

คปรส. (๒)

กลไกนโยบายกำลังคนสาธารณสุข

- ร่างนโยบาย และระบบการวางแผน พัฒนากำลังคนในอดีต จนถึงปัจจุบัน
- ร่าง สรุปรูประเด็นสำคัญเพื่อพิจารณา การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และบุคลากรสุขภาพที่จำเป็นในอนาคต [ฉบับวันที่ 1 พ.ค. 2546]
- ประชุมคณะกรรมการการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 3/ 2546

[วันศุกร์ที่ 16 พฤษภาคม 2546 เวลา 13.30 น.]

ณ ห้องประชุมกัทร สุวรรณกิจ ชั้น 1 อาคาร 1
ตึกกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี

- ขอสั่งบันทึก การประชุม คณะกรรมการพัฒนา นโยบาย และยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนสาธารณสุข ครั้งที่ 3/ 2546 [1 กรกฎาคม 2546]

- ขอสืบร่วมหารือ [วันจันทร์ที่ 7 ก.ค. 2546 เวลา 15.30 น.]

- ขอสืบร่วมประชุม เพื่อให้ ข้อคิดเห็น [๑ กรกฎาคม 2546]

- ส่งเอกสารประกอบการประชุม สัมมนาเฉพาะประเด็น
“การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”

[17 กรกฎาคม 2546]

- คัดเลือก สัมมนาสุขภาพแห่งชาติเฉพาะประเด็น
“การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”

วันที่ 24 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์
กรุงเทพ ฯ

(๒) สร 1.2/17 (132 หน้า) กอธ 25

amphon@hsro.or.th

From: "Ugrid Milintangkul" <ugrid@health.moph.go.th>
To: "อำพล จินดาวัฒนะ" <amphon@hsro.or.th>; "อำนาจพร เลี่ยมพันธ์" <amnpa@hotmail.com>; "สุภาภรณ์ สว่างศรี" <supakarn@hsro.or.th>; "สายพิน ตำนวัฒน์" <saipin@hsro.or.th>; "สมฤทัย เสือปาน" <somruthailand@hotmail.com>; "ศิริธร อรไชย" <sirithorn@hsro.or.th>; "วรรณวิมล แพรดีเจริญ" <wanwimol@hsro.or.th>; "วณิ ปิ่นประทีป" <pwanee@hotmail.com>; "เพ็ญทิพย์ ธนวิจิตร" <penthip@hsro.or.th>; "พลินี เสริมสินศิริ" <palinee@hsro.or.th>; "ปิติพร จันทรรัตน์ ณ อยุธยา" <pitiporn@health.moph.go.th>; "นิรชรา อัครวิธากุล" <niraussa@health.moph.go.th>; "กรรณิการ์ บัณฑิตจิตร" <kbunteongjit@hotmail.com>; "กรกนก ตันตระกูล" <kgoldenhand@yahoo.com>; "อุกฤษฏ์ มลิณทางกูร" <ugrid@worldmedic.com>; "Kriangsak Wacharanukoonkiat" <doctorshig@yahoo.com>; "Piyaorn Dangpayont" <piyaorn@hsri.or.th>; "Sakul Sinchai" <sakul@hsri.or.th>; "Salika Methanawin" <salika@health.moph.go.th>; "Supattra Srivanichakorn" <spsriva@yahoo.com>; "Supavadee Nutcharin" <supavadee@hsri.or.th>; "Tipaporn Sukhosit" <tippyp@health.moph.go.th>
Sent: 9 กรกฎาคม 2546 22:11
Attach: กำหนดการร่างสุดท้าย 240746.doc
Subject: ขออภัยส่งไฟล์ผิด ขอส่งใหม่

กำหนดการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นวันที่ 24 ก.ค.
ล่าสุดเป็นไปตามที่แนบมาพร้อมนี้ อันที่ส่งมาก่อนหน้านี้ขอยกเลิกครับ/อุกฤษฏ์.

ททพ
อัมพ
10 กค 46

กำหนดการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
 “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
 วันพฤหัสบดี ที่ 24 กรกฎาคม 2546 เวลา 09.00 – 16.30 น.
 ณ ห้องเมจิก 2 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร

- 09.00 – 09.15 น. กล่าวเปิดการประชุม
 โดย... ประธานสมัชชา นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ (รองประธาน คปรส.
 และประธานคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนสาธารณสุข)
- 09.15 – 10.00 น. นำเสนอ “ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
 โดย... นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ
- 10.00 – 12.30 น. ประชุมกลุ่มย่อย 3 – 4 กลุ่ม เพื่อพิจารณาข้อเสนอ
- 12.30 – 13.30 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.30 – 15.00 น. นำเสนอผลการประชุมกลุ่มและอภิปรายทั่วไป
 โดย... ผู้แทนกลุ่มย่อย
- 15.00 – 15.30 น. สรุปข้อเสนอ “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
 โดย... ผู้แทนเข้าร่วมสมัชชา
- 15.30 – 15.45 น. ปิดการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
 โดย... ประธานสมัชชา นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์
- 15.45 – 16.30 น. แลกเปลี่ยนข้อถกเถียง
-

กำหนดการประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น
 “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
 วันพฤหัสบดี ที่ 24 กรกฎาคม 2546 เวลา 09.00 – 16.30 น.
 ห้องเมจิก 2 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร

- 09.00 – 09.15 น. กล่าวเปิดการประชุม
 โดย... ประธานสมัชชา นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ (รองประธาน คปรส.
 และประธานคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนสาธารณสุข)
- 09.15 – 10.00 น. นำเสนอ “ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
 โดย... นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ
- 10.00 – 12.30 น. ประชุมกลุ่มย่อย 3 – 4 กลุ่ม เพื่อพิจารณาข้อเสนอ
- 12.30 – 13.30 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.30 – 15.00 น. นำเสนอผลการประชุมกลุ่มและอภิปรายทั่วไป
 โดย... ผู้แทนกลุ่มย่อย
- 15.00 – 15.30 น. สรุปข้อเสนอ “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
 โดย... ผู้แทนเข้าร่วมสมัชชา
- 15.30 – 15.45 น. ปิดการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
 โดย... ประธานสมัชชา นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์

กลุ่มที่ 1 การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข

[4]

วันที่ 24 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร

ประธานกลุ่ม

เลขานุการกลุ่ม

ผู้นำเสนอ

No.	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน	จังหวัด	หมายเหตุ
1	นายนิยม ภิรมจิตร์	สถานีอนามัยตำบลคึกคัก	พังงา	
2	ดร.เบญจา เตากล่ำ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณ	กรุงเทพฯ	
3	ทพ.ภราดร ชัยเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี	จันทบุรี	
4	นส.ภักคินี เปรมโยธิน	สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน	กรุงเทพฯ	
5	รศ.ยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ	คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์	ขอนแก่น	
6	นพ.วิกรม สมจิตต์อารีย์	รองนายกเทศมนตรี	บุรีรัมย์	
7	ทพ.ศิริชัย ชูประวัตติ	เลขาธิการทันตแพทยสภา	นนทบุรี	ก.ม. 2.
8	นพ.สมภพ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสุขภาพ	กรุงเทพฯ	
9	ครูบาสุทธินันท์ ปรัชญาพฤทธิ		บุรีรัมย์	
10	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นนทบุรี	
11				
12				
13				
14				
15				

ผู้สนับสนุนกลุ่ม

1. ดร.จวีรัตน์ กิจสมพร
2. คุณทัศนีย์ สุรกิจโกศล

กลุ่มที่ 2 การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข

[5]

วันที่ 24 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร

ประธานกลุ่ม

เลขานุการกลุ่ม

ผู้นำเสนอ

No.	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน	จังหวัด	หมายเหตุ
1	นายกฤษณ์ แก้วมณี	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพุทธริก	อุบลราชธานี	
2	พอ.นพ.กัญญา วัฒนกุล	รองผู้อำนวยการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก ที่ปรึกษาสำนักงานประกันสุขภาพ	กรุงเทพฯ	
3	ผศ.สุลี โจนส์	ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์	ขอนแก่น	
4	นส.พรพิมล ชิวชื่น	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรุงเทพฯ	
5	ทพ.ศิริชัย ชูประวัตติ	เลขาธิการทันตแพทยสภา	นนทบุรี	
6	พญ.สุพัตรา ศรีวิธชากร	ผู้อำนวยการโครงการ Health Care Reform	นนทบุรี	
7	นพ.อาร์ักษ์ วงษ์วรชาติ	โรงพยาบาลสิชล	นครศรีธรรมราช	
8	นายอาร์ักษ์ หนูประดิษฐ์	สมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านชนบทสงขลา	สงขลา	
9	นส.วัฒนาพร สุขพุด	สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย	กรุงเทพฯ	
10				
11				
12				
13				
14				
15				

ผู้สนับสนุนกลุ่ม

1. คุณเพียรพันธ์ อิศวพิทยา

2. คุณสมกมล พิจารณา

กลุ่มที่ 3 การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข

วันที่ 24 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร

ประธานกลุ่ม

เลขานุการกลุ่ม

ผู้นำเสนอ

No.	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน	จังหวัด	หมายเหตุ
1	ภญ.กิตติ พิทักษ์นิตินันท์	เลขาธิการสภาเภสัชกรรม	นนทบุรี	
2	นายชาญเฉลิม สุรชัยชาญ	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรุงเทพฯ	
3	นายธัชชนธ์ คำไสย์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุซัน	ศรีสะเกษ	
4	นางนงราม เศรษฐพานิช	ที่ปรึกษาสำนักนโยบายและแผนการศึกษา	กรุงเทพฯ	
5	นพ.นพดล เสรีรัตน์	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุบลราชธานี	กาฬสินธุ์	
6	นายน้ำค้าง หมั่นศรีจันทร์	ประธานชมรมคัมภีร์ผู้บริโภค	ฉะเชิงเทรา	
7	พ.ต.อ.หญิงเรจินทร กลันทปุระ	รองผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาล	กรุงเทพฯ	
8	นายวรยุทธ ช่วยณรงค์	ประธานกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลบางพระ	ฉะเชิงเทรา	
9	นพ.วิจิต ธรรมเวชกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	สมุทรสาคร	
10				
11				
12				
13				
14				
15				

ผู้สนับสนุนกลุ่ม

1. คุณณิชากร ศิริกนกวิไล

2. คุณวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย

กลุ่มที่ 4 การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข

[๗]

วันที่ 24 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร

ประธานกลุ่ม

เลขานุการกลุ่ม

ผู้นำเสนอ

No.	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน	จังหวัด	หมายเหตุ
1	ทพ.บุญฤทธิ์ สุวรรณภาส	กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข	นนทบุรี	
2	ผศ.ดร.ประคิน สุธาญา	คณะนิติบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	เชียงใหม่	
3	ศ.นพ.ประสงค์ ตูจินดา	คณะนิติคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	ปทุมธานี	
4	นายพรหมมินทร์ กัณธิยะ	สถานีอนามัยประดู่ป่า	ลำพูน	
5	นส.พัชรีย์ ตันติวิภาวิน	นักวิชาการวิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	ปทุมธานี	
6	ผศ.ดร.สุวิจิ กู๊ด	วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ	
7	อาจารย์ละเอียด แจ่มจันทร์	วิทยาลัยนพรัตน์วัชร	กรุงเทพฯ	
8	คุณรุ่งทิวา พลอยสุวรรณ	โรงพยาบาลแก่งสนามนาง	นครราชสีมา	
9	ทพ.สุปรีดา อุดุลยานันท์	ภาควิชาทันตกรรมชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ขอนแก่น	
10	พญ.มนทิรา ทองสาริก	สำนักอนามัย	กรุงเทพฯ	
11				
12				
13				
14				
15				

ผู้สนับสนุนกลุ่ม

1. คุณสุรศักดิ์ อธิติยานนท์

การประชุมสังเคราะห์ข้อเสนอ
 “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
 วันพฤหัสบดีที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 เวลา 15:30 – 18:00 น.
 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ. อัมพล จินดาวัฒน์ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
2. นพ. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ โรงพยาบาลภูกระดัง จ.เลย
3. นส. สุพัตรา ศรีวณิชชากร สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
4. นพ. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ สถาบันพระบรมราชชนก
5. ทพ.ญ. ทิพาพร สุโสมสิต สถาบันพระบรมราชชนก
6. นาง ชากุล สินไชย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
7. นส. สุภาวดี นุชรินทร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
8. นพ. อุกฤษฏ์ มลิณทางกูร สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
9. นาง ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
10. ดร. สาลิกา เมธนาวิณ สถาบันพระบรมราชชนก

วาระการประชุม

1. พิจารณาข้อเสนอจากการสัมภาษณ์สุขภาพ
2. วางแผนการปรับปรุงข้อเสนอ
 - 2.1 ข้อมูลหลักฐานประกอบ
 - 2.2 เนื้อหาข้อเสนอ
 - 2.3 การจัดทำเอกสาร
3. วางแผนสัมภาษณ์สุขภาพแห่งชาติ 7-8 สิงหาคม 2546
 - 3.1 กระบวนการ
 - 3.2 ผู้รับผิดชอบ

อาหารเย็น

ห้องอาหาร buffet ชั้น 1 ใกล้กับห้องประชุม

กำหนดการประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น
 “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
 วันพฤหัสบดี ที่ 24 กรกฎาคม 2546 เวลา 09.00 – 16.30 น.
 ห้องเมจิก 2 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร

- 09.00 – 09.15 น. กล่าวเปิดการประชุม
 โดย... ประธานสมัชชา นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ (รองประธาน คปรส.
 และประธานคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนสาธารณสุข)
- 09.15 – 10.00 น. นำเสนอ “ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
 โดย... นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ
- 10.00 – 12.30 น. ประชุมกลุ่มย่อย 3 – 4 กลุ่ม เพื่อพิจารณาข้อเสนอ
- 12.30 – 13.30 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.30 – 15.00 น. นำเสนอผลการประชุมกลุ่มและอภิปรายทั่วไป
 โดย... ผู้แทนกลุ่มย่อย
- 15.00 – 15.30 น. สรุปข้อเสนอ “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
 โดย... ผู้แทนเข้าร่วมสมัชชา
- 15.30 – 15.45 น. ปิดการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
 โดย... ประธานสมัชชา นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์

คุณกรรณิการ์
 อธิบดีกรมส่งเสริมการเกษตร

คุณ นนทิชา

ประชุมกลุ่มย่อย

สรุปกลุ่มย่อย
 ด.ก.น.ร.น.ร.น.ร.
 ด.ก.น.ร.น.ร.น.ร.
 ด.ก.น.ร.น.ร.น.ร.

คุณกรรณิการ์
 อธิบดีกรมส่งเสริมการเกษตร

คุณกรรณิการ์
 อธิบดีกรมส่งเสริมการเกษตร

กลุ่มที่ 1 การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข

วันที่ 24 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร

ประธานกลุ่ม

เลขานุการกลุ่ม

ผู้นำเสนอ

No.	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน	จังหวัด	หมายเหตุ
1	นายนิยม ภิรมจิตร์	สถานีอนามัยตำบลคึกคัก	พังงา	
2	ดร.เบญจมา เตากล่ำ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์	กรุงเทพฯ	
3	ทพ.ภราดร ชัยเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี	จันทบุรี	
4	นส.ภักคินี เปรมโยธิน	สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน	กรุงเทพฯ	
5	รศ.ยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ	คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์	ขอนแก่น	
6	นพ.วิกรม สมจิตต์อารีย์	รองนายกเทศมนตรี	บุรีรัมย์	
7	ทพ.ศิริชัย ชูประวัติ	เลขาธิการทันตแพทยสภา	นนทบุรี	<i>นพ.ศิริชัย</i>
8	นพ.สมภพ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสุขภาพ	กรุงเทพฯ	
9	ครูบาสุทธินันท์ ปรัชญาพฤทธิ		บุรีรัมย์	
10	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นนทบุรี	
11				
12				
13				
14				
15				

ผู้สนับสนุนกลุ่ม

1. ดร.จรัสรัตน์ กิจสมพร
2. คุณทัศนีย์ สุรกิจโกศล

กลุ่มที่ 2 การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข

[11]

วันที่ 24 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร

ประธานกลุ่ม

เลขานุการกลุ่ม

ผู้นำเสนอ

No.	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน	จังหวัด	หมายเหตุ
1	นายกฤษณ์ แก้วมณี	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพุทธทริก	อุบลราชธานี	
2	พอ.นพ.กัญพล วัฒนกุล	รองผู้อำนวยการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก ที่ปรึกษาสำนักงานประกันสุขภาพ	กรุงเทพฯ	
3	ผศ.ชูลี โจนส์	ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์	ขอนแก่น	
4	นส.พรพิมล ชิวชื่น	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรุงเทพฯ	
5	ทพ.ศิริชัย ชูประวัติ	เลขาธิการทันตแพทยสภา	นนทบุรี	
6	พญ.สุพัตรา ศรีวิชากร	ผู้อำนวยการโครงการ Health Care Reform	นนทบุรี	
7	นพ.อารักษ์ วงษ์วรชาติ	โรงพยาบาลสิชล	นครศรีธรรมราช	
8	นายอารักษ์ หนูประดิษฐ์	สมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านชนบทสงขลา	สงขลา	
9	นส.วัฒนาพร สุขพรต	สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย	กรุงเทพฯ	
10				
11				
12				
13				
14				
15				

ผู้สนับสนุนกลุ่ม

1. คุณเพียรพันธ์ อัครพิทยา

2. คุณสมกมล พิจารณา

- ฝั่งนคร → กิ่ง - ฝั่งนคร
- ฝั่งวัดชัย [12]

กลุ่มที่ 3 การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข

วันที่ 24 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร

ประธานกลุ่ม
เลขานุการกลุ่ม
ผู้นำเสนอ

๗ ฝั่งนคร
๗ ฝั่งวัดชัย

No.	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน	จังหวัด	หมายเหตุ
1	ภญ.กิตติ พิทักษ์นิตินันท์	เลขาธิการสภาเภสัชกรรม	นนทบุรี	
2	นายชาญเฉลิม สุรัชชัย	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรุงเทพฯ	
3	นายธรรณพ คำไสย์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทัย	ศรีสะเกษ	
4	นางนงนุช เศรษฐพานิช	ที่ปรึกษาสำนักนโยบายและแผนการศึกษา	กรุงเทพฯ	
5	นพ.นพดล เสรีรัตน์	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุทัยธานี	กาฬสินธุ์	
6	นายน้ำค้าง หมั่นศรีจันทร์	ประธานชมรมคุ้มครองผู้บริโภค	ฉะเชิงเทรา	
7	พ.ต.อ.หญิงเรจินดา กลันทประ	รองผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาล	กรุงเทพฯ	
8	นายวรยุทธ ช่วยณรงค์	ประธานกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลบางพระ	ฉะเชิงเทรา	
9	นพ.วิฑิต อรรถเวชกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	สมุทรสาคร	
10				
11		① ฝั่งนคร + ฝั่งวัดชัย - ฝั่งนคร + ฝั่งวัดชัย		* ตัวจริง
12				
13		II ฝั่งนคร		ฝั่งนคร
14				ฝั่งนคร + ฝั่งวัดชัย
15				ฝั่งนคร + ฝั่งวัดชัย

ผู้สนับสนุนกลุ่ม

- คุณนิชากร ศิริกนกวิไล
- คุณวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย

กลุ่มที่ 4 การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข

[13]

วันที่ 24 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร

ประธานกลุ่ม

เลขานุการกลุ่ม

ผู้นำเสนอ

No.	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน	จังหวัด	หมายเหตุ
1	ทพ.บุญฤทธิ์ สุวรรณภาส	กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข	นนทบุรี	
2	ผศ.ดร.ประคิน สัจฉายา	คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	เชียงใหม่	
3	ศ.นพ.ประสงค์ ตูจินดา	คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	ปทุมธานี	
4	นายพรหมมินทร์ กัณธิยะ	สถานีอนามัยประดู่ป่า	ลำพูน	
5	นส.พัชรี ตันติวิภาวิน	นักวิชาการวิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	ปทุมธานี	
6	ผศ.ดร.สุวิจิ กู๊ด	วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ	
7	อาจารย์ละเอียด แจ่มจันทร์	วิทยาลัยนพรัตน์วัชร	กรุงเทพฯ	
8	คุณรุ่งทิวา พลอยสุวรรณ	โรงพยาบาลแก้งสนามนาง	นครราชสีมา	
9	ทพ.สุปรีดา อุดุลยานันท์	ภาควิชาทันตกรรมชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ขอนแก่น	
10	พญ.มนทิรา ทองสาริก	สำนักอนามัย	กรุงเทพฯ	
11		I PCU → ๑๗.๔ คน ไม่เป็นผล		
12		11 ก.ย. ๒๕ - ๕๐๐๐๕		
13				
14				
15				

ผู้สนับสนุนกลุ่ม

1. คุณสุรศักดิ์ อิตินานนท์

อ.อรรถ

(ร่าง)

ข้อเสนอ

“การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”

เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

24 กรกฎาคม 2546

ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ

(เอกสารอยู่ระหว่างการพิจารณาห้ามใช้อ้างอิง)

สารบัญ

	หน้า
ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน	
1. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่กระทบกับสุขภาพ	1
2. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข	3
3. ระบบบริการสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์	4
4. คุณลักษณะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์	8
5. แนวคิดและทางเลือกการจัดการระบบกำลังคนเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์	13

สารบัญภาพ

	หน้า
ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน	
ภาพที่ 1 ลักษณะระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข	16
ภาพที่ 2 ตัวอย่างทางเลือก	17

ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน

1. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่กระทบกับสุขภาพ

1.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ถือเป็นกฎหมายสูงสุด ที่เน้นการปกครองในระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เน้นสิทธิของประชาชน สิทธิชุมชน(participation) และการกระจายอำนาจ โดยเฉพาะด้านสุขภาพนั้น ได้บัญญัติไว้ใน 2 มาตราที่สำคัญดังนี้

1) หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

2) หมวดที่ 5 ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 82 “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

1.2 (ร่าง)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้นำเอาเจตนารมณ์ของประเทศตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ มาเป็นตัวบทในกฎหมาย โดยมุ่งเน้นที่จะชวนสังคมเคลื่อนไหวเพื่อนำไปสู่การ “สร้างสุขภาพนํ้าการซ่อมสุขภาพ” ที่เรียกสั้นๆว่า”สร้างนํ้าซ่อม” โดยสร้างระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดและผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง และกำหนดให้มีระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังในหมวดที่ 1 ว่าด้วยความมุ่งหมายและหลักการ ตามมาตรา 7

นอกจากนี้ยังได้กำหนดทิศทางของระบบบริการสาธารณสุข ดังในหมวดที่ 6 ว่าด้วยแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 ว่าด้วยการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ตามมาตรา 71 และตามมาตรา 72 และได้กำหนดเรื่องบุคลากรสาธารณสุขให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์(ตามมาตรา 7) ดังในหมวดที่ 6 ว่าด้วยแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 7 ว่าด้วยบุคลากรสาธารณสุข ตามมาตรา 83 และตามมาตรา 84

1.3 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 ซึ่งถูกเสนอโดยรัฐบาลปัจจุบัน ภายหลังการดำเนินนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค โดยกฎหมายฉบับนี้บังคับให้เห็นถึงเจตนารมณ์ของรัฐบาลปัจจุบันในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทยครั้งสำคัญ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีความ

เสมอภาคเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยใช้ยุทธศาสตร์งบประมาณเป็นเครื่องมือในการปฏิรูป โดยนโยบายดังกล่าวมีวัตถุประสงค์หลัก 4 ประการคือ

- 1) สร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชนทั่วประเทศ ทำให้สิทธิของประชาชนทุกหมู่เหล่าเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน
- 2) สร้างระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า สมประโยชน์
- 3) กระตุ้นให้หน่วยบริการสุขภาพพัฒนาคุณภาพ จนได้มาตรฐานตามที่กำหนด เพื่อให้เป็นที่พึงพอใจต่อประชาชนที่มากขึ้นทะเบียนและรับบริการ โดยให้ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการ
- 4) สร้างระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้หน่วยบริการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นบริการแบบ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” ที่สามารถเชื่อมต่อกับบริการระดับสูงที่ต้องการบริการแบบซับซ้อน(ระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิ) เพื่อร่วมรับผิดชอบประชาชนร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ถือกำเนิดขึ้นเพื่อเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และให้ทุน แก่หน่วยงานต่างๆ ในสังคมให้เกิดการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยทำหน้าที่เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา(catalyst) ให้โครงการสามารถดำเนินไปได้ สสส.เป็นองค์กรของรัฐที่ไม่ใช่ราชการอยู่ภายใต้การกำกับของนายกรัฐมนตรี จัดตั้งขึ้นโดย พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พุทธศักราช 2544 ได้รับเงินทุนหลักจาก ร้อยละ 2 ของภาษีสุราและบุหรี่ ที่รัฐจัดเก็บเพิ่มจากภาษีเดิม สสส.จึงมีหน้าที่สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนของสังคมไทยในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งรัฐบาลได้ประกาศให้ปี 2545-2547 เป็น”ปีแห่งการรณรงค์สร้างสุขภาพ”ทั่วไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชน องค์กร หน่วยงาน ทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน ได้รับรู้ ตระหนัก และใส่ใจสุขภาพ ร่วมกันสร้างและดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน เพื่อการมีสุขภาพดี พร้อมทั้งประกาศให้ปี 2545 เป็นปีเริ่มต้นการรณรงค์สร้างสุขภาพ ซึ่งนายกรัฐมนตรี พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร ได้ประกาศนโยบายและเป้าหมายการรณรงค์สร้างสุขภาพ เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2545

1.5 การปฏิรูประบบราชการ รัฐบาลกำหนดเป็นนโยบายให้ทุกหน่วยงานนำหลักการบริหารจัดการที่ดีไปปฏิบัติอย่างจริงจัง มีการประเมินผลการดำเนินการระดับองค์กรอย่างเป็นรูปธรรมและประกาศให้สาธารณชนรับทราบเป็นประจำทุกปี ควบคู่กับการจัดทำแผนงานประชาสัมพันธ์ปลูกจิตสำนึก และสร้างความเข้าใจในแนวคิดและดัชนีวัดการบริหารจัดการที่ดีของภาครัฐอย่างกว้างขวาง ให้ประชาชนตระหนักและสามารถติดตามตรวจสอบการทำงานของภาครัฐได้อย่างโปร่งใสมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการทุจริตประพฤติมิชอบ การกระทำผิดวินัยของข้าราชการและเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐกับประชาชน ซึ่งจะทำให้เกิดระบบที่มีประสิทธิภาพ(efficiency) มีคุณภาพ(quality) ความโปร่งใส(transparency) ความเสมอภาค(equity) การมีส่วนร่วม(participation) และการตรวจสอบได้(accountability) ในที่สุด

1.6 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พุทธศักราช 2542 ซึ่งได้มีการประกาศใช้ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2542 โดยให้มีการจัดทำร่างแผนและขั้นตอนที่จะกระจายภารกิจ เงินงบประมาณ บุคลากรของหน่วยราชการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.7 รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนการชักชวนชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อให้เป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ทั้งในลักษณะทัวร์สุขภาพ membercard และบริการสาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่ไปใช้บริการในภาคเอกชนและตามเมืองใหญ่ ผลกระทบที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือการดูถูกรักษาพยาบาลจากชนบทมาดูแลชาวต่างชาตินั้นเอง โดยมีการคาดการณ์ว่าภายใน 5 ปี ประเทศไทยจะมีการดูแลชาวต่างประเทศถึงร้อยละ 11.9-16.6 ของภาระผู้ป่วยทั้งประเทศ

2. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

ประเทศไทยมีปัญหาในการจัดบริการสุขภาพ 3 ประการหลักๆดังนี้

2.1 มีความไม่เสมอภาคใน 3 ด้าน คือ

1) สถานะสุขภาพ กล่าวคือประชาชนที่อยู่พื้นที่ชนบทห่างไกลมีอัตราป่วย อัตราตายอัตราความทุกข์ทรมานมากกว่าคนในเขตเมือง ยิ่งประเทศชาติเจริญมากขึ้นเท่าใดช่องว่างระหว่างคนจนและคนรวยก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น

2) การเข้าถึงบริการ ประชาชนในชนบทที่ยากไร้ในชนบทมีโอกาสในการเข้าถึงบริการน้อยกว่าคนในเขตเมืองมากหลายเท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทรัพยากรทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านกำลังคน จำนวนแพทย์ จำนวนพยาบาล จำนวนโรงพยาบาล จำนวนสถานอนามัย อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ทุกชนิด รวมทั้งงบประมาณอื่นๆในทุกๆด้าน ทำให้สถานะสุขภาพของประชาชนในชนบทแตกต่างจากคนในเขตเมืองอย่างชัดเจน

3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายรับทั้งหมดของคนจนเฉลี่ยแล้วสูงกว่าคนรวย 4-8 เท่า

2.2 ระบบเดิมไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการจัดระบบบริการที่เน้นงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุก เน้นด้านการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีปัญหาในด้านประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และมีปัญหาด้านความโปร่งใสในการกระจาย/จัดสรรและการใช้ทรัพยากรและงบประมาณ รวมทั้งระบบเดิมไม่สามารถครอบคลุมประชาชนที่ยากไร้ได้อย่างแท้จริง อัตราของผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพในผู้ยากไร้จึงมีมากกว่าคนรวยอย่างชัดเจน

2.3. **ด้อยคุณภาพ** จากการกระจายทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม การจัดระบบบริการที่ไร้ประสิทธิภาพ ร่วมกับการปรับตัวของหน่วยบริการที่ไม่ทันต่อกระแสความต้องการของประชาชนทำให้มีปัญหาด้านคุณภาพ ในการจัดระบบบริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน จนนำมาสู่การฟ้องร้องที่เพิ่มมากขึ้น

จากเหตุผลทั้ง 3 ประการร่วมกับบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 52 และหมวดที่ 5 ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 82 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่รัฐบาลต้องทำการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างจริงจัง รัฐบาลภายใต้การนำของพรรคไทยรักไทยจึง ได้ประกาศนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งต่อมาเปลี่ยนเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในที่สุดได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเดือน พฤศจิกายน 2545 ซึ่งนับได้ว่ารัฐบาลไทยทศวรรตการปฏิรูประบบงบประมาณเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ เนื่องจากระบบงบประมาณเป็นรากฐานของการปฏิรูประบบอื่นๆ (เช่นการกระจายบุคลากร การจัดสรรทรัพยากร) และนับได้ว่ารัฐบาลได้ใช้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 เป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 52หมวดที่ 5 ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 82

3.ระบบบริการสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์

3.1 ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต

ตาม(ร่าง)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ 1 ว่าด้วยความมุ่งหมายและหลักการ มาตรา 7 ได้กำหนดให้มีระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งได้บัญญัติไว้ดังนี้ “ระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อม และสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์สุขของการอยู่ร่วมกัน

ระบบสุขภาพตามวรรคหนึ่ง ต้องเป็นระบบที่พึงประสงค์ดังนี้

- (1) มีศีลธรรม คุณธรรมและจริยธรรม
- (2) เคารพในสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และนำไปสู่ความเท่าเทียมกัน
- (3) มีโครงสร้างครบถ้วนและมีการทำงานที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างมีบูรณาการ
- (4) มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกันอย่าง

สมานฉันท์

(5) มีปัญหาเป็นพื้นฐาน เรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน”

นอกจากนี้ยังได้กำหนดทิศทางของระบบบริการสาธารณสุข ดังในหมวดที่ 6 ว่าด้วยแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 ว่าด้วยการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ตาม มาตรา 71 ซึ่งได้บัญญัติไว้ดังนี้” การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึง

ประสงค์ตามมาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ” และตามมาตรา 72 ซึ่งได้บัญญัติไว้ดังนี้ “ ให้ส่งเสริมสนับสนุนการบริการสาธารณสุขที่เน้นการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยให้ความสำคัญในมิติเชิงมนุษย์และสังคม ด้วยแนวคิดที่เป็นองค์รวม และมีการเชื่อมโยงการจัดบริการสาธารณสุขต่างๆเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน โดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนควบคู่ไปด้วย”

1) องค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานเพื่อสุขภาพ อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ก) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ ข) ระบบเพื่อการดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย ซึ่งทั้งสองระบบมีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน แต่การแบ่งเป็น 2 ระบบเพราะลักษณะการดำเนินงานในสองระบบนี้และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะมีการเน้นหนักที่ต่างกัน

ก) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ ;

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

ฉะนั้นในระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ หน้าที่ส่วนใหญ่ในการดำเนินงานจึงอยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข นอกวิชาชีพทางการแพทย์ ทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของประชาชน การศึกษา การจัดสภาพแวดล้อมของสังคม แต่กระทรวงสาธารณสุขจะยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้เสนอ สนับสนุน และกระตุ้นเพื่อให้มีการดำเนินงานให้บรรลุผล ในส่วนนี้จำเป็นต้องมีการคิดค้นพัฒนาว่าจะต้องการกำลังคนในลักษณะใด จะมีองค์กรทำงานอย่างไร มีระบบงบประมาณสนับสนุนอย่างไรจึงจะเหมาะสม ดำเนินการได้จริง

ข) ระบบเพื่อการดูแลความเจ็บป่วย

เป็นส่วนของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ดูแล รักษา ช่วยเหลือ หรือสนับสนุนการช่วยเหลือของประชาชนในกรณีที่มีอาการของโรค หรือมีสภาพความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทั้งนี้รวมถึงระบบดำเนินการเพื่อป้องกันโรคด้วย

ถ้าเป้าหมายคือความเป็นองค์รวมของสุขภาพ บริการที่ให้จึงต้องเป็นองค์รวม แต่ในความเป็นจริงทรัพยากรที่มีอยู่นั้นมีจำกัด ซึ่งความจำกัดนี้ต้องพิจารณาให้ชัดว่าอยู่ตรงไหน แล้วจึงลงมาสู่การคิดระบบบริการ ที่ต้องคำนึงถึงหุ้นส่วน และบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติจริง บริการทั้งหมดจึงควรมุ่งสู่ทิศทางการสร้างสุขภาพตนเอง ในที่นี้ผู้ปฏิบัติจริงมิใช่เพียงแต่ผู้ให้บริการแต่คือตัวประชาชนด้วย ซึ่งกล่าวอีกนัยยะหนึ่งก็คือการพึ่งตนเองของราษฎร และยังมีเป้าหมายมิใช่เพียงสุขภาพแต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตควบคู่ไปด้วย

ฉะนั้นระบบเพื่อดูแลอาการ ความเจ็บป่วย และโรค นี้หุ้นส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพราะมีส่วนที่ต้องใช้องค์ความรู้ทางด้านการแพทย์มาก แต่ก็มีส่วนสำคัญคือประชาชน และหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทร่วมดูแลด้วย และต้องมีการทำงานเป็นแบบพันธมิตร

มิตรที่มีส่วนร่วม (partnership) ระบบส่วนนี้จำเป็นต้องแก้ปัญหาในเรื่องการกระจาย และปัญหาในด้านความไม่สอดคล้อง (miss-match) ระหว่าง อุปสงค์กับอุปทานของการบริการทั้งในด้านพื้นที่ คุณภาพบริการ และประเภทบริการแบบใหม่ที่มีความต้องการเพิ่มขึ้น

2) นอกจากนี้ระบบสุขภาพจำเป็นจะต้องพิจารณานโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพด้วย ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับแล้วว่าสุขภาพนั้นมีสาเหตุและปัจจัยเกี่ยวข้องกับทั้งด้านปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งปัจจุบัน ระบบการสื่อสารและวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีได้มีการพัฒนามาก ทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมค่อนข้างมาก เช่นนโยบายการท่องเที่ยวทำให้การควบคุมการระบาดของโรคซาร์ส (sars) เป็นไปด้วยความยากลำบากมากกว่าภาวะปกติเป็นต้น

ทั้งนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำองค์ประกอบทั้งสองมาพิจารณาแบบบูรณาการในการวางแผนการจัดบริการสุขภาพในอนาคตต่อไป

3.2 ระบบบริการสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์

ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ใช้ยุทธศาสตร์ด้านงบประมาณเป็นเครื่องมือ ได้กำหนดให้ หน่วยบริการปฐมภูมิ(primary care unit, PCU) เป็นเครื่องมือ/กลไกหลักที่สำคัญ ที่จะทำให้นโยบายนี้ประสบความสำเร็จ มีคุณภาพตามที่รัฐบาลคาดหวัง โดยคาดหวังว่าจะสามารถทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เกิดความเสมอภาค และมีประสิทธิภาพในท้ายที่สุด

ภายใต้การจัดการของ หน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care, CUP) หน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU) ถูกกำหนดให้เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะไขไปสู่ความสำเร็จในการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพจนนำไปสู่ภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้า(health for all) โดยกำหนดให้ หน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU) ต้องมีลักษณะที่สำคัญดังนี้

1. เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย/สะดวก(Front-line care) ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ สังคม จิตวิทยาและด้านเศรษฐกิจ
2. เป็นบริการผสมผสาน-องค์รวม(Comprehensive care , holistic care)ในทุกด้านของผู้ป่วย (ทั้งด้านร่างกาย-จิตใจ-สังคมและจิตวิญญาณ) ทุกรูปแบบของการดูแลสุขภาพ(ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ-รักษาโรค-ฟื้นฟูสภาพและป้องกันโรค) ทุกระดับของเวชปฏิบัติ(ทั้งด้านปัจเจกบุคคล-ครอบครัวและชุมชน) รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน(ความเชื่อ-ศาสนา-วัฒนธรรม-เศรษฐกิจ-สังคมและสิ่งแวดล้อม)
3. เป็นบริการที่ร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง(ongoing/longitudinal care,continuing) ตั้งแต่เกิดจนตาย หรือก่อนป่วย ขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ
4. เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุก แบบใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน
5. เป็นบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อ (refer) และประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆทั้งด้านการแพทย์ และสังคมที่จำเป็น ที่เกินขีดความสามารถของหน่วยบริการระดับต้น เช่นสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเฉพาะด้านต่างๆ หน่วยสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น

ดังนั้นหน้าที่ของบริการปฐมภูมิในฐานะหน่วยบริการที่เป็นบริการด่านแรก จึงต้องมีความใกล้ชิดกับชุมชนทั้งในแง่สถานที่ตั้งและความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ใช้บริการ บริการปฐมภูมิจึงมีหน้าที่เสมือนเป็น ที่ปรึกษาและช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชนในลักษณะผสมผสาน เช่นหากเห็นว่าผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้ยา เจ้าหน้าที่ก็ควรจะแนะนำวิธีการดูแล การปฏิบัติตนที่เหมาะสม แต่หากเห็นว่าจำเป็นต้องรักษาหรือจำเป็นต้องใช้ยาในขอบเขตที่หน่วยบริการสามารถดูแลได้ ก็ควรต้องทำหน้าที่ดูแลและรักษาพยาบาลอย่างผสมผสาน ทันทั้งที่ และหากไม่สามารถดำเนินการเองได้ หรือดำเนินการแล้วยังไม่ครอบคลุมหน่วยบริการก็ต้องทำหน้าที่ส่งต่อ(refer)หรือประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

นอกจากด้านร่างกายแล้ว บริการปฐมภูมิจะต้อง สามารถให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจและด้านสังคมแก่ผู้มาใช้บริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับบริการทางกาย หรือเป็นบริการเฉพาะ ได้ด้วย ส่วนกรณีที่มีปัญหามากหรือปัญหาเฉพาะทาง เจ้าหน้าที่ก็จะทำหน้าที่ส่งต่อไปให้ผู้เกี่ยวข้องต่อไป

ประการถัดมาเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีความใกล้ชิดกับประชาชน มีข้อมูลและเข้าใจในวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนดีกว่าหน่วยบริการระดับอื่น บริการปฐมภูมิจึงควรมีหน้าที่ ประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้านแล้วนำมาวางแผนการพัฒนาบริการ ให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการและปัญหาของประชาชนทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ควร สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ รวมถึงให้ความรู้ทางด้านเทคนิคทางการแพทย์ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นบางอย่าง เช่นการทำแผล การดูแลเด็กที่เป็นไข้ รู้จักสังเกตและติดตามอาการเจ็บป่วยเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

นอกจากนี้ บริการปฐมภูมิจะต้อง สามารถให้การดูแลบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการประยุกต์หรือปรับวิธีการดูแลนี้ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ท้ายที่สุดบริการปฐมภูมิจะต้องมีหน้าที่ ประสานบริการกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างต่อเนื่องและผสมผสาน รวมถึงการรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการระดับอื่นในระยะเวลาและภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสม

ผลลัพธ์ของบริการปฐมภูมิ

การปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จมีเป้าหมายคือ

- การให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ในระดับฉุกเฉินเบื้องต้น
- การให้บริการสุขภาพพื้นฐานในระดับบุคคล ครอบครัว
- ความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ทุกคน อันหมายถึงทั้งทางร่างกาย จิตใจและส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคม

- ความสามารถในการรับผิดชอบด้านสุขภาพร่วมกับประชาชน ทั้งในเชิงรับและเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การติดตามสถานะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และปัญหาสุขภาพสำคัญของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างทันการณ์

- การทำหน้าที่เป็นหน่วยเชื่อมต่อระหว่างประชาชน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU) จำเป็นต้องมีมาตรฐานในด้านต่างๆที่สำคัญๆ เช่น 1. ด้านการจัดหน่วยบริการ 2. กำหนดขีดความสามารถขั้นต่ำของหน่วยบริการ 3. มาตรฐานด้านบุคลากร 4. มาตรฐานด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ 5. มาตรฐานด้านการจัดการ (คัดจากเอกสารวิชาการลำดับที่ 1 ในชุดเอกสารเพื่อการพัฒนาระบบปฐมภูมิ “บริการสุขภาพ ใกล้ใจ ใกล้บ้าน”)

4. คุณลักษณะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์

(ร่าง)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดเรื่องบุคลากรสาธารณสุขให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์(ตามมาตรา 7) ดังในหมวดที่ 6 ว่าด้วยแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 7 ว่าด้วยบุคลากรสาธารณสุข ตามมาตรา 83 ซึ่งได้บัญญัติไว้ดังนี้ “บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพ การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7” และตามมาตรา 84 ซึ่งได้บัญญัติไว้ดังนี้ “การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขตามมาตรา 83 ให้มีแนวทางและมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

(1) กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการวางแผนบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกระดับ ให้สอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพที่ประสงค์ตามมาตรา 7

(2) สนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอในการผลิต พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดสำหรับสาธารณะ และเพื่อให้เกิดการกระจายที่ดี

(3) ส่งเสริมสนับสนุนระบบการผลิตที่ให้บุคลากรจากชุมชนท้องถิ่นต่าง ๆ มีโอกาสเข้าศึกษาและพัฒนาเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อไปทำงานในท้องถิ่นของตนเอง

(4) สนับสนุนการจัดตั้งองค์การวิชาชีพด้านสาธารณสุขสาขาต่างๆ โดยให้มีกฎหมายรองรับ สนับสนุนให้มีกระบวนการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างองค์การวิชาชีพด้านสาธารณสุขต่างๆ โดยเปิดช่องทางให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมด้วย

(5) แนวทางและมาตรการอื่นๆที่เหมาะสม บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชุมชนไม่ควรจำกัดขอบเขตเพียงการให้บริการเท่านั้น แต่ต้องทำหน้าที่ให้การศึกษาและพัฒนาประชาชน โดยไม่แบ่งแยกว่าเป็นบทบาทของใคร ระดับใด ปฐมภูมิหรือไม่ การพัฒนาคนในระบบสุขภาพจึงมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ทั้งความสามารถทางเทคนิควิชาการ อันนำไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพทั้งระดับบุคคล ชุมชน และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูล และให้การศึกษาแก่ประชาชน

4.1 คุณลักษณะพื้นฐานของบุคลากรด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการและผู้จัดบริการ

ควรมีคุณลักษณะ 2 ส่วนใหญ่ คือ ส่วนที่เป็น “จิต” ที่แสดงออกเป็นทัศนคติ อุดมการณ์หรือจิตสำนึก และส่วนที่เป็น “สมอง” ซึ่งแสดงออกเป็นความสามารถของแต่ละบุคคล การพัฒนาคนควรให้ความสำคัญของการเจริญเติบโตของสองส่วนนี้อย่างสมดุล ซึ่งเปรียบได้กับการมี “คุณธรรม” และ “ความรู้” ที่ควบคู่กัน ทั้งนี้การสร้างทัศนคติเปรียบเสมือนเป็นฐานให้ความรู้ผลิตรายออกมา เป็นตัวควบคุมการใช้ความรู้ความสามารถให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม ป้องกันมิให้ใช้ความรู้เพื่อตนเองเป็นใหญ่หรือไปเบียดเบียนผู้อื่นเนื่องจากวิชาชีพด้านสุขภาพ(health professional) เป็นเรื่องของสุขภาพะ ชีวิต ความเจ็บป่วย ความตาย จึงมีคุณ

ค่ามากกว่าการแสวงหากำไรทางธุรกิจ แต่ต้องเป็นไปบนพื้นฐานธุรกิจที่บริสุทธิ์ มีคุณธรรม ไม่ใช่การหลอกลวงกันหรือ เบียดเบียนกัน

โดยสรุป คุณลักษณะของบุคลากรด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

1) ทศนคติและอุดมการณ์หรือจิตสำนึก

1.1 ความตระหนักในหน้าที่รับผิดชอบในการทำงาน ความตั้งใจให้เกิดคุณภาพของการทำงาน บนฐานความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง

1.2 คุณธรรมการทำงาน เช่นทำงานเพื่อประโยชน์ของผู้อื่นเป็นสำคัญ มีความเมตตา กรุณา มีหิริโอตตัปปะ

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 ซึ่งต้องการทักษะการเข้าใจผู้อื่น รู้จักวางบทบาทของตนเองอย่างเหมาะสม ตลอดจนทักษะของการพัฒนาผู้อื่น (คัดจากเอกสาร”ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนกับการปฏิรูประบบสุขภาพ”โดยสถาบันพระบรมราชชนกและภาคีพัฒนากำลังคน”

พญ.สายพิน หัตถิรัตน์ ได้กำหนดคุณลักษณะของ “หมอครอบครัว” ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมงานสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สำคัญและน่าจะเป็นคุณลักษณะที่เหมาะสมกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ด้วย ในหนังสือ “คู่มือหมอชาวครอบครัว เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างง่าย” ดังนี้

“ใครควรจะเป็นหมอครอบครัว”

เป็นใครก็ได้ ไม่จำเพาะต้องผ่านการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวเท่านั้น แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นใดก็สามารถเป็นได้ ถ้ามีคุณลักษณะ 9 ประการดังนี้

1) เป็นผู้ดูแล (ความเป็น) “คน” ใช้อย่างไม่มีการจำกัดขอบเขตและเงื่อนไขของปัญหาสุขภาพที่เฉพาะโรค เฉพาะเพศ เฉพาะวัย หรือระยะเวลาสิ้นสุด

2) เป็นผู้เข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยทุกข์ทรมานของบุคคลนั้นๆ อย่างลึกซึ้ง ไม่จำเพาะแค่โรคทางกาย

3) เป็นผู้รู้จักใช้ทุกเวลาที่พบผู้ป่วย เป็นโอกาสทองในการแนะนำการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ

4) เป็นผู้ตระหนักดีว่า เมื่อมีผู้ป่วยมาตรวจ 1 คน ย่อมมีประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเดียวกันอยู่อีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่มาตรวจ

- 5) เป็นผู้ประสานงาน ที่ดีกับองค์กรอื่นๆ เพื่อการสร้างเสริม รักษาและดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว
- 6) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน เดียวกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 7) เป็นผู้ที่สามารถออกตรวจรักษาและเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน เพื่อทำความรู้จักและเข้าใจสภาพ ความเป็นอยู่จริงๆ ในบ้านนั้น
- 8) เป็นผู้ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูดถึงและวิตกกังวล(subjective aspects) มากกว่าสิ่งที่ ตรวจพบได้(objective aspects) เพราะสิ่งที่รบกวนผู้ป่วยย่อมสำคัญกว่าสิ่งที่แพทย์สนใจ
- 9) เป็นผู้บริหารจัดการทรัพยากรและขั้นตอนต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย (เปรียบได้กับ การเป็น “ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล” ทั้งโรงให้กับผู้ป่วย 1 รายและครอบครัวของผู้ป่วยนั้นๆ)

4.2 ลักษณะระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

4.2.1 การคัดเลือกบุคลากรด้านสาธารณสุข(recruitment) ในอดีตและปัจจุบันการได้มาซึ่ง บุคลากรด้านสาธารณสุขได้มาจาก 2 แนวทางหลักๆ ดังนี้

1) ได้จากการบังคับขดใช้ทุนจากรัฐบาลผ่านสำนักงานก.พ.ซึ่งเรียกว่านักเรียนทุนคู่ สัญญา ปัจจุบันประกอบด้วยวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร โดยต้องผ่านการสอบแข่งขันเข้า มหาวิทยาลัย (entrance) ตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัย/แหล่งผลิตกำหนด ซึ่งแหล่งผลิตมักกำหนดเกณฑ์ตาม คะแนนสอบซึ่งเกิดจากความสามารถ (ความเก่ง) ของผู้เรียนเป็นหลักซึ่งคุณสมบัติเช่นนี้(ความเก่งในการสอบ เข้ามหาวิทยาลัย (entrance) มักมีอยู่ในนักเรียนที่มีพื้นฐานที่ดีและอยู่ในถิ่นที่มีโอกาสและมีความเจริญสูง กว่าในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลหรือต่างจังหวัดในเขตเมือง (ระดับจังหวัด) เป็นส่วนใหญ่ วิธีการคัด เลือกคนโดยอาศัยคะแนนสอบ (entrance) เป็นหลัก จึงเสมือนหนึ่งเป็นการคัดสรรนักเรียนจากท้องถิ่น ทั่วทั้งการจริง (ระดับอำเภอ/ตำบล) ไปโดยปริยาย ทั้งที่พื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรอย่างมากและซ้ำซากมาโดย ตลอดนั้นก็คือพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารในชนบท (ระดับอำเภอ/ตำบล) ทำให้นักเรียนซึ่งมีภูมิลำเนาในที่เจริญใน เขตเมืองเมื่อขดใช้ทุนหมด (2-3ปี) บุคลากรเหล่านี้ก็จะลาออกหรือเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานใหม่ เพื่อกลับไปยังภูมิลำเนาที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลหรือย้ายเข้าไปอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่หรือโรง พยาบาลเอกชนซึ่งมีแต่ในเขตเมืองเท่านั้น ทำให้ถือเสมือนหนึ่งการขดใช้ทุนในช่วง 2-3 ปีแรก เป็นเพียงทาง ผ่านของแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกรขดใช้ทุนเท่านั้น จึงเท่ากับว่ารัฐบาลลงทุนผลิตบุคลากรด้วยงบประมาณมหาศาล เพื่อให้แพทย์ไปทำงานในชนบทเพียง 1-2 ปีเท่านั้นหรืออาจกล่าวได้ว่ารัฐบาลผลิตบุคลากร ให้กับเขตเมืองและภาคเอกชนนั่นเอง ดังเช่นในกรณีของวิชาชีพแพทย์ที่รัฐบาลบังคับขดใช้ทุนมาแล้วถึง 32 รุ่นๆละ 500-1000 คน รวมผลิตมาแล้วไม่ต่ำกว่า 15,000-20,000 คน กลับมีแพทย์ที่เหลือปฏิบัติงานในโรง พยาบาลชุมชน (ตัวแทนพื้นที่ชนบท) เพียง 1,200 คนเท่านั้น (ไม่ถึงร้อยละ 10) วิชาชีพทันตแพทย์และเภสัชกร ก็นับได้ว่ามีชะตากรรมไปในทิศทางเดียวกับแพทย์

2) ส่วนราชการต่างๆผลิตบางสาขาวิชาชีพนอกจากสาขาตามข้อ 1) ซึ่งส่วนใหญ่เป็น ระดับอนุปริญญาและพยาบาลวิชาชีพเพื่อสนับสนุนหน่วยงานภายในของส่วนราชการตนเอง เช่นกระทรวง สาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร (กทม.) ภาคเอกชน (รวมสภาวิชาชีพไทย) เป็นต้น ซึ่งสามารถ

แก้ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขด้านเหล่านี้ภายในส่วนราชการได้ในระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากกระบวนการคัดเลือกก็ยังนับว่าไม่แตกต่างจากกรณี (1) มากนัก ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะเริ่มมีแนวคิดที่จะคัดเลือกคนจากท้องถิ่นในชนบทมากขึ้นแล้วก็ตาม เนื่องจากโควตาที่กำหนดเป็นโควตาระดับจังหวัด ไม่ใช่โควตาระดับตำบลหรืออำเภอ (สาขาวิชาชีพระดับนี้ควรต้องกระจายลงไปถึงระดับตำบล/อำเภอ) กล่าวคือกระบวนการและวิธีการคัดเลือกก็ยังเน้นหนักเรื่องความเก่งเช่นกัน วิธีนี้จึงมักจะได้อุคลากรที่มาจากเขตเมืองหรืออำเภอที่มีความเจริญสูง ทำให้กระทรวงสาธารณสุข (รวมส่วนราชการอื่น) ประสบปัญหาในการกระจายบุคลากรเหล่านี้ไปในเขตชนบทในระดับตำบลที่กันดารและห่างไกลเช่นสถานีนอนามัย เนื่องจากระบบดังกล่าวทำให้ผู้ที่มิถุมิลำนเอนาในอำเภอ/ตำบลที่ขาดแคลน ซึ่งมักจะมีความสามารถ/โอกาสในการแข่งขันน้อยกว่าผู้ที่มีภูมิลำนเอนาในเขตเมืองไม่สามารถผ่านเข้ามาในกระบวนการคัดเลือกนี้ได้อย่างเพียงพอกับความต้องการ

จึงไม่น่าแปลกใจเลยว่าทำไมเราจึงยังประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ชนบทอย่างรุนแรงและซ้ำซากมาโดยตลอด เหตุผลหลักๆน่าจะเห็นได้ชัดเจนว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการที่เราคัดเลือกคน (recruit) ไม่เหมาะกับงาน (หวังให้คนในเขตเมืองมีพื้นฐานะดีมาทำงานในชนบทห่างไกลเร้นแค้น เช่นเอาคนรวยคนเก่งในที่เจริญมาลำนปากในโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีนอนามัย)

ทางออกเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการกระจายบุคลากรจึงน่าจะเปลี่ยนกระบวนการคัดเลือกบุคลากร (recruitment) เพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรที่มาจากชุมชนจริงๆ โดยให้มีการคัดเลือกนักเรียนทุนจากชุมชนจริงๆ (เช่นพยาบาลได้จากระดับตำบลที่ขาดแคลน แพทย์ ทันตแพทย์ ได้จากระดับอำเภอที่ขาดแคลน) โดยใช้หลักเกณฑ์ของชุมชนเองร่วมกับหน่วยงานภายนอก (จากกลุ่มวิชาชีพและภาครัฐเช่นกระทรวงสาธารณสุขหรือทบวงมหาวิทยาลัย) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลสมคังเจตนารมณั้ของ(ร่าง)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่บัญญัติตามมาตรา 84(3) ไว้ว่า **“ส่งเสริมสนับสนุนระบบการผลิตที่ให้บุคลากรจากชุมชนท้องถิ่นต่างๆมีโอกาสเข้าศึกษาและพัฒนาเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อไปทำงานในท้องถิ่นของตนเอง”**

4.2.2 การผลิต ปัจจุบันมีการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขเกือบทั้งหมดจากมหาวิทยาลัย วิทยาลัยต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งวิธีคิดและหลักสูตรเดิมมักอิงด้านการศึกษาคือเป็นหลัก(academic-based) ที่เน้นด้านการรักษาพยาบาลและบริการระดับสูง(ระดับตติยภูมิ-ตติยภูมิ)ค่อนข้างมาก ในขณะที่ท้องคั้ความรู้และศาสตร์ด้านปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในท้องถิ่น ในอนาคตจึงควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการผลิตด้วย เช่นที่กระทรวงสาธารณสุขกำลังพยายามแต่ก็ยังไม่มากพอ เช่นเริ่มให้มีการผลิตแพทย์ที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ แต่โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นดคั้ลาคิาด้านการบริการปฐมภูมิหรือด้านเวชศาสตร์ครอบครัวกลับไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตเลย

องค์ประกอบที่สำคัญในการผลักดันนโยบาย (policy driven) ก็คืองบประมาณ(ทุน)สนับสนุนในการผลิตบุคลากร โดยแหล่งทุนที่สนับสนุนการผลิต ได้มาจากรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่ตามแผนการผลิตของแต่ละมหาวิทยาลัย และเป็นงบประมาณที่แตกต่างหากจากงบบริการสาธารณสุข กล่าวคือในอดีตและปัจจุบันงบประมาณด้านการผลิตรัฐบาลจัดสรรให้กับสถาบันที่มีหน้าที่ผลิตโดยตรง การผลิตจึงมักกำหนดจากเงื่อนไขของผู้ผลิต(supply driven)เป็นสำคัญ ดังนั้นหากรัฐบาลใช้นโยบายเชิงงบประมาณ เพื่อบังคับให้แหล่งผลิตให้ผลิตตามผู้ให้บริการ (demand driven) ก็จะทำให้ได้บุคลากรที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่พึง

ประสงค์ต่อไปในอนาคต ทั้งนี้อาจมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการจัดทำพันธสัญญาแก่นักเรียนทุนให้เหมาะสมต่อไป ในขณะที่หากไม่เปลี่ยนวิธีคิดและเปลี่ยนวิธีการสนับสนุนงบประมาณให้ลงไปให้ผู้ใช้งาน (demand side) โดยตรง ก็ยากที่จะสามารถเปลี่ยนเงื่อนไขวิธีการคัดเลือกบุคลากร (recruitment) ให้ได้มาจากชุมชนจริงๆ ได้

ในอนาคตภายหลังกการบังคับใช้ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พุทธศักราช 2542 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น รัฐบาลก็อาจเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณในการผลิตจากสถานศึกษาไปให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน/หน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรงก็เป็นได้ จากนั้นท้องถิ่น/ชุมชน/หน่วยบริการปฐมภูมิจึงส่งบุคลากรไปเรียนที่สถาบันการศึกษาพร้อมทั้งงบประมาณสนับสนุนต่อไป หรือบางท้องถิ่นก็อาจมีงบประมาณของตนเองมากพอที่จะนำมาผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขเองก็ได้ หรืออาจได้จากชุมชน เป็นผู้ส่งเรียนเอง รวมทั้งปัจเจกบุคคลด้วย

4.2.3 การบริหารจัดการ(การใช้)และการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

ในอดีตและปัจจุบันสถานะ(status)ของบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือการจ้างงาน ส่วนใหญ่เป็นในรูป

1) เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลาง เช่นเป็นข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว หรืออาจเป็นการจ้างแบบอื่นที่ไม่ใช่ราชการ เช่นภาคเอกชน มูลนิธิ หรือองค์กรต่างๆ ซึ่งในอนาคตสถานะและการจ้างงานอาจเป็นในรูปอื่นๆที่หลากหลายมากขึ้น เช่น

2) เป็นเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขีดความสามารถที่เหมาะสม เช่นข้าราชการท้องถิ่น หรือการจ้างงานรูปแบบอื่น

3) เป็นบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น ที่จ้างงานโดยชุมชนในท้องถิ่นนั้นๆ

4) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ประกอบอาชีพอิสระ

5) เจ้าหน้าที่ในองค์กรมหาชน

อาจเป็นแบบผสมของทั้ง 5 แบบข้างต้น โดยขึ้นกับสาขาวิชาชีพและลักษณะการทำงาน โดยอาจแบ่งเป็น

- ลักษณะวิชาชีพหรืองานที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะสูง ก็อาจจำเป็นที่จะต้องให้มีความมั่นคงในวิชาชีพมาก(รัฐบาลต้องส่งเสริมสนับสนุนอุ้มชูเป็นพิเศษ) เช่นบุคลากรที่ทำงานในระดับรากหญ้าเช่นที่สถานีอนามัย หรือในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร หรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพเป็นต้น

- ลักษณะวิชาชีพหรืองานที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลสูง ก็ควรปล่อยให้เป็นอิสระ ให้ชุมชนท้องถิ่นสนับสนุนอุ้มชูเอง

ทั้งนี้ระบบการจ้างงาน เงินเดือน ค่าตอบแทน ส่วนใหญ่ได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจัดให้ตามภาระงานที่รับผิดชอบต่อประชาชน ส่วนสวัสดิการและประโยชน์ตอบแทนอื่นๆ ก็อาจได้มาจากรัฐบาลกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือจากชุมชนโดยตรง

โดยสรุปลักษณะระบบกำลังคนดังกล่าว ทั้งด้านระบบที่มาและการคัดเลือก(recruitment) ร่วมกับการผลิต รวมทั้งกระแส/ทิศทางระบบบริการสุขภาพในอดีตและปัจจุบัน และระบบการบริหารจัดการและพัฒนา กำลังคนซึ่งเน้นภาคการผลิต(supply side) ดังกล่าวทำให้ไม่สามารถรั้ง(ดูด) ทรัพยากรให้บุคลากรคงอยู่(retain) ได้ ทำให้เกิดความไม่สมดุลของระบบกำลังคนด้านสุขภาพในหลายรูปแบบเช่น

- ความไม่สมดุลด้านจำนวนต่อประชากรหรือภาระงานในภาพรวม
- ความไม่สมดุลด้านพื้นที่ระหว่างภูมิภาค ภูมิศาสตร์ ระหว่างชนบทกับเขตเมือง ระหว่างเขตป่า

เขากับพื้นราบ

- ความไม่สมดุลระหว่างสถานบริการในจังหวัด อำเภอ ตำบล
- ความไม่สมดุลด้านสาขาวิชาชีพ บางสาขามีมาก บางสาขาขาดแคลน สัดส่วนในทีมสุขภาพเสียไป
- ความไม่สมดุลด้านบทบาทหน้าที่ ระหว่างผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางกับวิชาชีพทั่วไป

โดยสรุปอนาคตภาพลักษณะระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขอาจเป็นตามรูปภาพที่ 1

สรุป

5. แนวคิดและทางเลือกการจัดระบบกำลังคนเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์

5.1 สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ขาดแคลนแบบยั่งยืน
โดยการเปลี่ยนวิธีการสนับสนุนงบประมาณการผลิตบุคลากรไปยังชุมชนหรือท้องถิ่นที่ขาดแคลนบุคลากรโดยตรง

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่กระทบกับสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันรัฐบาลได้เห็นถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงด้านสิทธิชุมชน จึงได้เริ่มใช้นโยบายเชิงงบประมาณเพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความเสมอภาคเท่าเทียมมากขึ้น ดังนั้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) โดยการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร รวมทั้งเป็นที่ทราบกันว่าบุคลากรด้าน สาธารณสุข เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพ ร่วมกับบทบัญญัติตาม (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 84 ที่ได้กำหนดแนวทางและมาตรการเพื่อการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ทั้งในด้านจำนวนงบประมาณที่เพียงพอและสนับสนุนให้บุคคลจากท้องถิ่นได้มีโอกาสศึกษาด้านสาธารณสุขและกลับมาพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง ประกอบกับลักษณะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์ ซึ่งรองรับต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลนั้น ได้เน้นระบบสุขภาพแบบสร้างนำซ่อมและเน้นการดูแลระดับปฐมภูมิ ดังนั้นนอกจากต้องได้บุคลากรที่มีความรู้คุณธรรมแล้ว คุณสมบัติบุคลากรที่จะทำงานระดับปฐมภูมิ จะต้องดูแลแบบองค์รวม และเข้าใจมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแล้ว ยังต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการได้มาซึ่งบุคลากรที่มีคุณสมบัติดังกล่าวนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้บุคลากรที่มาจากท้องถิ่นนั้นๆ ซึ่งนอกจากจะทำให้ได้บุคคลที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมแล้ว ยังเป็นการกระจายโอกาสทางการศึกษา และได้รับหลักประกันด้านการคงอยู่ของบุคลากรในชนบทอย่างยั่งยืนด้วย เนื่องจากได้กลับมาพัฒนาที่ยั่งยืน

เพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรที่มีคุณสมบัติที่พึงประสงค์ดังกล่าวอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องใช้นโยบายเชิงงบประมาณเช่นเดียวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือจัดสรรงบประมาณการผลิตไปยังชุมชนที่มีฐาน

7) ในด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพ บุคลากรสามารถโยกย้ายเปลี่ยนถ่ายไปทำงานในระดับที่สูงขึ้น เช่นระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ได้อย่างมีหลักเกณฑ์และมีระบบ ทั้งนี้ระบบงบประมาณการผลิตบุคลากรระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ก็ควรต้องเปลี่ยนจากการสนับสนุนผ่านหน่วยงานผู้ผลิต มาเป็นการสนับสนุนผ่านเครือข่ายในชุมชน โดยทั้งหมดนี้ต้องมีการนำเอาระบบ GIS(geographic information system)เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำหนดกรอบและกระจายกำลังคน เพื่อนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรภาครัฐอย่างเป็นธรรมชาติต่อไป

8) สร้างทางเลือกการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นองค์กรมหาชน หรือองค์กรอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ เพื่อให้หน่วยบริการมีความเป็นอิสระและคล่องตัวในการบริหารจัดการมากขึ้น

9) ควรเปิดโอกาสให้หน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆร่วมรับผิดชอบบริการประชาชน เช่นเอกชนหรือโรงเรียนแพทย์สามารถให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมิได้ โดยไม่ควรผูกขาดเฉพาะหน่วยงานภาครัฐ หรือสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น จะทำให้รัฐบาลลดภาระการผลิตได้ยิ่งขึ้น

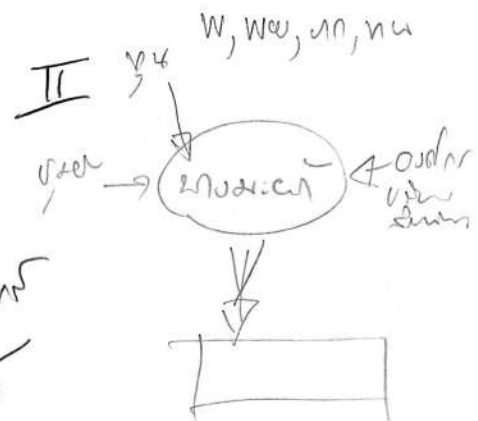
โดยสรุปทางเลือกดังกล่าวอาจเป็นไปได้ตามรูปภาพที่ 2

I ด.ช. 10 ปี 100%
100%

Norm

รัฐ
อิสระ

- ① 100%
- ② พจนานุกรม
- ③ วิชาเอก
- ④ ลิขสิทธิ์



Planny

100%

100%

Public benefit

individual benefit

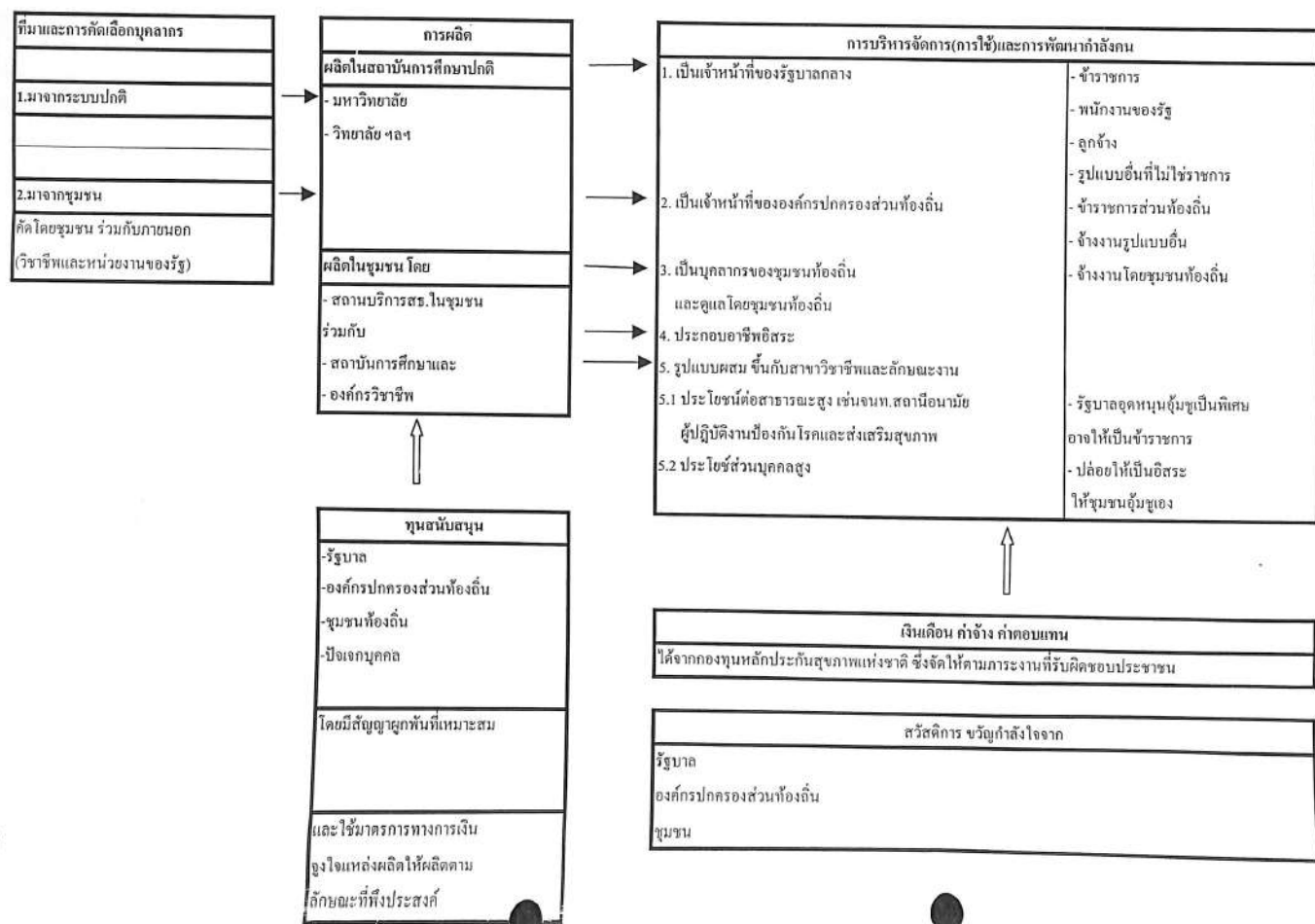
plastic surgery

20% → 30%

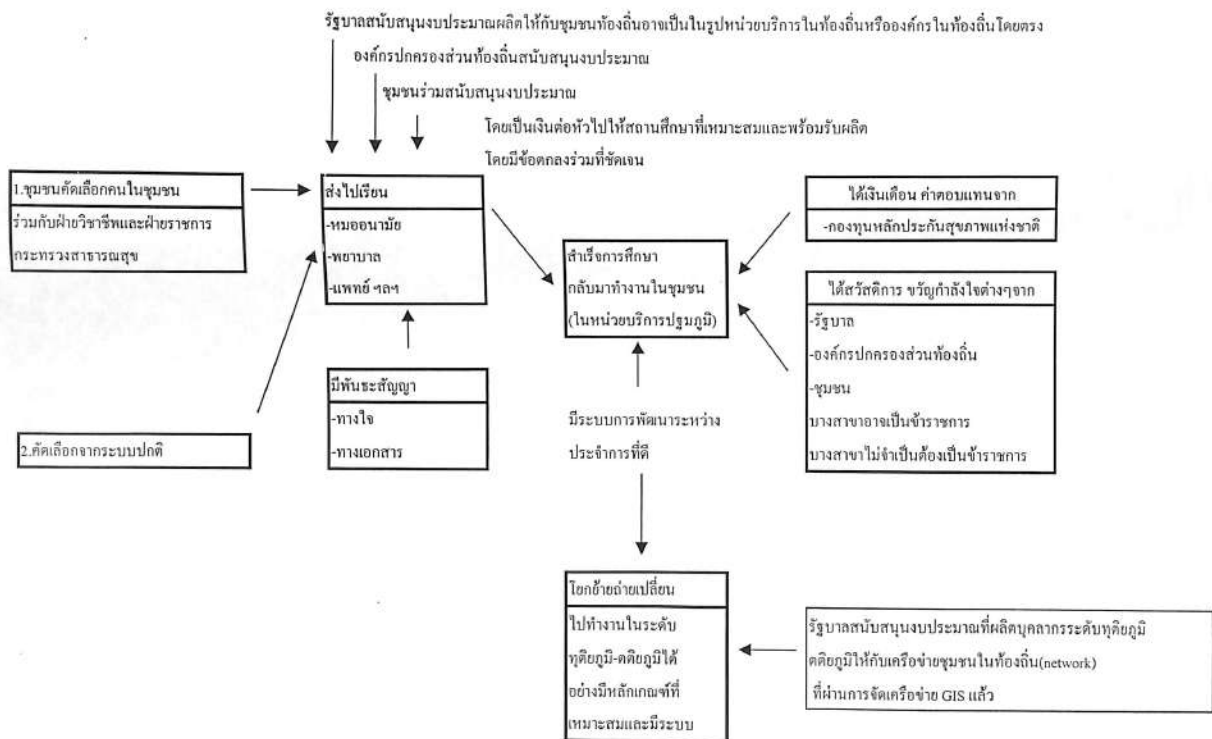
100%

100%

รูปภาพที่ 1 ลักษณะระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข



รูปภาพที่ 2 ตัวอย่างทางเลือก



รูปที่ 26 พ.ศ.

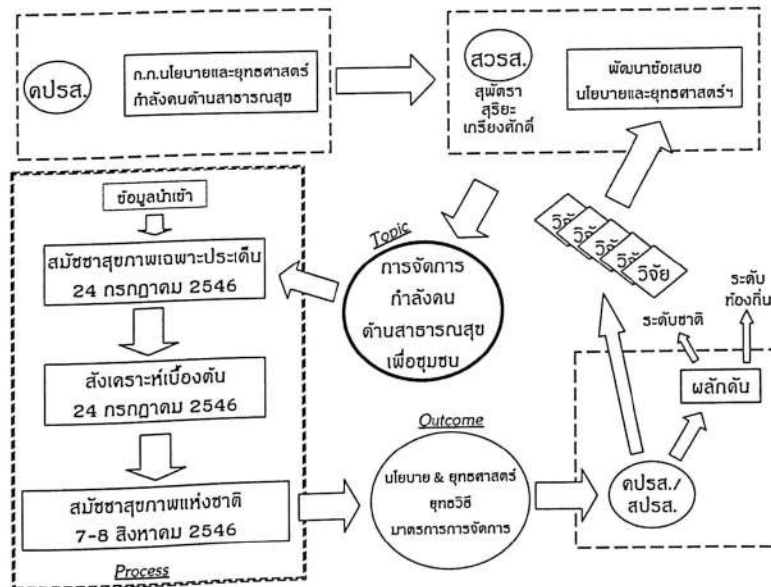
คำชี้แจง

สมาชิกสุขภาพแห่งชาติเฉพาะประเด็น

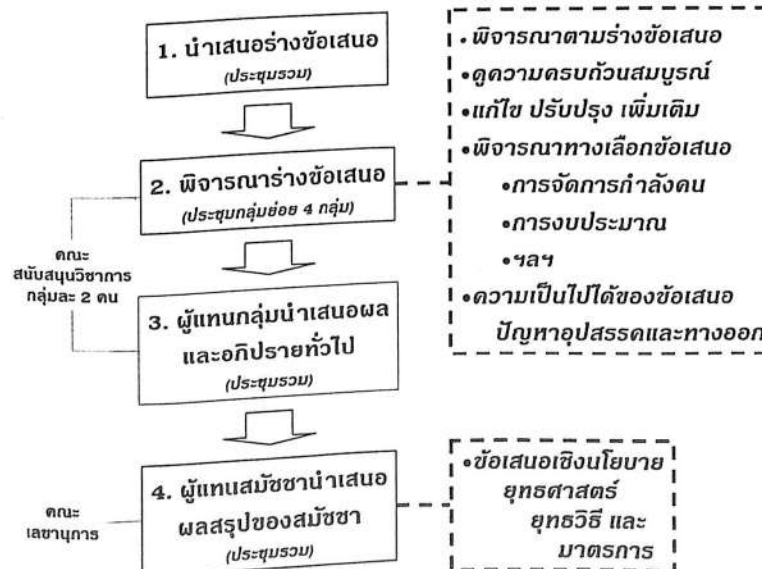
“การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”

วันที่ 24 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ

แผนภูมิการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเฉพาะประเด็น



กระบวนการประชุมสัมมนา





สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

สร้างเครือข่าย

ภูมิปัญญา

พัฒนาระบบ

สาธารณสุข

Creating

Partnership for

Knowledge-based

Health Systems

ที่ สวรส. 497/2546

17 กรกฎาคม 2546

วันที่รับ	31/46
วันที่	21 ก.ค. 46
เวลา	10-00 น.

เรื่อง ส่งเอกสารประกอบการประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น "การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน"

เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

อ้างถึง หนังสือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ สวรส.683/2546 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม 2546

สิ่งที่ส่งมาด้วย (ร่าง) ข้อเสนอ "การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน" จำนวน 1 ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง สวรส.ขอเชิญ ท่าน เข้าร่วมประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น "การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน" ในวันพฤหัสบดีที่ 24 กรกฎาคม 2546 เวลา 09.00 - 16.30 น. ณ ห้องเมจิก 2 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ หลักสี่ กรุงเทพฯ เพื่อพิจารณาเสนอแนะข้อคิดเห็นในประเด็น "การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน" บัดนี้การจัดทำ (ร่าง) ข้อเสนอ "การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน" ได้เสร็จเรียบร้อยแล้ว ในการนี้ สวรส.จึงขอส่งเอกสารดังกล่าวตามสิ่งที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอได้โปรดนำเอกสารเข้าประชุม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เลขานุการคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ผู้ประสานงาน :

นางสาวปิยะอร แดงพยนต์

โทร. 02 590237, (01) 9079560

โทรสาร 02 5902385

รวมแผนผัง
วันที่ 24 กค 46
Miracle

อัมพร
21 กค 46



งานวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

สร้างเครือข่าย
ภูมิปัญญา
พัฒนาระบบ
สาธารณสุข

Creating
Partnership for
Knowledge-based
Health Systems

ที่ สวรส. 683 /2546

9 กรกฎาคม 2546

บันทึกแนบปฏิทินระบบสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่..... 297/46
วันที่..... 10 ก.ค. 46
เวลา..... 16.00 น.

เรื่อง ขอรียนเชิญประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็น

เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. กำหนดการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น จำนวน 1 ฉบับ
2. แบบตอบรับและแผนที่แสดงสถานที่ประชุม

ตามที่ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขขึ้น โดยมี นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นประธาน และสวรส. เป็นเลขานุการ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาข้อเสนอ ซึ่งส่วนหนึ่งของข้อเสนอสามารถนำไปผลักดันให้เกิดผลเป็นรูปธรรมได้ โดยเฉพาะประเด็นเรื่อง "การจัดทำกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน" ประกอบกับจะมีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในวันที่ 7-8 สิงหาคม 2546 สปสร.ได้พิจารณาแล้วเห็นควรจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นดังกล่าวขึ้น

ในการนี้ ได้มีการศึกษาและจัดทำเป็น "ข้อเสนอต่อการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน" ขึ้น และเพื่อเป็นการเตรียมการอย่างเป็นระบบและเกิดการมีส่วนร่วมบนพื้นฐานขององค์ความรู้ทางวิชาการและประสบการณ์จริงในพื้นที่ จึงได้จัดให้มีการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นและเสนอแนะต่อข้อเสนอดังกล่าวเป็นการเบื้องต้น เพื่อพัฒนาและปรับปรุงเป็นข้อเสนอที่จะนำเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป สวรส.พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ มีประสบการณ์และเกี่ยวข้องกับการจัดการกำลังคนและการสาธารณสุข จึงใคร่ขอรียนเชิญท่านเข้าร่วมประชุม ในวันพฤหัสบดีที่ 24 กรกฎาคม 2546 ณ ห้องเมจิก 2 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร เวลา 09.00 - 16.30 น. ตามรายละเอียดกำหนดการที่แนบ โดยเอกสารประกอบการประชุมเพื่อพิจารณาเสนอแนะข้อคิดเห็น จะดำเนินการจัดส่งให้ท่านได้พิจารณาก่อนการประชุมโดยเร็ว ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมเพื่อความสมบูรณ์แบบของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ตามวัน เวลา สถานที่ดังกล่าวต่อไปด้วย และขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

อ.อ.อ.
อ.อ.อ.
11/7/46

(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
เลขานุการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุข

กรุณาตอบรับการเข้าร่วมประชุม ภายในวันพุธ ที่ 16 กรกฎาคม 2546 ที่ นางสาวปิยะอร แดงพยนต์
โทร. 02 590 2374 โทรสาร 02 590 2385 E-mail : piyaorn@hsri.or.th

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ (02) 951-1286-93 โทรสาร: (02) 951-1295
c/o Bldg. of Mental Health Department, Tiwanon Rd., Nonthaburi 11000, Thailand. Tel: (66-2) 951-1286-93 Fax: (66-2) 951-1295
E-Mail Address: hsri@hsri.or.th http://www.hsri.or.th

กำหนดการประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น
 “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
 วันพฤหัสบดี ที่ 24 กรกฎาคม 2546 เวลา 09.00 – 16.30 น.
 ห้องเมจิก 2 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร

- 09.00 – 09.15 น. กล่าวเปิดการประชุม
 โดย... ประธานสมัชชา นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ (รองประธาน คปรส.
 และประธานคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนสาธารณสุข)
- 09.15 – 10.00 น. นำเสนอ “ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
 โดย... นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ
- 10.00 – 12.30 น. ประชุมกลุ่มย่อย 3 – 4 กลุ่ม เพื่อพิจารณาข้อเสนอ
- 12.30 – 13.30 น. รับประทานอาหารกลางวัน**
- 13.30 – 15.00 น. นำเสนอผลการประชุมกลุ่มและอภิปรายทั่วไป
 โดย... ผู้แทนกลุ่มย่อย
- 15.00 – 15.30 น. สรุปข้อเสนอ “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
 โดย... ผู้แทนเข้าร่วมสมัชชา
- 15.30 – 15.45 น. ปิดการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
 โดย... ประธานสมัชชา นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์
- 15.45 – 16.30 น. แลกเปลี่ยนต่อสื่อมวลชน

แบบตอบรับการเข้าร่วมเสนอข้อคิดเห็น

เรื่อง “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”

วันพฤหัสบดี ที่ 24 กรกฎาคม 2546 เวลา 09.00 น - 16.30 น.

ณ ห้องเมจิก 2 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร

ชื่อ นพ. อัมพล นามสกุล จิตตอัมพ
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
 หน่วยงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต กทม.
 ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก ใน 2 อาคารโรงพยาบาลสมเด็จฯ (ก.สาทร 6)
ในถนนสาทรใต้ ก.กานต์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
 โทรศัพท์ (02) 590-2314 โทรศัพท์มือถือ (01) 813-8864 โทรสาร (02) 590-2311 E-mail amphon@hsro.or.th

การเข้าร่วมประชุม ☒ สามารถเข้าร่วมประชุมได้
☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้
☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ด้วยตนเอง แต่ขอส่งตัวแทนที่เหมาะสมเข้าร่วมประชุม ได้แก่

(ชื่อ/ที่อยู่).....

ที่พัก (โรงแรมมิราเคิล) ☒ ไม่ต้องการ
☐ ต้องการ เข้าพักในคืนวันที่.....กรกฎาคม 2546 ออกวันที่ 24 กรกฎาคม 2546
 ถึงที่พักเวลา.....

อาหาร ☒ อาหารทั่วไป ☐ อาหารอิสลาม ☐ อาหารมังสวิรัต/เจ ☐ อื่นๆ.....

สำหรับผู้เข้าร่วมประชุมจากต่างจังหวัด

- สามารถเบิกค่าเดินทางได้จากผู้จัดประชุมได้ ดังนี้
 - (1) เดินทางโดยรถประจำทาง/รถไฟ/เครื่องบิน : เบิกค่าเดินทางได้ตามจ่ายจริงพร้อมแนบหลักฐานการเดินทาง
 - (2) เดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว : เบิกค่าเดินทางโดยผู้จัดจะจ่ายชดเชยค่าน้ำมันเชื้อเพลิงตามอัตราที่กำหนด
- ที่พัก ผู้จัดได้จัดเตรียมที่พักราคา 100 บาท/คืน/เตียง (ที่พักราคาจะจ่ายสำหรับผู้มาประชุมจากต่างจังหวัด)

กรุณาส่งแบบตอบรับคืน ภายในวันพุธ ที่ 16 กรกฎาคม 2546 ✓

นางสาวปิยะอร แสงพยนต์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ อาคารคลังพัสตูลชั้น 3 ถ.สาทรสุข 6
 กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือทางหมายเลขโทรศัพท์ 02 590 2374, 02 590 2366

โทรสาร 02 590 2385 (01) 9079560

e-mail piyaom@hsrint.hsri.or.th

amphon@hsro.or.th

From: "UGRID MILINTANGKUL" <ugrid@worldmedic.com>
To: "ปิติพร จันทร์ทัด ณ อยุธยา (E-mail 2)" <pitiporn@health.moph.go.th>; "ซากุล สินไชย (E-mail)" <sakul@hsri.or.th>; "สุภาวดี นุชรินทร์ (E-mail 2)" <supavadee@hsri.or.th>; "สุพัตรา ศรีวณิชชากร (E-mail)" <spsriva@yahoo.com>; "สาลิกา เมธนาวัน (E-mail 2)" <salika@health.moph.go.th>; "ทิพาพร สุโสมิต (E-mail)" <tippyp@health.moph.go.th>; "อำพล จินดาวัฒน์ (E-mail)" <amphon@hsro.or.th>
Sent: 3 กรกฎาคม 2546 11:17
Attach: การเตรียมงาน.pdf; กำหนดการประชุม 240746.doc
Subject: ขอเชิญร่วมหารือ

เรียนทุกท่าน

สปรส.ใครขอเรียนเชิญท่านมาร่วมหารือ ในวันจันทร์ที่ 7 ก.ค. 46 เวลา 15:30 น. ณ ห้องประชุม 1 สปรส. เพื่อร่วมกันหาข้อตกลงความร่วมมือกันในการจัดงานสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติเฉพาะประเด็น "การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน" ซึ่งจะจัดขึ้นในวันที่ 24 ก.ค. และ 7-8 ส.ค. ที่จะถึงนี้ ครับ ทั้งนี้ ผมได้ส่งร่างกรอบการทำงาน และร่างกำหนดการประชุมวันที่ 24 ก.ค. มาพร้อมนี้แล้ว และขอความกรุณาตอบรับทาง e-mail นี้ด้วย

ด้วยความนับถือ

นพ.อุกฤษฏ์ นิลินทางกูร

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

โทร 0-2590-2308, 0-1489-0941

โทรสาร 0-2590-2311, 0-2924-6150

ugrid@worldmedic.com

I - ทรง, 56
 อัมพ
 31กค 46

II พิธีกรอำนวยการ
 ๑/๑๑/๒๕๔๖/๒๕๔๖
 ที่ที่ส่ง = ๓๕๔๖/๒๕๔๖
 อัมพ
 31กค 46

(ร่าง) กรอบการเตรียมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเฉพาะประเด็น ปี 2546
 “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”

หลักการเหตุผล

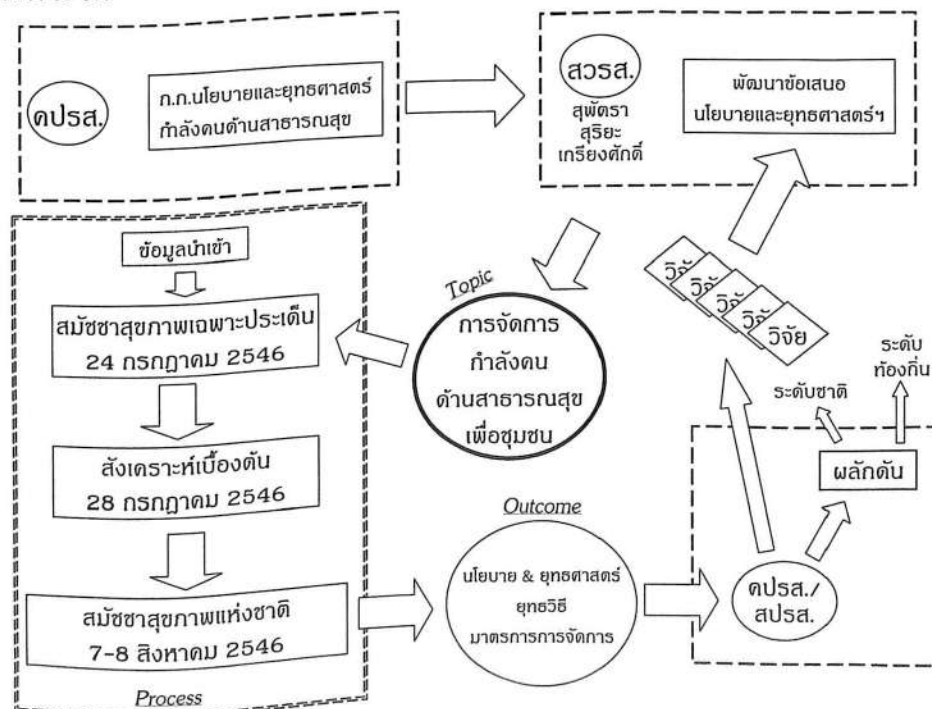
กำลังคนด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการบรรลุระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ได้มีคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กำลังดำเนินการศึกษาและพัฒนาข้อเสนออยู่ ส่วนหนึ่งของข้อเสนอซึ่งมีความสำคัญและสามารถนำไปผลักดันให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมในระยะเวลายันใกล้ก็คือประเด็น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

วัตถุประสงค์

เพื่อ

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

กรอบการทำงาน



กิจกรรมสำคัญ

1. การประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น 24 กรกฎาคม 2546

เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาร่างข้อเสนอที่ได้จัดเตรียมทำเป็นแบบตั้งต้นให้ที่ประชุมซึ่งประกอบด้วยพันธมิตรที่มีส่วนในการทำงานด้านกำลังคนมาร่วมพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินการ แล้วนำข้อสรุปเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป

2. การสังเคราะห์เบื้องต้น 28 กรกฎาคม 2546

เป็นการประชุมเพื่อสังเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์ในภาพรวม สำหรับคณะทำงานเฉพาะประเด็นนำไปทบทวนปรับปรุงในมีความชัดเจนมีน้ำหนัก และเตรียมนำเสนอในการประชุมห้องย่อยในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

3. การประชุมสมัชชาแห่งชาติ 7-8 สิงหาคม 2546

เป็นการประชุมเพื่อนำสรุปร่างข้อเสนอที่ได้จากการประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น เข้าสู่การพิจารณาในวงกว้าง ซึ่งประกอบด้วยผู้สนใจทั่วไป แล้วนำข้อสรุปเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แล้วมอบแก่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

กิจกรรมการจัดการ

1. เตรียมกลุ่มทำงาน ประกอบด้วย

1.1 กลุ่มวิชาการ

- 1.1.1 นพ. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ โรงพยาบาลภูกระดัง จ.เลย
- 1.1.2 นพ. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ สถาบันพระบรมราชชนก
- 1.1.3 นส. สุพัตรา ศรีวณิชชากร สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- 1.1.4 นาง ชาญกุล สินไชย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

1.2 กลุ่มประสานงานและจัดการ

1.2.1 ฝ่ายจัดการทั่วไป

- 1.2.1.1 นพ. อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร สปรส.
- 1.2.1.2 นาง ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา สปรส.
- 1.2.1.3 นส. สุภาวดี นุชรินทร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

1.2.2 ฝ่ายเลขานุการ

- 1.2.2.1 ดร. สาลิกา เมธนาวิณ สถาบันพระบรมราชชนก

2. การจัดทำร่างข้อเสนอ

2.1 เอกสารข้อเสนอ

2.2 เอกสารประกอบ

- 2.2.1 เอกสารจากข่าวสื่อมวลชน (ถ้ามี)
- 2.2.2 เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

3. การจัดประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น (24 กรกฎาคม 2546)
 - 3.1 กำหนดรายชื่อผู้เข้าประชุม (40 – 50 คน)
 - 3.2 เชิญผู้เข้าร่วมประชุม
 - 3.3 จัดเตรียมกำหนดการประชุม
 - 3.4 บริหารจัดการ สถานที่ อาหาร และสิ่งอำนวยความสะดวกในการประชุม
 - 3.5 จัดกระบวนการ การดำเนินการประชุม และพิธีการ
 - 3.6 สรุปการประชุม
 - 3.7 เตรียมเอกสารประกอบการประชุม
 - 3.8 ส่งเอกสารการประชุมแก่ผู้เข้าร่วมประชุมล่วงหน้า
4. การสังเคราะห์เบื้องต้น (28 กรกฎาคม 2546)
 - 4.1 เตรียมเอกสาร
 - 4.2 เตรียมนำเสนอ
 - 4.3 เตรียมสรุปสาระสำคัญเพื่อนำไปปรับปรุงร่างข้อเสนอต่อไป
5. การจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
 - 5.1 การเตรียมการประชุมห้องย่อย วันที่ 7 สิงหาคม 2546
 - 5.1.1 จัดเตรียมรายชื่อ (200 – 250 คน) และผู้เข้าประชุมเพิ่มเติม
 - 5.1.2 วางแผนกระบวนการ และจัดทำกำหนดการ
 - 5.1.3 เชิญผู้ร่วมอภิปราย
 - 5.1.4 เชิญชวนผู้สนใจ
 - 5.1.5 เตรียมเอกสารประกอบการประชุม
 - 5.1.6 เตรียมการจัดสถานที่
 - 5.1.7 เตรียมการบันทึกและสรุปการประชุม
 - 5.1.8 เตรียมการนำเสนอห้องรวม
 - 5.1.9 การสื่อสารสาธารณะ
 - 5.1.10 จัดการค่าใช้จ่าย
 - 5.2 การเตรียมการประชุมห้องรวม วันที่ 8 สิงหาคม 2546
 - 5.2.1 เตรียมผู้นำเสนอ
 - 5.2.2 เตรียมผู้บันทึกและสรุปการอภิปราย
 - 5.2.3 การสรุปรายงานมอบแก่คปรส. และผู้เกี่ยวข้อง
 - 5.2.4 การสื่อสารสาธารณะ
 - 5.3 เตรียมจัดลานสมัชชา (ถ้ามี)



สร้างเครือข่าย
ภูมิปัญญา
พัฒนาระบบ
สาธารณสุข

Creating
Partnership for
Knowledge-based
Health Systems

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

ที่ สวรส.621/2546

ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการตามนโยบาย
เลขที่: ๒๘๓/๔๖
วันที่: ๒ ก.ค. ๔๖
เวลา: 16.00 น.

[44]
ปฏิรูปแนวคิดคนไทย
สุขภาพดีไม่ใช่โรงพยาบาล

1 กรกฎาคม 2546

เรื่อง ขอสั่งบันทึกการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
ครั้งที่ 3/2546
เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
สิ่งที่ส่งมาด้วย บันทึกการประชุม จำนวน 1 ชุด

ฝ่ายเลขานุการขอสั่งบันทึกการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้าน
สาธารณสุข ครั้งที่ 3/2546 เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2546 ณ ห้องประชุมถาวร สุวรรณกิจ กรมอนามัย
มาเพื่อโปรดทราบ ดังเอกสารที่แนบมา หากมีข้อทักท้วงและแก้ไขเพิ่มเติมประการใดโปรดแจ้งให้ฝ่าย
เลขานุการทราบเพื่อแก้ไขต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ผู้ประสานงาน

โทร. 0-25901839, 0-25901870

โทรสาร. 0-25901850

11/พค ๒๕๔๖

อ.พอ

3 กค ๔๖

บันทึกการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
ครั้งที่ 3/2546

วันศุกร์ที่ 16 พฤษภาคม 2546 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุมกัณธร สุวรรณกิจ ชั้น 1 อาคาร 1 ตึกกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าประชุม

1. นพ.ดำรงค์ บุญยืน		รองประธานกรรมการ
2. นพ.รัช สุนทราจารย์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
3. นางมานิดา ภูเจริญ	ผู้แทนรองผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ	กรรมการ
4. นายบุญยงค์ เวชมนิศรี	รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
5. ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์		กรรมการ
6. ดร.เสรี พงศ์พิศ		กรรมการ
7. ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์		กรรมการ
8. นพ.ชาญชัย ติลปอวยชัย		กรรมการ
9. ทพ.สุปรีดา อุดุลยานนท์		กรรมการ
10. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ		กรรมการ
11. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ		กรรมการ
12. นพ.วิพุธ พูลเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ

ผู้ไม่เข้าประชุม

1. ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย	ที่ปรึกษา
2. นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์	ประธานกรรมการ
3. นายทศพร ศิริสัมพันธ์	กรรมการ
4. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	กรรมการ
5. ดร.สมบัติ ชำรงค์ชัยวงศ์	กรรมการ
6. ดร.นิพนธ์ พัวพงศธร	กรรมการ
7. นายสุชาติ เมืองแก้ว	กรรมการ
8. รศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์	กรรมการ
9. รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์	กรรมการ
10. นพ.ประพจน์ เกตุราภาส	กรรมการ
11. นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ	กรรมการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายสมบัติ มาสดิตยชัย
2. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
3. นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ
4. นางชากุล สินไชย
5. นางสุภาวดี นุชรินทร์
6. นายสุรศักดิ์ อธิคมานนท์
7. นส.ทัศนีย์ สุรกิจโกศล

สำนักงบประมาณ

สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

สถาบันพระบรมราชชนก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

วาระที่ 1 แจ้งให้ทราบ

วาระที่ 1.1 ประธานแจ้งให้ทราบ

นพ.ดำรงดี บุญยสิน รองประธานคณะกรรมการฯ แจ้งให้ทราบว่าอาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานคณะกรรมการชุดนี้ได้มอบหมายให้ทำหน้าที่ประธานแทน จึงขอใช้วาระนี้เพื่อหาข้อยุติร่วมกันบางประการว่า กรรมการชุดนี้มีลักษณะเฉพาะกิจ(Ad hoc) กรรมการทุกท่านที่เข้ามาทำหน้าที่เฉพาะกิจนี้ก็มาด้วย Spirit ที่ต้องการทำประโยชน์ให้ส่วนรวมเป็นหลัก ดังนั้น ที่ประชุมน่าจะหารือกันเต็มที่เพราะการทำประโยชน์ให้แก่ส่วนรวมนั้นมีเงื่อนไขทั้งสถานภาพของกรรมการชุดนี้ และเนื้อหาสาระของเรื่องที่กรรมการชุดนี้จะต้องใช้สติปัญญาความรู้ ความเข้าใจเฉพาะตัวที่จะมาร่วมกันคิด ร่วมกันเสนอ

คณะกรรมการชุดนี้มีสภาพเป็นคณะเฉพาะกิจของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (คปรส.) ที่มีอำนาจหน้าที่ชัดเจนระบุไว้ให้ดำเนินการในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกรรมการชุดนี้ว่าด้วยเรื่องกำลังคนซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการที่จะไปชี้แนะ หรือ หนุนเสริมให้กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นไปตามที่เจตนารมณ์ของพรบ.สุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการชุดนี้ต้องคิดและเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์ผ่าน คปรส.หรืออาจจะต้องมีทางเลือกเพิ่ม ทางเลือกที่ว่าหมายถึงคณะกรรมการ หรือองค์กรที่มีสถานภาพรองรับว่าจะทำงานเรื่องกำลังคนนี้ได้อย่างต่อเนื่อง ทำหน้าที่กำกับดูแลระดับนโยบายให้การส่งเสริมสนับสนุนผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นประเด็นที่ต้องนำเสนอด้วย

วาระที่ 1.2 เลขานุการแจ้งให้ทราบ

นพ.วิพุธ พูลเจริญ เลขานุการคณะกรรมการฯ กล่าวว่า ที่ผ่านมามีคณะกรรมการชุดนี้ประชุมประมาณเดือนละครั้ง ครั้งล่าสุดคือวันที่ 17 เมษายน 2546 จากนั้นทางทีมเลขฯ ได้ไปดำเนินการสังเคราะห์กรอบวิสัยทัศน์ รวมทั้งสิ่งที่ได้ไปทบทวนศึกษาเพิ่มเติมออกมาเป็นเอกสารประกอบการประชุมในครั้งนี้ ซึ่งเอกสารฉบับนี้ต้องมีการปรับไปอยู่เรื่อยๆ (evolving) แม้แต่หลังจากประชุมวันนี้ ถ้าได้มีการพิจารณาพูดคุยกันแล้วก็ยังสามารถที่จะปรับไปได้ แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ เมื่อทางทีมเลขฯส่งเอกสารไปแล้ว กรรมการหลายท่านที่ไม่ได้มาประชุมในครั้งนี้ ได้ให้ความคิดเห็นส่งมายังทีมเลขฯซึ่งแสดงให้เห็นว่ากรรมการทุกท่านได้ให้ความสนใจ มีความมุ่งมั่นที่จะช่วยเหลือให้ความเห็นต่อประเด็นต่างๆให้ชัดเจนมากขึ้น สำหรับเรื่องกรอบการทำงาน ก็เห็นด้วยกับความคิดของประธานที่ว่าถึงแม้จะทำงานภายใต้ คปรส. แต่ว่า การนำไปใช้ถ้ามีกรอบ มีวิธีการ มีกระบวนการทำงานที่ชัดเจน ในเรื่องการนำไปใช้ก็อาจจะมองไปด้วย เพื่อนำความคิดที่สังเคราะห์ขึ้นมาไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ได้

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

หน้าที่ 4 แก่คำผิด จาก การสร้างสถาบันพระบรมราชชนก เป็น "สถาบันพระบรมราชชนก"
นพ.สุวิทย์ ขอแก้ไขเป็นประเด็นนำเสนอเรื่องในหัวข้อ 3.3. การนำเสนอ "บทบาทของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ" เป็น เรื่องการนำเสนอ "ข้อเสนอแผนพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน"

หน้าที่ 5 แก้ไข Collage แก้ไข เป็น College ทั้งหมด ขอแก้บรรทัดแรก เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดสิ่งที่ต้องการ กำกับแนวทาง หรือร่วมในการผลิตกำลังคน ตรงกลางๆ หน้า ของอาจารย์เสรี ตรงที่ว่า ดังนั้นสิ่งที่รัฐจะต้องทำก็คือ การพัฒนาที่จะให้รัฐสามารถ ตรงนั้นขอให้ตัดคำว่า "ที่" ออกไป บรรทัดสุดท้ายเดิม "มี" เป็น "เรื่องสุขภาพก็มีความไวในการเปลี่ยนแปลง"

หน้าที่ 6 บรรทัดที่ 4 จากข้างล่าง "ประเทศไทยเองก็มีศักยภาพในเรื่องบริการด้านสุขภาพอยู่มาก"

หน้าที่ 7 เดิมคำว่า "มี" ตรงที่ขีดเส้นใต้ตรงที่ "เมื่อเราเห็นภาพนั้นแล้วสิ่งที่ต้อง Focus ก็คือ ปัญหาที่ระบบตลาดแก้ไขไม่ได้ ขณะเดียวกัน ก็มีปัญหาที่ระบบราชการแก้ไขไม่ได้เช่นกัน"

ถัดไปตรงที่ว่า "การทำงาน"

หน้าที่ 8 แก้ไข "ภาษา" เป็น "ภาษา"

วาระที่ 3 เรื่องเพื่อพิจารณา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ให้ข้อมูลว่า คปรส. จะหมดอายุเดือนสิงหาคมปี 2546 แต่ว่า คปรส. ได้เสนอ คณะรัฐมนตรี (ครม.) เพื่อขอแก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อขยายเวลาออกไปอีก 1 ปี ซึ่งขณะนี้ยังไม่นำเสนอ ครม. ดังนั้นขณะนี้ยังต้องถือว่า คปรส.จะหมดอายุเดือนสิงหาคม 2546 แต่ในอีก 2 เดือนข้างหน้า เมื่อนำเรื่องเสนอ ครม.และถ้าได้ต่ออายุ คปรส. ก็จะขยายระยะเวลาถึงเดือนสิงหาคมปี 2547 ตามที่ประธานให้ข้อมูล แต่ถ้าไม่มีการต่ออายุ คปรส. ต่อไปอีก คปรส.ก็จะหมดอายุเดือนสิงหาคม 2546 นี้

ประเด็นสืบเนื่องคือเรื่องคำสั่งที่แต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้เป็นคำสั่งที่รองนายกรัฐมนตรีจตุรนต์ ฉายแสง แต่งตั้งไว้ตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2546 โดยระบุหน้าที่ไว้ 5 ข้อ ซึ่งสาระหลัก คือ 1) ให้สังเคราะห์ภาพรวมเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุขของชาติระยะสั้นและระยะยาวและ 2) สนับสนุนการสร้างความรู้ระบบข้อมูลข่าวสารติดตามประสานให้เกิดผลตามแนวนโยบายยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง 3) เสนอแนะและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพกลไกต่างๆ โดยสรุปประเด็นจากคำสั่งก็จะพบว่า คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่หลัก 2 เรื่องคือ ข้อที่ 1 ให้นำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ข้อที่ 2 ให้เสนอเชิงกลไก ดังนั้นคิดว่า ถ้าคณะกรรมการจะนำเสนอ งานอะไรก็ตามควรจะต้องคำนึงถึงเวลาของคปรส.ที่จะหมดอายุ ขณะเดียวกันควรจะมีข้อเสนอเชิงกลไกประกอบด้วย เมื่อพิจารณาจากสิ่งที่คณะกรรมการควรนำเสนอก็พบว่าทางเลือกของการทำงานเสนอต่อ คปรส. น่าจะมีลักษณะดังนี้ ทางเลือกที่ 1 นำเสนอเฉพาะข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ส่วนใครจะไปทำก็เป็นเรื่องของกลไกทางเลือกที่ 2 นำเสนอเฉพาะเรื่องของกลไกเพื่อไปพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ต่อไป หรือทางเลือกที่ 3 คือนำเสนอทั้งแนวข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ในลักษณะที่ชัดได้เท่าใดก็เท่านั้นพร้อมกลไก จากการประชุมที่ผ่านมาเชื่อว่า คณะกรรมการสามารถเสนอได้ทั้งสองเรื่องคือทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมทั้ง กลไกดำเนินการ

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์นั้น นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้สังเคราะห์และเสนอต่อ คปรส. ซึ่งประกอบด้วย 3 เรื่องคือ 1) เรื่องสร้างความรู้ 2) เรื่องการเชื่อมต่อกับชุมชน ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้ก็จะต้องทำงานต่อจากข้อเสนอที่มีการนำเสนอไว้ การประชุมครั้งแรกจึงได้แยกการทำงานเป็น สองขา คือ ขาที่หนึ่ง เป็นเรื่องการทำงานกับชุมชน ขาที่สอง ทำเรื่องที่เชื่อมโยงกับ Macro Policy ซึ่งทั้งสองชุดก็น่ากลับมาเสนอในการประชุมครั้งที่ 2 ซึ่งจาก

รายงานการประชุมพบว่า คณะกรรมการให้ความเห็นไว้ดี ชัดเจนและกว้างมาก ดังนั้นสิ่งที่น่าจะเห็นจากการประชุมวันนี้ คือ สรุปกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ เนื่องจากวาระที่ 3 กำหนดไว้ว่า สิ่งที่คณะกรรมการจะร่วมกันหารือต่อไปจะเป็นแผนพัฒนาระบบกำลังคน ซึ่งคิดว่าแผนเป็นเรื่องที่ต้องตามมาหลังจากมีการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ จากนั้นจึงมาถึงยุทธวิธี กลวิธี มาตรการและท้ายที่สุดจะเป็นแผน พร้อมกันนั้นก็จะเป็นข้อเสนอกลไกการทำงาน

นพ.ดำรงค์ บุญยสิน กล่าวว่า สิ่งที่คณะกรรมการควรทำเป็นข้อเสนอแนะ มีน้อยใหญ่ๆ ได้สองนัย ซึ่งเชื่อว่าคณะกรรมการควรจะต้องเสนอทั้งสองนัย โดยลำพังของข้อเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์เองก็ไม่ได้มีมรรคผลเบ็ดเสร็จโดยตัวของข้อเสนอที่ คปรส. จะนำไปตัดสินใจและพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อสาธารณะได้ในทันทีโดยไม่ต้องมีกลไกใดมาสืบสานต่อเนื่องไป ข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์นั้นต้องการนัยที่สองด้วย ซึ่งหมายถึงกลไกที่ต้องดำเนินการและทำให้แน่ใจว่าข้อเสนอถูกนำไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงตามเจตนารมณ์ของ ข้อเสนอในนัยที่หนึ่ง จึงเสนอต่อที่ประชุมรับพิจารณาข้อคิดเห็นไว้ด้วยก่อนที่จะไปพิจารณาในวาระที่ 3

ดร.เสรี พงศ์พิศ กล่าวว่า ถ้าคณะกรรมการมีการนำเสนอข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน พร้อมทั้งเสนอกลไกที่จะนำกลไกและยุทธศาสตร์นั้นไปปฏิบัติด้วยน่าจะเป็นเรื่องดี ขณะเดียวกันต้องชัดเจนว่ายุทธศาสตร์กับกลไกที่นำเสนอแนะไปด้วยกันหรือไม่และแปลว่าอะไร อาจจะช่วยให้คณะกรรมการเกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงานมากขึ้น

พญ.สุพัทธรา ศรีวณิชชากร นำเสนอข้อสรุปประกอบวาระเพื่อพิจารณาว่า จะใช้เอกสารฉบับร่างวันที่ 15 เมษายน 2546 ซึ่งเป็นเอกสารฉบับปรับปรุงล่าสุด และลักษณะของข้อเสนอในเอกสารแต่ยังคงไม่ใช่รายละเอียดที่เป็นแผนพัฒนาระบบ โดยมีเนื้อหาสังเขปดังนี้

รายละเอียดของเอกสารส่วนแรก ได้ให้ความหมาย และขอบเขต ของคำว่า “ระบบกำลังคน” ด้วยเพราะเป็นเรื่องที่กรรมการหลายท่านมองว่าเป็นเรื่องใหญ่ มีหลายเรื่องที่รวมไว้ภายใต้เรื่องระบบกำลังคนสำหรับเรื่อง การดำเนินการนั้นมีรายละเอียดไว้ในตอนท้าย

ส่วนที่เป็น แนวคิด ของข้อเสนอฉบับนี้วางอยู่บน กฎหมายรัฐธรรมนูญ รวมทั้งร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติซึ่งกำหนดว่าเป้าหมายและทิศทางของสุขภาพเป็นอย่างไร

ส่วนที่เป็นลักษณะการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ก็เสนอเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในด้านที่เป็นเรื่องสำคัญที่ชี้ให้เห็นทิศทางของการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น คือ ประเด็นที่เป็นภาพของความต้องการด้านสุขภาพในอนาคตนั้นจะมีความหลากหลาย มีประเด็นที่จะต้องมีการนำประชาชนเข้ามีส่วนร่วมมากขึ้น ประเด็นของระบบบริการที่ต้องการในอนาคตซึ่งต้องสามารถตอบสนองความซับซ้อนและปัญหาทางสังคมต่างๆเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นเป็นประเด็นสืบเนื่องจากการที่จะสามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายนั้น จะต้องคิดถึงการกระจายอำนาจระดับพื้นที่ให้มากขึ้นซึ่งไม่ได้ใช้เฉพาะ Macro plan ที่ดำเนินการในส่วนกลางแต่เพียงอย่างเดียว

ที่ประชุมสรุปค่อนข้างตรงกันว่า ภายใต้การพัฒนาในอนาคตนั้นจะต้องพยายามแยกออกมาให้เห็นชัดว่าระบบสุขภาพต้องคิดสองขา คือ ขาเพื่อการสร้างสุขภาพและขาเพื่อการดูแลรักษาการเจ็บป่วย เพราะถ้าไม่พูดแยกกันให้ชัดเรื่องของการสร้างสุขภาพมักจะถูกละเลยและมองข้าม และการสร้างสุขภาพก็จำเป็นต้องเร่งสร้างฐานรากและการเริ่มต้นของเรื่องนี้ให้ได้

เรื่องของระบบกำลังคนก็เป็นการให้คำจำกัดความให้เห็นชัดว่าเรื่องระบบกำลังคนในที่นี้ หมายถึงบุคคลที่มีวิชาชีพ และบุคคลอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ การตรวจ การวินิจฉัย และการป้องกัน การทำงานของระบบกำลังคนจะต้องเป็นไปเพื่อการตอบสนองความหลากหลาย และพัฒนาให้เกิดความเข้มแข็งทางปัญญาให้ได้ ซึ่งภาพสรุปมีรายละเอียดแสดงไว้ในหน้าที่ 6-8 (ในเอกสารประกอบการประชุมตามวาระ) ซึ่งมีข้อสรุปที่ได้หารือกันไปแล้วว่า คงต้องมองเป็นสองขาใหญ่ คือ การสร้างสุขภาพที่เป็นระบบที่ต้องคิดกว้างไปกว่าเรื่องของกระทรวง สา

ธารณสุข กว้างไปกว่าเรื่องการบริการทางการแพทย์ ซึ่งรายละเอียดจะเป็นอย่างไรนั้นยังไม่สามารถกำหนดได้ในตอนนี้ ส่วนข้อสรุปเรื่องการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยนั้น จะเป็นเรื่องของการทบทวนโครงสร้างเดิม และหาวิธีการทำงานใหม่ๆ และทำให้ฝ่ายผลิตหันมาคิดเรื่อง Demand ให้มากขึ้น รวมถึงต้องพยายามสร้างการมีส่วนร่วมให้ได้

ส่วนที่สอง เสนอประเด็นเกี่ยวกับปัญหาของระบบบริการและกำลังคน ในเอกสารได้นำเสนอปัญหาของระบบว่า

- ปัญหาเรื่องการกระจายเป็นเรื่องใหญ่
- ปัญหาเรื่องการวางแผนที่ผ่านมาเป็นปัญหาที่ไม่ได้ใช้ความจำเป็นด้านสุขภาพเป็น ตัวตั้งมากนัก
- วิธีการวางแผนแต่เดิมเป็นการวางแผนด้วยภาพที่เป็นMacroที่มีธรรมชาติใช้ค่าเฉลี่ยของภาพรวม การวางแผนขาดการมองภาพในระดับพื้นที่หรือระดับจุลภาค
- การพัฒนาที่ผ่านมาเน้นที่บุคลากรในวิชาชีพเป็นหลัก การมองไปสู่วิถีชีวิตของประชาชนหรือบุคลากรสายอื่นยังมีค่อนข้างน้อย
- เน้นการรักษาเป็นส่วนมาก
- ขีดความสามารถของบุคลากรยังไม่ทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย
- แม้ปัจจุบันมีเรื่องการปฏิรูประบบบริการสุขภาพแต่ก็ยังเป็นการให้น้ำหนักกับเรื่องการเงินการคลัง ในขณะที่เรื่องกำลังคนและการปฏิรูปบริการยังไม่ได้ได้รับความสนใจมากนัก ทำให้การปฏิรูปไปไม่พร้อมกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบด้านลบค่อนข้างมาก
- ที่ผ่านมานโยบายกำลังคนเน้นหนักที่การกระจายวิชาชีพ
- การบริหารจัดการกำลังคน เน้นไปที่เรื่องของค่าตอบแทนแต่เพียงอย่างเดียวโดดๆ ไม่ได้มองเรื่องอื่นๆ ไปพร้อมๆ กัน
- ขอบเขตของการวางแผนกำลังคนในอดีตมุ่งเน้นที่กำลังคนในภาคราชการ ไม่เน้นกำลังคนในภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขณะเดียวกันก็เน้นที่วิชาชีพหลัก ไม่มองในภาพรวม โดยใช้โครงสร้างสถานพยาบาลเป็นหลัก
- การวิจัยเกี่ยวกับกำลังคนที่ผ่านมามีลักษณะเป็นการวิจัยเพื่อการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการวิจัยเพื่อการวางแผนระยะยาวยังมีน้อย
- การวางแผนกำลังคนมีลักษณะเป็นการวางแผนเพื่อแก้ปัญหามากกว่า เป็นการเตรียมตัวรับและเตรียมความพร้อม

ส่วนที่สาม เสนอทิศทางของการพัฒนาระบบกำลังคน ประเด็นนี้เป็นเฉพาะเรื่องของทิศทาง เพราะการพัฒนาของคณะกรรมการชุดนี้ยังไปถึงเรื่องนี้ไม่ได้ชัดเจนมากนัก (รายละเอียดแสดงในเอกสารการประชุม)

นพ. ดำรงค์ บุญยืน เสนอว่าไม่ว่าจะเป็นเนื้อหาสาระหรือกลไกที่จะทำงานต่อไปในอนาคต จะต้องเกี่ยวข้องกับการใช้อำนาจในระดับนโยบาย เพราะโดยเนื้อหาของข้อเสนอ นั้นมีนัยของการใช้อำนาจ นอกจากนั้น กลไกที่จะทำงานต่อไปก็ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบเชิงอำนาจในระดับนโยบาย และใช้กลไกนี้ในการที่จะทำให้เกิดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

นพ. สันต์ หัตถิรัตน์ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งกรรมการชุดนี้ขึ้นมา เพื่อที่จะหาแนวทางใหม่ๆ จึงให้ความสำคัญกับเนื้อหาสาระและความเป็นประโยชน์ของข้อเสนอต่อประเทศ แต่คิดว่าเป็น ข้อเสนอที่ยังกังวลอยู่กับอำนาจที่จะต้องจัดตั้งสำนักงานใหม่ของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน ข้อเสนอใน

เอกสารที่ออกมา คิดว่ากลับไปสู่กรอบของกระทรวงสาธารณสุขแบบเดิมที่ทุกอย่างยึดไว้กับกระทรวงสาธารณสุข แล้วก็ทำอะไรหรือแก้ไขอะไรไม่ได้ ในข้อเสนอพยายามเขียนไว้เป็นนามธรรมว่า จะให้สถาบันผลิตบุคลากรสาธารณสุขมีวิธีการผลิตแนวใหม่ ซึ่งก็พยายามปรับมานานแล้วแต่ก็ไปไม่ได้ เพราะฉะนั้น วิธีเสนอนี้คิดว่าเป็นการเสนอเข้าสู่กรอบเดิมซึ่งไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิรูปอะไรขึ้นได้

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ การแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้เป็นการ exercise ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ แม้ว่าจะยังไม่ได้ออกมาเป็นพรบ. แต่ก็ป็นจังหวะที่ดีว่าได้วางประเด็นกำลังคนให้เป็นเรื่องสำคัญและเขียนไว้ในมาตรา 85 ว่า "จัดให้มีกลไกพัฒนาศาสตร์บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ" ซึ่งไม่ได้หมายความว่าต้องเป็นแบบเก่า ความหมายคือ ต้องมีกลไกเฉพาะดังกล่าวเกิดขึ้น พรบ.นี้ก็ไม่ได้รับรู้ว่าทุกอย่างอยู่ที่อำนาจรัฐ ดังนั้น ชัดเจนว่า การเคลื่อนไหวของสังคมต้องร่วมกันระหว่างรัฐ วิชาการและภาคพลเมือง ซึ่งก็คือ สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เพราะฉะนั้นไม่ว่ากลไกหรือเครื่องมือ หรือยุทธศาสตร์ใด ก็ต้องเคลื่อนไหวใน 3 ลักษณะนี้เสมอ

จากแผนภูมิหน้า 7 ของร่างเอกสารนำเสนอ เป็นห่วงว่าการวางระบบสุขภาพไว้สองขา คือด้านสร้างกับด้านซ่อมจะยังทำให้สิ่งที่เรากำลังเคลื่อนปฏิรูปเข้าสู่ร่องเดิม คือ การพัฒนาด้านการดูแลความเจ็บป่วยจะได้รับการพัฒนามาก ขณะที่หัวใจของการสร้างสุขภาพกลับไปอยู่ที่ศักยภาพการพึ่งตัวเองซึ่งน้อยคือแบกไว้บนไหล่ของชาวบ้านทั้งหมด แต่ในความจริงแล้ว การรักษาโรคก็มีมิติการสร้างสุขภาพด้วยซึ่งไม่ได้อยู่ที่การพึ่งตนเองของประชาชนเท่านั้น หากยังขึ้นอยู่กับรัฐ ขึ้นอยู่กับนโยบายด้วย

สิ่งที่กำหนดไว้ในร่างพรบ.บางส่วนยังไม่ได้ถูกนำมาพิจารณา หรืออาจจะมิต่างหายไปจากความสำคัญ ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ ในหมวดที่ว่าบุคลากรด้านสาธารณสุข พูดถึงแนวทางประกอบยุทธศาสตร์เอาไว้บ้าง เช่น ระบุว่า การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์วางแผนกำลังด้านสาธารณสุข ต้องสอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7 จึงต้องมีภาพของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7 ภาพของบุคลากรรวมทั้งระบบการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอในการผลิตพัฒนา รักษาไว้ซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดสำหรับสาธารณะเพื่อให้เกิดการกระจายที่ดี อย่างนี้หมายความว่าเราจะต้องมาเน้นบุคลากรบางสาขาที่ให้ประโยชน์สาธารณะมากกว่าประโยชน์ส่วนตัวหรือไม่ หรือว่าต้องสนับสนุนคนในชุมชน ในท้องถิ่นให้ศึกษาและกลับไปปฏิบัติงานในท้องถิ่นของตน ถ้าแนวคิดอย่างนี้เป็นยุทธศาสตร์ใหญ่ก็ต้องยกมาเน้นว่าเป็นยุทธศาสตร์ ดังนั้นจึงควรเริ่มต้นที่ยุทธศาสตร์นี้ ไม่กลับไปเริ่มที่แผนหรือมาตรการในเรื่องการวางแผนกำลังคนแบบเดิม ซึ่งอยู่ในบริบทเดิม

ประเด็นเรื่องการ Design กลไกนี้ไม่ใช่เรื่องอำนาจแต่พยายามที่จะจัดให้อยู่ระหว่างกลางของรูปสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เพื่อจะมาทำงานเชื่อมในภาคส่วนต่างๆ ให้เคลื่อนไหว หน้าที่ของกลไกนี้จะต้องทำหน้าที่เชื่อมประสานระหว่างกลางของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา กลไกดังกล่าวไม่ใช่องค์กรแบบใหม่ที่เข้ามามีอำนาจเรื่องกำลังคน แต่เป็นกลไกประสานและสนับสนุน (Facilitate) ให้สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเรื่องกำลังคนเคลื่อนไปได้

ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์ ให้ความเห็นประเด็นแนวคิดและองค์ประกอบ เห็นว่าประเด็นเรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพยังมีมิติอื่นๆ นอกเหนือจากเรื่องบริการ รวมทั้งเรื่องสถานการณ์จริงเกี่ยวกับเรื่อง policy driven หรือ market driven เพราะบางกรณีอาจพบว่ามีอุปทานเกิดแต่ไม่มีอุปสงค์ ก็เป็นเรื่องที่ policy driven เพื่อที่จะไปตอบสนอง หรือระบบเพื่อสร้างสุขภาพต้องการ policy driven ขณะที่ระบบเพื่อการดูแลความเจ็บป่วยต้องการ balance ระหว่างอุปสงค์และอุปทาน ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาในการพิจารณาในรายละเอียดเพิ่มเติม

ประเด็นที่คิดว่ามีปัญหาในข้อเสนอคือ ส่วนที่ 3 ซึ่งรู้สึกว่ายังสับสนในแง่ว่าเป็นทิศทางหรือแนวทาง ตัวอย่างเช่น ในข้อ 3.3. เป็นประเด็นควรมีสภาพเป็นทิศทางแต่ก็กลับไปเป็นแนวทาง นอกจากนี้จะต้องหาความ

ชัดเจนเพิ่มเติมสำหรับข้อเสนอที่มีความเห็นว่าเป็นข้อเสนอที่ติดกรอบ ยึดติดกระทรวงคิดว่าเป็นประเด็นใหญ่ ที่ต้องหาข้อยุติ และถ้าจะปรับแก้จะต้องทำอย่างไร

นพ.ชาญชัย ศิลปอวยชัย เสนอว่าข้อเสนอซึ่งเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ที่จะนำไปดำเนินการต่อหรือไม่ นั้นคงจะต้องคำนึงถึงภาคการเมือง ภาคการเมืองต้องการสิ่งที่เป็นข้อเสนอที่เป็นรูปธรรม เข้าใจได้ง่ายและนำไปสั่งการได้ จากนั้นก็เป็นเรื่องของปฏิบัติที่จะไปคิดขบวนการเอง เห็นด้วยกับข้อสรุปของทีมเลขาฯ ที่ดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นของกรรมการแล้วนำมาสรุป แต่พอพิจารณาตามเงื่อนไขที่กล่าวข้างต้นสำหรับการนำไปปฏิบัติโดยผ่านภาคการเมืองคิดว่ายังไม่ตรงตามลักษณะที่ควรจะเป็น ข้อเสนอคือ ควรจะเสนอบทสรุปตามเนื้อหาทั้งหมดเป็น 3 ส่วนหลัก ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นเรื่องของความเป็นมา สภาพปัญหา และแนวคิดในการแก้ปัญหา เป็นอารัมภบทก่อนที่จะดำเนินการสรุป ส่วนที่ 2 เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ตัวอย่างเช่น ข้อเสนอยุทธศาสตร์ที่พูดถึงการสร้างบุคลากรที่พึงประสงค์ ยุทธศาสตร์การสนับสนุนหรือส่งเสริมการสร้างสุขภาพนำชมสุขภาพ ยุทธศาสตร์การกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างภาคสาธารณสุขกับกลุ่มอื่นๆ หรือยุทธศาสตร์การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปสู่พื้นที่ ส่วนที่ 3 ข้อเสนอที่เป็นเรื่องของกลไกระยะสั้นและระยะยาวที่จะนำไปสู่ยุทธศาสตร์นั้นๆ ได้ ตามข้อเสนอของนายแพทย์สุวิทย์ ทำให้เห็น ชัดเจนว่าภาคการเมืองจะทำอะไร สำหรับ ส่วนที่ 4 ของข้อเสนอในเอกสารฉบับนี้จะเป็นเรื่องของแผนงานที่จะต้องทำอะไรบ้าง ซึ่งถ้าเราสรุปข้อเสนอในลักษณะนี้ ภาคการเมืองจะสามารถเข้าใจได้ว่าจะต้องสั่งการหรือดำเนินการอย่างไร เพื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

นพ.ดำรงค์ บุญยสิน สรุปได้ว่าสิ่งที่ฝ่ายเลขาฯ ดำเนินการมาเป็นสิ่งที่มีคุณค่าตามสมควรแล้ว แต่ยังต้องมีการทำอะไรก่อนนำเสนอ คือ จัดให้มี Intensive Meeting เพื่อให้มาซึ่งประเด็นที่ต้องเน้นเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์และทำให้ชัดเจนขึ้นว่า ในเอกสารข้อเสนอนั้นต้องประกอบด้วย 4 ส่วนเป็นอย่างน้อยได้แก่ ความเป็นมา สภาพปัญหาของระบบกำลังคนด้านสุขภาพในภาพกว้าง เรื่องแนวคิดต่างๆ ที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญรวมทั้งกฎหมายลูกที่เกี่ยวข้อง ส่วนต่อมาจึงเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในทิศทางตามเจตนารมณ์ของกฎหมายต่างๆ เหล่านั้น และสามารถที่จะจัดการกับสภาพปัญหาที่เสนอไว้ในส่วนแรก ส่วนสุดท้ายก็เป็นเรื่องของแผนงานที่ต้องมีการไปดำเนินการต่อ

อีกประเด็น คือ คปรส.มีสภาพเหนือกระทรวงและไม่ใช้กระทรวงเดียวด้วย การที่จะใช้ประโยชน์จาก ข้อเสนอที่จะเกิดขึ้นหลังจากการไปทำ Intensive Meeting จึงอยู่ที่ความเห็นประโยชน์ของข้อเสนอ และการเห็นประโยชน์ของกลไก ประเด็นนี้ต้องการทำความเข้าใจ

นายบุญยงค์ เวชมนิศรี เสนอว่า ต้องพัฒนาแผนพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นเฉพาะ ซึ่งต้องใช้กำลังอีกมาก คือ ต้องศึกษาเรื่องสถานการณ์ แนวโน้มต่าง ๆ ของกำลังคนในอนาคต การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และข้อจำกัดของการพัฒนากำลังคนทั้งหมดนี้เป็นอย่างไร จากนั้นจึงจะนำไปสู่การสร้างวิสัยทัศน์และวัตถุประสงค์เป้าหมายการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขจะเป็นอย่างไร และยุทธศาสตร์ที่จะให้เป็นไปตามสิ่งที่เราอยากเห็นนั้นเป็นอย่างไร ต่อไปจึงเป็นเรื่องของกลไกการบริหารจัดการ และสืกลงไปจนถึงแผนงาน ทั้งหมดนี้ต้องใช้เวลาเพื่อพัฒนารายละเอียด แต่ถ้าเป้าหมายการทำงานไม่ใช่เรื่องของแผนงานเฉพาะเรื่อง แต่เป็นเรื่องของยุทธศาสตร์และกลไกการพัฒนาซึ่งก็เป็นงานที่มีระดับความกว้างลดลงกว่าแบบแรก แต่จะมีความชัดเจนในทิศทางของนโยบายและยุทธศาสตร์หลัก ๆ รวมกับข้อเสนอที่เป็นกลไกการทำงานเพื่อให้เกิดผลตามยุทธศาสตร์ต่อไป

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่า เรื่องนี้เคยเสนอยุทธศาสตร์ไว้แล้ว 3 เรื่องคือ ยุทธศาสตร์ทางปัญญา ยุทธศาสตร์ทางกลไก และยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วม และพร้อมกับระบุว่าทั้ง 3 ยุทธศาสตร์นี้รับหลักการไปแล้ว ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้คงต้องพิจารณาว่าเห็นชอบตามข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ทั้ง 3 ยุทธศาสตร์นั้นหรือไม่ ประเด็นนี้ก็

ทางเลือกที่จะดำเนินการต่อไปในรายละเอียดลงลึกไปตามกรอบยุทธศาสตร์ทั้ง 3 เรื่องนั้น หรือจะนำยุทธศาสตร์ทั้ง 3 นั้นมาพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อเสนอที่ดำเนินการมาโดยกรรมการชุดนี้ จากนั้นก็บูรณาการและจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ชุดใหม่ พร้อมข้อเสนอกลไกการทำงานให้ลงลึกต่อไปอีก

นพ.ดำรงค์ บุญยสิน ถามที่ประชุมเกี่ยวกับเรื่องยุทธศาสตร์กำลังคนที่เสนอไว้เดิมว่าดำเนินการไปแล้วตั้งแต่เมื่อใดอย่างไร

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เป็นเรื่องที่เกิดจาก คปรส. ซึ่งเกิดขึ้นก่อนตั้งคณะกรรมการฯ ชุดปัจจุบัน ซึ่งประธาน คือ รองนายกฯ จตุรนต์ ซึ่งทำหน้าที่แทนนายกรัฐมนตรี มีการปรารภว่าเรื่องกำลังคนเป็นเรื่องใหญ่ นพ.สุวิทย์ กับคณะได้ดำเนินการสังเคราะห์และนำเสนอคปรส. กับหลักการ และให้มีการตั้งกลไกใน สวรส. ขณะเดียวกันก็ตั้งคณะกรรมการชุดนี้ขึ้นมาดำเนินการ โดย สวรส. ทำหน้าที่เป็นเลขานุการ

ประเด็นที่อยากเสนอเพิ่มเติมต่อที่ประชุมคือ ถ้าเสนอเรื่องนี้แบบยากจะไม่ไปไหน จะต้องเป็นแบบง่าย แต่พอคิดแบบง่ายก็พบว่า ปัญหาเรื่องกำลังคนมีอยู่มาก แต่พอลองคิดต่อว่าปัจจุบันมีปัญหาสำคัญในเรื่องกำลังคนอยู่ที่ไหน ตัวอย่างเช่น พบว่า 1. กำลังคนเดิมเป็นข้าราชการเสียมากและอยู่กับกระทรวงก็ติดปัญหาเรื่องการลดอัตรากำลัง 2. ท้องถิ่นก็กำลังเติบโตขึ้นตามพรบ.กระจายอำนาจ 3. กำลังคนสาธารณสุขในชนบทกำลังขาดแคลน 4. ในภาคชุมชนมีการเคลื่อนเรื่องสุขภาพแล้วบางส่วนเป็นต้น ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าถ้าลองพิจารณาดูก็จะพบว่าปัญหาใหญ่ๆ ในเรื่องกำลังคนจริงๆ ขณะนี้ คืออะไร ต่อมาจึงเป็นเรื่องการวิเคราะห์ถึงโอกาสการพัฒนาเช่น ขณะนี้มีการดำเนินการตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพ ซึ่งเมื่อผนวกกับความพร้อมในเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เช่น ความพร้อมขององค์กรท้องถิ่นที่ต้องการจะเข้ามาดูแลคนหรือมาสนับสนุนการผลิตกำลังคน และปรากฏการณ์อื่นๆ ก็ถือเป็นโอกาสในการปฏิรูปเกี่ยวกับเรื่องกำลังคนที่เกิดขึ้น

นพ.ธวัช สุนทราจารย์ เสนอว่าที่ประชุมดูจะเห็นพ้องกันว่าข้อเสนอที่พัฒนาขึ้นมาสมควรมีการนำกลับไปจัดทำเพื่อให้กระชับ และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติได้ โดยที่หน้าจะมีทั้งกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งกลไกในการที่จะนำไปปฏิบัติด้วย สำหรับส่วนของกรอบยุทธศาสตร์นั้น อะไรที่ลึกลงไปในระดับจุลภาคเกินไปก็ควรตัดออก สิ่งปัจจุบันทำอยู่แล้วก็นำไปไว้ในบทแรกในส่วนของสถานการณ์ปัจจุบัน ส่วนที่ต้องปรับในระยะสั้นซึ่งนพ.สุวิทย์ได้เคยเสนอมาตรการต่างๆ เป็นต้นว่า มาตรการการศึกษา มาตรการการเงินการคลัง ก็ถือว่าเป็นกลไกที่จะนำไปสู่การปฏิบัติหรือนำมาตรการไปใช้ในระยะสั้น สำหรับระยะยาวคิดว่าไม่น่าจะทิ้งและเป็นเรื่องที่ย่อเยิ่นทำหายกลไกระยะยาวนี้ขอเสนอประเด็นถึงปรัชญาที่จะสามารถ Shift การทำงานกำลังคนให้มาสู่ Demand side ได้หรือไม่ ซึ่งเรื่องนี้ก็มีคำถามว่าเราจะ Extract demand จากประชาชนและชุมชนซึ่งเป็นผู้ใช้บริการออกมาได้อย่างไร รวมทั้งกลไกที่จะทำให้ผู้ให้บริการ Response ต่อ Demand ของผู้ใช้บริการได้อย่างเต็มที่อย่างไร ถ้าผู้ซื้อ response ต่อความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นตัวตั้ง ลักษณะของการซื้อบริการก็ต้องมีการทำพันธะสัญญา (TOR) ที่จะหา ผู้รับจ้างที่จะให้บริการกับประชาชน เรื่องนี้เป็นเงื่อนไข เป็นข้อกำหนดให้ผู้ให้บริการต้องพัฒนาบริการให้เป็นไปตาม TOR ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวก็มีเรื่องของกำลังคนเป็นข้อกำหนดส่วนหนึ่งอยู่ด้วย ทางผู้ให้บริการจะต้องมีการปรับทั้งในเรื่องการกระจายและการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดคุณภาพในการบริการ ซึ่งจะกระทบต่อไปถึงผู้ผลิตที่จะต้องผลิตด้วยจำนวน ปริมาณ และคุณภาพ ให้เป็นไปตาม TOR ที่ผู้ซื้อบริการกำหนด แม้ว่าเรื่องนี้จะได้มีการหารือกันในคณะกรรมการแล้ว แต่อยากเสนอให้มีเรื่องนี้เป็นกลไกระยะยาว โดยเริ่มจาก Demand side ซึ่งถ้าเรื่องนี้แน่นและแข็ง ก็จะกระทบต่อไปยังผู้ซื้อบริการ ผู้ให้บริการ ซึ่งกลไกตรงนี้ก็เป็นกลไกระดับมหภาคที่ควรนำเสนอต่อ คปรส. ต่อไป

พญ.สุพัทธา ศรีวณิชชากร เสนอคณะกรรมการพิจารณาความชัดเจนของเนื้อหาเกี่ยวกับกลไก รวมทั้งการพิจารณาของสิ่งที่คณะกรรมการจะต้องดำเนินการ เนื่องจากการประชุมครั้งก่อนมีการหารือกันในเรื่องนี้แต่ยังไม่มีข้อ

สรุปแน่ชัดว่าเนื่องจากงานจะมีขนาดไหน ความเห็นบางส่วนเสนอว่าจะยังไม่สามารถลงรายละเอียดในเนื้อหาของนโยบายและยุทธศาสตร์ เพราะเวลาที่มีไม่เพียงพอที่จะดำเนินการได้ ซึ่งในที่นี้ก็มีทางเลือกที่จะดำเนินการได้อีกทางคือ การเลือกประเด็นที่เรียกว่าเป็นจุดคานงัดที่ชัดเจนว่าจะมีประเด็นใดบ้าง จากนั้นก็คิดต่อว่าจะทำให้เกิดการดำเนินการในประเด็นนั้นให้มีรายละเอียดลงลึกไปว่าจะทำอย่างไร ตัวอย่างเช่น เริ่มต้นจากประเด็นเรื่องเกี่ยวกับวิทยาลัยชุมชน หรือ ประเด็นบริการปฐมภูมิ จากนั้นก็คิดต่อในรายละเอียดว่าถ้าจะดำเนินการต่อจนฝายนโยบายรับไปดำเนินการได้นั้นจะมีข้อปฏิบัติ หรือวิธีการทำงานต่ออย่างไร

ดร.เสรี พงศ์พิศ เห็นว่าส่วนที่สำคัญไม่ใช่ไกลไกล แต่เป็นส่วนที่ต้องแสดงให้เห็นวิสัยทัศน์ ว่าสังคมวันนี้เป็นอะไรและกำลังไปทางไหนซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องคาดการณ์ให้ชัด เพราะถ้าชัดเจนก็จะเปรียบเสมือนเรามี spotlight ดวงใหญ่ที่จะฉายให้เห็นว่าทุกอย่างที่จะตามมานั้นเกิดจากความเข้าใจว่าสังคมขณะนี้เป็นอย่างนี้ กำลังจะเคลื่อนไปทางไหนอย่างไร มีศักยภาพอะไร มีปัญหาอะไรที่เกิดขึ้นจริง เพราะวาระระยะสั้นและระยะยาวที่ว่ำนั้น ไม่ได้แยกเป็น 2 อัน ระยะยาวก็มีฐานต่อจากระยะสั้นนี้ซึ่งอยู่บนฐานคิดเดียวกัน บนวิสัยทัศน์เดียวกัน ตัวอย่างเช่น ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของสังคมวันนี้และในอนาคตที่เป็นสังคมเรียนรู้เป็นสังคมเครือข่ายไม่ใช่สังคมที่สั่งการ ซึ่งไม่ใช่เฉพาะสังคมของคนที่อยู่ในสถาบันเท่านั้น เพราะชุมชนเองเขาก็เรียนรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพด้วย เช่น เรียนรู้ว่าการดูแลสุขภาพและการป้องกัน เป็นเรื่องเดียวกัน ถ้าเป็นอย่างนี้ระบบคุณค่าหลายอย่างที่เกิดขึ้นตัวเรามองเห็นสิ่งเหล่านั้นหรือไม่ เพราะถ้ามองเห็นสิ่งนี้ก็จะเป็นฐานที่จะช่วยให้เราเห็นภาพระบบสาธารณสุขที่จะตอบสนองสังคมที่กำลังเปลี่ยนไป ประเด็นนี้สำคัญเพราะว่าความไม่มีประสิทธิภาพหลายอย่างเกิดมาจากการไม่มีความสามารถในการถอดรหัสเครื่องหมายของกาลเวลา คำนี้เป็นคำที่ใหญ่ที่นำมาจาก การสังคายนาวาติกันครั้งที่ 2 ของแคทอลิก ระหว่างปี 1963-1965 ที่ใช้เวลา 3-4 ปี ที่ระดมนักปรัชญา นักทฤษฎี นักสังคมและอื่นๆ มาร่วมจัดทำธรรมนูญ ซึ่งถ้าไปดูแต่ละเรื่อง แต่ละบทจะรู้สึกว่าเป็นบทแรกเป็นบทที่มีพลังที่สุด เนื่องจากเป็นพลังทางปัญญาที่วิเคราะห์สังคมออกมาได้อย่างลุ่มลึกมาก ทำให้เห็นได้ชัดว่าสังคมในขณะนั้นเป็นสังคมอย่างไร และมองไปข้างหน้าสังคมจะเป็นสังคมอย่างไร ต่อจากนั้นก็แสดงให้เห็นว่าจะ Response ต่อสังคมอย่างเหมาะสม อย่างมีพลัง อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไร เรื่องนี้สะท้อนว่าถ้าเราสามารถเข้าใจเครื่องหมายของการเปลี่ยนแปลงของกาลเวลาของสังคมในวันนี้ การ Response อย่างเหมาะสมก็จะทำได้ง่ายขึ้น แต่ถ้าเราจับเรื่องนี้ไม่ได้ การตอบสนองก็จะเป็นการตอบสนองตามสิ่งที่เราคิดว่าควรจะเป็น ไม่ใช่สิ่งที่เรีนอยู่

หลังจากที่มองสังคมวันนี้ และสังคมที่จะเปลี่ยนไปได้แล้ว จากนั้นก็หันกลับมามองระบบสาธารณสุขก็พบว่าระบบสาธารณสุขยังไม่มีปรับตัวซึ่งขัดแย้งกับสังคมที่กำลังจะเปลี่ยนไป ต่อจากนั้นจึงจะลงลึกไป Project กำลังคนสาธารณสุขอุดมคติที่สอดคล้องกับสังคมใหม่อย่างไร สุดท้ายจึงไปดูที่กลไกการสร้างคนที่จะสามารถตอบสนองการสร้างคนให้สนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคมที่จะเกิดขึ้นต่อไป

ยกตัวอย่างการเสนอประเด็นที่เมื่อเสนอแล้วทำให้เกิดพลังได้ก็คือ สิ่งที่เป็นข้อจำกัดของสังคมไทยวันนี้คือ 1) เราไม่มีเครื่องมือที่จะถอดรหัสภูมิปัญญาของเราเอง เราจึงมองไม่เห็นว่าคุณภาพ ทรัพยากร คุณค่า หรืออื่นๆ ที่มีอยู่ในภูมิปัญญา เราก็เลยไม่ได้ใช้สิ่งเหล่านี้มาโดยตลอด 2) เรายังมีข้อจำกัดมากในการสังเคราะห์ความรู้ใหม่จากการเรียน จากการทำงาน ถ้าเราเริ่มต้นที่ Vision ซึ่งมองทะลุแบบนี้ก็จะช่วยให้เราขยับไปจนถึงกลไกสุดท้ายที่สอดคล้องกันได้

นพ.ดำรงค์ บุญยสิน หากระบบกำลังคนมีขอบเขตที่ครอบคลุมกว้างขวางมาก Vision ก็จะต้อง Address ขอบเขตที่กว้างขวางนั้นด้วยข้อเสนอที่กว้างและครอบคลุมมิติต่างๆ ของระบบกำลังคนต้องใช้การวิเคราะห์และการ

สังเคราะห์มากมาย ข้อเสนอก็ต้องเป็นทั้งระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว แต่ถ้าเป็นอีกลักษณะที่กำลังหาหรือกันอยู่ คือทำข้อเสนอในประเด็นที่เป็น Vision ซึ่งสามารถ Spotlight ให้เห็นชัด เสนอออกไปก่อน โดยมีขอบเขตที่เราพอจะทำงานนี้ชัด พัฒนาให้เกิดข้อเสนอที่ชัดเจนได้ จะเรียกว่าเป็นข้อเสนอระยะสั้นหรือจะเรียกว่าการตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลก็ได้ ต่อจากนั้นจึงตามมาด้วยงานที่จะต้องติดตามมาในประเด็นต่อไป ถ้าข้อสรุปเป็นอย่างนี้กรรมการจะคิดเห็นอย่างไร

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สิ่งที่เราจะทำขึ้นมาอีกคือ กลไกที่จะทำงานระยะยาว ซึ่งทำงานทั้งด้านปัญญา ทั้งเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย ซึ่งงานระยะยาวที่กลไกนี้จะต้องดำเนินการคือ เมื่อวิกฤตสำคัญหรือเกิดนโยบายสำคัญขึ้นมาในระบบสุขภาพกลไกนี้จะต้องสามารถทำงานอย่างรวดเร็วจากข้อมูล จากฐานความรู้ที่มีอยู่ สังเคราะห์เป็นข้อเสนอที่จะสนองตอบต่อนโยบายที่จะเกิดขึ้นใหม่ ๆ ได้ นอกเหนือไปจากการทำงานเคลื่อนไหวเรื่องกำลังคนระยะยาว ดังนั้นสิ่งที่อยากเห็นก็คือ ระบบและกลไกระยะยาวที่สามารถลงมือทำงานได้ ไม่ขาดตอน ต่อเนื่อง

ประเด็นต่อมาคือ เพื่อให้สนองตอบต่อผู้กำหนดนโยบาย คณะกรรมการอาจต้องทำข้อเสนออีกชุดหนึ่งขึ้นจะเรียกว่าข้อเสนอแนวทางการดำเนินการด้านกำลังคนเพื่อสนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพสำคัญของรัฐบาล เช่น นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นตัวอย่างที่ต้องการข้อเสนอเรื่องกำลังคนสำหรับนโยบายนี้ คณะกรรมการต้องการบ้านว่าขณะนี้ระบบกำลังคนมีปัญหาอย่างไรที่ไม่สามารถตอบสนองนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหาที่มีความรุนแรงขนาดไหน ถ้าไม่ทำอะไรจะเป็นอย่างไร จะเกิดอะไรขึ้น คณะกรรมการเรามีข้อเสนอให้รัฐบาลทำอะไรบ้างที่เป็นรูปธรรม ซึ่งเรื่องอย่างนี้ต้องทำการบ้าน แต่ถ้าหากขณะนี้จะต้องจัดทำข้อเสนอด้านกำลังคนเพื่อตอบสนองนโยบายสุขภาพของรัฐบาล เพื่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เราสามารถจะทำได้หรือไม่ เช่น ตัวอย่างที่หาหรือกันว่าจะใช้ Demand Driven ที่จะสามารถเสนอว่าต่อไปนี้ เงินทองที่รัฐจะสนับสนุนการผลิตกำลังคนทั้งหลายจะไม่ส่งไปยังสถาบันการศึกษา แต่จะส่งไปยังหน่วยบริการแทน ซึ่งหน่วยบริการนั้นสามารถเอาเงินก้อนนี้ไปจ้างสถาบันการศึกษาผลิตคนตามความต้องการของเรามีความเป็นไปได้หรือไม่ อย่างไร

นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ ธรรมชาติเรื่องนี้เป็นเรื่องยากเนื่องจากเราอยู่ระหว่างความคิด 2 แบบ แบบแรกเป็นการคิดจากสิ่งที่เป็นเป้าหมายใหญ่ๆ กับอีกแบบหนึ่งคือสิ่งที่เป็นรูปธรรมซึ่งจะเสนอไปยังฝ่ายการเมืองที่จะสามารถทำได้ ซึ่งทั้ง 2 เรื่องนี้เป็นเรื่องที่จำเป็น ไม่สามารถเลือกทางใดทางหนึ่งโดยอิสระได้ทางเดียว และช่วงที่จะต้องจับแนวคิดทั้งสองลักษณะมารวมกันเป็นสิ่งที่ยากเพราะตลอดเส้นทางตั้งแต่สิ่งที่เรียกว่า Super concept ลงมาเรื่อยๆ จนถึงยุทธศาสตร์ และแผนซึ่งเป็นข้อสรุปสุดท้ายจะต้องไม่ทิ้งมุมมองในลักษณะที่มองในเชิงปรัชญา ซึ่งปกติเรื่องนี้จะถูกทิ้งระหว่างทางได้ง่าย เช่น กระแสของการจัดการลักษณะที่ว่าถ้าจัดการอย่างนี้จะรู้สึกว่าง่ายกว่า เป็นต้น ประเด็นต่อมาที่จะต้องคิดถึงก็คือ การหยิบประเด็นสำคัญๆ มาปรับแต่งและทำให้เห็นง่าย ชัดเจนขึ้น แต่เรื่องนี้ต้องใช้เวลาพอสมควรที่จะเลือกและพิจารณา ที่สำคัญไม่ควรมีลักษณะเป็นการก้าวกระโดดเกินไปซึ่งอาจจะทำให้เกิดปัญหาได้

ระบบสุขภาพนั้นมีลักษณะเหมือนดาซังเอียง คนในระบบสุขภาพปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการภารกิจให้มีลักษณะเป็นการสร้างนำซ่อมได้ เพราะว่าคนที่ผลิตมาและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ทำงานอยู่ในระบบที่เป็น Professionalismตลอดเวลา ซึ่งเมื่อพิจารณาองคภาพใหญ่ๆ ก็จะมีคนที่เกี่ยวข้องอยู่กลุ่มหนึ่งคือสถาบันการศึกษา ซึ่งทำหน้าที่ในระบบการผลิตที่ต้องเข้าใจว่าคนทำงานในระบบสุขภาพที่มีลักษณะการทำงานแบบสร้างนำซ่อมได้ ต้องมีคุณลักษณะ 2 แบบ คือ เป็นผู้ที่สามารถใช้ความรู้ที่มีนั้นไปช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูคนให้หายจากโรค อีก คุณสมบัติก็คือการสร้างสุขภาพ ทั้งสองคุณสมบัตินี้ต้องอยู่ในทุกคนแต่น้ำหนักต่างกัน ดังนั้นการผลิตจะต้องเข้าใจและรักษาความแตกต่างให้ชัดเจนแต่ไม่ใช้การแยกขาดจากกัน ฝ่ายที่เป็นเรื่องการจัดการกำลังคนที่มีปัญหาเรื่องการกระจายคน การคัดเลือกและการคัดสรร ซึ่งทางส่วนที่เป็น Demand ไม่มีส่วนร่วมทุกอย่างกำหนดที่ Supply เรื่องนี้

เกี่ยวกับพันกับส่วนอื่นๆ อยู่มากไม่ว่าจะเป็นคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพร.) ฝ่ายกระทรวง สาธารณสุข ฝ่ายท้องถิ่น ซึ่งต้องการการจัดการมาก และระหว่างการจัดการต้องนึกถึงเป้าหมายใหญ่ว่า ถ้าจัดการกำลังคนแบบนี้จะทำให้ประชาชนดูแลสุขภาพได้หรือไม่

สำหรับเรื่องกลไกเห็นด้วยว่าจำเป็นต้องมีกลไกใหญ่ที่ทำหน้าที่ต่อเชื่อมกับฝ่ายนโยบาย ซึ่งทำหน้าที่ 1) การนำมาตรการหรือกลไกทางการเงินเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะสนับสนุนหรือผลักดันทั้งฝ่ายบริหารกำลังคนและฝ่ายผลิตและใช้กำลังคนทำงานตามเป้าหมายสุขภาพที่กำหนด 2) สร้างเครือข่ายโดยนำส่วนที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นท้องถิ่น หรือสภาวิชาชีพ ฝ่ายผู้ใช้หรือประชาชน เข้ามามีบทบาทในเชิงนโยบายซึ่งจะมีผลต่อฝ่ายผลิตและฝ่ายการจัดการกำลังคน 3) กลไกที่ต้องใช้วิชาการและความรู้ หรือยุทธศาสตร์ทางปัญญา ซึ่งไม่แน่ใจว่ากลไกนี้ถ้าไม่มีพลังสนับสนุนทรัพยากรโดยตรงจะมีผลและสามารถเชื่อมโยงนโยบายที่จะผลักดันให้ฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนต่างๆ ตามที่กล่าวมา ให้ดำเนินการตามเป้าหมายใหญ่ที่ว่าได้หรือไม่ กล่าวโดยสรุป คือ 1) เราคงต้องหยิบประเด็นใหญ่ๆ ขึ้นมาเพื่อที่จะพัฒนาในส่วนของยุทธศาสตร์ 2) สิ่งที่เราจะกำหนดขึ้นมาต้องไม่ทิ้งปรัชญาและสถานการณ์ทางสุขภาพและบริการสุขภาพที่เผชิญอยู่โดยไม่ทิ้งภาคประชาชน ซึ่งก็คือเป้าหมายการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชน

นพ.ดำรง บุญยสิน เสนอให้พิจารณาว่างานที่เราต้องทำให้เกิดความชัดเจนในลำดับต่อไปจากเอกสารข้อเสนอที่ฝ่ายเลขฯ พัฒนาไว้แล้วเป็นอย่างไร

ประเด็นแรก เป็นเรื่องที่ต้องมองว่าข้อเสนอเกี่ยวกับกลไกในการกำกับพัฒนานโยบาย และดูแลให้นโยบายถูกแปลไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลกลไกนี้คงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความแน่นอนเพราะสภาวะปัจจุบันของส่วนที่เกี่ยวข้องกับการนำกลไกนี้ไปใช้ยังไม่สามารถทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าจะสามารถกำกับ ส่งเสริม สนับสนุน ให้นโยบายที่พัฒนาขึ้นมาไปสู่ภาคปฏิบัติอย่างเกิดผลแต่ทั้งนี้ กลไกดังกล่าวต้องอยู่ในวิสัยที่จะทำให้เกิดผลซึ่งปรารถนาที่จะให้เกิดได้ทั้งระยะสั้น ระยะปานกลางและระยะยาว

ประเด็นที่สอง เป็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาที่จะเสนอผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา รวมถึงวิสัยทัศน์ที่สะท้อนต่อการแก้ไขปัญหาลงสู่ระดับกับสภาพสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการนำเสนอแนวทางหรือยุทธศาสตร์ในการจัดการหรือรุกเข้าไปสู่ปัญหา เพื่อไม่ให้ขยายตัวต่อไปซึ่งต้องมียุทธศาสตร์ทั้งระยะสั้น ระยะปานกลาง และระยะยาว

ประเด็นที่สามคือ ทิศทางหรือเป้าหมายสุขภาพที่จะกำหนดขึ้นนั้นมีหลักฐานของที่มาซึ่งจะเป็นสาระที่จะนำมากำหนดทิศทางสุขภาพหรือเป้าหมายสุขภาพ จะอยู่ที่ทั้งในกฎหมายรัฐธรรมนูญ พรบ. หลักประกันสุขภาพ ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ รวมถึง พรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ

สิ่งที่ต้องดำเนินการคือ นำเนื้อหาทั้งหมดนี้มา Spotlight ให้ชัดจากนั้นจึงพัฒนาข้อเสนอที่จะนำไปสู่การทำงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่ที่นพ.สุริยะกล่าวว่า เป็นเรื่องที่ยากที่จะทำข้อเสนอเหล่านี้ได้ ที่ว่ายากเพราะข้อเสนอที่จะพัฒนาขึ้นจะไม่มีฝ่ายใดได้ทั้งหมด ฝ่ายผู้รับบริการก็ไม่ได้ทั้งหมด เพราะจะบอกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่ใช่ประชาชนก็ได้ เพราะคนกลุ่มนี้ก็เป็นประชาชน การแพทย์และสาธารณสุขคืออาชีพคือการทำมาหากิน ประเด็นคือจะอย่างไรที่จะการทำมาหากินนี้เกิดการเรียนรู้ว่า จะทำมาหากินบนเลือดเนื้อของประชาชนผู้ให้บริการไม่ได้ต้องทำมาหากินในลักษณะที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ ทั้งหมดนี้เป็น Platform ที่จะต้องไปทำงานกันต่อเพื่อให้ได้ข้อเสนอออกมา

ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์ คิดว่าได้คำตอบสอดคล้องกันว่าคณะกรรมการชุดนี้เป็นกลไกการทำงานระยะยาว ทั้งยังคิดว่าเอกสารที่ทำมาสมบูรณ์พอสมควร ต้องการการพัฒนาต่ออีกเล็กน้อย แต่สิ่งที่คณะกรรมการเห็นว่ายังขาดอยู่ คือ ยุทธศาสตร์พัฒนาที่เอาชุมชนเป็นตัวตั้งคืออะไร เพราะข้อคิดนี้เป็นเรื่องที่ดี แต่ยังมีคำถามว่าทำได้จริงหรือไม่

ซึ่งบางครั้งข้อเสนอเป็นข้อเสนอที่ดีแต่เมื่อเสนอก็ถูกปฏิเสธก็มี ในความเห็นคือต้องการให้คณะกรรมการตัดสินใจว่า ประเด็นการพัฒนาที่ใช้ชุมชนเป็นหลักนี้จะเลือกนำมาพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและ ยุทธศาสตร์หรือไม่ ซึ่งถ้าเลือกก็ควรจะต้องมีกระบวนการที่จะพัฒนาต่อไปเป็นรูปธรรมต่อไป เพราะเรื่องนี้เป็นสิ่งที่น่าสนใจและท้าทาย

นพ.ดำรงค์ บุญยสิน ขอเสนอฝ่ายเลขานุการไว้ว่าระเบียบวาระการประชุมครั้งต่อไป คงจะต้องเป็นการประชุมที่สามารถทำให้เกิดการระดมความคิดจากกรรมการ รวมทั้งบุคคลอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อเสนอ สำหรับความเห็นเกี่ยวกับเรื่องชุมชน การเอาชุมชนเป็นตัวตั้งและพยายามพัฒนาบริการที่จะให้สนองตอบต่อความต้องการของประชาชนนั้น มีข้อสังเกตว่าไม่ใช่ทั้งหมดของเรื่องการจัดบริการสุขภาพ และไม่ใช่ภาพทั้งหมดของกำลังคน เพราะภาพทั้งหมดของกำลังคนจะต้องกินความถึงระบบบริการสุขภาพซึ่งอยู่ใน Sector ทางเศรษฐกิจ หมายความว่าบริการสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นธุรกิจบริการที่สามารถใช้ในการทำมาหากินของคนในประเทศได้

สำหรับการจัดระเบียบวาระการประชุมครั้งต่อไป ทางฝ่ายเลขานุการคงต้องจัดเพื่อให้การประชุมสามารถทำให้เห็นความชัดเจนของสภาพปัญหา วิสัยทัศน์ จนถึงยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมกับกาลเวลากับการเมือง โดยผู้ที่เข้าร่วมคงต้องนำคนนอกที่เห็นว่าจะสามารถช่วยทำให้วิสัยทัศน์ของคณะกรรมการของเรากว้างขึ้น

ดร.เสรี พงศ์พิศ คิดว่าสิ่งที่เราอยากจะได้เห็นเป็นผลงานออกมาเป็นสิ่งที่รัฐบาลนำเอาไปทำต่อได้ ในเวลาเดียวกันก็ไม่ทำให้เสียหลักการหรือจุดยืนที่เราใช้อยู่ เนื่องจากลักษณะของรัฐบาลนี้เป็น Pragmatic ที่เน้น ผลลัพธ์เป็นหลัก ถ้าสิ่งที่เราจะเสนอนั้นถ้าไม่สามารถทำให้เป็น Pragmatic ได้ อย่างน้อยก็ขอให้มีลักษณะปฏิบัติ ได้บ้าง ส่วนตัวคิดว่าสาระที่พัฒนาขึ้นมาถ้าทำให้ชัดเจน กระชับขึ้น ก็จะสามารถทำให้เกิดพลัง พอที่จะทำให้เกิดการนำไปปฏิบัติได้

พญ.สุพัทธา ศรีวิณิชชากร จากข้อเสนอในที่ประชุมก็จะเห็นว่าต้องเพิ่มกลไกของฝ่ายชุมชน ที่จะต้องดำเนินการวิจัยและพัฒนาต้องพยายามเลือกหรือจับประเด็นใหญ่ๆ แต่คิดว่าการเสนอวิธีการและทางแก้ไขยังไม่แน่ใจเพราะถ้าจะใช้วิธีแบบเดิมก็จะตัน แต่ถ้าจะให้ได้กลไกใหม่ๆ ก็ต้องใช้เวลาและการทดสอบข้อเสนอ คือหาทางเพื่อพัฒนาข้อเสนอให้มีลักษณะที่ปฏิบัติได้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินการภายใต้สภาพสถานการณ์จริง อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่จะสามารถทำให้เกิดความคมชัดได้ในขณะนี้จะเป็นประเด็นในระยะสั้น ซึ่งก็ต้องหาหรือว่าคณะกรรมการจะรวมเข้ามาในเนื้อหาด้วยหรือไม่ สำหรับประเด็นระยะยาวนั้นสิ่งที่สามารถดำเนินการได้ก็จะเป็นประเด็นใหญ่ ๆ ตัวอย่างเช่น การสร้างสุขภาพ ระบบบริหารจัดการ การวางแผนกำลังคนในระบบการผลิตที่ต้องเปลี่ยนทิศทางไปสู่ demand side และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น การทำความเข้าใจในประเด็นเหล่านี้คิดว่าเป็นเรื่องของกลไกที่จะกำหนดไว้และดำเนินการต่อไป

นพ.ดำรงค์ บุญยสิน งานที่จะทำต่อเนื่องเพื่อให้ได้ข้อเสนอที่พร้อมจะเสนอต่อ คปรส. ฝ่ายเลขานุการจะก้าวอย่างไร เพราะถ้าก้าวไปสู่การทำ Intensive workshop ของผู้ที่คิดว่าจะสามารถ contribute ได้ คือมีความมั่นใจว่าทำได้และมีความชัดเจนในวาระของ workshop อีกแนวทางหนึ่งก็คือ ฝ่ายเลขานุการอาจจะต้องไปทำ Mini- workshop ก่อน จากนั้นจึงจะมาหาความเห็นในวงกว้าง ประเด็นนี้จึงต้องการหาหรือที่ประชุมเพื่อให้แนวทางการทำงานต่อของฝ่ายเลขานุการมีความชัดเจนมากขึ้น

นพ.วิพุธ พูลเจริญ ประเด็นการดำเนินการของฝ่ายเลขานุการในระยะสั้น คือ การจัด workshop เพื่อให้ได้ประเด็นที่จะใช้ขับเคลื่อนในระยะสั้น ซึ่งควรดูในประเด็นที่เป็น Policy Leverage ไม่ว่าจะเป็นเรื่องนโยบาย 30 บาท เรื่องการกระจายอำนาจ และเรื่องกำลังคนภาครัฐ ซึ่งก่อนที่จะทำ workshop ก็จะต้องมีการทำงานเพื่อเตรียมทำความเข้าใจ

ในประเด็น ซึ่งรูปแบบอาจจะเป็นการเตรียมเป็น Model จากนั้นนำไปหารือกับผู้คนที่สนใจและดูความเป็นไปได้ในแต่ละ Model จากนั้นจะนำ Model นั้นมาใช้เป็นโจทย์ในการประชุม workshop ต่อไป

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เราไม่สามารถสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนที่สมบูรณ์ได้ในระยะเวลาอันสั้น ขณะนี้สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำลังคนมีลักษณะที่ผูกกับเงื่อนตาย (Death lock) ไม่ว่าจะเป็น พรบ. หลักประกันสุขภาพ พรบ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ อยากเสนอฝ่ายเลขาฯ ทำเป็นตุ๊กตาขึ้นมาและหาความชัดเจนได้ชัดพอสมควร จัดworkshopในกลุ่มผู้คนที่เกี่ยวข้องระดับหนึ่งจากนั้นขยายวง แลกเปลี่ยนในสังคมได้โดยใช้เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกของการสร้างความหมายและคุณค่าของข้อเสนอ ซึ่งเป็นข้อเสนอที่ผ่านกระบวนการทางวิชาการและกระบวนการทางสังคม ซึ่งจะสามารถนำไปต่อยอดได้ต่อไป

นพ. ดำรงค์ บุญยืน โดยข้อสังเกต เชื่อว่า Death lock ที่ คุณหมออำพลเสนอมีจริง และ Death lock นี้เป็น Political Death lock ไม่ใช่ Technical Death lock ตัวอย่างเช่น พรบ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ที่กำหนดให้มีการกระจายงบประมาณไปสู่องค์กรท้องถิ่นร้อยละ 35 อย่างนี้เป็น Political Death lock เพราะมีคำถามว่าในทางปฏิบัติที่เป็น Practical จะทำอย่างไร ดังนั้น ทุกเรื่องที่ไม่สามารถ Practical ได้ก็เพราะมี Death lock และเป็น Political Death lock ไม่ใช่ Technical Death lock

นพ. อำพล จินดาวัฒนะ เสนอว่าสิ่งที่เรากำลังจะนำเสนอกระบวนการที่ใช้ปัญญาและกระบวนการทางสังคม เพื่อช่วยกันคลี่คลายไม่ใช่ไปเผชิญหน้ากับสิ่งที่ เป็น Death lock อยู่ ประเด็นต่อมาคือ คำว่า workshop นั้นอยากให้ เป็นกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะเรื่องกำลังคน ซึ่งจะเคลื่อนไปสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป

นพ. ชชาญชัย ศิลปอวยชัย เพื่อให้ง่ายขึ้นและจับได้ เข้าใจว่ากรรมการทุกท่านเห็นด้วยกับเนื้อหาในเอกสารที่ เสนอมา เพียงแต่คงต้องปรับเอกสารให้ชัดเจนมากขึ้นตั้งแต่หัวข้อ ที่ใช้คำว่าแผนพัฒนาที่คงต้องปรับ ต่อมาเป็น ลำดับขั้นตอนของเอกสารที่จะลำดับตามความสำคัญก่อนหลัง รวมถึงประเด็นใหญ่ของเอกสาร สุดท้ายจะไปจบที่กลไก หรือวิธีการระยะสั้นที่ยังไม่ได้ข้อยุติ อาจจะมี workshop ระยะยาวคงจะสามารถ clarify เนื้อหาจากเอกสารได้ โดยทำ เอกสารนี้ให้เสร็จก่อน

นพ. ดำรงค์ บุญยืน เราคงจะต้องเดินทางไปสอดคล้องกับจังหวะของการเคลื่อนตัวของกลุ่มอื่น สำหรับความ วิตกกังวลเรื่องที่ว่าฝ่ายนโยบายจะรับหรือไม่ก็คงเก็บไว้ก่อน จุดอ่อนคือ วันนี้เราไม่รู้ว่าแต่ละเรื่องไปมี Death lock อยู่ ตรงไหน ดังนั้นฝากให้ฝ่ายเลขาฯ ต้องพยายามหาข้อมูลความก้าวหน้าในการดำเนินงานในแต่ละเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นการ กระจายอำนาจ และเรื่องอื่นๆที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมการทำข้อเสนอในที่ประชุม workshop ต่อไป

สรุปสาระสำคัญ จากการประชุมคณะกรรมการครั้งที่ 3/ 2546

ข้อสรุปสาระสำคัญจากการประชุมคณะกรรมการฯ จัดเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ ส่วนแรกเกี่ยวกับเรื่องของภาระหน้าที่ของคณะกรรมการฯ ที่มีต่อ คปรส. ส่วนที่สองเป็นประเด็นความคิดเห็นของกรรมการต่อชุดข้อเสนอที่ทางคณะเลขานุการพัฒนาขึ้นและส่วนสุดท้ายเป็นเรื่องการดำเนินงานต่อหลังจากการประชุมในครั้งนี้ รายละเอียดของส่วนต่างๆ มีดังต่อไปนี้

ส่วนที่หนึ่ง ภาระหน้าที่ของคณะกรรมการฯ

ภาระกิจของคณะกรรมการพัฒนายุทธศาสตร์กำลังคนที่ประชุมมีความเห็นสรุปว่าสิ่งที่คณะกรรมการฯ ควรจัดดำเนินการจัดทำเพื่อนำเสนอต่อ คปรส. ประกอบด้วย ข้อเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์ และข้อเสนอกลไกดำเนินการเพื่อนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติได้จริงทั้งนี้คณะกรรมการฯ ได้แสดงความเห็นต่อคุณลักษณะของข้อเสนอทั้งสองชุด ดังนี้

1. ข้อเสนอ นโยบายและยุทธศาสตร์รวมทั้งข้อเสนอกลไกดำเนินการ ควรมีลักษณะที่เป็น Pragmatic
2. ข้อเสนอกลไกและยุทธศาสตร์รวมทั้งข้อเสนอกลไกดำเนินการ ควรจำแนกเป็นข้อเสนอในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งลักษณะของข้อเสนอระยะสั้นและระยะยาวนี้มีคุณสมบัติต่างกันดังนี้
 - 2.1. กลไกระยะสั้นหรืออาจเรียกว่าข้อเสนอแนวทางการดำเนินการด้านกำลังคนเพื่อสนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพสำคัญของรัฐบาล เป็นการยกประเด็นซึ่งเป็นนโยบายที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบันแล้วนำมาจัดทำเป็นข้อเสนอกำลังคนที่เป็นรูปธรรมตัวอย่างเช่นการทำข้อเสนอเรื่องกำลังคนภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าจะใช้ Demand Driven ได้อย่างไร เพื่อให้การทำงานเรื่องกำลังคนเป็นไปตามความต้องการของชุมชน
 - 2.2. กลไกที่จะทำงานระยะยาวที่ว่าจะทำงานทั้งด้านปัญหารวมทั้งด้านความเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย งานระยะยาวที่กลไกนี้จะต้องดำเนินการคือ เมื่อเกิดวิกฤติสำคัญหรือเกิดนโยบายสำคัญขึ้นมาในระบบสุขภาพ กลไกนี้จะต้องสามารถทำงานอย่างรวดเร็วจากข้อมูลจากฐานความรู้ที่มีอยู่นำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอที่จะสนองตอบนโยบายที่จะเกิดขึ้นใหม่ ๆ ได้ รวมทั้งการทำงานเคลื่อนไหวเรื่องกำลังคนระยะยาว ดังนั้นสิ่งที่อยากเห็นก็คือระบบและกลไกระยะยาวที่สามารถลงมือทำงานได้ ไม่ขาดตอน ต่อเนื่อง
3. เนื้อหาสาระของนโยบายและยุทธศาสตร์รวมทั้งกลไก จะต้องเป็นสิ่งที่ฝ่ายซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบเชิงอำนาจในระดับนโยบายเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีกลไกนี้ และใช้กลไกนี้ในการที่จะไปบริหารอำนาจนั้นแทนอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามกรรมการบางท่านก็แสดงความเห็นว่าควรให้ความสำคัญกับเนื้อหาสาระของข้อเสนอและความเป็นประโยชน์ของข้อเสนอต่อประเทศ ไม่ควรสนใจว่าผู้มีอำนาจจะสนใจหรือไม่ เพราะถ้าไปห่วงว่ามีอำนาจหรือไม่มีอำนาจงานก็จะไม่มีความคืบหน้า
4. ทางเลือกของการขับเคลื่อนข้อเสนอที่พัฒนาขึ้น นอกจากจะขับเคลื่อนผ่านฝ่ายอำนาจแล้ว ยังมีช่องทางของการเคลื่อนไหวในภาคประชาชน เพราะธรรมชาติของเรื่องนี้ควรจะไปโดยการร่วมกันของสังคมทั้งฝ่ายรัฐ ฝ่ายวิชาการและภาคพลเมือง
5. การพัฒนายุทธศาสตร์ควรจะต้องกำหนดขึ้นมาโดยไม่ทิ้งปรัชญาและสถานการณ์ทางสุขภาพและบริการสุขภาพที่เผชิญอยู่โดยไม่ทิ้งภาคประชาชน ซึ่งมีเป้าหมาย คือการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชน

6. ควรมีข้อเสนอกลไกในการกำกับพัฒนานโยบายและดูแลให้นโยบายถูกแปลไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผล เพราะปัจจุบันส่วนที่เกี่ยวข้องกับการนำกลไกนี้ไปใช้ยังไม่สามารถทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าจะสามารถกำกับ ส่งเสริม สนับสนุน ให้นโยบายที่พัฒนาขึ้นไปสู่ภาคปฏิบัติอย่างเกิดผล
7. การนำสาระจากระบบในสังคมและทิศทางของประเทศเกี่ยวกับสุขภาพและสังคมไทยในภาพปัจจุบัน และอนาคตซึ่งปรากฏอยู่ในกฎหมายรัฐธรรมนูญ พรบ.หลักประกันสุขภาพ ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติรวมถึง พรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ทั้งหมดนี้มา Spotlight ให้ชัด

ส่วนที่สอง ความคิดเห็นของกรรมการต่อชุดข้อเสนอที่ทางคณะเลขานุการพัฒนามาขึ้น

1. ชุดข้อเสนอที่ฝ่ายเลขานุการพัฒนามาขึ้น คณะกรรมการมีความคิดเห็นว่าเป็นข้อเสนอยุทธศาสตร์และกลไกในระยะยาวซึ่งในความเห็นของกรรมการโดยรวมคิดว่ามีเนื้อหาสาระที่ครอบคลุมพอสมควร เพียงแต่เสนอให้มีการจัดหัวข้อและเนื้อหาให้น่าสนใจเพิ่มขึ้น ซึ่งกรรมการแสดงความเห็นไว้โดยสรุปดังนี้

ความเห็นที่ 1 เสนอว่า ข้อเสนอควรประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นเรื่องของความเป็นมา สภาพปัญหา และแนวคิดในการแก้ปัญหา

ส่วนที่ 2 เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ตัวอย่างเช่น ข้อเสนอยุทธศาสตร์ที่พูดถึงการสร้างบุคลากรที่พึงประสงค์ ยุทธศาสตร์ในการสนับสนุนหรือส่งเสริมการสร้างสุขภาพนำซ่อมสุขภาพ ยุทธศาสตร์การกระจายบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ในการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างภาคสาธารณสุขกับกลุ่มอื่นๆ หรือยุทธศาสตร์ในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปสู่พื้นที่

ส่วนที่ 3 เป็นข้อเสนอที่เป็นเรื่องของกลไกที่จะนำไปสู่ยุทธศาสตร์นั้นๆ ได้

ส่วนที่ 4 ของข้อเสนอในเอกสารฉบับนี้จะเป็นเรื่องของแผนงานว่าจะต้องทำอะไรบ้าง

ความเห็นที่ 2 เสนอว่าเนื้อหาของเอกสารน่าจะประกอบด้วย

ส่วนแรกเป็นส่วนที่ต้อง Project ให้เห็นวิสัยทัศน์ให้เห็นว่าสังคมเป็นอะไรและกำลังไปทางไหน มีศักยภาพอะไร มีปัญหาอะไรที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนต่อมาเป็นสภาพระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน จากนั้นจึง Project ไปถึงเรื่องกำลังคนสาธารณสุขอุดมคติที่สอดคล้องกับสังคมใหม่ว่าเป็นอย่างไร

ส่วนสุดท้ายเป็นเรื่องกลไกการทำงานเกี่ยวกับกำลังคนที่จะสามารถตอบสนองการสร้างคนให้สนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคมที่จะเกิดขึ้นต่อไป

2. โดยเนื้อหาสาระของข้อเสนอซึ่งทางฝ่ายเลขานุการพัฒนามาขึ้น กรรมการบางท่านมีความเห็นว่าข้อเสนอที่พัฒนามาขึ้นยังมีความกังวลอยู่กับเรื่องอำนาจ เหตุเพราะยังมีข้อเสนอที่จะตั้งคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ กำลังคนขึ้นมาเป็นอีกสำนักงานหนึ่ง ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้องเพราะเป็นการกำหนดโดยส่วนกลางซึ่งที่ผ่านมาก็พบว่าเกิดความผิดพลาดมาโดยตลอด ตัวอย่างเช่นปัจจุบันยังไม่สามารถนำกำลังคนออกไปสู่ท้องถิ่นได้ เป็นต้น

3. ความคิดเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ที่แยกระหว่างการสร้างและการซ่อมออกเป็นสองขา ต้องเน้นย้ำให้ชัดว่าต้องมีลักษณะเป็น Two-way หมายความว่า การซ่อมหรือการรักษาโรคเองก็มีมิติการสร้างอยู่ด้วย การสร้างซึ่งไม่ได้อยู่ที่การพึ่งตัวเองของประชาชนเท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับรัฐ ขึ้นอยู่กับนโยบายภาครัฐ

4. กลไกที่นำเสนอออกแบบไว้เพื่อทำเรื่องที่เป็น ตัวความรู้ (Knowledge) เพียงอย่างเดียวยังขาดส่วนที่เป็นเรื่องของ Politic และ Social ซึ่งจะทำหน้าที่เชื่อมประสานระหว่างกลางของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

5. คำว่า “กำลังคน” ซึ่ง Define ว่าเป็นกำลังคนภาค “บริการ” ทำให้เกิดคำถามว่า จริงๆ เรื่องกำลังคนเป็นเรื่องของกำลังคนในภาคบริการอย่างเดียวหรือไม่ เหตุเพราะว่ากำลังคนด้านสุขภาพยังมีมิติอื่นๆ ซึ่งในเอกสารให้คำจำกัดความไว้เฉพาะกำลังคนในภาคบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานต่อหลังจากการประชุมในครั้งนี้ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การประชุมครั้งต่อไปต้องเป็นการประชุมที่สามารถทำให้เกิดการระดมความคิดจากกรรมการ รวมทั้งบุคคลอื่นๆ ที่คิดว่าอยู่ในข่ายที่จะต้อง Contribute ทั้งนี้ทางฝ่ายเลขาดังกล่าวต้องจัดเพื่อให้การประชุมสามารถทำให้เห็นความชัดเจนของสภาพปัญหา วิสัยทัศน์จนถึงยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสอดคล้องกับกาลเวลากับการเมือง โดยผู้ที่เข้าร่วมจะต้องนำคนนอกที่เห็นว่าจะสามารถช่วยทำให้ทัศนของคณะกรรมการกว้างขึ้น ฝ่ายเลขายังจะต้องไปทำ Mini workshop เสียก่อน จากนั้นจึงจะมาหาความเห็นในวงกว้างโดยการแลกเปลี่ยนผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกของการสร้างความหมายและคุณค่าของข้อเสนอ ซึ่งเป็นข้อเสนอที่ผ่านกระบวนการทางวิชาการและกระบวนการทางสังคมซึ่งจะสามารถนำไปต่อยอดได้ต่อไป
2. Work-out ต่อเพื่อพัฒนาข้อเสนอให้มีลักษณะเชิงการปฏิบัติให้มากขึ้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินการภายใต้สภาพและสถานการณ์จริง อย่างไรก็ตามประเด็นที่จะสามารถทำให้เกิดความคมชัดในขณะนี้จะเป็นประเด็นในระยะสั้น ซึ่งก็ต้องหารือกันว่าคณะกรรมการมีความเห็นว่าจะรวมเข้ามาในเนื้อหาด้วยหรือไม่ สำหรับประเด็นระยะยาวนั้น สิ่งที่จะสามารถดำเนินการได้ก็จะเป็นระดับของประเด็นซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ ตัวอย่างเช่น การสร้างสุขภาพ ระบบบริหารจัดการ การวางแผนกำลังคนในระบบการผลิตที่ต้อง Shift ไปสู่ demand side และการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นต้น การทำความเข้าใจในความชัดเจนในประเด็นเหล่านี้คิดว่าเป็นเรื่องของกลไกที่จะพัฒนาขึ้นเพื่อดำเนินการต่อไป
3. ข้อเสนอต่อการทำงานต่อที่สำคัญก็คือ ควรให้สอดคล้องกับจังหวะของการเคลื่อนตัวของกลุ่มอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ฝ่ายเลขาดังกล่าวต้องพยายามหาข้อมูลที่จะเป็น death lock รวมทั้งความก้าวหน้าในการดำเนินงานในแต่ละเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นการกระจายอำนาจ และเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมการทำข้อเสนอในที่ประชุม workshop ต่อไปได้

ปิดประชุมเวลา 17.00 น.



(พญ.สุพัตรา ศรีวิชิชากร)
ผู้บันทึกการประชุม

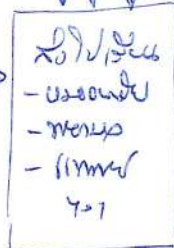


(นพ.วิพุธ พูลเจริญ)
ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม

តំបន់សមុទ្រ

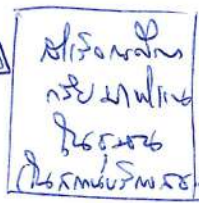
1. ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង និង ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង (អ្នកប្រតិបត្តិការ អ្នកប្រតិបត្តិការ អ្នកប្រតិបត្តិការ)

ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង និង ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង (អ្នកប្រតិបត្តិការ អ្នកប្រតិបត្តិការ អ្នកប្រតិបត្តិការ)



+ ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង និង ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង

ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង និង ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង (អ្នកប្រតិបត្តិការ អ្នកប្រតិបត្តិការ អ្នកប្រតិបត្តិការ)



ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង និង ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង (អ្នកប្រតិបត្តិការ អ្នកប្រតិបត្តិការ អ្នកប្រតិបត្តិការ)

2. ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង និង ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង

ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង និង ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង (អ្នកប្រតិបត្តិការ អ្នកប្រតិបត្តិការ អ្នកប្រតិបត្តិការ)

ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង និង ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង (អ្នកប្រតិបត្តិការ អ្នកប្រតិបត្តិការ អ្នកប្រតិបត្តិការ)

ประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบาย¹⁶⁴
และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
ครั้งที่ 3/2546

วันศุกร์ที่ 16 พฤษภาคม 2546 เวลา 13.30 น.
ณ ห้องประชุม กำธร สุวรรณกิจ ชั้น 1 อาคาร 1
ตึกกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE



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

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

ที่ สวรส. 444/2546

สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข
เลขที่: 192/46
วันที่: 14 พ.ค. 46
เวลา: 13.00 น.

65
ปฏิรูปแนติดตคนไทย
สุขภาพดีมีโรงพยาบาล

12 พฤษภาคม 2546

เรื่อง ขอส่งเอกสารการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 3/2546 และขอแจ้งเปลี่ยนห้องประชุม

เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

อ้างถึงหนังสือ สวรส.ที่ 396/2546 ลงวันที่ 24 เมษายน 2546

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารประกอบการประชุม จำนวน 1 ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง ฝ่ายเลขานุการได้เรียนเชิญประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 3/2546 ในวันศุกร์ที่ 16 พฤษภาคม 2546 เริ่มเวลา 13.30 น. และขอแจ้งเปลี่ยนห้องประชุม เป็น ณ ห้องประชุมกัณฑ์ สุวรรณกิจ ชั้น 1 อาคาร 1 ตึกกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี นั้น ฝ่ายเลขานุการขอส่งเอกสารประกอบการประชุมและโปรดนำไปวันประชุม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและเข้าร่วมประชุมครั้งนี้ด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

Sivaro
M. J. J. J.

21
14 พค 46

ข้อเสนอแผนพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข¹ เพื่อตอบสนองระบบบริการสุขภาพในอนาคตอย่างยั่งยืน

ความเป็นมา

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

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

คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ได้มีการพิจารณากรอบแนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพ ทบทวนสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสาธารณสุขในสภาพปัจจุบัน พร้อมกับคาดการณ์ถึงภาพของระบบบริการสุขภาพในอนาคตที่มีการเปลี่ยนแปลง แล้วจึงพิจารณาต่อเนื่องถึงระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคต พร้อมกับพิจารณาข้อเสนอยุทธศาสตร์ 3 ประการข้างต้นซึ่งเห็นว่าควรมีการประสานทั้งสามยุทธศาสตร์หลักและเสนอเป็นเป้าหมายการพัฒนายุทธศาสตร์ย่อยของการดำเนินงานพร้อมกับกลไกการดำเนินงาน

เนื้อหาของเอกสารนี้ประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก คือ ส่วนที่หนึ่งกล่าวถึงแนวคิด หลักการและองค์ประกอบสำคัญที่กำหนดระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข ส่วนที่สองกล่าวถึงปัญหาของระบบบริการ และระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน ส่วนที่สามกล่าวถึงทิศทางการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข และส่วนที่สี่กล่าวถึงกลไกและแผนดำเนินงานที่เริ่มต้นให้มีการพัฒนาระบบกำลังคน ซึ่งยังเป็นกลไกในระยะเริ่มต้นที่จะพัฒนาต่อเชื่อมกับกลไกระยะยาวต่อไป

ส่วนที่ 1: แนวคิด และองค์ประกอบที่กำหนดระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

1.1. ปรัชญา หลักการ ที่กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

จากรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 และเอกสารวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิ

¹ ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข หมายถึงรวมถึง ระบบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การวางแผนการผลิต การใช้ การบริหารจัดการ การพัฒนา การวิจัย และการประเมินผลที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข

ตลอดจนการระดมความคิดเห็นของประชาคมสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ ต่างก็มีความเห็นต่อทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพไปในทิศทางเดียวกันดังนี้

- ◆ สุขภาพเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนควรได้รับโดยเท่าเทียม
- ◆ ความหมายของ "สุขภาพ" เป็นความหมายที่กว้าง รวมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ บางส่วนขยายความไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งมีความหมายกว้าง รวมปัจจัยมากมายในการดำรงชีวิต นอกเหนือไปจากการดูแลความเจ็บป่วย 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

1.2 ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในอนาคต

- ◆ ระบบการเคลื่อนไหวทางสังคม และการกระจายอำนาจ ทำให้กลุ่มองค์กรที่มีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพมีมากขึ้นทั้งส่วนที่เป็นองค์กรรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ องค์กรภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มิใช่ขึ้นกับการสั่งการจากรัฐบาลส่วนกลางเพียงส่วนเดียว และประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้นในการตัดสินใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนองค์กรท้องถิ่น และองค์กรชุมชนจะมีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น
- ◆ การเปลี่ยนทางด้านระบบวิธีทำงาน และปฏิรูประบบราชการ มีแนวโน้มทำให้การทำงานภาครัฐมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มประสิทธิภาพ มุ่งเน้นผลลัพธ์งานมากขึ้น องค์กรบริการน่าจะมีแนวโน้มที่มีขนาดเล็กลง และแตกตัวเป็นองค์กรอิสระที่มีภาระกิจจำเพาะมากขึ้น
- ◆ กระแสโลกาภิวัตน์ที่ต่อเชื่อมกันอย่างรวดเร็ว กว้างขวาง ความก้าวหน้าในด้านการสื่อสาร การพัฒนาเทคโนโลยีด้านต่างๆ ที่หลั่งไหลมาจากประเทศที่พัฒนาแล้ว จะกระทบต่อสภาพข่าวสารที่ประชาชนได้รับ กระทบต่อค่านิยม วัฒนธรรม ความคิดของประชากร กระทบต่อวิถีการทำมาหากิน และการดำรงชีวิตของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ตลอดจนกระทบต่อระบบการให้บริการด้านต่างๆ ของสังคม

- ◆ การเปลี่ยนทางประชากรที่กลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เด็กเล็กมีแนวโน้มลดลง กลุ่มวัยทำงานเป็นสัดส่วนใหญ่ของประชากร ประชากรจะมีการศึกษาพื้นฐานเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ความต้องการบริการสุขภาพในบางส่วนเปลี่ยนรูปไปจากเดิม
- ◆ การเปลี่ยนด้านสังคมที่มีลักษณะการดำรงอยู่แบบแยกส่วนเป็นกลุ่มเล็กๆ เพิ่มมากขึ้น การรวมกลุ่มเป็นชุมชนใหญ่ในเขตพื้นที่เดียวกันจะลดน้อยลง ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 50 ที่อยู่เป็นแบบครอบครัวขยายมีเพียงร้อยละ 30 แต่ระบบการสื่อสารจะติดต่อผ่านทางเทคโนโลยีสื่อต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ความผูกพันเชื่อมโยงของบุคคลในครอบครัวเริ่มเหนียวแน่นลดลง รวมทั้งความเชื่อมโยงช่วยเหลือกันและกันระหว่างครอบครัวในชุมชนก็เริ่มลดลง ทำให้องค์กรทางสังคมและชุมชนที่จะร่วมมือช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพของประชาชนด้วยกันเองเริ่มลดลง หรือเปลี่ยนลักษณะความช่วยเหลือต่างไปจากเดิม และต้องการความช่วยเหลือจากระบบใหญ่มากขึ้น
- ◆ ลักษณะวิถีการทำมาหากินจะเป็นลักษณะที่เปลี่ยนจากภาคเกษตรไปเป็นภาคอุตสาหกรรม และบริการ การประกอบอาชีพเพื่อหาเงิน ได้รายได้มาซื้อของอุปโภค บริโภค มากกว่าการประกอบอาชีพแบบหาเลี้ยงชีพพึ่งตนเอง และการทำงานจะเป็นลักษณะทำเฉพาะเรื่องมากกว่าการบูรณาการงานหลายๆด้านทำให้พฤติกรรมการดำรงชีวิต ลักษณะของอาหารการกิน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การดูแลเด็กและครอบครัว เพศสัมพันธ์ มีลักษณะที่เปลี่ยนไป และมีแนวโน้มที่จะมีปัญหามากขึ้น มีภาวะเครียดมากขึ้น ตลอดจนมีโอกาสได้รับอันตรายและอุบัติเหตุจากการทำงาน รวมทั้งปัญหาสิ่งแวดล้อม ที่มีมลภาวะเพิ่มขึ้น ทั้งด้านอากาศ เสียง น้ำ สารเคมีต่างๆ อันเป็นผลให้สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และศักยภาพในด้านสุขภาพของคนไทยมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาเพิ่มขึ้น
- ◆ จากการจัดลำดับความสำคัญของโรคภัยไข้เจ็บในภาพรวมของประชากรพบว่า โรคที่เป็นปัญหาคุกคามต่อสุขภาพของคนไทยสูงสุดในปัจจุบัน คือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อุบัติเหตุจราจร โรคเบาหวาน การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินอาหาร ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งตับ และวัณโรค ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพที่คุกคามในปัจจุบัน และมีแนวโน้มจะคุกคามเพิ่มขึ้นในอนาคตนั้น เป็นปัญหาที่มีสาเหตุเชื่อมโยงกับพฤติกรรมทั้งสิ้น รวมทั้งเป็นปัญหาที่มีความเรื้อรัง และต้องการการดูแลที่ละเอียดอ่อน ซับซ้อน เชื่อมโยงกับสภาวะสังคมและสภาวะแวดล้อมรอบข้าง

1.3 สรุปทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต และประเด็นที่ต้องพัฒนา

โดยสรุป จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการปฏิรูประบบต่างๆ ตามที่กล่าวถึงข้างต้น เป็นเหตุจำเป็นให้ระบบบริการสุขภาพในอนาคตจะต้องปรับให้สามารถตอบสนองต่อแนวโน้มปัญหาสุขภาพที่มีลักษณะเรื้อรัง ต่อเนื่องและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและปัจจัยทางสังคมมากขึ้น ปรับบริการให้มีลักษณะที่ผสมผสานมากกว่าการแยกส่วนบริการด้วยแนวคิดที่เป็นองค์รวม รวมทั้งต้องทำความเข้าใจต่อเป้าหมายเรื่อง สุขภาพ หรือคุณภาพชีวิตที่มีลักษณะเป็นนามธรรม และมีการให้คุณค่าที่

ต่างกันในแต่ละคนและแต่ละชุมชน ว่าแปลความหมายไปสู่รูปธรรมในการดำเนินชีวิตจริงอย่างไร รวมทั้งจะนำเป้าหมายนั้นแปลไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม อย่างไร วิธีการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามลักษณะสังคมวัฒนธรรมไทยในภาพรวมของประเทศและแต่ละชุมชนย่อย และตอบสนองต่อเป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นควรมีองค์ประกอบ และการจัดการอย่างไรบ้าง แต่ละองค์กรจะมีบทบาทอย่างไร การเตรียมพร้อมด้านระบบ และการพัฒนากำลังคนเพื่อให้สามารถวางแผนการจัดบริการที่จำเพาะกับพื้นที่และบทบาทขององค์กรควรเป็นอย่างไร รวมทั้งต้องมีการคิดค้นศึกษาถึงกระบวนการ องค์ประกอบในการจัดเตรียมระบบพัฒนานุเคราะห์สาธารณสุขให้เข้าใจสภาพเหตุการณ์จริง และมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อให้บริการสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป พร้อมกับการสนับสนุนให้ประชาชนมีศักยภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

นอกจากนี้ภายใต้สภาพความเป็นจริงที่โลกและประเทศไทยมีทรัพยากรจำกัด อีกทั้งสภาพของวิกฤติเศรษฐกิจไทย ทำให้การพัฒนาบริการสุขภาพด้านต่างๆ ต้องพิจารณาหาแนวทางที่ต้องใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และภายใต้สภาพความหลากหลายของพื้นที่ การจะดำเนินการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ต้องอยู่บนฐานของการใช้ข้อมูลเป็นฐาน และเป็นระบบการวางแผนในระดับพื้นที่ คือ AFP (Area Function Participation) ซึ่งต้องการบุคลากรที่มีความสามารถสอดคล้องกับการวางแผนในลักษณะดังกล่าวในหลายระดับทรัพยากรที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งเพื่อให้การพัฒนาในระบบดำเนินได้อย่างยั่งยืนคือการที่ประชาชนต้องมีศักยภาพในการพึ่งตนเองที่เหมาะสมตามอัตภาพ และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนเองได้ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการกำกับ บริหารระบบบริการสุขภาพได้อย่างสอดคล้องกับสภาพชีวิต และศักยภาพ

1.4 องค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาที่ตอบสนองให้ประชาชนมี "สุขภาพดี" ขั้นแรกควรที่จะมีการทำความเข้าใจต่อเป้าหมาย "สุขภาพ" ซึ่งมีขอบเขตที่กว้างและเป็นองค์รวม

สุขภาพเป็นนามธรรมซึ่งมีรากฐานองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ กาย จิต-ใจ และภารกิจดำรงชีวิต และทุกส่วนต้องเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียวอย่างถูกต้องจึงจะเกิดสุขภาพ เมื่อทั้งหมดเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว ก็เกิดความสุข สุขภาพทำให้เกิดความเป็นปกติหรือสุขภาพ

ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมและสร้างสุขภาพจึงทำแต่กายไม่ได้ ทำแต่จิตก็ได้ ทำแต่การดำรงชีพก็ได้ ต้องทำทั้งสามส่วนจึงได้สุขภาพ และ ไม่สามารถกำหนดได้ว่าทุกคนต้องเหมือนกันเพราะเกิดมาไม่เหมือนกัน คือ กายก็ต่าง จิตก็ต่าง กรรมก็ต่าง ฉะนั้นหากกล่าวว่าสุขภาพต้องมีมาตรฐานเดียวกัน นั่นคือไม่เข้าใจสุขภาพ เพราะสุขภาพที่เป็นองค์ประกอบของคนแต่ละคนที่เกิดมาไม่เหมือนกัน

การพัฒนาสาธารณสุขเพื่อสุขภาพจึงมีเงื่อนไขของการพัฒนาที่ต้องเป็นองค์รวม

สุขภาพ อาการป่วย และโรค เป็นเส้นสายที่ต่อเนื่องกันในชีวิตคน ตัวอย่างเช่นคนที่มีอาการไม่สบายแต่เขาก็มิได้รู้สึกว่าเขาป่วยเป็นโรค เช่น ชาวนาที่มีอาการปวดขาปวดหลังยามที่ออกไปดำนา รวม

ทั้งพบว่าภาวะสุขภาพอื่นๆ ที่ไม่ป่วยก็ยังคงปรากฏอยู่ในคนที่เป็นโรคเรื้อรังและในคนที่ป่วยเช่นเดียวกับคนซึ่งไม่ป่วยด้วย ได้แก่ สุขภาพของผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ หรือ สุขภาพของผู้พิการ การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพจึงอยู่ในทุกๆ ภาวะของชีวิตมนุษย์ควบคู่ไปกับการดูแลความเจ็บป่วย แต่สิ่งที่ปรากฏในสภาวะความเป็นจริงของการบริการ ก็คือ บริการมักขาดหายไปบางช่วงของชีวิต และไม่เข้าใจความจริงในประเด็นนี้ ยกตัวอย่างเช่น ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

องค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานเพื่อสุขภาพ อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ 2) ระบบเพื่อการดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย ซึ่งทั้งสองระบบมีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน แต่การแบ่งเป็น 2 ระบบเพราะลักษณะการดำเนินงานในสองระบบนี้ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะมีการเน้นหนักที่ต่างกัน

1) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ ;

คือการทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้สมบูรณ์อย่างมีดุลยภาพ ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพจะมีสองส่วนคือ การทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ควบคู่ไปกับ การจัดให้องค์ประกอบต่างๆ นั้นทำหน้าที่ร่วมกันอย่างมีดุลยภาพ โดยมีบริบทที่เกี่ยวข้องทั้งเรื่องของระบบนิเวศน์ (สิ่งแวดล้อม) กายภาพ สังคม เศรษฐกิจ ฉะนั้นการดำเนินงานจึงต้องเข้าใจความเชื่อมโยง และวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นองค์รวม

ฉะนั้นในระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ หุ่นส่วนใหญ่ในการดำเนินงานจึงอยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข นอกวิชาชีพทางการแพทย์ ทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของประชาชน การศึกษาการจัดสภาพแวดล้อมของสังคม แต่กระทรวงสาธารณสุขจะยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้เสนอสนับสนุน และกระตุ้นให้มีการดำเนินงานให้บรรลุผล ในส่วนนี้จำเป็นต้องมีการคิดค้นพัฒนาว่าจะต้องการกำลังคนในลักษณะใด จะมีองค์กรทำงานอย่างไร มีระบบงบประมาณสนับสนุนอย่างไรจึงจะเหมาะสม ดำเนินการได้จริง

2) ระบบเพื่อการดูแลความเจ็บป่วย

เป็นส่วนของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ดูแล รักษา ช่วยเหลือ หรือสนับสนุนการช่วยตัวเองของประชาชนในกรณีที่มีอาการของโรค หรือมีสภาพความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทั้งนี้รวมถึงระบบดำเนินการเพื่อป้องกันโรคด้วย

ถ้าเป้าหมายคือความเป็นองค์รวมของสุขภาพ บริการที่ให้จึงต้องเป็นองค์รวม แต่ในความเป็นจริงทรัพยากรที่มีอยู่นั้นมีจำกัด ซึ่งความจำกัดนี้ต้องพิจารณาให้ชัดว่าอยู่ตรงไหน แล้วจึงลงมาสู่การคิดระบบบริการ ที่ต้องคำนึงถึงหุ่นส่วน และบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติจริง บริการทั้งหมดจึงควรมุ่งสู่ทิศทางการสร้างสุขภาพตนเอง ในที่นี้ผู้ปฏิบัติจริงมิใช่เพียงแต่ผู้ให้บริการแต่คือตัวประชาชนด้วย ซึ่งกล่าวอีกนัยยะหนึ่งก็คือการพึ่งตนเองของราษฎร และยังมีเป้าหมายมิใช่เพียงสุขภาพแต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตควบคู่ไปด้วย

ฉะนั้นระบบเพื่อดูแลอาการ ความเจ็บป่วย และโรค นี้เป็นส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพราะมีส่วนที่ต้องใช้องค์ความรู้ทางด้านการแพทย์มาก แต่ก็มีหุ้นส่วนสำคัญคือประชาชน และหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทร่วมดูแลด้วย และต้องมีการทำงานเป็นแบบพันธมิตรที่มีส่วนร่วม (partnership) ระบบส่วนนี้จำเป็นต้องแก้ปัญหาในเรื่องการกระจาย และปัญหาในด้านความไม่สอดคล้อง (miss-match) ระหว่าง อุปสงค์กับอุปทานของการบริการทั้งในด้านพื้นที่ คุณภาพบริการ และประเภทบริการแบบใหม่ที่มีความต้องการเพิ่มขึ้น

1.4 ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

"กำลังคนด้านสาธารณสุข" (ตามที่กำหนดในร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ) ในที่นี้ คือ

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขและบุคคลอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข

ซึ่ง "บริการสาธารณสุข" นี้มีความหมายที่ครอบคลุมการจัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

คุณลักษณะพื้นฐานของบุคลากรด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการและผู้จัดบริการ

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

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์

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

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ เป็นธรรมาภิบาล สอดคล้องกับทิศทางกับระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์

ระบบการพัฒนาคนด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์

1. เป็นระบบสร้างคน ให้เกิดความเข้มแข็งทางปัญญา คิดเป็น ทำเป็น สร้างคนดี เก่ง และมีความสุข
2. เป็นระบบที่ตอบสนองความหลากหลายของกำลังคน และการจัดการตามสภาพพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลและปัญญาเป็นฐานแก้ปัญหา
3. เป็นระบบที่ตอบสนองการกระจายอำนาจอาศัยการประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายมากกว่าการรวมศูนย์ที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ใช้การส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล ด้วยมาตรการทางการเงิน และกฎหมาย เพื่อผลักดันการดำเนินงานไปตามทิศทาง และแนวนโยบายของประเทศ

4. เป็นระบบที่คำนึงถึง และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

ลักษณะการวางแผนกำลังคน สำหรับ 2 ระบบ

ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ

การวางแผนต้องเป็นตามนโยบายของรัฐ (Policy driven) ไม่สามารถคิดตามสภาพอุปสงค์อุปทานได้ เพราะเป็นส่วนที่ยังไม่มีอุปทานเกิดขึ้น หรือ มีน้อย เป็นส่วนที่ประชาชนทั่วไปรับรู้ถึงความจำเป็น ส่วนนี้ไม่ชัดเจน จึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องสร้างให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักที่ชัดเจน

การวางแผนเพื่อพัฒนาระบบสร้างสุขภาพนี้ ควรต้องมีการพัฒนาใน 3 องค์ประกอบหลักคือ

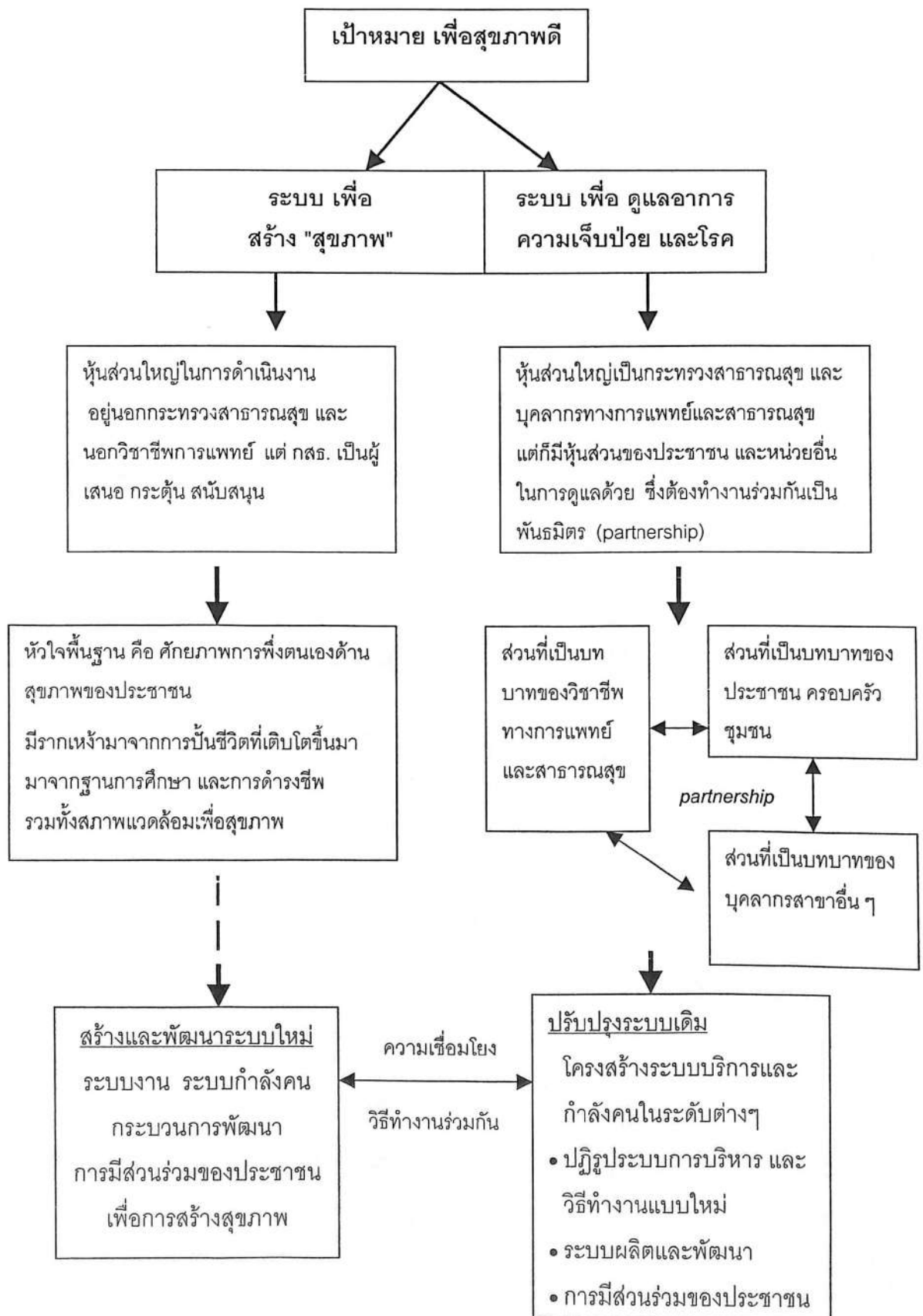
- 1) สร้างความเข้าใจขององค์กรและบุคลากรต่อแนวคิดการสร้างสุขภาพที่เป็นมุมมองกว้าง พร้อมกับพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรเพื่อดำเนินงานด้านนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) พัฒนางองค์กร เพื่อการดำเนินงานนี้ ซึ่งต้องมีทั้งส่วนที่เกี่ยวกับการจัดองค์กร การเชื่อมต่อนโยบาย และงบประมาณสนับสนุน
- 3) พัฒนากระบวนการทำงาน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

ขณะเดียวกัน รัฐต้องสนับสนุนให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีเฉพาะ เพื่อการพัฒนางานที่สอดคล้องกับเป้าหมายในแต่ละด้าน รวมทั้งต้องสนับสนุนให้ประชาชน ประชาคม องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทเต็มที่และมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ

ระบบเพื่อดูแลอาการและความเจ็บป่วย

การวางแผนจะพิจารณาตามลักษณะอุปสงค์ อุปทาน (Demand and supply) ที่ต้องวางแผนให้มีกำลังคนที่มีความหลากหลายตอบสนองต่อความต้องการที่มีหลายลักษณะ ทั้งในเขตพื้นที่เมือง ชนบท และส่วนที่เป็นความต้องการเพิ่มขึ้นจากต่างประเทศ ตอบสนองต่อประชากรกลุ่มเฉพาะต่างๆ และตอบสนองต่อการให้บริการที่แตกต่างไปในอนาคต วิธีพิจารณากำลังคนส่วนนี้เพื่ออนาคต ควรต้องให้ความยืดหยุ่นสูง ไม่ควรขีดวงจำกัดตามวิชาชีพเหมือนที่ผ่านมา ขณะเดียวกันเนื่องจากระบบตลาดด้านสุขภาพมิได้สมบูรณ์ ในบางพื้นที่หรือสำหรับประชาชนบางกลุ่มกลไกตลาดทำงานไม่สมบูรณ์ ควรที่รัฐต้องใช้นโยบายและระบบของรัฐเข้าไปแทรกแซง ดำเนินการเพื่อลดช่องว่างนั้น

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพิจารณาระบบงาน และระบบกำลังคน เพื่อเป้าหมายสุขภาพดี



ส่วนที่ 2 : ปัญหาของระบบบริการ และระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน

ระบบบริการสาธารณสุข

ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันมีทั้งที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ ที่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และขนาดเล็กให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนต่างกัน มีความก้าวหน้าทางด้านการพัฒนาเทคโนโลยีไปมาก รวมไปถึงสถานีนอนามัยที่กระจายไปทั่วทุกตำบล บริการในภาคเอกชนอันได้แก่ คลินิก โรงพยาบาลเอกชน ร้านยา ตลอดจนบริการที่ประชาชนใช้เองโดยที่มีได้จัดอยู่ในระบบชัดเจนอัน ได้แก่ บริการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก ซึ่งปัญหาโดยรวมของระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน มีดังนี้

- การกระจายของโรงพยาบาลและศูนย์บริการทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีซับซ้อนยังไม่ทั่วถึง ในบางภูมิภาค และประชากรในชนบท ประชากรกลุ่มด้อยโอกาสยังเข้าถึงบริการได้ยาก ส่วนสถานพยาบาลที่เป็นบริการรากฐานอันได้แก่ สถานีนอนามัยก็ยังมีปัญหาในด้านคุณภาพบริการ อันเนื่องมาจากขาดแคลนบุคลากรที่มีขีดความสามารถ และขาดระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง
- การวางแผนและพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระยะที่ผ่านมาบางส่วนไม่ได้พิจารณาจากฐานที่มุ่งตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่แท้จริง แต่เป็นการคิดที่อาจมาจากฐานที่ลอกเลียนและประยุกต์รูปแบบการบริการจากประเทศต่างๆ มากกว่าการคิดพิจารณาที่ฐาน หรือปรัชญา ด้านสุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทย ปัญหาสุขภาพถูกมองแบบแยกส่วนออกมาจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม
- การวางแผนดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาเป็นการพิจารณาตามค่าเฉลี่ยของสภาพโดยรวม เพื่อวางแผนในระดับมหภาคเป็นหลัก และดำเนินการในลักษณะเดียวกันทั่วประเทศ การปรับกลวิธีให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่ในระดับจุลภาคยังทำได้น้อย ขาดการประเมินสภาพปัญหาพื้นที่อย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการวางแผนพื้นที่
- การพัฒนายังมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นวัตถุ อุปกรณ์มากกว่าการพัฒนาที่ขีดความสามารถของบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบทบาทและภาระกิจที่มีการปรับเปลี่ยนอย่างเป็นพลวัตร
- การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระยะที่ผ่านมายังเป็นลักษณะที่มองบทบาทของวิชาชีพด้านสาธารณสุขเป็นหลัก ให้ความสำคัญน้อยต่อการพัฒนาบทบาทของประชาชน และบุคลากรในสายงานอื่นๆ ที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ที่ผ่านมามีการดำเนินการบ้างแต่ไม่ต่อเนื่อง และบางส่วนวิธีการทำงานยังไม่เกิดประสิทธิผล และมาตรฐานการบริการทางด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ เป็นลักษณะที่ใช้มาตรฐานที่เป็นมุมมองของวิชาชีพทางการแพทย์เป็นตัวตั้ง มีการพิจารณาถึงความต้องการและปัจจัยทางด้านประชาชนน้อย
- ระบบสาธารณสุขและบริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังมุ่งเน้นที่การรักษาพยาบาล อันพิจารณาได้จากการทุ่มเทงบประมาณและทรัพยากรจำนวนมากไปที่การรักษาพยาบาล และการขยายโรง

พยาบาลในทุกระดับ ยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตลอดจนการป้องกัน พิษภัยจากสารเคมี ยาฆ่าแมลง และอุบัติเหตุด้วย

- บริการสุขภาพในปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิมหลายเท่าตัว และในอนาคตก็มีแนวโน้มในอนาคตจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จนยากที่จะมีใครแบกรับภาระการเงินได้ทั้งหมด อันเป็นผลจากการพึ่งพิงเทคโนโลยีราคาแพง และการใช้ยาเกินความจำเป็น รวมทั้งเป็นผลจากระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นไปสู่ความเป็นเฉพาะทางจนเกินสมดุล และส่งผลต่อภาคประชาชนที่มีภาระผูกพันทางการเงิน และหนี้สินจากการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายสุขภาพเหล่านี้จึงกลายเป็นกำแพงกีดกันการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชน
- ปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นผลมาจากการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพ และการกระจายที่ไม่เหมาะสม ไม่สมดุลกับภาระงาน ทั้งในด้านการกระจายตามพื้นที่ และการกระจายระหว่างสาขา ตลอดจนการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพอย่างไม่คุ้มค่า รวมทั้งการบริหารจัดการระบบ องค์การ และบริการทางสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดกลไกการควบคุมการปกครองที่เป็นธรรมรัฐ ส่งผลให้ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการไม่รู้ถึงสิทธิและไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ของตน ขาดกลไกการกำกับดูแลที่รัดกุมและถูกต้อง
- อีกปัจจัยที่กระทบต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ คือ ชีตความสามารถของบุคลากรสุขภาพในการเปลี่ยนนโยบายหรือหลักการไปสู่การปฏิบัติงานจริงเพื่อบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างสอดคล้องกับสภาพชีวิต และการเปลี่ยนแปลงของสังคม ซึ่งเป็นปัญหาทั้งบุคลากรที่อยู่ในระดับปฏิบัติการด่านแรกในพื้นที่ รวมทั้งบุคลากรในระดับบริหารก็ไม่เข้าใจ ไม่สามารถสนับสนุนให้มีการพัฒนาขีดความสามารถได้อย่างเหมาะสม ระบบการศึกษา และการพัฒนาบุคลากรสุขภาพก็ยังไม่สามารถทำให้บุคลากรมีความสามารถในการคิดเป็น ทำเป็น หรือเรียนรู้อย่างต่อเนื่องภายใต้สถานการณ์จริง ยังขาดทักษะในการทำงานกับชุมชน และการสร้างเสริมศักยภาพให้แก่ประชาชนอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ระบบการดำเนินการส่วนใหญ่เป็นลักษณะการสั่งการให้จากส่วนกลางให้ดำเนินการเหมือนกันทั่วประเทศ ทั้งที่สภาพปัญหาพื้นฐานไม่เหมือนกันทำให้ระบบงานไม่มีประสิทธิภาพ ระบบการเชื่อมต่อ และเปลี่ยนนโยบายไปสู่แผนงาน และการปฏิบัติงานจริง ยังมีช่องว่างมาก และไม่มีให้ความสำคัญ รวมทั้งการประยุกต์หาแนวทางปฏิบัติงานบนฐานข้อมูล และการวิจัยยังทำได้น้อยมาก
- การปฏิรูปให้มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดำเนินการในปัจจุบัน ยังมีลักษณะที่ให้น้ำหนักในเรื่องการจัดการด้านการเงินเป็นด้านหลัก แผนการปฏิรูประบบบริการ และระบบบริหารจัดการไม่ชัดเจน ตลอดจนขาดการเตรียมการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง และดำเนินการปฏิรูปไปในทิศทางที่เหมาะสม ส่งผลต่อขวัญกำลังใจ และการปรับตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข และระบบบริการเริ่มมีความปั่นป่วน สับสนมากขึ้น
- การจัดการเพื่อหาองค์ความรู้ในการพัฒนาสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังอิงอยู่ในส่วนที่เป็นชีวภาพการแพทย์ เป็นความรู้ในส่วนที่จัดการเกี่ยวกับการดูแล "โรค" ที่แยกส่วน มากกว่าการดูแลเพื่อเสริมศักยภาพ

ของประชาชนให้แข็งแรง และมีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นองค์รวม และส่วนใหญ่ยังอิงกับทฤษฎีเทคโนโลยีด้านตะวันตก รวมทั้งยังปรับให้เป็นพลวัตตามสภาพการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ไม่ทันการจัดการเพื่อหาคำตอบในด้าน "สุขภาพ" ของประชาชนไทย และสังคมไทยยังมีน้อย จึงทำให้การจัดการด้านสาธารณสุขในปัจจุบันหลายส่วนไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงด้านสุขภาพของประชาชน มีช่องว่างกว้างระหว่างความรู้วิชาการด้านสาธารณสุขกับการปฏิบัติได้ในชีวิตจริง

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

- ◆ ด้านนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคน หมายถึงนโยบายด้านกำลังคนโดยตรง และส่วนที่แฝงอยู่ในนโยบายและการดำเนินงานด้านอื่นๆ การวางแผนการดำเนินงานด้านกำลังคนในระยะที่ผ่านมาเน้นที่นโยบายกำลังคนโดยตรง แต่ไม่ได้วางแผนเตรียมส่วนที่เป็นผลกระทบต่อกำลังคนจากนโยบายด้านอื่นๆ

เนื้อหาของนโยบาย/มาตรการด้านกำลังคนโดยตรงส่วนใหญ่จะเป็นมาตรการเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มากกว่านโยบายเพื่อเตรียมการกำลังคนให้พร้อมต่อการดำเนินงานให้ได้ผลและมีประสิทธิภาพ เป็นการคิดเพื่อแก้ปัญหาในอดีตมากกว่าการเตรียมแก้เพื่ออนาคต

เนื้อหาของมาตรการและนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุขในระยะที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เน้นที่การผลิตและการกระจายกำลังคน และเน้นที่บุคลากรวิชาชีพ ให้ครอบคลุม และพิจารณาเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

การกำหนดจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องการจะกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสภาวิชาชีพ และสถาบันการผลิต ภาคส่วนอื่นๆ รวมทั้งชุมชนจะไม่มีส่วนร่วม ส่วนลักษณะของการผลิตกำลังคน ถูกกำหนดโดยสภาวิชาชีพ และสถาบันการผลิตโดยตรง หน่วยงานผู้ใช้จะมีส่วนร่วมในการกำหนดน้อย

ส่วนที่เป็นการบริหารจัดการกำลังคน จะเป็นส่วนมาตรการส่วนกลางที่เน้นเรื่องค่าตอบแทนใดๆ โดยมีได้พัฒนาเรื่องระบบบริหารจัดการองค์กร และการบริหารจัดการบุคลากรด้านอื่นๆ เพื่อให้มีการใช้บุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

ส่วนที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบุคลากรและลักษณะกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไป รวมทั้งการบริหารจัดการบุคลากรจะไม่มีกำหนดเป็นแผนหรือมาตรการพัฒนาที่ชัดเจน จะเป็นลักษณะของนโยบายและแนวบริหารของแต่ละองค์กรที่เกี่ยวข้องจะปรับตัวกันเอง

◆ กลไกดำเนินการนโยบาย

เป็นการสั่งการจากส่วนกลางจากรัฐบาลผ่านกระทรวงสาธารณสุข และส่วนที่เป็นนโยบายขององค์กรที่เกี่ยวข้องโดยตรงก็ดำเนินการโดยองค์กรนั้นโดยตรง เช่น องค์กรวิชาชีพ มหาวิทยาลัยที่เป็นหน่วยผลิต

เป็นการดำเนินการในลักษณะที่เหมือนกันทั่วประเทศ ไม่มีนโยบาย หรือมาตรการเฉพาะพื้นที่

มีเนื้อหานโยบายบางส่วนที่กล่าวลอยๆ แต่ขาดการแปลเป็นมาตรการหรือแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน

ขาดระบบติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย บางนโยบายทำไม่ต่อเนื่อง และมีนโยบายบางส่วนที่ขัดแย้งกัน

◆ ขอบเขตการวางแผนกำลังคน

มุ่งเน้นที่กำลังคนในภาคราชการ ไม่ได้รวมส่วนของภาคเอกชน และส่วนสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มุ่งเน้นเฉพาะบางวิชาชีพ คือแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และไม่ได้พิจารณาถึงบุคลากรที่ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ ที่หลากหลาย จะยึดตามลักษณะวิชาชีพเป็นหลัก

สาขาอื่นๆ ใช้กรอบการพิจารณาที่กรอบอัตรากำลังของราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก

พิจารณาเน้นที่ส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มากกว่าการพิจารณาส่วนที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ และการบริหารระบบสาธารณสุข

เป็นการคิดที่พิจารณาแบบส่วนกลางเป็นผู้กำหนดระบบทั้งหมด และองค์กรที่มีบาทส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข

◆ วิธีการศึกษา พิจารณาเพื่อกำหนดปริมาณความต้องการกำลังคน

มักเน้นที่การใช้อัตราส่วนต่อประชากร และการคิดตามโครงสร้างของหน่วยบริการ health services ในปัจจุบันมากกว่า health needs และตามภาพระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต

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

◆ การวิจัย ติดตาม ประเมินผล

มาตรการเพื่อการพัฒนาาระบบกำลังคน มักจะเกิดจากสมมติฐานและลงมือดำเนินการเลย ขาดการวิจัย และพัฒนามาตรการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับกำลังคนอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง รวมทั้งระบบติดตาม ประเมินผลมาตรการและนโยบายกำลังคนไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งส่วนหนึ่งเนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ การวิจัยด้านนี้ทำได้ยาก และขาดระบบสนับสนุนให้มีการดำเนินการที่ต่อเนื่อง

ส่วนที่ 3: ทิศทางการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

3.1 เป้าหมายของการพัฒนา

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

3.2 ทิศทางของนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

1. เป้าหมายของระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข ควรครอบคลุมไปถึงกำลังคนนอกเหนือจากวิชาชีพทางการแพทย์ที่มีบทบาทเกี่ยวกับระบบสุขภาพ
2. ควรต้องเร่งสร้างฐานรากของระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพ อย่างเป็นระบบต่อเนื่อง
3. สร้างให้มีประชาชน องค์กรท้องถิ่น องค์กรอื่นที่นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขและองค์การวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข
4. ต้องประสานบทบาทบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก กับบทบาทของบุคลากรสาขาอื่น และบทบาทของประชาชน ครอบคลุม สังคม ในการให้บริการและดูแลสุขภาพ และมีบทบาทร่วมกันในด้านการวางแผน การผลิต การพัฒนา กำลังคนเพื่อสุขภาพ
5. ควรปรับและพัฒนาให้มีระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขที่หลากหลาย และเป็นพลวัต สอดคล้องกับลักษณะความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลง และระบบต่างๆ ที่มีการปฏิรูป
6. ให้มีการพัฒนาการวิจัย สร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับกำลังคน เพื่อใช้ประกอบในการกำหนดนโยบาย กำลังคน และนโยบายอื่นที่กระทบต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
7. ให้มีระบบการจัดการและมาตรการที่ส่งผลให้สถาบันการผลิตบุคลากรดำเนินการผลิตโดยคำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพของสังคมไทย อย่างเป็นพลวัต
8. ปรับให้ระบบการผลิต การใช้ การพัฒนากำลังคน มีความผสมผสาน บูรณาการมากขึ้น
9. สนับสนุนให้กระจายอำนาจการวางแผนการผลิต และพัฒนากำลังคนลงไปสู่ระดับพื้นที่

10. ค้นหามาตรการที่ป้องกันมิให้การดำเนินงานด้านต่างๆ ในปัจจุบันกระทบต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขในด้านลบ เช่น การจัดการทางการเงินในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ส่งผลบุคลากรด้านสาธารณสุขในชนบทลาออกจากราชการเพิ่มขึ้น การที่ระบบตลาดส่งผลให้บุคลากรไปทำงานในชนบทลดลง หรือ การที่มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทางบางด้านเกินความจำเป็น

ในส่วนที่เป็นกลวิธี มาตรการการดำเนินงานและเนื้อหาของนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนา ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข นั้น จำเป็นที่จะต้องมีการศึกษา และพัฒนาให้ชัดเจนในแต่ละเรื่องเพิ่มขึ้น เพื่อเสนอแนวทางดำเนินงานที่เป็นไปได้ และมีประสิทธิภาพ ซึ่งในเอกสารนี้จะยังมิได้นำเสนอในส่วนนี้ แต่จะเสนอแนวทางการจัดกลไก และประเด็นที่จำเป็นต้องมีการศึกษาในระยะเริ่มต้น เพื่อให้มีการพัฒนาเนื้อหาของนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนต่อไป

3.3 แนวทางการดำเนินงานพัฒนาและการศึกษาในระยะเริ่มต้น

ซึ่งอาจจัดแบ่งเป็นกลุ่มงาน ดังนี้

1. สร้างระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพ

การวางรากฐานระบบเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีที่เป็นจริง และเป็นรูปธรรม เป็นส่วนที่รัฐต้องวางแผน สนับสนุนดำเนินการเป็นหลัก ให้มีการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบดำเนินการในส่วนต่างๆ ต่อไปนี้

- 1) ให้มีการศึกษา พัฒนาระบบการวางแผนและดำเนินงานสร้างสุขภาพที่มีความจำเพาะกับแต่ละพื้นที่ และแต่ละกลุ่มประชากร ซึ่งอาจเป็นแผนระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ ขึ้นกับความพร้อม โดยที่ดำเนินงานประสานไปพร้อมกับการเตรียมเพื่อการกระจายอำนาจให้ประชาชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทดำเนินการโดยตรง เพื่อให้สอดคล้องกับความหลากหลายของพื้นที่
- 2) ให้มีการพัฒนาแผนเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรเพื่อการดำเนินงานด้านนี้ ทั้งส่วนที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และส่วนที่ปฏิบัติในหน่วยงานอื่น ตลอดจนประชาชน
- 3) มีการประสานและร่วมมือพัฒนาองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อทำหน้าที่ด้านการสร้างสุขภาพที่ชัดเจน ซึ่งต้องเชื่อมโยงกับระบบงบประมาณสนับสนุน และนโยบายที่ชัดเจนและเอื้อให้ปฏิบัติงานได้คล่องตัว
- 4) พัฒนาระบบการทำงานแบบ partnership ระหว่างองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งภาคประชาคม ประชาชนกลุ่มต่างๆ และต้องพัฒนาให้มีการเชื่อมโยงข้อมูล กระบวนการทำงานระหว่างระดับต่างๆ (inter- level linkage) ได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง

ข้อเสนอที่นำไปสู่การปฏิบัติ คือ การดำเนินงานส่วนนี้บางส่วน กระทรวงสาธารณสุขควรลงไปดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เริ่มมีการดำเนินการไปแล้ว ได้แก่ การทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ในบางส่วนควรจะมีการศึกษาวิจัย ทดลองพัฒนารูปแบบวิธีการบริหารจัดการและการดำเนินงานร่วมกันในระยะต้นก่อน

2. ปฏิรูประบบบริหารบุคคลและบริหารองค์กรให้มีความหลากหลาย มีประสิทธิภาพ

เพื่อแก้ปัญหาในด้านการกระจายกำลังคน และปัญหาความแข็งตัวของการจัดกำลังคน ตามกรอบอัตรากำลังของรัฐในปัจจุบัน เพื่อปรับไปสู่ระบบที่มีการกระจายกำลังคนดีขึ้น ระบบบริหารกำลังคนควรปฏิรูปให้มีความยืดหยุ่น หลากหลาย ตามสภาพสถานการณ์ที่แตกต่าง และเป็นพลวัต ปรับให้มีสัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ซึ่งควรที่จะมีการศึกษาในประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้

1) การปฏิรูปการบริหารองค์กรบริการสุขภาพของรัฐในปัจจุบันให้เป็นองค์กรมหาชน เพื่อให้มีการบริหารที่คล่องตัวมากขึ้น หรือการปฏิรูปองค์กรในลักษณะต่างๆ ที่น่าจะสอดคล้องกับระบบในอนาคต

2) การพัฒนาทางเลือกการบริหารบุคลากรแบบต่าง ๆ ภายใต้องค์กรรัฐ เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับบริบทงานที่มีความหลากหลาย เช่น

- ระบบพนักงานของรัฐที่มีระเบียบรองรับใหม่ มีการจัดการที่ยืดหยุ่นคล่องตัวกว่าระบบราชการเดิม และจัดการให้กลุ่มพนักงานของรัฐนี้เป็นผู้ดำเนินงานในส่วนที่เป็นจุดอ่อนของระบบราชการปัจจุบัน เช่น ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากร

- ปรับระบบค่าตอบแทนและกระบวนการประเมินผลปฏิบัติงาน ตลอดจนการปรับกรอบอัตรากำลังข้าราชการให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น

ซึ่งในส่วนนี้จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยประเด็นย่อยทางด้านการบริหารกำลังคน แล้วจึงพัฒนาเป็นทางเลือกใหม่ โดยที่ดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) และกระทรวงสาธารณสุข

3. พัฒนาระบบกำลังคนแบบใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง

เพื่อพัฒนาบริการที่ดูแลความเจ็บป่วยและโรคนั้นให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่เป็นความต้องการใหม่ และความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ บริการด้านฟื้นฟูสภาพ บริการสุขภาพผู้สูงอายุ บริการที่ปรึกษาด้านจิตใจและลดความเครียด บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ควรมีแนวทางดำเนินงาน คือ

1) ศึกษา วิจัยถึงทางเลือกของรูปแบบวิธีจัดระบบบริการที่มีความต้องการเปลี่ยนไปในอนาคตให้ชัดเจนขึ้น พร้อมกับการศึกษาเชื่อมโยงไปถึงลักษณะของบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อการบริการนั้นๆ การศึกษาส่วนนี้ควรเป็นบทบาทของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิชาการ

ด้านต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสภาวิชาชีพ วิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางด้านต่างๆ เป็นส่วนที่ดำเนินการศึกษา พัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ โดยที่รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณ

- 2) ให้มีการวางแผนบริการและจัดการกำลังคนสุขภาพเพิ่มขึ้นเพื่อเตรียมพร้อมรับนโยบายส่งเสริมการส่งออกบริการด้านสุขภาพ ที่ให้บริการสุขภาพแก่ชาวต่างประเทศ พร้อมกับจัดระบบติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อมิให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อประชากรไทย และศึกษาผลกระทบจากระบบบริการส่วนนี้ต่อสังคมไทยโดยรวม
- 3) เตรียมบุคลากรให้มีความสามารถใหม่ในลักษณะที่ทำงานเป็น partnership ร่วมกับประชาชน และผู้ให้บริการอื่น และการให้บริการในลักษณะที่เป็นองค์รวม โดยการศึกษาและพัฒนากระบวนการพัฒนากำลังคนในระหว่างประจำการให้ปรับเปลี่ยนกระบวนการทรรศน์ และกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับความต้องการในระบบที่เป็นองค์รวม วิธีดำเนินการส่วนนี้อาจมีทั้งการศึกษาวิจัย แลกเปลี่ยน สรุปบทเรียนกระบวนการพัฒนากำลังคนด้วยวิธีการต่างๆ ในปัจจุบันที่มีหลากหลายรูปแบบ เพื่อสังเคราะห์เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในแต่ละเงื่อนไข
- 4) ศึกษาแนวทางการบูรณาการระหว่างระบบการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก กับระบบการแพทย์แผนตะวันตก โดยศึกษาถึงบทบาทและผลกระทบของระบบแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน คุณภาพและมาตรฐานของบริการ และศักยภาพของกำลังคนด้านสุขภาพในด้านการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกในด้านการบริการที่เป็นความต้องการด้านสุขภาพใหม่ของประชาชนกลุ่มต่างๆ

4. ปฏิรูประบบการวางแผน การผลิตและพัฒนาากำลังคนสาธารณสุขในระบบเดิม

เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพและระบบต่างๆ ที่ปรับเปลี่ยนไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางดำเนินการ ดังนี้

- 1) ให้มีการพัฒนาแผนแม่บทที่ประสานการผลิตบุคลากรกลุ่มต่างๆ โดยใช้ศักยภาพของสถาบันการผลิตทั้งรัฐ เอกชน สถาบันการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาต่างประเทศ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่เข้าใจธรรมชาติ ข้อจำกัด และจุดเด่นขององค์กรในแต่ละลักษณะ ประสานให้มีการผลิตที่เป็นไปตามทิศทาง และระบบการพัฒนาของประเทศ อย่างสอดคล้อง ซึ่งข้อเสนอส่วนนี้ ควรให้ทีมเลขานุการประสานและพัฒนาร่วมกับสภาวิชาชีพต่างๆ ให้เข้าใจต่อทิศทางและธรรมชาติขององค์กรผลิตแต่ละลักษณะ ยอมรับให้มีบุคลากรด้านสุขภาพที่มีลักษณะหลากหลายมากกว่ามาตรฐานเดียว สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม
- 2) สนับสนุนให้มีสถาบันที่พัฒนามูลค่าสุขภาพในลักษณะที่เป็น "วิทยาลัยชุมชน" ที่วางแผนการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพโดยใช้สภาพปัญหาสุขภาพของชุมชนเป็นฐาน มีการดำเนินการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับต่างๆ ส่วนนี้ควรเสนอให้สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข นำไปดำเนินการทดลองพัฒนาพร้อมกับการปฏิรูประบบบริหารองค์กร

- 3) ศึกษา และพัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการผลิตแบบใหม่ที่จะสนับสนุนให้การผลิตสอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทยมากขึ้น เช่นวิธีการที่สนับสนุนผ่านผู้เรียน (demand side) มากกว่าการสนับสนุนผ่านสถาบันการผลิต ทั้งนี้เพื่อให้มีทางเลือกการผลิตที่คล่องตัวมากขึ้น และเป็นการผลักดันให้สถาบันการผลิตดำเนินการตามความต้องการของผู้เรียนและตามนโยบายของรัฐ พร้อมกับจัดระบบที่เชื่อมต่อกับกองทุนเงินกู้เพื่อการศึกษา เพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้ด้อยโอกาส ประชากรที่มีฐานะยากจนแต่ต้องแก้ปัญหาการบริหารจัดการกองทุนในส่วนที่เป็นการเรียกเก็บเงินคืนให้มีประสิทธิภาพ
 - 4) ศึกษาแนวทางการประมาณความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยการประเมินจากความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) รวมทั้งประเมินความต้องการที่ปรับเปลี่ยนไปภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. สร้างเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และองค์กรท้องถิ่นในระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยให้มีการศึกษาและทดลองพัฒนาดำเนินการ ในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้
- 1) บทบาทขององค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชนต่อการกำหนดความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขในพื้นที่ บทบาทต่อการผลิต และพัฒนาบุคลากร ตลอดจนการจ้างงาน และการบริหารบุคลากรด้านสาธารณสุข
 - 2) การพัฒนาศักยภาพของประชาชน ชุมชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีส่วนร่วมในการบริหารบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่
 - 3) ทดลองพัฒนารูปแบบที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนมีส่วนร่วม สนับสนุน และดำเนินการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข การสนับสนุนทรัพยากร ตลอดจนการบริหารจัดการองค์กรบริการด้านสาธารณสุข

กลยุทธ์ 4 กลไกการดำเนินงานเพื่อเริ่มต้นพัฒนาระบบกำลังคน

4.1 หลักพิจารณาการจัดกลไกการดำเนินงาน

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

4.2 กลไกเพื่อให้มีการเริ่มต้นการพัฒนาระบบกำลังคน

ประกอบด้วยกลไกสำคัญ 3 ส่วน คือ

1. คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ
 2. สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
 3. เครือข่ายการวิจัย/การสร้างความรู้ เกี่ยวกับระบบกำลังคนตามยุทธศาสตร์หลักของประเทศ
1. คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ มีบทบาท คือ
 - ประสาน กำกับ นโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานในด้านกำลังคนสาธารณสุขโดยตรง และนโยบายที่เกี่ยวข้องและกระทบกับระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม ประเด็นได้กว้างขวางรอบด้าน
 - ให้ข้อเสนอแนะ และกำหนดแนวนโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านกำลังคนสาธารณสุข ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ
 - ประสานให้มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการสร้างองค์ความรู้ที่สนับสนุนดำเนินการด้านกำลังคนได้อย่างต่อเนื่อง ระยะยาว
 - ประสาน และ นำเสนอแนะนโยบาย และมาตรการกำลังคนด้านสาธารณสุขต่อรัฐบาล องค์กรที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับกำกับติดตามให้มีการดำเนินการตามนโยบาย ตลอดจนการประเมินผลกระทบ

คณะกรรมการระดับชาตินี้ มิใช่มีบทบาทกำหนดทุกอย่างของเรื่องกำลังคน แต่ควรที่จะมีบทบาทเป็นหน่วยกำกับทิศทางของนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและกระทบต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข แล้วทำหน้าที่เสนอแนะนโยบาย เพื่อปรับสมดุลพอดีระหว่างระบบอื่นๆ กับส่วนที่กระทบต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

ควรมีกลไกการเสนอแนะนโยบายที่หลากหลาย เสนอต่อองค์กรที่เกี่ยวข้องในหลายลักษณะทั้งที่เป็น ผู้ผลิต ผู้ใช้กำลังคน รัฐบาลกลาง ผู้ซื้อบริการ ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ

2. ทีมเลขานุการของคณะกรรมการฯ

ทีมเลขานุการนี้จะเป็นกลไกที่ทำงานเต็มเวลาเป็นกลไกสำคัญในการประสาน เชื่อมโยง และผลักดัน งานในด้านการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ตามแผนงานที่กำหนดโดยคณะกรรมการฯ มีบทบาทโดยสรุป คือ

- ประสาน จัดการ กระตุ้น สนับสนุน ให้มีเครือข่ายศึกษาวิจัยที่ดำเนินการศึกษาวิจัย สร้างองค์ความรู้ เพื่อตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับ ประสานให้เกิดความเชื่อมโยงของผลการศึกษาในแต่ละเครือข่าย และกำกับ ติดตามการศึกษาวิจัย ให้ได้ผลตามเป้าหมาย
- ประสานให้มั่งบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานศึกษา วิจัยเพื่อหาคำตอบต่อตามยุทธศาสตร์
- พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข โดยใช้ฐานความรู้จากผลการศึกษา มา ปรับให้เหมาะสมเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และมาตรการดำเนินงานเพื่อการพัฒนากำลังคนด้าน สาธารณสุขอย่างเหมาะสม
- ประสาน สนับสนุน จัดการ และติดตามกำกับให้มีการดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนด

คุณลักษณะของกลไก ทีมเลขานุการ

- เป็นกลไกที่เชื่อมต่อระหว่างการสร้างความรู้เกี่ยวกับระบบกำลังคนกับการพัฒนานโยบาย และกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
- มีการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในด้านนี้ และมีการกำกับติดตามนโยบายได้ ต่อเนื่อง
- ต้องสร้างให้องค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม และมีบทบาทร่วมกันในการพัฒนาระบบกำลังคนด้าน สุขภาพ

เงื่อนไขสนับสนุน

กลไกนี้จำเป็นต้องมีการเชื่อมต่อหรือมอบหมายจากส่วนนโยบาย หรือ องค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ทาง การบริหาร เพื่อให้เป็นที่ยอมรับในสถานะการทำงาน และการนำเสนอผลลัพธ์การทำงาน

ทางเลือกของสถานะของทีมเลขานุการ

- เป็นส่วนหนึ่งของ สป.ร.ส. ที่ปรับไปเป็นสคสช. หลังจากที่พรบ.ผ่านแล้ว
- เป็นส่วนหนึ่งของ สวร.ส. ที่จัดให้มีกลไกดูแลงานนี้เป็นการเฉพาะ
- เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข แต่มีการจัดองค์กรทำงานที่มี ลักษณะคล่องตัว อิสระ
- เป็นส่วนหนึ่งของสภาการศึกษาแห่งชาติ

3. เครือข่ายการวิจัย/สร้างความรู้ในด้านระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

เพื่อให้มีการศึกษา วิจัย สังเคราะห์องค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งมีธรรมชาติที่ต้องการระยะเวลาในการศึกษา ประเมินผลที่ยาวนาน จึงเสนอให้พยายามก่อรูปเป็น เครือข่ายการวิจัยในแต่ละประเด็นสำคัญเป็นการเฉพาะกิจในช่วงแรก และพัฒนาต่อไปเป็นกลไกการศึกษาในระยะยาวต่อเนื่อง โดยเครือข่ายนี้จะต้องสร้างให้องค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนที่เป็นผู้ใช้บุคลากร ส่วนที่เป็น ผู้ผลิต และสถาบันวิชาการต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมด้วย เพื่อให้มีการศึกษาวิจัยใน ประเด็นที่สอดคล้อง และมีการใช้ผลการศึกษาได้อย่างทันการณ์

องค์ประกอบหลักของเครือข่าย ควรประกอบด้วย

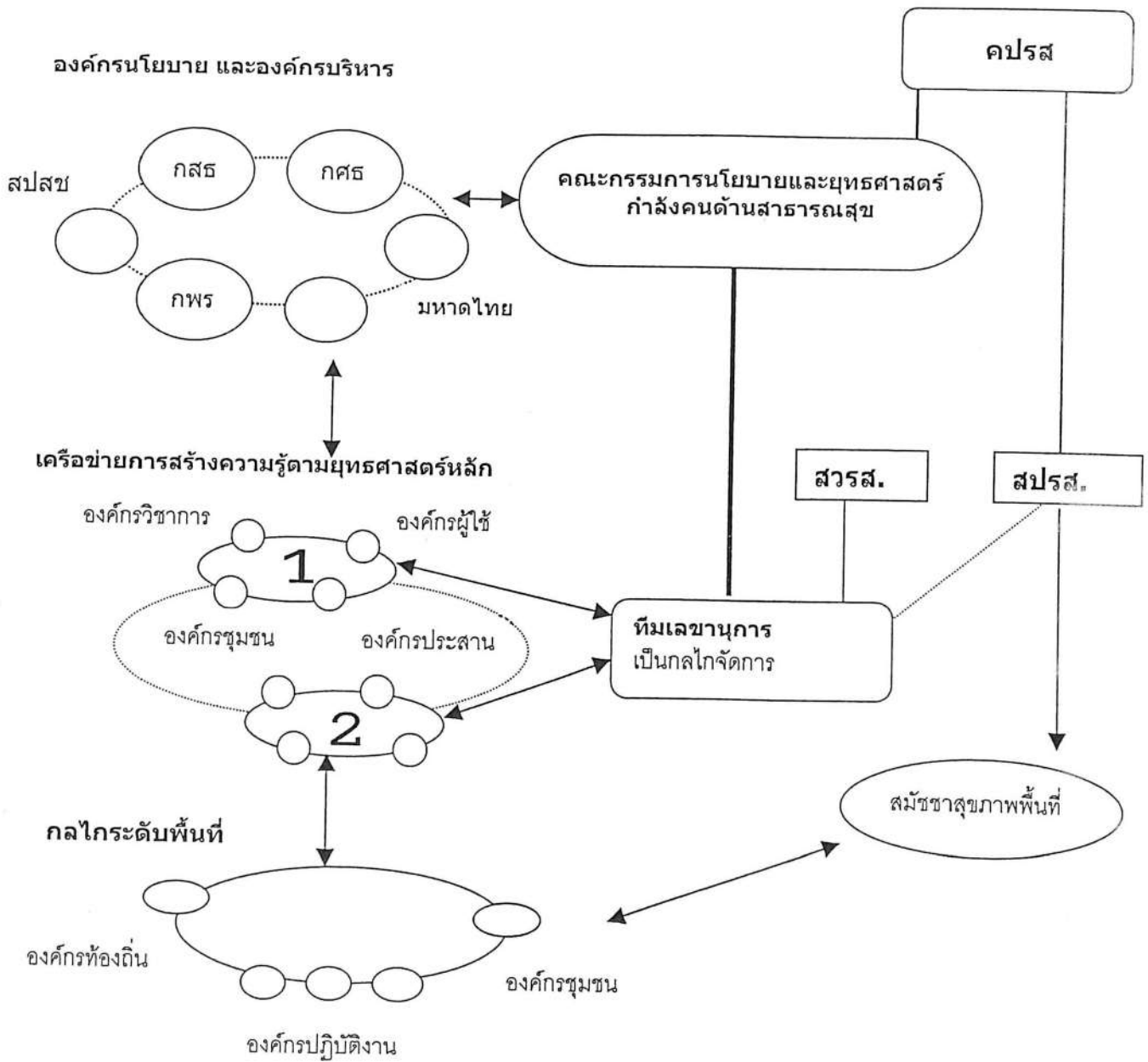
- 1) ส่วนที่เป็นองค์กรวิชาการ เพื่อให้มีบทบาทด้านการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การ ปฏิรูประบบใหม่
- 2) องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นนั้นๆ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและวิจัยไปพร้อมกัน และนำผลการศึกษาไปใช้อย่างทันการณ์
- 3) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานเนื้อหา
- 4) องค์กรชุมชน หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นผู้เสนอความ จำเป็นและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และแนวทางที่ประชาชนจะมีส่วนร่วม

เครือข่ายการวิจัยนี้ ควรเป็นกลไกการดำเนินงานที่คล่องตัว และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง มิใช่เป็นการศึกษาเฉพาะกิจ

โดยที่มีทีมเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายฯ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานให้มีการวิจัยและพัฒนา ความรู้ที่เชื่อมโยงกันได้ระหว่างเครือข่ายต่างๆ และตอบสนองต่อยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนากำลังคน ด้านสาธารณสุขที่มีการกำหนดโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นผู้จัดการระบบ ฐานข้อมูลกลางของกำลังคนด้านสาธารณสุข

ในแต่ละเครือข่ายการศึกษา ให้มีการศึกษา และพัฒนาทั้งส่วนที่เป็นระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การศึกษาหาข้อมูล พัฒนาองค์ความรู้เพื่อการปฏิรูปและปรับระบบตามยุทธศาสตร์ และการพัฒนา ศักยภาพขององค์กร บุคลากรที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกัน ผลการศึกษาให้เสนอต่อคณะกรรมการกำลังคน ระดับชาติ และเสนอต่อองค์กรนโยบาย องค์กรปฏิบัติการในแต่ละด้านที่อยู่ในเครือข่ายการศึกษานั้นไป พร้อมกันเพื่อมีการตัดสินใจและดำเนินการ

ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข



4.3 แผนงาน

เพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ข้างต้น ควรมีแผนงานสำคัญ 3 แผนงาน ดังนี้

1. แผนงานสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการวิจัยที่ต่อเนื่องและชุดโครงการวิจัย
เพื่อสร้างองค์ความรู้ และผลักดันการพัฒนาตามประเด็นทิศทางการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ ทั้งนี้โดยการกระตุ้นและประสานกับองค์กรวิชาการ สถาบันวิจัย องค์กรปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องตลอดจนองค์กรชุมชนที่มีความพร้อม ให้เกิดความสนใจและร่วมมือในการศึกษาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และจัดหางบประมาณสนับสนุนการวิจัย รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของ องค์กร และบุคลากรให้มีความพร้อมในการวิจัยและสร้างความรู้ในด้านกำลังคนสาธารณสุข
2. แผนงานประสานและสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนที่เป็นระดับนโยบายและผู้ใช้ เพื่อให้องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานตั้งแต่การกำหนดประเด็นที่ต้องมีการศึกษาพัฒนา และการสังเคราะห์ผลการศึกษาวิจัย และการแปลผลข้อมูล ไปสู่การกำหนดมาตรการและนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขพร้อมกับการนำไปดำเนินการ ในส่วนที่องค์กรนั้นเกี่ยวข้อง ในแผนงานนี้อาจประกอบด้วยกิจกรรมที่เป็นการประสานรายองค์กร เพื่อชวนให้มีส่วนร่วมในการศึกษาพัฒนาเฉพาะประเด็น ประชุมแลกเปลี่ยนร่วมกันเป็นการประจำ และประชุมวิชาการในด้านกำลังคนสาธารณสุข
3. แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลกลาง ประสาน และสังเคราะห์ความรู้ เพื่อการพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนสาธารณสุข
ข้อมูลและความรู้ในแต่ละประเด็นจะรวบรวมที่เครือข่ายการศึกษาวิจัยในแต่ละประเด็น แต่แผนงานนี้จะเป็นส่วนที่สานต่อข้อมูลและองค์ความรู้ของแต่ละเครือข่ายและพัฒนาเป็นระบบข้อมูลกลางที่เป็นแกนสำคัญที่แสดงภาพรวมของระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนและการพัฒนากำลังคน และเป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้จากการศึกษาในแต่ละประเด็นให้ เชื่อมต่อกัน พร้อมกับพัฒนาเป็นมาตรการเชิงระบบในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข
ข้อมูลส่วนนี้จะประกอบด้วยส่วนที่เป็นฐานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุขในด้านต่างๆ ข้อมูล ผลการศึกษาวิจัย ข้อมูลองค์ความรู้วิชาการเกี่ยวกับการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ข้อมูลด้านนโยบาย แผนงาน มาตรการที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข ตลอดจนผลการประเมิน การดำเนินงานตามนโยบายและมาตรการต่างๆ

(สำเนา)

คำสั่งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๑ / ๒๕๔๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

.....

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

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

ก. องค์ประกอบ

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

๒๐. นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ กรรมการ
 ๒๑. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ กรรมการ
 ๒๒. นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการ
 ๒๓. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรรมการและเลขานุการ

ข. อำนาจหน้าที่

๑. ตั้งคณะกรรมการกึ่งกลางกึ่งคนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของชาติทั้งระยะสั้น และระยะยาว
๒. สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ และระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสาธารณสุข ตลอดจนติดตามประสานงาน เพื่อให้เกิดผลตามแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ อย่างต่อเนื่อง
๓. เสนอแนะและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของกลไกต่างๆ ให้สามารถปรับตัว เพื่อดำเนินการตามนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม
๔. แต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องได้ตามความจำเป็น
๕. ดำเนินการอื่นๆ ตามที่ สป. มอบหมาย

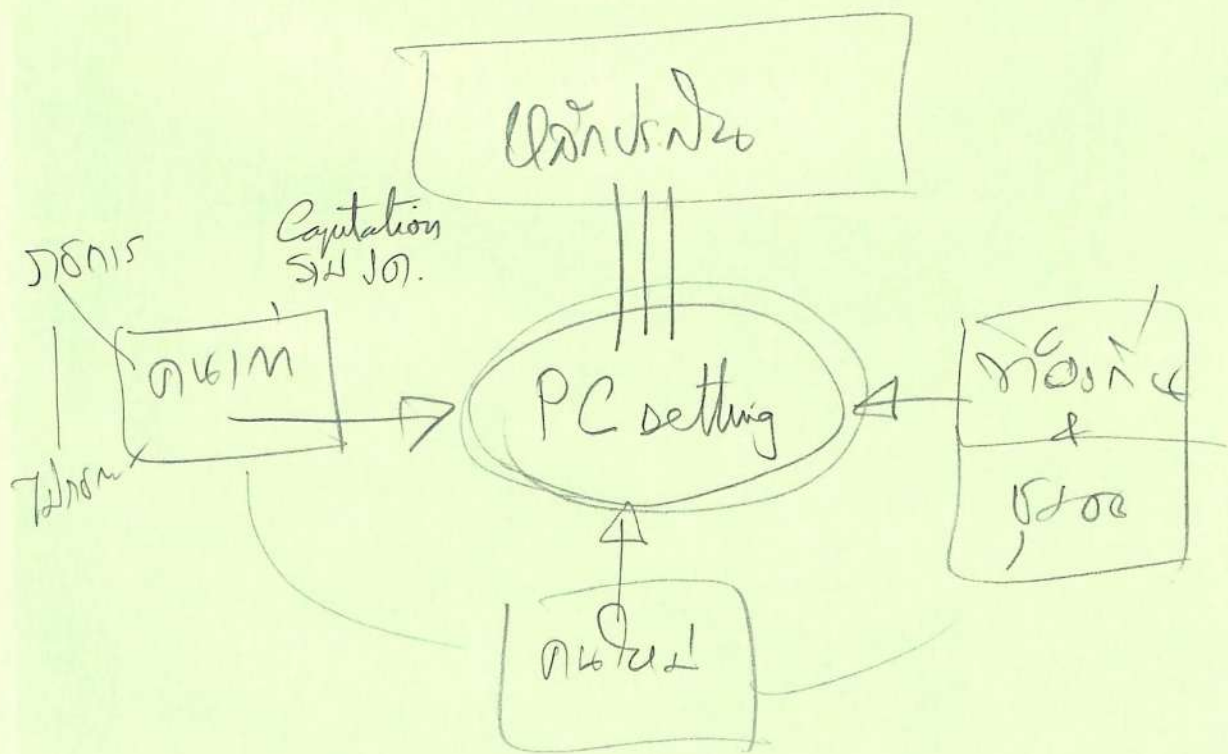
ทั้งนี้ ตั้งแต่ บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๖



(นายจตุรงค์ ฉายแสง)

ประธานกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ



➡ အခြေခံအားဖြင့် PC setting
ကုမ္ပဏီနှင့် ၂၀၈၀

บันทึกการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
ครั้งที่ 2/2546

วันพฤหัสบดีที่ 17 เมษายน 2546 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุม 6 ชั้น 3 อาคาร 1 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าประชุม

1. ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย		ที่ปรึกษา
2. นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์		ประธานกรรมการ
3. นพ.ดำรงค์ บุญยืน		รองประธานกรรมการ
4. นางมานิตา ภูเจริญ	ผู้แทนรองผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ	กรรมการ
5. นายบุญยงค์ เวชมนิศรี	รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
6. ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์		กรรมการ
7. นายองอาจ สิทธิเจริญชัย	ผู้แทน นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	กรรมการ
8. ดร.นิพนธ์ พัวพงศธร		กรรมการ
9. ดร.เสรี พงศ์พิศ		กรรมการ
10. คุณสุชาติ เมืองแก้ว		กรรมการ
11. ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์		กรรมการ
12. นพ.ชาญชัย ศิลปอวยชัย		กรรมการ
13. นพ.ประพจน์ เกตราการ		กรรมการ
14. ทพ.สุปรีดา อุดุลยานนท์		กรรมการ
15. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์		กรรมการ
16. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ		กรรมการ
17. นพ.วิพุธ พูลเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ

ผู้ไม่เข้าประชุม

1. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ		กรรมการ
2. นพ.ธวัช สุนทราจารย์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
3. ดร.สมบัติ อารังค์ญวงษ์		
4. รศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์		กรรมการ
5. รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์		กรรมการ
6. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ		กรรมการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายสมบัติ มาสถิตยชัย	สำนักงานงบประมาณ
2. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
3. นพ.อุกฤษฏ์ มลิณทางกูร	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
4. นางชากุล สินไชย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
5. นางสุภาวดี นุชรินทร์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
6. นายสุรศักดิ์ อธิคมานนท์	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
7. นส.ทัศนีย์ สุรกิจโกศล	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

เปิดประชุมเวลา 13.40 น.

วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ทราบ

วาระที่ 1.1 ประธานแจ้งให้ทราบ

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานคณะกรรมการฯ และประธานในที่ประชุม แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับมติที่ประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เกี่ยวกับการขยายระยะเวลาต่ออีก 1 ปี จนถึงวันที่ 9 สิงหาคม 2547

วาระที่ 1.2 เลขานุการแจ้งให้ทราบ

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร ขี้แจงรายละเอียดของเอกสารประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการฯ สำหรับการประชุมครั้งที่ 2/2546

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

กรรมการขอแก้ไขรายงานการประชุมในส่วนรายชื่อผู้เข้าประชุมหน้าที่ 1 จาก นพ.องอาจ สิทธิเจริญชัย ผู้แทน นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็น นายองอาจ สิทธิเจริญชัย

วาระที่ 3 เรื่องเพื่อพิจารณา

3.1. การนำเสนอโครงสร้างประเด็นพิจารณาเพื่อกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคน โดย พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุมตามวาระหมายเลข 1-3) ซึ่งกรรมการได้แสดงความเห็นในประเด็นต่างๆ ดังนี้

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย ให้ข้อเสนอต่อที่ประชุมเกี่ยวกับความเข้าใจในนิยามและความหมายของคำที่มักจะมีความสับสนไม่ตรงกันอยู่บ้างก็คือ "สุขภาพ" "การสร้างสุขภาพ" หรือ "การส่งเสริมสุขภาพ" และการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งเสนอว่าควรจะทำให้เข้าใจตรงกันว่าขอบเขตของเรื่องต่างๆ นั้น

เหมือนหรือซ้อนกันอย่างไร และเสริมแนวคิดที่ผู้นำเสนอแยกระบบสุขภาพเป็น 2 กลุ่ม คือ ระบบเพื่อการพัฒนาสุขภาพ และระบบเพื่อดูแลอาการเจ็บป่วยและโรค ซึ่งทั้งสองระบบจะต้องมีลักษณะเชื่อมโยงเป็น Two-way หากเป็นเช่นนี้กำลังคนในด้านการพัฒนาสุขภาพจะประกอบด้วยบุคลากรอีกหลากหลายประเภท

นอกจากนี้กระบวนการสุขภาพซึ่งมีลักษณะเป็น On going process ปัจจุบันยังขาดหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบเรื่องกำลังคนในภาพรวมที่เป็นระยะยาว เพื่อให้การทำงานเรื่องกำลังคนนี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการทำงานของคณะกรรมการควรจะมีการศึกษาบทเรียนการวางแผนกำลังคนในอดีตว่าพลาดไปอย่างไรเพื่อจะเป็นข้อคำนึงถึงการพัฒนาในอนาคตต่อไป

กระบวนการวางแผนกำลังคนต้องเป็น Rolling plan ปรับให้ทันสถานการณ์และต้องมีนโยบายในอดีตการวางแผนกำลังคนเป็น Central plan เป็นการกำหนดกำลังคนโดยการกำหนดกรอบอัตรากำลัง ยึดภาครัฐและอำนาจรัฐเป็นหลัก

ปัจจัยที่กำหนดทิศทางของระบบบริการสุขภาพ ให้พิจารณาที่รัฐธรรมนูญ รวมถึงกฎหมายอื่นที่เป็นกฎหมายลูก และที่เพิ่มคือ นโยบายรัฐบาลจะมีผลมากต่อการใช้และไม่ใช้บุคลากร

3.2. การนำเสนอประเด็นพิจารณาเกี่ยวกับบทบาทของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ โดย ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุมตามวาระ หมายเลข 4-5) ที่ประชุมได้อภิปรายต่อประเด็นนี้ โดยสรุปคือ

นพ.ดำรง บุญยสิน กล่าวว่า แนวคิดที่นำเสนอเป็นแนวคิดที่ดี และควรเป็นไปในแนวทางดังกล่าว ขณะเดียวกันก็เห็นว่ามีช่องทางที่จะทำให้ข้อเสนอเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ถ้าได้มีการนำเรื่องนี้ไปเชื่อมกับนโยบายของรัฐบาลในการดำเนินงานของกระทรวงอื่นๆ เช่น เชื่อมกับเรื่องการปรับรูปแบบการทำแผนพัฒนาพื้นที่ของกระทรวงมหาดไทย หรือเชื่อมกับแนวคิด "วิทยาลัยชุมชน" ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ เป็นต้น

ดร.นิพนธ์ พัวพงศธร กล่าวว่า เห็นด้วยว่าแนวคิดเรื่องนี้ต้องทำ แต่ควรพิจารณาถึงปัญหาที่สำคัญเร่งด่วนในขณะนี้คืออะไร สำหรับเรื่องระบบการผลิตกำลังคนแบบ On the job training ในประเทศเรามีอยู่ทั้งที่เป็น formal sector และที่เป็น informal sector ซึ่งในระบบ formal sector เป็นระบบที่เราพยายามทำและล้มเหลว เป็นระบบที่เลียนแบบเยอรมัน ซึ่งมีลักษณะเป็น Dual system มีบทเรียนของบริษัทปูนซีเมนต์ไทยที่ร่วมมือกับกรมอาชีวศึกษา ได้จัดให้มีการเรียนการสอนควบคู่ไปกับการฝึกปฏิบัติงานก็พบว่าไม่ประสบความสำเร็จ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่ามีระบบที่ประสบความสำเร็จแต่ก็กำลังจะหายไปจากสังคมไทย พร้อมๆ กับกิจการก็คือระบบการฝึกหัดช่างกลึงหรืออื่นๆ ในกรณีที่เป็นผู้หญิงก็จะเป็นการฝึกเรื่องการตัดเย็บเสื้อผ้า เป็นระบบที่เรียกว่าได้ว่าเป็น "ครูพักลักจำ" ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการเรียนรู้มากขณะเดียวกันผลตอบแทนที่ได้ค่อนข้างต่ำ ดังนั้นการที่จะผลิตกำลังคนแบบนี้ต้องยอมรับเงื่อนไขว่า Qualifications บางอย่างต้องลดลง ต้องยอมรับว่าการผลิตแบบ On the job training นี้มี Quality ต่ำ ทั้งนี้ระบบ Incentive

system เป็นเรื่องสำคัญ เพราะว่า การสร้างระบบแล้วให้มี On the job training ถ้าเงื่อนไขเรื่อง Incentive system ไม่ดีก็คงไม่สามารถจะรักษาคคนไว้ในระบบได้ เรื่องนี้ในความคิดส่วนตัวเห็นว่า เป็นเรื่องที่ดี น่าจะทำ แต่ยังมีปัญหาว่าในการทำนั้นยังต้องมีการวางระบบต่างๆ ก่อนข้างมาก ขณะเดียวกันก็พบว่าระบบการฝึกอบรมที่เป็น On the job training แบบ informal system กำลัง ตายไปจากสังคมไทย เพราะบริษัทใหญ่เข้ามา ทำให้กิจการเล็กๆ ต้องยุบเลิกไป การสร้างระบบนี้ ในชุมชนให้ได้ ไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะจะฝืนกับธรรมชาติและแรงจูงใจของคน จะต้องแก้ปัญหาเรื่องนี้ให้ได้ ดังนั้นจึงต้องดูจุดอ่อน จุดแข็ง ในการพัฒนาเรื่องนี้

ดร.เสรี พงศ์พิศ แสดงความเห็นในที่ประชุมว่า กระบวนทัศน์เกี่ยวกับกำลังคนในระบบ ของกระทรวงเดิมน่าจะยังมีอยู่แต่ที่ควรเสริมเพิ่มก็คือการทำงานเรื่องกำลังคน ควรเน้นให้คนมีความสามารถที่จะไปพัฒนาบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถพึ่งตัวเองทางสุขภาพได้ ดังนั้นสิ่งที่ควรต้องดำเนินการสำหรับการทำงานเรื่องกำลังคนคือการประมวล state of the art ของการดูแลสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวกับการทำงานด้านสุขภาพและกำลังคนด้านสาธารณสุข จะทำให้เข้าใจบทบาทของชุมชนต่อเรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุขที่ชัดเจนมากขึ้น

3.3. การนำเสนอประเด็นพิจารณาเกี่ยวกับบทบาทของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ (รายละเอียดตามเอกสาร ประกอบการประชุมตามวาระ หมายเลข 4-5) ที่ประชุมได้อภิปรายในประเด็นต่างๆ ดังนี้

นพ. ดำรงค์ บุญยยืน กล่าวว่าหัวใจสำคัญ คณะกรรมการชุดนี้ ต้องดูว่าปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อเรื่องกำลังคนอยู่ที่ไหน เท่าที่ดูพบว่าที่ผ่านมาของเดิมนั้นอิทธิพลอยู่ที่อุปทาน(Supply) ทั้งในแง่ของการวางระบบบริการของภาครัฐและเอกชน ในเมืองและชนบท เรื่องนี้ชัดเจนว่า Professions และ Investors เป็นผู้กำหนด สิ่งที่น่าเสนอมาเป็นเรื่องที่ดี ซึ่งคณะกรรมการควรจะต้องช่วยกัน พิจารณาว่าจะทำอย่างไรให้ข้อเสนอนี้มีจิตวิญญาณไม่เป็นหมัน ในความเห็นเชื่อว่าหลักสำคัญอยู่ที่ การ Shift อิทธิพลจากอุปทานมาทางด้านอุปสงค์ (Demand) ซึ่งเป็นเรื่องที่สอดคล้องและสนอง ตอบต่อเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและกฎหมายลูก การให้น้ำหนักของการทำงานเรื่องกำลังคนอยู่ที่ Demand side จะส่งผลให้สิ่งที่เป็นข้อเสนอกลไก เป็นสิ่งที่มีจิตวิญญาณและมีพลัง การ Shift มาทาง Demand side ในความหมาย ไม่ใช่การปฏิเสธตลาด หรือระบบทุน แต่เป็นแนวคิดที่ต้องการ เห็น อิทธิพลของส่วนที่อยู่ทาง Demand side อยู่เหนือระบบตลาดที่จะสามารถกำหนดได้ว่ากำลัง คนที่ต้องการนั้นเป็นอย่างไร บุคลากรควรมีหน้าตาอย่างไร เรื่องนี้จัดเป็น Paradigm within Paradigm หมายความว่า หลายท่านอาจจะบอกว่าเรื่องเหล่านี้ถูกกำหนดเป็น Paradigm ไว้ใน กฎหมายรัฐธรรมนูญแล้ว รวมถึงอยู่ใน พรบ.สุขภาพแห่งชาติ แล้วอีกด้วย ในความเข้าใจตรงนี้ยัง ไม่ใช่ความหมายของ Paradigm within Paradigm ซึ่งลึกกว่า Paradigm ที่มีการกำหนดไว้ในสิ่ง ซึ่งกล่าวไปแล้วในตอนต้น ในความเห็นส่วนตัวเชื่อว่าถ้าทำเรื่องนี้ได้ไม่ชัดเจนจะเกิดปัญหาใน การทำงาน เหมือนตัวอย่าง ในสมัยที่ยังทำงานเรื่องกำลังคนอยู่ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ สร้างสถาบันพระบรมราชชนก ให้เป็นกลไกการวางแผนและการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข แบบ “เราคิดเอง เราว่าเอง” การทำงานด้านกำลังคนที่ดีควรเป็นก็คือการให้ชุมชนที่เป็นส่วนหนึ่งของ

Demand side เข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตกำลังคน การผลิตในระบบนี้จะต้องหันไปใช้แนวคิดของ Community Collage คำถามก็คือ สบช. โดยกระทรวงสาธารณสุขจะคิดอย่างไร จะสนับสนุนหรือไม่ กล่าวคือแนวคิดนี้ผู้ที่กำหนดได้จะต้องเป็นชุมชนไม่ใช่ สบช.หรือองค์กรอื่นใดที่รัฐส่วนกลางเป็นผู้กำกับ ดังนั้นเรื่องนี้ควรจะต้องมีตัวแทนของผู้ที่ทำงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ Community Collage เข้ามาร่วมด้วย จึงจะชัดเจนและเป็นรูปธรรมในการดำเนินการมากขึ้น

นพ.สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ กล่าวว่า ประเด็นที่ นพ.ดำรงค์ เสนอเป็นหัวใจ เพราะปัจจุบันพบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว รัฐกำลังลดการสนับสนุนการผลิตกำลังคนแล้วดึงกำลังคนจากประเทศด้อยพัฒนาเมื่อมีความต้องการกำลังคน ทั้งนี้มีปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อ 2 ปีก่อนที่ประเทศอังกฤษประกาศรับสมัครพยาบาลจากทั่วโลกจำนวน 30,000 คนไปทำงาน ซึ่งก็พบว่ามีพยาบาลจากประเทศที่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ดี เช่น ฟินแลนด์และประเทศทางแถบอาฟริกาได้สมัครไป ปัจจุบันสถานการณ์ดังกล่าวในอเมริกา ลดการสนับสนุนการผลิตแพทย์ลง นอกจากนั้นในอนาคตถ้าระบบการคมนาคมขนส่งพัฒนาขึ้น การเดินทางถูกลง ประเทศเหล่านี้จะส่งผู้ป่วยมารักษาในประเทศไทย ซึ่งตามเอกสารที่นำเสนอประกอบวาระในตอนท้ายได้คาดการณ์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากปรากฏการณ์นี้ไว้ด้วย ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่ากระแสการปรับจากการผลิตที่เกิดจากความต้องการของ Demand side ในต่างประเทศจะกระทบกับระบบสุขภาพในประเทศอย่างไร

ดร.เสรี พงศ์พิศ กล่าวว่า ปรากฏการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในสังคม ก็คือการปฏิเสธรัฐ ตัวอย่างเช่น การปฏิเสชบริการของโรงพยาบาล คำถามก็คือปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นได้อย่างไร ในความเห็นคิดว่าส่วนหนึ่งอาจจะมาจากการบริการไม่ได้ตอบสนองความต้องการของชุมชนและท้องถิ่น ดังนั้นสิ่งที่รัฐจะต้องทำก็คือการพัฒนาที่จะให้รัฐสามารถที่รับรู้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รับรู้ความรู้สึกและความต้องการของชุมชนที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้โดยส่วนตัวมีบทเรียนซึ่งเกิดจากทำงานเกี่ยวกับสุขภาพชุมชนให้กับ สวรส. ซึ่งดำเนินงานในชุมชน 10 ชุมชน โจทย์ของการศึกษาก็คือ พยายามที่จะหาว่าชุมชนคิดกับสุขภาพดีแปลว่าอะไร และจะสร้างสุขภาพได้อย่างไร ชุมชนเองก็พยายามตั้งเกณฑ์ขึ้นมา จากนั้นก็ดูว่าเกณฑ์ที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้นเป็นอย่างไร ตัวอย่างของเกณฑ์สุขภาพที่ชุมชนสร้างก็คือ สุขภาพดีคือหนี้สินลดลง สารเคมีในเลือดลดลง ทะเลาะกันน้อยลง ชุมชนพึ่งพาอาศัยกันมากขึ้น ทั้งหมดนี้คือสุขภาพสำหรับชุมชนและชุมชนเชื่อว่าสามารถสร้างได้ ตรงนี้เป็นคำถามว่าคนที่เกี่ยวกับสุขภาพเกี่ยวกับสาธารณสุข จะไปเติมอะไรให้ชุมชน และจะวางตัวอย่างไรในเวลาที่ชุมชนกำลังแสวงหาทางเลือกและพัฒนาตัวเอง เชื่อว่าเรื่องนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือระบบสาธารณสุขจะต้องมีการกำหนดวิสัยคิด และกระบวนทัศน์ให้ชัดเจน ขณะเดียวกันก็ต้องมีพลังทางปัญญาที่จะใช้ขับเคลื่อนการทำงานได้อย่างเหมาะสม

นายบุญยงค์ เวชมนีศรี กล่าวว่า เรื่องการวางแผนพัฒนากำลังคนเป็นเรื่องใหญ่ และมีปัญหาค่อนข้างมาก ที่ผ่านมามีความพยายามที่จะวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการ แต่ที่สุดท้ายก็ล้มเหลว เพราะส่วนมากเป็นการดำเนินการในระดับ Macro ขณะเดียวกันความต้องการในเรื่องสุขภาพก็ความไวในการเปลี่ยนแปลง กรอบกับสิ่งที่คนทำงานด้านกำลังคนถนัดก็คือ การ

ทำงานในด้าน Supply side เพราะการทำงานด้าน Demand side ยังติดปัญหาเรื่องการไม่มีข้อมูล ทำให้การทำงานด้าน Demand side เป็นเรื่องของการคาดเดาเป็นส่วนใหญ่ และพบว่ามีปัญหามากในการทำงาน แต่ในปัจจุบันรัฐบาลก็มีนโยบายเกี่ยวกับการวางแผนการผลิตกำลังคนโดยใช้ Demand เป็นตัวกำหนด ซึ่งโจทย์สำคัญก็คือจะไปหา Demand มาจากไหน ตัวอย่างสิ่งที่ดำเนินการกับกำลังคนซึ่งเกิดขึ้นกับระบบอุตสาหกรรมก็คือ การลงไปศึกษาในรายละเอียดให้ลึก โดยให้มีการจำแนกประเภทของอุตสาหกรรม จากนั้นจึงศึกษาถึงขบวนการผลิตในแต่ละประเภท อุตสาหกรรมจึงจะทำให้เห็นความต้องการกำลังคนในอุตสาหกรรมแต่ละประเภทได้ ซึ่งแนวคิดนี้ก็จะมีลักษณะเช่นเดียวกันกับการทำงานกำลังคนในระบบสุขภาพ

ต่อประเด็นพิจารณาสิ่งที่ได้นำเสนอมาก็พบว่า มีความชัดเจนว่าระบบสุขภาพที่ต้องการเห็นนั้นเป็นอย่างไร ซึ่งก็สามารถใช้ระบบสุขภาพนั้นเป็นตัวตั้ง เป็นกรอบใหญ่ จากนั้นจึงแยกเป็นกรอบย่อย ซึ่งการประชุมครั้งก่อนก็แตกย่อยเป็นสองสาขา คือ ส่วนที่เป็นชุมชน กับส่วนที่เป็นระบบเดิม ซึ่งมีอยู่ และโจทย์ก็คือจะปรับกันอย่างไร ถ้าดำเนินการอย่างนี้ก็จะทำให้ทราบว่า Demand ของกำลังคนด้านสุขภาพนั้นเป็นอย่างไร สำหรับเรื่อง Supply นั้นไม่น่าเป็นห่วง โดยเฉพาะเรื่องงบประมาณ เพราะรัฐบาลมีการกำหนดกรอบวงเงินที่จะสนับสนุนการทำงานด้าน Demand โดยใช้ระบบงบประมาณเป็นเรื่องการอุดหนุน การสนใจในการกำกับทิศทางว่าต้องการให้เกิดการผลิตกำลังคนด้านไหนก็ใช้งบประมาณเป็นตัวกำหนด ด้านไหนที่ต้องการก็จะอุดหนุน ด้านไหนที่ไม่ต้องการก็จะลดการอุดหนุนลงไป ดังนั้นการทำงานเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพโดยหันมาให้ความสำคัญกับ Demand side ก็จะสามารถคล้องกับนโยบายของรัฐบาล

พ.ด.ร. บัญยีน กล่าวว่าจะนำเสนอดีเอ็นเอซึ่งเป็นเหตุผลในเชิงสนับสนุนนโยบายเกี่ยวกับ การทำงานเรื่องกำลังคนที่ว่าควรจะทำอย่างไร ปรับรูปแบบและวิธีการกำหนดนโยบาย รวมถึงการทำแผนเรื่องกำลังคนไม่ให้เน้นไปที่ Supply side เหมือนแต่ก่อน ก็ควรจะเข้าใจข้อจำกัดของการทำงานกำลังคนด้าน Demand side ซึ่งมีอยู่หลายประการ ตัวอย่างเช่น ลักษณะของ Demand side นั้นมีความหลากหลาย ไม่เหมาะกับการทำงานที่มีลักษณะเป็น Central Planning ในขณะที่ Supply side มีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับการทำงานแบบ Central Planning มากกว่าการทำงานจาก Demand side จะต้องขึ้นต้นจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม หลายพวก ซึ่งในระบบสุขภาพ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่กล่าวถึงนั้นมีได้หมายถึงประชาชนที่ต้องการมีสุขภาพที่ดี เพราะในระบบสุขภาพ คำว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก็ยังหมายถึงกลุ่มผู้ประกอบการในธุรกิจทางสุขภาพอีกด้วย ซึ่งโดยธรรมชาติของกลุ่มนี้เองจะทำหน้าที่เป็น Labor intensive sector ในความคิดเห็นว่าในเชิงนโยบายไม่ควรมองข้ามกลุ่มนี้ไป เหตุเพราะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยเองก็มีศักยภาพในเรื่องสุขภาพอยู่มาก ดังนั้นนโยบายการทำงานด้านกำลังคนที่ยอมรับแนวคิดเรื่องการ Shift การทำงานไปสู่ Demand side ก็ต้องยอมรับว่า Demand นั้นมีลักษณะของความหลากหลาย มีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม รวมถึงจะต้องมีการจัดการปฏิรูปสถาบันเดิม ซึ่งในที่นี้หมายถึง ความเห็นชอบและการเข้าร่วมกับการทำงานตาม

แนวทางนี้ของสภาวิชาชีพ ความเห็นก็คือการทำงานของคณะกรรมการควรจะต้องมีตัวแทนจากสถาบันหรือองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมทำงานด้วย เพื่อให้การทำงานเกิดผลสำเร็จในทางปฏิบัติ

ดร.นิพนธ์ พัวพงศธร กล่าวว่า เห็นด้วยกับแนวคิดเกี่ยวกับการ Shift การวางแผนกำลังคนจากด้าน Supply ไปสู่ Demand เพราะในที่สุดคงหนีไม่พ้น เนื่องจากกระแสโลก กระแสเศรษฐกิจขณะนี้ ผลักดันให้ภาคเอกชนมีบทบาทมากขึ้น ซึ่งดูได้จากตัวเลขที่ทำให้เห็นว่า Specializations มีบทบาทมากขึ้น เมื่อเราเห็นภาพนั้นแล้วสิ่งที่จะต้อง Focus ก็คือปัญหาที่ระบบตลาดแก้ไม่ได้ ขณะเดียวกันก็ปัญหาที่ระบบราชการแก้ไม่ได้เช่นกัน ประเด็นนี้คณะกรรมการควรจะมี Focus ที่จุดนั้น และจะต้องยอมรับว่ามาตรการที่จะกำหนดขึ้นภายใต้แนวคิดนี้จะต้องกระทบกับระบบตลาดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งจะมากหรือน้อยก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง การ Focus แบบนี้จะทำให้ชัดเจนมากขึ้นว่า การทำงานภายใต้ทรัพยากรซึ่งมีจำกัดนั้นจะเป็นอย่างไร การมีสถาบันซึ่งในความเข้าใจเชื่อว่า สถาบันนั้น ไม่ใช่เรื่องของตั้งสถาบัน ไม่ใช่เรื่องของการตั้งองค์กร แต่น่าจะหมายถึงการกำหนดกติกาต่างๆ เป็นเรื่องของ การวาง Sanction ต่างๆ เป็นกติกาตามที่ควรจะเป็น ตัวอย่างเช่น เรื่องการ Shift resource ของรัฐควรจะเป็นอย่างไร เพราะเงื่อนไขในอนาคต 5-10 ปีจะมีปัญหาเรื่องทรัพยากรที่ไม่เพียงพอแน่นอน ดังนั้นสิ่งที่ควรพิจารณาก็คือ จะทำอย่างไรให้การทำงานเป็นไปได้ในเงื่อนไขความจำกัดของทรัพยากร

นพ.ดำรงค์ บุญยสิน กล่าวว่า การที่เราจะทำนโยบายด้านกำลังคน หรือการทำ Rolling plan เรื่องกำลังคน คงเป็นไปได้ที่จะไม่ให้ความสนใจกับสถาบันหรือองค์กรซึ่งมีบทบาทหน้าที่การทำงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำลังคนในปัจจุบัน แนวคิดนี้ไม่ได้มองว่าสถาบันต่างๆ เหล่านั้น ควรจะถูกทำลายลงเพราะเป็นเงื่อนไขไปขัดขวางการทำงาน เป็นเหตุให้การปฏิรูปการทำงานเรื่องกำลังคนเป็นไปอย่างยากลำบาก ในทางตรงข้าม สถาบันต่างๆ เหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในสังคมประชาธิปไตย เพราะสถาบันวิชาชีพ คือการควบคุมกันเอง การมีสถาบันวิชาชีพจัดเป็นยุทธศาสตร์หลัก ของการทำงานเรื่องกำลังคนภายใต้เจตนารมณ์ของสังคมประชาธิปไตย แต่อย่างไรก็ตามการควบคุมกันเองนี้ก็ยังต้องคำนึงถึงว่า กฎ กติกาที่ออกมาไม่ใช่เป็นเรื่องเพื่อผลประโยชน์ของวิชาชีพเดียวกัน แต่จะต้องเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ของชุมชน ของประชาชน ซึ่งในความเห็นมองว่าปัจจุบันสถาบันวิชาชีพที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุม ตัวอย่างเช่นปัจจุบันยังไม่มีสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพซึ่งเป็นเรื่องที่มีการลงทุนสูง ทำให้การควบคุมคุณภาพของวิชาชีพนี้ขาดไป ปัจจุบันสถาบันวิชาชีพยังอยู่แต่ในวงวิชาชีพที่เป็น Core categories ทั้งหมดนี้แสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างกระทรวงที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับการทำงานด้านสุขภาพที่ไม่ใช่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

นางมานิตา ภู่อเจริญ ผู้แทนผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ แสดงความเห็นต่อประเด็นนี้ว่า การปรับระบบการทำงานกำลังคนจากด้าน Supply side เป็น Demand side นั้น ควรจะมี

การหาสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างการผลิตกำลังคนจาก Supply และ Demand เพราะ ลักษณะของ Demand นั้นจะมีความไม่สิ้นสุด

นพ.วิพุธ พูลเจริญ กล่าวว่า จากที่มีการหารือกันมาในที่ประชุมเหมือนยอมรับส่วนหนึ่งว่า นโยบายกำลังคนจะเกี่ยวข้องกับนโยบายอื่นๆ อีกหลายส่วน สิ่ง ที่ นพ.สุวิทย์นำเสนอจะเป็นกรอบวิธีการที่จะทำให้ได้ปัญญา สำหรับแนวความคิดของ นพ.ดำรงค ที่นำเสนอเกี่ยวกับความเชื่อมโยงกับส่วนอื่นๆ นั้นจัดเป็นกลไกการทำงานซึ่งปัจจุบันคิดว่ายังมองเรื่องนี้ได้ไม่ชัดเจนนัก เพราะเรื่องนี้เป็นเรื่องที่ต้อง Compromises กับสถาบันที่เกี่ยวข้องซึ่งมีเงื่อนไขว่าถ้า Compromises มากเกินไป ก็อาจจะไม่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ประเด็นสำคัญที่ควรจะต้องหารือก็คือ การยกประเด็นของปัญญาและการเชื่อมต่อกันของกลไก มาสร้างให้เกิดความยอมรับขององค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรทางการศึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งปัจจุบันทำงานเรื่องกำลังคนอยู่ อาทิ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมสนับสนุนบริการ เป็นต้น สำหรับการประชุมครั้งต่อไป ควรเป็นการนำเสนอข้อสรุปของกรอบการทำงานด้านกำลังคนที่ประกอบด้วยรายละเอียดของเงื่อนไขหลักๆ ดังที่กล่าวมา เพื่อที่กรรมการชุดนี้จะได้พิจารณารายละเอียดและเพิ่มเติมประเด็นต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกลไก หรือเงื่อนไขซึ่งจะเป็น Issue สำหรับกำหนดเป็น Research priority ต่อไป

อภิปรายทั่วไป

1) การวางแผนด้านการผลิตกำลังคน

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย แสดงความเห็นเรื่องการผลิต ซึ่งจะขอนำเสนอประสบการณ์การทำงานในเรื่องนี้ในสมัยที่เคยดำรงตำแหน่งเป็นปลัดทบวงมหาวิทยาลัย ซึ่งเห็นว่าควรวางแผนการผลิตกำลังคนโดยเข้าใจธรรมชาติของสถาบันที่เกี่ยวกับการผลิต ส่วนต่างๆ ดังนี้

กลุ่มแรกคือมหาวิทยาลัยของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับหรือมหาวิทยาลัยที่ยังใช้ระบบราชการอยู่ ก็เชื่อว่ารัฐยังมีอำนาจในการควบคุมกำกับโดยผ่านนโยบายทางงบประมาณ หรือผ่านแผนของชาติ ที่จะกำกับการผลิตกำลังคนทั้งระดับและประเภทต่างๆ ได้ ซึ่งกลุ่มมหาวิทยาลัยเหล่านี้จะมีลักษณะเฉพาะอยู่อย่างหนึ่งก็คือ จะผลิตบุคลากรระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผลิตบุคลากรที่เน้นความเป็นเลิศ ไม่ยอมผลิตระดับต่ำกว่าปริญญา ซึ่งเป็นเหตุผลเฉพาะ ขณะเดียวกันในระยะยาวมหาวิทยาลัยกลุ่มนี้โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ก็คงจะมี Autonomy กลุ่มนี้จะผลิตบุคลากรด้านสุขภาพในประเภทและชนิดที่รู้สึกว่าขายได้ ตัวอย่างเช่น การผลิตพยาบาลที่สามารถพูดภาษาญี่ปุ่นได้ พูดภาษาจีนได้ ซึ่งเรื่องนี้ก็จัดเป็นการผลิตในระบบกลไกการตลาดซึ่งก็ต้องยอมรับกัน

กลุ่มที่สองคือมหาวิทยาลัยเอกชน ซึ่งหันมาผลิตบุคลากรด้านสุขภาพค่อนข้างมาก แต่มักจะเน้นในด้านพยาบาล ซึ่งโดยธรรมชาติกลุ่มนี้จะสนใจการผลิตบุคลากรที่เป็นความต้องการของตลาดแรงงาน การจ้างผู้ที่สำเร็จการศึกษา ดังนั้นกลุ่มนี้จะเป็นเป็นกลไกที่จะช่วยเติมเต็ม เติมส่วนขาด

ขณะเดียวกันกลุ่มมหาวิทยาลัยเอกชน จะมีความยืดหยุ่นมากกว่ามหาวิทยาลัยของรัฐ จะเพิ่มหรือลดการผลิต จะมีความไวต่อความต้องการของตลาดในเรื่องกำลังคนมากกว่า ดังนั้นในกลไกที่จะเสนอรัฐถ้าจะยกธรรมชาติในข้อนี้ เป็นกลไกที่จะคอยกำกับไม่ให้กำลังคนขาดหรือเกินในระบบ ซึ่งถ้าไม่มีกลไกเรื่องนี้ก็จะเกิดปัญหาขึ้นได้

กลุ่มที่สาม คือกลุ่มที่เป็นกระทรวงทบวงกรมหรือหน่วยงานต่างๆ ปัจจุบันก็มีการผลิตบุคลากรขึ้นใช้เอง ระบบนี้เป็นระบบราชการที่ผลิตบุคลากรขึ้นใช้เอง ซึ่งระบบนี้ก็ยังมีไม่มากนักในปัจจุบัน

กลุ่มที่สี่ เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ ก็คือสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นกลไกของกระทรวงสาธารณสุขเองที่จะมองทั้งสามระบบแรกว่ายังขาดอะไร ตัวอย่างเช่น บุคลากรที่ต่ำกว่าปริญญาตรีที่สามระบบไม่ยอมผลิต ถ้ายังมีความต้องการให้อยู่สถาบันก็สามารถผลิตได้ ซึ่งก็รวมถึงพยาบาล หรือหมอ ประเภทที่ต้องการใช้เฉพาะ ตรงนี้สถาบันพระบรมราชชนกสามารถเป็นกลไกหนึ่งที่ทำให้การผลิตบุคลากรด้านนี้คล่องตัว โดยตัวของตัวเองมากขึ้น

กลุ่มที่ห้า เป็นการผลิตจากต่างประเทศ ซึ่งมีอยู่จำนวนน้อยที่จะช่วยการผลิตบุคลากรให้ตามเทคโนโลยีใหม่ของต่างประเทศ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอด

ในจำนวนทั้งห้าแหล่ง ภาพของระบบสุขภาพไทยในช่วง 5-10 ปีนี้เปลี่ยนแปลงเร็วมาก ก็จะต้องมีการผลิตบุคลากรประเภทใหม่ๆ เพิ่มขึ้นมา หรือแม้แต่ในประเภทที่เราคุ้นก็จะแตกแขนงออกไปทำอาชีพใหม่ๆ มากมาย ภายใต้ระบบตลาดทุนนิยมเสรี และกระแสโลกาภิวัตน์ พบว่า เกิดอาชีพใหม่ๆ ขึ้นมาตลอดเวลา ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องต้องยอมรับ หน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นตัวแทนรัฐก็คือ การทำหน้าที่ออกแบบและดูแลระบบให้มีความเที่ยงธรรมต่อผู้บริโภค

2) ประเด็น บทบาทหน้าที่ ของคณะกรรมการ

ประเด็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ที่ประชุมมีการยกประเด็นนี้ขึ้นมาหารือ ทั้งนี้เพื่อให้กรอบการทำงานชัดเจนมากขึ้น ซึ่งในที่ประชุมมีการอภิปรายในรายละเอียดถึงความเป็นมาของคณะกรรมการรวมถึงบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ดังต่อไปนี้

นพ.สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ ชี้แจงเกี่ยวกับความเป็นมาของการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ โดยสรุปก็คือเป็นคณะกรรมการที่เกิดจากความเห็นชอบของ คปรส. เพื่อการทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของชาติ ทั้งระยะสั้น ปานกลางและระยะยาว โดยข้อเสนอดังกล่าวจะวางอยู่บนหลักการของยุทธศาสตร์ 3 เรื่องก็คือ ยุทธศาสตร์ทางปัญญา ยุทธศาสตร์การพัฒนาบุคลากรทำงานระยะยาว และยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ กล่าวว่า การประชุมครั้งแรกไม่ได้เข้าร่วม ก็เลยเกิดความไม่มั่นใจว่า ใจหายของกรรมการชุดนี้เป็นอย่างไร บังเอิญกรรมการหลายท่านพูดเรื่องโจทย์ซึ่งส่วนตัวคิดว่าเป็นเรื่องสำคัญมาก ว่าตกลงกรรมการชุดนี้มีวิธีมองนโยบายและยุทธศาสตร์ว่าด้วยเรื่องกำลังคนอย่างไร ส่วนตัวคิดว่ามีคำถามอยู่ 3 คำถามใหญ่ๆ (ว่าด้วยโจทย์) ก็คือ (1) คณะกรรมการจะมีระยะการ

ทำงานแบบ short term หรือ long term (2) จะพูดถึงแต่ Issue หรือ พูดถึง Mechanisms ด้วย หรือว่าเรื่องนี้ สปรส.ตอบไปแล้วคณะกรรมการชุดนี้ไม่ต้องเข้าไปยุ่งเพราะดูเหมือนมีคำตอบที่ชัดเจนตามที่ นพ.สุวิทย์ แจ่งต่อที่ประชุมไว้แล้ว (3) การทำ Policy issue นั้นจะเน้นเฉพาะนโยบายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องกำลังคน หรือนโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและกระทบกับกำลังคน ซึ่งจะขอยกตัวอย่างนโยบายในประเด็นนี้ได้แก่

1. บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขกับการจัดการบริการ หรือสิ่งที่เรียกว่านโยบายระบบบริการสาธารณสุขที่กำหนดว่ารัฐกับเอกชนจะอยู่กันอย่างไร สถานบริการภาครัฐแปลว่าอะไร ตัวอย่างที่พูดกันชัดว่า ตกลงอยากเห็นระบบสาธารณสุขเป็นอย่างไร ถ้าอยากเห็นระบบที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ก็คงต้องยอมรับว่าหลายอย่างที่ป็นนโยบายกำลังคนก็ต้องอยู่ในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รัฐเข้ามากำกับบางส่วนในฐานะที่กระทรวงฯ เป็นหน่วยงานของรัฐ กระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทค่อนข้างมากในเรื่องกำลังคน และที่สำคัญความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบายกำลังคนจะอยู่ที่การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นนี้นโยบายจะมีประโยชน์ไม่มากเท่ากับการจัดการ การจัดการเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นการไปพูดถึง Policy issue โดยไม่กล่าวถึงเรื่องการจัดการ ทำให้การทำงานเรื่องกำลังคนไม่ประสบความสำเร็จ
2. วิธีการจัดสรรงบประมาณ วิธีการซื้อบริการ รวมถึงนโยบายการประกันสุขภาพ ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดเงื่อนไขการจัดการบริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น กำหนดว่า ถ้าจะเป็น PCU จะต้องมีการกำหนดเงื่อนไขการบริการบางอย่างซึ่งในนั้นจะต้องมีเงื่อนไขเรื่องกำลังคนรวมอยู่ด้วย ดังนั้นการซื้อบริการและการจัดการบริการสุขภาพก็จะกระทบกับเรื่องกำลังคนอย่างชัดเจน หรือ ตัวอย่างที่ว่า การซื้อบริการสุขภาพมีเงื่อนไขการแยกค่าตอบแทนบุคลากรออกจากค่าบริการ เป็นระบบที่จะสามารถมีการกำหนดเรื่องของ Incentive ที่มีลักษณะหลากหลายออกไป ดังนั้นตัวอย่างที่ว่าด้วยเรื่อง นโยบายการซื้อบริการ จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับหลายๆ ส่วนทั้งในเรื่องการกระจาย กำหนดระบบค่าตอบแทน และระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำลังคน แต่ไม่ใช่เรื่องกำลังคนโดยตรง
3. นโยบายที่เกี่ยวกับการดำเนินการของมหาวิทยาลัย ตัวอย่างเช่น นโยบายที่ว่าด้วยการออกนอกระบบของมหาวิทยาลัย หรือนโยบายเกี่ยวกับระบบการเงินการคลังของสถาบันอุดมศึกษามีลักษณะ Base on market ซึ่งจะเกี่ยวกับวิธีการผลิตกำลังคนโดยตรง และถ้านโยบายของสถาบันอุดมศึกษามีลักษณะดังที่ยกตัวอย่างมา ก็เป็นเรื่องที่แน่ชัดว่าระบบการศึกษาจะมีลักษณะเป็น Education market driven และจะกระทบกับระบบกำลังคนอย่างแน่นอน
4. บทบาทกระทรวงสาธารณสุขต่อเรื่องการพัฒนากำลังคน ทุกวันนี้เป็นเรื่องที่ชัดเจนว่ากระทรวงสามารถกระจายพยาบาลไปในชนบทได้ก็เพราะกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ผลิต

พยาบาลเหล่านั้นเอง ในทางกลับกันถ้าในเรื่องการผลิตพยาบาลเป็นเรื่องของมหาวิทยาลัยทั้งหมด ปัญหาของพยาบาลก็น่าจะมีลักษณะคล้ายกับแพทย์ซึ่งมีปัญหาเรื่องการกระจาย นอกจากนี้ก็ยังมีประเด็นที่มีการเสนอกันว่าเรื่องกำลังคนควรให้ท้องถิ่นเข้ามาจัดการ เป็นผู้คัดเลือก และสนับสนุนการเรียนการสอนโดย ไม่ต้องลงมือผลิตเอง เป็นต้น ทั้งหมดนี้โดยส่วนตัวไม่ชัดเจนว่าทางเลือกใดเป็นทางเลือกที่ดีกว่ากัน

5. นโยบายเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของท้องถิ่นเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ ประเด็นก็คือ ท้องถิ่นมีขอบเขตของภาระหน้าที่อย่างไร ต้องดูแลสถานบริการแบบไหน ท้องถิ่นจะเป็นเจ้าของสถานบริการเองหรือไม่
6. นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทางเลือก ไม่ว่าจะเป็นสถานะของการแพทย์ทางเลือกในระบบสาธารณสุขปัจจุบัน คุณลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพจะเป็นอย่างไร ซึ่งจะสัมพันธ์กับนโยบายเกี่ยวกับการประกอบโรคศิลป์
7. นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบโรคศิลป์ ซึ่งจะเกี่ยวกับการผลิตและการพัฒนาบุคลากรในแขนงนี้
8. นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุขสำหรับชาวต่างประเทศ ตัวอย่าง การกำหนดให้มี Regional hub สำหรับชาวต่างชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งจะกระทบกับบุคลากรโดยตรงทั้งปริมาณ คุณภาพของบุคลากร และการกระจายบุคลากร

ทั้งหมดเป็นตัวอย่างที่ทำให้เห็นชัดว่าการกำหนด Policy issue นั้นจะเป็นแบบใด ซึ่งในความเห็นการทำงานไม่ควรจะตอบคำถามเดิมๆ ที่มีลักษณะเป็น Micro policy issue เช่น จำนวนหมอ พยาบาล ควรเป็นเท่าใด ควรอยู่ที่ไหน เป็นต้น ดังนั้นในความเห็นต่อสิ่งที่กรรมการชุดนี้น่าจะทำก็คือโจทย์เกี่ยวกับกำลังคนที่มีลักษณะเป็น Macro policy issue ประเด็นสุดท้ายที่จะให้ความเห็นก็คือ เรื่อง mentality ของการทำงานเรื่องกำลังคน ควรมีคุณลักษณะ Plan long-change often ซึ่งก็คือ จำเป็นต้องมีนโยบาย แต่ในขณะเดียวกันสถานการณ์ของการผลิตก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ดังนั้นเงื่อนไขของเรื่องนี้จึงอยู่ที่กลไกที่จะกำหนดจะต้องมีความยืดหยุ่นสูงมาก แต่ในความเห็นส่วนตัวไม่แน่ใจว่าเรื่องนี้เป็นโจทย์ของกรรมการชุดนี้หรือไม่ เพราะส่วนหนึ่งเข้าใจว่า สปรส. ตอบโจทย์ข้อนี้ไปแล้ว หรือจะให้กรรมการชุดนี้ตอบโจทย์นี้อีกครั้งหนึ่งว่า กลไกที่กำหนดมาแล้วนั้นดีพอหรือเปล่า นอกจากนี้เรื่องนี้ยังจะไปเกี่ยวข้องกับลักษณะของ Issue ว่าจะเป็น Issue ประเภทที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะเรื่องกำลังคน หรือเกี่ยวข้องกับระบบต่างๆ ซึ่งมีผลกับเรื่องกำลังคนด้วย

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย แสดงความเห็นต่อประเด็นนี้ โดยกล่าวว่า เมื่อฟังที่ประชุมหารือกันมาระยะหนึ่งก็เข้าใจว่าหน้าที่ของคณะกรรมการคืออะไร ความเข้าใจเบื้องต้นก็คือ การนำเสนอกรอบกลไก ซึ่งเป็นกรอบกลไกที่มีลักษณะ Approach ใหม่ ซึ่งมีลักษณะต่างจากวางแผนกำลังคนสุขภาพที่ผ่านมา 20-30 ปี ด้วยเหตุผลที่ว่าหลังปี 2540 มีปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามากระทบก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นวิกฤตเศรษฐกิจ มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ นพ.สมศักดิ์

นำเสนอต่อที่ประชุม สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้การทำงานเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพจะเหมือนเดิมไม่ได้ ซึ่งประเด็นนี้เป็นสาระที่กรรมการชุดนี้ควรจะได้นำเสนอ

สำหรับการทำงานของฝ่ายเลขานุการ เสนอว่าอยากให้ฝ่ายเลขานุการซึ่งได้ศึกษารายละเอียดของเนื้อหาต่างๆ มาแล้ว ลองสรุปว่ามีปัจจัย และปัจจัยอ้อมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการทำงานกำลังคนด้านสุขภาพ สรุปให้เห็นว่าอะไรเป็นปัจจัยหลัก เป็นปัจจัยรอง ซึ่งมีผลกระทบกับการวางแผนกำลังคนของประเทศ

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เสนอประเด็นเพิ่มเติมต่อลักษณะของกรอบกลไกที่จะกำหนดขึ้นนั้นควรมีลักษณะที่ไม่ใช่เป็นกลไกเพื่อการดูแลเรื่องการกระจายกำลังคน แต่ควรที่จะกำหนดกรอบกลไกให้มีหน้าที่กำหนดนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศให้มี

1) บทบาทการควบคุมกำกับและปรับให้เกิดดุลยภาพของกำลังคน

2) บทบาทในการทำหน้าที่เสนอแนะนโยบายที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการเสนอแนะนโยบายต่อผู้ผลิต ต่อผู้ใช้กำลังคน ต่อรัฐบาลกลาง ต่อผู้ซื้อบริการ รวมถึง การเสนอแนะนโยบายต่อชุมชน

นางมานิตา ภูเจริญ ผู้แทนจากผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ แสดงความเห็นต่อประเด็นนี้ว่า จากเอกสารพบว่าอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการชุดนี้ตามที่กำหนดมีความชัดเจนอยู่ เพราะมีการกำหนดให้สังเคราะห์ภาพรวมของสถานการณ์ ซึ่งต้องการฐานข้อมูลในระบบเดิมมาดูแลให้เกิดความชัดเจนในปัญหาที่ดำเนินการอยู่

นายบุญยงค์ เวชมนิศรี กล่าวว่า ส่วนตัวคิดว่าน่าจะเป็นไปตามที่ฝ่ายเลขานุการประมวลมาให้เห็นภาพรวมระบบสุขภาพทั้งหมด เพราะว่า เรื่องนี้เป็นเรื่องของการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ในภาพรวมที่กล่าวถึงแสดงให้เห็นภาพของระบบสุขภาพที่ต้องการ ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดกำลังคน กำหนดความต้องการกำลังคนต่อไป จากนั้นจึงจะลงไปถึงยุทธศาสตร์ย่อย แต่ในส่วนตัวยังไม่แน่ใจว่าควรจะต้องลงถึงยุทธศาสตร์ย่อยซึ่งอาจจะถือเป็นแผนปฏิบัติการด้วยหรือไม่

นพ.สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ กล่าวว่าโดยหลักการนั้นได้มีการนำเสนอแล้ว ซึ่งได้ยุทธศาสตร์มา 3 เรื่อง คราวนี้สิ่งที่จะนำเสนอต่อ คปรส. น่าจะเป็นสิ่งที่จะต้องทำต่อจากนั้นคืออะไร

นพ.วิพุธ พูลเจริญ กล่าวว่า ความจริง ระยะเวลาที่ให้กับคณะกรรมการมาไม่เพียงพอที่จะ ทำให้สามารถปรับแก้นโยบายทั้งหมด คณะกรรมการมีเวลาเพียง 3-4 เดือน สิ่งที่ต้องทำก็คือการ นำเสนอกลไกที่จะทำงานในระยะยาว แต่การที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเนื้อหารายละเอียดบางส่วนก็เพื่อให้เข้าใจว่า มีปัจจัยหรือเงื่อนไขใดบ้างที่จะกระทบและมีบทบาทสำคัญต่อเรื่องกำลังคน ประเด็นที่ นพ.สมศักดิ์ ยกขึ้นมา 8-9 ประเด็น เป็นตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นว่ากลไกที่จะทำงานในเชิงนโยบายนั้นในระยะยาวหรือระยะสั้นเป็นอย่างไร ซึ่งคำว่าระยะสั้นนั้นมี length ขนาดที่เมื่อเปรียบเทียบกับโจทย์ที่ว่า จะสามารถจัดให้มีการกระจายกำลังคนให้ได้ตามแนวนโยบายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในความเห็นเชื่อว่าต้องมีระยะยาวประมาณ 5 หรือ 10 ปี ขึ้นไป ดังนั้นกรอบกลไกที่นำเสนอจะมีลักษณะทำไป เรียนรู้ไป และก็ปรับไป แต่ประเด็นสำคัญที่ผ่านมาจะติดเสมอตรงที่ความเชื่อมโยง

กับผู้มีส่วนร่วมต่างๆ ตัวอย่างเช่น กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับนโยบายซึ่งเรากำลังพูดถึงนโยบายท้องถิ่น นโยบายชุมชน ที่ไม่ใช่แค่ นโยบายของภาครัฐส่วนกลางแต่เพียงอย่างเดียว กลไกที่จะเชื่อมโยงส่วนร่วม ต่างๆ เหล่านั้น น่าจะมีลักษณะอย่างไร จะเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่วิจัยอย่างเดียว หรือจะเป็นหน่วยงาน ที่ทำงานเป็น Operation research ซึ่งทั้งหมดนี้จะต้องรวมเข้ามาเพื่อกำหนดเป็นนโยบายส่วนกลางให้เอื้อ ต่อเงื่อนไขในการดำเนินงานของกลไก ดังนั้นบทบาทของคณะกรรมการคงไม่ใช่การดูข้อมูลรายละเอียด จากนั้นก็กำหนดตัวนโยบายออกมาจนเสร็จสิ้น สิ่งที่จะต้องนำเสนอก็คือกรอบกลไกและวิธีการทำงาน ซึ่ง ในวิธีการทำงานนั้นจะต้องมีการทำข้อตกลงร่วมกับส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น Policy ในส่วน กลางหรือส่วนอื่น รวมทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับเรื่องกำลังคนก็คือการผลิต ซึ่งหมายถึงเรื่อง การศึกษา ทั้งหมดนี้จะเป็นลักษณะของกลไกที่จะทำหน้าที่เชื่อมโยงและประสานทุกส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกันซึ่งคิดว่าเป็นเรื่องใหญ่

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 นัดหมายประชุมคณะกรรมการ

นัดประชุมครั้งที่ 3/2546 วันศุกร์ที่ 16 พฤษภาคม 2546 เวลา 13.30-16.30 น.

ปิดการประชุม เวลา 16.30 น.



(พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร)

ผู้บันทึกการประชุม



(นพ.วิพุธ พูลเจริญ)

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

ข้อเสนอ แผนพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
เพื่อตอบสนองระบบบริการสุขภาพในอนาคตอย่างยั่งยืน

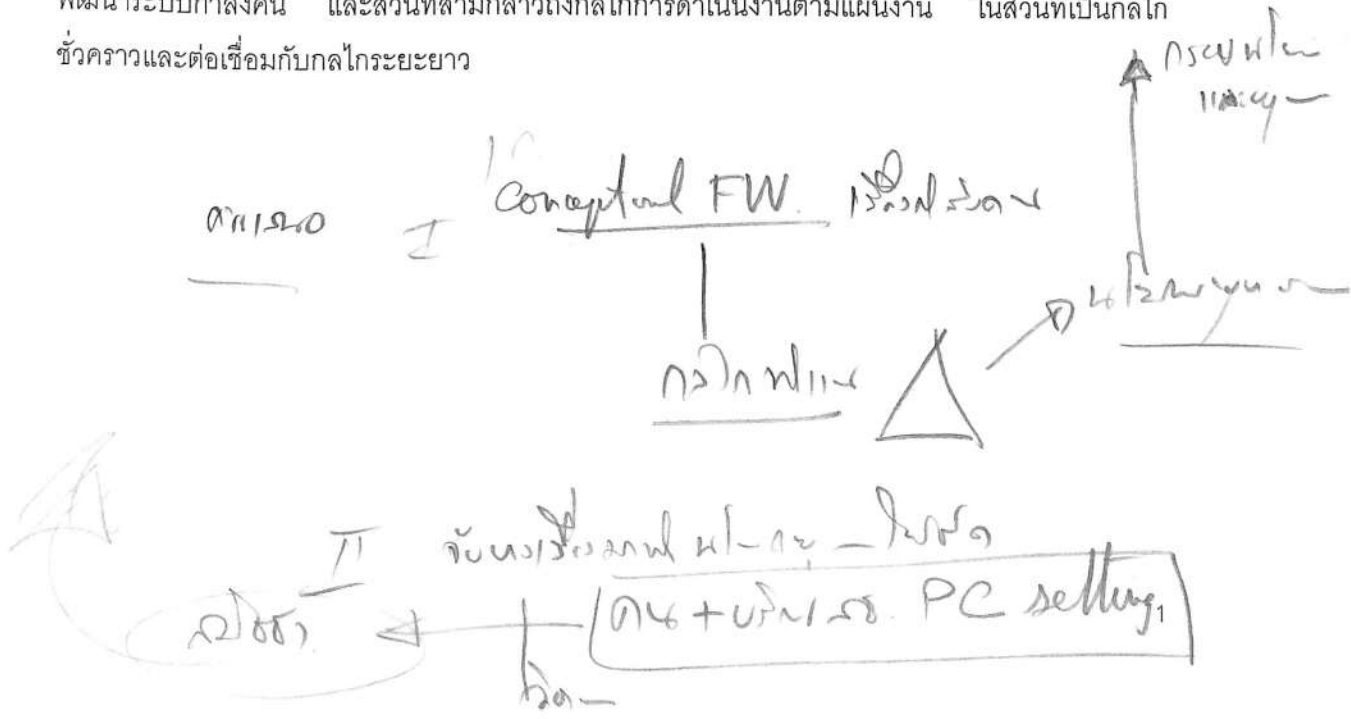
ความเป็นมา

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

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

คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ได้มีการพิจารณากรอบแนวคิดที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ ทบทวนสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสาธารณสุขในสภาพปัจจุบัน พร้อมกับคาดการณ์ถึงภาพของระบบบริการสุขภาพในอนาคตที่มีการเปลี่ยนแปลง แล้วจึงพิจารณาต่อเนื่องถึงระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคต พร้อมกับพิจารณาข้อเสนอยุทธศาสตร์ 3 ประการข้างต้น ซึ่งเห็นว่าควรมีการประสานทั้งสามยุทธศาสตร์หลัก และเสนอเป็นเป้าหมายการพัฒนา ยุทธศาสตร์ย่อยของการดำเนินงาน พร้อมกับกลไกการดำเนินงาน

เนื้อหาของเอกสารนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ ส่วนที่หนึ่งกล่าวถึงแนวคิด หลักการและองค์ประกอบสำคัญที่กำหนดระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข ส่วนที่สองกล่าวถึงองค์ประกอบของแผนงานพัฒนาระบบกำลังคน และส่วนที่สามกล่าวถึงกลไกการดำเนินงานตามแผนงาน ในส่วนที่เป็นกลไกชั่วคราวและต่อเชื่อมกับกลไกระยะยาว



ส่วนที่1: แนวคิด และองค์ประกอบที่กำหนดระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

1.1. ปรัชญา หลักการ ที่กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

จากรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 และเอกสารวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนการระดมความคิดเห็นของประชาคมสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ ต่างมีความเห็นต่อทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพไปในทิศทางเดียวกันดังนี้

- ◆ สุขภาพเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนควรได้รับโดยเท่าเทียม
- ◆ ความหมายของ "สุขภาพ" เป็นความหมายที่กว้าง รวมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ บางส่วนขยายความไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งมีความหมายกว้าง รวมไปถึงมากมายในการดำรงชีวิต นอกเหนือไปจากการดูแลความเจ็บป่วย 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

1.2 ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในอนาคต

- ◆ ระบบการเคลื่อนไหวยทางสังคม และการกระจายอำนาจ ทำให้กลุ่มองค์กรที่มีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพมีมากขึ้นทั้งส่วนที่เป็นองค์กรรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ องค์กรภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มิใช่ขึ้นกับการสั่งการจากรัฐบาลส่วนกลางเพียงส่วนเดียว และประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้นในการตัดสินใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง
- ◆ กระแสโลกาภิวัตน์ที่ต่อเชื่อมกันอย่างรวดเร็ว กว้างขวาง ความก้าวหน้าในด้านการสื่อสาร การพัฒนาเทคโนโลยีด้านต่างๆ ที่หลั่งไหลมาจากประเทศที่พัฒนาแล้ว จะกระทบต่อสภาพข่าวสารที่ประชาชนได้รับ กระทบต่อค่านิยม วัฒนธรรม ความคิดของประชากร กระทบต่อวิถีการทำมาหากิน และการดำรงชีวิตของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ตลอดจนกระทบต่อระบบการให้บริการด้านต่างๆ ของสังคม

- ◆ การเปลี่ยนทางประชากรที่กลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เด็กเล็กมีแนวโน้มลดลง กลุ่มวัยทำงานเป็นสัดส่วนใหญ่ของประชากร ประชากรจะมีความรู้พื้นฐานเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ความต้องการบริการสุขภาพในบางส่วนเปลี่ยนรูปไปจากเดิม
- ◆ การเปลี่ยนด้านสังคมที่มีลักษณะการดำรงอยู่แบบแยกส่วนเป็นกลุ่มเล็กๆ เพิ่มมากขึ้น การรวมกลุ่มเป็นชุมชนใหญ่ในเขตพื้นที่เดียวกันจะลดน้อยลง ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 50 ที่อยู่เป็นแบบครอบครัวขยายมีเพียงร้อยละ 30 แต่ระบบการสื่อสารจะติดต่อผ่านทางเทคโนโลยีสื่อต่างๆ เพิ่มมากขึ้น
- ◆ ลักษณะวิถีการทำมาหากินจะเป็นลักษณะที่เปลี่ยนจากภาคเกษตรไปเป็นภาคอุตสาหกรรม และบริการ การประกอบอาชีพเพื่อหาเงิน ได้รายได้มาซื้อของอุปโภค บริโภค มากกว่าการประกอบอาชีพแบบหาเลี้ยงชีพ พึ่งตนเอง การทำงานจะเป็นลักษณะทำเฉพาะเรื่องมากกว่าการบูรณาการงานหลายๆ ด้าน
- ◆ การเปลี่ยนทางด้านระบบวิธีทำงาน และกฎระเบียบราชการ มีแนวโน้มทำให้การทำงานภาครัฐมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มประสิทธิภาพ มุ่งเน้นผลลัพธ์งานมากขึ้น องค์กรบริการน่าจะมีแนวโน้มที่มีขนาดเล็กลง และแตกตัวเป็นองค์กรอิสระที่มีภาระกิจจำเพาะมากขึ้น

1.3 องค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาที่ตอบสนองให้ประชาชนมี "สุขภาพดี" ขั้นแรกก็ควรที่จะมีการทำความเข้าใจต่อเป้าหมาย "สุขภาพ" ซึ่งมีขอบเขตที่กว้างและเป็นองค์รวม

สุขภาพเป็นนามธรรมซึ่งมีรากฐานองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ กาย จิต-ใจ และภารกิจดำรงชีวิต และทุกส่วนต้องเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียวอย่างถูกต้องจึงจะเกิดสุขภาพ เมื่อทั้งหมดเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว ก็จะทำให้เกิดความสมดุล ดุลยภาพทำให้เกิดความเป็นปกติหรือสุขภาพ

ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมและสร้างสุขภาพจึงทำแต่กายไม่ได้ ทำแต่จิตก็ไม่ได้ ทำแต่การดำรงชีพก็ไม่ได้ ต้องทำทั้งสามส่วนจึงได้สุขภาพ และ ไม่สามารถกำหนดได้ว่าทุกคนต้องเหมือนกันเพราะเกิดมาไม่เหมือนกัน คือ กายก็ต่าง จิตก็ต่าง กรรมก็ต่าง ฉะนั้นหากกล่าวถึงสุขภาพต้องมีมาตรฐานเดียวกัน นั่นคือไม่เข้าใจสุขภาพ เพราะสุขภาพที่เป็นองค์ประกอบของคนแต่ละคนที่เกิดมาไม่เหมือนกัน

การพัฒนาสาธารณสุขเพื่อสุขภาพจึงมีเงื่อนไขของการพัฒนาที่ต้องเป็นองค์รวม

สุขภาพ อาการป่วย และโรค เป็นเส้นสายที่ต่อเนื่องกันในชีวิตคน ตัวอย่างเช่นคนที่มีอาการไม่สบายแต่เขาก็มิได้รู้สึกว่าเขาป่วยเป็นโรค เช่น ชาวนาที่มีอาการปวดขาปวดหลังยามที่ออกไปดำนา รวมทั้งพบว่าภาวะสุขภาพอื่นๆ ที่ไม่ป่วยก็ยังคงปรากฏอยู่ในคนที่เป็นโรคเรื้อรังและในคนที่ป่วยเช่นเดียวกับคนซึ่งไม่ป่วยด้วย ได้แก่ สุขภาพของผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ หรือ สุขภาพของผู้พิการ การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพจึงอยู่ในทุกๆ ภาวะของชีวิตมนุษย์ควบคู่ไปกับการดูแลความเจ็บป่วย แต่สิ่งที่ปรากฏใน

สภาวะความเป็นจริงของการบริการ ก็คือ บริการมักขาดหายไปบางช่วงของชีวิต และไม่เข้าใจความจริงในประเด็นนี้ ยกตัวอย่างเช่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

องค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานเพื่อสุขภาพ อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ 2) ระบบเพื่อการดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย ซึ่งทั้งสองระบบมีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน แต่การแบ่งเป็น 2 ระบบเพราะลักษณะการดำเนินงานในสองระบบนี้และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะมีการเน้นหนักที่ต่างกัน

1) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ ;

คือการทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้สมบูรณ์อย่างมีดุลยภาพ ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพจะมีสองส่วนคือ การทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ควบคู่ไปกับ การจัดให้องค์ประกอบต่าง ๆ นั้นทำหน้าที่ร่วมกันอย่างมีดุลยภาพ โดยมีบริบทที่เกี่ยวข้องทั้งเรื่องของระบบนิเวศน์ (สิ่งแวดล้อม) กายภาพ สังคม เศรษฐกิจ ฉะนั้นการดำเนินงานจึงต้องเข้าใจความเชื่อมโยง และวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นองค์รวม

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

2) ระบบเพื่อการดูแลความเจ็บป่วย

เป็นส่วนของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ดูแล รักษา ช่วยเหลือ หรือ สนับสนุนการช่วยตัวเองของประชาชนในกรณีที่มีอาการของโรค หรือมีสภาพความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทั้งนี้รวมถึงระบบดำเนินการเพื่อป้องกันโรคด้วย

ถ้าเป้าหมายคือความเป็นองค์รวมของสุขภาพ บริการที่ให้จึงต้องเป็นองค์รวม แต่ในความเป็นจริงทรัพยากรที่มีอยู่นั้นมีจำกัด ซึ่งความจำกัดนี้ต้องพิจารณาให้ชัดว่าอยู่ตรงไหน แล้วจึงลงมาสู่การคิดระบบบริการ ที่ต้องคำนึงถึงหุ้นส่วน และบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติจริง บริการทั้งหมดจึงควรมุ่งสู่ทิศทางการสร้างสุขภาพตนเอง ในที่นี้ผู้ปฏิบัติจริงมิใช่เพียงแต่ผู้ให้บริการแต่คือตัวประชาชนด้วย ซึ่งกล่าวอีกนัยยะหนึ่งก็คือการพึ่งตนเองของราษฎร และยังมีเป้าหมายมิใช่เพียงสุขภาพแต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตควบคู่ไปด้วย

ฉะนั้นระบบเพื่อดูแลสุขภาพ ความเจ็บป่วย และโรค นี้หันส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพราะมีส่วนที่ต้องใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์มาก แต่ก็มีหุ้นส่วนสำคัญคือประชาชน และหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทร่วมดูแลด้วย และต้องมีการ

ทำงานเป็นแบบพันธมิตรที่มีส่วนร่วม (partnership) ระบบส่วนนี้จำเป็นต้องแก้ปัญหาในเรื่องการกระจาย และปัญหาในด้านความไม่สอดคล้อง (miss-match) ระหว่าง อุปสงค์กับอุปทานของการบริการทั้งในด้านพื้นที่ คุณภาพบริการ และประเภทบริการแบบใหม่ที่มีความต้องการเพิ่มขึ้น

1.4 ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

"กำลังคนด้านสาธารณสุข" (ตามที่กำหนดในร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ) ในที่นี้ คือ

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขและบุคคลอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข

ซึ่ง "บริการสาธารณสุข" นี้มีความหมายที่ครอบคลุมการจัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

คุณลักษณะพื้นฐานของบุคลากรด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการและผู้จัดบริการ

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

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์

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

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ เป็นธรรมาภิบาล สอดคล้องกับทิศทางกับระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์

ระบบการพัฒนาค้นด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์

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

ลักษณะการวางแผนกำลังคน สำหรับ 2 ระบบ

ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ

การวางแผนต้องเป็นตามนโยบายของรัฐ (Policy driven) ไม่สามารถคิดตามสภาพอุปสงค์อุปทานได้ เพราะเป็นส่วนที่ยังไม่มีอุปทานเกิดขึ้น หรือ มีน้อย เป็นส่วนที่ประชาชนทั่วไปรับรู้ถึงความจำเป็น ส่วนนี้ไม่ชัดเจน จึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องสร้างให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักที่ชัดเจน

การวางแผนเพื่อพัฒนาระบบสร้างสุขภาพนี้ ควรต้องมีการพัฒนาใน 3 องค์ประกอบหลักคือ

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

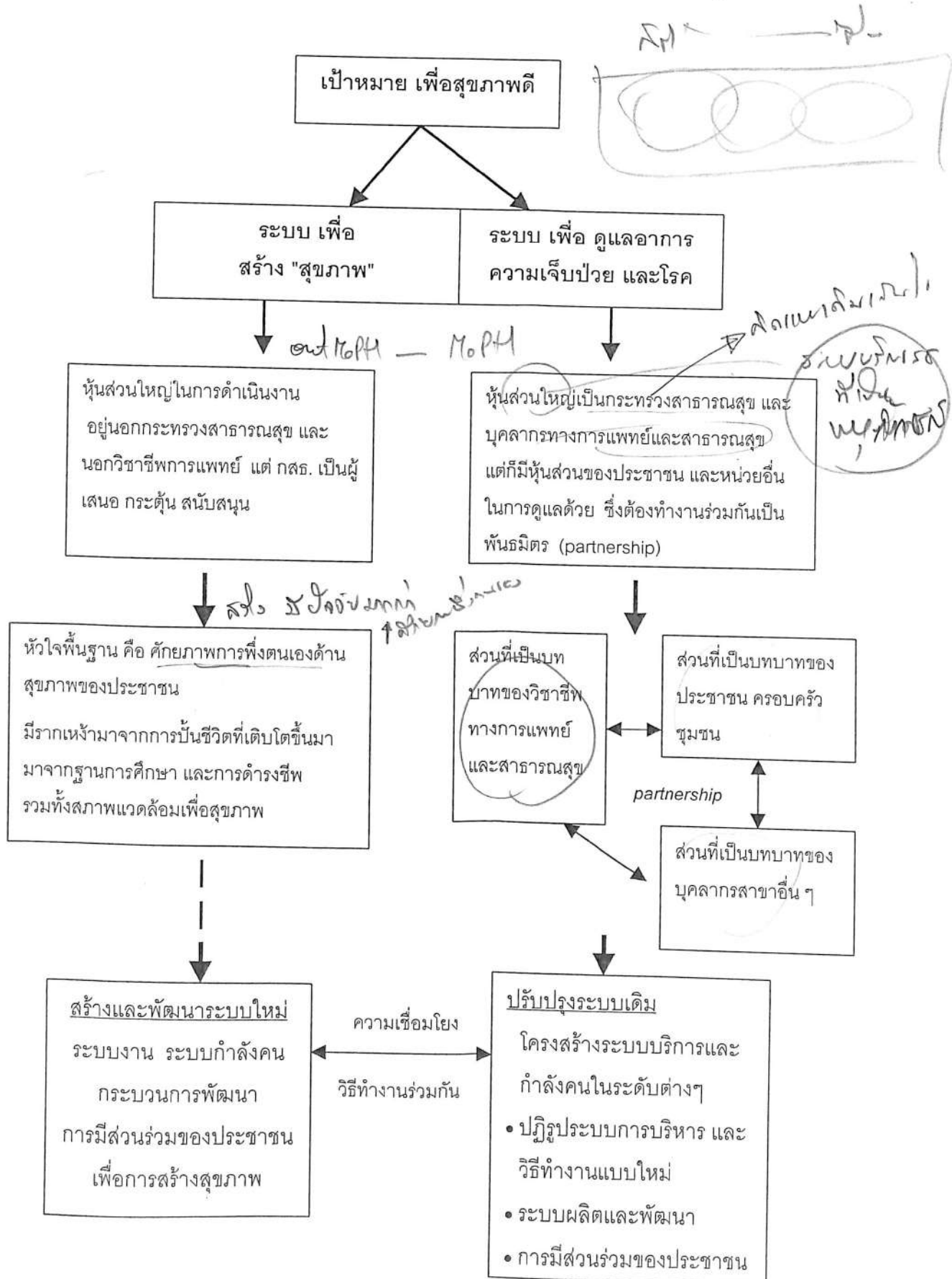
ขณะเดียวกัน รัฐต้องสนับสนุนให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีเฉพาะ เพื่อการพัฒนางานที่สอดคล้องกับเป้าหมายในแต่ละด้าน รวมทั้งต้องสนับสนุนให้ประชาชน ประชาคม องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทเต็มที่และมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ

ระบบเพื่อดูแลอาการและความเจ็บป่วย

การวางแผนจะพิจารณาตามลักษณะอุปสงค์ อุปทาน (Demand and supply) ที่ต้องวางแผนให้มีกำลังคนที่มีความหลากหลายตอบสนองต่อความต้องการที่มีหลายลักษณะ ทั้งในเขตพื้นที่เมือง ชนบท และส่วนที่เป็นความต้องการเพิ่มขึ้นจากต่างประเทศ ตอบสนองต่อประชากรกลุ่มเฉพาะต่างๆ และตอบสนองต่อการให้บริการที่แตกต่างไปในอนาคต วิธีพิจารณากำลังคนส่วนนี้เพื่ออนาคต ควรต้องให้มีความยืดหยุ่นสูง ไม่ควรขีดวงจำกัดตามวิชาชีพเหมือนที่ผ่านมา ขณะเดียวกันเนื่องจากระบบตลาดด้านสุขภาพมิได้สมบูรณ์ ในบางพื้นที่หรือสำหรับประชาชนบางกลุ่มกลไกตลาดทำงานไม่สมบูรณ์ ควรที่รัฐต้องใช้นโยบายและระบบของรัฐเข้าไปแทรกแซง ดำเนินการเพื่อลดช่องว่างนั้น

ฟิสิกส์เชิงระบบ [112]
 อัตราเร็วเชิงระบบ
 spectrum

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพิจารณาระบบงาน และระบบกำลังคน เพื่อเป้าหมายสุขภาพดี



ส่วนที่ 2: เนื้อหาของแผนพัฒนา

2.1 วัตถุประสงค์แผนพัฒนา

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

2.2 ประเด็นยุทธศาสตร์ของการสร้างความรู้และการพัฒนา

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

2.3 มาตรการ/กลวิธีการพัฒนา

1. สร้างระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพ

วางรากฐานระบบเพื่อสร้างสุขภาพดีที่เป็นจริง และเป็นรูปธรรม เป็นส่วนที่รัฐต้องวางแผนสนับสนุนดำเนินการเป็นหลัก ให้มีการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบดำเนินการในส่วนต่างๆ ต่อไปนี้

- 1) พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรเพื่อการดำเนินงานด้านนี้ ทั้งส่วนที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และส่วนที่ปฏิบัติในหน่วยงานอื่น ตลอดจนประชาชน

- 2) มีการประสานและร่วมมือพัฒนาองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อทำหน้าที่ด้านการสร้างสุขภาพที่ชัดเจน ซึ่งต้องเชื่อมโยงกับระบบงบประมาณสนับสนุน และนโยบายที่ชัดเจนและเอื้อให้ปฏิบัติงานได้คล่องตัว
- 3) พัฒนาระบบการทำงานแบบ partnership ระหว่างองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งภาคประชาคม ประชาชนกลุ่มต่างๆ และต้องพัฒนาให้มีการเชื่อมโยงข้อมูล กระบวนการทำงานระหว่างระดับต่างๆ (inter-level linkage) ได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง
- 4) ให้มีการศึกษา พัฒนาระบบการวางแผนและดำเนินงานสร้างสุขภาพที่มีความจำเพาะกับแต่ละพื้นที่ และแต่ละกลุ่มประชากร ซึ่งอาจเป็นแผนระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ ขึ้นกับความพร้อม โดยที่ดำเนินงานประสานไปพร้อมกับการเตรียมเพื่อการกระจายอำนาจให้ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทดำเนินการโดยตรง เพื่อให้สอดคล้องกับความหลากหลายของพื้นที่

ข้อเสนอที่นำไปสู่การปฏิบัติ คือ การดำเนินงานส่วนนี้บางส่วน กระทรวงสาธารณสุขควรลงไปดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เริ่มมีการดำเนินการไปแล้ว ได้แก่ การทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ในบางส่วนควรจะมีการศึกษาวิจัย ทดลองพัฒนารูปแบบวิธีการบริหารจัดการและการดำเนินงานร่วมกันในระยะต้นก่อน

- 5) ให้มีการพัฒนาบุคลากรที่มีความสามารถในการพัฒนานโยบายในลักษณะที่เป็น "โลกหลังทุนนิยม" ที่เน้นการพัฒนาให้ชุมชน ประชาคมมีความเข้มแข็ง
 - 6) ให้มีการลงทุนเพื่อพัฒนาบุคลากรที่มีความสามารถในด้านระบาดวิทยาทางสังคม (Social epidemiology) เพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นกลุ่มบุคคลส่วนหนึ่งที่จะช่วยในการวางแผนงานที่แปลกจากนามธรรมให้เป็นรูปธรรม
2. ปฏิรูประบบบริหารบุคคลและบริหารองค์กรให้มีความหลากหลาย มีประสิทธิภาพ
- เพื่อแก้ปัญหาในด้านการกระจายกำลังคน และปัญหาความแออัดของการจัดกำลังคน ตามกรอบอัตรากำลังของรัฐในปัจจุบัน เพื่อปรับไปสู่ระบบที่มีการกระจายกำลังคนดีขึ้น ระบบบริหารกำลังคนควรปฏิรูปให้มีความยืดหยุ่น หลากหลาย ตามสภาพสถานการณ์ที่แตกต่าง และเป็นพลวัตร ปรับให้มีสัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ
- มาตรการดำเนินการ มีทางเลือก คือ
- 1) การปฏิรูปการบริหารองค์กรบริการสุขภาพของรัฐในปัจจุบันให้เป็นองค์กรมหาชน เพื่อให้มีการบริหารที่คล่องตัวมากขึ้น
 - 2) หากไม่ปรับเป็นองค์กรบริการสุขภาพของรัฐเป็นองค์กรมหาชน ก็ให้มีการสร้างโครงสร้างบริหารใหม่ส่วนหนึ่งภายใต้ระบบราชการ ในรูปของระบบพนักงานของรัฐที่มีระเบียบรองรับใหม่ที่มีค่าตอบแทนสูงกว่าราชการ มีการจัดการที่ยืดหยุ่นได้คล่องตัวกว่าระบบราชการเดิม และจัดการให้กลุ่มพนักงานของรัฐนี้เป็นผู้ดำเนินงานในส่วนที่เป็นจุดอ่อนของระบบราชการปัจจุบัน เช่น ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากร

3) มีการจัดระบบบริหารการจัดการแบบใหม่ หลายทางเลือก เช่น ศึกษา รูปแบบองค์กรบริหารแบบใหม่ หรือปรับระบบการคัดเลือกผู้บริหารใหม่ที่โปร่งใส และมีคุณสมบัติสอดคล้องกับวิธีการบริหารงานในระบบใหม่ เพื่อให้สามารถเป็นผู้ขับเคลื่อนและปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารงานในปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ปรับระบบค่าตอบแทนและกระบวนการประเมินผลผลงาน ตลอดจนการปรับกรอบอัตรากำลังข้าราชการให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ซึ่งในส่วนนี้จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยประเด็นย่อยทางด้านการบริหารกำลังคน และพัฒนาเป็นทางเลือกใหม่ โดยที่ดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) และกระทรวงสาธารณสุข

3. พัฒนาระบบกำลังคนแบบใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง

เพื่อพัฒนาบริการที่ดูแลความเจ็บป่วยและโรคนั้นให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่เป็นความต้องการใหม่ และความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ บริการด้านฟื้นฟูสุขภาพ บริการสุขภาพผู้สูงอายุ บริการที่ปรึกษาด้านจิตใจและลดความเครียด บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ควรมีแนวทางดำเนินงาน คือ

- 1) ศึกษา วิจัยถึงทางเลือกของรูปแบบวิธีจัดระบบบริการที่มีความต้องการเปลี่ยนไปในอนาคตให้ชัดเจนขึ้น พร้อมกับการศึกษาเชื่อมโยงไปถึงลักษณะของบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อการบริหารนั้นๆ การศึกษาส่วนนี้ควรเป็นบทบาทของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิชาการด้านต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสภาวิชาชีพ วิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางด้านต่างๆ เป็นส่วนที่ดำเนินการศึกษา พัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ โดยที่รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณ
- 2) ให้มีการวางแผนบริการและจัดการกำลังคนสุขภาพเพิ่มขึ้นเพื่อเตรียมพร้อมรับนโยบายส่งเสริมการส่งออกบริการด้านสุขภาพ ที่ให้บริการสุขภาพแก่ชาวต่างประเทศ พร้อมกับจัดระบบติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อมิให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อประชากรไทย และศึกษาผลกระทบจากระบบบริการส่วนนี้ต่อสังคมไทยโดยรวม
- 3) เตรียมบุคลากรให้มีความสามารถใหม่ในลักษณะที่ทำงานเป็น partnership ร่วมกับประชาชนและผู้ให้บริการอื่น และการให้บริการในลักษณะที่เป็นองค์รวม โดยการศึกษาและพัฒนากระบวนการพัฒนากำลังคนในระหว่างประจำการให้ปรับเปลี่ยนกระบวนการทรรศน์ และกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับความต้องการในระบบที่เป็นองค์รวม วิธีดำเนินการส่วนนี้อาจมีทั้งการศึกษาวิจัย แลกเปลี่ยน สรุปบทเรียนกระบวนการพัฒนากำลังคนด้วยวิธีการต่างๆ ในปัจจุบันที่มีหลากหลายรูปแบบ เพื่อสังเคราะห์เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในแต่ละเงื่อนไข
- 4) ศึกษาแนวทางการบูรณาการระหว่างระบบการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก กับระบบการแพทย์แผนตะวันตก โดยศึกษาถึงบทบาทและผลกระทบของระบบแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน คุณภาพและมาตรฐานของบริการ และศักยภาพของกำลังคนด้านสุขภาพในด้านการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกในด้านการบริการที่เป็นความต้องการด้านสุขภาพใหม่ของประชาชนกลุ่มต่างๆ

4 ปฏิรูประบบการวางแผน การผลิตและพัฒนากำลังคนสาธารณสุขในระบบเดิม

เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพและระบบต่างๆ ที่ปรับเปลี่ยนไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางดำเนินการ ดังนี้

- 1) ระบบการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพควรดำเนินการตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ที่มุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและกระบวนการผลิต ที่มุ่งเน้นปฏิรูปการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต
- 2) ให้มีการวางแผนแม่บทที่ประสานการผลิตบุคลากรกลุ่มต่างๆ โดยใช้ศักยภาพของสถาบันการผลิตทั้งรัฐ เอกชน สถาบันการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาต่างประเทศ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่เข้าใจธรรมชาติ ข้อจำกัด และจุดเด่นขององค์กรในแต่ละลักษณะ ประสานให้มีการผลิตที่เป็นไปตามทิศทาง และระบบการพัฒนาของประเทศ อย่างสอดคล้อง ซึ่งข้อเสนอส่วนนี้ ควรให้ทีมเลขานุการประสานและพัฒนามาร่วมกับสภาวิชาชีพต่างๆ ให้เข้าใจต่อทิศทางและธรรมชาติขององค์กรผลิตแต่ละลักษณะ ยอมรับให้มีบุคลากรด้านสุขภาพที่มีลักษณะหลากหลายมากกว่ามาตรฐานเดียว สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม
- 3) สนับสนุนให้มีสถาบันที่พัฒนามูลค่าด้านสุขภาพในลักษณะที่เป็น "วิทยาลัยชุมชน" ที่วางแผนการผลิตและพัฒนามูลค่าด้านสุขภาพโดยใช้สภาพปัญหาสุขภาพของชุมชนเป็นฐาน มีการดำเนินการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับต่างๆ ส่วนนี้ควรเสนอให้สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข นำไปดำเนินการทดลองพัฒนาพร้อมกับการปฏิรูประบบบริหารองค์กร
- 4) ศึกษา และพัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการผลิตแบบใหม่ที่จะสนับสนุนให้การผลิตสอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทยมากขึ้น เช่นวิธีการที่สนับสนุนผ่านผู้เรียน (demand side) มากกว่าการสนับสนุนผ่านสถาบันการผลิต ทั้งนี้เพื่อให้มีทางเลือกการผลิตที่คล่องมากขึ้น และเป็นการผลักดันให้สถาบันการผลิตดำเนินการตามความต้องการของผู้เรียน และตามนโยบายของรัฐ พร้อมกับจัดระบบที่เชื่อมต่อกับกองทุนเงินกู้เพื่อการศึกษา เพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้ด้อยโอกาส ประชากรที่มีฐานะยากจน แต่ต้องแก้ปัญหาการบริหารจัดการกองทุนในส่วนที่เป็นการเรียกเก็บเงินคืนให้มีประสิทธิภาพ
- 5) ศึกษาแนวทางการประมาณความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยการประเมินจากความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) รวมทั้งประเมินความต้องการที่ปรับเปลี่ยนไปภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. สร้างเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และองค์กรท้องถิ่นในระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยให้มีการศึกษาและทดลองพัฒนาดำเนินการ ในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

- 1) บทบาทขององค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชนต่อการกำหนดความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขในพื้นที่ บทบาทต่อการผลิต และพัฒนาบุคลากร ตลอดจนการจ้างงาน และการบริหารบุคลากรด้านสาธารณสุข
- 2) การพัฒนาศักยภาพของประชาชน ชุมชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีส่วนร่วมในการบริหารบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่
- 3) ทดลองพัฒนารูปแบบที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนมีส่วนร่วม สนับสนุน และดำเนินการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข การสนับสนุนทรัพยากร ตลอดจนการบริหารจัดการองค์กรบริการด้านสาธารณสุข

2.4 กลยุทธ์การดำเนินงาน

1. จัดให้มีกลไกกลางที่อิสระ คล่องตัว ที่ทำหน้าที่ประสานการสร้างองค์ความรู้ที่ต่อเนื่องกับกลไกนโยบาย และการผลักดันให้เกิดนโยบายและมาตรการดำเนินงานด้านกำลังคนสาธารณสุข
2. สนับสนุนและพัฒนาให้มีเครือข่ายสร้างองค์ความรู้ที่ต่อเนื่องเพื่อพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
3. สร้างการมีส่วนร่วมและการปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องระหว่างองค์กรนโยบาย องค์กรวิชาการและองค์กรปฏิบัติงานเกี่ยวกับระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
4. เสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.5 แผนงาน

เพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ข้างต้น ควรมีแผนงานสำคัญ 5 แผนงาน ดังนี้

1. แผนงานสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการวิจัยที่ต่อเนื่องและชุดโครงการวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ และผลักดันการพัฒนาตามประเด็นยุทธศาสตร์ของการสร้างความรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ ทั้งนี้โดยการกระตุ้นและประสานกับองค์กรวิชาการ สถาบันวิจัย องค์กรปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องตลอดจนองค์กรชุมชนที่มีความพร้อมให้เกิดความสนใจและร่วมมือในการศึกษาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และจัดหางบประมาณสนับสนุนการวิจัย รวมทั้งพัฒนาศักยภาพขององค์กร และบุคลากรให้มีความพร้อมในการวิจัยและสร้างความรู้ในด้านกำลังคนสาธารณสุข
2. แผนงานประสานและสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องที่เป็นระดับนโยบาย และผู้ใช้ เพื่อให้องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานตั้งแต่การกำหนดประเด็นที่ต้องมีการศึกษาพัฒนา และการสังเคราะห์ผลการศึกษาวิจัย และการแปลผลข้อมูลไปสู่การกำหนดมาตรการ

และนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข พร้อมกันนำไปดำเนินการในส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ในแผนงานนี้อาจประกอบด้วยกิจกรรมที่เป็นการประสานรายองค์กรเพื่อชวนให้มีส่วนร่วมในการศึกษา พัฒนาเฉพาะประเด็น ประชุมแลกเปลี่ยนร่วมกันเป็นการประจำ และประชุมวิชาการในด้านกำลังคน สาธารณสุข

3. แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลกลาง ประสาน และสังเคราะห์ความรู้ เพื่อการพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนสาธารณสุข

ข้อมูลและความรู้ในแต่ละประเด็นจะรวบรวมที่เครือข่ายการศึกษาวิจัยในแต่ละประเด็น แต่แผนงานนี้จะเป็นส่วนที่สานต่อข้อมูลและองค์ความรู้ของแต่ละเครือข่ายและพัฒนาเป็นระบบข้อมูลกลางที่เป็นแกนสำคัญที่แสดงภาพรวมของระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนและการพัฒนากำลังคน และเป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้จากการศึกษาในแต่ละประเด็นให้เชื่อมต่อกัน พร้อมกับพัฒนาเป็นมาตรการเชิงระบบในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

ข้อมูลในส่วนนี้จะประกอบด้วยส่วนที่เป็นฐานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุขในด้านต่างๆ ข้อมูลผลการศึกษาวิจัย ข้อมูลองค์ความรู้วิชาการเกี่ยวกับการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ข้อมูลด้านนโยบาย แผนงาน มาตรการที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข ตลอดจนผลการประเมิน การดำเนินงานตามนโยบายและมาตรการต่างๆ

ส่วนที่ 3. กลไกการดำเนินงาน

ประกอบด้วยกลไกสำคัญ 3 ส่วน คือ

1. คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ
 2. สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
 3. เครือข่ายการวิจัย/การสร้างความรู้ เกี่ยวกับระบบกำลังคนตามยุทธศาสตร์หลักของประเทศ
-
1. คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ มีบทบาท คือ
 - ประสาน กำกับ นโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานในด้านกำลังคนสาธารณสุขโดยตรง และนโยบายที่เกี่ยวข้องและกระทบกับระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม ประเด็นได้กว้างขวางรอบด้าน
 - ให้ข้อเสนอแนะ และกำหนดแนวนโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านกำลังคนสาธารณสุข ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ
 - ประสานให้มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการสร้างองค์ความรู้ที่สนับสนุนดำเนินการด้านกำลังคนได้อย่างต่อเนื่อง ระยะยาว

- ประสาน และ นำเสนอนโยบาย และมาตรการกำลังคนด้านสาธารณสุขต่อรัฐบาล องค์กรที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับกำกับติดตามให้มีการดำเนินการตามนโยบาย ตลอดจนการประเมินผลกระทบ

คณะกรรมการระดับชาตินี้ มิใช่มีบทบาทกำหนดทุกอย่างของเรื่องกำลังคน แต่ควรที่จะมีบทบาทเป็นหน่วยกำกับทิศทางของนโยบายต่างๆที่เกี่ยวข้องและกระทบต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข แล้วทำหน้าที่เสนอแนะนโยบาย เพื่อปรับสมดุลพอดีระหว่างระบบอื่นๆ กับส่วนที่กระทบต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

ควรมีกลไกการเสนอแนะนโยบายที่หลากหลาย เสนอต่อองค์กรที่เกี่ยวข้องในหลายลักษณะทั้งที่เป็น ผู้ผลิต ผู้ใช้กำลังคน รัฐบาลกลาง ผู้ซื้อบริการ ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ

2. สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการฯ

สำนักงานนี้ จะเป็นกลไกที่ทำงานเต็มเวลา เป็นกลไกสำคัญในการประสาน เชื่อมโยง และผลักดันงานในด้านการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ตามแผนงานที่กำหนดโดยคณะกรรมการฯ มีบทบาทโดยสรุป คือ

- ประสาน จัดการ กระตุ้น สนับสนุน ให้มีเครือข่ายศึกษาวิจัยที่ดำเนินการศึกษาวิจัย สร้างองค์ความรู้ เพื่อตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับประสานให้เกิดความเชื่อมโยงของผลการศึกษาในแต่ละเครือข่าย และกำกับ ติดตามการศึกษาวิจัย ให้ได้ผลตามเป้าหมาย
- ประสานให้มีงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานศึกษา วิจัยเพื่อหาคำตอบต่อตามยุทธศาสตร์
- พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข โดยใช้ฐานความรู้จากผลการศึกษามาปรับให้เหมาะสมเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และมาตรการดำเนินงานเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม
- ประสาน สนับสนุน จัดการ และติดตามกำกับให้มีการดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนด

คุณลักษณะของกลไก สำนักงานเลขานุการ

- เป็นกลไกที่เชื่อมต่อระหว่างการสร้างความรู้เกี่ยวกับระบบกำลังคนกับการพัฒนานโยบาย และกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
- มีการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในด้านนี้ และมีการกำกับติดตามนโยบายได้ต่อเนื่อง
- ต้องสร้างให้องค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทร่วมกันในการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

เงื่อนไขสนับสนุน

กลไกนี้จำเป็นต้องมีการเชื่อมต่อหรือมอบหมายจากส่วนนโยบาย หรือ องค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ทางการบริหาร เพื่อให้เป็นที่ยอมรับในสถานะการทำงาน และการนำเสนอผลลัพธ์การทำงาน

ทางเลือกของสถานะของสำนักงานเลขานุการ

- เป็นส่วนหนึ่งของ สปรศ. ที่ปรับไปเป็นสคสช. หลังจากที่ยอมรับแล้ว
- เป็นส่วนหนึ่งของ สวรศ. ที่จัดให้มีกลไกดูแลงานนี้เป็นการเฉพาะ
- เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข แต่มีการจัดองค์กรทำงานที่มีลักษณะคล่องตัว อิสระ

ทางเลือกของแหล่งงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินงาน

- สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- สำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)
- สำนักงานกองทุนวิจัย (สกว.)
- องค์กรที่เป็นผู้ใช้ผลการศึกษา

กสธ
วิจัย

3. เครือข่ายการวิจัย/สร้างความรู้ในด้านระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

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

องค์ประกอบหลักของเครือข่าย ควรประกอบด้วย

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

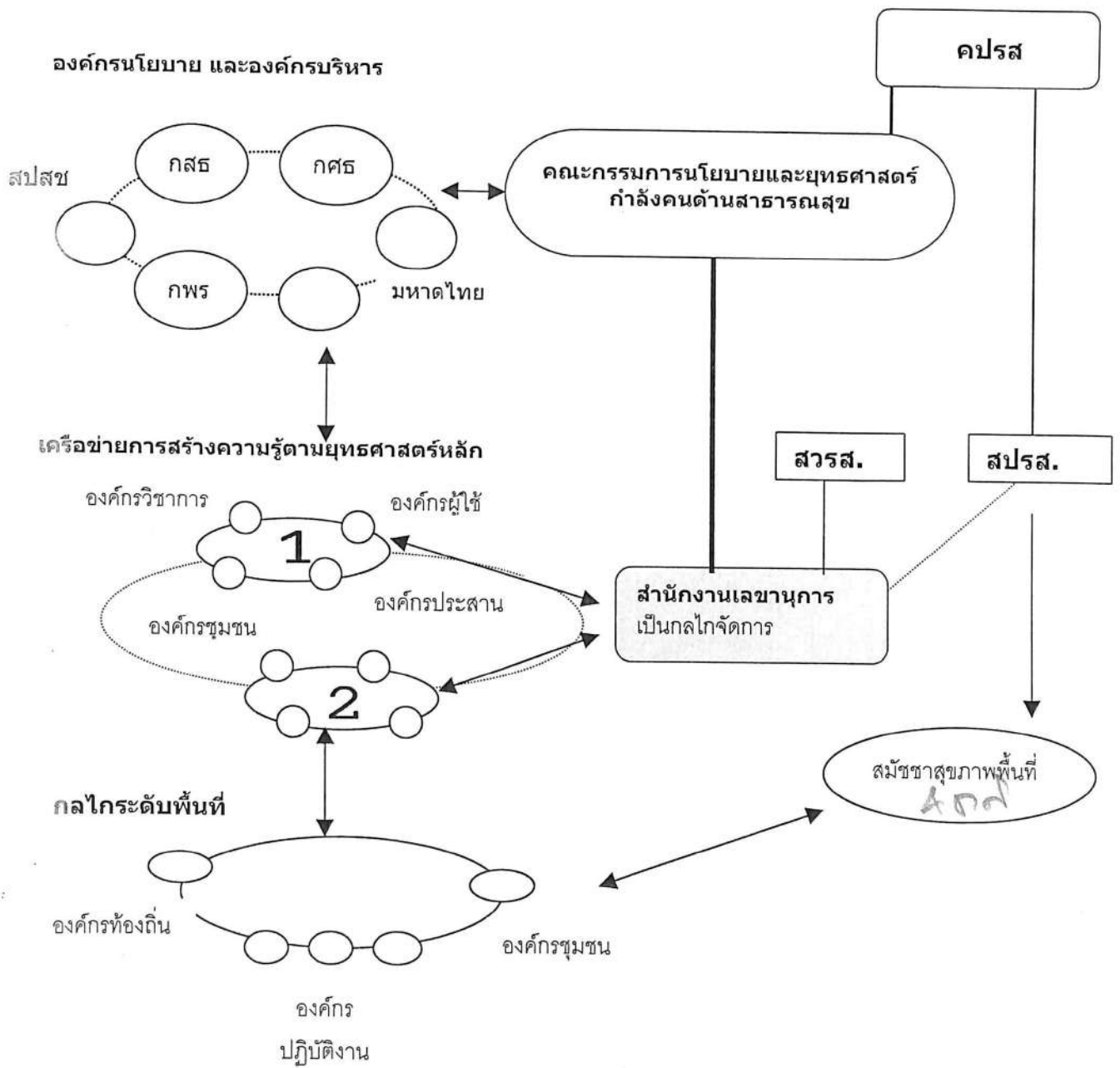
เครือข่ายการวิจัยนี้ ควรเป็นกลไกการดำเนินงานที่คล่องตัว และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง มิใช่เป็นการศึกษาเฉพาะกิจ

โดยที่มีทีมเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายฯ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานให้มีการวิจัยและพัฒนาความรู้ที่เชื่อมโยงกันได้ระหว่างเครือข่ายต่างๆ และตอบสนองต่อยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนากำลังคน

ด้านสาธารณสุขที่มีการกำหนดโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นผู้จัดการระบบฐานข้อมูลกลางของกำลังคนด้านสาธารณสุข

ในแต่ละเครือข่ายการศึกษา ให้มีการศึกษา และพัฒนาทั้งส่วนที่เป็นระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การศึกษานหาข้อมูล พัฒนางค์ความรู้เพื่อการปฏิรูปและปรับระบบตามยุทธศาสตร์ และการพัฒนาศักยภาพขององค์กร บุคลากรที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกัน ผลการศึกษาให้เสนอต่อคณะกรรมการกำลังคนระดับชาติ และเสนอต่อองค์กรนโยบาย องค์กรปฏิบัติการในแต่ละด้านที่อยู่ในเครือข่ายการศึกษานั้นไปพร้อมกันเพื่อมีการตัดสินใจและดำเนินการ

ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ในดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข



ภาคผนวก

ก. ปัญหาเชิงระบบที่สำคัญในภาพรวม

- ◆ การวางแผนดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาเป็นการพิจารณาตามค่าเฉลี่ยของสภาพโดยรวม เพื่อวางแผนในระดับมหภาคเป็นหลัก และดำเนินการในลักษณะเดียวกันทั่วประเทศ การปรับกลวิธีให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่ในระดับจุลภาคยังทำได้น้อย ขาดการประเมินสภาพปัญหาพื้นที่อย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการวางแผนพื้นที่
- ◆ การพัฒนายังมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นวัตถุ อุปกรณ์มากกว่าการพัฒนาที่ขีดความสามารถของบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบทบาทและภารกิจที่มีการปรับเปลี่ยนอย่างเป็นพลวัตร
- ◆ การดำเนินงานของรัฐยังเป็นลักษณะที่ใช้การสั่งการจากส่วนกลางให้หน่วยงานพื้นที่ดำเนินการตามเป็นหลัก ไม่ได้มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่ให้มีความสามารถในการประเมินสภาพปัญหา และคิดค้นมาตรการ วิธีการเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพ หรือการพัฒนาสุขภาพด้วยตนเองอย่างสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของพื้นที่
- ◆ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระยะที่ผ่านมายังเป็นลักษณะที่มองบทบาทของวิชาชีพด้านสาธารณสุขเป็นหลัก ให้ความสำคัญน้อยต่อการพัฒนาบทบาทของประชาชน และบุคลากรในสายงานอื่นๆ ที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ที่ผ่านมามีการดำเนินการบ้างแต่ไม่ต่อเนื่อง และบางส่วนวิธีการทำงานยังไม่เกิดประสิทธิผล
- ◆ การจัดการเพื่อหาคำตอบในการพัฒนาสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังอิงอยู่ในส่วนที่เป็นชีวภาพการแพทย์ เป็นความรู้ในส่วนที่จัดการเกี่ยวกับการดูแล "โรค" ที่แยกส่วน มากกว่าการดูแลเพื่อเสริมศักยภาพของประชาชนให้แข็งแรง และมีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นองค์รวม และส่วนใหญ่ยังอิงกับทฤษฎี เทคโนโลยีด้านตะวันตก รวมทั้งยังปรับให้เป็นพลวัตรตามสภาพการณ์สังคมที่เปลี่ยนไปได้ไม่ทัน การจัดการเพื่อหาคำตอบรู้ในด้าน "สุขภาพ" ของประชาชนไทย และสังคมไทยยังมีน้อย จึงทำให้การจัดการด้านสาธารณสุขในปัจจุบันหลายส่วนไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงด้านสุขภาพของประชาชน มีช่องว่างกว้างระหว่างความรู้วิชาการด้านสาธารณสุขกับการปฏิบัติได้ในชีวิตจริง

ข. ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขในระยะที่ผ่านมา

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

ส่วนใหญ่เป็นการกำหนดนโยบาย มาตรการเพื่อแก้ปัญหาที่เห็นชัดเจน และที่เป็นปัญหาเฉพาะหน้า มากกว่านโยบายเพื่อเตรียมการกำลังคนให้พร้อมต่อการดำเนินงานให้ได้ผล และมีประสิทธิภาพ

เป็นการคิดย้อนหลังเพื่อแก้ปัญหาอดีตมากกว่าการเตรียมแก้เพื่ออนาคต

- ◆ เนื้อหาของนโยบาย ที่ปรากฏเป็นเอกสารในแนวนโยบายรวมระดับประเทศ มีเนื้อหาเน้นที่การผลิต การกระจายกำลังคนเป็นหลัก โดยเฉพาะแพทย์ เพื่อให้เกิดการบริการที่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งเมืองและชนบท เน้นที่ส่วนวิชาชีพมากกว่าส่วนบุคลากรระดับผู้ช่วย

แนวนโยบายในด้านการพัฒนาคุณภาพ และลักษณะกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไป รวมทั้งการบริหารจัดการกำลังคนจะไม่เด่นชัด จะเป็นลักษณะของนโยบายและแนวบริหารของแต่ละองค์กรที่เกี่ยวข้องจะปรับตัวกันเอง

ส่วนที่เป็นการบริหารจัดการกำลังคน จะเป็นส่วนมาตรการส่วนกลางที่เน้นเรื่องค่าตอบแทน มาตรการให้กระจาย มากกว่าการพิจารณากระบวนการจัดการกำลังคนที่เป็นระดับหน่วยงานย่อยที่ต้องพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ ในด้านลักษณะของการผลิตกำลังคน ถูกกำหนดโดยทบวงมหาวิทยาลัย และสถาบันการผลิตโดยตรง

- ◆ องค์การที่กำหนดนโยบาย ทั้งทางตรงเป็นทางการ และที่แฝงเร้น

ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนานโยบายโดยฝ่ายข้าราชการประจำแล้วนำเสนอต่อฝ่ายการเมือง แล้วกำหนดออกมาเป็นนโยบายผ่านคณะรัฐมนตรี หรือ กำหนดออกมาเป็นแนวนโยบายโดยองค์กรรัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการผลิต กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทยสภา ที่กำหนดมาตรฐานแพทย์ และจำนวนการผลิตแพทย์ เฉพาะทางสาขาต่างๆ ส่วนที่กำหนดโดยตรงจากภาคการเมืองมีน้อยมาก

- ◆ กลไกดำเนินการนโยบาย

เป็นการสั่งการจากส่วนกลางจากรัฐบาลผ่านกระทรวงสาธารณสุข และส่วนที่เป็นนโยบายขององค์กรที่เกี่ยวข้องโดยตรงก็ดำเนินการโดยองค์กรนั้นโดยตรง เช่น องค์กรวิชาชีพ มหาวิทยาลัยที่เป็นหน่วยผลิต

เป็นการดำเนินการในลักษณะที่เหมือนกันทั่วประเทศ ไม่มีนโยบาย หรือมาตรการเฉพาะพื้นที่

มีเนื้อหา นโยบายบางส่วนที่กล่าวลอยๆ แต่ขาดการแปลเป็นมาตรการหรือแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน

ขาดระบบติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย บางนโยบายทำไม่ต่อเนื่อง และมีนโยบายบางส่วนที่ขัดแย้งกัน

- ◆ พัฒนาการของนโยบายและการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข

ระยะแรก แผน 4 - แผน 6: เป็นการแก้ปัญหาเชิงปริมาณเพื่อกระจายกำลังคนให้ครอบคลุมหน่วยบริการพื้นฐานเป็นหลัก เป็นการจัดบริการเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อ ผู้พัฒนาและกำหนดนโยบายส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข

แผน 7-8: เริ่มเข้าสู่ระยะการพัฒนาคุณภาพของบริการ และการปรับการบริหารจัดการ แต่ไม่มีแผนการพัฒนาคุณภาพบุคลากรที่ชัดเจน มีแต่มาตรการเพิ่มค่าตอบแทนบุคลากร

แผน 9 : มีการระบุเรื่องการพัฒนาคุณภาพบุคลากรที่ชัดเจนขึ้นในส่วนที่เป็นปรัชญา ทิศทาง ส่วนที่แปลจากนโยบายไปสู่มาตรการมีเฉพาะในส่วนที่เป็นปฏิบัติการศึกษาทั่วไป แต่ส่วนการศึกษาด้านสาธารณสุขยังไม่ปรากฏแผน และมาตรการเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน

◆ ขอบเขตการวางแผนกำลังคน

มุ่งเน้นที่กำลังคนในภาคราชการ ไม่ได้รวมส่วนของภาคเอกชน และส่วนสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มุ่งเน้นเฉพาะบางวิชาชีพ คือแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล

สาขาอื่นๆ ใช้กรอบการพิจารณาที่กรอบอัตรากำลังของราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก

พิจารณาเน้นในส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มากกว่าการพิจารณาส่วนที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ และการบริหารระบบสาธารณสุข

เป็นการคิดที่พิจารณาแบบส่วนกลางเป็นผู้กำหนดระบบทั้งหมด

◆ วิธีการศึกษา พิจารณาเพื่อกำหนดปริมาณความต้องการกำลังคน

มักเน้นที่การใช้อัตราส่วนต่อประชากร และการคิดตามโครงสร้างของหน่วยบริการ health services ในปัจจุบันมากกว่า health needs และตามภาพระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต

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

◆ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

มักเป็นส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย และวิชาชีพ ส่วนหน่วยงานอื่น ภาคส่วนอื่น รวมทั้งภาคประชาชน ภาคเอกชนเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย น้อย

(ร่าง) สรุปประเด็นสำคัญเพื่อพิจารณาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
และบุคลากรสุขภาพที่จำเป็นในอนาคต

ปรัชญา หลักการ ที่กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

จากรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 และเอกสารวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนการระดมความคิดเห็นของประชาคมสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ ต่างมีความเห็นต่อทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพไปในทิศทางเดียวกันดังนี้

- ◆ สุขภาพเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนควรได้รับโดยเท่าเทียม
- ◆ ความหมายของ "สุขภาพ" เป็นความหมายที่กว้าง รวมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ บางส่วนขยายความไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งกว้างมาก ครอบคลุมมากมายในการดำรงชีวิต นอกเหนือไปจากการดูแลความเจ็บป่วย 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 มุ่งเน้นผลลัพท์งานมากขึ้น องค์กรบริการน่าจะมีแนวโน้มที่มีขนาดเล็กลง และแตกต่างกันเป็นองค์กรอิสระที่มีภาระกิจจำเพาะมากขึ้น

การพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต

เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาที่ตอบสนองให้ประชาชนมี "สุขภาพดี" ขั้นแรกก็ควรที่จะมีการทำความเข้าใจต่อเป้าหมาย "สุขภาพ" ซึ่งมีขอบเขตที่กว้างและเป็นองค์รวม

สุขภาพเป็นนามธรรมซึ่งเกิดจากแนวคิดวิทยาศาสตร์ มีรากฐานองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ กาย จิต-ใจ และภารกิจดำรงชีวิต

ในแต่ละคำก็มีรายละเอียด ที่เรียกว่า องค์ประกอบ และตัววัดตัวแปร คือ

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

สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบของสุขภาพ และทุกส่วนต้องเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียวอย่างถูกต้องจึงจะเกิดสุขภาพ...เมื่อทั้งหมดเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว ก็เกิดความสุขสมดุล ดุลยภาพทำให้เกิดความ เป็นปกติหรือสุขภาพและความยั่งยืน

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

การพัฒนาสาธารณสุขเพื่อสุขภาพจึงมีเงื่อนไขของการพัฒนาที่ต้องเป็นองค์รวม

องค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานเพื่อสุขภาพ อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ 2) ระบบเพื่อการดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย

1) **ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ** ; คือการทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้สมบูรณ์อย่างมีดุลยภาพ

การทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้สมบูรณ์อย่างมีดุลยภาพ นับเป็นยุทธศาสตร์หลักของการสร้างหรือการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งถ้าพิจารณาต่อก็จะพบว่า ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพที่กล่าวข้างต้นจะมีสอง

ส่วนคือ การทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ควบคู่ไปกับ การจัดให้องค์ประกอบต่าง ๆ นั้นทำหน้าที่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพ

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

ฉะนั้นระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ หุ่นส่วนใหญ่ในการดำเนินงานจึงอยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข นอกวิชาชีพอายการแพทย์ ทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการประกอบอาชีพของประชาชน การศึกษา การจัดสภาพแวดล้อมของสังคม แต่กระทรวงสาธารณสุขจะยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้เสนอ สนับสนุน และกระตุ้นเพื่อให้มีการดำเนินงานให้บรรลุผล ในส่วนนี้จำเป็นต้องมีการคิดค้นพัฒนาว่า จะต้องการกำลังคนในลักษณะใด จะมีองค์กรทำงานอย่างไร มีระบบงบประมาณสนับสนุนอย่างไรจึงจะเหมาะสม ดำเนินการได้จริง

2) ระบบเพื่อการดูแลความเจ็บป่วย

เป็นส่วนของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ดูแล รักษา ช่วยเหลือ หรือ สนับสนุนการช่วยตัวเองของประชาชนในกรณีที่มีอาการของโรค หรือมีสภาพความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทั้งนี้รวมถึงระบบดำเนินการเพื่อการป้องกันโรคด้วย

บริการคืออะไร

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

สุขภาพ อารมณ์ ป่วย โรค เป็นเส้นสายที่ต่อเนื่องกันในชีวิตคน ตัวอย่างเช่นคนที่มีอาการไม่สบายแต่เขาก็มารู้สึกว่าเขาป่วยเป็นโรค เช่น ชาวนาที่มีอาการปวดขาตามข้อออกไปดำนานา รวมทั้งพบว่าภาวะสุขภาพอื่นๆ ที่ไม่ป่วยก็ยังคงปรากฏอยู่ในคนที่เป็นโรคเรื้อรัง ในคนที่ป่วยเช่นเดียวกับคนซึ่งไม่ป่วยด้วย ได้แก่ สุขภาพของผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ หรือ สุขภาพของผู้พิการ

การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพจึงอยู่ในทุกๆ ภาวะของชีวิตมนุษย์ควบคู่ไปกับการดูแลความเจ็บป่วย แต่สิ่งที่ปรากฏในสภาวะความเป็นจริงของการบริการ ก็คือ บริการมักขาดหายไปบางช่วงของชีวิต และไม่เข้าใจความจริงในประเด็นนี้ ยกตัวอย่างเช่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

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

แต่ทั้งสองระบบ คือ ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ และระบบการดูแลอาการ ความเจ็บป่วย และโรคต่างก็
ต้องพัฒนาระบบการทำงานแบบเชื่อมโยงกันได้ และเสริมซึ่งกันและกันได้อย่างพอดี

การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ สำหรับ 2 ระบบ

ระบบเพื่อดูแลอาการและความเจ็บป่วย

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

ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ

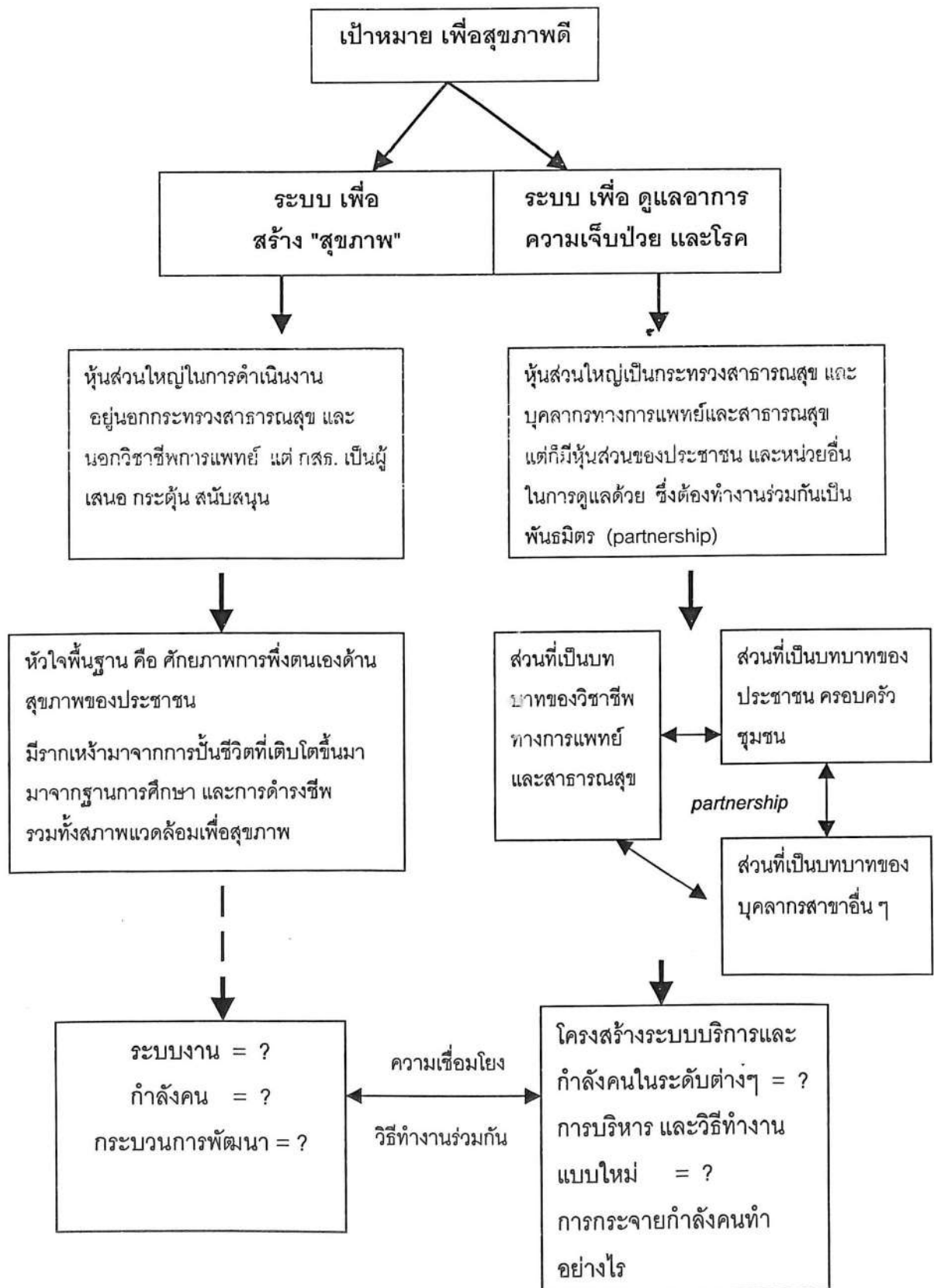
การวางแผนต้องเป็นตามนโยบายของรัฐ (Policy driven) ไม่สามารถคิดตามสภาพอุปสงค์ อุปทาน
ได้ เพราะเป็นส่วนที่ยังไม่มีอุปทานเกิดขึ้น หรือ มีน้อย เป็นส่วนที่ประชาชนทั่วไปรับรู้ถึงความจำเป็นส่วนนี้ที่ไม่
ชัดเจน เว้นแต่รัฐต้องสร้างให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักที่ชัดเจน

การวางแผนเพื่อการพัฒนาพัฒนาระบบพัฒนาสุขภาพนี้ ควรต้องมีการพัฒนาใน 3 องค์ประกอบหลักคือ

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

นอกจากนี้ในการวางแผนและจัดการระบบทุกส่วนนั้น ต้องคำนึงถึงระบบการแพทย์แผนไทย แพทย์
ทางเลือก ที่มีบทบาทในสังคมไทยที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนไทยบางส่วนไปแล้ว
ฉะนั้นควรมีการศึกษาด้วยว่าระบบแพทย์ทางเลือกนี้เข้ามามีบทบาทอย่างไร คุณภาพเป็นอย่างไร เพื่อจัดระบบ
สุขภาพที่บูรณาการกันในอนาคต

กรอบแนวคิดการพิจารณาระบบงาน และระบบกำลังคน เพื่อเป้าหมายสุขภาพดี



ปัญหาเชิงระบบที่สำคัญในภาพรวม

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

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขในระยะที่ผ่านมา

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

ส่วนใหญ่เป็นการกำหนดนโยบาย มาตรการเพื่อแก้ปัญหาที่เห็นชัดเจน และที่เป็นปัญหาเฉพาะหน้า มากกว่านโยบายเพื่อเตรียมการกำลังคนให้พร้อมต่อการดำเนินงานให้ได้ผล และมีประสิทธิภาพ

เป็นการคิดย้อนหลังเพื่อแก้ปัญหาที่ดีมากกว่าการเตรียมแก้เพื่ออนาคต

- ◆ เนื้อหาของนโยบาย ที่ปรากฏเป็นเอกสารในแนวนโยบายรวมระดับประเทศ มีเนื้อหาเน้นที่การผลิต การกระจายกำลังคนเป็นหลัก โดยเฉพาะแพทย์ เพื่อให้เกิดการบริการที่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งเมืองและชนบท เน้นที่ส่วนวิชาชีพมากกว่าส่วนบุคคลจากระดับผู้ช่วย

แนวนโยบายในด้านการพัฒนาคุณภาพ และลักษณะกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไป รวมทั้งการบริหารจัดการกำลังคนจะไม่เด่นชัด จะเป็นลักษณะของนโยบายและแนวบริหารของแต่ละองค์กรที่เกี่ยวข้องจะปรับตัวกันเอง

ส่วนที่เป็นการบริหารจัดการกำลังคน จะเป็นส่วนมาตรการส่วนกลางที่เน้นเรื่องค่าตอบแทน มาตรการให้กระจาย มากกว่าการพิจารณาระบบการจัดการกำลังคนที่เป็นระดับหน่วยงานย่อยที่ต้องพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ

ในด้านลักษณะของการผลิตกำลังคน ถูกกำหนดโดยทบวงมหาวิทยาลัย และสถาบันการผลิตโดยตรง

- ◆ องค์การที่กำหนดนโยบาย ทั้งทางตรงเป็นทางการ และที่แฝงเร้น

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

- ◆ กลไกดำเนินการนโยบาย

เป็นการสั่งการจากส่วนกลางจากรัฐบาลผ่านกระทรวงสาธารณสุข และส่วนที่เป็นนโยบายขององค์กรที่เกี่ยวข้องโดยตรงก็ดำเนินการโดยองค์กรนั้นโดยตรง เช่น องค์กรวิชาชีพ มหาวิทยาลัยที่เป็นหน่วยผลิต

เป็นการดำเนินการในลักษณะที่เหมือนกันทั่วประเทศ ไม่มีนโยบาย หรือมาตรการเฉพาะพื้นที่

มีเนื้อหาในนโยบายบางส่วนที่กล่าวลอยๆ แต่ขาดการแปลเป็นมาตรการหรือแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน

ขาดระบบติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย บางนโยบายทำไม่ต่อเนื่อง และมีนโยบายบางส่วนที่ขัดแย้งกัน

- ◆ พัฒนาการของนโยบายและการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข

ระยะแรก แผน 4 - แผน 6: เป็นการแก้ปัญหาเชิงปริมาณเพื่อกระจายกำลังคนให้ครอบคลุมหน่วยบริการพื้นฐานเป็นหลัก เป็นการจัดบริการเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อ ผู้พัฒนาและกำหนดนโยบายส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข

แผน 7-8: เริ่มเข้าสู่ระยะการพัฒนาคุณภาพของบริการ และการปรับการบริหารจัดการ แต่ไม่มีแผนการพัฒนาคุณภาพบุคลากรที่ชัดเจน มีแต่มาตรการเพิ่มค่าตอบแทนบุคลากร

แผน 9: มีการระบุเรื่องการพัฒนาคุณภาพบุคลากรที่ชัดเจนขึ้นในส่วนที่เป็นปรัชญา ทิศทาง ส่วนที่แปลจากนโยบายไปสู่มาตรการมีเฉพาะในส่วนที่เป็นปฏิรูปการศึกษาทั่วไป แต่ส่วนการศึกษาด้านสาธารณสุขยังไม่ปรากฏแผนและมาตรการเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน

♦ **ขอบเขตการวางแผนกำลังคน**

มุ่งเน้นที่กำลังคนในภาคราชการ ไม่ได้รวมส่วนของภาคเอกชน และส่วนสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มุ่งเน้นเฉพาะบางวิชาชีพ คือแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล

สาขาอื่นๆ ใช้กรอบการพิจารณาที่กอบอัตรากำลังของราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก

พิจารณาเน้นในส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มากกว่าการพิจารณาส่วนที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และการบริหารระบบสาธารณสุข

เป็นการคิดที่พิจารณาแบบส่วนกลางเป็นผู้กำหนดระบบทั้งหมด

♦ **วิธีการศึกษา พิจารณาเพื่อกำหนดปริมาณความต้องการกำลังคน**

มักเน้นที่ใช้อัตราส่วนต่อประชากร และการคิดตามโครงสร้างของหน่วยบริการ health services ในปัจจุบันมากกว่า health needs และตามภาพระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต

การพิจารณาเสนอเป็นทางเลือกเดียว เป็นตัวเลขรวมทั้งประเทศ โดยไม่ได้ระบุสถานการณ์ของบริบทว่าต้องปรับ คิดใหม่ เมื่อใด หรือไม่ อย่างไร มักไม่ได้คิดถึงทางเลือกความเป็นไปได้ ยกเว้นมีหนึ่งการศึกษาที่มีการเสนอทางเลือก และไม่มี การประมาณความต้องการกำลังคนในส่วนที่เป็นองค์ประกอบย่อย เช่น กำลังคนสำหรับการบริการสุขภาพในเขตเมือง และชนบท

♦ **ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง**

มักเป็นส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย และวิชาชีพ ส่วนหน่วยงานอื่น ภาคส่วนอื่น รวมทั้งภาคประชาชน ภาคเอกชนเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย น้อย

แผนพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อตอบสนองระบบบริการสุขภาพในอนาคต

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

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

วัตถุประสงค์การพัฒนา

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

ยุทธศาสตร์การพัฒนา

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

มาตรการ/กลวิธีการพัฒนา

1. เพื่อแก้ปัญหาในด้านการกระจายกำลังคน และปัญหาความแออัดของการจัดกำลังคน ตามกรอบอัตรา
กำลังของรัฐในปัจจุบัน เพื่อปรับไปสู่ระบบที่มีการกระจายกำลังคนดีขึ้น ระบบกำลังคนที่มีความยืดหยุ่น
หลากหลาย ตามสภาพสถานการณ์ที่แตกต่าง และเป็นพลวัตร ปรับให้มีสัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสม มีประ
สิทธิภาพ

มาตรการดำเนินการมีทางเลือก คือ

- 1) การปฏิรูปการบริหารองค์กรบริการสุขภาพของรัฐในปัจจุบันให้เป็นองค์การมหาชน เพื่อให้มีการ
บริหารที่คล่องตัวมากขึ้น
 - 2) หากไม่ปรับเป็นองค์กรบริการสุขภาพของรัฐองค์การมหาชน ก็ต้องมีการสร้างโครงสร้างบริหารใหม่
ส่วนหนึ่งภายใต้ระบบราชการ ในรูปของระบบพนักงานของรัฐ ที่มีค่าตอบแทนสูงกว่าราชการ มีการจัด
การที่ยืดหยุ่นได้คล่องตัวกว่าระบบราชการเดิม และจัดการให้กลุ่มพนักงานของรัฐนี้เป็นผู้ดำเนินงาน
ในส่วนที่เป็นจุดอ่อนของระบบราชการปัจจุบัน
 - 1) การจัดระบบการจัดการใหม่ในส่วนที่เป็นการคัดเลือกผู้บริหารใหม่ที่โปร่งใส และมีคุณสมบัติสอด
คล้องกับวิธีการบริหารงานในระบบใหม่ เพื่อให้สามารถเป็นผู้ขับเคลื่อนและปรับเปลี่ยนวิธีการ
บริหารงานในปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนการปรับกรอบอัตรากำลังข้าราชการให้
มีความยืดหยุ่นมากขึ้น
2. เพื่อวางรากฐานระบบเพื่อสร้างสุขภาพดีที่เป็นจริง และเป็นรูปธรรมนั้น เป็นส่วนที่ไม่อาจใช้ระบบกลไก
ตลาดได้ แต่เป็นส่วนที่รัฐต้องวางแผนสนับสนุนดำเนินการเป็นหลัก เป็นกระบวนการวางแผนในลักษณะใช้
นโยบายรัฐขับเคลื่อน (policy driven) รัฐจำเป็นต้องจัดระบบดำเนินการในส่วนต่างๆ ต่อไปนี้
 - 1) ต้องมีการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรเพื่อการดำเนินงานด้านนี้ ทั้งส่วนที่เป็นบุคลากรทาง
การแพทย์และสาธารณสุข และส่วนที่ปฏิบัติในหน่วยงานอื่น ตลอดจนประชาชน
 - 2) ต้องมีการพัฒนาองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อทำหน้าที่ด้านการสร้างสุขภาพที่ชัดเจน ซึ่งต้องเชื่อมโยงกับ
ระบบงบประมาณสนับสนุน และนโยบายที่ชัดเจนและเอื้อให้ปฏิบัติงานได้คล่องตัว
 - 3) ต้องมีการพัฒนาระบบการทำงานแบบ partnership ระหว่างองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งภาค
ประชาคม ประชาชนกลุ่มต่างๆ และต้องพัฒนาให้มีการเชื่อมโยงข้อมูล กระบวนการทำงานระหว่าง
ระดับต่างๆ (inter- level linkage) ได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง
- นอกจากนี้กระบวนการวางแผนและดำเนินงานด้านนี้ต้องมีประสิทธิภาพ จำเป็นมีการวางแผนที่มี
ความจำเพาะกับแต่ละพื้นที่ และแต่ละกลุ่มชน มีความจำเป็นที่ต้องกระจายอำนาจให้ประชาชน องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทดำเนินการโดยตรง เพื่อให้สอดคล้องกับความหลากหลายของพื้นที่
- ข้อเสนอที่นำไปสู่การปฏิบัติ คือ การดำเนินงานส่วนนี้บางส่วน กระทรวงสาธารณสุขควรลงไปดำเนิน
งานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เริ่มมีการดำเนินการไปแล้ว ได้แก่ การทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
แต่ในบางส่วนควรจะมีการศึกษาวิจัย ทดลองพัฒนารูปแบบวิธีการบริหารจัดการและการดำเนินงาน
ร่วมกันในระยะต้นก่อน

ต้องมีการพัฒนาบุคลากรที่มีความสามารถในการพัฒนานโยบายในลักษณะที่เป็น "โลกหลังทุนนิยม" ที่เน้นการพัฒนาให้ชุมชน ประชาคมมีความเข้มแข็ง

ต้องมีการลงทุนเพื่อพัฒนาบุคลากรที่มีความสามารถในด้านระบาดวิทยาทางสังคม (Social epidemiology) เพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นกลุ่มบุคคลส่วนหนึ่งที่จะช่วยในการวางแผนงานที่เปลี่ยนจากนามธรรมให้เป็นรูปธรรม

3. เพื่อพัฒนาบริการที่ดูแลสุขภาพเจ็บป่วยและโรคนั้นให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน เป็นไปตามกลไกอุปสงค์ อุปทานอย่างมีคุณภาพ การพัฒนาในส่วนนี้ ควรจะมุ่งเน้นในส่วนที่มีช่องว่าง มีความไม่สอดคล้องกันระหว่างอุปสงค์ อุปทาน (miss-match) ในด้านต่างๆ คือ

ในด้านการจัดบริการที่เป็นความต้องการใหม่ และความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ บริการด้านฟื้นฟูสภาพ บริการสุขภาพผู้สูงอายุ บริการที่ปรึกษาด้านจิตใจและลดความเครียด บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งส่วนนี้ควรมีการศึกษา วิจัยถึงทางเลือกของรูปแบบวิธีจัดระบบบริการเหล่านี้ในอนาคตให้ชัดเจนขึ้น พร้อมกับการศึกษาเชื่อมต่อไปถึงลักษณะของบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อการบริหารนั้นๆ การศึกษาส่วนนี้ควรเป็นบทบาทของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิชาการด้านต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสภาวิชาชีพ วิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางด้านต่างๆ เป็นส่วนที่ดำเนินการศึกษา พัฒนาบริการในด้านต่างๆ โดยที่รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณ

ให้มีการวางแผนบริการและจัดการกำลังคนสุขภาพเพิ่มขึ้นเพื่อเตรียมพร้อมรับนโยบายส่งเสริมการส่งออกบริการด้านสุขภาพ พร้อมกับการจัดระบบติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อมิให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อประชากรไทย และศึกษาระบบที่การตลาดส่วนนี้จะให้ผลตอบแทนกลับเข้าสู่สังคมไทยโดยรวม

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

ในด้านการกระจายกำลังคน เป็นส่วนที่เสนอแล้วในข้อ 1

4. ปฏิรูประบบระบบการผลิตและการพัฒนากำลังคนให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพและระบบต่างๆที่ปรับเปลี่ยนไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพควรดำเนินการตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ที่มุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและกระบวนการผลิต ที่มุ่งเน้นปฏิรูปการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต

ให้มีการวางแผนและประสานดำเนินการผลิตบุคลากรกลุ่มต่างๆ โดยใช้ศักยภาพของสถาบันการผลิตทั้งรัฐ เอกชน สถาบันการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาต่างประเทศ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่เข้าใจธรรมชาติ ข้อจำกัด และจุดเด่นขององค์กรในแต่ละลักษณะ ประสานให้มีการ

ผลิตที่เป็นไปตามทิศทาง และระบบการพัฒนาของประเทศ อย่างสอดคล้อง ซึ่งข้อเสนอส่วนนี้ ควรเน้นการพัฒนาให้สาขาวิชาชีพต่างๆ เข้าใจต่อทิศทางและธรรมชาติขององค์กรผลิตแต่ละลักษณะ ยอมรับให้มีบุคลากรด้านสุขภาพที่มีลักษณะหลากหลายมากกว่ามาตรฐานเดียว สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม

สนับสนุนให้มีสถาบันที่พัฒนาบุคลากรสุขภาพในลักษณะที่เป็น "วิทยาลัยชุมชน" ที่วางแผนการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพโดยใช้สภาพปัญหาสุขภาพของชุมชนเป็นฐาน มีการดำเนินการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับต่างๆ ส่วนนี้ควรเสนอให้สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข นำไปดำเนินการร่วมกับการปฏิรูปองค์การบริหารงาน

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

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

กลยุทธ์การดำเนินงาน

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

กลไกการดำเนินงาน

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

บทบาทของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ

- ประสาน กำกับ นโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานในด้านกำลังคนสาธารณสุขที่ต่อเนื่อง และครอบคลุมประเด็นได้กว้างขวางรอบด้าน
- ให้ข้อเสนอแนะ และกำหนดแนวนโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านกำลังคนสาธารณสุข ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ

- ประสานให้มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการสร้างองค์ความรู้ที่สนับสนุนดำเนินการด้านกำลังคนได้อย่างต่อเนื่อง ระยะยาว
- ประสาน และ นำเสนอนโยบาย และมาตรการกำลังคนด้านสาธารณสุขต่อรัฐบาล องค์กรที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับกำกับติดตามให้มีการดำเนินการตามนโยบาย ตลอดจนการประเมินผลกระทบ

คณะกรรมการระดับชาติ มิใช่มีบทบาทกำหนดทุกอย่างของเรื่องกำลังคน แต่ควรที่จะมีบทบาทเป็นหน่วยกำกับทิศทางของนโยบายต่างๆที่เกี่ยวข้องและกระทบต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข แล้วทำหน้าที่เสนอแนะนโยบาย เพื่อปรับสมดุลพอดีระหว่างระบบอื่นๆ กับส่วนที่กระทบต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

ควรมีกลไกการเสนอแนะที่หลากหลาย ต่อองค์กรที่เกี่ยวข้องในหลายลักษณะทั้งที่เป็นผู้ผลิต ผู้ใช้กำลังคน รัฐบาลกลาง ผู้ให้บริการ ชุมชน ห้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ

สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการฯ ทำหน้าที่

- ประสาน จัดการ สนับสนุน ให้มีเครือข่ายวิจัยที่ดำเนินการศึกษาวิจัย เพื่อตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์กำลังคนรวมของประเทศได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับประสานให้เกิดความเชื่อมโยงของการศึกษาในแต่ละเครือข่าย และกำกับ ติดตามการศึกษาวิจัยให้ได้ผลตามเป้าหมาย
- ประสานให้มีงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินการศึกษา วิจัยเพื่อหาคำตอบต่อการดำเนินงาน
- พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข โดยใช้ฐานความรู้จากผลการศึกษา มาปรับให้เหมาะสมเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และมาตรการดำเนินงานเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

คุณลักษณะของกลไก สำนักงานเลขานุการ

- เป็นกลไกที่เชื่อมต่อระหว่างการสร้างความรู้เกี่ยวกับระบบกำลังคนกับการพัฒนานโยบาย และกำหนดนโยบายเพื่อการพัฒนาาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
- มีการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในด้านนี้ และมีการกำกับติดตามนโยบายได้ต่อเนื่อง
- ต้องสร้างให้องค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทร่วมกันในการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

เงื่อนไขสนับสนุน

กลไกนี้จำเป็นต้องมีการเชื่อมต่อหรือมอบหมายจากส่วนนโยบาย หรือ องค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ทางการบริหาร เพื่อให้เป็นที่ยอมรับในสถานะการทำงาน และการนำเสนอผลลัพธ์การทำงาน

ทางเลือกของหน่วยสำนักงานเลขานุการ

- เป็นส่วนหนึ่งของ สปรศ. ที่ปรับไปเป็นสคสช. หลังจากที่ถูกปรับผ่านแล้ว
- เป็นส่วนหนึ่งของ สวรศ. ที่จัดให้มีกลไกดูแลงานนี้เป็นการเฉพาะ

- เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข แต่มีการจัดองค์กรทำงานที่มีลักษณะ คล่องตัว อิสระ

ทางเลือกของแหล่งงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินงาน

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

เครือข่ายการวิจัย/สร้างความรู้ในด้านระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

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

องค์ประกอบหลักของเครือข่าย ควรประกอบด้วย

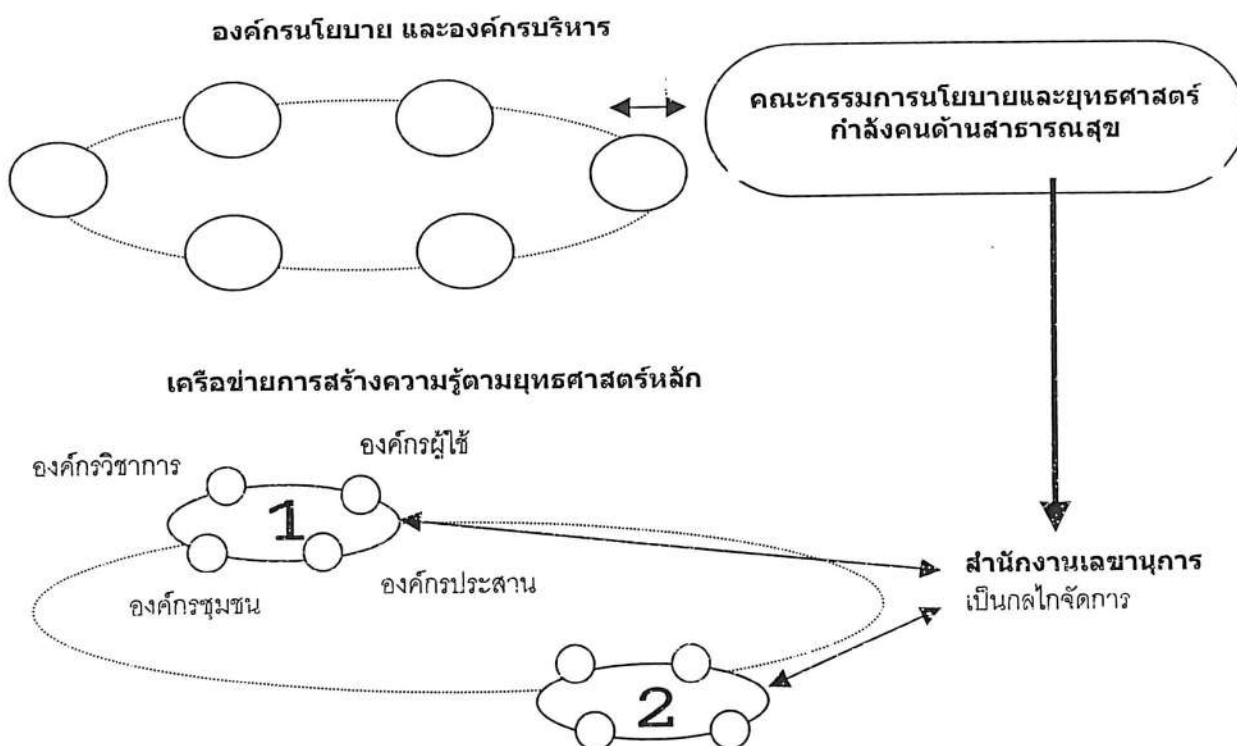
- 1) ส่วนที่เป็นองค์กรวิชาการ ที่ทำหน้าที่ในการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบใหม่
- 2) องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นนั้นๆ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและวิจัยไปพร้อมกัน และนำผลการศึกษาไปใช้อย่างทันการณ์
- 3) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานเนื้อหา
- 4) องค์กรชุมชน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

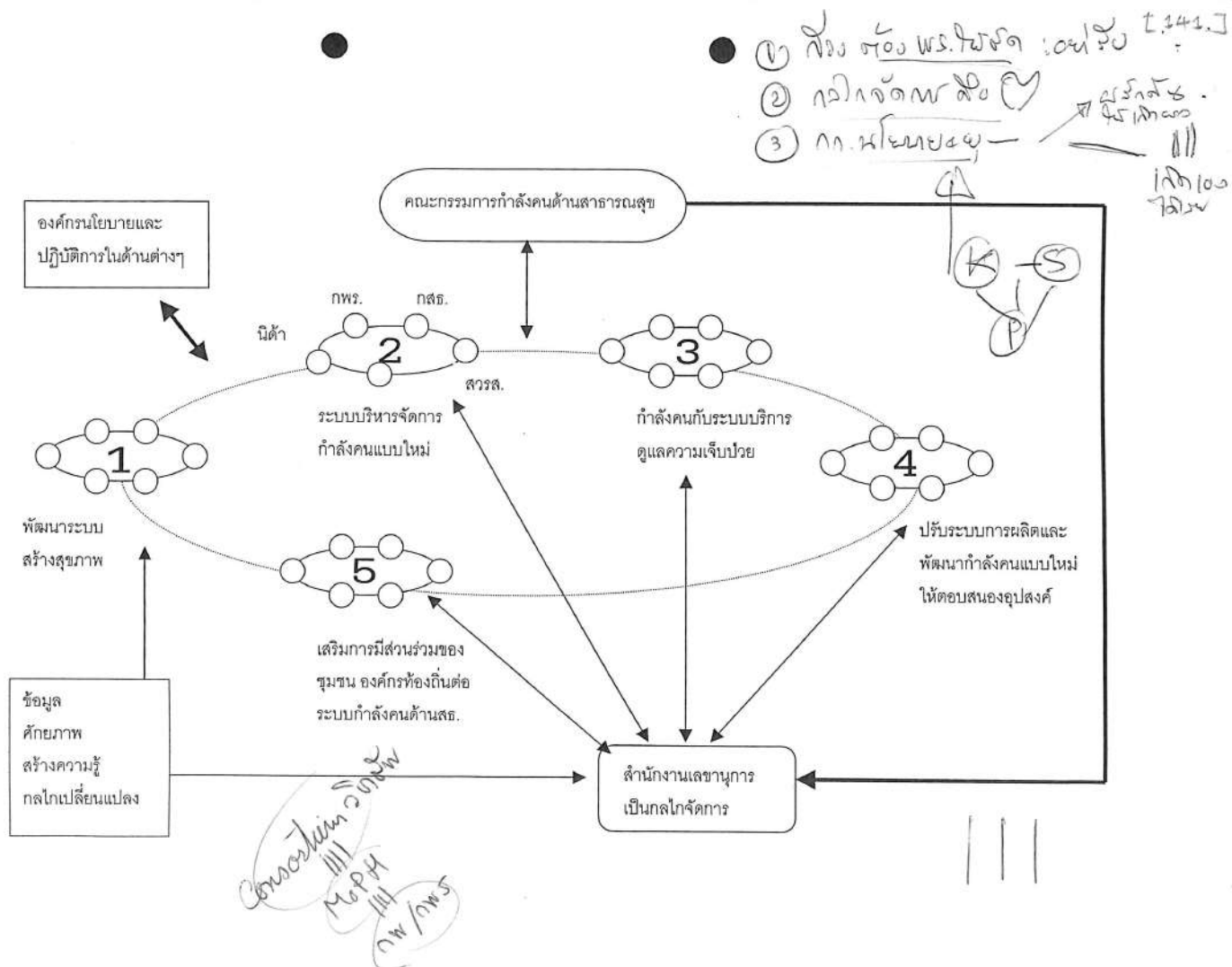
เครือข่ายการวิจัยนี้ ควรเป็นกลไกการดำเนินงานที่คล่องตัว และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง มิใช่เป็นการศึกษาเฉพาะกิจ

โดยที่มีทีมเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายฯ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานให้มีการวิจัยและพัฒนาความรู้ที่เชื่อมโยงกันได้ระหว่างเครือข่ายต่างๆ และตอบสนองต่อยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขที่มีการกำหนดโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นผู้จัดการระบบฐานข้อมูลกลางของกำลังคนด้านสาธารณสุข

ในแต่ละเครือข่ายการศึกษา ให้มีการศึกษา และพัฒนาทั้งส่วนที่เป็นระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การศึกษาหาข้อมูล พัฒนาองค์ความรู้เพื่อการปฏิรูปและปรับระบบตามยุทธศาสตร์ และการพัฒนาศักยภาพขององค์กร บุคลากรที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกัน ผลการศึกษาให้เสนอต่อคณะกรรมการกำลังคนระดับชาติ และเสนอต่อองค์กรนโยบาย องค์กรปฏิบัติการในแต่ละด้านที่อยู่ในเครือข่ายการศึกษานั้นไปพร้อมกันเพื่อมีการตัดสินใจและดำเนินการ

ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ในดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข





กลไกการดำเนินการ

เสนอให้พยายามก่อรูปเป็นเครือข่าย การวิจัยในแต่ละประเด็นสำคัญเป็นการเฉพาะกิจในช่วงแรก และพัฒนาต่อไปเป็นกลไกการศึกษาระยะยาวต่อเนื่อง ซึ่งมีองค์ประกอบทั้ง

- 1) ส่วนที่เป็นองค์กรวิชาการ ที่ทำหน้าที่ในการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบใหม่
- 2) องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นนั้นๆ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและวิจัยไปพร้อมกัน
- 3) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานเนื้อหา

โดยที่มีทีมเลขานุการของคณะกรรมการกำลังคน ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานให้มีการวิจัยและพัฒนาความรู้ที่เชื่อมโยงกันได้ระหว่างเครือข่ายต่างๆ และตอบสนองต่อยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขที่มีการกำหนดโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นผู้จัดการระบบฐานข้อมูลกลางของกำลังคนด้านสาธารณสุข

ในแต่ละเครือข่ายการศึกษา ให้มีการศึกษา และพัฒนาทั้งส่วนที่เป็นระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การศึกษาหาข้อมูล พัฒนาองค์ความรู้เพื่อการปฏิรูปและปรับระบบตามยุทธศาสตร์ และการพัฒนาศักยภาพขององค์กร บุคลากรที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกัน ผลการศึกษาให้เสนอต่อคณะกรรมการกำลังคนระดับชาติ และเสนอต่อองค์กรนโยบาย องค์กรปฏิบัติการในแต่ละด้านที่อยู่ในเครือข่ายการศึกษานั้นไปพร้อมกันเพื่อมีการตัดสินใจและดำเนินการ

เสนอให้มีประมาณ 5 forum หลัก แต่อาจมีวงย่อยเพื่อการพัฒนาในประเด็นย่อยเฉพาะอีกได้ ดังนี้

1. Forum เพื่อพัฒนาระบบ กลไกและกำลังคนด้านการสร้างสุขภาพ

องค์ประกอบ : องค์กรท้องถิ่น องค์กรปฏิรูปการศึกษา สถาบันวิชาการสวรส. กระทรวงสาธารณสุข

2. Forum เพื่อการปฏิรูประบบบริหารจัดการกำลังคนแบบใหม่

องค์ประกอบ : กระทรวงสาธารณสุข กพร. NIDA, TDRI สวรส.

3. Forum เพื่อพัฒนากำลังคนให้สอดคล้องกับระบบบริการที่เปลี่ยนรูป ทั้งส่วนที่เป็นการศึกษาถึงกำลังคนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการบริการที่เปลี่ยนไป และส่วนที่เกี่ยวกับกลไกการเงินการคลัง การจัดการด้านระบบบริการที่มีผลกระทบต่อการกระจายและคุณภาพของกำลังคนด้านสาธารณสุข

องค์ประกอบ : สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
องค์กรวิชาชีพ

ในส่วนนี้ จะประกอบด้วยวงการศึกษาย่อยๆ เช่น กำลังคนเพื่อระบบบริการผู้สูงอายุ เพื่อบริการฟื้นฟูสภาพ บริการสุขภาพชุมชน บริการเพื่อการเสริมศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน

4. Forum เพื่อการผลิตและพัฒนากำลังคนแบบใหม่ที่ตอบสนองต่ออุปสงค์มากขึ้น

ในส่วนนี้ มีจุดเน้นคือ การหากลวิธีในการปรับเปลี่ยนให้สถาบันวิชาการผลิตและพัฒนาากำลังคนอย่างสอดคล้องกับความต้องการของสังคม และตอบสนองต่อการกระจายกำลังคนอย่างเหมาะสม

ส่วนนี้จะมีย่อยย่ที่ทดลองและพัฒนารูปแบบการผลิตและพัฒนากำลังคนแบบใหม่ที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน
องค์ประกอบ

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เชียงใหม่

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

สวรส.

สภาการพยาบาล

5. Forum เพื่อการศึกษาถึงกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรท้องถิ่นต่อระบบ กำลังคนด้านสุขภาพ

ส่วนนี้จะเป็นการศึกษาถึงประเด็นของการพัฒนาศักยภาพและบทบาทขององค์กรท้องถิ่นต่อการวางแผนกำลัง
คนด้านสุขภาพ และพิจารณาถึงลักษณะกำลังคนด้านสุขภาพที่จะปฏิบัติงานในองค์กรท้องถิ่น

องค์ประกอบ

องค์กรท้องถิ่นที่มีความสนใจ

สำนักงานสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น

Forum 1 และ 5 อาจจะรวมกันเป็นกลุ่มเดียวกัน

สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการกำลังคน ทำหน้าที่

- ประสาน จัดการ สนับสนุน ให้เครือข่ายวิจัยมีการดำเนินการศึกษาวิจัย เพื่อตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์
กำลังคนรวมของประเทศ พร้อมกับการกำกับ ติดตาม
- ประสานให้มีงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินการศึกษา วิจัยเพื่อหาคำตอบต่อการดำเนินงาน
- นำผลการศึกษามาปรับให้เหมาะสมเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และมาตรการดำเนินงานเพื่อการพัฒนา
คนด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

ทางเลือกของหน่วยสำนักงานเลขานุการ

- เป็นส่วนหนึ่งของ สปปรส. ที่ปรับไปเป็นสคสช. หลังจากที่พรบ.ผ่านแล้ว
- เป็นส่วนหนึ่งของ สวรส. ที่จัดให้มีกลไกดูแลงานนี้เป็นการเฉพาะ
- เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข แต่มีการจัดองค์กรทำงานที่มีลักษณะ
คล่องตัว อิสระ

ทางเลือกของแหล่งงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินงาน

- สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สสส.
- สกว.
- องค์กรที่เป็นผู้ให้ผลการศึกษา

บทบาทของคณะกรรมการกำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ

- เป็น ร่ม ของการประสานการดำเนินงานในด้านกำลังคนสาธารณสุขที่ต่อเนื่อง และครอบคลุมประเด็นได้กว้างขวางรอบด้าน
- เป็นส่วนที่ให้ข้อเสนอแนะ และกำหนดแนวนโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านกำลังคนสาธารณสุข ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ
- ประสานให้มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดำเนินการด้านกำลังคนได้อย่างต่อเนื่อง ระยะยาว
- ประสาน และ นำเสนอ นโยบาย และมาตรการกำลังคนด้านสาธารณสุขต่อรัฐบาล องค์กรที่เกี่ยวข้อง พร้อม กับกำกับติดตามให้มีการดำเนินการตามนโยบาย ตลอดจนการประเมินผลกระทบ

(ร่าง) นโยบาย และระบบการวางแผน พัฒนากำลังคน ในอดีตจนถึงปัจจุบัน

นโยบายกำลังคน

มีทั้งส่วนที่ Explicit และ Implicit แต่ส่วนใหญ่จะเป็น implicit ที่มีได้กำหนดเป็นนโยบายกำลังคนโดยตรงแต่จะแฝงอยู่ในนโยบายและการดำเนินการด้านอื่นๆ

การวางแผนการดำเนินงานด้านกำลังคนมักพิจารณาแต่ส่วนที่เป็น explicit policy ด้านกำลังคน แต่ไม่ได้เตรียมวางแผนหรือนโยบายในส่วนที่เป็น Implicit policy หรือ ส่วนที่เป็นนโยบายด้านอื่นแต่กระทบต่อเนื่องมาถึงระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

ส่วนใหญ่เป็นการกำหนดนโยบาย มาตรการเพื่อแก้ปัญหาที่เห็นชัดเจน และที่เป็นปัญหาเฉพาะหน้า มากกว่านโยบายเพื่อเตรียมการกำลังคนให้พร้อมต่อการดำเนินงานให้ได้ผล และมีประสิทธิภาพ

เป็นการคิดย้อนหลังเพื่อแก้ปัญหาอดีตมากกว่าการเตรียมแก้เพื่ออนาคต

เนื้อหาของนโยบาย

ที่ปรากฏเป็นเอกสารในแนวนโยบายรวมระดับประเทศ มีเนื้อหาเน้นที่การผลิต การกระจายกำลังคนเป็นหลัก โดยเฉพาะแพทย์ เพื่อให้เกิดการบริการที่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งเมืองและชนบท เน้นที่ส่วนวิชาชีพมากกว่าส่วนบุคลากรระดับผู้ช่วย

แนวนโยบายในด้านการพัฒนาคุณภาพ และลักษณะกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไป รวมทั้งการบริหารจัดการกำลังคนจะไม่เด่นชัด จะเป็นลักษณะของนโยบายและแนวบริหารของแต่ละองค์กรที่เกี่ยวข้องจะปรับตัวกันเอง

ส่วนที่เป็นการบริหารจัดการกำลังคน จะเป็นส่วนมาตรการส่วนกลางที่เน้นเรื่องค่าตอบแทน มาตรการให้กระจาย มากกว่าการพิจารณาระบบการจัดการกำลังคนที่เป็นระดับหน่วยงานย่อยที่ต้องพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ

ในด้านลักษณะของการผลิตกำลังคน ถูกกำหนดโดยทบวงมหาวิทยาลัย และสถาบันการผลิตโดยตรง

องค์กรที่กำหนดนโยบาย ทั้งทางตรงเป็นทางการ และที่แฝงเร้น

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

กลไกการดำเนินการนโยบาย

เป็นการสั่งการจากส่วนกลางจากรัฐบาลผ่านกระทรวงสาธารณสุข และส่วนที่เป็นนโยบายขององค์กรที่เกี่ยวข้องโดยตรงก็ดำเนินการโดยองค์กรนั้นโดยตรง เช่น องค์กรวิชาชีพ มหาวิทยาลัยที่เป็นหน่วยผลิต

เป็นการดำเนินการในลักษณะที่เหมือนกันทั่วประเทศ ไม่มีนโยบาย หรือ มาตรการเฉพาะพื้นที่

เนื้อหาในนโยบายบางส่วนที่เป็นกล่าวลอยๆ แต่ขาดการแปลเป็นมาตรการหรือแผนปฏิบัติรองรับที่ชัดเจน

ขาดระบบติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย บางนโยบายทำไม่ต่อเนื่อง และมีส่วนที่นโยบายบางส่วนขัดแย้งกัน

พัฒนาการของนโยบายและการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข

ระยะแรก แผน 4 - แผน 6: เป็นการแก้ปัญหาเชิงปริมาณเพื่อกระจายกำลังคนให้ครอบคลุมหน่วยบริการพื้นฐานเป็นหลัก ผู้พัฒนาและกำหนดนโยบายส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข

แผน 7-8: เริ่มเข้าสู่ระยะการพัฒนาคุณภาพของบริการ และการปรับการบริหารจัดการ แต่ไม่มีแผนการพัฒนาคุณภาพบุคลากรที่ชัดเจน มีแต่มาตรการเพิ่มค่าตอบแทนบุคลากร

แผน 9: มีการระบุเรื่องการพัฒนาคุณภาพบุคลากรที่ชัดเจนขึ้นในส่วนที่เป็นปรัชญา ทิศทาง ส่วนที่แปลจากนโยบายไปสู่มาตรการมีเฉพาะในส่วนที่เป็นปฏิรูปการศึกษาทั่วไป แต่ส่วนการศึกษาด้านสาธารณสุขยังไม่ปรากฏแผนและมาตรการเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน

ขอบเขตการวางแผนกำลังคน

มุ่งเน้นที่กำลังคนในภาคราชการ ไม่ได้รวมส่วนของภาคเอกชน และส่วนสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มุ่งเน้นเฉพาะบางวิชาชีพ คือแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล

สาขาอื่นๆ ใช้กรอบการพิจารณาที่กรอบอัตรากำลังของราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก

พิจารณาเน้นในส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มากกว่าการพิจารณาส่วนที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และการบริหารระบบสาธารณสุข

เป็นการคิดที่พิจารณาแบบส่วนกลางเป็นผู้กำหนดระบบทั้งหมด

วิธีการศึกษา พิจารณาเพื่อกำหนดปริมาณความต้องการกำลังคน

มักเน้นที่ใช้อัตราส่วนต่อประชากร และการติดตามโครงสร้างของหน่วยบริการ health services ในปัจจุบันมากกว่า health needs และตามภาพระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต

การพิจารณาเสนอเป็นทางเลือกเดียว เป็นตัวเลขรวมทั้งประเทศ โดยไม่ได้ระบุสถานการณ์ของบริบทว่าต้องปรับ คิดใหม่ เมื่อใด หรือไม่ อย่างไร มักไม่ได้คิดทางเลือกความเป็นไปได้ ยกเว้นมีหนึ่งการศึกษาที่มีการเสนอทางเลือก และไม่มี การประมาณความต้องการกำลังคนในส่วนที่เป็นองค์ประกอบย่อย เช่น กำลังคนสำหรับการบริการสุขภาพในเขตเมือง และชนบท

ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

มักเป็นส่วน of กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย และวิชาชีพ ส่วนหน่วยงานอื่น ภาคส่วนอื่น รวมทั้งภาคประชาชน ภาคเอกชนเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย น้อย

ปัญหาหลักของระบบกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

- ด้านการกระจายทั้งในแง่พื้นที่เมือง ชนบท ระดับสถานพยาบาล และการกระจายในวิชาชีพสาขาต่างๆ
- ด้านการใช้บุคลากรและบริหารบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ การนิเทศสนับสนุนพัฒนาบุคลากร ตลอดจนการบริหารจัดการบุคลากรในระบะที่มีการปฏิรูป
- ด้านเนื้อหาของการผลิตที่สอดคล้องกับความต้องการที่เปลี่ยนไป และการทำให้ "คิดเป็น"
- ขีดความสามารถในการสร้างสุขภาพ การดูแลเป็นองค์รวม ยังมีจำกัด

