

புரீ. (2)

ຢករាង ន.ស.រ. ១

- สัมภาษณ์เชิงลึกของหนึ่งในบุคคลที่ร่วมก่อตั้งรัฐบาล [วันที่ 16 ธันวาคม 2546]
 - ประชุมการสนับสนุนการเมืองลาอุอາ มองซีห์ร็อก แก๊บูห์ตั้ง [วันที่ 17 ธันวาคม 2546]
 - การประชุมสัมมนา เรื่อง ปัญหาและแนวทางการแก้ไขการต่อต้านพม่าจาก理事会 [วันที่ 5 สิงหาคม 2546]
 - การประชุมใหญ่ [Convention Hall] ชั้น 12 อาคารจอดรถเฉลิมพระเกียรติฯ และอาคารจอดรถชั้น 12 โรงพยาบาลราชวิถี
 - การวางแผนกำลังศึกษา ของการตรวจสอบ [1 ก.ย. 2546]
 - อาเซียนประชุม [8 กันยายน 2546]
 - ทิศทาง นโยบายและยุทธศาสตร์การปฏิรูปประเทศ [วันที่ 29 ก.ย. 2546]



สำเนาอักษรที่ได้รับ	จำนวนหน้า
ฉบับที่ 413/46	หน้า 8 ล. 8. 96
เวลา	16.00 น.

ที่ สธ 0211/063

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงฯ
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000

8 กันยายน 2546

เรื่อง ขอเชิญประชุม

เรียน นายแพทย์อ่ำพล จันดาวัฒนะ

เนื่องจากสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Roundtable Discussion Forum) เพื่อบรึกษาหารือในเรื่องของนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับเรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุข นำเสนอรายงานโดย นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคานทร์ การประชุมนี้ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรอนามัยโลก สำนักงานประเทศไทย

ในการนี้ จึงได้รับเชิญท่านเข้าร่วมประชุม ในวันที่ 17 กันยายน 2546 เวลา 13.30 น. - 16.30 น. ณ ห้องประชุม 4703 (สถาบันพระมาราชนก) อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โดยเป้าค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

จึงเรียนมาเพื่อทราบ เข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

- พญ. ดวงสุรัส
- นิตยาภรณ์

(นางสาวสุพัตรา ศรีวณิชชากร)
ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

วันที่
๙๑๘๔๖

๑๗๙๘๘๘๘๘๘
๗๗๗๗๗

สำนักงานโครงการปฏิรูปฯ.
โทรศัพท์ 0-2590-1851-2
โทรสาร 0-2590-1850



สำนักงานโครงการปฏิรูปฯ สำนักงานปลัดกระทรวง
เลขที่..... 413/46
วันที่..... ๘.๐.๔.๙๖
เวลา..... 16.00 น.

ที่ สด 0211/063

สำนักงานโครงการปฏิรูปฯ สำนักงานปลัดกระทรวงฯ
อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงฯ
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000

8 กันยายน 2546

เรื่อง ขอเชิญประชุม

เรียน นายแพทย์อวพล จินดาภรณ์

เนื่องจากสำนักงานโครงการปฏิรูปฯ สำนักงานปลัดกระทรวงฯ
(Roundtable Discussion Forum) เพื่อเปรียบเทียบในเรื่องของนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับเรื่องกำลังคน
ด้านสาธารณสุข นำเสนอรายงานโดย นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคานเทพ การประชุมนี้ได้รับการสนับสนุนจากองค์กร
อนามัยโลก สำนักงานประเทศไทย

ในการนี้ จึงได้ร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงฯ ในวันที่ 17 กันยายน 2546 เวลา 13.30 น.
- 16.30 น. ณ ห้องประชุม 4703 (สถานที่สำนักนายกรัฐมนตรี) อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
จังหวัดนนทบุรี โดยเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากสำนักงานโครงการปฏิรูปฯ สำนักงานปลัดกระทรวงฯ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ เข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

- พญ. สุริยา แสงสุข
- สำนักงานปลัดกระทรวงฯ

(นางสาวสุพัตรา ศรีวณิชชากร)
ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการปฏิรูปฯ สำนักงานปลัดกระทรวงฯ

อวพ
9/8/46

สำนักงานปลัด
กระทรวงฯ

สำนักงานโครงการปฏิรูปฯ สำนักงานปลัดกระทรวงฯ
โทรศัพท์ 0-2590-1851-2
โทรสาร 0-2590-1850



ที่ สธ 0211/063

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงฯ
ถนนดิวนันท์ จังหวัดนนทบุรี 11000

8 กันยายน 2546

เรื่อง ขอเชิญประชุม

เรียน นายแพทย์อัมพล จินดาวัฒนะ

เนื่องจากสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ได้จัดให้มีการประชุมโต๊ะกลม (Roundtable Discussion Forum) เพื่อบรึกษาหารือในเรื่องของนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับเรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุข นำเสนอรายงานโดย นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคานเทพ การประชุมนี้ได้รับการสนับสนุนจากการอนามัยโลก สำนักงานประเทศไทย

ในการนี้ จึงได้ร้องขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมประชุม ในวันที่ 17 กันยายน 2546 เวลา 13.30 น. - 16.30 น. ณ ห้องประชุม 4703 (สถาบันพระมาราชนก) อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โดยเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

จึงเรียนมาเพื่อทราบ เข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุพัตรา ศรีวันนิษาก)

ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

สำนักงานโครงการปฏิรูปฯ
โทรศัพท์ 0-2590-1851-2
โทรสาร 0-2590-1850

แบบตอบรับการประชุม

การประชุมโต๊ะกลม (Roundtable Discussion Forum)
เพื่อปรึกษาหารือในเรื่องของนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับเรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุข
วันที่ 17 กันยายน 2546 เวลา 13.30 - 16.30 น.
ณ ห้องประชุม 4703 (สถาบันพรมาราชชนก) อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

ชื่อ - สกุล..... หน่วยงาน.....

- () ยินดีเข้าร่วมประชุม
- () ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้
- () ผู้แทนชื่อ-สกุล.....
ตำแหน่ง.....

กรุณารับรองการเข้าร่วมประชุม ภายในวันที่ 13 กันยายน 2546

โทรศัพท์ 0-2590-151-2 แฟกซ์ 0-2590-1850



โครงการพัฒนาเครือข่ายนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อสร้างเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบกำลังคน ทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้ผลิต ผู้ใช้ และผู้ได้รับผลกระทบ ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้วิชาการ อันเกี่ยวกับสถานภาพปัจจุบัน ความต้องการ ข้อมูล และแนวทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย องค์กรวิชาชีพ องค์กรในกำกับรัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรเอกชน และภาคประชาชนสังคม
2. เพื่อสร้างองค์ความรู้ และระบบข้อมูลด้านกำลังคนที่เหมาะสมในประเทศไทย และอาศัยกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ที่มีอยู่ให้ลึกซึ้งและขยายให้เกิดการใช้ประโยชน์ทางด้านนโยบาย แผน และมาตรการในองค์กรที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อสร้างกลไกของการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย
 - ก. คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ
 - ข. สำนักงานเครือข่ายนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ

ภารกิจของเครือข่าย

1. ศึกษาสถานภาพปัจจุบัน มาตรการแก้ไขที่ผ่านมา และแนวโน้มของกำลังคนด้านสุขภาพ ภายใต้บริบทของการพัฒนาระบบสุขภาพในมิติต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน ตลอดจนผลกระทบจากการดำเนินนโยบาย สาธารณะในด้านต่างๆ อาทิเช่น นโยบายการปฏิรูประบบราชการ นโยบายหลักประกันสุขภาพ นโยบายส่งเสริมการขยายตัวด้านเศรษฐกิจและการค้า ฯลฯ
2. ศึกษาองค์ประกอบและกระบวนการเพื่อการพัฒนานโยบาย (Policy process) ของรัฐด้านกำลังคน โดยมีจุดมุ่งหมายให้ระบบสุขภาพมีความพร้อมด้านกำลังคนที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอ ที่จะตอบสนองได้ตรงความต้องการที่แท้จริงในการดูแลสุขภาพของประชาชน
3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และบุคลากร (Capacity building) ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับ กำลังคนด้านสุขภาพ
4. พัฒนา_yuothศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพในมิติต่างๆ ที่สัมพันธ์กับระบบสุขภาพโดยรวม

เป้าหมายเชิงผลสัมฤทธิ์ระยะยาว

1. นโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ และการวางแผนจัดการทรัพยากรด้านกำลังคนทั้งระบบ ซึ่งพัฒนาด้วยหลักฐาน และข้อมูลจริงเป็นฐาน ได้รับการยอมรับและประเมินสู่การปฏิบัติได้
2. องค์ความรู้ และกระบวนการจัดการศึกษาและฝึกอบรม เพื่อพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องตามคุณลักษณะของ “บุคลากรสาธารณสุข” ที่มีคุณภาพ
3. ระบบบริการสุขภาพ ที่มีศักยภาพสูงในการเข้าใจและตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยการผสมผสาน ความรู้ที่เป็นศาสตร์ของการดูแลสุขภาพ ให้เข้ากับสภาพทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของชุมชนย่อย ในแต่ละพื้นที่ บนพื้นฐานที่ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม

ทิศทางของการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

1. สร้างความตระหนักในความจำเป็นของการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีลักษณะหลากหลาย ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพทั้งทางการแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทยและทางเลือก และสาขาที่เกี่ยวข้องอื่นๆ แต่เนื้อสิ่งอื่นใด บุคลากรเหล่านี้จะต้องรู้และเข้าใจ ตลอดจนมีบทบาทตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ก่อว่าดี มีคุณภาพ และมีศักยภาพ "คิดเป็น ทำเป็น" เพื่อเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ดีในอนาคต

การจะบังเกิดผลดังกล่าวได้นั้น จำต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการจัดการศึกษาและฝึกอบรมใหม่ อาศัยกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง และหลักสูตรบูรณาการที่เข้าถึงพื้นฐานชีวิตและความเป็นมนุษย์ที่แท้จริง โดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เรียนรู้จากการปฏิบัติ และจากประสบการณ์ของผู้เรียน มีดุลยภาพของการเรียนรู้ระหว่างการสร้างทักษะดีดี และสาระความรู้ที่จำเป็น ในลักษณะ "ความรู้คู่คุณธรรม"

2. สนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรปกครองท้องถิ่น และองค์กรอื่นที่นอกเหนือขอบข่ายของสาธารณสุข ใน การพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพ เช่น การคัดเลือกผู้เรียน อุดหนุนการศึกษา และสร้างระบบผูกพันให้กลับมาปฏิบัติงานในพื้นที่

ปรับเปลี่ยนบทบาทของส่วนกลางในการกำหนดแผนกำลังคน (Supply driven) เป็นการกระจายความรับผิดชอบไปสู่ประชาชน ห้องถิ่น และหน่วยงานผู้ใช้โดยตรง (Demand driven)

หันนี้ โดยผ่านกลไกงบประมาณ และกลไกเชิงโครงสร้าง ควบคู่กับการพัฒนาความพร้อมและศักยภาพขององค์กรท้องถิ่นและภาคประชาสัมคมดังกล่าว

3. ปรับเปลี่ยนระบบการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ จากการผลิตและกระจายกำลังคนแบบเดิม ที่เน้นบุคลากรสายวิชาชีพหลักเท่านั้น โดยเฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ตลอดจนการมุ่งเน้นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข มาสู่ยุทธศาสตร์การจัดการกำลังคนทั้งระบบอย่างสมดุล ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยคำนึงประสิทธิภาพของระบบการสร้างสุขภาพ และระบบการดูแลความเจ็บป่วยและการรักษาให้เป็นเป้าหมาย

การกระจายบุคลากรสายวิชาชีพให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรม ภายใต้ข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ลดช่องว่างของการให้บริการระหว่างเมืองกับชนบท ระหว่างผู้ยากไร้กับผู้เข้าถึงบริการ ฯลฯ ตลอดจนสัดส่วนที่สมดุลระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับผู้ปฏิบัติในสาขาต่างๆ เป็นต้น

การบริหารจัดการกำลังคน ได้แก่ การบริหารงานบุคคล ตำแหน่ง ระดับและความก้าวหน้า ภาระงาน ฯลฯ ให้เป็นความน่าพอใจที่เหมาะสมกับสถานการณ์และความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นและสร้างแรงจูงใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคคล เช่น การวิเคราะห์ผลงาน และภาระงาน การสร้าง Performance Efficiency ฯลฯ

การลดผลกระทบต่อกำลังคน จากนโยบายสาธารณะด้านต่างๆ อาทิเช่น นโยบายการปฏิรูประบบราชการ นโยบายหลักประกันสุขภาพ นโยบายส่งเสริมการขยายตัวด้านเศรษฐกิจและการค้า นโยบายบริการสุขภาพเพื่อชาวต่างประเทศ ฯลฯ ตลอดจนการสะท้อนปัญหาเชิงนโยบาย และพัฒนามาตรการและทางเลือกเพื่อป้องกัน บรรเทา หรือแก้ไขผลกระทบดังกล่าว

4. พัฒนาองค์ความรู้และการวิจัยด้านกำลังคน จากสภาพปัจจุบันที่องค์กรนโยบายให้ความสนใจต่อปัญหาการวางแผนกำลังคนเพื่อแก้ไขความขาดแคลนเชิงปริมาณเป็นหลัก ขณะที่การผลิตกำลังคนยังเน้นคุณภาพ

ทางวิชาการซึ่งอิงความรู้ด้านสุขภาพ มากกว่าความเข้าใจปรัชญาสุขภาพบนพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรม และความเป็นมนุษย์ เป็นประเด็นที่ชี้ถึงจุดอ่อนขององค์ความรู้ในกระบวนการพัฒนาคน ที่ดำรงอยู่มาข้างนาน

การพัฒนาฐานข้อมูลกำลังคนให้มีคุณภาพดีขึ้น โดยดำเนินการพัฒนาแหล่งข้อมูลที่มีอยู่เดิมซึ่งจะจัด格รายตามหน่วยงานต่างๆ และสนับสนุนกระบวนการสร้างข้อมูลตามความจำเป็น และเป็นไปได้ ทั้งระดับประเทศ และภูมิภาค ตลอดจนการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์โดยเฉพาะการวางแผนระดับพื้นที่ เพื่อผลักดันการเปลี่ยนแปลงบริการสุขภาพในพื้นที่อย่างและจังหวัด

แนวทางยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพ (Strategic Mapping)

1. **ยุทธศาสตร์การพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ และการวางแผนจัดการทรัพยากรด้านกำลังคนทั้งระบบ โดยใช้หลักฐานข้อมูลจริงเป็นฐาน**
 - 1.1 การประเมินความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ จำเป็นต้องพิจารณาในมิติต่างๆ ได้แก่
 - ก. สัดส่วนของจำนวน ที่เป็นความพอดี
 - ระหว่างกำลังคนภาครัฐ และภาคเอกชน ในสาขาต่างๆ
 - ระหว่างผู้เชี่ยวชาญ กับเทพมูรีบตี้และผู้ปฏิบัติทั่วไป
 - ระหว่างพื้นที่และภูมิภาคต่างๆ
 - ข. รูปแบบและวิธีการประเมินความต้องการ
 - ค. ระบบแลกกลไกในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับห้องถิน ในการกำหนดความต้องการ กำลังคน
 - 1.2 การวางแผนกำลังคนเพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพ นอกเหนือจากบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยที่เป็นบทบาทหลักของระบบบริการสุขภาพอยู่แล้ว แม้เวลาปัจจุบันระบบการสร้างสุขภาพยังไม่สามารถ ระบุอุปทานได้ เพราะยังมีน้อยหรือไม่เกิดขึ้น และเป็นส่วนที่ประชาชนทั่วไปยังรับรู้ถึงความจำเป็นใน ส่วนนี้ไม่ชัดเจน
 - 1.3 กระจายอำนาจและขยายบทบาทของภาคประชาชน และองค์กรต่างๆ ได้แก่ องค์กรปกครองท้องถิน องค์กรเอกชน และภาคประชาชน ให้มีส่วนร่วมกับระบบบริการสุขภาพ หรือเป็นแกนหลักในการ สนับสนุน วางแผน ดำเนินการ กำกับตรวจสอบ และประเมินผลด้านกำลังคนในระดับพื้นที่
 - 1.4 ศึกษาและพัฒนาฐานรูปแบบการบริหารงานบุคคลในลักษณะใหม่ (Setting) เช่น พนักงานของรัฐในองค์ กรมมหาชน พนักงานท้องถินในองค์กรปกครองท้องถินฯลฯ รวมทั้งทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อให้เกิด การกระจายกำลังคนอย่างเหมาะสม
 - 1.5 นโยบายและการจัดการทรัพยากรเพื่อการลงทุนด้านบุคลากร ตลอดจนความเป็นไปได้ของ การศึกษา เศรษฐศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce Economy) และนโยบายภาษีห้องถินกับบท บาทขององค์กรปกครองท้องถิน
 - 1.6 ผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นผลจากการดำเนินนโยบายของรัฐ เช่น การปฏิรูประบบราช การ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ การพัฒนาเศรษฐกิจและการค้าฯลฯ
 - 1.7 ลักษณะ บุคลเหตุ และปัจจัยของการสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ และ Settings ต่างๆ รวมทั้งลักษณะของการคงปฏิบัติงานในวิชาชีพ (Retention pattern)

- 1.8 การรวมรวมข้อมูลสารสนเทศ และทางเลือกในการจัดตั้ง “ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศและการวิจัยระบบกำลังคนด้านสุขภาพ” ประกอบด้วยข้อมูลและผลงานวิจัย ทั้งความรู้ที่เป็นศาสตร์และความรู้เพื่อฐานข้อมูลความต้องการกำลังคน และจำนวนที่มีอยู่จริง ทั้งที่เป็น Serial Cross-section และที่เป็นผลวัด รวมทั้งฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญและผลงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ ฯลฯ
2. ยุทธศาสตร์ปฏิรูปการจัดการศึกษาและฝึกอบรม เพื่อพัฒนากำลังคนรองรับการสาธารณสุขแนวใหม่
- 2.1 การศึกษาคุณลักษณะของบุคลากรที่ควรเป็นบรรหัดฐานสำหรับการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในอนาคต
- 2.2 การบททวนและเสนอปรัชญา แนวคิด หลักการ แนวทางของการจัดการศึกษา ภายใต้การปฏิรูปการเรียนรู้ ที่สัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการปฏิรูปสุขภาพ และการพัฒนาครูแบบและกระบวนการผลิตกำลังคนของสถาบันการศึกษา ดังนี้
- การพัฒนาหลักสูตร ที่เน้นทั้งการสร้างสุขภาพ และการดูแลความเจ็บป่วย
 - การคัดเลือก สรรหา และพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษัณฑ์ที่ดีในการปฏิบัติงาน
 - กระบวนการจัดการเรียนการสอน ที่สร้างบ่มเพาะ และค่ารู้จริง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้เรียน และเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง
 - การประเมินรูปแบบการจัดการศึกษาต่างๆ ได้แก่ Class-based / community-based learning, integrated learning, distance learning, e-learning
 - บทบาทขององค์กรวิชาชีพ กับการตรวจสอบ ควบคุมการผลิตบุคลากร
- 2.3 การบททวนและเสนอ หลักการ แนวทาง ระบบ และกระบวนการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาบุคลากรระหว่างปฏิบัติงาน
- นโยบาย และการวางแผนรองรับการศึกษาต่อเนื่องและฝึกอบรม ที่ไม่เป็นภาระส่วนบุคคล การจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนในรูปแบบต่างๆ เช่น กองทุน หรือเงินชดเชย และการทำหนดช่วงเวลาฝึกอบรมที่เหมาะสม
 - รูปแบบ และกลไกการฝึกอบรม ที่มีวัตถุประสงค์จำเพาะ
 - บทบาทขององค์กรวิชาชีพ กับการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing Education)
- 2.4 รูปแบบ (Model) สำหรับการพัฒนากำลังคนระหว่างประจำการ ที่เหมาะสมในระดับจังหวัด
- 2.5 การพัฒนาศาสตร์ของการพัฒนาคน ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติ กับการพัฒนาศักยภาพและทักษะในการทำงานสาธารณะในแนวทางปฏิรูปสุขภาพ โดยมีหลักการ ดังนี้
1. การสร้างทัศนคติ และอุดมการณ์ เช่น การเรียนรู้ความจริงจากการประเมินชุมชน การพัฒนาจิตในหลักไดรฟ์สิกษา หลัก Personal Mastery ในองค์กรแห่งการเรียนรู้
 2. การพัฒนาความสามารถที่เป็นความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ทั้งส่วนที่เป็นความคิด และกระบวนการการทำงาน ได้แก่ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ การสรุปผล การสร้างแผนแก้ปัญหา การถ่ายทอดความรู้ การให้คำปรึกษาและการสื่อสาร ฯลฯ
 3. การพัฒนาความรู้ที่เป็นสาระจำเป็นในการพัฒนาสุขภาพ โดยกระบวนการสังเคราะห์ประสบการณ์ และการสร้างองค์ความรู้ด้วยการวิจัย

3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคน ที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีศักยภาพสูงในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

ระบบบริการสุขภาพกำลังอยู่ในระยะปรับเปลี่ยน รวมทั้งปรัชญาของการให้บริการ นั่นคือ การทำงานในอนาคตจะต้องเป็นการดำเนินงานในระบบสาธารณสุขแนวใหม่ ที่ใช้หลักการยึดความต้องการที่แท้จริงของประชาชน เป็นศูนย์กลาง และดำเนินงานโดยทุกภาคส่วนของรัฐ เอกชน และชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และสามารถดำเนินงานได้ต่อเนื่องยั่งยืน

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้บรรลุผลลัพธ์ล่าสุด จึงต้องอาศัยการพัฒนาบุคลากร อย่างที่ปรับเปลี่ยนทั้งระบบเป็นปัจจัยพื้นฐาน การพัฒนาคนทั้งระบบย่อมแตกต่างจากการพัฒนารายบุคคล เนื่องจากบริบทที่ต่างกัน ความเกี่ยวพันเชื่อมโยงกับทิศทางการพัฒนาของระบบใหญ่ และการส่งเสริมบทบาทของชุมชนต่อการดูแลสุขภาพด้วย

แนวทางของ "การพัฒนาคนทั้งระบบ" ในกรอบของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ จึงมีข้อพิจารณาเป็นประเด็นดังนี้

3.1 กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกำลังคนด้านสุขภาพ

- ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ผู้เชี่ยวชาญ (Specialists)
- ผู้บริหาร และผู้มีหน้าที่วางแผน

3.2 เงื่อนไขของการพัฒนา

1. บุคลากรด้านสุขภาพในทุกสาขาทุกระดับ จะต้องมีความเข้าใจความเป็นมนุษย์เป็นพื้นฐานของ การปฏิบัติงาน จึงสามารถดำเนินงานร่วมกับผู้อื่นได้ โดยเฉพาะการให้ประชาชนและชุมชนมี ส่วนร่วมอย่างแท้จริง
2. บทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่ต่างกัน ภายใต้โครงสร้างในระบบบริการสุขภาพใหม่ ต้องมีความชัดเจน และสามารถทำงานประสานกันได้ตามที่กำหนด ไม่ใช่ในบทบาทของส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะบุคลากรระดับปฐมภูมิ และผู้บริหารระดับจังหวัด

3.3 ยุทธศาสตร์ที่เป็นกระบวนการพัฒนา

1. ระดับบุคคล

- ต้องสร้างความตระหนักรู้ (Awareness) ในปรัชญาของการให้บริการ ที่ยึดความต้องการที่แท้จริงของประชาชนเป็นศูนย์กลาง สามารถเรียนรู้และเข้าใจปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย
- พัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาจำเพาะ และมีความคล่องตัวที่จะปรับเปลี่ยนการ ทำงานให้เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้โดยการสร้างมาตรฐานการที่อาชีว การศึกษาเชิงคุณภาพเป็นเครื่องมือนำร่อง
- ประยุกต์ใช้ความรู้ที่เป็นศาสตร์ ซึ่งได้รับถ่ายทอดจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม

2. ระดับพื้นที่ ในลักษณะ System approach

- ปรับปรุงและพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถบ่มชี้สถานภาพ ปัญหาได้ทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ กับข้อมูลเชิงคุณภาพ

- พัฒนาแผนแก้ปัญหาพื้นที่ ด้วยข้อมูลหลักฐาน และการสร้างมาตรการป้องกันแก้ไขที่ตรงเป้า รวมทั้งกลไกดำเนินงานของระบบที่มีประสิทธิภาพ
- พัฒนาระบวนการเรียนรู้และดำเนินงานเป็นกลุ่ม อย่างเป็นขั้นตอนและความพร้อม

4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาองค์ความรู้ และงานวิจัยระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

- 4.1 สร้างเสริมและสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ และข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงาน ด้านนโยบาย แผนงาน และมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ อีกทั้งจัดให้มีการ ประมวล คัดกรอง และประยุกต์ใช้ความรู้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 4.2 การสร้างเครือข่ายนักวิจัยและนักวิชาการภายในประเทศที่มีความรู้ความสามารถ เพื่อพิจารณาให้ ความเห็น และข้อเสนอแนะทางวิชาการ หรือปฏิบัติงานวิจัยที่มีผลในเชิงนโยบายด้านกำลังคน ได้แก่ นักวิชาการในมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานบริการ และองค์กรวิชาชีพ ตลอดจนนัก วิชาการชั้นนำ
- 4.3 การเขื่อมโยงกับเครือข่ายนักวิชาการในต่างประเทศ ที่มีการศึกษาในนโยบายกำลังคน
- 4.4 การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดระบบการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญ (Expert enhancement programme) ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ
 - การสร้างผู้เชี่ยวชาญที่มีอยู่แล้ว และรุ่นใหม่ๆ ให้มีประสบการณ์วิจัยทั้งในประเทศและต่าง ประเทศ
 - สนับสนุนการผลิตบัณฑิตปริญญาโท-เอก ในสาขากำลังคนด้านสุขภาพ
- 4.5 การประชุม สมมนา อกิจกรรม และนำเสนอผลงานวิชาการและวิจัย เพื่อแลกเปลี่ยนความเห็น และข้อ เสนอแนะเกี่ยวกับสภาพปัญหา นโยบาย แผนงาน และมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ กำลังคนด้านสุขภาพ

5. ยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบาย แผนงาน และกลไกระบบกำลังคนด้านสุข ภาพ

5.1 จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ (Commission for Health Workforce Policy and Strategy) ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการอาชีวศิลป์ ผู้บริหารระดับสูงในองค์กรของรัฐ ผู้ แทนองค์กรวิชาชีพ ผู้แทนองค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน และภาคประชาชน มีหน้าที่ ดังนี้

1. ให้คำปรึกษา ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะทางวิชาการเกี่ยวกับความรู้ นโยบาย แผนงาน มาตรการ และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ต่อหน่วยงานนโยบายและ แผนระดับประเทศ ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและองค์กรวิชาชีพ
2. พัฒนายุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพในมิติต่างๆ ที่สัมพันธ์กับระบบสุขภาพ

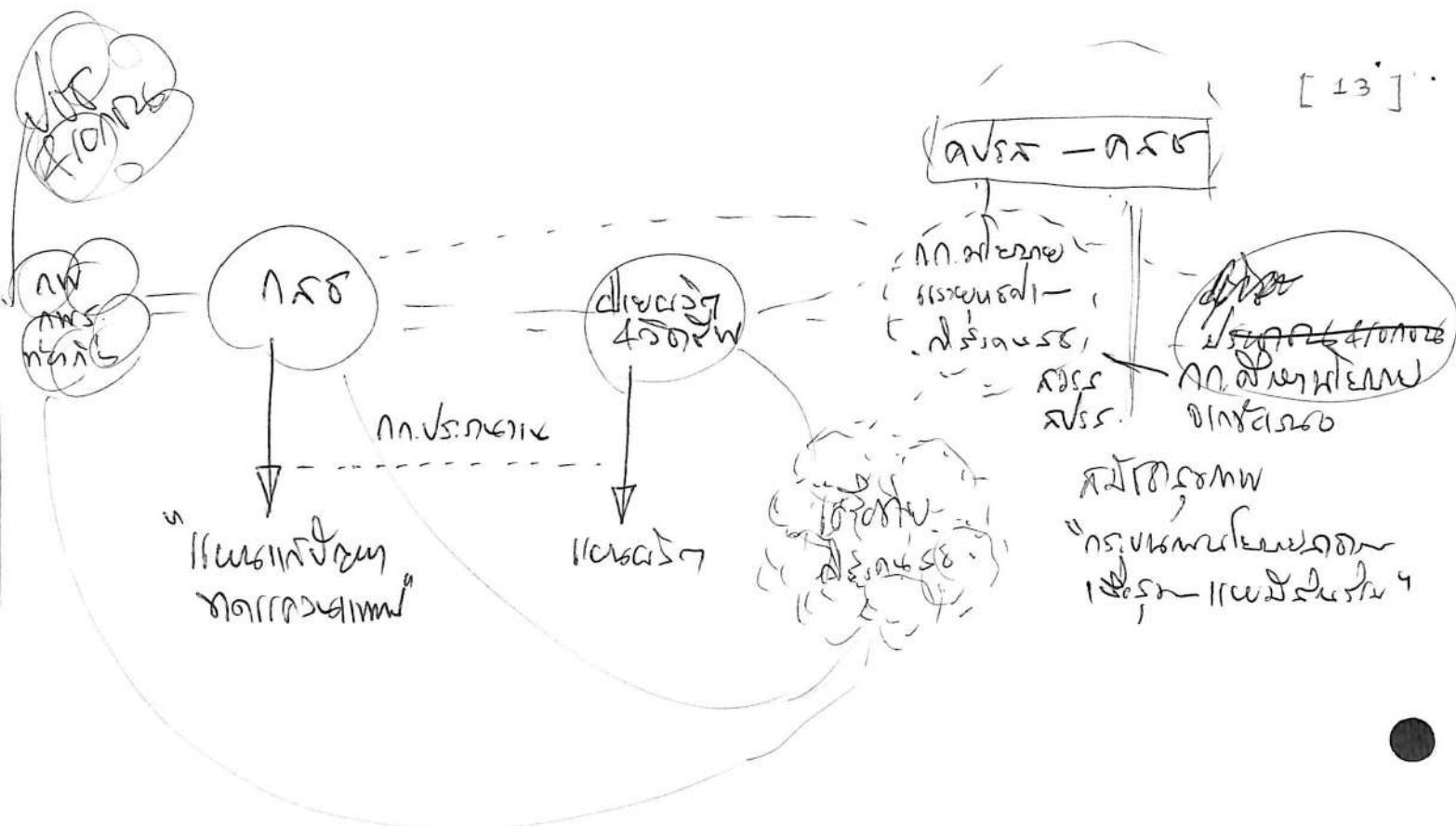
5.2 เครือข่ายนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ

การประสานองค์กร หน่วยงาน สถาบัน หรือบุคคล ประกอบด้วยนักวิจัยและนักวิชาการภายในประเทศที่มี ความรู้ความสามารถ เพื่อพิจารณาให้ความเห็น และข้อเสนอแนะทางวิชาการ หรือปฏิบัติงานวิจัยที่มีผลในเชิง

นโยบายด้านกำลังคน ได้แก่ นักวิชาการในมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานบริการ และองค์กรวิชาชีพ ตลอดจนนักวิชาการอิสระ

5.3 สำนักงานเครือข่ายนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่

1. ประสาน สนับสนุน สงเสริม ช่วยเหลือ ให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายองค์กร เครือข่ายวิชาการ ในระดับนโยบายและแผนกำลังคนด้านสุขภาพ
2. เพื่อสร้างองค์ความรู้ และระบบข้อมูลด้านกำลังคนที่เหมาะสมในประเทศไทย และนำไปใช้ ให้ประโยชน์ทางด้านนโยบาย แผน และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง
3. สงเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และบุคลากร ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับ กำลังคนด้านสุขภาพ
4. กำหนดที่เลขานุการของคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ



ข้อเสนอจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 7 – 8 สิงหาคม 2546

สรุปข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็น “การจัดระบบกำลังคนเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์”

1. ปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข

1.1 เป็นการเปลี่ยนทิศทางการสนับสนุนงบประมาณการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขของรัฐบาลจากเดิมที่จัดสรรไปที่สถาบันการผลิตโดยตรง (production side) เป็นการจัดสรรไปยังชุมชนหรือท้องถิ่นที่ขาดแคลนบุคลากรในแต่ละสาขา/วิชาชีพโดยตรง (community side) เนื่องจากหลักการนี้ต้องการนำระบบงบประมาณมาผลักดันให้เปลี่ยนวิธีการคัดเลือก (recruitment) โดยให้อำนาจกับชุมชนท้องถิ่นเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ท้องถิ่นควรพิจารณาเลือกสถาบันการผลิตที่อยู่ใกล้เคียงหรือมีลักษณะด้านสังคม ภูมิศาสตร์ ฯลฯ คล้ายกับชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ

1.2 มีการกำหนดหรือระบุในการจัดสรรงบประมาณให้ชัดเจนว่างบประมาณการผลิตดังกล่าวเป็นทุน(โควตา)ของชุมชนท้องถิ่นใด และชุมชนท้องถิ่นที่เป็นเจ้าของทุน(โควตา) มีสัดส่วนและสิทธิในการคัดเลือกบุคลากรตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

1.3 องค์ประกอบของคณะกรรมการที่มีหน้าที่ในการคัดเลือก ซึ่งนอกจากมาจากการชุมชนท้องถิ่นแล้วความจากหน่วยงาน / วิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการผลิตและการใช้ / การจ้างงาน อาจเรียกว่า “กรรมการชุมชน”

1.4 การคัดเลือกบุคลากรให้คัดเลือกจากชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ ก่อน โดยอาจมีการทำสัญญาด้วยทุนเป็นเอกสารหรือเอกสารทางใจก็ได้ และหากผิดสัญญาและต้องชดใช้ทุนให้ใช้ทุนที่เจ้าของทุน (โควตา)

1.5 สัดส่วนของทุน(โควตา)ที่จัดสรรโดยตรงที่ชุมชนท้องถิ่นมีสัดส่วนมากกว่าทุน(โควตา) จากสัดส่วนในระบบปกติ

1.6 แผนการผลิตหรือการกำหนดทุน(โควตา) หรือการจัดสรรงบประมาณการผลิตบุคลากรให้ชุมชนท้องถิ่นใด ให้พิจารณาตามความขาดแคลนตามกรอบมาตรฐานบุคลากรที่พิจารณาตามความต้องการของชุมชน (demand side)

1.7 เจ้าของทุนหรือชุมชนท้องถิ่น โอนงบประมาณการผลิตเป็นเงินต่อหัวไปให้สถาบันการผลิตที่เหมาะสมซึ่งพร้อมรับการผลิตบุคลากร โดยมีข้อตกลงร่วมระหว่างผู้เรียน เจ้าของทุน และสถาบันการศึกษาที่ชัดเจน

1.8 ระบบงบประมาณการผลิตบุคลากรในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ก็ควรต้องเปลี่ยนจากการสนับสนุนผ่านสถาบันการผลิต มาเป็นการสนับสนุนผ่านเครือข่ายในชุมชนท้องถิ่น โดยทั้งหมดนี้ ต้องมีการนำเอาระบบ GIS (geographic information system) มาใช้ เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำหนดกรอบการกระจายกำลังคน เพื่อนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรภาครัฐอย่างเป็นธรรมและเหมาะสม

1.9 เพิ่มสวัสดิการให้แก่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่กันดาร

1.10 ทุนการศึกษาของบุคลากรสาธารณสุขจากหลายแห่ง เช่น รัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนห้องถิ่น ภาคเอกชน และการสนับสนุนตามค่าใช้จ่ายจริง

1.11 มีกองทุนการผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขให้ประชาชนกู้ยืมเพื่อการศึกษา

2. ปฏิรูปการผลิต

2.1 เลือกคนจากห้องถิ่น เน้นการมีจิตสำนึกมากกว่าความเก่ง

2.2 ระบบการผลิตให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการผลิตและผลิตตามความต้องการของห้องถิ่น

2.3 จัดทำหลักสูตรให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนในห้องถิ่น โดยเชื่อมโยงกับมิติต่างๆ และครอบคลุมด้านคุณธรรม จริยธรรม

2.4 ผลิตคนที่มีทักษะที่หลากหลายเหมาะสมแก่การปฏิบัติงานปฐมภูมิที่เน้นความเป็นองค์รวม

2.5 มีวิธีการผลิตที่หลากหลาย โดยเน้นการเรียนการสอนในพื้นที่ (ชุมชนเป็นฐาน) และมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

2.6 ห้องถิ่นผลิตบุคลากรบางสาขาได้เอง เช่น แพทย์พื้นบ้าน สมุนไพร

2.7 พัฒนาหลักสูตรใหม่ เช่น พัฒนาให้มีการต่อยอดจากจนท.สธ.เดิมข้ามสาขาได้ และต่อยอดบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ เช่น แพทย์พื้นบ้าน อสม. ผู้นำอนามัย นักเรียน ให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพได้

3. การปฏิรูปการจัดการ

3.1 มีรูปแบบการจ้างงานที่หลากหลาย เช่น รัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรมหาชน หรือห้องถิ่นจ้างเอง

3.2 เปิดโอกาสในการสร้างงานขึ้นเองในห้องถิ่น โดยห้องถิ่นสามารถจ้างงานเองภายใต้การกำกับดูแลซึ่งกันและกันภายในชุมชนและวิชาชีพ

3.3 มีการจ้างงานผู้เกณฑ์อายุราชการแล้ว เพราะมีประสบการณ์สูง ช่วยแก้ปัญหาระยะสั้นได้

3.4 มีการรับรองความมั่นคงในการทำงานกับห้องถิ่นและชุมชนด้วยความปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในห้องถิ่น

3.5 ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินจนท.ที่ปฏิบัติงานในห้องถิ่นนั้น ๆ

3.6 ให้การสนับสนุนและรับรองการคูແຮກจากแพทย์พื้นบ้านเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย

3.7 แหล่งสนับสนุนการจ้างงานในเรื่องของเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน ได้จากการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหลัก ส่วนสวัสดิการ และขวัญกำลังใจต่างๆ ได้จากรัฐบาลกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

3.8 ความก้าวหน้าในวิชาชีพ มีการพัฒนารูปแบบความก้าวหน้าในวิชาชีพในพื้นที่โดยไม่จำเป็นต้องไปแสวงหาความก้าวหน้าในหน่วยบริการอื่นๆ รวมทั้งสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทำงานในพื้นที่มากขึ้น และชัดเจน ไม่ควรมีความเหลื่อมล้ำระหว่างวิชาชีพและระหว่างพื้นที่ เช่น เขตเมืองกับเขตชนบท ตลอดจนสนับสนุนให้มีการศึกษาต่อเนื่อง

4. ข้อเสนออื่นๆ

เปิดโอกาสให้หน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆ ร่วมรับผิดชอบบริการประชาชนในพื้นที่ด้วยโดยไม่ควรผูกขาดให้บริการเฉพาะหน่วยงานภาครัฐ

[๑๙]
พิจิตร พิจิตร
๑๖/๔๖

การวางแผนกำลังคน

ของ

กระทรวงสาธารณสุข

การวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข

- จัดตามพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment Area)
- จัดตามระดับบริการที่รับผิดชอบ
- จัดตรงแผนตามเกณฑ์อัตราส่วนต่อประชากร (Population Ratio)
- แก้ปัญหาการกระจายกำลังคน ลดความขาดแคลนในพื้นที่ห่างไกล
- วางแผนกำลังคนตามภาระบริการ และภาระงานที่เพิ่มขึ้น

การปรับระดับบริการเพื่อการวางแผน

จัดบริการออกเป็นระดับ ดังนี้

- ปฐมภูมิ
- ทุติยภูมิระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง
- ตติยภูมิ
- Excellent Center
- ศูนย์ร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม

เกณฑ์พิจารณากำหนดระดับบริการฯ

สายงาน / เกณฑ์อื่นๆ	1	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2
แพทย์	1:10,000		1:15,000	1:75,000	1:62,500	1:250,000
หันตแพทย์	1 : 15,000		1 : 75,000	1 : 50,000	-	-
เภสัชกร	1 : 17,000		1 : 43,000	1 : 75,000	-	-
พยาบาล	1 : 1,250		1 : 4,300	1 : 7,500	1 : 10,000	1 : 15,000
อพ. หันตฯ	1 : 10,000		-	-	-	-
อพ. เภสัชกรรม	1 : 12,000		-	-	-	-
สายปฐมภูมิ	3:5,000	-	-	-	-	-
เกณฑ์อื่นๆ	พิจารณาจากสภาพเศรษฐกิจ การคมนาคม งบประมาณ และปัญหาเฉพาะพื้นที่					

เกณฑ์ค่าเฉลี่ยในการคำนวณความ ต้องการกำลังคน

- แพทย์ เฉลี่ย 1 : 5,000
- ทันตแพทย์ 1 : 10,000
- เภสัชกร 1 : 12,000
- พยาบาล 1 : 750

การคำนวณความต้องการแพทย์

- คำนวณตามเกณฑ์ที่กำหนดตามระดับบริการ
- ตามระดับบริการและประชากรที่ รพ. รับผิดชอบ
- มีเกณฑ์ขั้นต่ำ สำหรับ รพ. เดิม ที่เขตยืนยันให้คงเป็นบริการระดับ 2.3 เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้
ขั้นต่ำสำหรับ 2.1 - 2.2 - 2.3 เป็น 10 - 8 - 7

การประมวลผลกำลังคน

สายงาน	ความต้องการ	จำนวนมีจริง	ส่วนขาดเกิน
แพทย์	12,558	8,608	3,950
ทันตแพทย์	6,254	2,459	3,795
เภสัชกร	5,901	5,078	823
พยาบาล	74,294	71,162	3,132

จำนวนกำลังคนที่จะบรรจุในปีต่อไป

แพทย์ ปี 2547 = 1,000 คน ปี 2548 = 1,000 คน
ทันตแพทย์ ปี 2547 = 540 คน ปี 2548 = 540 คน
เภสัชกร ปี 2547 = 500 คน ปี 2548 = 90 คน
พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1,200 คน แต่ไม่มีตำแหน่ง[†]
สายอื่น ๆ ไม่มีตำแหน่ง ขึ้นกับความต้องการของหน่วยบริการในการจ้างงาน

การปรับแผนการผลิตกำลังคน

การผลิตแพทช์ ควรปรับการผลิตเพิ่ม เพื่อจัดสรรให้
กระหรงสาธารณะ ได้เป็นปีละ 1,500 คน

การผลิตทันตแพทย์ ควรปรับเพิ่มเพื่อให้เพียงพอ กับความต้องการอย่างน้อยเพิ่มอีก ปีละ 200-300 คน

การผลิตพยาบาลวิชาชีพ เพื่อทดแทนที่เกษียณอายุราชการ และการขยายดปรับตัวงานบริการพยาบาล

เกณฑ์คำนวณความต้องการแพทย์เฉพาะทาง (ตามสัดส่วนภาระงาน)

- เป็นการให้ค่าน้ำหนักภาระงานของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ตาม RW, DRGs
- กำหนดให้ค่ารวมทั้งหมดทุกสาขาเป็น 100%
- กำหนดสัดส่วนน้ำหนักแยกรายสาขา
- นำน้ำหนักแต่ละสาขาคำนวณเป็นจำนวนคนรายสาขา

ตัวอย่างน้ำหนักสัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ

● อายุร	9.44%	● โสดฯ	5.67%
● ศัลย์	8.38%	● ประสาทศัลย์	3.26%
● สูตินรีเวช	5.10%	● ศัลย์-肠胃ออก	0.80%
● ภูมาร	3.44%	● อายุ-โรคเลือด	3.58%
● จักษุวิทยา	4.45%	● อายุ-GI	10.14%
● อายุ โรคหัวใจ	4.67%	● รังสีรักษา	0.23%

ข้อมูลปัจจุบัน

- | | |
|-------------------------------------|------------------|
| ● ความต้องการแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ | รวม 5,585 |
| ● จำนวนแพทย์เฉพาะทางมีจริง | 3,650 |
| ● ยังขาดอีก | 1,935 |

(จากการปรับปรุงฐานข้อมูลจากระดับจังหวัด)

แนวทางการจัดสรรงำลังคน

- จัดทำแผนความต้องการกำลังคน ระหว่างปี 2546-2550
- ขึ้นตามเกณฑ์ GIS การวางแผนคำนึงถึงความจำเป็น ความต้องการ และสภาพจริงของพื้นที่
- โรงพยาบาลที่มีจำนวนกำลังคนในปัจจุบัน มากกว่าที่ คำนวณได้ตามแผน GIS จะไม่ใช้มาตรการเชิงลบในการ บริหารจัดการ ไม่เกลียดไปที่อื่นด้วยการบังคับ แต่ต้อง มีแผนในการ Share ทรัพยากรในเครือข่าย

นโยบายการจัดสรรทุนฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

ของ กสธ.

- จัดให้ตามสภาพความขาดแคลนของแต่ละโรงพยาบาล
- พื้นที่ที่ขาดมาก ต้องได้รับการจัดสรรในอันดับต้น
- โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายใหญ่ ต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้การสนับสนุนโรงพยาบาลในเครือข่ายได้

แนวทางการแก้ปัญหากำลังคนในภาพรวม

- ปรับการจัดสรรเพื่อลดปัญหาขาดแคลนกำลังคน พื้นที่ที่ขาดมาก ต้องได้รับการจัดสรรในอันดับต้น
- การใช้ทรัพยากรบุคคลจากภาคส่วนอื่น เพื่อลดภาระงาน
- การปรับค่าตอบแทนให้สูงใจมากขึ้น เช่น ปรับค่าตอบแทนตามระเบียบปัจจุบัน และการปรับระบบค่าตอบแทนตาม **Work load**
- ปรับระบบบริหารจัดการอื่น ๆ ให้สอดคล้องกัน

การนำเสนอแผนกำลังคน

- นำเสนอด้วยข้อมูลการเข้าถึงบริการและแผนกำลังคนผ่านทาง **Web Site** ชื่อ **hm.moph.go.th/bps-gis/hrmx.rb**
- นำเสนอในเชิง **EIS** โดยเสนอตัวอย่างการเข้าถึงบริการและแผนกำลังคน

(ร่าง)

กำหนดการสัมมนาเรื่องปัญหาและแนวทางการแก้ไขการล้าออกของแพทย์จากระบบราชการ
วันศุกร์ที่ 15 สิงหาคม 2546

ณ. ห้องประชุมใหญ่ (Convention Hall) ชั้น 12
อาคารจดหมายเหตุ (อาคารจดหมายเหตุ ชั้น 12) โรงพยาบาลราชวิถี

วันที่ 15 สิงหาคม 2546

- | | |
|----------|--|
| 8.00 น. | ลงทะเบียน |
| 9.00 น. | ประธานจัดการสัมมนาและรายงานวัตถุประสงค์ของการจัดสัมมนา |
| 9.10 น. | กล่าวเปิดการสัมมนาโดย สมนายกพิเศษแห่งแพทย์สภาก |
| 9.30 น. | สัมมนาในหัวข้อ ปัญหาและแนวทางการแก้ไขการล้าอออกของแพทย์
จากระบบราชการ โดย <ul style="list-style-type: none"> 1. ตัวแทนแพทย์อิสระผู้ออก 2 ท่าน 2. ตัวแทนแพทย์ภาคพื้นดินของรัฐ 3. ตัวแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 4. ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล 5. ตัวแทนสถาบันผู้ผลิตแพทย์ 6. ตัวแทนแพทย์สภาก ดำเนินการอภิปรายโดยนายแพทย์บุญจง ชูชัยแสงรัตน์ กรรมการแพทย์สภาก
 |
| 10.30 น. | พักรับประทานอาหารว่าง |
| 10.45 น. | ต้มน้ำ (ต่อ) |
| 12.00 น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน |
| 13.30 น. | เปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมสัมมนา |
| 14.45 น. | พักรับประทานอาหารว่าง |
| 15.00 น. | รับฟังความคิดเห็น (ต่อ) |
| 15.30 น. | สรุปการสัมมนาเพื่อเสนอปัญหาและแนวทางการแก้ไขต่อรัฐบาล |
| 16.30 น. | ปิดการสัมมนา |

โครงการจัดสัมมนา

เรื่อง ปัญหาและแนวทางแก้ไขการล้าออกของแพทย์จากระบบราชการ

จัดโดย แพทยสภา

วันศุกร์ที่ 15 สิงหาคม 2546

ณ ห้องประชุมใหญ่ (Convention Hall) ชั้น 12

อาคารจดหมายเหตุและเอกสาร (อาคารจดหมายเหตุ ชั้น 12) โรงพยาบาลราชวิถี

1. ชื่อโครงการ

โครงการสัมมนาเรื่อง ปัญหาและแนวทางแก้ไขการล้าอออกของแพทย์จากระบบราชการ

2. หลักการและเหตุผล

เนื่องจากในปี 2545 มีแพทย์ล้าออกจากการมากรากว่า 400 ท่าน ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่จะให้บริการแก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในต่างจังหวัดหรือในชนบท โรงพยาบาลชุมชนที่ต้องให้บริการต่อประชาชนโดยแพทย์นั้น เกิดการขาดแคลนแพทย์อย่างมากจนเกิดภาวะวิกฤตในการให้บริการประชาชนตามนโยบายรัฐบาล แม้แต่โรงพยาบาลศูนย์ หรือสถาบันสมมทในกรณีต้องแพทย์ที่มีเชื้อเพลิงที่จะคงอยู่แลนักศึกษาแพทย์ จนถึงกับต้องประกาศรับสมัครแพทย์ที่มีเชื้อเพลิงทางสื่อต่าง ๆ จะด้วยเหตุผลใดก็ตามการขาดแคลนแพทย์ในระบบดังกล่าวอยู่มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อระบบสาธารณสุขทั้งปัจจุบันและอนาคต ซึ่งเป็นปัญหาระดับคุณภาพสุขภาพที่แพทย์ต้องเข้ามามีบทบาทในการรวบรวมปัญหาที่แท้จริงของการที่แพทย์ล้าออก และรวมผลผลกระทบที่เกิดขึ้นและกำลังจะเกิดต่อไป พร้อมแนวทางแก้ไขเพื่อเป็นข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลในการพิจารณาปรับนโยบายสาธารณสุขให้สอดคล้องกับการแก้ปัญหาดังกล่าว อันจะนำไปสู่ผลประโยชน์สูงสุดด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนทั่วประเทศ

3. วัตถุประสงค์

- 3.1 เพื่อรวบรวมสาเหตุแท้จริงที่แพทย์ล้าออกจากระบบราชการ
- 3.2 เพื่อรวบรวมผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข
- 3.3 รวบรวมความคิดเห็นข้อเสนอแนะถึงแนวทางแก้ไขปัญหา
- 3.4 นำเสนอผลสรุปต่อรัฐบาล

4. หัวข้อในการสัมมนา

- 4.1 สาเหตุที่แพทย์ล้าออกจากระบบราชการ
- 4.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการบริหารแก่กระบวนการผู้ให้บริการ
- 4.3 ผลกระทบต่อระบบการแพทย์ของไทย
- 4.4 ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา

5. วิทยากรที่ร่วมสัมมนา

- 5.1 ตัวแทนแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป
- 5.2 ตัวแทนแพทย์ที่ลาออก
- 5.3 ตัวแทนแพทย์สภากาชาด
- 5.4 ตัวแทนโรงเรียนแพทย์

6. ผู้เข้าร่วมสัมมนา (แพทย์ประมาณ 500 ท่าน)

- 6.1 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
- 6.2 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 6.3 ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 6.4 医师 ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม และสังกัด กพม.
- 6.5 สมาชิกแพทย์สภากาชาด ภาครัฐ และเอกชน

7. กำหนดเวลาการจัดสัมมนา

กำหนดจัดสัมมนา วันศุกร์ที่ 15 สิงหาคม 2546 เวลา 08.30 – 16.30 น.

8. สถานที่จัดสัมมนา

ห้องประชุมใหญ่ (Convention Hall) ชั้น 12 อาคารจอดรถเฉลิมพระเกียรติฯ (อาคารจอดรถ ชั้น 12)
โรงพยาบาลราชวิถี

9. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

แพทย์สภากาชาด

10. งบประมาณ

- 10.1 งบประมาณด้านวิทยากรและการจัดงานจากแพทย์สภากาชาด
- 10.2 งบประมาณผู้เข้าร่วมสัมมนา ให้เบิกจากเท้นสังกัด และไม่ถือเป็นวันลา

11. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 11.1 ทราบถึงสาเหตุแท้จริงที่แพทย์ลาออกจากราชการ จากหลายสังกัด
- 11.2 ทราบถึงผลกระทบที่มีต่อประชาชน ระบบสาธารณสุข ระบบการผลิตแพทย์
- 11.3 ได้รับข้อมูลเชิงลึกทางด้านมนุษย์ในการแก้ปัญหา ทั้งระยะยาว และระยะสั้น
- 11.4 รวมรวมข้อมูลทั้งหมดเสนอต่อรัฐบาลเพื่อปรับนโยบายสาธารณะสุขให้เหมาะสม

ปรากฏการณ์แพทย์ลาออกจาก มองให้ชัด แก้ให้ตรง

ปรากฏการณ์ที่มีแพทย์เป็นจำนวนมากเป็นประวัติการ ลาออกจากระบบราชการ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2544 และ 2545 น่าจะบ่งบอกสถานการณ์บางอย่างที่กำลังอยู่ในระบบสุขภาพของเราร้าได้หลายท่านออกมากให้ความคิดเห็นและคาดการณ์ว่าจะเป็นมาจากสาเหตุ เพราะ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค บางท่าน ระบุว่า เป็นเพื่อระบบการบริหารงานบุคคลโดยเฉพาะ ระบบพนักงานของรัฐ และอื่นๆ อีกมากมาย ต่างคนต่างความเห็นกัน จนบางครั้งดูเหมือนว่า ปรากฏการณ์แพทย์ลาออกจากนี้ กำลังตกเป็น "เครื่องมือ" ของใครบางคนที่มีความมุ่งหมายซ่อนเร้น แต่ใครบ้างที่จะพยายามมองปัญหานี้ "อย่างที่มันเป็น" มิใช่ "อยากรู้ให้มันเป็น" มองถึงสาเหตุ มองอย่างใช้ ความรู้ มิใช่ ความเห็น มองถึงผลต่อเนื่องถึงปัจจัยอื่นๆ ในระบบ และ มองเพื่อหาหนทางป้องกันแก้ไขที่ยั่งยืน

ในทางทฤษฎี ปัญหาสมองไฟล์ จะเป็นผลจาก รูปแบบและระดับอิทธิพล ของปัจจัย 2 ประเทท อันได้แก่ ปัจจัย "ผลัก" และปัจจัย "ดูด" ปัจจัยผลัก จะส่งผลให้บุคลากรไม่พึงพอใจที่จะอยู่ในระบบนี้ๆ ในกรณีของแพทย์ในระบบราชการพบว่า ปัจจัยผลักที่สำคัญได้แก่ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ลักษณะงานที่ไม่เพียงปัจจนา(เช่นการออกหน่วยบริการปฐมภูมิ, การออกใบอนุญาตประกอบ) ระบบการบริหารงานที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของหัวบุคลากร ตำแหน่ง ความก้าวหน้า ของวิชาชีพ เป็นต้น ส่วน ปัจจัยดูด จะเป็นแรงดึงดูดที่บุคลากรคาดหมายว่า พึงมี พึงได้ หลังออกจากระบบราชการ ในกรณีนี้ได้แก่ ระดับรายได้ที่เพิ่มมากขึ้น โอกาสในการศึกษาต่อ และ ความต้องการส่วนตัวอื่นๆ ยังไม่ต้องพูดถึงว่า การตัดสินใจลาออกจากแพทย์หนึ่งคน ย่อมเป็นผลพวงของปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยมากมาย และ จะมีผลต่อเนื่องไปยังปัจจัยอื่นๆ อีกมากมายเช่นกัน ดังนั้น การแก้ปัญหาด้วยมาตรการเชิงเดียว หรือ ด้วยมุมมองเชิงตรรกะ ที่คับแคบเพียงด้านเดียว ย่อมไม่แตกต่างไปจากการ ... ตอบมือข้างเดียว

ปัญหาการลาออกจากของแพทย์ส่งผลอย่างไรกับระบบสาธารณสุขของเรา ประการแรก ผลต่อภาคธุรกิจ สถานพยาบาลเอกชน จำนวนแพทย์ที่ลาออกนี้ บ่งชี้ได้ว่าอัตราการเติบโตของตลาดสถานพยาบาลเอกชน ที่ เสมือนการขยายภาครัฐ สร้างความไม่สงบในทศวรรษที่ผ่านมาในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ ซึ่งเกิดภาวะ สมองไฟล์ อย่างมาก อันเป็นที่มาของระบบค่าตอบแทนเงินไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว และผลต่อเนื่อง ภาคธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน จะมี โอกาสเลือก "แรงงานที่มีฝีมือ" ที่ผ่านการฝึกฝนทักษะจน พร้อมใช้ เหล่านี้ มากขึ้น ในราคาน้ำที่กำหนดได้ อันเป็นผลดีต่อธุรกิจอย่างยิ่ง ประการที่สอง การลาออกจากของแพทย์อาจส่งผลต่อ ภาพลักษณ์ของวิชาชีพ ในทิศทางที่บ่งบอกถึง ความไม่น่าอยู่ ของระบบวิชาชีพ นี้

ประการสำคัญที่สุด คือ ผลต่อการบริการสาธารณสุข แน่นอนว่า ภาระงานเพิ่มจำนวนผู้ป่วยอันไม่ได้ลดลงจะทวีความหนักหน่วงไปตอกแก่บุคลากรที่ยังอยู่ในระบบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อัน เป็นวงจรชั่ว ráy ที่จะเสริมแรงผลักแก่บุคลากรที่ยังอยู่ โดยเฉพาะในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์อยู่แล้ว และ คุณภาพที่จะลดลงเป็นปฏิภาคผกผันกับปริมาณความรับผิดชอบที่แพทย์มี รวมถึง จำนวนแพทย์ที่หายไปจากระบบทั้งสิ้นส่งผลให้เกิดการชะงักชักของภาระงาน เช่น การออกหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ปัจจุบันพบว่ามีการลดระดับขีดความสามารถ 'ไปจนถึงการยกเลิก ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในบางพื้นที่ เนื่องจากมีอัตรากำลังไม่เพียงพอ อีกทั้งการลาออกของแพทย์ ของแพทย์เอง จะส่งผลต่อเนื่องกันเป็นลูกโซ่ภายในระบบราชการอันแสดงออกได้เป็นรูปแบบการเดือนไฟล์เข้าสู่ส่วนกลางของบุคลากร เมื่อมีตำแหน่งว่างลงจากการลาออกจากของแพทย์ นั้นแสดงว่า สุดท้ายแล้ว

พื้นที่เขตชนบทจะเป็นห่วงโซ่สุดท้ายที่ร้องรับผลกระทบจากการลากอกร่องแม่น้ำ หรือกล่าวได้ว่า การลากอกร่องแม่น้ำ มีสัมพันธ์อย่างยิ่งข้าม กับ การขาดแคลนแพทย์ ในชนบท ดังนั้น

การแก้ไข ปัญหาแพทย์ลากอกร่อง ต้องมีใช้เพียง "การหมายมาตรการที่พยาามรังตัวแพทย์" ไว้ในระบบราชการ หากแต่เป็น "การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ในชนบท" ต่างหาก

จำนวนแพทย์ที่ลากอกรจากกระบวนการโดยเฉพาะจากหน่วยงานในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้บริการในเขตภูมิภาค นั้นเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปี 2545 จนมีอัตราการสูญเสียจากระบบมากถึง ร้อยละ 32.2 ดังแสดงในตารางที่ 1 และมีความน่าจะเป็นที่ขนาดของปัญหาจะคงที่และเพิ่มขึ้น หากบริบทของปัญหายังไม่เปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนแพทย์ที่จับใหม่, ขอกลับเข้ารับราชการ และลากอกร่อง

ปี	แพทย์ที่จับใหม่	ขอกลับเข้ารับราชการ	แพทย์ที่ลากอกร่อง	สูญเสียสุทธิ(ร้อยละ)
2537	526	0	42	8
2538	576	0	71	12.3
2539	568	0	98	17.3
2540	579	30	205	30.2
2541	618	93	117	3.8
2542	830	168	63	-12.6
2543	893	92	133	4.6
2544	883	67	135	7.7
2545	913	22	316	32.2

ที่มา รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์

ในกลุ่มแพทย์ที่ลากอกรในช่วงปี พ.ศ.2544 และ 2545 นี้ พบว่า แพทย์กลุ่มนี้มักเป็นแพทย์ที่มีอายุน้อย จบการศึกษามาไม่นาน มีค่ามัญฐานอายุที่ 28 ปี ร้อยละ 63.27 เป็นแพทย์ทั่วไป และ ร้อยละ 21.2 มีสถานภาพเป็นพนักงานของรัฐ (นั่นแสดงว่าในกลุ่มพนักงานของรัฐที่ลากอกรนี้ยังไม่หมดพันธะการใช้ทุนรัฐบาล 3 ปี เนื่องจากการบรรจุพนักงานของรัฐเริ่มในปี พ.ศ.2543) และ ร้อยละ 55 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในประเด็นสถานที่ปฏิบัติงานสุดท้ายก่อนลากอกรพบว่าครึ่งหนึ่งเป็นการลากอกรจากโรงพยาบาลชุมชน

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลากอกรจากราชการของแพทย์ในปี พ.ศ. 2544 และ 2545 โดยนิชำการ ศิริกนกไว และ คณะ ที่ส่งแบบสอบถามไปยังแพทย์ที่ลากอกรในปี พ.ศ. 2544-2545 โดยมี จำนวนแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม 286 ราย โดยได้มีการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ 7 ปัจจัย ที่มีผลต่อการลากอกรของแพทย์ "ได้แก่ ภาระงาน, รายได้รวม, ค่าตอบแทน, โอกาสทางการศึกษา, ระบบบริหารที่ไม่เป็นธรรม, ภาระทางครอบครัว และ ระบบ พนักงานของรัฐ พบรูปแบบของอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ แบ่งแยกเป็น 2 ลักษณะ คือ

ในกลุ่มแพทย์ที่อายุน้อย 医師ทั่วไป 医師จากโรงพยาบาลชุมชน และแพทย์ที่มีสถานภาพเป็นพนักงานของรัฐ จะมีแนวโน้มที่จะให้น้ำหนัก กับ โอกาสทางการศึกษา และ ระบบพนักงานของรัฐ มาก โดยเฉพาะประเด็นโอกาสทางการศึกษา ที่แพทย์กลุ่มนี้กล่าวมีความคาดหวังจากระบบสูง เมื่อไม่มี ตำแหน่ง ในสาขาที่อยากรียน ไม่มี ตำแหน่ง ในโรงพยาบาลที่อยากรู้ จึงเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่สุด โดยกลุ่มนี้บางส่วน

จะเปลี่ยนสถานภาพการไปศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทาง จาก ข้าราชการที่มีต้นสังกัด(โรงพยาบาล)เป็นเป้าหมายปลายทาง ไปเป็น การศึกษาต่อในรูปแบบของ ทุนอิสริยะ ในขณะเดียวกัน 医師 ในสถานภาพข้างต้นก็มีแนวโน้มที่มีอิทธิพลจากปัจจัย ค่าตอบแทน,รายได้รวม,ภาระครอบครัว และ ภาระงานต่างๆ ในขณะที่กลุ่มแพทย์ที่มีอายุสูงขึ้น 医師 ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีแนวโน้มที่จะให้น้ำหนักกับอิทธิพลจากปัจจัยภาระงาน รายได้รวม ค่าตอบแทน และ ระบบการบริหารงานที่ไม่เป็นธรรม สูง ดังแสดงในตารางที่2

ตารางที่2 แสดงลำดับของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกจากแพทย์ในกลุ่มต่างๆ เรียงจากมากไปน้อย

มิติ	สถานภาพ	อันดับ1	อันดับ2	อันดับ3	อันดับ4	อันดับ5	อันดับ6	อันดับ7
รวม		ภาระงาน	พนง.ของรัฐ	การศึกษา	ค่าตอบแทน	ระบบบริหาร	รายได้รวม	ครอบครัว
สถานภาพ	พนง.ของรัฐ	พนง.ของรัฐ	การศึกษา	รายได้รวม	ค่าตอบแทน	ระบบบริหาร	ภาระงาน	ครอบครัว
	ข้าราชการ	ภาระงาน	การศึกษา	ระบบบริหาร	พนง.ของรัฐ	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ครอบครัว
อายุ	อายุไม่เกิน30ปี	การศึกษา	พนง.ของรัฐ	ภาระงาน	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ระบบบริหาร	ครอบครัว
	อายุมากกว่า30ปี	ภาระงาน	ระบบบริหาร	พนง.ของรัฐ	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ครอบครัว	การศึกษา
ความ ชำนาญ	แพทย์ทั่วไป	การศึกษา	พนง.ของรัฐ	ภาระงาน	ระบบบริหาร	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ครอบครัว
	แพทย์เฉพาะทาง	ภาระงาน	พนง.ของรัฐ	รายได้รวม	ค่าตอบแทน	ระบบบริหาร	ครอบครัว	การศึกษา
เพศ	ชาย	ค่าตอบแทน	พนง.ของรัฐ	รายได้รวม	ระบบบริหาร	ภาระงาน	การศึกษา	ครอบครัว
	หญิง	การศึกษา	ภาระงาน	พนง.ของรัฐ	ครอบครัว	ระบบบริหาร	รายได้รวม	ค่าตอบแทน
ภูมิลำเนา	กรุงเทพฯ	การศึกษา	พนง.ของรัฐ	ภาระงาน	ระบบบริหาร	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ครอบครัว
	จังหวัดอื่นๆ	ภาระงาน	พนง.ของรัฐ	ค่าตอบแทน	ระบบบริหาร	รายได้รวม	ครอบครัว	การศึกษา
โรงพยาบาล	รพ.ชุมชน	การศึกษา	ภาระงาน	พนง.ของรัฐ	ระบบบริหาร	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ครอบครัว
	รพ.ศูนย์/ทั่วไป	พนง.ของรัฐ	ภาระงาน	ระบบบริหาร	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ครอบครัว	การศึกษา
โรงพยาบาล	กรุงเทพฯ	การศึกษา	พนง.ของรัฐ	ภาระงาน	ระบบบริหาร	ครอบครัว	ค่าตอบแทน	รายได้รวม
	ภูมิภาค	ภาระงาน	รายได้รวม	ค่าตอบแทน	ครอบครัว	ระบบบริหาร	พนง.ของรัฐ	การศึกษา

เราขอสรุปสถานการณ์การลาออกจากแพทย์ว่า ในแพทย์กลุ่มที่ลาออกนี้ แบ่งคร่าวๆ ได้เป็น 2 กลุ่ม ข้างต้น และสองกลุ่มนี้คาดว่าจะมีเป้าหมายปลายทางต่างกัน คือ ในกลุ่มแพทย์ทั่วไปจะมีเป้าหมายหลักคือ เพื่อโอกาสในการศึกษาต่อเฉพาะทาง ซึ่งอาจจะเป็นในช่วงเวลาต่อเนื่องจากเวลาที่ลาออก หรือ ลาออกจากทำงานภาคเอกชนก่อนที่จะมีเป้าหมายไปศึกษาต่อในเวลาถัดไป และบางส่วนอาจจะมีเป้าหมายหลักไปรับรับภาคเอกชนโดยไม่ใช่โครงการศึกษาต่อ สำนึกรุ่นแพทย์เฉพาะทาง น่าจะมีเป้าหมายหลักไปอยู่ที่ภาคเอกชน เป็นสำคัญ และคงมีแพทย์บางส่วนในจำนวนที่ไม่มากนักที่เปลี่ยนวิธีชีวิตไปประกอบอาชีพอื่นๆ

จะเห็นได้ว่า มาตรการเชิงเดี่ยว ที่มีการพูดถึงกันที่จะนำมาใช้แก้ไขปัญหา เช่นการเพิ่มค่าตอบแทนให้แพทย์ หรือ การปรับ พนักงานของรัฐให้เป็นข้าราชการ หรือ การเพิ่มอัตราการผลิตแพทย์ ล้วนแล้วแต่เป็นการพยายามเรื่องในอ่างน้ำเดิมๆ อาจจะได้ผลเบื้องต้นบ้างในระดับหนึ่ง และ มาตรการที่นำมาแก้ไขปัญหา ก็มักจะเป็นต้นตอของปัญหาอื่นๆ ต่อไป หาก ยังไม่มีการแก้ไขปัญหาที่เป็นพหุปัจจัย เช่น ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการพยายามแก้ไขปัญหาด้วย โครงสร้างของ แห่งอำนาจแบบเดิมๆ รวมไปถึงบางปัจจัยที่ดูจะแก้ไขได้

ยกยิ่ง เช่น ภาระงาน และ ระบบการบริหารจัดการงานบุคคลขององค์กรราชการ อีกทั้งที่ผ่านมาดังปรากฏเสียงสะท้อนจากแพทย์ว่า ผู้บริหารระดับสูง และ ผู้กำหนดนโยบาย ยัง ให้ความ "เข้าใจ" แพทย์น้อยไป และ ใช้แพทย์เป็นเครื่องมือ อันเป็นภาวะที่แสดงถึงความขัดแย้งทางความคิด และ ความ "ไม่เชื่อใจ" ของคนในเรือผู้ลามเดียวกัน

ดังนั้นการรับมือกับปัญหาการลากอกรของแพทย์ ควรอย่างยิ่งที่ต้องมองให้ไกล ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในบริบท และต้องอาศัยความอดทนเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะ แพทย์ที่ยังเหลืออยู่ในระบบราชการ ที่ควรยึดอภิภากภิมิใจ และทำหน้าที่ของตน อย่างเต็มกำลัง ให้สมควรกับศักดิ์ศรีความเป็นแพทย์ ซึ่งซ่อนอยู่ด้วยความเป็นคน และ ความเป็นคนไทย ที่มี พันธุสัญญาต่อแผ่นดินเกิดอย่างรู้คุณ

เป็นแพทย์ ใช้เพื่อ 医 พันธุสัญญาต่อแผ่นดิน	ใช้เพื่อรับความนับถือ ประชาชนผู้ทันทุก (นายรัตน์ พงษ์เพบูลย์)
--	---

amphon@hsro.or.th

From: "kriengsak vacharanukulkieti" <doctorshig@yahoo.com>
To: "Ugrid Milintangkul" <ugrid@health.moph.go.th>; "Suriya Wongkongkathep" <suriya@health.moph.go.th>; "Amphon Jindawattana" <amphon@hsro.or.th>; "Pitiporn Chantha Rathut" <pitiporn@health.moph.go.th>; "Piyaorn Dangpayont" <piyaorn@hsri.or.th>; "Saipin Danwatana" <saipindanwatana@hotmail.com>; "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: 31 กรกฎาคม 2546 7:17
Attach: ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน 2.doc; ตัวอย่างทางเลือก.xls; ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน 3.doc
Subject: ส่ง file ที่ edit ใหม่มาให้

เรียนทุกท่านครับ

ผนส่ง file ที่ edit ใหม่มาให้นะครับ หวังว่าเมื่อวานคงยังไม่ส่งพินพันะครับ
นพ.เกรียงศักดิ์

Ugrid Milintangkul <ugrid@health.moph.go.th> wrote:

เรียน ทีมงานกำลังคน
 เกี่ยวนี้องกับการประชุมวันที่ 25 ก.ค. นี้ และได้มีการนำ agenda
 ไปเข้าที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการวันที่ 29 ก.ค. นี้มีประเด็นที่ขอหารือ
 รวมถึงเรื่องอื่นๆ ดังนี้
 1. กำหนดการวันที่ 7 ส.ค. ช่วงการนำเสนอของหนอเกรียงศักดิ์นั้น
 ตามแนวคิดการจัดสนับสนุน จะเป็นการเสนอข้อเสนอจากสนับสนุนภาพเฉพาะประเด็น
 "...กำลังคน...." ดังนั้น
 การเตรียมเนื้อหาและตัวผู้นำเสนออาจจะต้องมีการบททวนกัน
 ส่วนเนื้อหาคงเป็นไปตามที่เราได้ทำงานนา
 2. เราจะมีการกำหนดคุณสมบัติและตัวบุคคลที่ทำหน้าที่ moderator และ facilitator
 กันมือได และอย่างไรกันดี เพราะกลุ่มย่อยมีขนาดใหญ่มาก
 3. ในวันที่ 31 ก.ค. 11:00-12:00 จะมีการแลกเปลี่ยนเรื่องนี้ที่สปรส.
 ขอเชิญพวกเราร่วมด้วยนะครับ เพื่อจะได้ทราบสถานการณ์ในเชิงสืบด้วย
 โดยเฉพาะคุณหนอเกรียงศักดิ์จะเป็นผู้ร่วมแลกเปลี่ยนข่าวด้วย
 4. เรายังยืนยันการประชุมทีมงานในวันที่ 1 ส.ค. เวลา 13:30 น. เป็นต้นไปที่
 สปรส. และเราจะเชิญให้เข้าประชุมบ้างครับ เช่น หนอสุวิทย์ เป็นต้น
 5. ข้อเสนอจากคุณหนอเกรียงศักดิ์ หากท่านได้รับแล้ว ช่วยส่งต่อมาให้พนด้วย
 โปรดตอบกลับด้วยครับ ขอบคุณมาก
 อุกฤษฎ์.

> ATTACHMENT part 2 application/msword name==?windows-874?B?
 ocXY6MG31eggNi5kb2M=?=

Do you Yahoo!?

Yahoo! SiteBuilder - Free, easy-to-use web site design software

ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน

ปัญหาด้านกำลังคนเป็นปัจจัยพื้นฐานหลักของความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการและเป็นพื้นฐานทำให้การจัดบริการสุขภาพเกิดความไม่เสมอภาค ด้วยคุณภาพ และด้วยประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคลากรเหล่านี้เป็นทั้งทรัพยากรและเป็นผู้ที่นำเทคโนโลยีไปปรับใช้กับการบริการสุขภาพ และเนื่องจากรัฐบาลต้องมีภาระงบประมาณสำหรับการจ้างงานบุคลากรด้านสาธารณสุขถึงร้อยละ 60-80 ของงบประมาณในการจัดบริการด้านสาธารณสุขทั้งหมด ในขณะที่คิดที่ผ่านมาจะถึงปัจจุบันการกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุขมีความเหลื่อมล้ำ ขาดความสมดุล ในทุกระดับอย่างมาก เช่นจากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2546 จังหวัดที่มีภาระงบประมาณบุคลากรด้านสาธารณสุขสูงสุดและต่ำสุดของประเทศ(ไม่รวมกทม.)คือ 289 และ 1,600 บาทต่อหัวประชากรตามลำดับ แตกต่างกันกว่า 6 เท่า (นับเฉพาะเงินเดือนของข้าราชการ พนักงานของรัฐฯและลูกจ้างประจำของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำของการกระจายบุคลากรด้านสุขภาพอย่างชัดเจน

ภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมและกระแสการปฏิรูประบบราชการที่เน้นการบริหารงบประมาณแบบบุ่งผลสัมฤทธิ์(performance budget) เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน(participation) ให้ประชาชนตระหนักและสามารถติดตามตรวจสอบการทำงานของภาครัฐได้ ซึ่งจะทำให้เกิดระบบที่มีประสิทธิภาพ(efficiency) มีคุณภาพ(quality) ความโปร่งใส(transparency) ความเสมอภาค(equity) และการตรวจสอบได้(accountability) นั้น หากปล่อยให้ระบบการจัดการกำลังคนเป็นไปในรูปแบบเดิม รัฐบาลคงไม่สามารถปฏิรูประบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพตามที่สังคมคาดหวังไว้ เนื่องจากระบบกำลังคนใช้งบประมาณเป็นสัดส่วนที่สูงมากของระบบบริการทั้งหมด และระบบกำลังคนเคลื่อนย้าย่ายเลี้ยงยากมาก

ระบบกำลังคนเป็นระบบใหญ่ ที่มีประเด็นและปัจจัยที่ต้องพิจารณาและปรับปรุงมาก ประกอบด้วยหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีองค์ประกอบที่สำคัญหลายประการทั้งด้านการคัดเลือก การผลิต การบริหารจัดการ การจ้างงาน การใช้การกระจาย การพัฒนา การมีส่วนร่วมของประชาชน การกระจายอำนาจ ฯลฯ ซึ่งจำเป็นต้องมีกระบวนการพัฒนาระบบกำลังคนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(คปส.)ได้เห็นชอบในหลักการข้อเสนออยุธยาสตร์ 3 ประการเพื่อการพัฒนา กำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน คือ 1)อยุธยาสตร์ทางปัญญา 2)อยุธยาสตร์การพัฒนากลไกการทำงานระยะยาว 3)อยุธยาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งข้อเสนออยุธยาสตร์ทั้ง 3 ประการนี้มีความเชื่อมโยงกัน และต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องยาวนาน

ในระยะแรก(ระยะสั้น)ของการขับเคลื่อน ควรมุ่งเน้นดำเนินการจัดทำข้อเสนอแนวทางการดำเนินการด้านกำลังคนเพื่อสนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญของรัฐบาล เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพด้านหน้า กำลังคนภาครัฐ และเรื่องการกระจายอำนาจเป็นต้น และเพื่อให้สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)ในฐานะหน่วยงานที่เป็นเลขานุการของคณะ

กรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข จึงได้จัดทำ “ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน” และร่วมกับสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(สปรส.) เพื่อจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเฉพาะประเด็น เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2546 เพื่อระดมสมองจากผู้ที่เกี่ยวข้องจากนี้ได้นำข้อเสนอต่างๆจากการระดมสมองมาสังเคราะห์เพื่อเป็นข้อเสนอในงาน “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2546” ในวันที่ 7-8 สิงหาคม 2546 เพื่อระดมสมองและสังเคราะห์จัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายประจำปี “กำลังคนด้านสาธารณสุข” เสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

อนึ่งในการนี้ข้อเสนอเกื่องทั้งหมดเป็นข้อเสนอที่ต้องการเน้นในด้านหลักการผลักดัน เพื่อแก้ปัญหาด้านกำลังคนที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพของรัฐบาลในระยะสั้นเป็นสำคัญ ส่วนวิธีการและรายละเอียดการดำเนินการอื่นๆ จะต้องมีการนำไปพิจารณาศึกษาหารือ และระดมสมองต่อไปอีกในภายหลัง เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ เป็นเวทีสาธารณะ ไม่ใช่เวทีของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง หรือเวทีของวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม รวมทั้งกรอบการนำเสนอที่เป็นกรอบที่มอง全局ได้การคาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตมิใช่สถานการณ์ในอดีตหรือปัจจุบัน ดังนั้นข้อเสนอทั้งหมดจึงเป็นข้อเสนอเพื่อแก้ปัญหาในอนาคต

แนวคิดและทางเลือกการจัดระบบกำลังคนเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์

เพื่อเป็นการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ขาดแคลนแบบยั่งยืนกว่าวิธีเดิม และเป็นการสร้างสิทธิชุมชน นำไปสู่ความเสมอภาค เท่าเทียม และความเป็นธรรมในสังคม โดยมีข้อเสนอหลักการและแนวทางในการดำเนินการดังนี้

1. ปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข

1.1 โดยการเปลี่ยนทิศทางการสนับสนุนงบประมาณการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขของรัฐบาลจากเดิมที่จัดสรรรไปที่สถาบันการผลิตโดยตรง(production side) เป็นการจัดสรรรไปยังชุมชนหรือท้องถิ่นที่ขาดแคลนบุคลากรในแต่ละสาขา/วิชาชีพโดยตรง(community side)

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่กระทบกับสุขภาพ จะเห็นได้ว่ารัฐบาลปัจจุบันได้ตระหนักรถึงความสำคัญของกระแสการเปลี่ยนแปลงด้านสิทธิชุมชน ความเป็นธรรมของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข รัฐบาลจึงได้ใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 นาทรักษายุทุกโรค)เป็นเครื่องมือในการปฏิรูปการจัดบริการสาธารณสุข โดยใช้นโยบายเชิงงบประมาณเป็นเครื่องมือ เพื่อให้เกิดความเสมอภาคเท่าเทียม เกิดความเป็นธรรม มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยหลักการสำคัญของนโยบายดังกล่าวคือการปฏิรูประบบงบประมาณ โดยเปลี่ยนทิศทางการสนับสนุนงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุข จากเดิมที่เคยจัดสรรงบประมาณตามหน่วยบริการ(supply side) มาเป็นการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร(demand side,people side)

ผลจากวิธีการคัดเลือกบุคลากรด้านสาธารณสุข(recruitment)เพื่อมาทำงานในภาครัฐ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่มีพื้นฐานด้านแนวคิดวิธีการคัดเลือกที่กำหนดให้สถาบันการผลิตเป็นผู้คัดเลือกบุคลากรให้ไปทำงานในชุมชน โดยชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการจัดการดังกล่าวเลย ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกไม่ได้จัดสรรไปยังสถาบันการผลิตโดยตรง สถาบันการผลิตเองก็มีแนวคิดและปรัชญาในการคัดเลือกคนโดยยังเน้นความเป็นเลิศในทางวิชาการ และกำหนดวิธีการคัดเลือกบุคลากรที่มีความสามารถ(ความเก่ง)เป็นหลัก เมื่อผู้ปกครองกับความไม่เสมอภาคเหลือล้ำทางการจัดการการศึกษาของประเทศไทย จึงทำให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่กันดารห่างไกลขาดโอกาสทางการศึกษา ไม่สามารถสอบแข่งขันเพื่อเข้าศึกษาด้านสาธารณสุขได้ทัดเทียมกับประชาชนที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และเขตเมือง ผลของการกำหนดวิธีการคัดเลือกดังกล่าวทำให้รัฐบาลผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีภูมิลำเนาจากเขตเมืองไปทำงานต่างถิ่น ในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลเช่นภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานครหรือปริมณฑล และเขตเมือง แต่ต้องไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ห่างไกลภูมิลำเนา ทั้งในด้านระดับทางและความเชริญหรือสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านสาธารณสุข ทำให้อัตราการดำรงอยู่ในพื้นที่กันดารห่างไกลต่ำมาก ไม่สอดคล้องกับคุณลักษณะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์ข้างต้น ทำให้ชุมชนท้องถิ่นขาดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องบุคลากรสาธารณสุขขาดความเข้าใจในวิถีชุมชน และขาดความสุขในการทำงานปัญหาการกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุข จึงยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและยาวนาน ทั้งที่รัฐบาลได้มีความพยายามปรับแก้ปัญหาเหล่านี้มาไม่ต่ำกว่า 30 ปีแล้วก็ตาม ปัญหาพื้นฐานเดิมจึงยังคงอยู่ เช่นโรงพยาบาลชุมชนในชนบทยังคงมีปัญหาการขาดแคลนแพทย์และหันตแพทย์(อัตราการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าร้อยละ 10) สถานีอนามัยขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเป็นต้น

เพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรที่มีคุณสมบัติที่พึงประสงค์ดังกล่าวข้างต้นอย่างชัดเจน จึงควรที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนทิศทางการผลิตบุคลากร โดยใช้นโยบายเชิงบประมาณเข่นเดียวกันนโยบายหลักประกันสุขภาพด้านหน้า คือสนับสนุนงบประมาณการผลิตบุคลากรจำนวนเท่าเดิม(หรือมากขึ้นหากว่าฐานะไม่

นโยบายต้องการเพิ่มการผลิตบุคลากร)แต่เปลี่ยนทิศทางของการจัดสรรงประمامการผลิต จากเดิมที่จัดสรรไปยังสถาบันการผลิตโดยตรงเป็นการจัดสรรงประمامไปยังชุมชนท้องถิ่นโดยตรง(โดยต้องระบุในการจัดสรรงประມให้ชัดเจน ว่าเป็นงประມเพื่อสนับสนุนการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข)หรือผ่านชุมชนท้องถิ่นก่อนที่จะจัดสรรงประມไปยังสถาบันการศึกษาอีกต่อหนึ่ง ดังนั้นงประມการผลิตโดยรวมจะไม่ลดลงจากการเปลี่ยนทิศทางการจัดสรรงประມดังกล่าว เนื่องจากหลักการนี้ ต้องการนำระบบงประມมาลักษณ์ให้เปลี่ยนวิธีการคัดเลือก(recruitment) โดยให้อำนาจกับชุมชนท้องถิ่นเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ห้องถิ่นควรพิจารณาเลือกสถาบันการผลิตที่ใกล้เคียงหรือมีลักษณะด้านสังคมภูมิศาสตร์ฯลฯ ใกล้เคียงกับชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ เพื่อให้รูปแบบการผลิตใกล้เคียงกับลักษณะรูปแบบสุขภาวะของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ

1.2 ในช่วงที่ยังไม่ได้กำหนดทิศทางการกระจายอำนาจที่ชัดเจน นิยามคำว่า"ชุมชนท้องถิ่น"น่าจะกำหนดไว้ก้างๆว่าหมายถึงพื้นที่ ซึ่งอาจอยู่ในระดับ อำเภอ ตำบล หรือเครือข่าย หรืออาจหมายถึงหน่วยงาน เช่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อบต.)หรือเทศบาล หรืออาจหมายถึงหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย เครือข่ายบริการ หรือหน่วยงานใดๆที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนชุมชนท้องถิ่น เป็นต้น หรืออาจไม่จำเป็นต้องจัดสรรงประມการผลิตไปที่ชุมชนท้องถิ่นโดยตรงก็ได้ แต่ต้องมีการกำหนดหรือระบุในการจัดสรรงประມให้ชัดเจนว่างประມการผลิตดังกล่าวเป็นทุน(โควตา)ของชุมชนท้องถิ่นใด และชุมชนท้องถิ่นที่เป็นเจ้าของทุน(โควตา) มีสัดส่วนและสิทธิในการคัดเลือกบุคลากรตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

1.3 เพื่อให้ได้บุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพสอดคล้องกับแต่ละสาขาวิชาชีพ รวมทั้งมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ดังกล่าวข้างต้น จึงควรให้มีองค์ประกอบของคณะกรรมการที่มีหน้าที่ในการคัดเลือก ซึ่งนอกจากมาจากชุมชนท้องถิ่นแล้วความมาจากหน่วยงาน/วิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการผลิตและการใช้/การจ้างงานด้วย เช่นมาจากการศึกษาชีพที่เกี่ยวข้อง สถาบันการศึกษาที่รับผลิต หน่วยงานที่ใช้/จ้างงานบุคลากรเมื่อจบมา เช่นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นต้น โดยในเบื้องต้นองค์ประกอบดังกล่าวอาจเรียกว่า "คณะกรรมการชุมชน" ก่อนก็ได้ ทั้งนี้รายละเอียดด้านองค์ประกอบ สัดส่วนของคณะกรรมการหากทดลองในหลักการได้ จึงค่อยมาพิจารณารายละเอียดภายหลังก็ได้ และเมื่อได้อองค์ประกอบของ"คณะกรรมการชุมชน"ครบถ้วนแล้วจึงพิจารณารายละเอียดหลักเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อให้ได้บุคลากรที่พึงประสงค์ต่อไปในภายหลัง

1.4 การคัดเลือกบุคลากรให้คัดเลือกจากชุมชนท้องถิ่นนั้นก่อน ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการชุมชนตามข้อ 1.3 ร่วมกันกำหนด โดยหลักเกณฑ์ดังกล่าวควรเอื้อต่อบุคลากรที่มาจากท้องถิ่นนั้นๆมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ควรเป็นบุคลากรที่มีใจรักในท้องถิ่นและพื้นที่และหากไม่สามารถคัดเลือกบุคลากรในชุมชนท้องถิ่นนั้นๆได้เนื่องจากคุณสมบัติไม่เหมาะสม ก็ให้สามารถคัดเลือกบุคลากรจากชุมชนท้องถิ่นใกล้เคียงที่มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ภูมิประเทศ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ประเพณี ฯลฯ ที่ใกล้เคียงกับชุมชนท้องถิ่นเจ้าของทุน(โควตา)ดังกล่าวได้ โดยต้องระบุให้ชัดเจนว่าบุคลากรที่ไปศึกษานั้น ได้รับทุน(โควตา)จากชุมชนท้องถิ่นใด และต้องกลับไปใช้ทุนที่ชุมชนท้องถิ่นนั้นตั้งแต่ก่อนไปศึกษานั้น โดยอาจมีการทำสัญญาชดใช้ทุนเป็นเอกสารหรือเอกสารทางใจก็ได้ และหากผิดสัญญาและต้องชดใช้ทุนให้

ใช้ทุนที่เจ้าของทุน(โควตา) เพื่อที่ชุมชนท้องถิ่นนั้นจะได้นำไปเป็นทุน(โควตา)เพื่อผลิตบุคลากรอีกคนมาทดแทนต่อไป(ในอดีตหากนักเรียนทุนหมดสัญญาสถาบันการศึกษาเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์จากการขาดใช้ทุน)

1.5 สัดส่วนของทุน(โควตา)ที่จัดสรรโดยตรงที่ชุมชนท้องถิ่นควรมีสัดส่วนมากกว่าทุน(โควตา)จากสัดส่วนในระบบปกติ เพื่อสร้างความเป็นธรรมและไม่ทำให้บุคลากรที่คัดเลือกจากชุมชนเป็นบุคลากรชั้นสอง ส่วนรายละเอียดว่าต้องเป็นสัดส่วนเท่าใดนั้นให้มีการพิจารณารายละเอียดในภายหลังได้

1.6 แผนการผลิตหรือการกำหนดทุน(โควตา)หรือการจัดสรรงบประมาณการผลิตบุคลากรให้ชุมชนท้องถิ่นได้ ให้พิจารณาตามความขาดแคลนตามกรอบมาตรฐานบุคลากรที่พิจารณาตามความต้องการของชุมชน(demand side)ที่ต้องคำนึงถึงความเป็นธรรม ความเสมอภาค คุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยพื้นที่ใดที่มีสัดส่วนบุคลากรเพียงพอแล้วก็ไม่ต้องจัดสรรทุน(โควตา)ให้อีก และต้องมีการพิจารณาเป็นรายสาขา/วิชาชีพ และรายพื้นที่และควรมีการจัดทำแผนความต้องการกำลังคนและแผนการผลิตที่ชัดเจนและปรับให้ตามสถานการณ์ และสอดคล้องกับลักษณะการจ้างงานในอนาคต (เมื่อจงกลับมาแล้วต้องมีตำแหน่งหน้าที่การงานรองรับที่แน่นอน)

เนื่องจากระดับความขาดแคลน ความจำเป็นและต้องการของแต่ละวิชาชีพมีความแตกต่างกันในระดับพื้นที่ การจัดสรรทุน(โควตา)ในแต่ละสาขาวิชาชีพในแต่ระดับพื้นที่จึงมีความแตกต่างกัน เช่นแพทย์ ทันตแพทย์ ยังคงขาดแคลนในระดับโรงพยาบาลชุมชน(อำเภอ) ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพ/หมวดอาชญาคดีแคลนในระดับสถานีตำรวจน้ำมย(ตำบล) การจัดสรรงบประมาณที่การกระจาย การจัดสรร โดยใช้ข้อมูลข่าวสารด้านกำลังคนในระดับพื้นที่และระดับชาติ(geographic information system) ที่พิจารณาครอบคลุมการเข้าถึงบริการและนำสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ มาพิจารณาประกอบด้วย

1.7 การคัดเลือกบุคลากรอาจได้จากบุคลากรด้านสาธารณสุขเดิมทั้งในสายงานเดียวกันและต่างสายงาน ที่ผ่านหลักเกณฑ์การคัดเลือกตามที่คณะกรรมการชุมชนกำหนด หรืออาจได้จากนักศึกษาใหม่ก็ได้ โดยเป็นไปตามสัดส่วนตามที่คณะกรรมการกำหนด

1.8 จากนั้นชุมชนก็ส่งนักเรียนไปศึกษาในหลักสูตรต่างๆ โดยมีพันธะสัญญาซึ่งอาจเป็นในรูปเอกสารหรือเป็นพันธะสัญญาทางด้านจิตใจก็ได้ โดยอาจมีผู้สนับสนุนงบประมาณประกอบด้วย

- รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณการผลิตบุคลากรให้ชุมชนท้องถิ่น
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชนท้องถิ่นที่ขาดแคลนบุคลากรและเห็นความจำเป็น อาจสนับสนุนงบประมาณเพื่อผลิตบุคลากรในชุมชนท้องถิ่นเพิ่มเติมได้ หากมีงบประมาณเพียงพอ

1.9 เจ้าของทุนหรือชุมชนท้องถิ่น โอนงบประมาณการผลิตเป็นเงินต่อหัวไปให้สถาบันการผลิตที่เหมาะสมซึ่งพร้อมรับการผลิตบุคลากร โดยมีข้อตกลงร่วมระหว่างผู้เรียน เจ้าของทุน และสถาบันการศึกษาที่ชัดเจน

1.10 ระบบงบประมาณการผลิตบุคลากรในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ก็ควรต้องเปลี่ยนจากการสนับสนุนผ่านสถาบันการผลิต มาเป็นการสนับสนุนผ่านเครือข่ายในชุมชนท้องถิ่น โดยทั้งหมดนี้ ต้องมีการนำเอาระบบ GIS(geographic information system)มาใช้ เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำหนดกรอบ

การกระจายกำลังคน เพื่อนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรภาครัฐอย่างเป็นธรรมและเหมาะสม

1.11 เมื่อนักเรียนทุนสำเร็จการศึกษา ก็กลับมาปฏิบัติงานในชุมชนท้องถิ่นหรือเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการที่ชุมชนท้องถิ่นกำหนดไว้ดังแต่ก่อนไปศึกษา

2. ปฏิรูปการผลิต

การผลิต ในอดีตและปัจจุบันมีการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขเกือบทั้งหมดมาจากมหาวิทยาลัยวิทยาลัยต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งวิธีคิดและหลักสูตรเดิมมักอิงตามสถาบันการศึกษาเป็นหลัก ที่เน้นด้านการรักษาพยาบาลและบริการระดับสูง(ระดับทุติยภูมิ-ตertiophy)ค่อนข้างมาก ในขณะที่องค์ความรู้และศาสตร์ด้านสุขภาวะ และวิถีชีวิตริบ ล่าส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นทั้งสิ้น

ระบบการผลิตจึงควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการผลิต โดยสถาบันการผลิตเดิมทั้งมหาวิทยาลัย/วิทยาลัย ควรจัดทำหลักสูตรที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนในท้องถิ่น และประสานกับชุมชนท้องถิ่นอย่างใกล้ชิด โดยให้มีหลักสูตรของชุมชนท้องถิ่นที่เชื่อมโยงกับมิติต่างๆ ผลิตคนที่มีทักษะที่หลากหลายเหมาะสมแก่ การปฏิบัติงานปฐมภูมิที่เน้นความเป็นองค์รวม(holistic care) ผลิตบุคลากรที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต สุขภาวะของคนในชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ รวมทั้งการพัฒนาท้องถิ่นและลงทุนจัดการศึกษา วิจัย สังเคราะห์องค์ความรู้ที่มีอยู่ในท้องถิ่นให้เป็นแหล่งเรียนรู้จากของจริงในชุมชน รวมทั้งท้องถิ่นอาจสามารถผลิตบุคลากรบางสาขาได้เอง และระบบการผลิตควรมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่นในการผลิตหลักสูตรและผลิตบุคลากร และระบบการผลิตดังกล่าวควรมีการประกันคุณภาพโดยผู้ที่จบหลักสูตรจะต้องมีการสอนในประกอบโรคศิลปะในสาขานั้นๆหรือตามที่มาตรฐานกำหนดด้วย

3. การปฏิรูปการจัดการ

เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของสังคม ระบบการสื่อสาร วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมายและรวดเร็ว รวมทั้งลักษณะของชุมชนท้องถิ่นมีความหลากหลายมาก การบริหารจัดการของหน่วยบริการในอนาคตจำเป็นต้องเป็นระบบที่มีการเรียนรู้(learning organization)อย่างต่อเนื่อง ไม่ตายตัว มีความยืดหยุ่น(flexible)และเป็นอิสระสูง จึงควรมีรูปแบบทางเลือกการบริหารจัดการและการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างหลากหลาย ไม่ผูกติดกับระบบก.พ.แบบเดียวเท่านั้น โดยองค์กรอาจเป็นในรูปแบบองค์กรมหาชน หรือองค์กรอิสระ ภายใต้การกำกับของรัฐ เพื่อให้หน่วยบริการมีความเป็นอิสระและคล่องตัวในการบริหารจัดการมากขึ้น โดยมี

3.1 รูปแบบการจ้างงานและสถานะ(status)ของบุคลากรอาจเป็นในหลายรูปแบบที่หลากหลาย เช่น

(1)เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลาง เช่นเป็นข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว หรืออาจเป็นการจ้างแบบอื่นที่ไม่ใช่ราชการ เช่นภาคเอกชน นุลนิธิ หรือองค์กรต่างๆ

(2)เป็นเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีข้อความสามารถที่เหมาะสม เช่นข้าราชการ

ท้องถิ่น หรือการจ้างงานรูปแบบอื่น

3) เป็นบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นคู่แล โดยชุมชนท้องถิ่น ที่จ้างงานโดยชุมชนในท้องถิ่นนั้นๆ

4) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ประกอบอาชีพอิสระ

5) เป็นเจ้าหน้าที่ในองค์กรมหาชน

ทั้งนี้อาจเป็นแบบผสมของทั้ง 5 แบบข้างต้น โดยขึ้นกับสาขาวิชาชีพและลักษณะการทำงาน ที่ได้รวมทั้งอาจมีการใช้กำลังคนร่วมกันในระหว่างเครือข่ายสถานบริการได้

3.2 แหล่งสนับสนุนงบประมาณหลักๆดังนี้

1) งบประมาณเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน ได้จากการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหลัก (งบประมาณการจัดบริการสุขภาพ ได้รวมเงินเดือนไว้ด้วยแล้ว จึงถือสมมุติว่าเงินเดือนของข้าราชการก็ได้รับจากการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตัวอย่าง) และความมีการปรับค่าตอบแทนตามผลงาน

2) สวัสดิการ และขวัญกำลังใจต่างๆ ได้จากรัฐบาลกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

3.3 ความก้าวหน้าในวิชาชีพ มีการพัฒนารูปแบบความก้าวหน้าในวิชาชีพและแรงจูงใจให้บุคลากรทำงานในพื้นที่มากขึ้น และชัดเจน

1) ควรให้มีระบบความก้าวหน้าในวิชาชีพในพื้นที่โดยไม่จำเป็นต้องไปแสวงหาความก้าวหน้าในหน่วยบริการอื่นๆ ไม่ควรมีความเหลื่อมล้ำในระหว่างวิชาชีพ หรือตามลักษณะการปฏิบัติงาน เช่นระหว่างผู้บริหารกับผู้ให้บริการ รวมทั้งความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่เช่นระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท เป็นต้น

2) บุคลากรสามารถโยกย้ายเปลี่ยนถ่ายไปทำงานในระดับที่สูงขึ้น เช่นระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ได้ หรืออาจขยายนอกที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายได้อย่างมีหลักเกณฑ์และมีระบบ เป็นธรรมต่อไป

3) สนับสนุนให้มีการศึกษาต่อเนื่อง

3.4 มีระบบการพัฒนาระหว่างประจำการที่ดี(on the job training) ในหลายรูปแบบรวมทั้ง ในรูปแบบการพัฒนาการศึกษาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาทางไกล, ICT ฯลฯ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพ กำลังคน เพื่อการบริการที่มีคุณภาพ

4. ข้อเสนออื่นๆ

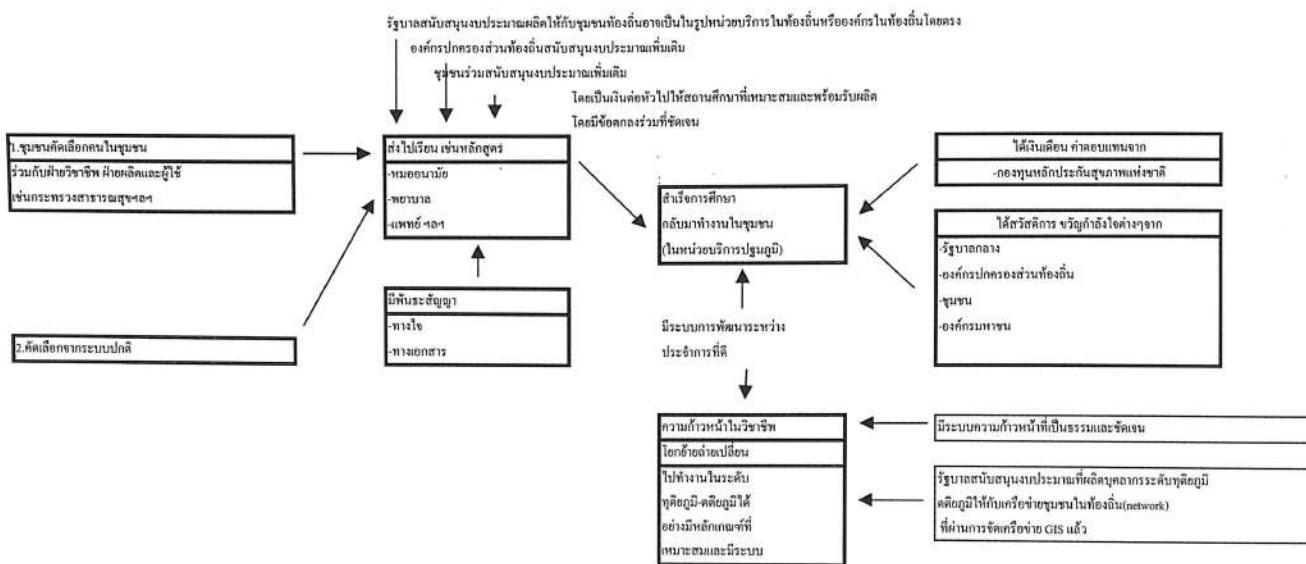
4.1 เพื่อลดความต้องการกำลังคนในภาครัฐ โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับมีบุคลากรที่อยู่ในภาคเอกชนและภาครัฐอื่นเป็นจำนวนมาก จึงควรเปิดโอกาสให้หน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆ ร่วมรับผิดชอบบริการประชาชนในพื้นที่ด้วย โดยไม่ควรผูกขาดให้บริการเฉพาะหน่วยงานภาครัฐ หรือสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น เช่นภาคเอกชนหรือโรงเรียนแพทย์หรือหน่วยงานของรัฐอื่นๆ สามารถให้บริการทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิได้ จะทำให้รัฐบาลลดภาระการผลิตได้ชัดเจน

4.2 ควรปฏิรูประบบงบประมาณให้กระจายไปยังหน่วยงานในภาคชนบท เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ ไม่ควรกระจุกตัวอยู่ในหน่วยงานส่วนกลางและเขตเมืองเท่านั้น

โดยสรุปแผนผังทางเลือกดังกล่าวอาจเป็นไปตามรูปภาพที่ 1 และมีกรอบแนวคิดและข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณา ดังเอกสารที่แนบมา

ข้อ 1

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ



กรอบแนวคิดและข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณา ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน

1.สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่กระทบกับสุขภาพ

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

1) หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิ เสนอตัวในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้เมืองที่ได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยท่าทีจะกระทำได้

การป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

2) หมวดที่ 5 ว่าด้วยแนวโน้มนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 82 “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

1.2 (ร่าง)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้นำเอาจุดนารมณ์ของประเทศตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ มาเป็นตัวบทในการกำหนด โดยมุ่งเน้นที่จะช่วยสังคมเคลื่อนไหวเพื่อนำไปสู่การ “สร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ” ที่เรียกว่า “สร้างนำซ่อม” โดยสร้างระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคม ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดและผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์ ด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง และกำหนดให้มีระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังในหมวดที่ 1 ว่าด้วยความมุ่งหมายและหลักการ ตามมาตรา 7

นอกจากนี้ยังได้กำหนดทิศทางของระบบบริการสาธารณสุข ดังในหมวดที่ 6 ว่าด้วยแนวโน้มนโยบาย และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 ว่าด้วยการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ตามมาตรา 71 และตามมาตรา 72 และได้กำหนดเรื่องบุคลากรสาธารณสุขให้สอดรับกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์(ตามมาตรา 7) ดังในหมวดที่ 6 ว่าด้วยแนวโน้มนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 7 ว่าด้วยบุคลากรสาธารณสุข ตามมาตรา 83 และตามมาตรา 84

1.3 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 ซึ่งถูกเสนอโดยรัฐบาล ปัจจุบัน ภายหลังการดำเนินนโยบาย 30 นาทีรักษาทุกโรค โดยกฎหมายฉบับนี้บ่งบอกให้เห็นถึงเจตนา รวมถึงรัฐบาลปัจจุบันในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทยครั้งสำคัญ เพื่อให้เกิด

ระบบบริการที่มีความเสมอภาคเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยใช้ยุทธศาสตร์งบประมาณเป็นเครื่องมือในการปฏิรูป โดยนโยบายดังกล่าวมีวัตถุประสงค์หลัก 4 ประการคือ

- 1) สร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชนทั่วประเทศ ทำให้สิทธิของประชาชนทุกหมู่เหล่าเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน
- 2) สร้างระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า สมประโยชน์
- 3) กระตุ้นให้หน่วยบริการสุขภาพพัฒนาคุณภาพ จนได้มาตรฐานตามที่กำหนด เพื่อให้เป็นที่พึงพอใจต่อประชาชนที่มาเข้าทะเบียนและรับบริการ โดยให้ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการ
- 4) สร้างระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้หน่วยบริการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นบริการแบบ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” ที่สามารถเชื่อมต่อกับบริการระดับสูงที่ต้องการบริการแบบชั้นช่อน(ระดับทุติยภูมิ และระดับตertiyภูมิ) เพื่อร่วมรับผิดชอบประชาชนร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

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

1.5 การปฏิรูปกระบวนการ รัฐบาลกำหนดเป็นนโยบายให้ทุกหน่วยงานนำหลักการบริหารจัดการที่ดีไปปฏิบัติอย่างจริงจัง มีการประเมินผลการดำเนินการระดับองค์กรอย่างเป็นรูปธรรมและประกาศให้สาธารณะรับทราบเป็นประจำทุกปี ควบคู่กับการจัดทำแผนงานประชาสัมพันธ์ปลูกจิตสำนึก และสร้างความเข้าใจในแนวคิดและดัชนีวัดการบริหารจัดการที่ดีของภาครัฐอย่างกว้างขวาง ให้ประชาชน ทราบและสามารถติดตามตรวจสอบการทำงานของภาครัฐ ได้อย่างโปร่งใส มีประสิทธิภาพ เพื่อบังคับ และแก้ไขปัญหาการทุจริตประพฤติมิชอบ การกระทำผิดวินัยของข้าราชการและเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐกับประชาชน ซึ่งจะทำให้เกิดระบบที่มีประสิทธิภาพ(efficiency) มีคุณภาพ

(quality) ความโปร่งใส(transparency) ความเสมอภาค(equity) การมีส่วนร่วม(participation) และการตรวจสอบได้(accountability) ในที่สุด

1.6 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พุทธศักราช 2542 ซึ่งได้มีการประกาศใช้ดังแต่เดือนพฤษจิกายน 2542 โดยให้มีการจัดทำร่างแผนและขั้นตอนที่จะกระจายภารกิจ เงินงบประมาณ บุคลากรของหน่วยราชการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะนำไปใช้ในขั้นตอนการพิจารณาของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.7 รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนการซักชวนชาวต่างประเทศเข้ามารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อให้เป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ทั้งในลักษณะทัวร์สุขภาพ membercard และบริการสาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่ไปใช้บริการในภาคเอกชนและตามเมืองใหญ่ ผลกระทำที่หลักเลี้ยงไม่ได้คือการคุณทรัพยากรจากชนบทมาคุ้มครองชาวต่างชาตินั่นเอง โดยมีการคาดการณ์ว่าภายใน 5 ปี ประเทศไทยจะมีภาระในการคุ้มครองชาวต่างประเทศถึงร้อยละ 11.9-16.6 ของการผู้ป่วยทั้งประเทศ

2. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

ประเทศไทยมีปัญหาในการจัดบริการสุขภาพ 3 ประการหลักดังนี้

2.1 มีความไม่เสมอภาคใน 3 ด้าน คือ

1) สถานะสุขภาพ กล่าวคือประชาชนที่อยู่พื้นที่ชนบทห่างไกลมีอัตราป่วย อัตราตาย อัตราความทุกข์ทรมานมากกว่าคนในเขตเมือง ยิ่งประเทศชาติเจริญมากขึ้นเท่าใด ช่องว่างระหว่างคนจนและคนรวยก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น

2) การเข้าถึงบริการ ประชาชนในชนบทที่ยากไร้ในชนบทมีโอกาสในการเข้าถึงบริการ ด้อยกว่าคนในเขตเมืองมากหลายเท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทรัพยากรทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านกำลังคน จำนวนแพทย์ จำนวนพยาบาล จำนวนโรงพยาบาล จำนวนสถานีอนามัย อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ทุกชนิด รวมทั้งงบประมาณ อื่นๆ ในทุกด้าน ทำให้สถานะสุขภาพของประชาชนในชนบทแตกต่างจากคนในเขตเมืองอย่างชัดเจน

3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ布ว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายรับทั้งหมดของคนจนเฉลี่ยแล้วสูงกว่าคนรวย 4-8 เท่า

2.2 ระบบเดิมไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการจัดระบบบริการที่เน้นงานเชิงรับมากกว่า เชิงรุก เน้นด้านการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรค มีปัญหาในด้านประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และมีปัญหาด้านความโปร่งใสในการกระจาย/จัดสรรและการใช้ทรัพยากร

และงบประมาณ รวมทั้งระบบเดิม ไม่สามารถครอบคลุมประชาชนที่ยากไร้ได้อย่างแท้จริง อีกครา ของผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพในผู้ยากไร้ซึ่งมีมากกว่าคนรายอย่างชัดเจน

2.3. ด้อยคุณภาพ จากการกระจายทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม การจัดระบบบริการที่ไม่ประสิทธิภาพ ร่วมกับการปรับตัวของหน่วยบริการที่ไม่ทันต่อกระแสความต้องการของประชาชนทำให้มี ปัญหาด้านคุณภาพในการจัดระบบบริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน จนนำมาสู่ การฟ้องร้องที่เพิ่มมากขึ้น

จากเหตุผลทั้ง 3 ประการร่วมกับบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 52 และหมวดที่ 5 ว่าด้วย แนวโน้มที่จะพัฒนาและรักษา มาตรา 82 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่รัฐบาลต้องทำการปฏิรูประบบสุข ภาพอย่างจริงจัง รัฐบาลภายใต้การนำของพระรัชทายาทไทย ได้ประกาศนโยบาย 30 นาทรักษ์ทุกโรค ซึ่งต่อมาเปลี่ยนเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในที่สุดได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเดือน พฤษภาคม 2545 ซึ่งนับได้ว่ารัฐบาลใช้ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบงบ ประมาณเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ เนื่องจากระบบงบประมาณเป็นรากฐานของ การปฏิรูประบบอื่นๆ (เช่นการกระจายบุคลากร การจัดสรรทรัพยากร) และนับได้ว่ารัฐบาลได้ใช้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 เป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาว ไทย มาตรา 52 หมวดที่ 5 ว่าด้วยแนวโน้มที่จะพัฒนาและรักษา มาตรา 82

3. ระบบบริการสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์

3.1 ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต

ตาม(ร่าง)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ 1 ว่าด้วยความมุ่งหมายและหลักการ มาตรา 7 ได้กำหนดให้มีระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งได้บัญญัติไว้วัดนี้ “ระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริม สุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีกระบวนการ พัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อม และสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์สุขของ การอยู่ร่วมกัน

ระบบสุขภาพตามวรรคหนึ่ง ต้องเป็นระบบที่พึงประสงค์ดังนี้

- (1) มีคุณธรรม คุณธรรมและจริยธรรม
- (2) เคารพในสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และนำไปสู่ความเท่าเทียมกัน
- (3) มีโครงสร้างครบถ้วนและมีการทำงานที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างมีนูรณะ
- (4) มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความคุณค่าใช้จ่ายได้ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกันอย่าง สมานฉันท์
- (5) มีปัญญาเป็นพื้นฐาน เรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึงทนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน”

นอกจากนี้ยังได้กำหนดทิศทางของระบบบริการสาธารณสุข ดังในหมวดที่ 6 ว่าด้วยแนวโน้มฯ และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 ว่าด้วยการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ตามมาตรา 71 ซึ่ง “ได้บัญญัติไว้ดังนี้” การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตาม มาตรา 7 และ “ไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ” และตามมาตรา 72 ซึ่ง “ได้บัญญัติไว้ดังนี้” “ให้ส่ง เสริมสนับสนุนการบริการสาธารณสุขที่เน้นการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชนโดย ให้ความสำคัญในมิติเชิงมนุษย์และสังคม ด้วยแนวคิดที่เป็นองค์รวม และมีการเชื่อมโยงการจัดบริการสา รัณสุขต่างๆเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน โดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนการ พึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนควบคู่ไปด้วย”

1) องค์ประกอบของสุขภาพ อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ก) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ ข) ระบบเพื่อการดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย ซึ่งทั้งสองระบบมีความต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกัน แต่การแบ่งเป็น 2 ระบบ เพราะลักษณะการดำเนินงานในสองระบบนี้และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะมีการเน้นหนักที่ต่างกัน

ก)ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ;

ก็การทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้สมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพจะมีสองส่วนคือ การทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ควบคู่ไปกับ การจัดให้องค์ประกอบด่างๆนั้นทำหน้าที่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพ โดยมีบริบทที่เกี่ยวข้องทั้งเรื่องของระบบ呢เวช (สิ่งแวดล้อม) กายภาพ สังคม เศรษฐกิจ ฉะนั้นการดำเนินงานจึงต้องเข้าใจความเชื่อมโยง และวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นองค์รวม

ค่านั้นในระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ หุ้นส่วนใหญ่ในการดำเนินงานจึงอยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข นอกวิชาชีพทางการแพทย์ ทั้งส่วนที่เกี่ยวนี้องกับการประกอบอาชีพของประชาชน การศึกษา การจัดสภาพแวดล้อมของสังคม แต่กระทรวงสาธารณสุขจะยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้เสนอ สนับสนุน และกระตุ้นเพื่อให้มีการดำเนินงานให้บรรลุผล ในส่วนนี้จำเป็นต้องมีการคิดค้นพัฒนาว่าจะต้องการกำลังคนในลักษณะใด จะมีองค์กรทำงานอย่างไร มีระบบงบประมาณสนับสนุนอย่างไร จึงจะเหมาะสม ดำเนินการได้จริง

๙) ระบบเพื่อการดูแลความเจ็บป่วย

เป็นส่วนของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่คุ้มครอง รักษา ช่วยเหลือ หรือสนับสนุนการช่วยตัวเองของประชาชนในกรณีที่มีอาการของโรค หรือมีสภาพความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทั้งนี้รวมถึงระบบดำเนินการเพื่อการป้องกันโรคด้วย

ถ้าเป้าหมายคือความเป็นองค์รวมของสุขภาพ บริการที่ให้จึงต้องเป็นองค์รวม แต่ในความเป็นจริงทรัพยากรที่มีอยู่นั้นมีจำกัด ซึ่งความจำกัดนี้ต้องพิจารณาให้ชัดว่าอยู่ตรงไหน แล้วจึงลงมาสู่การคิดระบบบริการ ที่ต้องคำนึงถึงทุกส่วน และบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติจริง บริการทั้งหมดจะจึงรวมมุ่งสู่ทิศทางการสร้างสุขภาพคนเอง ในที่นี้ผู้ปฏิบัติจริงมิใช่เพียงแต่ผู้ให้บริการแต่คือตัวประชาชนด้วย ซึ่งกล่าวอีกนัยยะ

หนึ่งกีดังการพัฒนาของรายฎร และยังมีป้าหมายมิใช่เพียงสุขภาพแต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตควบคู่ไปด้วย

จะนั้นระบบเพื่อคุณภาพชีวิต ความเจ็บป่วย และโรค นี้ทุนส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อมีส่วนที่ต้องใช้งานความรู้ทางด้านการแพทย์มาก แต่ก็มีหุนส่วนสำคัญคือประชาชน และหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทร่วมดูแลด้วย และต้องมีการทำงานเป็นแบบพันธมิตรที่มีส่วนร่วม (partnership) ระบบส่วนนี้จำเป็นต้องแก้ปัญหาในเรื่องการกระจายและปัญหาในด้านความไม่สอดคล้อง (miss- match) ระหว่าง อุปสงค์กับอุปทานของการบริการทั้งในด้านพื้นที่ คุณภาพบริการ และประเภทบริการแบบใหม่ที่มีความต้องการเพิ่มขึ้น

2) นอกจากนี้ระบบสุขภาพจำเป็นจะต้องพิจารณาโดยนายสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อ บริการสุขภาพด้วย ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับแล้วว่า สุขภาวะนี้มีสาเหตุและปัจจัยเกี่ยวข้องกับทั้งด้านปัจจัย บุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งปัจจุบัน ระบบการสื่อสารและวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีได้มีการพัฒนามาก ทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมค่อนข้างมาก เช่น นโยบายการท่องเที่ยวทำให้การควบคุมการระบาดของโอดเชาส์ (sars) เป็นไปด้วยความยากลำบากมากกว่า ภาวะปกติเป็นต้น

ทั้งนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำองค์ประกอบทั้งสองมาพิจารณาแบบบูรณาการในการวางแผนการ จัดบริการสุขภาพในอนาคตต่อไป

3.2 ระบบบริการสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์

ภายใต้แนวโน้มที่หลักประกันสุขภาพทั่วหน้า ที่ใช้ยุทธศาสตร์ด้านงบประมาณเป็นเครื่องมือ ได้กำหนดให้ หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit, PCU) เป็นเครื่องมือ/กลไกหลักที่สำคัญ ที่จะทำให้ นโยบายนี้ประสบความสำเร็จ มีคุณภาพตามที่รัฐบาลคาดหวัง โดยคาดหวังว่าจะสามารถทำให้เกิดระบบ บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เกิดความเสมอภาค และมีประสิทธิภาพในท้ายที่สุด

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

1. เป็นบริการด้านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย/สะดวก (Front-line care) ทั้งในด้าน ภูมิศาสตร์ สังคม จิตวิทยาและด้านเศรษฐกิจ

2. เป็นบริการผสมผสาน-องค์รวม (Comprehensive care, holistic care) ในทุกด้านของผู้ป่วย (ทั้ง ด้านร่างกาย-จิตใจ-สังคมและจิตวิญญาณ) ทุกรูปแบบของการดูแลสุขภาพ (ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ- รักษาโรค-พื้นฟูสภาพและป้องกันโรค) ทุกระดับของเวชปฏิบัติ (ทั้งด้านปัจจेकบุคคล-ครอบครัวและชุมชน) รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน (ความเชื่อ-ศาสนา-วัฒนธรรม-เศรษฐกิจ-สังคมและสิ่งแวดล้อม) เป็นต้น

3.เป็นบริการที่ร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง(ongoing/longitudinal care,continuing) ตั้งแต่เกิดจนตาย หรือก่อนป่วย ขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ

4.เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุก แนวโน้มลักษณะเดียวกันเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน

5.เป็นบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อ(refer)และประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆทั้งด้านการแพทย์และสังคมที่จำเป็น ที่เกินขีดความสามารถของหน่วยบริการระดับต้น เช่นสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเฉพาะด้านต่างๆ หน่วยสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น

ดังนั้นหน้าที่ของบริการปฐมภูมิในฐานะหน่วยบริการที่เป็นบริการค่าไม่แพง จึงต้องมีความใกล้ชิดกับชุมชนทั้งในและสถานที่ตั้งและความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ใช้บริการ บริการปฐมภูมิจึงมีหน้าที่เสมือนเป็นที่ปรึกษาและช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชนในลักษณะผสมผสาน เช่นหากเห็นว่าผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้ยา เจ้าหน้าที่ก็จะแนะนำวิธีการดูแล การปฏิบัติตามที่เหมาะสม แต่หากเห็นว่าจำเป็นต้องรักษาหรือจำเป็นต้องใช้ยาในขอบเขตที่หน่วยบริการสามารถดูแลได้ ก็ควรต้องทำหน้าที่ดูแลและรักษาพยาบาลอย่างผสมผสาน ทันท่วงที และหากไม่สามารถดำเนินการเองได้ หรือดำเนินการแล้วยังไม่ครอบคลุม หน่วยบริการก็ต้องทำหน้าที่ส่งต่อ(refer)หรือประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

นอกจากด้านร่างกายแล้ว บริการปฐมภูมิจะต้อง สามารถให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจและด้านสังคมแก่ผู้มาใช้บริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับบริการทางกาย หรือเป็นบริการเฉพาะ ได้ด้วย ส่วนกรณีที่มีปัญหามากหรือปัญหาเฉพาะทาง เจ้าหน้าที่ก็จะทำหน้าที่ส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้องต่อไป

ประการถัดมาเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความใกล้ชิดกับประชาชน มีข้อมูลและเข้าใจในวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนดีกว่าหน่วยบริการระดับอื่น บริการปฐมภูมิจึงควรมีหน้าที่ ประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้านแล้วนำมาร่างแผนการพัฒนาบริการ ให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการและปัญหาของประชาชนทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ควรสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ รวมถึงให้ความรู้ทางด้านเทคนิคทางการแพทย์ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นบางอย่าง เช่นการทำแผล การดูแลเด็กที่เป็นไข้ รู้จักสังเกตและติดตามอาการเจ็บป่วยเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมให้อธิบายต่อการมีสุขภาพดี

นอกจากนี้ บริการปฐมภูมิจะต้อง สามารถให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการประยุกต์หรือปรับวิธีการดูแลนี้ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ท้ายที่สุดบริการปฐมภูมิจะต้องมีหน้าที่ ประสานบริการกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างต่อเนื่องและผสมผสาน รวมถึงการรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการระดับอื่นในระยะเวลาและภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสม

ผลลัพธ์ของบริการปฐมภูมิ

การปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จมีเป้าหมายคือ

- การให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ในระดับบุคคลเดินเบื้องต้น
 - การให้บริการสุขภาพพื้นฐานในระดับบุคคล ครอบครัว
 - ความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ทั้งคน อันหมายถึงทั้งทางร่างกาย จิตใจและ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคม
 - ความสามารถในการรับผิดชอบด้านสุขภาพร่วมกับประชาชน ทั้งในเชิงรับและเชิงรุก โดย เนพะอย่างยิ่ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อมทั้ง ในระดับบุคคล ครอบ ครัว และชุมชน การติดตามสภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และปัญหาสุขภาพสำคัญของประ ชา ชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างทันการณ์
 - การทำหน้าที่เป็นหน่วยเชื่อมต่อระหว่างประชาชน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
- ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU) จำเป็นต้องมีมาตรฐานในด้านต่างๆที่สำคัญ เช่น
- 1.ด้านการจัดหน่วยบริการ
 - 2.กำหนดขีดความสามารถขั้นต่ำของหน่วยบริการ
 - 3.มาตรฐานด้านบุคลากร
 - 4.มาตรฐานด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่
 - 5.มาตรฐานด้านการจัดการ (คัดจากเอกสารวิชาการลำดับที่ 1 ในชุดเอกสารเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ “บริการสุขภาพ ใกล้ชิด ใกล้ บ้าน”)

4.คุณลักษณะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์

นิยาม " บุคลากรด้านสาธารณสุข "

(ร่าง)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดนิยามของ" บุคลากรด้านสาธารณสุข" ไว้ใน มาตรา 3 วรรค 13 ว่าหมายความว่า" ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและบุคคลอื่นที่ให้การบริการส่า ราณสุข " และในมาตราเดียวกันวรรคที่ 4 ได้กำหนดนิยามของ" การบริการสาธารณสุข" ว่าหมาย ความว่าการจัดการให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจ วินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการพื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน"

และได้กำหนดเรื่องบุคลากรสาธารณสุขให้สอดรับกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์(ตามมาตรา 7) ดังในหมวดที่ 6 ว่าด้วยแนวโน้มนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 7 ว่าด้วยบุคลากรสาธารณสุข ตาม มาตรา 83 ซึ่งได้บัญญัติไว้ดังนี้ " บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพ การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาตรา 7" และตามมาตรา 84 ซึ่งได้บัญญัติไว้ดังนี้ "การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขตามมาตรา 83 ให้มีแนวทาง และมาตรการต่างๆดังนี้

- (1)กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการวางแผนบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกระดับ ให้สอดคล้อง กับทิศทางของระบบสุขภาพที่ประสงค์ตามมาตรา 7
- (2)สนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอในการผลิต พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดสำหรับสาธารณสุข และเพื่อให้เกิดการกระจายที่ดี

(3) ส่งเสริมสนับสนุนระบบการผลิตที่ให้บุคลากรจากชุมชนท้องถิ่นต่างๆ มีโอกาสเข้าศึกษา และพัฒนาเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อไปทำงานในท้องถิ่นของตนเอง

(4) สนับสนุนการจัดตั้งองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขสาขาต่างๆ โดยให้มีกฎหมายรองรับ สนับสนุนให้มีกระบวนการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขต่างๆ โดย เปิดช่องทางให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมด้วย

(5) แนวทางและมาตรการอื่นๆ ที่เหมาะสม

บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชุมชน ไม่ควรจำกัดขอบเขตเพียงการให้บริการเท่านั้น แต่ ต้องทำหน้าที่ให้การศึกษาและพัฒนาประชาชน โดยไม่แบ่งแยกว่าเป็นบทบาทของใคร ระดับใด ปัจจุบัน หรือไม่ การพัฒนาคนในระบบสุขภาพยังมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ทั้งความสามารถทางเทคนิควิชาการ อันนำไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพทั้งระดับบุคคล ชุมชน และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูล และให้การศึกษาแก่ประชาชน

4.1 คุณลักษณะพื้นฐานของบุคลากรด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการและผู้จัดบริการ

การมีคุณลักษณะ 2 ส่วนใหญ่ คือ ส่วนที่เป็น “จิต” ที่แสดงออกเป็นทัศนคติ อุดมการณ์หรือจิตสำนึก และ ส่วนที่เป็น “สมอง” ซึ่งแสดงออกเป็นความสามารถของแต่ละบุคคล การพัฒนาคนควรให้ความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยตนเองส่วนนี้อย่างสมดุล ซึ่งเปรียบได้กับการมี “คุณธรรม” และ “ความรู้” ที่ควบคู่กัน ทั้งนี้การสร้างทัศนคติเปรียบเสมือนเป็นฐานให้ความรู้ผลิตออกผล เป็นตัวควบคุมการใช้ความรู้ความ สามารถให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม ป้องกันมิให้ใช้ความรู้เพื่อตนเองเป็นใหญ่หรือไปเบี่ยงเบี้ยนผู้อื่น เนื่องจากวิชาชีพด้านสุขภาพ(health professional) เป็นเรื่องของสุขภาวะ ชีวิต ความเจ็บป่วย ความตาย จึงมี คุณค่ามากกว่าการแสวงหากำไรทางธุรกิจ แต่ต้องเป็นไปบนพื้นฐานธุรกิจที่บริสุทธิ์ มีคุณธรรม ไม่ใช่ การหลอกลวงกันหรือ เมียดเบี้ยนกัน

โดยสรุป คุณลักษณะของบุคลากรด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

1) ทัศนคติและอุดมการณ์หรือจิตสำนึก

1.1 ความตระหนักในหน้าที่รับผิดชอบในการทำงาน ความตั้งใจให้เกิดคุณภาพของการทำงาน บนฐานความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง

1.2 คุณธรรมการทำงาน เช่นทำงานเพื่อประโยชน์ของผู้อื่นเป็นสำคัญ มีความเมตตา กรุณา มี หิริโโตตตัปปะ

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 รู้จักวิธีการทำงานของตนเองอย่างเหมาะสม ตลอดจนทักษะของการพัฒนาผู้อื่น
(คัดจากเอกสาร"ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนาがらดังคนกับการปฏิรูประบบสุขภาพ"โดยสถาบันพระบรมราชชนกและภาคีพัฒนาがらดังคน"

พญ.สายพิม หัดศรีตน์ ได้กำหนดคุณลักษณะของ"หนอกรอบครัว" ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมงานสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สำคัญและน่าจะเป็นคุณลักษณะที่เหมาะสมกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ด้วย ในหนังสือ"คู่มือหนอกรอบครัว เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างง่าย" ดังนี้

"โครงสร้างเป็นหนอกรอบครัว

เป็นโครงสร้าง ไม่จำเพาะต้องผ่านการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวเท่านั้น แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นใดก็สามารถเป็นได้ ถ้ามีคุณลักษณะ 9 ประการดังนี้

1) เป็นผู้ดูแล (ความเป็น) "คน" ใช้ อย่าง ไม่มีการจำกัดขอบเขตและเงื่อนไขของปัญหาสุขภาพที่เฉพาะโรค เนพะเพพ เนพะวัย หรือระยะเวลาสั้น สุด

2) เป็นผู้เข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยทุกช่วงอายุของบุคคลนั้นๆอย่างลึกซึ้ง ไม่จำเพาะแค่โรคทางกาย

3) เป็นผู้รู้จักใช่ทุกเวลาที่พับผู้ป่วย เป็นโอกาสทองในการแนะนำการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ

4) เป็นผู้ตระหนักรู้ว่า เมื่อมีผู้ป่วยมาตรวจ 1 คน ย่อมมีประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเดียวกัน อยู่อีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่มาตรวจ

5) เป็นผู้ประสานงาน ที่ดีกับองค์กรอื่นๆ เพื่อการสร้างเสริม รักษาและดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

6) เป็นผู้ที่อ่าด้วยชุมชน เดียว กับผู้ป่วยและครอบครัว

7) เป็นผู้ที่สามารถออกตรวจรักษาและเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน เพื่อทำความรู้จักและเข้าใจสภาพความเป็นอยู่จริงๆ ในบ้านนั้น

8) เป็นผู้ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูดถึงและวิตกกังวล(subjective aspects) มากกว่าสิ่งที่ตรวจพบ ได้ (objective aspects) เพราะสิ่งที่รับกวนผู้ป่วยย่อมสำคัญกว่าสิ่งที่แพทย์สนใจ

9) เป็นผู้บริหารจัดการทรัพยากรและขั้นตอนต่างๆใน การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย(เปรียบได้กับการเป็น"ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล"ทั้ง โรงให้กับผู้ป่วย 1 รายและครอบครัวของผู้ป่วยนั้นๆ)"

4.2 ลักษณะระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

4.2.1 การคัดเลือกบุคลากรด้านสาธารณสุข(recruitment) ในอดีตและปัจจุบันการได้มาซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุขได้มามาก 2 แนวทางหลักๆดังนี้

1) ได้จากการบังคับชดใช้ทุนจากรัฐบาลผ่านสำนักงานก.พ. ซึ่งเรียกว่าหักเรียนทุนคู่สัญญา ปัจจุบันประกอบด้วยวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร โดยต้องผ่านการสอบแข่งขันเข้ามายังมหาวิทยาลัย (entrance) ตามเกณฑ์ที่มีมหาวิทยาลัย/แหล่งผลิตกำหนดเกณฑ์ตามคะแนนสอบซึ่งพิจารณาจากความสามารถ(ความเก่ง)ของผู้เรียนเป็นหลักซึ่งคุณสมบัติเช่นนี้(ความเก่งในการสอบเข้ามหาวิทยาลัย(entrance)) นักมีอยู่ในนักเรียนที่มีเศรษฐฐานะที่ดีและอยู่ในอินที่มีโอกาสและมีความเจริญสูงกว่าในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลหรือต่างจังหวัดในเขตเมือง(ระดับจังหวัด) เป็นส่วนใหญ่ วิธีการคัดเลือกคนโดยอาศัยคะแนนสอบ(entrance) เป็นหลัก จึงเสมือนหนึ่งเป็นการตัดสิทธินักเรียนจากท้องอินทุรุกันการจริงๆ(ระดับอำเภอ/ตำบล) ไปโดยปริยาย ทั้งที่พื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรอย่างมากและซ้ำซากมายโดยตลอดนั้นก็คือพื้นที่ที่ห่างไกลทุรุกันการในชนบท(ระดับอำเภอ/ตำบล) ทำให้นักเรียนซึ่งมีภูมิลำเนาในที่เจริญในเขตเมืองเมื่อขาดใช้ทุนหมวด(2-3ปี)บุคลากรเหล่านี้ก็จะลาออกจากหรือเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานใหม่เพื่อกลับไปยังภูมิลำเนาที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลหรือข้าย้ายเข้าไปอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่หรือโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีแต่ในเขตเมืองเท่านั้น ทำให้ถือเสมือนหนึ่งการขาดใช้ทุนในช่วง 2-3 ปีแรก เป็นเพียงทางผ่านของแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกรชดใช้ทุนเท่านั้น จึงทำให้กับว่ารัฐบาลลงทุนผลิตบุคลากรด้วยงบประมาณมหาศาล เพื่อให้แพทย์ไปทำงานในชนบทเพียง 1-2 ปีเท่านั้นหรืออาจกล่าวได้ว่า รัฐบาลผลิตบุคลากรให้กับเขตเมืองและภาคเอกชนนั้นเอง ดังเช่นในกรณีของวิชาชีพแพทย์ที่รัฐบาลบังคับชดใช้ทุนมาแล้วถึง 32 รุ่นๆละ 500-1000 คน รวมผลิตมาแล้วไม่ต่ำกว่า 15,000-20,000 คน กลับมีแพทย์ที่เหลือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน(ตัวแทนพื้นที่ชนบท)เพียง 1,200 คนเท่านั้น(ไม่ถึงร้อยละ 10) วิชาชีพทันตแพทย์และเภสัชกรก็นับได้ว่ามีชะตากรรมไปในทิศทางเดียวกับแพทย์

2) ส่วนราชการต่างๆผลิตบางสาขาไว้เพื่อสนับสนุนหน่วยงานภายนอกของส่วนราชการตนเอง เช่นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร(กทม.) ภาคเอกชน(รวมสถาบันการศึกษาไทย) เป็นต้น ซึ่งสามารถเก็บปัญหาความขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขด้านเหล่านี้ภายใต้ส่วนราชการได้ในระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากกระบวนการคัดเลือกที่ขังนับว่าไม่แตกต่างจากกรณี 1) มากนัก ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะเริ่มนิเทศคิดที่จะคัดเลือกคนจากท้องอินทในชนบทมากขึ้นแล้วก็ตาม เนื่องจากโควตาที่กำหนดเป็นโควตาระดับจังหวัด ไม่ใช่โควตาระดับตำบลหรืออำเภอ(สาขาวิชาชีพระดับนี้ควรต้องกระจายลงไปถึงระดับตำบล/อำเภอ) กล่าวคือกระบวนการและวิธีการคัดเลือกที่ยังเน้นหักเรื่องความเก่ง เช่นกัน วิธีนี้จึงมักจะได้บุคลากรที่มาจากการเขตเมืองหรืออำเภอที่มีความเจริญสูง ทำให้กระทรวงสาธารณสุข(รวมส่วนราชการอื่น) ประสบปัญหาในการกระจายบุคลากรเหล่านี้ไปในเขตชนบทในระดับตำบลที่กันดารและห่างไกล เช่นสถานีอนามัย เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้ที่มีภูมิลำเนาในอำเภอ/ตำบลที่ขาดแคลน ซึ่งมักจะมีความ

สามารถ/โอกาสในการแข่งขันน้อยกว่าผู้ที่มีภูมิลำเนาในเขตเมืองไม่สามารถผ่านเข้ามาในกระบวนการคัดเลือกนี้ได้อย่างเพียงพอ กับความต้องการ

จึงไม่น่าแปลกใจเลยว่าทำไม่เราจึงยังประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ชนบทอย่างรุนแรงและซ้ำซากมาโดยตลอด เหตุผลหลักๆ น่าจะเห็นได้ชัดเจนว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการที่เราคัดเลือกคน (recruit) ไม่เหมาะสมกับงาน (หวังให้คนในเขตเมืองมีเศรษฐกานะคีมาทำงานในชนบทท่างไกลแล้วแต่ เช่น เอกนรวยคนเก่งในที่จริงๆ มาล่าบากในโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีอนามัย)

ทางออกเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการกระจายบุคลากรจึงน่าจะเปลี่ยนกระบวนการคัดเลือกบุคลากร(recruitment) เพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรที่มาจากชุมชนจริงๆ โดยให้มีการคัดเลือกนักเรียนทุนจากชุมชนจริงๆ (เช่นพยาบาล ได้จากระดับตำบลที่ขาดแคลน แพทย์ ทันตแพทย์ ได้จากระดับอำเภอที่ขาดแคลน) โดยใช้หลักเกณฑ์ของชุมชนเองร่วมกับหน่วยงานภายนอก (จากกลุ่มวิชาชีพและภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุขหรือทบวงมหาวิทยาลัย) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลสมดังเจตนาرمณ์ของ(ร่าง)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่บัญญัติตามมาตรา 84(3) ไว้ว่า “ส่งเสริมสนับสนุนระบบการผลิตที่ให้บุคลากรจากชุมชนท้องถิ่นต่างๆ มีโอกาสเข้าศึกษาและพัฒนาเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อไปทำงานในท้องถิ่นของตนเอง”

4.2.2 การผลิต ปัจจุบันมีการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขเกือบทั้งหมดจากมหาวิทยาลัย วิทยาลัยต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งวิธีคิดและหลักสูตรเดินมั่วองค์ค้านการศึกษาเป็นหลัก(academic-based) ที่เน้นด้านการรักษาพยาบาลและบริการระดับสูง(ระดับทุติยภูมิ-ตertiayภูมิ) ค่อนข้างมาก ในขณะที่องค์ความรู้และศาสตร์ด้านปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในท้องถิ่น ในอนาคตจึงควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการผลิตด้วย เช่นที่กระทรวงสาธารณสุขกำลังพยายามแต่กี้ยังไม่นำกพอ เช่นเริ่มให้มีการผลิตแพทย์ที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ แต่โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นตัวคิล่าด้านการบริการปฐมภูมิหรือด้านเวชศาสตร์ครอบครัว กลับไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตเลย

องค์ประกอบที่สำคัญในการผลักดันนโยบาย(policy driven) ก็คือ องประมาณ(ทุน) สนับสนุนในการผลิตบุคลากร โดยแหล่งทุนที่สนับสนุนการผลิต ได้มาจากรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่ตามแผนการผลิตของแต่ละมหาวิทยาลัย และเป็นงบประมาณที่แยกต่างหากจากงบบริการสาธารณสุข กล่าวคือในอดีตและปัจจุบันงบประมาณด้านการผลิตรัฐบาลจัดสรรให้กับสถาบันที่มีหน้าที่ผลิตโดยตรง การผลิตจึงมักกำหนดจากเงื่อนไขของผู้ผลิต(supply driven) เป็นสำคัญ ดังนั้นหากรัฐบาลใช้นโยบายเชิงงบประมาณเพื่อจูงใจแหล่งผลิตให้ผลิตตามผู้ใช้บริการ(demand driven) ก็จะทำให้ได้บุคลากรที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไปในอนาคต ทั้งนี้อาจมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการจัดทำพันธะสัญญา กับนักเรียนทุนให้เหมาะสมต่อไป ในขณะเดียวกันหากไม่เปลี่ยนวิธีคิดและเปลี่ยนวิธีการสนับสนุนงบประมาณให้ลงไปที่ผู้ใช้(demand side) โดยตรง ก็ยากที่จะสามารถเปลี่ยนเงื่อนไขวิธีการคัดเลือกบุคลากร(recruitment) ให้ได้มาจากชุมชนจริงๆ ได้

ในอนาคตภายในหลักการบังคับใช้ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พุทธศักราช ๒๕๔๒ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น รัฐบาลก็อาจเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณในการผลิตจากสถานศึกษาไปให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน/หน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรงแลยก็เป็นได้ จากนั้นท้องถิ่น/ชุมชน/หน่วยบริการปฐมภูมิจะส่งบุคลากรไปเรียนที่สถาบันการศึกษาพร้อมทั้งงบประมาณสนับสนุนต่อไป หรือบางท้องถิ่นก็อาจมีงบประมาณของตนเองมากพอที่จะนำมาผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขเองก็ได้ หรืออาจได้จากชุมชนเป็นผู้ส่งเรียนเอง รวมทั้งปัจจุบันบุคลากรด้วย

4.2.3 การบริหารจัดการ(การใช้)และการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

ในอดีตและปัจจุบันสถานะ(status)ของบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือการจ้างงาน ส่วนใหญ่เป็นในรูป

(1)เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลาง เช่นเป็นข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว หรืออาจเป็นการจ้างแบบอื่นที่ไม่ใช่ราชการ เช่นภาคเอกชน นักธุรกิจ หรือองค์กรต่างๆ

ซึ่งในอนาคตสถานะและการจ้างงานอาจเป็นในรูปอื่นๆที่หลากหลายมากขึ้น เช่น

2)เป็นเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขีดความสามารถที่เหมาะสม เช่นข้าราชการท้องถิ่น หรือการจ้างงานรูปแบบอื่น

3)เป็นบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นคู่และโดยชุมชนท้องถิ่น ที่จ้างงานโดยชุมชนในท้องถิ่นนั้นๆ

4)เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ประกอบอาชีพอิสระ

5)เจ้าหน้าที่ในองค์กรมหาชน

อาจเป็นแบบผสมของทั้ง ๕ แบบข้างต้น โดยขึ้นกับสาขาวิชาชีพและลักษณะการทำงาน โดยอาจแบ่งเป็น

-ลักษณะวิชาชีพหรืองานที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณสุข ก็อาจจำเป็นที่จะต้องให้มีความมั่นคงในวิชาชีพมาก(รัฐบาลต้องส่งเสริมสนับสนุนอุปกรณ์พิเศษ) เช่นบุคลากรที่ทำงานในระดับรากหญ้าเช่นที่สถานีอนามัย หรือในพื้นที่ห่างไกล Thur กันดาร หรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพเป็นต้น

-ลักษณะวิชาชีพหรืองานที่เป็นประโยชน์ต่อนักคลสุข ก็ควรปล่อยให้เป็นอิสระ ให้ชุมชนท้องถิ่นสนับสนุนอุปกรณ์

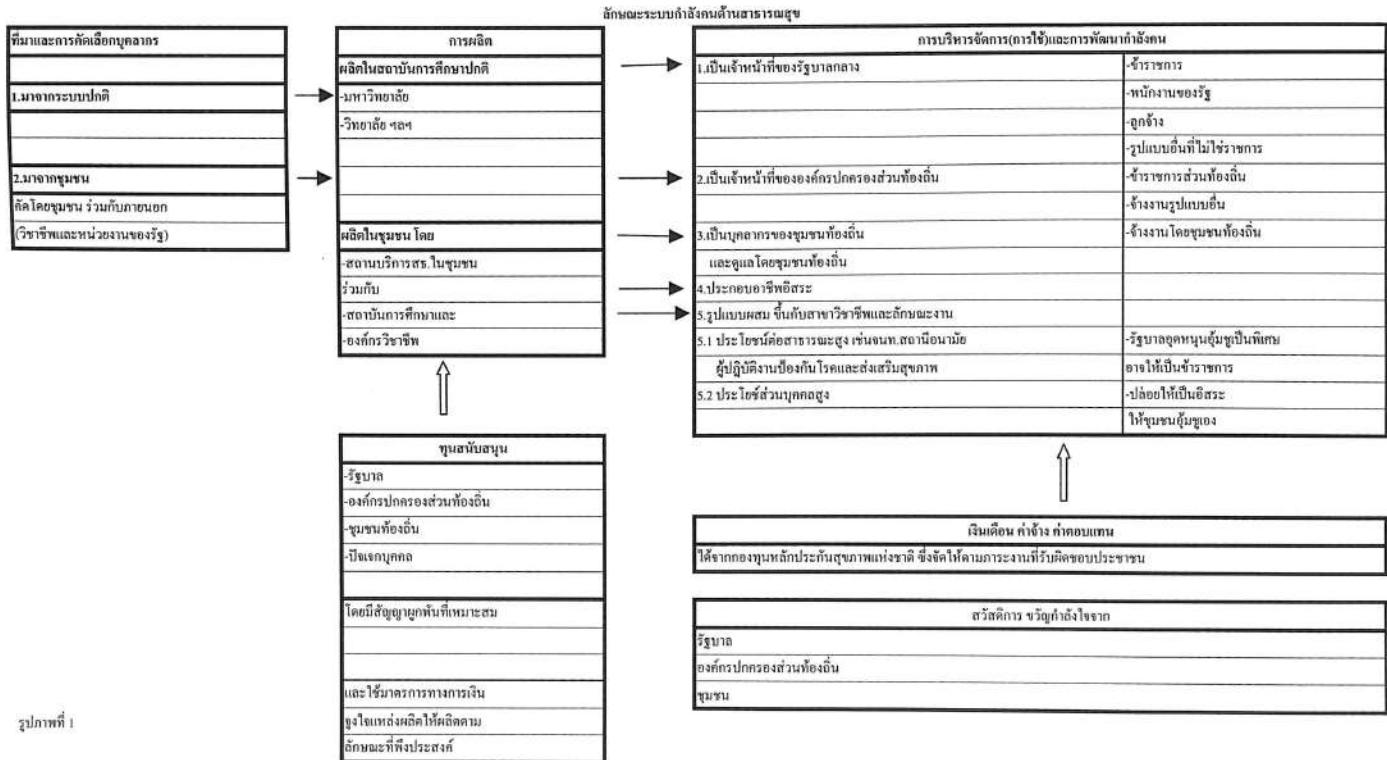
ทั้งนี้ระบบการจ้างงาน เงินเดือน ค่าตอบแทน ส่วนใหญ่ได้จากการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจัดให้ตามภาระงานที่รับผิดชอบต่อประชาชน ส่วนสวัสดิการและประโยชน์ต่องานอื่นๆ ก็อาจได้มาจากรัฐบาลกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือจากชุมชนโดยตรง

โดยสรุปลักษณะระบบกำลังคนดังกล่าว ทั้งด้านระบบที่มาและการคัดเลือก(recruitment) ร่วมกับการผลิต ร่วมทั้งกระแส/พิศวงระบบบริการสุขภาพในอดีตและปัจจุบัน และระบบการบริหารจัดการและ

พัฒนากำลังคนซึ่งเน้นภาคการผลิต(supply side) ดังกล่าวทำให้ไม่สามารถรังสี(ดูด) ช่วงรักษาให้บุคลากรคงอยู่(retain)ได้ ทำให้เกิดความไม่สมดุลของระบบกำลังคนด้านสุขภาพในหลายรูปแบบ เช่น

- ความไม่สมดุลด้านจำนวนต่อประชากรหรือภาระงานในภาพรวม
- ความไม่สมดุลด้านพื้นที่ระหว่างภูมิภาค ภูมิศาสตร์ ระหว่างชนบทกับเขตเมือง ระหว่างเขตป่า เขากับพื้นราบ
- ความไม่สมดุลระหว่างสถานบริการในจังหวัด อำเภอ ตำบล
- ความไม่สมดุลด้านสาขาวิชาชีพ บางสาขามีมาก บางสาขามีน้อย สัดส่วนในทีมสุขภาพเสียไป
- ความไม่สมดุลด้านบทบาทหน้าที่ ระหว่างผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางกับวิชาชีพทั่วไป

โดยสรุปอนาคตภาพลักษณ์ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขอาจเป็นตามรูปภาพที่ 1



amphon@hsro.or.th

From: "saipin danwatana" <saipindanwatana@hotmail.com>
To: <doctorshig@yahoo.com>; <ugrid@health.moph.go.th>; <suriya@health.moph.go.th>;
<amphon@hsro.or.th>; <pitiporn@health.moph.go.th>; <piyaorn@hsri.or.th>;
<sakul@hsri.or.th>; <salika@health.moph.go.th>; <spsriva@yahoo.com>;
<supavadee@hsri.or.th>; <tippyp@health.moph.go.th>
Sent: 30 กรกฎาคม 2546 19:28
Attach: ข่าวกำลังคน.doc
Subject: ข่าวที่จะแกลงแก่สื่อมวลชน

ขอส่งข่าวที่จะแกลงแก่สื่อมวลชนฯให้อ่านกันค่ะ
โดย อ.ไฟโรจน์ อ.อ่พล และ คุณหนอเกรียงศักดิ์ เป็นผู้แกลง วันพุธนี้ ที่สปรส.
เวลา 11.00 น.ค่ะ
สายพิน ดำเนินรัฐนา

>From: kriengsak vacharanukulkieti <doctorshig@yahoo.com>
>To: Ugrid Milintangkul <ugrid@health.moph.go.th>, Suriya Wongkongkathep
><suriya@health.moph.go.th>, Amphon Jindawattana <amphon@hsro.or.th>,
>Pitiporn Chantha Rathut <pitiporn@health.moph.go.th>, Piyaorn Dangpayont
><piyaorn@hsri.or.th>, Saipin Danwatana <saipindanwatana@hotmail.com>,
>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>
>Subject: ปรัชญาฯ
>Date: Wed, 30 Jul 2003 00:38:05 -0700 (PDT)
>
>ยังนี้ส่งให้ดูแก่เหงา
>
>Ugrid Milintangkul <ugrid@health.moph.go.th> wrote: เรียน ทีมงานกำลังคน
>เกี่ยวกับการประชุมวันที่ 25 ก.ค. นี้ และได้มีการนำ agenda
>ไปเข้าที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการวันที่ 29 ก.ค. นี้มีประเด็นที่ขอหารือ
>รวมถึงเรื่องอื่นๆ ดังนี้
>1. กำหนดการวันที่ 7 ส.ค. ช่วงการนำเสนอของหนอเกรียงศักดิ์นั้น
>ตามแนวคิดการจัดสมัชชา จะเป็นการเสนอข้อเสนอจากสมัชชาสุภาพเฉพาะประเด็น
>"...กำลังคน...." ดังนั้น
>การเตรียมเนื้อหาและตัวผู้นำเสนออาจจะต้องมีการทบทวนกัน
>ส่วนเนื้อหาคงเป็นไปตามที่เราได้ทำงานนา
>2. เราจะมีการกำหนดคุณสมบัติและตัวบุคคลที่ทำหน้าที่ moderator และ
>facilitator
>กันเมื่อได้ และอย่างไรกันดี เพราะกลุ่มย่อยนี้ขนาดใหญ่นัก
>3. ในวันที่ 31 ก.ค. 11:00-12:00 จะมีการแกลงข่าวเรื่องนี้ที่สปรส.
>ขอเชิญพวกเรเข้าร่วมด้วยนะครับ เพื่อจะได้ทราบสถานการณ์ในเชิงสื่อด้วย
>โดยเฉพาะคุณหนอเกรียงศักดิ์จะเป็นผู้ร่วมแกลงข่าวด้วย
>4. เราจะยืนยันการประชุมทีมงานในวันที่ 1 ส.ค. เวลา 13:30 น. เป็นต้นไปที่
>สปรส. และเราจะเชิญให้เข้าประชุมบังคับ เช่น หนอสุวิทย์ เป็นต้น
>5. ข้อเสนอจากคุณหนอเกรียงศักดิ์ หากท่านได้รับแล้ว ข่วยส่งต่อนาให้ผู้ด้วย
>โปรดตอบกลับด้วยครับ ขอบคุณมาก
>อุกฤษฎ์.

สมัชชาสุขภาพเสนอ 3 มาตรการผ่าทางตันปัญหาหมอล้อออก

เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2546 สปรส.จัดแถลงข่าวเรื่อง ข้อเสนอเบื้องต้น “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน” ที่ได้จากเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประจำเดือน เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนกำลังคนสาธารณสุขอย่างเป็นระบบและได้ผลยั่งยืน

นพ.ไพร่อน นิสานนท์ รองประธานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กล่าวว่า กำลังคนสาธารณสุขเป็นหัวใจพยากรและเป็นผู้ใช้ทรัพยากรที่สำคัญในการบริการสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนสาธารณสุขสูงถึงร้อยละ 60 - 70 ของค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทั้งหมด ที่ผ่านมาประเทศไทยประสบปัญหาขาดแคลนกำลังคนสาธารณสุขทั้งแพทย์ พยาบาล และกำลังคนสาขาอื่นในชนบทเป็นปัญหารือรังคลอดมา รัฐบาลพยายามแก้ปัญหาด้วยวิธีต่างๆ เช่น กำหนดให้แพทย์ทันตแพทย์ เกสัชกรต้องไปทำงานในชนบทระยะหนึ่งหลังสำเร็จการศึกษา หรือ กระทรวงสาธารณสุขคัดเลือกนักเรียนในจังหวัดต่างๆ เข้ามาเรียนเป็นพยาบาลและหมอมอนามัยแล้วให้กลับไปทำงานในจังหวัดของตน และการเพิ่มค่าตอบแทนต่างๆ เป็นต้น เหล่านี้สามารถแก้ปัญหาได้เพียงระดับหนึ่ง ถึงวันนี้สภาพการขาดแคลนกำลังคนสาธารณสุขในชนบทโดยเฉลี่ยอย่างยิ่งแพทย์ยังทวีความรุนแรงมากขึ้น ฝ่ายรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขก็พยายามหาทางแก้ปัญหาเฉพาะหน้า กันอยู่ ซึ่งก็อาจได้ผลบ้างไม่ได้ผลบ้าง คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) จึงเห็นว่าจะจำเป็นต้องมีการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหารือรังคลอดที่กันในระยะยาว โดยมองไปไกลถึงอนาคต 10-20 ปี ข้างหน้าและเน้นที่การกระจายกำลังคนเพื่อให้ประชาชนในชนบทได้รับบริการสาธารณสุขที่ดีมีมาตรฐานอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม

นายแพทย์อัมพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กล่าวว่า เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2546 มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพ ว่าด้วย การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน ช่วยกันหาข้อเสนอเรื่องนี้ ก่อนที่จะนำเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในวันที่ 7-8 สิงหาคม ที่จะถึงนี้ โดยมีการทำงานทางวิชาการมาเป็นฐานสนับสนุน ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพเสนอว่า ต้องกำหนดมาตรการแก้ปัญหาทั้งระบบ โดยคำนึงถึงสิทธิชุมชนตามรัฐธรรมนูญ และตามแนวโน้มนโยบายที่เขียนไว้ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยมีข้อเสนอที่เป็นจุดค้นดึงสำคัญ 3 เรื่องคือ

1. ให้ปรับระบบการจัดสรรงบประมาณ เพื่อการผลิตกำลังคนสาธารณสุขที่รัฐบาลจัดสรรให้กับกำลังการผลิตของรัฐ (production side) ที่ทำอยู่ในปัจจุบัน เปลี่ยนเป็นการจัดสรรตามความขาดแคลนของพื้นที่ (people side) เพื่อให้สถาบันผลิตกำลังคนสาขานั้นๆ ดำเนินการผลิตเพื่อให้กับพื้นที่อื่น ๆ โดยรู้ล่วงหน้ามีแผนงานที่ชัดเจน เป็นการเพิ่มความเสมอภาคในสังคม โดยยึดสิทธิชุมชนเป็นหลัก ชุมชนได้ขาดแคลนกำลังคนสาธารณสุขสาขาใดมากก็ต้องได้เงินค่าผลิตกำลัง

คนมาก เป็นการปฏิรูปเช่นเดียวกับที่รัฐบาลปฏิรูประบบงบประมาณเพื่อการจัดบริการด้านสาธารณสุขตามโครงการ ๓๐ นากรักษาทุกโรค ในต่างประเทศเช่นในอเมริกาบางพื้นที่ก็มีการทำอย่างนี้ พื้นที่ขาดแคลนก็ได้รับความเป็นธรรมมากขึ้น แก้ปัญหาระยะยาวได้

๒. เมื่อพื้นที่ขาดแคลนได้គ่าต้าและงบประมาณผลิตแล้ว ก็ให้เน้นระบบคัดเลือกนักเรียนจากชุมชนเข้าเรียนสาขานั้น ๆ เพื่อกลับไปทำงานในชุมชนของตัวเอง เช่น พยาบาล หมออามัย คัดจากอำเภอ ตำบล กลับไปทำงานในอำเภอ ตำบล แพทย์อาจคิดจากจังหวัดแล้วกลับไปทำงานในจังหวัดของตน การคัดนักเรียนจากชุมชนควรทำความคู่กันไปกับระบบคัดเลือกนักศึกษาตามระบบปกติ แต่ควรทำในสัดส่วนที่มากกว่า จะเป็นการเพิ่มความเสมอภาคในสังคม

๓. เมื่อนักศึกษาจบกลับไปทำงานควรมีระบบจ้างงานหลาย ๆ แบบ ไม่จำเป็นต้องเป็นข้าราชการอย่างเดียว โดยเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร สามารถเบิกจ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) ได้อยู่แล้วตามภาระงานที่ทำ และรัฐบาลช่วยจ่ายเพิ่มเติมให้ในกรณีพื้นที่ห่างไกล และทุรกันดารเป็นการเฉพาะก็ได้ โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนเองก็สามารถร่วมจ่ายเงินเพิ่มพิเศษนี้ได้ตามความเหมาะสม

นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ นักวิชาการผู้ได้รับมอบหมายให้สังเคราะห์ข้อเสนอวิชาการนี้ กล่าวเพิ่มเติมว่า การแก้ปัญหาขาดแคลนกำลังคนสาธารณสุขในชนบทแก้มีได้ด้วยวิธีการแบบเดิม ๆ เพราะสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังวันนี้งบประมาณบริการสาธารณสุขกู้ปรับเป็นการจ่ายตามรายหัวประชากร เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมก็ต้องปรับเรื่องการจัดการกำลังคนตามกันไปด้วย การจัดงบประมาณผลิตตามความต้องการของพื้นที่จะเป็นการดี อำเภอที่ขาดแคลนแพทย์ พยาบาลเรื่องมาก ก็จะได้งบประมาณผลิตที่ชัดเจน คนที่จะเข้าไปเรียนตามโครงต้านี้ ไม่ว่าคัดจากชุมชนนั้น ๆ หรือมาจากชุมชนอื่นแต่เข้าเกณฑ์ที่เหมาะสม หรือสอบเข้ามาตามระบบปกติจะรู้ว่าหน้าที่รู้อนาคตของตัวเอง หากไม่ต้องการไปทำงานตามที่กำหนดก็สามารถไม่เรียนได้ ส่วนคนที่เต็มใจเรียนก็จะไปทำงานอย่างเต็มใจ เน้นที่สัญญาใจมากกว่าสัญญากระดาษ

นอกจากนี้การที่เปิดให้ชุมชนมีส่วนร่วมมีบทบาทดูแลสนับสนุน ย่อมจะมีส่วนทำให้กำลังคนในพื้นที่ทำงานอยู่ได้นาน เกิดความผูกพันกับพื้นที่กับผู้รับบริการ

“เรื่องนี้เป็นข้อเสนอใหม่ที่ทำทายผู้เกี่ยวข้อง ว่ากล้าคิดกล้าทำสิ่งใหม่นี้หรือไม่ หรือจะปล่อยให้ฝ่ายรัฐบาลแก้ปัญหาด้วยวิธีการเดิม ๆ วันที่ 7-8 สิงหาคมนี้ จะมีการคุยกันก่อนต่อที่เวทีสมัชชาสุขภาพไปเทคโนโลยี บางนา ด้วย” น.พ.เกรียงศักดิ์ กล่าวตอนท้าย

ວິພາດຍົວທີ

ກຸມວ

ຮັບຈາກຮະບາບກາ

ຢູ່ ພູກແພຍີພາກນໍລັງໄຫລອອຈາກຈະບາບກາ
ເປັນສິ່ງທີ່ນ່າວິດກະລະນ່າຕະຫຼາກ ທຳໃຫ້ເກີດ
ສກວາກຮົດຂາດແຄລນແພຍີຊື່ກໍລຳລົງທຶນມຸນແຮງຂັ້ນ
ຖຸກຂະນະ ຂະນະທີ່ຜູ້ອູ້ໃນວິຊາຂຶ້ນພໍາຍາມເຮັດເກົ່າໃຫ້ຝ່າຍການ
ເມືອງຕະຫຼາກລົງປູກຫາ ແລະ ປັບປັບທີ່ກ່ອງໃຫ້ເກີດປາກງານ
ກຮົດດັກລ່າວ ແຕ່ປາກງານວ່າຝ່າຍການເມືອງໃນສຽນະ
ຜູ້ວິທາຮະກະທຽບສາຫະລຸນສຸຂ ກລັນມອນເປັນຝ່າຍຕຽນ
ຂ້າມ ດິນຂາດທີ່ນາງສຸກາວັດນີ້ ເກົ່າງຫັນຫຼູ້ ຮັ້ນມີຫຼົງ
ກຮົດກະທຽບສາຫະລຸນສຸຂ ຍັງເຊື່ອວ່າ ແພຍີທີ່ກໍລຳລົງຮັບ
ອີທີພລດ້ວຍຮູບາລເປັນແພໜັ້ນ

ຮາຍານ

ສຶກສົນ ອ່າວນາຄ

ດ້ວຍຄວາມຮູ້ສຶກທີ່ກໍລຳ ທຳແລ້ວເຖິງ
ໃນປະຊຸມການສຶກນາດຕ່ອ
ເນື່ອງຂອງແພຍີແຫ່ງຂໍາດີຮັງທີ່

1 ວັນທີ 10 ກຣມວາມ ສຸນຍາກປະຊຸມແກ່ງໜາດລົງກົດ

ສ.ນ.ພ.ອຽນ ເຊົ່າສັວົດ ທີ່ປົກກາມຮົມວ.ສາຫະລຸນສຸຂ
ກລ່າວວ່າ ຂະນະນີ້ມີຂອດເດີຍກັນວ່າຈຳນານແພຍີເພີ້ງ
ພອຫລະນີໄຟ່ທີ່ນີ້ນ່ອກວ່າຂາດແຄລນເທົ່າວ້າ ອີກຝ່າຍ
ນອກວ່າພອແລ້ວ ທຳໃຫ້ກຮົດແພຍີຂະລວ ແຕ່ໂດຍສ່ວນ
ຕົວເທັນວ່າບໍລິສັດແພຍີມີເພີ້ງພອ ຕົວໆກົດເພີ້ງປະ
ມານ 1,500-2,000 ດັບຕອນ ແລະ ຕອນເນື່ອງກັນໄປ 20 ປີ

“ເພົ່າວ່າດອນນີ້ແພຍີຄົນໄຫວມີ້ອ່າງທາງໄປກີຈະໄປ
ເກີດກັນປາກທີ່ວີໄປການນັ້ນດີ”

ອາຈານຍົມອອຽນ ນອກພານທີ່ປະຊຸມວ່າ ຈາກການ
ເດີນທາງໄປໃນທຸກຈັງຫວັດ ສະຖານທີ່ທີ່ຄືດວ່າຈົບປັນ ເຊັ່ນ
ອູ້ຍ້າ ສິນຫຼຸບ ປຸ່ມຫຍານີ້ ໃນຕົວເມືອງມີແພຍີກົງຈົງ ແຕ່

ມີເນັດຖຸກສາຫາ ເຊັ່ນ ຈົດວິທາພາບຢາວິທີ່ຢາ ຂັດແຄລນ
ມາການແກ່ງມີແຕ່ເປັນແຄພັກງານຂອງຮູ້ຈົງໄນ້ມີອຳນາຈັດສິນໃຈ
“ຂອງເຍື່ນວ່າການເອກະນີໄດ້ມາດູດແພຍີໄປ ແຕ່ແພຍີເລືອກ
ຈະໄປເອງ ຄວາມຈິງໂຮງພຍານາລເອກະນີ ກີ່ຈຳກັດຈຳນານເໜືອນ
ກັນ ໄນໃຊ້ໂຄໄປກີ່ຮັບທຸມດ ທີ່ສຳຄັນໄນ້ມີມີອົກໃນຮັບ ຂາວຕ່າງ
ໜາດໃຫ້ກຮົດອົມຮັບແພຍີໄທແຫ່ມາໃຫ້ວິກາຈຳນານມາກນຳເຈີນ
ເຂົ້າປະເທດປີລະຫວ່າງມີນີ້ລ້ານ ຂຶ້ງສົວໃຫຍ້ເປັນໂຮງພຍານາລ
ເອກະນີ.

ຂະນະນີ້ຮັບພາຍາມທຳໃຫ້ປະເທດໄຫຍ້ເປັນສູນຍົກລາງທາງ
ກຮົດແພຍີ ດັ່ງນີ້ຈະມີມາຍໄດ້ໄໝດ້າກວ່າ 1 ແສນລ້ານນາທແຕ່ວ່າ
ແພຍີຍັງຂາດແຄລນແລະ ດ້ວຍຝຶກທັກະຈຳນານນີ້ ສມາຊີກ
ແພຍີສາຫານທີ່ມີຢູ່ຮ່າງ 26,000 ດັບໃນຈຳນານນີ້ດໍາງຕະແຫ່ງ
ນາຍແພຍີສາຫະລຸນສຸຂຈັງຫວັດ ວອງສາຫະລຸນສຸຂຈັງຫວັດ ຂຶ້ງມີ
ຈັງຫວັດສີ່ຫຼັກຄົນ ທີ່ໄດ້ຕຽວອຸຄນໃໝ່ ວົມດົງກົງກົງ 1,000 ດັບ
ທີ່ບໍລິຫານຈົນໄຟໄໝໄກກະທຽບ ອົກ 1,000 ດັບມີນາຍົກໃຫຍ້ອູ້ຢູ່
ໄວ້ຮັບແພຍີ” ຄນ.ພ.ອຽນ ຮະນຸ

ນ.ພ.ຊຸມສົກຄົດ ພຸດຍາພັງສົກ ອົດໃຫຍກແພຍີສາຫາ ມອງວ່າ
ກາງລາອອກຂອງແພຍີມີລາຍສາຫາດ ແລະ ຍ່ມີມີນີ້ສ່ວນນີ້ມີ
ເປັນເພວະໂຄງການ 30 ປີ ດ້ວຍໜ່າງເຊົ່າວິລຸ່ມູ້ແພຍີທີ່
ເຊີ່ຍໃໝ່ໄໝ່ພ່ອມໃຈກັນລາອອກ ເນື່ອຈາກໂຄງການ 30 ປີ ພັກ

ໃຫ້ເຫັນວ່າມີກົດກັນອຳນວຍການໃຫ້ກໍລຳລົງແພຍີ
ຮ.ພ.ຕົ້ນຜົດກັນອຳນວຍໃຫ້ກໍລຳລົງແພຍີ ແຕ່
ຊຸມຍາ ເຫັນວ່າມີກົດກັນອຳນວຍການໃຫ້ກໍລຳລົງແພຍີ
ມີກົດກັນໃໝ່ເຊື່ອດອກຈາກຈຳຈັງໄປປະ

ອີກສ່ວນກີ່ເປັນເຮັດວຽກຂອງສົກຄົດສົກ
ມີມີກົດກັນ ເລີຍອອກໄປຢູ້ກັບເອກະ
ພຍານາລເອກະນີ ເພວະໄວ້ໄດ້ແພ

“ລອງດີດູດດອນນີ້ດ້າມີມາຍໄດ້ !
ການທີ່ດັ່ງເອງຮັກແລະ ໄດ້ເປັນແສນທ້າ
ກີໄດ້”

ອົດໃຫຍກແພຍີສາຫາ ກ່າວວິກ
ປະເທດໄຫຍ້ເປັນສູນຍົກລາງທາງກາ
ເຂົ້າປະເທດສີ່ຫຼັກຄົນນີ້ມີຂາວ
ຮ່າງສົວໃຫຍ້ເຊົ່າວິລຸ່ມູ້ແພຍີທີ່
ເລືອກມີນີ້ກ່າວຄົນທີ່ປະເທດ
30 ປີ ໄກຈະດູແລ
ແລ້ວໄໝ່ພ່ອມໃຈກັນລາອອກ ມີ
ຕ່າງທີ່ສ່ວນໄປກັນໄປກັນໄປກັນໄປ
ເຊີ່ຍໃໝ່ໃຫຍ້ວ່າມີກົດກັນອຳນວຍ

ໃຫຍ້ວ່າມີກົດກັນອຳນວຍ

ພຣະທະກະ

16

11 ກອ. 46

61

สำนักงานอธิการบินฯ อุบลฯ

จดหมาย

วันที่

เช่น ผู้ตัดหัวใจ และไม่น่าแปลกใจเพราเมรายได้ 7 หลักต่อปีปัญหาคือภาครัฐไม่เคยเปลี่ยนแปลงค่าตอบแทนแพทย์” น.พ.ชุมศักดิ์ กล่าวและทั้งท้ายด้วยคำพูดว่า ก็ยังต้องไม่หลอกนอกประเทศ

ศศ.พนิจ กล่าวด้วยว่า “จากการไปดูงานแพทย์สภากที่ประเทศไทยอังกฤษ มีแพทย์มาเข้าประจำปีละ 2 แสนคน มีประชากร 60 ล้าน จึงมีแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 300 คน ขณะที่ประเทศไทยแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 2,300 คน ถือว่าขาดแคลนแพทย์มาก ที่สำคัญเงินน้อยงานหนัก เสียงถูกฟ้องร้อง”

“สูกซึมย่อมไปทำงานต่างประเทศได้ปีละ 10 ล้าน บางคนเป็นหนักงานของรัฐไม่มีอะไรพิเศษ อย่างadamว่าเงินเดือน 20,000 บาท ที่ได้รับ 10 ปี จะเก็บเงินซื้อบ้านได้ใหม่ ซึ่งหัวข้อผู้นำรัฐบาลคงจะเข้าใจ ไม่ใช่แต่แพทย์เท่านั้นรวมถึง ข้าราชการอื่นๆ ด้วย ว่าควรได้รับค่าตอบแทนมากกว่านี้”

เลขาธิการแพทย์สภาก มองว่า ตามมาตรฐาน 5 ของ พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม 2525 医師法 มีลักษณะอักษรคิดเห็นต่อรัฐบาล โดยขออีนยันว่าไม่ได้ต้องการดำเนินโครงการ พร้อมจะทำงานร่วมกับทุกคน เน้นด้วยกับโครงการ 30 นาท แต่รายละเอียดยังคงพิร่องดังนั้นต้องแก้ไข และอย่าทำให้ผู้ปฏิบัติงานเดือดร้อน ทั้งนี้ในวันที่ 15 ส.ค. 医師法 จะเปิดเวลาที่ใหญ่ ทำประชุมพิจารณาร่างแพทย์ล้าออก โดยเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาหารือ และขอเชิญหน่วยงานสุดารัตน์ เกษรฯ พัฒนา ให้มารับฟังปัญหาครั้งนี้ด้วย ขณะนี้ได้ส่งแบบสอบถามไปยังสมาชิกแพทย์สภากที่ลาออก เพื่อขอทราบเหตุผลที่แท้จริง คาดว่าภายในสิ้นเดือนนี้จะได้ค่าตอบ อายังไงก็ตาม อาจยังไม่ได้ข้อสรุปในวันนั้นหรืออย่างต้องมีการหารือเพิ่มเติม เพราะเรื่องนี้เป็นปัญหาใหญ่

ขณะที่นางสุดารัตน์ เกษรฯ พัฒนาตัวว่ากฎกระทรวงสาธารณสุข พุดในที่ประชุมในลักษณะดำเนินความเห็นของเหล่าคุณหมอด้วยภาษาปัญหาแพทย์หนึ่งออกจากระบบราชการ โดยเรอกล่าวว่า ยินดีที่จะให้ความร่วมสัมมนากับแพทย์สภาก และให้ความร่วมมือกับทุกหน่วยงาน ในการแก้ไขปัญหาแต่การประชุมสัมมนา ต้องนำข้อเท็จจริงมาหารือกัน ในเชิงสร้างสรรค์ร่วมกันแก้ไข ไม่ใช่มาเพื่อพูดความจริงไม่晦涩มา ໄวยวยาเรื่องแพทย์ล้าออก ทั้งๆ ที่เป็นปัญหาในอดีตตั้งแต่แพทย์เหล่านี้ยังเป็นหนุ่มอยู่

เช่น บอกว่า กระทรวงสาธารณสุขจะแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบภายในเดือนนี้ และไม่เคยบังคับให้แพทย์ต้องไปออกตรวจริการเคลื่อนที่ ดังนั้นอย่าเหมารวม “คิดถ้วนไม่ได้ว่าแพทย์สภาก แต่เมื่อถูกต้องนี้มีบางท่านยกคุณเห็นว่าการว่าร้ายรัฐบาลเป็นแพทย์ที่มีความจริงไม่สมควร คิดว่าควรรัฐบาลแล้วเท่า จึงต้องย้ำว่าจะทำอะไรก็ต้องเป็นไปในทางสร้างสรรค์”

นั้นเป็นความรู้สึกของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

Username: amphon@health.moph.go.th

Quota Limit: 10.00 MB / Quota Usage: 8.98 MB (89.84%) !!! Warning !!!

Date: Thu, 10 Jul 2003 22:13:34 +0700

From: Thaksaphon Thamarangsi <thaksaphon@hsri.or.th>

To: Piya Hanvoravongchai <piya@hsri.or.th>

Cc: Viroj Tangcharoensathien <viroj@hsri.or.th>, Suwit Wibulpolprasert <suwit@hsri.or.th>, Amphon Jindawatana <amphon@health.moph.go.th>

Subject: ส่งฉบับที่แก้ไขใหม่มาให้ครับ

Part(s):  2 rearrange document.doc application/msword 568.58 KB 

 1.2 unnamed text/html 1.56 KB 

เรียนพี่ๆทุกท่าน

ผมขออนุญาตส่งฉบับที่แก้ไขใหม่มาเป็น less emotional version ครับ

แก้ไข format และ ส่วนหน้า และ ส่วนข้อเสนอแนะร่างท้ายที่แก้ไขไม่ทั้งหมดตามที่ที่อีเมลแนะนำว่าควรเสนอทางอีเมล

ขอบคุณครับ

ทักษะผล

<<rearrange document.doc>>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลากອกຈາກราชการของแพทย์ในปี พ.ศ. 2544 และ 2545(ร่าง)

บทคัดย่อ

ปัญหาการลากອกຈາກราชการของแพทย์ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2545 โดยมีอัตราการสูญเสียถึง 32.2 ของจำนวนที่เข้าสู่ระบบในปีเดียวกัน ในจำนวน 758 คนที่ลาออกจากหน่วยงานในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2544-2545 นั้น สามารถสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นได้ 716 คน พบร้า ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ในวัยหันมุ่นสาว พึงหมดภาระการดูแลทุน เป็นแพทย์ทั่วไป และ เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นหลัก ในจำนวนนี้มีภาระงานอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลกว่าครึ่ง

จากการตอบแบบสอบถามโดยแพทย์ที่ลาออกในช่วงดังกล่าว 286 ราย พบร้าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจลาออกจากแพทย์ที่มีจำนวนมากที่สุดในภาพรวมได้แก่ ภาระงาน แต่ไม่มีการแยกกลุ่มเพื่อพิจารณาผลของปัจจัยต่างๆ พบรูปแบบที่ต่างกันเป็น 2 แนว คือ ในกลุ่มแพทย์ทั่วไป, 医師 อายุน้อยและแพทย์จากโรงเรียนแพทย์ จำนวนมากมากให้ความสำคัญกับโอกาสในการศึกษาต่อ และ ระบบพนักงานของรัฐ มากที่สุด ในขณะที่กลุ่มแพทย์ที่อายุมากกว่า 30 ปี, 医師 เอกพาทางและแพทย์โรงเรียนศูนย์ โรงเรียนแพทย์ทั่วไป มักจะให้ความสำคัญกับภาระงาน และระบบบริหารที่ไม่เป็นธรรม มากกว่า

รูปแบบอิทธิพลของปัจจัยที่ต่างกันนี้ น่าจะนำไปสู่แก้ไขปัญหาในจุดต่างๆ ด้วยมาตรการที่ต่างกัน และ ตรงกับปัจจัยที่มีผลมากในกลุ่มนี้ และ มาตรการแก้ปัญหาเชิงเดียวอย่างไม่ใช่ทางออก ผู้ทำการศึกษาได้เสนอ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่กว้างกว่าปัญหาลากອกຈາກของแพทย์ด้วยมาตรการ สร้าง ความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ, สร้างความคล่องตัวของระบบด้วยการอุปกรณ์และภาระงาน อำนาจ , การสร้างความมั่นคงทางวิชาชีพทั้งด้านการเงิน ความก้าวหน้า ภาระครอบครัว, การควบคุมกำกับผล การขยายตัวของภาคเอกชนที่จะมีผลต่อภาคราชการ, การปรับเปลี่ยนรูปแบบการผลิตแพทย์ให้สอดคล้องกับ การปฏิรูปสุขภาพ และ การสร้างจิตสำนึกร่วมกันในคุณค่าของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในระบบราชการ

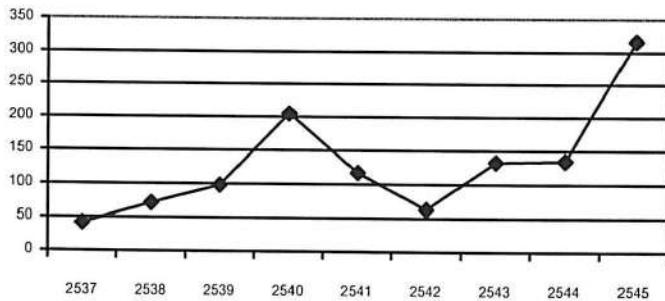
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามที่ปรากฏเป็นข่าวในสื่อมวลชน ถึง จำนวนแพทย์ที่ลาออกจากราชการในช่วงเวลาไม่นานนัก หลังจากที่เริ่มเข้าสู่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) ถันเป็นสถานการณ์ที่น่า忧慮 ฝ่ายแสดงความวิตก ถึงผลกระทบที่กำลังจะตามมาจากการลากອกຈາກราชการของแพทย์

และหลายท่านได้ออกมาแสดงความคิดเห็นถึง "สาเหตุ" ในการลากອกຈາกของแพทย์ รวมถึงการเสนอ มาตรการที่ควรนำไปใช้แก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งต้องยอมรับว่าส่วนมากเป็น "ความเห็น" ซึ่งอาจจะตรง หรือ "ไม่ ตรง กับ "ความจริง" ก็ได้ จึงทำให้อ่านน้อยในการพิจารณาปัญหาดังกล่าว ความมี ข้อมูล ที่มากกว่าแค่ จำนวน ในการหาทางแก้ไขต่อไป

เมื่อพิจารณาจำนวนแพทย์ที่ลาออกจาก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อันเป็นสัดส่วนใหญ่ของแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข และที่สำคัญคือ 医師 ในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการแก่ประชาชนในเขตพื้นที่ต่างจังหวัดเป็นหลัก โดยเมื่อพิจารณาจำนวนที่จำแนกตามปี พ.ศ. ที่แพทย์ลาออกโดยไม่ได้คำนึงถึงสถานภาพว่าเป็นข้าราชการหรือ พนักงานของรัฐ จะแสดงได้ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 จำนวนแพทย์ที่ลาออกในแต่ละปี



ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จำนวนแพทย์ที่ลาออกจากหน่วยงานเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2545 ที่มีการเข้าสู่โครงการ 30 นาทีรักษาทุกโรค พอดี แต่เมื่อพิจารณาจำนวนที่ลาออกเทียบกับจำนวนที่จบใหม่และบรรจุให้ปฏิบัติงานในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะแสดงได้ดังตารางที่ 1 ซึ่งพบว่าอัตราการบรรจุแพทย์ที่จบใหม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 500-600 คนในปี พ.ศ. 2537-2540 เป็นกว่า 900 คน ในปี พ.ศ. 2545 อย่างไรก็ตามพบว่า ในปี พ.ศ. 2545 มีร้อยละของการสูญเสียสูงที่สุด ประมาณ ร้อยละ 32.2 ของจำนวนแพทย์ที่เข้าสู่ระบบราชการ ดังนั้น ปรากฏการณ์การลาออกของแพทย์ที่เพิ่มขึ้นจึงเป็นความจริง อย่างไม่ต้องสงสัย แต่สิ่งที่ควรสงสัยคือ แพทย์กลุ่มนี้ลาออกจากระบบราชการด้วยเหตุผลใด

การที่ไม่รู้จักถึงสาเหตุที่เป็น ปัจจัย "ผลัก" แพทย์ออกจากระบบราชการ และ ปัจจัย "ดึง" แพทย์ไปสู่ระบบอื่นๆ นั้น อาจนำมาซึ่ง การแท็กไบปัญหาที่ไม่ตรงจุด ไม่ครบถ้วน หรืออาจจะเลยไปเป็นการแท็กปัญหาที่ไม่ได้ผล รวมถึง การมองสาเหตุของปัญหาต่างกัน อาจเป็น ชนวน ในการสร้างความขัดแย้งให้กับผู้เกี่ยวข้องอีกด้วย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนแพทย์ที่จบใหม่, ขอถับเข้ารับราชการ และลาออก

ปี	แพทย์ที่จบใหม่	ขอถับเข้ารับราชการ	แพทย์ที่ลาออก	สูญเสียสูง(ร้อยละ)
2537	526	0	42	8
2538	576	0	71	12.3
2539	568	0	98	17.3
2540	579	30	205	30.2
2541	618	93	117	3.8
2542	830	168	63	-12.6
2543	893	92	133	4.6
2544	883	67	135	7.7
2545	913	22	316	32.2

การศึกษาครั้งนี้จึงมีจุดประสงค์ที่จะค้นหาสาเหตุของการลาออกของแพทย์ โดยเฉพาะ อิทธิพลของ ปัจจัย "ผลัก" ของระบบราชการ ที่มีต่อแพทย์ที่เคยปฏิบัติราชการในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสา

รายงานสุข เพื่อที่จะนำเสนอ ผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการจัดการกับปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในระบบราชการต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อทำการศึกษาสาเหตุในการตัดสินใจลาออกจากแพทย์ เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านกำลังคนต่อไป

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษา ลักษณะ สถานภาพ และข้อมูลพื้นฐาน ของ กลุ่มแพทย์ที่ลาออก อันได้แก่ ประเด็น เพศ อายุ สถาบันการศึกษา ความชำนาญเฉพาะด้าน ภูมิลำเนา สถานที่ปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบ ภาระงาน และ รายได้จากภาครัฐ

และเพื่อทำการศึกษาระดับอิทธิพลของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการตัดสินใจลาออกจากแพทย์ โดยปัจจัยที่อยู่ในขอบเขตที่พิจารณาได้แก่ ภาระงาน รายได้รวม ค่าตอบแทน โอกาสในการศึกษาต่อเนื่อง ระบบบริหารที่ไม่เป็นธรรม ภาระทางครอบครัว และ ระบบบริหารพนักงานของรัฐ รวม 7 ปัจจัย รวมไปถึงข้อเสนอถึงระดับรายได้ ที่เหมาะสมสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐ

ขอบเขตการศึกษา

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

แพทย์ที่ลาออกจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2544 และ 2545 เนื่องจากเป็นต้นได้ ซึ่งนำมาใช้เคราะห์ในส่วนที่ 1 และ ที่สมควรใจตอบแบบสอบถาม ซึ่งนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในส่วนที่ 2

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ทำให้ทราบ ลักษณะ / สถานภาพ และข้อมูลเบื้องต้นของแพทย์ที่ลาออกจากราชการ ในปี พ.ศ. 2544-2545
2. ทำให้ทราบ สาเหตุในการลาออกจากแพทย์กลุ่มดังกล่าว ในรูปแบบของระดับของอิทธิพลที่มีผลต่อการตัดสินใจลาออก
3. สามารถนำข้อมูลที่ได้ ไปวิเคราะห์หารูปแบบ การลาออกจากแพทย์เพื่อนำไปใช้ตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อป้องกัน แก้ไข และ จัดการกับปัญหาภาระภารณ์การลาออกจากแพทย์ในอนาคตอันใกล้ ที่อาจจะมีลักษณะคล้ายกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลของแพทย์ที่ลาออกจากราชการที่หน่วยงานสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2544-2545 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 758 ราย โดยพบว่าในแพทย์กลุ่มนี้อาจจะมีบางส่วนที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โภ

พยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น แต่อาจปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสังกัดอื่นๆ ในรูปแบบของการช่วยราชการ การยึดตัว แต่ก็มีจำนวนดังกล่าวจำนวนมาก

การศึกษาครั้งนี้ได้แยกการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็นสองส่วนตามแหล่งข้อมูล ก่อนที่จะปิดท้ายด้วยสรุปผลการวิเคราะห์และข้อเสนอแนะต่างๆ ในส่วนที่หนึ่งเป็นข้อมูลของแพทย์จำนวน 715 รายที่หาได้จากแพทย์สภากองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงฯ ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล โดยมีการปรับแก้ไขข้อมูลของตนเองในแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมา

ในส่วนที่สอง ประกอบด้วยข้อมูลของแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม ที่ได้ทำการสั่งใบยังที่อยู่ของแพทย์แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนได้แก่ข้อมูลบุคคล ข้อมูลน้านหนักของปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกจากงาน และส่วนที่ให้แพทย์แสดงความคิดเห็น รายละเอียดดังเอกสารที่แนบมา

ผลการศึกษาและวิเคราะห์ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษา และ การวิเคราะห์ผลการศึกษา นั้น ผู้ทำการศึกษาขอนำเสนอแยกเป็นสองส่วนตามส่วนของข้อมูลที่ได้กล่าวไว้แล้วในระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

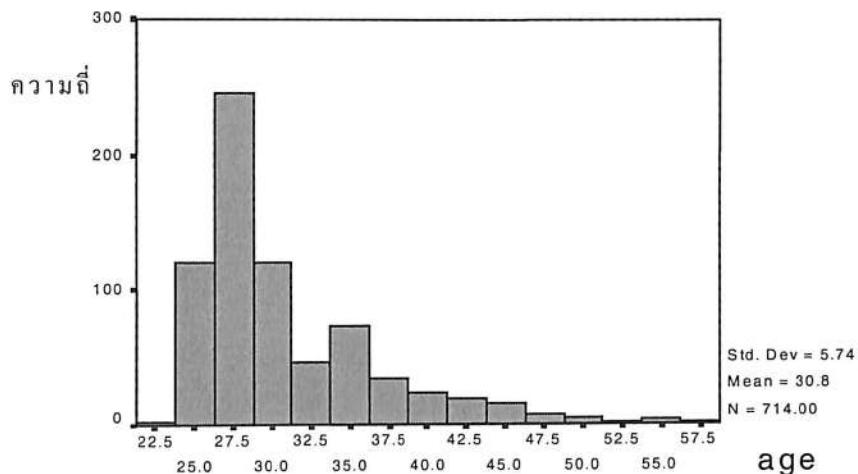
- การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของแพทย์ที่ลาออกจากปี พ.ศ. 2544-2545 จากจำนวนแพทย์ที่ลาออกจากราชการในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2544 และ ปี 2545 จำนวนทั้งสิ้น จำนวน 758 ราย ได้ข้อมูลเบื้องต้น 715 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 94.33 ของแพทย์ที่ลาออกจากทั้งหมด โดยได้ข้อมูลในประเด็นอายุ เพศ สถาบันที่จบการศึกษา ภูมิลำเนา ความชำนาญเฉพาะด้าน และภูมิลำเนา โดยข้อมูลบางส่วนได้จากการวิเคราะห์การปรับแก้โดยเจ้าตัวจากการตอบแบบสอบถามที่มีแพทย์ตอบกลับมา 286 ราย โดยเมื่อทำการวิเคราะห์การกระจายของกลุ่มแพทย์ที่ลาออกจากพบสัดส่วนดังต่อไปนี้

1.1 อายุ

แพทย์ที่ลาออก มีพิสัยอายุกว้าง ตั้งแต่ 23 ปี ถึง 58 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย ประมาณ 30.76 ปี และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 5.74 ปี มีมัธยฐานที่ 28 ปี โดยกลุ่มแพทย์ลาออกจากที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี มีถึงร้อยละ 64.1

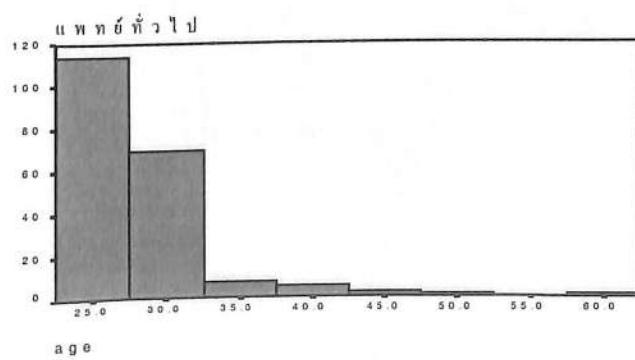
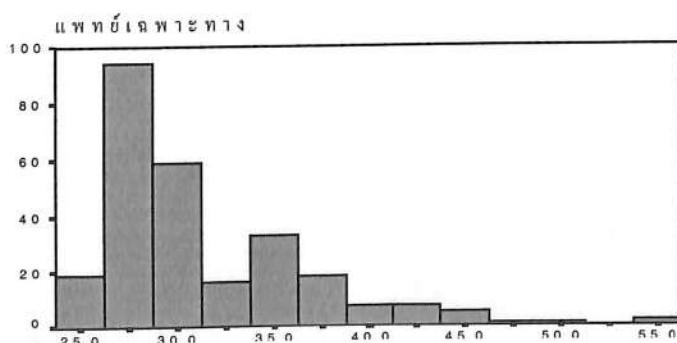
นั้นแสดงว่าแพทย์ที่ลาออกส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้มีอายุน้อย รับราชการมาไม่นาน และมาจากหมอดพันธ์ใช้ทุนกับทางราชการด้วย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 ที่แสดงลักษณะการกระจายของอายุ ที่มีการเกาะกลุ่มกันในช่วงต้นของวิชาชีพ เนื่องจากแพทย์โดยทั่วไปน่าจะสำเร็จการศึกษาประมาณอายุ 24-25 ปี และหมอดพันธ์ใช้ทุนประมาณอายุ 27-28 ปี

หากแยกตามความชำนาญเฉพาะทางแล้วพบว่า แพทย์ที่ลาออกมีอายุเฉลี่ย 28.19 ปี และมีค่ามัธยฐานที่ 27 ปี ในขณะที่ แพทย์เฉพาะทาง 262 ราย (มีวุฒิบัตรและ/หรือ อนุบัตร) มีอายุเฉลี่ย 31.26 ปี มีค่ามัธยฐานที่ 29 ปี (โดยมีแพทย์อีก 253 รายไม่ระบุว่ามีความเฉพาะทางหรือไม่) ข้อมูลดังแสดงในแผนภูมิที่ 3 ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบการกระจายอายุของแพทย์ทั้งสองกลุ่ม



แผนภูมิที่ 2 การกระจายของความถี่ของอายุของแพทย์ที่ลาออก

เมื่อเราพิจารณาจากเส้นทางการงานของแพทย์ส่วนใหญ่จะพบว่า 医師ที่จบเฉพาะทางส่วนใหญ่น่าจะใช้เวลาเรียนต่อราว 3 ปี และน่าจะมีอายุประมาณ 30-31 ปี ข้อมูลข้างต้นแสดงว่าแพทย์เฉพาะทางลาออก เมื่อสำเร็จการศึกษาเฉพาะทางมาไม่นานนัก หรือ กล่าวอีกนัยได้ว่าเรียนจบเฉพาะทางมาก็ได้ลาออกจากราชการโดย ซึ่งอาจจะมีบางส่วนลาออกจากราชการเพื่อไปเป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ก็เป็นได้



แผนภูมิที่ 3 แสดงการกระจายของความถี่ของอายุของแพทย์เปรียบเทียบแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป

1.2 เพศ

ในกลุ่มแพทย์ที่ลาออกจากมีเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.7 และเพศหญิงร้อยละ 45.3 (โดยมีผู้ไม่ได้ระบุเพศ 1 ราย) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่างจากสัดส่วนการกระจายตามเพศของแพทย์ทั้งประเทศ ที่มีแพทย์ชายและหญิง คิดเป็นประมาณร้อยละ 63 และ 37 ในปี พ.ศ. 2543¹ แสดงว่ามีความเป็นไปได้หรือไม่ที่แพทย์หญิงจะลาออกจากราชการมากกว่าแพทย์ชาย

1.3 ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง

จากจำนวนแพทย์ทั้งสิ้น 716 ราย พบร่วม มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (อาจมีความหมายรวมแพทย์จบใหม่ และแพทย์เฉพาะทางด้านเวชปฏิบัติทั่วไป) ทั้งสิ้น 453 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 63.27 มีแพทย์เฉพาะทางจำนวน 263 ราย (ร้อยละ 36.73) เมื่อแยกเป็นความชำนาญต่างๆจะแสดงได้ดังตารางที่ 2 ในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง นั้นอายุรแพทย์มีจำนวนสูงที่สุดคือ 75 ราย รองลงมาคือกุมารแพทย์ 41 ราย ซึ่งสัดส่วนที่สูงในสองสาขานี้ นอกจาจจะเป็นเพราะมีจำนวนแพทย์ในระบบอยู่น้อยมากแล้วยังอาจเป็นเพราะมีความต้องการในตลาดโรงเรียนบาลลอกชนสูง อย่างไรก็ตามบางสาขาที่มีแพทย์เฉพาะทางอยู่น้อยแม้จะมีจำนวนที่ลาออกไม่นำกแต่ก็ น่าจะมีผลกระทบต่อระบบบริการสูง เช่น พยาธิแพทย์ (พยาธิแพทย์ทั่วไป) ที่ลาออก 2 คนขณะที่ทั้งประเทศ มีเพียง 60 คน หรือ พยาธิวิทยาภัยวิภาค ที่ลาออก 3 คนจากทั้งประเทศ 161 คน หรือ โสด ศอ นาสิก แพทย์ที่ลาออกมากถึง 20 คนในขณะที่ทั้งประเทศมีเพียง 627 คนⁱⁱ

ตารางที่ 2 จำนวนและสัดส่วน ความชำนาญของแพทย์แต่ละด้านที่ลาออก

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ
เวชปฏิบัติทั่วไป	453	63.27
อายุรแพทย์	75	10.5
ศัลยแพทย์	32	4.5
สูติแพทย์	26	3.6
กุมารแพทย์	41	5.7
ศัลยศาสตร์อโรมปิดิก	20	2.8
จักษุแพทย์	10	1.4
โสด ศอ นาสิก ลาวิงซ์	12	1.7
จิตแพทย์	1	.1
โสด ศอ นาสิกแพทย์	20	2.8
รังสีแพทย์	13	1.8
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	8	1.1
พยาธิแพทย์	2	.28
พยาธิวิทยาภัยวิภาค	3	.41
รวม	716	100

1.4 สถาบันการศึกษา

ในจำนวน 715 ราย แพทย์ที่ลาออกจากสำเร็จการศึกษาแพทย์ศาสตร์บัณฑิต จากสถาบันในประเทศไทย 707 ราย ต่างประเทศ 4 ราย และไม่วะบุสถาบัน 4 ราย ในกลุ่มที่สำเร็จการศึกษาในประเทศไทย มีบัณฑิตแพทย์จาก คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาลลาออกจากมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 21.9 รองลงมาคือคณะแพทย์ศาสตร์ รามาธิบดี(ร้อยละ 15.5) และ คณะแพทย์ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย(ร้อยละ 14.5) ส่วนสถาบันที่มี แพทย์ลาออกในสัดส่วนที่น้อยที่สุดคือ วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์กรุงเทพ(2.7%) และ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์(2.9%) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวน่าจะมีความสัมพันธ์เป็นอย่างยิ่งกับความ สามารถในการผลิตแพทย์ของสถาบันต่างๆ และ จำนวนบัณฑิตแพทย์ของสถาบันต่างๆ ที่รับราชการใน กระทรวงสาธารณสุข

1.5 สถานภาพการปฏิบัติงาน

ในแพทย์จำนวนหั้งหมด 715 ราย พบร่วมมีสถานภาพ เป็นข้าราชการ 501 ราย หรือ ร้อยละ 78.8 และ พนักงานของรัฐ 203 (ร้อยละ 21.2) โดยใช้เกณฑ์ตัดสินอย่างง่ายว่าหากเป็นการเริ่มปฏิบัติงานในปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นไป แพทย์ผู้นั้นน่าจะเป็นพนักงานของรัฐ อย่างไรก็ตาม มีแพทย์ที่ลาออกอีกร้อยละ 1.5 ที่ไม่ สามารถหาข้อมูลเวลาในการเริ่มปฏิบัติงานได้ อย่างไรก็ตามสัดส่วนระหว่าง ข้าราชการและ พนักงานของ รัฐ ที่ลาออกนั้น น่าจะลดลงเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี พ.ศ. 2546 ที่พนักงานของรัฐรุ่น แรกจะหมดพันธะใช้ทุน คาดการได้ว่า น่าจะมีสัดส่วนลดลงอย่างชัดเจน

1.6 ภูมิลำเนาของแพทย์

ในจำนวนแพทย์ทั้ง 715 รายนั้นสามารถสืบค้นภูมิลำเนาได้ จำนวน 612 ราย โดยแบ่งแยกเป็นภูมิภาค ต่างๆ ได้ดังตารางที่ 3 ซึ่งแสดงถึงสัดส่วนภูมิลำเนาของแพทย์ที่ลาออก จากข้อมูลทั้ง 2 ส่วน พบร่วมใน จำนวน 612 รายนี้ มีแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานครมากถึง 338 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.2 รองลงมา คือภาคเหนือ และตะวันออกเฉียงเหนือ 68 ราย (ร้อยละ 11.1) และน้อยที่สุดได้แก่ภาคตะวันออก 33 ราย (ร้อยละ 5.4)

ดังจะเห็นได้ว่า แพทย์ที่ลาออกจากกว่าครึ่ง มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพฯ ซึ่งการที่แพทย์มีภูมิลำเนาอยู่ใน เขตกรุงเทพฯ นี้ อาจน่าจะเป็นการเสริมปัจจัย “ดึง” แพทย์จากระบบราชการโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขที่ มักจะมีตำแหน่งในเขตภูมิภาคมากกว่า และยังเป็น อุปสรรคอย่างยิ่งต่อการแทรกซึมนำการกระจายแพทย์ ไปเขตชนบทโดยเฉพาะในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ ๓ ภูมิลำเนาและภูมิภาคที่เริ่มปฏิบัติงานของแพทย์ที่ลาออก

ภูมิภาค	ภูมิลำเนา				ภูมิภาคที่เริ่มปฏิบัติงาน(๒)	ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานสุดท้าย(๒)
	จำนวน(๑)	ร้อยละ(๑)	จำนวน(๒)	ร้อยละ(๒)		
กรุงเทพมหานคร	338	55.2	139	50	1.1	1.8
ภาคกลาง	60	9.8	22	7.9	19.3	21.3
ภาคตะวันออก	33	5.4	19	6.8	11.4	13.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	68	11.1	35	12.6	28.9	23.5
ภาคเหนือ	68	11.1	40	14.4	23.9	23.8
ภาคใต้	45	7.4	23	8.3	15.4	15.9
รวม	612	100	278	100	100	100

หมายเหตุ

(1) จากข้อมูลสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์

(2) จากกลุ่มแพทย์ลาออกที่ตอบแบบสอบถาม

๒. จากการลงแบบสอบถามไปยังแพทย์ที่ลาออกในช่วงปี พ.ศ.๒๕๔๔ และ ๒๕๔๕ ทั้ง 776 ราย ผลปรากฏว่ามีแพทย์ที่ได้ตอบสอบถามและส่งคืนมาทั้งสิ้น 286 ราย หรือคิดเป็น ร้อยละ 36.86 ซึ่งประเมินได้ว่าเป็นอัตราการตอบสนองที่อยู่ในเกณฑ์พอใช้สำหรับการสำรวจด้วยจดหมาย แบบสอบถามที่ให้ในการศึกษาครั้นี้ประกอบด้วย ๓ ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลเบื้องต้น , ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกของตนเอง และ ผู้ที่ได้รับผลกระทบเพิ่มเติม

ในส่วนแรกจะประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของแพทย์ที่ลาออก อันประกอบด้วย เพศ , อายุ , สถานะ ที่จบการศึกษา , ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง , ภูมิลำเนา , ประวัติการทำงาน(เริ่มต้น และ ก่อนลาออก) , ความรับผิดชอบของตำแหน่งก่อนลาออก , ภาระงานเฉลี่ย และ รายได้โดยประมาณต่อเดือน

ในส่วนที่สอง จะเป็นการสอบถามความคิดเห็นโดยให้ประเมินปัจจัยประเภทต่างๆที่อาจจะมีผลต่อการลาออกของตนเอง โดยมีการให้น้ำหนักเป็น ๕ ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (ระดับ ๑) จนถึงมากที่สุด (ระดับ ๕) โดยพิจารณา ๗ ปัจจัยหลักได้แก่ ภาระงาน, รายได้รวม, ค่าตอบแทน, โอกาสในการศึกษา, ระบบบริหารที่ไม่เป็นธรรม, ภาระครอบครัว, ระบบบริหารพนักงานของรัฐ และ ยังมีส่วนที่สอบถามถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆโดยให้ผู้ตอบระบุปัจจัยด้วย

ในส่วนสุดท้ายได้เป็นส่วนที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ เช่น การปรับปรุงระบบบริหารที่ใช้อยู่ ระบบการศึกษาต่อของแพทย์ และ ให้แสดงความคิดเห็นถึงระดับรายได้ของแพทย์ที่เหมาะสม

สม

อย่างไรก็ตามแบบสอบถามครั้นนี้มีจุดอ่อนมากมายโดยเฉพาะประเด็นการนิยามความหมายที่อ่อนไหว ไม่ชัดเจนเพียงพอ เช่นการนิยาม “ค่าตอบแทน” ที่น่าจะมีความสับสนว่ามีองค์ประกอบอะไรบ้าง ทำให้ในภาพรวมรายได้ทั้งหมดของแพทย์อาจจะคลาดเคลื่อนไปบ้าง หรือประเด็นที่ให้ระบุสถานที่ปฏิบัติงานก่อนลาออกในหัวข้อเวลา ที่น่าจะสร้างความสับสนระหว่างเวลาที่เริ่มปฏิบัติงานที่สุดท้ายกับเวลาที่ลาออก เนื่องจากมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนไม่น้อยที่ตอบเวลาในช่วงปีที่ลาออกจริง หรือประเด็นภาระงานที่ปฏิบัติ เช่น จำนวนผู้ป่วยนอกต่อวัน จำนวนผู้ป่วยในต่อวัน ที่มีพิสัยกว้างมากจนมีดังสังเกต ซึ่งอาจเป็นไปได้หรือไม่ว่าแพทย์ที่ตอบแบบ

สอบถามไปต่อคอบเช้าจำนวนผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่นแพทย์ที่ตอบว่ามีภาวะผู้ป่วยนอกวันละ 900 ราย หรือ ผู้ป่วยใน 100 รายต่อวันซึ่งน่าจะมากเกินจริงสำหรับแพทย์ 1 คน

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล จากจำนวนแพทย์ที่ตอบทั้งหมด 286 รายพบการกระจายตามลักษณะต่างๆ ดังนี้

- 2.1.1 เพศ มีผู้ตอบทั้งสิ้น 285 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 158 คน คิดเป็นร้อยละ 55.4 เพศหญิง 127 คน (ร้อยละ 44.6) ซึ่งใกล้เคียงกับสัดส่วนระหว่างเพศจากแหล่งข้อมูลของการเจ้าหน้าที่/สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จึงอาจกล่าวได้ว่าไม่น่าจะมีความแตกต่างระหว่างเพศในการตอบสนองต่อการตอบแบบสอบถาม
- 2.1.2 อายุ อายุเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถามคือ 30.84 ปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 28 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี สูด 58 ปี ซึ่งมีการกระจายที่ไม่ต่างไปจากข้อมูลส่วนที่ 1 มากนัก
- 2.1.3 สถาบันการศึกษา มีผู้ตอบแบบสอบถามในประเด็นโรงเรียนแพทย์ที่ตนสำเร็จการศึกษาจำนวน 283 ราย โดยมีสัดส่วนของสถาบันต่างๆ ใกล้เคียงกับข้อมูลในส่วนที่ 1 คือ มีสัดส่วนของบัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.8 รองลงมาคือคณะแพทย์ศาสตร์มหาวิทยาลัย เรียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 18.0 และ คณะแพทย์ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ร้อยละ 17.3) ในส่วนสถาบันที่น้อยที่สุดยังเป็นคณะแพทย์ศาสตร์กรุงเทพมหานคร และ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ร้อยละ 2.1 และ 2.8 ตามลำดับ) เป็นที่น่าสังเกตว่า บัณฑิตของคณะแพทย์ศาสตร์รามาธิบดี มีอัตราการตอบสนองต่อแบบสอบถามน้อยเมื่อเทียบกับสถาบันอื่นๆ โดยจากส่วนที่ 1 พบว่า บัณฑิตจากคณะแพทย์ศาสตร์รามาธิบดีมีมากเป็นลำดับที่ 2 แต่ในการตอบแบบสอบถามมีมากเป็นลำดับที่ 4 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 12.7
- 2.1.4 ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง จากแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด มีแพทย์ที่ระบุข้อมูลความเชี่ยวชาญเฉพาะทางทั้งสิ้น 276 ราย ไม่ระบุ 10 ราย จากข้อมูลที่ได้มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 199 ราย 医师 เฉพาะทาง 77 ราย อายุเฉลี่ยของแพทย์ทั่วไปที่ลาออกคือ 28.16 ปี มีค่ามัธยฐานและฐานนิยม อยู่ที่ 27 ปี ในขณะที่แพทย์เฉพาะทางมีอายุเฉลี่ย 36.80 ปี มีค่ามัธยฐาน และ ฐานนิยมที่ 36 ปี
- 2.1.5 ปีที่เริ่มรับราชการ ในภาพรวมค่ามัธยฐาน และค่าฐานนิยม ในปีที่แพทย์กลุ่มดังกล่าวเริ่มปฏิบัติงานคือ ปี พ.ศ. 2542 แสดงถึงว่ากลุ่มแพทย์ดังกล่าว nave ลาออกจากเมื่อหมดพันธสัญญาการใช้ทุน ทันทีหรือ ก่อนหน้าจะหมดสัญญา
- 2.1.6 ภูมิลำเนา มีแพทย์ที่ระบุภูมิลำเนา 278 รายคิดเป็นร้อยละ 97.2 ไม่ระบุ 8 ราย จากข้อมูลพบว่าในกลุ่มแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครมากถึง ร้อยละ 50 รองลงมาคือภาคเหนือร้อยละ 14.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (12.6) น้อยที่สุดได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 6.8 ดังแสดงในตารางที่..
- 2.1.7 ภูมิภาคที่เริ่มปฏิบัติงาน ในประเด็นนี้มีผู้ระบุภูมิภาคที่เริ่มปฏิบัติงาน 278 ราย ในจำนวนนี้พบว่า แพทย์ที่ลาออกจากกลุ่มดังกล่าวเริ่มรับราชการในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึง ร้อยละ 28.9 รองลงไปคือ ภาคเหนือ (23.9) และเริ่มรับราชการในเขตกรุงเทพมหานครเพียงร้อยละ 1.1 ดังแสดงในตารางที่..
ตัวเลขที่ขัดแย้งกันระหว่างสัดส่วนของ "ภูมิลำเนา" กับ "ภูมิภาค" ที่เริ่มปฏิบัติงาน (จากตารางที่ 3 นี้) อาจเป็นปัจจัยที่สำคัญและน่าจะเป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งที่ควรติดตามในระยะยาวใน การแก้ไขทั้งปัญหาการลาออกจากแพทย์และปัญหาการกระจายแพทย์

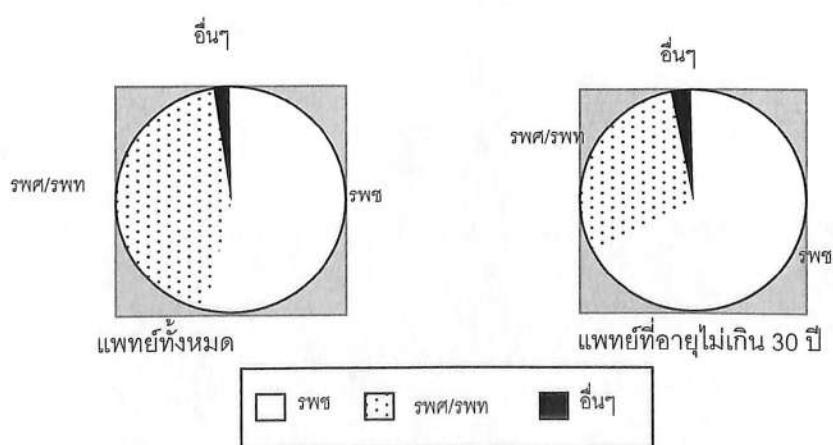
2.1.8 สถานภาพการทำงาน เมื่อพิจารณาโดยใช้เกณฑ์เดิมว่าหากเริ่มรับราชการในปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นไป แพทย์คนนั้นจะมีสถานภาพเป็นพนักงานของรัฐ พบว่าจากแพทย์ทั้งหมด 285 ราย มีแพทย์ที่เป็นข้าราชการ 205 คนคิดเป็นร้อยละ 71.9 และเป็นพนักงานของรัฐ 80 คน(ร้อยละ 28.1)

2.1.9 ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานเป็นแห่งสุดท้ายก่อนลาออก พบว่า เมื่อจำแนกแพทย์ที่ทำการลาออกจากภูมิภาคที่ปฏิบัติงานเป็นแหล่งสุดท้าย พบว่า แพทย์กลุ่มนี้ได้ลาออกจากภาคเหนือมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 23.8 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(ร้อยละ 23.5), ภาคกลาง(21.3) ภาคใต้ (15.9) ภาคตะวันออก(13.7) และเขตกรุงเทพมหานคร เพียงร้อยละ 1.8

เมื่อทำการเปรียบเทียบภูมิภาคที่เริ่มปฏิบัติงาน และ ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานเป็นแหล่งสุดท้าย ดังตารางที่ 3 จะพบ รูปแบบการ “ย้าย” ที่ปฏิบัติงานก่อนลาออก โดยพบว่า มีการย้ายสถานปฏิบัติงาน ออกจาก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเทียบเป็นการลดลงร้อยละ 5.4 ของสัดส่วนแพทย์ที่เริ่มปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับที่เป็น “ปลายทาง” ของการโยกย้ายของแพทย์ในกลุ่มนี้ก่อนลาออก ได้แก่ ภาคกลาง และ ภาคตะวันออก ที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 และ 2.3 ตามลำดับ สำหรับภูมิภาคอื่นมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน

2.1.10 โรงพยาบาลสุดท้ายที่ปฏิบัติงานก่อนลาออก ในประเด็นดังกล่าวมีผู้ตอบแบบสอบถาม 276 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.5 ของผู้ตอบทั้งหมด ในจำนวนนี้ ระบุว่าปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนมากถึง 147 ราย หรือ ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ 68 ราย(ร้อยละ 24.6)และ โรงพยาบาลทั่วไป 55 ราย(ร้อยละ 19.9) สรุว่าที่เหลืออีกเล็กน้อยเป็นสังกัดอื่นๆ

และเมื่อแยกพิจารณาแพทย์ที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี ซึ่งเป็นช่วงแรกของเส้นทางวิชาชีพ พบว่ามีแพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลชุมชนในสัดส่วนมากถึง ร้อยละ 66.5 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 30 ปีที่มีสัดส่วนที่ลาออกจากโรงพยาบาลชุมชน เพียงร้อยละ 31.1 สถิติดังกล่าวเป็นรูปธรรมของการสูญเสียแพทย์วัยหนุ่มสาวออกจากระบบโดยเฉพาะในเขตชนบทที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาลชุมชน



แผนภูมิที่ 4 แสดงสัดส่วนของสถานที่ปฏิบัติงานสุดท้ายของแพทย์ก่อนลาออก

- 2.1.11 บทบาทของแพทย์ที่ลาออก พบร่วมกันมากมีบทบาทเป็นแพทย์ประจำถิ่นร้อยละ 90.3 รองลงมาคือเป็นผู้อำนวยการร้อยละ 5.8 และเป็นหัวหน้ากลุ่ม/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน ร้อยละ 4.0
- 2.1.12 ภาระงานเคลื่อนย้ายของแพทย์ที่ลาออก ซึ่งประจำเดินดังกล่าวเป็นประจำเดินที่ได้จากการประมาณที่อาจจะมีความคลาดเคลื่อนสูงดังที่ได้อภิปรายข้างต้น และอาจไม่ตรงกับลักษณะงานบางประเภท เช่นแพทย์ศัลยกรรมที่อาจมีภาระผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่มากนักแต่มีภาระงานในลักษณะของหัตถการผ่าตัดอย่างไรก็ตามในภาพรวมพบว่าภาระการตรวจผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 83.35 รายต่อแพทย์หนึ่งคน โดยมีค่ามาตรฐานอยู่ที่ 70 รายต่อวัน ส่วนผู้ป่วยในที่ต้องดูแลต่อวันมีค่าเฉลี่ยที่ 33.49 รายและมีค่ามาตรฐานที่ 25 ราย ซึ่งเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกันไม่ว่าจะเปรียบเทียบระหว่างสถานภาพ ข้าราชการกับพนักงานของรัฐ แต่เมื่อเปรียบเทียบ แพทย์ทั่วไปกับแพทย์เฉพาะทาง หรือ แพทย์อายุน้อยกว่า 30 ปี กับแพทย์ที่อายุมากกว่า และแพทย์โรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป แล้วจะพบความแตกต่างโดยเฉพาะภาระงานผู้ป่วยนอกที่ แพทย์ อายุน้อย แพทย์ทั่วไป และ แพทย์โรงพยาบาลชุมชน มีภาระหนักกว่า ดังแสดงในตารางที่ 4 อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวอาจไม่ใช้ตัวชี้วัดที่ดีนักสำหรับการประเมินภาระงานของแพทย์ทั้งหมด

จากข้อมูลภาระงานและโรงพยาบาลสุดท้ายที่ปฏิบัติงานของแพทย์ที่ลาออกดังกล่าว อาจจะมีปัจจัยสำคัญล้วนกันในประจำเดินภาระงานในโรงพยาบาลชุมชนที่มีมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยนอกต่อวัน ซึ่งอาจเป็นปัจจัย "ผลัก" แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนออกจากระบบราชการ ถ้าเราลองเปลี่ยนรูปแบบภาระงานจากจำนวนคนไปเป็นเวลาที่ให้ปฏิบัติงาน โดยตั้งสมมติฐานว่าผู้ป่วยนอกใช้เวลาในการดูแลรายละ 3 นาที และผู้ป่วยในใช้เวลา 10 นาที จะพบว่าแพทย์โรงพยาบาลชุมชนที่ลาออกเหล่านี้ต้องใช้เวลาถึง 583.22 นาที หรือ 9.72 ชั่วโมงต่อวันในการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยภาระงานจำนวนผู้ป่วยนอกและในต่อวันของแพทย์ที่ลาออก

มิติ	รายละเอียด	จำนวนผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้ป่วยใน
รวมแพทย์ทั้งหมด	-	83.35	33.39
สถานภาพ	พนักงานของรัฐ	83.73	37.71
	ข้าราชการ	83.20	31.52
อายุ	อายุไม่เกิน 30 ปี	90.18	34.10
	อายุเกิน 30 ปี	71.67	31.89
ความชำนาญ	แพทย์ทั่วไป	89.59	32.63
	แพทย์เฉพาะทาง	65.80	35.82
โรงพยาบาล	โรงพยาบาลชุมชน	104.74*	26.90*
	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	56.30*	35.45*

* : แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

2.1.13 รายได้เนื่องจากแบบสอบถามไม่ได้ระบุให้ชัดเจนถึงประเภทของรายรับที่กลุ่มแพทย์ที่ลาออกจากเครื่องสำอางค์ที่ได้รับ จึงทำให้คำตอบที่ได้มีความกวนว่างของข้อมูลค่อนข้างมาก เนื่องจากแพทย์ที่รับราชการ มีความหลากหลายของประเภทรายรับ เช่นแพทย์หนึ่งคนอาจมีรายได้จาก

- เงินเดือนตามบัญชีเงินเดือนข้าราชการพลเรือน
- เงินประจำตำแหน่ง(สำหรับข้าราชการที่สูงกว่าระดับ7หรือเทียบเท่า) / ค่าตอบแทนวิชาชีพพิเศษ (สำหรับสาขาที่ขาดแคลน)
- ค่าตอบแทนไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว
- เปี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย / เปี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายพิเศษ(เปี้ยกันดาร)
- ค่าตอบแทนตามลักษณะงาน เช่น ค่าเวร ค่าชั้นสูตรพลิกคพ
- ค่าตอบแทนอกรอบบ เช่น การรับจ้างอยูู่่ในสถานพยาบาลของรัฐ รายรับจากการให้บริการในสถานพยาบาลเอกชนควบคู่ไปด้วย

แต่การที่ระบุไม่ลงรายละเอียดพอจึงทำให้ในภาพรวมมีพิสัยของรายรับทั้งหมดกว้างมาก คือ สูงสุด 60,080 บาท ในขณะที่ต่ำสุดเพียง 8,190 บาท ซึ่งไม่น่าจะเป็นไปได้ ในการศึกษารายรับของแพทย์จึงน่าจะใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นมาพิจารณาควบคู่กัน อย่างไรก็ตามเราได้คาดคะเนว่า ค่าเฉลี่ยรายรับทั้งหมดจากการตอบแบบสอบถามคือ 28,621 บาท ซึ่งน่าจะใกล้เคียงกับรายรับจริงของแพทย์จบใหม่ที่รับราชการกระทรวงสาธารณสุขจริง

2.1.14 ข้อเสนอรายได้รวม ในประเด็นข้อเสนอรายได้รวมที่ควรจะเป็นในความคิดเห็นของแพทย์ที่ลาออกจากนั้น พบว่าแพทย์ได้เสนอระดับรายได้ที่มีพิสัยกว้างมาก อาจเป็นเนื่องจากแบบสอบถามไม่ได้ระบุให้ชัดเจน ว่าเป็นรายได้ระดับใด เช่น รายได้ขณะเริ่มปฏิบัติงาน หรือไม่ อย่างไรก็ตามมีผู้เสนอระดับรายได้ที่ควรจะเป็นมาทั้งสิ้น 198 ราย เสนอระดับรายได้ต่อเดือนสูงสุด 300,000 บาท ต่ำสุด 15,000 บาท (ซึ่งอาจเป็นการสับสนในประเด็นนิยามของรายได้ เนื่องจาก 医師ที่จบใหม่ที่ไม่ประกอบเวชปฏิบัติส่วนตัว น่าจะมีรายได้อย่างน้อย 18,190 บาท ต่อเดือนโดยยังไม่ค่าตอบแทนการอยูู่่เรวและเบี้ยเลี้ยง)

ค่าเฉลี่ยของข้อเสนอรายได้อยูู่่ที่ 51,808.51 บาท ต่อเดือน มีค่าเบี้ยงเบนมาตรฐานอยูู่่ที่ 26,506.59 บาท โดยมีค่ามัธยฐานอยูู่่ที่ 50,000 บาท

2.2 การสำรวจความคิดเห็นที่มีผลต่อการลาออกจากแพทย์

จากการตอบแบบสอบถามของแพทย์ที่ลาออกจากทั้ง 286 รายนั้นพบว่าอัตราการตอบแบบสอบถามส่วนที่ 2 อยูู่่ในเกณฑ์สูง คือสูงสุดในปัจจัย รายได้รวม ถึง 277 รายคิดเป็นร้อยละ 96.8 และต่ำสุดที่ปัจจัยระบบบริหาร พนักงานของรัฐ คือ 256 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 89.5 ในกรณีให้น้ำหนักอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ เป็นไปดังแสดงในตารางที่.. โดยภาพรวมระดับการให้น้ำหนักเฉลี่ยทั้งหมดอยูู่่ในระดับกลางๆ คือ 3.09 ในกรณีเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ ผู้ศึกษาจะได้ทำการวิเคราะห์ในแต่ละปัจจัย แล้วค่อยพิจารณาในภาพรวมอีกครั้งโดยจะแยกพิจารณาอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 6 ในกลุ่มแพทย์ลักษณะต่างๆ

2.2.1 อิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ในภาพรวม

- 2.2.1.1 ภาระงาน ภาระงานเป็นปัจจัยผลักที่สำคัญมากในระบบการบริการ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาระงานเป็นปัจจัยที่มีน้ำหนักสูงที่สุดในจำนวน 7 ปัจจัย โดยมีแพทย์ที่ลาออกจากบุรุษเมืองมากถึงมากที่สุด (ระดับน้ำหนัก 4-5) ถึงร้อยละ 47.7 ในขณะที่ระบุว่ามีผลน้อยถึงน้อยมาก(ระดับค่าคะแนน 1-2)เทียบ ร้อยละ 32.7 ซึ่งภาระงานของแพทย์ในภาครัฐนั้นมีรูปธรรมการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนโดยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2544 และ 2545 นั้น มีจำนวนครั้งการบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 63.10 ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยในลดลง ร้อยละ 9.12 และลดจำนวนวันนอนผู้ป่วยในได้ร้อยละ 15.59ⁱⁱ
- 2.2.1.2 รายได้รวม รายได้รวมเป็นปัจจัยที่มีผลน้อย ทั้งๆที่ถูกคาดหมายว่าจะเป็นปัจจัยสำคัญ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีแพทย์ที่ให้ความสำคัญมากถึงมากที่สุดกับปัจจัยรายได้รวมคิดเป็นร้อยละ 40.1 และให้ความสำคัญน้อยเป็นร้อยละ 36.5
- 2.2.1.3 ค่าตอบแทน ประเด็นค่าตอบแทนถูกกล่าวถึงมากในส่วนที่ให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยหลายราย ระบุว่าค่าตอบแทนมีความสัมพันธ์กับระบบการจ่ายเงินให้กับแพทย์ เช่น การจ่ายค่าอยู่เร屋แบบเหมาจ่ายโดยไม่คำนึงถึงปริมาณงานที่ปฏิบัติ และสะท้อนถึงปัญหาและความไม่เป็นธรรมในการบริหารจัดการสถานพยาบาล ในกลุ่มแพทย์ที่ลาออกมีผู้ระบุว่าค่าตอบแทนมีผลมากคิดเป็นร้อยละ 41.7 และมีผลน้อยร้อยละ 35.9

อย่างไรก็ตาม ทั้งปัจจัยรายได้รวมและประเด็นค่าตอบแทนอาจจะมีปัจจัยจริยธรรมของตน มา影ผลกระทบต่อการแสดงความคิดเห็นด้วยก็เป็นไปได้

ตารางที่ 5 น้ำหนักของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการลาออกจากของแพทย์แสดงเป็นสัดส่วนของแพทย์ที่เลือกระดับน้ำหนักนั้นจากน้อยไปมาก

ประเด็น	จำนวน ผู้ตอบ	สัดส่วนของแพทย์ที่เลือกอิทธิพลของปัจจัยแต่ละระดับ				
		1	2	3	4	5
ภาระงาน	275	18.5	14.2	19.6	22.2	25.5
รายได้รวม	277	19.5	17.0	23.5	18.8	21.3
ค่าตอบแทน	273	19.8	16.1	22.7	18.7	22.7
โอกาสใน การศึกษา	271	24	16.6	12.9	11.4	35.1
ระบบบริหารไม่เป็นธรรม	273	16.8	20.5	21.6	13.2	27.8
ภาระทางครอบครัว	274	32.5	15.3	17.9	15.0	19.3
ระบบพนักงานของรัฐ	256	23	14.5	16.0	16.4	30.1

- 2.2.1.4 โอกาสในการศึกษา โอกาสในการศึกษาต่อ มีอิทธิพลอย่างมากต่อแพทย์โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ที่อยู่น้อย กลุ่มพนักงานของรัฐ และ กลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ดังจะได้อธิบายต่อไป ในภาพรวมพบว่าสัดส่วนของแพทย์ที่ระบุว่าโอกาสในการศึกษามีอิทธิพลมากที่สุด(ระดับ 5) มีสัดส่วนถึงร้อยละ 35.5 มากที่สุด เมื่อเทียบกับปัจจัยอื่นๆ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของแพทย์ที่ระบุว่าปัจจัยนี้มีอิทธิพลน้อยมาก(ระดับ 1) ก็มีสูงเช่นกัน(ร้อยละ 24) เนื่องจากกลุ่มที่ระบุว่ามีผลน้อยน่าจะเป็นกลุ่มที่มีอาชญากรรม หรือ เป็นแพทย์เฉพาะทาง เป็นต้นที่อาจมีลักษณะของความอิมตัวในการศึกษาต่อเฉพาะทางสูง

ในอิทธิพลของปัจจัยโอกาสในการศึกษาต่อ ยังมีเหตุการณ์สำคัญที่เป็นจุดเปลี่ยนในระบบสาธารณสุขไทยคือ โครงการหลักประกันสุขภาพด้านหน้า ที่มีอยู่ที่ศาสตร์ในกระจายทรัพยากรตามอุปสงค์(Demand side) จึงทำให้ตำแหน่งที่เคยมีมากในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ลดลง และมีตำแหน่งที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้น การแข่งขันในการขอทุน ขอตำแหน่งในโรงพยาบาลใหญ่ของแพทย์ที่ประสงค์จะเรียนต่ออันเป็น "วัตถุปฏิบัติ" ที่เคยคาดหวัง จึงทวีความเข้มข้นมากขึ้น ในขณะที่จำนวนแพทย์ประจำบ้านที่สถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเปิดรับใบอนุญาตใหม่ได้ลดลง ทำให้มีแพทย์จำนวนไม่น้อยที่ต้องเปลี่ยน "รูปแบบ" การมาศึกษาต่อจากสถานภาพ ข้าราชการ มาเป็น ทุนอิสระ(free train) ในปีการศึกษา พ.ศ. 2544-2545

- 2.2.1.5 ระบบบริหารที่ไม่เป็นธรรม ในประเด็นปัจจัยระบบบริหารนี้อาจสร้างความไม่ชัดเจนแก่ผู้ตอบสอบถาม พอสมควร คือระบบบริหารที่มีผลต่อแพทย์หนึ่งคนนั้น อาจเป็นผลกระทบจากห้ายระบบด้วยกันได้แก่ นโยบายสาธารณะสุขของประเทศ(เช่นการสร้างหลักประกันสุขภาพด้านหน้า) , ระบบการบริหารกำลังคน , ระบบการเงินการคลังของหน่วยงานภาคราชการ , ระบบการบริหารภายในพื้นที่ที่อาจรวมถึงรูปแบบความสัมพันธ์กับบริบทในพื้นที่(จังหวัด, อำเภอ : ผู้อำนวยการจังหวัด, นายอำเภอ, ตำรวจ, ผู้เมืองที่พิพ) หรือ ระบบการบริหารภายในระบบบริการสาธารณสุขเอง เช่น ระบบการจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, ระบบการลงโทษและการเลื่อนขั้นเงินเดือน, ระบบและความเข้มแข็งขององค์กรแพทย์ ในโรงพยาบาล , ระบบสวัสดิการต่างๆ เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดเป็นระบบที่กว้างมาก ผู้ตอบแบบสอบถามจึงอาจจะเลือกให้น้ำหนักอิทธิพลของ "ระบบบริหารที่ไม่เป็นธรรม" ตามมิติการรับรู้ของตนซึ่งอาจแตกต่างกันมาก ซึ่งหากต้องการข้อมูลเชิงลึกสำหรับปีเดียวนี้ ควรจะสร้างรูปแบบการศึกษาในเชิงคุณภาพมากกว่า

ในประเด็นนี้ ภาพรวมปัจจัยการบริหารมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีแพทย์ระบุว่า
ปัจจัยนี้มีอิทธิพลมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41 และมีอิทธิพลน้อยถึงน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.3

- 2.2.1.6 ภาระครอบครัว ปัจจัยภาระครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลน้อยที่สุดในจำนวน 7 ปัจจัยที่เลือกมาศึกษา โดยพบว่ากลุ่มแพทย์ที่ระบุว่าภาระครอบครัวมีอิทธิพลมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.3 ขณะที่แพทย์ที่ลาออกจากครัวเรือน 47.8 ระบุว่ามีอิทธิพลน้อยถึงน้อยที่สุด

ในประเด็นภาระของครอบครัวเอง ก็ยังมีการตีความของแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามต่างกันเช่น แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า ภาระครอบครัวของตนคือการ "กลับไปดูแล บิดา มารดา" ขณะที่บางท่านระบุว่าเป็น "รับผิดชอบภาระการเงินของครอบครัว"

การที่ปัจจัยนี้มีอิทธิพลน้อยอาจเป็นไปได้หรือไม่ว่าเป็นเพราะกลุ่มแพทย์ที่ลาออกจากครัวเรือนมาก เป็นแพทย์จบใหม่ อายุน้อย และมีสัดส่วนคนโสดสูง ซึ่งจะขออภัยอีกครั้งหนึ่ง

- 2.2.1.7 ระบบพนักงานของรัฐ ในประเด็นพนักงานของรัฐมีแพทย์ระบุว่ามีอิทธิพลมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.5 เทียบกับที่ระบุว่ามีน้อยถึงน้อยที่สุดร้อยละ 27.5 และในภาพรวมระบบพนักงานของรัฐยังมีอิทธิพลมากเป็นลำดับที่สองร่วมกับโอกาสในการศึกษาต่อ รองลงมาจากปัจจัยภาระงาน

อิทธิพลของปัจจัยพนักงานของรัฐ และ โอกาสในการศึกษาต่อ มีลักษณะที่คล้ายกัน คือ แพทย์มักจะเลือกน้ำหนักไปทางใดทางหนึ่ง เช่นแพทย์ที่เป็นพนักงานของรัฐและยังไม่ได้ศึกษาต่อ มัก

จะให้น้ำหนักอิทธิพลทั้งสองสูง ขณะที่แพทย์ที่เป็นข้าราชการแล้วอาจให้น้ำหนักค่า ทำให้สัดส่วนของแพทย์ที่ลาออกจากระบุค่านะระดับกลาง(ระดับ3) มีน้อยทั้งสองปัจจัย

2.2.2 อิทธิพลของปัจจัยต่างๆในกลุ่มแพทย์ลักษณะ/สถานภาพต่างๆ

2.2.2.1 พนักงานของรัฐ-ข้าราชการ

เมื่อพิจารณาอิทธิพลที่มีผลต่อการลาออกจากแพทย์ในปี พ.ศ.2544-2545 โดยแบ่งแพทย์ที่ลาออกจากเป็นพนักงานของรัฐ และ ข้าราชการ โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาที่เวลาในการเริ่มปฏิบัติงานก่อนและหลังปี พ.ศ.2543 นั้นจะแสดงผลได้ดังตารางที่6

ในกลุ่มพนักงานของรัฐ พบร่วมกับอิทธิพลที่มีผลมากที่สุดคือ ระบบบริหารพนักงานของรัฐ โดยมีมากถึงร้อยละ 65.8 ที่ระบุว่ามีอิทธิพลมากถึงมากที่สุด (ระดับ4และ5) รองลงมาคือปัจจัยโอกาสใน การศึกษาต่อ ร้อยละ52.7ซึ่งใกล้เคียงกับปัจจัยรายได้รวม(ร้อยละ52.6) ในขณะที่กลุ่มข้าราชการปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือ ภาระงาน(ร้อยละ49.2) และโอกาสทางการศึกษา(ร้อยละ44.1) ส่วนปัจจัยที่มีผลน้อยทั้งสองสถานภาพระบุตรงกันคือภาระครอบครัว

ตารางที่6 แสดงน้ำหนักของอิทธิพลของปัจจัยต่างๆเบรียบเทียบพนักงานของรัฐและข้าราชการ(ตัวเลขเป็นการแสดงร้อยละของแพทย์ที่ระบุระดับน้ำหนักปัจจัยนั้น)

ปัจจัยสถานภาพ	พนักงานของรัฐ					ข้าราชการ				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ภาระงาน	18.4	17.1	21.1	18.4	25	18.6	12.6	19.6	23.6	25.6
รายได้รวม	13.2	9.2	25	27.6	25	21.9	19.9	23.4	15.4	19.4
ค่าตอบแทน	13.2	9.2	26.3	23.7	27.6	22.8	18.8	21.3	16.8	20.3
โอกาสการศึกษา	21.1	11.8	14.5	21.1	31.6	25.1	18.5	12.3	7.7	36.4
ระบบบริหาร	17.3	21.3	17.3	12	32	16.7	19.7	23.2	14.1	26.3
ครอบครัว	30.7	14.7	13.3	17.3	24	33.7	15.6	19.6	14.1	17.1
ระบบพนักงานของรัฐ	7.9	7.9	18.4	21.1	44.7	29.4	17.2	14.4	14.4	24.4

จะเห็นได้ว่าในแพทย์ที่มีสถานภาพเป็นพนักงานของรัฐมีความกังวลเกี่ยวกับสถานภาพของระบบพนักงานของรัฐ และ โอกาสในการศึกษาต่อ สูง ซึ่งเป็นปัญหาที่ตนกำลังเผชิญ ทั้งๆที่จำนวนโควิดตัวภาระของแพทย์เฉพาะทางไม่ได้ลดลง แต่มีการเปลี่ยนรูปแบบของทุนเป็นของโรงพยาบาลชุมชน และ มีโควิด้านในสาขาที่ขาดแคลนมากขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบตามสถิติพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ความเชื่อมั่น95% ระหว่าง พนักงานของรัฐและข้าราชการ ถึง 3 จาก7 ปัจจัย คือ รายได้รวม, โอกาสทางการศึกษา และ ระบบพนักงานของรัฐ คือในทั้งสามปัจจัยที่แตกต่างกันนั้น 医师ที่มีสถานภาพเป็นพนักงานของรัฐ มีแนวโน้มจะให้น้ำหนักอิทธิพลต่อปัจจัยนั้นสูงกว่าแพทย์ที่มีสถานภาพเป็นข้าราชการ

เราพอกจะคาดการว่าได้ว่าประเดิมปัญหาของระบบพนักงานของรัฐ และโอกาสในการศึกษาต่อ น่าจะมีผลมากขึ้นในปีต่อๆไปที่สัดส่วนของพนักงานของรัฐในระบบบริการสาธารณสุขมีมากขึ้น และ

นำจักษุรายบุคคลมาใช้ในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ต่อไปได้ยังไม่มีมาตรการแก้ไขจุดสำคัญ 2 จุดนี้คือการให้ความมั่นคงศักดิ์และสิทธิในสถานภาพของพนักงานของรัฐ และการจูงใจให้เกิดหัตถศรัทธาที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานในพื้นที่และสาขาที่ขาดแคลน

2.2.2.2 กลุ่มแพทย์ที่อายุไม่เกิน 30 ปี- กลุ่มที่อายุมากกว่า

ในกลุ่มแพทย์ที่ลาออกที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี ซึ่งมีจำนวนมากถึงเกือบ 2 ในสามของแพทย์ที่ลาออกในปี พ.ศ. 2544-2545 พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงคือ โอกาสในการศึกษาต่อโดยมีสัดส่วนแพทย์ที่ตอบว่ามีอิทธิพลถึงมากที่สุดถึงร้อยละ 61 รองมาคือ ระบบพนักงานของรัฐ (ร้อยละ 46.4), ภาระงาน (ร้อยละ 43.2) และ ค่าตอบแทน (ร้อยละ 40.4) ในขณะที่ภาระครอบครัวมีอิทธิพลน้อยที่สุด

ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 30 ปี พบว่า ภาระงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด รองมาคือระบบบริหาร ส่วนโอกาสการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลน้อยที่สุด ดังจะเห็นชัดเจนว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกจากห้องส่องกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน เนื่องจากแพทย์ที่อายุมากกว่าอาจจะมีความอ่อนตัวทางการศึกษาสูงกว่าแพทย์ที่อายุน้อย

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มแพทย์ที่อายุไม่เกิน 30 ปี กับกลุ่มที่มีอายุมากกว่านั้น พบว่าในปัจจัยโอกาสทางการศึกษา, ระบบบริหารที่ไม่เป็นธรรม และ ภาระทางครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ความเชื่อมั่น 95% กล่าวคือ กลุ่มแพทย์อายุน้อยให้ความสำคัญกับการศึกษามากกว่า ในขณะที่กลุ่มแพทย์ที่อายุมากกว่าให้ความสำคัญกับระบบบริหารและภาระครอบครัวสูงกว่า

ตารางที่ 7 แสดงน้ำหนักของอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ เปรียบเทียบกลุ่มอายุของแพทย์ที่ลาออก

ปัจจัย	อายุไม่เกิน 30					อายุมากกว่า 30 ปี				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ภาระงาน	20.5	15.2	21.1	21.6	21.6	15.4	11.5	18.3	23.1	31.7
รายได้ทั้งหมด	19.8	16.3	25.6	18	20.3	19	18.1	21	20	21.9
ค่าตอบแทน	20.5	15.2	24	19.3	21.1	19.6	17.6	20.6	17.6	24.5
โอกาสการศึกษา	15.1	9.9	14	12.2	48.8	39.4	28.3	11.1	10.1	11.1
ระบบบริหาร	20.1	23.1	19.5	14.2	23.1	11.5	15.4	25	12.5	35.6
ครอบครัว	38.8	11.2	16.5	14.7	18.8	23.1	22.1	20.2	15.4	19.2
ระบบพนักงานของรัฐ	22.9	11.4	19.3	16.9	29.5	23.3	20	8.9	15.6	32.2

2.2.2.3 แพทย์ทั่วไป-แพทย์เฉพาะทาง

แพทย์ทั่วไปอาจมีพื้นที่ทับซ้อนกับพนักงานของรัฐและแพทย์ที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี อุปสรรคสมควร ทำให้รูปแบบการกระจายอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ จึงคล้ายกัน โดยพบว่า ในแพทย์ทั่วไปโอกาสทางการศึกษา และระบบพนักงานของรัฐมีอิทธิพลมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งและสอง โดยมีแพทย์ทั่วไปถึงร้อยละ 57.5 และ 45.5 ที่ระบุว่ามีอิทธิพลมากถึงมากที่สุดจากปัจจัยทั้งสองตามลำดับ ส่วนภาระครอบครัวยังคงเป็นปัจจัยที่มีผลน้อย

ส่วนแพทย์เฉพาะทาง พบว่า ภาระงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดโดยมีแพทย์ระบุว่ามีอิทธิพลมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59 รองลงมาคือปัจจัยระบบพนักงานของรัฐ (ร้อยละ 50.7) ซึ่งเป็นที่น่าแปลกใจเนื่องจากกลุ่มแพทย์เฉพาะทางน่าจะมีสถานภาพของข้าราชการทั้งหมด ปัจจัยที่มีผลน้อยคือ โอกาสทางการศึกษาเนื่องจากในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางน่าจะมีการคาดหวังในการศึกษาต่อ น้อย

ในความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางนั้น พบว่ามีเพียงโอกาสทางการศึกษาเพียงปัจจัยเดียวที่แพทย์ทั่วไประบุว่ามีอิทธิพลสูงกว่า ซึ่งเป็นที่คาดหมายได้ว่า เป็นเนื่องจากมีการคาดหวังในการศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทางในกลุ่มแพทย์ทั่วไปตามรูปแบบวิธีชีวิต ของแพทย์รุ่นใหม่

ตารางที่ 8 แสดงน้ำหนักของอิทธิพลของปัจจัยต่างๆเบรียบเทียบแพทย์ทั่วไปกับแพทย์ทั่วลาออก

ปัจจัย	แพทย์ทั่วไป					แพทย์เฉพาะทาง				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ภาระงาน	19.3	16.1	21.9	20.3	22.4	16.9	8.4	15.7	26.5	32.5
รายได้ทั้งหมด	20.1	19.1	25.8	16.5	18.6	18.1	12	19.3	24.1	26.5
ค่าตอบแทน	21.4	17.2	24.5	17.2	19.8	17.3	13.6	18.5	22.2	28.4
โอกาสการศึกษา	18.7	11.4	12.4	13.5	44	37.2	29.5	14.1	6.4	12.8
ระบบบริหาร	18.3	253	20.9	13.1	25.1	13.4	14.6	23.2	14.6	34.1
ครอบครัว	36.5	14.1	17.2	15.6	16.7	24.4	18.3	19.5	13.4	24.4
ระบบพนักงานของรัฐ	25.1	12.3	17.1	16.6	28.9	17.4	20.3	11.6	15.9	34.8

2.2.2.4 แพทย์ชาย -แพทย์หญิง

ในกลุ่มแพทย์หญิงที่ได้ออกในปี พ.ศ. 2544-2545 นั้นพบว่า โอกาสในการศึกษาต่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุดคือ ร้อยละ 56.2 ของแพทย์หญิงระบุว่ามีอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวมากถึงมากที่สุด รองลงมาคือภาระงาน (ร้อยละ 50) และระบบพนักงานของรัฐ (ร้อยละ 44.5) ส่วนปัจจัยที่มีผลน้อยกลับเป็นกลุ่มรายได้และค่าตอบแทน (ร้อยละ 30.1 และ 30.4 ตามลำดับ)

ในกลุ่มแพทย์ชาย นั้นค่าตอบแทน, ระบบพนักงานของรัฐ และรายได้รวม เป็นกลุ่มปัจจัยที่มีผลมาก คือ มีแพทย์ชายที่ระบุว่าค่าตอบแทนมีผลกระทบถึงมากที่สุดถึงร้อยละ 50, ระบบพนักงานของรัฐ ร้อยละ 48.9 และรายได้รวม ร้อยละ 47.4 ส่วนปัจจัยที่มีผลน้อยได้แก่ ครอบครัวและโอกาสในการศึกษาต่อ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างแพทย์ที่ลาออกทั้งสองเพศ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ของอิทธิพลของปัจจัยต่างๆมากถึง 4 ปัจจัย ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยพบว่า แพทย์ชายให้ความสำคัญกับปัจจัยรายได้รวมและค่าตอบแทนมากกว่า ในขณะที่แพทย์หญิงระบุว่า ปัจจัยโอกาสทางการศึกษา และ ภาวะครอบครัว มีอิทธิพลสูงกว่าแพทย์ชาย

จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันในรูปแบบของน้ำหนักของอิทธิพลระหว่างเพศพอสมควร ทั้งนี้ อีกหลายปัจจัยลักษณะของแพทย์ทั้งสองเพศที่มีผลต่อการตัดสินใจดังแสดงสัดส่วนร้อยละของ ลักษณะ/สถานภาพของแพทย์ที่ลาออกจากเบรียบเทียบกันในกลุ่มแพทย์ชายและหญิง ในตารางที่ 10 ซึ่ง พบว่าแพทย์หญิงมีอายุเฉลี่ยต่ำกว่าแพทย์ชายอย่างมีนัยสำคัญที่ความเชื่อมั่น 95% รวมถึงมีการ กระจายของสัดส่วนของลักษณะ/สถานภาพต่างๆทั้งสถานภาพพนักงานของรัฐ/ข้าราชการ, 医师ทั่วไป/แพทย์เฉพาะทาง, ภูมิลำเนากรุงเทพฯ/อื่นๆ และ โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานก่อนลาออก อย่างมีนัย สำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ทั้งหมดด้วย

ทำให้รูปแบบอิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกจากแพทย์หญิงมีลักษณะรูปแบบคล้าย กับกลุ่มพนักงานของรัฐ, กลุ่มอายุไม่เกิน 30 ปี กลุ่มแพทย์ทั่วไป กลุ่มที่ภูมิลำเนาในกรุงเทพ และกลุ่มที่ ลาออกจากงานที่โรงพยาบาลชุมชน มากกว่าแพทย์ชาย

ตารางที่ 9 แสดงน้ำหนักของอิทธิพลของปัจจัยต่างๆเบรียบเทียบแพทย์ชายและหญิง

ปัจจัย	แพทย์หญิง					แพทย์ชาย				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ภาระงาน	14.5	15.3	20.2	22.6	27.4	21.9	12.6	19.9	21.9	23.8
รายได้ทั้งหมด	24	19.2	26.4	18.4	12	15.8	15.1	21.7	19.1	28.3
ค่าตอบแทน	23.6	18.7	27.6	17.9	12.2	17.3	14	18.7	19.3	30.7
โอกาสการศึกษา	17.4	13.2	13.2	12.4	43.8	29.3	19.3	12.7	10.7	28
ระบบบริหาร	16.4	24.6	24.6	11.5	23	17.2	16.6	19.2	15.2	31.8
ครอบครัว	39.5	8.1	16.1	16.9	19.4	27.3	21.3	19.3	13.3	18.7
ระบบพนักงานของรัฐ	23.1	15.4	17.1	17.1	27.4	23	13.7	14.4	15.8	33.1

ตารางที่ 10 สัดส่วนของลักษณะ/สถานภาพต่างๆในกลุ่มแพทย์ชายและหญิง

มิติ	รายละเอียด	ชาย	หญิง
จำนวน	-	127	159
สถานภาพ	พนักงานของรัฐ	23.3	33.9
	ข้าราชการ	67.7	66.1
อายุ	อายุไม่เกิน 30 ปี	49.1	78
	อายุเกิน 30 ปี	50.9	22
ความชำนาญ	แพทย์ทั่วไป	57.9	84.3
	แพทย์เฉพาะทาง	42.1	15.7
ภูมิลำเนา	กรุงเทพมหานคร	43.3	59
	อื่นๆ	56.7	41
โรงพยาบาล	โรงพยาบาลชุมชน	48.3	62
	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	51.7	38

2.2.2.5 ภูมิลำเนา

ในประเด็นภูมิลำเนา ผู้ศึกษาได้แบ่งเกณฑ์ภูมิลำเนาของแพทย์ที่ลาออกจากเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานครซึ่งรวมถึงเขตบริมนิพัล และกลุ่มที่ภูมิลำเนาในเขตจังหวัดอื่นๆ สัดส่วนร้อยละของแพทย์ที่ระบุน้ำหนักอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ แสดงได้ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11. แสดงน้ำหนักของอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ เปรียบเทียบแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพฯ และบริมนิพัล กับภูมิลำเนาอื่นๆ

ปัจจัย	กรุงเทพฯ และบริมนิพัล					จังหวัดอื่นๆ				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ภาระงาน	16.7	19.7	18.9	23.5	21.2	19.9	8.1	22.1	20.6	29.4
รายได้ทั้งหมด	20.1	14.9	23.9	22.4	18.7	17.6	19.1	23.5	16.2	23.5
ค่าตอบแทน	20.5	15.9	22	21.2	20.5	18.7	15.7	23.9	17.2	24.6
โอกาสการศึกษา	20.5	9.8	12.9	14.4	42.4	27.3	24.2	13.6	9.1	25.8
ระบบบริหาร	14.7	21.7	20.2	16.3	27.1	18.2	18.2	22.6	11.7	29.2
ครอบครัว	34.1	15.9	18.2	12.9	18.9	30.4	15.6	18.5	17.8	17.8
ระบบพนักงานของรัฐ	18.6	11.6	17.1	20.2	32.6	28.1	15.7	14	12.4	29.8

จากข้อมูลข้างต้นพบว่ากลุ่มแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพฯ และบริมนิพัล ให้ความสำคัญกับปัจจัย โอกาสในการศึกษาและระบบพนักงานของรัฐมากที่สุด โดยมีสัดส่วนที่ระบุว่ามีอิทธิพลมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 56.8 และ 52.8 ตามลำดับ ขณะที่ในกลุ่มแพทย์ลาออกจากที่มีภูมิลำเนาต่างจังหวัดมีการกระจายในปัจจัยต่างๆ ที่ใกล้เคียงกัน โดย ภาระงานเป็นปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50 ที่ระบุว่ามีผลมากถึงมากที่สุด รองลงมาคือระบบพนักงานของรัฐ ส่วนภาระครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลน้อยที่สุดในทั้งสองกลุ่มภูมิลำเนา

2.2.2.6 โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานก่อนลาออก

ในประเด็นนี้ผู้ดำเนินการศึกษาได้แบ่งประเภทของโรงพยาบาลมาเปรียบเทียบกันเป็น 2 ประเภทหลักคือ โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โดยได้ทำการตัดโรงพยาบาลประเภทอื่นๆ ออก ซึ่งทั้งสองประเภทหลักนี้ได้ครอบคลุมร้อยละ 97.8 ของแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามครั้นนี้ ผลของปัจจัยต่างๆ เปรียบเทียบระหว่างผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสองประเภทเป็นไปดังที่แสดงในตารางที่ 12

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่าการลาออกจากของแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนมีอิทธิพลจากปัจจัยโอกาสในการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.8 ที่ระบุว่ามีผลมากถึงมากที่สุด รองลงมาคือภาระงาน (ร้อยละ 45.5) สำนักงานที่มีผลน้อยได้แก่ ภาระครอบครัว ซึ่งมีร้อยละ 29 ที่แสดงความเห็นว่ามีอิทธิพลมากถึงมากที่สุด เนื่องจากอาจเป็นแพทย์ที่ลาออกจากโรงพยาบาลชุมชนเหล่านี้มีอายุน้อย

ตารางที่12. แสดงน้ำหนักของอิทธิพลของปัจจัยต่างๆเบริญเทียนแพทย์ที่มีปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเป็นแห่งสุดท้าย

ปัจจัย	โรงพยาบาลชุมชน					โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ภาระงาน	18.6	15.9	20	21.4	24.1	19.3	11.8	20.2	24.4	24.4
รายได้ห้องน้ำ	18.5	24	24	18.5	15.1	21	10.1	23.5	19.3	26.1
ค่าตอบแทน	20.1	18.8	25.7	18.8	16.7	19.7	14.5	19.7	18.8	27.4
โอกาสการศึกษา	20.1	12.5	14.6	13.2	39.6	27.8	22.6	12.2	7.8	29.6
ระบบบริหาร	18.8	23.6	20.8	15.3	21.5	14.5	16.2	22.2	12	35
ครอบครัว	34.5	14.5	22.1	15.2	13.8	31.6	14.5	13.7	15.4	24.8
ระบบพนักงานของรัฐ	28.4	14.2	17	16.3	24.1	18.3	14.4	13.5	16.3	37.5

ในขณะที่ในกลุ่มแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ปัจจัยระบบพนักงานของรัฐเป็นปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือมีแพทย์ที่ลาออกร้อยละ 53.8 ระบุว่ามีผลมากถึงมากที่สุดรองลงมาคือ ปัจจัยภาระงานคิดเป็นร้อยละ 48.8 ส่วนปัจจัยที่มีผลน้อยที่สุดในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปนั้น เป็นที่น่าสังเกต เนื่องจากในกลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปนั้น น่าจะมีสัดส่วนของพนักงานของรัฐน้อยมาก ยกเว้นว่าจะเป็นพนักงานของรัฐในช่วงการฝึกเพิ่มพูนทักษะในปีแรก

เมื่อเบริญเทียนปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญพบว่า ปัจจัยรายได้รวมเป็นปัจจัยเดียวที่แตกต่างกัน โดยพบว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ก่อนลาออกนั้นไม่ให้ความสำคัญกับรายได้รวม มากกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน

2.2.7 สถาบันการศึกษา

ในประเด็นสถาบันการศึกษา ผู้ทำการศึกษาได้แบ่งสถาบันการศึกษาออกเป็นสองส่วน คือ โรงเรียนแพทย์ที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อันประกอบด้วย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล(ศิริราช และ รามาธิบดี) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และ คณะแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร (วชิรพยาบาล) กับ โรงเรียนแพทย์ที่อยู่ในเขตภูมิภาคอันได้แก่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผลของปัจจัยต่างๆแสดงได้ดังตารางที่ 13

ในกลุ่มนักทัศนศึกษาจากสถาบันที่ตั้งในเขตกรุงเทพนั้นพบว่าโอกาสทางการศึกษา และระบบพนักงานของรัฐ เป็นปัจจัยที่มีผลสูงอย่างชัดเจน โดยมีแพทย์ถึงร้อยละ 71.6 และ 68.1 ที่ระบุว่ามีอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวมากถึงมากที่สุด ปัจจัยที่มีผลน้อยที่สุด รายได้รวม ที่มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 34.2 ที่ระบุว่ามีผลมากถึงมากที่สุด

ตารางที่ 13 แสดงน้ำหนักของอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ บนเรียนแพทย์ในกรุงเทพและภูมิภาค

ปัจจัย	โรงเรียนแพทย์ใน กรุงเทพ					โรงเรียนแพทย์ ภูมิภาค				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ภาระงาน	15.2	16.3	22.5	20.8	25.3	24.7	10.3	14.4	24.7	25.8
รายได้ทั้งหมด	21.2	16.2	26.3	18.4	17.9	16.3	18.4	18.4	19.4	27.6
ค่าตอบแทน	21.3	16.3	23.6	18.5	20.2	16.8	15.8	21.1	18.9	27.4
โอกาสการศึกษา	20.3	14.1	11.9	13	40.7	30.9	21.3	14.9	8.5	24.5
ระบบบริหาร	17	21.6	19.9	11.4	30.1	16.5	18.6	24.7	16.5	23.7
ครอบครัว	34.8	16.9	18	13.5	16.9	28.1	12.5	17.7	17.7	24
ระบบพนักงานของรัฐ	18.5	14.3	13.7	17.3	36.3	31.8	14.8	20.5	14.8	18.2

ในกลุ่มบันทิตแพทย์จากสถาบันที่ตั้งอยู่ในภูมิภาคนั้น ภาระงานมีอิทธิพลสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.5 ที่ระบุว่ามีผลมาก รองลงมาคือ รายได้รวม ร้อยละ 47 ส่วนปัจจัยที่มีผลน้อย คือ โอกาสทางการศึกษา และ ระบบพนักงานของรัฐ ที่มีสัดส่วนที่ระบุว่ามีผลมากถึงมากที่สุดเพียงร้อยละ 33

ซึ่งความคิดเห็นของบันทิตจาก โรงเรียนแพทย์ มองประเทกให้ภาพที่ขัดแย้งกันมาก โดยเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ความเชื่อมั่น 95 % ในปัจจัย โอกาสทางการศึกษา และ ระบบพนักงานของรัฐ ที่มีผลต่อบันทิตแพทย์จากโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพมาก กว่าบันทิตแพทย์จากโรงเรียนแพทย์ในเขตภูมิภาค

2.2.3 การพิจารณาลำดับของปัจจัยต่างๆ

เมื่อพิจารณาจัดอันดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกจากแพทย์ในกลุ่มลักษณะ/สถานภาพ ต่างๆ โดยใช้เกณฑ์สัดส่วนแพทย์ที่ระบุว่าปัจจัยนั้นมีอิทธิพลมากถึงมากที่สุด (ระดับน้ำหนัก 4 ถึง 5) เป็นตัวชี้วัด และในกรณีที่สัดส่วนของตัวชี้วัดมีค่าเท่ากันจะจัดอันดับปัจจัยจากสัดส่วนของผู้ระบุว่ามีอิทธิพลปานกลาง (น้ำหนักในระดับ 3) จะแสดงได้ดังตารางที่ 14

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าในบางกลุ่มลักษณะ / สถานภาพ ของแพทย์ มีรูปแบบของการเรียงลำดับของปัจจัยต่างๆ คล้ายๆ กัน อาจจะเนื่องจากมี “พื้นที่ทับซ้อน” ของลักษณะ/สถานภาพ ของแพทย์ อยู่ในแพทย์กลุ่มเดียวกัน เช่น พนักงานของรัฐ - 医師ทั่วไป - 医師โรงพยาบาลชุมชน - 医師อายุน้อย เป็นต้น

ในภาพรวม กลุ่มปัจจัยที่มีอิทธิพลสูง “ได้แก่ ภาระงาน โอกาสทางการศึกษา และระบบพนักงานของรัฐ ส่วนปัจจัยอิทธิพลระดับกลาง “ได้แก่ รายได้รวม , ค่าตอบแทน และระบบการบริหาร ที่ไม่เป็นธรรม ส่วนปัจจัยที่มีผลน้อย “ได้แก่ ภาระครอบครัว

ตารางที่ 14 แสดงลำดับของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกจากแพทย์ในกลุ่มต่างๆ เรียงจากมากไป

น้อย

มิติ	สถานภาพ	อันดับ 1	อันดับ 2	อันดับ 3	อันดับ 4	อันดับ 5	อันดับ 6	อันดับ 7
รวม		ภาระงาน	พนง. ของรัฐ	การศึกษา	ค่าตอบแทน	ระบบบริหาร	รายได้รวม	ครอบครัว
สถานภาพ	พนง. ของรัฐ	พนง. ของรัฐ	การศึกษา	รายได้รวม	ค่าตอบแทน	ระบบบริหาร	ภาระงาน	ครอบครัว
	ข้าราชการ	ภาระงาน	การศึกษา	ระบบบริหาร	พนง. ของรัฐ	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ครอบครัว
อายุ	อายุไม่เกิน 30 ปี	การศึกษา	พนง. ของรัฐ	ภาระงาน	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ระบบบริหาร	ครอบครัว
	อายุมากกว่า 30 ปี	ภาระงาน	ระบบบริหาร	พนง. ของรัฐ	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ครอบครัว	การศึกษา
ความ ชำนาญ	แพทย์ทั่วไป	การศึกษา	พนง. ของรัฐ	ภาระงาน	ระบบบริหาร	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ครอบครัว
	แพทย์เฉพาะทาง	ภาระงาน	พนง. ของรัฐ	รายได้รวม	ค่าตอบแทน	ระบบบริหาร	ครอบครัว	การศึกษา
เพศ	ชาย	ค่าตอบแทน	พนง. ของรัฐ	รายได้รวม	ระบบบริหาร	ภาระงาน	การศึกษา	ครอบครัว
	หญิง	การศึกษา	ภาระงาน	พนง. ของรัฐ	ครอบครัว	ระบบบริหาร	รายได้รวม	ค่าตอบแทน
ภูมิลำเนา	กรุงเทพฯ	การศึกษา	พนง. ของรัฐ	ภาระงาน	ระบบบริหาร	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ครอบครัว
	จังหวัดอื่นๆ	ภาระงาน	พนง. ของรัฐ	ค่าตอบแทน	ระบบบริหาร	รายได้รวม	ครอบครัว	การศึกษา
โรงพยาบาล	พ.ชุมชน	การศึกษา	ภาระงาน	พนง. ของรัฐ	ระบบบริหาร	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ครอบครัว
	พ.ศูนย์/ทั่วไป	พนง. ของรัฐ	ภาระงาน	ระบบบริหาร	ค่าตอบแทน	รายได้รวม	ครอบครัว	การศึกษา
โรงเรียน แพทย์	กรุงเทพฯ	การศึกษา	พนง. ของรัฐ	ภาระงาน	ระบบบริหาร	ครอบครัว	ค่าตอบแทน	รายได้รวม
	ภูมิภาค	ภาระงาน	รายได้รวม	ค่าตอบแทน	ครอบครัว	ระบบบริหาร	พนง. ของรัฐ	การศึกษา

ในกลุ่มแพทย์ทั่วไป - แพทย์อายุน้อย-แพทย์โรงพยาบาลชุมชน - แพทย์ที่สำเร็จจากโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพฯ และ แพทย์ที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพฯ พนบ.ว่ามีแนวโน้มจะให้ความสำคัญกับโอกาสในการศึกษาต่อและระบบพนักงานของรัฐ สูง ซึ่งอาจเกิดการรับรู้ว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างสองปัจจัย นี้ ซึ่งอาจจะไม่ถูกต้องทั้งหมด เนื่องจากตามการปฏิบัติจริง พนักงานของรัฐมีสิทธิในขอทุนการศึกษา ต่อจากโรงพยาบาล และ การลากศึกษา ไม่ต่างไปจากข้าราชการ

ส่วนในกลุ่มของแพทย์เฉพาะทาง - แพทย์อายุมากกว่า 30 ปี - แพทย์โรงพยาบาลทั่วไป มักมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับปัจจัยระบบบริหารที่ไม่เป็นธรรมและภาระงาน มากกว่ากลุ่มอื่น

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้เราสามารถวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์รูปแบบ เกี่ยวกับการลาออกจากแพทย์โดยใช้ข้อมูลของแพทย์ที่ได้ลาออกจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2544 และ 2545 ซึ่งได้ข้อมูลเบื้องต้นของแพทย์จำนวน 715 ราย และข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ที่ 286 ราย จากจำนวนแพทย์ที่ลาออกจากทั้งหมด 758 ราย ได้ว่า

- แพทย์ที่ลาออกในช่วงปี พ.ศ. 2544 และ 2545 เป็นกลุ่มแพทย์ที่มีอายุน้อย จบการศึกษาและรับราชการมาไม่นาน และส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ลาออกเมื่อหมดพันธสัญญาในการชดใช้ทุน พบว่า ค่าเฉลี่ยอายุของแพทย์ที่ลาออกคือ 30.76 ปี และมีค่ามายฐาน 28 ปี โดยมีแพทย์ที่อายุไม่เกิน 30 ปี มาถึง สองในสามของแพทย์ที่ลาออกทั้งหมด
- ในกลุ่มที่ลาออกมีแพทย์ชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย
- แพทย์ที่ลาออก 63.27% เป็นแพทย์ที่ว้าไป แพทย์เฉพาะทางที่ลาออกมากที่สุด ได้แก่ อายุรแพทย์และกุมารแพทย์
- มีแพทย์ลาออกในครั้งนี้ประมาณครึ่งหนึ่งที่มีภภมลามเนาในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าต้องอยู่ห่างภูมิลามเนาเพื่อเริ่มปฏิบัติงานเกือบทั้งหมด โดยแพทย์ที่ลาออกร้อยละ 28.9 ได้เริ่มรับราชการในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีเพียงร้อยละ 1.1 ที่เริ่มปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพฯ
- ในกลุ่มที่ลาออกนี้ เป็นการสูญเสียจากโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุดถึงร้อยละ 53.3 โดยเฉพาะแพทย์ในวัยไม่เกิน 30 ปี ที่ร้อยละ 66.5 ลาออกขณะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน
- แพทย์ที่ลาออกระบุว่ามีภาระงานค่อนข้างมาก โดยในภาพรวมตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ย 83.35 ราย ต่อวัน รักษาผู้ป่วยใน 33.39 คนต่อวัน โดยแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีภาระงานผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ที่มีภาระงานผู้ป่วยในน้อยกว่า แพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทั่วไป เมื่อพิจารณาภาระงานจากเกณฑ์ปริมาณผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว
- รายรับเฉลี่ยของแพทย์ที่ลาออกคือ 28,261 บาท แต่ก็มีจะเกิดความสับสนต่อแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามในประเด็นประเภทของรายรับพอสมควร
- ข้อเสนอระดับรายได้ที่แพทย์ควรได้รับมีค่าเฉลี่ยที่ประมาณ 50,000 บาท ต่อเดือน
- ปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกจากแพทย์ในภาพรวมจากการศึกษาครั้งนี้เรียงตามลำดับจากปัจจัยที่มีอิทธิพลมากไปน้อย ได้แก่ ภาระงาน ระบบพนักงานของรัฐ โอกาสทางการศึกษา ค่าตอบแทน ระบบบริหารงานที่ไม่เป็นธรรม รายได้รวม และ ภาระทางครอบครัว
- ปัจจัยโอกาสทางการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มแพทย์ลักษณะ/สถานภาพ ต่างกันมากที่สุด คือ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง แพทย์ที่ว้าไป-แพทย์เฉพาะทาง, แพทย์อายุไม่เกิน 30 ปี-กลุ่มอายุมากกว่า, แพทย์หญิงและแพทย์ชาย, แพทย์ที่เป็นพนักงานของรัฐ-ข้าราชการ และ แพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพฯ-ภูมิภาค
- กลุ่ม แพทย์ที่ว้าไป, แพทย์อายุน้อย, แพทย์จากโรงพยาบาลชุมชน, แพทย์หญิง, แพทย์ที่เป็นพนักงานของรัฐ แพทย์ที่มีภภมลามเนาในเขตกรุงเทพฯ และแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพ มีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับปัจจัยโอกาสทางการศึกษาและระบบพนักงานของรัฐ สูงกว่า ในขณะที่ มีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับภาระครอบครัว, ค่าตอบแทน และ รายได้รวม น้อยกว่า ลักษณะตรงกันข้าม

- แพทย์ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี, แพทย์ที่เป็นข้าราชการ มีแนวโน้มจะให้ความสำคัญกับระบบบริหารที่ไม่เป็นธรรมสูงกว่ากลุ่มอื่น
- ปัจจัยทางการเงิน ได้แก่ ค่าตอบแทน และ รายได้รวม มีแนวโน้มที่จะมีผลต่อ กลุ่มแพทย์เฉพาะทาง , แพทย์ชายน, แพทย์ที่มีภาระด้านการศึกษาต่างจังหวัด และ แพทย์ที่จบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ในเขตภูมิภาคมากกว่า กลุ่มที่มีลักษณะตรงข้าม

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ เรายกจะสรุป รูปแบบ ของอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ให้ได้เป็นสองกรณี คือ ลักษณะของแพทย์ทั่วไป และ ลักษณะของแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งมีระดับของอิทธิพลในปัจจัยบางประเททต่างกันอย่างชัดเจน จนน่าจะพอกล่าวได้ว่า ไม่มีนโยบาย หรือ มาตรการแบบ “เลือกเหลือ” ที่สามารถจัดการกับปัญหาการลาออกจากแพทย์ได้ ดังนั้นมาตรการที่น่าจะลงไว้ถึงแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลนั้นน่าจะมีความเหมาะสมกับลักษณะและสถานภาพของกลุ่มแพทย์ดังกล่าว และเป็นการตัดสินใจที่มีความรู้เป็นพื้นฐาน และสอดคล้องด้วยกันกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ ในขณะที่ไม่ควรทำให้เกิดภาพของความแตกแยก เหลื่อมล้ำ ของแพทย์ในกลุ่มต่างๆ สุดท้ายคือ มาตรการด้านการเงิน อย่างเดียวย่อมมีข้อจำกัดด้วยตนเอง โดยเฉพาะเมื่อถูกเปรียบเทียบกับระดับรายได้ในภาคเอกชน หรือ เมื่อพิจารณาบริบทของระบบราชการเอง จนการเพิ่มค่าตอบแทนรายได้อย่างเดียวอาจจะไม่ใช่ “มาสเตอร์คิล์ฟ์” ที่นำเราไปสู่สภาวะการณ์ที่คาดหวัง

ในการมองปัญหาและปัจจัยที่เรื่องยองกับปัญหาของการลาออกนั้น ผู้ทำการศึกษาขอวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่างๆ ดังภาพประกอบที่ 1 ที่ได้แสดงความเชื่อมโยงถึงกันของปัจจัยต่างๆ ดังนั้นการแก้ปัญหาเพียงจุดเดียว หรือนโยบายเชิงเดียว แม้ว่าอาจจะทำให้สถานการณ์ดีขึ้นบ้าง แต่คงขาดความครอบคลุมปัจจัยต่างๆ และ/หรือ อาจจะส่งผลต่อปัจจัยอื่นๆ ด้วย ตัวอย่างเช่น หากเราเลือกการแก้ปัญหาด้วยวิธีการเพิ่มค่าตอบแทน แต่ไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยอื่น ก็อาจจะพอแก้ปัญหาได้ในระยะสั้น แต่ในระยะยาวอาจสถานการณ์อาจเปลี่ยนแปลงไปได้อีก เช่น การเติบโตของตลาดสถานพยาบาลเอกชนที่อาจสร้างแรงดึงดูดระดับใหม่ขึ้นมาอีก หรือ อาจถูกผลกระทบจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นจนมากเกินระดับที่รับได้ หรือ การแก้ปัญหาด้วยการปรับ พนักงานของรัฐ ให้เป็นข้าราชการ ทั้งหมดก็อาจจะไม่ตอบสนองต่อความต้องการศึกษาต่ออันเป็นปัจจัยที่ทรงอิทธิพลที่สุดในกลุ่มแพทย์ทั่วไป และ 医师 อายุน้อย จากการศึกษาครั้งนี้

หาก “ปัญหาการลาออกของแพทย์” จากสถานพยาบาลในภาครัฐ มี ผลลัพธ์คือ “การขาดแคลนแพทย์” มิใช่ “การไม่น่าประทับใจวิชาชีพแพทย์” นั้น มุ่งมองของกลไกที่เราอาจนำมาใช้บางทีอาจจะกว้างกว่า การแก้ไขการลาออกของแพทย์ หรือ “ กลวิธีการดึงรั้งแพทย์ ” ให้อยู่ในสถานพยาบาล หากแต่เป็น “การทำให้แพทย์ปฏิบัติงานอย่างมีความสุข ” โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์ เพราะบางแห่งมีการลาออกของแพทย์ หนึ่งคนจากพื้นที่ต่างกัน อาจจะส่งผลกระทบที่ต่างกัน ต่อผลลัพธ์ของสุขภาวะของประชาชน

จากองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาขอเสนอถูกยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ โดยไม่ได้ยึดติดกับสถานภาพการเป็นข้าราชการหรือไม่ ดังนี้

1. การสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลปฐมภูมิอย่างองค์รวม ซึ่งน่าจะส่งผลต่อการลดภาระงานการรักษาในระดับที่ต้องการลดลงมากขึ้น ใช้ทรัพยากรสูงขึ้น โดยควรสร้างระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และระบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว/ชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งการดูแลในชั้นต้นนั้นอาจจะไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ แต่ควรดำเนินถึงระบบการเขื่อมโยงข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วย

นอกจากเป็นการลดภาระที่จะไปถึงแพทย์เฉพาะทางแล้ว อันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงจากการศึกษาครั้งนี้ แล้วการบริการในระดับปฐมภูมิยังน่าจะมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพโดยลดการเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็นให้กับประชาชนอีกด้วย นอกจากนี้ระบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพจะลดจำนวนผู้ป่วยที่ไปถึงการบริการระดับสูงๆ ทำให้ 医师 มีเวลาในการรักษามากขึ้น ละเว้นชั้น และมีเวลาสื่อสารกับผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งจะทำ

ให้แพทย์รู้สึกมั่นคงในวิชาชีพโดยเฉพาะต่อโอกาสการถูกฟ้องร้อง และการใช้ความรู้ความสามารถอันสามารถอย่างเต็มที่

2. การปรับปรุงประสิทธิภาพ ความคล่องตัวของระบบบริการสุขภาพ เช่นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และการออกกฎหมาย กระบวนการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นในประเด็นของบุคลากรสาธารณสุข นั้น น่าจะมีส่วนช่วยในการคัดเลือกสรรแพทย์จากห้องถิ่นได้มีโอกาสปฏิบัติงานให้กับบ้านเกิด โดยมีระบบการบริหารที่มีความคล่องตัวกว่าระบบของกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าอาจจะไม่ได้มีสถานภาพเป็นข้าราชการแต่ก็ควรมีปัจจัยอื่นมาด้วย แพทย์ที่มาจากห้องถิ่นนั้นน่าจะมีปัญหาในการปรับตัวน้อย มีความรักบ้านเกิดสูง มีความสัมพันธ์กับประชาชนได้ดีกว่า และมีโอกาสอยู่ยากยิ่งกว่า

หรือการออกกฎหมายแบบเดิม ด้วยการผลักดันให้โรงพยาบาลเป็นองค์กรอิสระ ภายใต้การกำกับของรัฐ ซึ่งน่าจะทำให้มีระบบการบริหารจัดการ ที่คล่องตัว ยืดหยุ่น มากขึ้น สามารถสร้างกฎระเบียบ ได้สอดคล้องกับ ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เป็นต้นว่า การคัดหาแพทย์มาให้บริการอย่างเพียงพอ การสนับสนุนการเรียนรู้ ของแพทย์ ที่อาจไม่ได้จำกัดอยู่แค่การอบรมเชิงพาณิชย์

3 การสร้างความมั่นคงในวิชาชีพ

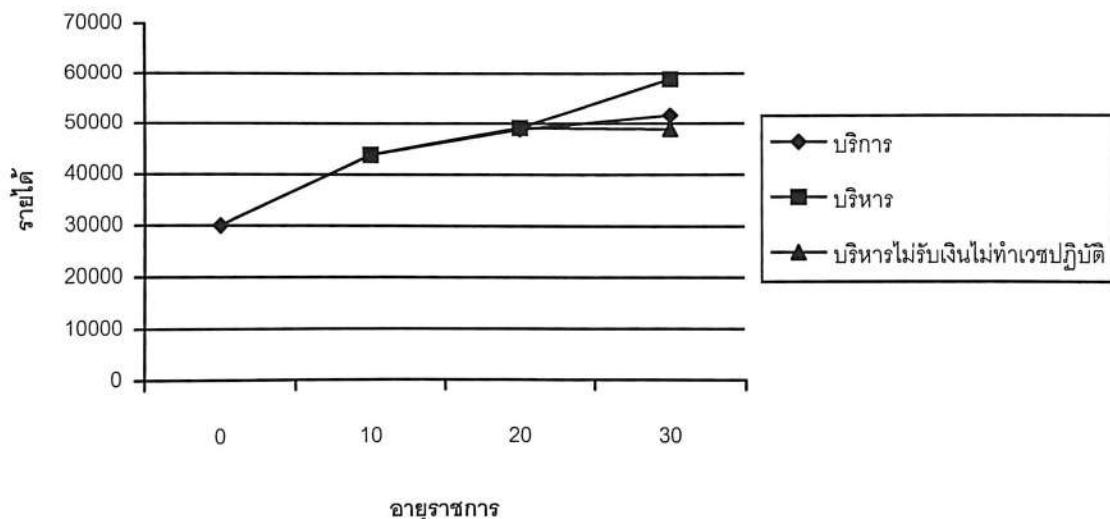
- 3.1 ด้านการเงิน ควรมีค่าตอบแทนเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะส่วนที่สัมพันธ์กับบริษัทฯ เพื่อเป็นการใช้ระบบค่าตอบแทนไปสูงจากการปฏิบัติงาน และ ต้องมีความเป็นธรรม หรือส่วนที่สัมพันธ์กับลักษณะพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน เช่นการกำหนดระดับพื้นที่กันดารให้มีรายระดับ เพื่อจ่ายเบี้ยเลี้ยงตามระดับความกันดารและจำนวนบุคคล

เนื่องจาก ระดับรายได้รวมของแพทย์ในระบบราชการ มีการเพิ่มขึ้นเฉพาะในส่วนเงินเดือน และ /หรือ เงินประจำตำแหน่ง และมีส่วนที่ค่อนข้างคงที่ เช่น ค่าตอบแทน และ เบี้ยเลี้ยง ทำให้เป็นที่น่าเปลี่ยนใจที่รายได้รวมจากภาคธุรกิจของแพทย์ที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นต่างกันอย่างชัดเจนนักเมื่อรับราชการไปนานขึ้น ตัวอย่างเช่น

- 1) 医師จบใหม่ อายุ 24 ปี เริ่มต้นรับราชการ จะมีรายรับประมาณ 30,000 บาท(เงินเดือน 8210, เงินไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว 10,000, เบี้ยเลี้ยง 2000, ค่าตอบแทนอยู่เร屋ประมาณ 10,000)
- 2) 医師ที่ปฏิบัติงานมา 10 ปี อายุ 34 ปี น่าจะอยู่ที่ระดับ 8 น่าจะมีรายรับประมาณ 43,800 บาท (เงินเดือนประมาณ 16,000 , เบี้ยเลี้ยง 2,200 , เงินประจำตำแหน่ง 5,600 , เงินไม่ทำเวชปฏิบัติ ส่วนตัว 10,000 , ค่าตอบแทนอยู่เร屋 10,000)
- 3) 医師ที่ปฏิบัติงานมา 20 ปี อายุ 44 ปี หากยังอยู่ในสายบริการระดับ 8 จะมีรายรับประมาณ 48,800 บาท (เงินเดือนประมาณ 25,000, เงินประจำตำแหน่ง 5,600 , เบี้ยเลี้ยง 2,200 , ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว 10,000 , ค่าตอบแทนอยู่เร屋 6,000) หรืออยู่ในสายบริหาร อาจจะได้ระดับ 9 ซึ่งมีรายรับประมาณ 49,100 บาท (เงินเดือนประมาณ 27,000 , เงินประจำตำแหน่งเพิ่มขึ้นเป็น 9,900 แต่ไม่มีค่าตอบแทนอยู่เร屋)
- 4) 医師ที่ปฏิบัติงานมา 30 ปี อายุประมาณ 54 ปี หากยังเป็นสายบริการอาจจะมีระดับ 8 น่าจะมีรายรับประมาณ 51,600 บาท(เงินเดือน 36,000 , เงินประจำตำแหน่ง 5,600, ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว 10,000) หรือ หากอยู่ในสายบริหารหรือบริการระดับ 9 น่าจะมีราย ประมาณ 58,900 บาท (เงินเดือน 39,000 , เงินประจำตำแหน่ง 9,900 , ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว 10,000) ทั้งนี้ใน

ตัวແນ່ງປະຫວາດລາຍທ່ານອາມມີໄຮຍໄດ້ລດລົງກວ່ານີ້ນີ້ອງຈາກການຮັບເງິນໄມ້ທໍາເວົ້ນປະປົງບົດຍັງເປັນທີ່ດັກເດືອນວ່າທໍາໄດ້ຮູ້ໄມ້ ທໍາໃຫ້ອາມມີໄຮຍໄດ້ລດລົງເປັນ 48,900 ບາທ

ແຜນກົມື້ 5 ແສດງຮາຍໄດ້ຮັມຈາກກາຄຽັງໂດຍປະມານຂອງແພທຍົດຕະການອາຍຸຮາຊາກາຣຕ່າງໆ



ຈາກການີ້ຕ້ອອງຢ່າງຮັບຂອງແພທຍົດຕະການອາຍຸຮາຊາກາຣຕ່າງໆເນື່ອນມາສ້າງແຜນກົມື້ຈະແສດງໄດ້ດัง ແຜນກົມື້ 5 ໂດຍພວກວ່າ ຂັດຮາກເພີ່ມຂອງຮາຍຮັບຂອງແພທຍົດຕະການຈາກກາຄຽັງ ດີດປະມານໄດ້ເປັນ ຮ້ອຍລະ 4.6 ຕ່ອປີ ໃນ 10 ປີແຮງ , ຮ້ອຍລະ 1.1-1.2 ຕ່ອປີໃນ 10 ປີທີ່ 2 ແລະ ຮ້ອຍລະ 0.57 ຕ່ອປີສໍາຮັບສາຍບົກກາຣ ຮູ້ອ -0.04ຖື+2%ຕ່ອປີ ສໍາຮັບສາຍບົກກາຣ ຜຶ່ງຂັດຮາກເພີ່ມມີຄວາມສັນພັນລົງແບບຄົດຄອຍ(regressive) ກັບ ອາຍຸຮາຊາກາຣ ແບບນີ້ເອົາທີ່ເປັນຮັບທີ່ໄມ້ສ້າງແຮງຈຸງໃຈໃນຮະບນຮາຊາກາຣ

3.2 ດ້ວຍຄວາມກ້າວໜ້າ ກາຣໃຫ້ຮະບນຂ້າຮາຊາກາພລເຮືອນທີ່ປະປົງບົດຍູ່ພົບວ່າມີອຸປະສົງທີ່ເປັນຄອຂວາດ ມາກມາຍ ເຫັນກອບຂັດຮາກກໍາລັງທີ່ສັນພັນລົງກັບເລີຂໍດໍາແນ່ງ ກລວິທີກາຣເລື່ອນດໍາແນ່ງທີ່ໄມ້ສົດຄລ້ອງກັບທີ່ກາທາກາຣ ປະປົງ ເຫັນກາທໍາ ພັດຈະນິວາກາຣ ເນື່ອງເພົະເລີຂໍດໍາແນ່ງເປັນດໍາແນ່ງທາງວິວາກາຣ ແຕ່ໄມ້ມີກາຣໃຫ້ຜົດ ຈານດັກລ່າງໄປກ່ອປະໂຍນນີ້ໃຫ້ປະປົງ

ຫຼືຂ້ອຕ້ວອຍ່າງທີ່ເປັນຢູ່ປະປົງໄດ້ແກ່ກາຣທ້າມພັກການຂອງຮູ້ດໍາຈຳດໍາແນ່ງຜູ້ບົກກາຣ ທີ່ເປັນຍອດງູ ເງົານ້າແໜ້ງຂອງກາຣແກ້ປົ້ນຫາແບບ “ລູບໜ້າປະຈຸກູ” ຮະບນພັກການຂອງຮູ້ ເປັນເພື່ອກາຣ “ເລື່ອງບາລີ” ເພື່ອຈະຕອບໂຈ່ຍທີ່ວ່າ ທໍາອ່າຍ່າງໄຈຈະມີຂ້າຮາຊາກາຣລດັບ ໂດຍໄມ້ໄດ້ຄຳນີ້ຖື່ນ ບຸກຄຸລ ແລະ ພັດຈະນິວາກາຣ ຂອງອົງຄົກ ຜຶ່ງທາກຈະກ່າວ່າເປັນກາຣເຕີມກາຣສໍາຮັບກາຣຮະຈາຍອຳນາຈ ຮະຍະເວລາທີ່ຜ່ານມາກັນນັບ ວ່າເປັນທີ່ພື້ນຖານເຄີຍຄວາມຄລາດເຄີ່ອນຂອງກາຣຄາດກາຣນີ້ນັ້ນ

ຈະເຫັນວ່າເນື່ອງຈາກແພທຍົດຕະການກາຍໄດ້ຮັບປະປົງບົດຍູ່ຂອງ ຄົນະກຣມກາຣຂ້າຮາຊາກາຣ ພັດເຮືອນ ທີ່ໄດ້ປັບເປົ້າຖື່ນຄວາມໄມ້ສົດຄລ້ອງກັບຜົດສັນຖົງທີ່ໃນກາຣປະປົງ ລາຍປະກາຣ ດັ່ງນັ້ນທາງອອກ ສໍາຮັບປົ້ນຫາເຫັນນີ້ ຄວາມໄດ້ຮັບກາຣແກ້ໄຂ ທີ່ດີກວ່າແຄ່ “ກາຣບຽນພັກການຂອງຮູ້ເປັນຂ້າຮາຊາກາຣ” ເຫັນ ກາຣ ອອກຈາກກາຣດູແລຂອງຄົນະກຣມກາຣຂ້າຮາຊາກາພລເຮືອນ ກາຣສ້າງກູງເກັນທີ່/ຮູບແບບໃໝ່ ໃນກາຣປະປົງ

หน้าที่ของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขมาแทนภาระเบี่ยงที่ไม่สอดคล้องในทางปฏิบัติ โดยยึดเอา บุคลากร ในระดับปฏิบัติงาน เป็นศูนย์กลางในการสร้างภาระเบี่ยง

- 3.3 ด้านภาระครอบครัว เช่นการสร้างระบบสวัสดิการสำหรับครอบครัวของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ชนบท เช่น การศึกษาของบุตรธิดา ที่พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์จากเขตชนบท
4. การควบคุมกำกับการเติบโตของตลาดธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนอย่างเหมาะสม เนื่องจากการบริการสาธารณสุขจัดเป็น “สินค้าคุณธรรม” (merit goods) ดังนั้นการปล่อยให้มีการแข่งขันในระบบการตลาดเสรี นั้นได้รับการกล่าวถึงว่ามีความสมควรหรือไม่ อย่างไร โดยเฉพาะการปล่อยให้มีการระดมทุน และ การเก็บ กำไร กันในตลาดหลักทรัพย์ สำหรับธุรกิจโรงพยาบาล กำลังถูกตีความหมายว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เช่น “การห้ามกำไรง่ายไม่สมเหตุสมผลตาม ร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพ” หรือไม่ ยังไม่ต้องเอ่ยถึง นโยบายของรัฐบาลที่กำลังทำให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางในการรักษาพยาบาลชาวต่างประเทศ เพื่อดึงเงิน ตราเข้าสู่ประเทศไทย ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน

อาจดูเป็นการยุติธรรมอยู่ที่กลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนกำลังตอบสนองต่อความต้องการของ “ลูกค้า” ที่มีกำลังจ่าย ที่พร้อมจะแลก คุณภาพ มาด้วยเงินที่ “จำกัด” แต่ต้องไม่ลืมว่า ในสถานการณ์ที่มีบุคลากร จำกัด “การได้มา” ซึ่งบุคลากรในภาคเอกชน ยอมเท่ากับ “การหมดหาย” ไปของบุคลากรในภาครัฐ โดยมี ส่วนต่างของรายได้เป็นตัวแปรสำคัญในสมการ และต้องไม่ลืมเป็นอันขาดว่า ความต้องการการบริการสุขภาพ เป็นอุปสงค์ถูกเนี่ยนนำโดยอุปทานได้มาก ทำให้ระดับค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศไทย มี ความสัมพันธ์กับการเติบโตของธุรกิจสถานพยาบาลเอกชน มากกว่า รัฐ

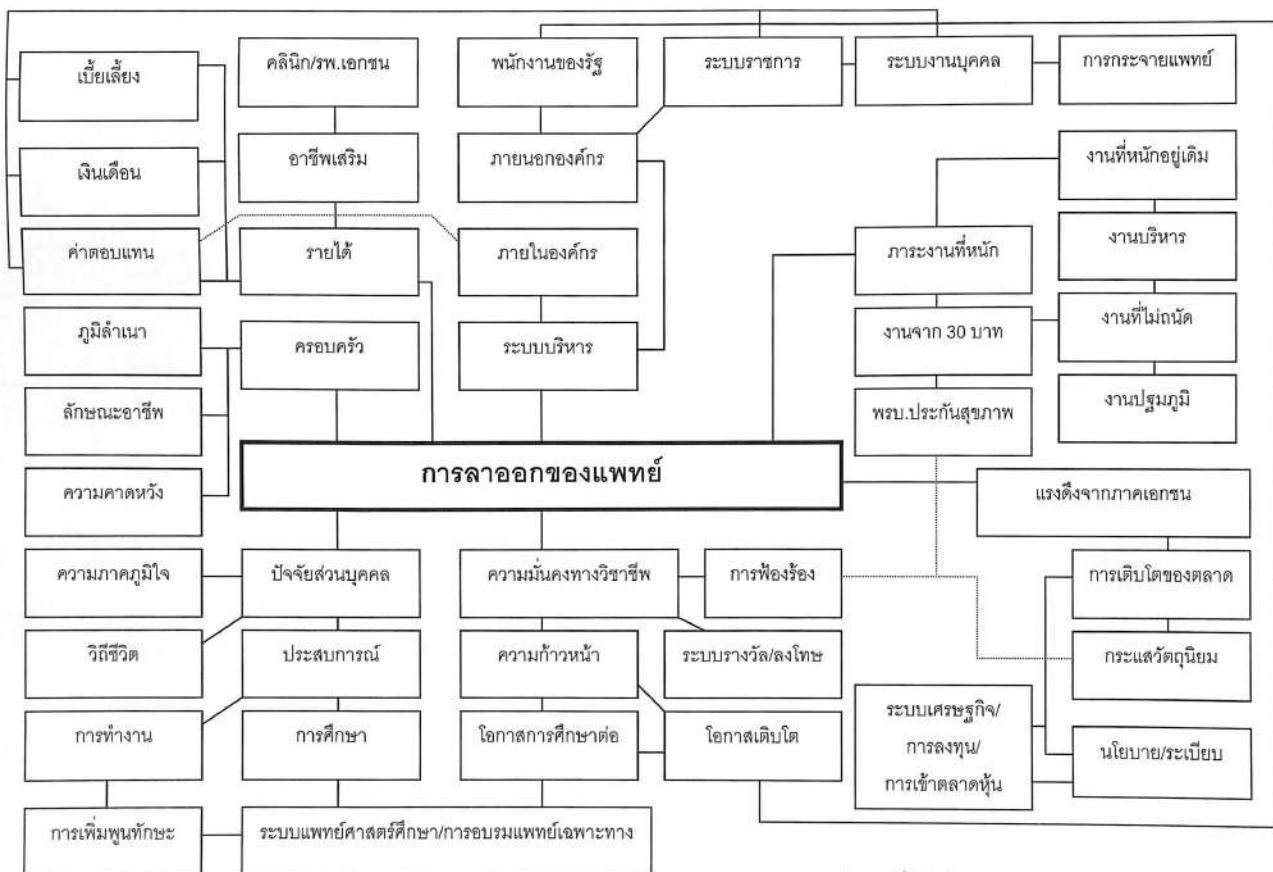
ดังนั้น บทบาทที่รัฐควรมีคือการควบคุมกำกับติดตาม ปัจจัยนำเข้า และ การดำเนินงานของสถานพยาบาลภาคเอกชน โดยอาจมีการแทรกแซงในระดับที่เหมาะสม และ/หรือ การออกกฎหมายเบี่ยงที่สร้าง ความเสมอภาคให้กับสังคม
5. ปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอน 医疗ศาสตร์ศึกษา ให้มีรูปแบบเหมาะสมในการผลิตบัณฑิตแพทย์ ที่ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน เนื่องจากพบว่า ในสถานการณ์ปัจจุบัน นิสิต/นักศึกษา 医疗 ถูกสร้างขึ้นมาจากการชั้นกลาง ที่มีภูมิลำเนาในเมืองหลวงและหัวเมืองใหญ่ เป็นหลัก และยังถูกหล่อ หลอมมาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทันสมัย มีบุคลากรจำนวนมาก เป็นไปได้ว่าไม่ว่า ประสบการณ์เหล่านี้ ได้สร้างความรู้สึกแปลกด yok เมื่อต้องลงไปปฏิบัติงานจริงในชนบท ที่มีความขาดแคลน

ดังนั้นการรูปแบบเรียนรู้ที่มีฐาน เป็นศูนย์กลาง รู้จักการบูรณาการ และการสร้างเสริมสุขภาพ น่า จะเป็นรูปแบบที่สถาบันแพทยศาสตร์ศึกษาควรนำไปปฏิบัติ
6. การสร้างจิตสำนึกรักความภาคภูมิใจในคุณค่าของตนที่ได้ให้บริการแก่ผู้ยากไร้ ของแพทย์ เป็นทางออก ที่แม่จะดูเลื่อนลอย แต่ก็สามารถแก้ปัญหาได้หลากหลายในระบบจริง เนื่องจากหากแม้เพียงแพทย์มี ศรัทธาต่อการทำงานให้บริการผู้ด้อยโอกาส จนเกิดความภาคภูมิใจ(self esteem)แล้วจะสร้างขั้นตอน ต่อ การทำงาน และ ความทุกทานต่อ ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็น รายได้น้อย งานหนัก

ในทางกลับกันหากเราได้สร้างแพทย์ที่คำนึงถึงตนเอง เป็นสำคัญแล้ว ภาระงาน หรือ ปัญหา แม้ เพียงเล็กน้อย ก็พร้อมจะกลับเป็น ปัจจัยหลัก 医疗 ออกจากระบบทันที ดังนั้น กระบวนการสร้างจิต สำนึกรักในกระบวนการบริการ (Service mind) และ ความศรัทธา ต่อหน้าที่นี้เอง ถ้าได้ปลูกฝังให้แพทย์ตั้งแต่ต้น

และ ต่อเนื่อง จะเป็นวัคซีนชีวิต ที่ดี เช่น การให้แพทช์ไดร์เข้าใจประชาชนมากขึ้นในมิติที่ต่างจากผู้ป่วยกับผู้รักษา

จากข้อเสนอทั้งหมด จะเห็นได้ว่า นโยบาย/ยุทธศาสตร์/มาตรการที่นำมาแก้ไข การลากอกรของแพทช์ นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจริงใจจากทุกฝ่าย ต้องมีการตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ และต้องอาศัยมุมมองที่กว้าง ประกอบว่า ซองทางระบบเดิมๆ ที่ดีบดันอยู่ในแห่งอำนาจ ต้องเป็นการปฏิบัติสอดคล้องกับการปฏิรูปสุขภาพ และ ความต้องการของสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ขาดแคลน หรือ กลุ่มประชาชนที่ “ต้องการมากกว่า” มิใช่ กลุ่มที่ “รู้สึกต้องการมากกว่า”



ภาพประกอบที่ 1 irony แห่งปัญหาของการล้าอกรของแพทย์

ภาคผนวก

แบบสอบถามเกี่ยวกับการลาออกของแพทย์

ระหว่างปี 2544-2545

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ () หญิง () ชาย อายุ.....ปี
 2. สำเร็จแพทยศาสตร์บัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์.....พ.ศ.....
 3. จบการศึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขา.....ที่สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
 4. สอบได้รับหนังสืออนุมัติบัตร สาขา.....เมื่อ พ.ศ.....
 5. ภูมิลำเนา () กทม. หรือปริมณฑล () จังหวัดอื่นๆ (ระบุ).....

ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

1. เริ่มปฏิบัติงานครั้งแรกที่.....จังหวัด.....พ.ศ.....
 2. สถานที่ปฏิบัติงานก่อนลาออก
ที่.....ขนาดเตียง.....เตียงจังหวัด..... พ.ศ.
.....

ความรับผิดชอบ () 医師ประจำ

() หัวหน้ากลุ่ม / หัวหน้าฝ่าย / หัวหน้างาน

() ผู้อำนวยการ

ภาระงานเฉลี่ยวันทำงาน () จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย.....ราย / วัน
 () จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยราย / วัน
 () จำนวนการผ่าตัดราย / วัน
 () อื่นๆ
 งานพิเศษที่ได้รับมอบหมาย

3. รายได้จากที่ได้รับจากหน่วยงานก่อนลาออก (เฉลี่ยต่อเดือน)
 เงินเดือน บาท
 เงินประจำตำแหน่ง บาท
 ค่าตอบแทนต่างๆ ค่าเวร OT และอื่นๆ รวม บาท

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของจากราชการ (กรุณาให้น้ำหนักแต่ละปัจจัย)

ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	น้ำหนักในการตัดสินใจ (เรียงน้อยไปมาก)				
	1	2	3	4	5
● ภาระงาน (ทั้งงานบริการ และงานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย)					
● รายได้รวม					
● ค่าตอบแทน					
● โอกาสในการศึกษาต่อเนื่อง					
● ระบบบริหารไม่เป็นธรรม					
● ภาระทางครอบครัว					
● ระบบบริหารพนักงานของรัฐฯ					
● อื่นๆ ระบุ					
●					
●					

ประเด็นเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ไข เพื่อป้องกันการล้าอุบเพิ่มขึ้น

- การปรับปรุงค่าตอบแทนข้อเสนอ รายได้เฉลี่ย (รวมทั้งเงินเดือนและค่าตอบแทนรวม) ที่เหมาะสม..... บาท/เดือน
 - การปรับปรุงระบบความก้าวหน้า ข้อเสนอ
 - การปรับปรุงเรื่องภาระงาน ข้อเสนอ
 - การปรับปรุงเกี่ยวกับการศึกษาต่อ ข้อเสนอ

ข้อเสนอเรื่องอื่นๆ

¹ การสำมะโนประชากรและการเคหะ พ.ศ. 2543, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ⁱⁱ จำนวนแพทย์เฉพาะทางในแต่ละสาขา ,แพทย์สภा (สืบคันข้อมูลเมื่อ 1 กค.พ.ศ.2546)

ⁱⁱⁱ จากรายงาน 0110 รง.5 ของสถานพยาบาลในภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข

^{iv} ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ... มาตรา 77