

ดปรส. (2)

- ขกธ่าง พ.ร.บ. ๑
- จอตั้งเอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย [3 กุมภาพันธ์ 2547]
- รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "กำลังคน" วันพฤหัสบดี ที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547 ณ โรงแรม โรสการ์เดนส์ ตำบลสามพราน จ.นครปฐม
- จอเชิญประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็น [22 พฤศจิกายน 2548]

(2) ๓๔ 1.2 / 20 (20๗ หน้า) กว้าง 25



(2) สช 1.2/20 กล่อง 25

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

 ปฏิรูปแนวคิดคนไทย
 สู่ภาพทัศน์ใหม่ประเทศไทย

 สร้างเครือข่าย
 ภูมิปัญญา
 พัฒนาระบบ
 สาธารณสุข

 Creating
 Partnership for
 Knowledge-based
 Health Systems

ที่ สวรส.พิเศษ/2548

22 พฤศจิกายน 2548

ดำเนินการโดย	3107/48
วันที่	24 พ.ย. 48
เวลา	16.00 น.

 เรื่อง ขอบเชิญประชุมเพื่อให้ออกความคิดเห็น
 เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
 สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

เนื่องจากกำลังคนด้านสุขภาพได้รับผลกระทบผลกระทบจากสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ประกอบกับที่ผ่านมาการกำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหาหรือการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพยังขาดข้อมูลหลักฐานต่างๆ จึงทำให้หลายพื้นที่ของประเทศยังประสบกับปัญหาความขาดแคลนและการกระจายคนด้านสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงได้จัดทำแผนงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพซึ่งจะศึกษาวิจัยติดตามและประเมินสถานการณ์ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนำเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายในระดับต่างๆ เพื่อให้เกิดการวางแผนการผลิตและการพัฒนากำลังคนที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพ

ในการนี้เพื่อให้การดำเนินงานของแผนงานฯ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพต่อภาพรวมของประเทศ สวรส. และคณะวิจัย จึงขอเรียนเชิญ ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิเข้าร่วมประชุมให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการดำเนินงานโครงการปีที่ 1 ในวันที่ วันจันทร์ที่ 28 พฤศจิกายน 2548 เวลา 9.30 - 12.00 น. ณ ห้องประชุมสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ชั้น 3 อาคารด้านทิศเหนือสวนสุขภาพ ขอยสาธารณสุข 6 บริเวณกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้เกียรติเข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวด้วย สวรส. ขอขอบพระคุณมาอย่างสูง ณ โอกาสนี้ที่ได้สละเวลาอันมีค่าเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

 ศิริวัฒน์
 ทิพย์ธราดล

24 พ.ย. 48

ผู้ประสานงาน : กาญจนา ปานูราช/สุภาวดี นุชรินทร์

โทร. 0-2 9511286-93 ต่อ 126, 144

โทรสาร. 0-2 9511295

 48
 28 พ.ย. 48



รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

คณะที่ปรึกษาแผนงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

วันที่ 28 พฤศจิกายน 2548 เวลา 9.30-12.00 น. ที่ ห้องประชุม IHPP

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง
1	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
2	นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	
3	ศ.นพ.จิตร สิทธีอมร วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
4	นพ.อำพล จินดาวัฒนะ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ	
5	นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	
6	นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	



รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

คณะที่ปรึกษาแผนงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

วันที่ 28 พฤศจิกายน 2548 เวลา 9.30-12.00 น. ที่ ห้องประชุม IHPP

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง
7	นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ รพ.ภูกระดึง จ.เลย	
8	นพ.พิเชษฐ ไนริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	
9	คุณกาญจนา ประมาณพล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	
10	ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ วิทยาลัยการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น	
11	คุณพิศุทธิ์ เทมพิสุทธิ์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
12	คุณสุภาวดี นุชรินทร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	
13		
14		
15		

Draft 22 Nov 2005

แผนการดำเนินงาน ของแผนงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ปีที่ 1 (2548 – 2549)

การประชุมกรรมการชุดต่างๆ

กิจกรรม	ไตรมาส ที่ 1				ไตรมาส ที่ 2			ไตรมาส ที่ 3			ไตรมาส ที่ 4		ปีที่ 2	
	กย	ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	กย	ตค
1. คณะทำงานแผนงานพัฒนากำลังคน (Secretariat team)														
2. คณะที่ปรึกษาแผนงาน (Consultant team)														
3. คณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (Steering team)														

ยุทธศาสตร์ที่ 1 Knowledge generation

กิจกรรม	ไตรมาส ที่ 1				ไตรมาส ที่ 2				ไตรมาส ที่ 3			ไตรมาส ที่ 4			ปีที่ 2
	กย	ตค	พย	ธค	มก	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	กย	ตค	
1. เข้าร่วมกับเครือข่ายหลัก															
2. จัดประชุมที่ปรึกษา เพื่อให้เห็นกรอบการวิจัยในปีที่ 1															
3. ประชุมเครือข่ายนักวิจัย ตามประเด็นวิจัย เพื่อทำความเข้าใจคำถามการวิจัย / out put / วิธีการศึกษาวิจัย และการวางแผนการทำงานร่วมกัน															
4. ศึกษา "ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์"															
4.1 จัดเวทีให้ความคิดเห็นโดยผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 1 (มกราคม)															
4.2 จัดเวทีให้ความคิดเห็นโดยผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 2 (มีนาคม)															
4.3 จัดเวทีให้ความคิดเห็นโดยผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 3 (พฤษภาคม)															
4.4 ส่งรายงานการวิจัย															
5. ศึกษาประเด็นวิจัย " Prioritized research question in year 1 (2005-2006) " ทั้งหมด 12 ประเด็น															
5.1 จัดประชุมเพื่อนำเสนอและพิจารณา Proposal ต่อ คณะกรรมการวิชาการ (ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง)															
5.2 ดำเนินการวิจัย และนำเสนอความก้าวหน้า (ทุก 3 เดือนหลัง Proposal ผ่าน)															
5.3 จัดประชุมเพื่อสรุปผลการศึกษา และ สืบเคราะห์ข้อเสนอเชิง นโยบาย															

6.สังเคราะห์แผนการดำเนินงานภาพรวมและนำเสนอความก้าวหน้า ของการดำเนินงานต่อ สสส. (ทุก 6 เดือน - เมษายน และ กันยายน)														
7. ประชุมแผนการดำเนินงานแผนที่ 1 ในปี 2 (2549-2550)														

ยุทธศาสตร์ที่ 2 HRH information system

กิจกรรม	ไตรมาส ที่ 1				ไตรมาส ที่ 2			ไตรมาส ที่ 3			ไตรมาส ที่ 4			ปีที่ 2
	กย	ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	กย	ตค
1. พัฒนาเครือข่ายและข้อเสนอ รูปแบบความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ														
2. จัดทำ Minimum Information Set														
3. จัดตั้ง HRH Information Clearing House														
4. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง														
4.1 พัฒนาโปรแกรม Data Warehouse														
4.2 พัฒนารูปแบบและเผยแพร่ข้อมูลเพื่อการใช้ประโยชน์														
5. สร้างความเข้มแข็งระบบฐานข้อมูลย่อย 17 หน่วยงาน														
6. จัดประชุมนำเสนอรูปแบบ ให้ผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้องทราบ ประชุมใหญ่ 1 ครั้ง														

ยุทธศาสตร์ที่ 3 Capacity building

กิจกรรม	ไตรมาส ที่ 1				ไตรมาส ที่ 2				ไตรมาส ที่ 3			ไตรมาส ที่ 4			ปีที่ 2	
	กย	ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	กย	ตค		
1. จัดการประชุมวิชาการระดับประเทศ (HRH National forum ครั้งที่ 1)																
1.1 HRH National Forum ครั้งที่ 1 (พฤศจิกายน 2549)																
1.2 Pre – forum seminar																
2. จัดการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ (HRH international forum)																
3. การฝึกอบรมระยะสั้นเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเรื่องกำลังคน																
3.1 การจัดเวทีสาธารณะ เรื่อง “ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ”																
3.2 การอบรมระยะสั้น																
3.3 สนับสนุนทุนวิจัยปริญญเอกในประเด็นตามยุทธศาสตร์ของแผนงาน																
4. การสื่อสารสาธารณะ																
4.1 Website “ HRH , Thailand ”																
4.2 จดหมายข่าว กำลังคนด้านสุขภาพ (HRH newsletter)																
4.3 แผ่นพับประชาสัมพันธ์ หน่วยงาน และแผนงาน																
5. เอกสารวิชาการผลการศึกษาวิจัยในแต่ละประเด็น																
6. จัดตั้งเครือข่ายนักวิจัย / นักวิชาการ ด้านกำลังคน																
7. สรุปผลความก้าวหน้าของการดำเนินการของแผนงาน ต่อ สสส. (ทุก 6 เดือน- เมษายน , กันยายน)																
8. ประชุมแผนการดำเนินงานแผนที่ 3 ในปี 2 (2549-2550)																

ยุทธศาสตร์ที่ 4 Develop mechanism to policy change

กิจกรรม	ไตรมาส ที่ 1				ไตรมาส ที่ 2			ไตรมาส ที่ 3			ไตรมาส ที่ 4		ปีที่ 2	
	กย	ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	กย	ตค
1. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (Steering committee)														
1.1 แต่งตั้ง คณะกรรมการ (เดือน ธันวาคม 2548)														
1.2 จัดประชุมคณะกรรมการ														
○ ครั้งที่ 1 มกราคม														
○ ครั้งที่ 2 เมษายน														
○ ครั้งที่ 3 กันยายน														
2. ส่งเสริมองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัย เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย														
3. เวทีนำเสนอ ผลการศึกษาวิจัยและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ต่อ ผู้ที่เกี่ยวข้อง														
4. สรุปผลความก้าวหน้าของการดำเนินการของแผนงาน ต่อ สสส. (ทุก 6 เดือน- เมษายน , กันยายน)														
5. ประชุมแผนการดำเนินงานแผนที่ 4 ในปี 2 (2549-2550)														

macro vs. micro

demonstration effect
→ Macro

28 Nov 2005

Prioritized research questions of HRD project in year 1 (2005 – 2006)

ปี	ประเด็นวิจัย	ขอบเขตเนื้อหา	Output	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาดำเนินการ
ปีที่ 1 2548 - 2549	1. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียและการคงอยู่ของ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และ เภสัชกร ใน สถานบริการภาครัฐ Public — Private / Profit / Non-profit MD dominant Conventional use and alternative MD dominant Conventional use and alternative	▪ ปัจจัยสูญเสียของบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ▪ ปัจจัยที่ทำให้บุคลากรกลุ่มต่างๆคงอยู่ในภาครัฐ	1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดการสูญเสียบุคลากร ภาครัฐ/ชนบท 2. ลักษณะการเคลื่อนย้ายของบุคลากร สาธารณสุข (HRH dynamic) เช่น ▪ ชนบท สู่ เมือง ▪ รัฐ สู่ เอกชน ▪ วิชาชีพ สู่ วิชาชีพอื่น 3. ปัจจัยที่ทำให้บุคลากร คงอยู่ในระบบ บริการภาครัฐ /ชนบท 4. ข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับมาตรการลด การสูญเสีย และ มาตรการสนับสนุนให้ บุคลากรสาธารณสุข สามารถปฏิบัติงานใน ภาครัฐได้อย่างต่อเนื่องและมีความสุข	ทีมกร และทีมวิชาชีพ อื่นๆ ทันตแพทย์ – สุณี เภสัชกร – พยาบาล -	
	2. ประเมินระบบแรงจูงใจ (Financial / Non – financial) ของบุคลากรสาธารณสุข	2.1 ประเมินระบบแรงจูงใจที่เป็นตัวเงิน ได้แก่ ▪ ไม่ทำเวชปฏิบัติ ▪ ค่าตอบแทนทุรกันดาร ▪ ค่าตอบแทนตามวิชาชีพ ▪ ค่าตอบแทนตามความยากง่าย	1. ข้อดี / ข้อเสีย ของระบบแรงจูงใจที่ผ่านมาในอดีต 2. ข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการการสร้าง แรงจูงใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขคงอยู่ โดยคำนึงถึง ▪ Equity	ทีม IHPP และทีมวิชาชีพ อื่นๆ ทันตแพทย์ – เภสัชกร – พยาบาล -	

		ของงาน (Specialist) ▪ อื่นๆ 2.2 ประเมินระบบแรงจูงใจที่ไม่เป็นตัวเงิน โดย 2.1 และ 2.2 ศึกษาในด้าน ▪ Equity ▪ Efficiency ▪ Effectiveness ▪ Motivation	▪ Efficiency ▪ Effectiveness ▪ Motivation		
	3.ศึกษาผลกระทบของโครงการ Mega project ต่อความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข	ผลกระทบต่อกำลังคนสาธารณสุขของโครงการ Megaproject	1.ประเมินผลกระทบในด้านกำลังคนสาธารณสุขของโครงการ Megaproject 2. ข้อเสนอในการวางแผนและพัฒนาากำลังคนเพื่อสอดคล้องกับโครงการ Megaproject	R/p/megaproject ๓	
	4.ประเมินระบบการ Recruitment นักเรียนจากท้องถิ่นของโครงการผลิตบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชาวชนบท	ได้แก่โครงการ ▪ การผลิตนักศึกษาหลักสูตรต่างๆของการทรงสาธารณสุข ▪ โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (CPIRD) ▪ โครงการแพทย์ชนบท (โควต้าพิเศษ เช่น นักเรียนจากชนบทของโรงเรียนแพทย์ต่างๆ)	4.1 อัตราการกลับเข้าทำงานสู่ภูมิลำเนาของผู้สำเร็จการศึกษาจากโครงการดังกล่าว 4.2 Retention rate ในพื้นที่ของผู้สำเร็จการศึกษาจากโครงการ 4.3 ข้อเสนอในการปรับปรุงระบบการรับบุคลากรเข้าสู่ระบบการผลิต เพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสามารถและเจตคติที่ดีในการทำงานในภาครัฐ 4.4 ข้อเสนอในการธำรงรักษามูลค่ากลุ่มนี้ใน	แพทย์ - พ.พงษ์เทพ พยาบาล - ดร.จวีรัตน์ 9/50 R&D อน	

๑ 1 พจน 1 ๑๐

๑ 1๐๑ 1 ๑๑

- retention
- equity

		▪ อื่นๆ โดยศึกษาในเรื่อง 1. Equity 2. Effectiveness ▪ การคัดเลือก ▪ อัตราการจบการศึกษา ▪ อัตราการกลับเข้าไปทำงานในพื้นที่ภูมิลำเนา ▪ retention rate ในพื้นที่	ชนบท		
	5.ผลกระทบของ AFTA และ FTA ต่อวิชาชีพพยาบาล	ศึกษาผลกระทบของโครงการ AFTA และ FTA ต่อวิชาชีพพยาบาล	5.1 อัตราการสูญเสียของพยาบาลภายในประเทศ (รัฐ / เอกชน) 5.2 มาตรการการลดผลกระทบจาก AFTA และ FTA	อ.กฤษดา	
	6.ทบทวนมาตรการของรัฐในการแก้ไขปัญหาการกระจายและความขาดแคลนกำลังคนในอดีต	ทบทวนมาตรการต่างๆที่ใช้แก้ไขปัญหาการกระจายและความขาดแคลนกำลังคนในอดีต ▪ Demand side ▪ Supply side	6.1 ข้อดี / ข้อเสียของมาตรการต่างๆที่ใช้แก้ไขปัญหาการกระจายและความขาดแคลนกำลังคนในอดีต 6.2 มาตรการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนและการกระจาย 6.3 ข้อเสนอเกี่ยวกับมาตรการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนและการกระจายกำลังคน ที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน	จินตกร และทีมวิชาชีพอื่นๆ ทันตแพทย์ - เภสัชกร - พยาบาล -	3 เดือน

R&D *การพัฒนาระบบ* *allo or non* ³

7.ศึกษาข้อมูล Gain rate / Loss rate / Survival rate ของวิชาชีพต่างๆ ในสถานบริการของรัฐ	ศึกษา 4 วิชาชีพหลัก ในปีแรก - Gain rate - Loss rate - Survival rate	7.1 อัตราการสูญเสีย , การคงอยู่ และ การรับเข้า ของวิชาชีพหลักในสถานบริการระดับต่างๆของรัฐ	จิณกร และทีมวิชาชีพอื่นๆ ทันตแพทย์ – เภสัชกร – พยาบาล –	12 เดือน
8.ศึกษาข้อมูล Skill mix ของแต่ละวิชาชีพในสถานบริการของรัฐระดับต่างๆ	ศึกษา 4 วิชาชีพหลัก และกลุ่ม Allied health ที่มีสัมพันธ์กัน ในปีแรก - ในวิชาชีพเดียวกัน เช่น สัตส่วน generalist และ specialist - ระหว่างวิชาชีพ เช่น สัตส่วน บุคลากรกลุ่มต่างๆ ทั้งในสาขาหลัก และสาขารอง (สนับสนุน) เช่น ทันตแพทย์ และ ทันตภิบาล - ในสถานบริการระดับ primary , secondary , tertiary care	8.1 รูปแบบของ Skill mix ที่เหมาะสมในสถานบริการระดับต่างๆ ทั้ง primary , secondary และ tertiary level ที่สอดคล้องต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และภารกิจของสถานบริการ โดยคำนึงถึง Productivity และ Cost-effectiveness 8.2 การกำหนดความต้องการกำลังคนในแต่ละระดับพื้นที่ และ ระดับบริการ	ดร.นงลักษณ์ นพ.ปัดพงษ์ นพ.เกรียงศักดิ์ และกลุ่มวิชาชีพ	
9.ศึกษาข้อมูลผลิตภาพ (Productivity) ของวิชาชีพต่างๆ	ศึกษา 4 วิชาชีพหลักและกลุ่ม Allied health ที่มีสัมพันธ์กัน ในปีแรก	9.1 มาตรฐานภาระงานของบุคลากร (Staff norm) แต่ละประเภท ในระบบการบริการระดับต่างๆ -	พญ.จันทนา ดร.นงลักษณ์ พินทุสร	

10. ศึกษากระบวนการสาธารณสุข (Health Service System) ที่พึงประสงค์	ระบบสาธารณสุขที่พึงประสงค์ในอนาคต (10 ปี) ▪ ระดับบริการต่างๆ 1^o, 2^o, 3^o ▪ รัฐและเอกชน ▪ เขตเมือง / ชนบท	ระบบสาธารณสุขที่พึงประสงค์ในอนาคต (10 ปี) ที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน	นพ.จิตร และคณะ	
11. ศึกษาผลกระทบของปัจจัยเหล่านี้ต่อความต้องการกำลังคน (1) การปฏิรูประบบบริการของภาครัฐ (Public health sector reform)	▪ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ▪ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ▪ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ▪ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ	▪ รูปแบบของระบบบริการที่เหมาะสมและตอบสนองต่อปัจจัยดังกล่าว ▪ ความต้องการกำลังคน ○ ประเภท (category) ○ จำนวน (number) ○ ศักยภาพ (competency)	นพ.จิตร และคณะ	
(2) การค้าระหว่างประเทศ (International trade)	▪ Medical hub ▪ FTA	▪ รูปแบบของระบบบริการที่เหมาะสมและตอบสนองต่อปัจจัยดังกล่าว ▪ ความต้องการกำลังคน ○ ประเภท (category) ○ จำนวน (number) ○ ศักยภาพ (competency)	นพ.จิตร และคณะ	
(3) การเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจมหภาค (Macroeconomic policy)	▪ การเจริญเติบโตของเศรษฐกิจของประเทศ	▪ รูปแบบของระบบบริการที่เหมาะสมและตอบสนองต่อปัจจัยดังกล่าว	นพ.จิตร และคณะ	

		▪ การเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างชาติ	▪ ความต้องการกำลังคน ○ ประเภท (category) ○ จำนวน (number) ○ ศักยภาพ (competency)		
(4) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและระบาดวิทยาของโรคต่างๆ (Demographic / Epidemiological transition)	▪ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ▪ ผลกระทบของโรคเอดส์	▪ รูปแบบของระบบบริการที่เหมาะสมและตอบสนองต่อปัจจัยดังกล่าว ▪ ความต้องการกำลังคน ○ ประเภท (category) ○ จำนวน (number) ○ ศักยภาพ (competency)	ผู้สูงอายุ - อ.ถาวร / อ.จันทร์เพ็ญ เอดส์ - อ.วิลาวัลย์ เชียงใหม่		
12. ศึกษาการพัฒนาโลกการผลักดันนโยบายกำลังคน	ศึกษาโลกในระดับต่างๆ ▪ ประเทศ ▪ ท้องถิ่น ▪ องค์กร ▪ วิชาชีพ	13.1 กลไกที่มีประสิทธิภาพในการผลักดันนโยบายด้านกำลังคน	กาญจนา หานักวิจัย		
13. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุข และผู้ป่วย ที่เปลี่ยนไป	▪ หัตถ์คดีของผู้ให้บริการ ▪ ความคาดหวังของผู้รับบริการ ▪ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการฟ้องร้อง ▪ แนวทางการแก้ไขปัญหา	14.1 สถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุข และผู้ป่วย ในปัจจุบัน 14.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการร้องเรียน / ฟ้องร้อง 14.3 ข้อเสนอรูปแบบการจัดการ ▪ การประเมินอย่างสันติวิธี	อ.ลือชัย คณะสังคม ม.มหิดล		

			▪ ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพ ▪ แนวทางการพัฒนาด้านจริยธรรมของบุคลากรสาธารณสุข ในอันที่จะลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ▪ อื่นๆ		
--	--	--	--	--	--

แผนปฏิบัติการ (Action plan) ของ แผนงานกำลังคนด้านสุขภาพ ในปีที่ 1 (2548 – 2549)

การประชุมกรรมการชุดต่างๆ

กิจกรรม	ผู้เข้าร่วมประชุม	จำนวนครั้ง / ปี	หมายเหตุ
1. คณะทำงานแผนงานพัฒนา กำลังคน (Secretariat team)	1.นพ.จิณกร โนรี - RM 2.นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ 3.ดร.นงลักษณ์ พะโกยะ 4.คุณพินธุสร เหมพิสุทธิ 5.คุณกาญจนา ปาณูราช	12 ครั้ง	ประชุมเดือนละ 1 ครั้ง
2.คณะที่ปรึกษาแผนงาน (Consultant team)	1.นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2.นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล 3.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 4.นพ.อำพล จินดาวัฒนะ 5.นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา 6. ศ.นพ.จิตร สิทธีอมร	6 ครั้ง	ประชุม ทุก 2 เดือน
3.คณะกรรมการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ (Steering committee)	กรรมการ ประมาณ 24 คน 1. นพ.มงคล ณ สงขลา ประธาน 2. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 3. ศ.นพ.จิตร สิทธีอมร 4. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ - สป.รศ. 5. นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา - สป. 6. นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล - สวรส. 7. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ - มสช. 8. นพ.พงศ์พิสุทธิ จงอุดมสุข- สปสช. 9. ผศ.ดร.สุปรียา อุดมยานนท์-สสส. 10. ผอ.สพช. 11. ผอ.สนย. 12. ตัวแทนแพทยสภา 13. ตัวแทนสภาการพยาบาล 14. คุณจรรยาวัฒน์ ทับจันทร์ -ชมรม พยาบาล รพ.ชุมชน 15. ทพ.สุวิทย์- หันตแพทย์ 16. รศ.นพ.พล ทองนพเนื้อ- รอง อธิการบดี มศว./คณะเภสัช	3 ครั้ง	<u>ครั้งที่ 1</u> มกราคม 2549 เพื่อเสนอแผนการทำงานในปีที่ 1(2548- 2549) <u>ครั้งที่ 2</u> เมษายน 2549 เพื่อติดตามความก้าวหน้าใน รอบ 6 เดือน <u>ครั้งที่ 3</u> กันยายน 2549 เพื่อสรุปผลการดำเนินงานใน รอบปี สรุปข้อเสนอในเชิง นโยบายต่อการแก้ไขปัญหา กำลังคน (เฉพาะประเด็น) และ เสนอแผนการทำงานในปี ที่ 2

	17. ตัวแทน สมาคม รพ.เอกชน 18. อ.วินัย คาสันห์ – สหเวชศาสตร์ 19. อ.สุชาติ - ส่วนการศึกษา 20. อ.ลือชัย ศรีเงินยวง – ภาควิชาศัลยกรรม 21. ตัวแทน อปท. 22. นพ. ทิณกร โนรี - เลขานุการ 23. คุณกาญจนา ปานูราช – ผชล. 24. ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ – ผชล.		
--	--	--	--

ยุทธศาสตร์ที่ 1 Knowledge generation

ผู้รับผิดชอบ – นพ.ฉัตรกร โนรี และ ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ

กิจกรรม	ผู้เข้าร่วมประชุม	จำนวนครั้ง / ปี	หมายเหตุ
1.ประชุมเครือข่ายนักวิจัย เพื่อทำความเข้าใจประเด็นคำถามวิจัย และ Output ของงาน	- เครือข่ายวิชาชีพหลัก (แพทย์ ทันตแพทย์ เกษตรกร และ พยาบาล) เครือข่ายละ 5 คน รวม 20 คน - นักวิชาการ / นักวิจัยสาขาอื่นๆ จำนวน 5 คน	1	ดำเนินการในเดือน ธันวาคม 2548
2.ประเด็น “ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์” จัดเวทีให้ความเห็นโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 มกราคม 2549 ครั้งที่ 2 มีนาคม 2549 ครั้งที่ 3 พฤษภาคม 2549	- ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ จำนวน 15 คน - นำเสนอโดย อ.จิตร และคณะ	3	
3. ประเด็น “ Prioritized research questions in year 1 (2005 – 2006) ” ทั้งหมด 12 ประเด็น		รวมทั้งสิ้น 24 + 12 + 12 = 48 ครั้ง	
3.1 ประชุมนำเสนอ proposal ต่อคณะกรรมการวิชาการ	- คณะกรรมการวิชาการในเรื่องที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน	$2 * 12 = 24$	กำหนด การพิจารณา แต่ละ proposal จะต้องผ่านที่ประชุม ให้ความคิดเห็น 2 ครั้ง
3.2 ประชุมติดตามความก้าวหน้างานวิจัย ต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง รอบที่ 1 มิถุนายน รอบที่ 2 กันยายน รอบที่ 3 ธันวาคม	- คณะกรรมการวิชาการในเรื่องที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน	$1 * 12 = 12$	กำหนด ให้นำเสนอทุก 3 เดือน หลัง proposal ผ่าน
3.3 ประชุมสรุปผลที่ได้จากการศึกษาและตั้งกระทู้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ทั้ง 12 ประเด็น	- คณะกรรมการวิชาการในเรื่องที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน	$1 * 12 = 12$	
4. สรุปผลความก้าวหน้าของการดำเนินการของแผนงาน ต่อ สสส. ทุก 6 เดือน ครั้งที่ 1 เมษายน ครั้งที่ 2 กันยายน	- Secretariat team	2	

ยุทธศาสตร์ที่ 2 *HRH information system*

ผู้รับผิดชอบ – นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ และ คุณพินทุสร เหมพิสุทธิ

กิจกรรม	ผู้เข้าร่วมประชุม	จำนวนครั้ง / ปี	หมายเหตุ
1. พัฒนาเครือข่ายและข้อเสนอ รูปแบบความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพ กิจกรรม ประชุม เครือข่ายผู้ที่เกี่ยวข้อง	ระดับผู้ปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 17 หน่วยงาน (ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข)	12 ครั้ง	ประชุมเครือข่าย เริ่ม มกราคม 2549
2. จัดทำ <i>Minimum Information Set</i> กิจกรรม ประชุมคณะทำงานเดือนละ 1 ครั้ง			
3. จัดตั้ง <i>HRH Information Clearing House</i>			
4. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง			สนับสนุนงบประมาณให้หน่วยงาน โดยขอจาก Project นพ. พินิจ
4.1 พัฒนาโปรแกรม Data Warehouse			
4.2 พัฒนารูปแบบและเผยแพร่ข้อมูลเพื่อการใช้ประโยชน์			
5. สร้างความเข้มแข็งระบบฐานข้อมูลย่อย 17 หน่วยงาน			
6. จัดประชุมนำเสนอรูปแบบให้ผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้องทราบ ประชุมใหญ่ 1 ครั้ง			

ยุทธศาสตร์ที่ 3 Capacity building

ผู้รับผิดชอบ – ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ และ คุณพินทุสร เหมพิสุทธิ

กิจกรรม	ผู้เข้าร่วมประชุม	จำนวนครั้ง / ปี	หมายเหตุ
1. <i>HRH National forum</i> ครั้งที่ 1 เวทีวิชาการระดับประเทศ เพื่อ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระหว่างนักวิจัย นักวิชาการ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้ที่เกี่ยวข้อง อื่นๆ			
1.1 HRH National Forum ครั้งที่ 1	จำนวน 500 คน	1 ครั้ง	จัดประชุมในเดือนพ.ย.-ธ.ค. 2549
1.2 Pre – forum seminar เพื่อ กำหนด Theme ของงาน และ รายละเอียดในการจัดงาน	20 คน	1-2 ครั้ง	
2. <i>HRH international forum</i> เวทีวิชาการระดับนานาชาติ ในเรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพ	60 คน	1 ครั้ง	ร่วมกับ ALN project
3. <i>การฝึกอบรมระยะสั้น</i> เป้าหมายทั้งนักวิจัยในโครงการและผู้ ที่เกี่ยวข้อง (ผู้บริหาร / นักวิชาการ/ ฯลฯ)			ร่วมกับแผนงาน/โครงการ/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ สถาบันการศึกษา
3.1 การจัดเวทีสาธารณะ เรื่อง “ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์”		3	รายละเอียดกิจกรรมอยู่ใน ยุทธศาสตร์ที่ 1 ข้อ 2
3.2 การอบรมระยะสั้น กำหนดอีกครั้งภายหลัง		1	พิจารณาตามสภาพปัญหาที่ เกิดขึ้นระหว่างการทำวิจัย และ สถานการณ์กำลังคนในปัจจุบัน
4. <i>การสื่อสารสาธารณะ</i>			
4.1 Website HRH , Thailand			ประมาณเดือนก.ย.49
4.2 จัดหมายข่าว กำลังคนด้าน สุขภาพ เนื้อหา ■ สถานการณ์ HRH ■ ความคืบหน้าการศึกษาวิจัย ประเด็นต่างๆ		4 ครั้ง	ออกทุก 3 เดือน ครั้งละ 3,000 เล่ม
4.3 สื่อสารมวลชน เช่น			พิจารณาตามประเด็นการวิจัย

หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์			และประเด็นที่เป็นปัญหา สังคม
4.4 แผ่นพับประชาสัมพันธ์ สำนัก งานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้าน สุขภาพ		1 ครั้ง	พิมพ์จำนวน 3,000 ชุด (ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ)
5. เอกสารวิชาการ ▪ เอกสารผลการศึกษาวิจัย ▪ วารสารวิชาการกำลังคน (ดำเนินการใน ปีที่ 2)			
6. จัดตั้งเครือข่ายนักวิจัย / นักวิชาการ ด้านกำลังคน ▪ ตามวิชาชีพ ▪ ตามภาค ▪ ตามประเด็นปัญหา ▪ ตามสถาบันการศึกษา			ดำเนินการผ่านกระบวนการ ทำวิจัย ในยุทธศาสตร์ที่ 1
7. สรุปผลความก้าวหน้า ของการ ดำเนินการของแผนงาน ต่อ สสส. ทุก 6 เดือน - ครั้งที่ 1 เมษายน - ครั้งที่ 2 กันยายน	- Secretariat team	2	

ยุทธศาสตร์ที่ 4 *Develop mechanism to policy change*

ผู้รับผิดชอบ - นพ.ทิมกร โนรี และ คุณกาญจนา ปานุราช

กิจกรรม	ผู้เข้าร่วมประชุม	จำนวนครั้ง / ปี	หมายเหตุ
1. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคน ด้านสุขภาพ (<i>Steering committee</i>) ▪ แต่งตั้ง คณะกรรมการ - ธันวาคม ▪ กำหนดการประชุม ○ ครั้งที่ 1 มกราคม ○ ครั้งที่ 2 เมษายน ○ ครั้งที่ 3 กันยายน	24 คน	3 ครั้ง	สสส. และ สวรส.แต่งตั้ง คณะกรรมการภายในเดือน ธันวาคม 2548
2. สังเคราะห์ประเด็นองค์ความรู้ที่ได้ จากการศึกษาวิจัย เพื่อนำไปสู่ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย		12 ครั้ง	รายละเอียดกิจกรรมอยู่ในยุทธ ศาสตร์ที่ 1
3. เวทีนำเสนอ ผลการศึกษาวิจัยและ ข้อเสนอเชิงนโยบาย ต่อ ผู้ที่ เกี่ยวข้อง ▪ นักการเมืองผู้กำหนดนโยบาย ▪ ผู้บริหารกระทรวง / กรม ▪ สภาวิชาชีพ/องค์กรวิชาชีพ ▪ สถาบันการศึกษา ▪ สมัชชาสุขภาพ ▪ NGO. ▪ อปท ▪ สื่อสารมวลชน ▪ ฯลฯ		12 ครั้ง	
4. พัฒนาช่องทางสื่อสารสาธารณะ			รายละเอียดกิจกรรมอยู่ใน ยุทธศาสตร์ที่ 1
5. สรุปผลความก้าวหน้าของการ ดำเนินการ ของแผนงาน ต่อ สสส. ทุก 6 เดือน ครั้งที่ 1 เมษายน ครั้งที่ 2 กันยายน	- Secretariat team	2	

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “กำลังคน”

วันพฤหัสบดีที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547

ณ โรงแรมโรสการ์เด็นส์ สวนสามพราน จ.นครปฐม

ตอบรับ	ที่	รายชื่อ	ที่อยู่
เข้าร่วม ✓	1.	นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ	สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
เข้าร่วม ✓	2.	นพ.ดำรง บุญยืน	สถาบันคีนันแห่งเอเชีย
เข้าร่วม ✓	3.	ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
เข้าร่วม ✓	4.	นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ	โรงพยาบาลอุดรธานี
	5.	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มศช.)
เข้าร่วม ✓	6.	ทพ.ดร.คมสรณ์ บุญยสิงห์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ไม่เข้าร่วม ✗	7.	นพ.อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เข้าร่วม ✓	8.	นพ.ธวัช สุนทราจารย์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เข้าร่วม ✓	9.	นพ.ชาติรี บานชื่น	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เข้าร่วม ✓	10.	นพ.ทักษพล ธรรมรังสี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
เข้าร่วม ✓	11.	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เข้าร่วม ✓	12.	ดร.วิภาดา คุณวิกิตกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เข้าร่วม ✓	13.	นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เข้าร่วม ✓	14.	ทพ.ดวงใจ เล็กสมบูรณ์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เข้าร่วม ✓	15.	นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ชั้น2
เข้าร่วม ✓	16.	พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
เข้าร่วม ✓	17.	นส.นงลักษณ์ ชัยนา	วิทยาลัยการสาธารณสุขขอนแก่น
เข้าร่วม ✓	18.	ทพ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
เข้าร่วม ✓	19.	นส.พินทุสร เหมพิสุทธิ	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
เข้าร่วม ✓	20.	นส.ทัศนีย์ บุญทอง	สภาการพยาบาล
เข้าร่วม ✓	21.	รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	22.	พญ.ทิพาพร สุโมยิต	สถาบันบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
	23.	นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ไม่เข้าร่วม ✗	24.	นพ.สำลี เป็ลียนบางช้าง	วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ไม่เข้าร่วม ✗	25.	ผศ.ดร.สุปรีดา อุดุลยานันท์	ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ม.ขอนแก่น
ไม่เข้าร่วม ✗	26.	นายอัมเรศ สีลาอ่อน	สนง.รับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา
	27.	นายสุชาติ เมืองแก้ว	สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
	28.	นายสุเมธ เข้มนุ่น	สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
	29.	คุณพงษ์ศักดิ์ รักตพงษ์ไพศาล	รมต.ช่วยว่าการกระทรวงพาณิชย์
ไม่เข้าร่วม ✗	30.	นายจาตุรนต์ ฉายแสง	สำนักนายกรัฐมนตรี

	31.	นายปองพล อติเรกสาร	ที่ปรึกษานายกรัฐมนตรี
ไม่เข้าร่วม X	32.	ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
	33.	นพ.พงษ์พัฒน์ ประธานวิช	โรงพยาบาลมหาชัย 1
	34.	นพ.อานวย กาจีนะ	ผอ.สำนักนโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
	35.	ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ไม่เข้าร่วม X	36.	นพ.อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ชั้น2
เข้าร่วม ✓	37.	คุณปิณฑร จันทรทัต ณ อยุธยา	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ชั้น2
เข้าร่วม ✓	38.	คุณสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ชั้น2
เข้าร่วม ✓	39.	คุณนิรชา อัสวธิกุล	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ชั้น2
เข้าร่วม ✓	40.	ดร.รุ่ง แก้วแดง	สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา
เข้าร่วม ✓	41.	ดร.เขวาลักษณ์ ราชแพทยาคม	มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
เข้าร่วม 1/2วัน ✓	42.	ศ.นพ.ประเวศ วะสี	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
เข้าร่วม ✓	43.	เลขาธิการสภาการพยาบาล ผศ.ดร.ประคิน สุขฉายา	ตึกสภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
	44.	เลขาธิการแพทยสภา	สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
	45.	เลขาธิการทันตแพทยสภา	ทันตแพทยสภา
	46.	เลขาธิการสภาเภสัชกรรม	

	47.	ผศ.สมชาย วิริยะยุทธกร	นายกสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย
	48.	ประธานคณะกรรมการบริหารสมาคม	สำนักงานเลขาธิการสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟู
	49.	ประธานคณะกรรมการการแพทย์แผนไทย	ตึก DMS 6 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
เข้าร่วม ✓	50.	ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินันท์	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
	51.	ภญ.ดวงดา พลากรกุล	
เข้าร่วม ✓	52.	ภญ.ผศ.อภิรดี เหมะจุทา	
เข้าร่วม ✓	53.	นพ.วิพุธ พูลเจริญ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
	54.	คุณนิชากร ศิริกนกวิไล	สนย.
เข้าร่วม ✓	55.	นพ.พลเดช ปิ่นประทีป	สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา

(ร่าง)

ยุทธศาสตร์ด้านกำลังคน

สุริยะ วงศ์คงคาเทพ

27 มค. 46

Situation review

1. Health care system

1.1 ประชาชนยังเข้าถึงบริการได้จำกัด

- มี Financial burden และ Household health expenditure ยังเป็นด้านหลักของค่าใช้จ่าย
- Health care utilization แม้ว่าจะดีขึ้นจากนโยบาย 30 บาท แต่ยังคงมีช่องว่างระหว่างประชาชนที่ใช้บริการกับผู้ให้บริการ ด้วยสถานะทางสังคม และบทบาทหน้าที่เชิงวิชาชีพ และโอกาสการใช้บริการในประชากรกลุ่มต่างๆ ไม่เท่ากัน

1.2 ระบบบริการสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนที่แท้จริง

- ปรัชญาสุขภาพ ถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการ ทั้งความหมายที่เป็นมิติเชิงรุก และมีตongครวม
- บริการสุขภาพ ถูกพัฒนาตามทิศทางและมุมมองของวิชาชีพ และโครงสร้างของผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีความรู้และวิทยาการเป็นเครื่องมือผูกขาดการตัดสินใจ
- Healthy public policy ยังมีบทบาทน้อย เมื่อเทียบกับทรัพยากรเพื่อสุขภาพโดยรวม
- บริการสุขภาพ ไม่อาจแก้ปัญหาที่เป็น Behavioral related อย่างสัมฤทธิ์ผล
- บริการสุขภาพที่จำเป็นในสถานบริการ ยังไม่ครบถ้วน และสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหา เช่น ขาดบริการด้าน Counseling อย่างรุนแรง การฟื้นฟูสภาพไม่ครอบคลุมความต้องการโดยเฉพาะในชนบท

1.3 ทรัพยากรด้านสุขภาพ มีขีดจำกัด

- งบประมาณจากรัฐ มีจำกัด และพึ่งพิงเป็นแหล่งสนับสนุนเพียงประการเดียว
- จำนวน และคุณภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ

1.4 Immaturity of health system

- คุณภาพของระบบบริการ กระจุยตัวที่โรงพยาบาลในเมือง มากกว่าในชนบท ด้วยเงื่อนไขทรัพยากรจำกัด และภาระงานที่ไม่สัมพันธ์กับปริมาณบุคลากร
- บริการสุขภาพยังไม่ได้มาตรฐาน มีบางส่วน บางระดับยังมีปัญหาคุณภาพบริการ
- การกระจายตัวของสถานบริการในแต่ละพื้นที่ ไม่สม่ำเสมอ
- บุคลากรสาขาต่างๆ ไม่เพียงพอ และไม่สมดุลกับความจำเป็นและภาระงานที่เกิดขึ้น

1.5 การมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน และท้องถิ่น

- ขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการจัดการเพื่อสุขภาพ รวมทั้งมีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพน้อย
- ขาดแหล่งทุนสนับสนุน และขาดกลไกการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อกำหนดนโยบายระดับท้องถิ่น

2. Human Resource for Health

- 2.1 การกำหนดยุทธศาสตร์ และวางแผนต่อเนื่อง ทั้งระยะกลางและระยะยาว ทั้งระดับภาพรวม และรายพื้นที่
- ความสมบูรณ์ และความสอดคล้องของยุทธศาสตร์ และแผนกำลังคน มีข้อจำกัดที่แนวคิด และฐานข้อมูล
 - การวางแผนเป็น Ad hoc ขาดองค์กรที่เป็นศูนย์กลางเพื่อรองรับยุทธศาสตร์กำลังคนของประเทศ มิใช่สำหรับ กสธ.
 - ข้อจำกัดเชิงนโยบายระหว่างความต้องการบุคลากรภาครัฐกับนโยบายจำกัดกำลังภาครัฐที่สวนทางกัน
 - ความสัมพันธ์ระหว่าง Public sector reform กับระบบกำลังคนใน Health sector ยังไม่อาจประเมินผลกระทบได้ชัดเจน
- 2.2 การผลิตบุคลากร ยังไม่มีการปฏิรูปการจัดการศึกษาให้รองรับสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่
- ตัวหลักสูตร ที่เน้นชุมชนเป็นฐาน และการเรียนรู้ในท้องถิ่น
 - กระบวนการเรียนการสอน ในสถานการณ์จริง
 - องค์ความรู้ที่เป็นสาระการเรียนรู้จากปัญหาพื้นที่จริง
- 2.3 การจัดสรรงบประมาณ และแหล่งเงินเพื่อจัดการศึกษา ยังผูกขาดโดยส่วนกลาง มากกว่าการสร้างความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น
- 2.4 การบริหารจัดการด้านกำลังคน
- จุดอ่อนในระบบ ได้แก่ การกระจาย การจ้างงาน การประเมินผลการปฏิบัติงาน ตลอดจนความโปร่งใส และเป็นธรรม (Accountability) ในการบริหารจัดการ
 - ผลกระทบจากนโยบายการปฏิรูประบบราชการ โดยเฉพาะ New Public Management ในเรื่องการบริหารบุคคล
- 2.5 การพัฒนาบุคลากร ทั้ง Competency based กับ Function based เป็นจุดอ่อน
- ทำให้ระบบบริการไม่สามารถพัฒนาเป็น "องค์กรแห่งการเรียนรู้"
 - รูปแบบการทำงานแบบประสานไขว้ (Matrix) เป็นทีมงานที่สร้างความสามารถที่ต่างกันของบุคคล แต่มีบทบาทหน้าที่ร่วมกันได้
- 2.6 ข้อมูลและการศึกษาวิจัย
- ขาดระบบฐานข้อมูลด้านกำลังคนที่เป็นระบบ และเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลอื่นๆ เช่น ระบบบริการ และฐานข้อมูลการเงินการคลัง ส่วนใหญ่ข้อมูลกระจายตามแหล่งต่างๆ
 - ขาดการศึกษาวิจัย เพื่อเชื่อมต่อการกำหนดนโยบาย

แนวทาง และนโยบายที่ผ่านมา

1. การจัดทำแผนกำลังคนระดับประเทศ-
2. การจัดการกับงานบริหารบุคคล เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ได้แก่
 - การกระจายกำลังคนตามความขาดแคลน แต่เป็นลักษณะ Arbitrary มากกว่า Fact based
 - ข้อเสนอการจ้าง (Pay scale) และค่าตอบแทน (Allowances)
3. การแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบท
 - การผลิตแพทย์เพิ่ม ภายใต้โครงการ สบพช.

- การจ่ายค่าตอบแทนประเภทต่างๆ ได้แก่ Non-private practice, hardship allowance, workload related allowance

ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์

(เสนอเป็นทางเลือก ต่อที่ประชุมเพื่อระดมความเห็น)

1. ด้านจัดการเชิงมหภาพ

- มีองค์กรกลางเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ด้านกำลังคน (Workforce strategy) หรืออย่างน้อยเป็น National Health Workforce Commission
- การประเมิน และติดตามสถานการณ์ แบบ Evidence based เพื่อเป็นกลไกการกำหนดนโยบายด้านกำลังคนของประเทศ รวมทั้งการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเท่าที่จำเป็น

2. ด้านการจัดการศึกษา

- ยึดปรัชญาสุขภาพ "สุขภาพพอเพียง" ที่มองมิติองค์รวม มิติสร้างสุขภาพ และมิติการดูแลตนเองเป็นบรรทัดฐาน (Norm)
- พัฒนา Model การจัดการศึกษาใหม่ ๆ ที่ผลิตบุคลากรตามคุณสมบัติที่หน่วยงานต้องการในอนาคต (Customization)
- การเชื่อมต่อกับระบบการพัฒนางานวิจัย และสร้างองค์ความรู้ (Research Link) เพื่อให้การเรียนการสอนเกิดพลวัต (Dynamicity)

3. ด้านงบประมาณ และแหล่งทุน

- ลดสัดส่วนการพึ่งพิงงบประมาณด้านบุคลากร จากส่วนกลางเพียงแหล่งเดียว ให้เป็น Multi-employment
- กระจายทรัพยากรให้ท้องถิ่น มีส่วนเป็นเจ้าของสถานบริการ และมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการของชุมชน
- ให้มีการอุดหนุนผู้เรียน ในพื้นที่และสาขาที่ขาดแคลน แบบหลายตัวเลือก เช่น Loan หรือ Advancement ทั้งแบบใช้ทุนด้วยระยะเวลา และแบบผ่อนชำระ
- ปรับปรุงสัดส่วนจำนวนบุคลากรระหว่างสาขา ให้เกิดความสมดุลในการให้บริการ อุดหนุนกำลังคนสาขาที่ขาดแคลนจริง ตามความต้องการของระบบสุขภาพ มิใช่วิชาชีพเป็นผู้กำหนด
- จัดการด้านกองทุนเพื่อการพัฒนาบุคลากร (Changing Workforce Programme and Development Fund) โดยอาจใช้รูปแบบการร่วมลงทุนระหว่างรัฐกับหน่วยงาน (Mutual fund) และมีเกณฑ์การอุดหนุนเพื่อการฝึกอบรมที่เหมาะสม

4. ด้านการจัดการ

- ควรยกเลิก Central employment control system อย่างค่อยเป็นค่อยไป ในระยะยาว และสร้างระบบกฎหมายและข้อบังคับเพื่อให้ส่วนกลางใช้เป็นกรอบ และกลไกในการกำกับแทน
- พัฒนาระบบบริหารบุคคลที่เป็นอิสระ และเกิดความหลากหลายมากขึ้น เช่น ระบบ Flexible employment arrangement ที่หน่วยงานเป็นเจ้าของ มีการจ้างงานแบบ Permanent หรือ Part-time อาจใช้ระบบจัดการแบบกลุ่มก้อนที่หลายวิชาชีพรวมกัน (Group employment) หรือแบบเดี่ยวราย

บุคคลแบบ Performance based รวมทั้ง Employment conditions อื่นๆ เช่น Vacation time, career path

- สร้างการมีส่วนร่วม และความเป็นเจ้าของของชุมชนและท้องถิ่น ในการคัดเลือกผู้เรียน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารงานด้านสุขภาพ ตลอดจนระบบบริการที่รองรับระบบสุขภาพในขอบเขตพื้นที่ ที่ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของได้

5. ด้านการพัฒนาบุคลากร

- ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยพัฒนาระบบการศึกษาด้วยตนเอง ทั้งด้านวิชาชีพ และสหวิทยาการ
- ปรับเกณฑ์ทางบัญชีในระบบบัญชีรับฟังจ่าย โดยให้ถือว่างานพัฒนาบุคลากรเป็นค่าใช้จ่ายการลงทุน แทนที่จะเป็นค่าใช้จ่ายดำเนินการ และถือเป็นดัชนีบ่งชี้การพัฒนาองค์กรในระบบประกันคุณภาพ
- สนับสนุนสถาบันการศึกษา เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการฝึกอบรมต่อเนื่องที่เป็นความต้องการจริงของหน่วยงาน มิใช่ตามความต้องการของบุคคล

การจัดลำดับความสำคัญของยุทธศาสตร์

เกณฑ์พิจารณา (ความเห็นจากที่ประชุม)

- 1.1 ผลลัพธ์มี Impact สูง
- 1.2 มาตรการมีประสิทธิภาพ เห็นผลได้รวดเร็ว
- 1.3 ระบบต่างๆ มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง
- 1.4 ความเป็นไปได้ของการนำไปปฏิบัติ
- 1.5 ความพร้อมด้านทรัพยากรสนับสนุน

Innovation / Model development

"การจัดการกำลังคนสาธารณสุขเพื่อชุมชน / พยาบาลชุมชน"

แนวคิด

- ปฏิรูปการจัดการกำลังคน เน้นการกระจายอำนาจให้ชุมชนและท้องถิ่นมีบทบาทในกระบวนการสรรหาผลิตบุคลากร และบริหารจัดการกำลังคนเพื่อให้ปฏิบัติงานในชุมชนนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง
- เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และท้องถิ่น โดยใช้กลไกงบประมาณผ่านองค์กรท้องถิ่น

ขนาดและขอบเขต

- เป็น Complementary เมื่อเทียบกับระบบสุขภาพกระแสหลัก โดยเน้นไปที่ระดับ Primary care
- เน้นที่การทำงานระดับชุมชน ภายใต้การสนับสนุนทางการเงินจากท้องถิ่น

จุดแข็ง

1. เป็นการสนับสนุน และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนให้เข้มแข็ง เป็นรูปธรรม
2. ประชาชนมีส่วนร่วม และมีบทบาทชัดเจนมากกว่าระบบบริการสุขภาพที่รัฐเป็นเจ้าของ (ได้แค่ร่วมบริจาคเงินให้ รพ. เมื่อถูกร้องขอ) ทั้งนี้ผ่านองค์กรปกครองท้องถิ่น และองค์กรชุมชน และมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ

Tentative agenda for February 5th meeting : HRH in Thailand

Moderator :

1. **Introduction :**
 - Why we are here?
 - What we expect from this meeting?
 - Self introduction

2. **Presentation**

- 1.1 One village, one nurses project
Dr.Thaksaphon Thamarangsi
- 2.2 Future HRH movement in Thailand
Dr.Suriya Wongkongkathep

3. **Discussion**

สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย

สภาพปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ

การดำเนินงานในระบบสุขภาพที่ผ่านมา พบว่ามีผลกระทบต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพค่อนข้างมาก ในด้านต่าง ๆ คือ

1. การกระจายสถานพยาบาล และบริการไม่เหมาะสมด้านปริมาณ และความสามารถของบุคคล
2. การบริการที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ประเด็นหลักของการให้บริการอยู่ที่มุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (เน้น health services มากกว่า health needs)
3. การพัฒนามุ่งเน้นด้านโครงสร้างมากกว่าการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร
4. การเข้าถึงบริการสุขภาพยังมีจำกัดโดยเฉพาะในส่วนของการบริการภาครัฐ
5. บริการสุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน ด้อยคุณภาพ
6. ขาดกลไกการควบคุมการจัดบริการสุขภาพให้มีความเป็นธรรม และโปร่งใส และประชาชนมีความเท่าเทียมกันในการรับบริการด้านสุขภาพ
7. ในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ขาดการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง จึงไม่มีกลไกในการป้อนข้อมูลให้กับผู้มีอำนาจเชิงนโยบาย นอกจากนี้ ยังขาดข้อมูลความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะกำลังคนที่มีขีดความสามารถเฉพาะความต้องการสุขภาพแต่ละประเด็น

ในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ในระยะ 10 ปีข้างหน้า มุ่งเน้น ที่จะแก้ไขต่อประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน และวางแผนยุทธศาสตร์ เพื่อรองรับความไม่แน่นอนที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีเป้าหมายในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อดำเนินการพัฒนาด้านกำลัง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยข้อมูลที่เป็นวิทยาศาสตร์ มีหลักฐานที่เชื่อถือได้ เพื่อทำการวิเคราะห์ให้เห็นภาพการพัฒนาบุคลากรสุขภาพในทิศทางต่าง ๆ ทั้งนี้ ได้ทำ environmental scanning เพื่อหาปัจจัยกระทบด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี การเมือง และนโยบาย ทั้งในและนอกประเทศ ที่จะทำให้เกิดการปรับตัวด้านการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพได้ในอนาคต

มีดปรุ 5 ม. 5.50 น.

27 ธค 47 18.00 น.

อนุเสาวรีย์

ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่กระทบต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจัยทางด้านสังคม

1. การประสานความร่วมมือเป็นเครือข่ายทั้งในระดับชาติ ระดับองค์กร ระดับสังคม จนถึงระดับชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งระหว่างสมาชิกในเครือข่าย สร้างอำนาจและพลังในการต่อรองระหว่างกลุ่ม
 2. เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีคิด ค่านิยม ความเชื่อ รวมถึงความต้องการ เสรีภาพ ภารดรภาพของประชาชนในสังคม
 3. เกิดการแพร่กระจายและถ่ายทอดวัฒนธรรมอย่างรวดเร็วรุนแรงจากสภาพไร้พรมแดน และการหนุนเสริมจากการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคม
 4. การตื่นตัวในเรื่องการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมอันเนื่องมาจากความเสื่อมโทรมและการคาดการณ์ถึงปัญหาความขาดแคลนทรัพยากรธรรมชาติในอนาคตที่มีความรุนแรงมากขึ้น
 5. ความรู้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีบทบาทสำคัญในการกำหนดวิถีชีวิตของคนในสังคม ทุนความรู้ จะเป็นพลังสำคัญในการเพิ่มผลิตภาพ และความสามารถการแข่งขันของประเทศ
 6. โครงสร้างประชากร กลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นขณะที่แนวโน้มของประชากรในกลุ่มหนุ่มสาว จะมีสัดส่วนลดลงหรือคงที่เนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดต่ำลง ทำให้สังคมไทยใน 10 ปีข้างหน้าจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ (ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเฉพาะสาขาจะมีมากขึ้น)
 7. โครงสร้างครอบครัวมีแนวโน้มเปลี่ยนจากครอบครัวขยายไปสู่ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น (มีการพึ่งพิงบุคลากรสุขภาพมากขึ้น ซึ่งต่างจากแต่ก่อน ที่ครอบครัวมีบรรพบุรุษช่วยเหลือ และสภาพปัญหาสุขภาพก็จะเปลี่ยนไป)
 8. การเปลี่ยนแปลงของแรงงานภาคเกษตรสู่ภาคอุตสาหกรรม และการบริการมากขึ้น (ลักษณะของความต้องการการดูแลสุขภาพจะเปลี่ยนไปด้วย)
- จากปัจจัยเหล่านี้จะพบว่า ความต้องการด้านสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพมีความแตกต่างกันไปตามสภาพเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบ ดังนั้นการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพจำต้องผลิตให้สอดคล้องกับความต้องการเหล่านั้น

ปัจจัยด้านนโยบาย ที่กระทบต่อระบบกำลังคน

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 52 และ82 ระบุเจตนารมณ์ให้ประชาชนมีสิทธิในการได้รับบริการสุขภาพที่มีความเสมอภาค เท่า

อนาคตระยะ 10 ปี ด้านบริการสุขภาพ โดยครอบคลุมประเด็น การจัดบริการ ระบบการเงินการคลัง บทบาทของวิชาชีพ การพัฒนากำลังคนของแต่ละวิชาชีพ ในกระบวนการมองภาพอนาคต ได้ศึกษาสถานการณ์ของวิชาชีพด้านสุขภาพ และวิเคราะห์สิ่งแวดล้อม (environmental scanning) ประกอบด้วยด้านสังคม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และนโยบาย/การเมือง ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลกระทบหรือสัมพันธ์ต่อวิชาชีพอย่างไร มองแนวโน้มอนาคต และความไม่แน่นอนในอนาคตที่อาจจะมีขึ้น ได้ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะสามารถทำให้ภาพอนาคตของวิชาชีพได้ และวางยุทธศาสตร์ระยะยาวได้

ผลการดำเนินงาน สรุปได้ในเบื้องต้นคือ ในสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพนั้น วิชาชีพต่าง ๆ ต้องมีความสัมพันธ์กันมากขึ้น ไม่สามารถที่จะอยู่ตามลำพังได้ จากปัจจัยด้านนโยบายกระทบต่อการจัดระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

- ภาพอนาคต ของการจัดบริการสุขภาพ เน้นด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิมากขึ้น วิชาชีพต้องมีการปรับตัวด้านบทบาทของการให้บริการ มีความสัมพันธ์กันเชิงหน้าที่ของวิชาชีพ เช่น สร้างบุคลากรร่วมกัน กรณี ของทันตแพทย์และพยาบาล สร้างทันตพยาบาล ดังนั้นทิศทางการพัฒนาและสร้างกำลังคนในอนาคตจะเปลี่ยนไป เนื่องจากความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไป และสถานการณ์การขาดแคลนอัตรากำลังในลักษณะที่เคยผลิตแต่ก่อน ไม่สามารถผลิตได้ทันต่อการนำมาใช้งาน และมีค่าใช้จ่ายสูง
- ภาพอนาคต แสดงให้เห็นภาพความหลากหลายของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ในระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ที่จัดบริการสุขภาพขึ้น
- ภาพอนาคต ผู้ดูแลสุขภาพจะปรับเปลี่ยนไปมีพันธุ์ใหม่เกิดขึ้น จากการรวมของศาสตร์ต่าง ๆ มิใช่ภาพของวิชาชีพสุขภาพเท่านั้นที่ให้บริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกจะมีมากขึ้น และจะอยู่ในวงจรของการดูแลสุขภาพด้วย เพื่อให้เกิดการกระจายกำลังคนมากขึ้น ให้ประชาชนได้มีทางเลือกด้านบริการสุขภาพ
- ภาพอนาคต การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพโดย ระบบการศึกษาจะผลิตคนให้ตอบสนองระบบสุขภาพของชุมชนมากขึ้น ท้องถิ่นมีอำนาจมากขึ้นในการจัดสรรงบประมาณในการสร้างคนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของท้องถิ่น(ตามพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ) โดย ระบบการเงินสำหรับการศึกษาส่วนสุขภาพจะส่งตรงให้กับท้องถิ่นบริหารจัดการ เปลี่ยนจากการส่งตรงให้กับมหาวิทยาลัย

อนาคตระยะ 10 ปี ด้านบริการสุขภาพ โดยครอบคลุมประเด็น การจัดบริการ ระบบการเงินการคลัง บทบาทของวิชาชีพ การพัฒนากำลังคนของแต่ละวิชาชีพ ในกระบวนการมองภาพอนาคต ได้ศึกษาสถานการณ์ของวิชาชีพด้านสุขภาพ และวิเคราะห์สิ่งแวดล้อม (environmental scanning) ประกอบด้วยด้านสังคม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และนโยบาย/การเมือง ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลกระทบหรือสัมพันธ์ต่อวิชาชีพอย่างไร มองแนวโน้มอนาคต และความไม่แน่นอนในอนาคตที่อาจจะมีขึ้น ได้ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะสามารถทำให้ภาพอนาคตของวิชาชีพได้ และวางยุทธศาสตร์ระยะยาวได้

ผลการดำเนินงาน สรุปได้ในเบื้องต้นคือ ในสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพนั้น วิชาชีพต่าง ๆ ต้องมีความสัมพันธ์กันมากขึ้น ไม่สามารถที่จะอยู่ตามลำพังได้ จากปัจจัยด้านนโยบายกระทบต่อการจัดระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

- ภาพอนาคต ของการจัดบริการสุขภาพ เน้นด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิมากขึ้น วิชาชีพต้องมีการปรับตัวด้านบทบาทของการให้บริการ มีความสัมพันธ์กันเชิงหน้าที่ของวิชาชีพ เช่น สร้างบุคลากรร่วมกัน กรณี ของทันตแพทย์และพยาบาล สร้างทันตพยาบาล ดังนั้นทิศทางการพัฒนาและสร้างกำลังคนในอนาคตจะเปลี่ยนไป เนื่องจากความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไป และสถานการณ์การขาดแคลนอัตราากำลังในลักษณะที่เคยผลิตแต่ก่อน ไม่สามารถผลิตได้ทันต่อการนำมาใช้งาน และมีค่าใช้จ่ายสูง
- ภาพอนาคต แสดงให้เห็นภาพความหลากหลายของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ในระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ที่จัดบริการสุขภาพขึ้น
- ภาพอนาคต ผู้ดูแลสุขภาพจะปรับเปลี่ยนไปมีพันธุ์ใหม่เกิดขึ้น จากการรวมของศาสตร์ต่าง ๆ มิใช่ภาพของวิชาชีพสุขภาพเท่านั้นที่ให้บริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกจะมีมากขึ้น และจะอยู่ในวงจรของการดูแลสุขภาพด้วย เพื่อให้เกิดการกระจายกำลังคนมากขึ้น ให้ประชาชนได้มีทางเลือกด้านบริการสุขภาพ
- ภาพอนาคต การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพโดย ระบบการศึกษาจะผลิตคนให้ตอบสนองระบบสุขภาพของชุมชนมากขึ้น ท้องถิ่นมีอำนาจมากขึ้นในการจัดสรรงบประมาณในการสร้างคนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของท้องถิ่น(ตามพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ) โดย ระบบการเงินสำหรับการศึกษาส่วนสุขภาพจะส่งตรงให้กับท้องถิ่นบริหารจัดการ เปลี่ยนจากการส่งตรงให้กับมหาวิทยาลัย

- ภาพอนาคต การจ้างงานเปลี่ยนไป จะเกิดกลุ่มกองทุนต่าง ๆ เข้ามารับผิดชอบระบบสุขภาพของชุมชน และเกิดการสร้างคน และจ้างงานเอง โดยรัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางส่วน กรอบการจ้างงานไม่ได้อยู่เฉพาะภาครัฐเท่านั้น อาชีพอิสระด้านสุขภาพจะขยายวงกว้างขึ้น (นโยบายการปฏิรูประบบราชการ: ทำให้มีขนาดเล็กลง)
- ภาพอนาคต การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และ องค์กรที่ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภค จะมีมากขึ้น และทำหน้าที่เข้มแข็งขึ้น ในการควบคุมกำกับ ในขณะเดียวกันภาครัฐสร้างระบบที่มีความยืดหยุ่นในกฎระเบียบต่าง ๆ
- ภาพอนาคต ที่เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารเข้าถึงได้ทุกครัวเรือน ประชาชนสามารถที่จะแสวงหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเองง่ายขึ้นและมากขึ้น ดังนั้น ข้อมูลสุขภาพจะมีหลากหลายและมีการแข่งขัน ขายข้อมูลสุขภาพ วิชาชีพต่าง ๆ ต้องปรับตัวให้ทันต่อสถานการณ์ด้านสุขภาพที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว และจัดการข้อมูลให้ทันต่อความต้องการ นอกจากนี้ จะมีองค์กรวิชาการที่ทำหน้าที่ตรวจสอบและควบคุมระบบข้อมูลที่เข้มแข็ง ซึ่งจะมีทั้งภาครัฐและเอกชน
- ภาพอนาคต การแข่งขันด้านบริการสุขภาพจะมีมากขึ้น เป็นลักษณะของการแข่งขันด้านผลงาน และสร้างชิ้นงานที่เป็นแนวคิดใหม่ ๆ ขึ้นมา มีความร่วมมือมากขึ้นระหว่างวิชาชีพ ไม่แข่งขันกันเอง
- ภาพอนาคต แต่ละวิชาชีพ จะมีบันไดความก้าวหน้าของตนเองที่มากขึ้น มีทางเลือกได้มากขึ้น เช่น กรณีของพยาบาล สามารถจะสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะขอบเขตของโรงพยาบาล อาจจะเป็นผู้จัดการสุขภาพ ในชุมชนได้ ในสถานประกอบการต่าง ๆ
- ภาพอนาคต ขยายแนวคิดด้านสุขภาพในส่วนต่าง ๆ ของระบบอื่น ๆ เช่น ระบบการเกษตร ระบบอุตสาหกรรม ซึ่งการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพจะขยายขอบเขตกว้างขึ้น เป็นต้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย : 1 หมู่บ้าน 1 พยาบาล งานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชุมชน
โดยชุมชน และ เพื่อชุมชน

"One village one community nurse" :

A proposal for community health development for the people, by the people
and of the people

Executive summary

"One village one community nurse" :

A proposal for community health development for the people, by the people
and of the people

Most health personnel in Thailand come from middle-upper class urban family. They are recruited based on their ability to compete in the entrance examination. They are also trained in hospital-based urban setting. Unfamiliar with the local community environment, including inadequate incentives and motivations, resulted in low retention in the poor rural and urban communities.

Experiences in some projects in Thailand and other countries proved that "Local recruitment and training with hometown placement" can be good strategies to solve this problem.

This proposal aims at placing one community nurses in each village/urban community. They will be responsible for the holistic health care of 500-1,000 people. They will be recruited, with active involvement of the villagers from their own village. The recruitment will be based on their social/crusading spirits & skill rather than on their educating capacity alone.

Both public & private nursing colleges will be challenged to turn them in to community nurses based on reoriented community-based curriculum. Practical training will have to be amid out in the local setting, i e, villages, health centers, community hospitals where they belong.

The graduates will be employed by the local village/tambon (sub-district) administration with the technical and logistic support from the local health facilities.

Financial burden for education will be shared between the central and local administration based on the economic level of each village/tambon. Poorest villages may support only 20%. But rich villages may need to contribute in full. Salary, and fringe benefits will be covered by the local administration with partial support from the local hospital using the Universal Health Insurance capitation budget. Operating cost and Technical support will come mainly from the local hospital using the Universal Health insurance capitations budget with partial support from local administration.

Around 40,000 new graduates will be needed. A 15 years plan to gradually cover all villages is proposed.

1. หลักการและเหตุผล

1.1 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : โครงการที่พลิกโฉมหน้าวงการสุขภาพ

จากการเริ่มต้นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2544 จนสามารถขยายการให้หลักประกันสุขภาพในทุกพื้นที่ทั่วประเทศได้ในปี พ.ศ. 2545 นั้น ได้ก่อคุณประโยชน์ที่สำคัญอยู่สองประการ

- (1) ประการแรก การประกันการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ(Accessibility) ให้กับประชาชนทำให้ช่องว่างในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชาชนที่มีรายได้น้อย เห็นชัดได้จาก รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนในกลุ่ม 10%ที่ยากจนที่สุด ลดลงถึง 41%¹ และ การที่มีหายนะจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน(Catastrophic illness)² ลดลงจาก 4.9% ในปีพ.ศ. 2539 เป็น 3.0% ในปีพ.ศ.2545³ อันเป็นรูปธรรมของ ยุทธศาสตร์ ลดความยากจน
- (2) ประการที่สอง ได้สร้างปรากฏการณ์ใหม่กับวงการสุขภาพไทยโดยเกิดกระแส "สร้างสุขภาพ" ซึ่งเป็นการทำงานเชิงรุกขึ้น ควบคู่กับการรักษาพยาบาล หรือการ "ซ่อมสุขภาพ" ผลที่เห็นได้ในระยะเวลาอันสั้นนี้ได้แก่ การรณรงค์ให้ประชาชนใส่ใจในการออกกำลังกาย การรณรงค์ด้านความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร หรือ การกำหนดบทบาทของ ศูนย์สุขภาพชุมชน
- (3) ประการที่สาม เกิดระบบการจัดการทางการเงินเพื่อสาธารณสุขแบบใหม่ จากเดิมงบประมาณด้านสุขภาพที่ได้จัดสรรหน่วยงานราชการไปสู่ประชาชน และจัดสรรตามการกระจายทรัพยากรสุขภาพ ได้เปลี่ยนเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน ทำให้เกิดโอกาสในการกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม และมีความพยายามในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น

ในการขยายแนวคิดของโครงการไปสู่การปฏิบัติ (Implementation) นั้นแน่นอนว่าอาจจะต้องอาศัยความพร้อมของระบบปฏิบัติการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในมิติของกำลังคนทางสุขภาพ (Human Resources for Health) ซึ่งโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้อาศัยกำลังหลักจากข้าราชการและบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านโครงสร้างองค์กร และ กลไกของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกำลังคนในภาครัฐและเอกชนอื่นๆ

อย่างไรก็ดี โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังมีปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ ความแข็งแรงของระบบราชการ และ ด้านสถานะของกำลังคนทางด้านสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ ยังเป็นข้าราชการอย่างเต็มตัว

1.2 ข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพ : ความเป็นไปได้ในการจัดการจากชุมชน

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในประเด็นการจัดการกำลังคนทางสาธารณสุขเพื่อชุมชน เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2546 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุม ไบเทค ได้เสนอหนทางการแก้ปัญหา การขาดแคลนบุคลากรสุขภาพ โดยการเสนอ ปฏิรูปทั้งระบบการจัดสรรงบประมาณ การผลิต และการจัดการ ด้านกำลังคนที่สำคัญคือ การเสนอให้มีระบบการคัดเลือกบุคลากรมาจากท้องถิ่นที่มีการขาด

¹ พิจารณาจากภาวะที่ครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มากกว่าร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่ไม่รวมอาหาร

แคลน โดยอาศัยข้อมูลทางภูมิศาสตร์ (Geographical Information System: GIS) เป็นกลไกสนับสนุน และ จัด
สรรงบประมาณการผลิตไปยังชุมชนและท้องถิ่น

นับได้ว่า ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพ ได้เปิดพื้นที่ทางสังคม โดยการนำเสนอถึงความเป็นไปได้ในการที่ ชุม
ชนท้องถิ่น จะเพิ่มบทบาทในการสนับสนุนกระบวนการบริหารจัดการด้านกำลังคนทางสุขภาพ จากเดิมที่เคยมี
บทบาทเป็นเพียง ผู้รับการบริการปลายทางเท่านั้น

ข้อเสนอนี้ได้นำเข้าพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส) และมี
มติให้มีคณะทำงานไปศึกษาในรายละเอียดที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

1.3 บุคลากรสุขภาพ : ทรัพยากรของการสร้างเสริมสุขภาพ

จากสถานการณ์ปัจจุบัน จะพบว่ามีช่องว่างระหว่างแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ กับ ระบบปฏิบัติการ
ปัจจุบัน ในมิติของกำลังคนทางสุขภาพอยู่น้อย ที่สำคัญพอยกตัวอย่างได้แก่

- (1) แม้ว่าบุคลากรสุขภาพที่มีอยู่จะมีศักยภาพสูงก็ตาม แต่ การนำไปแนวคิดสร้างสุขภาพ ไปปฏิบัติอาจจะต้อง
อาศัย ความรู้ ความเข้าใจในมิติอื่นนอกเหนือจาก ความชำนาญในงานประจำที่บุคลากรเหล่านี้ฝึกฝน
ทักษะจากงาน ช่อมสุขภาพ มาช้านาน เช่น ทักษะและทัศนคติ ด้านการสร้างสุขภาพแบบองค์รวม หรือ
แนวคิด วิถีชุมชน เพื่อรองรับงานสร้างเสริมสุขภาพชุมชน
- (2) โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สร้างปรากฏการณ์การเพิ่มขึ้นของ อุปสงค์ด้านการซ่อมสุขภาพจึง
เป็นอุปสรรคต่อทรัพยากรด้านกำลังคนที่มีอยู่อย่างจำกัดในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ
- (3) สถานะของบุคลากรและหน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านสร้างสุขภาพ ยังตั้งอยู่บนรากฐานของระบบบริการ เช่น
การเป็นข้าราชการ และมีหน่วยงานที่สถานื่อนามัย/ โรงพยาบาล เป็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของการปฏิบัติ
งาน ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงชุมชนในระดับที่ใกล้ชิดและยาวนานเพียงพอ และขาดความต่อเนื่อง
และยั่งยืนของตัวบุคลากรกับพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- (4) ในภาพรวมประเทศไทยยังประสบปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรสุขภาพอยู่ในพื้นที่ที่มีความเจริญในทุก
ระดับ เช่นระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และแม้แต่ในระดับตำบล/ หมู่บ้าน ส่งผลให้เกิดการขาด
แคลนบุคลากรที่จะมาดำเนินงานสร้างสุขภาพในพื้นที่ระดับหมู่บ้านในชนบท และชุมชนแออัดในเขตเมือง
- (5) ในแง่มุมมองของการบริหารจัดการ เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมาหลายพื้นที่ยังประสบปัญหาความไม่มั่นคงของ
สถานการณ์การเงิน เราจึงพบว่า งานสร้างสุขภาพ ซึ่งถูกจัดอันดับเป็นงานที่มีความสำคัญในลำดับรองลง
มา อาจจะถูกชะลอการดำเนินงาน ชะลอการเติบโต ไว้ในเบื้องต้นก่อน หรือกล่าวได้ว่า ตัว บุคลากรที่
ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพเอง ก็ยังมีความไม่แน่นอนในการได้รับการสนับสนุน ทั้งงบประมาณ อุปกรณ์
และ ความเอาใจใส่

จะเห็นได้ว่าในการพยายามสานต่อแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพให้ แพร่ขยายไปจากจุดยืนปัจจุบัน จนใกล้
เคียงภาพฝันของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ยังมีอุปสรรคที่ใหญ่หลวงในมิติของ บุคลากรสุขภาพ
โดยเฉพาะ แนวคิดของ พยาบาลชุมชน ที่จะมาเติมเต็มสานต่อความคิดความฝันดังกล่าวได้

1.4 พยาบาลชุมชน : บุคลากรสุขภาพ เพื่อรองรับงานสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

มีความพยายามที่จะสร้างบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชนมานานพอสมควร
โดยการคัดเลือกบุคคลในระดับจังหวัดและจัดการการศึกษาในสถาบันการศึกษาในส่วนภูมิภาค เมื่อสำเร็จการ

ศึกษาแล้วจะได้รับการบรรจุในจังหวัดเดิม และตั้งแต่พ.ศ. 2543 ได้รับการบรรจุในสถานะ พนักงานของรัฐ หรือ ลูกจ้างของหน่วยงานราชการ แต่ทั้งหมดนี้ ชุมชนยังมีส่วนร่วมไม่มากนัก

พยาบาลชุมชน เป็น บุคลากรสุขภาพที่ได้รับการสร้างและสนับสนุนจนมี ศักยภาพ และทัศนคติที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการทำงานเชิงรุก โดยมีได้ทอดทิ้งงานรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนเอง เช่น การที่เป็น "คนพื้นที่" ในหมู่บ้านนั้นเอง หรือ การที่ขนาดพื้นที่ความรับผิดชอบพอเหมาะ กระบวนการดำเนินงานของพยาบาลชุมชนจะเน้นที่กิจกรรมที่ต่อยอดจากแนวคิด "วิถีชุมชน" คือการสร้างสุขภาพแบบองค์รวมโดยอาศัยรากฐานทุนทางสังคมที่มีอยู่อย่างพอเพียงและ ยั่งยืน โดยมีบทบาทสำคัญเป็น facilitator อีกทั้ง พยาบาลชุมชน จะเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างงานรักษาพยาบาล และ งาน สร้างสุขภาพในชุมชน

พยาบาลชุมชน เป็นการเติมเต็มและ ต่อยอด ของระบบ(บริการ) สุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยไม่ได้ลดบทบาทของวิชาชีพ องค์กร หรือ หน่วยงานใดๆ โดยอาจจะจะมีรูปแบบการจ้างงานที่หลากหลาย แต่ล้วน มุ่งไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกันนั่นคือ "สุขภาพของชุมชน"

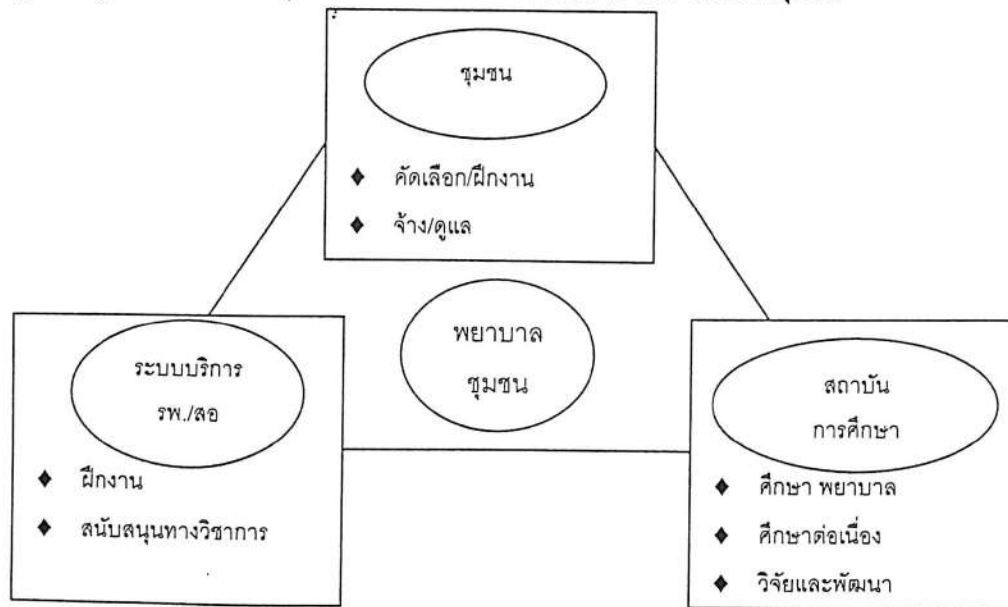
ในช่วงปี พ.ศ. 2544 ได้มีนวัตกรรมด้านกำลังคนทางสุขภาพเกิดขึ้น โดยเฉพาะที่ อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของ โรงพยาบาลชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล และ ผู้นำชุมชน และ ได้รับการสนับสนุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยการคัดเลือกนักเรียนที่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมปลาย ที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน โดยมุ่งเน้นเจตคติมากกว่าคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา และ อบต.ได้เป็นฝ่ายสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการศึกษาในหลักสูตร พยาบาลศาสตร์บัณฑิต โดยมีเงื่อนไขการฝึกปฏิบัติงาน ที่ รพ. สถานีอนามัย และ หมู่บ้านที่ตนอาศัยอยู่ และวางแผนว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะได้รับการจ้างงานให้ปฏิบัติงานในหมู่บ้านของตน ในสถานะของพนักงานของ อบต. โดยมีความเชื่อมโยงและได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานจาก โรงพยาบาลชุมชน

ซึ่งนับว่าเป็นรูปธรรมของแนวคิดของ พยาบาลชุมชน อย่างแท้จริงและครบวงจร

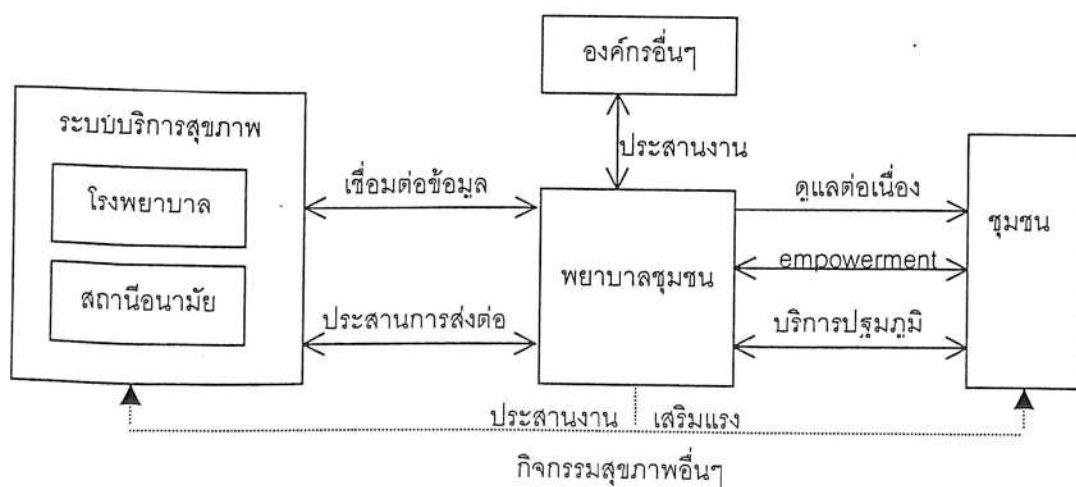
สรุปคือ พยาบาลชุมชน จะเป็น คนท้องถิ่น ที่ชุมชนคัดเลือกและสนับสนุนให้ได้รับการศึกษาที่เหมาะสมและปฏิบัติงานเมื่อสำเร็จการศึกษาอยู่ในชุมชนของตนเอง จึงนับเป็น "พยาบาลของชุมชน พัฒนาและสนับสนุนโดยชุมชน และดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชน "

"ลงไปทำงานชุมชน ได้สัมผัสชาวบ้าน ได้รับรู้และเรียนรู้วิถีชีวิตของชาวบ้าน เข้าใจชาวบ้านมากขึ้น รักชาวบ้านมากขึ้น ชาวบ้านก็รักเรามากขึ้น เวลาไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ก็ไม่ใช่ดูแลแค่ผู้ป่วยคนเดียว เราก็ดูแลแนะนำเรื่องสุขภาพคนอื่นๆ ในครอบครัวนั้นด้วย เรารู้ข้อมูลทุกหลังคาเรือน ชาวบ้านมีผักหญ้าติดมือกลับบ้านเสมอๆ เราก็อิงซึ่งน้ำใจชาวบ้าน ก็ยิ่งผูกพันกับชาวบ้าน จนทำให้เรารู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน" เป็นความรู้สึกที่บรรยายออกมาของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผันตัวเองออกมาทดลองปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลชุมชน³

แผนภูมิที่ 1 : รูปแบบการสนับสนุนด้านการผลิตและสร้างศักยภาพ ของ พยาบาลชุมชน



แผนภาพที่ 2: บทบาท หน้าที่ ความสัมพันธ์ และ ความรับผิดชอบ ของพยาบาลชุมชน หลังสำเร็จการศึกษา



1.5 ศักยภาพในพื้นที่: พัฒนาต่อยอดจากสิ่งที่มีอยู่

ในระบบการบริการสุขภาพแห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลักที่ดำเนินการงาน สร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชน อย่างน้อยที่สุดคือ การส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรค ในความหมายที่เคยเป็น

ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ สถานีอนามัย สำหรับพื้นที่รอบนอก, โรงพยาบาลชุมชน สำหรับเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล, ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์-ทั่วไป ในชุมชนเขตเมือง และ หน่วยงานสาธารณสุขของเขตปกครองพิเศษอื่นๆ

บุคลากรในหน่วยงานเหล่านี้คือ "ทุนทางสังคมพร้อมใช้" โดยเฉพาะ ในแง่ของประสบการณ์ในการปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็น ทรัพยากรที่เป็นไปได้ (Potential Resources) ในด้านงานสร้างเสริมสุขภาพในแนวทางใหม่ ที่สามารถปฏิบัติงานในแนวคิดของพยาบาลชุมชนได้ หากได้รับการเสริมศักยภาพ

กล่าวคือ ไม่มีความจำเป็นที่ต้องสร้าง พยาบาลชุมชน ขึ้นมาใหม่จนครอบคลุมทุกหมู่บ้านแต่สามารถใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มีปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลชุมชนควบคู่กันไปด้วย โดยเฉพาะในหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีภูมิศาสตร์อยู่ใกล้สถานพยาบาล ทั้ง 10,909 แห่ง

หากมีการประมาณการความรับผิดชอบเป็นจำนวนหมู่บ้าน ให้กับบุคลากรที่มีอยู่ในระดับชุมชน โดยอาศัยฐานข้อมูลจำนวนสถานพยาบาลที่ดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดังตารางที่ 1 จากจำนวนทั้งหมด 10,909 สถานพยาบาล เชื่อได้ว่ามีศักยภาพในการครอบคลุมประมาณ 22,602-34,958 หมู่บ้านจะทำให้เราสามารถประมาณความต้องการในการผลิต พยาบาลชุมชน เพื่อครอบคลุมทั้ง 68,249 หมู่บ้านทั่วประเทศ ว่าต้องการการผลิตใหม่เป็นจำนวน ประมาณ 39,469 ราย (33,291 - 45,647 ราย) เพื่อบรรลุความครอบคลุม หมู่บ้าน: 1พยาบาลชุมชน

ตารางที่ 1: ทุนทางสังคมพร้อมใช้สำหรับงานสร้างเสริมสุขภาพการประมาณการความรับผิดชอบ (จำนวนหมู่บ้าน) และความครอบคลุม

	จำนวน	ความรับผิดชอบต่อแห่ง		ความครอบคลุมหมู่บ้าน	
		ต่ำ	สูง	ต่ำ	สูง
สถานีอนามัย	9738	2	3	19476	29214
โรงพยาบาลชุมชน	722	3	5	2166	3610
ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล	214	1	3	214	642
โรงพยาบาลศูนย์-ทั่วไป	92	5	10	460	920
ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.	143	2	4	286	572
รวม	10909			22602	34958

2. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

สร้างและพัฒนากำลังคนและระบบการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนที่มีศักยภาพเหมาะสม และ มีความยั่งยืน ให้เป็นของชุมชน โดยชุมชน และ เพื่อชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

สร้าง และพัฒนา "พยาบาลชุมชน" ครอบคลุม ทุกหมู่บ้านในอัตราส่วน พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อ 1 หมู่บ้าน ในระยะเวลา 15 ปี โดยการคัดเลือก พัฒนา และจัดการผ่านการมีส่วนร่วมจากชุมชนอย่างแท้จริง

3. กลวิธีการดำเนินงาน

การดำเนินการสร้าง ทุนมนุษย์เพื่อการสร้างสุขภาพรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ อาศัยแนวคิดหลัก (Concept) อยู่ 5 ประการ

3.1 หาคนจากท้องถิ่นนั้น ศึกษาอบรมที่พื้นที่ และ กลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ของตน (Local recruitment, Rural training and Home town placement) เพื่อเป็นการสร้างบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ที่ขาดแคลน โดยเชื่อว่า จะมีความพร้อมมากกว่า มีความยั่งยืนมากกว่าระบบการจัดสรรปัจจุบัน

3.2 คัดความดี มาก่อนความเก่ง เนื่องจากระบบการศึกษาปัจจุบันเน้นการที่การวัดความสามารถทางวิชาการ ในการคัดเลือกรับนักศึกษา ทำให้เยาวชนในเขตชนบทหรือ ชุมชนแออัดในเขตเมืองซึ่งมีโอกาสและความพร้อมทางวิชาการน้อยกว่า ไม่สามารถผ่านเกณฑ์ดังกล่าวได้ กลุ่มบุคคลากรส่วนใหญ่จึงมีจากพื้นฐานชนชั้นกลางในเขตเมือง และไม่สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทในระยะยาวได้

ดังนั้นหากสามารถคัดเลือกกลุ่มเยาวชนที่มีความดี โดยมีการคัดเลือกจากตัวแทนของหมู่บ้านที่รู้ประวัติความเป็นมาของเยาวชนดังกล่าวดี เชื่อว่าจะได้บุคลากรในอนาคตที่ทำความดี และรักท้องถิ่นเป็นรากฐาน อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าความพร้อมทางวิชาการในการศึกษาไม่สำคัญ

ประเด็นจึงอยู่ที่ ทำอย่างไรจึงสามารถ หาคนดีที่มีความสามารถเหมาะสมได้ ซึ่งอาจจะต้องมีความหมายถึง การช่วยพัฒนาความพร้อมทางวิชาการทั้งก่อนและขณะศึกษาต่อ ให้กลุ่มคนดีเหล่านี้

3.3 เริ่มทำในบริบทที่มีความสมัครใจก่อน (Voluntary basis) ทั้งในระดับหมู่บ้าน อำเภอ องค์กรท้องถิ่นหรือในด้านสถาบันที่ผลิต โดยเริ่มต้นในจำนวนไม่มากนักและเพิ่มจำนวนจนครอบคลุมพื้นที่ได้ตามเป้าหมาย พื้นที่ที่ควรได้รับการจัดสรรตำแหน่งก่อนได้แก่ พื้นที่ที่ห่างไกลจาก สถานพยาบาลที่มีอยู่ เช่น หมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ไกลจาก สถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาล และ ชุมชนแออัดในเขตเมือง

3.4 มีการวางแผนล่วงหน้าในระบบบริหารจัดการโครงการ น้อยอย่างน้อย 7 ส่วนได้แก่

- (1) ระบบการคัดเลือกให้ได้บุคคลที่เหมาะสม เนื่องจาก หมู่บ้าน/ชุมชนนั้นจะมีโอกาสเพียงครั้งเดียว เริ่มตั้งแต่ระบบการคัดเลือกเยาวชนควรจะประกอบด้วยตัวแทนจาก 3 ฝ่ายเป็นอย่างน้อย คือ ฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และ ฝ่ายประชาชน (ตัวแทนชาวบ้าน) ที่รู้จักนิสัย บุคลิกของ เยาวชนเป็นอย่างดี ควรจะได้เยาวชนที่มีภูมิปัญญาในหมู่บ้าน/ชุมชนนั้นๆ เลย หรือ อย่างน้อยจาก

หมู่บ้านชุมชนใกล้เคียง จากนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมทางวิชาการให้ตัวแทนที่ได้รับคัดเลือก ซึ่งควรเป็นหน้าที่ของโรงเรียนในพื้นที่

- (2) งบประมาณในการให้การศึกษา ว่าสมควรได้รับการสนับสนุนจากส่วนใดบ้าง ซึ่ง อาจจะไม่ใช้สูตรที่ตายตัว เช่นหากมาจากพื้นที่ที่องค์กรท้องถิ่นมีรายรับสูง การสนับสนุนจากส่วนกลางน่าจะน้อยลง แต่อย่างน้อย ต้องมีทุนการศึกษาส่วนหนึ่งที่ได้รับจากพื้นที่ มิใช่สนับสนุนจากส่วนกลางทั้งหมด
- (3) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน มีระบบการจ้างงานที่มั่นคง และ เป็น ของชุมชน เช่นต้องมีกรวางแผนกรอบอัตรากำลังให้ พยาบาลชุมชนเหล่านี้ ในหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ที่สมควรสนับสนุนเป็นเงินเดือนและค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน หรือ ระบบการหมุนเวียน สับเปลี่ยนบุคลากรทั้งในระบบของโครงการพยาบาลชุมชนเอง หรือ กับ pool ของวิชาชีพในระบบอื่นๆ
- (4) การสนับสนุนการปฏิบัติงาน ซึ่งหมายถึงการเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ในการรับการสนับสนุนเป็น เวชภัณฑ์ และ อุปกรณ์ รวมทั้ง สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานและการดำรงชีพอื่นๆ
- (5) ระบบการพัฒนาต่อเนื่อง ต้องวางระบบที่พยาบาลชุมชนเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาศักยภาพต่อเนื่องตลอดระยะเวลาปฏิบัติงาน
- (6) หลักสูตรการศึกษา ในการศึกษาระดับอุดมศึกษาต้องมีการวางแผนจัดหลักสูตรการเรียนการสอนที่เน้นหนักไปในการเป็น พยาบาลชุมชน โดยเฉพาะงานสุขภาพชุมชน และ การดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม ซึ่ง อาจจะต้องมีการจัดสอนเสริม/ทบทวน ให้กับนักศึกษาในโครงการ นอกจากนี้หากในหลักสูตรมีการฝึกฝนทักษะนอกสถาบัน ต้องส่งนักศึกษาในโครงการกลับมาฝึกฝนในพื้นที่ของตนเอง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และ รับรู้สภาพปัญหาในพื้นที่ของตนเองจริง

ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่า จะต้องลดบทบาทการเรียนการสอนในด้านการรักษาพยาบาล แต่ อาจจะมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาให้สอดคล้องกับงานเชิงรุกในระดับชุมชนมากขึ้น ซึ่งอาจมีความยืดหยุ่นในการจัดหลักสูตร และ ตารางการเรียนการสอน ไม่ได้เป็นไปในรูปแบบเดิมๆแต่เพียงอย่างเดียว

นักศึกษาในโครงการนี้ควรจะได้รับ การฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมในช่วงเวลาปิดภาคการศึกษา โดยกลับมาฝึกที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่นๆ ในพื้นที่ของตน เช่น การเป็นลูกจ้างรายคาบมีหน้าที่เป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งนอกเหนือจากการสร้างความคุ้นเคยกับระบบปฏิบัติการแล้วยังเป็น การติดตามความเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาด้วย

- (7) การปฏิบัติงานหลังจากจบการศึกษา พยาบาลชุมชนเหล่านี้จะกลับไปปฏิบัติงานในหมู่บ้านของตนเอง โดยอาจจะเป็นรูปแบบ การเป็น พนักงานขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โดยได้รับการสนับสนุนวัสดุ และ เวชภัณฑ์ และ วิชาการ จากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะงบประมาณจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วน การส่งเสริมและป้องกันโรค (Promotive and Preventive parts) ซึ่งจะสามารถสร้างรูปธรรมของแนวคิดผ่านการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนเหล่านี้

รูปแบบการทำสัญญาชดใช้ทุน เป็นสิ่งที่ควรที่จะประเมินกันหลายด้าน ทั้ง ส่วนราชการ ชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และด้านตัวบทกฎหมาย ทั้งนี้มีการศึกษาในต่างประเทศว่าการบังคับทำสัญญาให้แพทย์ปฏิบัติงานชดใช้ทุนในพื้นที่ชนบทมีอัตราการคงอยู่ที่ต่ำกว่า แต่การคัดเลือกผู้ที่เติบโตในชนบทและให้ทุนการศึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยไม่มีข้อผูกมัดกลับมีสัดส่วนที่

ประสงค์จะปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทและขาดแคลนสูงกว่า⁵ ซึ่งต้องพิจารณาให้ถี่ถ้วนว่าสามารถนำแนวความคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทยได้หรือไม่

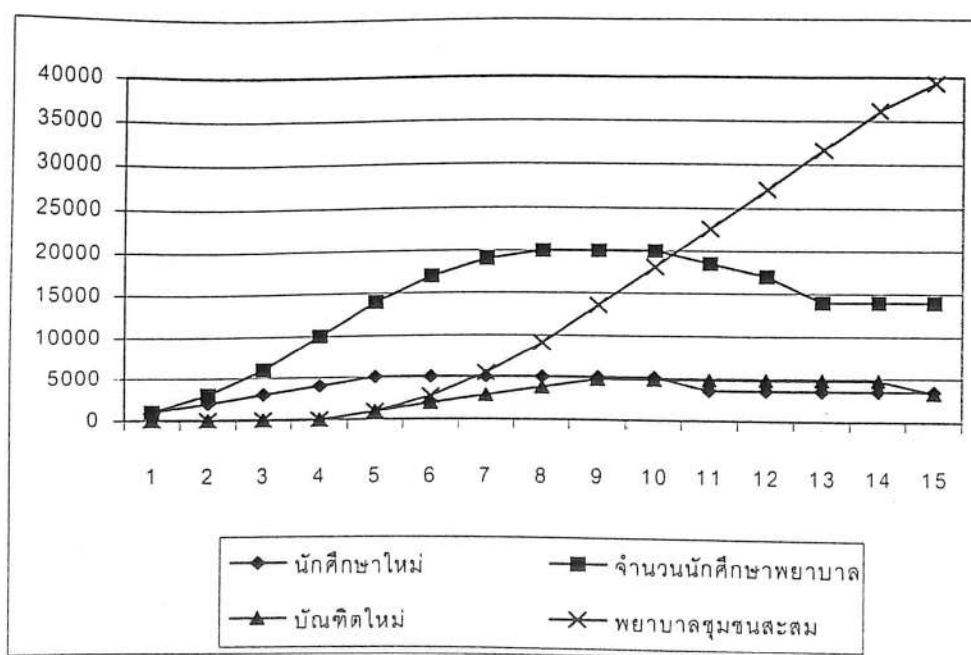
อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกหลายประเด็นปลีกย่อยที่ต้องพิจารณาก่อนดำเนินการ เช่นหากในพื้นที่ใดที่มีความพร้อมอาจจะมีการสนับสนุนการผลิต พัฒนา และ จำหน่ายผู้ช่วยพยาบาลชุมชน ซึ่งจะมิมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กทารกและผู้สูงอายุ เช่นอาจจะเป็นรูปแบบการจ้างงานเยาวชน ที่มีวุฒิการศึกษา ระดับ มัธยมศึกษา/มัธยมปลาย ในหมู่บ้านนั้น หรือคัดนักเรียนมัธยมปลายมาศึกษาตามหลักสูตร กระทรวงศึกษาธิการเป็นเวลา 1 ปี

3.5 ระยะเวลา และ เป้าหมาย

หากเริ่มต้นในการสนับสนุนกระบวนการสร้างศักยภาพดังกล่าว ที่ ปีแรก 1,000 คน และเพิ่มกำลังการผลิตปีละ 1,000 คน จนสามารถผลิตปีละประมาณ 5,000 คน ไปอีกเป็นระยะเวลา 6 ปี โดยมีสมมติฐานว่าโอกาสสำเร็จการศึกษาของเยาวชนจากหมู่บ้านนี้อยู่ที่ร้อยละ 95 หลังจากนั้นจะลดกำลังการผลิตตามความเหมาะสมกับอัตราการสูญเสียบุคลากรสุขภาพชุมชน (ในขั้นต้นคาดประเมินการสูญเสียที่ประมาณ 5% ต่อปี ซึ่งต้องผลิตทดแทนปีละประมาณ 3,500 คน) ระยะเวลา 15 ปี จะสามารถสร้างพยาบาลชุมชนได้ทั้งหมด 39,306 คน

และเมื่อรวมกับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในระดับสถานีนอามัย และ โรงพยาบาลชุมชน/ ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์-ทั่วไป ที่รับผิดชอบชุมชนในพื้นที่อยู่แล้ว ก็จะสามารถครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศทั้ง 68,249 หมู่บ้าน⁶ ในอัตราส่วน 1 หมู่บ้านต่อ 1 พยาบาล หรือ กล่าวได้ว่า พยาบาลชุมชนเหล่านี้รับผิดชอบประชากรรายละประมาณ 500-1000 คน ซึ่งน่าจะเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมในงานสร้างเสริมสุขภาพ

แผนภาพที่ 3 : Time frame ของโครงการ และผลผลิตภาพของโครงการ



หมายเหตุ : 1.สมมติฐาน อัตราการสำเร็จการศึกษา 95%

2.จำนวนนักศึกษาพยาบาล รวมทุกชั้นปีโดยยังไม่คำนวณนักศึกษาที่ต้องออกจากการศึกษา

ตารางที่ 2 : จำนวนนักศึกษา และ พยาบาล ของโครงการในระยะเวลาต่างๆ 1

ปีที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
นักศึกษาใหม่	1,000	2,000	3,000	4,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	3,500	3,500	3,500	3,500	3,500
จำนวนนักศึกษาพยาบาล	1,000	3,000	6,000	10,000	14,000	17,000	19,000	20,000	20,000	20,000	18,500	17,000	15,500	14,000	14,000
บัณฑิตใหม่	0	0	0	0	950	1,900	2,850	3,800	4,750	4,750	4,750	4,750	4,750	4,750	3,325
พยาบาลชุมชนสะสม	0	0	0	0	950	2,755	5,463	9,073	13,585	18,098	22,610	27,123	31,635	36,148	39,306

งบประมาณ

งบประมาณด้านการผลิต

ในเบื้องต้น งบประมาณโครงการระยะเวลา 15 ปี จะให้งบประมาณทั้งสิ้น 11,095,000,000 บาท ซึ่งแบ่งเป็น งบประมาณเพื่อการผลิตขึ้นใหม่ 8,480,750,000 บาท และ งบประมาณเพื่อการผลิตขึ้นทดแทน 2,614,250,000 บาท โดยทั้งหมดจะประกอบไปด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ ดังได้แสดงไว้ในตารางที่ 3 คือ

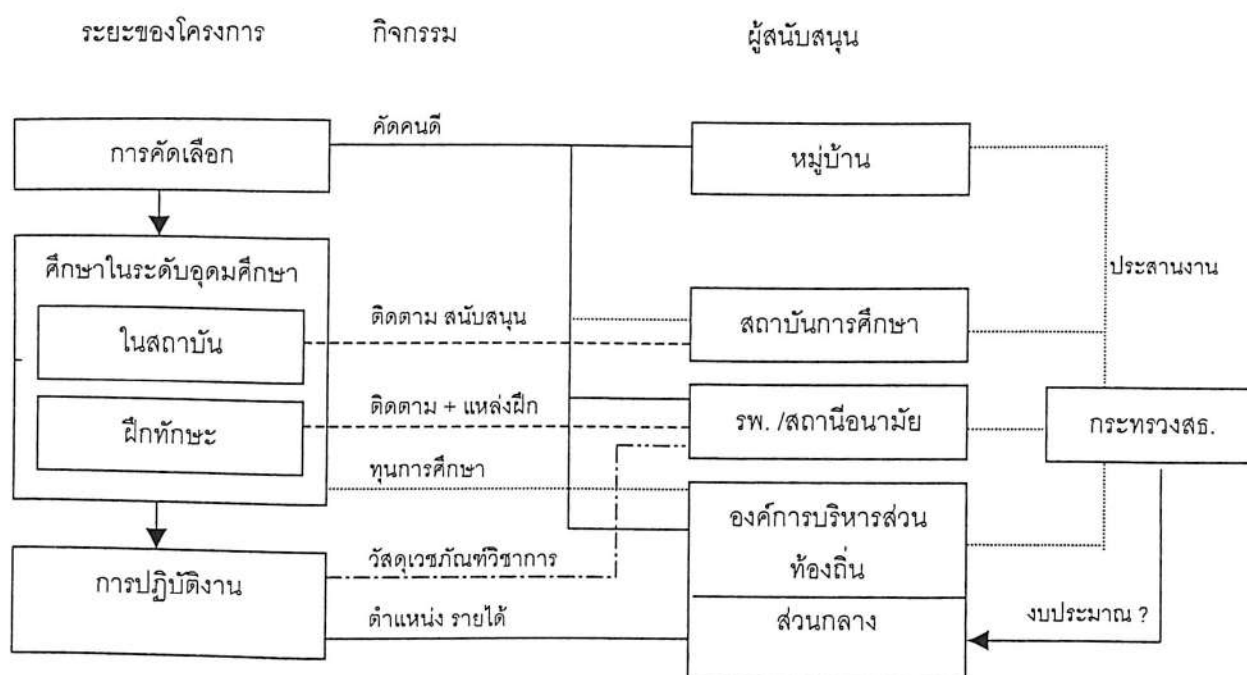
1. สนับสนุนการศึกษา ในการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตร โดยจัดสรรให้รายละ 50,000 บาท ต่อรายต่อปี รวมเป็นงบประมาณ 7,000,000,000 บาท
2. ส่วนที่สนับสนุนให้กับกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของเยาวชนและนักศึกษา รายละ 10,000 บาท แบ่งออกเป็น
 - 2.1 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียนในระดับอุดมศึกษา ประมาณการรายละ 2,000 บาท อาจจะจัดสรรให้กับ บุคลากร/สถาบันทางการศึกษาในระดับพื้นที่ ที่เหมาะสม เป็นเวลา 1 ปี
 - 2.2 การเตรียมความพร้อมในขณะที่ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประมาณการรายละ 2,000 บาทต่อปี จัดสรรแก่ คณาจารย์/สถาบันการผลิตพยาบาลที่นักศึกษาสังกัด เป็นเวลา 4 ปี
3. ค่าบริหารจัดการทั่วไป สำหรับกิจกรรมตั้งแต่การคัดเลือก การติดตาม การประเมินผล และงานธุรการ ประมาณการรายละ 500 บาทต่อคนต่อปี และเพิ่มค่าใช้จ่ายในปีที่ 0 เพื่อการประชุมชี้แจง อีก 1 ล้านบาท

รวมทั้งสิ้นคิดเป็นค่าใช้จ่ายรายละ 52,500 บาทต่อปี (และอีก 2,000 บาท สำหรับก่อนการเข้าศึกษา) หรือ 212,000 บาทตลอดการศึกษา

โดยในจำนวนนี้ น่าจะแบ่งระดับการสนับสนุนจากส่วนกลางออกเป็นหลายระดับตามสถานะขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น พื้นที่เทศบาล และ อบต. ระดับ 1 หรือพื้นที่ในเขตปกครองพิเศษ สมควรให้สนับสนุนงบประมาณทั้งหมด , พื้นที่ อบต. ระดับ 2-3 ส่วนกลางควรให้การสนับสนุนประมาณร้อยละ 20-40 ของค่าใช้จ่าย และ ในพื้นที่ อบต. ระดับ 4-5 ส่วนกลางควรสนับสนุนประมาณ ร้อยละ 60-80 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

แผนภาพที่ 4 : Conceptual framework ของโครงการ

(ดัดแปลงจากการดำเนิน โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการผลิตบุคลากรทางการพยาบาล ของ อบต.น้ำพอง)



งบประมาณด้านการปฏิบัติงาน

งบประมาณในการจ้างงาน ภายหลังสำเร็จการศึกษา ซึ่งไม่ได้รวมงบดำเนินการอื่นๆ อาจจะพิจารณาเป็นหลายทางเลือกเช่น

1. จ้างงานเฉพาะ พยาบาลชุมชน รับค่าตอบแทนรวมประมาณเดือนละ 10,000 บาท หรือปีละ 120,000 บาท
2. จ้างงาน พยาบาลชุมชนร่วมกับ ผู้ช่วย ค่าตอบแทนรวมประมาณเดือนละ 16,000 บาท หรือปีละ 192,000 บาท

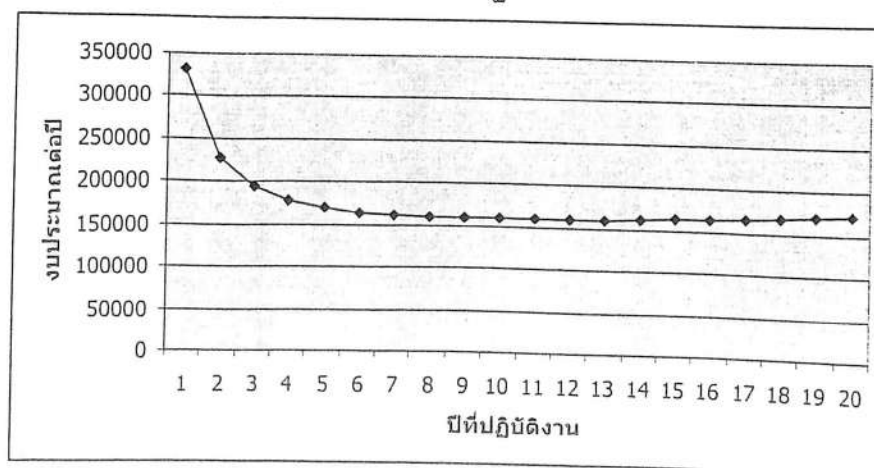
หากรวมงบประมาณทุกประเภทตั้งแต่การศึกษาจนถึงสำเร็จการศึกษาและปฏิบัติงานจนครบเวลา 10 ปี และ 20 ปี จะใช้งบประมาณต่อรายคิดเป็นเงินประมาณ 1,587,666 และ 3,436,445 บาท (คิดรายรับเพิ่มในอัตราปีละ 3%) ซึ่งหากแสดงความสัมพันธ์ระหว่างงบประมาณที่ต้องใช้กับเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนเหล่านี้ จะแสดงได้ดัง แผนภาพที่ 5 ซึ่งแสดงว่าจุดคุ้มทุนของการลงทุนอยู่ที่การปฏิบัติงานประมาณ 5 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 3: แสดงรายละเอียดของงบประมาณโครงการ

ปีที่	จำนวน		งบประมาณ(ล้านบาท)				
	นักเรียน	นักศึกษา	สนับสนุนการ ศึกษา	เตรียมความพร้อม		บริหารจัดการ	รวม
				นักเรียน	นักศึกษา		
0	1,000	0	0	2	0	1	3
1	2,000	1,000	50	4	2	1	57
2	3,000	3,000	150	6	6	2	164
3	4,000	6,000	300	8	12	3	323
4	5,000	10,000	500	10	20	5	535
5	5,000	14,000	700	10	28	7	745
6	5,000	17,000	850	10	34	9	903
7	5,000	19,000	950	10	38	10	1,008
8	5,000	20,000	1,000	10	40	10	1,060
9	5,000	20,000	1,000	10	40	10	1,060
10	(3500)	20,000	1,000	(7)	40	10	1050+(7)
11	(3500)	15,000+(3,500)	750+(175)	(7)	30+(7)	7.5+(1.75)	787.5+(190.75)
12	(3500)	10,000+(7,000)	500+(350)	(7)	20+(14)	5+(3.5)	525+(374.5)
13	(3500)	5,000+(10,500)	250+(525)	(7)	10+(21)	2.25+(5.25)	262.25+(558)
14	(3500)	(14,000)	(700)	(7)	(28)	(7)	(742)
15	(3500)	(14,000)	(700)	(7)	(28)	(7)	(742)
รวมทั้งหมด(แบ่งประเภท)			8000+(2450)	80+(42)	320+(98)	80.75+(24.5)	8480.75+(2614.25)
รวมทั้งหมด			10,450	122	418	105.25	11,095

หมายเหตุ : ตัวเลขในวงเล็บคือ ข้อมูลเกี่ยวกับ "การผลิต เพื่อทดแทน " บุคลากรสุขภาพชุมชนที่มีอยู่ทั้งหมด

แผนภาพที่ 5: งบประมาณที่ลงทุนต่อปี กับระยะการปฏิบัติงาน



ข้อเท็จจริงด้านการงบประมาณ

ในการผลิตบุคลากรสุขภาพ วิชาชีพ พยาบาลนั้น แม้ว่าสถาบันการศึกษาของประเทศไทยทั้ง 62 แห่งจะมีศักยภาพในการผลิตพยาบาลได้เพียง 3,393 คนต่อปี⁷ แต่ตัวเลขดังกล่าว เป็นกำลังการผลิตที่ถูกปรับลดในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ จากเดิมที่เคยมีการคาดการณ์ว่าสามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพได้มากถึง 8,579 คนต่อปีในปี พ.ศ. 2544 (รวมหลักสูตรต่อเนื่อง)⁸ ซึ่งแสดงถึง ความเป็นไปได้ในการขยาย Capacity ด้านกำลังการผลิตพยาบาลชุมชนเหล่านี้

ที่สำคัญที่สุดคือ ในความเป็นจริง รัฐบาลไม่ได้เสียงบประมาณเพิ่มขึ้นในการให้การศึกษาเพื่อสร้างพยาบาลชุมชน เหล่านี้ เนื่องจาก รัฐบาลได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาลอยู่แล้วผ่านการดำเนินงานของ มหาวิทยาลัย และ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตรงกันข้าม รัฐบาลยังสามารถประหยัดงบประมาณส่วนกลางเพื่อการนี้ลงเนื่องจากอาศัยงบประมาณขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มาช่วย โดยสิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนคือ การเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณ ไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น แทนที่จะจัดสรรให้สถาบันการศึกษาโดยตรง

กลไกการดำเนินงาน

ในเบื้องต้นอาจมีความจำเป็นที่ต้องเริ่มดำเนินการบนรากฐานโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะรับผิดชอบในบทบาทของผู้ประสานงาน ร่วมกัน องค์การส่วนท้องถิ่น พื้นที่ และ สถาบันการศึกษา ซึ่งอาจจะมอบหมายให้สถาบันพระบรมราชชนกเป็น ผู้ประสานการดำเนินการ โดยมีการกระจายความรับผิดชอบ ไปยังหน่วยงานระดับพื้นที่ให้มากที่สุด

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถสร้างบุคลากรสุขภาพที่มีความเหมาะสมทั้งในด้าน ความสามารถ และ ทักษะคติ กับกระดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในระดับชุมชน ในจำนวนที่พอเหมาะ และที่สำคัญคือเป็นบุคลากรที่มีรากฐานจากหมู่บ้านนั่นเอง ซึ่งจะสามารถปฏิบัติงานได้ในระยะยาว
2. พยาบาลชุมชน ผลผลิตของโครงการ สามารถผลิตงานสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับหมู่บ้านที่มีรากฐานจากการมีส่วนร่วมของประชาชน และสามารถดูแลสุขภาพของพี่น้องประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 1 หมู่บ้านได้อย่างบูรณาการและเป็นองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราวณี วาศวิท, กัญจนา ติชยาธิคม, และคณะ . การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต (ร่าง)
2. Tangcharoesathien V, Teokul W, and Chantrawongpaisal L. Social Welfare System in Thailand: A Challenge from targeting to Universality. Paper presented at the UNRISD Workshop on Social Policy in a Development Context; Transforming the Development Welfare State in East Asia, Novotel Hotel on Siam Square, Bangkok, 30 June-1 July 2003
3. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, บทสัมภาษณ์ของ ศิริพร เหลืองอุดม ในอบต.หมอ พยาบาล สานพลัง , รวมพลังสร้างสุข ,กทม,พ.ศ. 2545
4. Cullen, T.J. et al. (1997). The National Health Service Corps: rural physician service and retention, *Journal of American Board of Family Practice*, Vol. 10(4), pp.272-279
5. Rabinowitz, H.K. et al. (1999). A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. Impact after 22 years , *Journal of American Medical Association*, Vol. 281(3), pp. 255-260.
6. อ้างจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูล พ.ศ. 2544
7. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. นนทบุรี; โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ 2545
8. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษข้างหน้า อ้างจาก กองแผนงาน สนง.ปลัดกระทรวงมหาดวิทยาลัย,2536 , สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และ สถาบันพระบรมราชชนก, พฤษภาคม พ.ศ.2540
9. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, สรุปข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546 , กันยายน2546 (เอกสารโรเนียว)
10. Pathman, D.E. et al. (1992). The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians. Results of a 9-year follow-up study , *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 268(12), pp. 1552-1558.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 :เปรียบเทียบ จุดแข็งและจุดอ่อนในสถานะการคัดเลือกบุคลากรสุขภาพ และ ระบบการจ้างงาน

ระบบการคัดเลือก	ระบบการคัดเลือก/ผู้คัดเลือก	การประเมิน ความดี	ความสามารถ ทางวิชาการ	การเตรียมตัวต่อ การปฏิบัติงานวิชาชีพ	โอกาสต่อ การกระจาย	ความยั่งยืน
1 การสอบแข่งขัน						
1.1 การสอบในระบบเดียวกัน(Entrance)	คะแนนสอบ	ไม่มี	สูง	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
1.2 การสอบแบบกำหนด โควตา	คะแนนสอบ	ไม่มี	กลาง-สูง	ต่ำ	กลาง	ต่ำ
2 การคัดเลือกที่ผ่านมา						
2.1 โครงการนักเรียนทุนของกระทรวง	ระบบราชการที่ สสจ.	ไม่มี	กลาง	สูง	สูง	กลาง
2.2 โครงการคัดเลือก นศ.พยาบาล ของ สบร.	ระบบราชการ(รพ.-สสอ.-อำเภอ)เป็นหลัก	กลาง	กลาง	สูง	สูง	กลาง-สูง
2.3 โครงการแพทย์ชนบท	ระบบราชการ	ไม่มี	กลาง	ต่ำ	กลาง-สูง	กลาง-ต่ำ
3 พยาบาลชุมชน	ชุมชน-ราชการ-องค์กรท้องถิ่น	สูง	กลาง-ต่ำ	สูง	สูง	สูง

[54]

ภาคผนวก 2 : เปรียบเทียบระบบการจ้างงาน

ระบบการจ้างงาน	ความคล่องตัว	ความเป็นไปได้	การประเมินผล	การเชื่อมโยงกับสถานพยาบาล	การควบคุมโดยตรง	ความยั่งยืน
1 ระบบราชการ						
1.1 ข้าราชการ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	สูง	สูง	สูง
1.2 พนักงานของรัฐ/ลูกจ้าง	กลาง-สูง	สูง	กลาง-ต่ำ	สูง	สูง	กลาง
2 ระบบองค์การปกครองท้องถิ่น	กลาง-สูง	สูง	กลาง-ต่ำ	กลาง	สูง	กลาง
3 จ้างงานจากชุมชน	สูง	ต่ำ-สูง	สูง	กลาง-ต่ำ	ต่ำ	?

ภาคผนวก 3 : สรุปการสนับสนุน ระบบ พยาบาลชุมชน

แหล่งทุน	การผลิต	การจ้างงาน/สวัสดิการ	การดำเนินการ
กระทรวงสาธารณสุข /รัฐบาล	20%-80% ต่อราย ขึ้นกับ สถานะของชุมชน	อาจจะสนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพ	ข้อมูล สื่อ อุปกรณ์สนับสนุน
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	อาจจะสนับสนุนในด้านการฝึกงาน	ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน	เวชภัณฑ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ที่จำเป็น
ท้องถิ่น/ชุมชน	20%-80% ต่อราย ขึ้นกับ สถานะของชุมชน	ค่าจ้าง + สวัสดิการในรูปแบบอื่นๆ	ครุภัณฑ์ที่จำเป็น

ภาคผนวก 4 :ความสามารถในการผลิต พยาบาล และ จำนวนที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา จาก กองแผนงาน สำนัก
งานปลัดกระทรวงมหาวิทยาลัย

	จำนวนที่คาดว่าจะรับได้						จำนวนที่คาดว่าจะสำเร็จ สำเร็จ
	กระทรวงสาธารณสุข		ทบวงมหาวิทยาลัย	อื่นๆ	รวม		
	4ปี	ต่อเนื่อง					
2540	4300	1600	2050	680	8630		3230
2541	4500	1600	2120	680	8900		3819
2542	4700	2000	2120	680	9500		3981
2543	4700	2000	2120	680	9500		4019
2544	4700	2000	2120	680	9500		6679
2545	4700	2000	2120	680	9500		6935
2546	4700	2000	2120	680	9500		7125
2547	4700	2000	2120	680	9500		7125
2548	4700	2000	2120	680	9500		7125
2549	4700	2000	2120	680	9500		7125
2550	4700	2000	2120	680	9500		7125

แผนแม่บท
กำลังคนด้านสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข
ธันวาคม 2546

รายละเอียดแผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข

1. สถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย

กำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญมากในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เนื่องจากกำลังคนที่ให้บริการสุขภาพเป็นผู้ที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะของวิชาชีพในการปฏิบัติงาน ไม่สามารถใช้เครื่องจักรทดแทนได้ ประกอบกับการลงทุนด้านการผลิต การพัฒนา และการบริหารจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข มีต้นทุนที่สูงมาก

1.1 ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสาธารณสุขมีสัดส่วนที่สูง โดยเงินเดือน ค่าจ้างและค่าตอบแทนสูงกว่าครึ่งของค่าใช้จ่ายรวมด้านสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายในการผลิตกำลังคนสายงานหลักมีต้นทุนการผลิตสูงมาก ค่าใช้จ่ายการพัฒนากำลังคนที่ปรากฏในรายการงบประมาณ แม้จะมีจำนวนไม่มาก แต่มีงบประมาณตามแผนงานโครงการต่าง ๆ ของส่วนราชการ เช่น งบประมาณการจัดประชุมสัมมนา ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้วยเช่นกัน

1.2 การกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข

1.2.1 การกระจายตามภูมิศาสตร์ ความไม่เสมอภาคในการกระจายกำลังคนนับเป็นปัญหาสำคัญ การกระจายตามภูมิภาค แม้จะดีขึ้น แต่ยังพบว่าเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขต่อไป เมื่อพิจารณาอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรตามภูมิภาคต่าง ๆ พบว่าดีขึ้น และแนวโน้มช่องว่างระหว่างภาคแคว้น เช่น อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับกรุงเทพฯ จาก 1:21.3 ในปี 2522 เป็น 1:8 ในปี 2544 ทันตแพทย์ จาก 1:40.2 เป็น 1:9 เกสัชกร จาก 1:98.1 เป็น 1:8 พยาบาลวิชาชีพ จาก 1:18.2 เป็น 1:5 ในช่วงเวลาเดียวกัน เป็นต้น

1.2.2 การกระจายตามสังกัดต่าง ๆ สัดส่วนแพทย์ในภาครัฐมีร้อยละ 75 ของจำนวนทั้งหมด โดยในปี 2538 พบว่าสัดส่วนแพทย์ในภาคเอกชนสูงสุด เนื่องจากเติบโตทางเศรษฐกิจก่อนเกิดวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 และคาดว่าแนวโน้มตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นไป ภาคเอกชนจะมีแพทย์เพิ่มขึ้น เพราะปัญหาสมองไหลจากภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับนโยบายรัฐบาลส่งเสริมศักยภาพการบริการสุขภาพของภาคเอกชนเพื่อรองรับการให้บริการแก่ชาวต่างชาติ ตามยุทธศาสตร์การสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพเอเซีย จะเป็นปัจจัยกระตุ้นความขาดแคลนกำลังคนสายหลัก โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่จะไหลไปสู่ภาคเอกชนเพิ่มขึ้น

1.3 การสูญเสียกำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมาก โดยการสูญเสียมีหลายรูปแบบ ดังนี้

1.3.1 การสูญเสียในระบบการผลิต นักศึกษาไม่สามารถศึกษาจนสำเร็จหลักสูตร และต้องออกระหว่างทาง ทำให้การผลิตไม่ได้ตามเป้าหมาย หรือการเปลี่ยนไปเรียนต่อในสายวิชาชีพอื่น หรือการสูญเสียจากระบบสุขภาพ เช่น การใช้กำลังคนไม่ตรงกับความรู้ เช่น การใช้พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่งานด้านบริหาร หรือแพทย์ทำหน้าที่บริหารโรงพยาบาล เป็นต้น

1.3.2 การสูญเสียในลักษณะแฝง พบว่าพยาบาลจำนวนหนึ่งไม่สามารถให้บริการการพยาบาลได้จนถึงวัยเกษียณอายุราชการ เพราะจะสามารถปฏิบัติงานบริการพยาบาลในช่วงยามวิกาลได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่เกินอายุ 50 ปี ช่วงที่เหลือจะทำหน้าที่ด้านวิชาการ และให้คำปรึกษาแนะนำ หรือการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นน้อง

1.3.3 การสูญเสียจากการลาออก สถานการณ์การลาออกของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนมากขึ้นทุกปี โดยในปี 2545 และ 2546 มีแพทย์ลาออกจากกระทรวงสาธารณสุข กว่าปีละ 500 คน และพบว่ามีสาเหตุของการลาออกมากมาย เช่น ภาระงานที่หนักมากขึ้น ด้านรายได้ และค่าตอบแทน รวมทั้งโอกาสในการศึกษาต่อ รวมทั้งปัญหาการบริหารงานบุคคลและการบริหารงาน พนักงานของรัฐ สำหรับส่วนราชการอื่นก็พบว่าการลาออกของแพทย์สูงเช่นกัน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนการลาออกของแพทย์ ระหว่างปี 2538-2546

ปีงบประมาณ	ข้าราชการ	พนักงานของรัฐ	จำนวนรวม
2538	260	-	260
2539	344	-	344
2540	336	-	336
2541	299	-	299
2542	204	-	204
2543	201	-	201
2544	193	83	276
2545	401	163	564
2546 (ก.ย.)	222	385	607

ที่มา : กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กันยายน 2546

1.4 ค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุขในภาครัฐ พบว่า เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง และค่าจ้างประจำ ต่ำมากเมื่อเทียบกับกำลังคนด้านสาธารณสุขของต่างประเทศ เช่น มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และอินเดีย ซึ่งแพทย์จะได้รับเงินเดือน จำนวน 998, 979 และ 1,147 เหรียญสหรัฐ ตามลำดับ ในขณะที่แพทย์ไทยจะได้รับเพียง 662 เหรียญสหรัฐ

เมื่อเทียบกับสายวิชาชีพอื่นในประเทศ พบว่ากำลังคนบางสาย เช่น แพทย์ควรได้รับการปรับโครงสร้างเงินเดือนให้เหมาะสมขึ้น ส่วนค่าตอบแทนอื่น ๆ เช่น ค่าเวรนอกเวลาราชการ ไม่สะท้อนถึงความยากลำบากในการปฏิบัติงาน การเสียโอกาสในการแสวงหาประโยชน์ในเมืองใหญ่ ไม่สะท้อนถึงปริมาณงานและรับผิดชอบต่อชีวิตประชาชน

2. คุณลักษณะกำลังคนสาธารณสุขที่พึงประสงค์

คุณลักษณะพื้นฐานของกำลังคนด้านสาธารณสุข ควรมี 2 ส่วน คือ ส่วน "จิต" ที่แสดงออกเป็นทัศนคติ หรือจิตสำนึก และส่วน "สมอง" แสดงออกเป็นความสามารถ เปรียบได้กับ "คุณธรรม" และ "ความรู้" โดยทัศนคติที่ดีจะควบคุมการใช้ความรู้ความสามารถให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม ซึ่งกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ควรมีคุณลักษณะ ดังต่อไปนี้

- 1.1 เป็นข้าราชการในระบบปฏิรูป ภายในระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพ
- 1.2 มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน ที่ชัดเจนและเป็นธรรม
- 1.3 มีระบบการจ้างงานแบบมีข้อตกลง (Contractual Agreement)
- 1.4 สามารถทำงานในระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างไม่มีเงื่อนไข เช่น การทำหน้าที่ผู้บริหาร การเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ. ที่เกี่ยวข้อง
- 1.5 มีสิทธิประโยชน์และสวัสดิการต่าง ๆ ในส่วนที่ไม่เป็นภาระผูกพันงบประมาณระยะยาว ไม่น้อยกว่าข้าราชการระบบเดิม ได้แก่ การได้รับเครื่องราชอิสริยาภรณ์ การได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล เป็นต้น
- 1.6 ได้รับเงินเดือนและค่าตอบแทนตามระบบใหม่ ได้แก่ เงินเดือน รวมค่าตอบแทนพิเศษแบบ Allowance และค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานแบบ Workload

3. การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข

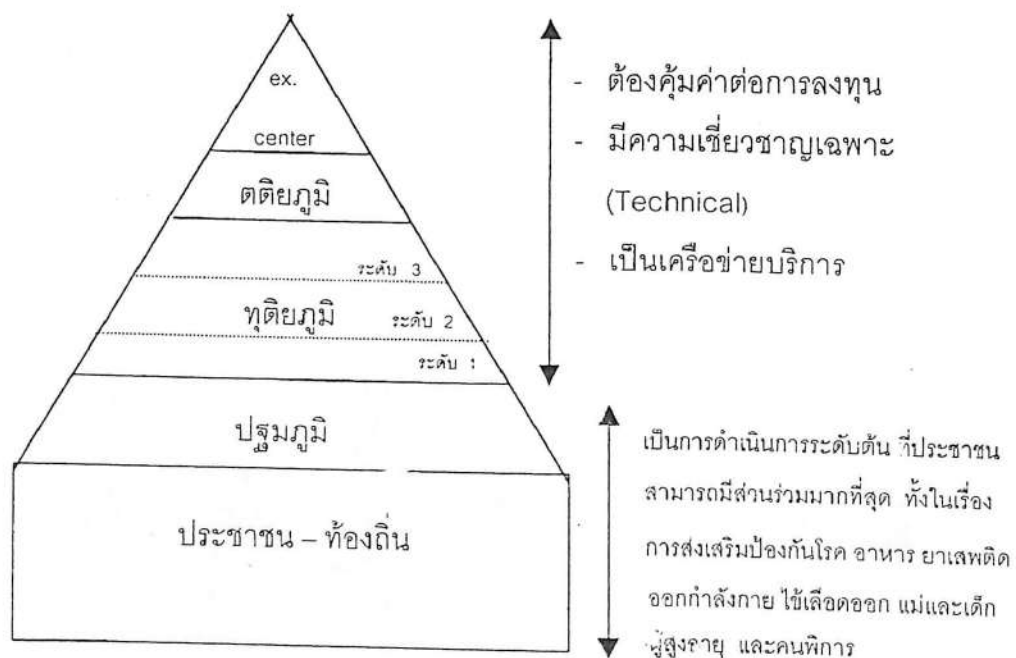
การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่จะเป็นโครงการศึกษาวิจัย และเป็นการศึกษารายวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน เช่น เป็นฐานข้อมูลในการจัดทำแผนการผลิตกำลังคน เพื่อกำหนดมาตรการแก้ปัญหาขาดแคลนกำลังคน เป็นต้น มีการศึกษาวิจัยเพื่อวางแผนความต้องการกำลังคนในลักษณะชุดโครงการ ซึ่งวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข 9 สาขา โดยใช้วิธีที่หลากหลาย เพื่อวางแผนความต้องการภาพรวมของประเทศ

ในปี 2540 และ 2546 สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ได้ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการขาดแคลนและวางแผนความต้องการแพทย์ เพื่อเสนอมาตรการเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาความต้องการของกลุ่มวิชาชีพ เช่น ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินสถานการณ์กำลังคนในแต่ละวิชาชีพ

การวางแผนกำลังคนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงที่ผ่านมา ความต้องการเป็นไปตามกรอบอัตรากำลังที่ ก.พ. อนุมัติ ซึ่งยึดตามขนาดสถานบริการ จำนวนเตียง ห้องผ่าตัด เตียงคลอด เป็นกรอบอัตรากำลังสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย

จากการปรับระบบงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจัดสรรตามจำนวนประชากรในความรับผิดชอบ เป็นการสะท้อนถึงปริมาณงาน จึงปรับแนวคิดการวางแผนความต้องการกำลังคน โดยใช้หลักระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System : GIS) ซึ่งคำนึงถึงความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชน ให้พื้นที่พิจารณาความเหมาะสมในการกำหนดเครือข่ายบริการเพื่อการวางแผนกำลังคน เป็นบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ตามแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



การจัดทำแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เริ่มต้นด้วยการวางแผนการจัดเครือข่ายบริการ เพื่อการวางแผนการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบ และได้กำหนดเกณฑ์ในการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขของ หน่วยบริการต่าง ๆ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อดำเนินการจัดทำแผนความต้องการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ประชุมร่วมกับกรมวิชาการต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดแผนความต้องการของกรมและรวมเป็นแผนความต้องการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมร่วมกับกลุ่มสถาบันการผลิตกำลังคนสาขาต่าง ๆ และกลุ่มตัวแทน รวมทั้งองค์กรวิชาชีพ เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการและจัดทำแผนความต้องการกำลังคนในภาพรวมของประเทศ เพื่อเป็นกรอบความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมกับการจัดบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพแก่ประชาชน

รายละเอียดการจัดทำแผนการจัดเครือข่ายบริการและแผนกำลังคน สรุปดังนี้

3.1 การวางแผนการจัดเครือข่ายบริการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเดิมการแบ่งระดับหน่วยบริการเพื่อการจัดสรรทรัพยากรและอัตรากำลังคน จะจัดตามการแบ่งระดับของหน่วยบริการ ในระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ปรับมาเป็นการแบ่งตามระดับการให้บริการ ได้แก่ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิระดับต้น ทูติยภูมิระดับกลาง ทูติยภูมิระดับสูง ตติยภูมิ และตติยภูมิระดับสูง (Excellent Center) โดยได้กำหนดเกณฑ์การจัดระดับบริการและการวางแผนเครือข่ายบริการ ซึ่งเครือข่ายบริการในระดับสูงต้องมีประชากรในความรับผิดชอบไม่น้อยกว่า 2 ล้านคน เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการลงทุนตามหลักการประหยัดเชิงขนาด (Economy of Scale) เพราะการลงทุนพัฒนาบริการระดับสูงต้องลงทุนสูงจึงเน้นการพัฒนาระบบเครือข่ายและการส่งต่อ รายละเอียดการจัดเครือข่ายบริการ ดังนี้

3.1.1 การสำรวจการวางแผนการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน (Access to service) จำแนกเป็นรายตำบล อำเภอ จังหวัด เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการวางแผนที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของพื้นที่ (Geographic Information System : GIS) โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและตามความเป็นจริงของพื้นที่ เป็นการวางแผนตามความเป็นจริงในปัจจุบัน และที่คาดว่าจะพัฒนาให้เกิดผลในอนาคตระยะสั้น ซึ่งเป็นการวางแผนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นวางแผนที่จะส่งผลถึงการทำความเข้าใจความต้องการกำลังคน การกำหนดแผนการลงทุน การจัดสรรทรัพยากรอื่น ๆ ที่ต้องวางแผนร่วมกันระหว่างผู้บริหารระดับจังหวัดกับผู้บริหารของหน่วยบริการ โดยมีผู้ตรวจราชการกระทรวงเป็นผู้สนับสนุนการวางแผนและการประสานแผนระหว่างพื้นที่ที่คาบเกี่ยวกัน

3.1.2 จำนวนประชากรที่ใช้ในการวางแผน จะต้องพิจารณาให้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่สุด และเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของข้อมูลและครอบคลุมประชากรจริงที่พื้นที่รับผิดชอบ จึงให้ใช้ข้อมูลประชากร ณ วันที่ 30 กันยายน 2545 และต้องมีการปรับปรุงฐานประชากรให้ทันสมัยเป็นระยะ อาจเป็นทุก 1-2 ปี ซึ่งประชากรที่ใช้ในการวางแผนนี้ประกอบด้วย

- (1) ประชากรที่ขึ้นทะเบียนจริงตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ทั้งประเภทจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาทและไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียม
- (2) ประชากรกลุ่ม NON-UC จำแนกเป็น
 - (2.1) ประชากรกลุ่มที่มีประกันสังคม (ใช้ข้อมูลตามตามจริง หรือใช้ข้อมูลตามทะเบียนราษฎร์)

(2.2) กลุ่มสวัสดิการข้าราชการและลูกจ้างประจำ-รัฐวิสาหกิจ และองค์กรอื่น
ภาครัฐที่มีการจัดสวัสดิการรักษายาบาล (ใช้ข้อมูลตามทะเบียนราษฎร์)

(2.3) ประชากรกลุ่มอื่น ๆ เช่น ชนกลุ่มน้อย แรงงานอพยพ แรงงานต่างด้าว
เป็นต้น (ใช้ข้อมูลตามความเป็นจริง จากการสำรวจของพื้นที่)

3.1.3 การจำแนกระดับหน่วยบริการ ที่พื้นที่วางแผนให้ประชาชนในแต่ละตำบลไป
ใช้บริการในแต่ละระดับบริการ โดยมีเกณฑ์ในการกำหนดหน่วยบริการระดับต่าง ๆ ดังนี้

(1) หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งหมายถึง
ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย ศูนย์เทศบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป
โรงพยาบาลศูนย์หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน มีภารกิจด้านงานส่งเสริม
สุขภาพ พื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD)
ซึ่งควรเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้จุดศูนย์กลางตำบลที่สุด หรือเป็นหน่วยบริการที่ประชาชนในตำบลนั้น
สามารถเดินทางเข้าถึงบริการสะดวกที่สุด โดยอาจเป็นการยึดเกณฑ์ระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบล
ถึงหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ควรเกิน 22.5 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 30 นาที หรือเกณฑ์
อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร โดยควรจัดแพทย์ให้บริการในหน่วยบริการในลักษณะหมุนเวียน หรือบริการ
ประจำเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์ หรือระบาด
วิทยา

(2) หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับต้น หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน โรง
พยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ที่มีเตียง
รับผู้ป่วยไว้ในอนรักษายาบาล มีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD)
รักษาโรคพื้นฐานทั่วไป (Commond problem) ไม่ซับซ้อนมากนัก โดยอาจยึดเกณฑ์ระยะทางเฉลี่ย
จากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าวไม่ควรเกิน 45 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน
1 ชั่วโมง หรือเกณฑ์อื่น ๆ ตามความเหมาะสม โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัว
เวชศาสตร์ป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์ หรือระบาดวิทยา ทำหน้าที่ดูแล

(3) หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับกลาง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน
ขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐ
และเอกชน มีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลที่มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น มีความจำเป็นต้องใช้
แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ได้แก่ สาขาสุนัขศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์ ทำหน้าที่ดูแล ซึ่งควรจะเป็นหน่วยบริการที่มีระยะทางเฉลี่ย
จากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าวไม่ควรเกิน 67.5 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน
1.30 ชั่วโมง หรือพิจารณาด้วยเกณฑ์อื่น ๆ ตามความเหมาะสม หน่วยบริการระดับนี้จำเป็นต้องใช้

ทรัพยากรต่าง ๆ เพิ่มขึ้น และต้องรับผิดชอบประชากรไม่น้อยกว่า 80,000 คน หรือกรณีอื่นที่มีความจำเป็นจริงของพื้นที่

(4) หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับสูง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ซึ่งขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขารอง นอกจากแพทย์เฉพาะทางในสาขาหลัก เช่น จักษุวิทยา โสต นาสิก ลาลิงซ์ รังสีวิทยา จิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชบำบัดวิกฤต ทำหน้าที่ดูแล ซึ่งควรจะเป็นหน่วยบริการที่มีระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าวไม่ควรเกิน 90 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง หรือพิจารณาด้วยเกณฑ์อื่น ๆ ตามความเหมาะสม โดยต้องรับผิดชอบประชากรไม่น้อยกว่า 200,000 คน

(5) หน่วยบริการระดับตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาด้อยอด (Sub-specialty) เช่น สาขาด้อยอดของอายุรศาสตร์ คือ อายุรศาสตร์โรคไต โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคเลือด ตจวิทยา โรคทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ เป็นต้น สาขาด้อยอดศัลยศาสตร์ ประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ทรวงอก กุมารศัลยศาสตร์ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลอดเลือด ตกแต่ง เป็นต้น สาขาด้อยอดกุมารเวชศาสตร์ คือ ระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือด เป็นต้น สาขาอื่น เช่น พยาธิวิทยา/กายวิภาค รังสีรักษา/รังสีวินิจฉัย/เวชศาสตร์นิวเคลียร์ มะเร็งวิทยา เป็นต้น ซึ่งมีระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าวไม่ควรเกิน 202.5 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 4 ชั่วโมง หรือพิจารณาด้วยเกณฑ์อื่น ๆ ตามความเหมาะสม และต้องรับผิดชอบประชากรไม่น้อยกว่า 1,000,000 คน

(6) หน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง หรือ EXCELLENT CENTER หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจนอกจากจะทำหน้าที่หน่วยบริการระดับตติยภูมิแล้วยังกำหนดให้เป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ (เน้นแพทย์ในสาขาศัลยศาสตร์โรคทรวงอก อายุรศาสตร์โรคหัวใจ อายุรศาสตร์ทางเดินหายใจ กุมารเวชศาสตร์ทางเดินหายใจ กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ) ศูนย์มะเร็ง (เน้นแพทย์ในสาขารังสีรักษา/รังสีวินิจฉัย/เวชศาสตร์นิวเคลียร์ สาขาพยาธิวิทยา/กายวิภาค อายุรศาสตร์โรคเลือด) ศูนย์อุบัติเหตุ (เน้นแพทย์ในสาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ นิติเวช กุมารศัลยศาสตร์) ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น เป็นหน่วยบริการที่มีระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าวไม่ควรเกิน 247.5 กม. หรือมี

ระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 4.30 ชั่วโมง หรืออาจพิจารณาด้วยเกณฑ์อื่น ๆ ตามความเหมาะสม และต้องรับผิดชอบประชากรไม่น้อยกว่า 2,000,000 คน

หลักเกณฑ์ดังกล่าวเป็นหลักการพื้นฐาน ซึ่งคณะกรรมการระดับกระทรวงฯ อาจปรับเปลี่ยนอีกครั้ง โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ขั้นต่ำของการจัดบริการ (เช่น สถานีอนามัยที่รับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 2,000 คน ควรมีเจ้าหน้าที่ไม่ต่ำกว่า 2 คน โรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบประชากรไม่ถึง 20,000 คน ควรมีแพทย์ไม่ต่ำกว่า 2 คน หรือโรงพยาบาลที่มีภารกิจยุติภุมิระดับสูงในจังหวัดที่มีประชากรน้อย ต้องกำหนดให้มีกำลังคนให้เพียงพอต่อการจัดบริการ เป็นต้น นอกจากเกณฑ์ระยะทาง ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการซึ่งเป็นเกณฑ์พื้นฐานกว้าง ๆ ที่พื้นที่สามารถปรับได้ตามความเหมาะสม และเป็นไปตามตามสภาพเศรษฐกิจ งบประมาณ ลักษณะพื้นที่

และหากโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาหรือขยายบริการก่อนหน้านี้ ถ้าพิจารณาตามเกณฑ์แล้ว ไม่เหมาะเป็นหน่วยบริการระดับนั้นก็ให้คงภารกิจไว้ เพราะกระทรวงสาธารณสุขไม่มีนโยบายยุบเลิกหรือปรับลดภารกิจ ไม่มีนโยบายเกลี้ยอัตรากำลังคนในเชิงบังคับหรือเชิงลบ แต่จะเป็นการจำกัดอัตรากำลังบางพื้นที่ และการเพิ่มอัตรากำลังและการจัดสรรทรัพยากร จะมีนโยบายกระจายไปในพื้นที่ที่ขาดแคลนกว่าเป็นอันดับต้น

ภายหลังจากระดับจังหวัดและเขตจัดเครือข่ายบริการเสร็จ ได้จัดทำแผนให้ประชาชนในแต่ละตำบลเข้าถึงบริการแต่ละระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับ Excellent Center ทำให้ทราบจำนวนประชากรในความรับผิดชอบของหน่วยบริการแต่ละระดับ เพื่อกำหนดเป็นแผนความต้องการกำลังคนได้

3.2 การวางแผนความต้องการกำลังคน ได้พัฒนาเกณฑ์กำหนดแผนความต้องการกำลังคน โดยใช้เกณฑ์อัตราส่วนกำลังคนต่อประชากร เกณฑ์สภาพพื้นที่เฉพาะ เกณฑ์ภาระงานที่แตกต่างเพิ่มเติมมากกว่าหน่วยบริการอื่น ตัวอย่างการกำหนดเกณฑ์การคำนวณความต้องการกำลังคน ตารางที่ 2 แสดงอัตราส่วนและความต้องการกำลังคนสาขาต่าง ๆ

สาขาวิชาชีพ	อัตราส่วนเฉลี่ย		จำนวนความต้องการกำลังคน ณ ปี 2546 (คน)		
	สป.	ประเทศ	สป.	กสธ.	ประเทศ
แพทย์	1:4,000	1:1,800	15,170	18,203	38,340
ทันตแพทย์	1:10,000	1:6,000	6,397	6,641	11,614
จพ. ทันตสาธารณสุข	1:10,000	1:10,000	5,661	5,917	6,368
เภสัชกร	1:11,000	1:7,500	6,402	7,801	13,737
จพ. เภสัชกรรม	1:7,250	1:5,000	11,509	12,132	20,605
พยาบาล	1:650	1:500	93,239	107,028	122,910
สายสาธารณสุข	1:1,200	1:1,100	46,694	47,963	57,528
นักจิตวิทยา	1:35,000	1:20,000	2,414	2,914	3,182
นักรังสีเทคนิค	1:20,000	1:15,000	2,809	3,100	4,227

สาขาวิชาชีพ	อัตราส่วนเฉลี่ย		จำนวนความต้องการกำลังคน ณ ปี 2546 (คน)		
	สป.	ประเทศ	สป.	กสร.	ประเทศ
จนท. รังสีเทคนิค	1:20,000	1:15,000	2,809	2,981	4,227
นักเทคนิคห้องปฏิบัติการ	1:18,000	1:10,000	3,114	4,753	6,262
จพ. วิทยาศาสตร์การแพทย์	1:36,000	1:20,000	3,114	3,617	6,262
นักกิจกรรมบำบัด	1:48,000	1:35,000	1,215	1,373	1,797
นักกายภาพบำบัด	1:25,000	1:20,000	2,469	2,951	3,507
จพ. เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1:50,000	1:40,000	1,235	1,295	1,753
ช่างกายอุปกรณ์	1:30,000	1:25,000	1,813	1,846	3,641
นักวิชาการโสตทัศนูปกรณ์	1:100,000	1:90,000	529	612	704
จพ. โสตทัศนูปกรณ์	1:100,000	1:90,000	529	612	704
นักแก้ไขการสื่อความหมาย	1:90,000	1:70,000	590	820	908
นักวิชาการสุขภาพสาขาใหม่	1:30,000	1:20,000	1,764	2,267	2,335

ที่มา : การวางแผนความต้องการกำลังคน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ

3.2.1 การวางแผนความต้องการแพทย์ ได้กำหนดอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในการบริการสำหรับหน่วยบริการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิระดับต้น เป็นอัตราส่วน 1:10,000 โดยให้มีแพทย์ทั่วไปเป็นผู้ให้บริการ เพื่อให้สามารถจัดบริการที่ทั่วถึงและครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ และกำหนดให้สัดส่วนแพทย์ทั่วไปต่อแพทย์เฉพาะทางเป็น 40:60 รวมทั้งได้กำหนดให้อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเฉลี่ย สำหรับการจัดบริการทุกระดับ เป็น 1:4,000 เพื่อให้มีจำนวนแพทย์เพียงพอในการกระจายให้บริการในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ รวมทั้งกำหนดความต้องการแพทย์ในการจัดการเรียนการสอนในหน่วยบริการที่เป็นศูนย์ร่วมผลิตแพทย์เพิ่มของกระทรวงสาธารณสุขด้วย โดยกำหนดเกณฑ์เป็นนักศึกษาแพทย์ 4 คนต่ออาจารย์แพทย์ 1 คน ตลอดจนการกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำของหน่วยบริการแต่ละระดับที่ต้องมีแพทย์ เพื่อให้สามารถดำเนินงานจัดบริการตามภารกิจได้ ส่วนหน่วยบริการในสังกัดกรมต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดความต้องการแพทย์ตามภารกิจของหน่วยบริการ และจากจำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา รวมถึงปี 2546 จำนวน 30,230 คน สามารถติดต่อดี 27,297 คน ซึ่งคาดว่าประกอบวิชาชีพเวชกรรมเพียง 25,932 คน คิดเป็นอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1:2,456 ในสถานการณ์ที่มีความขาดแคลนแพทย์ มีการดึงแพทย์จากภาครัฐไปสู่เอกชน หากจะให้มีแพทย์เพียงพอกับความต้องการทั้งภาครัฐและเอกชน และเป็นบริการที่ดีที่สุดสำหรับประชาชนที่สามารถเข้าถึงและได้รับบริการจากแพทย์ให้ได้มากที่สุด จึงได้กำหนดอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาพรวม เป็น 1:1,800 ซึ่งในปี 2546 ควรต้องมีแพทย์จำนวน 38,340 คน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนความต้องการแพทย์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และของประเทศ

ปี พ.ศ.	สำนักงานปลัดกระทรวง		ภาพรวมระดับประเทศ	
	จำนวนประชากร	ความต้องการ	จำนวนประชากร	ความต้องการ
2546	46,961,872	15,170	63,684,000	38,340
2547	47,461,872	15,307	64,245,000	38,651
2548	47,961,872	15,456	64,835,000	38,978
2549	48,461,872	15,607	65,341,000	39,258
2550	48,961,872	15,762	65,846,000	39,538
2551	49,461,872	15,897	66,350,000	39,818
2552	49,961,872	20,532	66,856,000	40,098
2553	50,461,872	20,693	67,363,000	40,379
2554	50,961,872	20,855	67,798,000	40,620
2555	51,461,872	21,016	68,263,000	40,878
2556	51,961,872	21,178	68,755,000	41,151

3.2.2 การวางแผนความต้องการทันตแพทย์ โดยในหลักการได้กำหนดให้ในระดับโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีประชากรในความรับผิดชอบประมาณ 3 หมื่นคน ควรมีทันตแพทย์ 1-2 คน และได้กำหนดอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ระดับต้น เป็น 1:12,500 โดยกำหนดให้สัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไปต่อทันตแพทย์เฉพาะทางเป็น 80:20 และกำหนดอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรเฉลี่ยสำหรับการบริการทุกระดับ เป็น 1:10,000 เพื่อให้มีจำนวนทันตแพทย์ที่เพียงพอในการกระจายให้บริการในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ และในภาพรวมระดับประเทศกระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมร่วมกับกลุ่มสถาบันการผลิตทันตแพทยศาสตรศึกษา ซึ่งได้ให้ความเห็นชอบร่วมกันถึงเกณฑ์อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรเป็น 1:6,000

3.2.3 การวางแผนความต้องการเภสัชกร ได้กำหนดอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรในการบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิระดับต้น เป็นอัตราส่วน 1:15,000 โดยกำหนดอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรเฉลี่ย เป็น 1:11,000 เพื่อให้มีจำนวนเภสัชกรที่เพียงพอในการกระจายให้บริการในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ ทั้งในการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาล การให้บริการเภสัชกรรมชุมชน และการบริการงานคุ้มครองผู้บริโภค และในภาพรวมระดับประเทศได้กำหนดอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรเป็น 1:5,000 เพื่อให้มีเภสัชกรเพียงพอในการบริการทั้งภาครัฐและเอกชน

3.2.4 การวางแผนความต้องการพยาบาล ซึ่งหมายถึง พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลระดับต้น โดยได้กำหนดอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรในการบริการระดับปฐมภูมิ เป็นอัตราส่วน 1:2,500 เพื่อให้มีพยาบาล

กระจายให้บริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอย่างเพียงพอ และได้กำหนดให้อัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรเฉลี่ยในการบริการทุกระดับ เป็น 1:650 เพื่อให้มีจำนวนพยาบาลที่เพียงพอในการกระจายให้บริการในหน่วยบริการโดยเฉพาะการบริการในระดับปฐมภูมิ และในภาพรวมระดับประเทศได้กำหนดอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรเป็น 1:500

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนความต้องการทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และประเทศ

ปี พ.ศ.	ความต้องการของสำนักงานปลัดกระทรวง			ความต้องการภาพรวมระดับประเทศ		
	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล
2546	6,397	6,370	93,239	11,614	13,737	122,910
2547	6,447	6,416	93,584	11,708	13,849	123,993
2548	6,497	6,462	93,950	11,806	13,967	125,132
2549	6,547	6,507	94,335	11,890	14,068	126,108
2550	6,597	6,553	94,740	11,974	14,169	127,083
2551	6,647	6,599	95,163	12,058	14,270	128,056
2552	8,337	6,645	95,276	12,143	14,371	129,032
2553	8,399	6,690	95,455	12,227	14,473	130,011
2554	8,462	6,736	95,693	12,300	14,560	130,850
2555	8,524	6,782	95,983	12,377	14,653	131,748
2556	8,587	6,828	96,321	12,459	14,751	132,697

3.2.5 การวางแผนความต้องการกำลังคนสาขาอื่นๆ ได้ใช้หลักการและแนวทางการกำหนดแผนความต้องการในลักษณะเดียวกัน โดยเกณฑ์การคำนวณความต้องการกำลังคนในทุกสาขาตามเอกสารแนบท้าย

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนความต้องการนักกายภาพบำบัด นักเทคนิคทางห้องปฏิบัติการ นักจิตวิทยา และสายสาธารณสุข ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และประเทศ

ปี พ.ศ.	ความต้องการของสำนักงานปลัดกระทรวง				ความต้องการภาพรวมระดับประเทศ			
	นักกายภาพ	ห้องปฏิบัติการ	นักจิตฯ	สาย สธ.	นักกายภาพ	ห้องปฏิบัติการ	นักจิตฯ	สาย สธ.
2546	2469	3,070	1,474	46,247	2893	6,262	2,951	57,528
2547	2489	3,098	1,487	46,662	2916	6,317	2,977	58,035
2548	2509	3,126	1,500	47,077	2941	6,375	3,004	58,568
2549	2529	3,153	1,513	47,492	2962	6,425	3,027	59,025
2550	2550	3,181	1,527	47,907	2983	6,475	3,051	59,481

ปี พ.ศ.	ความต้องการของสำนักงานปลัดกระทรวง				ความต้องการภาพรวมระดับประเทศ			
	นักกายภาพ	ห้องปฏิบัติการ	นักจิตฯ	สาย สธ.	นักกายภาพ	ห้องปฏิบัติการ	นักจิตฯ	สาย สธ.
2551	2570	3,209	1,540	48,322	3004	6,524	3,074	59,936
2552	2590	3,237	1,553	48,737	3025	6,574	3,098	60,393
2553	2610	3,264	1,566	49,152	3046	6,624	3,121	60,851
2554	2630	3,292	1,580	49,567	3064	6,667	3,141	61,244
2555	2651	3,320	1,593	49,982	3083	6,713	3,163	61,664
2556	2671	3,348	1,606	50,397	3103	6,761	3,186	62,109

3.3 การเปรียบเทียบความต้องการกำลังคนกับกำลังการผลิตกำลังคน ในสาขาขาดแคลน บางสาขา พบว่าในช่วง 5-10 ปีข้างหน้า จะมีความขาดแคลนกำลังคน โดยในภาพรวมในระดับประเทศ มีความขาดแคลนอีกมาก และจะส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขขาดแคลนกำลังคนสายดังกล่าวด้วย

3.3.1 เปรียบเทียบความต้องการแพทย์กับกำลังการผลิตในปัจจุบัน จำนวนการผลิตแพทย์ในปัจจุบัน จำนวนรับเข้าปีละ 1,300-1,400 คน และจำนวนที่จะสำเร็จการศึกษาดังแต่ปี 2547 เป็นต้นไป มีจำนวนที่สูงจากการเพิ่มการผลิตตามโครงการผลิตแพทย์เพิ่ม และตั้งแต่ปี 2551 จะมีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาลดลง เพราะโครงการเพิ่มการผลิตสิ้นสุดลง ซึ่งจะทำให้จำนวนแพทย์ที่เข้าสู่ระบบลดลง ถ้าไม่เพิ่มการผลิตจะทำให้ความขาดแคลนทวีความรุนแรงขึ้น เพราะมีความต้องการเพิ่มสูงขึ้นแต่จำนวนการผลิตลดลง ซึ่งในอีก 10 ปีข้างหน้าจะมีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้น โดยคิดอัตราการสูญเสีย 5% แต่ยังไม่เพียงพอกับความต้องการ ยังขาดอีก จำนวน 7,757 คน

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบความต้องการแพทย์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับจำนวนแพทย์ที่จะมี ตามแผนผลิตปัจจุบันและการจัดสรรให้กับกระทรวงสาธารณสุข

ปี พ.ศ.	เปรียบเทียบความต้องการแพทย์กับจำนวนแพทย์ที่จะมีในอนาคต ตามแผนผลิตปัจจุบัน				
	ความต้องการ	จำนวนที่จะมี	จำนวนที่ผลิตได้	จำนวนที่จัดสรรให้ กสธ.	การสูญเสีย
2546	15,170	8,607	1,342	1,028	430
2547	15,307	9,205	1,322	965	460
2548	15,456	9,709	1,635	1,177	485
2549	15,607	10,401	1,595	1,148	520
2550	15,762	11,029	1,578	1,136	551
2551	15,897	11,613	1,417	1,020	581
2552	20,532	12,053	1,374	989	603
2553	20,693	12,439	1,445	936	622
2554	20,855	12,847	1,445	936	638
2555	21,016	13,235	1,445	936	653
2556	21,178	13,603	1,445	936	667

3.3.2 เปรียบเทียบความต้องการทันตแพทย์กับกำลังการผลิตในปัจจุบัน จำนวนการผลิตทันตแพทย์ในปัจจุบัน ประมาณปีละ 340-385 คน และสามารถจัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขเพียงปีละ 340 คน ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการ โดยพบว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า จะมีทันตแพทย์เพิ่มขึ้น โดยคิดอัตราการสูญเสีย 5% ต่อปี แต่ยังไม่เพียงพอกับความต้องการ ยังขาดอีก จำนวน 4,023 คน ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบความต้องการทันตแพทย์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับจำนวนทันตแพทย์ที่จะมี ตามแผนผลิตปัจจุบันและการจัดสรรให้กับกระทรวงสาธารณสุข

ปี พ.ศ.	เปรียบเทียบความต้องการทันตแพทย์กับจำนวนที่จะมีในอนาคต ตามแผนผลิตปัจจุบัน				
	ความต้องการ	จำนวนที่จะมี	จำนวนที่ผลิตได้	จำนวนที่จัดสรรให้ กสธ.	การสูญเสีย
2546	6,397	2,449	407	344	122
2547	6,447	2,689	433	362	134
2548	6,497	2,942	485	388	147
2549	6,547	3,183	485	388	159
2550	6,597	3,412	485	388	171
2551	6,647	3,629	485	388	181
2552	8,337	3,836	485	388	192
2553	8,399	4,032	485	388	202
2554	8,462	4,218	485	388	211
2555	8,524	4,395	485	388	220
2556	8,587	4,564	485	388	228

3.3.3 เปรียบเทียบความต้องการพยาบาลกับกำลังการผลิตในปัจจุบันจำนวนการผลิตพยาบาลในปัจจุบัน ในภาพรวมระดับประเทศประมาณปีละ 4,400 คน ในกระทรวงสาธารณสุข ปีละ 1,500 คน ซึ่งในอีก 10 ปีข้างหน้า จะมีพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยคิดอัตราการสูญเสีย 2% ต่อปี แต่ยังไม่เพียงพอกับความต้องการ ยังขาดอีก จำนวน 23,586 คน

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบความต้องการพยาบาลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับจำนวนพยาบาลที่จะมี ตามแผนผลิตปัจจุบันและการจัดสรรให้กับกระทรวงสาธารณสุข

ปี พ.ศ.	เปรียบเทียบความต้องการพยาบาลกับจำนวนที่จะมีในอนาคต ตามแผนผลิตปัจจุบัน			
	ความต้องการ	จำนวนที่จะมี	จำนวนที่ผลิตได้	การสูญเสีย
2546	93,239	71,184	1,957	1,424
2547	93,584	71,717	1,516	1,434
2548	93,950	71,799	1,906	1,436

ปี พ.ศ.	เปรียบเทียบความต้องการพยาบาลกับจำนวนที่จะมีในอนาคต ตามแผนผลิตปัจจุบัน			
	ความต้องการ	จำนวนที่จะมี	จำนวนที่ผลิตได้	การสูญเสีย
2549	94,335	72,269	1,619	1,445
2550	94,740	72,443	1,500	1,449
2551	95,163	72,494	1,500	1,450
2552	95,276	72,544	1,500	1,451
2553	95,455	72,593	1,500	1,452
2554	95,693	72,641	1,500	1,453
2555	95,983	72,688	1,500	1,454
2556	96,321	72,735	1,500	1,455

จากการจัดทำแผนความต้องการกำลังคนและการวิเคราะห์กำลังการผลิตในปัจจุบัน พบว่ายังไม่เพียงพอกับความต้องการ ดังนั้น เพื่อให้มีแนวทางในการแก้ปัญหาความขาดแคลนกำลังคน และการบริหารจัดการให้เกิดการกระจายที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนตามแผน GIS ที่วางไว้ อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปรับปรุงคุณภาพการจัดบริการและการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขได้ จึงเสนอยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการ ดังนี้

4. ยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหากำลังคนด้านสาธารณสุข

เพื่อให้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการ การแก้ปัญหากำลังคนด้านสาธารณสุข ที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน กระทรวงสาธารณสุขได้ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานกลาง องค์กรวิชาชีพ และตัวแทนวิชาชีพ ประชุมเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการ การแก้ปัญหา กำลังคนด้านสาธารณสุข ดังนี้

4.1 ยุทธศาสตร์การพัฒนาการกระจายกำลังคนให้มีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนากระบวนการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข ทั้งภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขและภาพรวมระดับประเทศ โดยได้วางแผนในระดับพื้นที่ กำหนดการเข้าถึงบริการตามหลักภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System : GIS) และกำหนดอัตราส่วนกำลังคนต่อประชากรในความรับผิดชอบของหน่วยบริการแต่ละระดับ จำแนกหน่วยบริการเป็นระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และระดับตติยภูมิระดับสูง (Excellent Center) ซึ่งหลักการได้คำนึงถึงหลักความประหยัดเชิงขนาดและความคุ้มทุน (Economy of Scale) และจัดทำแผนความต้องการระดับกระทรวงโดยประชุมร่วมกับทุกกรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้ประชุมกับองค์กรวิชาชีพและหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อจัดทำแผนความต้องการในระดับประเทศขึ้น โดยมีแนวทางและมาตรการ ดังนี้

4.1.1 ให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นกรอบความต้องการกำลังคนในกาจัดบริการที่มีคุณภาพ ตามแผน GIS ของกระทรวงสาธารณสุข

4.1.2 กำหนดแนวทางการสร้างแรงจูงใจให้กำลังคน สามารถปฏิบัติงานในระบบได้อย่างมีความสุข และต่อเนื่อง เช่น การให้การยกย่องเชิดชูเกียรติคุณความดี การให้โอกาสในการศึกษาต่อ การเปิดโอกาสให้เติบโตในหน้าที่ราชการในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานได้ โดยไม่ต้องย้ายไปสู่อื่น รวมทั้งการมีความคล่องตัวในการโยกย้าย

4.1.3 กำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุขแห่งชาติ ที่มีองค์ประกอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธาน และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธาน เพื่อรับผิดชอบด้านนโยบายและการบริหารจัดการด้านการกระจายกำลังคนให้มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการกำหนดแผนการกระจายกำลังคนให้สอดคล้องกับแผน GIS แผนพัฒนาศักยภาพกำลังคน พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร พัฒนาระบบการจ้างงาน การกำหนดกรอบข้อตกลงการปฏิบัติงาน และการบริหารงบประมาณ/ตำแหน่งเพื่อความคล่องตัวในการเพิ่มหรือลดกำลังคนตามความต้องการจริง

4.2 ยุทธศาสตร์การผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการ จากการวิเคราะห์กำลังการผลิตในปัจจุบัน สำหรับสายแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล พบว่าไม่เพียงพอกับความต้องการในอนาคต และเพื่อให้มีการเพิ่มปริมาณกำลังคนให้เพียงพอกับการจัดบริการแก่ประชาชน สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคน ตามแผน GIS จึงกำหนดแนวทางและมาตรการเพื่อเพิ่มปริมาณกำลังคนในระบบให้เพียงพอับความต้องการ โดยการแสวงหากำลังคนเพิ่มในระบบบริการ ทั้งการเพิ่มเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังนี้

4.2.1 การปรับแผนการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อให้มีเพียงพอับความต้องการ โดยปรับเพิ่มการผลิตกำลังคนสายหลัก ๆ ในช่วงระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า เริ่มตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นไป ซึ่งเป็นการผลิตด้วยการพัฒนาศักยภาพหน่วยงานเดิมเพื่อไม่ให้เป็นการระบบประมาณด้านการลงทุนและใช้เวลาเตรียมการมาก ดังนี้

(1) การเพิ่มการผลิตแพทย์ จำนวนการผลิตแพทย์ในปัจจุบัน ปีละ 1,374 คน พบว่าการผลิตดังกล่าวไม่เพียงพอต่อความต้องการในภาพรวมระดับประเทศ จากการจัดสรรนักศึกษาแพทย์คู่สัญญา พบว่า มีความต้องการและขาดแคลนแพทย์อีกจำนวนมาก โดยกระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการสูงที่สุด แต่ได้รับจัดสรรเพียงปีละประมาณ 900 คน ดังนั้น จำนวนการผลิตในปัจจุบันจึงไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการแพทย์ได้ จึงเสนอให้ปรับเพิ่มการผลิตแพทย์ เพื่อให้เพียงพอับความต้องการในภาพรวมระดับประเทศ ที่ในปัจจุบันควรมีแพทย์จำนวน 38,340 คน แต่มีเพียง 25,932 คน โดยให้เพิ่มการผลิตแพทย์ขึ้นจากปัจจุบันอีกประมาณปีละ 700 คน จึงจะเพียงพอับความต้องการ ซึ่งต้องเพิ่มการผลิตในโครงการปกติ โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท และในโครงการผลิตแพทย์

แนวใหม่ ที่รับจากกำลังคนด้านสาธารณสุขสายวิทยาศาสตร์ที่ปฏิบัติงานมีประสบการณ์ สอดคล้องเลือกเข้าศึกษาต่อแพทย์แนวใหม่ ใช้ระยะเวลาศึกษา 5 ปี จะทำให้ผลิตแพทย์ได้เร็วขึ้น ได้บุคคลในพื้นที่เข้าศึกษาเพื่อกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่เดิมได้ และได้แพทย์แนวใหม่ที่เข้าใจปัญหาและทำงานกับชุมชนได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับงบประมาณสนับสนุนการผลิต ทั้งงบดำเนินการและงบพัฒนาอาจารย์และครุภัณฑ์ที่จำเป็น เหนียว 400,000 บาทต่อคนต่อปี ดังนี้

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนนักศึกษาแพทย์ที่เพิ่มขึ้นตามแผนเพิ่มการผลิตและงบประมาณที่ต้องใช้

ปี พ.ศ.	จำนวนนักศึกษาแพทย์ที่เพิ่มขึ้นรายปี และงบประมาณที่ต้องใช้		
	จำนวนที่รับเพิ่ม	จำนวนนักศึกษาแพทย์เพิ่มสะสม 6 ปี	งบประมาณที่ต้องใช้ (บาท)
2547	557	557	222,800,000
2548	587	1,144	457,600,000
2549	629	1,773	709,200,000
2550	691	2,464	985,600,000
2551	763	3,227	1,290,800,000
2552	803	4,030	1,612,000,000
2553	859	4,332	1,732,800,000
2554	859	4,604	1,841,600,000
2555	903	4,878	1,951,200,000
2556	903	5,090	2,036,000,000

(2) การเพิ่มการผลิตทันตแพทย์ จำนวนการผลิตทันตแพทย์ในปัจจุบัน ปีละ 485 คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการ และสามารถจัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นส่วนราชการที่มีความต้องการสูงที่สุด ได้รับเพียงปีละ 350 คนเท่านั้น ดังนั้น จำนวนการผลิตในปัจจุบันจึงไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการทันตแพทย์ได้ จึงเสนอให้เพิ่มการผลิตทันตแพทย์ศาสตร์เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการในภาพรวมระดับประเทศ ซึ่งในปัจจุบันควรมีทันตแพทย์จำนวน 11,614 คน แต่มีจริงเพียง 7,573 คน โดยให้เพิ่มการผลิตทันตแพทย์ขึ้นอีกประมาณปีละ 200 คน โดยต้องปรับหลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอนที่เน้นเพื่อการบริการทันตสาธารณสุขในชนบท รวมทั้งการให้หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขร่วมผลิตในชั้นคลินิก และจำเป็นต้องได้รับงบประมาณสนับสนุนการผลิต ทั้งงบดำเนินการและงบพัฒนาอาจารย์และครุภัณฑ์ที่จำเป็น เหนียว 300,000 บาทต่อคนต่อปี ดังนี้

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนนักศึกษาทันตแพทย์ที่เพิ่มขึ้นตามแผนเพิ่มการผลิตและงบประมาณที่ต้องใช้

ปี พ.ศ.	จำนวนนักศึกษาทันตแพทย์ที่เพิ่มขึ้นรายปี และงบประมาณที่ต้องใช้		
	จำนวนที่รับเพิ่ม	จำนวนนักศึกษาทันตแพทย์เพิ่มสะสม 6 ปี	งบประมาณที่ต้องใช้ (บาท)
2547	200	200	60,000,000
2548	200	400	120,000,000
2549	200	600	180,000,000
2550	200	800	240,000,000
2551	200	1,000	300,000,000
2552	200	1,200	360,000,000
2553	200	1,200	360,000,000
2554	200	1,200	360,000,000
2555	200	1,200	360,000,000
2556	200	1,200	360,000,000

(3) การเพิ่มการผลิตพยาบาล จำนวนการผลิตพยาบาลในปัจจุบัน ปีละ 4,400 คน แม้จำนวนการผลิตที่มากกว่าสายอื่น แต่ยังไม่เพียงพอกับความต้องการ ประกอบกับอายุงานของพยาบาลมีจำกัด จึงทำให้มีความต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้น ดังนั้นเพื่อให้มีพยาบาลเพียงพอกับความต้องการ จึงต้องปรับเพิ่มการผลิตพยาบาลขึ้นอีก ปีละ 1,000 คน โดยเป็นการเพิ่มการผลิตในหน่วยผลิตของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับแผนการเพิ่มการผลิต และต้องได้รับงบประมาณสนับสนุนการผลิต ทั้งงบดำเนินการและงบพัฒนาอาจารย์และครุภัณฑ์ที่จำเป็น เหม่าจ่าย 60,000 บาทต่อคนต่อปี ดังนี้

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนนักศึกษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นตามแผนเพิ่มการผลิตและงบประมาณที่ต้องใช้

ปี พ.ศ.	จำนวนนักศึกษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นรายปี และงบประมาณที่ต้องใช้		
	จำนวนที่รับเพิ่ม	จำนวนนักศึกษาพยาบาลเพิ่มสะสม 4 ปี	งบประมาณที่ต้องใช้ (บาท)
2547	1,000	1,000	60,000,000
2548	1,000	2,000	120,000,000
2549	1,000	3,000	180,000,000
2550	1,000	4,000	240,000,000
2551	1,000	4,000	240,000,000
2552	1,000	4,000	240,000,000
2553	1,000	4,000	240,000,000
2554	1,000	4,000	240,000,000
2555	1,000	4,000	240,000,000
2556	1,000	4,000	240,000,000

(4) การผลิตเภสัชกร จำนวนการผลิตเภสัชกรในปัจจุบันปีละกว่า 1,000 คน ซึ่งเมื่อพิจารณาสถานการณ์โดยรวม พบว่า มีความขาดแคลนน้อยกว่าสายวิชาชีพอื่น มีปัญหาเฉพาะ การกระจายและการบริหารจัดการ เพราะการผลิตในปัจจุบันถือว่าเพียงพอ และในอนาคตต้องกำหนด วิธีการบริหารตำแหน่งที่เหมาะสม เพื่อป้องกันปัญหาการขาดแคลนเภสัชกรในกระทรวงสาธารณสุข ถ้า ระบบการสร้างแรงจูงใจไม่เพียงพอ เพราะในภาคเอกชนยังมีความต้องการอีกมาก

(5) การผลิตสายสนับสนุนการบริการอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่หลายสาขา ทั้งที่ผลิตใน กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น เช่น เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การ แพทย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน หรือระดับนักวิชาการเทคนิคเฉพาะ เช่น นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือนักวิชาการที่จำเป็นต้องกำหนดความต้องการขึ้นเพื่อเตรียมรองรับการแก้ปัญหา สุขภาพใหม่ ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เป็นต้น แม้ว่าจะมีความต้องการกำลังคนสายสนับสนุนอีกมาก แต่ปัญหาสำคัญ คือ วิธีการจ้างงานและการบริหารอัตราตำแหน่ง เพื่อให้มีกำลังคนกลุ่มนี้เข้าปฏิบัติงาน สนับสนุนการบริการที่มีคุณภาพ และจะช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนได้

4.2.2 การแสวงหาจากนอกระบบการผลิตของภาครัฐ โดยคัดเลือกกำลังคนที่สำเร็จการ ศึกษาแล้ว แต่ไม่ได้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือผู้ที่เกษียณอายุราชการ โดย การจ้างงานเป็นบางเวลา ซึ่งต้องสร้างแรงจูงใจให้สามารถดึงดูดคนเหล่านี้ได้ หรือการใช้แพทย์หรือ กำลังคนสาขาอื่น ๆ ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ มาปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประกอบ วิชาชีพ

4.2.3 การปรับหลักสูตรและปรับกระบวนการจัดการเรียนการสอน และการเปิดโอกาสให้ นักเรียนในพื้นที่เข้าศึกษาวิชาชีพขาดแคลน โดยกำหนดโควตาให้พื้นที่ขาดแคลน ห่างไกล ทุรกันดาร ในการพิจารณาคัดนักเรียนในพื้นที่เข้าศึกษา และมีข้อผูกพันในการกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ดังกล่าว

4.2.4 การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ และครุภัณฑ์เพื่อการ จัดการเรียนการสอนให้เพียงพอ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพของการผลิตกำลังคน

4.3 ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบการบริหารข้าราชการและการแก้ปัญหาพนักงานของ รัฐฯ โดยขออนุมัติเปลี่ยนพนักงานของรัฐฯ ทั้งหมดให้เป็นข้าราชการระบบเดิมไปก่อน และปรับระบบ การบริหารงานบุคคล เป็นการบริหารข้าราชการสาธารณสุขในระบบปฏิรูป โดยจำแนกกำลังคนของ กระทรวงสาธารณสุขเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มบริหาร (Executive) กลุ่มวิชาชีพ (Profession) และกลุ่ม สนับสนุน (Supportive) โดยจะเป็นการปรับประสิทธิภาพการใช้กำลังคนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งต้อง มีแนวทางและมาตรการรองรับ ดังนี้

4.3.1 การปรับระบบเงินเดือนและค่าตอบแทน จากสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ภาระงาน ของกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในสายหลัก ๆ เช่น แพทย์ไทย ต้องรับภาระงานที่หนักกว่า แพทย์มาเลเซียเกือบ 2 เท่า มากกว่าแพทย์ฟิลิปปินส์เกือบ 3 เท่า และมากกว่าแพทย์สิงคโปร์ถึง 4 เท่า

โดยเฉพาะเมื่อรัฐบาลเริ่มดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยิ่งทำให้ภาระงานหนักมากยิ่งขึ้น เพราะประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น โดยพบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก ปี 2543 จำนวน 60,800,246 ครั้ง เป็น 90,303,940 ครั้งในปี 2546 หรือเพิ่มขึ้นถึง 1.49 เท่า จำนวนการผ่าตัดใหญ่ เพิ่มขึ้น จาก 725,410 รายในปี 2543 เป็น 778,522 รายในปี 2546 หรือเป็น 1.07 เท่า ภาระงานหนักมากขึ้นยิ่งทำให้เกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานงานมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบให้แพทย์ และกำลังคนเครียด และมีอัตราการสูญเสียที่เพิ่มขึ้น

ในขณะที่ภาคเอกชนภาระงานเบากว่า อัตราค่าตอบแทนที่สูงกว่า ทำให้เกิดแรงดึงดูดแพทย์ และกำลังคนจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน จำนวนมากและรุนแรงขึ้น จากการศึกษา พบว่า เงินเดือนของกำลังคนในภาครัฐเมื่อเทียบกับภาคเอกชน แตกต่างกัน เกือบ 10 เท่า และเมื่อเทียบกับต่างประเทศ พบว่า ค่าตอบแทนแพทย์ไทย ต่ำกว่าหลาย ๆ ประเทศ เช่น มาเลเซีย 998 เหรียญสหรัฐ อินเดีย 1,147 เหรียญสหรัฐ สิงคโปร์ 4,386 เหรียญสหรัฐ ในขณะที่ไทยได้รับเพียง 662 เหรียญสหรัฐ

เพื่อลดปัญหาการขาดแคลนกำลังคน และเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขจึงเสนอให้ปรับระบบการจ่ายเงินเงินเดือนและค่าตอบแทนใหม่ โดยให้ได้รับเงินเดือนเท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนสวัสดิการส่วนที่ขาดหายไป และค่าตอบแทนอื่น ๆ ได้แก่ ค่าตอบแทนพิเศษ (Allowance) ซึ่งประกอบด้วยค่าวิชาชีพ เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนการเสียโอกาสทางสังคมหรือได้รับมอบหมายงานเฉพาะ เช่น การทำงานในพื้นที่พิเศษที่มีปัญหาทางไกล ทุรกันดาร เสี่ยงภัย การทำงานในสถานที่มีคนทำงานน้อยแต่ปริมาณงานมาก ทำงานในสาขาที่ไม่มีคนต้องการทำ หรือได้รับมอบหมายงานพิเศษ เช่น งานสอน การวิจัยและพัฒนา งานพัฒนาคุณภาพบริการระดับสูง กำลังคนในแต่ละสาขาปฏิบัติงานที่แตกต่างกันจะได้รับค่าตอบแทนที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดการกระจายกำลังคนได้ และค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Workload) โดยคิดตามแนวทางของ Work point payment system ที่มีการพัฒนาขึ้น และเป็นไปตามระเบียบเงินบำรุงของกระทรวงสาธารณสุข

จุดมุ่งหมายและหลักการปรับระบบเงินเดือนและค่าตอบแทน เพื่อให้การจ่ายค่าตอบแทนครอบคลุมการทำงานทุกประเภทอย่างครบถ้วน อันจะทำให้สามารถกระจายกำลังคนไปทำงานที่จำเป็น ทุกประเภทในทุกพื้นที่ ค่าตอบแทนสัมพันธ์กับภาระงานที่เพิ่มขึ้นทั้งในและนอกเวลาราชการ มีการจัดระบบค่าตอบแทนไม่ให้ซ้ำซ้อน มีระบบการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลการทำงาน โดยกำหนดเงินเดือนและค่าตอบแทนให้ได้รับตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (Job Description) กรณีที่ทำงานเกินกว่า JD ที่กำหนด ให้นำผลงานส่วนเกินขอรับค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน ซึ่งค่าตอบแทนที่ได้รับทั้ง 3 ประเภท รวมกันประมาณ 60-80% ของค่าตอบแทนที่วิชาชีพเดียวกันได้รับจากภาคเอกชนและเป็นไปตามกำลังงบประมาณจากภาครัฐ (Ability to pay) โดยให้มีคณะกรรมการร่วมเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด สอดคล้องกับสถานการณ์ในแต่ละช่วงเวลา เป็นไป

ตามกลไกตลาด และตอบสนองตามนโยบายและยุทธศาสตร์สำคัญ ๆ ของรัฐบาล และของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคาดว่าจะต้องใช้งบประมาณเพื่อการปรับระบบค่าตอบแทน ประมาณปีละ 4,350 ล้านบาท

4.3.2 การปรับระบบการประเมินผล โดยกำหนดคุณสมบัติและแนวทางการประเมินผล เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฏิบัติการ ระดับเชี่ยวชาญ และระดับทรงคุณวุฒิ ซึ่งต้องประเมินทั้งระดับผลงานที่มีการกำหนดคุณภาพ/ผลลัพธ์ของงาน และการประเมินระดับสมรรถนะพื้นฐานที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน โดยการประเมินต้องมีการประเมินเป็นช่วงเวลา เช่น เป็นการประเมินผลในปีที่ 1 ปีที่ 3 และปีต่อ ๆ ไปของการทำงาน และใช้ผลการประเมินเพื่อการจ่ายค่าตอบแทนและความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และมีการการจัดทำข้อตกลงเพื่อการปฏิบัติงาน โดยกำหนดมีการข้อตกลงการปฏิบัติงานล่วงหน้า และประเมินผลการปฏิบัติงานตามข้อตกลงที่กำหนด

4.4 ยุทธศาสตร์การปรับระบบการบริหารองค์กร เพื่อเพิ่มความคล่องตัวและมีรูปแบบการบริหารที่มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้มีการศึกษาเพื่อพัฒนาหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการปรับระบบการบริหารองค์กร ซึ่งในระดับหน่วยบริการที่เหมาะสมในการปรับระบบการบริหารองค์กร ควรเป็นระดับเครือข่ายที่มีขนาดเหมาะสม และรูปแบบอาจเป็นรูปแบบ Service Delivery Unit : SDU ตามแนวทางของ ก.พ.ร. หรือรูปแบบอื่นที่เหมาะสม โดยเป็นองค์กรในระบบราชการที่มีการกำหนดข้อตกลงและการมอบอำนาจในการปฏิบัติงานจากส่วนราชการต้นสังกัด มีการรูปแบบบริหารระหว่างองค์การมหาชนและราชการระบบปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและมีความคล่องตัวในการบริหารงานบุคคล

5. ข้อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

เพื่อการดำเนินการตามแนวทางและมาตรการให้บรรลุผลตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้อง เหมาะสม สามารถแก้ปัญหากำลังคนได้อย่างจริงจังและเป็นระบบ จึงเสนอขออนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการในรายละเอียดข้อเสนอ ดังนี้

5.1 ข้อเสนอระยะสั้น

5.1.1 ขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีต่อยุทธศาสตร์ เพื่อการแก้ปัญหากำลังคน และการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อให้เป็นกรอบความต้องการกำลังคนที่เหมาะสมกับการจัดบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสำหรับประชาชน โดยขอให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำรายละเอียดเพื่อใช้ดำเนินการต่อไป

5.1.2 ให้มีคณะกรรมการนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุขแห่งชาติ ที่มีองค์ประกอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธาน และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธาน เพื่อรับผิดชอบด้านนโยบายและการบริหารจัดการกำลังคน เพื่อให้เกิดการกระจายกำลังคนไปในพื้นที่ขาดแคลนสอดคล้องกับแผนความต้องการ

ตามแผน GIS การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ เรื่องงบประมาณและตำแหน่ง เพื่อการเพิ่มหรือลดกำลังคนได้ตามความจำเป็น

5.1.3 ให้มีการกำหนดแนวทางการสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังคนปฏิบัติงานในระบบได้อย่างมีความสุข เช่น การยกย่องเชิดชูเกียรติ การให้โอกาสในการศึกษาต่อ การเปิดโอกาสให้เติบโตในหน้าที่ราชการในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานได้ และมีความคล่องตัวในการโยกย้ายเพื่อไม่ให้กระทบขวัญกำลังใจ

5.1.4 ให้มีการปรับเงินเดือนและค่าตอบแทนในระบบใหม่ ที่เหมาะสมสำหรับกำลังคนด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข โดยเงินเดือนอาจเท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนสวัสดิการส่วนที่ขาดหายไป และค่าตอบแทนพิเศษ (Allowance) เช่น ค่าวิชาชีพ เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนการเสียโอกาสทางสังคมหรือการได้รับมอบหมายงานเฉพาะ เช่น การทำงานในพื้นที่พิเศษ ห้างไกล ทุรกันดาร เลี้ยงภัย การทำงานในสถานที่ที่มีคนทำงานน้อยแต่ปริมาณงานมาก ทำงานในสาขาที่ไม่มีคนต้องการทำ หรือได้รับมอบหมายงานพิเศษ เช่น งานสอน การวิจัยและพัฒนา งานพัฒนาคุณภาพบริการระดับสูง และค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Workload) ตามระบบ Work point payment system ที่มีการพัฒนาขึ้น โดยให้มีคณะกรรมการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดรายละเอียดเพื่อใช้ดำเนินการต่อไป

5.1.5 ให้มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน ควบคู่กับการปรับเงินเดือนและค่าตอบแทนระบบใหม่ รวมทั้งการกำหนดรูปแบบและระบบการจ้างงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงานบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข โดยให้มีคณะกรรมการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดรายละเอียดในการดำเนินการต่อไป

5.1.6 ให้มีการปรับแผนเพิ่มการผลิตกำลังคนในสาขาที่ขาดแคลน ได้แก่ แพทย์ ที่ต้องผลิตเพิ่มอีกประมาณปีละ 700 คน ทันตแพทย์ ผลิตเพิ่มอีกประมาณปีละ 200 คน และพยาบาล ผลิตเพิ่มอีกปีละ 1,000 คน โดยของบประมาณสนับสนุนการผลิตเพิ่มเป็นงบประมาณดำเนินการและงบประมาณเพื่อการพัฒนาอาจารย์และครุภัณฑ์เพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอน โดยให้กระทรวงสาธารณสุขประสานกับหน่วยผลิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำรายละเอียดแผนปฏิบัติการและงบประมาณเสนอคณะรัฐมนตรีอีกครั้ง

5.1.7 ให้มีการกำหนดโควตาเปิดโอกาสให้นักเรียนในพื้นที่ชนบทห่างไกล ทุรกันดาร และขาดแคลนกำลังคน ได้เข้าศึกษาในสาขาที่ขาดแคลนมากขึ้น โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมจัดทำรายละเอียด เช่น การพัฒนาศักยภาพพื้นฐานความรู้ของนักเรียน และให้หน่วยงานในพื้นที่มีส่วนร่วมในการคัดเลือกนักเรียน เพื่อสร้างความผูกพันกับพื้นที่ และให้กลับไปทำงานในพื้นที่เมื่อสำเร็จการศึกษา

5.1.8 ให้ดำเนินการโครงการนำร่อง เพื่อปรับระบบการบริหารข้าราชการสาธารณสุขในระบบปฏิรูป โดยมีระบบการประเมินผล ระบบการกำหนดข้อตกลงการปฏิบัติงาน ควบคู่กับการปรับ

เงินเดือนและค่าตอบแทนตามระบบใหม่ ซึ่งจะดำเนินการกับข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าหลักเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

5.2 ข้อเสนอระยะปานกลาง

5.2.1 ให้มีการปรับระบบการบริหารงานบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นการบริหารข้าราชการสาธารณสุขในระบบปฏิรูป โดยมีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และกำหนดให้มีคณะกรรมการบริหารข้าราชการสาธารณสุขในระบบปฏิรูปเป็นการเฉพาะ โดยกระทรวงสาธารณสุขจะจัดทำรายละเอียดเสนอคณะรัฐมนตรีอีกครั้ง

5.2.2 ให้มีการปรับระบบการบริหารองค์กรให้มีประสิทธิภาพ มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน มีการกำหนดข้อตกลงการดำเนินงาน มีการวัดผลและประเมินผลงาน โดยจะเป็นการปรับปรุงประสิทธิภาพของเครือข่ายบริการ ให้มีลักษณะการบริหารงานที่อยู่ระหว่างองค์การมหาชนและระบบราชการเดิม โดยอาจเป็นรูปแบบ Service Delivery Unit : SDU ที่คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) พัฒนาขึ้น หรือกำหนดเป็นรูปแบบอื่น ๆ ที่มีความเหมาะสม โดยให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำรายละเอียดเพื่อดำเนินการต่อไป

เกณฑ์ในการกำหนดระดับบริการของหน่วยบริการต่าง ๆ ตามการจัดเครือข่ายบริการเพื่อรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เกณฑ์พิจารณา	ระดับบริการ						ประชากรที่ใช้ ในการวางแผน
	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิระดับต้น	ทุติยภูมิระดับกลาง	ทุติยภูมิระดับสูง	ตติยภูมิ	ตติยภูมิระดับสูง (Excellent Center)	
ความครอบคลุมถึง หน่วยบริการ	สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน	โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน	โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์อื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์อื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน	โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ขนาดเล็ก โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์อื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์อื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน	ใช้ 2 กลุ่ม คือ 1. ประชากรตาม โครงการ UC 2. กลุ่ม Non UC
การสิ้นสุดบริการ	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน, โรคพื้นฐานทั่วไป	ผู้ป่วยใน, ต้องการรักษา ด้วยแพทย์เฉพาะทาง	ผู้ป่วยใน, ต้องการรักษา ด้วยแพทย์เฉพาะทาง	ผู้ป่วยใน, ต้องการรักษา ด้วยแพทย์เฉพาะทาง	ผู้ป่วยใน, ต้องการรักษา ด้วยแพทย์เฉพาะทาง	คือ ประกันสังคม สวัสดิการ
กำลังคนให้บริการ	พยาบาลเวชปฏิบัติและทีม สุขภาพ	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก อย่างน้อย 4-6 สาขา	แพทย์เฉพาะทางสาขา สาขาตามความจำเป็นของ ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่	แพทย์เฉพาะทางสาขา ต่อยอด ตามความจำเป็น ของปัญหาสุขภาพในพื้นที่	กำหนดศูนย์ Excellent ศูนย์โรคหัวใจ, ศูนย์มะเร็ง, ศูนย์อุบัติเหตุ, ศูนย์ปลูกอวัยวะ และศูนย์ร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด	ข้าราชการและ ลูกจ้าง รวมทั้งประชากร กลุ่มอื่น ๆ เช่น แรงงานอพยพ แรงงานต่างด้าว
ความรับผิดชอบประชากร	ตามจำนวนจริง	ตามจำนวนจริง	8 หมื่นคนขึ้นไป	2 แสนคนขึ้นไป	1 ล้านคนขึ้นไป	2 ล้านคนขึ้นไป	
เกณฑ์ระยะทางจากศูนย์กลา ตำบลถึงหน่วยบริการ (ก.ม.)	0-22.5	0-45	0-67.5	0-90	0-202.5	0-247.5	
เกณฑ์อื่น ๆ ที่ใช้ประกอบ	ตามสภาพปัญหาจริงของพื้นที่ ความห่างไกล ความทุรกันดาร และสภาพที่แตกต่างของพื้นที่						

หมายเหตุ

1. เป็นเกณฑ์ ที่ให้ระดับพื้นที่พิจารณาจัดระดับและเครือข่ายบริการของหน่วยบริการ โดยการพิจารณาตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และเขต เพื่อวางแผนให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเข้าถึงบริการแต่ละระดับ
2. การกำหนดให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเข้าถึงบริการ ให้พื้นที่พิจารณาจากความสะดวกในการเดินทางของประชาชนเป็นหลัก
3. พื้นที่สามารถพิจารณากำหนดหน่วยบริการที่ไม่เข้าเกณฑ์ที่กำหนดได้ เช่น หน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร อาจกำหนดเป็นหน่วยบริการระดับสูงได้ แม้เกณฑ์ประชากรและเกณฑ์ระยะทางไม่ได้

เกณฑ์การคำนวณความต้องการกำลังด้านสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ

สายงาน/เกณฑ์อื่น	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิระดับต้น	ทุติยภูมิระดับกลาง	ทุติยภูมิระดับสูง	ตติยภูมิระดับต้น	ตติยภูมิระดับสูง	ค่าเฉลี่ย
แพทย์	1:10,000	1:12,500	1:30,000	1:33,500	1:150,000		4,000
ทันตแพทย์	1:12,500	1:75,000	1:150,000				10,000
เภสัชกร	1:15,000	1:55,000	1:150,000				11,000
พยาบาล	1:2,500	1:1,500	1:5,000	1:10,000	1:10,000	1:15,000	650
จพ. ทันตสาธารณสุข	1:10,000						10,000
จพ. เภสัชกรรม	1:10,000	1:36,500	1:100,000				7,250
นักแก้ไขการสื่อความหมาย			1:175,000	1:350,000	1:400,000		90,000
นักกลุ่มพิเศษแก้ปัญหาใหม่ ๆ			1:50,000	1:100,000	1:400,000		30,000
นักจิตวิทยา		1:75,000	1:250,000	1:40,000	1:400,000		35,000
นักรังสีเทคนิค		1:30,000	1:150,000	1:250,000	1:300,000	1:400,000	20,000
จนท. รังสีการแพทย์		1:60,000	1:300,000	1:500,000	1:600,000	1:800,000	40,000
นักเทคนิคทางห้องปฏิบัติการ		1:30,000	1:100,000	1:175,000	1:250,000	1:400,000	18,000
จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์		1:60,000	1:200,000	1:350,000	1:500,000	1:800,000	36,000
นักกิจกรรมบำบัด				1:75,000	1:200,000	1:400,000	48,000
นักกายภาพบำบัด	1:30,000		1:150,000	1:250,000	1:300,000	1:400,000	20,000
จนท. กายภาพบำบัด	1:60,000		1:300,000	1:500,000	1:600,000	1:800,000	40,000
จพ.เวชศาสตร์ฟื้นฟู		1:30,000	1:150,000	1:250,000	1:300,000	1:400,000	20,000
นักโสตทัศนูปกรณ์				1:200,000	1:335,000	1:500,000	100,000
จพ. โสตทัศนูปกรณ์				1:200,000	1:335,000	1:500,000	100,000
ช่างกายอุปกรณ์			1:50,000	1:150,000	1:250,000	1:400,000	30,000
สายสาธารณสุข	1:1,500	1:12,500	1:25,000	1:50,000	1:75,000	1:100,000	1,200

หมายเหตุ พยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชนที่จบหลักสูตรพยาบาลระดับต้น

สายสาธารณสุข หมายถึง นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการทางด้านสาธารณสุข หัวหน้าสถานีนอกราชการ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชนที่จบหลักสูตรพนักงานอนามัย

นักกลุ่มพิเศษแก้ปัญหาใหม่ ๆ หมายถึง สายที่แก้ปัญหาใหม่หรือเฉพาะด้าน เช่น นักกายอุปกรณ์ นักกำหนดอาหาร นักเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ เป็นต้น

แผนความต้องการกำลังคนสาขาต่าง ๆ เป็นแผนระยะ 5 ปี 2547 - 2551

สาขา	กรรมการแพทย์		กรมควบคุมโรค		กรมสุขภาพจิต		กรมอนามัย		กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		สนง.คณะกรรมการอาหารและยา		กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
	มีจริง	ต้องการ	มีจริง	ต้องการ	มีจริง	ต้องการ	มีจริง	ต้องการ	มีจริง	ต้องการ	มีจริง	ต้องการ	มีจริง	ต้องการ
แพทย์	898	2,125	232	345	136	417	125	139	7	7				
ทันตแพทย์	87	165	4	5	26	74	81							
นายสัตวแพทย์	1		6	9					7	19				
เภสัชกร	103	406	35	54	62	130	22	23	121	199	306	587		
พยาบาลวิชาชีพ	4,286	8,532	357	1,056	1,949	4,201	750							
นักวิชาการพยาบาล	28	40												
นักวิชาการสาธารณสุข	84	291			63	146	516	564					225	268
นักวิชาการอาหารและยา							25				88	113		
นักวิชาการคอมพิวเตอร์	5	143							7	32				3
นักรังสีการแพทย์	69	284	1	7										
นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทย์	160	558	18	44					538	1,036		1		
นักกายภาพบำบัด	50	133	3	8								1		
นักอาชีพ/กิจกรรมบำบัด	11	48			18	110								
นักจิตวิทยา	29	80			95	420								
นักโภชนาการ	20	63												
จพ. ทันตสาธารณสุข	77	163			35	93	23							
ช่างเทคนิคกรม	4	11												
จพ. เภสัชกรรม	167	623					15							
จนท. รังสีการแพทย์	91	172					8							
จพ. วิทยาศาสตร์การแพทย์	241	423					16		74	80				
จพ. เวชกรรมพื้นฟู	23	60												
จนท. อาชีวบำบัด	18	36												
ช่างกายอุปกรณ์	16	33												
นว. โสตทัศนศึกษา/ช่างภาพ	19	77												
จพ./จนท. โสตทัศนศึกษา	35	42											5	6
นักแก้ไขการสื่อความหมาย	10	39			28	191							4	6
นักสังคมสงเคราะห์	50	101			84	429								
นักกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค														
นักพิเศษกลุ่มใหม่		473							42	67	12	22	2	22

[82]

26

[๘๖]



ยุทธศาสตร์
การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ
และแนวทางปฏิบัติ

ฝ่ายเลขานุการร่วม
คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ
สำนักงาน ก.พ.

คำนำ

ตามที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2546 เห็นชอบยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ ตามข้อเสนอของ คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) โดยให้ปรับปรุงระยะเวลาตามมาตรการระยะสั้นเป็น 2 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2548) ให้ส่วนราชการถือปฏิบัติ และให้ยกเลิกมติ คณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง นั้น

สำนักงาน ก.พ. ในฐานะฝ่ายเลขานุการร่วม คปร. ได้จัดทำ รายละเอียด ขั้นตอน และวิธีดำเนินการ เพื่อชักชวนความเข้าใจ และให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การ ปรับขนาดกำลังคนภาครัฐให้บรรลุผลตามเจตนารมณ์ได้ต่อไป

ฝ่ายเลขานุการร่วม คปร.

สำนักงาน ก.พ.

ตุลาคม 2546

สารบัญ

หน้า

● มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 กันยายน 2546 เรื่อง ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ	1
● หนังสือ คปร. ถึงกระทรวง กรม วันที่ 10 ตุลาคม 2546 เรื่อง การดำเนินการตามยุทธศาสตร์การปรับขนาด กำลังคนภาครัฐ	25
● แนวทางปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคน ภาครัฐ	33
● การตรวจสอบการใช้กำลังคน	36
● การจัดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับบทบาท ภารกิจของส่วนราชการ	38
● การบริหารตำแหน่งภายใต้วงเงินงบประมาณ และกรอบอัตรากำลัง	40
● การบริหารจัดการอัตราข้าราชการเกษียณอายุ	41
● การบริหารจัดการอัตราลูกจ้างประจำที่เกษียณ อายุและว่างระหว่างปี	46
● การรายงานข้อมูลเกี่ยวกับอัตรากำลังของส่วน ราชการ	46
● การกำหนดมาตรการจูงใจเพื่อทดแทนส่วน ราชการที่บริหารจัดการกำลังคนได้ดี	47

- มาตราการอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ

47

- ภาคผนวก

53

- มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 30 กันยายน 2546

เรื่องการจ้างลูกจ้างชั่วคราว

55

- รายชื่อส่วนราชการตั้งใหม่

63

- แบบ คปร. 1 - 5

67

สภานิติบัญญัติ

ที่ นร.๑๑๑๑/๑๑๑๑

มติคณะรัฐมนตรี

ที่ นร.๑๑๑๑/๑๑๑๑

๑ ตุลาคม ๒๕๔๖

เรื่อง ข้าราชการประจำและลูกจ้างชั่วคราว

เป็น

มติคณะรัฐมนตรี

วันที่ 23 กันยายน 2546

เรื่อง ข้าราชการประจำและลูกจ้างชั่วคราว

สภานิติบัญญัติ มีมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยการจ้างลูกจ้างชั่วคราว

และร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยการจ้างลูกจ้างชั่วคราว (ฉบับที่ ๑) และร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยการจ้างลูกจ้างชั่วคราว (ฉบับที่ ๒) และร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยการจ้างลูกจ้างชั่วคราว (ฉบับที่ ๓)

เพื่อให้การจ้างลูกจ้างชั่วคราวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษากันเมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๔๖

มติว่า

๑. เห็นชอบร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยการจ้างลูกจ้างชั่วคราว และให้

พยานรับร่างนี้ไว้เป็นหลักฐาน

๒. เห็นชอบร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยการจ้างลูกจ้างชั่วคราว (ฉบับที่ ๑) และร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยการจ้างลูกจ้างชั่วคราว (ฉบับที่ ๒) และร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยการจ้างลูกจ้างชั่วคราว (ฉบับที่ ๓) และให้

พยานรับร่างนี้ไว้เป็นหลักฐาน

(สำเนา)

ส่วนที่สี่

ที่ นร ๐๕๐๔/ว๒๔๔

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๓ ตุลาคม ๒๕๔๖

เรื่อง ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ

เรียน (กระทรวง ทบวง กรม และจังหวัด)

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและ
นโยบายกำลังคนภาครัฐ ที่ นร(คปร.)๑๐๐๙.๑/๕๗๖
ลงวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๔๖

ด้วยคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ
ขอให้นำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ

๑. ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ ตามข้อเสนอของ
คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) และ
มีมติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการต่อไปด้วย

๒. ให้ส่วนราชการถือปฏิบัติตามข้อเสนอ และให้ยกเลิกมติคณะ
รัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง ความละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วยนี้

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๔๖
ลงมติว่า

๑. เห็นชอบยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ และให้
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ ตามข้อเสนอของคณะกรรมการ
กำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) โดยให้ปรับปรุง
ระยะเวลาตามมาตรการระยะสั้นจากเดิมที่กำหนดไว้ ๓ ปี (ปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙) ลงเหลือ ๒ ปี เพื่อให้สอดคล้องกับระยะเวลารับ
ตำแหน่งของคณะรัฐมนตรีชุดนี้ (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๘) ทั้งนี้

หากส่วนราชการใดมีความจำเป็นต้องดำเนินการนอกเหนือมาตรการดังกล่าว ก็ขอให้เสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาแยกเป็นกรณี ๆ ไป

๒. ให้ส่วนราชการถือปฏิบัติตามข้อเสนอของ คปร. และให้ยกเลิก มติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๒.๑ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๓๘ เรื่อง การดำเนินการตามมาตรการกำหนดขนาดกำลังคนภาครัฐ

๒.๒ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๓๙ เรื่อง การดำเนินการตามมาตรการกำหนดขนาดกำลังคนภาครัฐ

๒.๓ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๔๑ เรื่อง มาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ : ข้าราชการ

๒.๔ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๔๑ เรื่อง มาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ : ลูกจ้างประจำ

๒.๕ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๔๒ เรื่อง แนวทางปฏิบัติตามมาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ : ลูกจ้างประจำ

๒.๖ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๔๕ เรื่อง ผลการดำเนินการของ คปร. ในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เกี่ยวกับอัตรา ข้าราชการและลูกจ้างประจำที่ยุบเลิกจากผลการเกษียณอายุ ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๕ และอัตราข้าราชการที่ยุบเลิกจากผลการเข้าร่วม โครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด รุ่นที่ ๓

๒.๗ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๔๕ เรื่อง มาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ : ข้าราชการ

๒.๘ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖ เรื่อง การปรับปรุงมติคณะรัฐมนตรีเรื่อง มาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ : ลูกจ้างประจำ

๓. คณะรัฐมนตรีมีข้อสังเกตว่ายังมีเจ้าหน้าที่ของรัฐ อีกประเภทหนึ่ง ซึ่งไม่ถือว่าเป็นข้าราชการ แต่เป็นพนักงานของรัฐ เช่น แพทย์ ซึ่งแม้จะได้รับเงินเดือนเท่ากับข้าราชการ แต่พนักงานของรัฐดังกล่าว ประสงค์จะเป็นข้าราชการมากกว่า การกำหนดให้เป็นพนักงานของรัฐ ทำให้ขาดขวัญกำลังใจ และมีการลาออกเป็นจำนวนมาก จึงมอบให้สำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการรับไปพิจารณาความเหมาะสม ในการ แก้ไขปรับปรุงตำแหน่งดังกล่าวให้เป็นข้าราชการหรืออาจจะเป็นข้าราชการ ระบบใหม่ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) บวรศักดิ์ อุวรรณโณ
(นายบวรศักดิ์ อุวรรณโณ)
เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

สำนักบริหารการประชุมคณะรัฐมนตรี

โทร. ๐ ๒๒๔๐ ๙๐๐๐ ต่อ ๓๒๔ - ๓๒๕

โทรสาร ๐ ๒๒๔๐ ๙๐๖๔

(สำเนา)
ที่ นร (คปร.)1009.1/576 คณะกรรมการกำหนดเป้าหมาย
และนโยบายกำลังคนภาครัฐ
สำนักงาน ก.พ.
ถนนพิษณุโลก กทม.10300
19 กันยายน 2546

เรื่อง ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ
เรียน เลขาธิการคณะรัฐมนตรี
สิ่งที่ส่งมาด้วย บันทึกเสนอคณะรัฐมนตรี จำนวน 120 ชุด

ด้วยในการประชุมคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและ
นโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) ครั้งที่ 4/2546 เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2546
ได้มีมติเห็นชอบเรื่องการกำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนภาครัฐ และการ
ปรับปรุงมาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ และให้ฝ่ายเลขานุการร่วม
คปร. จัดทำบันทึกเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาโดยด่วน

ฝ่ายเลขานุการร่วม คปร. ได้จัดทำบันทึกเรื่อง ยุทธศาสตร์
การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ ซึ่งรองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ เครืองาม)
ได้พิจารณาเห็นชอบและมีบัญชาให้เสนอคณะรัฐมนตรี พิจารณา
รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) สีมา สีมานันท์
(นายสีมา สีมานันท์)
รองเลขาธิการ ก.พ.

กรรมการและเลขานุการร่วม
คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ

ฝ่ายเลขานุการร่วม คปร.
สำนักพัฒนาระบบบำนาญตำแหน่งและค่าตอบแทน
โทร. 0 2280 3332 0 2281 3333 ต่อ 2405 โทรสาร 0 2282 0874

(สำเนา)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายเลขานุการร่วม คปร. สำนักงาน ก.พ.
โทร. 0 2281 3333, 0 2281 3333 ต่อ 2405
ที่ นร (คปร.)1009.1/575 วันที่ 16 กันยายน 2546
เรื่อง ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ

เรียน รองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ เครืองาม)

1. ที่มา

ตามที่ได้ในการประชุมคณะกรรมการกำหนดเป้าหมาย
และนโยบาย กำลังคนภาครัฐ (คปร.) ครั้งที่ 4/2546 เมื่อวันที่ 9
กันยายน 2546 ได้มีมติเห็นชอบกับข้อเสนอของฝ่ายเลขานุการร่วม
คปร. เรื่อง การกำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนภาครัฐ และการปรับปรุง
มาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ และให้นำเสนอคณะรัฐมนตรี
พิจารณา นั้น

2. ข้อเสนอ

ฝ่ายเลขานุการร่วม คปร. สำนักงาน ก.พ. ได้จัดทำ
ข้อเสนอเรื่อง ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ โดยได้ปรับปรุง
บันทึกตามความเห็น ของที่ประชุม คปร. เพื่อนำเสนอคณะรัฐมนตรี
พิจารณาแล้ว ตามเอกสารแนบ

3. ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบ จะได้นำ
เสนอคณะ รัฐมนตรีพิจารณาต่อไป

(ลงชื่อ) สีมา สีมานันท์
(นายสีมา สีมานันท์)

รองเลขาธิการ ก.พ.

กรรมการและเลขานุการร่วม

คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ

เห็นชอบ

(ลงชื่อ) วิษณุ เครืองาม
(นายวิษณุ เครืองาม)
รองนายกรัฐมนตรี

ปฏิบัติราชการแทน นายกรัฐมนตรี
18 ก.ย. 2546

๕ ๑๐]

บันทึกเสนอคณะรัฐมนตรี เรื่อง ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ

1. ที่มา

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้ภาครัฐต้องปรับปรุงระบบราชการ ให้ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบัน ซึ่งในปี พ.ศ. 2545 ภาครัฐได้ปรับบทบาทภารกิจและปรับโครงสร้างส่วนราชการใหม่ ตาม พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ภาครัฐจึงจำเป็นต้องปรับปรุงระบบบริหารราชการ ระบบและวิธีการทำงานแนวใหม่ รวมทั้งปรับปรุงกฎ ระเบียบ ให้เอื้อต่อการดำเนินงานให้สอดคล้องกับกระแสความเปลี่ยนแปลง และสอดคล้องกับการปรับบทบาทภารกิจ ตลอดจนเพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริหารราชการให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

เพื่อให้การบริหารทรัพยากรบุคคลมีความสอดคล้องสัมพันธ์กับการบริหารราชการยุคใหม่ จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับ "คน" ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของระบบให้มีความคล่องตัว ยืดหยุ่น ใช้น้อย แต่มีประสิทธิภาพสูงอย่างเต็มศักยภาพ ส่วนหนึ่งในกระบวนการนั้นคือ มาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ ซึ่งมีผลใช้มานาน ควรที่จะมีการปรับเปลี่ยนให้เอื้อต่อการบริหารงานตามบทบาทภารกิจและการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐแนวใหม่

1.2 มติคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับมาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ

๑. ข้าราชการ

1) มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2541 เรื่อง มาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ : ข้าราชการ

(1) ไม่ให้เพิ่มอัตราใหม่ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2541

(2) ให้ส่วนราชการยุบเลิกตำแหน่งที่ว่างลงจากการเกษียณอายุ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 สำหรับที่เหลืออีกร้อยละ 20 ให้นำมารวมกันแล้วมอบให้คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) พิจารณาจัดสรรให้ส่วนราชการที่มีความจำเป็น หากจัดสรรไม่หมดให้ยุบเลิก

(3) มอบหมายให้สำนักงานประมาณ กระทรวงการคลัง และสำนักงาน ก.พ. พิจารณากำหนดมาตรการจูงใจ เพื่อสนับสนุนให้ส่วนราชการยุบตำแหน่ง ว่างที่มีอัตราเงินเดือน

2) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2545 เรื่อง มาตรการกำหนดอัตราค่าจ้างและการแต่งตั้งข้าราชการในระหว่างการปรับโครงสร้างกระทรวง ทบวง กรมใหม่

(1) ใช้จำนวนรวมของตำแหน่งที่มีอยู่ตามกรอบอัตราค่าจ้าง ณ ปัจจุบัน (จำนวนรวม 394,385 อัตรา) โดยไม่มีการกำหนดตำแหน่งเพิ่มใหม่

(2) คงกรอบอัตราค่าจ้างรวมในแต่ละระดับไว้ และใช้การเกลี่ยตำแหน่ง จากกระทรวงเดิมไปกระทรวงใหม่แทน

(3) การเกลี่ยอัตราค่าจ้างและโยกย้ายถ่ายโอนข้าราชการ ต้องคำนึงถึงความสมัครใจ ความเป็นธรรมและสิทธิประโยชน์ของข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งนั้นอยู่

● ลูกจ้างประจำ

1) มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2541 เรื่อง มาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ : ลูกจ้างประจำ

ให้ยุบเลิกตำแหน่งลูกจ้างประจำหมวดแรงงานที่ว่างลง และให้ส่วนราชการจ้างเหมาบริการแทน

2) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2545 ให้ทุกส่วนราชการยุบอัตราลูกจ้างประจำที่ว่างลงจากผลการเกษียณอายุและ

อัตราว่างระหว่างปีทุกตำแหน่ง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นไป

3) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2546 เรื่อง มาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ : ลูกจ้างประจำ เห็นชอบตามมติคณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ 6 หากส่วนราชการใด มีเหตุผลความจำเป็นที่จะให้คงอัตราตำแหน่งลูกจ้างประจำหมวดแรงงาน ให้เสนอเรื่องดังกล่าวให้คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐพิจารณาเป็นกรณีไป

2. แนวคิดในการกำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนภาครัฐ

2.1 หลักการ

การบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐยุคใหม่ควรเชื่อมโยงกับทิศทางขององค์กร (Strategic Alignment) โดยเป็นระบบที่ยึดหลักสมรรถนะ (Competency Based) และยึดหลักผลการปฏิบัติงาน (Performance Based) มีจุดเน้นสำคัญในการสร้างระบบที่มีความยืดหยุ่น หลากหลาย ใช้คนน้อย แต่มีประสิทธิภาพสูง สอดคล้องกับการพัฒนาระบบราชการ โดยทำเฉพาะภารกิจหลัก และใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการทำงาน พัฒนาคนให้เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ทรงความรู้ (Knowledge Worker) มีการพัฒนาคนโดยมองเป็นทุน (Human Capital) มีระบบจูงใจคนรุ่นใหม่เข้าสู่ระบบ ในขณะเดียวกันก็มีการถ่ายเทคนที่มีความรู้และไม้อาจพัฒนาได้ออกจากระบบ ทั้งนี้ โดยมอบให้ส่วนราชการมีอิสระในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลได้เอง ภายใต้กรอบตำแหน่งและเงินงบประมาณที่กำหนด เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ส่วนราชการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและมีการใช้กำลังคนที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติโดยรวม

2.2 วัตถุประสงค์

1. กำหนดขนาดกำลังคนภาครัฐที่เหมาะสม

2. มีการบริหารจัดการทรัพยากรภาครัฐที่ทันสมัย สอดคล้อง
กับการพัฒนาระบบราชการ โดยยึดเป้าหมายและมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นหลัก

2.3 การบริหารทรัพยากรบุคคลยุคใหม่

การบริหารทรัพยากรบุคคลยุคใหม่มีความสัมพันธ์กับ
ประเภทขององค์กร และการบริหารงานตามบทบาทภารกิจขององค์กร
โดยมีการจำแนกในหลายมิติตามบทบาทภารกิจ การจ้างงาน และสถานภาพ
ของการจ้างงาน ดังนี้

1) การทำงานภาครัฐแนวใหม่

การทำงานภาครัฐแนวใหม่ ต้องมีความชัดเจนว่า
ภารกิจใดรัฐเป็นผู้ปฏิบัติ ภารกิจใดควรถ่ายโอนให้ส่วนท้องถิ่น และภารกิจ
ใดควรดำเนินการโดยเอกชน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลที่เน้น
การปรับระบบราชการจากผู้ปฏิบัติและผู้ควบคุม มาเป็นการดำเนินงาน
เฉพาะภารกิจหลักและส่งเสริมการดำเนินงานของภาคเอกชน องค์กรประชาชน
และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มีการวางแผนกำลังคน (Workforce Planning)
เพื่อกำหนดขนาดกำลังคนที่เหมาะสม มีการตรวจสอบการใช้กำลังคน
เพื่อใช้คนที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า มีการทำงานในรูปแบบเครือข่าย (Networking)
มีการจ้างงานที่หลากหลาย (Flexible Employment) และเน้นความรับผิดชอบ
(Accountability)

2) องค์กรภาครัฐ

ภาครัฐจะมีองค์กรในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ส่วนราชการ
หน่วยงานอิสระ องค์กรมหาชนและองค์กรในรูปแบบอื่นๆ

3) รูปแบบของกำลังคนภาครัฐในอนาคต

ภาครัฐในอนาคตจะมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้าง
ของการจ้างงานที่ยืดหยุ่นหลากหลาย ตามความเหมาะสมของงาน

และความจำเป็นของแต่ละหน่วยงาน โดยกำลังคนภาครัฐในอนาคต
จะประกอบด้วยบุคลากรหลากหลายประเภท ได้แก่ ข้าราชการ
พนักงานของรัฐ พนักงานตามสัญญา ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ฯลฯ

4) การใช้คนในองค์กรภาครัฐ

ส่วนราชการจะต้องจำแนกภารกิจในความรับผิดชอบ
ให้ได้เป็น 3 ประเภท คือ ภารกิจหลัก ภารกิจรอง และภารกิจสนับสนุน
มีการกำหนดสัดส่วนของบุคลากรที่จะปฏิบัติงานตามประเภทของ
ภารกิจ นั้นๆ ทั้งนี้ ส่วนราชการจะกำหนดสัดส่วนการจ้างหรือมอบหมาย
งานในกลุ่มงานประเภทต่าง ๆ ตามสัดส่วน ของภารกิจ 3 ประเภท ดังนี้

(1) **ภารกิจหลัก (Core Function)** ซึ่งเป็นงานตาม
กฎหมาย/นโยบาย หรืองานที่ทำเพื่อความคงอยู่ขององค์กรนั้น ๆ ให้ข้าราชการ
เป็นผู้ปฏิบัติทั้งหมด

(2) **ภารกิจรอง (Non-core Function)** ซึ่งเป็นงานที่ทำ
เพื่อสนับสนุนภารกิจหลักหรือการนำนโยบายไปปฏิบัติ ให้ข้าราชการ
เป็นผู้ปฏิบัติประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือเป็นลูกจ้าง และ Outsourcing

(3) **ภารกิจสนับสนุน (Supporting Function)** ซึ่งเป็น
งานด้านบริการ ให้ข้าราชการเป็นผู้ปฏิบัติประมาณร้อยละ 20 ที่เหลือ
เป็นลูกจ้าง และ Outsourcing

การแบ่งกลุ่มภารกิจดังกล่าว จะทำให้การบริหารทรัพยากร
บุคคลเกิดความคล่องตัว สามารถจ้างงานตามภารกิจ ลดภาระค่าใช้จ่าย
ด้านบุคคลในระยะยาว ลดภาระด้านการพัฒนาบุคลากรที่ย้อนประสิทธิภาพ
และเป็นการเพิ่มโอกาสในการสรรหาผู้มีความสามารถเฉพาะด้านเพื่อ
ช่วยงานราชการในบางช่วงเวลาที่มีความจำเป็น การจ้างงานดังกล่าวสามารถ
จ้างได้ตามแต่ประเภทของภารกิจที่แตกต่างกันขององค์กรได้โดยคล่องตัว
นอกจากนี้ ยังทำให้สามารถกำหนดเป้าหมายการปรับลดกำลังคนภาครัฐ
ในภารกิจต่างๆ ในอนาคตได้อย่างชัดเจนด้วย

5) โครงสร้างกำลังคนภาครัฐ

หน่วยราชการยุคใหม่ต้องมีการถ่ายเทบุคลากรบ้าง โดยให้มีสัดส่วนของข้าราชการรุ่นเก่า (อายุมาก) ต่อข้าราชการรุ่นใหม่/ระดับปฏิบัติที่มีความเข้าใจในเทคโนโลยีสมัยใหม่ ในสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อความมีชีวิตชีวา (Vitalization) และความสมดุลในการทำงาน

6) ช่วงชั้นการบังคับบัญชาใหม่ (Layer)

เพื่อให้สอดคล้องกับรูปแบบองค์กรแนวใหม่ ควรลดช่วงชั้นการบังคับบัญชาให้เหลือเพียง 4 ระดับ ดังนี้

- ช่วงชั้นที่ 1 เป็นระดับผู้บริหารระดับสูง หัวหน้าและรองหัวหน้าส่วนราชการ ซึ่งเป็นระดับผู้กำหนดและควบคุมนโยบายการบริหารจัดการ การตัดสินใจในเรื่องสำคัญ
- ช่วงชั้นที่ 2 เป็นระดับผู้อำนวยการสำนัก / กอง / ศูนย์ ซึ่งเป็นระดับที่นำนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงมาสู่การปฏิบัติ
- ช่วงชั้นที่ 3 เป็นระดับนักวิชาการปฏิบัติงานแบบมืออาชีพ ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย (Knowledge Worker)
- ช่วงชั้นที่ 4 สำหรับข้าราชการเข้าใหม่ (Journey Worker) จะเป็นกลุ่มกำลังคนที่อยู่ในระดับของการฝึก / เตรียมการเพื่อเข้าสู่การเป็น Knowledge Worker ต่อไป

ส่วนกำลังคนในกลุ่มงานสนับสนุน (Clerical Workers) นั้น ไม่จำเป็นต้องใช้คนที่เข้าราชการ แต่ควรปล่อยคนกลุ่มนี้ออกไป และทดแทนด้วยการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย หรือใช้ลูกจ้างสัญญาจ้าง ลูกจ้างชั่วคราว หรือใช้วิธีการจ้างเหมาเอกชน (contract out) ซึ่งเป็นวิธีการจ้างงานที่ยืดหยุ่นและมีความหลากหลายตามความเหมาะสมของลักษณะงาน และความจำเป็นของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งนอกจากจะเป็นการลดกำลังคนภาครัฐ (ประเภทถาวรคือข้าราชการประจำ) แล้ว ยังทำให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคลอีกด้วย นอกจากนี้ การจ้างงานบาง

[๑๖]

ประเภทที่ภาคเอกชนทำได้ดีกว่าภาครัฐ หรือการจ้างบุคคลภายนอกที่มีความเชี่ยวชาญ/ความถนัดเฉพาะทาง ยังทำให้เกิดประสิทธิผลของงานมากกว่าที่องค์กรภาครัฐ โดยข้าราชการจะเป็นผู้ปฏิบัติเองอีกด้วย

3. ข้อเท็จจริง

3.1 ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

การดำเนินการตามมาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ : ข้าราชการและ ลูกจ้างประจำ ดังกล่าว สามารถชะลอการเพิ่มอัตรากำลังและลดงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านบุคคลภาครัฐ โดยในภาพรวมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2541 - ปัจจุบัน ทำให้มีการเกลี่ยอัตรากำลังคนในภาพรวมมากขึ้นจากงานที่มีความสำคัญน้อยและไม่เร่งด่วน ไปยังงานที่มีความสำคัญและจำเป็นเร่งด่วนมากกว่า แทนการเพิ่มอัตรากำลัง และสามารถลดอัตรากำลังคนภาครัฐลงได้ทั้งสิ้น 102,677 อัตรา จำแนกเป็นอัตราข้าราชการ จำนวน 70,246 อัตรา (ร้อยละ 68.41) และอัตราลูกจ้างประจำ จำนวน 32,431 อัตรา (ร้อยละ 31.59) ซึ่งทำให้รัฐสามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านบุคคลลงได้ปีละ 19,742 ล้านบาท จำแนกเป็นการลดภาระในส่วนของข้าราชการ จำนวน 15,555 ล้านบาท (ร้อยละ 78.79) และในส่วนของลูกจ้างประจำ จำนวน 4,187 ล้านบาท (ร้อยละ 21.21)

3.2 สภาพปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินการตามมาตรการ

แม้ว่าจะสามารถลดกำลังคนและทำให้รัฐประหยัดงบประมาณได้เป็นจำนวนไม่น้อยก็ตาม แต่ในขณะเดียวกันก็มีปัญหาในบางประการ ซึ่ง คปร. ได้ดำเนินการสัมมนาระดมความคิดเห็นส่วนราชการต่างๆ เรื่องมาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามมาตรการฯ สรุปได้ดังนี้

- 1) การบังคับใช้ทั่วไปโดยไม่คำนึงถึงลักษณะเฉพาะของส่วนราชการ ทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติในบางส่วนราชการ โดยเฉพาะในส่วนราชการขนาดเล็ก

2) มีแต่คนสั่งงาน/คนรุ่นเก่า แต่ขาดผู้ปฏิบัติในระดับล่าง/คนรุ่นใหม่ เนื่องจากส่วนราชการได้ใช้ตำแหน่งระดับบรรจุมาอุดหนุนตำแหน่งที่เกษียณอายุ

3) อัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่คนลดลง ส่วนราชการบางแห่งจึงมีอัตรากำลังไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นยังไม่ได้ผลเป็นรูปธรรม รัฐยังต้องจ่ายค่าตอบแทนให้ข้าราชการและลูกจ้างประจำที่ถ่ายโอนไปจนกว่าจะเกษียณอายุราชการ

5) ขาดการวางแผนกำลังคนในภาพรวม ทำให้การใช้อัตรากำลังไม่เหมาะสม

6) ขาดระบบการเกลี่ยกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถเกลี่ยกันเองระหว่างส่วนราชการภายในกระทรวงเดียวกันได้

7) ขาดระบบการตรวจสอบการใช้กำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า กำลังคนขาดหรือเกินในส่วนใดบ้าง

8) ไม่มีรางวัลตอบแทนให้ส่วนราชการที่ดำเนินการตามมาตรการ

9) การบังคับใช้มาตรการยังไม่ครอบคลุมกำลังคนภาครัฐทุกประเภท

10) โครงการเกษียณก่อนกำหนด ซึ่งสามารถลดกำลังคนลงได้มาก แต่ก็มีส่วนทำให้รัฐสูญเสียคนดีคนเก่งออกไปจากระบบ

11) ส่วนราชการยังไม่พร้อมใช้เทคโนโลยีแทนคน ทั้งยังขาดงบประมาณสนับสนุน

12) ขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากคนที่ยังอยู่ในระบบต้องทำงานหนักมากขึ้น

13) คปร. ไม่อาจจัดสรรอัตราที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ส่วนราชการได้ครบตามความต้องการ

14) การดำเนินการตามมติ คปร. ใช้เวลานาน เนื่องจากมีขั้นตอนมาก

3.3 สภาพการณ์ของตำแหน่ง

1) สืบเนื่องจากพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ทำให้มีส่วนราชการต่าง ๆ เกิดขึ้น ทั้งระดับกระทรวง กรม รวมทั้งมีการปรับปรุงระบบงานและย้ายปรับเปลี่ยนภารกิจข้ามกรมข้ามกระทรวง ทำให้ต้องมีการโยกย้ายตัดโอนอัตรากำลังให้เหมาะสม ซึ่งในการปรับโครงสร้างส่วนราชการดังกล่าว ก.พ. ได้มีมติกำหนดตำแหน่งในกระทรวงต่าง ๆ โดยเฉพาะกระทรวง/กรมตั้งใหม่เพิ่มขึ้น และมีจำนวนตำแหน่งไม่มีเงินจำนวน 2,560 ตำแหน่ง ซึ่ง คปร. ได้ขอยกเว้นการปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2541 เฉพาะในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 เป็นกรณีพิเศษชั่วคราวเพียงปีเดียว เพื่อจัดสรรอัตราเงินเดือนของตำแหน่งที่ว่างจากผลการเกษียณอายุราชการ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 จำนวน 2,086 อัตราทั้งหมด (ไม่มีการยุบเลิก) ให้กับส่วนราชการที่มีความจำเป็น โดยเน้นส่วนราชการตั้งใหม่ ซึ่งอัตราเงินเดือนของตำแหน่งที่ว่างจากผลการเกษียณอายุราชการมีจำนวนจำกัด ดังนั้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 ที่ผ่านมา คปร. จึงยังไม่อาจจัดสรรอัตราเงินเดือนให้กับตำแหน่งที่ยังไม่มีอัตราเงินเดือนในส่วนราชการต่างๆ ได้ครบจำนวนตามกรอบอัตรากำลังที่ ก.พ. กำหนด

2) จากสภาพการณ์และข้อมูลจำนวนตำแหน่งของส่วนราชการต่างๆ ในขณะนี้ ปรากฏว่ามีตำแหน่งที่รอการจัดสรรอัตราเงินเดือนในส่วนราชการตั้งใหม่ ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 อีกจำนวน 1,652 อัตรา นอกจากนี้ ยังมีส่วนราชการขนาดเล็กซึ่งมีปัญหาการขาดแคลน อัตรากำลังจากผลกระทบของการยุบเลิกอัตราว่างจากผลการเกษียณอายุราชการ ที่ขอรับการจัดสรรอัตราคืนด้วย

3) ข้อมูลจำนวนข้าราชการที่จะเกษียณอายุราชการเมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 เป็นข้าราชการพลเรือน จำนวน 2,802 คน ข้าราชการอัยการ จำนวน 3 คน ข้าราชการครู จำนวน 3,403 คน และข้าราชการตำรวจ จำนวน 1,033 คน

4. ข้อเสนอ

จากแนวคิดในการกำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนภาครัฐและข้อเท็จจริงดังกล่าว ประกอบกับผลการประชุมสัมมนากับผู้ที่เกี่ยวข้องนั้น จึงควรกำหนดเป็นมาตรการระยะสั้นและมาตรการระยะยาว ดังนี้

4.1 มาตรการระยะสั้น (3 ปี)

4.1.1 ไม่ให้เพิ่มอัตราตั้งใหม่ ยกเว้นกรณีจำเป็นอันมีอาจหลีกเลี่ยงได้ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้คือ

4.1.1.1 มีการจัดตั้งหน่วยงานหรือส่วนราชการระดับกระทรวงหรือกรมขึ้นใหม่และจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน

4.1.1.2 เป็นงานที่จะต้องดำเนินการตามนโยบายสำคัญของรัฐบาล หรือคณะรัฐมนตรีได้สั่งการให้ดำเนินการตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย และมีเงินงบประมาณที่ใช้ดำเนินการแล้ว ถ้าไม่ดำเนินการจะทำให้เกิดผลเสียหาย

ทั้งนี้ ให้เกลี้ยกล่อมคนภายในส่วนราชการหรือระหว่างส่วนราชการก่อน หากยังมีกำลังคนไม่เพียงพอ ให้ใช้วิธีการจ้างงานแบบหลากหลาย เช่น ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างตามสัญญาจ้าง พนักงานของรัฐหรือจ้างเหมาเอกชน แล้วแต่กรณี และหากดำเนินการแล้วยังไม่เพียงพออีก ให้เสนอเหตุผลความจำเป็นให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา

4.1.2 ให้ส่วนราชการที่มีตำแหน่งข้าราชการเกษียณอายุในแต่ละปีแจ้งตำแหน่งที่เห็นสมควรยุบเลิกเท่ากับจำนวนตำแหน่งที่เกษียณอายุเมื่อสิ้นปีงบประมาณ **มารวมกันไว้ที่ คปร.** และให้ **คปร. พิจารณาจัดสรร** อัตราเงินเดือนของตำแหน่งที่ว่างจากผลการเกษียณอายุราชการให้กระทรวง

และให้กระทรวงพิจารณาจัดสรรให้ส่วนราชการในสังกัด โดยกำหนดแนวทางการพิจารณา ดังนี้

4.1.2.1 ประเภทของหน่วยงาน

1) ส่วนราชการตั้งใหม่ ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม ปี พ.ศ. 2545 ให้ได้รับการจัดสรรเป็นพิเศษ โดยจัดสรรอัตราเงินเดือนให้ตำแหน่งที่ยังไม่มีเงินให้ครบตามกรอบอัตรากำลังที่ ก.พ. กำหนด และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2549 จะจัดสรรอัตราว่างจากผลการเกษียณอายุคืนให้ทั้งหมด

2) ส่วนราชการเดิม ซึ่งมีอัตรากำลังอยู่แล้ว และขอรับการจัดสรรคืน พิจารณาให้ตามเหตุผลความจำเป็น

4.1.2.2 ขนาดของหน่วยงาน

1) ส่วนราชการขนาดเล็ก (ต่ำกว่า 500 อัตรา) จัดสรรอัตราว่างจากผลการเกษียณอายุคืนให้ทั้งหมด สำหรับอัตราอื่นจัดสรรให้ตามเหตุผลความจำเป็นเป็นกรณีพิเศษ

2) ส่วนราชการขนาดกลาง (ตั้งแต่ 500 - 1,000 อัตรา) จัดสรรอัตราว่างจากผลการเกษียณอายุคืนให้ทั้งหมด สำหรับอัตราอื่นจัดสรรให้ตามเหตุผลความจำเป็น

3) ส่วนราชการขนาดใหญ่ (มากกว่า 1,000 อัตรา) จัดสรรให้ตามเหตุผลความจำเป็น

4.1.2.3 พิจารณาจัดสรรตามกลุ่มภารกิจที่มีความสำคัญ/จำเป็น โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ ด้านบริหาร ด้านความมั่นคง ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม

4.1.2.4 ส่วนราชการที่ได้รับการจัดสรร **ต้องไม่มีตำแหน่งว่างที่มีอัตราเงินเดือนเหลือ** ณ วันที่ 1 ตุลาคม ของปี เว้นแต่สำหรับบรรณารักษ์วิทยานิพนธ์บรรณารักษ์ราชการผู้ออกไปรับราชการทหาร ข้าราชการผู้ไปปฏิบัติงานตามมติคณะรัฐมนตรี และอยู่ระหว่างดำเนินการสรรหาบุคคลเพื่อบรรจุแต่งตั้ง และกรณีอื่น ๆ ตามที่ คปร. เห็นสมควร

4.1.2.5 ข้าราชการพลเรือน

1) ให้**คกรอบอัตรากำลังรวม** จำนวน 394,385 อัตรา ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2545

2) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2549 ไม่มีการยุบเลิกอัตรากำลังในภาพรวม เพื่อเกลี่ยอัตราระหว่างส่วนราชการมาจัดสรรอัตราเงินเดือนให้กับตำแหน่งที่ยังไม่มีอัตราเงินเดือนในส่วนราชการตั้งใหม่ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ให้ครบจำนวนตามกรอบอัตรากำลังที่ ก.พ. กำหนด และจัดสรรให้ส่วนราชการตามความเหมาะสมและเหตุผลความจำเป็น

4.1.2.6 ข้าราชการฝ่ายอัยการ

จัดสรรให้ตามเหตุผลความจำเป็น

4.1.2.7 ข้าราชการครู

ให้ยุบเลิกอัตราว่างจากผลการเกษียณอายุของข้าราชการครู ร้อยละ 80 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 20 ให้ คปร. พิจารณาจัดสรรคืนให้กระทรวง โดยการจัดสรรอัตราเงินเดือนสำหรับตำแหน่งข้าราชการครูผู้สอนนั้น ให้กระทรวงไปดำเนินการพิจารณาจัดสรรให้กับส่วนราชการต่างๆ ในสังกัดภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

1) กำหนดให้ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร

2) กำหนดให้ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ระดับอำเภอในสาขาวิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ คอมพิวเตอร์ และภาษาต่างประเทศ

3) กำหนดให้ในโรงเรียนการศึกษา เพื่อคนพิการและโรงเรียนการศึกษาสงเคราะห์

4) กำหนดให้ในวิทยาลัยระดับอำเภอ

4.1.2.8 ข้าราชการตำรวจ

ให้ยุบเลิกอัตราว่างจากผลการเกษียณอายุของข้าราชการตำรวจ ร้อยละ 80 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 20 ให้ คปร.พิจารณาจัดสรรคืนให้ตามเหตุผลความจำเป็น

4.1.3 ลูกจ้างประจำ

ให้ทุกส่วนราชการยุบเลิกอัตราลูกจ้างประจำที่ว่างลงจากผลการเกษียณอายุและอัตราว่างระหว่างปีทุกตำแหน่ง เพื่อปรับเข้าสู่ระบบลูกจ้างสัญญาจ้าง ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบในหลักการ เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2546 ทั้งนี้ ในระหว่างที่ระบบสัญญาจ้างยังไม่แล้วเสร็จ หากส่วนราชการใดมีความจำเป็นที่จะคงอัตราลูกจ้างประจำไว้ ให้เสนอคำขอให้ คปร. พิจารณาเป็นกรณีๆ ไป หรือขอให้สำนักงาน ก.พ. หรือสำนักงานประมาณแล้วแต่กรณีพิจารณาอนุมัติการจ้างลูกจ้างชั่วคราวทดแทน

4.1.4 ให้สำนักงาน ก.พ. และกระทรวง กำกับดูแลการจัดสรรกำลังคนประเภทต่างๆ ตามแนวทางการจัดสรรอัตรากำลังให้สอดคล้องกับการปรับบทบาทภารกิจและภาระหน้าที่ของส่วนราชการในแต่ละกลุ่มภารกิจ โดยจำแนกภารกิจในความรับผิดชอบของแต่ละส่วนราชการ ให้ได้เป็น 3 ประเภท คือ ภารกิจหลัก ภารกิจรอง และภารกิจสนับสนุน และกำหนดสัดส่วนของบุคลากรที่จะปฏิบัติงานตามภารกิจนั้นๆ

4.1.5 ให้ คปร. กำหนดนโยบายการบริหารกำลังคน และให้สำนักงาน ก.พ. สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงการคลัง วางระบบและวิธีการให้กระทรวงบริหารตำแหน่งภายใต้วงเงินงบประมาณและกรอบอัตรากำลังที่กำหนด เพื่อเตรียมการมอบอำนาจให้กระทรวงเป็นศูนย์รวมการบริหารตำแหน่งของส่วนราชการในสังกัดต่อไป

4.1.6 ให้สำนักงาน ก.พ. สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานประมาณ กระทรวงการคลัง ร่วมกันกำหนดมาตรการจูงใจ เพื่อตอบแทนแก่

ส่วนราชการที่สามารถบริหารจัดการกำลังคนได้ดี เช่น อาจจัดสรรเงินงบประมาณ ส่วนหนึ่งที่รัฐประหยัดได้จากการลดคน ไปจ่ายเพิ่มเป็นโบนัสให้กับข้าราชการที่อยู่ในส่วนราชการนั้น ๆ เป็นต้น

4.1.7 นอกจากการจัดสรรอัตรากำลังเพื่อให้ส่วนราชการมีบุคลากรเพียงพอ สำหรับการปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังมีกลไก/มาตรการอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ ซึ่งเห็นควรให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อให้มีผลเป็นรูปธรรมต่อไป ดังนี้

1) การเร่งรัดการดำเนินการถ่ายโอนงานให้องค์กร ปกครอง ส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และการจัดตั้งองค์การมหาชน เพื่อถ่ายโอนบุคลากรออกจากระบบราชการ

2) การปรับปรุงระบบบริหารงานบุคคล ให้มีความคล่องตัว ยืดหยุ่นในการบริหารกำลังคนโดยยึดหลักการตามระบบคุณธรรม หลักสมรรถนะและหลักผลการปฏิบัติงาน มีการถ่ายเทผู้มีผลการประเมินต่ำออกจากระบบและจ้างคนรุ่นใหม่เข้าสู่ระบบ

3) การปรับปรุงระบบการจ้างงาน ให้มีความยืดหยุ่น หลากหลาย และมีระบบรองรับการดำเนินการ เช่น การจ้างลูกจ้างสัญญาจ้าง การจ้างผู้เชี่ยวชาญภายนอกที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เฉพาะด้านเข้ามาช่วยทำงาน เช่น งานวิจัย งานที่ปรึกษา ฯลฯ

4) การปรับปรุงระบบและวิธีการทำงาน โดยลดขั้นตอน ระยะเวลาในการทำงาน และนำเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เหมาะสมมาใช้ในการทำงานเพื่อทดแทนคน

5) การพัฒนากำลังคนทุกระดับอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านองค์ความรู้และด้านทัศนคติ ให้มีความรู้ความชำนาญหลายด้าน เน้นการพัฒนาคนรุ่นใหม่ให้เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ทรงความรู้ และพัฒนาคนรุ่นเก่าให้มีความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการปฏิบัติงาน

4.2 มาตรการระยะยาว (5 ปี)

ให้ คปร. สำนักงาน ก.พ. สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานงบประมาณ และกระทรวง ร่วมกันจัดทำแผนกำลังคนภาครัฐในระยะยาว ให้สอดคล้องกับบทบาทภารกิจ การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ประเภทขององค์กร และประเภทของกำลังคน

5. ประเด็นการพิจารณา

ขอเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อโปรดพิจารณา

5.1 ให้ความเห็นชอบยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐตามข้อเสนอของคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) ในข้อ 4 และมีมติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไป ดำเนินการต่อไปด้วย

5.2 ให้ส่วนราชการถือปฏิบัติตามข้อเสนอ และให้ยกเลิกมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง

ฝ่ายเลขานุการร่วม คปร.

สำนักงาน ก.พ.

กันยายน 2546

**เปรียบเทียบหลักการและวิธีการตามมาตรการปัจจุบัน
กับมาตรการที่เสนอใหม่**

มาตรการปัจจุบัน	มาตรการที่เสนอใหม่
๑ หลักการตามมาตรการ 1. ไม่ให้เพิ่มอัตราใหม่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2541 2. ให้ยุบเลิก 80% และจัดสรร 20% 3. กลไกการดำเนินการให้ คปร. พิจารณาจัดสรรให้ส่วนราชการตามความจำเป็น หากจัดสรรไม่หมดให้ยุบเลิก 4. ผู้รับผิดชอบ : คปร. 5. ให้สำนักงานประมาณ กระทรวงการคลังและสำนักงาน ก.พ. กำหนดมาตรการจูงใจเพื่อสนับสนุนให้ส่วนราชการยุบตำแหน่งว่างที่มีอัตราเงินเดือน	มาตรการระยะสั้น (3 ปี) ๑ หลักการตามมาตรการ 1. ไม่ให้เพิ่มอัตราตั้งใหม่ ยกเว้นกรณีจำเป็นหลักเสียไม่ได้ 2. - ข้าราชการพลเรือน ให้คงกรอบอัตราค่าจ้างรวม 394,385 อัตรา และปีงบประมาณ 2547-2549 ไม่มีการยุบเลิก - ข้าราชการฝ่ายอัยการ จัดสรรตามความจำเป็น - ข้าราชการครูและตำรวจ ยุบเลิก 80% และจัดสรร 20% 3. มีกลไกดำเนินการ ตามขั้นตอนดังนี้ - ส่วนราชการแจ้งอัตราเกษียณ มารวมไว้ที่ คปร. - คปร. พิจารณาจัดสรรให้กระทรวง - กระทรวงพิจารณาจัดสรรให้ส่วนราชการในสังกัด 4. ผู้รับผิดชอบ : คปร. และกระทรวง 5. ให้สำนักงาน ก.พ. สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานประมาณ และกระทรวงการคลัง กำหนดมาตรการจูงใจเพื่อตอบแทนให้ส่วนราชการที่สามารถบริหารจัดการกำลังคนได้ดี เช่น อาจจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งที่ประหยัดได้ไปจ่ายเพิ่มเป็นโบนัสให้กับข้าราชการในส่วนราชการนั้น

มาตรการปัจจุบัน	มาตรการที่เสนอใหม่
๑ หลักเกณฑ์การจัดสรร 1. หน่วยงานตั้งใหม่ 2. หน่วยงานที่มีลักษณะพิเศษ / ขนาดเล็กที่มีปัญหา / มีความจำเป็น 3. หน่วยงานที่มีผลกระทบต่อสังคมโดยรวม เช่น กระทรวงยุติธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ฯลฯ	๑ หลักเกณฑ์การจัดสรร 1. ประเภทของหน่วยงาน - ส่วนราชการตั้งใหม่ : จัดสรรคืนให้ทั้งหมด - ส่วนราชการเดิม : ตามเหตุผลความจำเป็น 2. ขนาดของหน่วยงาน - ส่วนราชการขนาดเล็ก (อัตรา กำลังต่ำกว่า 500 อัตรา) : จัดสรรคืนให้ทั้งหมด - ส่วนราชการขนาดกลาง (อัตรา กำลัง 500 -1,000 อัตรา) : จัดสรรคืนให้ทั้งหมด - ส่วนราชการขนาดใหญ่ (อัตรา กำลังมากกว่า 1,000 อัตรา) : ตามเหตุผลความจำเป็น 3. พิจารณาจัดสรรตามกลุ่มภารกิจที่มีความสำคัญ/ จำเป็น โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ - ด้านบริหาร ด้านมั่นคง - ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม มาตรการระยะยาว (5 ปี) ให้ คปร. สำนักงาน ก.พ. สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงาน สศช. สำนักงานประมาณ และกระทรวง ร่วมกันจัดทำแผนกำลังคนภาครัฐในระยะยาว ให้สอดคล้องกับบทบาทภารกิจประเภทขององค์กรและประเภทกำลังคนภาครัฐแนวใหม่

หนังสือ คปร. ถึงส่วนราชการ

วันที่ 10 ตุลาคม 2546

เรื่อง การดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีเรื่อง

ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ

(สำเนา)

ด่วนที่สุด

ที่ นร (คปร.)1009.1/

คณะกรรมการกำหนดเป้าหมาย
และนโยบายกำลังคนภาครัฐ
สำนักงาน ก.พ.
ถนนพิษณุโลก กทม.10300

10 ตุลาคม 2546

เรื่อง การดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีเรื่องยุทธศาสตร์การปรับ
ขนาดกำลังคนภาครัฐ

เรียน (กระทรวง กรม)

อ้างถึง หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร 0504 /ว244
ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2546

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2546 ได้มีมติเห็นชอบข้อเสนอของคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) เรื่อง ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ โดยให้ปรับปรุงระยะเวลาตามมาตรการระยะสั้นจากเดิมที่กำหนดไว้ 3 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2549) ลงเหลือ 2 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับระยะเวลาการดำรงตำแหน่งของคณะรัฐมนตรีชุดนี้ (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2548) และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ รวมทั้งยกเลิกมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญสรุปดังนี้

● มาตรการระยะสั้น (2 ปี)

1. ไม่ให้เพิ่มอัตราตั้งใหม่ ยกเว้นกรณีจำเป็นอันมิอาจหลีกเลี่ยงได้

2. ข้าราชการพลเรือน ให้คงกรอบอัตรากำลังรวมจำนวน 394,385 ตำแหน่ง และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2548 ไม่มีการยุบเลิกอัตรากำลังในภาพรวม ส่วนข้าราชการฝ่ายอัยการ จัดสรรให้ตามเหตุผลความจำเป็น สำหรับข้าราชการครูและข้าราชการตำรวจ ยุบเล็กร้อยละ 80 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 20 ให้ คปร. พิจารณาจัดสรรอัตราคืนให้

กลไกดำเนินการ : ให้ส่วนราชการที่มีตำแหน่งข้าราชการเกษียณอายุแจ้งตำแหน่งที่เห็นสมควรยุบเลิกเท่ากับจำนวนตำแหน่งที่เกษียณมาที่ คปร. โดยให้ คปร. พิจารณาจัดสรรให้กระทรวง และให้กระทรวงพิจารณาจัดสรรให้ส่วนราชการในสังกัด โดยมีแนวทางพิจารณาดังนี้

1) ประเภทของหน่วยงาน ส่วนราชการตั้งใหม่ จะจัดสรรอัตราเงินเดือนให้สำหรับตำแหน่งที่ยังไม่มีเงิน และจัดสรรอัตราว่างจากผลการเกษียณอายุคืนให้ทั้งหมด สำหรับส่วนราชการเดิมจัดสรรคืนให้ตามเหตุผลความจำเป็น

2) ขนาดของหน่วยงาน ส่วนราชการขนาดเล็ก (อัตรากำลังต่ำกว่า 500 อัตรา) และส่วนราชการขนาดกลาง (อัตรากำลัง 500 - 1,000 อัตรา) จะจัดสรรอัตราว่างจากผลการเกษียณอายุคืนให้ทั้งหมด สำหรับส่วนราชการขนาดใหญ่ (อัตรากำลังมากกว่า 1,000 อัตรา) จัดสรรให้ตามเหตุผลความจำเป็น

3) พิจารณาจัดสรรตามกลุ่มภารกิจที่มีความสำคัญ/จำเป็น โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ ด้านบริหาร ด้านความมั่นคง ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม

4) ส่วนราชการที่ได้รับการจัดสรรต้องไม่มีตำแหน่งว่างที่มีอัตราเงินเดือนเหลืออยู่ ณ วันที่ 1 ตุลาคม ของปี ยกเว้นในกรณีตามที่กำหนด

3. ลูกจ้างประจำ : ให้ทุกส่วนราชการยุบเลิกอัตราลูกจ้างประจำที่ว่างลงจากการเกษียณอายุและอัตราว่างระหว่างปีทุกตำแหน่ง หากส่วนราชการใดมีความจำเป็นจะขอยกเว้นการยุบเลิกอัตราลูกจ้างประจำ ให้เสนอคำขอให้ คปร. พิจารณาเป็นกรณีไป

4. ให้สำนักงาน ก.พ. และกระทรวง กำกับดูแลการจัดสรรกำลังคน ตามแนวทางการจัดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับการปรับบทบาทภารกิจและภาระหน้าที่ของส่วนราชการ

5. ให้ คปร. กำหนดนโยบายการบริหารกำลังคน และให้สำนักงาน ก.พ. สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงการคลัง วางระบบและวิธีการให้กระทรวงบริหารตำแหน่งภายใต้วงเงินงบประมาณ และกรอบอัตรากำลังที่กำหนด

6. ให้สำนักงาน ก.พ. สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานประมาณ และกระทรวงการคลังร่วมกันกำหนดมาตรการจูงใจ เพื่อตอบแทนส่วนราชการที่สามารถบริหารจัดการกำลังคนได้ดี

7. ให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามกลไก/มาตรการอื่นๆ ที่มีผลต่อการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ เพื่อให้มีผลเป็นรูปธรรม

● มาตรการระยะยาว (5 ปี)

ให้ คปร. สำนักงาน ก.พ. สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานประมาณ และกระทรวง ร่วมกันจัดทำแผนกำลังคนภาครัฐในระยะยาว ให้สอดคล้องกับบทบาทภารกิจ การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ประเภทขององค์กร และประเภทของกำลังคน (รายละเอียดตามหนังสือที่อ้างถึง)

สำนักงาน ก.พ. ในฐานะฝ่ายเลขานุการร่วม คปร. ขอแจ้ง **แนวทางปฏิบัติ**ตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย) โดยขอให้ส่วนราชการดำเนินการดังนี้

1. กรณีข้าราชการ

1.1 ให้ส่วนราชการที่มีข้าราชการเกษียณอายุเมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 จัดทำบัญชีตำแหน่งที่เห็นสมควรจะยุบเลิก เท่ากับจำนวนตำแหน่งข้าราชการที่เกษียณอายุเมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 ตามแบบ คปร. 1 และส่งให้ คปร. ภายในวันที่ 30 ธันวาคม 2546 พร้อมทั้งส่งสำเนาเรื่องดังกล่าวให้กรมบัญชีกลาง สำนักงานประมาณ กระทรวงที่สังกัด และองค์กร กลางบริหารงานบุคคลของข้าราชการแต่ละประเภททราบ

1.2 หากส่วนราชการใดมีความจำเป็นจะขอรับการจัดสรรอัตราที่เกษียณอายุคืน และหรือขอรับการจัดสรรอัตราเงินเดือนของตำแหน่งที่ยุบเลิกจากผลเกษียณอายุของส่วนราชการอื่น ให้เสนอ อ.ก.พ. กระทรวงพิจารณาในภาพรวมของกระทรวง และให้กระทรวงแจ้งบัญชีตำแหน่งที่ต้องยุบเลิกเท่ากับจำนวนตำแหน่งข้าราชการที่เกษียณอายุเมื่อสิ้นปีงบประมาณของส่วนราชการในสังกัดกระทรวง ตามแบบ คปร. 1 และข้อมูลรายละเอียดของตำแหน่งที่จะขอรับการจัดสรรอัตราเงินเดือน พร้อมเหตุผล/ข้อมูลที่ชัดเจน โดยจัดลำดับความสำคัญ/จำเป็น ตามแบบ คปร. 2 และส่งให้ คปร. พิจารณาก่อนวันที่ 30 ธันวาคม 2546 พร้อมทั้งส่งสำเนาเรื่องดังกล่าวให้กรมบัญชีกลาง สำนักงานประมาณ และองค์กรกลางบริหารงานบุคคลของข้าราชการแต่ละประเภททราบ

ทั้งนี้ คปร. จะแจ้งผลการพิจารณาจัดสรรให้กระทรวง และให้กระทรวงพิจารณาจัดสรรให้ส่วนราชการในสังกัด พร้อมทั้งส่งสำเนาให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง

2. กรณีลูกจ้างประจำ

2.1 ให้ส่วนราชการที่มีอัตราลูกจ้างประจำที่เกษียณอายุและว่างระหว่างปี จัดทำบัญชีอัตราลูกจ้างประจำที่ต้องยุบเลิกจากผลการเกษียณอายุและอัตราว่างระหว่างปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 ตามแบบ คปร. 3 และแบบ คปร. 4 และส่งให้ คปร. ภายในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2546 พร้อมทั้งส่งสำเนาเรื่องดังกล่าว ให้กรมบัญชีกลาง สำนักงานประมาณ กระทรวงที่สังกัด และองค์กรกลางบริหารงานบุคคลทราบ

2.2 หากส่วนราชการใด มีความจำเป็นจะขอให้ คปร. พิจารณายกเว้นการยุบเลิกอัตราลูกจ้างประจำจากผลการเกษียณอายุและว่างระหว่างปี ให้แจ้งเหตุผลความจำเป็นพร้อมรายละเอียด และส่งให้ คปร. ภายในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2546 พร้อมทั้งส่งสำเนาเรื่องดังกล่าว ให้กรมบัญชีกลาง สำนักงานประมาณ กระทรวงที่สังกัด และองค์กรกลางบริหารงานบุคคลทราบ

3. ให้ส่วนราชการกรอกข้อมูลอัตรากำลัง และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ตามแบบ คปร. 5 และส่งให้ คปร. ภายในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2546 เพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานของ คปร. ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

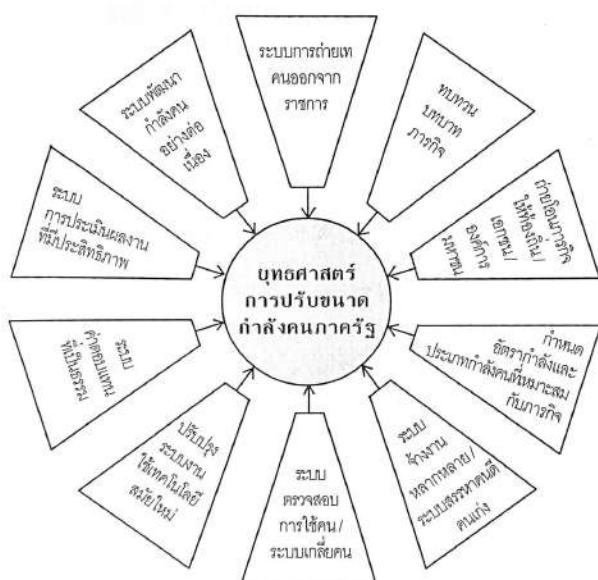
(ลงชื่อ) สีมา สีมานันท์
(นายสีมา สีมานันท์)
เลขาธิการ ก.พ.

กรรมการและเลขานุการร่วม
คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ

ฝ่ายเลขานุการร่วม คปร.
สำนักพัฒนาระบบงานตำแหน่งและค่าตอบแทน
โทร. 0 2280 3332 โทรสาร 0 2282 0874

แนวทางปฏิบัติ
ตามยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ

ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ



แนวทางปฏิบัติ ตามยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ

หลักการ

ทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จและมีผลกระทบอย่างยิ่งต่อความก้าวหน้าและความเสื่อมถอยขององค์กร การบริหารจัดการ "ทรัพยากรบุคคล" ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของระบบ จึงต้องมีกลยุทธ์ในการดำเนินการที่ให้ความคล่องตัว ยืดหยุ่น หลากหลาย ยึดหลักสมรรถนะ หลักผลการปฏิบัติงาน เน้นการพัฒนาคนให้เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ทรงความรู้ มีระบบจูงใจคนรุ่นใหม่เข้าสู่ระบบ มีการถ่ายเทคนที่มีผลงานต่ำและไม่อาจพัฒนาได้ออกจากระบบ ใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างจำกัดให้คุ้มค่าและเต็มประสิทธิภาพ ใช้คนน้อย แต่มีประสิทธิภาพสูง ตามประเภทของภารกิจ และใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการทำงาน รวมทั้งให้อิสระในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลได้เองภายใต้กรอบตำแหน่งและเงินงบประมาณที่กำหนด เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ส่วนราชการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและมีการใช้กำลังคนที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อระบบราชการและประเทศชาติโดยรวม

วัตถุประสงค์

1. กำหนดขนาดกำลังคนภาครัฐที่เหมาะสม (Rightsizing)
2. มีการบริหารจัดการทรัพยากรภาครัฐที่ทันสมัย สอดคล้องกับการพัฒนาระบบราชการ โดยยึดเป้าหมายและมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นหลัก

แนวทางปฏิบัติ

คปร. ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ โดยให้ส่วนราชการดำเนินการตามแนวทาง ดังนี้

1. การตรวจสอบการใช้กำลังคน

ส่วนราชการจะต้องมีระบบการตรวจสอบการใช้กำลังคน (Manpower Audit) โดยเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างส่วนราชการ กระทรวง และองค์กรกลางบริหารงานบุคคล เพื่อตรวจสอบงานในทุกหน่วยงาน ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

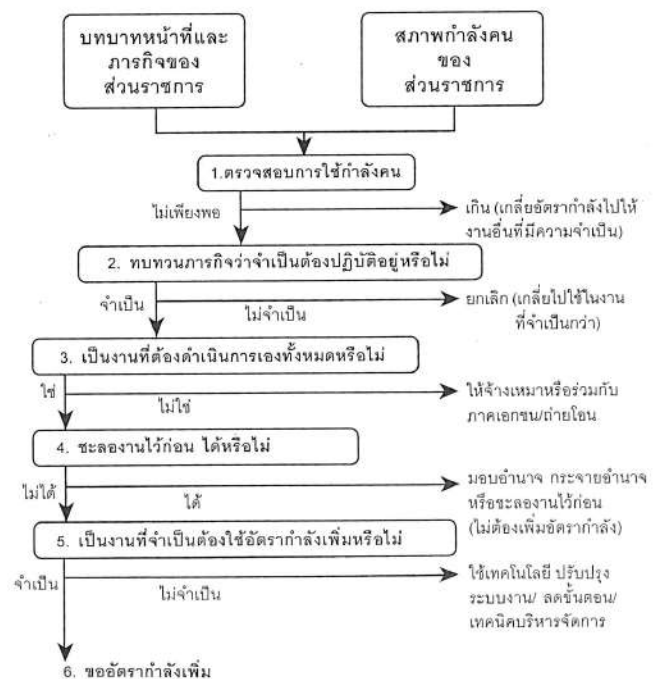
1) ตรวจสอบความสำคัญความจำเป็นของภารกิจของ หน่วยงานว่า งานที่หน่วยงานนั้นรับผิดชอบอยู่ยังมีความสำคัญ / จำเป็นที่หน่วยงาน ยังต้องปฏิบัติต่อไปหรือไม่ มีงานที่ควรยกเลิกหรือมีงานซ้ำซ้อนกับ หน่วยงานอื่นหรือไม่

2) ตรวจสอบการจัดโครงสร้างองค์กรว่า การจัดโครงสร้างองค์กร นั้นเอื้อต่อการปฏิบัติงาน ตามที่ได้ตรวจสอบแล้วในการดำเนินการตามข้อ 1) หรือไม่ โครงสร้างที่จัดไว้เอื้อต่อการเสริมสร้างประสิทธิภาพของหน่วยงาน และการประหยัดทรัพยากรหรือไม่

3) ตรวจสอบการจัดอัตรากำลังในเชิงปริมาณที่มีอยู่ว่า เหมาะสม กับปริมาณงานตามภารกิจต่าง ๆ หรือไม่ อย่างไร รวมทั้งมีกำลังคน ที่เกินหรือขาดอยู่ในงานส่วนใด

4) ตรวจสอบการจัดประเภทของกำลังคนตามภารกิจหลัก ภารกิจ รองและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงานว่า มีการใช้กำลังคนประเภทต่าง ๆ ตามสัดส่วนที่เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

การวิเคราะห์ภารกิจและการใช้กำลังคน

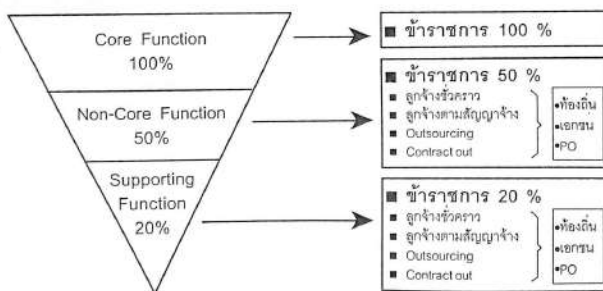


ผลจากการตรวจสอบกำลังคนในหน่วยงานต่าง ๆ จะทำให้ทราบว่า มีกำลังคนขาดหรือเกินในส่วนใด และใช้ระบบการเกลี่ยกำลังคนจากส่วนที่เกินไปยังส่วนที่ขาด เพื่อกระจายกำลังคนที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจและความจำเป็นของหน่วยงาน อันจะเป็นผลให้การใช้กำลังคนได้ประโยชน์สูงสุดและเกิดความสมดุลของกำลังคนภาครัฐในภาพรวม ซึ่งเป็นผลดีต่อประสิทธิภาพของระบบราชการ

2. การจัดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับบทบาทภารกิจของส่วนราชการ

ภาครัฐในอนาคตจะมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างของการจ้างงานที่ยืดหยุ่นหลากหลาย ตามความเหมาะสมของงาน และความจำเป็นของแต่ละหน่วยงาน โดยกำลังคนภาครัฐในอนาคต จะประกอบด้วยบุคลากรหลากหลายประเภท ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานของรัฐ พนักงานตามสัญญา ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ฯลฯ การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมสอดคล้องกับบทบาทภารกิจจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก

แนวทางการใช้คนในองค์กรภาครัฐ



ส่วนราชการจะต้องจำแนกภารกิจในความรับผิดชอบให้ได้เป็น 3 ประเภท คือ ภารกิจหลัก ภารกิจรอง และภารกิจสนับสนุน และมี **การกำหนดสัดส่วนของบุคลากรที่จะปฏิบัติงานตามประเภทของภารกิจ** นั้น ๆ ทั้งนี้ ส่วนราชการจะกำหนดสัดส่วนการจ้างหรือมอบหมายงานในกลุ่มงานประเภทต่าง ๆ ตามสัดส่วน ของภารกิจ 3 ประเภท ดังนี้

1) **ภารกิจหลัก (Core Function)** ซึ่งเป็นงานตามกฎหมาย/นโยบายหรืองานที่ทำเพื่อความคงอยู่ขององค์กรนั้น ๆ เป็นงานหลักตามบทบาทภารกิจและพันธกิจของหน่วยงาน กำลังคนที่ปฏิบัติงานในภารกิจหลักนี้ จึงควรให้ข้าราชการเป็นผู้ปฏิบัติทั้งหมด ตามแนวคิดที่ว่าภาครัฐควรปฏิบัติงานที่สำคัญ

2) **ภารกิจรอง (Non-core Function)** ซึ่งเป็นงานที่ทำเพื่อสนับสนุนภารกิจหลักหรือการนํานโยบายไปปฏิบัติ เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับงานวิชาการ งานสนับสนุนการบริหารและการตัดสินใจ เช่น งานข้อมูล งานศึกษาวิจัย ฯลฯ ควรให้ข้าราชการเป็นผู้ปฏิบัติ ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือเป็นลูกจ้าง และ Outsourcing

3) **ภารกิจสนับสนุน (Supporting Function)** ซึ่งเป็นงานด้านธุรการ งานด้านบริการ ควรให้ข้าราชการเป็นผู้ปฏิบัติประมาณร้อยละ 20 ที่เหลือเป็นลูกจ้าง และ Outsourcing

กำลังคนในกลุ่มงานสนับสนุน (Clerical Workers) นั้น ไม่จำเป็นต้องใช้คนที่เป็ข้าราชการ แต่ควรผ่องถ่ายคนกลุ่มนี้ออกไปและทดแทนด้วยการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย หรือใช้ลูกจ้างสัญญาจ้าง ลูกจ้างชั่วคราว หรือใช้วิธีการจ้างเหมาเอกชน (contract out) ซึ่งเป็นวิธีการจ้างงานที่ยืดหยุ่นและมีความหลากหลายตามความเหมาะสมของลักษณะงาน และความจำเป็นของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งนอกจากจะเป็นการลดกำลังคนภาครัฐ

(ประเภทถาวร คือ ข้าราชการประจำ) แล้ว ยังทำให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคลอีกด้วย นอกจากนี้การจ้างงานบางประเภทที่ภาคเอกชนทำได้ดีกว่าภาครัฐ หรือการจ้างบุคคลภายนอกที่มีความเชี่ยวชาญ/ความถนัดเฉพาะทาง ยังทำให้เกิดประสิทธิผลของงานมากกว่าที่องค์กรภาครัฐโดยข้าราชการจะเป็นผู้ปฏิบัติเองอีกด้วย

การแบ่งกลุ่มภารกิจดังกล่าว จะทำให้การบริหารทรัพยากรบุคคลเกิดความคล่องตัว สามารถจ้างงานตามภารกิจ ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านบุคคลในระยะยาว ลดภาระด้านการพัฒนาบุคลากร ที่หย่อนประสิทธิภาพ และเป็นการเพิ่มโอกาสในการสรรหาผู้มีความสามารถเฉพาะด้านเพื่อช่วยงานราชการในบางช่วงเวลาที่มีความจำเป็น การจ้างงานดังกล่าวสามารถจ้างได้ตามแต่ประเภทของภารกิจที่แตกต่างกันขององค์กรได้โดยคล่องตัว นอกจากนี้ ยังทำให้สามารถกำหนดเป้าหมายการปรับลดกำลังคนภาครัฐในภารกิจต่างๆ ในอนาคตได้อย่างชัดเจนด้วย

3. การบริหารตำแหน่งภายใต้วงเงินงบประมาณและกรอบอัตรากำลัง

คปร. จะดำเนินการจัดตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาวางระบบและวิธีการให้กระทรวงบริหารตำแหน่งภายใต้วงเงินงบประมาณและกรอบอัตรากำลังที่กำหนด โดยประกอบด้วย ผู้แทนสำนักงาน ก.พ. ผู้แทนสำนักงาน ก.พ.ร. ผู้แทนสำนักงานงบประมาณ ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และผู้แทนกระทรวงการคลัง ซึ่งจะเป็นการมอบอำนาจให้กระทรวงบริหารตำแหน่งของส่วนราชการในสังกัด เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น คล่องตัวในการบริหารงาน บริหารงบประมาณ และบริหารทรัพยากรบุคคลแนวใหม่ ทั้งนี้ จะแจ้งให้ส่วนราชการทราบระบบและวิธีการเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

4. การบริหารจัดการอัตราข้าราชการเกษียณอายุ

4.1 การแจ้งตำแหน่งว่างจากผลการเกษียณอายุ

ให้ส่วนราชการที่มีข้าราชการเกษียณอายุเมื่อสิ้นปีงบประมาณ จัดทำบัญชีรายละเอียดของตำแหน่งที่เห็นสมควรจะยุบเลิกเท่ากับจำนวนตำแหน่งที่เกษียณอายุ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ตามแบบ คปร. 1 และส่งให้ คปร. ภายในวันทำการสุดท้ายของเดือนธันวาคมของปี พร้อมทั้งส่งสำเนาให้กรมบัญชีกลาง สำนักงานงบประมาณ กระทรวงที่สังกัด และองค์กรกลางบริหารงานบุคคลของข้าราชการแต่ละประเภททราบ

4.2 การขอรับการจัดสรรอัตรา

1) การขอรับการจัดสรรอัตราเงินเดือน/ตำแหน่งที่ยุบเลิกจากผลการเกษียณอายุ

หากส่วนราชการใด มีความจำเป็นจะขอรับการจัดสรรอัตรา / ตำแหน่งที่เกษียณอายุคืน และหรือขอรับการจัดสรรอัตราเงินเดือนของตำแหน่งที่ยุบเลิกจากผลการเกษียณอายุจากส่วนราชการอื่น ให้ดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1 : เสนอ อ.ก.พ. กระทรวง หรือองค์กรที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ทำหน้าที่คล้ายกับ อ.ก.พ. กระทรวง

ให้ส่วนราชการเสนอเหตุผลความจำเป็นต่อ อ.ก.พ. กระทรวง หรือ อ.ก.พ. ที่ทำหน้าที่ อ.ก.พ. กระทรวง หรือองค์กรที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ทำหน้าที่คล้ายกับ อ.ก.พ. กระทรวง พิจารณาลั่นกรองก่อนนำเสนอ คปร. เพื่อให้กระทรวงพิจารณาในภาพรวมของตำแหน่งที่ว่างจากผลการเกษียณอายุของส่วนราชการต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวง และพิจารณาเกลี่ยตำแหน่งตามความจำเป็นของแต่ละส่วนราชการที่ขอรับการจัดสรรอัตราเงินเดือนก่อน สำหรับส่วนราชการที่ไม่สังกัดกระทรวง ทบวงใด ให้เสนอ คปร. พิจารณาในขั้นที่ 2 ได้โดยตรง

ขั้นที่ 2 : เสนอ คปร.

หลังจากที่ อ.ก.พ. กระทรวง ได้พิจารณาถ้อยคำร้องในภาพรวมของกระทรวงแล้ว ให้กระทรวงแจ้งบัญชีตำแหน่งที่ต้องยุบเลิกเท่ากับจำนวนตำแหน่งข้าราชการที่เกษียณอายุเมื่อสิ้นปีงบประมาณของกระทรวงทั้งหมดตาม แบบ คปร. 1 และจัดทำคำขอรับการจัดสรรพร้อมเหตุผลความจำเป็นและข้อมูลที่สนับสนุนอย่างชัดเจน โดยจัดลำดับความสำคัญ/จำเป็นของตำแหน่งที่ขอรับการจัดสรร ตาม แบบ คปร. 2 และส่งให้ คปร. ภายในวันทำการสุดท้ายของเดือนธันวาคมของปี พร้อมส่งสำเนาให้กรมบัญชีกลางสำนักงานประมาณ และองค์กรกลางบริหารงานบุคคลของข้าราชการแต่ละประเภท

กรณีขอรับการจัดสรรอัตราตำแหน่งที่เกษียณอายุคืนสำหรับส่วนราชการขนาดเล็ก ส่วนราชการขนาดกลาง และส่วนราชการตั้งใหม่ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ที่ส่งคำขอรับการจัดสรรอัตราเกษียณอายุคืน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2548 นั้น คปร. จะจัดสรรคืนให้ทั้งหมดตามคำขอ แต่สำหรับส่วนราชการขนาดใหญ่ คปร. จะพิจารณาในภาพรวมของทุกกระทรวง ทบวง กรม และจัดสรรให้ตามเหตุผลความจำเป็น

อนึ่ง ขนาดของหน่วยงานที่กำหนดถือตามจำนวนตำแหน่งข้าราชการที่มีอัตราเงินเดือนแล้ว ณ วันที่ 1 ตุลาคม ของปี โดยให้นับรวมอัตราข้าราชการที่เกษียณอายุในวันที่ 1 ตุลาคม ของปีเดียวกันด้วย ซึ่งส่วนราชการจะต้องกรอกข้อมูลที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ตามแบบ คปร. 5 ซึ่งจะกล่าวในข้อ 6

2) การขอรับการจัดสรรอัตราสำหรับตำแหน่งที่ยังไม่มีอัตราเงินเดือน

สำหรับส่วนราชการที่มีตำแหน่งที่ยังไม่ได้รับการจัดสรรอัตราเงินเดือน ให้ดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1 : เสนอ อ.ก.พ. กระทรวง หรือองค์กรที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ทำหน้าที่คล้ายกับ อ.ก.พ. กระทรวง

ให้ส่วนราชการเสนอเหตุผลความจำเป็นต่อ อ.ก.พ. กระทรวง หรือ อ.ก.พ. ที่ทำหน้าที่ อ.ก.พ. กระทรวง หรือองค์กรที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ทำหน้าที่คล้ายกับ อ.ก.พ. กระทรวง พิจารณาถ้อยคำร้องก่อนนำเสนอ คปร. เพื่อให้กระทรวงพิจารณาในภาพรวมของตำแหน่งที่ขอรับการจัดสรรของส่วนราชการต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงก่อน โดยจัดทำรายละเอียดของตำแหน่ง และจัดลำดับความสำคัญ/จำเป็นของตำแหน่งในแต่ละส่วนราชการที่ขอรับการจัดสรร ตามแบบ คปร. 2 และ ส่งให้ คปร. ภายในวันทำการสุดท้ายของเดือนธันวาคมของปี พร้อมทั้งส่งสำเนาเรื่องดังกล่าวให้กรมบัญชีกลาง สำนักงานประมาณ และองค์กรกลางบริหารงานบุคคลเพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

สำหรับส่วนราชการที่ไม่สังกัดกระทรวง ทบวงใด ให้เสนอ คปร. พิจารณาในขั้นที่ 2 ได้โดยตรง

ขั้นที่ 2 : เสนอ คปร.

หลังจากที่ อ.ก.พ. ได้พิจารณาในภาพรวมของกระทรวงแล้ว ให้กระทรวงจัดทำคำขอรับการจัดสรรพร้อมเหตุผลความจำเป็น โดยจัดลำดับความสำคัญ/จำเป็นของตำแหน่งที่ขอรับการจัดสรร ตามแบบ คปร. 2 และส่งให้ คปร. ภายในวันทำการสุดท้ายของเดือนธันวาคมของปี พร้อมทั้งส่งสำเนาให้กรมบัญชีกลาง สำนักงานประมาณ และองค์กรกลางบริหารงานบุคคลของข้าราชการแต่ละประเภททราบ

คปร. จะพิจารณาจัดสรรในภาพรวมของทุกกระทรวง ทบวง กรม โดยเน้นการจัดสรรอัตราเงินเดือนสำหรับตำแหน่งในส่วนราชการตั้งใหม่ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ที่มีตำแหน่งที่ยังไม่มีอัตราเงินเดือน เพื่อให้มีอัตราค่าจ้างเพียงพอที่จะปฏิบัติงานตาม

ภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ส่วนราชการจะต้องส่งข้อมูลจำนวนตำแหน่งที่ยังไม่มีอัตราเงินเดือนตามแบบ คปร. 5 และส่ง คปร. ภายในวันที่ 20 เดือนพฤศจิกายน ของปี

3) การขออัตราตั้งใหม่กรณีมีความจำเป็นอันมิอาจหลีกเลี่ยงได้ 2 กรณี

(1) มีการจัดตั้งหน่วยงานหรือส่วนราชการระดับกระทรวงหรือกรมขึ้นใหม่ (นอกเหนือจากการจัดตั้งกระทรวง ทบวง กรมใหม่เมื่อปี พ.ศ. 2545) และจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน

(2) เป็นงานที่จะต้องดำเนินการตามนโยบายสำคัญของรัฐบาล หรือคณะรัฐมนตรีได้สั่งการให้ดำเนินการตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย และมีเงินงบประมาณที่ใช้ดำเนินการแล้ว ถ้าไม่ดำเนินการจะทำให้เกิดผลเสียหาย

ทั้งนี้ ให้เกลี้ยกล่อมคนภายในส่วนราชการหรือระหว่างส่วนราชการก่อนหากยังมีกำลังคนไม่เพียงพอ ให้ใช้วิธีการจ้างงานแบบหลากหลาย เช่น จ้างชั่วคราว จ้างตามสัญญาจ้าง พนักงานของรัฐหรือจ้างเหมาเอกชน แล้วแต่กรณี และหากดำเนินการแล้วยังไม่เพียงพอ ให้เสนอเหตุผลความจำเป็นให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1 : เสนอ อ.ก.พ. กระทรวง หรือองค์กรที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ทำหน้าที่คล้ายกับ อ.ก.พ. กระทรวง

ให้ส่วนราชการเสนอคำขอพร้อมเหตุผลความจำเป็นให้อ.ก.พ. กระทรวง หรือ อ.ก.พ. ที่ทำหน้าที่ อ.ก.พ. กระทรวง หรือองค์กรที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ทำหน้าที่คล้ายกับ อ.ก.พ. กระทรวง เพื่อพิจารณากลับกรองและเกลี้ยกล่อมระหว่างส่วนราชการภายในกระทรวงเดียวกันก่อน

ขั้นที่ 2 : เสนอองค์กรกลางบริหารงานบุคคลของข้าราชการแต่ละประเภท

ให้กระทรวงเสนอคำขอพร้อมเหตุผลความจำเป็นซึ่งได้ผ่านการพิจารณากลับกรองจาก อ.ก.พ. กระทรวง หรือองค์กรที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ทำหน้าที่คล้ายกับ อ.ก.พ. กระทรวงแล้ว ไปยังองค์กรกลางบริหารงานบุคคลของข้าราชการแต่ละประเภทเพื่อพิจารณากำหนดตำแหน่ง

ขั้นที่ 3 : เสนอ คปร.

ให้กระทรวงเสนอคำขอพร้อมเหตุผลความจำเป็นซึ่งผ่านการกลับกรองของ อ.ก.พ. กระทรวง หรือองค์กรที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ทำหน้าที่คล้ายกับ อ.ก.พ. กระทรวง และองค์กรกลางบริหารงานบุคคลเพื่อพิจารณาก่อนนำเสนอคณะรัฐมนตรี

ขั้นที่ 4 : เสนอคณะรัฐมนตรี

ให้กระทรวงเสนอคำขอพร้อมเหตุผลความจำเป็น ซึ่งผ่านการกลับกรองของ อ.ก.พ. กระทรวงและองค์กรกลางบริหารงานบุคคลแล้ว ไปยังคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติการตั้งอัตราเพิ่มใหม่ในกรณีมีเหตุผลความจำเป็นอันมิอาจหลีกเลี่ยงได้

ขั้นที่ 5 : เสนอ คปร.

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีแล้ว ให้กระทรวงเสนอคำขอรับจัดสรรอัตราจาก คปร. พร้อมเหตุผลความจำเป็นตามแบบ คปร. 2 และส่งให้ คปร. ภายในวันทำการสุดท้ายของเดือนธันวาคม ของปี พร้อมทั้งส่งสำเนาให้กรมบัญชีกลาง สำนักงานประมาณ องค์กรกลางบริหารงานบุคคลของข้าราชการแต่ละประเภททราบ

5. การบริหารจัดการอัตราลูกจ้างประจำที่เกษียณอายุและว่างระหว่างปี

5.1 การแจ้งยุบอัตราลูกจ้างประจำที่ว่างจากผลการเกษียณอายุและอัตราว่างระหว่างปี

ให้ส่วนราชการที่มีอัตราลูกจ้างประจำว่างจากผลการเกษียณอายุและอัตราว่างระหว่างปี จัดทำบัญชีรายละเอียดอัตราลูกจ้างประจำที่ต้องยุบเลิกจากผลการเกษียณอายุและอัตราว่างระหว่างปี ตาม แบบ คปร. 3 และ แบบ คปร. 4 และส่งให้ คปร. ภายในวันที่ 20 เดือนพฤศจิกายนของปี พร้อมทั้งส่งสำเนาเรื่องดังกล่าวให้กระทรวงที่สังกัด กรมบัญชีกลาง สำนักงบประมาณ และองค์กรกลางบริหารงานบุคคลทราบ

ทั้งนี้ อัตราตำแหน่งที่ส่วนราชการแจ้งยุบเลิกมายัง คปร. โดยไม่ได้ขอยกเว้นการยุบเลิกนั้น กรมบัญชีกลางจะยุบเลิกอัตราเงินเดือนของตำแหน่งลูกจ้างประจำนั้น

5.2 การขอยกเว้นการยุบเลิกอัตราลูกจ้างประจำ

หากส่วนราชการใดมีความจำเป็นจะขอยกเว้นการยุบเลิกอัตราลูกจ้างประจำที่ว่างจากผลการเกษียณอายุหรือว่างระหว่างปี ให้เสนอคำขอให้ คปร. พิจารณาเป็นกรณี ๆ ไป โดยแจ้งเหตุผลความจำเป็นและรายละเอียดของข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อประกอบการพิจารณาของ คปร. และส่งให้ คปร. ภายในวันที่ 20 เดือนพฤศจิกายนของปี พร้อมทั้งส่งสำเนาเรื่องดังกล่าวให้กรมบัญชีกลาง สำนักงบประมาณ กระทรวงที่สังกัด และองค์กรกลางบริหารงานบุคคลเพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

6. การรายงานข้อมูลเกี่ยวกับอัตรากำลังของส่วนราชการ

ให้ส่วนราชการ กรอกข้อมูลเกี่ยวกับ จำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ตาม แบบ คปร. 5 และส่งให้ คปร. ปีละ 2 ครั้ง ตามกำหนด ดังนี้

1) ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม ของปี ส่งให้ คปร. ภายในวันที่ 20 เดือนพฤศจิกายน ของปีเดียวกัน

2) ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน ของปีส่งให้ คปร. ภายในวันที่ 20 เดือนกรกฎาคม ของปีเดียวกัน

7. การกำหนดมาตรการจูงใจเพื่อตอบสนองส่วนราชการที่บริหารจัดการกำลังคนได้ดี

คปร. จะดำเนินการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ ประกอบด้วย ผู้แทนสำนักงาน ก.พ. ผู้แทนสำนักงาน ก.พ.ร. ผู้แทนสำนักงานประมาณ และผู้แทนกระทรวงการคลัง เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการจูงใจเพื่อตอบสนองส่วนราชการที่สามารถบริหารจัดการกำลังคนได้ดี เช่น อาจจัดสรรเงินงบประมาณที่รัฐประหยัดได้ส่วนหนึ่งจากการลดคนไปจ่ายเพิ่มเป็นโบนัสให้กับผู้ที่อยู่ในส่วนราชการนั้น ๆ เป็นต้น ซึ่งจะแจ้งให้ส่วนราชการทราบเพื่อสร้างขวัญ กำลังใจ และร่วมกันดำเนินการตามยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐต่อไป

8. มาตรการอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ

มาตรการเสริมเพื่อให้การดำเนินการตามยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐได้ผลมากยิ่งขึ้น โดยให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อให้มีผลเป็นรูปธรรม ดังนี้

1) การถ่ายโอนงานให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และการจัดตั้งองค์การมหาชน

- ทบทวนบทบาทและภารกิจของแต่ละส่วนราชการ และกำหนดให้มีความชัดเจนว่า ภารกิจใดรัฐเป็นผู้ปฏิบัติ ภารกิจใดควรถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภารกิจใดควรดำเนินการโดยเอกชน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลที่เน้นการปรับ

ระบบราชการจากผู้ปฏิบัติ และผู้ควบคุมมาเป็นการดำเนินงานเฉพาะภารกิจหลัก และส่งเสริมการดำเนินงานของภาคเอกชน องค์กรประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- เฝ้าระวังการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ และวางระบบรองรับการดำเนินการที่ชัดเจน เพื่อถ่ายโอนบุคลากรออกจากระบบราชการ โดยคำนึงถึงความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนด้วย

2) การปรับปรุงระบบบริหารงานบุคคล

- ให้มีความคล่องตัว ยืดหยุ่นในการบริหารกำลังคน โดยยึดหลักการตามระบบคุณธรรม (Merit System) หลักสมรรถนะ (Competency Based) และหลักผลการปฏิบัติงาน (Performance Based)

- มีการถ่ายเทผู้มีความสามารถประณีตออกจากระบบและมีระบบการจูงใจคนให้ออกจากระบบราชการโดยให้ค่าตอบแทน เช่น โครงการเกษียณก่อนกำหนดโดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

- มีการปรับปรุงระบบค่าตอบแทนให้เป็นธรรมและสอดคล้องกับอัตราค่าตอบแทนโดยรวมในตลาดแรงงาน มีระบบการให้ค่าตอบแทนตามผลงาน เพื่อให้สามารถจูงใจคนรุ่นใหม่ คนเก่งคนดี คนมีความรู้ความสามารถเข้าสู่ระบบราชการ

- มีระบบการตรวจสอบการใช้กำลังคนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตรวจสอบกำลังคนในหน่วยงานต่าง ๆ ว่า มีกำลังคนขาดหรือเกินในส่วนใด และสร้างระบบการเกลี่ยกำลังคนที่ใช้ได้ผลจริงเพื่อเป็นกลไกในการกระจายกำลังคนที่ขาด/เกิน ให้เกิดความสมดุลและใช้กำลังคนอย่างได้ประโยชน์สูงสุด พร้อมทั้งปรับปรุงกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องให้มีความยืดหยุ่น คล่องตัว และเอื้อต่อการบริหารจัดการกำลังคนด้วย

3) การปรับปรุงระบบการจ้างงาน

- ให้มีความยืดหยุ่น มีการจ้างกำลังคนหลากหลาย

ประเภทตามความเหมาะสมของภารกิจ เช่น การจ้างลูกจ้างสัญญาจ้าง การจ้างผู้เชี่ยวชาญภายนอกที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เฉพาะด้านเข้ามาช่วยทำงาน (เช่น งานวิจัย งานที่ปรึกษา ฯลฯ) การจ้างลูกจ้างชั่วคราว การจ้างเหมาเอกชน

- มีระบบรองรับการดำเนินการสำหรับกำลังคนแต่ละประเภทตามความเหมาะสม เช่น ระบบการสรรหาที่มีประสิทธิภาพ ระบบการบริหารตำแหน่ง ระบบการบริหารงานบุคคล ระบบการให้ค่าตอบแทนตามผลงาน ระบบสวัสดิการ/ประโยชน์เกื้อกูล เป็นต้น

4) การปรับปรุงระบบงาน

- จัดลำดับความสำคัญของงานตามภาระหน้าที่ของแต่ละส่วนราชการ ยุบเลิกงานที่ไม่จำเป็นหรือมีความจำเป็นน้อยที่สุด

- ปรับปรุงระบบและวิธีการทำงานตามภาระหน้าที่ ลดสายการบังคับบัญชา ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รวมทั้งปรับปรุงกฎระเบียบให้มีความคล่องตัวยิ่งขึ้น

- นำเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เหมาะสมมาใช้ในการทำงาน เพื่อทดแทนการใช้กำลังคน

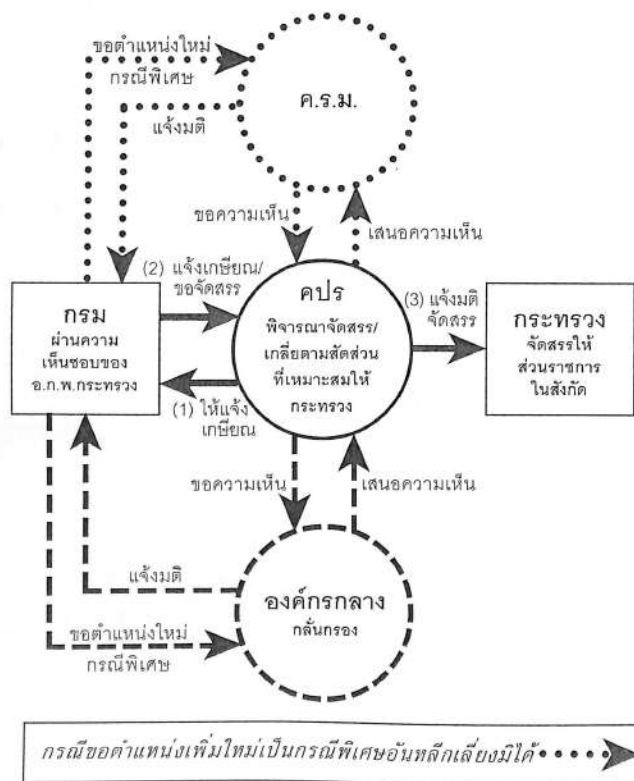
5) การพัฒนากำลังคน

- พัฒนากำลังคนทุกระดับอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านองค์ความรู้ และด้านทัศนคติ ค่านิยม เพื่อใช้คนน้อยลง แต่พัฒนาให้มีศักยภาพสูงขึ้น

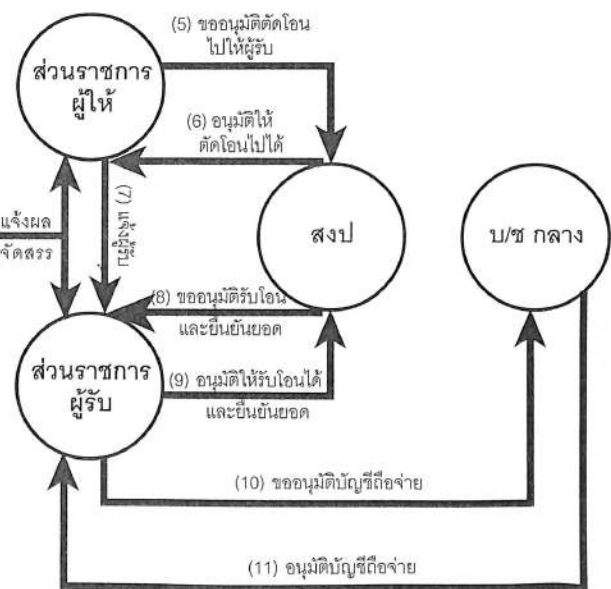
- พัฒนาคนรุ่นใหม่ให้เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ทรงความรู้ Knowledge Worker มีความรู้ความชำนาญหลายด้าน

- พัฒนาคนรุ่นเก่าให้มีความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สอดคล้องกับการปรับระบบและวิธีการทำงานแนวใหม่...

ขั้นตอนการจัดสรรอัตราและตัดโอน



ตำแหน่ง / เงินเดือนจากผลเกษียณ



ภาคผนวก

[114]

กรมศิลปากร

ที่ ๑๒๐๖/๒๕๔๖ เรื่อง การจ้างลูกจ้างชั่วคราว

มี ๒๔ หน้า

วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๖

มติคณะรัฐมนตรี

วันที่ 30 กันยายน 2546

เรื่อง การจ้างลูกจ้างชั่วคราว

๑. ให้กระทรวงมหาดไทยพิจารณารวมศูนย์การจ้างลูกจ้างชั่วคราวในสังกัดกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

๒. ให้กระทรวงมหาดไทยพิจารณารวมศูนย์การจ้างลูกจ้างชั่วคราวในสังกัดกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

๓. ให้กระทรวงมหาดไทยพิจารณารวมศูนย์การจ้างลูกจ้างชั่วคราวในสังกัดกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

๔. ให้กระทรวงมหาดไทยพิจารณารวมศูนย์การจ้างลูกจ้างชั่วคราวในสังกัดกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

(สำเนา)

ด่วนที่สุด

ที่ นร ๐๕๐๔/ว(ล)๑๕๕๖๒

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กทม.๑๐๓๐๐

๑๔ ตุลาคม ๒๕๔๖

เรื่อง การจ้างลูกจ้างชั่วคราว

เรียน (กระทรวง ทบวง กรม และจังหวัด)

อ้างถึง ๑. หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร
๐๒๐๕/ว๙๖ ลงวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๔๑๒. หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร
๐๕๐๔/ว๒๔๔ ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๔๖

ตามที่ได้ยื่นยืนยันมติคณะรัฐมนตรี (๒๖ พฤษภาคม ๒๕๔๑) เกี่ยวกับเรื่อง มาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ : ลูกจ้างประจำ และมติคณะรัฐมนตรี (๒๓ กันยายน ๒๕๔๖) เกี่ยวกับเรื่อง ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ มาเพื่อทราบ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในคราวประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๖ คณะรัฐมนตรีเห็นว่า ตามที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๔๑ เรื่อง มาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ : ลูกจ้างประจำ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๑ โดยกำหนดไม่ให้เพิ่มอัตราข้าราชการตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๑ เป็นต้นมา และให้ส่วนราชการยุบเลิกตำแหน่งที่ว่างลง เนื่องจากการเกษียณอายุไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ สำหรับที่เหลืออีกร้อยละ ๒๐ให้นำมารวมกัน แล้วมอบให้คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) พิจารณาจัดสรรให้ส่วนราชการที่มีความจำเป็น หากจัดสรรไม่หมดให้ยุบเลิก ซึ่งมาตรการดังกล่าวได้

ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง นั้น ปรากฏว่า ที่ผ่านมามีส่วนราชการหลายแห่งได้เสนอขอจ้างลูกจ้างชั่วคราว และขอต่ออายุการจ้างลูกจ้างชั่วคราวมาเป็นจำนวนมาก ซึ่งคณะรัฐมนตรีเห็นว่า การจ้างลูกจ้างชั่วคราว สำหรับงานหรือภารกิจหลักที่ส่วนราชการต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ไม่ก่อให้เกิดผลดีทั้งงานของทางราชการ และตัวลูกจ้างเอง เนื่องจากลูกจ้างชั่วคราวไม่มีความมั่นคง จึงขาดประสิทธิภาพ และขาดแรงจูงใจที่จะทำงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ การมีลูกจ้างชั่วคราวในลักษณะดังกล่าว จึงเท่ากับเป็นการดำเนินการเพื่อหลีกเลี่ยงมติคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับมาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐดังกล่าวข้างต้น และโดยที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๔๖ เรื่อง ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ เห็นชอบยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ ให้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามข้อเสนอของ คปร. โดยในมาตรการระยะสั้นจะยังคงไม่ให้เพิ่มอัตราตั้งใหม่ ยกเว้นกรณีจำเป็นอันมิอาจหลีกเลี่ยงได้ พร้อมทั้งได้กำหนดแนวทาง กลไก และหลักเกณฑ์ การจัดสรรอัตราเงินเดือนของตำแหน่งที่ว่างจาก ผลการเกษียณอายุราชการขึ้นใหม่ นอกจากนี้ ยังได้กำหนดมาตรการการบริหารงานบุคคลให้หลากหลายขึ้น จึงให้ดำเนินการ ดังนี้

๑. ให้สำนักงาน ก.พ. รับปัญหาการจ้างลูกจ้างชั่วคราวไปพิจารณาพร้อมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐอย่างเคร่งครัด หากส่วนราชการใดไม่มีเหตุผลความจำเป็นอย่างแท้จริง ไม่ควรจ้างหรือต่ออายุการจ้างลูกจ้างชั่วคราวอีกต่อไป

๒. ให้สำนักงาน ก.พ. เฝ้าระวังการดำเนินการเกลี่ยอัตรากำลังและบุคลากรที่ตัดโอนไปไว้ที่ศูนย์พัฒนาและถ่ายโอนบุคลากรภาครัฐ สำนักงาน ก.พ. โดยให้ประสานกับส่วนราชการต่าง ๆ ให้แล้ว

เสร็จโดยเร็ว เพื่อให้ส่วนราชการต่าง ๆ มีบุคลากรปฏิบัติงานประจำอย่างเต็มศักยภาพ และลดปัญหาการจ้างลูกจ้างชั่วคราว และหากภารกิจหรือการดำเนินการใดมีลักษณะเป็นภารกิจหลักของส่วนราชการที่จะต้องมีการผลิตซ้ำดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สำนักงาน ก.พ. ก็ควรจะพิจารณากำหนดให้เป็นอัตราข้าราชการแทนลูกจ้างชั่วคราว เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง และหากสามารถนำเอาอัตรากำลังที่ตัดโอนไปไว้ศูนย์พัฒนาและถ่ายโอนบุคลากรภาครัฐ ไปบรรจุแต่งตั้งเพิ่มให้ได้ ก็ให้ดำเนินการตามความเหมาะสมต่อไปด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) สุรชัย ภูประเสริฐ

(นายสุรชัย ภูประเสริฐ)

รองเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

สำนักบริหารการประชุมคณะรัฐมนตรี

โทร. ๐ ๒๒๔๐ ๙๐๐๐ ต่อ ๓๒๔ - ๓๒๕

โทรสาร ๐ ๒๒๔๐ ๙๐๖๔

รายชื่อส่วนราชการตั้งใหม่

รายชื่อส่วนราชการตั้งใหม่ จำแนกตามกระทรวง

สำนักนายกรัฐมนตรี

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ

กระทรวงการคลัง

- สำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ
- สำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

- สำนักงานปลัดกระทรวง
- สำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ
- สำนักงานพัฒนาการท่องเที่ยว

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

- สำนักงานปลัดกระทรวง
- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ**
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว
- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ

กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

- สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ

กระทรวงคมนาคม

- กรมการขนส่งทางน้ำและพาณิชยนาวี*
- กรมการขนส่งทางอากาศ
- สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร**
- กรมทางหลวงชนบท

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

- สำนักงานปลัดกระทรวง
- กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง
- กรมทรัพยากรน้ำ
- กรมทรัพยากรน้ำบาดาล
- กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

- สำนักงานปลัดกระทรวง

กระทรวงพาณิชย์

- กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ**
- กรมพัฒนาธุรกิจการค้า**

กระทรวงพลังงาน

- สำนักงานปลัดกระทรวง
- กรมเชื้อเพลิงธรรมชาติ
- กรมธุรกิจพลังงาน
- กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน**
- สำนักงานนโยบายและแผนพลังงาน

กระทรวงมหาดไทย

- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- กรมโยธาธิการและผังเมือง*
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กระทรวงยุติธรรม

- กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ

- กรมสอบสวนคดีพิเศษ
- สำนักงานกิจการยุติธรรม
- สถาบันนิติวิทยาศาสตร์

กระทรวงวัฒนธรรม

- สำนักงานปลัดกระทรวง
- สำนักงานศิลปวัฒนธรรมร่วมสมัย

กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

- สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ**

กระทรวงศึกษาธิการ

- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
- สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา

กระทรวงสาธารณสุข

- กรมควบคุมโรค**
- กรมพัฒนาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงอุตสาหกรรม

- กรมอุตสาหกรรมพื้นฐานและการเหมืองแร่
- สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย

ส่วนราชการไม่สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงหรือทบวง

- สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

หมายเหตุ : ส่วนราชการตั้งใหม่ หมายถึง ส่วนราชการที่กำหนดขึ้นใหม่ และรวมถึงส่วนราชการที่ภารกิจได้ปรับเปลี่ยนไป ซึ่งมีผลให้ต้องจัด ส่วนราชการเดิมเป็นส่วนราชการใหม่ด้วย

* กรมที่งานส่วนใหญ่มีฐานมาจากส่วนราชการระดับกรมเดิม

** กรมที่เปลี่ยนชื่อจากกรมเดิม

กระทรวงศึกษาธิการเป็นการยุบรวม 14 กรม เป็น ส่วนราชการที่มีฐานะเทียบเท่ากรม 5 ส่วนราชการ (รวมสำนักงาน ปลัดกระทรวง)

[120]

แบบ คปร. 1 - 5

- แบบ คปร. 1 - บัญชีตำแหน่งข้าราชการที่ว่างจากผลการเกษียณอายุราชการ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ.
- แบบ คปร. 2 - บัญชีตำแหน่งข้าราชการที่ขอรับการจัดสรรอัตราเงินเดือนจาก คปร. ในปีงบประมาณ พ.ศ.
- แบบ คปร. 3 - บัญชีอัตราลูกจ้างประจำ (ตาม จ.18) และอัตราว่างจากการเกษียณอายุและว่างระหว่างปี งบประมาณ พ.ศ.
- แบบ คปร. 4 - บัญชีรายละเอียดชื่อตำแหน่งลูกจ้างประจำที่เกษียณอายุและที่ว่างระหว่างปี งบประมาณ พ.ศ.
- แบบ คปร. 5 - ข้อมูลเฉพาะส่วนราชการ

หมายเหตุ : ๑ แบบ คปร. 1-2 ส่งภายในวันที่ 30 ธันวาคม ของปี
 ๑ แบบ คปร. 3-5 ส่งภายในวันที่ 20 พฤศจิกายน ของปี

บัญชีตำแหน่งข้าราชการที่ว่างจากผลการเกษียณอายุราชการ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ.
กรม..... กระทรวง.....
(ส่งพร้อมหนังสือ..... ลงวันที่.....)

[illegible]

บัญชีตำแหน่งข้าราชการที่ขอรับการจัดสรรอัตราเงินเดือนจาก คปร. ในปีงบประมาณ พ.ศ.

กรม..... กระทรวง.....

(ส่งพร้อมหนังสือ..... ลงวันที่.....)

[illegible]

หมายเหตุ : * ช่องลำดับที่ ให้เรียงลำดับความสำคัญ / จำเป็นของตำแหน่งที่ขอรับการจัดสรร

แบบ คปร. 3

บัญชีอัตราลูกจ้างประจำ (ตาม จ.18) และอัตราว่างจากการเกษียณอายุ และว่างระหว่างปี ปังงบประมาณ พ.ศ.

กรม..... กระทรวง.....

(ส่งพร้อมหนังสือ..... ลงวันที่.....)

[illegible]

แบบ คปร. 5 (ต่อ)

5. จำนวนตำแหน่งข้าราชการพลเรือนจำแนกตามระดับและการบริหารราชการส่วนกลาง/ส่วนภูมิภาค
(ข้อมูล ณ วันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ.)

ระดับ	จำนวนตำแหน่งที่มีเงิน (ตำแหน่ง) *			จำนวนข้าราชการ (คน)		
	รวม	ราชการบริหาร		รวม	ราชการบริหาร	
		ส่วนกลาง	ส่วนภูมิภาค		ส่วนกลาง	ส่วนภูมิภาค
11 นค						
11 ขช						
11 วช						
10 นค						
10 ขช						
10 วช						
10						
9 นค						
9 ขช						
9 วช						
9						
8 นค						
8 ขช						
8 ว						
8						
7 วร						
7 ว						
7						
6 ว						
6						
5						
4						
3						
2						
1						
รวม						

หมายเหตุ : * กรณีที่เป็นตำแหน่งในระดับความที่ว่างไม่มีคนครอง ให้กรอกในระบับเลขของระดับความนั้น
ส่วนตำแหน่งที่มีคนครองให้กรอกตามระดับของผู้ครองตำแหน่งนั้น ๆ

[124]

คำอธิบายการกรอกข้อมูลตามแบบ คปร. 1-5

แบบ คปร. 1 - เป็นแบบบัญชีตำแหน่งข้าราชการที่เกษียณอายุเมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 และตำแหน่งที่เห็นสมควรยุบเลิกทดแทน ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้ คือ

● **คอลัมน์ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ว่างจากการเกษียณอายุ** ซึ่งอยู่ด้านซ้าย ประกอบด้วย

- "เลขที่ตำแหน่ง" ให้ใส่เลขที่ตำแหน่งของตำแหน่งที่เกษียณอายุจริง เป็นรายตำแหน่ง

- "ส่วนราชการ / ตำแหน่ง" ให้ใส่สังกัดและชื่อตำแหน่งของตำแหน่งที่เกษียณอายุจริง เป็นรายตำแหน่ง

- "ระดับ" ให้ใส่ระดับของตำแหน่งที่ว่างจากการเกษียณอายุ เป็นรายตำแหน่ง

- "อัตราเงินเดือน" ให้ใส่อัตราเงินเดือนของตำแหน่งที่เกษียณอายุจริง เป็นรายตำแหน่ง

● **คอลัมน์ส่วนราชการ / ตำแหน่งว่างที่ยุบเลิกแทนตำแหน่งเกษียณอายุ** ซึ่งอยู่ด้านขวา ประกอบด้วย

- "เลขที่ตำแหน่ง" ให้ใส่เลขที่ตำแหน่งของตำแหน่งว่างที่นำมายุบเลิกแทนตำแหน่งเกษียณอายุ เป็นรายตำแหน่ง

- "ส่วนราชการ / ตำแหน่ง" ให้ใส่สังกัดและชื่อตำแหน่งของตำแหน่งว่างที่นำมายุบเลิกแทนตำแหน่งเกษียณอายุ เป็นรายตำแหน่ง

- "ระดับ" ให้ใส่ระดับของตำแหน่งว่างที่นำมายุบเลิกแทนตำแหน่งเกษียณอายุ เป็นรายตำแหน่ง

- "อัตราเงินเดือน" ให้ใส่อัตราเงินเดือนขั้นต่ำของตำแหน่งว่างที่นำมาอุปเลกแทนตำแหน่งเกษียณอายุ เป็นรายตำแหน่ง

แบบ คปร. 2 - เป็นแบบบัญชีตำแหน่งข้าราชการที่ขอรับการจัดสรรอัตราเงินเดือนจาก คปร. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2547

- "ลำดับที่" ให้ใส่เลขที่เรียงตามลำดับความสำคัญ/จำเป็นของตำแหน่งที่ขอรับการจัดสรร

- "เลขที่ตำแหน่ง" ให้ใส่เลขที่ของตำแหน่งที่ขอรับการจัดสรร เป็นรายตำแหน่ง

- "ส่วนราชการ/ตำแหน่ง" ให้ใส่สังกัด และชื่อตำแหน่งที่ขอรับการจัดสรร เป็นรายตำแหน่ง

- "ระดับ" ให้ใส่ระดับของตำแหน่งที่ขอรับการจัดสรร เป็นรายตำแหน่ง

- "อัตราเงินเดือน" ให้ใส่อัตราเงินเดือนของตำแหน่งที่ขอรับการจัดสรร เป็นรายตำแหน่ง

- "เหตุผลความจำเป็น" ให้ใส่เหตุผลความจำเป็นโดยมีข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจนประกอบ เป็นรายตำแหน่ง

แบบ คปร. 3 - เป็นแบบบัญชีอัตราลูกจ้างประจำทั้งหมดของส่วนราชการ (ตาม จ.18) และอัตราว่างจากการเกษียณอายุและว่างระหว่างปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้ คือ

● **คอลัมน์ส่วนราชการ/หมวด/ตำแหน่ง** ให้แสดงชื่อตำแหน่งลูกจ้างประจำทุกอัตราตาม จ.18 ของส่วนราชการ โดยจำแนกเป็นหมวดลูกจ้างประจำตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ได้แก่ หมวดแรงงาน หมวดกึ่งฝีมือ หมวดฝีมือ หมวดฝีมือพิเศษ และตำแหน่งลูกจ้างประจำซึ่งมีชื่อและลักษณะงานซ้ำซ้อนกับข้าราชการ

● **คอลัมน์จำนวนอัตราตาม จ.18** ให้แสดงจำนวนตำแหน่งทั้งหมดในแต่ละตำแหน่ง ณ 30 กันยายน 2546 (นับรวมอัตราว่างจากการเกษียณอายุและว่างระหว่างปีด้วย) พร้อมทั้งแสดงยอดรวมของค่าจ้างประจำทั้งปี โดยรวมจากค่าจ้างประจำของแต่ละอัตราของตำแหน่งนั้นๆ จาก จ.18 เช่น ตำแหน่งนักการภารโรงทั้งหมด 32 อัตรา แต่ละอัตราอาจจะมีค่าจ้างประจำเท่ากันหรือแตกต่างกันก็ได้ แล้วนำมารวมกันก็จะเป็นค่าจ้างทั้งปีของตำแหน่งนั้นๆ โดยการคิดค่าจ้างแต่ละอัตราทั้งปีนั้น คำนวณดังนี้

ค่าจ้างทั้งปี = (ค่าจ้าง ณ เดือนตุลาคม 2545 คูณ 6) + (ค่าจ้าง ณ เดือนเมษายน 2546 คูณ 6)

● **คอลัมน์อัตราว่าง** ซึ่งแสดงรายละเอียดของอัตราที่ต้องอุปเลกจากการเกษียณอายุ และอัตราว่างระหว่างปี ประกอบด้วย

- "ว่างระหว่างปี" เป็นการว่างลงของตำแหน่งลูกจ้างประจำด้วยเหตุอื่นๆ ที่ไม่ใช่การเกษียณอายุ เช่น ลาออก ปลดออก ไล่ออก ตาย

- "เกษียณอายุ" เป็นการว่างลงของตำแหน่งด้วยการเกษียณอายุตามปกติ

- "รวม" เป็นการแสดงยอดรวมของอัตราที่ว่างระหว่างปีกับอัตราที่ว่างด้วยเหตุเกษียณอายุ รวมทั้งแสดงยอดรวมของค่าจ้างทั้งปีของอัตราที่ว่างระหว่างปี กับค่าจ้างทั้งปีของอัตราที่ว่างด้วยเหตุเกษียณอายุด้วย

แบบ คปร. 4 - เป็นแบบบัญชีแสดงรายละเอียดชื่อตำแหน่งลูกจ้างประจำที่เกี่ยยณอายุราชการและว่างระหว่างปี ซึ่งประกอบด้วย

● คอลัมน์แสดงหมวด / ชื่อตำแหน่ง / สิ่งกีด / กอง และเลขที่ตำแหน่งของอัตราที่เกี่ยยณอายุราชการ เป็นรายตำแหน่ง

● คอลัมน์แสดงหมวด / ชื่อตำแหน่ง / สิ่งกีด / กอง และเลขที่ตำแหน่งของอัตราที่ว่างระหว่างปี เป็นรายตำแหน่ง

แบบ คปร. 5 - เป็นข้อมูลเฉพาะส่วนราชการ ซึ่งประกอบด้วย

ข้อมูลเกี่ยวกับอัตรากำลังข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว จำแนกตามการบริหารราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และระดับตำแหน่ง ซึ่งมีหมายเหตุคำอธิบายการกรอกข้อมูลบางส่วนในแต่ละตารางแล้ว

สรุปสถานการณ์ความเคลื่อนไหวด้านกำลังคน

นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ

พินทุสร เหมพิสุทธิ

มกราคม 2547

สรุปสถานการณ์การเคลื่อนไหวทั้งที่เป็นนโยบายของรัฐบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนอกกระทรวงสาธารณสุข และภายในกระทรวงสาธารณสุขในช่วงที่ผ่านมา ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ ดังนี้

1. นโยบายรัฐบาลและการเปลี่ยนแปลงในระดับชาติในเรื่องกำลังคน และการบริหารราชการ

• สำนักงาน ก.พ.

- i. มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 กันยายน 2546 เรื่อง ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ
- ii. คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2546 มีมติเห็นชอบมาตรการพัฒนาและบริหารกำลังคนเพื่อรองรับการเปลี่ยน
- iii. พัฒนาศักยภาพให้มีประสิทธิภาพรองรับ
- iv. ระบบการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่, ระบบการจำแนกตำแหน่ง(ใหม่)

• สำนักงาน ก.พ.ร.

- i. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการ 2546 – 2550
- ii. การกำหนดวิธีการปฏิบัติราชการ: พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 (เจตนารมณ์ ตาม มาตรา 3/1)
- iii. การพัฒนาการจัดการองค์การภาครัฐยุคใหม่

2. นโยบายกระทรวงสาธารณสุขและความเคลื่อนไหวในกระทรวงสาธารณสุข

- การจัดทำระบบ GIS กระทรวงสาธารณสุข
- แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข

1. นโยบายรัฐบาลและการเปลี่ยนแปลงในระดับชาติในเรื่องกำลังคน

1.1 สำนักงาน ก.พ.

- 1.1.1 มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 กันยายน 2546 เรื่อง ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบข้อเสนอของคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) เรื่อง ยุทธศาสตร์การปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ โดยให้ปรับปรุงระยะเวลาตามมาตรการระยะสั้นจากเดิมที่กำหนดไว้ 3 ปี (ปีงบประมาณ 2547 – 2549) ลงเหลือ 2 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับระยะเวลาการดำรงตำแหน่งของคณะรัฐมนตรีชุดนี้ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ รวมทั้งยกเลิกมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญ สรุปได้ดังนี้

มาตรการระยะสั้น (2 ปี)

1. ไม่ให้เพิ่มอัตราตั้งใหม่ ยกเว้นกรณีจำเป็นอันมิอาจหลีกเลี่ยงได้
2. ข้าราชการพลเรือน ให้คงกรอบอัตรากำลังรวม จำนวน 394,385 ตำแหน่ง และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 – 2548 ไม่มีการยุบเลิกอัตรากำลังในภาพรวม ส่วนข้าราชการฝ่ายอัยการ จัดสรรให้ตามเหตุผลความจำเป็น สำหรับข้าราชการครูและข้าราชการตำรวจ ยุบเลิกร้อยละ 80 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 20 ให้ คปร. พิจารณาจัดสรรอัตราคืนให้

กลไกการดำเนินการ: ให้ส่วนราชการที่มีตำแหน่งข้าราชการเกษียณอายุแจ้งตำแหน่งที่เห็นสมควรยุบเลิกเท่ากับจำนวนตำแหน่งที่เกษียณมาที่ คปร. โดยให้ คปร. พิจารณาจัดสรรให้กระทรวง และให้กระทรวงพิจารณาจัดสรรให้ส่วนราชการในสังกัด โดยมีแนวทางพิจารณาดังนี้

- 1) ประเภทของหน่วยงาน ส่วนราชการตั้งใหม่ จะจัดสรรอัตราเงินเดือนให้สำหรับตำแหน่งที่ยังไม่มีเงิน และจัดสรรอัตราว่างจากผลการเกษียณอายุคืนให้ทั้งหมด สำหรับส่วนราชการเดิม จัดสรรคืนให้ตามเหตุผลความจำเป็น
 - 2) ขนาดของหน่วยงาน ส่วนราชการขนาดเล็ก (อัตรากำลังต่ำกว่า 500 อัตรา) และส่วนราชการขนาดกลาง (อัตรากำลัง 500 – 1,000 อัตรา) จะจัดสรรอัตราว่างจากผลการเกษียณอายุคืนให้ทั้งหมด สำหรับส่วนราชการขนาดใหญ่ (อัตรากำลังมากกว่า 1,000 อัตรา) จัดสรรให้ตามเหตุผลความจำเป็น
 - 3) พิจารณาจัดสรรตามกลุ่มภารกิจ ที่มีความสำคัญ/จำเป็น โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ ด้านบริหาร ด้านความมั่นคง ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม
 - 4) ส่วนราชการที่ได้รับการจัดสรรต้องไม่มีตำแหน่งว่างที่มีอัตราเงินเดือนเหลืออยู่ ณ วันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี ยกเว้นในกรณีตามที่กำหนด
3. ลูกจ้างประจำ: ให้ทุกส่วนราชการยุบเลิกอัตราลูกจ้างประจำที่ว่างลงจากการเกษียณอายุ และอัตราว่างระหว่างปีทุกตำแหน่ง หากส่วนราชการใดมีความจำเป็นจะขอยกเว้นการยุบเลิกอัตราลูกจ้างประจำ ให้เสนอคำขอให้ คปร. พิจารณาเป็นกรณี ๆ ไป
 4. ให้สำนักงาน ก.พ. และกระทรวง กำกับดูแลการจัดสรรกำลังคน ตามแนวทางการจัดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับการปรับบทบาทภารกิจและภาระหน้าที่ของส่วนราชการ
 5. ให้ คปร. กำหนดนโยบายการบริหารกำลังคน และให้สำนักงาน ก.พ. สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงการคลัง วางระบบและวิธีการให้กระทรวงบริหารตำแหน่งภายใต้วงเงินงบประมาณและกรอบอัตรากำลังที่กำหนด
 6. ให้สำนักงาน ก.พ. สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานประมาณ และกระทรวงการคลัง ร่วมกันกำหนดมาตรการจูงใจ เพื่อตอบแทนส่วนราชการที่สามารถบริหารจัดการกำลังคนได้ดี
 7. ให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามกลไก/มาตรการอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ เพื่อให้มีผลเป็นรูปธรรม

มาตรการระยะยาว (5 ปี)

ให้ คปร. สำนักงาน ก.พ. สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานประมาณ และกระทรวง ร่วมกันจัดทำแผนกำลังคนภาครัฐในระยะยาว ให้สอดคล้องกับบทบาทภารกิจ การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ประเภทขององค์กร และประเภทของกำลังคน

- 1.1.2 การดำเนินมาตรการพัฒนาและบริหารกำลังคนเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง มีแนวทางดำเนินการ 3 มาตรการ คือ
- คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2546 มีมติเห็นชอบมาตรการพัฒนาและบริหารกำลังคนเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง และให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ ใน 3 มาตรการย่อย ดังนี้
- มาตรการที่ 1 มาตรการสนับสนุนผู้ประสงค์จะเริ่มอาชีพใหม่ในระบบราชการ หรือ มาตรการชีวิตเริ่มต้นเมื่ออายุ 50 ปี (ผู้เข้าร่วมมาตรการฯ ออกจากราชการในวันที่ 1 เมษายน 2547)
 - มาตรการสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากการปรับระบบราชการ (ผู้เข้าร่วมมาตรการฯ ออกจากราชการในวันที่ 1 เมษายน 2547)
 - มาตรการพัฒนาและบริหารกำลังคนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบราชการ
- 1.1.3 พัฒนากลไกให้มีประสิทธิภาพรองรับ (อยู่ในระหว่างการทดลอง และคาดว่าจะเริ่มดำเนินการ ตุลาคม 2547)
- การพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง
 - การสรรหาระบบเปิด
 - ระบบการจำแนกตำแหน่งและค่าตอบแทนใหม่
- ระบบการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่
- เน้นผลสัมฤทธิ์ และ competency
- ระบบการจำแนกตำแหน่ง(ใหม่)
- กลุ่มนักบริหารระดับสูง
 - กลุ่มนักบริหารระดับกลาง
 - กลุ่มระดับ ปฏิบัติการ
 - พนักงานราชการ
- พนักงานราชการ
- มีสองประเทศ คือ ประเภททั่วไป และประเภทพิเศษ
 - มีสัญญาจ้างงาน วาระไม่เกิน 4 ปี

- มีการประเมินผลการปฏิบัติงานทุกปี เพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือน เลิกจ้าง หรือ เพื่อต่อสัญญาจ้าง
- ค่าตอบแทนสูงกว่าข้าราชการ แต่สวัสดิการน้อยกว่า และมีบัญชีเงินเดือนหลายบัญชี

1.2 สำนักงาน ก.พ.ร.

การพัฒนาระบบราชการไทย

1.2.1 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการ 2546 – 2550 จำนวน 7 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- ปรับปรุงโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดิน
- ปรับเปลี่ยนกระบวนการและวิธีการทำงาน
- การรื้อปรับระบบการเงินและงบประมาณ
- การสร้างระบบบริหารบุคคลใหม่
- ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ วัฒนธรรม และค่านิยม
- การเสริมสร้างระบบราชการให้ทันสมัย
- เปิดระบบราชการให้ประชาชนมีส่วนร่วม

(รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)

1.2.2 การกำหนดวิธีการปฏิบัติราชการ: พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 (เจตนารมณ์ ตาม มาตรา 3/1)

- เกิดประโยชน์สุขของประชาชน
- เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ
- มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่า
- ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เกินความจำเป็น
- ปรับปรุงภารกิจและโครงสร้างส่วนราชการ
- อำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการของประชาชน
- มีการประเมินผลงานอย่างสม่ำเสมอ

(รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)

1.2.3 การพัฒนาการจัดการองค์การภาครัฐยุคใหม่

- การบริหารงานแบบบูรณาการ
 1. มิตินายกบังคับบัญชา มิตินพื้นที่ มิติน Agenda
 2. ระบบการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการ
 3. ระบบบริหารราชการในต่างประเทศ

(รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)

2. กระทรวงสาธารณสุข

2.1 จัดทำระบบฐานข้อมูลกำลังคน GIS (Geographic Information System)

มีการจัดทำระบบฐานข้อมูลกำลังคนรายจังหวัด ในฐานข้อมูลของสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้แต่ละจังหวัดสามารถเข้าไปปรับปรุงแก้ไขข้อมูลได้ตลอดเวลาและเป็นข้อมูลสถานการณ์จำนวนบุคลากรที่ทำงานอยู่จริงในแต่ละสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2 จัดทำแผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา โดยมีสาระสำคัญของข้อเสนอ โดยขออนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังต่อไปนี้

ข้อเสนอระยะสั้น

2.2.1 ขอความเห็นชอบในเรื่องยุทธศาสตร์ที่เสนอเพื่อการแก้ไขปัญหากำลังคน เพื่อใช้เป็นกรอบการทำงานต่อไป 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- ยุทธศาสตร์การพัฒนาการกระจายกำลังคนให้มีประสิทธิภาพ
- ยุทธศาสตร์การผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการ
- ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบการบริหารข้าราชการและการแก้ปัญหาพนักงานของรัฐฯ
- ยุทธศาสตร์การปรับระบบการบริหารองค์กร

2.2.2 ให้มีคณะกรรมการนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุขแห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน

2.2.3 ให้มีการกำหนดแนวทางการสร้างแรงจูงใจ

2.2.4 ให้มีการปรับเงินเดือนและค่าตอบแทนในระบบใหม่

2.2.5 ให้มีระบบการประเมินผลงาน ควบคู่กับการปรับเงินเดือนและค่าตอบแทนระบบใหม่

2.2.6 ให้มีการปรับแผนเพิ่มการผลิตกำลังคนสาขาที่ขาดแคลน

2.2.7 ให้มีการกำหนดโควตาเปิดโอกาสให้นักเรียนในพื้นที่ชนบทห่างไกล ทุรกันดาร และขาดแคลนกำลังคน

2.2.8 ให้ดำเนินการโครงการนำร่อง เพื่อปรับระบบการบริหารข้าราชการสาธารณสุขในระบบปฏิรูป โดยมีระบบการประเมินผล ระบบการกำหนดข้อตกลงการปฏิบัติงานควบคู่ไปกับเรื่องค่าตอบแทน

ข้อเสนอระยะปานกลาง

- ให้มีการปรับระบบการบริหารงานบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นการบริหารข้าราชการสาธารณสุขในระบบปฏิรูป
- ให้มีการปรับระบบการบริหารองค์กรให้มีประสิทธิภาพ

(รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)

สรุปสถานการณ์กำลังคนด้านพยาบาล

โดยสุรณี พัทธมนโรจนภมร

1. วิวัฒนาการการจัดการศึกษาพยาบาล

การผลิตพยาบาลเริ่มในปี พ.ศ. 2439 ⁽¹⁾ โดยรับผู้จบประถมปีที่ 3 ใช้เวลาเรียน 3 ปี รับผิดชอบโดยโรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาล (ต่อมาปรับปรุงพื้นฐานความรู้เป็นเทียบเท่าชั้นประโยคมัธยม 1 หรือ 2) ปี พ.ศ. 2457 สภาภาษาสยาม (ภาคเอกชนที่เป็นองค์กรการกุศล) เปิดหลักสูตรวิชาพยาบาลใช้เวลาเรียน 1 ปี ไม่จำกัดพื้นฐานความรู้ผู้เข้าศึกษา

พ.ศ. 2461-2485 การศึกษาพยาบาลได้รับการช่วยเหลือจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ มีการส่งอาจารย์ชาวต่างประเทศเข้ามาสอนและส่งอาจารย์ไปศึกษาดูงานต่างประเทศ มีการปรับปรุงความรู้เป็น ม.ศ. 3 (พ.ศ. 2465) และมัธยมศึกษาปีที่ 6 (พ.ศ. 2469)

ภาคเอกชนหรือมูลนิธิการกุศลได้มีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาพยาบาล เช่น โรงเรียนพยาบาลแมคคอร์มิค จ.เชียงใหม่ (พ.ศ. 2466) โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยของคณะมิชชันนารี เซเวนเดย์ แอดเวนติส (พ.ศ. 2484) โรงเรียนผดุงครรภ์และอนามัยโรงพยาบาลหัวเฉียวของมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง (พ.ศ. 2484) เป็นต้น

พ.ศ. 2489 เปิดโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยกรมการแพทย์ที่โรงพยาบาลกลาง เป็นแห่งแรกของกระทรวงสาธารณสุข ใช้ระยะเวลาศึกษา 3 ปี 6 เดือน เป็นการผลิตเพื่อใช้เองในกระทรวงสาธารณสุข และใน พ.ศ. 2499 มีการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกจังหวัด จึงมีการเร่งผลิตพยาบาล มีการตั้งโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล (พ.ศ. 2497) นครราชสีมา (พ.ศ. 2498) จันทบุรี (พ.ศ. 2508) สงขลา (พ.ศ. 2509) นครสวรรค์ (พ.ศ. 2513) และมีการตั้งโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลในส่วนภูมิภาค ตั้งแต่ พ.ศ. 2498 จนถึง พ.ศ. 2516 มีโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล 7 แห่ง และเลิกผลิตไปใน พ.ศ. 2521

พ.ศ. 2517 มีการจัดตั้งกองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีวิทยาลัยพยาบาล/โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล/โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์/โรงเรียนผดุงครรภ์ รวมทั้งสิ้น 33 แห่ง ปรับฐานการศึกษาให้นักเรียนชั้น ม.ศ. 5 หรือ ม.6 และเริ่มมีการเปิดหลักสูตรต่อเนื่องให้กับพยาบาลเทคนิค

พ.ศ. 2536 มีสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งรวมกองงานวิทยาลัย ต่อมาได้รับพระราชทานนามว่าสถาบันพระบรมราชชนก มีวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดรวม 35 แห่ง

2. สถาบันผลิตกำลังคนสาขาพยาบาล ⁽²⁾

ประเทศไทยมีสถาบันการผลิตกำลังคนสาขาพยาบาล ทั้งหมด 60 สถาบันใน พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้น 15 แห่งจาก พ.ศ. 2531 ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและสังกัดของสถาบันผลิตกำลังคนสาขาพยาบาลในประเทศไทย

สังกัด	พ.ศ. 2531*	พ.ศ.2540**
ทบวงมหาวิทยาลัย		
- รัฐ	7	10
- เอกชน	7	9
กระทรวงสาธารณสุข	25	35
กระทรวงกลาโหม	3	3
กระทรวงมหาดไทย	1	1
กรุงเทพมหานคร	1	1
สภาวิชาชีพ	1	1
รวม	45	60

ที่มา : อัมพล จินดาวัฒนะและคณะ⁽²⁾, 2542 .

ปรับจาก * สมัชชาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1 พ.ศ. 2543.

** สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2541.

3. ปริมาณการผลิตพยาบาลที่ผ่านมา⁽²⁾

การผลิตพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2482-2544 มีปริมาณการผลิตดัง
ตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 แสดงผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลต่อเนื่อง พยาบาลเทคนิค

พยาบาลผดุงครรภ์ ผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลเฉพาะกาล พ.ศ. 2482-2544

ช่วงเวลา	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลต่อเนื่อง	พยาบาลเทคนิค	พยาบาลผดุงครรภ์	ผู้ช่วยพยาบาล	พยาบาลเฉพาะกาล
ก่อนแผนฯ 1 (2482-2504)	2,327	-	-	2,012	460	-
แผนฯ 1 (2505-2509)	1,537	-	-	619	1,177	-
แผนฯ 2 (2510-2514)	2,081	-	-	2,187	1,799	-
แผนฯ 3 (2515-2519)	2,568	-	-	2,385	3,779	-
แผนฯ 4 (2520-2524)	5,474	-	2,719	3,222	3,448	248
แผนฯ 5 (2525-2529)	7,844	-	11,714	หยุดการผลิต	846	1,188

แผนฯ 6 (2530-2534)	7,616	2,477	9,345	-	หยุดการผลิต	5,302
แผนฯ 7 (2535-2539)	10,481	4,053	14,923	-	-	2,570
แผนฯ 8 (2540-2543)	10,158*	5,979*	2,898* หยุดการผลิต 2543	-	-	570 หยุดการผลิต 2541
รวม	50,086	12,509	41,599	10,425	11,509	9,878

ที่มา : 1.อำพล จินดาวัฒนะและคณะ ,2542 .

2.*รายงานการศึกษาทิศทางการปรับภารกิจและโครงสร้างของสถาบันพระบรมราชชนก,2544⁽⁴⁾

4. อัตราส่วนพยาบาลต่อประชากร⁽²⁾

ตารางที่ 3 แสดงอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากร ใน พ.ศ. 2531-2538

ภาค	2531	2533	2535	2537	2538	2540*	2542*	2543*
กรุงเทพฯ	1 : 527	1:434	1:387	1:356	1:347	1:368	1:305	1:309
กลาง	1: 1,863	1:1,516	1:1,363	1:1,1064	1:1,1010	1:1,1004	1:855	1:825
เหนือ	1:1,894	1:1.,818	1:1,561	1:1,363	1:1,266	1:1,188	1:1,022	1:908
ใต้	1:1,836	1:1,680	1:1,355	1:1,275	1:1,161	1:1,080	1:973	1:884
ตะวันออก เฉียงเหนือ	1:3,940	1:3,321	1:2,804	1:2,479	1:2,246	1:2,132	1:1,707	1:1,702
รวม	1:1,693	1:1,277	1:1,308	1:1,150	1:1,092	1:1,073	1:905	1:870

ที่มา : อำพล จินดาวัฒนะและคณะ⁽²⁾,2542.อ้างอิงจากการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2538-2539.

*สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545.ในการสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543. ⁽³⁾

5. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล

ข้อมูลจากสภาพยาบาล⁽⁵⁾จำนวนพยาบาลที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง (พยาบาลวิชาชีพ)และชั้นสอง (พยาบาลเทคนิค) นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2546 (ไม่รวมผู้ที่เกษียณอายุและผู้ที่ไม่ได้มาต่ออายุใบอนุญาตฯ) มีดังนี้

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนพยาบาลที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

- จำนวนพยาบาลที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง (พยาบาลวิชาชีพ)	78,521 คน
- จำนวนพยาบาลที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสอง (พยาบาลเทคนิค)	33,649 คน

ที่มา : โทรศัพท์สอบถามฝ่ายทะเบียน สภาพยาบาล ⁽⁵⁾ วันที่ 6 มกราคม 2547.

6. ความต้องการกำลังคนสาขาพยาบาล ⁽⁴⁾

ใช้วิธีคิดจากการใช้บริการด้านสุขภาพ (Health Demand) ความต้องการและจำนวนการผลิตกำลังคนสาขาพยาบาล ในปี 2543-2558 ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5 ความต้องการและจำนวนการผลิตกำลังคนสาขาพยาบาล ในปี 2543-2558

ปีพ.ศ.	ความต้องการกำลังคนสาขาพยาบาล	ความจำเป็นในการผลิต/ปี	เป้าหมายการผลิต/ปี		จำนวนที่คาดว่าจะมีหลังการสูญเสีย 3.14 %
			หน่วยงานอื่น	กสธ.	
2543					69,104
2544-2547		18,195	7,023	11,172	83,337
2548	120,960	6,200	2,900	3,300	86,425
2553	128,183	6,200	2,900	3,300	112,237
2558	137,997	6,200	2,900	3,300	137,238
รวม		86,395	38,923	47,472	

ที่มา : รายงานการศึกษาทิศทางการปรับภารกิจและโครงสร้างของสถาบันพระบรมราชชนก ⁽⁴⁾, 2544

เพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนพยาบาลในอนาคต จะต้องมีการผลิตพยาบาลปีละ 6,200 คน (โดยให้หน่วยงานอื่นนอกกระทรวงฯ ผลิต 2,900 คนและกระทรวงฯ ผลิตเอง 3,300 คน)

บรรณานุกรม

- 1.อำพล จินดาวัฒนะและคณะ, บรรณาธิการ. จากวันนั้นถึงวันนี้ กึ่งศตวรรษการจัดการศึกษา . และการพัฒนาลังคนด้านสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2540.
2. อำพล จินดาวัฒนะ, สุรณี พิพัฒน์โรจนกมลและนิชากร ศิริกนกวิไล. ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เสนอต่อคณะกรรมการติดตามปัญหาและสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. สถาบันพระบรมราชชนก, 2542.
- 3.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. 2545.
4. คณะทำงานศึกษาทิศทางการปรับบทบาทและโครงสร้างสถาบันพระบรมราชชนก. รายงานการศึกษาทิศทางการปรับบทบาทและโครงสร้างสถาบันพระบรมราชชนก, เอกสารประกอบการนำเสนอต่อผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข. มกราคม 2544.
5. สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ฝ่ายทะเบียน สภาการพยาบาล. วันที่ 6 มกราคม 2547.

สรุปข้อเสนอเชิงนโยบายจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546

ประเด็น “การจัดการกำลังคนสาธารณสุขเพื่อชุมชน” แยกประเด็นออกเป็น 4 ด้านคือ (1) ปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณการผลิตบุคคลากร (2) ปฏิรูปการผลิต (3) ปฏิรูปการจัดการ และ (4) ข้อเสนออื่นๆ ประเด็นทั้ง 4 นี้พอจะสรุปได้ว่าการปฏิรูปมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน (ผู้ให้บริการ) ในการผลิต และการจัดการกำลังคนสาธารณสุขโดยใช้กลไกของระบบงบประมาณในรูปแบบใหม่

การศึกษาความเป็นไปได้ของข้อเสนอแนะเหล่านี้กระทำโดยการศึกษาเอกสาร บทความ และการสัมภาษณ์ผู้มีประสบการณ์ในการจัดการกำลังคนตามข้อเสนอ โดยศึกษาศักยภาพของชุมชน สถาบันผลิต และรัฐบาล (ผู้ผลิต และผู้บริหาร) ความเป็นไปได้ด้านงบประมาณที่ต้องใช้ (สิ่งสนับสนุน) และความสอดคล้องกับกลไกตลาดแรงงานของประเทศ การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทั้งสามข้อนี้จะเสนอหลักฐานสนับสนุนความคิดเห็นตามที่ได้รวบรวมมา

ศักยภาพของชุมชน สถาบันผลิต และรัฐบาล

ศักยภาพของชุมชนได้พิจารณาข้อต่อไปนี้

1. ศักยภาพของผู้ที่ถูกคัดเลือกโดยชุมชนให้เข้ารับการศึกษานั้นสำเร็จ ความพร้อมนี้ขึ้นกับความแตกต่างระหว่างเกณฑ์การคัดเลือกของชุมชนและคุณสมบัติของผู้ที่จะมีความสามารถศึกษานสำเร็จ ไม่สามารถค้นพบหลักฐานในการวิเคราะห์ประเด็นนี้ (โดยส่วนตัวเคยได้ฟังความเห็นของอาจารย์บางท่านที่เห็นว่าคนเหล่านี้มีปัญหาในการเรียน)
2. ความสามารถของชุมชนในการเลือกผู้ที่จะกลับมาทำงานให้กับชุมชนหลังสำเร็จการศึกษา การทำสัญญาชดใช้ทุนเพียงอย่างเดียวอาจไม่พอเพียงในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในบางท้องถิ่นได้ มีหลักฐานจากการศึกษาอื่นที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของการคัดเลือกผู้ที่มีพื้นฐานมาจากชุมชนและมีความประสงค์ที่จะทำงานในชุมชน การศึกษาล่าสุดสำเร็จของโครงการ Physician Shortage Area Programme (PSAP) ในรัฐเพนซิลวาเนีย ประเทศอเมริกาพบว่า การคัดเลือกผู้ที่เติบโตในชนบทและมีความประสงค์ที่จะทำงานในชนบทเข้าเรียนแพทย์ที่เน้นการฝึกปฏิบัติเวชศาสตร์ครอบครัวในเขตชุมชนไว้ในหลักสูตรโดยให้ทุนการศึกษาอย่างไม่มีข้อผูกมัด ทำให้จำนวนร้อยละของผู้ที่เข้าศึกษาตามโครงการนี้เข้าทำงานในเขตชุมชนและเขตขาดแคลนสูงกว่านักศึกษาแพทย์นอกโครงการนี้ (39% และ 33% เทียบกับ 10% และ 8%) (Rabinowitz, 1988, 1993, and 1999) และการคงอยู่ในเขตชนบทและเขตขาดแคลนของแพทย์ตามหลักสูตรนี้สูง ขณะที่การศึกษาโครงการ National Health Service Corps (NHSC) ในประเทศอเมริกาพบว่า การให้ทุนการศึกษาโดยการทำสัญญาให้ใช้ทุนโดยการทำงานในเขตชนบทมีอัตราการคงอยู่ที่ต่ำกว่า (Cullen et al., 1997; Pathman et al., 1992) อย่างไรก็ตามการประเมินผลโครงการทั้งสองยังไม่ชี้ชัดถึงร้อยละของการคงอยู่ได้

ศักยภาพของสถาบันผลิตได้พิจารณาข้อต่อไปนี้

1. การจัดทำหลักสูตรที่ตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นและมีความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่ เนื่องจากลักษณะการทำงานในท้องถิ่นและการทำงานในเขตเมืองมีความแตกต่างกันสูงทั้งด้านปัญหาสุขภาพ ความรู้ ความต้องการ และการเข้าถึงบริการของประชาชนในสองเขต สถาบันผลิตต้องสามารถ

ถ่วงดุลการจัดการเรียนการสอนให้บุคคลากรสามารถทำงานได้ตามเป้าหมายทั้งสอง ในประเด็นนี้น่าจะมีความเป็นไปได้โดยการจัดให้นักศึกษาที่ชุมชนเป็นผู้คัดเลือกมีการเรียนที่เน้นการทำงานในท้องถิ่น เช่น การจัดวิชาเลือกให้เน้นการทำงานในชุมชน และการจัดอาจารย์ที่ปรึกษาที่อยู่ภาควิชาชุมชน โครงการ PSAP ซึ่งรายงานความสำเร็จในระดับหนึ่งก็ได้มีการจัดการศึกษาในลักษณะดังกล่าวนี้

ศักยภาพของรัฐบาลได้พิจารณาข้อต่อไปนี้

1. การที่รัฐบาลต้องหาสมดุลระหว่างการกระจายอำนาจการตัดสินใจสู่ท้องถิ่นและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างมีความเสมอภาคกัน ปัญหาที่พบในระบบสาธารณสุขที่มีการปฏิรูปโดยการกระจายอำนาจออกจากส่วนกลางได้แก่การสูญเสียการวางแผนกำลังในระดับชาติ (Gong *et al.*, 1997; Tong *et al.*, 1999; Tang and Bloom, 2000) ระบบบริการสุขภาพเกิดการแยกส่วน (Guldner and Rifkin, 1993; Duran-Arenas and Lopez-Cervantes, 1996) บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขอ่อนแอลง (Kolehmainen-Aitken, 1992) ในขณะเกิดการตัดสินใจที่เอื้อประโยชน์ให้แก่กลุ่มชนที่มีอำนาจในท้องถิ่น (Collins, 1989; Elstad, 1990)

Mills *et al.* (1990) ได้สรุปผลกระทบของการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นต่อการกระจายของบุคลากรด้านสุขภาพดังนี้

- เกิดปัญหาในการหาบุคลากรไปทำงานในบางท้องถิ่น
- เกิดปัญหาในระบบข้อมูลบุคลากรในระดับชาติ ทำให้กระทบการวางแผนกำลังคนโดยเฉพาะการผลิตที่ทำให้เกิดการกระจายอย่างเสมอภาค
- การขาดแคลนผู้บริหารและผู้วางแผนกำลังคนในระยะเริ่มต้นของการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

ปัญหาต่างๆเหล่านี้อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน จำเป็นที่รัฐบาลหรือผู้บริหารส่วนกลางต้องหาจุดสมดุลระหว่างโอนการตัดสินใจไปสู่ส่วนต่างๆในท้องถิ่นและการคงไว้ซึ่งอำนาจบางส่วนที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างเท่าเทียมกัน

หลักฐานผลสำเร็จในการถ่วงดุลอำนาจระหว่างการกระจายอำนาจและการควบคุมจากส่วนกลางน่าจะศึกษาได้จากบางประเทศ เช่น อเมริกา อังกฤษ และสวีเดน

งบประมาณที่ต้องใช้

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณที่ต้องใช้ในการพิจารณาความเป็นไปได้ของข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพมีดังนี้

1. สัดส่วนของงบประมาณการผลิตบุคลากรที่ให้ชุมชนมีมากกว่าที่ให้กับระบบปกติ หลักการตามข้อเสนอนี้ได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาของ Chunharas *et al.* (1997) ที่แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพในการผลิตโดยรัฐสนับสนุนงบประมาณการผลิตสู่สถาบันการผลิตไม่มีประสิทธิภาพ ในระบบปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลเกือบทั้งหมด เช่น นักศึกษาแพทย์ในมหาวิทยาลัยรัฐจ่ายค่าเล่าเรียนเพียงปีละหนึ่งหมื่นบาท จากค่าใช้จ่ายจริงที่สูงถึงปีละสามแสนบาท ในขณะที่ค่าตอบแทนต่อสังคมที่รับจากการผลิตแพทย์ต่ำกว่าค่าตอบแทนส่วนตัวของแพทย์ Chunharas *et al.* ได้ให้ความเห็นว่าการเพิ่มค่าเล่าเรียนและลดการสนับสนุนงบประมาณสู่สถาบันการผลิตของรัฐจะสามารถลดค่าตอบแทนส่วนตัวและเพิ่มค่าตอบแทนต่อสังคมได้ แต่การกระทำแบบนี้จะเป็นการลดโอกาสของการเข้าถึงการศึกษาของผู้มีรายได้น้อย ดังนั้นรัฐบาลควรการเพิ่มโควตาแก่นักศึกษาที่มาจากท้องถิ่นและการให้ทุนการศึกษาแก่ผู้ด้อยโอกาส

2. การกำหนดทุน (โควตา) ให้ชุมชนท้องถิ่นใดให้พิจารณาตามความขาดแคลนตามกรอบมาตรฐานบุคลากรที่พิจารณาตามความต้องการของชุมชน ความเป็นไปได้ของการกำหนดทุนตามข้อเสนอนี้ขึ้นกับความประสิทธิภาพในการประเมินความต้องการของชุมชน ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆหลายประการ เช่น ระบบข้อมูล เทคนิคการประเมินความต้องการที่เหมาะสม ระยะเวลาการประเมินที่เหมาะสม (อ้างอิงจาก toolkit ของ Tom Hall)

ความสอดคล้องกับกลไกตลาดแรงงานของประเทศ

ตลาดแรงงานของประเทศยังเป็นตลาดเสรี บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถเลือกที่ทำงานได้อย่างอิสระเมื่อพ้นระยะเวลาใช้ทุน ข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพคำนึงปัญหาการคงอยู่ของบุคลากรในท้องถิ่นเพียงเล็กน้อยในประเด็นการปฏิรูปการจัดการ

เอกสารอ้างอิง

- Chunharas, S. *et al.* (1997) The role of public and private sector in manpower production: a debate, *Human Resources for Health Development Journal*, Vol. 1(2), pp.77-98.
- Collins, C.D. (1989) Decentralisation and the need for political and critical analysis, *Health Policy and Planning*, Vol. 4(2), pp.168-171.
- Cullen, T.J. *et al.* (1997) The National Health Service Corps: rural physician service and retention, *Journal of American Board of Family Practice*, Vol. 10(4), pp.272-279.
- Duran-Arenas, L. and M. Lopez-Cervantes (1996) Health care reform and the labour market, *Social Science & Medicine*, Vol. 43(5) pp. 791-797.
- Elstad, J.I. (1990) Health services and decentralized government: the case of primary health services in Norway, *International Journal of Health Services*, Vol. 20(4), pp. 545-559
- Gong, Y. *et al.*, (1997) Health human resource development in rural China, *Health Policy and Planning*, Vol. 12(4), pp. 320-328
- Guldner, M. and Rifkin, S. (1993) Sustainability in the Health Sector Part 1: Vietnamese Case Study. *Save the children Fund*: UK.
- Kolehmainen-Aitken, R.L. (1992) The impact of decentralization on health work force development in Papua New Guinea, *Public Administration and Development*, Vol. 12, pp. 175-191.
- Mills, A. *et al.* (1990) *Health system decentralization. Concepts, issues and country experience.* WHO: Geneva.
- Pathman, D.E. *et al.* (1992) The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians. Results of a 9-year follow-up study, *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 268(12), pp. 1552-1558.
- Rabinowitz, H.K. (1988) Evaluation of a selective medical school admissions policy to increase the number of family physicians in rural and underserved areas, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 319, pp. 480-486.
- Rabinowitz, H.K. (1993) Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 328(13), pp. 934-939.

Rabinowitz, H.K. *et al.* (1999) A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. Impact after 22 years, *Journal of American Medical Association*, Vol. 281(3), pp. 255-260.

Tang, S. and G. Bloom (2000) Decentralizing rural health services: a case study in China, *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 15, pp. 189-200.

Tong, C.H. *et al.* (1999) Civil service reform in the People's Republic of China: case studies of early implementation, *Public Administration and Development*, Vol. 19, pp. 193-206.

Strategies implemented for solving geographical imbalance of medical doctor

strategies	measure	rationale	time frame	effectiveness	significant factor/situation
production	rural recruitment	ext.brain drain	1974 -	2/3 still work more than 3 years	decreasing proportion
	Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors,CPIRD	internal brain drain	1994 -	?	promptness of stating phase
	curriculum reform	evaluation as inappropriate graduate in 4th National Medical	1979 -	preparation	unprioritized importance
	freezing specialist training quotas	overspecialization forecasted	1997 -	?	not effective number
	credit of rural experience for training application		1997-2001	used to be high?	resistance from training institute
	increase in production	ext.+ int.braindrain , rural h.development	60,70,90	low if alone	not improve distribution
financial incentive	hard ship allowance	rural health development	1975 -(adjust in1983,1997)	lengthen duration	relatively decrease , definition difficulty ,non time related
	non-private practice	int.drain , improve productivity	1995 -	low	non time related ,not improve distribution
	workload related financial incentive	compensated measure	1995 -	low	not every rural hospital , not improve distribution
Non financial incentive	Career development	job satisfaction	1996 -	low	minimal effect in consideration mechanism
	Certification of Proficiency	job satisfaction	?	(indirect)	
Management	voluntary contracted for rural work	external drain	1967 -1970	high	initiate rural h.development
	compulsary contracted for rural work	external drain	1972 -	low in current sit.	minimal effect in consideration mechanism
	salary included capitation payment	Universal coverage	2002 -	theoretical effective	distorted concept
	flexible part timedoctor hiring	int.drain	1994 -	practical service supporting	mainly part time
	professional replacement (nurse practitioner)	reduce work load	1973-1986	(indirect)	decrease in role as nurse practitioner
others	develop infrastructure	rural health development	1979 -	?	cannot battle with relative gap
	rural doctor society	administrative problem	1978 -	(indirect)	affect on only hospital director
	rural doctor award	spiritual incentive	1976,1985 -	(indirect)	affect on only hospital director

บทสรุปกรณีศึกษา พยาบาลชุมชน อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น : ทุมนมนุษย์เพื่อสุขภาวะชุมชน

อำเภอเมือง เป็นอำเภอขนาดกลางในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งไม่ต่างไปจาก อำเภอในเขตชนบททั่วไปในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีหน่วยงานรับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชน แต่ ในเวลาไม่กี่ปีที่ผ่านมา จากกลไกการประสานงานของหน่วยงานเหล่านี้ ได้สร้างปรากฏการณ์ ขึ้นเป็น “นวัตกรรมทางสุขภาพ” อยู่หลายประการ เช่น การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม การจัดบริการคิยภูมิใน โรงพยาบาลชุมชน การส่งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลไปปฏิบัติงานในระดับหมู่บ้าน หรือ การใช้ประโยชน์จากศูนย์สุขภาพชุมชน

อย่างไรก็ตาม นวัตกรรมที่มีความโดดเด่นมากที่สุดได้แก่ “กลไกการจัดการทรัพยากรบุคคล” ของอำเภอ ที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง ได้สนับสนุนทุนการศึกษา ให้ นักศึกษาพยาบาล จำนวนหนึ่ง และคาดหวังว่าจะกลับมาปฏิบัติงาน ในระดับหมู่บ้าน ซึ่งก็เป็นนวัตกรรมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะประเด็นการรองรับทิศทางการกระจายอำนาจ และ กระแสการสร้างสุขภาพในระดับรากหญ้า

ยิ่งไปกว่านั้น หากได้ทราบถึง “เบื้องหลังการถ่ายทำ” ของกลไกการจัดการดังกล่าว ที่มีชื่ออย่างเป็นทางการว่า “โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการผลิตบุคลากรทางการพยาบาล” จะเป็นคุณประโยชน์อย่างน้อยสำหรับความพยายามในการขยายกรอบแนวคิดนี้ไปอย่างน้อยใน 2 มิติ คือ การขยายไปในพื้นที่อื่นๆ และ การขยายการจัดการออกไปในกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ

กว่าจะถึงวันนี้

เริ่มต้นจากแนวคิด ของสองฝ่ายที่สำคัญคือ ฝ่ายองค์กรท้องถิ่น ที่รับเรื่องราวร้องทุกข์จากพี่น้องประชาชน ถึง ความยากลำบาก ในการเข้าถึงการบริการ “ซ่อมสุขภาพ” ที่โรงพยาบาลน้ำพอง ที่มีจำนวนผู้ป่วยมากจนล้นมือ บุคลากรสุขภาพ ร่วมกับ แนวความคิดของโรงพยาบาลน้ำพอง ที่ต้องการจะสร้างมิติของ งานสุขภาพชุมชน ที่เน้นความสัมพันธ์ ความเข้าใจ ผ่านงานเชิงรุกในระดับหมู่บ้าน ด้วยการส่งเจ้าหน้าที่ ในนามทีม 25 น.ลงไปเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ ในแนวคิด วิถีชุมชน และ ทำการหาเยาวชนในหมู่บ้านขึ้นมาเป็นผู้ช่วย เพื่อลดเวลาในการเรียนรู้

แม้ว่าจากแนวความคิดทั้งสองฝ่ายจะค่อยๆถูกสังเคราะห์กลั่นกรองจนกลายเป็น ระบบพยาบาลชุมชน ที่เข้มแข็ง และเชื่อมโยงกับ สถานพยาบาลในระดับต่างๆแล้วก็ตาม แต่ ทั้งสองฝ่ายยังมีความคิดเห็นตรงกันว่า ระบบดังกล่าว ยังขาด “ความยั่งยืนในระยะยาว” เนื่องจากยังมีรากฐานอยู่ที่ตัวพยาบาลที่มีสถานะเป็น ข้าราชการ ขึ้นกับ สถานพยาบาลของรัฐ

เป็นไปได้หรือไม่ที่จะมี พยาบาลชุมชนในมิติใหม่ ที่มีรากฐานจาก ชุมชน ปฏิบัติงานกับชุมชน กินอยู่กับชุมชน ด้วยมาตรฐานทางวิชาการ และเชื่อมโยงกับองค์ความรู้ใหม่ๆ และมีความยั่งยืนในระยะยาว

กลไกการจัดการ

1. การคัดเลือก : คัดคนดีที่มีความสามารถเพียงพอ

โครงการนี้ได้ สร้างแนวคิดใหม่ในระบบการคัดเลือกการศึกษาต่อ จาก ค่านิยมโดยทั่วไปที่เน้นจะคัด คนเก่ง ซึ่งกล่าวอีกนัย คือ “เรียนเก่ง” แต่ขาดมุมมองด้านความดี นอกเหนือไปจากนั้นแนวคิดดั้งเดิมยัง

ทำให้เยาวชนในเขตชนบท โดยเฉพาะในระดับหมู่บ้านขาดโอกาสในการรับการศึกษาต่อ บุคลากรสุขภาพที่จบการศึกษามาจึงมีพื้นฐานเป็น “คนเมือง” มากกว่าและปฏิบัติงานในระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ ได้ไม่ยั่งยืน

แต่โครงการนี้ได้คัดเลือกจากความเห็นของ 3 ฝ่ายได้แก่ โรงพยาบาล อบต. และ จากชุมชน โดยกำหนดโควตา 1 คนต่อ 2 หมู่บ้าน โดยเน้นแนวคิดค้นหา คนดี ในหมู่บ้านนั้น เป็นเกณฑ์ที่สำคัญที่สุด

2. การจัดการเรียนการสอน : เรียนรู้ฝึกฝนจากชุมชนเพื่อความพร้อมในการทำงานในชุมชน

นักศึกษาพยาบาลกลุ่มนี้ได้เข้าศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ขอนแก่น อันเป็นคณะที่นักศึกษาคนหนึ่งได้เคยสอบคัดเลือกไม่ได้ในระบบปกติ (ระบบ Entrance) ซึ่งทางคณาจารย์ได้มีการจัดระบบการทบทวนบทเรียนเพิ่มเติมให้เนื่องจากนักศึกษากลุ่มนี้จะมีฐานความรู้ในระบบน้อยกว่านักศึกษาปกติ ยังมีข้อดกจากทางโรงพยาบาล เพิ่มเติมถึง สถานที่ฝึกปฏิบัติงาน ว่า หากเป็นการฝึกในสาขาวิชาที่สามารถฝึกในระดับรพ.อำเภอ และ หมู่บ้าน ที่โรงพยาบาลน้ำพองมีความพร้อมรับแล้ว ต้องส่งมาฝึกที่น้ำพองเท่านั้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความคุ้นเคยกับสถานพยาบาล เจ้าหน้าที่ และ เหนืออื่นใด คือความคุ้นเคยกับหมู่บ้านที่ตนเองจะต้องกลับไปทำงานหลังจากจบการศึกษา

นอกจากนี้ในช่วงเวลาปิดภาคการศึกษา นักศึกษากลุ่มดังกล่าวจะยังต้องมาฝึกปฏิบัติงานนอกหลักสูตร ที่โรงพยาบาลน้ำพองอีกด้วย นอกเหนือจากทักษะที่ได้รับการเพิ่มพูนแล้ว นักศึกษายังมีรายได้เล็กน้อยจากการฝึกฝนด้วยการช่วยบุคลากรสุขภาพปฏิบัติงาน

3. การสนับสนุน : สนับสนุนแบบพหุภาคี ที่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน

การสร้างทุนมนุษย์ที่สนับสนุนต่อสุขภาวะของชุมชนในโครงการนี้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต่างมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน ในระยะแรกของโครงการ เริ่มต้นตั้งแต่ สถาบันการศึกษา ที่ต้องขอมปรับกฎระเบียบต่างๆ อบต. น้ำพองที่ต้องวางแผนด้านงบประมาณในการสนับสนุน ตัวแทนชาวบ้านที่จะต้องช่วยกันคัดเลือกผู้ที่สมควรได้รับการสนับสนุน และ ทางโรงพยาบาลน้ำพองที่ต้องคอยประคับประคองนักศึกษากลุ่มนี้ และ ให้สถานที่และวิชาการในการฝึกเพิ่มพูนทักษะ

ในระยะยาว การสนับสนุนการปฏิบัติงานของ พยาบาลชุมชนเหล่านี้จะมีความสำคัญและมองข้ามมิได้ ทั้งด้านการงบประมาณ ที่ อบต.ต้องสนับสนุน เงินเดือนและค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน หรือ รพ.น้ำพอง ต้องสนับสนุนเวชภัณฑ์ และ วัสดุอื่นๆ ในการปฏิบัติงาน รวมถึงต้องสร้างระบบการเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลในสถานพยาบาลอื่นๆ

นอกจากนี้ การธำรงรักษาสภาพของบุคลากรเหล่านี้ก็มีความสำคัญ เช่นการฝึกอบรมทางวิชาการ รวมถึง การฝึกอบรมจากการปฏิบัติงานในสถานพยาบาล

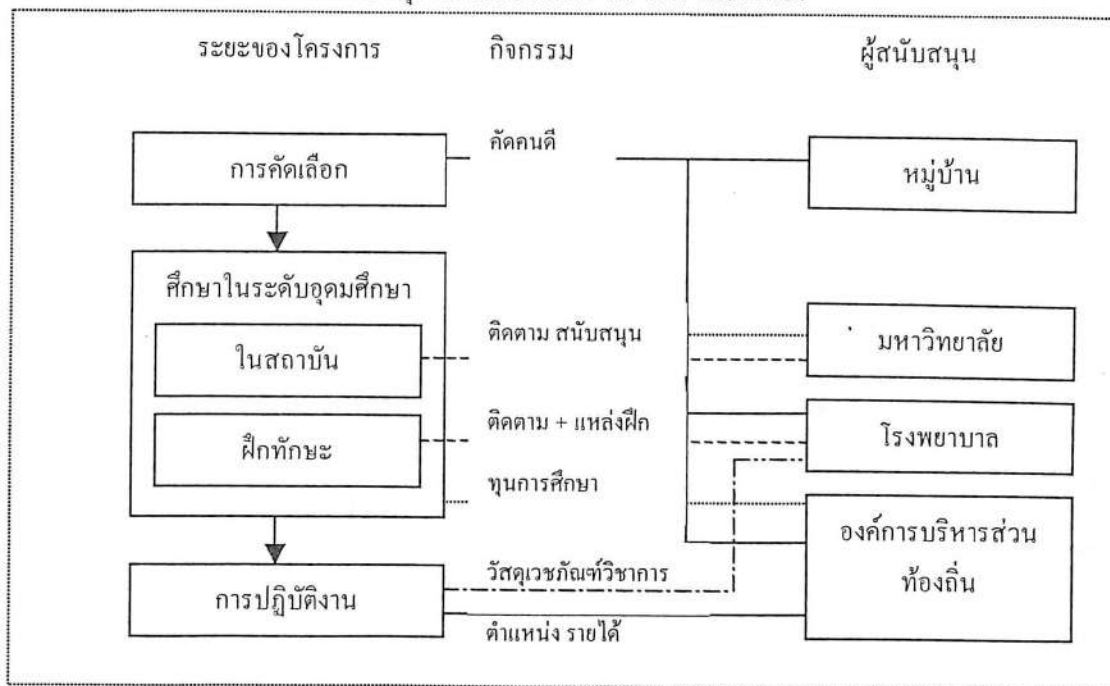
4. การติดตาม : ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ความสำเร็จในเบื้องต้นของโครงการนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจาก การติดตามและประสานงานถึง performance ของนักศึกษาเหล่านี้ เช่น การติดตามผลการศึกษา การฝึกปฏิบัติงาน

อย่างไรก็ตามเมื่อนักศึกษาเหล่านี้ได้จบการศึกษาและได้ปฏิบัติงานในฐานะ พยาบาลชุมชนอย่างเต็มตัวแล้ว จึงควรที่จะมีการประเมินผลในระยะยาวอย่างต่อเนื่องด้วยเพื่อเป็นแบบอย่างกับพื้นที่วิชาชีพ

อื่นๆ รวมถึงควรเป็นการประเมินจากหลายๆด้าน โดยเฉพาะจากชาวบ้านที่ได้รับการบริการจากพยาบาลชุมชนเหล่านี้

แผนภาพ แสดงการเชื่อมต่อและสนับสนุนของแต่ละฝ่ายต่อโครงการ ที่อ.น้ำพอง



ปัจจัยสำคัญในการดำเนินโครงการ

1. กระบวนการคัดเลือก ควรให้ได้กลุ่มเยาวชนที่มีความประพฤติดี ที่มีศักยภาพทางวิชาการในระดับที่เหมาะสม ดังนั้นการเตรียมโครงการ โดยแจ้งแก่กลุ่มเยาวชนที่สนใจในระยะยาว จะมีส่วนช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีเวลาในการเตรียมศักยภาพมากขึ้น
2. การบังคับใช้กฎระเบียบที่ถือปฏิบัติอยู่บางประการอาจทำให้ “คนดี” ไม่สามารถผ่านเกณฑ์ได้ เช่น การยึดระเบียบเกณฑ์การรับนักศึกษาจากผลการเรียน
3. การช่วยเตรียมความพร้อมทางด้านวิชาการแก่นักศึกษากลุ่มนี้มีความสำคัญมาก เช่น การจัดการเรียนการสอนเสริม รวมถึงการติดตามผลการศึกษา จะช่วยให้นักศึกษากลุ่มนี้สำเร็จการศึกษา
4. การวางแผนด้านการปฏิบัติงานหลังจากจบการศึกษา โดยเฉพาะการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทั้งด้านตัวเงิน เช่น การมีขึ้นเงินเดือน ระบบค่าตอบแทน และ ในรูปที่ไม่มีตัวเงิน เช่น การฟื้นฟูความรู้ การได้ร่วมปฏิบัติงานกับบุคลากรสุขภาพอื่นๆ รวมถึงการวางแผนด้านกำลังคนเพื่อทดแทน หมุนเวียน สับเปลี่ยน ในระยะยาว เมื่อมีการโยกย้าย ลาศึกษาต่อ หรือลาออก เป็นต้น ซึ่งอาจจะต้องเชื่อมโยงกับ วิชาชีพพยาบาลที่ยังอยู่ในระบบอื่นๆ

5. การจัดการด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการตกลงในเบื้องต้นว่า พยาบาลชุมชนจะรับการสนับสนุนด้านใด จากฝ่ายไหน เช่น ในกรณีศึกษาที่น้ำพอง ได้มีการเตรียมการว่า ทางโรงพยาบาลจะสนับสนุน ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ ค่าตอบแทนหากปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และ องค์ความรู้ต่างๆในการปฏิบัติงาน ส่วน อบต.น้ำพองจะสนับสนุนเงินเดือน ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานในพื้นที่ ศูนย์กัญช้ายานพาหนะ เป็นต้น
6. การวางแผนด้านงบประมาณสำหรับการสนับสนุน ของ อบต. เนื่องจากเป็น โครงการที่มีระยะเวลาดำเนินงาน นาน ควรมีระบบงบประมาณในระยะยาวที่มั่นคงเพื่อรองรับการสนับสนุนเช่นนี้ และ อาจต้องมีความมั่นคงทางการเมืองในระดับหนึ่ง

ข้อเสนอเชิงนโยบาย : 2 หมู่บ้าน 1 พยาบาล งานสร้างเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักการและเหตุผล

จากการเริ่มต้นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2544 จนสามารถขยายการให้หลักประกันสุขภาพในทุกพื้นที่ทั่วประเทศได้ในปีพ.ศ. 2545 นั้น ได้ก่อคุณประโยชน์ที่สำคัญอยู่สองประการ ประการแรกเริ่มต้นด้วยการประกันการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ(Accessibility)ให้กับประชาชนโดยทั่วไป ทำให้เกิดการลด ช่องว่างในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชาชนที่มีรายได้น้อย ซึ่งผลผลิตของโครงการก็ได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ตั้งต้น เช่น รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนในกลุ่ม 10%ที่ยากจนที่สุด ลดลงถึง 41% อันเป็นรูปธรรมของ ยุทธศาสตร์ ลดความยากจน

แต่ในอีกมิติหนึ่งนั้น โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้สร้างปรากฏการณ์ใหม่กับวงการสุขภาพไทยในแง่การสร้างกระแส "สร้างสุขภาพ" ซึ่งเป็นการทำงานเชิงรุก ขึ้นมาควบคู่กับการรักษาพยาบาล ช่อมสุขภาพ อันเป็นกระแสหลักในสังคม ผลที่ได้ในระยะเวลานี้ได้แก่ การรณรงค์ในประชาชนใส่ใจในการออกกำลังกาย การรณรงค์ด้านความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร หรือ การกำหนดบทบาทของ ศูนย์สุขภาพชุมชน คงไม่เกินเลยไปนักหากจะกล่าวว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ใช้ "ประสิทธิภาพของการตลาด" มาขยายอรรถประโยชน์ของแนวคิดการสร้างสุขภาพ อย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตามคงต้องยอมรับว่าในการขยายแนวคิดของโครงการ(Implementation) นั้นแน่นอนว่าอาจจะต้องอาศัยความพร้อมของระบบปฏิบัติการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในมิติของกำลังคนทางสุขภาพ (Human Resources for Health) ที่โครงการดังกล่าวได้อาศัยกำลังหลักจากข้าราชการและบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านโครงสร้างองค์กร และ กลไกของกระทรวงสาธารณสุข

จากสถานการณ์ปัจจุบัน จะพบว่ามีช่องว่างระหว่างแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ กับ ระบบปฏิบัติการปัจจุบัน ในมิติของกำลังคนทางสุขภาพอยู่น้อย ที่สำคัญพอยกตัวอย่างได้แก่

1. แม้ว่าบุคลากรสุขภาพที่มีอยู่จะมีศักยภาพสูงก็ตาม แต่ การนำไปแนวคิดสร้างสุขภาพ ไปปฏิบัติอาจจะต้องอาศัย ความรู้ ความเข้าใจในมิติอื่นนอกเหนือจาก ความชำนาญในงานประจำที่บุคลากรเหล่านี้ฝึกฝนทักษะจากงาน ช่อมสุขภาพ มาช้านาน
2. การลดขีดความสามารถในการช่อมสุขภาพ โดยไปเพิ่ม สรรพกำลังในงานสร้างสุขภาพ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะในกระแสที่มีการเพิ่มขึ้นของ อุปสงค์ทางสุขภาพมากขึ้นหลังจากเริ่มโครงการฯ ดังนั้นการมอบหมายงานสร้างสุขภาพให้กับบุคลากรที่มีภาระหนักจากงานช่อมสุขภาพ คงเป็นไปได้ยากเช่นกัน
3. สถานะของบุคลากรและหน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านสร้างสุขภาพ ยังตั้งอยู่บนรากฐานของระบบบริการ เช่น การเป็นข้าราชการ และมีหน่วยงานที่โรงพยาบาล เป็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของการปฏิบัติงาน ซึ่งประการที่หนึ่งอาจจะไม่สามารถเข้าถึงชุมชนในระดับที่ใกล้ชิดและยาวนานเพียงพอ ประการที่สองคือความต่อเนื่อง และยั่งยืนของตัวบุคลากรกับพื้นที่ที่รับผิดชอบ

4. ในภาพรวมประเทศไทยยังประสบปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรสุขภาพอยู่ในพื้นที่ที่มีความเจริญในทุก
ระดับ เช่นระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และแม้แต่ในระดับตำบล /หมู่บ้าน ส่งผลให้เกิดการขาด
แคลนบุคลากรที่จะมาดำเนินงานสร้างสุขภาพในพื้นที่ระดับหมู่บ้านในชนบท
5. ในแง่มุมมองของการบริหารจัดการ เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมาหลายพื้นที่ยังประสบปัญหาความไม่มั่นคงของ
สถานะการณการเงิน เราจึงพบว่า งานสร้างสุขภาพ ซึ่งถูกจัดอันดับเป็นงานที่มีความสำคัญในลำดับรองลง
มา อาจจะถูกชะลอการดำเนินงาน ชะลอการเติบโต ไว้ในเบื้องต้นก่อน หรือกล่าวได้ว่า ตัว บุคลากรที่
ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพเอง ก็ยังมีความไม่แน่นอนในการได้รับการสนับสนุน ทั้งงบประมาณ อุปกรณ์
และ ความเอาใจใส่

จะเห็นได้ว่าการพยายามสานต่อแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพให้แพร่ขยายไปจากจุดยืนปัจจุบันจนใกล้
เคียงภาพฝันของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ยังมีอุปสรรคที่ใหญ่หลวงในมิติของ บุคลากรสุขภาพ
โดยเฉพาะ แนวคิดของ พยาบาลชุมชน ที่จะมาเติมเต็มสานต่อความคิดความฝันดังกล่าวได้

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

สร้างและพัฒนากลไกในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนที่มีศักยภาพเหมาะสม และ มี
ความยั่งยืน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

สามารถสร้าง บุคลากรสุขภาพ "พยาบาลชุมชน" ครอบคลุม ทุกหมู่บ้านในอัตราส่วน พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อ 2
หมู่บ้าน ในระยะเวลา 10 ปี

กลวิธีการดำเนินงาน

เพื่อสร้างบุคลากรที่มีศักยภาพและทัศนคติที่เหมาะสม เพื่อมาปฏิบัติงานในฐานะ Facilitator ในการ
สร้างสุขภาพโดยชุมชนเอง คงจะสอดคล้องกับบทบาทของ "พยาบาลชุมชน" มากที่สุด ซึ่งจะเป็นอีก จากทัศน์
ใหม่ของวิชาชีพพยาบาล ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีทักษะในการปฏิบัติงานชุมชนมากเป็นพิเศษ เข้าใจในตัวชุม
ชนและการเปลี่ยนแปลงในชุมชน คลุกคลีกับชุมชน แต่ยังคงไม่ทิ้งการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพในระดับ
อื่นๆด้วยโดยเฉพาะ ด้านข้อมูลของประชาชนที่รับผิดชอบ และ ความต่อเนื่องด้านวิชาการ

การดำเนินการสร้าง ทุนมนุษย์เพื่อการสร้างสุขภาพรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น อาศัย
แนวคิดหลัก (Concept) อยู่ 3 ประการ

1. ต้องหาคนจากท้องถิ่นนั้น ศึกษาอบรมที่พื้นที่ชนบท และ กลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ของตน(Local
recruitment, Rural training and Home town placement) เพื่อเป็นการสร้างบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ที่
ขาดแคลน โดยเชื่อว่าจะมีความพร้อมมากกว่า มีความยั่งยืนมากกว่าระบบการจัดสรรปัจจุบัน

2. คัดความดี มาก่อนความเก่ง เนื่องจากระบบการศึกษาปัจจุบันเน้นการวัดความสามารถทางวิชาการ ในการคัดเลือกนักศึกษา ทำให้เยาวชนในเขตชนบทซึ่งมีโอกาสและความพร้อมทางวิชาการน้อยกว่า ไม่สามารถผ่านเกณฑ์ดังกล่าวได้ กลุ่มบุคคลากรส่วนใหญ่จึงมีพื้นฐานจากเมือง และไม่สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทในระยะยาวได้

ดังนั้นหากสามารถคัดเลือกกลุ่มเยาวชนที่มีความดี โดยมีการคัดเลือกจากตัวแทนของหมู่บ้านที่รู้ประวัติความเป็นมาของเยาวชนดังกล่าวดี เชื่อว่าจะได้บุคลากรในอนาคตที่ดีที่มีความดี และรักท้องถิ่นเป็นรากฐาน อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าความพร้อมทางวิชาการในการศึกษาไม่สำคัญ

ประเด็นจึงอยู่ที่ ทำอย่างไรจึงสามารถ หาคณบดีที่มีความสามารถเหมาะสมได้ ซึ่งอาจจะต้องมีความหมายถึงการช่วยพัฒนาความพร้อมทางวิชาการทั้งก่อนและขณะศึกษาต่อ ให้กลุ่มคนดีเหล่านี้

3. ต้องเริ่มทำในบริบทที่มีความสมัครใจก่อน (Voluntary basis) ทั้งในระดับหมู่บ้าน อำเภอ องค์การท้องถิ่น หรือในด้านสถาบันที่ผลิต โดยเริ่มต้นในจำนวนไม่มากนักและเพิ่มจำนวนจนครอบคลุมพื้นที่ได้ตามเป้าหมาย

4. ต้องมีการวางแผนล่วงหน้าในระบบบริหารจัดการโครงการนี้อย่างน้อย 3 ส่วนได้แก่

- 4.1 งบประมาณในการศึกษา ว่าสมควรได้รับการสนับสนุนจากส่วนใดบ้าง ซึ่ง อาจจะไม่ใช้สูตรที่ตายตัว เช่นหากมาจากพื้นที่ที่องค์กรท้องถิ่นมีรายรับสูง ส่วนการสนับสนุนจากส่วนกลางน่าจะน้อยลง

- 4.2 ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน เช่นต้องมีการวางแผนกรอบอัตราค่าจ้างให้ พยาบาลชุมชนเหล่านี้ ในหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ที่สมควรสนับสนุนเป็นเงินเดือนและค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน

- 4.3 การสนับสนุนการปฏิบัติงาน ซึ่งหมายความว่าเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ในการรับการสนับสนุนเป็น เวชภัณฑ์ และ อุปกรณ์ต่างๆ

อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกหลายประเด็นปลีกย่อยที่ต้องพิจารณาก่อนดำเนินการ เช่น ระบบการคัดเลือกให้ได้บุคคลที่เหมาะสมจริงๆ เนื่องจาก 2หมู่บ้านนั้นจะมีโอกาสเพียงครั้งเดียว หรือ ระบบการหมุนเวียน สับเปลี่ยน บุคลากรทั้งในระบบของโครงการพยาบาลชุมชนเอง หรือ กับ pool ของวิชาชีพในระบบอื่นๆ

เริ่มต้นที่ระบบการคัดเลือกเยาวชนควรจะประกอบด้วยตัวแทนจาก 3 ฝ่ายเป็นอย่างน้อย คือ ฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และ ฝ่ายประชาชน(ตัวแทนชาวบ้าน) ที่รู้จักนิสัย บุคลิก ของ เยาวชนเป็นอย่างดี(ในทางทฤษฎี ควรจะได้เยาวชนที่มีภูมิปัญญาในหมู่บ้านนั้นๆเลย) จากนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมทางวิชาการให้ตัวแทนที่ได้รับคัดเลือก ซึ่งควรเป็นหน้าที่ของโรงเรียนในพื้นที่

ในการศึกษาระดับอุดมศึกษาต้องมีการวางแผนจัดหลักสูตรการเรียนการสอนที่เน้นหนักไปในการเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะงานสุขภาพชุมชน และการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม ซึ่ง อาจจะต้องมีการจัดสอนเสริม/ทบทวน ให้กับนักศึกษาในโครงการ นอกจากนี้หากในหลักสูตรมีการฝึกฝนทักษะนอกสถาบัน ควรส่งนักศึกษาในโครงการกลับมาฝึกฝนในพื้นที่ของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่พื้นที่สามารถรองรับการฝึกได้ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และ รับรู้สภาพปัญหาในพื้นที่ของตนเองจริง

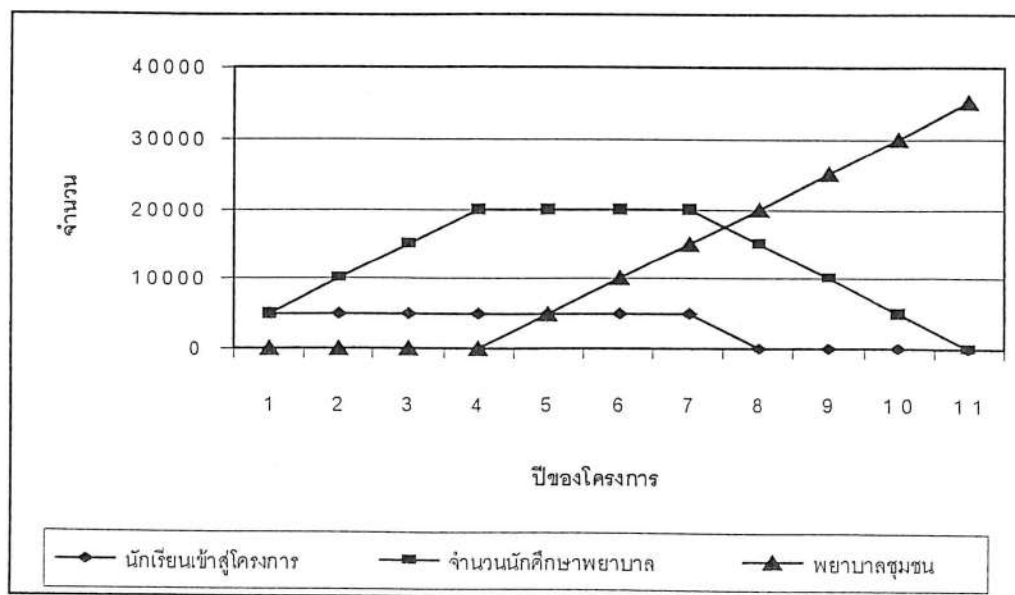
นักศึกษาในโครงการนี้ควรจะได้รับฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมในช่วงเวลาปิดภาคการศึกษา โดยกลับมาฝึกที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่นๆ ในพื้นที่ของตน เช่น การเป็นลูกจ้างรายคาบมีหน้าที่เป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ของโรง

พยาบาล ซึ่งนอกเหนือจากการสร้างความคุ้นเคยกับระบบปฏิบัติการแล้ว ยังเป็น การติดตามความเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาด้วย

หลังจากจบการศึกษา พยาบาลชุมชนเหล่านี้จะกลับไปปฏิบัติงานในหมู่บ้านของตนเอง โดยอาจจะเป็นรูปแบบ การเป็น พนักงานขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โดยได้รับการสนับสนุนวัสดุ และ เวชภัณฑ์ และ วิชาการจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะงบประมาณจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วน การส่งเสริมและป้องกันโรค (promotive and preventive parts) ซึ่งจะสามารถสร้างรูปธรรมของแนวคิดผ่านการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนเหล่านี้

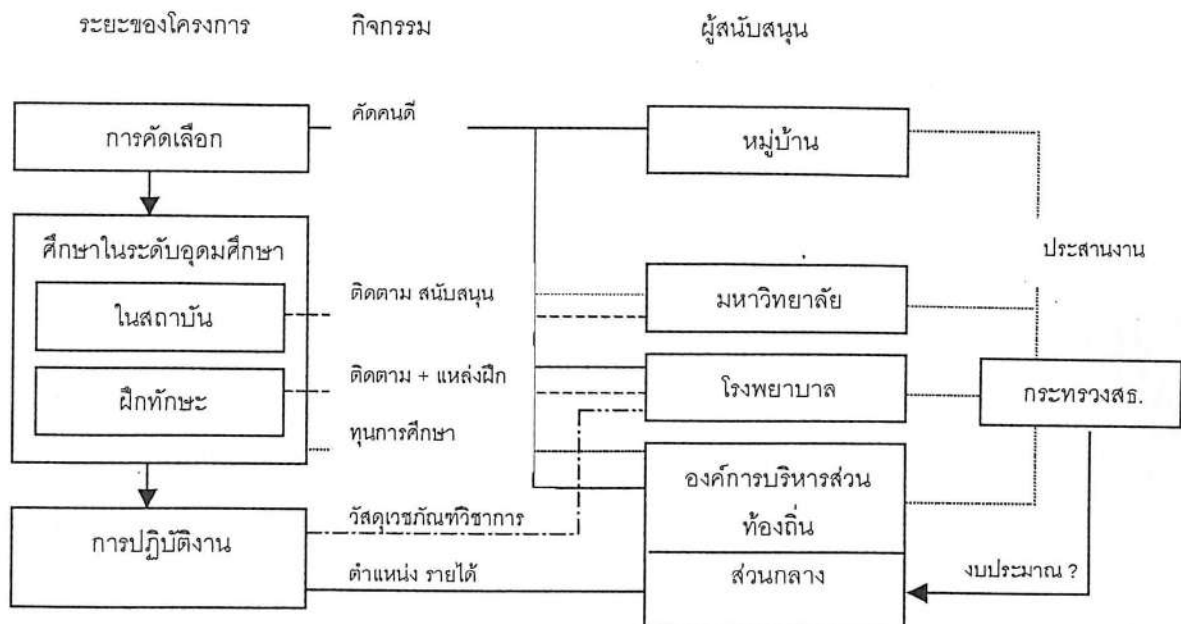
หากเริ่มต้นในการสนับสนุนกระบวนการสร้างศักยภาพดังกล่าว ที่ ปีละประมาณ 5,000 คน โดยมีสมมติฐานว่าโอกาสสำเร็จการศึกษาของเยาวชนจากหมู่บ้านน้อยที่ร้อยละ 95 ภายใน ระยะเวลา 10ปี จะสามารถสร้างพยาบาลชุมชนได้ทั้งหมด 34125 คน ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศทั้ง 68,249 หมู่บ้าน ในอัตราส่วน 2 หมู่บ้านต่อ1 พยาบาล หรือ กล่าวได้ว่า พยาบาลชุมชนเหล่านี้รับผิดชอบประชากรรายละประมาณ 2000 คน ซึ่งน่าจะเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมในงานสร้างเสริมสุขภาพ

แผนภาพแสดง time frame ของโครงการ และผลผลิตภาพของโครงการ



แผนภาพแสดง Conceptual framework ของโครงการ

(ดัดแปลงจากการดำเนิน โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ของ อบต.น้ำพอง)



งบประมาณ

ในเบื้องต้น งบประมาณโครงการระยะเวลา 10 ปี จะให้งบประมาณทั้งสิ้น 7,420,000,000 บาท โดยจะประกอบไปด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ คือ

1. สนับสนุนการศึกษา ในการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ โดยจัดสรรให้รายละ 50,000 บาท ต่อรายต่อปี รวมเป็นงบประมาณ 7,000,000,000 บาท
2. ส่วนที่สนับสนุนให้กับกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของเยาวชน รายละ..บาทแบ่งออกเป็น
 - 2.1 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียนในระดับอุดมศึกษา ประมาณการรายละ 2,000 บาท อาจจะจัดสรรให้กับ บุคลากร/สถาบันทางการศึกษาในระดับพื้นที่ ที่เหมาะสม เป็นเวลา 1 ปี
 - 2.2 การเตรียมความพร้อมในขณะที่ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประมาณการรายละ 2,000 บาท จัดสรรแก่ คณาจารย์/สถาบันการผลิตพยาบาลที่นักศึกษาสังกัด เป็นเวลา 4 ปี
3. ค่าบริหารจัดการทั่วไป สำหรับกิจกรรมตั้งแต่การคัดเลือก การติดตาม การประเมินผล และงานธุรการ ประมาณการรายละ 500 บาทต่อคนต่อปี
รวมทั้งสิ้นคิดเป็นค่าใช้จ่ายรายละ 52,500 บาทต่อปี(และอีก 2,000บาท สำหรับก่อนการเข้าศึกษา) หรือ 212,000 บาทตลอดการศึกษา

โดยในจำนวนนี้ น่าจะแบ่งระดับการสนับสนุนจากส่วนกลางออกเป็นหลายระดับตามสถานะขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น พื้นที่เทศบาล และ อบต.ระดับ 1 หรือพื้นที่ในเขตปกครองพิเศษ สมควรให้สนับสนุนงบประมาณทั้งหมด, พื้นที่อบต.ระดับ 2-3 ส่วนกลางควรให้การสนับสนุนประมาณร้อยละ 20-40 ของค่าใช้จ่าย และ ในพื้นที่ อบต.ระดับ 4-5 ส่วนกลางควรสนับสนุนประมาณ ร้อยละ 60-80 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

ตารางแสดงรายละเอียดของงบประมาณโครงการ

ปีที่	จำนวนนักศึกษา	งบประมาณ(ล้านบาท)				
		สนับสนุนการศึกษา	เตรียมความพร้อม		บริหารจัดการ	รวม
			นักเรียน	นักศึกษา		
0	(นักเรียน 5000)	0	10	0	0	10
1	5000	250	10	10	3	273
2	10000	500	10	20	5	535
3	15000	750	10	30	8	798
4	20000	1,000	10	40	10	1,060
5	20000	1,000	10	40	10	1,060
6	20000	1,000	10	40	10	1,060
7	20000	1,000	0	40	10	1,050
8	15000	750	0	30	8	788
9	10000	500	0	20	5	525
10	5000	250	0	10	3	263
รวมทั้งหมด		7,000	70	280	70	7,420

กลไกการดำเนินงาน

ในเบื้องต้นอาจมีความจำเป็นที่ต้องเริ่มดำเนินการบนรากฐานโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะรับผิดชอบในบทบาทของผู้ประสานงาน ร่วมกัน องค์กรส่วนท้องถิ่น พื้นที่ และ สถาบันการศึกษา ซึ่งอาจจะมอบหมายให้ สถาบันพระบรมราชชนกเป็น ผู้ดำเนินการ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถสร้างบุคลากรสุขภาพที่มีความเหมาะสมทั้งในด้าน ความสามารถ และ ทักษะคติ กับ การดำเนินงาน สร้างสุขภาพ ในระดับชุมชน ในจำนวนที่พอเหมาะ และที่สำคัญคือเป็นบุคลากรที่มีรากฐานจากหมู่บ้าน นั้นๆเอง ซึ่งจะสามารถปฏิบัติงานได้ในระยะยาว

2. พยาบาลชุมชน ผลผลิตของโครงการ สามารถปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับหมู่บ้านที่มีรากฐานจากการมีส่วนร่วมของประชาชน และสามารถดูแลสุขภาพของพี่น้องประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 2 หมู่บ้าน ได้อย่างบูรณาการและเป็นองค์รวม

¹ การศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เปรียบเทียบไตรมาสสุดท้ายของปี พ.ศ. 2543-2545

² ข้อมูล ปี พ.ศ. 2544 จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ



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

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

ที่ สวรส. พิเศษ/2547

ด่วนที่สุด

[454]
ปฏิรูปแนวดัดคนไทย
สุขภาพดีไปโรงพยาบาล

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่รับ 330/97
วันที่ 4 ก.พ. 97
เวลา 9.00 น.

3 กุมภาพันธ์ 2547

เรื่อง ขอส่งเอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพใน
ประเทศไทย

เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

อ้างถึงหนังสือ สวรส. 25/2547 ลงวันที่ 9 มกราคม 2547

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารประกอบการประชุม จำนวน 1 ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้เรียนเชิญ ท่าน เข้าร่วมประชุม
เชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย ในวันพฤหัสบดีที่ 5
กุมภาพันธ์ 2547 เวลา 9.00-15.00 น. ณ ห้องประชุมเจด โรงแรมโรสการ์เด็นส์ เอไพร์ม รีสอร์ท
สามพราน จ.นครปฐม นั้น สวรส. ขอส่งเอกสารประกอบการประชุม และโปรดนำไปวันประชุม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและเข้าร่วมประชุมด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นพ.อ.
นพ.อ.
นพ.อ.
นพ.อ.

โทร. 0-2 9511286-93 ต่อ 138,144

โทรสาร. 0-2 9511295

การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย

วันพฤหัสบดีที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547

ณ ห้องประชุมเจด โรงแรมโรสการ์เด็นส์ เอไพร์ม รีสอร์ท สามพราน จังหวัดนครปฐม

- hr/>
- | | |
|------------------|--|
| 9.00 – 9.20 น. | ชี้แจงวัตถุประสงค์ และความเป็นมาของการจัดประชุม
โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ |
| 9.20 – 9.35 น. | หนึ่งหมู่บ้าน หนึ่งพยาบาล: ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาสุขภาพในชุมชน
โดยประชาชนเพื่อประชาชน
นำเสนอ โดย นพ. ทักษะพล ธรรมรังษี
นส. พินทุสร เหมพิสุทธิ |
| 9.35 – 10.00 น. | อภิปรายและเสนอข้อคิดเห็น
ผู้ร่วมอภิปรายหลัก
- ผศ.ดร.ประคิน สุจนายา
- ดร. รุ่ง แก้วแดง
- นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข |
| 10.00 – 11.15 น. | อภิปรายทั่วไป |
| 11.15 – 11.30 น. | การพัฒนากระบวนการด้านสุขภาพในประเทศไทย
นำเสนอโดย นพ. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ |
| 11.30 – 12.00 น. | อภิปรายและเสนอข้อคิดเห็น
ผู้ร่วมอภิปรายหลัก
- นพ. ชาดรี บานชื่น
- นพ. ดำรงค์ บุญยอิน
- รศ.ดร. วิภาดา คุณนาวิกติกุล |
| 12.00 - 13.00 น. | รับประทานอาหารกลางวัน |
| 13.00 – 15.00 น. | อภิปรายทั่วไป
เรื่อง โครงสร้างและบทบาทของกลไกระดับชาติของการพัฒนากำลังคน
ด้านสุขภาพระดับชาติ
ผู้ดำเนินการอภิปราย นพ.อำพล จินดาวัฒนะ |

Executive summary

"One village one community nurse" :

A proposal for community health development for the people, by the people and of the people

Most health personnel in Thailand come from middle-upper class urban families. They are recruited based on their ability to compete in the entrance examination. They are also trained in hospital-based urban setting. Unfamiliar with the local community environment and inadequate incentives and motivations, resulted in low retention in the poor rural and urban communities.

Experiences in some projects in Thailand and other countries proved that "Local recruitment and training with hometown placement" can be good strategies to solve this problem.

This proposal aims at placing one community nurses in each village/urban community. They will be responsible for the holistic health care of 500-1,000 people. Students will be recruited, with active involvement of the community, from the community residents. The recruitment will be based on their social/crusading spirits and skill rather than on their education competency.

Both public and private nursing colleges will be challenged to turn these students into community nurses based on reoriented community-based curriculum. Practical training will have to be carried out in the local setting, i.e., villages, health centers, community hospitals, where they belong.

The graduates will be employed by the local village/Tambon (sub-district) administration with the technical and logistic support from the local health facilities.

Financial support for education will be shared between the central and local administration based on the economic level of each village/tambon. Poorest villages may contribute only 20%. Rich villages may need to contribute in full. Salary, and fringe benefits will be covered by the local administration, local community fund, with partial support from the local hospital using the Universal Health Insurance capitation budget. Operating cost and technical support will come mainly from the local hospitals/ health centers and local community fund using the Universal Health insurance capitations budget with partial support from local administration. These community nurses will be supported by a trained baby/elderly carer.

Around 40,000 new graduate nurses/carers will be needed. A 15 years plan to gradually cover all villages is proposed. The existing local health personnel will also be responsible for around 1/3 of the village/ urban community.

ข้อเสนอ
ยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ

สุริยะ วงศ์คงคาเทพ

5 กพ. 46

Situation review

1. Health care system

1.1 ประชาชนยังเข้าถึงบริการได้จำกัด

- มี Financial burden และ Household health expenditure ยังเป็นด้านหลักของค่าใช้จ่าย
- Health care utilization แม้ว่าจะดีขึ้นจากนโยบาย 30 บาท แต่ยังคงมีช่องว่างระหว่างประชาชนที่ใช้บริการกับผู้ให้บริการ ด้วยสถานะทางสังคม และบทบาทหน้าที่เชิงวิชาชีพ และโอกาสการให้บริการในประชากรกลุ่มต่างๆ ไม่เท่ากัน

1.2 ระบบบริการสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนที่แท้จริง

- ปรัชญาสุขภาพ ถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการ ทั้งความหมายที่เป็นมิติเชิงรุก และมิติองค์รวม
- บริการสุขภาพ ถูกพัฒนาตามทิศทางและมุมมองของวิชาชีพ และโครงสร้างของผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีความรู้และวิทยาการเป็นเครื่องมือผูกขาดการตัดสินใจ
- Healthy public policy ยังมีบทบาทน้อย เมื่อเทียบกับทรัพยากรเพื่อสุขภาพโดยรวม
- บริการสุขภาพ ไม่อาจแก้ปัญหาที่เป็น Behavioral related อย่างสัมฤทธิ์ผล
- บริการสุขภาพที่จำเป็นในสถานบริการ ยังไม่ครบถ้วน และสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหา เช่น ขาดบริการด้าน Counseling อย่างรุนแรง การฟื้นฟูสภาพไม่ครอบคลุมความต้องการโดยเฉพาะในชนบท

1.3 ทรัพยากรด้านสุขภาพ มีขีดจำกัด

- งบประมาณจากรัฐ มีจำกัด และพึ่งพิงเป็นแหล่งสนับสนุนเพียงประการเดียว
- จำนวน และคุณภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ

1.4 Immaturity of health system

- คุณภาพของระบบบริการ กระจุยตัวที่โรงพยาบาลในเมือง มากกว่าในชนบท ด้วยเงื่อนไขทรัพยากรจำกัด และภาระงานที่ไม่สัมพันธ์กับปริมาณบุคลากร
- บริการสุขภาพยังไม่ได้มาตรฐาน มีบางส่วน บางระดับยังมีปัญหาคุณภาพบริการ
- การกระจายตัวของสถานบริการในแต่ละพื้นที่ ไม่สม่ำเสมอ
- บุคลากรสาขาต่างๆ ไม่เพียงพอ และไม่สอดคล้องกับความจำเป็นและภาระงานที่เกิดขึ้น

1.5 การมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน และท้องถิ่น

- ขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการจัดการเพื่อสุขภาพ รวมทั้งมีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพน้อย
- ขาดแหล่งทุนสนับสนุน และขาดกลไกการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อกำหนดนโยบายระดับท้องถิ่น

2. Human Resource for Health

องค์ประกอบด้านกำลังคน แบ่งได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์

หมายถึง การกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนกำลังคนทั้งระยะกลางและระยะยาว ครอบคลุม ภาพรวมของประเทศ และแผนภูมิภาคหรือเขต หรือแผนรายสาขา ทั้งนี้ สามารถเชื่อมต่อ หรือรองรับยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของประชาชน และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคตด้วย

ปัจจุบัน ผู้รับผิดชอบคือ กระทรวงสาธารณสุข แต่ในทางปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุขต้องทำงานภายใต้ องค์การบริหารงานกลาง เช่น สำนักงาน ก.พ. และ กพร. ตลอดจนการประสานงานอย่างหลวมๆ กับมหาวิทยาลัย และองค์กรวิชาชีพ 4 สาขาหลัก

จุดแข็ง

1. กำลังคนด้านสุขภาพส่วนใหญ่ ร้อยละ ปฏิบัติงานในภาครัฐ โดยเฉพาะสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีเอกภาพค่อนข้างสูงต่อการบริหารจัดการในเชิงนโยบายให้มีประสิทธิภาพ
2. องค์กรวิชาชีพ 4 สาขาหลัก มีความเข้มแข็ง และเป็นที่ยอมรับของสมาชิกและประชาชนทั่วไป แต่ในอีกด้านหนึ่ง ได้เผชิญกับสิ่งท้าทายในสถานการณ์ใหม่ๆ ที่มีความเข้มข้นของข่าวสารและการตรวจสอบ

จุดอ่อน

1. ขาดการประสานในระดับนโยบาย ระหว่างองค์กรหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ (สำนักงานการอุดมศึกษา) และองค์กรวิชาชีพ ในส่วนของ สำนักงาน ก.พ. และ กพร. ยังเป็นความสัมพันธ์แนวตั้งมากกว่าการร่วมมือในแนวราบ
2. การวางแผนกำลังคนที่ผ่านมา มีลักษณะเป็น Ad hoc ขาดองค์กรถาวรที่จะเป็นศูนย์กลางเพื่อกำหนด ยุทธศาสตร์กำลังคนของประเทศ
3. ความสมบูรณ์ และความสอดคล้องของยุทธศาสตร์ และแผนกำลังคน มีข้อจำกัดอันเกิดจากแนวคิดที่หลากหลาย ไม่เป็นเอกภาพ และต่างมีจุดมุ่งหมายเฉพาะกลุ่มเฉพาะสาขา
4. ขาดข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายและบริหารยุทธศาสตร์ เนื่องจากไม่มีการจัดเก็บและสร้างฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ เป็นระบบ และมองภาพรวมได้ แม้ที่ผ่านมาได้มีความพยายามของบางหน่วยงานในการพัฒนาตัวข้อมูล แต่ยังไม่สัมฤทธิ์ผล ส่วนใหญ่ข้อมูลจึงจะจัดกระจายตามหน่วยงานต่างๆ ไม่เป็นปัจจุบัน และไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลเข้าหากันระหว่างหน่วยงานได้
5. ขาดการศึกษาวิจัยด้านกำลังคนอย่างเป็นระบบ เพื่อเชื่อมต่อการกำหนดนโยบาย

สรุป

สถานการณ์ปัจจุบัน ภายใต้แผนนโยบายการปฏิรูประบบราชการและนโยบายหลักประกันสุขภาพ จะด้วย เหตุผลประการใดก็ตาม ปรากฏผลว่า ฝ่ายการเมืองผู้กำหนดนโยบายได้ให้ความสำคัญต่อยุทธศาสตร์ ด้านกำลังคนค่อนข้างมาก แต่มีอุปสรรคที่ความไม่พร้อมขององค์กร และข้อมูลด้านกำลังคน ในขณะเดียวกัน ระบบ กำลังคนด้านสุขภาพยังต้องเผชิญกับ "ผลกระทบ" จากนโยบายและแนวทางการปฏิรูปภาครัฐ (Public sector reform) ซึ่งนโยบายจำกัดกำลังคนภาครัฐ ที่สวนทางกับความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ แต่ยังไม่อาจ ประเมินผลกระทบได้ชัดเจน

2. ด้านการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจุบัน การผลิตกำลังคนเป็นบทบาทของสถาบันการศึกษา มีองค์กรรับผิดชอบหลัก (ดูจากจำนวนผลิต) คือ มหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่างมีปรัชญาการศึกษาที่แตกต่างกัน กล่าวคือ มหาวิทยาลัยมุ่งเน้นการศึกษาเพื่อ "ความเป็นเลิศทางวิชาการ" และบัณฑิตศึกษา (Higher Education) ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุข (สถาบันพระบรมราชชนก) มุ่งผลิตเพื่อ "สมรรถนะเชิงวิชาชีพ" และสนองความต้องการบุคลากรระดับปริญญาตรีและประกาศนียบัตรสำหรับสถานบริการในภูมิภาค โดยเฉพาะในชนบท

ที่ผ่านมา สถาบันการศึกษาทั้งมหาวิทยาลัยและกระทรวงสาธารณสุข มีความพยายามปรับตัวให้สอดคล้องการปฏิรูปการศึกษาตาม พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 หลายประการ อาทิเช่น การจัดรูปองค์กร การจำแนกระบบการศึกษา การกำหนดยุทธศาสตร์อุดมศึกษา การพัฒนาอาจารย์ การประกันคุณภาพ ฯลฯ แต่ก็ยังเป็นเพียงขั้นเริ่มต้น และยังมีประเด็นปัญหาอีกมาก ทั้งปรัชญาการศึกษา คุณภาพของบัณฑิต การบริหารสถาบันอุดมศึกษาซึ่งมีความเป็นอิสระ การพัฒนาวิชาการและงานวิจัย การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ฯลฯ ซึ่งล้วนต้องการระยะเวลาเพื่อพัฒนาการศึกษาอย่างต่อเนื่อง

จุดแข็ง

1. สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพในประเทศ ส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งทางวิชาการ สามารถเชื่อมโยงกับความรู้ระดับสากลได้ ส่วนหนึ่งเป็นจากรากฐานของอาจารย์ที่สำเร็จการศึกษาจากประเทศตะวันตก
2. ระบบการศึกษามี 2 ระบบอย่างสมดุล ได้แก่ การศึกษาเพื่อวิชาการในมหาวิทยาลัย และการศึกษาเพื่อการปฏิบัติเชิงวิชาชีพในกระทรวงสาธารณสุข สามารถแบ่งบทบาทหน้าที่ได้ค่อนข้างชัดเจน
3. การจัดการศึกษาในกระทรวงสาธารณสุข สามารถเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ และมีระบบการคัดเลือกผู้เรียนจากพื้นที่ชนบท ซึ่งได้ช่วยให้บุคลากรปฏิบัติในพื้นที่ได้ยาวนานขึ้น

จุดอ่อน

1. แนวทางการผลิตบุคลากร ยังเน้นปรัชญาการศึกษาแบบเดิมหรือแบบ "ปิด" คือ การผลิตบัณฑิตให้มีคุณภาพและขีดความสามารถทางวิชาชีพหรือวิชาการเป็นหลัก ขาดพื้นฐานความเข้าใจและความพร้อมในการสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ประเด็นสำคัญที่ขาดไป คือ
 - ตัวหลักสูตร ที่เน้นชุมชนเป็นฐาน และการเรียนรู้ในท้องถิ่น
 - กระบวนการเรียนการสอน ในสถานการณ์จริง
 - องค์ความรู้ที่เป็นสาระการเรียนรู้จากปัญหาพื้นที่จริง
2. การเงินการคลังเพื่อการศึกษา ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณ และแหล่งเงินเพื่อจัดการศึกษาทั้งระบบ ไม่ว่าจะเป็นของมหาวิทยาลัยหรือกระทรวงสาธารณสุข ยังรวมศูนย์จากส่วนกลาง มากกว่าการสร้างความพร้อม และการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น
3. ระบบการคัดเลือกผู้เรียน เน้นวัดผลทางวิชาการมากกว่าเจตคติ และความพร้อมของผู้เรียน ตลอดจนความต้องการของพื้นที่ ทำให้เกิดการแข่งขันสูง และตัดทอนโอกาสของผู้ด้อยโอกาส
4. การประสานงานระหว่างผู้ผลิต (มหาวิทยาลัย) และผู้ใช้ (กระทรวงสาธารณสุข) ยังมีช่องว่าง แม้ว่าในอดีตก่อนปี 2530 จะมี "คณะกรรมการประสานงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข" ระหว่างสององค์กรนี้ เพื่อทำหน้าที่วางแผน ประสานงาน และร่วมกันดำเนินงานด้านต่างๆ รวมทั้งการวางแผนด้านกำลังคน แต่ก็ได้ผลสำเร็จในระยะหนึ่งเท่านั้น

3. ด้านผู้ใช้

แบ่งความรับผิดชอบเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการกำลังคน (Human Resource Management) ซึ่งได้แก่ การกระจายบุคลากร การบริหารงานบุคคล บัณฑิตความก้าวหน้า ฯลฯ และด้านการพัฒนากำลังคน (Human Resource Development) ได้แก่ การศึกษาและฝึกอบรม (Training) การเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) และการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Life-long Learning)

3.1 การบริหารจัดการด้านกำลังคน

จุดแข็ง

1. มีความเป็นเอกภาพของระบบบริหารกำลังคนสูง เพราะเป็นระบบเชิงเดียว

จุดอ่อน

1. การกระจายกำลังคน ยังไม่เหมาะสม (Maldistribution) ที่สำคัญ ได้แก่ ความไม่สมดุลในด้านภูมิศาสตร์ ด้านระดับสถานบริการ ด้านกลุ่มสาขาวิชาชีพ ด้านความชำนาญทั่วไปหรือเชี่ยวชาญ ส่วนหนึ่งเกิดจากการกระจายตัวของสถานบริการไม่เท่าเทียม และเหมาะสมกับสภาพของแต่ละพื้นที่
2. การบริหารงานบุคคล อาทิ การจ้างงาน การกำหนดตำแหน่งงาน การจัดหา การประเมินผลการปฏิบัติงาน ฯลฯ ล้วนเป็นปัญหาจากระบบราชการ ที่มีลำดับชั้นและรวมศูนย์
3. ความโปร่งใส และเป็นธรรม (Accountability) ในการบริหารจัดการ

ผลกระทบจากนโยบายการปฏิรูประบบราชการ โดยเฉพาะ New Public Management ในเรื่องการบริหารบุคคล และนโยบาย 30 บาท ได้ให้ความสำคัญกับการปรับปรุงโครงสร้างของการบริหารงานบุคคลขึ้นใหม่ โดยเฉพาะการจำแนกอัตราตำแหน่งเป็นประเภทผู้เชี่ยวชาญ ระบบการจ้างงานและค่าตอบแทน การประเมินผลการปฏิบัติงาน ฯลฯ

3.2 การพัฒนาบุคลากร

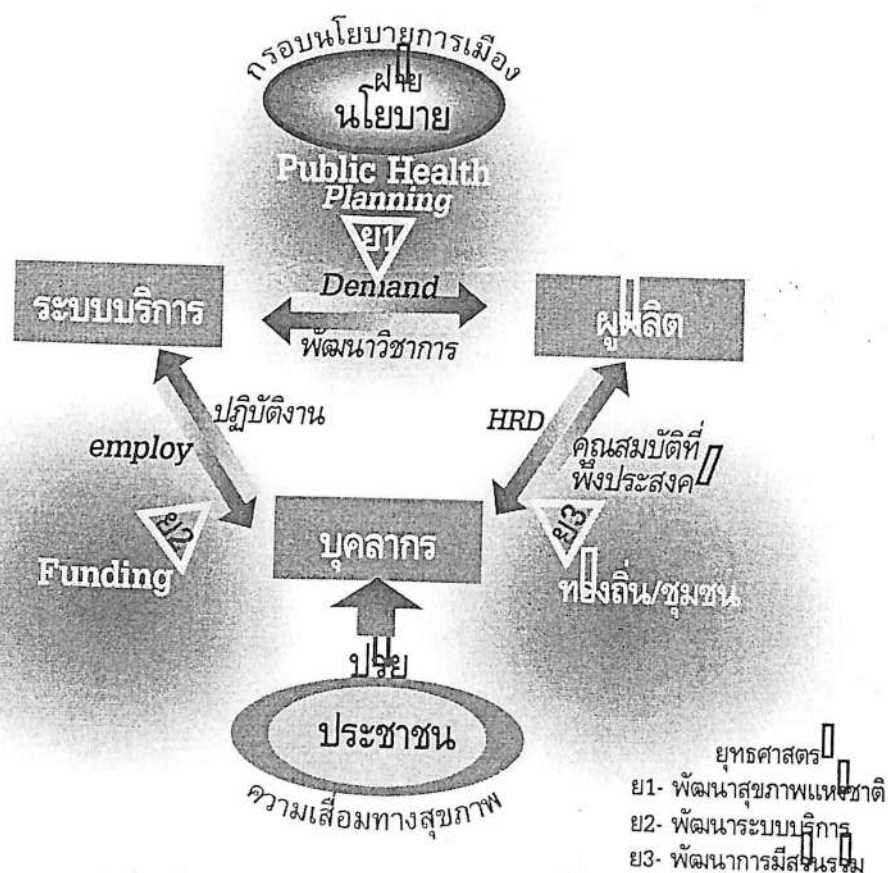
จุดแข็ง

1. มีการพัฒนาคน ในลักษณะ Competency based กับ Function based โดยมีหลักสูตรฝึกอบรมที่หลากหลาย แต่ส่วนใหญ่เป็นตามกระแสความนิยมของผู้เรียนมากกว่า
2. แต่เดิม มีหน่วยงานดูแลรับผิดชอบการพัฒนาบุคลากรในระดับจังหวัดอย่างชัดเจน แต่ปัจจุบันได้ถูกสลายไปเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาวิชาการ

จุดอ่อน

1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ มีทัศนคติและมุมมองจากฐานคิดเชิงวิชาชีพ (Professional perspectives) มากกว่าจากฐานคิดที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People centered perspectives)
2. กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานยังไม่เป็นระบบ ขึ้นกับความสนใจส่วนบุคคล และแนวทางของผู้บริหารองค์กร จึงมีส่วนทำให้องค์กรส่วนใหญ่ไม่สามารถพัฒนาบริการ รวมทั้งสมรรถนะทางวิชาการ หรือไม่สามารถพัฒนาตนเองให้เป็น "องค์กรแห่งการเรียนรู้"
3. ได้รับความสนใจจากหน่วยงานผู้ใช้ค่อนข้างน้อย และส่วนใหญ่จะพัฒนาคนตามแนวคิดและเจตนาของผู้บริหารองค์กรเป็นหลัก ไม่มีการกำหนดแนวทางการพัฒนาคนทั้งระดับยุทธศาสตร์ และแผนงานขององค์กร
4. ได้รับงบประมาณน้อย และอยู่ในความสำคัญระดับรองๆ เมื่อเปรียบเทียบกับงบลงทุน หรือสิ่งก่อสร้าง

5. ไม่สามารถพัฒนารูปแบบการทำงานแบบประสานไขว้ (Matrix) ซึ่งใช้ประโยชน์จากความสามารถที่ต่างกันของบุคคล แต่ส่งเสริมให้ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมได้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดของยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ

บทสรุป

จากปัจจัยทางด้านสังคม การเมือง และบริบทแวดล้อมต่างๆ จะเห็นว่า สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเป็นผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ กล่าวคือ ปัญหาสุขภาพมีลักษณะแนวโน้มเปลี่ยนรูป และซับซ้อนขึ้น (Health Deterioration) อันเนื่องมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เน้นการบริโภคเป็นหลัก และทำลายทรัพยากรธรรมชาติ แต่ในอีกด้านหนึ่งประชาชนมีแนวโน้มตื่นตัวในทางการเมืองมากขึ้น มีความสนใจและเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลที่เปิดกว้างและเข้าถึงได้มากขึ้นภายใต้ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีการพัฒนาเป็นเครือข่ายการเรียนรู้และร่วมมือกันในหลายระดับ นอกจากนี้ องค์การปกครองท้องถิ่นและองค์กรชุมชนมีบทบาทมากขึ้นในการจัดการทรัพยากรท้องถิ่น สิ่งเหล่านี้เป็นความเปลี่ยนแปลงที่ท้าทาย และมีแนวโน้มที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก

การบริหารจัดการ และการพัฒนากำลังคน เป็นบทบาทที่สำคัญของหน่วยงานผู้ให้ เนื่องจากบุคลากรเป็นปัจจัยที่มีผลที่สุดต่อการให้บริการที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ การให้บริการที่จะบังเกิดผลต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนตามแนวคิดใหม่นั้น จะต้องมีการปรับเปลี่ยน "กระบวนทัศน์สุขภาพ" ของบุคลากร

โดยอาศัยกระบวนการฝึกอบรมและการเรียนรู้ที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งบทบาทของฝ่ายผลิตในการพัฒนาบุคลากรจะมีความสำคัญ ควบคู่กับบทบาทของหน่วยงานผู้ใช้เช่นกัน

บทบาทของฝ่ายผลิตจึงต้องพิจารณาทั้งด้านการผลิตและการพัฒนาบุคลากร โดยศึกษาว่าคุณสมบัติที่พึงประสงค์ของกำลังคนสาขาต่างๆ เป็นอย่างไร เหมาะสมกับระบบบริการหรือไม่ รวมทั้งในอนาคตที่จะต้องพิจารณาถึงความต้องการกำลังคน และบทบาทที่เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณของท้องถิ่นและชุมชนด้วย

ผลจากนโยบายหลักประกันสุขภาพ ได้ทำให้แยกบทบาทความรับผิดชอบด้านการคลังเพื่อสุขภาพ (Health Financing) ออกจากกระทรวงสาธารณสุข ไปอยู่กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การดำเนินงานของ สปสช. ในฐานะ Funding Agency จึงควรครอบคลุมวัตถุประสงค์การใช้จ่ายงบประมาณด้านกำลังคนในระบบสุขภาพด้วย ส่วนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขนั้น น่าจะเน้นงานเชิงนโยบาย การพัฒนายุทธศาสตร์ และการวางแผนภายในระบบสุขภาพ (Public Health Planning) และประสานองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งระบบ เพื่อให้การวางแผนกำลังคนเกิดความสมดุล และความเป็นไปได้ทางปฏิบัติมากที่สุด รวมทั้งการเชื่อมประสานเครือข่ายสถาบันการศึกษากับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ (Area based networks)

นโยบายและแนวทางปฏิบัติที่มีผลกระทบด้านกำลังคนที่ผ่านมา

ด้านสังคมและการเมือง

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 52 และ 82 ระบุเจตนารมณ์ให้ประชาชนมีสิทธิในการได้รับการบริการสุขภาพที่มีความเสมอภาค เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ ตลอดจนรัฐต้องจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ
2. พ.ร.บ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ที่ต้องการให้ท้องถิ่นบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพตามขีดความสามารถของตน และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น รวมทั้งแผนการถ่ายโอนภารกิจบริการสุขภาพ และงานสาธารณสุขบางส่วนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสารทางราชการ พ.ศ.2540 ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งข้อมูล และการตรวจสอบการทำงานภาครัฐที่มีผลกระทบต่อประชาชน
4. พ.ร.บ.ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2545 และแผนแม่บทของการปฏิรูประบบราชการ ที่ต้องการให้ภาครัฐมีขนาดเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ มีแนวโน้มที่จะให้หน่วยงานภาครัฐแปรสภาพเป็นองค์การมหาชน หรือองค์กรในกำกับรัฐ ซึ่งรวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ด้วย
5. พ.ร.บ.องค์การมหาชน พ.ศ.2542

ด้านการศึกษา

1. พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 เป็นกฎหมายแม่บทของการปฏิรูปการศึกษาของไทย มีผลต่อการปฏิรูปองค์กรและโครงสร้าง การบริหารการศึกษา การประกันคุณภาพ ฯลฯ
2. กฎหมายจัดตั้งสถาบันการศึกษา ที่เน้นความเป็นอิสระทางวิชาการ ความคล่องตัวของการบริหารการศึกษา และการเพิ่มประสิทธิภาพ โดยทั่วไปคือการปรับองค์กรให้เป็น "มหาวิทยาลัย หรือองค์กรในกำกับรัฐ" มีผลดีต่อประสิทธิภาพการจัดหารายได้ และการใช้จ่ายงบประมาณในอนาคต แต่ก็อาจมีผลเสียต่อภาพรวมในการกำกับสถาบันการศึกษาของรัฐ ให้ตอบสนองความต้องการของสังคม (Social Accountability & Responsibility)

3. ระบบประกันคุณภาพการศึกษา โดยสำนักงานมาตรฐานการศึกษาแห่งชาติ (สมศ.) เพื่อจัดการให้เกิดคุณภาพ การศึกษาภายในสถานศึกษาทุกระดับตามเจตนารมณ์แห่ง พ.ร.บ.การศึกษาฯ มีผลทำให้สถานศึกษาต้อง พัฒนานตนเอง แต่ยังคงอยู่ภายใต้กรอบของตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินที่ค่อนข้างตายตัว

ด้านสุขภาพและกำลังคน

1. พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ส่งผลในการเพิ่มการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มยากจน และลดค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ จึงเป็นส่วนที่เพิ่มภาระงานโดยรวมให้ระบบ บริการ นอกจากนี้ในด้านโครงสร้าง ได้แยกบทบาทผู้รับผิดชอบการคลังเพื่อสุขภาพให้ สปสช. ดูแล
2. การรณรงค์เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ปี 2542 – ปัจจุบัน ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ การประชุมสมัชชาสุขภาพ การเคลื่อนไหวของประชาคมต่างๆ และการยกย่อง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น
3. การจัดทำแผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุขโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเสนอความต้องการกำลังคนในทุก สาขา เป็นแผนระยะกลาง และระยะยาว (อยู่ระหว่างเสนอ ครม.)
4. การจัดการกับงานบริหารบุคคล เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ได้แก่
 - การกระจายกำลังคนตามความขาดแคลน แต่ยังเป็นลักษณะ Arbitrary มากกว่า Fact based เนื่องจากขาดข้อมูลที่ชัดเจน
 - ข้อเสนอการจ้าง (Pay scale) และค่าตอบแทน (Allowances) กับกำลังคนสาขาต่างๆ
5. การแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบท
 - การผลิตแพทย์เพิ่ม ภายใต้โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.)
 - การจ่ายค่าตอบแทนประเภทต่างๆ ได้แก่ Non-private practice, hardship allowance, workload related allowance

ข้อเสนอยุทธศาสตร์

1. ด้านนโยบาย

- 1.1 ควรจัดตั้งองค์กรกลางเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ชาติด้านกำลังคน (Health Workforce strategy) หรือ อย่างน้อยเป็น National Health Workforce Commission ในระดับรัฐบาล โดยโครงสร้าง ประกอบด้วยผู้แทน 4 กลุ่ม ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายผลิตและองค์กรวิชาชีพ องค์กรบริหาร กองทุนประกันสุขภาพระบบต่างๆ และผู้แทนองค์กรท้องถิ่นและองค์กรชุมชน

นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการทำงานในลักษณะประสานเครือข่ายตั้งแต่ระดับนโยบาย ยุทธ ศาสตร์ การจัดการ จนถึงการใช้ปฏิบัติ ระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง เป็น "พหุภาคีกำลังคนด้านสุขภาพ"

- 1.2 ยกย่องยุทธศาสตร์ชาติกำลังคนด้านสุขภาพ เน้น "ความสมดุล" และ "ความเชื่อมโยง" ภายใต้ยุทธ ศาสตร์หลัก 3 ด้าน ได้แก่ (ดูแผนภูมิที่ 1)

- ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
 - ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - ยุทธศาสตร์การพัฒนาการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นและชุมชน
- สำหรับยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ จะประกอบด้วยยุทธศาสตร์ย่อย ได้แก่
- ด้านนโยบายกำลังคน

- ด้านการผลิต
- ด้านการบริหารจัดการกำลังคน
- ด้านการพัฒนากำลังคน

- 1.3 จัดสร้างและพัฒนา "ศูนย์ข้อมูลกลางกำลังคนด้านสุขภาพ" ในลักษณะคลังข้อมูล (Data Warehouse) เชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลกับฐานข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ และพัฒนาไปสู่ระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Data Management System)
- 1.4 ดำเนินการจัดตั้ง "เครือข่ายการประสานงานด้านวิชาการและพัฒนากำลังคนระดับพื้นที่" เพื่อกระตุ้นการร่วมมือทางวิชาการระหว่างสถาบันการศึกษากับระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ เป็นการเรียนรู้ซึ่งกันและกันในประเด็นความต้องการ และการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาการ
- 1.5 การประเมิน และติดตามสถานการณ์กำลังคน และผลกระทบ เพื่อเป็นกลไกการประเมินนโยบายด้านกำลังคนของประเทศ

2. ด้านการจัดการศึกษา (การผลิต)

- 2.1 ยึดปรัชญาสุขภาพ "สุขภาพพอเพียง" สร้างบรรทัดฐาน (Norm) ที่มองมิติแบบองค์รวม มิติสร้างสุขภาพ และมิติการดูแลตนเองเป็นแนวทางการจัดการศึกษาจึงต้องสร้าง "กระบวนทัศน์สุขภาพ" ขึ้นให้ได้
- 2.2 พัฒนา Model การจัดการศึกษาใหม่ ๆ ที่ผลิตบุคลากรตามจำนวน และคุณสมบัติที่หน่วยงานต้องการในอนาคต (Customization) โดยเฉพาะองค์การท้องถิ่นและชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- 2.3 ให้ฝ่ายผู้ผลิต มีบทบาทหน้าที่ช่วยเหลือ สนับสนุนด้านวิชาการเพื่อพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ โดยเป็นความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพพื้นที่ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งฝ่ายผลิต และสถานบริการสุขภาพ
- 2.4 การเชื่อมต่อกับระบบการพัฒนางานวิจัย และสร้างองค์ความรู้ (Research Link) เพื่อให้การเรียนรู้การสอนเกิดพลวัต (Dynamicity) และไม่แยกส่วนจากการเรียนรู้ชุมชน

3. ด้านงบประมาณ และแหล่งทุน

- 3.1 ลดสัดส่วนการพึ่งพิงงบประมาณด้านบุคลากร จากส่วนกลางเพียงแหล่งเดียว ให้เป็น Multi-financed employment
- 3.2 กระจายทรัพยากรให้ท้องถิ่น โดยใช้มาตรการการคลัง และภาษี เพื่อให้ท้องถิ่นมีส่วนเป็นเจ้าของสถานบริการ และมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการของชุมชน รวมทั้งกำลังคนที่จะปฏิบัติงานในท้องถิ่น/ชุมชน
- 3.3 ให้มีการอุดหนุนผู้เรียน ในพื้นที่และสาขาที่ขาดแคลน แบบหลายตัวเลือก เช่น Loan หรือ Advancement ทั้งแบบใช้ทุนด้วยระยะเวลา และแบบผ่อนชำระ
- 3.4 ปรับปรุงสัดส่วนจำนวนบุคลากรระหว่างสาขา ให้เกิดความสมดุลในการให้บริการ อุดหนุนกำลังคนสาขาที่ขาดแคลนจริง ตามความต้องการของระบบสุขภาพ นอกเหนือจากความเห็นของวิชาชีพ
- 3.5 จัดการ "กองทุนเพื่อการพัฒนาบุคลากร (Changing Workforce Programme and Development Fund)" โดยอาจใช้รูปแบบการร่วมลงทุนระหว่างรัฐกับหน่วยงาน (Mutual fund) และมีเกณฑ์การอุดหนุนเพื่อการฝึกอบรมตามความจำเป็นของการพัฒนาระบบ

4. ด้านการจัดการ

- 4.1 ควรยกเลิก Centralized employment system อย่างค่อยเป็นค่อยไป ในระยะยาว และสร้างระบบกฎหมายและข้อบังคับเพื่อให้ส่วนกลางใช้เป็นกรอบ และกลไกในการกำกับแทน
 - 4.2 พัฒนาระบบบริหารบุคคลที่เป็นอิสระ เพื่อให้เกิดความหลากหลายของการจ้างงานมากขึ้น เช่น ระบบ Flexible employment arrangement ที่หน่วยงานเป็นเจ้าของ มีการจ้างงานแบบ Permanent หรือ Part-time อาจใช้ระบบจัดการแบบกลุ่มก้อนที่หลายวิชาชีพรวมกัน (Group employment) หรือแบบเดี่ยวรายบุคคลแบบ Performance based กลุ่มกองทุนต่างๆในสังคมอาจเข้ามาร่วมรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพและกำลังคนมากขึ้น ตลอดจนวิชาชีพอิสระที่ปฏิบัติงานในชุมชน รวมทั้ง Employment conditions อื่นๆ เช่น Vacation time, career path
 - 4.3 Human Resource Utilization ควรส่งเสริมบทบาทของวิชาชีพต่างสาขา ที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะ Cross-function เพื่อรองรับบทบาทของการให้บริการแบบผสมผสานมากขึ้น โดยเฉพาะระดับปฐมภูมิ รวมถึงผู้ดูแลสุขภาพ (Non professionals) ต่างๆด้วย
5. **ด้านการพัฒนาบุคลากร**
- 5.1 ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยการพัฒนาระบบการศึกษาด้วยตนเอง ทั้งด้านวิชาชีพ และสหวิทยาการ
 - 5.2 ปรับเกณฑ์ทางบัญชีในระบบบัญชีพึงรับพึงจ่าย โดยให้ถือว่างบประมาณบุคลากรเป็นค่าใช้จ่ายการลงทุน แทนที่จะเป็นค่าใช้จ่ายดำเนินการ และถือเป็นดัชนีบ่งชี้การพัฒนองค์กรในระบบประกันคุณภาพ
 - 5.3 สนับสนุนสถาบันการศึกษา เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการฝึกอบรมต่อเนื่องที่เป็นความต้องการจริงของหน่วยงาน มิใช่ตามความต้องการของบุคคล
6. **ด้านการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นและชุมชน**
- 6.1 พัฒนาศักยภาพพร้อมขององค์กรท้องถิ่น หรือองค์กรชุมชน ด้านพื้นฐานแนวคิดด้านสุขภาพ และความรู้ในการจัดการปัญหาสุขภาพ และด้านกำลังคน
 - 6.2 กำหนดอำนาจ หน้าที่ และทรัพยากรในการบริหารจัดการกำลังคนเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้้องค์กรท้องถิ่น หรือองค์กรชุมชนมีศักยภาพ และบทบาทความรับผิดชอบที่ชัดเจน เช่น ในอนาคตอาจเกิด "ผู้จัดการสุขภาพ" ของชุมชน ที่ทำงานภายใต้การสนับสนุนของชุมชนโดยตรง
 - 6.3 สร้างการมีส่วนร่วม และความเป็นเจ้าของของชุมชนและท้องถิ่น ในการคัดเลือกผู้เรียน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารงานด้านสุขภาพ ตลอดจนระบบบริการที่รองรับระบบสุขภาพในขอบเขตพื้นที่ ที่ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของได้
 - 6.4 ออกแบบ จัดวางระบบกำกับ ติดตาม และควบคุมการดำเนินงานขององค์กรท้องถิ่น โดยองค์กรชุมชน หรือภาคประชาชน ตลอดจนกลไกการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอเชิงนโยบาย : 1 หมู่บ้าน 1 พยาบาล

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน โดยชุมชน และ เพื่อชุมชน

(ร่าง)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

มกราคม 2547

ฉบับร่างห้ามใช้อ้างอิง

1. หลักการและเหตุผล

แนวคิด "1 หมู่บ้าน 1 พยาบาลชุมชน" มีความเป็นมาเชื่อมโยงกับการเคลื่อนไหว และแนวคิดในการพัฒนาระบบสุขภาพในหลายประเด็น ที่สำคัญได้แก่ :

1.1 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : มิติใหม่ของระบบสุขภาพ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ซึ่งสามารถขยายการครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศได้ในปี พ.ศ. 2545 นั้น ได้ก่อคุณประโยชน์ที่สำคัญอยู่สามประการ

- (1) **ประการแรก** การประกันการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ (Accessibility) ทำให้ช่องว่างในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชาชนที่มีรายได้น้อย เห็นชัดได้จาก รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนในกลุ่ม 10% ที่ยากจนที่สุด ลดลงถึง 41%¹ และ การที่ระดับหยวนะจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน (Catastrophic illness)² ลดลงจาก 4.9% ในปีพ.ศ. 2539 เป็น 3.0% ในปีพ.ศ.2545² อันเป็นรูปธรรมความสำเร็จอันหนึ่งของ ยุทธศาสตร์ ลดความยากจน
- (2) **ประการที่สอง** ได้เกิดกระแส "สร้างสุขภาพ" ซึ่งเป็นการทำงานเชิงรุกขึ้น ควบคู่กับการรักษาพยาบาล หรือ การ "ซ่อมสุขภาพ" ผลที่เห็นได้ในระยะเวลาอันสั้นนี้ได้แก่ การรณรงค์ให้ประชาชนใส่ใจในการออกกำลังกาย การรณรงค์ด้านความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร หรือ การกำหนดบทบาทของ ศูนย์สุขภาพชุมชน
- (3) **ประการที่สาม** เกิดระบบการจัดการทางการเงินเพื่อสาธารณสุขแบบใหม่ จากเดิมงบประมาณด้านสุขภาพที่ได้จัดสรรหน่วยงานราชการไปสู่ประชาชน และจัดสรรตามการกระจายของสถานพยาบาล ได้เปลี่ยนเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน ทำให้เกิดโอกาสในการกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม และมีความพยายามของสถานบริการในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น

ในการขยายแนวคิดของโครงการไปสู่การปฏิบัติ (Implementation) นั้นแน่นอนว่าอาจจะต้องอาศัยความพร้อมของระบบปฏิบัติการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในมิติของ กำลังคนทางสุขภาพ (Human Resources for Health) โดยเฉพาะกำลังหลักจากข้าราชการและบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกำลังคนในภาครัฐและเอกชนอื่นๆ

อย่างไรก็ดี โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังมีปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ ความแข็งตัวของระบบราชการ, ด้านสถานะของกำลังคนทางด้านสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ ยังเป็นข้าราชการอย่างเต็มตัว และด้านการกระจายทรัพยากรและบุคลากรอย่างไม่ทั่วถึง และ ไม่เป็นธรรม

1.2 ข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพ : ความเป็นไปได้ในการจัดการกำลังคนจากชุมชน

การประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในประเด็นการจัดการกำลังคนทางสาธารณสุขเพื่อชุมชน เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2546 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุม ไบเทค ได้เสนอให้มีการ ปฏิรูปทั้งระบบการจัดสรรงบประมาณ การผลิต และ การจัดการ ด้านกำลังคนที่สำคัญคือ การเสนอให้มีระบบการคัดเลือกบุคลากรมาจากท้องถิ่นที่มีการขาดแคลน โดยอาศัยข้อมูลทางภูมิศาสตร์ (Geographical Information System: GIS)

¹ พิจารณาจากภาวะที่ครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มากกว่าร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่ไม่รวมอาหาร

เป็นกลไกสนับสนุน และ จัดสรรงบประมาณการผลิตไปยังชุมชนและท้องถิ่น ให้เป็นผู้ตัดสินใจ แทนการจัดสรรไปยังสถานศึกษา

นับได้ว่า ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพ ได้เปิดพื้นที่ทางสังคม โดยการนำเสนอถึงความเป็นไปได้ในการที่ชุมชนท้องถิ่น จะเพิ่มบทบาทในการสนับสนุนกระบวนการบริหารจัดการด้านกำลังคนทางสุขภาพ จากเดิมที่เคยมีบทบาทเป็นเพียง ผู้รับการบริการปลายทางเท่านั้น

ข้อเสนอนี้ได้้นำเข้าพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส) และมีมติให้มีคณะทำงานไปศึกษาในรายละเอียดและจัดทำข้อเสนอที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

1.3 บุคลากรสุขภาพ : ทรัพยากรของการสร้างเสริมสุขภาพ

จากสถานการณ์ปัจจุบัน จะพบว่ามีช่องว่างระหว่างแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ กับ ระบบปฏิบัติการ ในมิติของกำลังคนทางสุขภาพอยู่ไม่น้อย ที่สำคัญพอยกตัวอย่างได้แก่

- (1) การนำไปแนวคิดสร้างสุขภาพ ไปปฏิบัติจะต้องอาศัย ความรู้ ความเข้าใจใน มิติอื่น ที่กว้างขึ้น เช่น ด้านการสร้างสุขภาพแบบองค์รวม และ แนวคิด วิถีชุมชน
- (2) โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ เพิ่มอุปสงค์ ด้านการบริการ ช่อมสุขภาพจึงเป็นอุปสรรคต่อทรัพยากรด้านกำลังคนที่มีอยู่อย่างจำกัดในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ
- (3) สถานะของบุคลากรและหน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านสร้างสุขภาพ ยัง ตั้งอยู่บนรากฐานของระบบบริการ เช่น การเป็นข้าราชการ และ มีหน่วยงานที่สถานื่อนามัย/ โรงพยาบาล เป็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของการปฏิบัติงาน ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงชุมชนใน ระดับที่ใกล้ชิด และยาวนานเพียงพอ และขาดความต่อเนื่องและยั่งยืน ของตัวบุคลากรกับพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- (4) ในภาพรวมประเทศไทยยังประสบปัญหาการ กระจุกตัวของบุคลากรสุขภาพ อยู่ในพื้นที่ที่มีความเจริญในทุกกระดับ เช่นระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และแม้แต่ในระดับตำบล/ หมู่บ้าน ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรที่จะมาดำเนินงานสร้างสุขภาพในพื้นที่ระดับหมู่บ้านในชนบท และชุมชนแออัดในเขตเมือง
- (5) โฉมมุมของการบริหารจัดการ เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมาหลายพื้นที่ยังประสบปัญหา ความไม่มั่นคงของสถานการณ์การเงิน เราจึงพบว่า งานสร้างสุขภาพ ซึ่งถูกจัดอันดับเป็นงานที่มีความสำคัญในลำดับรองลงมา อาจจะถูกชะลอการดำเนินงาน ชะลอการเติบโต ไว้ในเบื้องต้นก่อน หรือกล่าวได้ว่า ตัว บุคลากรที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพเอง ก็ยังมีความไม่แน่นอนในการได้รับการสนับสนุน ทั้งงบประมาณ อุปกรณ์ และ ความเอาใจใส่

1.4 พยาบาลชุมชน : บุคลากรสุขภาพ เพื่อรองรับงานสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (ภาพที่ 1-3)

มีความพยายามที่จะสร้างบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชนมานานพอสมควร โดยการคัดเลือกบุคคลจากระดับจังหวัด อำเภอ และจัดการการศึกษาในสถาบันการศึกษาในส่วนภูมิภาค เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะได้รับการบรรจุในจังหวัดหรือ อำเภอที่ได้รับการคัดเลือกมา แต่ทั้งหมดนี้ ชุมชนยังมีส่วนร่วมไม่มากนัก

"ในช่วงปี พ.ศ. 2544 ได้มีนวัตกรรมด้านกำลังคนทางสุขภาพเกิดขึ้น โดยเฉพาะที่ อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของ โรงพยาบาลชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล และ ผู้นำชุมชน

และได้รับการสนับสนุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยการคัดเลือกนักเรียนที่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน โดยมุ่งเน้นเจตคติมากกว่าคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา และ อบต.ได้เป็นฝ่ายสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการศึกษาในหลักสูตร พยาบาลศาสตร์บัณฑิต โดยมีเงื่อนไขการฝึกปฏิบัติงาน ที่ รพ. สถานีอนามัย และ หมู่บ้านที่ตนอาศัยอยู่ และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะได้รับการจ้างงานให้ปฏิบัติงานในหมู่บ้านของตน ในสถานะของ พนักงานของ อบต. โดยมีความเชื่อมโยงและได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานจาก โรงพยาบาลชุมชน"

ซึ่งนับว่าเป็นรูปธรรมของแนวคิดของ พยาบาลชุมชน อย่างแท้จริงและครบวงจร

พยาบาลชุมชน เป็น บุคลากรสุขภาพที่ได้รับการสร้างและสนับสนุนจนมี ศักยภาพ และทัศนคติที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการทำงานเชิงรุก โดยมีได้ทอดทิ้งงานรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนเอง เช่น การที่เป็น "คนพื้นที่" ในหมู่บ้านนั้นเอง หรือ การที่ขนาดพื้นที่ความรับผิดชอบพอเหมาะ กระบวนการดำเนินงานของพยาบาลชุมชน จะเน้นที่กิจกรรมที่ต่อยอดจากแนวคิด "วิถีชุมชน" คือการสร้างสุขภาพแบบองค์รวมโดยอาศัยรากฐานทุนทางสังคมที่มีอยู่อย่างพอเพียงและ ยั่งยืน โดยมีบทบาทสำคัญเป็น facilitator อีกทั้ง พยาบาลชุมชน จะเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างงานรักษาพยาบาล และ งาน สร้างสุขภาพในชุมชน

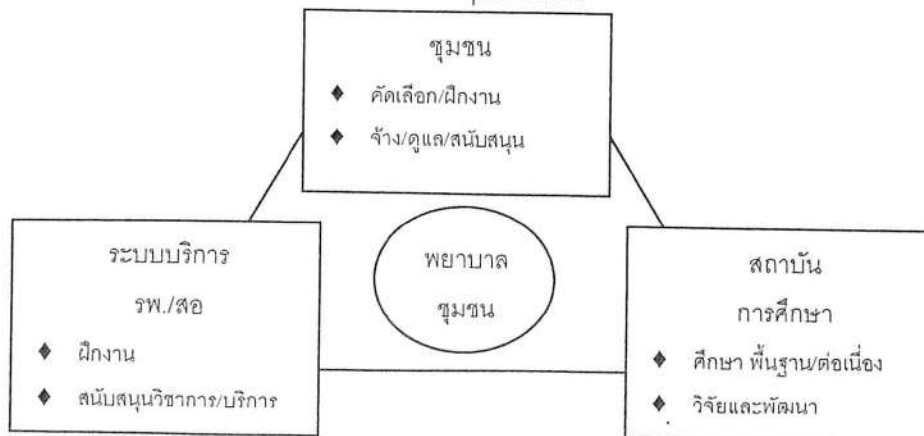
พยาบาลชุมชน เป็นการเติมเต็มและ ต่อยอด ของระบบ(บริการ) สุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยไม่ได้ลดบทบาทของวิชาชีพ องค์กร หรือ หน่วยงานใดๆ โดยอาจจะมียุทธศาสตร์รูปแบบการจ้างงานที่หลากหลาย แต่ล้วน มุ่งไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกันนั่นคือ "สุขภาพะของชุมชน"

สรุปคือ พยาบาลชุมชน จะเป็น คนท้องถิ่น ที่ชุมชนคัดเลือกและสนับสนุนให้ได้รับการศึกษาที่เหมาะสมและปฏิบัติงานเมื่อสำเร็จการศึกษาอยู่ในชุมชนของตนเอง จึงนับเป็น

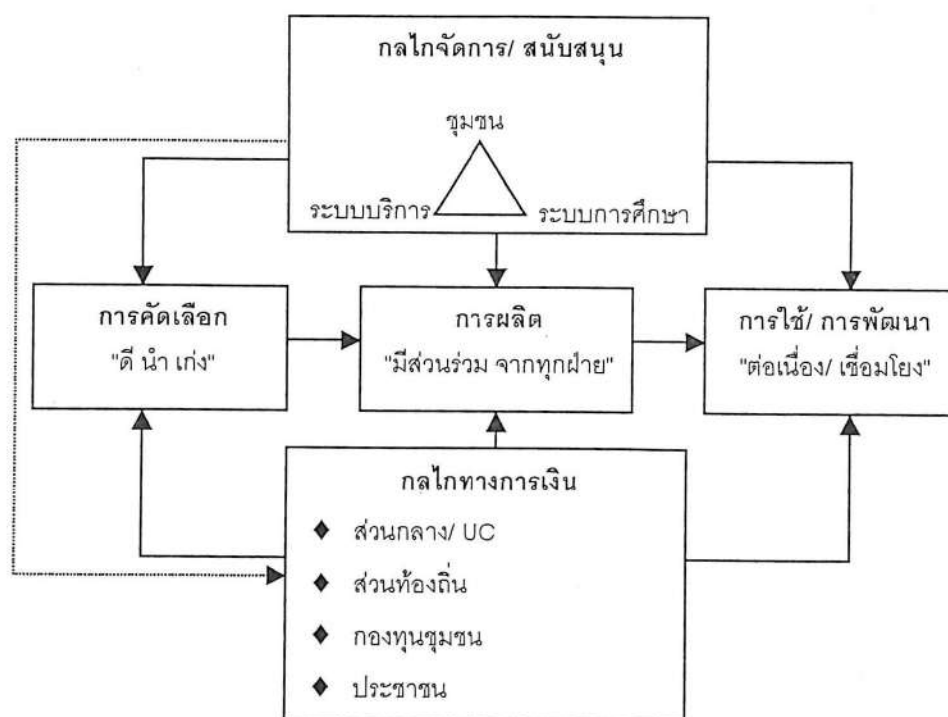
"พยาบาลของชุมชน พัฒนาและสนับสนุนโดยชุมชน และดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาพะของชุมชน" โดยตั้งเป้าหมายที่หมู่บ้านละ 1 คน"

"ลงไปทำงานชุมชน ได้สัมผัสชาวบ้าน ได้รับรู้และเรียนรู้วิถีชีวิตของชาวบ้าน เข้าใจชาวบ้านมากขึ้น รักชาวบ้านมากขึ้น ชาวบ้านก็รักเรามากขึ้น เวลาไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ก็ไม่ใช่ว่าแค่ผู้ป่วยคนเดียว เราก็ดูแลแนะนำเรื่องสุขภาพคนอื่นๆ ในครอบครัวนั้นด้วย เราได้ข้อมูลทุกหลังคาเรือน ชาวบ้านมีทัศนคติดีมีอกลับบ้านเสมอๆ เราก็ยังชื่นชมใจชาวบ้าน ก็ยิ่งผูกพันกับชาวบ้าน จนทำให้เรารู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน" เป็นความรู้สึที่บรรยายออกมาของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผันตัวเองออกมาทดลองปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลชุมชน³

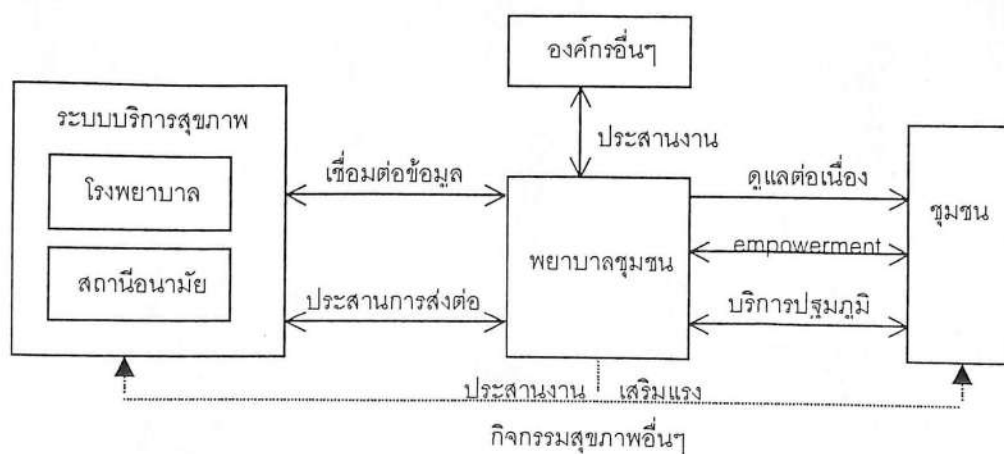
ภาพที่ 1 : ความเชื่อมโยง และ บทบาทของกลไกต่างๆในโครงการ



ภาพที่ 2: ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบ และ แนวคิดหลัก



ภาพที่3: บทบาท หน้าที่ ความสัมพันธ์ และ ความรับผิดชอบ ของพยาบาลชุมชน หลังสำเร็จการศึกษา



1.5 ระดมศักยภาพในพื้นที่: พัฒนาต่อยอดจากสิ่งที่มีอยู่

ในระบบการบริการสุขภาพในระดับชุมชนของประเทศไทย มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลักที่ดำเนินการงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนในชนบท และ องค์กรปกครองท้องถิ่นจะเป็นผู้ดูแลในเขตเมืองใหญ่/ กทม.

ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ สถานีอนามัย, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลศูนย์-ทั่วไป และ องค์การปกครองท้องถิ่นในรูปแบบต่างๆ

บุคลากรในหน่วยงานเหล่านี้คือ "ทุนทางสังคมพร้อมใช้" ที่สามารถปฏิบัติงานในแนวคิดของโรงพยาบาลชุมชนได้ หากได้รับการเสริมศักยภาพ ดังนั้นจึง ให้ความสำคัญจำเป็นต้องสร้าง โรงพยาบาลชุมชนขึ้นมาใหม่จนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน แต่สามารถใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มีปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนควบคู่กันไปด้วย โดยเฉพาะในหมู่บ้านชุมชนที่มีภูมิศาสตร์อยู่ใกล้สถานพยาบาล ประมาณ 10,909 แห่ง ซึ่งเชื่อได้ว่ามีศักยภาพในการครอบคลุมประมาณ 22,816-44,696 หมู่บ้าน จะทำให้เราสามารถประมาณความต้องการในการผลิต โรงพยาบาลชุมชน เพื่อครอบคลุมทั้ง 71,864 หมู่บ้านทั้งประเทศ ว่าต้องการการผลิตใหม่เป็นจำนวน ประมาณ 38,108 คน (27,168 - 49,048 คน) เพื่อบรรลุความครอบคลุม 1 หมู่บ้าน: 1 โรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 1: ทุนทางสังคมพร้อมใช้สำหรับงานสร้างเสริมสุขภาพ การประมาณความรับผิดชอบ (จำนวนหมู่บ้าน) และความครอบคลุม

	จำนวน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบต่อแห่ง		ความครอบคลุมหมู่บ้าน	
		ต่ำ	สูง	ต่ำ	สูง
สถานีอนามัย	9738	2	4	19476	38952
โรงพยาบาลชุมชน	722	3	5	2166	3610
ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล	214	2	3	428	642
โรงพยาบาลศูนย์-ทั่วไป	92	5	10	460	920
ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.	143	2	4	286	572
รวม	10909			22816	44696

2. วัตถุประสงค์

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

สร้างและพัฒนากำลังคนและระบบการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนที่มีศักยภาพเหมาะสม และ มีความยั่งยืน ให้เป็นของชุมชน โดยชุมชน และ เพื่อชุมชน

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- (1) สร้าง และพัฒนา "โรงพยาบาลชุมชน" ครอบคลุม ทุกหมู่บ้านในอัตราส่วน โรงพยาบาลชุมชน 1 คนต่อ 1 หมู่บ้าน ในระยะเวลา 15 ปี โดยการคัดเลือก พัฒนา และการจัดการ ผ่านการมีส่วนร่วมจากชุมชนอย่างแท้จริง
- (2) พัฒนาระบบการสนับสนุน การทำงาน ของโรงพยาบาลชุมชนเหล่านี้ให้เชื่อมโยงกับสถานบริการใกล้บ้าน รวมถึง องค์การ และ กลไกในระดับท้องถิ่น
- (3) พัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่อง การสร้างแรงจูงใจและศักดิ์ศรีของโรงพยาบาลชุมชน

3. แนวคิดหลักของการดำเนินการ

การดำเนินการตามข้อเสนอนี้ อาศัยแนวคิดหลัก (Concept) อยู่ 4 ประการ

3.1 คัดเลือกคนจากท้องถิ่นนั้น ศึกษาอบรมที่พื้นที่ และ กลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ของตน (Local recruitment, Rural training and Home town placement) เพื่อเป็นการสร้างบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ที่ขาดแคลน โดยเชื่อว่าจะมีความพร้อมมากกว่า มีความยั่งยืนมากกว่าระบบการจัดสรรปัจจุบัน

3.2 คัดความดี มาก่อนความเก่ง เนื่องจากระบบการศึกษาปัจจุบันเน้นการวัดความสามารถทางวิชาการในการคัดเลือกนักศึกษา ทำให้เยาวชนในเขตชนบทหรือ ชุมชนแออัดในเขตเมืองซึ่งมีโอกาสและความพร้อมทางวิชาการน้อยกว่า ไม่สามารถผ่านเกณฑ์ดังกล่าวได้ กลุ่มบุคคลากรส่วนใหญ่จึงมีจากพื้นฐานชนชั้นกลางในเขตเมือง และไม่สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทในระยะยาวได้

ดังนั้นหากสามารถคัดเลือกกลุ่มเยาวชนที่มีความดี โดยมีการคัดเลือกจากตัวแทนของหมู่บ้านที่รู้ประวัติความเป็นมาของเยาวชนดังกล่าวดี เชื่อว่าจะได้บุคลากรในอนาคตที่ทำความดี และรักท้องถิ่นเป็นรากฐาน อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าความพร้อมทางวิชาการในการศึกษาไม่สำคัญ

ประเด็นจึงอยู่ที่ ทำอย่างไรจึงสามารถ หาคณดีที่มีความสามารถเหมาะสมได้ ซึ่งอาจจะต้องมีความหมายถึง การพัฒนาความพร้อมทางวิชาการทั้งก่อนและขณะศึกษาต่อ ให้กลุ่มคนดีเหล่านี้

3.3 เริ่มทำในบริบทที่มีความสมัครใจก่อน (Voluntary basis) ทั้งในระดับหมู่บ้าน อำเภอ องค์การท้องถิ่น หรือในด้านสถาบันที่ผลิต โดยเริ่มต้นในจำนวนไม่มากนักและเพิ่มจำนวนจนครอบคลุมพื้นที่ได้ตามเป้าหมาย พื้นที่ที่ควรได้รับการจัดสรรตำแหน่งก่อนได้แก่ พื้นที่ที่ห่างไกลจาก สถานพยาบาลที่มีอยู่ เช่น หมู่บ้านหรือชุมชน ที่ตั้งอยู่ไกลจาก สถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาล และ ชุมชนแออัดในเขตเมือง

3.4 เน้นความยืดหยุ่น และ มุ่งสร้างกระบวนการ/ กลไกที่มีส่วนร่วม ความสำเร็จของโครงการนี้มิใช่เพียงแค่มียุบาลอยู่ครบทุกหมู่บ้าน แต่อยู่ที่การสร้างกลไกและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน/องค์กรปกครองท้องถิ่น ร่วมกับสถาบันการศึกษาและระบบบริการสุขภาพ

ดังนั้นจึงต้องมีการลงทุน ลงแรง สร้างกลไก/ กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง จึงจะมีความสำเร็จที่ยั่งยืนได้

4. แนวทางการดำเนินการ (ภาพที่4)

จะต้องมีการวางแผนล่วงหน้าในระบบบริหารจัดการโครงการอย่างน้อย 7 ส่วนได้แก่

- (1) ระบบการคัดเลือกให้ได้บุคคลที่เหมาะสม เนื่องจาก หมู่บ้าน/ชุมชนนั้นอาจจะมีโอกาสเพียงครั้งเดียว เริ่มต้นที่ระบบการคัดเลือกเยาวชนควรประกอบด้วยตัวแทนจาก 3 ฝ่ายเป็นอย่างน้อย คือ ฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และ ฝ่ายประชาชน (ตัวแทนชาวบ้าน) ที่รู้จักนิสัย บุคลิก ของ เยาวชนเป็นอย่างดี ควรจะได้เยาวชนที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น ๆ เลย หรือ อย่างน้อยจากหมู่บ้าน/ชุมชนใกล้เคียง จากนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมทางวิชาการให้ตัวแทนที่ได้รับคัดเลือก ซึ่งควรเป็นหน้าที่ของโรงเรียนในพื้นที่
- (2) งบประมาณในการให้การศึกษา ว่าสมควรได้รับการสนับสนุนจากส่วนใดบ้าง ซึ่ง อาจจะไม่ใช่อุดหนุนตายตัว เช่น หากมาจากพื้นที่ที่องค์กรปกครองท้องถิ่นมีรายรับสูง การสนับสนุนจากส่วนกลางน่าจะน้อย แต่อย่างน้อย ต้องมีงบประมาณการศึกษาส่วนหนึ่งที่ได้รับจากพื้นที่ มีใช้สนับสนุนจากส่วนกลางทั้งหมด

- (3) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน มีระบบการจ้างงานที่มั่นคง และเป็นของชุมชน เช่น มีการวางแผนให้พยาบาลชุมชนเหล่านี้ ได้รับการจ้างงานองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือ ระบบการหมุนเวียน สับเปลี่ยนบุคลากรทั้งในระบบของโครงการพยาบาลชุมชนเอง หรือ กับ pool ของวิชาชีพในระบบอื่นๆ
- (4) การสนับสนุนการปฏิบัติงาน ซึ่งหมายถึงความถึงการเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ในการรับการสนับสนุนเป็น เวชภัณฑ์ และ อุปกรณ์ รวมทั้ง การฝึกอบรม การส่งต่อผู้ป่วย และ สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานและการดำรงชีพอื่นๆ
- (5) ระบบการพัฒนาต่อเนื่อง ต้องวางระบบที่พยาบาลชุมชนเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาศักยภาพต่อเนื่องตลอดระยะเวลาปฏิบัติงานทั้งทางตรงและทางอ้อม อาจมีการจัดตั้งกลไกที่เป็นอิสระ เช่น มูลนิธิพยาบาลชุมชนขึ้นมาร่วมดำเนินการเพื่อการนี้
- (6) หลักสูตรการศึกษา ในการศึกษาระดับอุดมศึกษาต้องมีการวางแผนจัดหลักสูตรการเรียนการสอนที่เน้นหนักไปในการเป็น พยาบาลชุมชน โดยเฉพาะงานสุขภาพชุมชน และการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม ซึ่ง อาจจะต้องมีการจัดสอนเสริม/ทบทวน ให้กับนักศึกษาในโครงการ นอกจากนี้หากในหลักสูตร มีการฝึกฝนทักษะนอกสถาบัน ต้องส่งนักศึกษาในโครงการกลับมาฝึกฝนในพื้นที่ของตนเอง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และ รับรู้สภาพปัญหาในพื้นที่ของตนเองจริง

ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่า จะต้องลดบทบาทการเรียนการสอนในด้านการรักษาพยาบาล แต่ อาจจะมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาให้สอดคล้องกับงานเชิงรุกในระดับชุมชนมากขึ้น ซึ่งอาจมีความยืดหยุ่น ในการจัดหลักสูตร และ ตารางการเรียนการสอน ไม่ได้เป็นไปในรูปแบบเดิมๆแต่เพียงอย่างเดียว

นักศึกษาในโครงการนี้ควรจะได้รับ การฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมในช่วงเวลาปิดภาคการศึกษา โดยกลับมาฝึกที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่นๆ ในพื้นที่ของตน เช่น การเป็นลูกจ้างรายคาบมีหน้าที่ เป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งนอกเหนือจากการสร้างความคุ้นเคยกับระบบปฏิบัติการแล้วยังเป็น การติดตามความเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาด้วย

- (7) การปฏิบัติงานหลังจากจบการศึกษา พยาบาลชุมชนเหล่านี้จะกลับไปปฏิบัติงานในหมู่บ้านของตนเอง โดยอาจจะเป็นรูปแบบ การเป็น พนักงานขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โดยได้รับการสนับสนุนวัสดุ และ เวชภัณฑ์ และ วิชาการ จากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะงบประมาณจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วน การสร้างเสริมและป้องกันโรค (Promotive and Preventive)

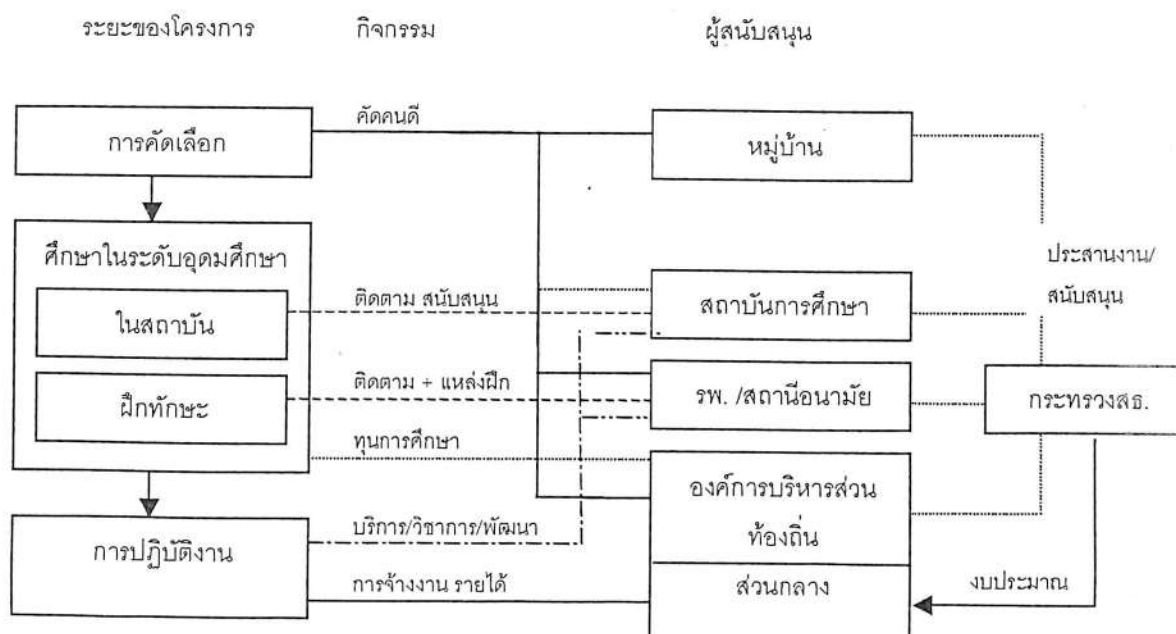
สำหรับรูปแบบการทำสัญญาชดใช้ทุน เป็นสิ่งที่ควรจะประเมินกันหลายด้าน ทั้ง ส่วนราชการ ชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และด้านตัวบทกฎหมาย ทั้งนี้มีการศึกษาในต่างประเทศว่า การบังคับทำสัญญาให้แพทย์ปฏิบัติงานชดใช้ทุนในพื้นที่ชนบทมีอัตราการคงอยู่ที่ต่ำกว่า⁴ แต่การคัดเลือกผู้ที่เติบโตในชนบทและให้ทุนการศึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยไม่มีข้อผูกมัดกลับมีสัดส่วนที่ประสงค์จะปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทและขาดแคลนสูงกว่า⁵ ซึ่งต้องพิจารณาให้ถี่ถ้วนว่า สามารถนำแนวความคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทยได้หรือไม่

อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกหลายประเด็นปลีกย่อยที่ต้องพิจารณาก่อนดำเนินการ เช่นหากในพื้นที่ใดที่มีความพร้อมและจำเป็นอาจจะมีการสนับสนุนการผลิต พัฒนา และ จ้างงานผู้ช่วยดูแลเด็กและผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กทารกและผู้สูงอายุ เช่น อาจจะเป็นรูปแบบการจ้างงานเยาวชน ที่มี

วุฒิการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา/มัธยมปลาย ในหมู่บ้านนั้น หรือคัดนักเรียนมัธยมปลายมาศึกษาตามหลักสูตร กระทรวงศึกษาธิการเป็นเวลา 1 ปี

ภาพที่ 4 : Conceptual framework ของโครงการ

(ดัดแปลงจากการดำเนิน โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการผลิตบุคลากรทางการพยาบาล ของ อบต.น้ำพอง)



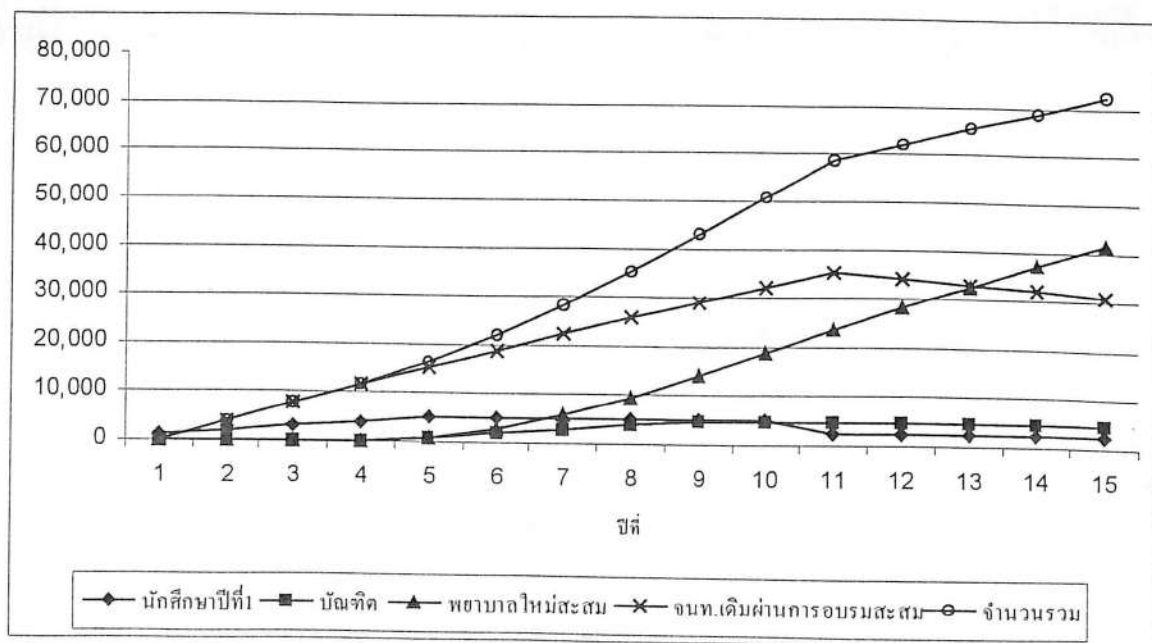
5. ระยะเวลา และ เป้าหมาย

หากเริ่มต้นในการสนับสนุนกระบวนการสร้างศักยภาพดังกล่าว ที่ ปีแรก 1,000 คน และเพิ่มกำลังการผลิตปีละ 1,000 คน จนสามารถผลิตปีละประมาณ 5,000 คน ไปอีกเป็นระยะเวลา 6 ปี โดยมีสมมติฐานว่าโอกาสสำเร็จการศึกษาของเยาวชนจากหมู่บ้านนี้อยู่ที่ร้อยละ 95 หลังจากนั้นจะลดกำลังการผลิตตามความเหมาะสมกับอัตราการสูญเสียบุคลากรสุขภาพชุมชน (ในขั้นต้นคาดประเมินการสูญเสียที่ประมาณ 3% ต่อปี หลังปฏิบัติงานได้ 4 ปี ซึ่งต้องผลิตทดแทนปีละประมาณ 2,200 คน) ระยะเวลา 15 ปี จะสามารถสร้างพยาบาลชุมชนได้ทั้งหมด 41,292 คน

และเมื่อรวมกับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในระดับสถานีอนามัย และ โรงพยาบาลชุมชน/ ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์-ทั่วไป ที่รับผิดชอบชุมชนในพื้นที่อยู่แล้ว ที่จะผ่านการพัฒนาศักยภาพ ด้วยการฝึกอบรม ซึ่งมีเป้าหมายปีละ 4,000 คน เป็นเวลา 10 ปี ก็จะสามารถครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศทั้ง 71,864 หมู่บ้าน⁵ ในอัตราส่วน 1 หมู่บ้านต่อ 1 พยาบาล หรือ กล่าวได้ว่า พยาบาลชุมชนเหล่านี้รับผิดชอบประชากร คนละประมาณ 500-1000 คน ซึ่งน่าจะเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมในงานสร้างเสริมสุขภาพ

ระยะเวลาและเป้าหมายนี้ เมื่อดำเนินการจริงจะต้องพิจารณาร่วมกับศักยภาพและการเตรียมความพร้อมของชุมชนด้วย โดยสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความสมัครใจและความยั่งยืน ไม่ควรกำหนดเป้าหมายตายตัวและเร่งดำเนินการจนเกินไป

แผนภาพที่ 5 : Time frame ของโครงการ และผลผลิตภาพของโครงการ



ตารางที่ 2 : จำนวนนักศึกษา และ พยาบาล ทั้งผลิตใหม่และเจ้าหน้าที่เดิม และ ความครอบคลุมของโครงการใน
ระยะเวลาต่างๆ

ปีที่	ผลิตใหม่			พัฒนาบุคลากรเดิม		หมู่บ้านที่ครอบคลุม	
	นักศึกษาปีที่ 1	บัณฑิต	พยาบาลใหม่สะสม	เข้าอบรม	ผู้ผ่านการอบรมสะสม	จำนวนรวม	ร้อยละ
1	1,000	0	0	4,000	0	0	0
2	2,000	0	0	4,000	4,000	4,000	6
3	3,000	0	0	4,000	7,880	7,880	11
4	4,000	0	0	4,000	11,644	11,644	16
5	5,000	950	950	4,000	15,294	16,244	23
6	5,000	1,900	2,850	4,000	18,835	21,685	30
7	5,000	2,850	5,700	4,000	22,270	27,970	39
8	5,000	3,800	9,500	4,000	25,602	35,102	49
9	5,000	4,750	14,203	4,000	28,834	43,037	60
10	5,000	4,750	18,858	4,000	31,969	50,827	71
11	2,200	4,750	23,465	0	35,010	58,475	81
12	2,200	4,750	28,025	0	33,960	61,985	86
13	2,200	4,750	32,492	0	32,941	65,433	91
14	2,200	4,750	36,915	0	31,953	68,867	96
15	2,200	4,750	41,292	0	30,994	72,286	100

หมายเหตุ : 1.สมมติฐาน อัตราการสำเร็จการศึกษา 95%

2.จำนวนนักศึกษาพยาบาล รวมทุกชั้นปีโดยยังไม่คำนวณนักศึกษาที่ต้องออกจากการศึกษา

3. อัตราการสูญเสียหลัง 4 ปี อยู่ที่ 3%

6. งบประมาณ

[199]

6.1 งบประมาณด้านการผลิต

ในการผลิตบุคลากรสุขภาพ วิชาชีพ พยาบาลนั้น แม้ว่าสถาบันการศึกษาของประเทศไทยทั้ง 62 แห่งจะมี อัตราการผลิตพยาบาลได้เพียง 3,393 คนต่อปี⁷ ในปี พ.ศ. 2544 แต่ตัวเลขดังกล่าว เป็นกำลังการผลิตที่ถูกปรับลดในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ จากเดิมที่เคยมีการคาดการณ์ว่าสามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพได้มากถึง 8,579 คนต่อปีในปีพ.ศ. 2544(รวมหลักสูตรต่อเนื่อง)⁸ และต่อมาสามารถเพิ่มกำลังการผลิตจนเกือบจะเต็มศักยภาพ โดยมีพยาบาลวิชาชีพได้รับการอนุมัติเป็นผู้ประกอบวิชาชีพใหม่ในปี พ.ศ.2546 เป็นจำนวนถึง 8,180 ราย⁹ ซึ่งแสดงถึง ความเป็นไปได้ในการขยาย Capacity เพื่อการผลิต พยาบาลชุมชนเหล่านี้ โดยไม่ต้องมีงบประมาณในส่วนของการลงทุนโดยเฉพาะด้านอาคารสถานที่ คงมีแต่งบประมาณในส่วนของการดำเนินการเท่านั้น

ในเบื้องต้น งบประมาณโครงการระยะเวลา 15 ปี จะให้งบประมาณทั้งสิ้น 11,095,000,000 บาท ซึ่งแบ่งเป็น งบประมาณเพื่อการผลิตขึ้นใหม่ 8,480,750,000 บาท และ งบประมาณเพื่อการผลิตขึ้นทดแทน 2,614,250,000 บาท โดยทั้งหมดจะประกอบไปด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ ดังได้แสดงไว้ในตารางที่ 3 คือ

1. สนับสนุนการศึกษา ในการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตร โดยจัดสรรให้รายละ 50,000 บาท ต่อรายต่อปี รวมเป็นงบประมาณ 7,000,000,000 บาท
2. ส่วนที่สนับสนุนให้กับกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของเยาวชนและนักศึกษา รายละ 10,000 บาท แบ่งออกเป็น
 - 2.1 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียนในระดับอุดมศึกษา ประมาณการรายละ 2,000 บาท อาจจะจัดสรรให้กับ บุคลากร/สถาบันทางการศึกษาในระดับพื้นที่ ที่เหมาะสม เป็นเวลา 1 ปี
 - 2.2 การเตรียมความพร้อมในขณะที่ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประมาณการรายละ 2,000 บาทต่อปี จัดสรรแก่ คณาจารย์/สถาบันการผลิตพยาบาลที่นักศึกษาสังกัด เป็นเวลา 4 ปี
3. ค่าบริหารจัดการทั่วไป สำหรับกิจกรรมตั้งแต่การคัดเลือก การติดตาม การประเมินผล และงานธุรการ ประมาณการรายละ 1,000 บาทต่อคนต่อปี และเพิ่มค่าใช้จ่าย เพื่อการประชุมชี้แจงในช่วงเริ่มโครงการ อีก 1 ล้านบาท

รวมทั้งสิ้นคิดเป็นค่าใช้จ่ายรายละ 53,000 บาทต่อปี(และอีก 2,000 บาท สำหรับก่อนการเข้าศึกษา) หรือ 214,000 บาทตลอดการศึกษา

งบประมาณในส่วนของการผลิตนี้ ควรจะมาจากงบประมาณส่วนกลาง ร่วมกับ งบประมาณจากองค์กรปกครองท้องถิ่น/ กองทุนชุมชน โดยแบ่งระดับการสนับสนุนจากส่วนกลางออกเป็นหลายระดับตามสถานะขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น พื้นที่เทศบาล และ อบต.ระดับ 1 หรือพื้นที่ในเขตปกครองพิเศษสมควรให้ท้องถิ่นรับภาระเองทั้งหมดทั้งหมด , พื้นที่อบต.ระดับ 2 ส่วนกลางควรให้การสนับสนุนประมาณร้อยละ 20, พื้นที่อบต.ระดับ 3 ส่วนกลางควรให้การสนับสนุนประมาณร้อยละ 40 ,พื้นที่อบต.ระดับ 4 ส่วนกลางควรให้

⁷ ข้อมูลจากสภาการพยาบาล ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546

⁸ จากข้อมูลของสถาบันพระบรมราชชนก มีต้นทุนต่อการผลิตพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีละ 43,882 บาท (28,505-88,831 บาท) ในปีพ.ศ. 2545

การสนับสนุนประมาณร้อยละ 60 และ ในพื้นที่ อบต.ระดับ 5 ส่วนกลางควรสนับสนุนประมาณ ร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

จากจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ คาดว่า ส่วนกลางน่าจะมีการงบประมาณ ร้อยละ 50.66. ของงบประมาณที่ต้องการทั้งหมดในแต่ละปี(ตามรายละเอียด ในภาคผนวกที่ 5)

6.2 งบประมาณในการพัฒนาความร่วมมือของบุคลากรสุขภาพชุมชนเดิม

ในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพชุมชนเดิม สามารถต่อยอดจากความรู้ความสามารถของบุคลากรสุขภาพเหล่านี้ โดยอาศัยจุดแข็งด้านประสบการณ์ในการดำเนินงานสุขภาพชุมชน และ ความคุ้นเคยกับพื้นที่ที่รับผิดชอบเป็นทุนเดิม ดังนั้น การพัฒนาในการนี้จึงไม่จำเป็นต้องอาศัยรูปแบบการเรียนรู้ การสอนเต็มหลักสูตร

หากแต่สามารถประยุกต์รูปแบบการเรียนรู้การสอนจากการฝึกปฏิบัติงาน(On the Job Training: OJT) โดยมีการควบคุมกำกับ และ การเข้ารับการอบรมเป็นช่วงสั้นๆ หลายครั้ง

ซึ่งรูปแบบการเรียนรู้การสอนนี้ ควรได้รับการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับพื้นที่และสถาบันการศึกษาที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะในด้านศักยภาพพื้นฐาน เช่นอาจจะมีการเรียนการสอนในช่วงเวลา วันหยุด / ปีการศึกษา หรือ การที่อาจารย์ผู้สอนเดินทางไปให้ถ่ายทอดความรู้ความสามารถกับบุคลากรสุขภาพเหล่านี้ในพื้นที่ ในเบื้องต้นคาดว่าหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพนี้ น่าจะใช้เวลาไม่เกิน 1 ปี และใช้งบประมาณ 50,000 บาท โดยงบประมาณในส่วนนี้ทั้งหมด ประมาณ 2,000,000,000 น่าจะเป็นภาระของส่วนกลาง ร่วมกับ การสนับสนุนของสถานพยาบาลต้นสังกัด

6.3 งบประมาณด้านการปฏิบัติงาน

- (1) งบประมาณในการจ้างงาน ภายหลังจากที่พยาบาลชุมชนเหล่านี้สำเร็จการศึกษา โดยอาจจะมี 2 ส่วนคือ ส่วนของเงินเดือน และ ค่าตอบแทน โดยงบประมาณส่วนนี้ควรจะมาจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ กองทุนชุมชน และ งบประมาณต่อหัวของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยส่วนกลางควรสนับสนุนงบประมาณส่วนนี้ให้น้อยที่สุด เช่นอาจจะสนับสนุนเฉพาะ อบต.ในระดับ 4-5 ไม่เกินร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายในการจ้างงาน
- (2) งบประมาณส่วนดำเนินการ ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนจากสถานพยาบาลในพื้นที่ โดยใช้งบประมาณตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนเพิ่มเติมตามศักยภาพและความจำเป็น ส่วนประเด็นสถานที่ปฏิบัติงาน ควรให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดสถานที่ในชุมชนที่มีความเหมาะสม โดยไม่ต้องอาศัยงบประมาณลงทุนจากส่วนกลางหรือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่3: แสดงรายละเอียดของงบประมาณโครงการ

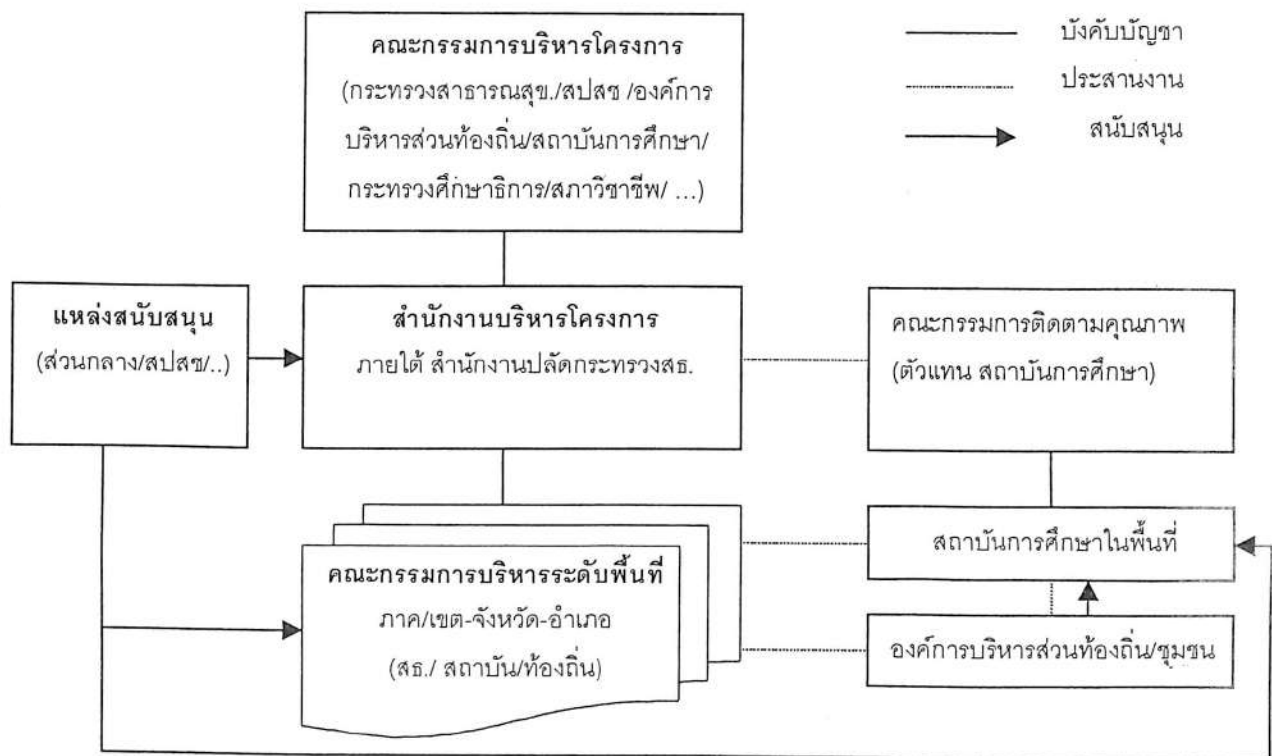
ปีที่	งบประมาณ(ล้านบาท)								
	ผลิต						ปฏิบัติงาน		
	พยาบาลชุมชนใหม่			พัฒนาบุคลากรเดิม			(เฉพาะพยาบาลชุมชนใหม่)		
	รวม	ท้องถิ่น	ส่วนกลาง	รวม	ส่วนกลาง	สถานพยาบาล	รวม	จ้างงาน	ค่าตอบแทน
ก่อนเริ่มโครงการ	3	1	2	0	0	0	0	0	0
1	57	28	29	200	100	100	0	0	0
2	164	81	83	200	100	100	0	0	0
3	323	159	164	200	100	100	0	0	0
4	535	264	271	200	100	100	0	0	0
5	745	368	377	200	100	100	107	73	34
6	903	445	457	200	100	100	324	222	103
7	1,008	497	510	200	100	100	658	453	205
8	1,060	523	537	200	100	100	1,112	770	342
9	1,060	523	537	200	100	100	1,692	1,179	513
10	1,057	522	535	200	100	100	2,296	1,612	684
11	978	483	496	0	0	0	2,926	2,071	855
12	900	444	456	0	0	0	3,584	2,558	1,026
13	820	405	416	0	0	0	4,271	3,074	1,197
14	742	366	376	0	0	0	4,989	3,621	1,368
15	742	366	376	0	0	0	5,740	4,201	1,539
รวม	11,095	5,474	5,621	2,000	1,000	1,000	27,697	19,831	7,866

- หมายเหตุ
- 1 งบประมาณก่อนเริ่มโครงการ เป็นงบประมาณสำหรับการเตรียมความพร้อมของนักเรียน และการเตรียมโครงการ 1 ล้านบาท
 - 2 ประมาณการอัตราการจบการศึกษาที่ 95%
 - 3 ประมาณการอัตราการสูญเสียที่ 3%
 - 4 อัตราเงินเดือน เริ่มที่ 6360 บาทต่อเดือน และกำหนดในอัตรา 6% ต่อปี
 - 5 อัตราค่าตอบแทนคิดแบบคงที่ ที่ 3000 บาท ต่อเดือนต่อคน
 - 6 ประมาณการ งบประมาณการผลิตพยาบาลชุมชนใหม่ส่วนกลางรับภาระ 50.66% (ดู ภาคผนวก5)

7. กลไกการดำเนินงาน

ดำเนินการภายใต้ โครงสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้สำนักงาน ปลัดกระทรวง และมีสำนักงานโครงการแยกออกมาเฉพาะ เป็น องค์กรหลักในการบริหารจัดการโครงการ และมี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้การสนับสนุนด้านนโยบาย/ งบประมาณ ทั้งนี้ให้มีการกระจายความ รับผิดชอบไปยังกลไก/องค์กรในระดับพื้นที่ให้มากที่สุด ดังแผนภาพที่6

ภาพที่6 โครงสร้างกลไกการดำเนินงานโครงการ



8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 8.1 สามารถสร้างบุคลากรสุขภาพที่มีความเหมาะสมทั้งในด้าน ความสามารถ และ ทักษะคติ กับ การดำเนินงาน สร้างสุขภาพ ในระดับชุมชน ในจำนวนที่พอเหมาะ และที่สำคัญคือเป็นบุคลากรที่มีรากฐานจากหมู่บ้าน นั้นๆเอง ซึ่งจะสามารถปฏิบัติงานได้ในระยะยาว
- 8.2 พยาบาลชุมชน ผลผลิตของโครงการ สามารถปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับหมู่บ้านที่มีรากฐานจาก การมีส่วนร่วมของประชาชน และ สามารถดูแลสุขภาพของพี่น้องประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 1 หมู่บ้าน ได้อย่างบูรณาการและเป็นองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราวณี วาศวิท, กัญจนา ดิษยาธิคม, และคณะ . การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต (ร่าง)
2. Tangcharoesathien V, Teokul W, and Chantrawongpaisal L. Social Welfare System in Thailand: A Challenge from targeting to Universality. Paper presented at the UNRISD Workshop on Social Policy in a Development Context; Transforming the Development Welfare State in East Asia, Novotel Hotel on Siam Square, Bangkok, 30 June-1 July 2003
- 3 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, บทสัมภาษณ์ของ ศิริพร เหลืองอุดม ในอบต.หมอ พยาบาล สานพลัง, รวมพลังสร้างสุข ,กทม,พ.ศ. 2545
4. Cullen, T.J. *et al.* (1997). The National Health Service Corps: rural physician service and retention, *Journal of American Board of Family Practice*, Vol. 10(4), pp.272-279
5. Rabinowitz, H.K. *et al.* (1999). A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. Impact after 22 years, *Journal of American Medical Association*, Vol. 281(3), pp. 255-260.
6. อ้างจาก กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ข้อมูล ธันวาคม พ.ศ. 2545
7. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. นนทบุรี; โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ 2545
8. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษข้างหน้า อ้างจาก กองแผนงาน สนง.ปลัดกระทรวงมหาดวิทยาลัย, 2536 , สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และ สถาบันพระบรมราชชนก, พฤษภาคม พ.ศ.2540
9. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, สรุปข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546 , กันยายน 2546 (เอกสารโรเนียว)
10. Pathman, D.E. *et al.* (1992). The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians. Results of a 9-year follow-up study, *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 268(12), pp. 1552-1558.
11. ส่วนแผนงาน สถาบันพระบรมราชชนก, การคำนวณต้นทุนผลผลิตต่อหน่วย(Unit Cost) การจัดการศึกษาของวิทยาลัยในวังัดพระบรมราชชนก ปีงบประมาณ 2545 (ร่าง) , เอกสารประกอบการประชุมเรื่องการคำนวณต้นทุนผลผลิตต่อหน่วย(Unit Cost) การจัดการศึกษาของวิทยาลัยในวังัดพระบรมราชชนก 20-22 พฤศจิกายน 2545

[182]

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 :เปรียบเทียบ จุดแข็งและจุดอ่อนในสถานะการคัดเลือกบุคลากรสุขภาพ และ ระบบการจ้างงาน

ระบบการคัดเลือก	ระบบการคัดเลือก/ผู้คัดเลือก	การประเมิน ความดี	ความสามารถ ทางวิชาการ	การเตรียมตัวต่อ การปฏิบัติวิชาชีพ	โอกาสต่อ การกระจาย	ความยั่งยืน
1 การสอบแข่งขัน						
1.1 การสอบในระบบเดียวกัน(Entrance)	คะแนนสอบ	ไม่มี	สูง	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
1.2 การสอบแบบกำหนด โควตา	คะแนนสอบ	ไม่มี	กลาง-สูง	ต่ำ	กลาง	ต่ำ
2 การคัดเลือกที่ผ่านมา						
2.1 โครงการนักเรียนทุนของกระทรวง	ระบบราชการที่ สสจ.	ไม่มี	กลาง	สูง	สูง	กลาง
2.2 โครงการคัดเลือก นศ.พยาบาล ของ สบช.	ระบบราชการ(รพ.-สสอ.-อำเภอ)เป็นหลัก	กลาง	กลาง	สูง	สูง	กลาง-สูง
2.3 โครงการแพทย์ชนบท	ระบบราชการ	ไม่มี	กลาง	ต่ำ	กลาง-สูง	กลาง-ต่ำ
3 พยาบาลชุมชน	ชุมชน-ราชการ-องค์กรท้องถิ่น	สูง	กลาง-ต่ำ	สูง	สูง	สูง

ภาคผนวก 2 : เปรียบเทียบระบบการจ้างงาน

ระบบการจ้างงาน	ความคล่องตัว	ความเป็นไปได้	การประเมินผล	การเชื่อมโยงกับ สถานพยาบาล	การควบคุมโดยตรง	ความยั่งยืน
1 ระบบราชการ						
1.1 ข้าราชการ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	สูง	สูง	สูง
1.2 พนักงานของรัฐ/ลูกจ้าง	กลาง-สูง	สูง	กลาง-ต่ำ	สูง	สูง	กลาง
2 ระบบองค์กรปกครองท้องถิ่น	กลาง-สูง	สูง	กลาง-ต่ำ	กลาง	สูง	กลาง
3 จ้างงานจากชุมชน	สูง	ต่ำ-สูง	สูง	กลาง-ต่ำ	ต่ำ	?

ภาคผนวก 3 : สรุปการสนับสนุน ระบบ พยาบาลชุมชน

แหล่งทุน	การผลิต	การจ้างงาน/สวัสดิการ	การดำเนินการ
กระทรวงสาธารณสุข /รัฐบาล	20%-80% ต่อราย ขึ้นกับ สถานะของ ชุมชน	อาจจะสนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพ	ข้อมูล สื่อ อุปกรณ์สนับสนุน
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	อาจจะสนับสนุนในด้านการฝึกงาน	ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน	เวชภัณฑ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ที่จำเป็น
ท้องถิ่น/ชุมชน	20%-100% ต่อราย ขึ้นกับ สถานะของ ชุมชน	ค่าจ้าง + สวัสดิการในรูปแบบอื่นๆ	ครุภัณฑ์ที่จำเป็น

ภาคผนวก 4 :ความสามารถในการผลิต พยาบาล และ จำนวนที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา จาก กองแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงมหาวิทยาลัย

	จำนวนที่คาดว่าจะรับได้					จำนวนที่คาดว่าจะสำเร็จ
	กระทรวงสาธารณสุข		ทบวง	อื่นๆ	รวม	
	4ปี	ต่อเนื่อง	มหาวิทยาลัย			
2540	4300	1600	2050	680	8630	3230
2541	4500	1600	2120	680	8900	3819
2542	4700	2000	2120	680	9500	3981
2543	4700	2000	2120	680	9500	4019
2544	4700	2000	2120	680	9500	6679
2545	4700	2000	2120	680	9500	6935
2546	4700	2000	2120	680	9500	7125
2547	4700	2000	2120	680	9500	7125
2548	4700	2000	2120	680	9500	7125
2549	4700	2000	2120	680	9500	7125
2550	4700	2000	2120	680	9500	7125

ภาคผนวก 5

ประเภทของพื้นที่	จำนวนหมู่บ้าน*	ร้อยละ	น้ำหนักภาระด้านการผลิตของท้องถิ่น	ภาระท้องถิ่น**	ภาระส่วนกลาง**
1.ปกครองพิเศษ+เทศบาล	23227				
2.อบต ระดับ1	531				
รวม1+2	23758	33.06	100%	33.06	66.94
3.อบต ระดับ2	545	0.76	80%	0.61	99.39
4.อบต ระดับ3	1436	2.00	60%	1.20	98.80
5.อบต ระดับ4	5894	8.20	40%	3.28	96.72
6.อบต ระดับ5	40231	55.98	20%	11.20	88.80
รวมทั้งหมด	71864	100		49.34***	50.66***

หมายเหตุ1. * เป็นการประมาณการ

2. ** ภาระ= ร้อยละ x น้ำหนักภาระการผลิต

3. *** จะเป็นการรวมขององค์กรท้องถิ่น ถ้ามีการจัดสรรตำแหน่งนักศึกษาให้กระจายตามสัดส่วนประเภทพื้นที่จริง

4. ในเบื้องต้น ยังเป็นการประมาณการ และ ยังไม่ได้exclude พื้นที่ที่ควรรับผิดชอบโดยบุคลากรสุขภาพชุมชนเดิม



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

1855
ปฏิรูปแนวคิดคนไทย
สุขภาพดีมีโรงพยาบาล

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

ที่ สวรส.25/2547

9 มกราคม 2547

ชื่อ	261/47
นามสกุล	9 ม.ค. 47
เวลา	16.00 น.

เรื่อง ขอเชิญประชุม
เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ด้วยคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เห็นชอบให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำการศึกษาพัฒนารอบแนวคิดเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขในอนาคต เพื่อให้ได้ยุทธศาสตร์ในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขในอนาคตที่สอดคล้องกับบริบททางด้านการปฏิรูประบบสุขภาพ เจอนั้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ.2540 นโยบายการปฏิรูประบบราชการของรัฐบาล และกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก ในด้านสังคม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง และนโยบาย ทั้งนี้ สวรส.ได้ทำการศึกษาในแง่มุมต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่ความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชน ทิศทางการพัฒนานุคลากรของวิชาชีพต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านบริการของประชาชน และลักษณะของระบบบริการสุขภาพในรูปแบบต่างๆ นั้น

ดังนั้น เพื่อให้ได้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขที่ดี และสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ สวรส. จึงได้กำหนดจัดประชุมขึ้นในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547 เวลา 8.30 – 17.00 น. ณ โรงแรมโรสการ์เดนส์ เอโพริม รีสอร์ท สามพราน จังหวัดนครปฐม และ ขอเชิญ ท่าน ในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ และมุมมองที่กว้างขวาง ในด้านการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เข้าร่วมประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต่อการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข อนึ่ง ในการประชุมนี้ จะมีผู้เชี่ยวชาญจากหลายประเทศ เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา ดังกล่าวด้วย และขอความกรุณาตอบรับการเข้าร่วมประชุมมายังคุณสุภาวดี นุชรินทร์ โทรสาร.0-2 9511295 ภายในวันที่ 30 มกราคม 2547 ตามใบตอบรับที่แนบมาพร้อมนี้ สวรส. ขอขอบคุณท่านล่วงหน้า ที่สละเวลาอันมีค่าเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ด้วย

13 ม.ค.

ขอแสดงความนับถือ

ผศ.ดร.
- ผศ.ดร.อัมพร อธิปัตย์ สวรส. 11.53

13 ม.ค. 47

(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ผู้ประสานงาน:

โทร. 0-2 9511286- 93 ต่อ 144, 129

โทรสาร. 0- 2 9511295

หมายเหตุ เอกสารประกอบการประชุมจะจัดส่งมายังท่านในภายหลัง

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
ให้ข้อคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต่อการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคน
ด้านสาธารณสุข

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547

ณ โรงแรมโรสการ์เด็นส์ เอไพร์ม รีสอร์ท สามพราน จังหวัดนครปฐม

- | | |
|--|---|
| 1. นายอัมเรศ ศิลาอ่อน | สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา |
| 2. นายปองพล อติเรกสาร | ที่ปรึกษานายกรัฐมนตรี |
| 3. ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 4. ศ.นพ.ประเวศ วะสี | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล |
| 5. นายพงษ์ศักดิ์ รักตพงษ์ไพศาล | รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงพาณิชย์ |
| 6. คุณจาตุรนต์ ฉายแสง | สำนักนายกรัฐมนตรี |
| 7. ดร.รุ่ง แก้วแดง | สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา |
| 8. นายสุชาติ เมืองแก้ว | สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา |
| 9. นายสุเมธ แย้มมน | สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา |
| 10. นพ.สำลี เปลียนบางช้าง | วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 11. นพ.ธวัช สุนทราจารย์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 12. นพ.อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 13. นพ.ชาติรี บานชื่น | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 14. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
| 15. นพ.ดำรงค์ บุญยสิน | |
| 16. นายกสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย | |
| 17. ประธานคณะกรรมการบริหารสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟู | |
| 18. ประธานคณะกรรมการการแพทย์แผนไทย | |
| 19. เลขาธิการแพทยสภา | |
| 20. เลขาธิการทันตแพทยสภา | |
| 21. เลขาธิการสภาเภสัชกรรม | |
| 22. เลขาธิการสภาการพยาบาล | |
| 23. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) |
| 24. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 25. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ | สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) |
| 26. นพ.วิพุธ พูลเจริญ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) |
| 27. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ | มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) |
| 28. ผศ.ทพ.สุปรีดา อุดุลยานันท์ | คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น |
| 29. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | กระทรวงสาธารณสุข |

30. ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่
31. นพ.สมเกียรติ วัฒนชัยกุล
32. ทพ.ดร.คมสรวรพ์ บุญยสิงห์
33. ดร.วิภาดา คุณวิกิตกุล
34. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
35. ทพ.ญ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์
36. ดร.ทัศนยา บุญทอง
37. รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์
38. ดร.เยาวลักษณ์ ราชแพทยาคม
39. นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ
40. นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ
41. นพ.ทักษพล ธรรมรังสี
42. ทพ.ญ.ดวงใจ เล็กสมบุญ
43. คุณนงลักษณ์ ช้วนนา
44. คุณพินทุสร เหมพิสุทธิ
45. นพ.อุกฤษณ์ มลิณทรางกูร
46. คุณปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา
47. คุณนิรชรา อัสวธีรกุล
48. คุณสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล
49. คุณชากุล สิ้นไชย

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.มหิดล
 คณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่
 สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
 สภาการพยาบาล
 คณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่
 มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
 สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
 รพ.ภูกระดึง จ.เลย
 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.มหิดล
 วิทยาลัยการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น
 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

สร้างเครือข่าย
ภูมิปัญญา
พัฒนาระบบ
สาธารณสุข

Creating
Partnership for
Knowledge-based
Health Systems

ที่ สวรส.25/2547

9 มกราคม 2547

วันที่รับเรื่อง	26/1/47
วันที่รับเรื่อง	9 ม.ค. 47
เวลา	16.00 น.

เรื่อง ขอบเชิญประชุม
เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ด้วยคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เห็นชอบให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำการศึกษาพัฒนารอบแนวคิดเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขในอนาคต เพื่อให้ได้ยุทธศาสตร์ในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขในอนาคตที่สอดคล้องกับบริบททางด้านการปฏิรูประบบสุขภาพ เจอนไขรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ.2540 นโยบายการปฏิรูประบบราชการของรัฐบาล และกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก ในด้านสังคม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง และนโยบาย ทั้งนี้ สวรส.ได้ทำการศึกษาในแง่มุมต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่ความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชน ทิศทางการพัฒนานุเคราะห์ของวิชาชีพต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านบริการของประชาชน และลักษณะของระบบบริการสุขภาพในรูปแบบต่างๆ นั้น

ดังนั้น เพื่อให้ได้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขที่ดี และสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ สวรส. จึงได้กำหนดจัดประชุมขึ้นในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547 เวลา 8.30 - 17.00 น. ณ โรงแรมโรสการ์เดนส์ เอไพร์ม รีสอร์ท สามพราน จังหวัดนครปฐม และ ขอเชิญ ท่าน ในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ และมุมมองที่กว้างขวาง ในด้านการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เข้าร่วมประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต่อการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข อนึ่ง ในการประชุมนี้ จะมีผู้เชี่ยวชาญจากหลายประเทศ เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา ดังกล่าวด้วย และขอความกรุณาตอบรับการเข้าร่วมประชุมมายังคุณสุภาวดี นุชรินทร์ โทรสาร. 0-2 9511295 ภายในวันที่ 30 มกราคม 2547 ตามใบตอบรับที่แนบมาพร้อมนี้ สวรส. ขอขอบคุณท่านล่วงหน้าทีสละเวลาอันมีค่าเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์วิฑูร พูลเจริญ)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ผู้ประสานงาน:

โทร. 0-2 9511286-93 ต่อ 144, 129

โทรสาร. 0-2 9511295

หมายเหตุ เอกสารประกอบการประชุมจะจัดส่งมายังท่านในภายหลัง

① รวบรวมข้อมูล, ๒๐
② ประชุมเพื่อเตรียมพร้อม
เปิดทว.เพื่อ สร. ๒๕๔๗ 4-5๓๔
อ.วิฑู
12๒๓ ๔7

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
ให้ข้อคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต่อการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคน
ด้านสาธารณสุข

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547

ณ โรงแรมโรสการ์เด็นส์ เอโพริม รีสอร์ท สามพราน จังหวัดนครปฐม

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. นายอัมเรศ ศิลาอ่อน | สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา |
| 2. นายปองพล อดิเรกสาร | รัฐมนตรีช่วยกระทรวงศึกษาธิการ |
| 3. ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 4. ศ.นพ.ประเวศ วะสี | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล |
| 5. นายพงษ์ศักดิ์ รักตพงษ์ไพศาล | กระทรวงศึกษาธิการ |
| 6. คุณจาตุรนต์ ฉายแสง | สำนักนายกรัฐมนตรี |
| 7. ดร.รุ่ง แก้วแดง | สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา |
| 8. นายสุชาติ เมืองแก้ว | สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา |
| 9. นายสุเมธ แย้มมนุญ | สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา |
| 10. นพ.ลำลี เปลี่ยนบางช้าง | วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 11. นพ.ธวัช สุนทราจารย์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 12. นพ.อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 13. นพ.ชาติรี บานชื่น | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 14. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
| 15. นพ.ดำรงค์ บุญยสิน | |
| 16. ประธานกรรมการสมาคมเทคนิคการแพทย์ | |
| 17. ประธานกรรมการสมาคมกายภาพบำบัด | |
| 18. ประธานกรรมการสมาคมแพทย์แผนไทย | |
| 19. ประธานกรรมการสมาคมไทยประยุกต์ | |
| 20. เลขาธิการแพทยสภา | |
| 21. เลขาธิการทันตแพทยสภา | |
| 22. เลขาธิการสภาเภสัชกรรม | |
| 23. เลขาธิการสภาการพยาบาล | |
| 24. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) |
| 25. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 26. นพ.อำพล จินตาวัฒนะ | สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) |
| 27. นพ.วิพุธ พูลเจริญ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) |
| 28. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ | มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) |
| 29. ผศ.ทพ.สุปรัดดา อดุลยานันท์ | คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น |

ใบตอบรับการประชุม

ให้ข้อคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต่อการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคน

ด้านสาธารณสุข

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547

ณ โรงแรมโรสการ์เดนส์ เอพาร์ทเมนท์ สามพราน จังหวัดนครปฐม

ชื่อ นามสกุล

ที่อยู่

โทรศัพท์ โทรสาร

e-mail (หากมี)

1. การเข้าร่วมประชุม

- ☐ เข้าร่วมประชุม (ช่วงเช้า) วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547
- ☐ เข้าร่วมประชุม (ช่วงบ่าย) วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547
- ☐ เข้าร่วมประชุม (ตลอดวัน) วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547
- ☐ ขัดข้อง ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ เนื่องจาก

2. ที่พัก

- ☐ เข้าพักคืนวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2547
- ☐ ไม่ต้องการที่พัก

3. การเดินทาง

- ☐ เดินทางจากต่างจังหวัด โดยเครื่องบิน วันที่..... TG.....
- ☐ เดินทางไปยังโรงแรมโรสการ์เดนส์ เอพาร์ทเมนท์ โดยรถของ สวรส. จัดให้วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547 รถออกเวลา 07.00 น. ณ อาคาร 3 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ☐ เดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว

กรุณาตอบรับการเข้าร่วมประชุมมายังคุณสุภาวดี นุชรินทร์ โทรสาร. 0-2 9511295 (ภายในวันที่ 30 มกราคม 2547) ด้วยจักขอบคุณยิ่ง

ใบตอบรับการประชุม

ให้ข้อคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต่อการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคน
ด้านสาธารณสุข

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547

ณ โรงแรมโรสการ์เดนส์ เอพาร์ตเมนต์ รีสอร์ท สามพราน จังหวัดนครปฐม

ชื่อ พ.อ. อัมพล นามสกุล จินตอรพณ

ที่อยู่ ส.ป.ว.ค.

โทรศัพท์ 02-590-2314 โทรสาร 02-5902311

e-mail (หากมี) amphon@hsro.or.th

1. การเข้าร่วมประชุม

- ☒ เข้าร่วมประชุม (ช่วงเช้า) วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547
- ☐ เข้าร่วมประชุม (ช่วงบ่าย) วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547
- ☐ เข้าร่วมประชุม (ตลอดวัน) วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547
- ☐ ขัดข้อง ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ เนื่องจาก

2. ที่พัก

- ☐ เข้าพักคืนวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2547
- ☒ ไม่ต้องการที่พัก

3. การเดินทาง

- ☐ เดินทางจากต่างจังหวัด โดยเครื่องบิน วันที่..... TG.....
- ☐ เดินทางไปยังโรงแรมโรสการ์เดนส์ เอพาร์ตเมนต์ โดยรถของ สวรส. จัดให้วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547 รถออกเวลา 07.00 น. ณ อาคาร 3 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ☒ เดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว

กรุณาตอบรับการเข้าร่วมประชุมมายังคุณสุภาวดี นุชรินทร์ โทรสาร. 0-2 9511295 (ภายในวันที่ 30 มกราคม 2547) ด้วยจักขอบคุณยิ่ง



Human Resources for Health and Development

A JOINT LEARNING INITIATIVE



The Joint Learning Initiative is a multiple stakeholder participatory process that seeks to better understand the role of workers in health systems and to identify new strategies to strengthen their performance.

www.globalhealthtrust.org

This pamphlet introduces the "Human Resources for Health and Development: A Joint Learning Initiative" (HRH/JLI). Initiated by the Rockefeller Foundation, the HRH/JLI intends to engage multiple stakeholders in a learning process that will reframe our understanding of human resources working in health systems in the developing world and identify new strategies for investment and action. The aim is to advance global health equity through strengthening the production, deployment and empowerment of human resources for health in developing countries.

ISBN 0-89184-070-2

©2003 The Rockefeller Foundation

Introduction

People provide health care, design health systems and educate future health workers. People—public health workers, nurses, health aides, village health workers, physicians, lab technicians and managers—are the human resources for health that are the heart of the health system of every country. The numbers, skills and morale of these clinicians, teachers and policymakers largely determine the performance of health systems. Although this is widely recognized, the topic of human resources for health has been largely neglected.

We know that the quality and dedication of health workers are critical to health and development, yet the nature of the work force—skills, motivation, support systems—has received little consistent transnational attention. Unless we focus on the human component of health-systems development, it seems fair to predict that the goals of the global health community—such as more equitable access to life-saving vaccines and treatments, and the larger-scale improvements reflected in the United Nations' Millennium Development Goals—will not be met. Without a better understanding of the human component of health systems, we risk going forward with health-sector reforms that will be neither effective nor sustainable.

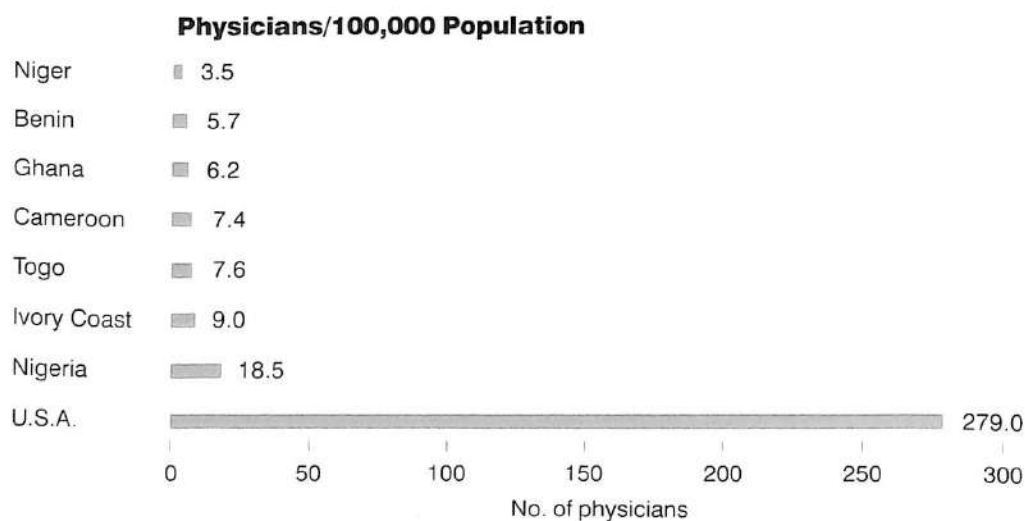
We need to rethink fundamentally the way human resources working in health in the developing world are trained, employed and deployed. The challenges are immediate due to urgent health crises such as HIV/AIDS and long-term because of looming health threats and rapidly growing populations. Investing in human resources today has the potential to yield decades of sustained return.

Rethinking Human Resources for Health

Global Health Challenges

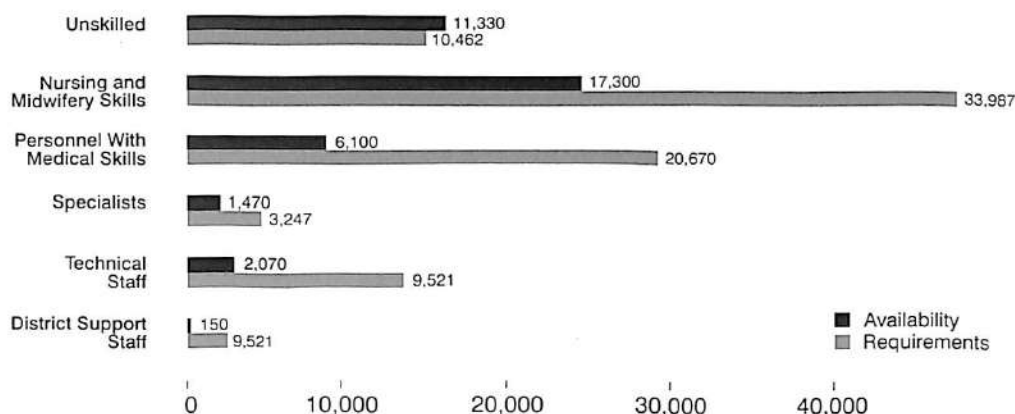
This is an extraordinarily challenging time in global health. New threats of infectious disease are omnipresent including HIV/AIDS, anthrax bioterrorism and SARS. The global receptivity to innovative initiatives to control tuberculosis and tobacco use attests to the fact that many countries and leaders now recognize the importance of a healthy population for economic development and global security. As health rises on the global development agenda unprecedented financial resources are being mobilized, which, coupled with the setting of the time-bound Millennium Development Goals is creating high expectations for results.

The immediate effect of the influx of financial resources has been to illuminate the precarious state of health systems in many developing countries. In the face of new health crises some of these systems are contracting or collapsing. While factors such as physical infrastructure, governance and financing challenge all health systems today, we now recognize that implementation of even the most carefully tailored and tested strategies for health improvement will depend primarily on the work force.



Source: WHO

HRH Availability and Requirements in Tanzania for 2015 by Skill Level



Based on work done by Kasper Wyss, Swiss Tropical Institute

Insufficient Human Capacity

In many low-income countries there is insufficient human capacity to make use of the newly available resources. New opportunities to improve health have been made possible by scientific advances such as vaccines, however their potential impact may not be realized because the work force to implement ambitious programs does not exist. Without a motivated, competent, well-distributed and well-supported work force, the infusion of new money and drugs risks being misused or wasted.

In many low-income countries, the work force has suffered from severe underinvestment. Compounding this underinvestment have been lack of adequate facilities, medications and equipment, and noncompetitive salaries, as well as

"Although we are trained to suture wounds we do not have suturing materials in the clinic. We send people to the hospital ... even those we can suture. Also, we do not provide delivery services although we are trained to deliver babies." — NURSE IN SOUTH AFRICA

(Petrida Ijumba, "'Voices' of Primary Health Care Facility Workers," Chapter 10, *South African Health Review* 2002, Durban: Health Systems Trust, 184.)

Botswana: Inadequate Personnel

Human resource requirement: Staff position	Current FTEs*	Establishment FTEs**	Present utilization %
Doctors	171	218	127
Nurses	884	1,088	123
Pharmacists	7	12	171

*Full Time Equivalents

**No. of approved posts

(Ensuring the Launch of ARV Therapy in Botswana, African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships (ACHAP), Gaborone, Botswana 2001.)

additional workloads, heightened exposure to contagious hazards, illness and premature death due to HIV/AIDS.

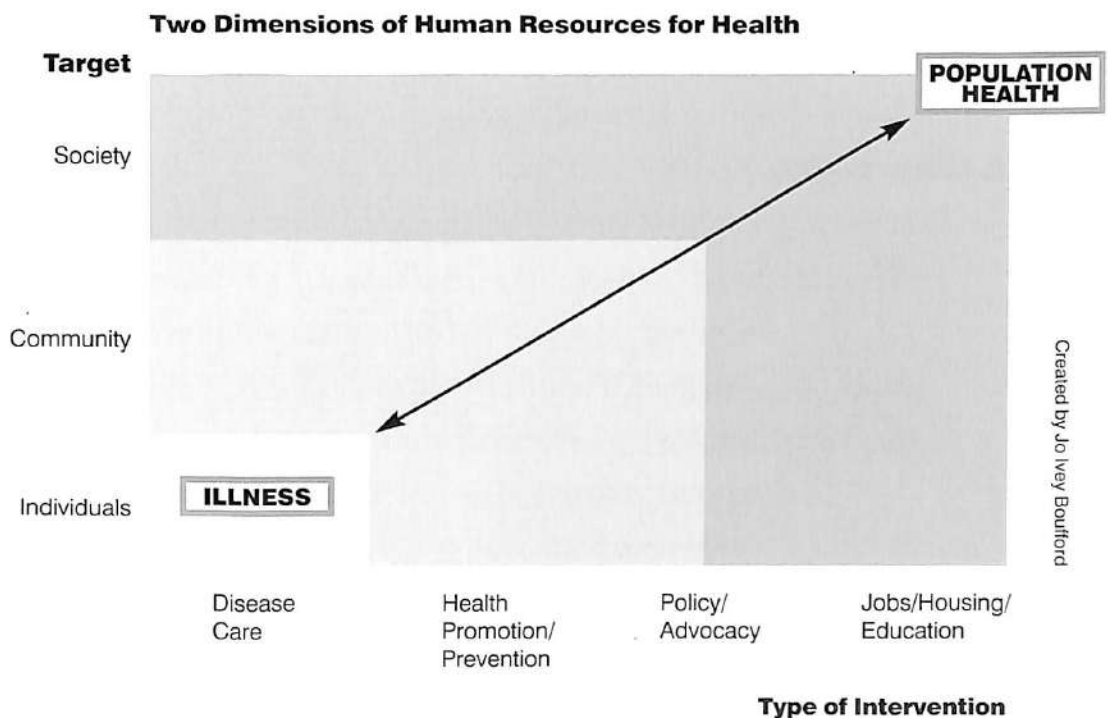
The challenges vary greatly both within and between countries, but they are most acute in sub-Saharan Africa. In Botswana, a comparatively rich African country, for example, the government pledged to provide free anti-retroviral therapy to all eligible citizens. This commitment is being frustrated not by lack of financing, but by the dearth of physicians, nurses, pharmacists and counselors. Compounding these deficiencies are morale problems, skill imbalances and geographic maldistribution of the work force.

How can developing countries grapple successfully with health crises if they lack the very foundation of a health system: people?

Looking for a New Perspective

Training more workers and professionals and equipping them with new skills may be a necessary step in many settings but it is not a sufficient or complete strategy for developing effective human resources for health. The constant need for workers as well as increased demands generated by hospitals and new technologies often create forces that outstrip the supply of health workers. Local or regional staffing problems are exacerbated by the tendency of health workers to migrate in search of

better economic and professional opportunities. Often called brain drain, this occurs from developing to developed countries, from rural to urban areas, and from the public to the private sector leaving destabilization in its wake. Health workers and health systems are complex and adaptive; to understand these dynamics and to fashion new strategies, we need to draw on related fields, such as labor economics, history and sociology. We also must be prepared to confront rigid mind-sets, institutional inertia and turf protection.



The extent of the thinking needed that is indicated in the graph above shows the human resources vector, stretching from illness care at one end to the promotion of population health at the other. This illustrates that the scope of interventions extends beyond the traditional realm of public health and has multiple targets ranging from the individual to society.

The Joint Learning Initiative

A broad group of partners including donors, experts and international organizations is developing a framework for a global rethinking of human resources for health, with the focus on the poorest countries and communities of the world. Beginning in 2003 seven working groups will focus on specific dimensions of the challenge and map the current situation from which subsequent strategy developments will be informed. Three of the groups will focus on a "landscape analysis," taking stock of where we are in regard to the global health work force and what dynamics are driving it. Four groups will focus on "strategy development" including both issues of immediate urgency and longer-term policy and planning.

A. Landscape Analysis

Information on the current status of human resources for health in the developing world is incomplete, inconsistent and insufficient for policy-development purposes. Informational gaps about the work force are far greater than for other health-systems resources in domains such as research or financing of care. This relative poverty of information reflects the lack of a framework for assessing and reporting human resource needs. Traditional data collection at its best gives us the number of specific types of workers (usually doctors or nurses) per 1,000 or 100,000 people, identifying gaps that implicitly call for more training. While these gross ratios have a role, they are insufficient measures for understanding the full dynamics of human resources working in health. We need an analytic framework that encompasses the mechanisms of supply and demand that work beneath the simple ratios.

In addition to quantitative metrics, qualitative insights are necessary to understand the linkages between the

work force and an effective health system. Case studies of exceptionally positive or negative experiences in workforce development with an emphasis on why some organizations or countries perform better or worse than expected could supply such insights. We know some things about the general nature of gaps and biases in the field, but precise information as to extent, trends and underlying determinants is lacking, especially for Africa.

In short, the landscaping component of the JLI is designed to produce a comprehensive mapping of both the current state and future needs for human resources. It also will address the numbers, typology, distribution, supply-and-demand dynamics, and related personal and institutional forces that characterize the health work force globally and drive the needs and opportunities in health. Three of the Working Groups are operating in these areas.

History Working Group. The JLI takes seriously the importance of understanding the history of modern public health and the social forces that have influenced human resource development. Among the questions that this Group will examine are:

- How have the concepts of public health and related fields evolved over the past century?
- What has been learned from history?
- What has been learned from recent investments?
- What are the roles of the state, the private sector and civil society?

Supply Working Group. This group will study the current modalities of health professional education and develop strategies and recommendations to foster greater relevance,

"The physician pipeline is at its narrowest in the regions with the highest expected rates of population growth. Conversely, capacity appears to exceed demand in regions of declining or minimal population growth."

(N. Lynn Eckhart, "The Global Pipeline: Too Narrow, Too Wide or Just Right?" *Medical Education* 2002, 36:611.)

innovation and equity in the generation and supply of human resources to respond to the population's health needs.

The group will develop policy recommendations concerning: new competencies needed, alignment of training with national policies, identification of critical new public health competencies, and innovative institutional (formal and informal) arrangements for training the health work force.

Demand Working Group. This group will focus the factors that create the demand for health workers. They will consider labor markets, professional compensation, career development, quality of work life and other worker incentives. They will consider international health-worker recruitment strategies, as well as the role of intermediary organizations that recruit and retain personnel. They will examine the "push-pull" forces of urban/rural distribution and the transnational flow of professionals (brain drain). In addition to traditional health-sector partners, this Working Group will include the International Labor Organization and the International Organization on Migration. These new collaborators will contribute points of view from which health has previously been relatively isolated.

B. Strategy Development

Four Working Groups are developing strategy recommendations with two different foci. The first focus is on immediate and urgent health challenges and the second is on fundamental rethinking necessary to transform the health workforce system.

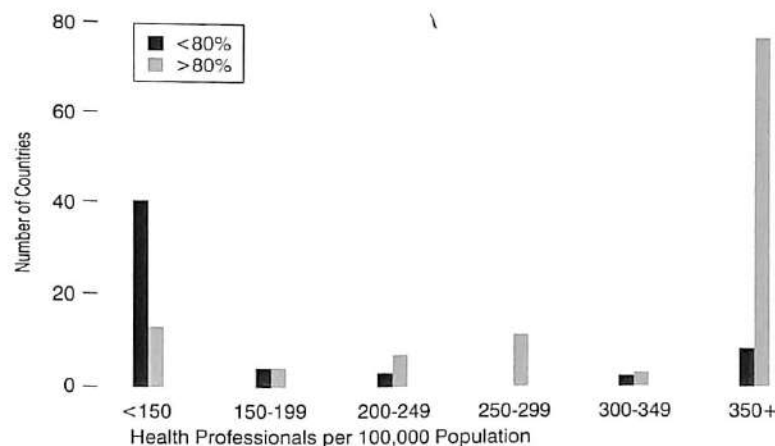
IMMEDIATE HUMAN RESOURCE AGENDAS

Africa Working Group. The most immediate of the world's health challenges are in Africa, and the urgency of these crises makes it imperative to identify ways to address human resources that can make a difference in the very near term. The Africa Working Group will focus on these short-term challenges, not to develop Band-Aids but to articulate options that are both commensurate with the overwhelming needs and compatible with current realities.

Diseases of the Poor Working Group. Complementing the Africa Group, this Working Group will look at current and future human resource needs for fighting selected priority health problems. For example, an enormous number of personnel will be needed to make efficient use of the new

The figure illustrates the strong correlation between the stock of human resources for health and the likelihood of reaching the 80% immunization target. Countries with fewer than 150 health professionals per 100,000 population are less likely to achieve 80% immunization than are countries with 350 or more health professionals per 100,000.

The Rate of Immunization Against Measles for 1-Year-Old Children and the Availability of Human Resources for Health for a Sample of 171 Countries.



resources becoming available through the Global Fund for AIDS, TB and Malaria. This and similar efforts provide an excellent opportunity to participate in innovative problem-solving approaches including new models for control within an integrated health system at both the country and regional levels.

STRATEGIES FOR THE LONGER TERM

Innovations Working Group. Beyond the urgency of immediate human resource challenges, it is important to invest in the future. The rapidly shifting technological and institutional settings in health provide an abundance of possibilities for innovative thinking in regard to human resources. Distance learning and the creative use of nonprofessional cadres performing the traditional tasks of doctors and nurses are prime examples of the new opportunities in the training and deployment of health workers. Systems for managing human resources in other sectors, both public and private, may offer useful lessons for health. Building on such ideas and following the principle that lack of imagination would be a catastrophic moral failure, the Innovations Working Group will focus on ideas, institutions, technologies and practices that might transform the way health systems deal with human-resource challenges in the future.

Coordination Working Group. This Group will provide oversight and guidance to the Initiative, facilitating the JLI, looking for synergies and promoting collective efforts among the constituents. It will be attentive to overlap and competition. Among its activities will be to gather crosscutting analyses and statistics in order to develop a Joint Learning Initiative advocacy strategy for the future. This committee will also draft the JLI summary report that will outline an HRH reform program for the next decade.

The Human Resources for Health Reform Initiative

The committees of the Joint Learning Initiative will conclude their work early in 2004. The consensus accord issued by the JLI will be intended to serve as a blueprint for a reform initiative in human resources in health for the next decade. It will acknowledge that human-resource development is a long-term process, requiring years of steady investment but with the potential to yield high and sustained returns. It will state clearly that in order to reverse decades of neglect, decision makers must begin promptly, first by recognizing the problem and second by doing while learning.

Four areas of action will be highlighted in the blueprint.

- First, large-scale advocacy for HRH issues is needed to achieve heightened political awareness within countries and globally.
- Second, better information and a commonly accepted framework of concepts, terms and relationships to guide analysis for HRH policy formulation is essential to this movement. A better understanding of the need for human resources, the different types of workers, factors that influence productivity, and the dynamic elements of how these individuals move will be critical to the success of future programs and policies in HRH.

“...And when I started working somebody said to me, ‘The patient in front of you is definitely not the only patient you’re going to see that day, but, for that patient, you are the only doctor that he or she will see today.’ So, I try to be in the present moment, with this patient, and try and not think about the 20 people sitting outside...” — **DOCTOR, SOUTH AFRICA**

(Petrida Ijumba, “Voices of Primary Health Care Facility Workers,” Chapter 10, *South African Health Review* 2002, Durban: Health Systems Trust, 188.)

- Third, history and “success stories” are important to HRH reform. People and health systems have not remained passive in confronting the crisis in human resources. The creative responses of communities, nongovernmental organizations, businesses and governments should be identified, disseminated and replicated.
- Fourth, global strategic thinking on HRH reform needs to be stimulated and harmonized, recognizing the key roles of supply, demand and health-worker mobility. In this effort it will be important to link domains of policy and planning that have often been treated separately—training and education, health systems development and labor markets. New strategies will need to be developed with the participation of professional associations, unions and workforce representatives as well as governments. Policies on professional mobility including ethical recruitment practices and more equitable international ground rules among receiving and sending countries will need to be developed.

The global HRH reform initiative will require the active collaboration of governments, health-worker organizations, health-science faculties and corporations throughout the world. Additionally, the participation and support of nongovernmental stakeholders such as foundations, NGOs, regional health authorities, United Nations organizations and the World Bank will be necessary to achieve reform of substantial scope and durability. Donors can support the initiative by acknowledging the importance of human resources in efforts to achieve equity in health, and by stepping up their investments in HRH reform. The blueprint of the Joint Learning Initiative will specify the case for HRH reform and provide an action proposal for that reform.

[206]

Annex 1

WORKING GROUP	AIM / CO-CHAIRS
History	To review the history of public health to seek new insights into the early successes and current crises in the field. Elizabeth Fee, U.S. National Library of Medicine Marcos Cueto, Universidad Peruana, Cayetano Heredia
Supply	To study current modalities in training and education of health workers and to recommend options for enhancing workforce effectiveness to address current and future health challenges. Nelson Sewankambo, Makerere University Giorgio Solimano, University of Chile
Demand	To analyze the landscape of the "demand" side of the health work force and formulate policy options for the improvement of human-resource management. Suwit Wibulpolprasert, Ministry of Health, Thailand Orvill Adams, World Health Organization
Africa	To map the current landscape of human resources for health in Africa, identify key issues and define a broad strategy to address the prevailing workforce crisis. Demissie Habte, The World Bank, Lola Dare, Center for Health Services Training, Research and Int'l Development
Diseases of the Poor	To analyze current and future needs for human resources to fight selected diseases of poverty, using a supply-and-demand lens to explore new models for control of these diseases within an integrated health system. Gijs Elzinga, National Institute of Public Health and the Environment, The Netherlands
Innovations	To learn from history and other disciplines about innovative approaches to human-resource-capacity development for health. Marian Jacobs, University of Cape Town Jo Ivey Boufford, New York University
Coordination	To facilitate the efforts of all the working groups, to promote the joint learning process, and to undertake the research, writing and production of an evidence-based advocacy and strategy report. Lincoln Chen, Harvard University Tim Evans, World Health Organization

[207]



420 Fifth Avenue, New York
New York 10018-2702 U.S.A.
www.rockfound.org