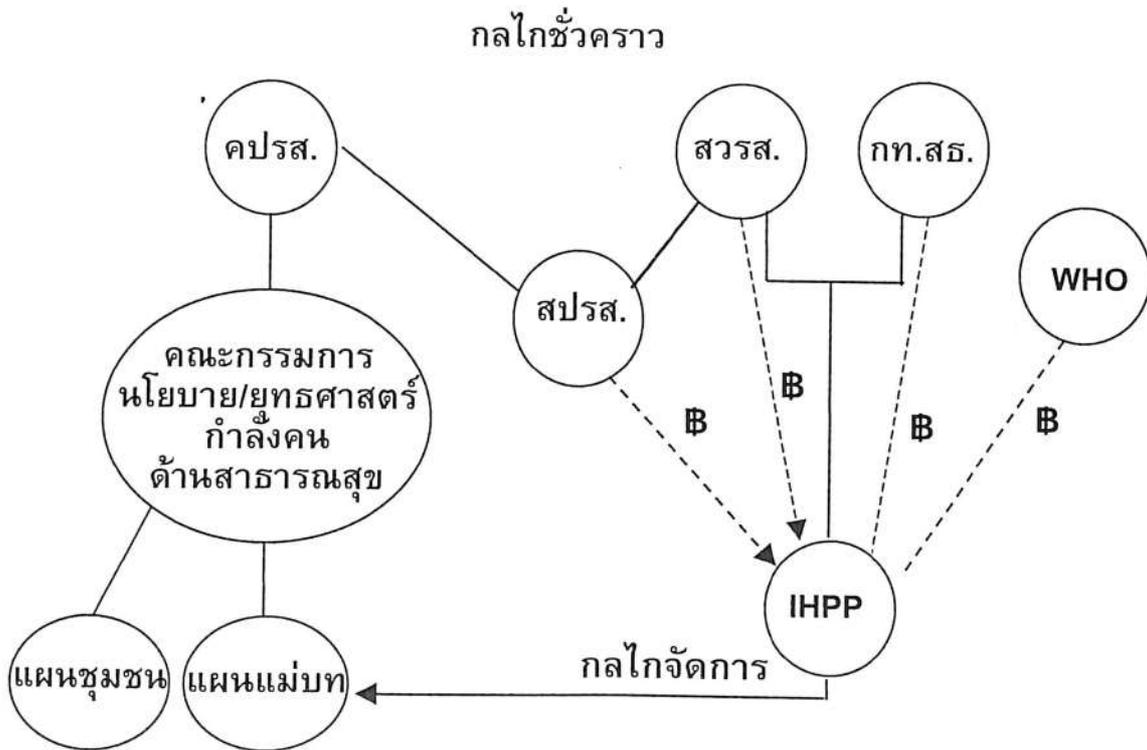
8.1 กลไกบริหารจัดการ การบริหารจัดการในชุดโครงการ/แผนงานย่อยต่างๆ ในระยะแรกเสนอให้สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) เป็นกลไกดำเนินงาน โดยให้คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข/คปรส. เป็น Steering committee ทั้งนี้ให้ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ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

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

8.2 ใช้หลักการในการทำงานเชิงรุก โดยการเข้าหานักวิจัยในสถาบัน องค์กรต่างๆ เพื่อหาผู้รับดำเนินการในแผนงานต่างๆ 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 และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

องค์กรที่อาจดำเนินการได้ หรือที่ควรนำเข้าร่วมในการดำเนินการ

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

(2)
**กรอบแนวคิดเบื้องต้นของโครงการวิจัยภายใต้
 แผนพัฒนาชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข**

หัวข้อ

การศึกษาทางเลือก และรูปแบบ ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐ โดยเฉพาะการกระจายอำนาจและการจัดการในลักษณะที่เป็นอิสระจากระบบราชการ

หลักการและเหตุผล

การปฏิรูประบบราชการให้เล็กและมีประสิทธิภาพสูง รวมทั้งการกระจายอำนาจ ถือเป็นนโยบายสำคัญของประเทศในปัจจุบัน สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนเคยมีมติให้ลดขนาดกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐโดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข ลดการผลิตนักเรียนทุนลงให้เหลือร้อยละ 25 ในแผนฯ 8 มติดังกล่าวแทบจะไม่มีผลในทางปฏิบัติ เพราะยังคงมีการผลิตกำลังคนในลักษณะนักเรียนทุนจำนวนมาก ซึ่งจะต้องผูกพันกับการบรรจุเข้าเป็นข้าราชการ อันเป็นการสวนทางกับนโยบายการปฏิรูประบบราชการ และสวนทางกับความจำกัดของงบประมาณในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ เหตุหนึ่งที่ยังไม่มีการปฏิบัติตามมติดังกล่าว ขาดการศึกษาถึงทางเลือกและรูปแบบที่เหมาะสมตลอดจนรายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินการดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาให้ทราบถึงสถานการณ์และแนวโน้มการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของภาครัฐผลกระทบต่อการศึกษาทางเลือกและรูปแบบตลอดจนรายละเอียดขั้นตอนที่จะปรับเปลี่ยนไปสู่การจัดการที่เป็นอิสระจากระบบราชการ โดยไม่ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในสถานบริการในชนบทในระยะยาว และไม่เป็นการต้องงบประมาณภาครัฐ รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการกำลังคนด้วย

เป้าหมาย

ให้ได้ทางเลือกและรูปแบบตลอดจนรายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินการที่เป็นไปได้ในการกระจายอำนาจและการลดขนาดกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐ โดยมีการจัดการกำลังคนในลักษณะที่เป็นอิสระจากระบบการจัดการกำลังคนแบบราชการ

วิธีการดำเนินการ

1. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสังเคราะห์กรอบแนวคิดตลอดจนประเด็นสำคัญในการศึกษาวิจัย
2. พัฒนาวิธีการ 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. สำนักงบประมาณ
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

(3)
**กรอบแนวคิดเบื้องต้นของโครงการวิจัยภายใต้
 แผนพัฒนาชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข**

หัวข้อการศึกษา :

วิจัยเพื่อประเมินสถานการณ์และประเมินผลกระทบของยุทธศาสตร์/ ยุทธวิธี ต่าง ๆ ที่ใช้ในการสนับสนุนการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกำลังคนระดับสูง

หลักการและเหตุผล :

ปัญหาที่สำคัญของการพัฒนากำลังคนก็คือการกระจายของกำลังคนที่ไม่เหมาะสมทั้งในลักษณะกระจายตามภูมิภาค ตามสถาบัน และตามสาขาเฉพาะทาง ที่ผ่านมา รัฐได้กำหนดมาตรการต่าง ๆ ที่พยายามจะแก้ไขปัญหาในการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ เช่น การปฏิบัติงานชดใช้ทุน การให้โควตาพิเศษแก่นักเรียนท้องถิ่น การเพิ่มค่าตอบแทน การจำกัดการศึกษ้อบรม เป็นต้น ซึ่งมาตรการเหล่านี้หลังจากถูกนำมาใช้แล้ว การกระจายที่ไม่เหมาะสมก็ยังมีอยู่ ในบุคลากรประเภทต่าง ๆ ดังนั้นมาตรการต่าง ๆ โดยเฉพาะกำลังคนระดับสูงที่นำมาใช้อาจไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องมาจากมาตรการเหล่านี้ไม่ได้กระทบต่อตัวปัญหาที่แท้จริง ซึ่งปัญหาที่แท้จริงนั้นยังมีได้มีการศึกษาอย่างแน่ชัด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาสถานการณ์การกระจาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดการกระจายกำลังคน ละประเมินผลกระทบของยุทธศาสตร์/ยุทธวิธีต่าง ๆ ที่มีการดำเนินการไปแล้ว เพื่อที่จะได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาการกระจายได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ :

เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์และประเมินผลกระทบของมาตรการต่าง ๆ ที่ผ่านมาต่อการแก้ไขปัญหาการกระจายกำลังคนที่สำคัญ ซึ่งได้แก่แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร

เป้าหมาย :

เพื่อให้ได้มาตรการที่เหมาะสมและได้ผลที่จะใช้ในการแก้ปัญหาการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ในระยะยาว

- วิธีดำเนินการ :**
1. ทบทวนเอกสารและพัฒนารอบแนวคิด ตลอดจนประเด็นสำคัญที่ควรจะต้องศึกษา
 2. พัฒนาวិธีการ กลุ่มเป้าหมาย และเครื่องมือในการเก็บข้อมูล
 3. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ทราบสถานการณ์และแนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ รวมทั้งผลของยุทธศาสตร์และยุทธวิธีต่าง ๆ
 4. สังเคราะห์ภาพรวมและข้อเสนอที่ได้ผลในระยะยาวในการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ
 5. ระดมสมองเพื่อสร้างการยอมรับและนำไปสู่การดำเนินการ

องค์กรที่เกี่ยวข้อง และ/หรืออาจารย์ดำเนินการ :

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

(4)

**กรอบแนวคิดเบื้องต้นของโครงการวิจัยภายใต้
แผนพัฒนาชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข**

หัวข้อการศึกษา :

การวิจัยเพื่อศึกษาผลกระทบของการปฏิรูประบบสาธารณสุข ต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
หลักการและเหตุผล :

การปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายอำนาจ การเพิ่มบทบาทภาคเอกชน และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน รวมไปถึงการประกันสุขภาพย่อมมีผลกระทบต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ผลกระทบที่สำคัญและเห็นได้ชัดก็คือ ผลกระทบต่อความต้องการกำลังคน ประสิทธิภาพการทำงาน และการกระจายของบุคลากร รวมถึงการดึงดูดบุคลากรให้อยู่ในพื้นที่เป็นระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น 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 และดัชนีที่วัดผลผลิตภาพและประสิทธิภาพการทำงาน หลักการและเหตุผล ;

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันมีอยู่อย่างกระจัดกระจาย ไม่ต่อเนื่อง และไม่เป็นมาตรฐาน ทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการทำงานของภาครัฐนั้นมักประสบปัญหาในเรื่องของผลผลิตภาพและประสิทธิภาพของการทำงานเสมอ ซึ่งเป็นผลเนื่องจากแรงจูงใจในการทำงาน การพัฒนาและประเมินผลกลยุทธ์ต่างๆ ที่นำมาใช้นั้นยังไม่สามารถจะทำได้ เนื่องจากยังขาดเครื่องมือในการวัดประสิทธิภาพของบุคลากรด้านสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาข้อมูลพื้นฐานและดัชนีมาตรฐานเพื่อใช้ในการประเมินผลผลิตภาพและประสิทธิภาพของบุคลากร จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการบริหารจัดการกำลังคน

วัตถุประสงค์ :

เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานและดัชนีชี้วัดผลผลิตภาพและประสิทธิภาพการทำงานของกำลังคนด้านสุขภาพ รวมทั้งวิธีการเก็บข้อมูลและแหล่งข้อมูล อันจะนำไปสู่การจัดทำรายงานอย่างต่อเนื่องและการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินกลยุทธ์และกลวิธี พัฒนาผลผลิตภาพและประสิทธิภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ

เป้าหมาย :

ได้ชุดของข้อมูลพื้นฐาน ดัชนี และวิธีการเก็บพร้อมทั้งแหล่งข้อมูลที่แสดงผลผลิตภาพและประสิทธิภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ รวมทั้งต้นแบบรายงานข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ พร้อมทั้งมีระบบการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ

วิธีดำเนินการ :

1. ทบทวนเอกสารทางวิชาการ เพื่อวิเคราะห์และพิจารณาแนวคิด ประเด็นสำคัญ และองค์ประกอบที่สำคัญ ตลอดจนคำจำกัดความ ดัชนีชี้วัดและวิธีการวัดผลผลิตภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งแหล่งข้อมูลและวิธีการนำเสนอดัชนี
2. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานและแนวโน้มของผลผลิตภาพและประสิทธิภาพ
3. จัดทำคู่มือแนวทางการประเมินประสิทธิภาพและผลผลิตภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ
4. ดำเนินการจัดทำต้นแบบรายงานเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งจะเป็นรายงานที่มีความต่อเนื่อง

องค์กรที่เกี่ยวข้อง และ/หรืออาจรับดำเนินการ :

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 และอีกส่วนหนึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการผลิตและพัฒนา กำลังคน นอกจากนี้จะมีค่าใช้จ่ายสูงแล้ว กำลังคนด้านสาธารณสุขยังเป็นผู้กำหนดการใช้และการกระจายเทคโนโลยีต่างๆ ในการจัดบริการสุขภาพด้วย

ดังนั้น กำลังคนด้านสาธารณสุขจึงเป็นทรัพยากรสำคัญในระบบบริการสาธารณสุข ที่สมควรได้รับการเอาใจใส่ดูแลอย่างต่อเนื่องและจริงจัง เพื่อให้ระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ จำนวนที่เหมาะสม มีเจตคติเพื่อส่วนรวมโดยเฉพาะผู้ยากไร้ มีขวัญกำลังใจดี และมีการกระจายอย่างเสมอภาค

ระบบบริการสาธารณสุขของไทยที่มีทั้งภาครัฐและเอกชน และมีลักษณะเปิดทำให้กำลังคน และระบบบริการสาธารณสุข 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

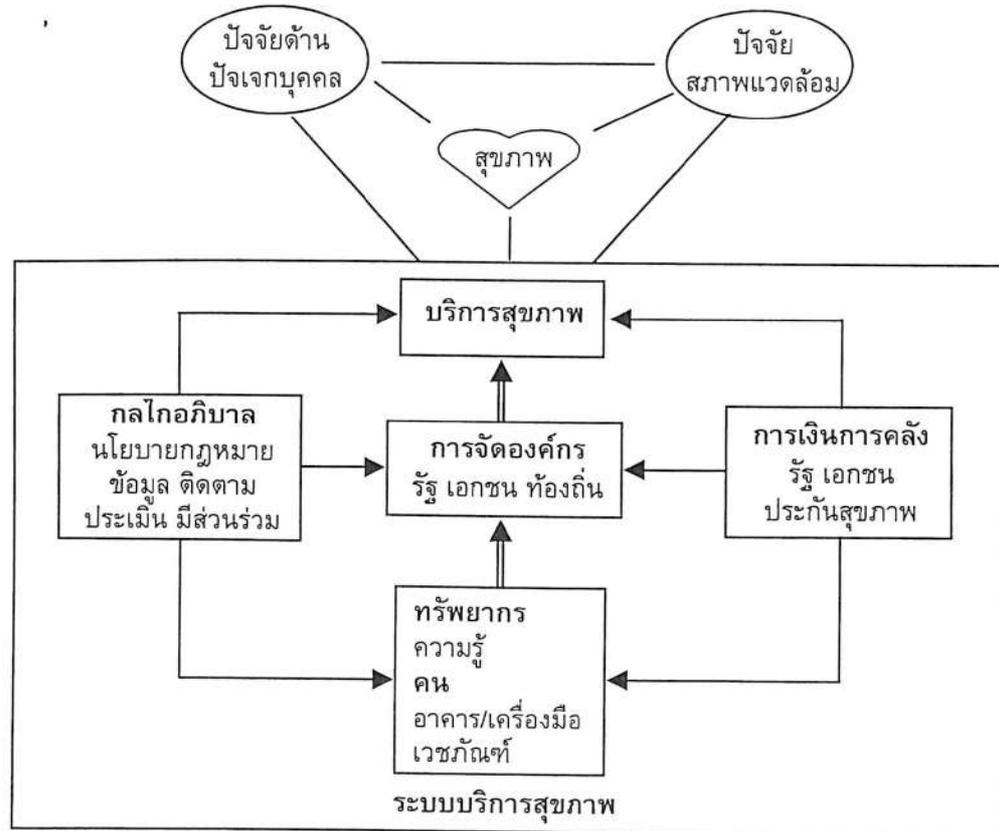
การที่ประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วภายใต้ระบบเศรษฐกิจแบบเปิด รวมทั้งพัฒนาการทางสังคม การศึกษา เทคโนโลยี และการเมือง ทำให้เกิดความผันผวนอย่างมากในเรื่องความต้องการและการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข มาตรการต่างๆ ที่มีอยู่ ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีการดำเนินการในลักษณะ แก้ปัญหาเฉพาะหน้า แยกส่วน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

การกระจายแพทย์เป็นตัวอย่างที่ดี (ภาพที่ 3) ซึ่งพบว่าช่วงทศวรรษปี พ.ศ. 2521-2530 ขณะที่เศรษฐกิจของประเทศไม่ดีนัก บริการสุขภาพภาคเอกชนมีขนาดเล็ก ประกอบกับนโยบายพัฒนาชนบทและนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าด้วยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ปรากฏว่ามี การกระจายบริการและกำลังคนด้านสาธารณสุขไปสู่ชนบทอย่างได้ผล 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

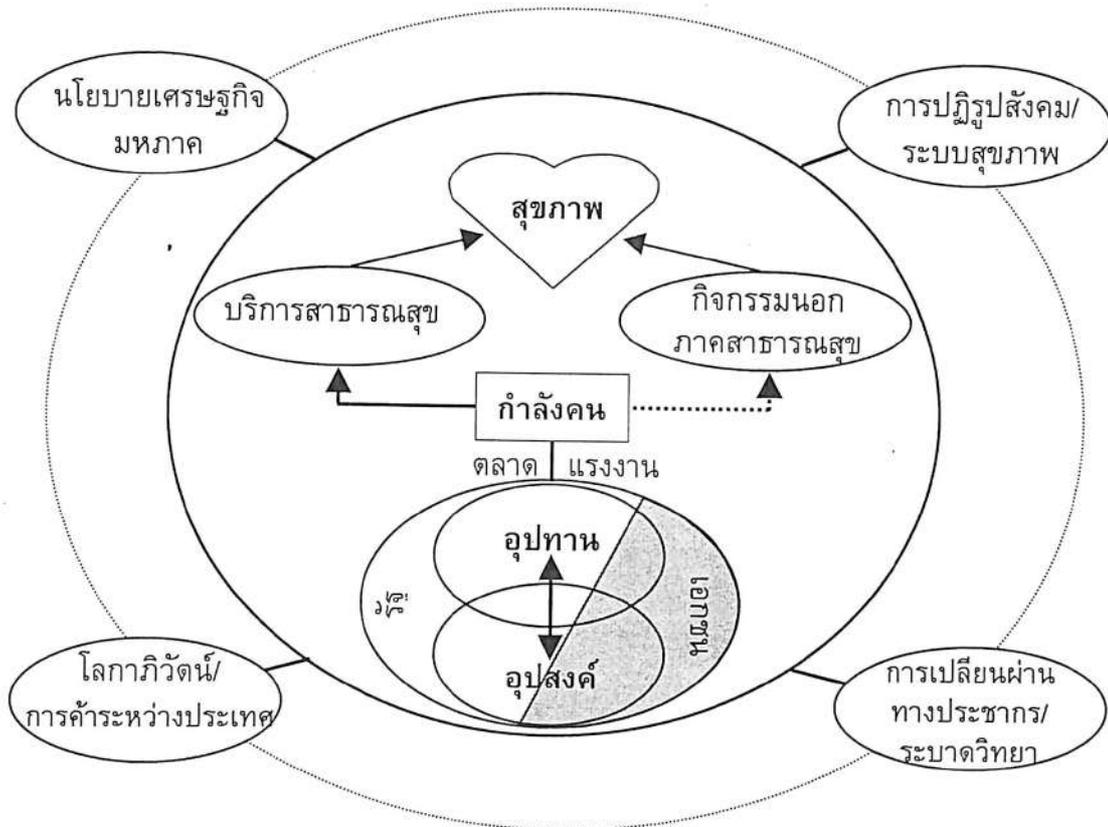


ในช่วงเศรษฐกิจเติบโตเร็ว โดยเฉพาะช่วงฟองสบู่ ระหว่างปี พ.ศ. 2531-2540 ความต้องการในเขตเมืองมีสูง บริการสุขภาพภาคเอกชนขยายตัว ทำให้เกิดภาวะสมองไหลของแพทย์จากภาครัฐในชนบท สู่ภาคเอกชนในเขตเมือง ความแตกต่างระหว่างความหนาแน่นของแพทย์ใน กทมฯ และภาคอีสาน เพิ่มขึ้นเป็น 13.8 เท่า ในปี พ.ศ. 2539-2540 และจำนวนเตียงต่อแพทย์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

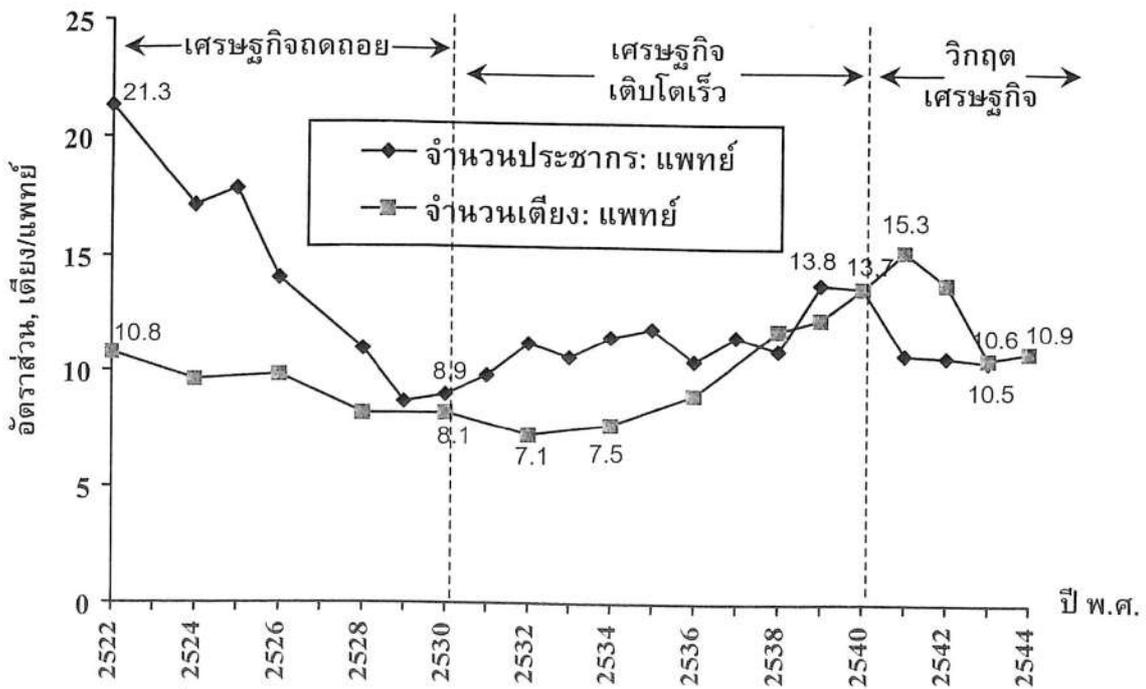
เหตุการณ์ขาดแคลนแพทย์ในชนบทรุนแรงถึงขนาดที่เดือนเมษายน พ.ศ. 2540 มีโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอ 21 แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำแม่แต่คนเดียว

วิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 ทำให้บริการสาธารณสุขสุขภาพเอกชนหดตัว 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 ร่วมกับความสำเร็จในการชักนำให้ชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยเพื่อหวังผลในการสร้างรายได้ ทำให้เริ่มเห็นแนวโน้มของภาวะสมองไหล จากชนบทสู่เมืองอีกครั้งหนึ่ง (ตารางที่ 1, ภาพที่ 4)

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิด



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



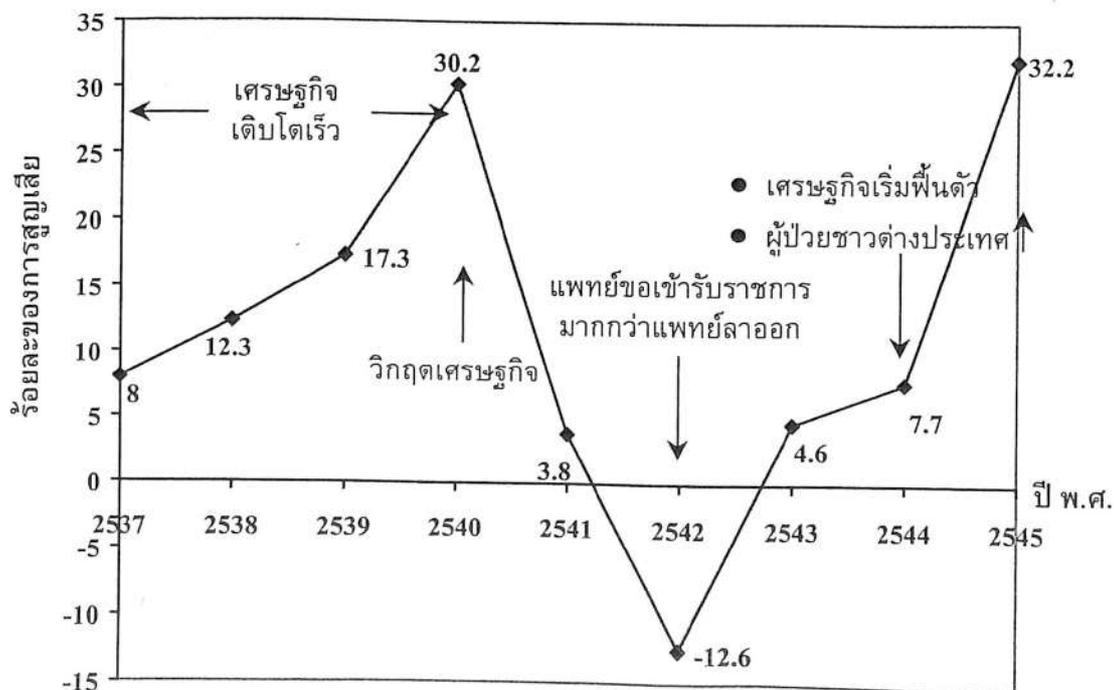
ที่มา: การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543, กระทรวงสาธารณสุข

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 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537-2545



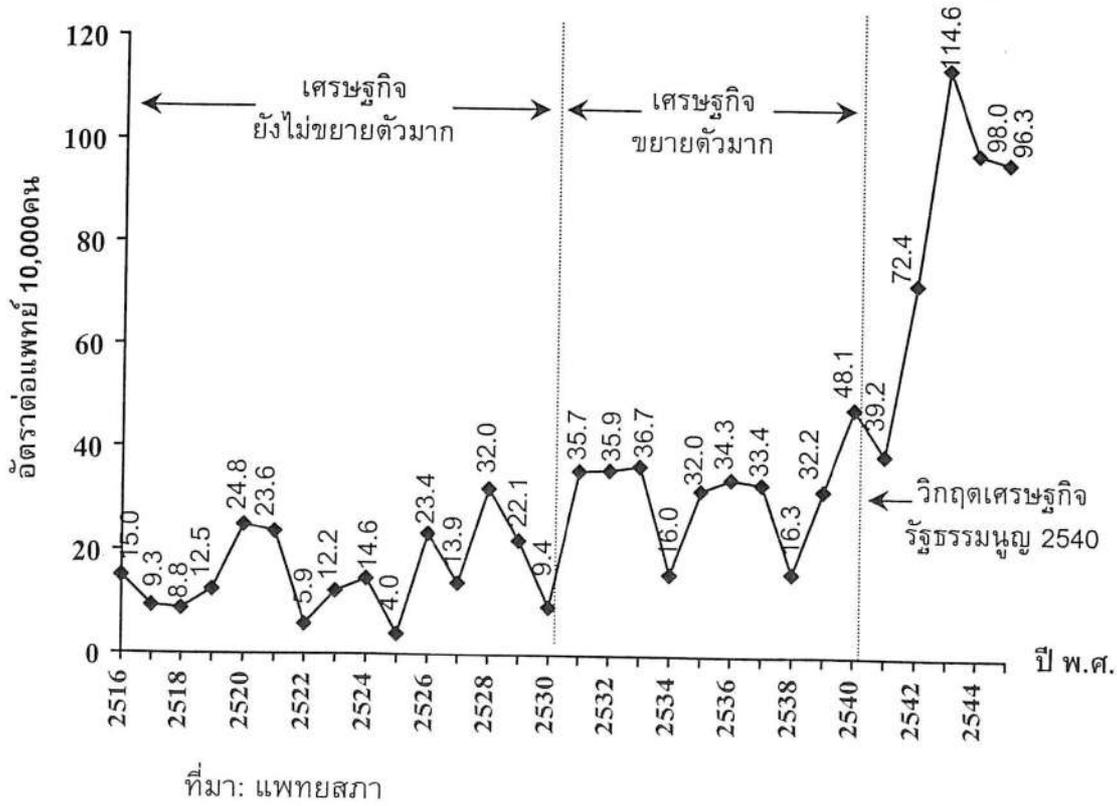
ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.2 ช่องว่างระหว่างความต้องการ/ความคาดหวังของประชาชนและการตอบสนองของกำลังคนด้านสาธารณสุข

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

ช่องว่างเหล่านี้ปรากฏเป็นรูปธรรมชัดเจน เช่น ขาดเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรมของแพทย์และความไม่พอใจต่อบริการสาธารณสุขในสื่อมวลชน กรณีการร้องทุกข์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพและกรณีการกล่าวโทษ/กล่าวหาแพทย์ต่อแพทยสภา (ภาพที่ 5)

ภาพที่ 5 อัตราเรื่องร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา พ.ศ. 2516-2545



1.3 ความสอดคล้องระหว่างการผลิตและความต้องการของระบบสาธารณสุข

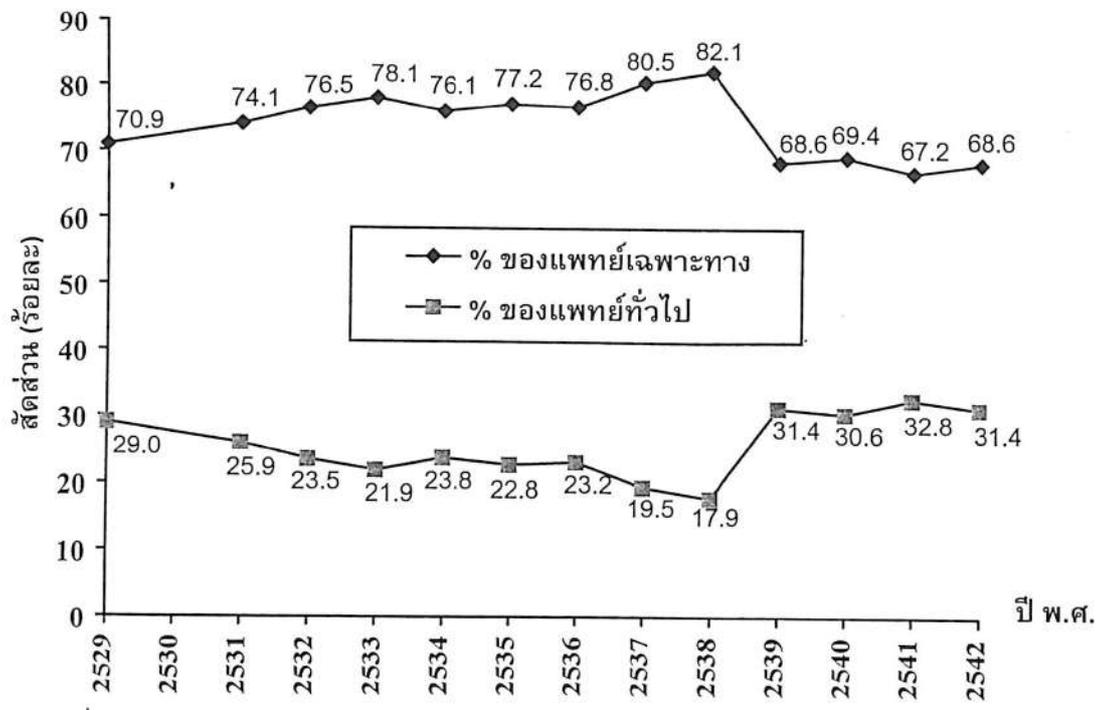
การผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นกิจกรรมที่ละเอียดอ่อนและต้องใช้เวลาานหลายปี และมีอุปสรรคอย่างมาก ในการปรับตัวให้ทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมและระบบสาธารณสุข

1.3.1 ความไม่สอดคล้องเชิงปริมาณ ขณะที่การผลิตแพทย์และพยาบาลยังไม่พอกับความต้องการ กลับมีการลดการผลิตลง ส่วนกำลังคนในบางสาขา เช่น เกษตรกรกำลังมีแนวโน้มที่จะล้นตลาด แต่การผลิตยังคงเดิม ความพยายามที่ผ่านมาในการวางแผนกำลังคนบนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม ยังได้ผลไม่เต็มที่นัก เนื่องจากการขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาวิชาการและการวิจัย 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 โดยพบว่าแพทย์ที่มีภูมิลำเนาและสำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ในภูมิภาค จะมีระยะเวลาปฏิบัติงานในชนบทนานกว่า นอกจากนี้ยังพบอีกว่าปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในชนบทมีไม่มากเท่าแพทย์ พยาบาลเกือบทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุขมีภูมิลำเนาในส่วนภูมิภาค

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		ภาครัฐเทียบกับ เอกชน (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 และการขาดการพัฒนากระบวนการวิจัย 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 และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการต้องการกำลังคนที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานภายใต้ศูนย์สุขภาพชุมชน

นโยบายการขยายการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ อาจส่งผลให้ต้องจ่ายยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยถึง 2 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 เกษัชกร พยาบาล และทันตแพทย์ บริการมีคุณภาพดีระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีปัญหาจากความผันผวนดังกล่าวแล้วในข้อ 1

มาตรการต่างๆ ที่ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาการกระจายกำลังคน อาจแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

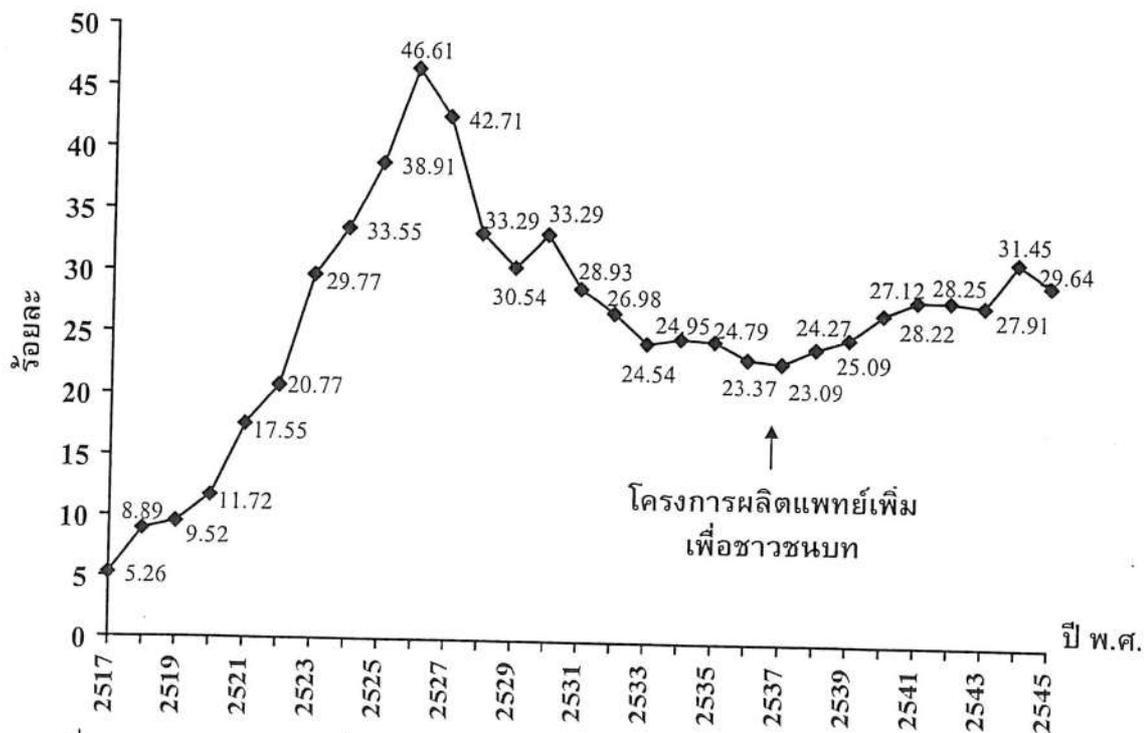
2.1 มาตรการด้านการศึกษา เช่น การรับนักศึกษาจากชนบท การปฏิรูปหลักสูตรและการเรียน/การสอน การกระจายสถานศึกษา การเพิ่มการผลิตกำลังคนเพื่อชนบท และการจัดการฝึกอบรมพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

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

2.3 มาตรการด้านสังคม เช่น การสร้างความยอมรับและตระหนักในคุณค่าของการบริการสาธารณสุขแก่คนด้อยโอกาส การมอบรางวัลแก่บุคลากรสาธารณสุขในด้านต่างๆ การดำเนินการป้องกันปรามการกระทำผิดทางจริยธรรม เป็นต้น

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

ภาพที่ 7 สัดส่วนการรับนักศึกษาแพทย์จากพื้นที่ชนบท



ที่มา: คณะแพทยศาสตร์ทุกคณะ

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 ควรจะมอบให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้พัฒนาชุดโครงการวิจัยด้านกำลังคนสาธารณสุขขึ้น 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 ภายใต้อำนาจสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการเพียง 2-3 คนที่ยังมีประสบการณ์ความรู้ไม่เพียงพอ ที่จะทำหน้าที่ติดตาม เฝ้าระวัง วิจัย และพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ในการแก้ไขปัญหากำลังคนในระดับชาติได้ ส่วนมากจึงเป็นการดำเนินการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าภายในส่วนของกระทรวง สาธารณสุขเป็นหลัก โครงสร้างดังกล่าว นอกจากไม่เพียงพอเพราะไม่สามารถแก้ไขปัญหาในภาพรวมได้แล้ว ยังขาดภาวะการนำที่เข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมจากภาคีต่างๆ ด้วย

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ควรจัดสร้างกลไกระยะยาวในการทำงานด้านการพัฒนากำลังคนในระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นคณะกรรมการประจำ และมีสถาบันวิชาการที่เป็นอิสระ ภาย

ได้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเลขานุการกิจ โดยมีการพัฒนานักวิจัย/นักวิชาการ อีสระที่ทำงานเต็มเวลาอย่างต่อเนื่องในเรื่องนี้

คณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข จะเป็นกลไกที่มีหน้าที่ติดตามประเมินและคาดการณ์สถานการณ์เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข และพัฒนาโยบาย 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 ภาควิชาเหล่านี้ควรมีส่วนร่วมทั้งในยุทธศาสตร์ข้อ 3.1 และยุทธศาสตร์ข้อ 3.2

ดังนั้น จึงควรมีกลไก/เวที ที่ให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา เสนอมาตรการแก้ไขปัญหา และร่วมกันลงมือปฏิบัติ ตลอดจนถึงติดตามประเมินผล 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 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 แห่ง รวม 4.7 แสนคน เพิ่มจากปี พ.ศ. 2543 ร้อยละ 38 ส่วนมากมาจากญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ และประเทศใกล้เคียง 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) โดยมีข้อเสนอให้กระทรวงพาณิชย์ขอให้ประเทศที่ร่ำรวย ซึ่งรัฐมีการจัดการด้านประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนของตน 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 ที่ผ่านมาเมื่อเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัว อัตราการสูญเสียแพทย์จากระบบบริการสุขภาพในต่างจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2545 มีอัตราถึงร้อยละ 32 ของจำนวนแพทย์จบใหม่ที่เข้ารับราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.7 ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจ นักลงทุนและผู้ประกอบธุรกิจต่างประเทศได้เข้ามาดำเนินการกิจการสถานพยาบาลเอกชนมากขึ้นมาก 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 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 หากคิดว่าภาระการดูแลชาวต่างประเทศเท่ากับร้อยละ 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 จะยังมีภาระมากกว่าปี 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 และการกระจายกำลังคนอย่างเหมาะสมและทันท่วงที และจะต้องมีความมั่นใจว่า รายได้จากชาวต่างประเทศจะไม่ตกแก่นักลงทุนชาวต่างประเทศที่มาลงทุนในโรงพยาบาลเอกชน และนำชาวต่างประเทศมารักษาพร้อมนำเงินกำไรกลับประเทศ รวมทั้งควรมีมาตรการสร้างความมั่นใจว่า รายได้ที่ได้มานั้น 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 จะต้องมีระบบการติดตามและแก้ไขผลกระทบที่อาจเกิดในอนาคตได้อย่างไร

ประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบาย [๑๕]
และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
ครั้งที่ 2/2546
วันพฤหัสบดีที่ 17 เมษายน 2546 เวลา 13.30 น.
ณ ห้องประชุม 6 ชั้น 3 อาคาร 1
ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE



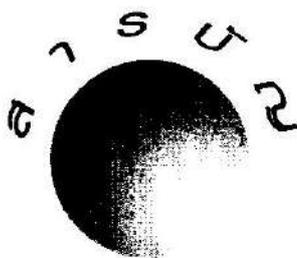
การพัฒนาคับกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

การพัฒนา **คน**
กับ **ปฏิรูป**
ระบบสุขภาพ

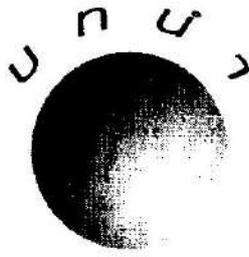
ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์

การพัฒนาคมน กับการปฏิรูประบบสุขภาพ

สถาบันพระบรมราชชนก
และภาคีพัฒนากำลังคน



บทนำ	3
ส่วนที่ 1	
ความหมาย จุดยืนความคิด และคุณลักษณะของบุคลากรและระบบ	4
ส่วนที่ 2	
การวิเคราะห์สถานการณ์ และคาดการณ์อนาคต	8
ส่วนที่ 3	
ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์	16
ภาคผนวก	
- โครงการประชุมระดมสมอง	
“การพัฒนากำลังคนกับการปฏิรูประบบสุขภาพ”	26
- คำสั่ง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอ	
ระบบกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ	30
- คำสั่ง สถาบันพระบรมราชชนก	
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอระบบกำลังคน	
ด้านสุขภาพเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (เพิ่มเติม)	33
- รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ข้อคิดเห็นต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ	35
- รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง	
“การพัฒนากำลังคนเพื่อรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพ”	36



เอกสารฉบับนี้ เกิดจากการรวบรวมความคิดเห็นในสาระของการพัฒนา
คน ในบริบทของการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อการปฏิรูป
และเป็นผลกระทบจากการปฏิรูป จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวนหนึ่ง
โดยผ่านการวิเคราะห์ และนำมาयर่างเพื่อเป็นข้อเสนอที่จะนำไปประกอบภาพ
รวมของการปฏิรูป

แม้ว่าสาระสำคัญของเอกสารจะเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อมอง
การพัฒนากำลังคนทั้งระบบ ให้เชื่อมโยงกับแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ แต่
เพื่อแสดงเหตุผลประกอบข้อเสนอ จึงได้เสนอแนวคิดและวิเคราะห์สถานการณ์
อันเป็นที่มาของข้อเสนอดังกล่าวไว้ด้วย

เนื่องจากเนื้อหาที่มีความซับซ้อน เอกสารจึงได้แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนแรก
คือความหมายและแนวคิดที่สำคัญ ที่ใช้เป็นจุดยืนของการวิเคราะห์ ส่วนที่สอง
เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ และคาดการณ์อนาคต เพื่อศึกษาผลที่คาดว่าจะ
เกิดขึ้น และส่วนสุดท้ายคือข้อเสนอ ตั้งแต่ยุทธศาสตร์ บทบาทของรัฐ กลไก
และแนวทางการพัฒนาคน

อย่างไรก็ตาม เอกสารมิได้นำเสนอคำตอบสำเร็จรูปกับทุกๆ ปัญหา
โดยเฉพาะรายละเอียดของการปฏิบัติ ซึ่งเป็นข้อจำกัดทั้งความเหมาะสม และ
ควรให้เป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะช่วยกันพิจารณา



ความหมาย จุดยืนความคิด และคุณลักษณะ ของบุคลากรและระบบ

วัตถุประสงค์เพื่อกำหนดกรอบความคิดที่เป็นฐานรากของการวิเคราะห์ ได้แก่
นิยามและขอบเขตของกำลังคนด้านสุขภาพ เป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพ
ของประชาชน ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของบุคลากรในระบบสุขภาพ
ตลอดจนคุณลักษณะของบุคลากรและระบบพัฒนาคนที่พึงประสงค์

นิยาม และขอบเขต

กำลังคนด้านสุขภาพ อาจมีความหมายอย่างกว้าง หมายรวมถึงบุคคล
ผู้ใช้ความรู้และเทคโนโลยีทางสุขภาพ เพื่อประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของ
ตนเอง และผู้อื่น ทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรสาขาวิชาชีพ
นอกสาขาวิชาชีพ หรือปัจเจกบุคคล

กำลังคนด้านสุขภาพ ในความหมายที่เป็นวิชาชีพคือผู้ที่มีบทบาทในการ
นำความรู้และเทคโนโลยีไปสู่ประชาชน ทั้งในรูปของการให้บริการด้านสุขภาพ
หรือรูปของการให้ความรู้โดยตรง ทั้งในองค์กรที่เป็นสถาบัน และไม่เป็นสถาบัน
เช่น แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก ฯลฯ ซึ่งบทความนี้จะใช้เป็นนิยามของกำลังคน
หรือบุคลากรด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ

กับบทบาทการพัฒนาสุขภาพของประชาชน

1. เป้าหมายเชิงผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาสุขภาพ คือ การพัฒนาความ
สามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ผสมผสานกับการตัดสินใจพึ่ง
บริการจากผู้อื่นอย่างมีดุลยภาพ ทั้งนี้ตัวแปรขึ้นกับการให้ความหมายของ
“การดูแลสุขภาพ” บนพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรม และความเป็นมนุษย์ ซึ่ง
เป็นความจำเพาะภายในชุมชน

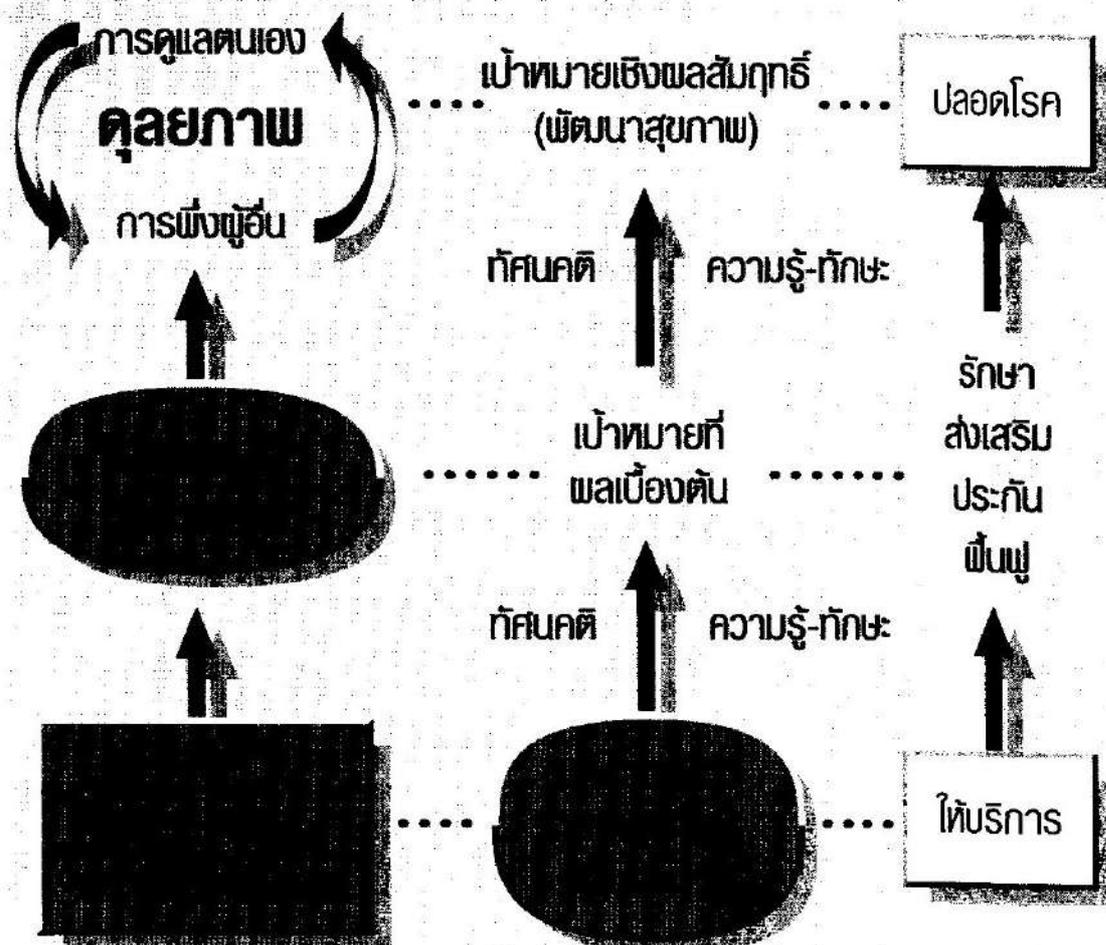
แนวคิดดังกล่าว จึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพแบบ “ปฐมภูมิ” ที่เป็นของประชาชน แทนที่จะเป็นปฐมภูมิของระบบบริการสุขภาพฝ่ายเดียว

2. การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง จะขึ้นกับกระบวนการพัฒนาประชาชนให้มีความพร้อม โดยมีเงื่อนไขสำคัญ 2 ประการ คือ “ความรู้และข้อมูลอันเป็นฐาน” กับ “ระบบและวิถีคิด” ที่ตั้งบนฐานความรู้และข้อมูลนั้นๆ การพัฒนาความพร้อมดังกล่าวต้องเกิดควบคู่กับ “กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้” และ “การสร้างพลังทางปัญญา” ของประชาชน

3. การพัฒนาประชาชนให้มีความพร้อม ควรคำนึงถึง ประชาชนใน 2 สถานะ กล่าวคือ ประชาชนที่เป็นปัจเจกบุคคลหรือครอบครัว กับประชาชนที่เป็นชุมชน กลุ่มองค์กร หรือประชาคม ซึ่งรวมตัวกันเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางสังคมให้ตนเอง

4. บทบาทใหม่ของกำลังคนด้านสุขภาพ จึงไม่ควรจำกัดขอบเขตเพียงการให้บริการเท่านั้น แต่ต้องทำหน้าที่ให้การศึกษาและพัฒนาประชาชน โดยไม่แบ่งแยกว่าเป็นบทบาทของใคร ระดับใด ปฐมภูมิหรือไม่ การพัฒนาคนในระบบสุขภาพจึงมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ทั้งความสามารถทางเทคนิควิชาการ อันนำไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพทั้งระดับบุคคลและชุมชน และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูล และให้การศึกษาแก่ประชาชน

แผนภูมิที่ 1 แนวคิดต่อบทบาทของกำลังคนต่อการพัฒนาสุขภาพ



คุณลักษณะของบุคลากรด้านสุขภาพที่พึงประสงค์

1. ทัศนคติ และอุดมการณ์
 - 1.1 ความตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบในการทำงาน ความตั้งใจให้เกิดคุณภาพของการทำงาน บนฐานความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง
 - 1.2 คุณธรรมการทำงาน เช่น ทำงานเพื่อประโยชน์ของผู้อื่นเป็นสำคัญ มีความเมตตา กรุณา มีหิริโอตตัมปะ
 - 1.3 มีความเพียรต่อการเรียนรู้อย่างไม่สิ้นสุด เพื่อพัฒนาตนเอง

2. ความสามารถที่เป็นความรู้และทักษะ

2.1 ความสามารถพื้นฐานเชิงวิชาชีพ ได้แก่ งานเทคนิคบริการ งานบริหาร

2.2 ความสามารถพื้นฐานในการแก้ปัญหา ได้แก่

- ความสามารถในการประเมินสภาพ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริง

- ความสามารถในการวางแผน แก้ปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่และความเป็นไปได้

- ความสามารถในการประสานงาน การให้คำปรึกษาและการสื่อสารถ่ายทอดความรู้ (Coordination, consultation, and evidence-based communication)

2.3 ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น หรือทำงานเป็นทีม ซึ่งต้องการทักษะของการเข้าใจผู้อื่น รู้จักวางบทบาทของตนเองอย่างเหมาะสม ตลอดจนทักษะของการพัฒนาผู้อื่น

ระบบการพัฒนาคมนด้านสุขภาพที่พึงประสงค์

1. เป็นระบบที่มีเป้าหมายสร้างคนให้มีคุณภาพ ให้เกิดความเข้มแข็งทางปัญญา คิดเป็น ทำเป็น สร้างคนดี เก่ง และมีความสุข

2. เป็นระบบที่มีกระบวนการตอบสนองการพัฒนาคนที่หลากหลายความต้องการ หลากหลายรูปแบบ ให้จัดการแก้ปัญหาตามสภาพพื้นที่ โดยใช้ความรู้และข้อมูลเป็นฐาน

3. เป็นระบบที่กระจายความรับผิดชอบในการพัฒนาคน อาศัยการประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายมากกว่าการรวมศูนย์ที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ใช้การส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล เพื่อผลักดันการพัฒนาคนไปตามทิศทางและแนวนโยบายของประเทศ

4. เป็นระบบที่ส่งเสริม และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ให้เป็นกระบวนการเรียนรู้



การวิเคราะห์สถานการณ์ และคาดการณ์อนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ เพื่อให้ทราบสถานะที่เป็นจริง และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคนในปัจจุบัน เนื่องจากเห็นว่า เปลี่ยนแปลงใดๆ ย่อมมีผลทั้งด้านบวกและด้านลบเกิดขึ้นเสมอ การคาดการณ์แนวโน้มอนาคต ก็เพื่อศึกษาว่า มีความเป็นไปได้ที่จะหลีกเลี่ยงหรือป้องกันผลทางลบได้อย่างไร หรืออย่างน้อยก็ลดความรุนแรงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

สถานการณ์ต้นกำลังคน

1. สภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

1.1 ความไม่สมดุลของการกระจายตัว ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคของภาระงานในพื้นที่ขาดแคลนเป็นเหตุให้บุคลากรยิ่งไหลออก จนกลายเป็นวงจรความขาดแคลน

1.2 คุณภาพของกำลังคน ได้แก่ ศักยภาพการคิดด้วยตนเอง ความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่ควรเป็น

1.3 ทักษะ และจริยธรรมต่อการทำงาน และการดำเนินชีวิต

1.4 ขาดมุมมองด้านสังคม เช่น ความเข้าใจ มนุษย์ และชุมชน

2. ขาดทิศทางและแนวนโยบายด้านกำลังคนระดับชาติ เนื่องจากไม่มีหน่วยงานกลางที่ดูแลรับผิดชอบโดยเฉพาะ ผลก็คือ การผลิตมีความซ้ำซ้อน มุ่งผลิตในสาขาที่ตลาดต้องการสูง ขณะที่บางสาขาขาดแคลน ผู้ผลิตกับผู้ใช้แยกส่วน และขาดการประสานงานกัน นอกจากนี้ ยังขาดการส่งเสริมบุคลากรที่ไม่อยู่ในรูปสถาบัน เช่น แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรในภาคเอกชน เป็นต้น

3. ขาดองค์ความรู้และข้อมูลด้านกำลังคน ข้อมูลที่นำมาวางแผนไม่ได้สะท้อนความต้องการ และปัญหาที่แท้จริง

4. การพัฒนาองค์ความรู้กับการพัฒนาคน ถูกแยกส่วน ขาดการเชื่อมโยง

เกี่ยวพันกัน ทั้งระดับเป้าหมาย กระบวนการและวิธีปฏิบัติ ที่ผ่านมากการลงทุนด้านทรัพยากรในทั้งสองส่วนค่อนข้างจำกัดมาก

5. บทบาทของมหาวิทยาลัย และสถาบันการศึกษาในการผลิตและพัฒนาบุคลากร

5.1 ผลผลิตจากสถาบันการศึกษายังมีคุณลักษณะไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบ โดยเฉพาะอ่อนในคุณสมบัติที่เป็นทัศนคติ และความสามารถทางปัญญา ซึ่งเป็นปัญหาคุณภาพของการสร้างคน และเป็นผลรวมจากหลายปัจจัย

5.2 การผลิตบุคลากรมักกำหนดจากเงื่อนไขของผู้ผลิต (Supply driven) เป็นสำคัญ เนื่องจากขาดกลไกการวิเคราะห์เชิงนโยบายที่ประจักษ์ต่อความต้องการของระบบสุขภาพ อันสะท้อนภาพของการผลิตที่แยกส่วนอย่างอิสระจากระบบ

5.3 บทบาทในการสร้างองค์ความรู้มีข้อจำกัด การต่อยอดความรู้ การเชื่อมโยงความรู้จากภายนอกกับบริบททางสังคมไทย ยังขาดพื้นฐานในศาสตร์ของการประยุกต์ความรู้ ความไม่เข้มแข็งในการสร้างและประยุกต์ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพของการสร้างคนในปัจจุบัน

6. การจัดการกำลังคน

6.1 กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะผู้บริหารระบบ

- ด้านแนวคิดและทัศนะ ยังมองว่าคนเป็นเพียงปัจจัยรองรับระบบ และกิจกรรมที่กำหนด (Receptive) แทนที่จะมุ่งสร้างคนไปพัฒนาระบบเพื่อแก้ไขปัญหา (Proactive)

- แผนกำลังคนของกระทรวงฯ ขาดความชัดเจน มุ่งเน้นการเพิ่มจำนวนมากกว่าการคงสภาพของกำลังคนในระบบ แผนยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนน้อย และที่มาก็เป็นการพัฒนาเฉพาะทางในสัดส่วนที่มากเกินไป เช่น แพทย์ทั่วไปกับแพทย์เฉพาะทาง นอกจากนี้ แผนยังไม่สอดคล้องและทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

- มาตรการ และระบบรองรับการพัฒนากำลังคนในกรอบการปฏิบัติงาน การพัฒนาความก้าวหน้าทางอาชีพ และการดำรงรักษากำลังคนในระบบ แม้จะมีความชัดเจนในขณะนี้อยู่บ้าง แต่ก็ยังไม่เพียงพอ การกำหนด

ค่าตอบแทนและรายได้ยังไม่เหมาะสม

- ไม่มีการประเมินผลด้านกำลังคน และระบบการบริหารจัดการกำลังคน

6.2 หน่วยงานระดับพื้นที่ และองค์กรท้องถิ่น ในฐานะผู้ใช้กำลังคน

- การใช้บุคลากรปฏิบัติงานไม่ตรงความรู้ ความสามารถ เช่น ใช้บุคลากรเฉพาะทางไปทำงานบริหาร ใช้พยาบาลไปทำงานประชาสัมพันธ์

- การเข้าสู่ตำแหน่งงาน ไม่ได้พิจารณาคุณสมบัติพื้นฐานที่เหมาะสม ขาดการพัฒนาเพื่อเตรียมคนเข้าสู่งาน

- ไม่มีระบบรองรับการพัฒนาคนในงาน และการศึกษาต่อเนื่อง

- ระบบการบริหารงานบุคคล ใช้ระบบอุปถัมภ์ มากกว่าระบบ

คุณภาพ

- ขาดองค์กร/กระบวนการดูแลคุณภาพการปฏิบัติงาน ไม่มีการวัดและประเมินบุคคลโดยใช้ผลงาน ที่มีประสิทธิภาพ

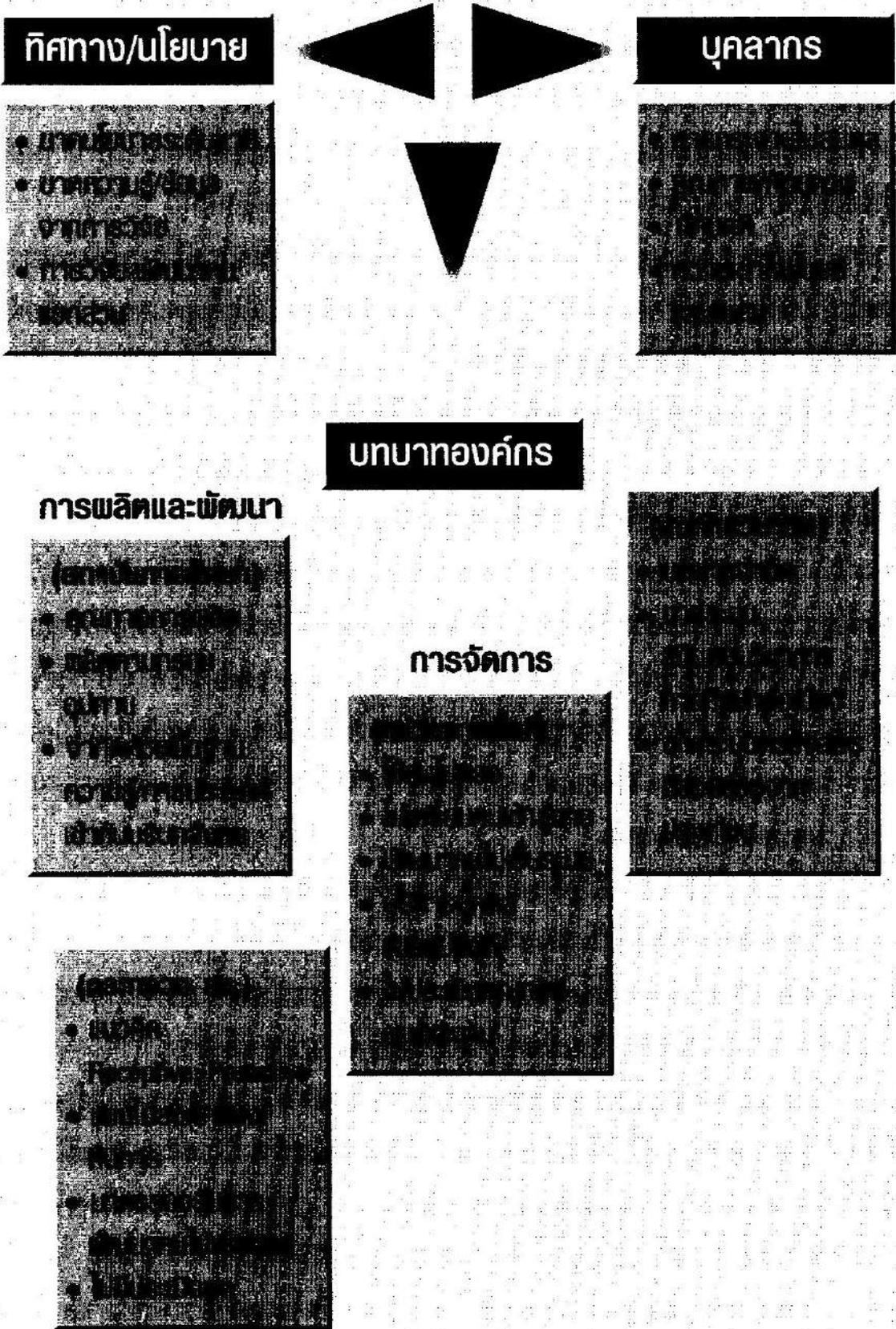
7. บทบาทขององค์กรวิชาชีพ ในฐานะผู้กำกับ ดูแล และพัฒนาวิชาชีพ

7.1 จำกัดบทบาทเฉพาะในวงวิชาชีพ เชื่อมกับสังคมน้อย ระยะเวลาเน้นการส่งเสริมพัฒนาวิชาชีพ และทำหน้าที่ Self-regulation มากขึ้น

7.2 การสนับสนุนด้านวิชาการ และการจัดการเพื่อการศึกษาต่อเนื่องสำหรับวิชาชีพ ยังต้องการการพัฒนาให้เป็นระบบ

7.3 การบริหารจัดการเป็นระบบปิด ขาดระบบตรวจสอบ และการมีส่วนร่วมจากบุคคลภายนอก

แผนภูมิที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านกำลังคน



การวิเคราะห์อนาคต

1. ระบบสุขภาพ โดยเฉพาะระบบบริการทางการแพทย์มีแนวโน้มเข้าสู่ กระแสของการจัดการสมัยใหม่ เช่น ระบบกลไกตลาดที่อาศัยอุปสงค์ อุปทาน เป็นตัวกำหนด การแยกบทบาทระหว่างกัน เป็นฝ่ายผู้ซื้อและผู้ขายบริการ (Split model) ฯลฯ ซึ่งทั้งหลายย่อมมีทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง กล่าวคือ ในอนาคตย่อม มีความเสี่ยงไม่มากนักน้อย ในแง่ผลลัพธ์ของการให้บริการที่มีคุณภาพ ลักษณะเด่นของระบบกลไกตลาด ได้แก่

1.1 Competitiveness เป็นการแข่งขันเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งหากมุ่งความอยู่รอดมากเกินไป ก็อาจไปลดต้นทุนด้านบุคลากร หรือตัด ภารกิจอื่นที่ไม่สร้างผลตอบแทน

1.2 Responsiveness สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพที่ หลากหลาย (Diversity of demand) แต่อาจเน้นการซ่อมสุขภาพ หรือด้าน เฉพาะทางบางจุดมากเกินไป ซึ่งเป็นความต้องการด้านเดียว

1.3 Customization เป็นการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง นำไปสู่ การพัฒนางานคุณภาพ หรือระบบประกันคุณภาพที่มีมาตรฐานกำกับ

1.4 Autonomy ทำให้เกิดโอกาสและสภาพแวดล้อมขององค์กรที่เอื้อ ต่อการดำเนินการกิจตามศักยภาพเกิดประสิทธิภาพจากระบบการจัดการสมัยใหม่ เกิดการแบ่งหน้าที่ตาม Contractual basis แต่จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น

ผลที่คาดในอนาคต

ระบบกลไกตลาด เมื่อนำมาใช้กับการจัดการด้านสุขภาพ ด้านหนึ่งก่อให้เกิด ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร สามารถวัดผลได้เป็นรูปธรรม สอดคล้อง กับความต้องการเบื้องต้นของผู้รับบริการ แต่อีกด้านหนึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่ สมดุล ความไม่เสมอภาค บิดเบี้ยวตามแรงผลักดันของอุปสงค์ได้

ด้านบุคลากร มีโอกาสถูกหล่อหลอมจากสภาพแวดล้อมภายในองค์กร ให้มองปัญหาเฉพาะหน้า มุมเดียว และมักตัดสินใจความต้องการอย่างผิวเผิน แต่ก็มีความตื่นตัวกระตือรือร้นในการทำงาน

2. การเปลี่ยนแปลงในตัวระบบ ต่อไปจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภัยพิบัติ และรุนแรง (แนวโน้มและเหตุผลที่สำคัญ คือ Technology development,

increasing market demand และ massive information) โดยมีการปฏิรูปเป็นตัวเร่ง

ผลที่คาดในอนาคต

2.1 Central planning of HRH มีโอกาสประสบความสำเร็จได้น้อยลงทุกทีๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเร็ว จนการวางแผนตามไม่ทัน เนื่องจากการผลิตบุคลากรจำเป็นต้องใช้เวลาพอสมควร

2.2 Decentralization ของการตัดสินใจ และถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ ด้วยความที่ราชการส่วนกลางไม่สามารถบัญชาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การกระจายอำนาจโดยผู้รับมอบยังขาดความพร้อมและจิตสำนึกก็เกิดปัญหาได้เช่นกัน

2.3 Deregulation เพื่อเปิดโอกาสให้บุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา โดยไม่ถูกพันธนาการด้วยกฎระเบียบ ทำให้เกิดความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. การขยายตัวของความรู้และศาสตร์แขนงต่างๆ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยเฉพาะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เป็นไปอย่างรวดเร็ว ความรู้และเทคโนโลยีบางอย่างมีต้นทุนสูง จึงมีการผูกขาดความรู้ในรูปแบบต่างๆ กัน ส่งผลให้เกิดช่องว่างทางเศรษฐกิจสังคมระหว่างผู้กุมความรู้ กับผู้ไม่โอกาสเข้าถึงความรู้เหล่านั้น

ผลที่คาดในอนาคต

ความไม่เสมอภาค และการแสวงประโยชน์จากการผูกขาดความรู้ จะทวีความซับซ้อน รุนแรง ข้อมูลสารสนเทศซึ่งอนาคตจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างมาก จะยิ่งหลากหลาย ซับซ้อนเกินกว่าความสามารถของประชาชนทั่วไป จะเข้าใจแยกแยะและนำมาใช้ประโยชน์กับตนเองได้อย่างถูกต้อง ในขณะที่ "ระบบและวิถีคิด" ของประชาชนยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร ทำให้แนวโน้มการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ จะถูกชี้นำด้วยการพึ่งพาเทคโนโลยีมากขึ้น

ดังนั้น สังคมจึงต้องการฐานความรู้และข้อมูลที่ต้องการ เชื่อถือได้ มีระบบตรวจสอบ กลั่นกรอง และนำความรู้มาใช้ จนเป็น Knowledge-based หรือ Learning society

4. บทบาทของประชาชนในฐานะที่เป็นพลังสังคม จะได้รับการยอมรับมากขึ้น เคียงคู่กับระบบรัฐในอนาคต เนื่องจากกระแสความตื่นตัวในเรื่องการปฏิรูปสังคมและการเมือง ทั้งในระดับสากลและภายในประเทศ ทำให้เกิดการเรียนรู้ของประชาชนอย่างกว้างขวาง และต่อเนื่อง มีการสร้างเครือข่ายชุมชนต่างๆ เพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของกลุ่ม

ผลที่คาดในอนาคต

เกิดการควบคุม ตรวจสอบ ถ่วงดุลกับกลไกต่างๆ ของรัฐมากขึ้น ทำให้เกิดความโปร่งใส และ “ธรรมาภิบาล” ในการบริหารจัดการทั้งภาครัฐและเอกชนมากขึ้น

การเคลื่อนไหวทางประชาสังคมที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง จำเป็นต้องสร้างพลังทางปัญญาให้เกิดขึ้นด้วย เพื่อให้มีทิศทางที่ชัดเจน ท่ามกลางกระแสของกลไกตลาด และบริโภคนิยม ทั้งนี้ โดยอาศัยการถ่ายทอดความรู้และข้อมูลไปยังหน่วยต่างๆ ให้มากที่สุด และเข้มแข็งที่สุด

5. การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ จะมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพ เป็นกุญแจที่จะนำความรู้และเทคโนโลยีไปสู่ประชาชน เพื่อให้เกิดการพึ่งตนเอง ในทางตรงข้ามกำลังคนก็ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์เช่นกัน เช่น การให้คุณค่าของการพัฒนาคนและความรู้เมื่อเทียบกับเทคโนโลยีสำเร็จรูป สถานะและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงานด้วยกัน ระหว่างผู้ปฏิบัติกับตัวองค์กร หรือระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ตลอดจนค่านิยม และวัฒนธรรมการทำงาน ย่อมเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์

ผลที่คาดในอนาคต

5.1 บุคลากร จะมีความซับซ้อน และแยกส่วน เป็นเฉพาะกลุ่มเฉพาะทางมากขึ้น เช่นเดียวกับพัฒนาการของวิชาชีพต่างๆ ที่ผ่านมา ขณะเดียวกันก็มีบทบาทที่หลากหลายมากขึ้น รวมทั้งการขยายตัวของบุคลากรด้านสุขภาพที่เคยอยู่นอกระบบในอดีต

5.2 ความไม่สมดุลของระบบกำลังคนด้านสุขภาพ จะยังคงอยู่และอาจรุนแรงขึ้นหากขาดระบบการจัดการที่ดีพอ ความไม่สมดุลมีหลายรูปแบบ เช่น

- ความไม่สมดุลด้านจำนวนต่อประชากร หรือภาระงานในภาพรวม

- ความไม่สมดุลด้านพื้นที่ ระหว่างภูมิภาค ภูมิภาคศาสตร์ ระหว่างชนบท และเมือง ระหว่างเขตป่าเขากับพื้นราบ

- ความไม่สมดุล ระหว่างสถานบริการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

- ความไม่สมดุลด้านสาขาวิชาชีพ บางสาขามีมาก บางสาขาขาดแคลน สัดส่วนในที่มสุขภาพเสียไป

- ความไม่สมดุลด้านบทบาทหน้าที่ ระหว่างผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กับวิชาชีพทั่วไป

5.3 ระบบการจ้างงานจะเปลี่ยนไป จะมีสัดส่วนที่อยู่กับรัฐส่วนกลาง องค์กรท้องถิ่น องค์กรอิสระ องค์กรภาคเอกชน หรือเป็นผู้ให้บริการอิสระ ที่กระจายตัวมากขึ้น

5.4 ความต้องการเรียนรู้ และพัฒนาเพื่อเพิ่มสมรรถนะของตนเองมากขึ้น เนื่องจากระบบการประเมินผลงานบุคคล ทำให้ต้องขวนขวาย ไม่อยู่นิ่ง ขณะที่แนวโน้มว่าการศึกษาต่อเนื่อง และการฝึกอบรมต่างๆ จะเป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล



ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์

กระบวนการ ที่จะทำให้บรรลุผลการพัฒนาคน โดยยึดมั่นในเป้าหมายสุดท้าย ที่จะสร้างคุณภาพของคนที่มีทัศนคติ ความรู้และความสามารถ เพื่อทำบทบาทหน้าที่พัฒนาสุขภาพของประชาชน ดังที่กล่าวแล้วในส่วนที่ 1

ยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

1. สร้างกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองจากความตระหนัก (Empowerment) โดยมีเป้าให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เรียนรู้จากการปฏิบัติ ใช้ประสบการณ์จริงของผู้เรียน การเรียนรู้จัดสรรให้มีดุลยภาพระหว่างการสร้างทัศนคติและสาระความรู้
2. พัฒนาปรัชญา แนวคิด และกระบวนการของการพัฒนาคน ทั้งการเรียนรู้ในระบบ และการเรียนรู้ในกรอบการทำงาน ภายในบริบททางสังคม วัฒนธรรมของระบบสุขภาพ และสังเคราะห์ให้เป็นแก่นทางปัญญาของการพัฒนาคน
3. สร้างระบบและกลไก ในระดับชาติและท้องถิ่น (ภูมิภาค) เพื่อกำหนดทิศทางและนโยบายในภาพรวม พร้อมกับรองรับการพัฒนาที่หลากหลายของกำลังคนในพื้นที่ เพื่อให้กำลังคนมีศักยภาพเพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลายในพื้นที่
4. สร้างเสริมบทบาทของรัฐที่เป็นนุ้ฒิกภาวะ (Stewardship) กล่าวคือ เน้นประสิทธิภาพการดำเนินงาน (Performance efficiency) ด้วยการจัดการอย่างเหมาะสมและชาญฉลาด แทนการควบคุมอย่างเดิม
5. พัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่อง และการบริหารจัดการที่สนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Life long learning) ของกำลังคนด้านสุขภาพ

6. ส่งเสริม พัฒนาองค์กรวิชาชีพ ให้มีบทบาทต่อการพัฒนาคน และการพัฒนาวิชาการ

บทบาทของรัฐ (หน่วยงานกลาง) ต่อการพัฒนาคนและระบบสุขภาพในอนาคต

1. มีหน้าที่กำหนด Strategic direction & policy ของการพัฒนาคนในระบบสุขภาพแต่ต้องมีวิสัยทัศน์ที่กว้างและยืดหยุ่นสูงมีเป้าหมายการพัฒนาชัดเจน
2. มี Influence framework โดยใช้ Regulatory mechanism ที่เหมาะสมเพื่อการส่งเสริมสนับสนุน (มาตรการจูงใจทางการเงิน) และการควบคุมเท่าที่จำเป็น (มาตรการทางกฎหมาย) รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งต้องพัฒนาความพร้อมด้าน regulatory และ contracting skills รวมทั้งต้องเฝ้าระวัง Transaction costs ที่เพิ่มขึ้นด้วย
3. Decentralization of function และมอบความรับผิดชอบ เพื่อลดภาระงานที่ไม่จำเป็น
4. จัดทำแนวปฏิบัติ (Guideline) และทางเลือก (Options) เพื่อสนับสนุนและกำกับดูแลการบริหารทรัพยากรเพื่อการพัฒนาคน
5. อาศัยระบบ Monitoring & evaluation ที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพเพื่อติดตามผลลัพธ์และศึกษาผลกระทบ ให้มีการพัฒนาระบบข้อมูล และความรู้จากฐานล่าง
6. สร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ (Learning society) เช่น อุดหนุนการเรียนรู้ที่เป็น Model development ของการพัฒนาคนในบริบทต่างๆ เพื่อสร้างแนวคิดของกระบวนการ (Concept of process) ในเรื่องปฏิรูปการเรียนรู้ ซึ่งเป็นไปได้ทางปฏิบัติ ตลอดจนการพัฒนาความพร้อมของตัวระบบสุขภาพ (Capacity building) ด้วยการลงทุนด้านการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้และข้อมูลการพัฒนาคน
7. เป็นผู้ดำเนินการเท่าที่จำเป็น เช่น การดูแลสุขภาพของประชาชนผู้ด้อยโอกาส การแก้ไขความไม่สมดุล ความไม่เสมอภาค และความเบี่ยงเบนต่างๆ โดยใช้กำลังคนเป็นเครื่องมือ
8. ส่งเสริมและการรักษาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยผ่านมาตรฐานบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อให้การคุ้มครองผู้บริโภค

โครงสร้างองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคนในอนาคต

มีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โดยเฉพาะกับการปฏิรูปองค์กร ในกระทรวงสาธารณสุข โดยสังเขปดังนี้ (ดูแผนภูมิที่ 3)

1. กระทรวงสาธารณสุข จะพัฒนาเป็นองค์กรกำหนดนโยบายด้าน สุขภาพระดับประเทศเป็นด้านหลัก (กระทรวงสุขภาพ) อาจมีหน่วยงานปฏิบัติ อยู่ในกำกับดูแล เฉพาะเรื่องที่ต้องใช้วิชาการชั้นสูง หรือเพื่อรองรับการดูแล สุขภาพของผู้ด้อยโอกาส ที่ไม่ได้รับความเสมอภาค ตามกรอบรัฐธรรมนูญ

อย่างไรก็ตาม ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ อาจเป็น "คณะกรรมการ ระบบสุขภาพแห่งชาติ" ที่จัดตั้งขึ้นเฉพาะก็ได้ โดยกระทรวงสุขภาพในอนาคตก็ จะทำหน้าที่รองรับนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (กำลังหาข้อยุติ)

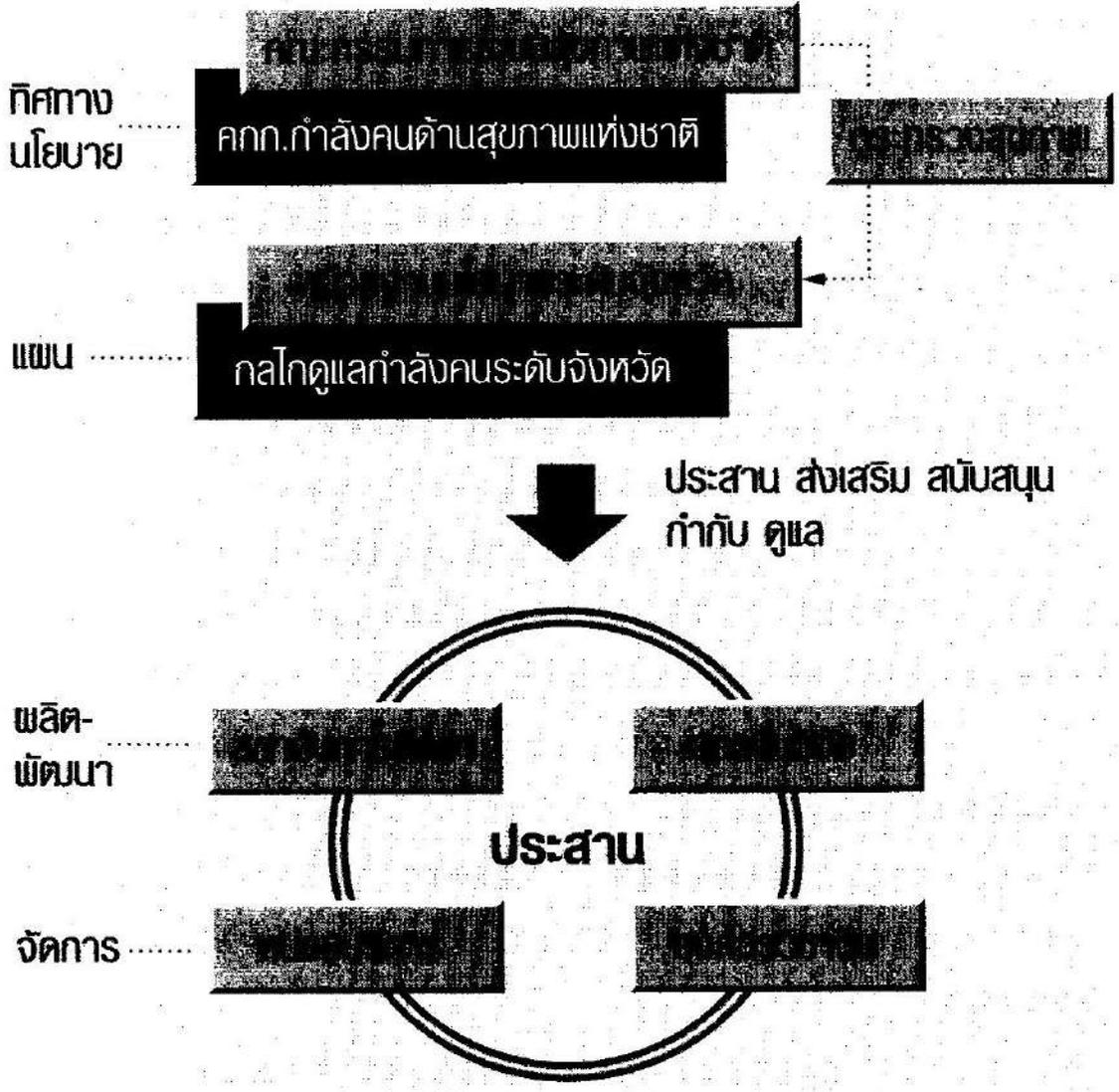
ไม่ว่าจะเป็นกรณีองค์กรนโยบายแบบใด จำเป็นต้องมีหน่วยงานนโยบาย ด้านกำลังคนอยู่ในกำกับดูแล

2. เนื่องจากระบบบริการสุขภาพทั้งหมด จะถูกแยกไปเป็น "ฝ่ายให้บริการ (Provider)" จึงต้องการหน่วยงานระดับภูมิภาคที่เป็นตัวแทนของ กระทรวงสุขภาพ เป็นผู้กำกับ ดูแล โดยไม่เป็นสายบังคับบัญชาอีกต่อไป หน่วยงานดังกล่าวน่าจะเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในบทบาทหน้าที่ใหม่ และย่อมมีกลไกหรือหน่วยภายในที่กำกับดูแลเรื่องกำลังคนในภาพรวมของ จังหวัด ให้ครอบคลุมกำลังคนสาขาต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งที่อยู่ใน ระบบและนอกระบบ

3. หน่วยปฏิบัติจะมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการมากขึ้น และ เชื่อมโยงสถาบัน องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคน ได้แก่

- สถาบันการศึกษา ทำหน้าที่ผลิตและพัฒนาบุคลากร
- สถาบันวิจัยและสร้างองค์ความรู้ระดับชาติและท้องถิ่น
- หน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ใช้บุคลากร ได้แก่ โรงพยาบาลใน กำกับของรัฐ หน่วยขององค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานเอกชน
- องค์กรวิชาชีพ ที่จะเข้ามาช่วยพัฒนาวิชาชีพ

แผนภูมิที่ 3 โครงสร้างความสัมพันธ์ ระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนในอนาคต



ข้อเสนอต่อการพัฒนากำลังคน

ด้านนโยบาย

1. ให้มีกลไกระดับชาติ โดยจัดตั้ง “คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ” พร้อมกับสำนักงานเลขานุการ ดังนี้

1.1 เป็นหน่วยงานภายใต้ “คณะกรรมการระบบสุขภาพแห่งชาติ” หรือภายใต้กระทรวงสุขภาพ ซึ่งขึ้นอยู่กับใครมีหน้าที่กำหนดแนวนโยบายด้านสุขภาพของรัฐ และควรให้หน่วยงานมีระบบบริหารงานที่มีอิสระ คล่องตัวสูง

1.2 องค์ประกอบของคณะกรรมการ ประกอบด้วยผู้แทนจากกระทรวงสุขภาพและกระทรวงอื่นๆ/ องค์การวิชาการ/ สถาบันการศึกษา/ องค์การวิชาชีพ/ หน่วยปฏิบัติทุกระดับ/ องค์การท้องถิ่นและภาคประชาชน

1.3 มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

- กำหนดทิศทางและนโยบายด้านกำลังคนในภาพรวมของระบบสุขภาพ ทั้งด้านการผลิตและการพัฒนาคน โดยมุ่งเน้น “คุณภาพของคน” ตลอดจนการกระจายและการจัดการกำลังคน

- ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อแก้ปัญหาด้านกำลังคนเฉพาะกลุ่ม เฉพาะเรื่อง

- ประเมินสภาพ กำกับ ติดตามสถานการณ์ และประเมินผลกระทบต่อกำลังคนในระบบ รวมทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคนระดับประเทศ

- อุดหนุน ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาคน เพื่อลดช่องว่าง หรือความไม่สมดุลด้านกำลังคนในระบบสุขภาพ โดยใช้มาตรการทางการเงินและงบประมาณ

- อุดหนุน ส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านกำลังคน และพัฒนารูปแบบการพัฒนาคนที่เหมาะสม

- ร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับหน่วยงานวิจัยด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการพัฒนาคนกับการทำวิจัย ตลอดจนการประสานงานกับสถาบันองค์กร และประชาคมต่างๆ

2. ให้มี “กลไกระดับภูมิภาค” หรือท้องถิ่นที่คลุมพื้นที่จังหวัดหรือกลุ่มจังหวัด (เขต)

2.1 เป็น “หน่วยภายใน” ของหน่วยงานกำกับนโยบายของกระทรวงสุขภาพในระดับพื้นที่ อาจเป็น สสจ.(ผู้แทนกระทรวงฯ) หรือคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กรณีเป็นหน่วยงานกลางที่มีใช้ผู้ซื้อ ผู้ขายบริการสุขภาพ)

2.2 มีหน้าที่ประสานเชื่อมต่องานด้านกำลังคนระหว่างกลไกระดับชาติ กับหน่วยปฏิบัติ ตลอดจนการประสานงานกับงานสาขาอื่นๆ ดังนี้

- จัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce plans) เพื่อคาดการณ์ความต้องการระยะกลาง ให้สอดคล้องกับพื้นที่

- กำกับดูแล ประเมินผลการจัดการกำลังคน ได้แก่ การกระจายการใช้ การพัฒนา และการรักษากำลังคน ในระดับพื้นที่

- ประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์กำลังคน

3. จัดตั้ง “กองทุนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ” เพื่อเป็นเครื่องมือทางการเงิน ในการอุดหนุน ส่งเสริมการดำเนินงานของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ตามขอบเขต หน้าที่ และความรับผิดชอบที่กำหนด

4. กำหนดให้หน่วยงานทั้งรัฐและเอกชน จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนากำลังคน ในภาพรวม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรทั้งระบบ

ด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากร

5. ผลักดันการปฏิรูปการเรียนรู้ในสถาบันการศึกษาให้เกิดเป็นรูปธรรม โดยมีเป้าหมายสุดท้ายอยู่ที่การสร้างคุณภาพของคนเข้าสู่ระบบ และให้ถือเป็นบทบาทและพันธกิจสำคัญของสถาบันการศึกษาที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้การปฏิรูปต้องมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อปรับหลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอนอย่างจริงจัง ตลอดจนการพัฒนาอาจารย์ผู้สอน

6. ให้สถาบันการศึกษา มีบทบาททั้งด้านการผลิต และด้านการพัฒนาบุคลากร ในสัดส่วนที่เหมาะสมและเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ทำหน้าที่สนับสนุนระบบสุขภาพอย่างแนบแน่น ไม่ควรแยกบทบาทการผลิตและฝึกอบรมออกจากกันอย่างสิ้นเชิง ทั้งนี้ การพัฒนาบุคลากรต้องไม่มุ่งเน้นแต่ตัวหลักสูตรฝึกอบรม

ควรเน้นการพัฒนาศักยภาพของคนเป็นเป้า

7. การพัฒนาความรู้และวิชาการซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของสถาบันการศึกษา ต้องผลักดันทิศทางให้นำความรู้ออกจากตัวผู้เชี่ยวชาญ ไปสู่ผู้มีหน้าที่หรือมีโอกาสได้รับประโยชน์จากการใช้ความรู้นั้น และต้องทำให้เป็นความรู้ที่ใช้ประโยชน์ได้ การสร้างกำลังคนด้านสุขภาพจึงต้องพัฒนาทั้งนักวิจัยและผู้ปฏิบัติ ให้เป็นผู้จัดการกับความรู้เป็น รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้ไปสู่ประชาชนต่อไปได้

8. กระจายโอกาสทางการศึกษา และสร้างหลักประกันการคงอยู่ของบุคลากรในชนบท ด้วยการสนับสนุนให้มีระบบคัดเลือกผู้เข้าศึกษาจากท้องถิ่น และชุมชนที่มีความขาดแคลนกำลังคน มีระบบสร้างความผูกพันระหว่างผู้เรียน กับชุมชนท้องถิ่นของตน ทั้งจิตสำนึกและนิติผูกพัน

9. หน่วยงานผู้ใช้ต้องมีบทบาทและความรับผิดชอบต่อการพัฒนาคน เข้าสู่ระบบงานของตนเอง เพื่อให้เกิดความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพงานจริง ไม่ปล่อยให้เป็นการเรียนรู้ตามธรรมชาติที่ปราศจากการจัดการใดๆ

10. ให้รัฐดำเนินการให้เกิดระบบการจัดการที่รองรับการเรียนรู้ตลอดชีวิต ของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยให้มีหน่วยงานอิสระ หรือกลไกภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติดูแลรับผิดชอบ ทำหน้าที่จัดการด้านฐานข้อมูลของแหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิต และให้บริการเชื่อมต่อระหว่างแหล่งเรียนรู้ที่กระจายอยู่กับผู้เรียนทั่วประเทศ

ด้านการจัดการระบบกำลังคน

11. สนับสนุนให้หน่วยงานต่างมีบทบาทและความรับผิดชอบในการจัดการกำลังคนของตนเองโดยอิสระ แต่ต้องเป็นระบบที่ส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรทุกคนอย่างเต็มที่ สร้างความเสมอภาค เป็นธรรม และเกิดประสิทธิภาพการทำงาน ได้แก่ การกำหนดกรอบอัตรากำลัง การกำหนดและพัฒนามาตรฐานบุคลากร การมอบหมายงาน การเตรียมคนเข้าสู่ตำแหน่ง และพัฒนาคนอย่างต่อเนื่อง การบริหารงานบุคคล การดูแลคุณภาพและการวัดผลการปฏิบัติงาน การพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ เป็นต้น

ด้านองค์การวิชาชีพ

12. สนับสนุนให้สภาวิชาชีพ ทำหน้าที่พัฒนาวิชาชีพ ทั้งด้านวิชาการ ด้านคุณภาพและมาตรฐาน และด้านจริยธรรม อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความเป็นไปได้ เช่น การดูแลคุณภาพของการผลิตบุคลากรสายวิชาชีพ การจัดการศึกษาต่อเนื่องรองรับการต่อใบอนุญาต

13. ออกกฎหมายเพื่อจัดตั้งสภาวิชาชีพเพิ่มขึ้น ให้ครอบคลุมขอบเขตการให้บริการของวิชาชีพต่างๆ เช่น เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด การแพทย์แผนไทย ฯลฯ ส่วนสาขาวิชาชีพที่ยังไม่ออกกฎหมายเฉพาะ ก็ให้กระทรวงสุขภาพเป็นผู้ดูแล พร้อมกับการครอบคลุมวิชาชีพสาขาใหม่ๆ เช่น โภชนบำบัด อาชีวบำบัด จิตบำบัด ผู้ให้คำปรึกษาทางจิต รวมทั้งใบอนุญาตผู้บริหารสถานบริการ ฯลฯ นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้สมาคมวิชาชีพมีบทบาทการพัฒนาวิชาชีพ มาตรฐานวิชาชีพ และขึ้นทะเบียนสำหรับวิชาชีพที่มีลักษณะเฉพาะสูง

ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (ตาม พรบ.ใหม่) เป็นผู้เสนอการจัดระบบ และการปรับปรุงกฎหมาย เพื่อรองรับตามวรรคแรก ซึ่งต้องไม่เกิน 2 ปี นับแต่ พรบ.ใหม่ใช้บังคับ

14. จัดตั้ง "สมัชชาวิชาชีพ" เป็นองค์การความร่วมมือระหว่างสภาวิชาชีพ สมาคมวิชาชีพ และกลุ่ม ชมรมวิชาชีพ เพื่อให้มีบทบาทในการเสนอความเห็นต่อนโยบายและมาตรการของรัฐ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ ให้รัฐจัดสรรเงินอุดหนุนองค์การวิชาชีพ ผ่านสมัชชาวิชาชีพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรสุขภาพ

15. ให้ปรับปรุงกฎหมายวิชาชีพ เพื่อเอื้อให้ภาคประชาชนมีบทบาท และมีส่วนร่วมในองค์การวิชาชีพ เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้บริโภค ในทางเลือกต่างๆ ดังนี้

15.1 เป็นที่ปรึกษาองค์การวิชาชีพ

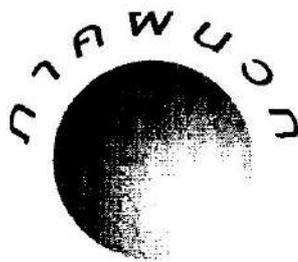
15.2 เป็นกรรมการสภาวิชาชีพ โดยกำหนดสัดส่วนบุคคลภายนอก

15.3 ให้บุคคลภายนอกมีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณาคดี และการตัดสินลงโทษ

15.4 มีกระบวนการประชาพิจารณ์ ที่กฎหมายวิชาชีพรองรับ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันพระบรมราชชนกและเครือข่ายพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2544). ข้อเสนอการพัฒนาคอนโทรลของการกระจายอำนาจด้านการจัดบริการและการดูแลสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมเวทีย่อยการประชุม “การกระจายอำนาจกับอนาคตสุขภาพไทย” วันที่ 23 - 25 มกราคม พ.ศ. 2544. เอกสารอัดสำเนา
2. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และน.ส.พินทุสร เหมพิสุทธิ. (2544). กลไกนโยบายและบทบาทของส่วนต่าง ๆ ในสังคมเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา
3. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร และศ.นพ.อารี วัลยะเสวี. Health management and Financing Study Project ADB TA. 2997-THA รายงานวิชาการการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
4. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) กระทรวงสาธารณสุข. (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ. (เอกสารอัดสำเนา)
5. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2544). การพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549). เอกสารอัดสำเนา
6. อัมพล จินดาวัดนะ. ข้อเสนอแนะการกำหนดนโยบายและวางแผน การผลิต การพัฒนา การแก้ปัญหา กำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
7. World Health Organization. (2000). The World Health Report 2000 Health System : Improving Performance. Geneva.



โครงการประชุมระดับสมอง “การพัฒนากำลังคนกับการปฏิรูประบบสุขภาพ”

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ส่วนพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก

หลักการและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงในกลไกต่าง ๆ ทั้งในส่วนที่เป็นการจัดองค์การภาครัฐ การจัดองค์การภาคประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิรูประบบการเมืองและสังคม มีการปรับระบบบริหารจัดการภาครัฐทั้งในส่วนที่เป็นการปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจ วิธีการบริหารงาน โดยมีเป้าหมายสุดท้ายที่การลดขนาดของภาคราชการให้มีความทันสมัย ปรับตัวได้ สามารถทำงานร่วมกับภาคเอกชน ประชาชน และเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ สร้างความเข้มแข็งให้ท้องถิ่นได้อย่างสมดุล เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ระบบสุขภาพและระบบบริการด้านสุขภาพที่ผ่านมา เน้นการจัดระบบบริการด้านสุขภาพแบบตั้งรับ มีการขยายและพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง แต่สิ่งที่ปรากฏคือภาพของคนไทยที่ใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพเป็นไปเพื่อการซ่อมสุขภาพที่ได้ผลตอบแทนทางสุขภาพต่ำ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีแนวคิดที่จะดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ ให้เป็นในลักษณะเชิงรุก เพื่อส่งเสริมให้คนทั้งมวลมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น มีระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ที่มุ่งสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้าแก่ประชาชน วิธีดำเนินการนั้นมีการดำเนินการในหลายกลยุทธ์ กลยุทธ์หนึ่งคือการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของชาติ เป็นเครื่องมือในการสร้างกระแส ปรับเปลี่ยนวิธีการคิด เพื่อช่วยสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ร่วมกัน โดยระบบสุขภาพนั้นจะประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบ ระบบกำลังคนด้านสุขภาพก็เป็นระบบหนึ่งที่เป็นกลไกสำคัญในอันที่จะทำให้ระบบใหญ่ดำเนินการได้อย่างเชื่อมโยงสอดคล้องประสานเป็นหนึ่งเดียว

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเรื่องการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ได้เล็งเห็นความสำคัญในอันที่จะปรับบทบาทและภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากร ให้เกิดมุมมองใหม่ในเรื่องที่เกี่ยวกับ การกำหนดนโยบาย การวางแผน การผลิต การสรรหา การใช้ และการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับ ให้สนองต่อต่อระบบสุขภาพที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ดังนั้นสถาบันพระบรมราชชนกจึงจัดให้มีโครงการประชุมระดมสมอง “จัดทำข้อเสนอระบบกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น โดยมุ่งประเด็นการแสวงหาข้อเสนอต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณาบรรจุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อระดมความมีส่วนร่วมของเครือข่ายกำลังคนในการทบทวนประเด็น (ร่าง) กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติในส่วนของระบบกำลังคนด้านสุขภาพ
2. เพื่อเสนอแนะและขยายประเด็นเกี่ยวกับระบบกำลังคนด้านสุขภาพให้เป็นรูปธรรม เพื่อสนองต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

กำหนดเวลา

ระหว่างมิถุนายน - กันยายน 2544

การดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ

1. แต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อกำหนดแนวคิด หลักการ รูปแบบ การประชุม
2. จัดประชุมคณะทำงานเพื่อเตรียมความพร้อมและกำหนดการทำงานร่วมกัน
3. รวบรวมข้อมูลทางวิชาการเพื่อเสนอเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา ระดมความคิดเห็นต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพในร่างกรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ

ขั้นตอนการ

1. ประชุมชี้แจงคณะทำงานเพื่อทบทวนแนวทางการทำงานและเพื่อหาข้อตกลงการดำเนินการ (TOR) ในการวิเคราะห์ประเด็นย่อยกรอบแนวคิดระบบกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้ได้เนื้อหาเป็นยกร่างที่ 1 (วันที่ 15 มิถุนายน 2544)
2. คณะทำงานแต่ละกลุ่มดำเนินการจัดทำยกร่างที่ 1 (มิถุนายน - กรกฎาคม)
3. จัดประชุมเวทีย่อยเพื่อพิจารณายกร่างที่ 1 ระหว่างคณะทำงาน ผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคีที่เกี่ยวข้องให้ได้เนื้อหาเพื่อนำเข้าในการสัมมนาเวทีระบบการพัฒนากำลังคนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ (กรกฎาคม - สิงหาคม 2544)
4. ปรับแก้ไขยกร่างตามข้อเสนอของเวทีย่อย
5. จัดการประชุมระดมสมอง "การพัฒนากำลังคนกับการปฏิรูประบบสุขภาพ" เพื่อหาข้อเสนอร่วมกัน (ยกร่างที่ 2) วันที่ 17 สิงหาคม 2544
6. นำข้อเสนอที่ได้จากการประชุมระดมสมองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อขอข้อคิดเห็นเพิ่มเติม (สิงหาคม)
7. ปรับแก้ไขตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ (สิงหาคม)
8. นำข้อเสนอที่ได้เสนอในเวทีตลาดนัดปฏิรูประบบสุขภาพ (1-5 กันยายน)

ผู้เข้าร่วมประชุม

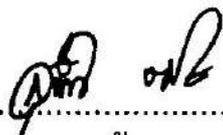
กลุ่มนักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ จากกระทรวง ทบวง กรมที่เกี่ยวข้อง และภาคีต่างๆ

งบประมาณ

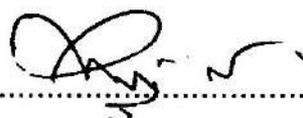
1. จากการสนับสนุนของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
2. งบประมาณสถาบันพระบรมราชชนก

พลที่คาดว่าจะได้รับ

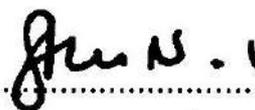
ได้ข้อเสนอที่เกี่ยวข้องกับระบบกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อนำเข้าสู่การพิจารณา
ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นรูปธรรม โดยข้อเสนอนี้เกิดจากการ
ระดมความเห็นของประชาชนในชาติทั้งส่วนที่เป็น นักวิชาการ ประชาชน และ
ข้าราชการ โดยมุ่งผลลัพธ์อันปลายเพื่อความเสมอภาค เป็นธรรม ในการเข้าถึง
บริการระบบสุขภาพของประชาชนชาวไทย

ลงชื่อ..........ผู้เสนอโครงการ
(นางสุทิศ ตั้งธนนานิช)

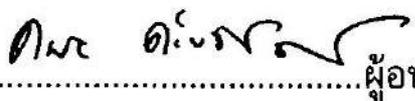
นักพัฒนาทรัพยากรบุคคล 8 รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการส่วนพัฒนาบุคลากร

ลงชื่อ..........ผู้เห็นชอบโครงการ
(น.พ. อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร)

รองผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ลงชื่อ..........ผู้เห็นชอบโครงการ
(น.พ. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ)

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ลงชื่อ..........ผู้อนุมัติโครงการ
(นายदनัย ด่านวิวัฒน์)

นายแพทย์ 10 ด้านเวชกรรมสาขาอายุรกรรม
รักษาราชการแทนรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(ตราครุฑ)

**คำสั่ง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ที่ 1605 / 2544**

**เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอ
ระบบกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ**

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้อนุมัติให้สถาบันพระบรมราชชนก ดำเนินโครงการประชุมระดมสมอง "การพัฒนากำลังคนกับการปฏิรูประบบสุขภาพ" ซึ่งการประชุมดังกล่าวเป็นการระดมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ จากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน มหาวิทยาลัย องค์การวิชาชีพ สภาวิชาชีพ และกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยจะนำข้อคิดเห็นรวมทั้งข้อเสนอ ที่ได้จากการประชุมระดมสมอง มาจัดทำเป็นข้อเสนอระบบกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อนำ เสนอใน พ.ร.บ.ระบบสุขภาพแห่งชาติ

ดังนั้น เพื่อให้การประชุมระดมสมองและการจัดทำข้อเสนอระบบกำลังคนด้านสุขภาพในระบบสุขภาพแห่งชาติ มีความชัดเจน สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงขอแต่งตั้ง คณะทำงานจัดทำข้อเสนอระบบกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มจัดทำข้อเสนอ ทิศทางและนโยบาย กำลังคน

คณะกรรมการ

- | | | |
|--------------------|--------------|--|
| 1. นพ.สุพรรณ | ศรีธรรมมา | สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กสธ. |
| 2. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ | จงอุดมสุข | สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กสธ. |
| 3. พญ.บุษกร | อนุชาติวรกุล | โรงพยาบาลรามารินทร์ |
| 4. นพ.สุริยะ | วงศ์คงคาเทพ | สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. นายพูลศักดิ์ | พุ่มวิเศษ | สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข |
| 6. น.ส.พินทุสร | เหมพิสุทธิ์ | สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กสธ. |
| 7. น.ส.ชาลินี | เอี่ยมศรี | สถาบันพระบรมราชชนก ผู้ประสานงาน |
| 8. น.ส.อลิสา | ศิริเวชสุนทร | สถาบันพระบรมราชชนก ผู้ประสานงาน |

ให้คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่

- วิเคราะห์ (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อยกร่างประเด็นด้าน ทิศทางนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

- ค้นคว้า รวบรวมข้อเสนอ ข้อคิดเห็นจากเอกสารวิชาการต่างๆ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำข้อเสนอด้านทิศทาง นโยบาย กำลังคน

- นำเสนอยกร่างประเด็นเบื้องต้นเรื่องทิศทาง นโยบาย กำลังคน ต่อคณะผู้เชี่ยวชาญให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็น

- รวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญจัดทำเป็นข้อเสนอทิศทางและนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อนำเข้าสู่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

2. กลุ่มจัดทำข้อเสนอระบบการผลิตและพัฒนาากำลังคน

คณะทำงาน

- | | | |
|--------------------|------------------|-------------------------------------|
| 1. พญ.สุพัชรา | ศรวิณิชชากร | สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข |
| 2. ดร.นันทพันธ์ | ชินล้ำประเสริฐ | มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (ABAC) |
| 3. รศ.ดร.พิมพ์พรรณ | ศิลปสุวรรณ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. นางอุไรรัตน์ | สิงหนาท | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 5. ทพ.ญ.จันทนา | อึ้งชูศักดิ์ | กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
| 6. ภก.กิตติ | พิทักษ์นิตินันท์ | เลขาธิการเภสัชกรรม |
| 7. นพ.เศกสรรค์ | ชวณะดีเลิศ | โรงพยาบาลนครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา |
| 8. น.ส.กาญจนา | สันติพัฒนาชัย | สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข |
| 9. ทพ.ญ.ทิพาพร | สุโหมสิต | สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข |
| 10. นางนวลขนิษฐ | ลิขิตลือชา | กองการพยาบาล |
| 11. นายสุรศักดิ์ | อธิคมานนท์ | สำนักงานปฏิรูประบบฯ ผู้ประสานงาน |
| 12. นางชลธิ์ | หาญเบญจพงศ์ | สถาบันพระบรมราชชนก ผู้ประสานงาน |
| 13. นางสมกมล | พิจารณา | สถาบันพระบรมราชชนก ผู้ประสานงาน |
| 14. น.ส.วราภา | จันทร์โชติ | สถาบันพระบรมราชชนก ผู้ประสานงาน |

ให้คณะทำงานชุดนี้มีหน้าที่

- วิเคราะห์ (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อยกร่างประเด็นระบบการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ

- ค้นคว้า รวบรวมข้อเสนอ ข้อคิดเห็นจากเอกสารวิชาการต่างๆ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำข้อเสนอ ระบบการผลิตและพัฒนาากำลังคนของประเทศ

- นำเสนอยกร่างประเด็นเบื้องต้น ด้านระบบการผลิตและพัฒนาากำลังคน ต่อคณะผู้เชี่ยวชาญให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็น

- รวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญจัดทำเป็นข้อเสนอเรื่อง ระบบการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อนำเข้าสู่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

3. กลุ่มจัดทำข้อเสนอระบบจัดการกำลังคน

คณะทำงาน

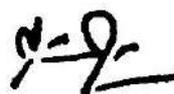
1. นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล โรงพยาบาลรามาริบัติ
2. ทพ.ปิยะ ศิริพันธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. ทพ.ญ.สุณี วงศ์คงคาเทพ สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
4. นพ.ชูฤทธิ์ เต็งไทรสอน โรงพยาบาลบาราศนราครุ กระทรวงสาธารณสุข
5. นพ.อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
6. นางกรรณิการ์ บรรเท็งจิตร สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
7. นางคณินนิตย์ บุญตันตราภรณ์ สถาบันพระบรมราชชนก ผู้ประสานงาน
8. นางบุญใจ ลิ้มศิลา สถาบันพระบรมราชชนก ผู้ประสานงาน
9. นางอรรวรรณ จิตตวานิช สถาบันพระบรมราชชนก ผู้ประสานงาน
10. น.ส.นิรัฐธา รุจิราวัชระ สถาบันพระบรมราชชนก ผู้ประสานงาน

ให้คณะทำงานชุดนี้มีหน้าที่

- วิเคราะห์ (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อยกร่างประเด็นเรื่องระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
- ค้นคว้า รวบรวมข้อเสนอ ข้อคิดเห็นจากเอกสารวิชาการต่างๆ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำข้อเสนอ เรื่อง ระบบการจัดการกำลังคนของประเทศ
- นำเสนอยกร่างประเด็นเบื้องต้นเรื่องระบบการจัดการกำลังคน ต่อคณะผู้เชี่ยวชาญให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็น
- รวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญจัดทำเป็นข้อเสนอเรื่อง ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อนำเข้าสู่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ กรกฎาคม พ.ศ.2544



(นายศุภชัย คุณารัตนพุกษา)

รองปลัดกระทรวง ปฏิบัติราชการแทน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(ตราครุฑ)

คำสั่ง สถาบันพระบรมราชชนก**ที่ 52 / 2544****เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอระบบ****กำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (เพิ่มเติม)**

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้อนุมัติให้สถาบันพระบรมราชชนก ดำเนินโครงการประชุมระดมสมอง “การพัฒนากำลังคนกับการปฏิรูประบบสุขภาพ” ซึ่งการประชุมดังกล่าวเป็นการระดมความคิดเห็น ในเรื่องระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยจะนำความคิดเห็นรวมทั้งข้อเสนอที่ได้จากการประชุมระดมสมองมาจัดทำเป็นข้อเสนอระบบกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อนำเสนอใน พ.ร.บ.ระบบสุขภาพแห่งชาติ

ดังนั้น เพื่อให้การจัดทำข้อเสนอระบบกำลังคนด้านสุขภาพในระบบสุขภาพแห่งชาติ มีความชัดเจน สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงขอแต่งตั้ง คณะทำงานจัดทำข้อเสนอระบบกำลังคนด้านสุขภาพ คณะทำงานสรุปรวบรวมผลการแสดงความเห็นต่อข้อเสนอฯ และคณะทำงานบริหารจัดการประชุม (เพิ่มเติม) ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มจัดทำข้อเสนอองค์กรวิชาชีพ**คณะทำงาน**

1.1 นางสาวบุษบา	สมร่าง	สถาบันพระบรมราชชนก
1.2 นางจรรุทรรัตน์	สื่อประเสริฐสุข	สถาบันพระบรมราชชนก
1.3 นางสุนีย์	โยคะกุล	สถาบันพระบรมราชชนก
1.4 นางสาวเบญจพร	รัชดาภิรมย์	สถาบันพระบรมราชชนก
1.5 นางสาววิไลเลิศ	เขียววิมล	สถาบันพระบรมราชชนก
1.6 นายวิกิต	ประกายหาญ	สถาบันพระบรมราชชนก

ให้คณะทำงานชุดนี้มีหน้าที่

- วิเคราะห์ (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อยกร่างประเด็นเรื่องระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

- รวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญจัดทำเป็นข้อเสนอเรื่อง ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อนำเข้าสู่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

2. คณะทำงานสรุปรวบรวมผลการเสนอความเห็นต่อข้อเสนอฯ

2.1 นางสุมิตตรา	พฤษ์ไพโรจน์กุล	สถาบันพระบรมราชชนก
-----------------	----------------	--------------------

2.2	ดร.อัญญาพร	หิรัญพฤกษ์	สถาบันพระบรมราชชนก
2.3	นางสาวนิภาพรรณ	สุวรรณนาถ	สถาบันพระบรมราชชนก
2.4	นางรุจิรา	เจียมอมรรัตน์	สถาบันพระบรมราชชนก
2.5	นางสุพรรณ	กาญจนเจตน์	สถาบันพระบรมราชชนก
2.6	นางสาววิไลลักษณ์	เรืองรัตน์ไตร	สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
2.7	นางสาวกฤษณา	สาริกัลยะ	สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
2.8	ทพ.ณูปิยา	ประเสริฐสม	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
2.9	ทพ.ณูวราภรณ์	จิระพงษา	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
2.10	ดร.กมลมาลย์	วิรัตน์เศรษฐสิน	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ให้คณะทำงานชุดนี้ มีหน้าที่

- บันทึกการบรรยาย อภิปราย ในหัวข้อที่รับผิดชอบ
- รวบรวมสรุปผล

3. คณะทำงานบริหารจัดการประชุม

3.1	นางสาววนิดา	อนุญาภิสิทธิ์	สถาบันพระบรมราชชนก
3.2	นางสุพิศ	ตั้งธนาธิช	สถาบันพระบรมราชชนก
3.3	นางสุพร	พลเสวีนันท์	สถาบันพระบรมราชชนก
3.4	นางสุรินทร์	ศิริวัฒน์กุล	สถาบันพระบรมราชชนก
3.5	นางสาวปราณี	สัมมะจารินทร์	สถาบันพระบรมราชชนก
3.6	นายวีระ	นันทพงษ์	สถาบันพระบรมราชชนก
3.7	นายชัยมงคล	สุดสวาท	สถาบันพระบรมราชชนก
3.8	นางกุลวีณา	นิธิวดีกุล	สถาบันพระบรมราชชนก
3.9	นางสาวฉวีวรรณ	เจริญสุข	สถาบันพระบรมราชชนก
3.10	นางภคนันท์	สีขัง	สถาบันพระบรมราชชนก

ให้คณะทำงานชุดนี้ มีหน้าที่

- ประชาสัมพันธ์การจัดประชุมระดมสมอง
 - อำนวยความสะดวกเรียบร้อยในการจัดการประชุมฯ
- ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ สิงหาคม 2544

(นายพูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ)

เจ้าหน้าที่ฝึกอบรม 9 รักษาการแทน

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้อภิปรายข้อคิดเห็นต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

- | | | |
|--------------------|-----------------|--|
| 1. รศ.ดร.กอบกุล | พันธ์เจริญวรกุล | ศิริราชพยาบาล |
| 2. รศ.พญ.กานดา | วัฒนโสภา | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ศ.นพ.เกษม | วัฒนชัย | |
| 4. นายโกมล | ชอบชื่นชม | สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 5. นพ.ขวัญชัย | วิศิษฐานนท์ | สปรส. กระทรวงสาธารณสุข |
| 6. ทพ.คมสรร | บุญยสิงห์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. นพ.จิตร | สิทธิอมร | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 8. ศ.นพ.จรัส | สุวรรณเวลา | |
| 9. นพ.ชูชัย | ศุภวงศ์ | สำนักงานสนับสนุนการพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ |
| 10. นพ.ดำรงดี | บุญยีน | |
| 11. รศ.ดร.ทัศนาศนา | บุญทอง | สภาการพยาบาล |
| 12. นายธรรมรัตน์ | การพิศิษฐ์ | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 13. นพ. พูนชัย | จิตอนันตวิทยา | สำนักเทคโนโลยีฯ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข |
| 14. นพ.ไพโรจน์ | นิงสานนท์ | |
| 15. นายเมธี | จันทร์จารุภรณ์ | กระทรวงสาธารณสุข |
| 16. ร.ศ.นพ.วิชัย | ไปษยะจินดา | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 17. นพ.ประทีป | ธนกิจเจริญ | กระทรวงสาธารณสุข |
| 18. ทพ.ประทีป | พันธุ์มวนิช | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 19. ศ.นพ.ประเวศ | วะสี | |
| 20. ดร.ปิยะธิดา | ตรีเดช | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 21. นายยันยงค์ | คำบรรลือ | สำนักงาน ก. พ. |
| 22. ศ.นพ.วิฑูรย์ | อึ้งประพันธ์ | |
| 23. นพ.วีระศักดิ์ | จงสู่วัฒน์วงศ์ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 24. นพ.ศุภชัย | คุณารัตนพฤกษ์ | กระทรวงสาธารณสุข |
| 25. นพ.สงวน | นิตยารัมภ์พงศ์ | สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข |
| 26. นพ.สมชาย | พีระปกรณ์ | องค์การอนามัยโลก |
| 27. ศ.สมศักดิ์ | จักรไถวงศ์ | ทบวงมหาวิทยาลัย |
| 28. นางสมหมาย | หิรัญนุช | กระทรวงสาธารณสุข |
| 29. ทพ.สุปรีดา | อดุลยานนท์ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 30. นางสาวรรณี | คำมัน | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 31. นพ.เสรี | หงษ์หยก | กระทรวงสาธารณสุข |
| 32. นพ.สำลี | เปลี่ยนางช้าง | |
| 33. นางอาริยา | สัพพะเลข | ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข |
| 34. ศ.นพ.อารี | วัลยเสวี | |
| 35. นพ.อำพล | จินดาวัฒน์ | สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ |

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง “การพัฒนากำลังคนเพื่อรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพ”

วันที่ 17 สิงหาคม 2544

ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

- | | | |
|------------------------|------------------|---|
| 1. ดร.กมลมาลัย | วิรัตน์เศรษฐสิน | วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 2. นางกรรณิการ์ | บรรเทียงจิตร | สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ |
| 3. น.ส.กัญญาณ | ศุภิจจากร | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 4. น.ส.กาญจนา | สันติพัฒนาชัย | สถาบันพระบรมราชชนก |
| 5. รศ.พญ.กานดา | วัฒน์เภาส | คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล |
| 6. ทพ.การุญ | เลี้ยวศรีสุข | คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.มหิดล |
| 7. นางกุลวิณา | นิธิตีกุล | สถาบันพระบรมราชชนก |
| 8. ศ.นพ.เกษม | วัฒน์ชัย | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 9. น.ส.วรัญญา | เตียวกุล | สนง.คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 10. นางโกสุม | ไพรัชเวชภัณฑ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง |
| 11. นพ.ขวัญชัย | วิศิษฐานนท์ | สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ |
| 12. นางคณิณนิตย์ | บุญตันตราภิวัดน์ | สถาบันพระบรมราชชนก |
| 13. นายคมปกรณ์ | ลิ้มป์สุทธิรัชต์ | โครงการจัดตั้งคณะกายภาพบำบัด วิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว |
| 14. ทพ.คมสรร | บุญยสิงห์ | คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.มหิดล |
| 15. ดร.จงดี | ว่องพินัยรัตน์ | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| 16. นางจรรุพรพรรณ | สื่อประเสริฐสุข | สถาบันพระบรมราชชนก |
| 17. น.ส.จรรุวรรณ | ผ่องพักตร์ | สำนักงาน ก.พ. |
| 18. รศ.จิตต์ชัย | สุริยะไชยากร | สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย |
| 19. นายเจตน์ | พรหมเจริญ | สมาคมรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 20. น.ส.ฉวีวรรณ | เจริญสุข | สถาบันพระบรมราชชนก |
| 21. ดร.ชนวนทอง | ธนสุกาญจน์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล |
| 22. นายชัยมงคล | สุดสวาท | สถาบันพระบรมราชชนก |
| 23. น.ส.ชื่นจิตร | ไพศัฟท์สุข | วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ (กทม.) |
| 24. นพ.ชูฤทธิ์ | เต็งไทรสรณ์ | โรงพยาบาลบาราศนราดรุ |
| 25. นางณัฐกานต์ | ศิระวงษ์ธรรม | สมาคมรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 26. นพ.ดำรงค์ | บุญยีน | |
| 27. นายดุสิต | ลิขนะพิชิตกุล | กรมสุขภาพจิต |
| 28. ภก.รศ.ดร.ทรงศักดิ์ | ศรีอนุชาติ | สภาเภสัชกรรม |
| 29. น.ส.ทวีวรรณ | สัมพันธ์สิทธิ์ | สถาบันพระบรมราชชนก |
| 30. ศ.นพ.เทพ | หิมะทองคำ | โรงพยาบาลเทพธารินทร์ |
| 31. น.ส.ธนพร | หล่อปยานันท์ | กองระบาดวิทยา |
| 32. น.ส.นวลจันทร์ | ศักดิ์ธนากุล | กองสุขศึกษา |
| 33. ดร.นันทพันธ์ | ชินล้ำประเสริฐ | มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ |
| 34. นางนายิกา | ใจดี | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี |
| 35. นางนำพิชญ์ | ธรรมทิเวศน์ | สถาบันพระบรมราชชนก |
| 36. น.ส.นิภาพรรณ | สุวรรณนาถ | สถาบันพระบรมราชชนก |

37. น.ส.นิริฐฐา	รุจิราวัชระ	สถาบันพระบรมราชชนก
38. นางนิษลิตา	ลีนะชุนางกูร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
39. นางบุญใจ	ลิมศิลา	สถาบันพระบรมราชชนก
40. พญ.บุญเรือง	นิยมพร	สมาคมแพทย์แผนไทยประยุกต์
41. พญ.บุษกร	อนุชาติวรกุล	โรงพยาบาลรามธิบดี
42. นางเบญจนี	เกापานิษฐ์	กรมการแพทย์
43. น.ส.เบญจพร	เงินทอง	สำนักงานประกันสุขภาพ
44. น.ส.เบญจพร	รัชตารมย์	สถาบันพระบรมราชชนก
45. น.ส.เบญจมาศ	สุรมิตรไมตรี	กองสุขศึกษา
46. นางเบ็ญจา	เตากล้า	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ (กทม.)
47. นายประดิษฐ์	เรืองรองรัตน์	คณะทันตแพทยศาสตร์
48. ทพ.ประทีป	พันธุ์มวนิช	คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์
49. นางภคพันธ์	สีซัง	สถาบันพระบรมราชชนก
50. ผศ.ดร.ประภาส	โพธิ์ทองสุนันท์	คณะเทคนิคการแพทย์ ภาควิชากายภาพบำบัด ม.เชียงใหม่
51. นพ.ประมวล	วีรุตมเสน	เลขาธิการแพทยสภา
52. ศ.นพ.ประเวศ	วะสี	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
53. ศ.นพ.ประสิทธิ์	วัฒน์ภา	คณะแพทยศาสตร์ศิริราช ม.มหิดล
54. นพ.ปราชญ์	บุญยวงศ์วิโรจน์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
55. นางปัทมา	คุณธนานนท์	สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
56. ดร.ปิยธิดา	ตรีเดช	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล
57. ผศ.ปิยธิดา	นิลศรีสกุล	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ (กทม.)
58. นายปิยะ	ศิริพันธ์ุ	คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์
59. ทพญ.ปิยะดา	ประเสริฐสม	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
60. ผศ.ดร.พินิตา	ดามาพงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล
61. ผศ.ดร.พรทิพย์	เกยูรานนท์	รองประธานสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
62. นางพรทิพย์	แก้วมูลคำ	สำนักงาน ก.พ.
63. รศ.พรทิพย์	นิมมานิตย์	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬา ฯ
64. ผศ.พรทิพย์	อาปนกะพันธ์ุ	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล
65. รศ.พรรณี	พิเดช	สมาคมเทคนิคการแพทย์
66. ผศ.พาสน์ศิริ	นิสาลักษณ์	คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.มหิดล
67. น.ส.พินทุสร	เหมพิสุทธิ	สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
68. รศ.พิมพ์พรรณ	ศิลป์สุวรรณ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล
69. นายพูลศักดิ์	พุ่มวิเศษ	สถาบันพระบรมราชชนก
70. นางเพ็ญศรี	ผาสุขกาย	สถาบันพระบรมราชชนก
71. นางเพ็ญศรี	แสงประเสริฐ	กรมการแพทย์
72. นางเพ็ชรพันธ์ุ	อัครพิทยา	สถาบันพระบรมราชชนก
73. ดร.ไพลิน	นุกุลกิจ	สถาบันพระบรมราชชนก
74. นายไพศาล	บางขวด	สสอ.เมืองปทุมธานี
75. นางมณีรัตน์	พงศ์ทัต	สำนักงาน ก.พ.
76. นายมานaix	เกษกมล	สถาบันพระบรมราชชนก
77. นายยุทธพงษ์	เกียรติยุทธชาติ	กรมควบคุมโรคติดต่อ

78. รศ.ยวดี	ภาษา	คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี
79. นางรจนา	ประทุมวงษ์	กองการเจ้าหน้าที่
80. ผศ.รพีพัฒน์	ชัตตประกาศ	คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี
81. นายรัชพล	กุลสรวารุช	สนง.คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน
82. นางรำไพ	แก้ววิเชียร	สนง.สนับสนุนพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
83. นางรุจิรา	เจียมอมรรัตน์	สถาบันพระบรมราชชนก
84. น.ส.วนิดา	อนุญญาภิสิทธิ์	สถาบันพระบรมราชชนก
85. ศ.พญ.วรรณิ	นิธยานันท์	ภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
86. ทพญ.วราภรณ์	จิระพงษา	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
87. นางวรารัตน์	กิจพจน์	สนง.คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน
88. ผศ.วันเพ็ญ	แก้วปาน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล
89. รศ.ทพญ.วาสนา	พัฒนพีระเดช	คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬา ฯ
90. ทพ.วิจิต	ประกายหาญ	สถาบันพระบรมราชชนก
91. รศ.นพ.วิชัย	ไพษยะจินดา	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬา ฯ
92. นายวิฑูร	พูลเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
93. น.ส.วิภา	เพ็งเสงี่ยม	ผอ.วพบ.นครราชสีมา
94. น.ส.วิไลลักษณ์	เรืองรัตน์ไตร	สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
95. น.ส.วิไลเลิศ	เขี้ยววิมล	สถาบันพระบรมราชชนก
96. นางวิไลวรรณ	ทองเจริญ	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล
97. นายวีระ	นันทนพงศ์	สถาบันพระบรมราชชนก
98. รศ.ดร.วีระพงศ์	ปรีชชญาสิทธิกุล	คณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล
99. ทพ.ศิริชัย	ชูประวัติ	สำนักงานเลขาธิการทันตแพทยสภา
100. รศ.ศิริพร	ขัมภลลิขิต	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์
101. นางศิริพร	ลั่นซ้าย	สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
102. รศ.ศิริพร	ธิดิเลิศเดชา	คณะแพทยศาสตร์ศิริราช ม.มหิดล
103. นางศิริพรรณ	พันธุมะโอภาส	สนง.สนับสนุนพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
104. นพ.ศุภชัย	คุณารัตนพฤกษ์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
105. นพ.เศกสรรค์	ชวณะดีเลิศ	โรงพยาบาลนครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา
106. นพ.สงวน	นิตยารัมภ์พงศ์	สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
107. นายสนอง	เชื้อไทย	สสอ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี
108. นพ.สมชาย	พีระปกรณ์	องค์การอนามัยโลก
109. นพ.สมชาย	กาญจนสุด	ผอ.ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข
110. ผศ.สมชาย	วิริยะยุทธกร	สมาคมเทคนิคการแพทย์
111. ศ.นพ.สมศักดิ์	โล่ห์เลขา	วิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
112. นายสมศักดิ์	นวลแก้ว	คณะเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.มหาสารคาม
113. นางสมหมาย	หิรัญนุช	ผอ.กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
114. นายสละ	อุบลฉาย	สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย
115. นายสามัคคี	เดชกล้า	สสอ.บึงบอระเพ็ด จ.ศรีสะเกษ
116. น.ส.สายพันธ์	พิ่งพระคุ้มครอง	สำนักงานประกันสุขภาพ
117. น.ส.สายหยุด	ศิริภากรณ์	ผอ.วพบ.กรุงเทพ
118. นพ.สำลี	เปลี่ยนางช้าง	วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬา ฯ

119. รศ.นพ.สิทธิชัย	ทัตตรี	คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬา ฯ
120. ศ.ดร.สิรินทร์	พิบูลนิยม	สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย
121. นางสุขใจ	พนัชศักดิ์พัฒนา	สมาคมรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย
122. ทพ.รัชนี้	ลัมสวัสดิ์	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
123. ทพญ.สุณี	วงศ์คงคาเทพ	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
124. นางสุทธี	แสงสิงแก้ว	องค์การเภสัชกรรม
125. ผศ.สุนทร	วิทยานารถไพศาล	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬา ฯ
126. นางสุนันทา	ทองย่น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
127. ผศ.ดร.ทพ.สุปรีดา	อศุลยานนท์	คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น
128. นางสุพรรณ	กาญจนเจตน์	สถาบันพระบรมราชชนก
129. นางสุพัตรา	สันทนานุการ	สนง.สนับสนุนพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
130. นางสุพิศ	ตั้งธรรณิชา	สถาบันพระบรมราชชนก
131. น.ส.สุภาวดี	ดอนเมือง	โรงเรียนนอญูเวท
132. นางสุภาวดี	ด้านธำรงกุล	ผอ.วพบ.ชลบุรี
133. รศ.สุมณฑา	สิทธิพงศ์สกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล
134. นางสมิตตรา	พฤกษ์ไพโรจน์กุล	สถาบันพระบรมราชชนก
135. รศ.ทพ.สุรสิทธิ์	เกียรติพงษ์สาร	คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬา ฯ
136. นางสุรินทร์	ศิริวัฒน์กุล	สถาบันพระบรมราชชนก
137. นพ.สุริยะ	วงศ์คงคาเทพ	ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก
138. นายสุวรรณ	ตั้งจิตรเจริญ	สมาคมแพทย์แผนไทยประยุกต์
139. นพ.สุวัฒน์	เลิศสุขประเสริฐ	ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข
140. นายสุวิทย์	อริยชัยกุล	คณะเทคนิคการแพทย์ ภาควิชากายภาพบำบัด ม.เชียงใหม่
141. นพ.เสรี	หงษ์หยก	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นนทบุรี
142. น.ส.โสฬารวรรณ	อินทสิทธิ์	กรมสุขภาพจิต
143. นายหาญ	คราประยูร	สถาบันพระบรมราชชนก
144. นายองอาจ	สิทธิเจริญชัย	ผอ.วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข
145. รศ.นพ.อดิสร	ภัทราดุลย์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬา ฯ
146. นายเอนก	ทองชื่นจิต	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
147. นางอรชร	อินทองปาน	สถาบันพระบรมราชชนก
148. นางอรทิพย์	อาชวิบูลโยบล	กองโครงการสังคม
149. นางอรรวรรณ	จิตตวานิช	สนง.คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
150. นางอรุณี	ไพศาลพาณิชย์กุล	สถาบันพระบรมราชชนก
151. น.ส.อลิสา	ศิริเวชสุนทร	กองการพยาบาล
152. พญ.อัญชลี	อินทนนท์	สถาบันพระบรมราชชนก
153. นางอัญชลี	จรรย์วัฒน์วิจิตร	ผอ.วสส.อุบลราชธานี
154. ดร.อัญสุพร	หิรัญพฤษ์	กรมสุขภาพจิต
155. นางอาริยา	สัพพะเลข	สถาบันพระบรมราชชนก
156. ศ.นพ.อารี	วัลย์เสรี	ผชช.พิเศษด้านการพยาบาล กสธ.
157. น.ส.อำไพ	อุไรเวโรจนาการ	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
158. นพ.อุกฤษฏ์	มิลินทางกูร	สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย
		รองผอ.สถาบันพระบรมราชชนก

159. น.ส.อุทัย	ศิริวัฒนพานิช	กรมการแพทย์
160. น.ส.อุมาพร	ทรัพย์เจริญ	สมาคมเทคนิคการแพทย์
161. นางอุไรรัตน์	สิงหนาท	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.รังสิต
162. นางเอี่ยมพร	พรหมแพทย์	องค์การเภสัชกรรม
163. นางเอี่ยมพร	จันทร์ทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
164. นายทวีสุข	พันธุ์เพ็ง	สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย
165. ญ.อาภา	ศันสนีย์วาณิช	กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กทม.
166. นายเจต	ปฏิเวทกัญญา	สถาบันพระบรมราชชนก
167. น.ส.พรรณิ	เปรมันธูย	สำนักนโยบายและแผนมหาดไทย กระทรวงมหาดไทย
168. นายเด่นชัย	ดอกพอง	ชมรมเภสัชชนบท
169. ผศ.ดร.ดาริณี	สุภาพ	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.รังสิต
170. นางศิริรัตน์	แก้วศรี	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
171. น.ส.ณัฏฐ์กานดา	ครุฑทา	สำนักงานวางแผน ม.รังสิต
172. นายโกวิท	ยงวานิชจิต	ศูนย์บริการสาธารณสุข วัดธาตุทอง
173. นางเสาวนีย์	ตติยภัณฑารักษ์	สสจ.สมุทรปราการ
174. นายวิศิษฐ์	เสรีอรุโณ	สถาบันพระบรมราชชนก
175. นางสุธีรา	อินทรา	สคส.
176. ทพญ.บุญเอื้อ	รมจพิชากร	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
177. นางวรัมพร	จันทร์รังสี	สนอ. กทม.
178. น.ส.วิภาวรรณ	อริยานนท์	สถาบันพระบรมราชชนก
179. นางอกนิษฐ์	หงส์วัฒนา	สถาบันพระบรมราชชนก
180. นางมาลินี	กุลวัจนะ	กรมอนามัย
181. ผานิต	สุจิตจร	สถาบันพระบรมราชชนก
182. นางชนาภรณ์	ไตรกิตฤกุล	สคส.
183. นพ.สมชัย	วิโภชนันแสงอรุณ	สสจ.อยุธยา
184. น.ส.จิรสุข	โสדתิสวัสดิ์	กรมควบคุมโรคติดต่อ
185. น.ส.บุษบา	สมร่วง	สถาบันพระบรมราชชนก
186. นายวิระ	ด้วงชู	สถาบันพระบรมราชชนก
187. พญ.มันทนา	ประทีปะเสน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล
188. นางดลใจ	จงพานิช	สถาบันพระบรมราชชนก
189. นางโสภภาพันธุ์	อุ้นจิตต์	กองระบาดวิทยา
190. พญ.พจมาน	ศิริยาภรณ์	กองระบาดวิทยา
191. นพ.วศิน	ทีณวานิช	สวส.
192. รศ.ดร.จินตนา	ยูพิพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
193. นายดิเรก	นาคอ่อน	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
194. นายสุชัย	ท่ามาหากิน	รพ.ราชบุรี (สมาคมกายภาพบำบัด)
195. น.ส.สุภาพร	เนยทิม	กองสาธารณสุขภูมิภาค
196. นางวิไลวรรณ	ภุทธระวณิช	วพบ.ศรีธัญญา
197. นางเพ็ญภา		วพบ.ศรีธัญญา
198. ญ.วิทยาดา	สนธิชัย	กองวิชาการ อย.
199. น.ส.สุณี	ผลดีเยี่ยม	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
200. พันเอกกิตติฉัตร	วิโรจน์ศิริ	สำนักงานแพทยทหาร



สร้างเครือข่าย
ภูมิปัญญา
พัฒนาระบบ
สาธารณสุข
Creating
Partnership for
Knowledge-based
Health Systems

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

ที่ สวรส.348/2546

10 เมษายน 2546

เรื่อง ขอส่งเอกสารการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
ครั้งที่ 2/2546

เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

อ้างถึงหนังสือ สวรส.ที่ 275/2546 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2546

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารประกอบการประชุม จำนวน 1 ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง ฝ่ายเลขานุการได้เรียนเชิญประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2546 ในวันพฤหัสบดีที่ 17 เมษายน 2546 เวลา 13.30 น. ณ ห้องประชุม 6 ชั้น 3 อาคาร 1 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นั้น ฝ่ายเลขานุการขอส่งเอกสารประกอบการประชุมและโปรดนำไปวันประชุม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและเข้าร่วมประชุมครั้งนี้ด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

วาระการประชุม

คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2546

วันพฤหัสบดี ที่ 17 เมษายน 2546 เวลา 13.30 น.

ณ ห้องประชุม 6 ชั้น 3 อาคาร 1 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วาระที่	เรื่อง	เอกสาร หมายเลข
1	เรื่องแจ้งให้ทราบ 1.1 ประธานแจ้งให้ทราบ 1.2 เลขานุการแจ้งให้ทราบ	
2	รับรองรายงานการประชุม คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2546	
3	เรื่องเพื่อพิจารณา 3.1 โครงร่างประเด็นพิจารณาเพื่อกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคน โดย พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร 3.2 บทบาทของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ โดย ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ 3.3 กลไก/องค์กร ดูแลระบบกำลังคนด้านสุขภาพ โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 3.4 ร่างชุดโครงการวิจัยเพื่อการพัฒนากำลังคนในอนาคต โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	1-3 4-5
4	เรื่องอื่น ๆ 41 นัดหมายการประชุม ครั้งที่ 3/2546 42 อื่นๆ (ถ้ามี)	

รายการเอกสาร
เพื่อประกอบการพิจารณากำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ

วาระที่	รายการเอกสารประกอบวาระ	หมายเลขเอกสาร
2.1	(ร่าง) สรุประเด็นสำคัญเพื่อพิจารณาการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ และบุคลากรสุขภาพที่จำเป็นในอนาคต	1
2.1	กระแสการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง กรอบกฎหมาย และการผลักดันทางสังคมที่กระทบต่อทิศทางการพัฒนาสุขภาพในอนาคต	1.1
2.1	(ร่าง) แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรพื้นฐานในสังคมไทย และผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคต	1.2
2.1	(ร่าง) แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านการศึกษาและผลกระทบต่อกำลังคนในอนาคต	1.3
2.1	(ร่าง) การเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจไทย และการลงทุนเพื่อกำลังคนด้านสาธารณสุข	1.4
2.1	ขยายประเด็น เรื่อง การสร้างสุขภาพ กับกำลังคนด้านสุขภาพ	2
2.1	ขยายประเด็น เรื่อง การจัดการความรู้ เพื่อสุขภาพดี	3
2.2	ข้อเสนอเรื่องบทบาทของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข	4
2.2	ข้อเสนอ แนวทางการจัดการผลิตและการจัดการบุคลากรสุขภาพแบบใหม่	5
	สรุปจุดอ่อนและบทเรียนของการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระยะเวลาที่ผ่านมา รวมทั้งข้อเสนอต่างๆ ที่เกี่ยวกับนโยบายด้านกำลังคนสุขภาพ	6
	การพัฒนาคนกับการปฏิรูประบบสุขภาพ	7

บันทึกการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ครั้งที่ 1/2546

วันพฤหัสบดีที่ 13 มีนาคม 2546 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต

ผู้เข้าประชุม

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

ผู้ไม่เข้าประชุม

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

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. นางนිරนุช กาญจนวรรณ | สำนักงบประมาณ |
| 2. นางมานิดา ภูเจริญ | สำนักงบประมาณ |
| 3. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร | สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข |
| 4. นพ.อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร | สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ |
| 5. นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา | สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ |
| 6. นางชากุล สินไชย | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 7. นางสุภาวดี นุชรินทร์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 8. นายสุรศักดิ์ อธิคนานนท์ | สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข |
| 9. นส.ทัศนีย์ สุรกิจโกศล | สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข |

เปิดประชุมเวลา 13.45 น

วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ทราบ

วาระที่ 1.1 ประธานแจ้งให้ทราบ

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานคณะกรรมการชุดนี้และประธานที่ประชุม แจ้งที่ประชุมเรื่องเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันที่ให้ความสำคัญของหน้าที่และความรับผิดชอบของประชาชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เป็นคณะกรรมการชุดที่ดูแลภาพรวมทั้งหมดของการปฏิรูประบบสุขภาพ และได้มีมติการประชุมครั้งที่ 1/2546 ให้ดำเนินการเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน และแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ภายใต้ คปรส. ทั้งนี้เพื่อให้คณะกรรมการสร้างกรอบแนวทางการทำงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่พึ่งตนเองได้ มีการผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งต้องเชื่อมโยงทั้งในด้านการบริหาร บริการและวิชาการ ในระยะสั้นและระยะยาว

วาระที่ 1.2 เลขานุการแจ้งให้ทราบ

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

คปรส.เห็นชอบให้ สวรส.รับผิดชอบวางกรอบการดำเนินการโดยรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขภายใต้กรอบภาพใหม่ของระบบบริการสาธารณสุขท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาชุดข้อมูลหรือชุดโครงการที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการพิจารณาเสนอแนว

นโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุขในอนาคตได้ คณะกรรมการชุดนี้มีแผนการทำงานระยะสั้นช่วง 3 เดือนนี้ คือ การพัฒนากรอบแนวคิดการพัฒนางานจากชุดข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน จากนั้นจึงจะจัดการให้มีชุดแนวทางและรายละเอียดการดำเนินการของหน่วยที่เกี่ยวข้องต่อไป แผนระยะต่อไปของคณะกรรมการชุดนี้ขึ้นกับกรอบแนวคิดและการตัดสินใจของคณะกรรมการชุดนี้

ในการทำงานของทีมเลขายังจะมี พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากรและทีม เป็นผู้ประสานกับกรรมการในการจัดทำชุดข้อมูลนำเสนอการประชุมคณะกรรมการครั้งนี้ มีรายชื่อเอกสารประกอบการประชุมตั้งเอกสารแนบที่ 1

วาระที่ 2 เรื่องเพื่อพิจารณา

2.1 กรอบแนวทางการทำงานของคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

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

ที่ประชุมยังไม่สรุปชัดเจนว่า ความหมายกำลังคนในที่นี้มีขอบเขตฐานะในการเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขเท่านั้นขึ้นกับคณะกรรมการชุดนี้กำหนด แต่คณะกรรมการหลายท่านเสนอให้พิจารณาขอบเขตการให้บริการสุขภาพในลักษณะใหม่ที่มีใช้เพียงการรักษาโรค

- ◆ อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการชุดนี้ตามที่ระบุเป็นเรื่องไม่ง่าย เพราะมีการเปลี่ยนแปลงและเงื่อนไขใหญ่หลายประการที่ส่งผลต่อการคิดนโยบายและยุทธศาสตร์แนวทางเรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุขแบบมีทิศทาง เช่น ต้องคิดเรื่องแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคตภายใต้ทิศทางการพัฒนาประเทศภาพรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ แนวโน้มโครงสร้างประชากร การเคลื่อนย้ายจากชนบทสู่เมือง ลักษณะสังคมที่เป็นเกษตรกรรมสู่สังคมบริการ การปฏิรูประบบการศึกษามีพื้นฐานการศึกษาดีขึ้น การพัฒนาเศรษฐกิจในภาพรวม นโยบายและการลงทุนของรัฐบาลต่อเรื่องโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพและเรื่องอื่นๆ รวมทั้ง พรบ.กระจายอำนาจ พรบ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งพรบ.อื่นๆที่เกี่ยวข้องปัจจัยต่างๆที่กำลังเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อสภาพปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพต่อระบบบริการทั้งแบบบริบทแวดล้อม แง่ศักยภาพสังคมเศรษฐกิจที่จะเปลี่ยนแปลงและเชื่อมโยงกับแนวโน้มเรื่องกำลังคน

◆ นอกจากปัจจัยแวดล้อมแล้วอาจจะต้องคิดกลุ่มประชากรที่อยู่หัว curve หรือปลาย curve ของฐานประชากรภาพรวมซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส เพื่อจัดการวางแผนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในระยะสั้นได้

ที่ประชุมสรุปให้พิจารณาเรื่องปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อทิศทางในอนาคต โดยทีมเลขาฯรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาชุดข้อมูลและพัฒนารายละเอียดเรื่องกำลังคนในการประชุมครั้งต่อไป

2.2 ประเด็นในการพิจารณาเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

◆ บทเรียนในอดีตเรื่องกำลังคน

อาจารย์สันต์ หัตถิรัตน์ เสนอให้เปลี่ยนแนวคิดเดิม วิธีการเดิมที่จะวางแผนและจัดการจากส่วนกลางเพราะทำเรื่องนี้มานานแล้วก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลน การกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมได้

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

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

◆ ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบใหม่ อ.สันต์ หัตถิรัตน์ เสนอคณะกรรมการให้พิจารณาระบบและรูปแบบใหม่ของการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขโดยใช้วิชาชีพแพทย์เป็นรูปธรรมตัวอย่างในการพิจารณารูปแบบใหม่ คือ ให้ชุมชนคัดเลือก คัด ดัดสนใจและจัดการให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขโดยชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างคนที่อยู่ในชุมชนให้ทำงานในชุมชนเพื่อชุมชน ทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องกรอบอัตรากำลังว่าเพียงพอหรือไม่ หรือจะจัดการอย่างไรเพราะทั้งหมดให้คงอยู่ในการตัดสินใจของชุมชน

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

นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ที่จะผลิตกำลังคนจากสถาบันผลิตในระบบและนอกระบบ เช่น ลักษณะของวิทยาลัยชุมชนหรือรูปแบบทางเลือกอื่นๆ รวมทั้งการแพทย์ทางเลือกแผนไทยของชุมชน แต่

ต้องคิดถึงเรื่องที่รัฐต้องสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการผลิตและการจัดการให้มีบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากชุมชนเองอาจจะไม่พร้อมที่จะสนับสนุนการผลิตในหลายวิชาชีพ

ที่ประชุมเห็นด้วยกับการวางแผนและพัฒนากำลังคนในแนวใหม่และให้สอดคล้องกับ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ แต่อาจต้องคิดควบคู่กันไปเรื่องบุคลากรในระบบปกติและที่กำลังอยู่ระหว่างการผลิตซึ่งมีส่วนส่วนค่อนข้างใหญ่

◆ ระบบใหญ่ของการวางแผนและจัดการระบบกำลังคน ที่ประชุมเห็นว่ามี 2 ทิศทางใหญ่คือ conventional and community based design ซึ่งทั้งสองแบบมีลักษณะเฉพาะ(ดังเอกสารแนบฉบับที่ 2 ซึ่งร่างในที่ประชุมโดยนพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ) ที่ประชุมสรุปให้มีคณะทำงานเพื่อพัฒนารายละเอียด เสนอกรอบแนวคิดและองค์ประกอบการพัฒนายุทธศาสตร์ แผนและแนวทางการจัดการภายใต้ปัจจัยและผลกระทบการเปลี่ยนแปลงในภาพกว้างของทั้งสองแนวทาง และเมื่อมีชุดข้อมูลแล้วจึงให้คณะกรรมการ พิจารณารายละเอียดเพิ่มเติมพร้อมกับการประชุมเพื่อเชื่อมโยง 2 ทีมให้เห็นภาพของการเชื่อมประสาน เป็นภาพรวมต่อไป

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

◆ การบริหารจัดการและกลไกการเชื่อมโยงกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีการเสนอว่าควร (1) พัฒนากลไกและระบบควบคุมกำกับส่วนการผลิตเพื่อตลาดในอนาคต (2) การวางแผนบุคลากรเพื่อ บริการเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มคนจน ฯลฯ และ(3) ในระดับบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ อาจจะต้องคิดทำ mapping เรื่อง concentration ของบริการและการจัดหาบุคลากรที่เหมาะสม เช่น บริการจิตเวช เป็นต้น (4) พิจารณาเรื่องการจ้างงานและการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคน สาธารณสุขเพราะกระแสการใช้กลไกด้านการเงินการคลังจะถูกนำมาใช้มากขึ้น เช่น การจัดสรรเงินแบบราย หักรวมเงินเดือนสู่ท้องถิ่นภายใต้ "โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค" การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นประตูดึงให้เกิดการเตรียมการจัดสรรเงินสำหรับวางแผนบุคลากรสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นเพราะจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและใช้เตรียมการเพื่อการกระจายอำนาจในอนาคตด้วย

แนวทางและรายละเอียดทั้งหมดที่ได้ รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสามารถส่งผ่านกลไกของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ให้แก่รัฐบาลได้มีการเสนอให้ตั้งคณะทำงานชุดย่อยมาพัฒนาเรื่องดังกล่าวข้างต้น เมื่อคณะกรรมการมีกรอบการทำงานชัดเจนขึ้น

◆ ประเด็นอื่นๆ พญ.สุพัชรา ศรีวณิชชากร เสนอให้พิจารณาประเด็นเพิ่มจากข้อมูลการสัมภาษณ์ กรรมการที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุม คือ (1) ควรมีการพิจารณากลไกและการจัดการของทิศทางการผลิตและการบริการที่อาจต้องเป็น dual track คือ ส่วนที่เป็นไปตามกลไกตลาดและส่วนที่ต้องสนับสนุนโดยรัฐ (2) การวางแผนบุคลากรเพื่อจัดให้เกิดบริการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายใหม่ ที่เดิมยังไม่มีการพัฒนาชัดเจน

เช่น บริการฟื้นฟูสภาพ บริการผู้สูงอายุ และ (3) ยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนน่าจะเน้นที่การจัดการการใช้กำลังคนให้มีประสิทธิภาพมากกว่าการวางแผน

นอกจากนี้มีความเห็นว่าการทำงานนี้น่าจะใช้กลไกและทิศทางของรัฐธรรมบัญญัติเป็นหลักและต้องคิดเกินความเป็นราชการและนโยบายรัฐบาล ดร.เสรี พงศ์พิศ เสนอให้มีแนวคิดของกระแสโลกที่พิจารณาธรรมชาติร่วมด้วย คือทำให้เกิด "การคืนดี" กับธรรมชาติ กระแสชุมชนกำลังเปลี่ยนแปลงแบบที่รัฐเองตามไม่ทัน ดังนั้นการเรียนรู้ของฝ่ายที่เกี่ยวข้องต่อเรื่องการเปลี่ยนแปลงในชุมชนจึงสำคัญ การเปลี่ยนความคิดและเชื่อกศยภาพของชุมชน การให้ข้อมูลเพื่อให้ชาวบ้านมีช่องทางจัดการเรื่องต่างๆในชุมชนเองน่าจะเป็นโอกาสที่จะทำให้เกิดการพัฒนาได้ยั่งยืน รวมทั้งยังจำเป็นต้องวางแผนให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์เข้าใจศกยภาพที่จะแก้ไขปัญหของตนเองโดยใช้กลไกรัฐที่มีอยู่เพื่อสนับสนุนและตอบสนองความต้องการชุมชนได้ จากนั้นจึงจะสามารถบอกได้ว่าอนาคตระบบต้องการคนอย่างไร เท่าไร

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

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

นอกจากนี้การกำหนดตัวชี้วัดทางยุทธศาสตร์ตามความสำเร็จที่ต้องการ อาจจะมีการพัฒนาภายหลังที่ได้ภาพกรอบของระบบบริการและระบบกำลังคนที่ชัดเจนก่อน

วาระที่ 3 เรื่องอื่นๆ

◆ นัดหมายการประชุมคณะกรรมการ

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

ปิดการประชุมเวลา 16.30 น.



(พญ.สุพัตรา ศรีวิชิชากร)

ผู้บันทึกการประชุม



(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)

ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม

เอกสารแนบฉบับที่ 1:

รายชื่อเอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
กำลังคนด้านสาธารณสุขครั้งที่ 1/ 2546

ชุดที่ 1 ประกอบวาระที่ 1

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

ชุดที่ 2 ประกอบวาระที่ 2.1

- 2.1 ข้อเสนอต่อวิธีการดำเนินการของกรรมการและเลขานุการ

ชุดที่ 3 ประกอบวาระที่ 2.1

- 3.1 (ร่าง)แนวคิดของคณะกรรมการต่อเรื่องบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสาธารณสุข

เอกสารชุดที่ 3 (แจกเพิ่มในวันประชุม)

- 3.2 จุดอ่อนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- 3.3 ระบบกำหนดนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขและชุดข้อมูลสถานการณ์การกระจายแพทย์ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล

ชุดที่ 4 ประกอบวาระที่ 2.3

- 4.1 แนวคิดสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพ

เอกสารชุดที่ 4 (เพิ่มเติมในวันประชุม)

- 4.2 กรอบความคิดในการศึกษาและดำเนินงาน
- 4.3 (ร่าง)คุณค่า ปรัชญา แนวคิด หลักการในการพิจารณากระบวนการบริการสุขภาพในอนาคต

ชุดที่ 5 – 13 เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ชุดที่ 5 (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ชุดที่ 6 พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชุดที่ 7 พระราชบัญญัติกระจายอำนาจ

ชุดที่ 8 รายละเอียดการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ชุดที่ 9 สรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ (ฉบับที่ได้รับความเห็นชอบของรัฐสภา เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2542)

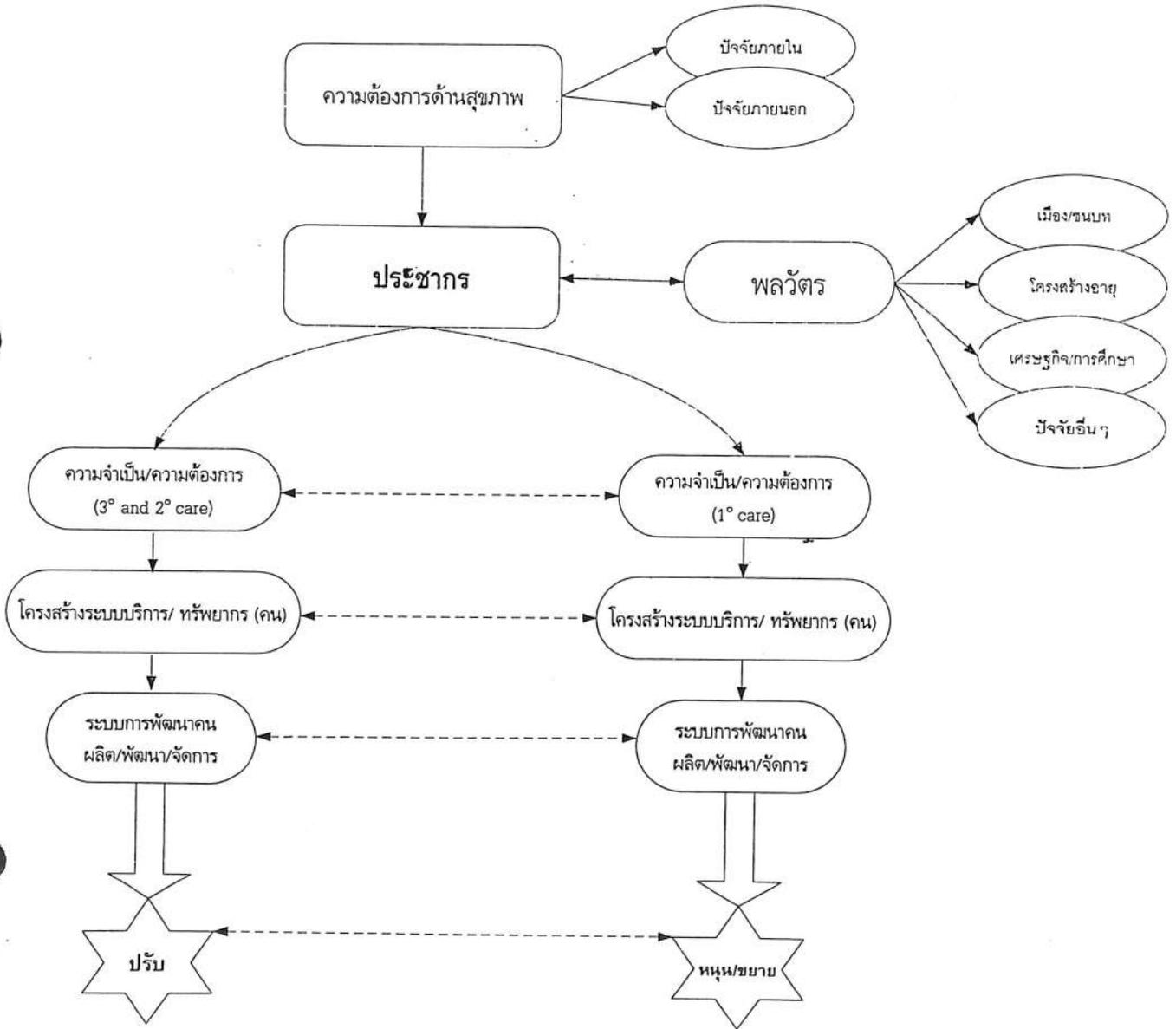
ชุดที่ 10 สาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9

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

ชุดที่ 12 ภาพรวมของประชากรของประเทศไทยปี 2544

ชุดที่ 13 บทความเรื่อง " หมอของจีนและของเรา" โดยอ.สันต์ หัตถ์รัตน์

เอกสารแนบฉบับที่ 2:
แผนภูมิสรุปแนวคิดการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข



(ร่าง) สรุปประเด็นสำคัญเพื่อพิจารณาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
และบุคลากรสุขภาพที่จำเป็นในอนาคต

ปรัชญา หลักการ ที่กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

จากรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และเอกสารวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนการระดมความคิดเห็นของประชาคมสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ ต่างมีความเห็นต่อทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพไปในทิศทางเดียวกันดังนี้

- ◆ สุขภาพเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนควรได้รับโดยเท่าเทียม
- ◆ ความหมายของ "สุขภาพ" เป็นความหมายที่กว้าง รวมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ บางส่วนขยายความไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งกว้างมาก รวมไปถึงมากมายในการดำรงชีวิต 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 ทำให้กลุ่มองค์กรที่มีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพมีมากขึ้นทั้งส่วนที่เป็นองค์กรรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน องค์กรเอกชน องค์กรภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มิใช่ขึ้นกับการสั่งการจากรัฐบาลส่วนกลางเพียงส่วนเดียว และประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้นในการตัดสินใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง
- ◆ กระแสโลกาภิวัตน์ที่ต่อเชื่อมกันอย่างรวดเร็ว กว้างขวาง ความก้าวหน้าในด้านการสื่อสาร การพัฒนาเทคโนโลยีด้านต่างๆ ที่หลั่งไหลมาจากประเทศที่พัฒนาแล้ว จะกระทบต่อสภาพข่าวสารที่ประชาชนได้รับ กระทบต่อค่านิยม วัฒนธรรม ความคิดของประชากร กระทบต่อวิถีการทำมาหากิน และการดำรงชีวิตของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ตลอดจนกระทบต่อระบบการให้บริการด้านต่างๆ ของสังคม
- ◆ การเปลี่ยนทางประชากรที่กลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เด็กเล็กมีแนวโน้มลดลง กลุ่มวัยทำงานเป็นสัดส่วนใหญ่ของประชากร ประชากรจะมีการศึกษาพื้นฐานเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ความต้องการบริการสุขภาพในบางส่วนเปลี่ยนรูปไปจากเดิม
- ◆ การเปลี่ยนด้านสังคมที่มีลักษณะการดำรงอยู่แบบแยกส่วนเป็นกลุ่มเล็กๆ เพิ่มมากขึ้น การรวมกลุ่มเป็นชุมชนใหญ่ในเขตพื้นที่เดียวกันจะลดน้อยลง ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 ที่อยู่เป็นแบบครอบครัวขยายมีเพียงร้อยละ 30 แต่ระบบการสื่อสารจะติดต่อผ่านทางเทคโนโลยีสื่อต่างๆ เพิ่มมากขึ้น

- ◆ ลักษณะวิถีการทำมาหากินจะเป็นลักษณะที่เปลี่ยนจากภาคเกษตรไปเป็นภาคอุตสาหกรรม และบริการ การประกอบอาชีพเพื่อหาเงิน ได้รายได้มาซื้อของอุปโภค บริโภค มากกว่าการประกอบอาชีพแบบหาเลี้ยงชีพ พึ่งตนเอง การทำงานจะเป็นลักษณะทำเฉพาะเรื่องมากกว่าการบูรณาการงานหลายๆ ด้าน
- ◆ การเปลี่ยนทางด้านระบบวิธีทำงาน และปฏิรูประบบราชการ มีแนวโน้มทำให้การทำงานภาครัฐมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มประสิทธิภาพ มุ่งเน้นผลลัพธ์งานมากขึ้น องค์กรบริการน่าจะมีแนวโน้มที่มีขนาดเล็กลง และแตกตัวเป็นองค์กรอิสระที่มีภาระกิจจำเพาะมากขึ้น

ปัญหาเชิงระบบที่สำคัญในภาพรวม

- ◆ การวางแผนดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาเป็นการพิจารณาตามค่าเฉลี่ยของสภาพโดยรวม เพื่อวางแผนในระดับมหภาคเป็นหลัก และดำเนินการในลักษณะเดียวกันทั่วประเทศ การปรับกลวิธีให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่ในระดับจุลภาคยังทำได้น้อย ขาดการประเมินสภาพปัญหาพื้นที่อย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการวางแผนพื้นที่
- ◆ การพัฒนายังมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นวัตถุ อุปกรณ์มากกว่าการพัฒนาที่ชี้วัดความสามารถของบุคคลากรให้สามารถปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบทบาทและภาระกิจที่มีการปรับเปลี่ยนอย่างเป็นพลวัต
- ◆ การดำเนินงานของรัฐยังเป็นลักษณะที่ใช้การสั่งการจากส่วนกลางให้หน่วยงานพื้นที่ดำเนินการตามเป็นหลัก ไม่ได้มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลากรในพื้นที่ให้มีความสามารถในการประเมินสภาพปัญหา และคิดค้นมาตรการ วิธีการเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพ หรือการพัฒนาสุขภาพด้วยตนเองอย่างสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของพื้นที่
- ◆ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระยะที่ผ่านมายังเป็นลักษณะที่มองบทบาทของวิชาชีพด้านสาธารณสุขเป็นหลัก ให้ความสำคัญน้อยต่อการพัฒนาบทบาทของประชาชน และบุคคลากรในสายงานอื่นๆ ที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ที่ผ่านมามีการดำเนินการบ้างแต่ไม่ต่อเนื่อง และบางส่วนวิธีการทำงานยังไม่เกิดประสิทธิผล
- ◆ การจัดการเพื่อหาองค์ความรู้ในการพัฒนาสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังอิงอยู่ในส่วนที่เป็นชีวภาพการแพทย์ เป็นความรู้ในส่วนที่จัดการเกี่ยวกับการดูแล "โรค" ที่แยกส่วน มากกว่าการดูแลเพื่อเสริมศักยภาพของประชาชนให้แข็งแรง และมีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นองค์รวม และส่วนใหญ่ยังอิงกับทฤษฎี เทคโนโลยีด้านตะวันตก รวมทั้งยังปรับให้เป็นพลวัตตามสภาพการณ์สังคมที่เปลี่ยนไปได้ไม่ทัน การจัดการเพื่อหาองค์ความรู้ในด้าน "สุขภาพ" ของประชาชนไทย และสังคมไทยยังมีน้อย จึงทำให้การจัดการด้านสาธารณสุขในปัจจุบันหลายส่วนไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงด้านสุขภาพของประชาชน มีช่องว่างกว้างระหว่างความรู้วิชาการด้านสาธารณสุขกับการปฏิบัติได้ในชีวิตจริง

ประเด็นพิจารณาเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในอนาคต

ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ

ถ้าจะสร้างสุขภาพ สิ่งที่ต้องทำความเข้าใจก่อนเป็นลำดับแรกคือความหมายของคำว่า "สุขภาพ" ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันมีกระแสของการสร้างสุขภาพมากกว่าการรอให้ป่วย แต่ประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจอีกคำหนึ่ง คือ "การสร้างและการส่งเสริมสุขภาพ" คำว่า *สร้างย่อมหมายถึงต้องทำให้เกิดขึ้นจริง* จึงต้องมี *ความชัดเจนที่เป้าหมายผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิด* มิฉะนั้นจะคิดหรือเคยชินกับการทำแต่กิจกรรมรูปแบบใหม่ ชื่อใหม่ โดยไม่รู้ว่าเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ปลายทางหรือไม่ และไม่สามารถผลักดันให้บรรลุผลได้ เหมือนกับโครงการต่างๆ ในอดีตที่ผ่านมา

"สุขภาพคืออะไร"

สุขภาพ เป็นคำที่กล่าวถึงกันทั่วไป ความหมายและความเข้าใจถูกปรับไปตามพื้นฐานทางความรู้และประสบการณ์ของแต่ละคน แต่โดยส่วนมาก เข้าใจกันว่าสุขภาพคือโรค และโรคก็คือสุขภาพ และที่มากกว่านั้น ส่วนมากเข้าใจเลยไปถึงว่า ความเจ็บป่วยคือสุขภาพ หรือสุขภาพคือความเจ็บป่วย ซึ่งความเข้าใจอย่างนี้ก็มีใ้จะผิดเสียทีเดียว แต่เป็นความเข้าใจส่วนเดียวที่ยังไม่ครอบคลุมคำ "สุขภาพทั้งหมด"

"สุขภาพ" หมายถึง สุขภาวะที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างมีพลวัต และสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการ และการไม่มีโรคเท่านั้น

สุขภาพเป็นนามธรรมซึ่งเกิดจากแนวคิดวิทยาศาสตร์ กล่าวโดยรวมสุขภาพมีรากฐานองค์ประกอบ ๓ ส่วน คือ กาย จิต-ใจ และภารกิจดำรงชีวิต

ในแต่ละคำก็มีรายละเอียด ที่เรียกว่า องค์ประกอบ และตัววัดตัวแปร คือ

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

สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบของสุขภาพทั้งสิ้น ทุกส่วนต้องเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียวและมีความถูกต้อง จึงจะเกิดสุขภาพ...เมื่อทั้งหมดเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว ก็เกิดความสุข สมดุล สุขภาพทำให้เกิดความ เป็นปกติ หรือสุขภาพและความยั่งยืน

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

การพัฒนาสาธารณสุขเพื่อสุขภาพจึงมีเงื่อนไขของการพัฒนาที่ต้องเป็นองค์รวม

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

การสร้างสุขภาพ ; คือการทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้สมบูรณ์อย่างมีดุลยภาพ

การทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้สมบูรณ์อย่างมีดุลยภาพ นับเป็นยุทธศาสตร์หลักของการสร้างหรือการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งถ้าพิจารณาต่อก็จะพบว่า ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพที่กล่าวข้างต้นจะมีสองส่วนคือ การทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ควบคู่ไปกับ การจัดให้องค์ประกอบต่าง ๆ นั้นทำหน้าที่ร่วมกันอย่างมีดุลยภาพ ซึ่งหมดยุทธศาสตร์นี้ อาจเรียกว่า การพัฒนาให้เกิดการพึ่งพิงกันหรือ พึ่งพากัน ทั้งนี้เพราะ ธรรมชาติการเกิดมีของสรรพสิ่งในโลกนี้ ล้วนสร้างมาให้มีลักษณะเชื่อมโยง พึ่งพิงอิงอาศัยซึ่งกันและกัน มีคำกล่าวในพุทธธรรมที่ว่า "เมื่อสิ่งนี้มี สิ่งนี้จึงมี เพราะสิ่งนี้เกิดขึ้น สิ่งนี้จึงเกิดขึ้น เมื่อสิ่งนี้ไม่มี สิ่งนี้ก็ไม่เกิดขึ้น เพราะสิ่งนี้ดับไป สิ่งนี้ก็ดับด้วย" (พระธรรมปิฎก 2538)

หลักธรรมนี้ แสดงให้เห็นว่า ธรรมชาติ ได้สร้างสรรพสิ่งมาให้มีลักษณะ พึ่งพิงกันอยู่แล้ว และโดยระบบของธรรมชาติ ก็กำหนด ทิศทาง เป้าหมาย รวมถึงการจัดการให้การพึ่งพิงนั้นอยู่ในภาวะดุลยภาพอยู่แล้ว ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนก็คือ ระบบในร่างกายมนุษย์ ที่พบว่า อวัยวะทุกอย่างมีหน้าที่ และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ นั้น อยู่บนเงื่อนไขของความสมดุล ซึ่งก็เป็นที่รู้กันมานานแล้ว

อย่างไรก็ตาม การทำความเข้าใจเรื่องการพึ่งพิงกันนี้ เพื่อให้สามารถนำไปสู่การสร้างสุขภาพในทางปฏิบัติได้มากขึ้น จำเป็นต้องกำหนดขอบเขตของการทำความเข้าใจเรื่องการพึ่งพิงกันเป็นเรื่องๆ เป็นระบบๆ ไป ทั้งนี้เพราะการพึ่งพิงกัน ถ้าจะจัดให้เป็นการพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพ เห็นสัมฤทธิ์ผลของการพึ่งพิงได้ จะต้องเป็นการพึ่งพิงที่มีเป้าหมาย มีทิศทาง เพราะถ้าเข้าใจเป้าหมายหรือทิศทาง ก็จะสามารถกำหนดส่วนประกอบที่จะนำมาใช้พัฒนาให้เกิดการพึ่งพิงได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งเรื่องนี้อุปมาเหมือน คำถามที่ว่า "ไก่ออกไข่ ใครเกิดก่อนกัน"

สำหรับเรื่อง การสร้างสุขภาพนี้อาจใช้ เป้าหมายที่จะต้องสร้างหรือพัฒนาสุขภาพ มาช่วยในการขยายความเข้าใจ และนำไปสู่การพัฒนา ภาวะพึ่งพิงกัน ซึ่งในที่นี้จะนำไปสู่การกำหนดกรอบในความคิดเกี่ยวกับการสร้างและพัฒนาสุขภาพด้วยยุทธศาสตร์ของการพัฒนาการพึ่งพิงกัน ต่อไป

ถ้าเป้าหมายของการพัฒนาคือความเป็นองค์รวม จึงต้องพิจารณาอย่างเป็นองค์รวม กล่าวคือ ในชีวิตของคนหนึ่งคนที่มีทั้งสุขภาพ อากาศ ป่วย และโรค รวมอยู่ในตัวคนเดียวกัน โดยมีบริบทที่เกี่ยวข้องทั้งเรื่องของระบบนิเวศน์ (สิ่งแวดล้อม) กายภาพ สังคม เศรษฐกิจ

ระบบเพื่อการดูแลความเจ็บป่วย

เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ดูแล รักษา ช่วยเหลือ หรือสนับสนุนการช่วยตัวเองของประชาชนในกรณีที่มีอาการของโรค หรือมีสภาพความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทั้งนี้รวมถึงระบบดำเนินการเพื่อการป้องกันโรคด้วย

บริการคืออะไร

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

สุขภาพ อากาศ ป่วย โรค เป็นเส้นสายที่ต่อเนื่องกันในชีวิตคน ฉะนั้นแล้วคนที่มีอาการเขาก็มิได้รู้สึกว่าเขาป่วยเป็นโรค เช่น ชาวนาที่มีอาการปวดแข้งปวดขามที่ออกไปดำนาน ฉะนั้นแล้วเราจะพบว่าภาวะสุขภาพ

ปรากฏอยู่ในคนที่เป็นโรคเรื้อรัง ในคนที่ป่วยเช่นเดียวกับคนซึ่งไม่ป่วยด้วย ได้แก่ สุขภาพของผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ หรือ สุขภาพของผู้พิการ

การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพจึงอยู่ในทุกๆภาวะของชีวิตมนุษย์ แต่สิ่งที่ปรากฏในสภาวะความเป็นจริงของการบริการ ก็คือ บริการมักขาดหายไปบางช่วงของชีวิต ยกตัวอย่างเช่นในผู้ติดเชื้อ HIV

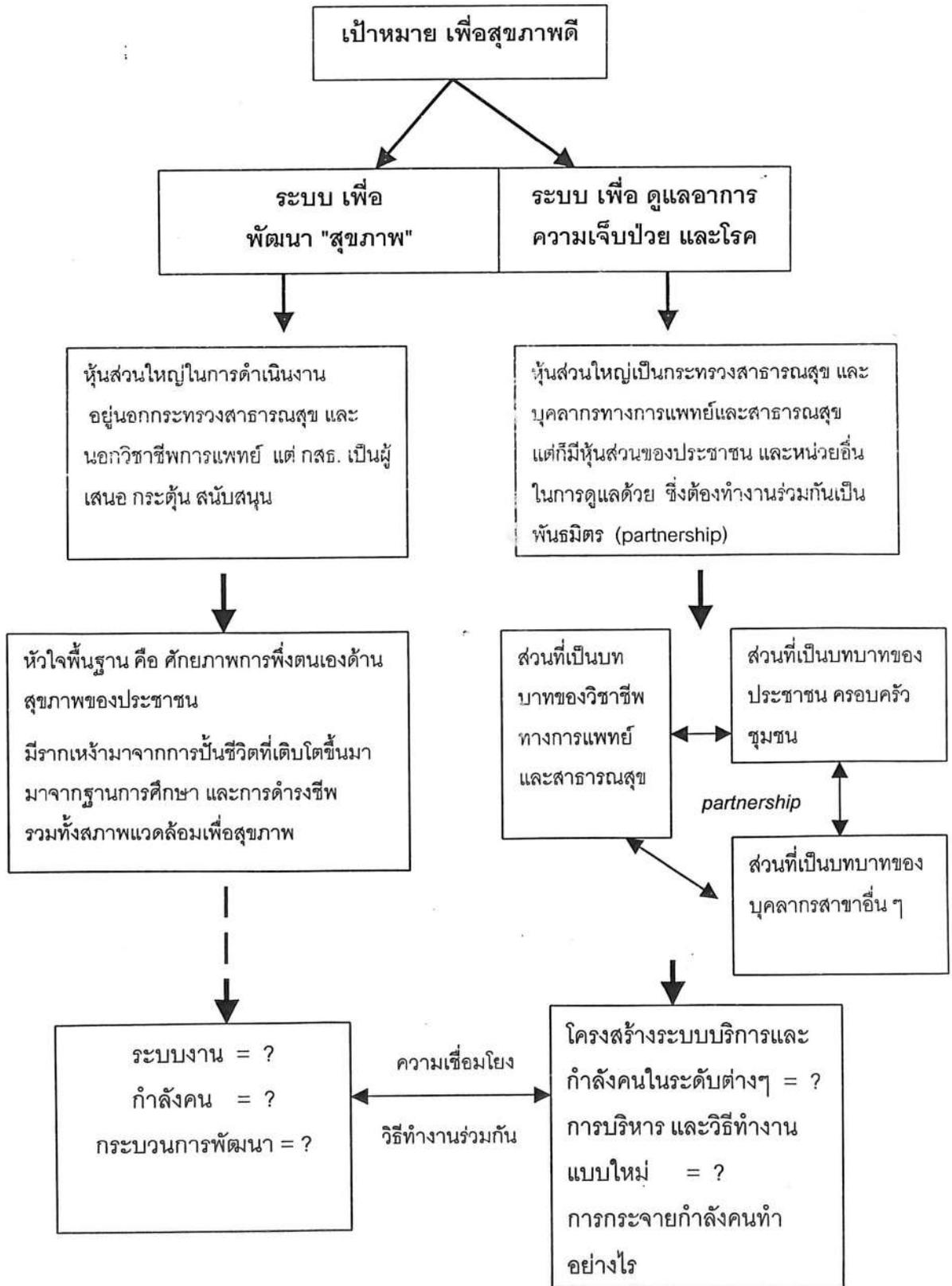
บทบาทของกำลังคนกลุ่มต่างๆ ในระบบสุขภาพ

หากพิจารณาเป้าหมายสุดท้ายคือการมีสุขภาพดี ตามที่กำหนดในรัฐธรรมนูญ และร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ระบบงานเพื่อรองรับเป้าหมายนี้จึงแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ (ตามภาพที่ 1)

- 1) ระบบเพื่อพัฒนาสุขภาพ ซึ่งระบบส่วนนี้หันส่วนใหญ่ในการดำเนินงานจะอยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข นอกวิชาชีพทางการแพทย์ แต่กระทรวงสาธารณสุขจะยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้เสนอสนับสนุน และกระตุ้นเพื่อให้มีการดำเนินงานให้บรรลุผล ในส่วนนี้จำเป็นต้องมีการคิดค้นพัฒนาว่าจะต้องการกำลังคนในลักษณะใด จะมียุทธศาสตร์ทำงานอย่างไร มีระบบงบประมาณสนับสนุนอย่างไรจึงจะเหมาะสม ดำเนินการได้จริง
- 2) ระบบเพื่อการดูแลอาการ ความเจ็บป่วย และโรค ซึ่งส่วนนี้หันส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ก็มีหุ้นส่วนของประชาชน และหน่วยงานอื่นในดูแลด้วย และต้องมีการทำงานเป็นแบบพันธมิตรที่มีส่วนร่วม (partnership) ระบบส่วนนี้จำเป็นต้องแก้ปัญหาในเรื่องการกระจาย และปัญหาในด้าน miss-match ระหว่างอุปสงค์กับอุปทานของการบริการทั้งในด้านพื้นที่ คุณภาพบริการ และประเภทบริการแบบใหม่ที่มีความต้องการเพิ่มขึ้น

แต่ทั้งสองระบบต่างก็ต้องพัฒนากระบวนการทำงานแบบเชื่อมโยงกันได้ และเสริมซึ่งกันและกันได้ อย่างพอดี

กรอบแนวคิดการพิจารณาระบบงาน และระบบกำลังคน เพื่อเป้าหมายสุขภาพดี



ประเด็นพิจารณาในส่วนที่เป็นการพัฒนาบริการสุขภาพที่จำเป็นในอนาคต

อาจแบ่งพิจารณาเป็นกลุ่มๆ ตามลักษณะงาน และความแตกต่างในการพัฒนา ดังนี้ (ดังภาพที่ 2 ซึ่งบริการต่างๆ ที่กล่าวต่อไปนี้ในการปฏิบัติจริง จะมีการซ้อนทับ และเชื่อมโยงกันอย่างมาก แต่การเสนอแยกเป็นกลุ่มนี้เพื่อให้เห็นความสำคัญจำเพาะที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งประเด็นการพัฒนา และการจัดการแก้ปัญหา มีลักษณะที่ต่างกัน ตลอดจนกลุ่มคน องค์กรที่เกี่ยวข้องมีน้ำหนักที่ต่างกัน)

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพ

- ส่วนที่เป็นการดูแลสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว

ส่วนนี้ยังต้องการพัฒนาในระดับคุณภาพมากขึ้น ต้องการบุคลากรสาธารณสุขเดิมที่ให้บริการด้วยความคิด มุมมองที่กว้างขึ้น เป็นองค์รวม และมีทักษะในการสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนได้ดีมากขึ้น

- ส่วนที่เป็นการสร้างสุขภาพระดับชุมชน และที่เป็นนโยบายสาธารณะ

ส่วนนี้ยังมีปัญหาในด้านประสิทธิผล และประสิทธิภาพของวิธีดำเนินงาน ยังต้องการการคิดพัฒนาระบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตอบสนองการพัฒนาสุขภาพของประชาชนได้ตรงประเด็น

ส่วนนี้ยังต้องการบุคลากรที่มีพื้นความรู้ และทักษะในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น

ส่วนนี้ เป็นส่วนที่องค์กรอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุขควรจะเข้ามามีบทบาทในการดำเนินการมากขึ้น ทั้งส่วนที่เป็นองค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่ไม่ใช่เฉพาะ กระทรวงสาธารณสุข

2. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บริการส่วนนี้มีปัญหามากทั้งในด้านความครอบคลุมบริการที่เข้าถึงได้ง่าย ทันเวลา และปัญหาในระดับคุณภาพของบริการในสถานพยาบาลที่ตอบสนองรวดเร็ว ทันเวลา รวมทั้งปัญหาในส่วนที่เป็นบริการขนส่งผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุไปยังสถานพยาบาลที่ยังล่าช้า และดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้นไม่เหมาะสม

ประเด็นการพัฒนาประกอบด้วยทั้งส่วนที่เป็นการปฐมพยาบาล โดยประชาชนหรือผู้เกี่ยวข้องเบื้องต้นก่อนถึงสถานพยาบาล ที่ต้องการปรับทัศนคติและความสามารถของประชาชนในการดูแลเบื้องต้นได้เหมาะสม การให้บริการเพื่อรับแจ้งเหตุฉุกเฉินและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่ต้องการการจัดระบบ และจัดหาบุคลากรที่มีทักษะการดูแลฉุกเฉินที่มีจำนวนพอเพียง ครอบคลุมได้ทั่วถึง และส่วนที่เป็นระบบดูแลฉุกเฉินในโรงพยาบาล/สถานพยาบาล ที่ต้องการพัฒนาระบบให้มีขีดความสามารถดีขึ้น รวมทั้งต้องการบุคลากรวิชาชีพที่ดูแลปัญหาฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

3. บริการสุขภาพพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย

บริการดูแลสุขภาพผสมผสาน ที่เป็นพื้นฐาน ด้านแรก

บริการสุขภาพทางการแพทย์ที่ซับซ้อนขึ้น เป็นระดับตติยภูมิ

บริการสุขภาพทางการแพทย์ที่ซับซ้อน บริการเฉพาะทาง ในระดับตติยภูมิ

- ◆ บริการส่วนนี้เป็นบริการเดิม ที่ควรมีการทบทวนโครงสร้างของสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้บริการว่าจะจัดระบบใหม่อย่างไรเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพครอบคลุมพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมอย่างไร ทำอย่างไร จึงจะกระจายให้เหมาะสม พร้อมกับทำให้บริการนี้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างไร และยังคงพัฒนาเรื่องการเชื่อมต่อบริการระหว่างบริการต่างระดับให้ราบรื่น
- ◆ เนื่องจากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพเรื้อรังมีสัดส่วนมากขึ้น แต่ระบบบริการเดิมพัฒนาขึ้นมาเพื่อรองรับปัญหาที่เฉียบพลันมากกว่าการดูแลที่ต่อเนื่อง ฉะนั้นจำเป็นต้องปรับบริการบางส่วนให้ตอบสนองต่อการดูแลปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ◆ เป็นส่วนที่ควรมีการทบทวนว่าจะให้องค์กรท้องถิ่น ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาปรับโครงสร้างการบริการให้สอดคล้องกับชุมชนมากขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น พร้อมกับมีการพัฒนาที่ต่อเนื่องได้อย่างไร

4. บริการสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนนี้เป็นทั้งที่เป็นบริการเดิม ซึ่งเป็นส่วนที่รัฐยังมีบทบาทน้อย และเป็นบริการที่แยกส่วนตามกระทรวง และส่วนที่ประชาชน ชุมชนดูแลกันเองตามสภาพ มากกว่าการพิจารณาจัดระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม ทั่วถึง และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องดีขึ้น ลักษณะบริการในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นด้านการรักษามากกว่า การป้องกันและการฟื้นฟูทำได้น้อย และเป็นงานเชิงรับมากกว่ารุก เป็นการดูแลบริการระยะสั้นมากกว่าระยะยาว จำเป็นต้องมีการพิจารณาเรื่องการออกแบบระบบบริการด้านนี้ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย และพิจารณาไปพร้อมกับความสามารถของประชาชนในการดูแลกันเองได้ไม่เท่ากัน ทั้งส่วนที่เป็นกลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มชนบท กลุ่มคนเมือง รวมทั้งการพิจารณาเรื่องการลงทุนเพื่อการดูแลกลุ่มนี้ใครบ้างจะเป็นหุ้นส่วนในสัดส่วนอย่างไร

แนวคิดหลักในการจัดระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ 1) การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีคุณภาพตั้งแต่วัยต้นของชีวิต 2) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้ดำรงอยู่ในวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพในสังคมที่กำลังพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 3) การสนับสนุนและเกื้อกูลให้ผู้สูงอายุที่ผ่านเข้าสู่ระยะพึ่งพาสามารถดำรงชีพอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพ ซึ่งจะโยงกับมิติหลักประกัน 6 ด้าน คือ หลักประกันด้านสุขภาพ หลักประกันด้านการเงิน (รายได้) หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม หลักประกันด้านผู้ดูแล หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน และหลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

บริการกับกลุ่มนี้มีความคาบเกี่ยวเชื่อมโยงระหว่างบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข กับบริการที่เป็นสวัสดิการสังคมมาก ควรต้องมีการพิจารณาว่าจะเชื่อมต่อร่วมมือ บูรณาการงานกันอย่างไร และจะร่วมมือกับชุมชน สังคมในการพัฒนาระบบดูแลอย่างไรเพื่อให้เกิดหลักประกันในการดูแลสุขภาพได้อย่างพอเพียงเหมาะสม และยั่งยืน

บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบริการกับกลุ่มนี้ จะประกอบด้วยทั้งกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข กลุ่มนอกรวิชาชีพสาธารณสุข กลุ่มบริการทางสังคม และกลุ่มแพทย์แผนไทย ครอบครวั ชุมชน ในอนาคตจะจัดระบบหรือแบ่งบทบาท ช่วยเหลือกันดูแลอย่างเป็นบูรณาการได้หรือไม่ อย่างไร

5. บริการสำหรับผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส กลุ่มประชากรเฉพาะต่างๆ

บริการนี้ยังมีช่องว่างในเชิงระบบ และในเชิงคุณภาพบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ ในอนาคตที่มีการจัดระบบบริการตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พิจารณาภาพรวมของประชากร การจัดระบบมีความแข็งตัวมากขึ้น จะทำให้กลุ่มประชากรผู้ด้อยโอกาส กลุ่มประชากรเฉพาะที่มีความต้องการในลักษณะพิเศษต่างจากประชากรรวมจะเข้าถึงบริการได้น้อยลง ยกเว้นแต่ระบบใหญ่จะมีการเตรียมการยืดหยุ่น หรือ มีบริการเฉพาะเพื่อกลุ่มเหล่านี้แยกเฉพาะ เช่น กรณีผู้พิการที่ต้องการบริการฟื้นฟูสภาพที่มากกว่าบริการพื้นฐานตามสิทธิประโยชน์ กลุ่มประชากรชาวเขา ประชากรในพื้นที่ทุรกันดารที่เข้าถึงบริการพื้นฐานได้น้อย กลุ่มชุมชนแออัดในเมืองที่ไม่สำเนาทะเบียนบ้านอยู่ในพื้นที่พักอาศัย

6. บริการสำหรับประชากรเคลื่อนย้ายทั้งที่เป็นคนไทย และประชากรต่างด้าว

ควรต้องมีการพิจารณาว่าประชากรกลุ่มนี้มีปัญหาในการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่เป็นบริการหลักหรือไม่ อย่างไร และต้องปรับระบบบริการพื้นฐานหลักให้สอดคล้อง หรือไม่

แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในส่วนที่เป็น unskilled labor จะเพิ่มมากขึ้น เพราะแนวโน้มประชากรไทยมีการศึกษาดีขึ้น และจะไม่ค่อยทำงานในส่วนที่เป็นแรงงานไร้ฝีมือ ค่าแรงต่ำ มีประชากรในประเทศเพื่อนบ้านที่ลี้ภัยเข้ามาทำงานในประเทศไทย

ขณะเดียวกันคนไทยก็ไปทำงานในต่างประเทศ จะมีการดูแลที่ต่อเนื่องหรือครอบคลุมหรือไม่อย่างไร

7. บริการการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก

ทิศทางการบริการส่วนนี้ จะเป็นทั้งบริการเพื่อการพึ่งตนเองของประชาชน และชุมชนเอง และส่วนที่เป็นบริการทางเลือกนอกเหนือจากบริการทางการแพทย์แผนตะวันตก หรือเป็นบริการที่ช่วยเสริมระบบบริการหลักให้ครอบคลุมสภาพปัญหาอย่างรอบด้านมากขึ้น

ควรมีการพิจารณาเรื่องการควบคุม กำกับคุณภาพมาตรฐานของบริการด้านนี้ให้เหมาะสม

บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย จะมีการพัฒนาอย่างไร จะบูรณาการกับระบบแผนตะวันตกหรือไม่ อย่างไร หรือจะเพิ่มขีดความสามารถ ปรับให้มีมาตรฐานคุณภาพอย่างไร

8. บริการที่เป็นการสร้างเสริมศักยภาพให้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ในประเทศไทยก็ได้มีความพยายามพัฒนาดำเนินการพัฒนาบริการในส่วนนี้มาตลอด แต่ปัญหาอยู่ที่ประสิทธิผลของการดำเนินการ การดำเนินการบางส่วนไม่ต่อเนื่อง และมักมองการพัฒนาศักยภาพของประชาชนเพียงเป็นการให้ข้อมูลที่เป็นวิชาการ แต่ขาดกระบวนการพัฒนาด้านอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อให้มีการปฏิบัติได้ อีกทั้งข้อมูลที่เผยแพร่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนไม่มาก โดยเฉพาะกับประชาชนผู้ด้อยโอกาส และประชาชนในชนบท

ส่วนนี้ถือว่าเป็นบริการที่เป็นแกนสำคัญของบริการทุกส่วน ทุกระดับ ที่ควรต้องมีการพิจารณาว่าจะมีกระบวนการบูรณาการเข้าไปในเนื้อบริการด้านต่างๆ ระดับต่างๆ อย่างไร จะมีการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อให้ประชาชนดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นอย่างไร

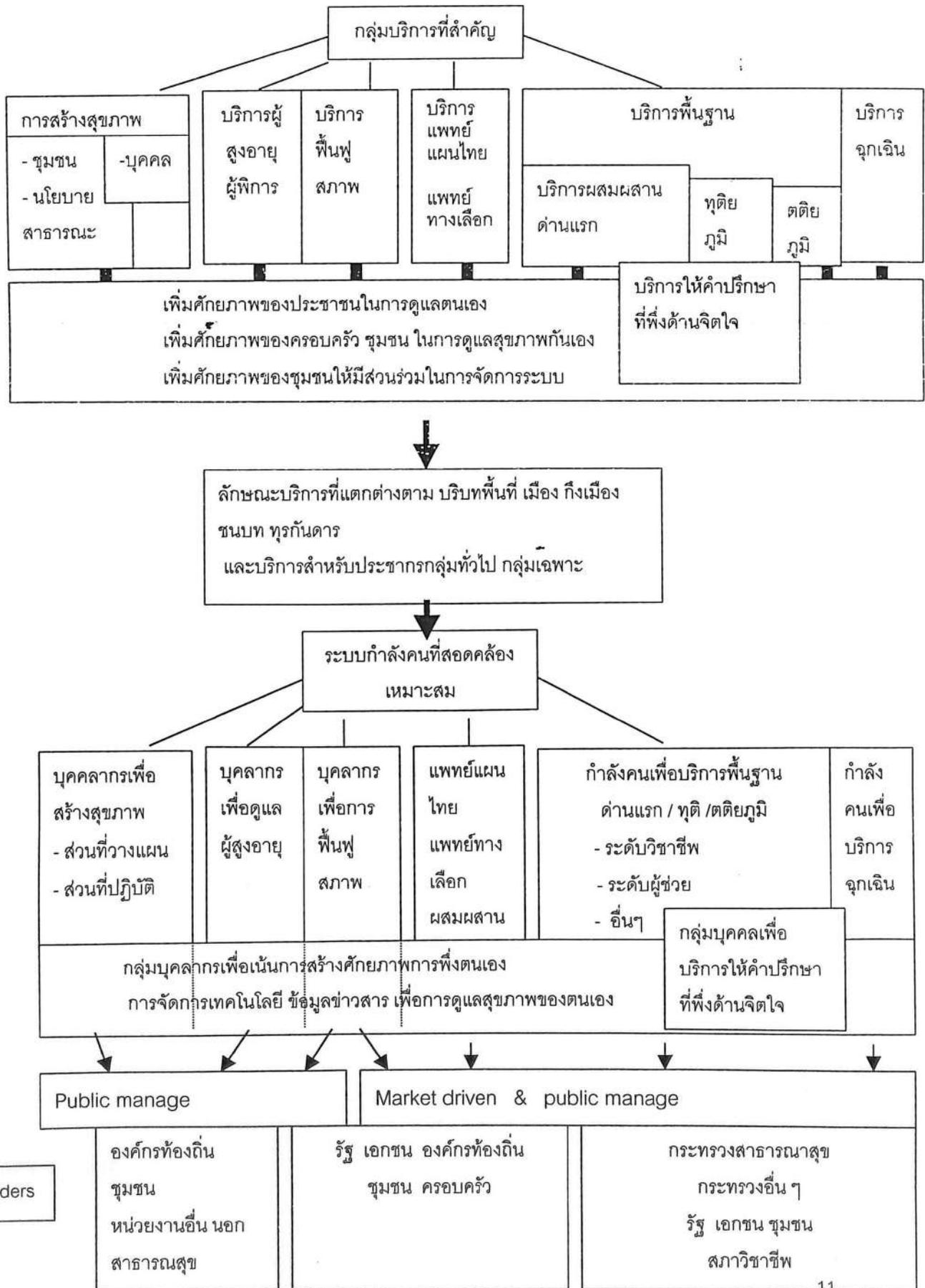
ระบบข้อมูลข่าวสารที่เข้ามาที่ประชาชนมีมากมาย จะมีระบบที่ช่วยคัดกรองข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หลอกหลวง หรือ ทำให้ข้อมูลเข้าถึงง่าย หาได้ง่าย ใช้ได้ง่ายอย่างไร

ควรมีบุคลากรที่เข้ามาทำหน้าที่ เป็นผู้ช่วยกลั่นกรองข้อมูลให้ประชาชน ช่วยจัดหาข้อมูลที่มีประโยชน์ มาเติมเสริมให้ประชาชน หรือไม่ว่าอย่างไร บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการด้านแรกที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีศักยภาพและโอกาสที่จะทำบทบาทนี้ได้ดี แต่ยังคงมีกระบวนการเพื่อการปรับกระบวนการทำงาน และพัฒนาให้มีความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่เป็น facilitators การเรียนรู้ต่อเนื่องเพื่อให้ทำหน้าที่ เป็นผู้สนับสนุน และเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการพัฒนากลุ่มนี้ที่จะมีประสิทธิผล ประสิทธิภาพเป็นอย่างไร และจะมีความแตกต่างตามบริบทหรือไม่ อย่างไร

9. บริการให้คำปรึกษา บริการเพื่อลดความเครียด และเป็นที่ยัง ที่ระบายทางด้านจิตใจ

สืบเนื่องจากสภาวะสังคมที่มีความเครียดเพิ่มมากขึ้นจากลักษณะที่วิถีชีวิตต้องดิ้นรน แข่งขันมากขึ้น แหล่งที่พึ่งเดิมทางด้านจิตใจในสังคมไทย อันได้แก่ ครอบครัว ญาติ พระภิกษุ ก็เริ่มมีบทบาทและเป็นที่ยังได้ลดลง บางส่วนก็อาจจะยังมีบทบาทในด้านนี้แต่ไม่มีความเข้าใจและทักษะที่ดีพอในการช่วยเหลือ สภาพความเป็นอยู่ที่อยู่กระจัดกระจายห่างไกลกันมากขึ้น ก็ทำให้แสดงบทบาทได้ยาก ในขณะที่แหล่งบริการให้คำปรึกษาที่เป็นมืออาชีพก็ยิ่งพัฒนาได้น้อย และประชาชนยังไม่คุ้นเคยในการใช้บริการดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการพิจารณาว่าจะพัฒนาบริการเพื่อเป็นที่ยัง ที่ช่วยเหลือทางด้านจิตใจของบุคคลและครอบครัวในสังคมไทยอย่างไรจึงจะเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

ภาพที่ 2 แสดงลักษณะกลุ่มบริการสำคัญที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาในอนาคต โดยแยกตามลักษณะการ approach เพื่อแก้ปัญหา



การพิจารณาว่าบริการส่วนใดจะเป็นไปตามกลไกตลาด หรือส่วนที่รัฐต้องจัดการ

บริการที่ควรเป็นไปตามกลไกตลาด มีหลักพิจารณา คือ

- ◆ เป็นบริการที่ประชาชนรับรู้ความต้องการได้เอง
- ◆ เป็นบริการที่ประชาชนสามารถจัดหาตอบสนองได้เอง

ได้แก่ บริการรักษาพยาบาลทั่วไป บริการส่งเสริมสุขภาพบางประเภท บริการเพื่อความสวยงาม
บริการสำหรับประชากรที่มีฐานะเศรษฐกิจดี มีการศึกษาดี และพักอาศัยในสถานที่ที่มีหน่วยบริการสุขภาพ

บริการที่รัฐสนับสนุน จัดการ มีหลักการพิจารณา คือ

- ◆ เป็นบริการที่ประชาชนไม่รู้ หรือตระหนักต่อความจำเป็นได้อย่างชัดเจน
- ◆ เป็นบริการสำหรับประชาชนที่ไม่มีกำลังในการจัดหาบริการนั้นได้ด้วยตนเอง
- ◆ เป็นบริการที่ต้องการการดูแลระยะยาว
- ◆ เป็นบริการที่ต้องใช้อำนาจรัฐ

ได้แก่ บริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บริการรักษาพยาบาลสำหรับประชากรที่มีฐานะยากจน ผู้ด้อย
โอกาสกลุ่มต่างๆ บริการในพื้นที่ทุรกันดาร งานคุ้มครองผู้บริโภค การจัดการมลพิษสิ่งแวดล้อม
บริการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพง

ตัวอย่างพิจารณาว่าบริการควรเป็นลักษณะให้เป็นไปตามกลไกตลาด หรือ รัฐจัดการสนับสนุน

	ชาวต่าง ประเทศ	เมือง		กึ่งเมือง		ชนบท ทั่วไป	ชนบท ทุรกันดาร
		ปชก.มี ฐานะ	ปชก.ด้อย โอกาส	ปชก.มี ฐานะ	ปชก.ด้อย โอกาส		
รักษาพยาบาล	ตลาด	ตลาด	รัฐ	ตลาด	รัฐ	รัฐ จัดการ สนับสนุน	
ฟื้นฟูสุขภาพ	ตลาด	ตลาด/รัฐ	รัฐ	ตลาด/รัฐ	รัฐ		
ป้องกันโรค/ความ เสี่ยง		รัฐจัดการ ดำเนินการ					
สร้างเสริมสุขภาพ		ตลาด /รัฐ	รัฐ	ตลาด /รัฐ	รัฐ	รัฐ สนับสนุน	
เสริมศักยภาพการ พึ่งตนเอง		ตลาด /รัฐ	รัฐ	ตลาด /รัฐ	รัฐ	รัฐ สนับสนุน	

ส่วนหน่วยที่ทำหน้าที่ดำเนินการ หรือให้บริการนั้น อาจมีลักษณะได้หลากหลาย ทั้งที่เป็นรัฐ หรือเอกชน หรือชุมชนให้บริการเองโดยรัฐสนับสนุน ทั้งนี้คงต้องพิจารณาเป็นรายละเอียด

ประเด็นการพิจารณาตามลักษณะกลไกการดำเนินงานด้านกำลังคน

ประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องพิจารณาเพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบันอันได้แก่ การกระจายกำลังคน และการปรับให้บุคลากรมีสมรรถนะการทำงานที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งเตรียมบุคลากรคุณภาพให้พร้อมต่อการรองรับกับเหตุการณ์ข้างหน้าในระบบต่างๆ เปลี่ยนไป และให้สามารถก้าวทันสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย และสังคมโลกที่เปลี่ยนไปตลอดเวลาอย่างรวดเร็ว ตลอดจนพิจารณาถึงประเด็นการลงทุนเพื่อพัฒนากำลังคน ควรจะเป็นแนวใดจึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุด

ซึ่งมีประเด็นย่อยที่ควรพิจารณา คือ

1) การจ้างงาน และระบบบริหารแบบใหม่ เพื่อให้เกิดการกระจายกำลังคน และการใช้กำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจพิจารณาว่าควรเป็นการปรับใหม่ทั้งระบบ หรือ เน้นเฉพาะส่วนที่เป็นเป้าหมายสำคัญที่เป็นปัญหาในลำดับแรกก่อน มีการพิจารณาถึง employment policy (รวมถึงการจัดการเกี่ยวกับพนักงานของรัฐ) ว่าควรจะพัฒนาไปอย่างไรจึงจะเป็นไปได้ และแก้ปัญหาได้ การมีนโยบายเพื่อส่งเสริม จูงใจให้บุคลากรอยู่ในชนบทได้ยาวนาน และมีความสุข ตลอดจนจูงใจให้บุคลากรดำรงอยู่ในวิชาชีพที่ศึกษามาได้ยาวนานขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาการสูญเสียของวิชาชีพ การพิจารณาให้วิชาชีพมีบทบาทในการทำงานเต็มที่ตรงกับความสามารถ งานบริหารจัดการควรมีบุคลากรกลุ่มอื่นมาทำหน้าที่แทน

การปรับให้ระบบการศึกษาและระบบความก้าวหน้าทางสายงานที่สามารถเชื่อมโยง ปรับเปลี่ยนระหว่างวิชาชีพต่างๆ ทางด้านคุณภาพได้ควรจะมีหรือไม่ และควรพัฒนาระบบนี้อย่างไร

2) การพัฒนากำลังคนเพื่อเปลี่ยนกระบวนทัศน์ไปสู่การสร้างสุขภาพ และการทำงานกับชุมชนที่มีคุณภาพ บุคลากรกลุ่มเดิมในระบบเป็นกลุ่มใหญ่ที่ต้องคิดค้นวิธีการพัฒนาบุคลากรกลุ่มนี้ให้พร้อมกับการทำงานเพื่อระบบใหม่ และเพื่อให้มีความสามารถในการทำงานกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนางานส่วนนี้จำเป็นต้องมีการทบทวนศึกษาถึงกระบวนการพัฒนา และการจัดสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรที่ทำงานอยู่ในสถานพยาบาลด้านแรกที่มีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนได้เร็ว เพียงแต่เปิดโอกาสและจัดกระบวนการให้เหมาะสม

3) การผลิตกำลังคน มีประเด็นย่อยพิจารณา คือ

- ควรมีการผลิตเป็น dual tract หรือไม่ ถ้ามีจะมีกลไกจัดการควบคุม กำกับคุณภาพ และผลกระทบต่อสังคม และผู้ด้อยโอกาสอย่างไร

- การผลิตในลักษณะใหม่ ที่ใช้ชุมชน และสถานพยาบาลขนาดเล็กในพื้นที่เป็นฐานการฝึกอบรม และเรียนรู้จากระบบการทำงานจริง
- ระบบบริหารการผลิตกำลังคนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การวางแผนและประสานการดำเนินการ โดยที่เข้าใจธรรมชาติขององค์กรผลิตต่างๆ ทั้งที่เป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ สถาบันการศึกษาของเอกชน สถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาของต่างประเทศ เข้าใจถึงข้อจำกัด และจุดเด่นของแต่ละภาคส่วน แล้วประสานให้เป็นไปตามทิศทาง และระยะการพัฒนาของประเทศอย่างสอดคล้อง

4) กลไก และกลวิธีต่างๆ เพื่อเปิดโอกาสให้ชุมชน องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดการด้านกำลังคน ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการมีส่วนร่วมจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น

- การกระจายอำนาจให้ชุมชน องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการประมาณความต้องการกำลังคนในพื้นที่ของตนเอง
- มีส่วนร่วมในการคัดสรรบุคคลเข้ามาศึกษาเป็นบุคลากรสาธารณสุขสำหรับชุมชน
- มีส่วนร่วมในการจัดการ การจ้างงาน การสนับสนุนค่าตอบแทนแรงจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานในชุมชนได้นาน ต่อเนื่อง

5) การพิจารณาจัดการกำลังคน โดยแบ่งเป็นลักษณะที่เป็นบริการและกำลังคนที่ปล่อยให้ไปไปตามกลไกตลาด และส่วนที่รัฐต้องจัดการ สนับสนุน

ประเด็นการพิจารณาจากกรอบลำดับความสำคัญของการดำเนินการ

เนื่องจากทรัพยากรของประเทศมีจำกัด และแนวโน้มสถานการณ์เศรษฐกิจยังขยายตัวได้น้อย จึงควรพิจารณาการจัดบริการและกำลังคนในบางกลุ่มที่มีความสำคัญเป็นเบื้องต้นก่อน ได้แก่

- การจัดการกำลังคนเพื่อการบริการสุขภาพแก่กลุ่มประชากรที่มีปัญหาและช่วยเหลือตนเองได้น้อยเป็นลำดับต้น ได้แก่ ประชากรในพื้นที่ชนบท ก้นดาร์ พื้นที่ที่บุคลากรขาดแคลน หรือมีภาวะหมุนเวียนบ่อย ประชากร กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่เมืองและชนบท ส่วนกำลังคนเพื่อการบริการในเขตเมืองปล่อยให้ปรับตัวไปเองได้

- การจัดการเพื่อเตรียมพัฒนากลุ่มบุคลากรที่ต้องมีการลงทุน และพัฒนาให้เป็นผู้มีความสามารถในการพัฒนาเทคโนโลยีด้านต่างๆ (the best and brightest) เพื่อการพัฒนาสุขภาพของประเทศ ให้ประเทศพึ่งตนเองได้ ทั้งนี้ให้พิจารณาการพัฒนาเทคโนโลยีทั้งที่เป็นด้านชีวภาพการแพทย์ เทคโนโลยีเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และเทคโนโลยีในการจัดการระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพ

(ร่าง) กระแสการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง กรอบกฎหมาย และการผลักดันทางสังคม ที่กระทบต่อทิศทางของระบบสุขภาพในอนาคต

กระแสการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และการปฏิรูปทางสังคม (ธีรยุทธ บุญมี 2546)

ในระยะเวลาที่ผ่านมา ได้มีเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นในสังคมไทย ที่เป็นส่วนทำให้โลกที่กำหนดทิศทางการพัฒนาของประเทศมีความหลากหลาย และมีการถ่วงดุลย์กันมากขึ้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่มีการปรับเปลี่ยนระบอบมาตลอด จนกระทั่งเกิดการปฏิรูปการเมืองในปี 2537 อันส่งผลให้เกิดรัฐธรรมนูญประชาชนในปี 2540 ซึ่งอุดมการณ์ของการปฏิรูปการเมืองนี้มีลักษณะที่ผสมผสานระหว่างด้านหนึ่งที่เป็นแนวคิดเสรีนิยม และอีกด้านที่เป็นการเพิ่มอำนาจให้กับภาคสังคม หรือ ภาคสาธารณะมากขึ้น โดยผ่านองค์กรตรวจสอบต่างๆ มีการขยายสิทธิด้านต่างๆ ของประชาชน และชุมชนออกไป อาทิ สิทธิผู้บริโภค สิทธิด้านสุขภาพ ซึ่งเสมือนเป็นการเพิ่มขยายดุลย์อำนาจที่ 4 ของสังคมชุมชน ที่ถ่วงดุลย์กับอำนาจการบริหาร อำนาจตุลาการ และอำนาจนิติบัญญัติ หรืออาจมองได้ว่าเป็นการเสริมอุดมการณ์ประชาสังคม หรือชุมชนนิยม การปฏิรูปการเมืองนี้จึงแฝงเร้นด้วยความขัดแย้งของสองอุดมการณ์นี้ การปฏิรูประบบราชการ การศึกษา และสุขภาพ ก็ล้วนแต่มีความขัดแย้งของสองอุดมการณ์นี้ดำรงอยู่ทั้งสิ้น พร้อมไปกับความขัดแย้งกับแนวคิดอนุรักษนิยม

การเคลื่อนไหวปฏิรูปสุขภาพ และปฏิรูปการศึกษา มีลักษณะสอดคล้องกับสภาพทางการเมืองสังคมในปัจจุบัน ที่มีทิศทางโดยรวมคือการเพิ่มอำนาจให้สังคม ประชาคม รวมทั้งการกระจายทรัพยากร และงบประมาณให้กับกลุ่มต่างๆ ทั้งการเมือง เศรษฐกิจ สังคมชุมชน อันได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ องค์กรท้องถิ่น และชุมชนที่รวมตัวกัน อันเป็นลักษณะที่กระจายตัวมากกว่าในยุคสมัยก่อนปฏิรูปที่ทั้งงบประมาณและอำนาจการจัดการทรัพยากรกระจุกตัวอยู่ในภาคอำนาจรัฐ และภาคการเมืองเท่านั้น

ภาคฝ่าย หรือ อำนาจต่างๆ 4 ฝ่าย มีแนวโน้มผูกพันกับอุดมการณ์ที่ต่าง ๆ กันไป หากจะกล่าวโดยรวมแล้ว ทั้ง 3 อำนาจเดิม(อำนาจบริหาร ตุลาการ นิติบัญญัติ) จะมีแนวโน้มอนุรักษ์สภาพเดิมมากกว่าที่จะสนับสนุนการขยายอำนาจไปสู่สังคม หรือ ประชาคม แต่เนื่องจากกระแสที่สืบเนื่องจากการปฏิรูปการเมืองแรงกดดันจากภาคสาธารณะ และสภาพการณ์ของโลกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้หลายส่วนจำยอมต้องสนับสนุนการผ่อนถ่ายอำนาจให้กับภาคประชาสังคม ปัญหาเมื่อว่าจะให้อำนาจมากน้อยขนาดไหน และจะมอบให้ในทิศทางแนวคิดหรืออุดมการณ์ใดมากกว่า

กลุ่มที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเปลี่ยนแปลงจะมีทั้งส่วนที่เป็น 1) ภาคข้าราชการ ที่มีแนวโน้มจะอนุรักษ์สถานะเดิมมากที่สุด 2) ภาคการเมือง มีแนวโน้มจะถูกครอบงำโดยทุนขนาดใหญ่ ยุทธวิธีของกลุ่มทุนใหญ่ คือการทำลายหรือครอบงำอำนาจกลุ่มทุนและอิทธิพลท้องถิ่น โดยวิธีการที่จะให้ผลประโยชน์และทรัพยากรต่างๆ แก่ชาวบ้าน หรือกลุ่มสังคมโดยตรง เพื่อลดทอนระบบอุปถัมภ์ และอิทธิพลท้องถิ่นในลักษณะที่เป็นนโยบายประชานิยม มีการ formalize หรือ legalize องค์กรเคลื่อนไหวของภาคประชาชน จะสนับสนุนพอควรแก่กลุ่มปฏิรูปที่มีลักษณะชุมชน-ประชาคมนิยม แต่ในระยะยาวแนวทางหลักของกลุ่มทุนดังกล่าว ก็คือแนวทางตลาดเสรี คือการขยายบทบาทของภาคเอกชนเข้าแทนที่กิจกรรมต่างๆ ที่เคยเป็นของรัฐ ความขัดแย้งในทิศทางการปฏิรูประหว่างภาคการเมืองกับภาคประชาสังคมจะชัดเจนยิ่งขึ้นเรื่อยๆ และ 3) ภาคสังคม ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ส่วนใหญ่ ๆ คือ กลุ่มคนชนชั้นสูงและชนชั้นกลาง มีแนวอุดมการณ์ใกล้ไปในทางเสรีนิยม ชนชั้นล่าง

เนื่องจากความยากลำบากในชีวิตเศรษฐกิจ ยังมีลักษณะยึดติดผลประโยชน์ทางวัตถุ พร้อมทั้งจะร่วมกับอุดมการณ์แบบต่างๆ ที่เอื้อประโยชน์ดังกล่าว อุดมการณ์ที่สำคัญ คือ แนววัตถุนิยม แนวอุปถัมภ์ แนวประชานิยม หรือ แนวที่เอื้อประโยชน์ตนเอง ส่วนที่สนับสนุนอุดมการณ์อื่นมีไม่มากนัก ส่วนที่สามเป็นกลุ่มปัญญาชน ขนชั้นกลาง ข้าราชการ สื่อมวลชน จำนวนหนึ่งจะมีแนวโน้มไปในอุดมการณ์แบบประชาคมนิยม (communitarianism) อีกส่วนหนึ่ง มีแนวโน้มไปในแนวอุดมการณ์ "ทางเลือก" คือ คัดค้านแนวทางการพัฒนาทุนนิยมและโลกาภิวัตน์ ในส่วนนี้จะส่งผลในด้านจิตสำนึก และนำไปสู่สภาวะพหุสังคม พหุวัฒนธรรม ซึ่งก็คือ การดำรงอยู่และยอมรับความแตกต่างของความหลากหลายทางความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต ซึ่งก็เป็นจุดร่วมกับกลุ่มความคิดเสรีนิยมส่วนหนึ่ง

จากการวิเคราะห์ดังกล่าว สามารถคาดการณ์ได้ว่า ยิ่งเวลาทอดยาวนานออกไปมาเพียงไร ก็จะมี ความหลากหลายของกระแสความคิด รวมทั้งการจัดตั้งกลุ่มองค์กร ขบวนการมวลชน หรือ สังคมเพื่อมุ่งผลักดันการปฏิรูปไปในทิศทางที่ตัวเองต้องการ ผลลัพธ์การปฏิรูป ก็คือการต่อรองระหว่างพลังความคิด พลังสังคมฝ่ายต่าง ๆ นั้นเอง ในอนาคตต้องครกกลางทางด้านสุขภาพ นักวิชาการสุขภาพ จึงมีภารกิจหนักที่จะต้องสังเคราะห์อุดมการณ์ที่พึงประสงค์ของการปฏิรูปสุขภาพ การชี้แจง ต่อบรอง ได้แย้ง ข้อดี ข้อเสียกับแนวคิดปฏิรูปเช่นเสรีนิยมสุดขั้ว หรือ แนวอนุรักษนิยมสุดขั้ว

กระแสการเปลี่ยนแปลงทางด้านกฎหมายที่กระทบต่อระบบบริการสุขภาพ และกำลังคนด้านสุขภาพ

1. เนื้อหาในกฎหมาย ที่กำหนด คุณค่า ปรัชญา แนวคิด หลักการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

1.1 สุขภาพของบุคคล เป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนควรได้รับโดยเท่าเทียม

จากรัฐธรรมนูญ กำหนดไว้ชัดว่าสุขภาพเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับ อันเป็นผลให้มีการร่างกฎหมายลูกฉบับต่างๆ เพื่อรองรับประเด็นนี้ ทั้งที่เป็น(ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นส่วนที่ต่างจากการพัฒนาในระบบเดิมที่ผ่านมา ที่รัฐมุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มประชาชนที่ด้อยโอกาสอันได้แก่ ประชากรที่ยากจน พิการ ฯลฯ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้

มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง.

ร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.....

มาตรา ๕ สุขภาพของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ

มาตรา ๖ สุขภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดของชุมชนและสังคม เป็นทั้งอุดมการณ์ และเป็นหลักประกันความมั่นคงของชาติ

1.2 ความเป็นองค์รวมของบริการ ประชาชนมีส่วนร่วม ฟังตนเองได้ สร้างนำซ่อม

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

คุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพ เน้นความเท่าเทียม คุณภาพ ประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้ และเป็นบูรณาการ และความสอดคล้องกับวิถีชีวิต และสังคม ดังที่กำหนดใน ร่างพรบสุขภาพแห่งชาติ (รายละเอียดในกรอบ)

ร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.....

มาตรา 3

"สุขภาพ" หมายความว่า สุขภาวะที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างมีพลวัต และสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการ และการไม่มีโรคเท่านั้น

"ระบบสุขภาพ" หมายความว่า การจัดการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยด้านการสาธารณสุขและการบริการสาธารณสุขด้วย

"การบริการด้านสุขภาพ" หมายความว่า การบริการต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ รวมถึงบริการสาธารณสุขด้วย

"การบริการสาธารณสุข" หมายความว่า การจัดให้มีบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

มาตรา 7 ระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีกระบวนการพัฒนากายภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อม และสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์สุขของการอยู่ร่วมกัน

ระบบสุขภาพตามวรรคหนึ่ง ต้องเป็นระบบที่พึงประสงค์ ดังนี้

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

มาตรา 71 การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ

มาตรา 72 ให้ส่งเสริมสนับสนุนการบริการสาธารณสุขที่เน้นการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชนโดยให้ความสำคัญในมิติเชิงมนุษย์และสังคม ด้วยแนวคิดที่เป็นองค์รวม และมีการเชื่อมโยงการจัดการบริการสาธารณสุขต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน โดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของ

พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

"บริการสาธารณสุข" หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

1.3 คุณค่า ประสิทธิภาพ แนวคิด และหลักการของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน จะยั่งยืนต่อเนื่องเพียงใด

ตามที่กล่าวข้างต้นแสดงถึงความคิด ความหวัง และความพยายามที่จะปฏิรูประบบบริการสุขภาพปัจจุบันให้ไปสู่คุณสมบัติใหม่ที่ดีขึ้น แต่คำถามที่เกิดขึ้นในการพัฒนาต่อไปก็คือ คุณค่า ประสิทธิภาพ แนวคิดเหล่านี้ จะยังคงเป็นกระแสหลักที่กำหนดกลไก รายละเอียดการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมในชีวิตจริงอีกยาวนานเพียงใด ซึ่งน่าจะมียอดประกอบสำคัญที่มีผลกำหนด คือ

1. ความเข้าใจที่ชัดเจน และจุดยืนที่มั่นคงต่อปรัชญาแนวคิดของผู้มีส่วนกำหนดนโยบาย อันจะเป็นส่วนกำหนดให้มีการขับเคลื่อนงานเพื่อรองรับการพัฒนาในทิศทางดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง จริงจัง
2. การแปลปรัชญา แนวคิดหลักการเหล่านี้ที่เป็นนามธรรมไปสู่รูปธรรมการปฏิบัติจริง นั้นสอดคล้อง ตรงกันหรือไม่อย่างไร ทั้งในส่วนที่เป็นโครงสร้าง องค์การบริการ และกระบวนการบริการ หากไม่ชัดเจน หรือ การดำเนินการจริงย่อมจะประสบกับแรงต้าน แรงทานในการคงสภาพเดิม หรือ การที่ผู้ให้บริการยังต้องการบริการตามที่ตนเองสะดวก หรือความไม่พร้อมขององค์ประกอบต่างๆ ก็อาจส่งผลให้ผลการปฏิบัติจริงในสังคมไม่เป็นไปตามแนวคิด หลักการที่มุ่งหวังไว้ในเบื้องต้น
3. ความเข้าใจ ยอมรับต่อแนวคิด หลักการนี้ของประชาชน สังคม ที่พร้อมจะออกมาสะท้อนความเห็น หรือ ร่วมตรวจสอบในกรณีที่เกิดการบริการไม่ได้เป็นไปตามเป้าประสงค์

ฉะนั้นการคิดพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม ยั่งยืน เป็นไปได้ในอนาคต จึงต้องคำนึงถึงประเด็นต่างๆ ตามที่กล่าวข้างต้น ต้องพิจารณาการแปลแนวคิดสู่รูปธรรมอย่างระมัดระวัง เพื่อมิให้เกิดปัญหาผิดพลาดไป เหมือนกับการพัฒนาบางเรื่องในอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งจำเป็นต้องพิจารณาถึงการพัฒนากลไกที่จะปรับให้เกิดสมดุลระหว่างกลไกต่างๆ ในสังคมเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีของประชาชนด้วย

2. ปรัชญา แนวคิด ในการพิจารณาเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต แนวคิดในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ ต่างยอมรับความเป็นสหวิชาชีพ และการร่วมมือระหว่างสาขาต่างๆ มากกว่าขึ้นกับสาขาใดสาขาหนึ่ง อีกทั้งยอมรับที่ต้องทำงานร่วมกับประชาชน ชุมชน บุคลากรสาขาอื่นที่นอกสาธารณสุข แต่มีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพด้วย

ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 3
บุคลากรด้านสาธารณสุข หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและบุคคลอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข หมายความว่าระบบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การวางแผน การผลิต การใช้ การบริหารจัดการ การพัฒนา การวิจัย และการประเมินผลที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพ และระบบการศึกษา และเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ ด้วย

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ เป็นธรรมาภิบาล สอดคล้องกับทิศทางกับระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์

3. -ข้อกฎหมายที่กำหนดกลไกสำคัญในระบบสุขภาพ

3.1 มีกลไกใหม่ที่กำลังระดับนโยบายในด้านระบบสุขภาพ ที่ประสานระหว่างกระทรวง

กลไกที่มีการกำหนดเพิ่มขึ้นใน(ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อแก้ปัญหาจุดอ่อนเชิงโครงสร้างในปัจจุบัน คือ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ซึ่งเป็นความพยายามของผู้จัดทำที่จะสร้างให้เกิดกลไกประสานงานในภาพกว้างที่นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข และมีการประสานระหว่างกระทรวง เพื่อเสนอแนะและให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรี และรัฐสภาเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวมทั้งให้คำปรึกษาต่อองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในส่วนที่เกี่ยวกับการดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ตลอดจนติดตาม ประเมินผล กำหนดมาตรการเพื่อสร้างเสริมความร่วมมือ และประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งการจัดให้มีกลไกเฉพาะเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

แต่กลวิธีที่จะดำเนินงานได้ตามที่กำหนดในร่างพระราชบัญญัติหรือไม่นั้น เป็นส่วนที่ต้องมีการพิจารณาวิธีการปฏิบัติจริงต่อไป

กลไกอีกส่วนที่มีการกำหนดขึ้นเกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีอำนาจหน้าที่โดยสรุป คือ กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขและเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุน ประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่วัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไรในการดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

-3.2 มีภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกรรมการระดับนโยบายมากขึ้น

ตัวแทนภาคประชาชน องค์กรเอกชนด้านต่างๆ ถือว่าเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของกรรมการชุดต่างๆ ดังพิจารณาได้จากองค์ประกอบในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมมาตรฐาน แต่ประเด็นที่ต้องติดตามคือ การพัฒนาความสามารถของประชาชนในการให้ความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจประเด็นที่เกี่ยวข้องได้อย่างเท่าเทียม

แต่ขณะเดียวกันก็มีตัวแทนวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ที่นอกเหนือจากตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขเข้าไปเป็นองค์ประกอบหนึ่งของกรรมการด้วย

ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่มีบทบาทในด้านการกำหนดนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ ได้ขยายขอบเขตจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรรัฐอื่นๆ และขยายขอบเขตไปยังองค์กรภาคประชาชน และองค์กรเอกชนต่างๆ ด้วย

3.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาท และร่วมกำหนดในเรื่องการพัฒนาสุขภาพมากขึ้น

จากพระราชบัญญัติกำหนดขึ้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ทำให้กลไกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ มีส่วนขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ เข้ามีบทบาทมากขึ้น ทั้งในส่วนที่เป็นการจัดสรรงบประมาณ

ประมาณ ส่วนที่เป็นผู้ดำเนินการในด้านบริการสุขภาพ แต่ศักยภาพและความสามารถในการดำเนินงานด้านสุขภาพมีความหลากหลาย และยังคงมีความขัดแย้งระหว่างองค์กรรัฐเดิม กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำหนดบทบาทขององค์กรแต่ละส่วน

3.4 การแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อ และผู้ให้บริการ

การแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อกับผู้ให้บริการนั้นถือว่าเป็นหลักการใหญ่ประการหนึ่งในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในระยะปัจจุบัน อันพิจารณาได้จากพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐที่ทำหน้าที่ดำเนินการด้านการประกันสุขภาพ บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แยกออกจากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขเดิมที่มีบทบาทในด้านการให้บริการสาธารณสุข และมีโครงสร้างย่อยของการบริหารจัดการที่แยกเฉพาะ ไม่รวมกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการ

อย่างไรก็ตาม แม้โครงสร้างของหน่วยบริหารจะแยกกันระหว่างผู้ซื้อกับผู้ให้บริการ แต่หากพิจารณาองค์ประกอบของกรรมการแต่ละชุดแล้ว พบว่ามีทั้งส่วนกรรมการที่มาจากตัวแทนวิชาชีพทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการ ร่วมกับผู้แทนประชาชน และผู้แทนจากองค์กรรัฐที่ทำหน้าที่ด้านการจัดสรรงบประมาณ และการบริหารจัดการ อันอาจทำให้มีความขัดแย้งในการพิจารณาวิธีการดำเนินงานของการประกันสุขภาพแห่งชาติได้หากผู้แทนของภาคส่วนต่างๆ เข้ามาเพื่อพิทักษ์ประโยชน์ของแต่ละส่วนแทนที่จะพิจารณางานเพื่อผลประโยชน์ของประเทศส่วนรวมเป็นที่ตั้ง

4. กำหนดกระบวนการดำเนินงานในระบบสุขภาพ

มีการจัดการให้ประชากรต้องเลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาลประจำครอบครัว ตามพระราชบัญญัติการประกันสุขภาพแห่งชาติ อันเป็นความพยายามในการลงไปจัดระบบประชาชน ให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์ของรัฐ เพื่อหวังให้เกิดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ครอบคลุมประชากรทุกคนอย่างทั่วถึง และมีการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและดูแลอย่างต่อเนื่อง การกำหนดนี้ส่วนหนึ่งถือว่าเป็นเจตนาที่ดีในการจัดบริการให้เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ แต่การจะบรรลุผลตามเจตนาหรือไม่ขึ้นกับการจัดการในการปฏิบัติงานจริงที่จะมีความยืดหยุ่น และปรับตัวให้สอดคล้องกับลักษณะการเคลื่อนย้ายของประชากรไทยมากขึ้นเพียงใด หากยืดหยุ่นน้อยก็จะเกิดผลด้านลบกับประชาชนในการเข้าถึงบริการที่ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของรัฐได้

มีการใช้กลไกทางการเงิน เพิ่มเติมจากการบริหาร และใช้เป็นกลไกกำกับประเมิน ติดตามผลการให้บริการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่ตกลงกันระหว่างผู้ซื้อกับผู้ให้บริการ ตามที่กำหนดโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มีการควบคุมมาตรฐาน โดยใช้กลไกทางการเงิน และองค์กรตรวจสอบเข้ามาเกี่ยวข้อง

การให้เมืองค์ภายนอก และผู้ให้บริการเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนด ควบคุม กำกับมาตรฐานของการบริการได้เป็นกระแสใหญ่มากขึ้น เพียงแต่คุณภาพของเทคโนโลยี และวิธีการดำเนินการยังเป็นประเด็นที่ยังอยู่ในระหว่างการเรียนรู้ และการพัฒนาไปพร้อมกัน

ทั้งหมดนี้ อาจกล่าวโดยสรุปว่า ในการพัฒนาระบบสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพในอนาคตนั้น จะมีองค์กร ภาคส่วนต่างๆ ทั้งรัฐ เอกชน ชุมชน องค์กรท้องถิ่น และองค์กรวิชาชีพเข้ามีส่วนร่วม มีบทบาทตามกลไกย่อยต่างๆ ที่กำหนดขึ้นใหม่ในกฎหมายมากขึ้น อันได้แก่ พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ แนวโน้มอนาคตจะมีวิธีการจัดการในลักษณะที่เป็นการประสานแนวนอน หรือ เป็นการต่อรองอำนาจระหว่างองค์กรย่อยต่างๆ มากกว่าที่จะเป็นการกำหนดจากอำนาจรัฐแนวดิ่งจากรัฐส่วนกลางแต่เพียงส่วนเดียว องค์กรที่ดำเนินการในด้านสุขภาพจะมีลักษณะที่เป็นองค์กรย่อยอิสระเป็นส่วนย่อยเพิ่มขึ้น แทนที่จะเป็นองค์กรใหญ่องค์กรใดองค์กรหนึ่ง มีวิธีการจัดการจะมีลักษณะที่ใช้มาตรการทางการเงิน การทำสัญญาระหว่างกัน และการตรวจสอบด้วยวิธีแบบประเทศทางตะวันตกเพิ่มมากขึ้น จะสอดคล้องกับลักษณะวัฒนธรรมของสังคมไทยมากขึ้นเพียงใด ย่อมขึ้นกับการเตรียมความพร้อมขององค์กรภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการทำให้ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

(ร่าง) แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรพื้นฐานในสังคมไทย
และผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคต

[111]

การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพไทย ไม่ว่าจะเป็นเพื่อทบทวนปัญหาที่ผ่านมา หรือพิจารณาแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นจะทำให้เห็นการออกแบบระบบบริการสุขภาพที่จะสามารถตอบสนองความต้องการและเป็นระบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในอนาคต เอกสารนี้เป็นการทบทวนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยในการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในแง่โครงสร้างประชากร และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในการกำหนดความจำเป็นต้องการบริการสุขภาพของประชาชนและความสามารถในการปรับตัวของบุคลากรสาธารณสุขที่จะจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมได้

โครงสร้างพื้นฐานของสังคมไทย เปลี่ยนไปในหลายมิติจากกระแสการเปลี่ยนแปลงของระบบสังคมและเศรษฐกิจ การขยายตัวของระบบเศรษฐกิจที่มุ่งเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการผลิตจากภาคการเกษตร ไปสู่ภาคอุตสาหกรรมพาณิชย์และภาคการบริการที่มีสัดส่วนมากขึ้นคือจากปี 2541มีร้อยละ28.1 เป็นร้อยละ 36.3ในปี 2545 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2546) การจ้างงานของภาคบริการที่มีจำนวนมากขึ้นการเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่ของประชากรที่มีจำนวนสูงชันนำมาสู่การเจริญเติบโตของเมืองทั้งที่เป็นเมืองใหญ่ในแต่ละภูมิภาคและลักษณะเมืองที่อยู่ในอำเภอใหญ่¹ ครอบคลุมที่เปลี่ยนจากครอบครัวขยาย²ไปสู่ครอบครัวเดี่ยวมีมากขึ้น โดยมีการคาดว่าในปี2563 ขนาดของครอบครัวจะมี 3.1 คนต่อครอบครัว ปัจจัยพื้นฐานในสังคมโดยรวมนี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในทุกกลุ่มอายุและในทุกภูมิภาค รูปแบบของการพัฒนาสังคมที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วและมีความซับซ้อนมากขึ้นทำให้ผู้คนปรับตัวไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง คนวัยทำงานต่างดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดมากกว่าแนวคิดแบบพอเพียง ชีวิตเร่งรีบกับสภาพการแข่งขันและเต็มไปด้วยความเครียด ทำให้ผู้คนขาดฐานรากในครอบครัวที่ดี สังคมเพื่อนบ้านที่เคยเป็นผู้ใกล้ชิดที่อุปถัมภ์ เกื้อกูลลดลง และต้องการกิจกรรมที่ส่งเสริมการผ่อนคลายปัญหาชีวิตในหลากหลายรูปแบบ ระบบการปรึกษาแบบธรรมชาติของผู้คนในรูปแบบและลักษณะต่างๆในสังคมไทยถูกบั่นทอนแบบไม่รู้สึกรู้สึ

เมื่อพิจารณาถึง**ปัญหาสุขภาพของคนไทย** หลายปัญหาก็มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่นปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดำรงชีวิต เช่น สภาวะเครียดและปัญหาทางจิตประสาท โรคเอดส์ อุบัติเหตุ โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตคนไทยทุกเพศวัยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น แม้ว่าจะยังไม่มีดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ชัดเจน แต่สภาวะหลายประการเป็นข้อมูลบ่งชี้ปัญหาได้ เฉลิมพล ต้นสกุล (2544) เสนอว่าในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา การหย่าร้างของคู่สมรสเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าตัว โดยมีการหย่าร้างปีละ 600,000 คู่ และจาก

¹ Percent urban โดยทั่วไป คือ ร้อยละที่ประชากรอาศัยอยู่2000 คนหรือมากกว่าในระดับประเทศหรือจังหวัด ประเทศไทยมี Percent urban เท่ากับ 31 (Population Reference Bureau: 2002)

² ครอบครัวขยาย คือครอบครัวที่มีพ่อ แม่ ปู่ย่า ตา ยาย และ/หรือญาติอื่นๆ ปัจจุบันมีครอบครัวขยายร้อยละ 30 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ: 2545)

รายงานสาธารณสุขไทย 2542-2543 (2545) สาเหตุการตายจากการฆ่าตัวตายในผู้ชายเพิ่มขึ้นจาก 2.8 ต่อประชากรแสนคนในปี 2535 เป็น 7.0 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2544 และผู้หญิงเพิ่มขึ้นจาก 1.1 ต่อประชากรแสนคนเป็น 2.1 ต่อประชากรแสนคนในช่วงเวลาเดียวกัน โดยผู้ชายฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิงถึง 3.3 เท่า ทั้งนี้ไม่รวมถึงปัญหายาเสพติดที่พบว่ามีส่วนของวัยรุ่นตอนต้นที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ยากล่อมประสาทที่สูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังและต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น สภาพพิการและทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ผู้ประสบอุบัติเหตุ และผู้มีปัญหาแทรกซ้อนเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจมีเพิ่มมากขึ้น

นอกเหนือจากสภาพการเปลี่ยนแปลงปัจจัยโดยรวมที่สัมพันธ์กับการดำรงชีวิตในแง่สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมืองในภาพรวมของสังคมแล้ว การเปลี่ยนแปลงของฐานโครงสร้างประชากรที่แสดงถึงโครงสร้างตามอายุและเพศของประชากรจะเป็นพื้นฐานสำคัญประการหนึ่ง ข้อมูลประชากรนับเป็นข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญประการหนึ่งที่สำคัญต่อการตัดสินใจและส่งผลถึงการวางแผนจัดการทั้งระยะสั้นและระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพอันจะนำมาประยุกต์ใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์ทั้งภาครัฐและเอกชนต่อไป

จากข้อมูลเกี่ยวกับการคาดการณ์จำนวนประชากรของประเทศไทย พบว่า

◆ Population Reference Bureau (2002) ได้คาดการณ์การเปลี่ยนแปลงประชากรในช่วง 48 ปีข้างหน้า คือ ปี 2593 จะมีการเพิ่มขึ้นของประชากรไทย 15 เปอร์เซ็นต์จากปัจจุบัน ในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรในไทย 72.1 ล้านคน และลดลงเป็น 71.9 ล้านคน ในอีก 25 ปีต่อไป ประชากรวัยที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี และสูงกว่า 65 ปีขึ้นไปซึ่งเป็นกลุ่มกลุ่มพึ่งพิง (Dependent ages) มีจำนวนร้อยละ 24 และ 6 ของประชากรทั้งหมดซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

◆ ศูนย์สถิติแห่งชาติเพื่อการปฏิรูปการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ(2544 และ 2546) ที่ใช้ฐานข้อมูลจากทะเบียนราษฎรมาศึกษาการเพิ่มของประชากรไทยที่ผ่านมาพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในภาพรวมคือจำนวนประชากรโดยรวม 61.47 ล้านคนในปี 2541 เป็น 61.88 ล้านคนในปี 2543 ขณะเดียวกันในปี 2544 ไทยมีอัตราเพิ่มของประชากรภาพรวมปีละ 0.8 โดยแยกเป็นกลุ่มประชากรก่อนวัยเรียน (อายุ 3 – 24 ปี) มีแนวโน้มลดลงร้อยละ 0.5

ขณะที่มีเอกสารรายงานฉบับร่างของอาจารย์เกื้อ วงศ์บุญสินและคณะ(2546) คาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2568 โดยใช้ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ในระดับต่ำ กลางและสูง พบว่าประชากรในประเทศไทยภาพรวมจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.76 (69.70 ล้านคน) ร้อยละ 0.80 (70.29 ล้านคน) และ ร้อยละ 0.82 (74.38 ล้านคน) ต่อปีตามลำดับ

อัตราส่วนของวัยฟิงฟิงจะสูงขึ้นในข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ระดับต่ำ และเมื่อแยกสัดส่วนประชากรตามวัยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สัดส่วนวัยเด็กลดลง และวัยแรงงานมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ดังรายละเอียดแสดงตามตารางที่ 1

สัดส่วนประชากรตามวัย	ปี พ.ศ. 2543	ปี พ.ศ. 2568	ลักษณะการเปลี่ยนแปลง
สัดส่วนวัยเด็ก	24.65	17.95	ลดลงร้อยละ 6.70
สัดส่วนวัยแรงงาน	65.92	62.05	ลดลงร้อยละ 3.87
สัดส่วนผู้สูงอายุ	9.43	19.99	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.56

ตารางที่ 1 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของประชากรตามกลุ่มอายุในปี 2543-2568

จากข้อมูลของรายงานการสาธารณสุขที่คาดว่า อัตราการเพิ่มประชากรจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.5 ในพ.ศ.2563 ซึ่งส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากรที่สอดคล้องกับข้อมูลการคาดการณ์ข้างต้น กล่าวคือ ประชากรวัย 0-14 ปีจะมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 30.6 ใน พ.ศ.2533 เป็นร้อยละ 19.1 ในพ.ศ. 2563 ขณะที่สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.2 ใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 15.9 ในพ.ศ. 2563

นอกจากนี้ จากข้อมูลของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ที่อ้างข้อมูลของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระบุสอดคล้องกันว่ามี การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุจากประชากรทั้งหมด โดยในปี 2503 สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทย(อายุ60 หรือมากกว่า) เท่ากับร้อยละ 4.6 และได้เพิ่มเป็นร้อยละ 7.36 ในปี 2533 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นที่ร้อยละ 15.28 ของประชากรทั้งหมดในปี 2563 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบอัตราการเพิ่มดังกล่าวกับประเทศที่กำลังพัฒนาแล้ว อาทิประเทศอังกฤษและเวลส์นั้น ถือว่าเป็นอัตราเพิ่มที่เร็วมากกว่าด้วย

การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรดังกล่าวเป็นผลมาจาก การลดลงของอัตราการเกิดและอัตราการตายซึ่งแสดงโดยโครงสร้างประชากรจากเดิมที่มีรูปร่างเป็นปิรามิดชัดเจนในปี พ.ศ. 2503 ไปเป็นลักษณะรูประฆังคว่ำในปี พ.ศ. 2543 และเป็นรูปแจกันในปีพ.ศ. 2563 ในที่สุด สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเกิดจากปัจจัยสำคัญของการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์(Fertility Rate)³ ซึ่งมีเหตุจากการวางแผนครอบครัวและการชะลอการครองความโสด และชะลอการมีบุตรในสังคม นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและอายุที่ยืนยาวขึ้นของผู้สูงอายุไทย จากข้อมูลการลดลงอย่างต่อเนื่องของอัตราตายตามกลุ่มอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ภาระการดูแลต่อเนื่องของผู้สูงอายุมีมากขึ้น

³ อัตราการเกิดเด็กมีชีพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ซึ่งเท่ากับจำนวนเด็กเกิดมีชีพต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ15-44 ปีจำนวนพันคน

ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล: 2542)

- ◆ จำนวนผู้สูงอายุมีร้อยละ 9.1 ของประชากรทั้งประเทศ(62.3 ล้านคน)
- ◆ อายุขัยเฉลี่ยประชากรผู้สูงอายุหญิงสูงกว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรผู้สูงอายุชาย
- ◆ ร้อยละ 55 ของประชากรสูงอายุไทยเป็นหญิง และ ร้อยละ 81.1 อาศัยอยู่ในชนบท
- ◆ หนึ่งในสามของผู้สูงอายุไม่เคยได้รับการศึกษาอย่างเป็นทางการ สัดส่วนสูงในผู้สูงอายุหญิงที่อยู่ในชนบท
- ◆ ผู้สูงอายุร้อยละ 31.7 ที่ยังต้องทำงานเพื่อสร้างรายได้ ส่วนใหญ่(ร้อยละ 63.1)อยู่ภาคเกษตรกรรม
- ◆ สาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของผู้สูงอายุคือ โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจ(CVD)
- ◆ ผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยต่างๆแบบไม่ร้ายแรงในแต่ละเดือนร้อยละ 43.6
- ◆ ผู้สูงอายุ ทุก1 ใน 4 คนมีภาวะทุพพลภาพโดย 1 ในทุกๆ 5 คนจะมีภาวะทุพพลภาพระยะยาว
- ◆ หนึ่งในสามของผู้สูงอายุไม่สามารถใช้บริการขนส่งสาธารณะโดยปราศจากผู้ร่วมเดินทางหรือผู้ดูแล
- ◆ ผู้สูงอายุร้อยละ 27 ยังสูบบุหรี่และร้อยละ 23 ที่ยังดื่มสุรา โดยเฉพาะเป็นปัญหาในผู้สูงอายุชาย

โดยสรุป นอกจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงเร็วและมีความซับซ้อนมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของผู้คนแล้ว ยังเห็นสภาพโครงสร้างประชากรที่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน แม้ว่า ตัวเลขจะแตกต่างกันบ้างในแง่เทคนิคการคาดประมาณ โดยใช้วิธีการกำหนดความหมายตัวแปรกลุ่ม ประชากรและการกำหนดสมมติฐานที่แตกต่างกัน แต่ผลที่ได้สอดคล้องในแนวเดียวกัน คือภาวะของกลุ่ม ประชากรพึ่งพาสูงขึ้น โดยที่สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542)ระบุชัดเจนว่าในศตวรรษที่ 21 อัตราส่วนพึ่งพา จากผู้สูงอายุจะสูงกว่าอัตราส่วนพึ่งพาจากเด็กอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ภาครัฐนำโดยหน่วยงานทาง สาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ต้องพิจารณาประเด็นและรายละเอียดของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุให้ ชัดเจน ในแง่ 1) ปัญหาและความต้องการในด้านสถานะทางสังคม 2) ครอบครัวและการดูแลผู้สูงอายุทั้ง ทางการและไม่ทางการ 3) เศรษฐฐานะของผู้สูงอายุ และโดยเฉพาะ 4) สถานะทางสุขภาพซึ่งประกอบด้วย การเสียชีวิต สภาพการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ โภชนาการและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อวางแผน และจัดการให้ผู้เกี่ยวข้องกับการออกแบบระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถตอบสนอง ความต้องการนั้นได้อย่างเหมาะสม ตรงเป้าหมายและมุ่งเน้นให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี (2546) *ภาวะการทำงานของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2543* สืบค้นข้อมูลจาก [http:// www.nso.go.th/ageing/ elderly43.htm](http://www.nso.go.th/ageing/elderly43.htm) (28 มีนาคม 2546)

เกื้อ วงศ์บุญสินและคณะ (2546) *เอกสารรายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2568* (เอกสารร่าง ไม่ได้เผยแพร่)

เฉลิมพล ต้นสกุล(2544) *อ้างอิงในเชิงฟ้า สิงห์ทิพย์วรรณ พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ เอกสารสำเนา* นำเสนอในการประชุมวิชาการเรื่องการสังเคราะห์ชุดงานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพวันที่ 14 มีนาคม 2546 ที่สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์สถิติแห่งชาติเพื่อการปฏิรูปการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี (2544) *จำนวนประชากรปี 2542-2543 และการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2542-2559* สำนักพิมพ์กราฟิคไฟกัส กรุงเทพฯ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล(2542) *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ)(2545) *การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543* โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ กรุงเทพฯ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2546) *สรุปสถานการณ์สังคมไทย* สืบค้นข้อมูลจาก [http:// www.nso.go.th/.htm](http://www.nso.go.th/.htm) (28 มีนาคม 2546)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี (2537) *รายงานการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทยประจำปี 2537* สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี กรุงเทพฯ

สำนักวิจัยและพัฒนาการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี (2546) *สถิติประชากรของประเทศไทยจำแนกรายจังหวัด ตามกลุ่มอายุ วัยเรียนและเพศ พ.ศ.2541-2544* สำนักพิมพ์กราฟิคไฟกัส กรุงเทพฯ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2546) *Socio- Economic Surveys, Whole Kingdom 1988-2002* สืบค้นจาก [http:// www.nso.go.th](http://www.nso.go.th) (31 มีนาคม 2546)

Population Reference Bureau (2002) *2002 World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau: Demographic Data and Estimated for the Countries and Regions of the World* Washington DC, USA

(ร่าง) แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านการศึกษาและผลกระทบต่อกำลังคนในอนาคต

[116]

การศึกษา หมายความว่า กระบวนการเรียนรู้เพื่อความเจริญงอกงามของบุคคลและสังคม โดยการถ่ายทอดความรู้ การฝึก การอบรม การสืบสานทางวัฒนธรรม การสร้างสรรค์จรรโลงความก้าวหน้าทางวิชาการ การสร้างองค์ความรู้อันเกิดจากการจัดสภาพแวดล้อม สังคม การเรียนรู้และปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

เอกสารฉบับนี้นำเสนอ 3 ส่วนคือ ส่วนที่หนึ่ง สาระทิศทางและปรัชญาการศึกษาสืบเนื่องจากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ส่วนที่สอง เป็นภาพการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นหลังการปรับเชิงโครงสร้างของระบบการศึกษา และส่วนที่สาม เสนอผลต่อความต้องการทางด้านสุขภาพ และบทบาทที่ต้องปรับเปลี่ยนของกำลังคนด้านสาธารณสุข

ทิศทางและกระแสการเปลี่ยนแปลงระบบการศึกษา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้มีบทบัญญัติว่าด้วยการที่รัฐต้องจัดทำกฎหมายเกี่ยวกับการศึกษาแห่งชาติเพื่อเป็นหลักในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และเป็นเข็มทิศชี้แนะในการพัฒนาสังคมไทยได้อย่างยั่งยืน พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 จึงเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบที่เกี่ยวข้องในสังคมไทย โดยเฉพาะผลต่อการพัฒนาคน ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับทุกระบบสังคมทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและการสาธารณสุข

◆ ปรัชญาการศึกษาทิศทางใหม่

พรบ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ได้แสดงเจตจำนงและหลักการสำคัญ 4 ประการ คือ 1) การจัดการศึกษาเพื่ออะไร 2) เป้าหมายในการจัดการศึกษาเพื่อใคร 3) มีหลักการในการจัดการศึกษาอย่างไร และ 4) มีวิธีการจัดการศึกษาอย่างไร และในภาพรวมปรัชญาการศึกษาทิศทางใหม่ดังกล่าวมีความหมายเป็น 2 นัย คือ

1. เป็นกระบวนการเรียนรู้และการสร้างความรู้
2. เป็นกระบวนการถ่ายทอดและสืบสานมรดกทางวัฒนธรรม

ส่วนการสร้างความรู้ของบุคคลนั้น สามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิตไม่ว่าการเรียนรู้มาจากสภาพแวดล้อมหรือสังคม โดยจะสรุปให้เห็นได้ทั่วไปในสื่อต่างๆที่มีการเผยแพร่ตลอดระยะเวลาการปฏิรูปการศึกษาดังนี้

เปิดห้องเรียนสู่โลกกว้าง ให้สิ่งรอบข้างเป็นครู

*เปิดโลกทัศน์ของเด็กให้กว้างขึ้น
ให้ทุกคนได้สังเกต ได้คิด ได้ถาม
ได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง
จากสิ่งที่อยู่รอบตัว ให้ได้ยืนกับเหตุ
ได้ดูกับตา และได้สัมผัสด้วยตัวเอง*

ร่วมปลดปล่อยพลังสมองของผู้เรียน ปฏิรูปการเรียนรู้ ผู้เรียนสำคัญที่สุด

◆ **การจัดการศึกษาใหม่ตามแนวปฏิรูปการศึกษา** มีหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ

1. การศึกษาตลอดชีวิต เป็นการศึกษาสำหรับประชาชนทุกคน(Education for all)ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในระบบ นอกกระบบ หรือการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อให้ประชาชนทุกคนศึกษาตลอดชีวิต เพื่อให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะศึกษาแบบใดถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตลอดชีวิต
2. ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วม(All for education)ในการจัดการศึกษา มิใช่เฉพาะรัฐเท่านั้นที่เป็นผู้จัดการศึกษาโดยการส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน สถาบันศาสนา องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบการและสถาบันสังคมอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา
3. เพื่อให้มีการพัฒนาสาระและกระบวนการเรียนรู้เป็นไปอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อการจัดการศึกษามีความมุ่งหวังผลสัมฤทธิ์ในการศึกษาซึ่งจะต้องมีการพัฒนาใน 2 ประเด็นหลัก คือ สาระความรู้ที่บรรจุในหลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้

จากแนวโน้มที่เด่นชัดขึ้นของปรัชญาและโครงสร้างการจัดการศึกษาที่เปลี่ยนไป ตามทิศทางข้างต้น ไม่เพียงกระตุ้นความคิดเรื่องการเรียนรู้ตลอดชีวิตของประชาชนไทยทุกรุ่นทุกวัยเท่านั้นหากแต่ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสังคมในทุกด้าน จำเป็นต้องปรับตัวที่จะมีส่วนร่วมส่งเสริมกระบวนการศึกษาเพื่อมุ่งสร้างบุคคลที่มีคุณภาพทั้งความรู้ ความสามารถและมีคุณธรรม

ภาพการเปลี่ยนแปลงและผลที่จะเกิดขึ้นจากการปรับโครงสร้างการศึกษาระบบใหม่

รัฐธรรมนูญ มาตรา 43 ที่กำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐจะต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย

เนื้อหาในรัฐธรรมนูญเป็นสิ่งที่พระราชบัญญัติการศึกษา 2542 กำหนดให้ทุกคนต้องรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่า 9 ปีซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับตามมาตรา 17 ที่ต่อเนื่องจากกรขยายโอกาสการศึกษาขั้นพื้นฐานจาก 6 ปีสามารถขยายอัตราการเรียนต่อม.1ได้ประมาณร้อยละ 87.0 ของการศึกษาทั้งในและนอกระบบโรงเรียน และจากข้อมูลปีพ.ศ.2543 พบว่าอัตราการเรียนต่อจากประถมศึกษาเป็นมัธยมศึกษาตอนต้นมีร้อยละ 89.9 จากมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นมัธยมศึกษาตอนปลายมีร้อยละ 82.5 และจากมัธยมศึกษาตอนปลายไปต่อระดับอุดมศึกษาเป็นร้อยละ 81.1 ดังนั้น ภาพรวมคาดว่าสัดส่วนค่าเฉลี่ยการเข้าศึกษา(average schooling) ในระดับปฐมศึกษาและมัธยมศึกษาของคนไทยสูงขึ้น จากข้อมูลปี พ.ศ. 2544 พบว่าเด็กไทยเรียนชั้นประถมศึกษา(ป.1-ป.6) จำนวน 98% ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น(ม.1-ม.3) จำนวน 88-92% และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) และอาชีวศึกษา(ระดับปวช.) จำนวน 53% รวมทั้งปรัชญาและการเปิดช่องทางการเรียนรู้จากระบบการจัดการศึกษาที่หลากหลายและเพิ่มมากขึ้นจะช่วยเปิดโอกาสให้ประชาชนไทยได้เรียนรู้ตามอัธยาศัยจากสิ่งแวดล้อมในชุมชนและสังคมเพิ่มมากขึ้นด้วย

นอกจากนี้ภาพการพัฒนาประชากรฐานล่างจะมีมากขึ้น อัตราการรู้หนังสือ (Literacy rate) ประชากรจะเพิ่มสูงขึ้น UNDP (2000) ระบุว่าประเทศไทยมีอัตราการรู้หนังสือสูงเป็นอันดับที่ 1 ในกลุ่มอาเซียน และในปีพ.ศ.2543 ประเทศไทยมีอัตราการรู้หนังสือของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 93.1 คาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 97 ในปี พ.ศ. 2553 (การสาธารณสุขไทย 2542-2543, 2545)

ในแง่ลักษณะแรงงาน ข้อมูลการศึกษาความต้องการแรงงานเมื่อจำแนกระดับการศึกษาที่สรุปว่า จากสัดส่วนจำนวนนักเรียนที่มีแนวโน้มเพิ่ม กำลังแรงงานที่มีการศึกษาระดับสูงขึ้นมีอัตราการเติบโตเร็วที่สุดโดยเฉพาะระดับมหาวิทยาลัย ระดับอาชีวศึกษาและวิชาชีพดังตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงสัดส่วนร้อยละของระดับการศึกษาและโครงสร้างแรงงานของประชาชนไทย ปีพ.ศ.2527- 2544

ปี	ต่ำกว่า ประถม	ประถม	มัธยมต้น	มัธยม ปลาย	มหาวิทยาลัย	อาชีวศึกษา	ฝึกหัดครู	รวม
2527	11.41	76.52	4.52	1.26	1.13	3.07	2.08	100
2530	11.22	76.22	4.74	1.29	1.27	3.08	2.18	100
2535	10.92	74.77	5.22	1.44	1.57	3.64	2.44	100
2540	10.62	73.36	5.70	1.58	1.85	4.19	2.71	100
2544	10.38	72.26	6.06	1.69	2.07	4.61	2.92	100

ที่มา: Kitti and Sumalee, Population Manpower and Employment Forecasting Model for Thailand, 1998

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยได้ศึกษาแนวโน้มโครงสร้างกำลังแรงงาน จำแนกตามระดับ การศึกษาของปี 2553-2563 และเสนอว่า ปี 2563 จะมีแรงงานที่จบระดับอุดมศึกษา (ผลรวมของผู้จบในระดับอาชีวศึกษาและฝึกหัดครู)เพิ่มจากร้อยละ 8.53 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 39.9 และเหลือผู้ที่จบระดับประถมศึกษาเพียงร้อยละ 39.9 ในปีเดียวกัน การยังคงอยู่ของแรงงานที่มีระดับการศึกษาระดับประถมจะยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของกำลังแรงงานในระยะยาวต่อไป

นอกจากนี้ในอนาคตที่การขยายโอกาสทางการศึกษาของเด็กไทยแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็น 12 ปี มีผล กำลังแรงงานภาพรวมน่าจะมีการศึกษาสูงขึ้น แต่ในสภาพจริงที่เป็นอยู่ผู้จบการศึกษาสูงมักจะรองงานประเภทที่หน่วยงานหรือผู้ประกอบการต้องการจ้างงานผู้มีการศึกษาสูง ซึ่งทำให้แรงงานภาคเกษตรหรือตลาดแรงงานระดับล่าง (labor intensive) เกิดการตึงตัวมากขึ้นกว่าเดิม และอาจจะมีการจ้างงานแรงงานต่างชาติเข้ามาชดเชยในบางส่วนที่ขาด แต่หลังจากภาวะตลาดแรงงานเริ่มคลายตัวคาดว่าจะมีการจ้างงานที่มีพื้นฐานทักษะตรงกับความต้องการ (skill intensive) ได้ และในช่วงแผนฯ 9 (2544- 2549) จะสามารถดูดซับแรงงานระดับล่างสู่ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการในยุคเศรษฐกิจฟื้นตัวได้มากขึ้น

ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและบทบาทที่ต้องปรับเปลี่ยนของกำลังคนด้านสาธารณสุข

จากภาพรวมการเปลี่ยนแปลงระบบการศึกษาที่เน้นปรัชญาและกระบวนการเรียนรู้แบบใหม่จะทำให้ทั้งประชาชนทั่วไปและกำลังคนด้านสาธารณสุขมีโอกาส เรียนรู้ คิดและเลือกตัดสินใจ ประยุกต์ปรัชญาการศึกษาดังกล่าวมาใช้กับตัวเองในแง่มิติต่างๆได้มากขึ้น ประกอบกับโครงสร้างความครอบ

คลุมการศึกษาที่เพิ่มมากขึ้น ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น แรงงานที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นประกอบด้วยสถานะพื้นตัวทางเศรษฐกิจจะเอื้อให้เกิดรายได้ที่สูงขึ้น ส่งผลให้เกิดความต้องการในบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีมากขึ้น ความต้องการที่จะสร้างทางเลือกในการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพด้วยการเข้าถึงข้อมูลในหลากหลายวิธีการจะเพิ่มมากขึ้น ความต้องการและการหาช่องทางที่จะตรวจสอบการให้บริการของผู้ให้บริการ และระดับความต้องการในข้อมูลเพื่อจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่มากขึ้น การปรับโฉมของรูปแบบและวิธีการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะต่างๆ โดยเฉพาะการให้สุขภาพที่สอดคล้องกับปรัชญาการศึกษาที่เน้นมากกว่าการให้ข้อมูลและสื่อต่างๆจะมีเพิ่มมากขึ้น รูปแบบหลากหลายและตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ในผลกระทบด้านแรงงานที่เนื่องจากการศึกษา ทำให้อาจจะมีแรงงานทดแทนจากนอกประเทศ (แรงงานต่างด้าว) ทำให้สภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพมีความเฉพาะกลุ่มมากขึ้น โดยเฉพาะแรงงานในกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรมที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะ กำลังคนเพื่องานอาชีพอนามัยทั้งในบริบทงานในโรงงานและอุตสาหกรรมบางประเภท เช่น ด้านประมง อาหารกระป๋อง ฯลฯ หรือกำลังคนที่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องกลุ่มเป้าหมายเฉพาะสำหรับคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในกลุ่มสถานที่ทำงานประเภทต่างๆ รวมทั้งโรงงานอุตสาหกรรมประเภทดังกล่าวข้างต้นซึ่งมีแรงงานต่างด้าวอยู่ ดังนั้น ระบบบริการจึงมีความต้องการของกลไกที่สามารถจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ ตรงกลุ่มเป้าหมายและลักษณะงานที่เฉพาะ รวมทั้งระบบยังต้องการกำลังคนที่มีคุณภาพทั้งในแง่จำนวน และความสามารถในการจัดบริการสุขภาพด้วย

โดยสรุป ความต้องการทั้งหลายที่มากขึ้นดังกล่าว เมื่อพิจารณาประกอบกับกระบวนการเคลื่อนตัวของกระแสการเปลี่ยนแปลงเรื่องอื่นๆ นอกเหนือจากเรื่องแนวโน้มระบบการศึกษาใหม่จะยิ่งทำให้เกิดความซับซ้อนของระบบ กำลังคนด้านสาธารณสุขในทุกวิชาชีพ ในทุกระดับจำเป็นต้องเข้าใจถึงพลวัตดังกล่าว ทั้งในแง่ภาพรวมและกระแสของความต้องการเฉพาะพื้นที่และเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ กำลังคนทุกประเภทในทุกระดับยังต้องปรับตัว ทั้งในแง่การเพิ่มศักยภาพในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ พร้อมทั้งจะเปิดกว้างทางความคิด รอบรู้ มีมุมมองในด้านต่างๆให้กว้างขวางขึ้น รวมทั้งยอมรับการเปลี่ยนแปลงและพร้อมที่จะพัฒนาตนเองทั้งด้านวิชาการ บริหาร และมีคุณธรรมควบคู่เพื่อเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพคนไทยต่อไป

(ร่าง) การเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจในไทยและกำลังคนด้านสาธารณสุข

[120]

บทนำ

ความคิดและรูปธรรมหลายประการสะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายภาพรวมและปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อสภาพและระบบต่างๆในสังคม ดังจะเห็นได้จากช่วงศตวรรษที่ผ่านมาอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเฉลี่ยเติบโตต่อเนื่องประมาณร้อยละ 7 ต่อปี และในช่วงปี 2533-2536 เศรษฐกิจเติบโตประมาณร้อยละ 10 ถือเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลาง จนกระทั่งยุคเศรษฐกิจฟองสบู่แตกที่เศรษฐกิจลดลงติดลบ 1.7 ในปี 2540 และติดลบ 10.8 ในปี 2541 ตามสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจและการลดลงของค่าเงินบาทปัจจุบันตัวเลขประมาณการอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเฉลี่ยของประเทศในปี 2545 อยู่ที่ 3.5 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2544)

ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อการลงทุนด้านสุขภาพอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงที่เศรษฐกิจกำลังเติบโต รูปธรรมที่เห็นเรื่องการขยายตัวของสถานพยาบาลภาคเอกชน การสูญเสียทรัพยากรกำลังคนจากภาครัฐ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของตลาดผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหลายที่มีให้เห็นอย่างเด่นชัด ขณะที่เมื่อประเทศต้องเผชิญปัญหาวิกฤติ อัตราการว่างงานสูงขึ้นส่งผลให้ ประชาชนมีรายได้ลดลงและพึ่งพาระบบบริการของรัฐเพิ่มขึ้น การลดลงของจำนวนเตียงและจำนวนสถานพยาบาลภาคเอกชน กระแสการปฏิรูประบบบริการและระบบสุขภาพเป็นผลส่วนหนึ่งของการใช้โอกาสวิกฤติเศรษฐกิจเพื่อเพิ่มคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเท่าเทียมของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การทบทวนทิศทางและมิติที่เกี่ยวข้องของสภาวะเศรษฐกิจไทยจึงมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพและระบบกำลังคนในอนาคต

ทิศทางการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจ

ทิศทางโดยรวมว่าเศรษฐกิจไทยอยู่ในแนวโน้มที่จะฟื้นตัวได้ โดยพิจารณาได้จากเปอร์เซ็นต์ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัว(GPD)ในส่วนของอุตสาหกรรมส่งออกที่เพิ่มมากขึ้นในปี 2541 จาก 44.3 เป็น 63.6 ในปี 2546 รวมทั้งเปอร์เซ็นต์ของ GDP ในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยและชัดเจนว่าภาคการเกษตรลดลง (World Development Indicators, World Bank 1998, 2003) อัตราการว่างงานของคนไทยมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 4.2 ในปี 2542 เหลือร้อยละ 2.2 ในปี 2545 ทั้งยังมีอัตราการมีงานทำเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 97.2 ในปีเดียวกัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2546) เมื่อพิจารณาประกอบกับเนื้อหาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ที่เสนอการสร้าง "ดุลยภาพทางเศรษฐกิจ" เป็นเป้าหมายหลักอันดับแรกทำให้เห็นชัดเจนถึงทิศทางการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจ โดยเป็นการเน้น 1)การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างมีคุณภาพและเสถียรภาพ 2)เป้าหมายการเพิ่มการจ้างงานใหม่ในประเทศ 3)เพิ่มสมรรถนะการผลิตเพื่อการส่งออก 4)มุ่งให้ผลิตภาพ(productivity)การผลิตรวมของภาคเกษตรและอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น รวมทั้ง 4)ให้มีการเพิ่มขึ้นของผลิตภาพ(productivity)ของแรงงานและการเพิ่มขึ้นรายได้การท่องเที่ยว

อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาภาพรวมเรื่องการกระจายรายได้ และปัญหาในเชิงรูปธรรมการปฏิบัติ เพื่อบรรลุเป้าหมายประกอบกับเงื่อนไขอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยพิจารณาแนวโน้มการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจ ดังนี้

ปัจจัยภายใน การเปลี่ยนแปลงของภาคการเกษตรสู่อุตสาหกรรมส่งออกและภาคการบริการ การสนับสนุนอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดเล็กในประเทศ การเพิ่มขึ้นของตลาดทั้งในประเทศและภูมิภาค การส่งเสริมการลงทุนและการค้าในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจด้วยวิธีการต่างๆ

ปัจจัยภายนอก ระบบเศรษฐกิจที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงของฐานโครงสร้างประชากร การลดลงของภาคการผลิตการเกษตรอุตสาหกรรม แรงกดดันของการปรับเปลี่ยนสภาพทางเศรษฐกิจที่เน้นอุตสาหกรรมการผลิตเพื่อการส่งออก การท่องเที่ยวและบริการ และจากกระแสการปฏิรูปการเมือง การปกครองที่มีธรรมาภิบาลมากขึ้น

ระบบการจัดสรรงบประมาณ

การพิจารณากรอบนโยบายของทิศทาง ยุทธศาสตร์และแนวทางการจัดสรรงบประมาณจะช่วยให้เห็นแนวโน้มและการให้ความสำคัญต่อการลงทุนในแต่ละเรื่องว่ามีมากน้อยเพียงไร นอกจากนี้ยังใช้วิเคราะห์ภาพรวมและผลที่เกิดขึ้นด้วยว่ามีการจัดสรรดังกล่าวเอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาในประเด็นนั้น ได้มากน้อยหรือไม่อย่างไร

◆ **จุดมุ่งหมายการกำหนดทิศทางการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี** คือ เพื่อใช้งบประมาณเป็นเครื่องมือทางการคลังในการแก้ปัญหาเร่งด่วนทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคมและการบริหารงานภาครัฐเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศและก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

◆ **การทบทวนประเด็นสำคัญของยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ** ตามหมวดต่างๆส่งผลต่อทิศทางภาพรวมของการพัฒนาประเทศ เนื้อหารายละเอียดที่เสนอในภาคผนวก 1 เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่รวบรวมเฉพาะในส่วนที่ระบุเรื่องเกี่ยวกับกำลังคนและบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องในมิติการวางแผนการผลิตและพัฒนา รวมทั้งการจัดการเรื่องกำลังคนในช่วงแผนงบประมาณปี 2542 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันอาจจะทำให้ช่วยเห็นทิศทางและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในการลงทุนด้านสาธารณสุขและใช้ประกอบการพิจารณาเรื่องระบบกำลังคนในอนาคตได้

◆ **ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณและแนวทางในการจัดทำและเสนอของงบประมาณรายจ่าย ประจำปี 2547** (สำนักงบประมาณ 2546) เน้นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระดับชาติ 4 ประการคือ 1) การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างมีคุณภาพ

- 2) ลดความยากจน
- 3) ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น และ
- 4) การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

โดยสำนักงานงบประมาณได้ระบุยุทธศาสตร์ดำเนินการในทิศทางและจัดสรรงบประมาณแผนปี 2547 ที่สำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันของประเทศ
2. ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ
3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคม การแก้ไขปัญหาความยากจนและยกระดับคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์หนึ่งในหมวดที่ 3 คือ ยุทธศาสตร์เชิงเป้าหมายด้านการสาธารณสุข ระบุว่าให้ประชากรไทยมีสุขภาพอนามัยที่ดี ประชาชนทุกช่วงวัยมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี ประชาชนทุกคนเข้าถึงหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมทั้งผู้ด้อยโอกาสและคนยากจน

4. ยุทธศาสตร์ความมั่นคงของชาติ การต่างประเทศ การอำนวยความสะดวกยุติธรรม
5. ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการประเทศ

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนงบประมาณด้านสาธารณสุขในงบประมาณรายจ่ายทั้งหมดของประเทศพบว่ามีแนวโน้มภาพรวมสูงขึ้นมาตลอด ระยะ 4-5 ปีก่อนหน้านี้อาจจะลดลงบ้างเนื่องจากวิกฤติเศรษฐกิจและและช่วงปีงบประมาณปีพ.ศ. 2545- 2546 พบว่ามีสัดส่วนสูงขึ้นจากร้อยละ 7.15 เป็น 7.83 ชัดเจน ส่วนหนึ่งเนื่องจากงบดำเนินการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 งบประมาณรายจ่ายของประเทศเปรียบเทียบกับงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุข

หน่วย : ล้านบาท

ปี พ.ศ.	งบประมาณประเทศ	งบประมาณด้านสาธารณสุข	ร้อยละ
2530	227500	9525.1	4.19
2531	243500	10372.5	4.26
2532	285500	11733.0	4.11
2533	335000	16225.0	4.84
2534	387500	20568.6	5.31
2535	460000	26959.5	5.86
2536	560000	36407.4	6.50
2537	625000	44398.8	7.10
2538	715000	52372.7	7.32
2539	832200	63453.2	7.62
2540	984000	72406.0	7.36
2541	800000	61508.2	7.69
2542	825000	60179.6	7.29
2543	860000	63985.1	7.44
2544	910000	64927.5	7.13
2545	1023000	73182.0	7.15
2546	999900	78303.2	7.83

ที่มา: ข้อมูลปี พ.ศ.2530-2540 จากกลุ่มแผนงบประมาณ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

ข้อมูลปี พ.ศ.2541-2546 จากสำนักงานงบประมาณ www.bb.go.th

ข้อมูลปี พ.ศ. 2530-2534 เป็นข้อมูลงบประมาณเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข

สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายจำแนกตามลักษณะงานใน 4 หมวดใหญ่ รวมทั้งหมวดงบประมาณย่อยได้แสดงในตารางที่ 2 จะเห็นสัดส่วนงบประมาณด้านการสาธารณสุขปี 2546 (ร้อยละ 7.8) มีสัดส่วนน้อยกว่าการศึกษา (ร้อยละ 23.5) และใกล้เคียงกับการป้องกันประเทศ (ร้อยละ 7.6) และการสังคมสงเคราะห์ (ร้อยละ 7.6) ขณะที่จำนวนเงินจริงเพิ่มขึ้นตามแต่ปีงบประมาณ มีลดลงประมาณ 23,100 ล้านบาทในช่วงปีงบประมาณ 2545- 2546

ดังนั้น ในแง่เงินงบประมาณของประเทศอาจจะจำกัดมากขึ้นในอนาคต ซึ่งการพิจารณากรอบนโยบายและทิศทางการจัดสรรงบประมาณดังกล่าว หมวด 1 จะช่วยประกอบการหาแนวโน้มการเพิ่มหรือลดลงตามหมวดลักษณะงานได้

ตาราง 2 เปรียบเทียบสัดส่วนร้อยละงบประมาณรายจ่ายตามลักษณะงานในปีงบประมาณ 2541- 2546

ลักษณะงานตามปีงบประมาณ	2541	2542	2543	2544	2545	2546
หมวดการบริหารทั่วไป	21.1	19.8	20.4	19.7	18.2	18.9
- การบริหารทั่วไปของรัฐ	4.9	4.4	5.0	4.9	5.1	5.2
- การป้องกันประเทศ	10.2	9.3	8.5	8.4	7.6	7.6
- การรักษาความสงบ	6.0	6.1	6.5	6.4	5.5	6.1
หมวดการบริการชุมชนและสังคม	43.3	42.2	43.6	42.0	41.6	41.9
- การศึกษา	25.2	25.2	25.6	24.4	21.8	23.5
- การสาธารณสุข	7.7	7.3	7.4	7.1	7.1	7.8
- การสังคมสงเคราะห์	4.3	4.4	5.4	5.7	6.9	7.6
- การเคหะและชุมชน	4.6	4.3	4.3	4.1	5.2	2.4
- การศาสนา วัฒนธรรมและ นันทนาการ	1.5	1.0	0.9	0.7	0.6	0.6
หมวดการเศรษฐกิจ	24.9	24.2	22.1	22.5	23.4	20.9
- การเชื้อเพลิงและพลังงาน	0.2	0.3	0.2	0.2	0.1	0.2
- การเกษตร	7.6	7.4	7.9	5.1	7.4	7.7
- การเหมืองแร่และทรัพยากรธรณี	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.8
- การคมนาคมขนส่งสื่อสาร	13.3	11.7	10.0	8.4	6.3	5.7
- การบริการเศรษฐกิจอื่นๆ	3.3	4.2	3.4	5.2	9.0	6.5
หมวดอื่นๆ	10.7	13.8	13.9	15.8	16.8	18.3
- การดำเนินงานอื่นๆ						
รวมทั้งสิ้น	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวนเงินงบประมาณ(ล้านบาท)	800,000	825,000	860,000	910,000	1,023,000	999,900

จากตารางที่ 3 พบว่างบประมาณส่วนเงินเดือน/ ค่าจ้างประจำและงบดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข มีลักษณะค่อนข้างสูงขึ้นขณะที่สัดส่วนของงบการลงทุนลดลง ดังนี้

ตาราง 3 สัดส่วนงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกประเภทการใช้จ่ายปีงบประมาณ 2537- 2544

ปีงบประมาณ	เงินเดือน/ ค่าจ้างประจำ	งบดำเนินการ	งบลงทุน	รวม
2537	40.1	32.4	27.5	100.0
2538	37.7	30.4	32.0	100.0
2539	37.7	28.5	33.7	100.0
2540	33.9	26.7	39.3	100.0
2541	39.1	33.1	27.8	100.0
2542	44.5	36.9	15.2	100.0
2543	47.8	39.4	12.8	100.0
2544	47.2	44.0	8.8	100.0

ที่มา: กลุ่มแผนงบประมาณ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ในแง่กำลังคนด้านสุขภาพเป็นทรัพยากรที่มีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายสูงสุด โดยทั่วไปจะมีสัดส่วนสูงประมาณร้อยละ 60-80 ของค่าใช้จ่ายด้านการดำเนินการ (การสาธารณสุขไทย 2542-2543, 2545) ขณะที่ยังไม่มีข้อมูลวิเคราะห์ภาพรวมของการลงทุนในภาคการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขทั้งในส่วนของรัฐและภาคเอกชน แต่พบว่าแม้จะมีนโยบายจำกัดการเพิ่มจำนวนข้าราชการและภาวะเศรษฐกิจแต่ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขก็ยังเพิ่มขึ้นในอัตราประมาณร้อยละ 5 ต่อปีในช่วงปี 2537-2543 ขณะที่มีการคาดว่าในอนาคตกำลังคนที่เป็นข้าราชการจะมีจำนวนลดลง แต่จะเป็นพนักงานของรัฐซึ่งมีลักษณะกึ่งข้าราชการและลูกจ้างประจำเพิ่มมากขึ้น (การสาธารณสุขไทย 2542-2543, 2545)

มุมมองต่อเรื่องการลงทุนและกำลังคนด้านสาธารณสุข

นอกเหนือจากการพิจารณากรอบนโยบายเรื่องระบบเศรษฐกิจ ทิศทางและแนวทางการจัดสรรงบประมาณและแนวโน้ม โดยเฉพาะด้านสาธารณสุขแล้ว มีมุมมองบางส่วนที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่สะท้อนเรื่องการลงทุนและการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค ดังนี้

◆ ประเด็นในระดับมหภาค

1. การวางแผนกำลังคนต้องคิดร่วมไปกับการวางแผนด้านการศึกษา เศรษฐกิจ และสังคม การที่มีงบประมาณจำกัดจึงต้องมุ่งเน้นการระดมทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
2. ทิศทางการพัฒนาประเทศที่มุ่งสู่การเพิ่มขีดความสามารถและศักยภาพของกำลังคนต้องเป็นรากฐานการพัฒนาประเทศที่ยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาฐานความรู้ที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีการเรียนรู้ต่อเนื่อง และการเตรียมกำลังคนตามความจำเป็นจึงมีความสำคัญ
3. การพัฒนารูปแบบการวางแผนผลิตกำลังคน ต้องทำโดยมีความพร้อมและความร่วมมือการผลิตจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และมีนโยบายและลักษณะการจ้างงานของกำลังคนที่เป็นที่ต้องการภายใต้การกำกับดูแลและปรับให้มีความยืดหยุ่นและปรับตัวระบบให้ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลง

4. ต้องพัฒนากรอบแนวทางทำงานเพื่อคาดประมาณจำนวนกำลังคนที่ต้องการ การประมาณคนที่มีอยู่ การวิเคราะห์การใช้กำลังคนและการเคลื่อนย้ายของกำลังคนเข้าออกในระบบ และมี กลไกหลักที่ติดตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่อเนื่อง

◆ ประเด็นในระดับจุลภาค

1. การวางแผนกำลังคนขององค์กรหลักในแต่ละระดับของหน่วยงานต้องมีความชัดเจน ในแง่ องค์กร และการจัดการ การพัฒนาศักยภาพของกำลังคน ความก้าวหน้าของวิชาชีพ ลักษณะจำเพาะของงานและกำลังคนที่ต้องการ รวมทั้งการสนับสนุนและจัดการให้กำลังคนด้าน สาธารณสุขคงอยู่ ในการประกอบวิชาชีพ ทั้งหมดนี้ต้องคิดทั้งในแง่กำลังคนของรัฐและเอกชน
2. ลักษณะการจ้างงานของกำลังคนด้านสาธารณสุขอาจจะแตกต่างกันได้ในแต่ละระดับ เพราะข้อจำกัดทางการคลังและการจัดการสูงมาก ดังนั้นต้องตั้งเป้าหมายชัดเจน และให้ลำดับความสำคัญ และหาทางเลือกที่เหมาะสม
3. ภายใน 5 ปีที่มีแนวโน้มการลงทุนเรื่องกำลังคนในแง่การเงินการคลังไม่มาก และต้องมีการลงทุนเพิ่มทางเลือกทางการเงินที่อาจจะเป็นไปได้เพื่อพัฒนาระบบกำลังคน คือ
 1. การขึ้นภาษีเพื่อเพิ่มกระแสและทรัพยากรเพื่อการลงทุน
 2. การระดมเงินเท่าที่มีมาใช้ โดยการจัดสรรใหม่จากหมวดเงินอื่นๆมาใช้
 3. การตัดรายการค่าใช้จ่ายอื่นๆในส่วนอื่นที่ไม่จำเป็นแล้วนำมาเพิ่มในรายการใหม่ในหมวดเรื่องกำลังคน
 4. การส่งเสริมให้สถานบริการช่วยตัวเอง เช่น จัดให้มีบริการพิเศษอื่นๆสำหรับพื้นที่ เฉพาะเพื่อเพิ่มทรัพยากรและรายได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความพร้อมและความ ต้องการ
 5. การส่งเสริมให้เกิดสังคมที่มีการระดมทุนหรือระบบการสนับสนุนจากมูลนิธิที่ให้ความสำคัญต่อการลงทุนเรื่องคนในด้านศึกษาและสาธารณสุขให้เพิ่มมากขึ้น
 6. ความคุ้มครองของพระสยามเทวาธิราช: คือระบบเศรษฐกิจดีขึ้นทำให้มีเงินลงทุนเรื่องกำลังคนสาธารณสุขเพิ่มขึ้นได้โดยไม่จำเป็นต้องหาทุนเพิ่ม

โดยสรุป ระบบต้องการกลไกการเชื่อมโยงของการวางแผนระหว่างการวางแผนกำลังคน กับทิศทางการวางแผนด้านเศรษฐกิจของประเทศและร่วมมือกับภาคส่วน องค์กรที่เกี่ยวข้อง นโยบายและกลยุทธ์ การจ้างงานที่ชัดเจนจะช่วยลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของความไม่สมดุลของความต้องการกำลังคน ในระบบและการผลิตกำลังคนในระบบ นอกจากนี้ต้องพัฒนาให้เกิดการเชื่อมโยงกับรัฐและเอกชนในเรื่องกำลังคน ทั้งในแง่นโยบายของการวางแผนจัดการศึกษา การผลิตและนโยบายทางด้านกลไกตลาด แรงงาน

ภาคผนวก 1

งบประมาณปี	สาระที่ระบุทิศทางการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข
2542	<p style="text-align: center;"><u>หมวดการพัฒนาธุรกิจส่งเสริมบริการ</u></p> <p>- ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการบริการในสาขาที่มีศักยภาพในการสร้างเงินตราต่างประเทศโดยเฉพาะการส่งเสริม สุขภาพและรักษาพยาบาล การศึกษาและการให้บริการที่ปรึกษา</p> <p style="text-align: center;"><u>หมวดการพัฒนาคนและสังคม</u></p> <p>- เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการอาชีวศึกษาให้สอดคล้องกับตลาดแรงงาน</p> <p>- สนับสนุนภาคเอกชนทั้งการเงินและวิชาการเพื่อมีส่วนร่วมจัดการศึกษาและผลิตบุคลากร โดยจำกัดบทบาทของรัฐให้เหลือเท่าที่ จำเป็น</p> <p>- สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีการกระจายอย่างทั่วถึง</p> <p style="text-align: center;"><u>หมวดการปรับบริหารและการจัดการของรัฐ</u></p> <p>- ปรับลดขนาดของภาครัฐโดยการจำกัดการขยายอัตรากำลังคน</p> <p>*ควรชะลอการจัดการศึกษาในสาขาที่ไม่ขาดแคลนเช่น ศึกษาศาสตร์ มนุษยศาสตร์และนิติศาสตร์และทบทวนการผลิตกำลังคนในสาขาที่ขาดแคลนให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน</p>

งบประมาณปี	สาระที่ระบุทิศทางการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข
2543	<p style="text-align: center;"><i>หมวดการปรับปรุงคุณภาพข้าราชการและการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารราชการ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - การปรับปรุงคุณภาพข้าราชการและการเตรียมกำลังคนภาครัฐ <p style="text-align: center;"><i>หมวดการเพิ่มศักยภาพคนและสังคมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมการผลิตและพัฒนากำลังคนสาขาที่ขาดแคลนและจำเป็นต่อการฟื้นฟูและพัฒนาประเทศ - สนับสนุนภาคเอกชนและชุมชนเพื่อมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาและผลิตบุคลากร โดยจำกัดบทบาทของรัฐให้เหลือเท่าที่จำเป็น - ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีการกระจายอย่างทั่วถึง
2544	<p style="text-align: center;"><i>หมวดการพัฒนาศักยภาพคน สังคมชุมชนและคุณภาพชีวิตเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบบริหารจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปยังท้องถิ่นและพื้นที่การศึกษา - ส่งเสริมให้สถาบันการศึกษามีความเป็นอิสระในการบริหารงานเพื่อเตรียมการปรับไปสู่การเป็นสถานศึกษาในกำกับของรัฐ - ส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคเอกชนมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษามากขึ้น

งบประมาณปี	สาระที่ระบุทิศทางการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข
2545	<p style="text-align: center;"><i>หมวดด้านการศึกษา</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - กระจายโอกาสทางการศึกษาให้คนไทยทั้งในเมืองและชนบท สนับสนุนให้มีวิทยาลัยชุมชนโดยเฉพาะในจังหวัดที่ขาดแคลนสถาบันอุดมศึกษารวมทั้งสนับสนุนให้ภาคเอกชนเพิ่มบทบาทการจัดการศึกษามากขึ้น - พัฒนาคุณภาพการศึกษาทางสายอาชีพอย่างทั่วถึงและตอบสนองความต้องการของภาคการผลิตและบริการรวมทั้งสนับสนุนให้ผู้เรียนได้เข้าฝึกทักษะในสถานประกอบการ <p style="text-align: center;"><i>หมวดด้านกาารท่องเที่ยว</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนารูรกิจบริการที่มีศักยภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันและเป็นแหล่งรายได้ใหม่ที่สำคัญ เช่น บริการรักษาพยาบาลและ ส่งเสริมสุขภาพสำหรับชาวต่างประเทศ บริการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพร ธุรกิจด้านภัตตาคารและอาหารในต่างประเทศ โดยเน้นอาหารเพื่อสุขภาพ บริการด้านการศึกษาและการจัดการอบรมของประเทศ
2546	<p style="text-align: center;"><i>หมวดปฏิบัติการศึกษาและพัฒนาคุณภาพคน</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - กระจายโอกาสทางการศึกษาและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการจัดการศึกษารวมทั้งส่งเสริมความเป็นอิสระและยกศักยภาพองค์กรในการศึกษา - ผลิตรพยากรมนุษย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและแข่งขันได้ในเวทีโลก <p style="text-align: center;"><i>หมวดการพัฒนาการสาธารณสุขและสุขภาพ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาและควบคุมคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึงและเพียงพอ

แหล่งข้อมูล: สำนักงบประมาณ สำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สืบค้นข้อมูลจาก http://www.bb.go.th/budget/bud_pol.htm วันที่ 25 มีนาคม

สร้างสุขภาพกับกำลังคนด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิด

ก. ความหมายสุขภาพ

เมื่อกล่าวถึงสุขภาพ ปัจจุบันมีผู้รู้หลายท่านได้ให้คำนิยามซึ่งถือเป็นความหมายของสุขภาพไว้ แต่ที่ดูเหมือนจะได้รับการอ้างถึงบ่อยครั้งก็คือ คำนิยามขององค์การอนามัยโลก ที่สรุปได้ว่า "...สุขภาพคือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ" ซึ่งคำนิยามนี้ได้แสดงให้เห็นองค์ประกอบของสุขภาพ แต่ที่สำคัญก็คือคำนิยามนี้ยังไม่มีลักษณะเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการ การนำไปใช้อยู่ที่ความแตกต่างของวิธีคิดและมุมมอง ของบุคคล ทำให้ลักษณะการนำนิยามนี้ไปแปรความใช้ในทางปฏิบัติ มีความกว้างขวางและลึกซึ้งต่างกัน แม้ในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งปัจจุบันมีอยู่หลายฉบับ ก็ยังกึ่งให้นิยามของคำว่าสุขภาพ แตกต่างกัน

ข. ปรัชญา และอุดมการณ์ของสุขภาพ

เพื่อให้เข้าใจตรงกันเกี่ยวกับ "สุขภาพ" อันจะนำไปสู่ความชัดเจนในเรื่อง "การสร้างสุขภาพ" ควรจะต้องทำความเข้าใจในประเด็น ปรัชญา และอุดมการณ์ของสุขภาพรวมถึงการสร้างสุขภาพ ซึ่งเบื้องต้นสรุปได้ว่า

- 1) สุขภาพเป็นของประชาชน การพัฒนาสุขภาพหรือการสร้างสุขภาพเป็นเรื่องที่ประชาชนต้องให้ความสนใจดูแล ดังนั้นการดูแลสุขภาพของคนไทยต้องเป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคน
- 2) สุขภาพเป็นพื้นฐานของชีวิต สุขภาพคือชีวิตที่แข็งแรงทั้งกายและใจ
- 3) เป้าหมายของการสร้างสุขภาพคือคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์
- 4) การพึ่งตนเองเป็นวิถีทางหลักในการสร้างสุขภาพ
- 5) ยุทธศาสตร์หลักของการสร้างสุขภาพคือ การพัฒนาการพึ่งตัวเองของประชาชน
- 6) การพึ่งตนเอง จะเกิดได้ ด้วยการพัฒนาให้เกิดปัญญา ซึ่งมีที่มาจาก ความรู้และสติ

โครงสร้างของประเทศกับสุขภาพคนไทย

การคาดเดาอนาคต สุขภาพ ของคนไทยจะเป็นเรื่องที่คาดเดาได้ยาก เพราะการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพภาพมีส่วนสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ ในทางสังคมอยู่มาก ดังนั้นสิ่งที่ควรทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงสร้างโดยรวมของสังคม ในบางมิติที่สำคัญ ดังนี้

ก. โครงสร้างทางกายภาพ

- มีความหลากหลายทางชีวภาพ ทำให้มีแหล่งทรัพยากรธรรมชาติที่สามารถสนองตอบความต้องการของประชาชนได้ดีในระดับหนึ่ง
- ความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีของประชากรยังอยู่ในระดับต่ำ
- โครงสร้างพื้นฐานเกี่ยวกับ ICT ยังขาดแคลน โดยเฉพาะส่วนที่
- มีแนวโน้มพึ่งพิงเทคโนโลยี (จากต่างประเทศ) เป็นปัจจัยสำคัญในการผลิตสูงขึ้น

ข. ลักษณะทางประชากร

- โครงสร้างทางประชากร ที่แนวโน้มจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นในอนาคต
- กลุ่มวัยรุ่น จะเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจในการลงทุนมากขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ตัวอย่างที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่พบว่า ระบบครอบครัวให้ความสำคัญกับเรื่องการศึกษาของเด็กจนเหมือนเป็นการแข่งขัน มีการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการศึกษาต่อหัวของเด็กในปัจจุบันเท่ากับค่าใช้จ่าย 4-5 เท่า ของเด็กในอดีต เรื่องนี้รวมถึงการก่อเกิดระบบสินค้าและผลิตภัณฑ์แบบ "culture product" ที่จะมีลักษณะการขาย "ความเด่นในความเหมือน" ขณะเดียวกัน ค่านิยมสุขภาพของคนกลุ่มนี้ ยังมีลักษณะผูกโยงกับการให้คุณค่าของสังคม มากกว่าผลในระยะยาว ซึ่งเรื่องนี้จะส่งผลโดยตรงต่อความต้องการบริการสุขภาพของวัยรุ่น
- การเคลื่อนย้ายแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานที่มีความรู้ เพราะระบบของประเทศต้องการแรงงานกลุ่มนี้เพื่อไปขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจ วิธีจัดจ้างแรงงานเปลี่ยนรูปไปจากเดิมที่ใช้ทั้งสินทรัพย์ควบคู่กับสินน้ำใจ เป็นการจ้างด้วยเงินตามความรู้ความสามารถ ขณะเดียวกัน แนวโน้มความต้องการแรงงานที่เป็นเฉพาะทางมีเพิ่มสูงขึ้น ปรากฏการณ์เหล่านี้สะท้อนภาพของการจ้างงานที่ขาดเสถียรภาพ ย่อมส่งผลต่อระบบสุขภาพของคนกลุ่มนี้โดยตรง
- วิถีชีวิตของประชาชนถูกขับเคลื่อนให้เกิดการพึ่งพิงเทคโนโลยีเพิ่มขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อภาระค่าใช้จ่ายและค่าครองชีพของประชาชนที่จะต้องเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ค. ระบบความรู้และการใช้ความรู้

- เกิดสภาพความเหลื่อมล้ำของความรู้ อันเนื่องมาจากลักษณะการพัฒนาระบบพื้นฐานของประเทศระหว่างเมืองกับชนบทที่ไม่ทัดเทียมกัน
- แนวโน้มเกี่ยวกับ ภูมิรัฐศาสตร์ (Geopolitics) เปลี่ยนแปลงไป ความรู้จากภายนอกประเทศ มีโอกาสแพร่เข้าสู่สังคมได้มาก ซึ่งเรื่องนี้แปรตามความพร้อมของสังคมที่จะรองรับความรู้เหล่านั้น

ง. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

- มีเอกลักษณ์ในความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่ไม่มีความขัดแย้ง
- มีปัญหาในการกระจายตัวของความพร้อมในการพัฒนา ทำให้สังคมเกิดช่องว่างสูงขึ้นระหว่างสังคมที่เคยเป็นเมืองอยู่แล้ว กับสังคมที่มีลักษณะเป็นชนบท

การสร้างสุขภาพในสังคม

ปัจจุบัน กระแสความสนใจ "สุขภาพ" มีความเข้มข้นขึ้นอย่างมาก ด้วยการเร่งเร้าจากหลายส่วน อาทิ ความซับซ้อนและรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น การกระตุ้นของภาครัฐที่สร้าง ให้สังคมหันมาให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย ซึ่งถูกเหมารวมเรียกว่า สุขภาพ รวมทั้งการสื่อสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านสื่อสารมวลชน และรวมไปจนถึงกระแสการปฏิรูประบบต่างๆ ทางการเมืองและสังคม ทำให้ผู้คนหันมาพูดถึง

เรื่องของคุณภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ (เป็นส่วนมาก) กันมากขึ้น เหล่านี้เป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่พยายามตอบคำถามว่าทำไม กระแสสุขภาพจึงได้รับความสนใจในสังคมปัจจุบัน

ความพยายามของภาคส่วนต่างๆ ในการสร้างความสนใจให้ประชาชนใส่ใจกับสุขภาพมากขึ้น สะท้อนได้ทั้งในระดับสากลและในประเทศ แต่ดูเหมือนว่า คำว่า สุขภาพที่ไม่ใช่โรคแต่เพียงอย่างเดียวนี้ ในระดับสากล จะได้รับความสนใจและประกาศเป็นหลักการไว้ก่อน ไม่ว่าการประกาศเรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้า ที่ใช้กลไกการสาธารณสุขมูลฐานขับเคลื่อน หรือ คำประกาศเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพที่เรียกว่า คำประกาศ อัลมา-อัลตา ซึ่งองค์การอนามัยโลกพยายามผลักดันให้ประเทศสมาชิกสร้างเงื่อนไขตามหลักการในคำประกาศ ที่ประกอบด้วย

- การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการ มีสุขภาพดีของประชาชน
- การสร้างสรรสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี
- สร้างพลังความเข้มแข็งในชุมชนให้ดำเนินการด้วยตัวเอง
- พัฒนาทักษะส่วนบุคคล
- ปฏิรูปบริการสาธารณสุข

จากยุทธศาสตร์ 5 ด้านนี้ องค์การอนามัยโลก ได้ร่วมกันกำหนดยุทธวิธีที่เชื่อว่าจะสามารถพัฒนาให้เกิดกลไก 5 ด้านนี้ได้ โดยเรียกกลไกนี้ว่า A call for action ซึ่งประกอบด้วย

- การสร้างให้เกิดกิจกรรมทางสังคมและการเมืองสำหรับสุขภาพ
- สนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่สนับสนุนการมีสุขภาพดีโดยสร้างจากผู้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในสังคม
- กำหนดวิธีพื้นฐานสำหรับการสร้างพลังในประชาชน
- สร้างความเข้มแข็งและความตั้งใจทางการเมือง สำหรับงานสร้างเสริมสุขภาพ และการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาสุขภาพ

การผลักดันให้เกิดเงื่อนไขตามยุทธวิธี 4 ด้านนี้ย่อมต้องมีกลไกการพัฒนา ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้พยายามกำหนดกลไกการพัฒนานี้จำแนกไปตามสภาพทางสังคม ซึ่งประเทศไทยที่ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มของประเทศกำลังพัฒนานั้นก็มีการกำหนด กลไก เป็นเรื่องเฉพาะจากการทบทวนบทเรียนการพัฒนาสุขภาพในกลุ่มประเทศที่มีลักษณะโครงสร้างใกล้เคียงกัน สรุปว่า กลไกการพัฒนาเพื่อไปสู่เงื่อนไขนั้นมีอยู่ 3 ส่วน คือ

- (1) advocacy for health
- (2) Social support
- (3) Empower for health

ที่กล่าวมา แสดงให้เห็นความพยายามขององค์กรในระดับนานาชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขภาพสำหรับสังคมไทย การตื่นตัวเรื่องสุขภาพนับเนื่องมาตลอดหลังจากมีการปฏิรูปการเมืองด้วยการกวดขันกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ซึ่งมีการกำหนดสาระเกี่ยวกับสุขภาพไว้ชัดเจน จนกระทั่งเกิดกระแสที่พยายามจะดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ ขณะเดียวกันก็มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ เหตุการณ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นความพยายามที่จะพัฒนาสุขภาพของคนไทยให้สมบูรณ์ขึ้น และบทเรียนการทำงาน (สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2546 ; 239-243) เพื่อการพัฒนาสุขภาพนั้นสะท้อนว่า คนส่วนใหญ่ยังขาดทุนที่สนจะเห็นถึงความเชื่อมโยงของระบบย่อยต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ การทำงานยังต้องอาศัยกระบวนการที่รัดกุมและชัดเจน เพื่อการรวมพลังของประชาคม การเมือง และวิชาการ เข้าด้วยกัน ซึ่งขั้นตอนที่กล่าวนั้นประกอบด้วย

- 1) เสนอวิกฤตระบบสุขภาพให้เป็นประเด็นสาธารณะ ด้วยการเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพทั้งในเชิงปรกฏการณ์และข้อบกพร่อง เพื่อให้เกิดการระดมความเห็นในขั้นตอนนี้เป็นการแสวงหาและสร้างเสริม ภาวะผู้นำ (Leadership) ผนวกกับการสร้างเครือข่ายเพื่อการสื่อสารให้เกิดความเคลื่อนไหวในการปฏิรูป
- 2) ร่วมสร้างภาพของระบบสุขภาพ ด้วยการระดมความเห็นจากภาคีส่วนต่างๆ ของสังคม ไม่ว่าจะเป็น กลุ่มสนใจปัญหาสุขภาพสาธารณะ กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ กลุ่มอาชีพ และธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ กลุ่มองค์กรชุมชนหรือท้องถิ่น
- 3) สร้างเจตนาธรรมณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดเป้าหมายเชิงอุดมการณ์ของระบบสุขภาพแห่งชาติ
- 4) จำแนกบทบาทขององค์กรทุกระดับในระบบสุขภาพ
- 5) เสนอโครงสร้างนโยบายในการปฏิรูประบบสุขภาพ

สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นความพยายามเชิงระบบที่จะขับเคลื่อนและพัฒนากลไกสำหรับการพัฒนาสุขภาพ และเป็นกลไกที่มุ่งหวังให้เกิดการขับเคลื่อนทางนโยบายการเมือง เป็นหลัก ทั้งนี้เพราะในสังคมไทยยังมีกลไกอีกหลายส่วนที่พยายามผลักดันและดำเนินการเรื่องสุขภาพนี้อย่างเป็นรูปธรรม ไม่ว่าจะเป็นการขับเคลื่อนทางวิชาการผ่านการทำงานขององค์กรมูลนิธิต่างๆ ที่สำคัญก็คือกลไกการขับเคลื่อนในภาคปฏิบัติบริการซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับบทบาทหลักควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนในเชิงการปฏิบัติบริการในภาคประชาชนและองค์กรเอกชน

กระบวนการสร้างสุขภาพสำหรับสังคมไทย

- 1) พัฒนาให้เกิดความเชื่อมั่น (Confidence) ว่า จะละในสิ่งที่ควรละ จะสร้างและพัฒนาในสิ่งที่ควรมี สุขภาพดี ก็เกิด
- 2) สร้างกำลังใจไม่ให้เกิดความท้อถอย
- 3) ตรวจสอบความก้าวหน้า
- 4) กำหนดได้ว่าจะต้องทำอะไรต่อไปได้

สุขภาพที่ต้องการในมุมมองของประชาชน (บางส่วน)

เพื่อให้เกิดความชัดเจนอาจจำแนกสุขภาพที่คนในสังคมไทยต้องการเป็น 2 หมวด คือ สุขภาพที่ต้องการในอุดมคติ และ บริการสุขภาพที่ต้องการ ซึ่งรายละเอียดในแต่ละหมวด มีดังนี้

ก. สุขภาพในอุดมคติที่ต้องการ

- ระบบสุขภาพที่สนับสนุนการดำรงชีวิตที่ไม่ประมาท
- ระบบสุขภาพจะต้องมีความเท่าเทียมกัน
- ระบบสุขภาพจะต้องมีความเสมอภาคทั้ง ฝ่ายให้บริการ ฝ่ายใช้บริการ รวมถึงฝ่ายที่ให้การประกันสุขภาพ

- ประชาชนควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน
- ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของกายและจิต เป็นความรู้พื้นฐานที่นำไปสู่การพึ่งตัวเองของประชาชน ระบบสุขภาพควรส่งเสริมให้ปัจเจกบุคคลมีความรู้และสามารถดูแลจิตวิญญาณของตัวเองได้ ขณะเดียวกันก็สนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ

ข. บริการสุขภาพที่ต้องการ

- ระบบบริการมีมาตรฐาน ทั้งด้านบริการและด้านกำลังคน
- การสร้างสุขภาพ เน้นที่จะทำให้ประชาชนในท้องถิ่นได้รู้จักรักษาตัวและดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น
- ลักษณะของการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ ควรมีรูปแบบเป็น Total Defence strategies

สิ่งที่ท้าทายของการทำงานเพื่อการสร้างสุขภาพก็คือ การรวมพลังของกลไกการขับเคลื่อนเชิงระบบทั้งหลายโดยมีจุดหมายอยู่ที่การพัฒนาสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน ซึ่งเมื่อผนวกสาระสุขภาพที่เป็นความต้องการในภาคประชาชนย่อมทำให้การดำรงชีวิตของคนในสังคมเป็นไปเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด

เอกสารอ่านประกอบ

- กฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 82 กำหนดหน้าที่ของรัฐที่จะให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพและทั่วถึง
- พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
- ร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

บรรณานุกรม

ประเวศ วะสี	<u>สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์</u> ; 2543. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข บริษัท พิมพ์ดี จำกัด
พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์	<u>การส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมชุมชนเพื่อสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา</u> ; 2542. ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมอนามัย กลางเวียงการพิมพ์
วิพุธ พูลเจริญ และคณะ	<u>สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ</u> ; 2543. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข บริษัท ดีไซน์ จำกัด
พันธุ์ทิพย์ รามสูต	<u>สังพยากรณ์: งานสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษหน้า</u> ; 2540. สถาบันการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ	<u>ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ</u> ; 2543.

การจัดการความรู้เพื่อสุขภาพดี

ธรรมชาติของความรู้

- ความรู้เป็นเรื่องที่พูดง่าย แต่ทำความเข้าใจได้ยาก
- ความรู้ที่สำคัญที่สุด เป็นสิ่งที่แลกเปลี่ยนได้ยาก
- วัตถุประสงค์ที่แท้จริงของทรัพย์สินด้านความรู้ได้ยาก

แนวคิดสำคัญเกี่ยวกับการจัดการความรู้

- 1) การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือ มิใช่เป้าหมาย
- 2) การจัดการความรู้มีนัยที่กว้างขวางเกินความตั้งแต่การสร้างความรู้ การใช้ความรู้ และการพัฒนาความรู้
- 3) การจัดการความรู้ต้องมีจุดมุ่งหมาย เพราะความรู้ที่มีจุดมุ่งหมายจะมีพลังในการสร้างสรรค์ให้กิจกรรมนั้นๆ บรรลุสู่เป้าหมายตามความต้องการ
- 4) ธรรมชาติมีอยู่ 3 ลักษณะ คือ ความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล ความรู้ที่มีในองค์กร (ตัวอย่าง ภูมิปัญญาท้องถิ่น) และความรู้ที่มีลักษณะเป็นความรู้สาธารณะ หรือความรู้ที่เป็นสากล ตัวอย่างเช่น ทฤษฎี หรือแนวคิด เป็นต้น) กระบวนการจัดการความรู้จะต้องครอบคลุม 3 รู้ทั้ง 3 รูปแบบ
- 5) กระบวนการจัดการความรู้จะต้องมีลักษณะบูรณาการในชีวิตประจำหรืองานประจำ โดยไม่ทำให้ผู้คนรู้สึกว่าการเพิ่มขั้น
- 6) การวัดสัมฤทธิ์ผลของความรู้ สามารถประเมินได้จาก นวัตกรรมหรือสินทรัพย์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะต่างๆ ได้

เงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้ การจัดการความรู้ประสบความสำเร็จ

- 1) ความสามารถในการเข้าถึงความรู้ของโลก เพื่อประเมินว่าความรู้ที่ต้องการจะต้องพัฒนาขึ้นใหม่เอง หรือมีของเก่าที่พัฒนาไว้แล้ว
- 2) มีขบวนการคัดกรองความรู้ เพื่อคัดสรรความรู้ที่จำเป็น
- 3) มีขบวนการผสมผสาน หรือต่อยอดจากความรู้หรือเทคโนโลยีที่มีอยู่แล้ว ให้เหมาะสมกับสังคม

กระบวนการจัดการความรู้

- 1) การขุดค้นและรวบรวมความรู้ จากนำความรู้ความรู้อุ้เหล่านั้นมาคัดกรองไว้เฉพาะส่วนที่จะเป็นประโยชน์ แล้วนำความรู้ส่วนที่คัดเลือกแล้ว มาตรวจสอบความน่าเชื่อถือ และความเหมาะสม
- 2) นำความรู้ที่ผ่านการคัดกรองในข้อ 1 มาจัดหมวดหมู่เพื่อให้เหมาะสมและสะดวกต่อการใช้งาน
- 3) จัดกระบวนการสื่อสารเพื่อให้เกิดการถ่ายทอดความรู้
- 4) จัดกิจกรรมและกระบวนการให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้
- 5) ดำเนินการวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้เพื่อพัฒนาความรู้ที่มีอยู่
- 6) ประยุกต์ใช้ความรู้
- 7) เรียนรู้จากการใช้ความรู้

สถานการณ์ ความรู้ การจัดการความรู้ทั่วไปและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของไทย

- 1) ปัญหาสภาพการเรียนรู้ของสังคมที่ไม่สามารถนำไปสู่การสร้างความรู้ได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เพราะ
 - ด้วยสภาพสังคมที่พร้อมเพียงในเรื่องทรัพยากร ประกอบกับนิสัยที่ชอบสะดวกสบาย ชอบเสถมากกว่าชอบสร้าง ทำให้ความใฝ่รู้ลดลง เมื่อความใฝ่รู้ลดลง การเรียนรู้ย่อมไม่เกิด เพราะการเรียนรู้ต้องเริ่มต้นด้วยความยาก หรือความใฝ่รู้ ที่เรียกว่า ฉันทะ
 - การเรียนรู้แบบวิจัยในสังคมยังมีลักษณะเรียนแบบกระบวนการแต่ขาดการพัฒนาจิตใจให้เป็นนักวิจัยโดยแท้
 - ไม่ชัดเจนว่าการเรียนรู้กับการเรียน-การสอนเป็นคนละเรื่องกัน ทำให้บางเวลาผลเข้าใจว่า การเรียนการสอนคือการเรียนรู้
 - การเรียน-การสอนในระบบ ซึ่งสังคมเชื่อว่าจะเป็นช่องทางการพัฒนาความรู้นั้นยังไม่สามารถสนับสนุนให้ผู้เรียนเปลี่ยนข้อมูลให้เป็น ข่าวสาร และแปลงข่าวสารให้เป็นความรู้ และพัฒนาความรู้ให้เกิดปัญญา การเรียน-การสอนในปัจจุบันเสมือนเป็นขบวนการให้ข้อมูล แต่ผู้เรียนไม่สามารถพัฒนาข้อมูลเป็นความรู้และปัญญาได้ ทั้งนี้เพราะปัญญาจะเกิดได้ต้องมีกรปฏิบัติ
- 2) ขาดความรู้ที่สำคัญในการพัฒนาให้มี "นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ" ตัวอย่างเช่น ความรู้ที่อธิบายว่า "สุขภาพ" ของประชาชนคืออะไร ประเด็นนี้ส่งผลให้การกำหนดนโยบายของรัฐเกี่ยวกับสุขภาพมองไปในเรื่องการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องหลัก การปฏิบัติเชิงนโยบายที่สะท้อนว่าสุขภาพนั้นครอบคลุมส่วนอื่นๆ ในชีวิตมนุษย์จึงขาดหายไป ตัวอย่าง เช่น เรื่องอุตสาหกรรม ที่เน้นการพัฒนาเทคโนโลยี โดยละเลยหรือขาดการเชื่อมโยงไปสู่สุขภาพ เป็นต้น
- 3) สภาพบริการยังใช้ความรู้ในวงแคบ คือ ส่วนมากจำกัดวงอยู่ที่ความรู้ที่มีลักษณะเป็นสาธารณะหรือความรู้ที่มีลักษณะเป็นสากลในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย ทั้งที่จริงเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับส่วนอื่นๆ อยู่มาก
- 4) ความเข้าใจที่ว่า ความรู้เรื่องสุขภาพปัจจุบันมี 2 กระแส คือ ความรู้ที่เป็นความรู้เฉพาะเรื่องซึ่งโดยธรรมชาติจะเป็นความรู้ที่ชัด ขณะเดียวกันก็ยังมีความรู้ที่มีลักษณะรู้แบบกว้างขวาง รู้แบบเข้าใจความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน แต่ความรู้แบบนี้มักจะมีลักษณะเป็นความรู้ที่มัวๆ ไม่ชัดแจ้งเท่าแบบแรก ในปัจจุบันยังไม่การจัดการความรู้ สองแบบนี้ในลักษณะสานคุณสมบัติเด่นเข้าหากัน เพราะการพัฒนาสุขภาพนั้นจำเป็นต้องมีความรู้ทั้งสองระบบนี้
- 5) ขาดโอกาสในการเข้าถึงความรู้ อันเนื่องมาจาก ความรู้ที่มีไม่กว้างขวาง กระบวนการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้มีจำกัด แม้สังคมไทยในปัจจุบันมีการพัฒนาการสื่อสารไปมากแต่ก็ยังเป็นเพียงการสื่อสารข้อมูล ยังขาดการสื่อสารข่าวสาร (Information) และความรู้ที่แท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ
- 6) การเข้าถึงแหล่งความรู้ในปัจจุบันเป็นเรื่องที่ต้องลงทุน (เงิน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่มีลักษณะเป็นความรู้สากล เพราะปัจจุบันสภาพของความรู้เป็นสิ่งที่ "มีมูลค่า" แต่ในอดีตความรู้เป็นสิ่งที่ "มีคุณค่า" การเข้าถึงความรู้ต้องลงทุนในเรื่องการพัฒนาคุณค่าของคนเพื่อให้เหมาะกับความรู้ที่จะได้รับ
- 7) วัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขส่วนมากมีลักษณะเป็น "ผู้เสพ" ความรู้ไม่ใช่ "ผู้สร้าง" ความรู้
- 8) ระบบการศึกษาขาดความสนใจที่จะพัฒนาให้คนมีลักษณะ "รู้กว้างหรือรู้รอบ" แต่ให้ความสำคัญกับการสร้างคนให้ "รู้ลึก"

การจัดการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน

- 1) ธรรมชาติของความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน ส่วนมากมีลักษณะเป็น Tacit Knowledge จะมีรูปแบบที่ผสมเข้ากับวิถีชีวิต มีกระบวนการ การถ่ายทอดผ่านระบบการสื่อสารและวัฒนธรรมที่เข้มข้น ใช้เวลาสั้น และดำเนินการอย่างเรียบง่าย ไม่มีสำนักงาน
- 2) หมอยา หรือหมอพื้นบ้าน (ในอดีต) ใช้การเจ็บป่วยสารการเรียนรู้ สารความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติระหว่างคนกับคน และ คนกับสิ่งที่เหนือธรรมชาติ
- 3) วิธีคิดการจัดการความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งมีอยู่ในชุมชน ของระบบปัจจุบัน มีแนวโน้มที่จะปรับจากความรู้ที่มีคุณค่า เป็นความรู้ที่มีมูลค่า และท้ายที่สุดความรู้แท้ที่เคยสามารถผสมผสานกับวิถีชีวิตของประชาชน กลายเป็นสิ่งที่ต้องซื้อหา และยากที่จะผสมกลมกลืนเข้ากับชุมชนได้เหมือนแต่ก่อน สภาพนี้เกิดจากการถอดความรู้ที่ซ่อนเร้นกระบวนการในการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของความรู้กับชีวิต
- 4) กระบวนทัศน์ของการจัดการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน ควรเน้นให้เกิดการพึ่งพาตัวเองโดยให้น้ำหนักอยู่ที่การพึ่งพาซึ่งกันและกัน สนับสนุนให้เกิดความสามารถในการสร้างความรู้ได้ในชุมชน เพราะปฏิเสธไม่ได้ว่า บางส่วนของสิ่งที่เรียกว่า "ความรู้" ที่มีในชุมชนนั้น เป็น "ประสบการณ์" ที่ยังไม่สามารถพัฒนาเป็นความรู้ที่ทำให้เกิดความเป็นอิสระ และสร้างอำนาจตัดสินใจด้วยตัวเองได้ แต่อย่างไรก็ตามการพัฒนาความรู้ที่นั้นไม่ใช้การลดทอน ดัด ขอย ตามระบบการพัฒนาความรู้แบบวิทยาศาสตร์ที่แยกแยะเพื่อทำความเข้าใจและจะต้องทำโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น แต่การพัฒนานั้นควรจะเป็นไปโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน เป็นการสานความสัมพันธ์ในชุมชน และคงรูปวิถีการเชื่อมโยงระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมไว้ด้วย

ประเด็นความรู้เกี่ยวกับสุขภาพชุมชนที่ต้องการ (เรียบเรียงจากคำสัมภาษณ์ ดร.เสรี พงศ์พิศ)

การศึกษาวิจัยสุขภาพของประเทศ ควรเน้นส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชน

- 1) องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพด้วยตัวเองของประชาชน เพราะเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับส่วนอื่นๆ ในชีวิตมนุษย์ ซึ่งเรื่องนี้จะเกี่ยวข้องเชื่อมโยงไปถึงบทบาทขององค์กรท้องถิ่นในการสนับสนุนสุขภาพชุมชนอีกมิติหนึ่ง
- 2) การศึกษาแสวงหาความรู้ที่สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับ การพัฒนาความสามารถในการเป็นนักวิจัย ของคนในระดับรากหญ้า
- 3) ความรู้ที่สามารถใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุน (facilitate) การพึ่งพาตัวเองของประชาชนในเรื่องสุขภาพ
- 4) การสร้างองค์ความรู้ที่สามารถอธิบายวิถีสุขภาพชุมชนในอดีตซึ่งมีลักษณะเป็นวิถีการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างธรรมชาติกับคนโดยอาศัยปรัชญาเรื่องของคุณสมดุลของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อตอบคำถามการพัฒนาที่ว่า ปรากฏการณ์เหล่านี้ในปัจจุบันยังมีคุณค่าอยู่หรือไม่ และจะสามารถสืบทอดเรื่องราวเหล่านี้ไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตได้หรือไม่
- 5) พัฒนาองค์ความรู้ฐานและกระบวนการจัดการความรู้ที่ช่วยให้สังคมมีหลักทางความคิด ซึ่งจะ使得การทำงานด้านสุขภาพมีความชัดเจนแม่นยำในเนื้อหา เช่น ถ้าการพัฒนาสุขภาพ หรือการดำเนินงานเรื่องสุขภาพ มีเป้าหมายที่ การพึ่งพาตัวเองได้ของประชาชน ก็จะต้องมีคนที่เข้าใจสาระเรื่องการพึ่งพาตัวเองของประชาชนคอยเป็นหลักทางความคิด

6) สร้างองค์ความรู้ที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับทางเลือกที่เหมาะสมว่า

- รูปแบบการทำงานของชุมชนในการพัฒนาวิถีสุขภาพไปสู่การพึ่งตนเองเป็นอย่างไร
- เงื่อนไขความสำเร็จที่ส่งเสริมให้ประชาชนเกิด Empower ในตนเองได้เป็นอย่างไร
- ขบวนการหรือวิธีการสร้างปัจจัยหรือเงื่อนไขเหล่านั้น เป็นอย่างไร (ลักษณะของเงื่อนไขจะต้องมีความยืดหยุ่นพอสมควร)

คุณสมบัติของบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นผู้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

บทบาทหลักของผู้ที่จะทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ที่สำคัญคือการทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน (facilitator) เพราะเรื่องของสุขภาพแท้ที่จริงเป็นเรื่องของประชาชน ซึ่งบุคคลที่จะมีหน้าที่ดังกล่าวควรมีคุณสมบัติดังนี้

- มีกระบวนการพิชัยในตัวเอง
- หน้าที่ของ facilitator คือการจัดสรรให้ประชาชนได้เข้าใจและรู้ว่าทุนทางสุขภาพ ซึ่งเน้นไปที่ ความรู้ และภูมิปัญญาที่มีอยู่ในชุมชน จะสามารถช่วยให้ประชาชนในชุมชนนั้นพึ่งตนเองได้
- สนับสนุนให้ ประชาชนสามารถ ช่วยกันคิดกำหนดทิศทางและความต้องการสุขภาพ รวมทั้งแผนการพัฒนาสุขภาพของตนเองได้อย่างเป็นอิสระ โดยการสนับสนุนนั้นควรมีลักษณะเป็นกระบวนการทำงานที่มีรูปแบบส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อ facilitator จะได้เรียนรู้และเข้าใจได้ว่า สุขภาพดีของชุมชนเป็นอย่างไร ซึ่งจะสามารถนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาต่อยอดให้เกิดกระบวนการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง

สรุป แนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้เงื่อนไขการจัดการความรู้ที่เปลี่ยนไป

ประเด็น	วันนี้	พรุ่งนี้
เป้าหมายบริการ	การลดปัญหาการเจ็บป่วย	การพัฒนาสุขภาพด้วยเงื่อนไขการสร้างการพึ่งตัวเองของประชาชน
ค่าใช้จ่าย	ลงทุนกับเทคโนโลยีการรักษาโรคเป็นหลัก	เพิ่มสัดส่วนการลงทุนระหว่างการพัฒนาคนในระบบความรู้ให้ทัดเทียมกับการลงทุนทางเทคโนโลยี
กระบวนการบริการ	ใช้ข้อมูลและอาจเป็นบางส่วน of ข้อสนเทศ	ใช้ความรู้
การประเมินผลสำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> • ดูที่การกระจายทรัพยากร • การลดปัญหาการเจ็บป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> • ดูที่คุณภาพของทรัพยากร • ความสามารถในการพึ่งพาตัวเองและคุณภาพชีวิตของประชาชน

การผลิตแพทย์-พยาบาลแนวใหม่

สันต์ หัตถิรัตน์

หลักการและเหตุผล

การผลิตบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ในระยะหลายสิบปีที่ผ่านมา ก่อให้เกิดปัญหา เช่น

1. การขาดแคลนแพทย์และพยาบาลในชนบทอย่างมาก อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯ 1 : 762 ในเขตเทศบาลนอกกรุงเทพฯ 1 : 1,496 และนอกเขตเทศบาล 1 : 17,100
2. บุคลากรที่ผลิตได้มีคุณภาพไม่เหมาะสมหรือด้อยคุณภาพเป็นส่วนใหญ่ เช่น
 - 2.1 ไม่เข้าใจความเป็น "คน" "ชุมชน" และ "สังคม"
 - 2.2 มุ่งรักษาแต่ "โรค" โดยลืมนึกถึงความเป็นคนและครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งชุมชนของผู้ป่วยด้วย
 - 2.3 ขาดทักษะในการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ แม้แต่สำหรับตนเอง (อายุขัยโดยเฉลี่ยของแพทย์ไทยน้อยกว่าคนไทยโดยทั่วไป 5 - 10 ปี)
 - 2.4 ขาดทักษะในการซักประวัติและตรวจร่างกาย มุ่งใช้แต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แล็บ) ในการวินิจฉัยโรคและติดตามโรค ทำให้สิ้นเปลือง ไม่ตรงประเด็นการเจ็บป่วย และผิดพลาดง่าย
 - 2.5 ขาดความเป็น "นักวิทยาศาสตร์" เพราะ "เชื่อง่าย" และ "ไม่พิสุจน์" จึงตกเป็น "ทาส" ของบริษัทยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ
 - 2.6 ไม่เข้าใจ "เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข" โดยเฉพาะ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการตรวจรักษาโรค จึงไม่มีการประเมินผลและการวิจัยเพื่อลดล้างความคิดเดิมและพัฒนาแนวทางใหม่
 - 2.7 ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ตนปฏิบัติงาน และไม่รู้สึกผูกพันกับชุมชนนั้น จึงทำตนแปลกแยกจากชุมชน
 - 2.8 ไม่คุ้นเคยกับชนบท และไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในชนบท จึงต้องย้ายเข้าเมืองเข้ากรุงหลังใช้ทุนแล้ว

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

หลักสูตรการผลิตแนวใหม่ มีหลักการที่ต่างจากปัจจุบัน ดังนี้

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

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

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

7. การประเมินผลการศึกษาเล่าเรียน จะใช้การประเมินผลการปฏิบัติงานมากกว่าการสอบข้อเขียน และจะประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เมื่อใดสามารถปฏิบัติงานและมีความรู้ครบถ้วนตามมาตรฐานการศึกษาในชั้นใด ก็ให้จบการศึกษาในชั้นนั้นได้ทันที โดยไม่ต้องรอให้ครบ 1 ปี 2 ปี 3 ปี 4 ปี หรือ 6 ปี ดังหลักสูตรในปัจจุบันที่ใช้เวลาเป็นตัวกำหนด

8. มาตรฐานทางวิชาชีพ จะเป็นไปตามมาตรฐานของสถาบันวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทย์ที่จบหลักสูตรแนวใหม่ จะต้องสอบเพื่อขอรับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เช่นเดียวกับแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์อื่นๆ

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

การคัดเลือก

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

หลังการปฏิบัติงานในสถานอนามัยและโรงพยาบาลในชุมชน / ท้องถิ่นของตนระหว่างปิดภาคเรียน 2 - 3 ปี จนถึงการปิดภาคเรียนครั้งสุดท้าย เมื่อเรียนจบมัธยมศึกษาตอนปลายแล้ว แพทย์และพยาบาลจะได้อบรมแนะนำการปฏิบัติงาน ซึ่งรวมถึงมนุษยสัมพันธ์ กิริยามารยาท ความรับผิดชอบ เจตคติ และอื่นๆ เพื่อใช้ในการคัดเลือกบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่สุด เข้าสู่วิชาชีพสาธารณสุข โดยใช้คะแนนการเล่าเรียนในชั้นเรียนปกติมาร่วมพิจารณาด้วย

จำนวนผู้ได้รับการคัดเลือกในแต่ละปี จะเป็นจำนวนที่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ในชุมชน / ท้องถิ่นนั้น คิดว่าเป็นจำนวนที่ตนสามารถควบคุมดูแลและสนับสนุนอบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

การเรียนการสอน

ในวันปฐมนิเทศ ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง และหมอบ้านจะได้เข้าร่วมกับแพทย์และพยาบาลในการปฐมนิเทศนักศึกษาใหม่ เพื่อให้ชุมชน / ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการผลิตบุคลากรสาธารณสุขแนวใหม่ตลอดหลักสูตร

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

เมื่อนักศึกษาสามารถปฏิบัติงานในช่วงแรกได้เป็นอย่างดีแล้ว จะได้เรียนรู้วิธีตรวจสอบสิ่งแสดงชีพ (ชีพจร อุณหภูมิ การหายใจ ความดันเลือด) การปฐมพยาบาลอย่างง่าย ๆ การทำแผลง่าย ๆ การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ที่ไม่ยุ่งยากและสามารถทำได้ แล้วเขียนรายงานถึงสิ่งที่ตนได้ปฏิบัติ รวมทั้งค้นคว้าจากตำราและอื่นๆ ถึงกลไกของการเกิดสิ่งแสดงชีพ ความปกติและผิดปกติ ทำไมจึงทำการปฐมพยาบาลแบบต่างๆ อุปสรรค ปัญหา วิธีแก้ไข และความคิดเห็น เพื่อนำมาเรียนรู้ร่วมกันในช่วงที่ว่างจากการปฏิบัติงาน

(ในการค้นคว้าเพื่อเขียนรายงานเกี่ยวกับสิ่งแสดงชีพ นักศึกษาจะได้เรียนรู้กายวิภาคและสรีรวิทยาของร่างกายในส่วนที่เกี่ยวกับสิ่งแสดงชีพ นั้น

ในการค้นคว้าเพื่อเขียนรายงานเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและการทำแผล นักศึกษาจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับพยาธิวิทยา เกษตวิทยา และวิธีการตรวจรักษาเพิ่มขึ้นด้วย เป็นต้น)

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

เมื่อนักศึกษาสามารถปฏิบัติงานในช่วงที่สามได้เป็นอย่างดีแล้ว นักศึกษาจะได้ติดตามแพทย์ / พยาบาล ออกไปเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครอบครัวผู้ป่วย ปฏิบัติงานกู้ชีพฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ดูการตรวจรักษาแบบพื้นฐาน และอื่นๆ

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

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

ในด้านแพทย์ - พยาบาล "ผู้ช่วยพยาบาล" ที่ชุมชนสนับสนุน และได้รับการคัดเลือก จะได้ปฏิบัติงานในด้านการพยาบาล ตั้งแต่ระดับง่ายที่สุด ไปจนถึงระดับที่ยากที่สุดสำหรับ "พยาบาลประกาศนียบัตร" ด้วยวิธีการเรียนการสอนในลักษณะเดียวกับ "ผู้ช่วยพยาบาล" แต่มีความละเอียดลึกซึ้งเพิ่มขึ้น และเมื่อสามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐาน "พยาบาลประกาศนียบัตร" ได้เป็นอย่างดีแล้ว จะได้รับประกาศนียบัตรสำหรับการเป็น "พยาบาลประกาศนียบัตร"

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

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

การประเมินผลการสำเร็จการศึกษา

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

การประเมินผลที่แท้จริง

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

ความเป็นไปได้ของการผลิตแนวใหม่

การผลิตบุคลากรสาธารณสุขแนวใหม่ จะเริ่มได้ทันที เมื่อรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญของการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ - พยาบาลในชนบท และตั้งใจที่จะให้การปฏิรูประบบสุขภาพประสบความสำเร็จ

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

งบประมาณที่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขใช้สนับสนุนการผลิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เป็นรายหัวต่อปีนั้น จะลดลงอย่างมากสำหรับการผลิตแนวใหม่ เพราะได้รับการสนับสนุนจากชุมชน / ท้องถิ่น

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

แรงต้าน

แรงต้านย่อมเกิดขึ้นเป็นธรรมดาจากผู้ที่ยังเคยชินกับการผลิตวิธีเดิม แต่ถ้ารัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข ต้องการ "คิดใหม่ - ทำใหม่" ในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ - พยาบาลในชนบทอย่างจริงจังแล้ว วิธีการผลิตแพทย์ - พยาบาลแนวใหม่จะแก้ปัญหานี้ได้ และจะเป็นจุดเริ่มของการปฏิรูปการศึกษาอย่างแท้จริงและยั่งยืน เพราะประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการศึกษานี้โดยตลอด และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผลผลิตที่เกิดขึ้น สามารถอยู่ในชุมชนได้ด้วย

สรุป

การผลิตบุคลากรสาธารณสุขแนวใหม่ เป็นการปฏิรูปวิธีคัดเลือก การเรียนการสอน และการประเมินผลทั้งหมด เพื่อให้ผลผลิตที่ได้มีความผูกพันกับ "คน" และ "ชุมชน" มีความรู้ความสามารถในเชิงปฏิบัติจริง รู้จักเรียนเอง ค้นคว้าเอง วิพากษ์วิจารณ์ และเรียนรู้ร่วมกัน เกิดความใฝ่รู้ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเป็นนักวิทยาศาสตร์และนักวิจัย ที่ไม่ล้มเลิกแห่ง้าแห่งความเป็นคน และความเป็นชุมชนไทย ตลอดจนการสร้าง "บันไดวิชาชีพ" ให้สามารถพัฒนาตนเองขึ้นไปเรื่อยๆ รวมทั้งการสร้างความรู้ความผูกพันและการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่สภาวะ "ชุมชนเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้" ในอนาคต

ข้อเสนอต่าง ๆ เรื่อง นโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ ในช่วง 2544-2546

เอกสารนี้ เป็นการรวบรวมข้อเสนอด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพที่มาจาก การศึกษา การระดมความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2544-2546) ซึ่งมีประเด็นที่สอดคล้องกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้

“คน” ที่เป็นเป้าหมายในระบบสุขภาพนี้หมายรวมทั้งส่วนที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข และประชาชน

แนวคิดการพัฒนาคน

- การพัฒนาคนต้องแก้ทั้งที่ฐานด้านความคิดของสังคม และแก้ที่ตัวคนด้วย และการพัฒนาที่ยั่งยืน ต้องเน้นทั้งชีวิตคน สังคมและสิ่งแวดล้อม
- แผนการพัฒนาคนจะต้องมีคุณภาพที่พอดีระหว่างเป้าหมายการพัฒนาทั้ง 2 ฐานคือ ฐานที่เป็น ทรัพยากรมนุษย์ และฐานที่เป็นคนที่มีความสุข
- ในระบบการพัฒนาคนต้องมีทั้งการพัฒนาคนเพื่อไปพัฒนาระบบ และจัดระบบให้พัฒนาคนได้อย่าง สมดุลพอดี ซึ่งต้องเน้นหนักของการพัฒนาแต่ละแบบในช่วงจังหวะที่พอดีจึงจะทำให้เกิดการพัฒนา ที่ยั่งยืน
- การพัฒนาคนเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ซึ่งเริ่มตั้งแต่การพัฒนาที่เป็นการเรียนรู้ในชีวิตประจำวัน การศึกษาพื้นฐาน การศึกษาระดับอุดมศึกษา และการศึกษาเรียนรู้ในอาชีพ และการพัฒนาต่อเนื่อง ขณะทำงาน เป็นการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต

เป้าหมายคุณภาพ “คน” หมายความว่าทั้งในด้านความรู้ ความสามารถและคุณธรรม อันได้แก่

- ใฝ่รู้ สู้งาน มีปัญหา มิใช่เพียงท่องจำ แต่สามารถคิดเป็น ทำเป็น รู้เท่าทันสภาพแวดล้อม ความ เป็นไปในสังคม และเทคโนโลยี และรู้จักปฏิบัติต่อสิ่งเหล่านี้ได้ถูกต้อง
- เป็นคนดี และเป็นผู้ที่มีความสุข มีจริยธรรมที่ยั่งยืน ซึ่งหมายถึงมีระบบการดำเนินชีวิตที่ดั่งงาม พัฒนาพฤติกรรม จิตใจ และปัญญาอย่างสอดคล้องกัน สุขได้ง่ายด้วยสิ่งเส่น้อยที่สุด

คุณลักษณะพื้นฐานของบุคลากรด้านสุขภาพที่ เป็นผู้ให้บริการและผู้จัดบริการ

ควรมีคุณลักษณะ 2 ส่วนใหญ่ คือ ส่วนที่เป็น “จิต” ที่แสดงออกเป็นทัศนคติ หรือจิตสำนึก และ ส่วนที่เป็น “สมอง” ซึ่งแสดงออกเป็นความสามารถของแต่ละบุคคล การพัฒนาคนควรให้ความสำคัญ ของการเจริญเติบโตของสองส่วนนี้อย่างสมดุล ซึ่งเปรียบได้กับการมี “คุณธรรม” และ “ความรู้” ที่ควบคู่ กัน ทั้งนี้การสร้างทัศนคติเปรียบเสมือนเป็นฐานให้ความรู้ผลิดอกออกผล เป็นตัวควบคุมการใช้ความรู้ ความสามารถให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม ป้องกันมิให้ใช้ความรู้เพื่อตนเองเป็นใหญ่หรือไปเบียดเบียนผู้ อื่น

คุณลักษณะของบุคลากรด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ (สถาบันพระบรมราชชนก และภาคีพัฒนา กำลังคน 2544)

1. ทักษะคิด และอุดมการณ์
 - 1.1 ความตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบในการทำงาน ความตั้งใจให้เกิดคุณภาพของการทำงาน บนฐานความรู้และข้อมูลที่ต้องการ
 - 1.2 คุณธรรมการทำงาน เช่น ทำงานเพื่อประโยชน์ของผู้อื่นเป็นสำคัญ มีความเมตตา กรุณา มีhiriโอดตปปะ
 - 1.3 มีความเพียรต่อการเรียนรู้อย่างไม่สิ้นสุด เพื่อพัฒนาตนเอง
2. ความสามารถที่เป็นความรู้และทักษะ
 - 2.1 ความสามารถพื้นฐานเชิงวิชาชีพ ได้แก่ งานเทคนิคบริการ งานบริหาร
 - 2.2 ความสามารถพื้นฐานในการแก้ปัญหา ได้แก่
 - ความสามารถในการประเมินสภาพ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริง
 - ความสามารถในการวางแผน แก้ปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่และความเป็นไปได้
 - ความสามารถในการประสานงาน การให้คำปรึกษา และการสื่อสารถ่ายทอดความรู้ (Coordination, consultation, and evidence-based communication)
 - 2.3 ความสามารถในการทำงานเป็นทีม

ส่วนที่เป็นประชาชน

ประชาชนควรมีศักยภาพในการตัดสินใจด้วยตนเองในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ เช่นควรดูแลตนเองถึงระดับใด และเมื่อใดจึงจะไปพึ่งบริการ เลือกใช้สถานพยาบาลเบื้องต้นได้เหมาะสม มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถให้ความเห็นสะท้อนผลกระทบบของการจัดบริการของสถาบันบริการต่างๆได้ และบางส่วนมีส่วนร่วมในการบริหารระบบบริการ สะท้อนความเห็นต่อการใช้ทรัพยากรของรัฐด้านสุขภาพ สะท้อนการบริหารงานระบบสุขภาพของรัฐได้

กระบวนการพัฒนาความพร้อมของประชาชนนั้นมืองค์ประกอบ และกระบวนการที่ต่างจากบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากพื้นฐานการศึกษา และความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังน้อย รวมทั้งวิถีคิดของคนไทยที่เชื่อง่าย ฉะนั้นกระบวนการพัฒนาศักยภาพของประชาชนจึงต้องมองทั้งระบบการศึกษา การให้ข้อมูลทั่วไปและการเรียนรู้ในสังคม และการให้ความรู้ความเข้าใจผ่านระบบบริการสาธารณสุข โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ของประชาชนกลุ่มต่างๆ ธรรมชาติการเรียนรู้ และวัฒนธรรมความเชื่อ รวมทั้งให้ออกาสประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับสุขภาพของตนเอง และสุขภาพของชุมชน

ระบบการพัฒนาคนด้านสุขภาพที่พึงประสงค์

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

ยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สถาบันพระบรมราชชนก และภาคีพัฒนากำลังคน 2544)

1. สร้างกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองจากความตระหนัก (Empowerment) ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เรียนรู้จากการปฏิบัติ ใช้ประสบการณ์จริงของผู้เรียน การเรียนรู้ให้มีคุณภาพของการสร้างทัศนคติและสาระความรู้
2. พัฒนาปรัชญา แนวคิด และกระบวนการของการพัฒนาคน ทั้งการเรียนรู้ในระบบ และการเรียนรู้ในกรอบการทำงาน ภายในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพ ให้เป็นแกนทางปัญญาของการพัฒนาคน
3. สร้างระบบและกลไก ในระดับชาติและท้องถิ่น (ภูมิภาค) เพื่อกำหนดทิศทางและนโยบายในภาพรวม รองรับการพัฒนาที่หลากหลายของกำลังคนในพื้นที่ เพื่อให้กำลังคนมีศักยภาพเพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลายในพื้นที่อีกต่อหนึ่ง
4. สร้างเสริมบทบาทของรัฐที่เป็นผู้พิทักษ์ (Stewardship) ต่อพันธะสัญญา กล่าวคือ เน้นประสิทธิภาพการดำเนินงาน (Performance function) ด้วยการจัดการอย่างเหมาะสมและชาญฉลาด แทนการควบคุมอย่างเดิม
5. พัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่อง และการบริหารจัดการที่สนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Life long learning) ของบุคลากร
6. ส่งเสริม พัฒนาองค์กรวิชาชีพ ให้มีบทบาทต่อการพัฒนาคน และพัฒนาวิชาการ

ด้านนโยบาย และกลไกการจัดการกำลังคน (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ 2544)

1. กำหนดให้มีกลไกกลางในระดับชาติที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดความต้องการกำลังคน การผลิต และการกระจายบุคลากร โดยกำหนดผู้ที่จะมามีส่วนร่วมอย่างชัดเจน (ทั้งฝ่ายผลิต ฝ่ายผู้ใช้ ฝ่าย

อื่นที่เกี่ยวข้อง) รวมทั้งกลไกหลักที่จะรับผิดชอบเป็นแกนกลาง กลไกกลางนี้มีหน้าที่รับผิดชอบ (สถาบันพระบรมราชชนก และภาคี 2544) คือ

- กำหนดทิศทางและนโยบายด้านกำลังคนในภาพรวมของระบบสุขภาพ ทั้งด้านการผลิต และการพัฒนาคน โดยมุ่งเน้น "คุณภาพของคน" ตลอดจนการกระจายและการจัดการกำลังคน
 - ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะทางวิชาการ เพื่อแก้ปัญหาด้านกำลังคนเฉพาะกลุ่ม เฉพาะเรื่อง
 - กำกับ ติดตามสถานการณ์ ประเมินสภาพ และผลกระทบต่อกำลังคนในระบบ
 - อุดหนุน ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาคน เพื่อลดช่องว่าง หรือความไม่สมดุลด้านกำลังคนในระบบสุขภาพ โดยใช้มาตรการทางการเงินและงบประมาณ
 - อุดหนุน ส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านกำลังคน และพัฒนารูปแบบการพัฒนาคนที่เหมาะสม
 - ประสานงานกับหน่วยงาน สถาบัน องค์กร และประชาคม
2. จัดตั้ง "กองทุนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ" เพื่อเป็นเครื่องมือทางการเงิน ในการอุดหนุน ส่งเสริม การดำเนินงานของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ตามขอบเขต หน้าที่ และความรับผิดชอบที่กำหนด
 3. ให้รัฐจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนากำลังคน ในภาพรวมแก่หน่วยงานต่างๆ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรทั้งระบบ
 4. มีการให้ท้องถิ่นแต่ละแห่งกำหนดแผนความต้องการกำลังคนในแต่ละพื้นที่ หรือมีส่วนร่วมในกลไกกลาง ส่วนการที่ท้องถิ่นจะมีบทบาทในด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนมากเพียงใด ให้ขึ้นกับสภาพทางการเงิน และวิวัฒนาการของระบบการศึกษา และระบบบริการภายใต้การกระจายอำนาจ
 5. ให้มี "กลไกระดับภูมิภาค" หรือท้องถิ่นที่คลุมพื้นที่จังหวัดหรือกลุ่มจังหวัด (เขต) (สถาบันพระบรมราชชนก และภาคี 2544)
 - 1) มีหน้าที่ประสานเชื่อมต่อระหว่างกลไกระดับชาติ กับหน่วยปฏิบัติ ดังนี้
 - จัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce plans) เพื่อคาดการณ์ความต้องการระยะกลาง
 - กำกับดูแล ประเมินผลการจัดการกำลังคน ได้แก่ การกระจาย การใช้ การพัฒนา และการคงไว้กำลังคน ในระดับพื้นที่
 - ประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์กำลังคน
 - 2) ให้เป็น "หน่วยงานภายใน" ขององค์กรกำกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในระดับพื้นที่ อาจเป็น สสจ.(ผู้แทนกระทรวงฯ) หรือคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กรณีเป็นหน่วยงานกลางที่มีไผ่ผู้ซื้อ ผู้ขายบริการสุขภาพ)
 6. การกำหนดว่าการผลิตบุคลากรสาธารณสุขถือเป็นการลงทุนเพื่อประโยชน์สาธารณะและเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดการดูแล โดยเฉพาะรับผิดชอบในด้านการเงินอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีการผลิต

และกระจายกำลังคนให้สอดคล้องกับแผนและความขาดแคลนโดยกำหนดให้มีกลไกการดูแลเรื่องนี้
อย่างต่อเนื่อง ไม่ปล่อยเป็นเรื่องของกลไกตลาด และมองแบบแยกส่วนโดยมองเรื่องการอุดหนุนทาง
การเงิน ที่มุ่งลดเพียงความไม่เท่าเทียมกันของโอกาสทางการศึกษาเท่านั้น

7. มีกลไกกลางเรื่องระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ
8. อาจกำหนดให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตบุคลากรสาธารณสุข แต่ต้องดำเนินการภายใต้
ได้แผน และนโยบายในภาพรวม โดยเฉพาะที่จะสามารถปรับลดทั้งปริมาณที่ผลิต และค่าเล่าเรียนที่
เรียกเก็บ โดยรัฐจะต้องมีมาตรการอุดหนุนทางการเงินอย่างเหมาะสม

**ทางเลือกเชิงนโยบาย ว่าด้วยการผลิต และการกระจายบุคลากร รวมทั้งการอุดหนุนทาง
ด้านการเงิน (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ 2544)**

- ท้องถิ่นเป็นหลักในทุกด้าน คือท้องถิ่นทำแผนความต้องการกำลังคน คัดเลือกผู้เหมาะสมเข้าทำ
การศึกษา รับผิดชอบค่าใช้จ่าย เพื่อให้กลับมาทำงานในท้องถิ่น ไม่จำเป็นต้องเป็นเจ้าของสถาน
ศึกษาเอง
- ท้องถิ่นกำหนดความต้องการและการคัดเลือกคน แต่ส่วนอื่นเป็นบทบาทของหน่วยอื่น งบประมาณ
เพื่อการศึกษาดูแลโดยส่วนกลาง หากมีระบบเงินกู้ ก็กู้โดยท้องถิ่นมิใช่นักศึกษา
- ท้องถิ่นกำหนดความต้องการกำลังคน เพียงอย่างเดียว
- กรณีนโยบายเงินกู้เพื่อการศึกษา ดูเหมือนจะมีผู้เห็นด้วยไม่มาก ด้วยคิดว่ารัฐควรรับผิดชอบต่อ
อุดหนุนการผลิตบุคลากรสาธารณสุข โดยไม่มีข้อเสนอแนะว่าจะสนับสนุนผ่านสถาบันการศึกษา
หรือผ่านผู้เรียน อย่างไรก็ตามหากมีการตั้งกองทุนเพื่อผู้ยืมก็ไม่ควรจะใช้เงินไขการจ่ายเงินคืน
แต่ให้ผู้ไปปฏิบัติงานชดใช้ทุน ซึ่งก็เหมือนกับการอุดหนุนโดยตรงผ่านนักศึกษา

ด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากร (สถาบันพระบรมราชชนก และภาศิพัฒนากำลังคน 2544)

1. ผลักดันการปฏิรูปการเรียนรู้ในสถาบันการศึกษาให้เกิดเป็นรูปธรรม โดยมีเป้าหมายสุดท้ายอยู่ที่
การสร้างคุณภาพของคนเข้าสู่ระบบ และให้ถือเป็นบทบาทและพันธกิจสำคัญของสถาบันการ
ศึกษาที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้การปฏิรูปต้องมีการศึกษาวิจัยและพัฒนา
เพื่อปรับหลักสูตร และกระบวนการเรียนการสอนอย่างจริงจัง
2. ให้สถาบันการศึกษา มีบทบาททั้งด้านการผลิต และด้านการพัฒนาบุคลากร ในสัดส่วนที่เหมาะสม
เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน โดยให้ทำหน้าที่สนับสนุนระบบสุขภาพอย่างแนบแน่น ไม่ควรแยก
บทบาทการผลิตและฝึกอบรมออกจากกันอย่างสิ้นเชิง ทั้งนี้ การพัฒนาบุคลากรต้องไม่มุ่งเน้น
แต่ตัวหลักสูตรฝึกอบรม ควรเน้นการพัฒนาศักยภาพของคนเป็นเป้า
3. การพัฒนาความรู้และวิชาการ ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของสถาบันการศึกษา ต้องผลักดันทิศทางให้
นำความรู้ออกจากตัวผู้เชี่ยวชาญ ไปสู่ผู้มีหน้าที่หรือมีโอกาสได้รับประโยชน์จากการใช้ความรู้

นั้น และต้องทำให้เป็นความรู้ที่ใช้ประโยชน์ได้ การสร้างกำลังคนด้านสุขภาพจึงต้องพัฒนาให้เป็นผู้จัดการกับความรู้เป็น รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้ไปสู่ประชาชนต่อไปได้

4. กระจายโอกาสทางการศึกษา และสร้างหลักประกันการคงอยู่ของบุคลากรในชนบท ด้วยการสนับสนุนให้มีระบบคัดเลือกผู้เข้าศึกษาจากท้องถิ่นและชุมชนที่มีความขาดแคลนกำลังคน มีระบบสร้างความผูกพันระหว่างผู้เรียนกับชุมชนท้องถิ่นของตน ทั้งจิตสำนึกและนิติผูกพัน
5. หน่วยงานผู้ใช้ต้องมีบทบาทและความรับผิดชอบต่อการพัฒนาคนเข้าสู่ระบบงานของตนเอง เพื่อให้เกิดความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพงาน ไม่ปล่อยให้เป็นการเรียนรู้ตามธรรมชาติที่ปราศจากการจัดการใดๆ
6. ให้รัฐดำเนินการให้เกิดระบบการจัดการที่รองรับการเรียนรู้ตลอดชีวิตของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยให้มีหน่วยงานอิสระ หรือกลไกภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติดูแลรับผิดชอบ ทำหน้าที่จัดการด้านฐานข้อมูลของแหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิต และให้บริการเชื่อมต่อระหว่างแหล่งเรียนรู้กับผู้เรียนทั่วประเทศ

ด้านการจัดการระบบกำลังคน

- ◆ สนับสนุนให้หน่วยงานต่างมีบทบาท และความรับผิดชอบในการจัดการกำลังคนของตนเองโดยอิสระ แต่ต้องเป็นระบบที่ส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรทุกคนอย่างเต็มที่ สร้างความเสมอภาค เป็นธรรม และเกิดประสิทธิภาพการทำงาน ได้แก่ การกำหนดกรอบอัตรากำลัง การกำหนดและพัฒนามาตรฐานบุคลากร การมอบหมายงาน การเตรียมคนเข้าสู่ตำแหน่ง และพัฒนาคนอย่างต่อเนื่อง การบริหารงานบุคคล การดูแลคุณภาพและการวัดผลการปฏิบัติงาน การพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ เป็นต้น

ด้านองค์กรวิชาชีพ

1. สนับสนุนให้สภาวิชาชีพ ทำหน้าที่พัฒนาวิชาชีพ ทั้งด้านวิชาการ ด้านมาตรฐาน และด้านจริยธรรม อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ออกกฎหมายเพื่อจัดตั้งสภาวิชาชีพเพิ่มขึ้น ให้ครอบคลุมขอบเขตการให้บริการของวิชาชีพต่างๆ เช่น เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด การแพทย์แผนไทย ฯลฯ ส่วนสาขาวิชาชีพที่ยังไม่ออกกฎหมายเฉพาะ ก็ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแล พร้อมกับการครอบคลุมวิชาชีพสาขาใหม่ๆ เช่น โภชนาบำบัด อาชีวบำบัด จิตบำบัด ผู้ให้คำปรึกษาทางจิต ผู้บริหารสถานบริการ ฯลฯ นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้สมาคมวิชาชีพมีบทบาทการพัฒนาวิชาชีพ มาตรฐานวิชาชีพ และขึ้นทะเบียนสำหรับวิชาชีพที่มีลักษณะเฉพาะสูง

ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (ตาม พรบ.ใหม่) เป็นผู้เสนอการจัดระบบ และการปรับปรุงกฎหมาย เพื่อรองรับตามวาระแรก ซึ่งต้องไม่เกิน 2 ปี นับแต่ พรบ.ใหม่ใช้บังคับ

3. จัดตั้ง "สมัชชาวิชาชีพ" เป็นองค์การความร่วมมือระหว่างสภาวิชาชีพ สมาคมวิชาชีพ และกลุ่มชมรมวิชาชีพ เพื่อให้มีบทบาทในการเสนอความเห็นต่อนโยบายและมาตรการของรัฐ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ ให้รัฐจัดสรรเงินอุดหนุนองค์กรวิชาชีพ ผ่านสมัชชาวิชาชีพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรสุขภาพ
4. ให้ปรับปรุงกฎหมายวิชาชีพ เพื่อเอื้อให้ภาคประชาชนมีบทบาท และมีส่วนร่วมในองค์กรวิชาชีพ เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้บริโภค ในทางเลือกต่างๆ ดังนี้
 - เป็นที่ปรึกษาองค์กรวิชาชีพ
 - เป็นกรรมการสภาวิชาชีพ โดยกำหนดสัดส่วนบุคคลภายนอก
 - แยกกระบวนการพิจารณาคดี และการตัดสินลงโทษ ออกจากกรรมการสภาวิชาชีพ และให้บุคคลภายนอกมีส่วนร่วมในกระบวนการ
 - มีกระบวนการประชาพิจารณ์ ที่กฎหมายวิชาชีพรองรับ

เอกสารอ้างอิง

สมศักดิ์ ชุณหะวัณ, พิณทุสร เหมพิสุทธิ มกราคม 2544; กลไก นโยบาย และบทบาทของส่วนต่างๆ ในสังคมเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สถาบันพระบรมราชชนกและภาคีพัฒนากำลังคน 2544; ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนกับปฏิรูประบบสุขภาพ
สุพัตรา ศรีวณิชชากร 2545; การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ : สู่วิสัยทัศน์แห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้คู่คุณธรรม 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9

ข้อเสนอยุทธศาสตร์ และกลวิธีการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาส่วนอื่นๆ ที่เคยมีการศึกษาและมีข้อเสนอเกี่ยวกับยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งจะกำหนดอยู่ในขอบเขตของกระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข และกำลังคนด้านสุขภาพ ที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต คือ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2541; วิเคราะห์อนาคตระบบสุขภาพไทยในสองทศวรรษหน้า)

1. เปลี่ยนจากผู้ให้บริการเป็นหลัก เป็นผู้สนับสนุนและกำกับดูแล
2. เปลี่ยนจากบริการแบบตั้งรับในสถานพยาบาลเป็นบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพในการค้นหาและทำงานเป็นที่ร่วมกับชุมชน และลดบทบาทในการเป็น "คุณพ่อผู้ดี"
3. เปลี่ยนจากการให้บริการทางการแพทย์เป็นหลักมาเป็นการให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์และสาธารณสุข กำลังคนด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา มีศักยภาพในการตัดสินใจเลือกให้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และมีการพัฒนาศักยภาพในการให้คำปรึกษา การสื่อสาร และการค้นหาข้อมูลที่ชัดเจนทันสมัยเพื่อให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ประชาชนได้
4. เปลี่ยนจากการทำงานที่ค่อนข้างปิดลับในกลุ่มวิชาชีพไปสู่การทำงานที่เปิดเผยมตรวจสอบได้ ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพ นอกจากต้องเป็นผู้ที่มีศักยภาพในทางวิชาชีพ และมีคุณธรรม จริยธรรมแล้ว จะต้องมีความตั้งใจที่เปิดกว้าง โปร่งใส พร้อมทั้งจะชี้แจงและรับการตรวจสอบจากประชาชนได้

ข้อเสนอแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระหว่างประจำการ เสนอต่อสังคมไทย และประชาคมกระทรวงสาธารณสุข (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ 2542; รายงานการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระหว่างประจำการของกระทรวงสาธารณสุข)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 "ปรับแนวคิดใหม่" มุ่งที่จะปลูกฝังแนวคิด การพัฒนาคนตามการพัฒนางาน / องค์กรควบคู่ไปกับแนวคิด คนเป็นเป้าหมายของการพัฒนาเพื่อสังคมที่ดีในอนาคต

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ "พัฒนากำลังคน" อย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงครบวงจร และมีจุดเน้นที่ชัดเจน เพื่อพัฒนาคนตั้งแต่พื้นฐาน (ก่อนเข้าทำงาน) จนเกษียณอายุราชการ โดยมียุทธวิธีที่สำคัญ เช่น

- 1) การปฏิรูประบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ปฏิรูปการคัดเลือก ระบบการเรียนการสอน และการประเมินผล ชุมชนมีส่วนร่วม
- 2) สร้างระบบการพัฒนากำลังคนประจำการที่เชื่อมโยงกับระบบผลิตกำลังคน และการพัฒนาองค์กร เช่น มีโครงสร้างองค์กรที่กำหนดนโยบาย และประสานแผนพัฒนากำลังคนทุกระดับ
- 3) สร้างระบบการพัฒนาผู้นำขององค์กรทุกระดับ
- 4) สร้างเครือข่ายนักวิชาการ "พัฒนากำลังคน" ด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 เตรียมการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ทั้งส่วนที่เป็นระบบการบริหารจัดการใหม่ สภาพบริการที่มีความต้องการใหม่ หรือเปลี่ยนรูปไป

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์เคลื่อนพร้อมกันทั้งระบบ พัฒนากำลังคนควรจะเคลื่อนไปพร้อมกับการสร้างระบบ "ธรรมาภิบาล" เพื่อนำไปสู่การสร้าง "ภาวะผู้นำที่ดี" และระบบบริการจัดการ/พัฒนางาน/เงิน/คน ที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ เพื่อการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในชนบทของประเทศไทย

(สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, สุพัตรา ศรีวณิชชากร อารี วัลยะเสวี 2542 รายงานวิชาการ "การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย")

1. ควรที่จะมีการดำเนินมาตรการบังคับให้แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร ปฏิบัติงานชดใช้ทุนในภาครัฐที่เป็นพื้นที่ชนบทอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นมาตรการสำคัญที่ทำให้มีบุคลากร 3 สาขานี้หล่อเลี้ยงการบริการสาธารณสุขในชนบท ส่วนจำนวนกรอบอัตรากำลังสำหรับทันตแพทย์ และ เกษัชกรที่ต้องการในการให้บริการในระดับอำเภอนั้นควรมีการปรับคิดใหม่ตามสภาพงานที่เป็นจริง หากพบว่ากรอบอัตรากำลังใกล้เต็ม แนวทางที่จะดำเนินการควรเป็นการลดจำนวนทันตแพทย์ และ เกษัชกรที่ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนลง แทนที่จะยกเลิกมาตรการนี้ทั้งหมด ส่วนการที่จะดำเนินการให้นักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการศึกษาทั้งหมดนั้นยังไม่ควรดำเนินการในขณะนี้ หากยังไม่มียุทธศาสตร์ด้านกว้างทั้งหมดที่ปฏิบัติเช่นเดียวกันกับการศึกษาระดับอุดมศึกษาทั้งหมด รวมทั้งหากดำเนินการดังกล่าวจริง จำเป็นที่รัฐจะต้องมีกองทุนเพื่อการศึกษาจำนวนมาก เพื่อช่วยให้ประชาชนส่วนที่ยากจนสามารถเข้าถึงการศึกษาระดับสูงได้อย่างเสมอภาค
2. การจัดสรร กระจายแพทย์ที่เป็นคู่สัญญาระหว่างการปฏิบัติงานใช้ทุน ควรที่จะมีการพัฒนาวิธีการใหม่ที่เอื้ออำนวยให้มีบุคลากรไปปฏิบัติงานในระดับอำเภอเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ การปฏิบัติงานของแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ในโรงพยาบาลใหญ่ยังควรมีการดำเนินการต่อแต่ต้องเสริมทักษะ ส่วนที่ช่วยเสริมความมั่นใจให้แพทย์พร้อมที่จะไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น และต้องให้แพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 และปีที่ 3 ทั้งหมดไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนโดยไม่มีข้อยกเว้น การที่มีแผนจัดสรรแพทย์ใช้ทุนจำนวนหนึ่งไปยังโรงพยาบาลที่มีการสอนควรมีการปรับเปลี่ยนใหม่ เพราะส่วนหนึ่งโรงพยาบาลเหล่านี้มีกำลังคนเพิ่มจากการที่มีแพทย์ประจำบ้านไปฝึกปฏิบัติงาน หรือ โดยการรับแพทย์ที่จบการฝึกอบรมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้วแทน
3. จังหวัดที่อยู่ใน 25 เปอร์เซนต์ที่มีความขาดแคลนแพทย์สูงสุด (จากการประมาณการ จำนวนความต้องการแพทย์ที่ปรับใหม่) ควรได้รับความสำคัญลำดับต้นในการจัดสรร แพทย์ใช้ทุนใหม่ หรือการโยกย้ายแพทย์ปฏิบัติงานจากพื้นที่อื่น ส่วนจังหวัดที่อยู่ใน 25 เปอร์เซนต์ที่มีความขาดแคลนน้อยสุดควรได้รับความสำคัญในลำดับหลัง และหากจำนวนแพทย์ หลังการจัดสรรแล้วยังไม่เพียงพอกับความต้องการขั้นต่ำ รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณเป็นก้อน เพิ่มเติมให้แก่จังหวัด(เท่ากับจำนวนเงินเดือนและค่าตอบแทนเพิ่มของแพทย์ 1 คน คูณด้วยจำนวน แพทย์ที่ขาด) เพื่อใช้ในการจ้างแพทย์จากหน่วยงานอื่นทั้งในภาครัฐ หรือภาคเอกชนเพื่อมาช่วย ปฏิบัติงานแทนโดยที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน และรัฐควรที่จะจัดให้มีกลไกระดับจังหวัดเกิดขึ้นเพื่อ รับผิดชอบในการวางแผนและจัดการงบประมาณส่วนนี้อย่างมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์
4. เพื่อให้การดำเนินการตามข้อเสนอแนะในข้อ 3 สามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง จำเป็นที่ต้องมีหน่วยงานวิชาการที่รับผิดชอบในการกำหนดแบบแผนอัตรากำลังคนใหม่สำหรับสถาน พยาบาลในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล พร้อมกับและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ รวมทั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนให้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปเป็นระยะๆ หน่วยงานนี้ควรปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดกับสำนักงาน ก.พ. สำนักงานประมาณ กองการเจ้าหน้าที่ กองสาธารณสุขภูมิภาค และกองโรงพยาบาลภูมิภาคกระทรวงสาธารณสุข

- 5. ควรมีกกลไกใหม่ซึ่งอาจอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ประสานการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทให้มีคุณภาพมากขึ้น ร่วมกับการจัดสรรโควตาการฝึกอบรมและการกระจายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และการส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องให้แก่แพทย์ในระดับอำเภอ กลไกใหม่นี้ควรเป็นหน่วยงานที่อิสระหรือมีลักษณะการจัดองค์กรที่ทำให้ดำเนินงานมาตรการต่างๆ ทางด้านการศึกษาได้ต่อเนื่องและผสมผสาน แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อมิให้มีผลกระทบต่อส่งเสริมขวัญกำลังใจของบุคลากรสาธารณสุขในระดับอำเภอ
- 6. ให้มีงบประมาณเฉพาะที่จัดสรรให้แก่แต่ละจังหวัดเพื่อจัดทำเป็นกองทุนบริหารและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งงบประมาณนี้อาจนำไปใช้เพื่อจ้างบุคลากรจากหน่วยงานอื่น ไปช่วยเพิ่มเติมในการให้บริการระดับอำเภอ หรือให้ค่าตอบแทนเพิ่มเติมแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ หรือใช้เพื่อขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในการพัฒนาด้านวิชาการให้โรงพยาบาลชุมชนหรือลงไปจัดบริการเสริมให้ กองทุนนี้ควรจะมีบริหารจัดการโดยผู้แทนร่วมระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และวงเงินงบประมาณที่ควรจัดสรรคิดคำนวณได้จากฐานความขาดแคลนกำลังคนในแต่ละอำเภอในจังหวัดนั้น ตามโมเดลการคิดที่เสนอใหม่โดยคณะที่ปรึกษา (TA team)
- 7. ระบบการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันนี้ค่อนข้างเหมาะสมและได้รับการยอมรับในด้านยอดจำนวนเงิน แต่ยังมีองค์ประกอบบางส่วนที่ควรจะได้รับการปรับพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและคุ้มค่ามากขึ้น กล่าวคือ ควรมีการปรับให้มีงบประมาณจัดให้แก่พื้นที่ชนบทมากขึ้นโดยเฉพาะในระดับอำเภอ จัดให้วิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการในระดับอำเภอมีความแตกต่างกับระดับจังหวัด และมีการจัดค่าตอบแทนในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วยมิใช่เฉพาะงานรักษาพยาบาล มีการพัฒนากลไกการจ่ายค่าตอบแทนที่มีการประเมินพฤติกรรมและผลลัพธ์การทำงานด้วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์งานที่ดีเพิ่มขึ้นจากจำนวนบุคลากรที่มีจำกัด มิใช่จ่ายเพิ่มเพียงเพื่อจะดึงให้บุคลากรปฏิบัติงานในภาครัฐเท่านั้น โดยไม่มีผลงาน ฉะนั้นในแต่ละหน่วยงานจำเป็นต้องมีการจัดระบบการประเมินผลงานและการสะท้อนผลเพื่อทำให้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนมีประสิทธิภาพมากขึ้น