

กรรมการนิพนธ์กำลังคน (คปอ.)

เรื่องแถลงในการปฏิบัติงานเพื่อเตรียมการล่วงหน้าที่จะ
ความรู้ ห้องสมุดวิชาการ การประชุมสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ
ปี 2546 [7-8 สิงหาคม 2546]

- จอเขียนเชิญเป็นประธานการประชุม [1 กรกฎาคม 2546]
- แนว กล่าวเปิดสัมมนาทางวิชาการเฉพาะประเด็นการจัดการ
กำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน [24 กรกฎาคม 2546]
- จอเขียนเชิญประชุมเพื่อให้ออกความเห็น [9 กรกฎาคม 2546]
- ลังเอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเฉพาะประเด็น
"การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน"

[17 กรกฎาคม 2546]

- [ร่าง] ข้อเสนอ "การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อ-
ชุมชน" เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาทางวิชาการเฉพาะ-
ประเด็น [24 กรกฎาคม 2546] ณ โรงแรมอราเคิล-
แกรนด์ กรุงเทพมหานคร
- บันทึกการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2546
วันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2546 เวลา 13.00 - 16.00 น.
ณ ห้องประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ อาคาร 3 ชั้น 5
ที่กรมสุขภาพจิต
- สรุปสถานการณ์ความเคลื่อนไหวด้านกำลังคน
[นพ. สุวิทย์ วาศิตดาเกษ, นพ.สุรเดช เทมพิษฐ์ 21 ธันวาคม 2547]
- จอลังเอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การนิเทศการ-
การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข ภายในประเทศไทย
[3 กุมภาพันธ์ 2547]

การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย
วันพฤหัสบดีที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547
ณ ห้องประชุมเจด โรงแรมโรสการ์เดนส์ เอไพร์ม รีสอร์ท สามพราน จังหวัดนครปฐม

- 9.00 - 9.20 น. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และความเป็นมาของการจัดประชุม
โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
- 9.20 - 9.35 น. หนึ่งหมู่บ้าน หนึ่งพยาบาล: ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาสุขภาพในชุมชน
โดยประชาชนเพื่อประชาชน
นำเสนอ โดย นพ. ทักษพล ชรรมรังษี
นส. พินทุสร เหมพิสุทธิ
- 9.35 - 10.00 น. อภิปรายและเสนอข้อคิดเห็น
ผู้ร่วมอภิปรายหลัก
- ผศ.ดร.ประคิน สุจฉายา
- ดร. รุ่ง แก้วแดง
- นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข
- 10.00 - 11.15 น. อภิปรายทั่วไป
- 11.15 - 11.30 น. การพัฒนาระบบบุคลากรด้านสุขภาพในประเทศไทย
นำเสนอโดย นพ. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ
- 11.30 - 12.00 น. อภิปรายและเสนอข้อคิดเห็น
ผู้ร่วมอภิปรายหลัก
- นพ. ชาดรี บานชื่น
- นพ. ดำรงค์ บุญยืน
- รศ.ดร. วิภาดา คุณาวิวกิจกุล
- 12.00 - 13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 - 15.00 น. อภิปรายทั่วไป
เรื่อง โครงสร้างและบทบาทของกลไกระดับชาติของการพัฒนากำลังคน
ด้านสุขภาพระดับชาติ
ผู้ดำเนินการอภิปราย นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

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 และโอกาสการใช้บริการในประชากรกลุ่มต่างๆ ไม่เท่ากัน

1.2 ระบบบริการสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนที่แท้จริง

- ปรัชญาสุขภาพ ถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการ ทั้งความหมายที่เป็นมิติเชิงรุก และมีองค์รวม
- 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

หมายเหตุ : Manpower Funnel - ใต้ goal Manpower

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 มากกว่าการสร้าง ความพร้อม และการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น
3. ระบบการคัดเลือกผู้เรียน เน้นวัดผลทางวิชาการมากกว่าเจตคติ และความพร้อมของผู้เรียน ตลอดจนความต้องการของพื้นที่ ทำให้เกิดการแข่งขันสูง และตัดทอนโอกาสของผู้ด้อยโอกาส
4. การประสานงานระหว่างผู้ผลิต (มหาวิทยาลัย) และผู้ใช้ (กระทรวงสาธารณสุข) ยังมีช่องว่าง แม้ว่าในอดีตก่อนปี 2530 จะมี "คณะกรรมการประสานงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข" ระหว่างสององค์กรนี้ เพื่อทำหน้าที่วางแผน ประสานงาน และร่วมกันดำเนินงานด้านต่างๆ รวมทั้งการวางแผนด้านกำลังคน แต่ก็ได้ผลสำเร็จในระยะหนึ่งเท่านั้น

2. ด้านการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจุบัน การผลิตกำลังคนเป็นบทบาทของสถาบันการศึกษา มีองค์การรับผิดชอบหลัก (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 แม้ในอดีตก่อนปี 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)

— การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

3.1 การบริหารจัดการด้านกำลังคน

จุดแข็ง

1. ความเป็นเอกภาพของระบบบริหารกำลังคนสูง เพราะเป็นระบบเชิงเดี่ยว

จุดอ่อน

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

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

3.2 การพัฒนาบุคลากร

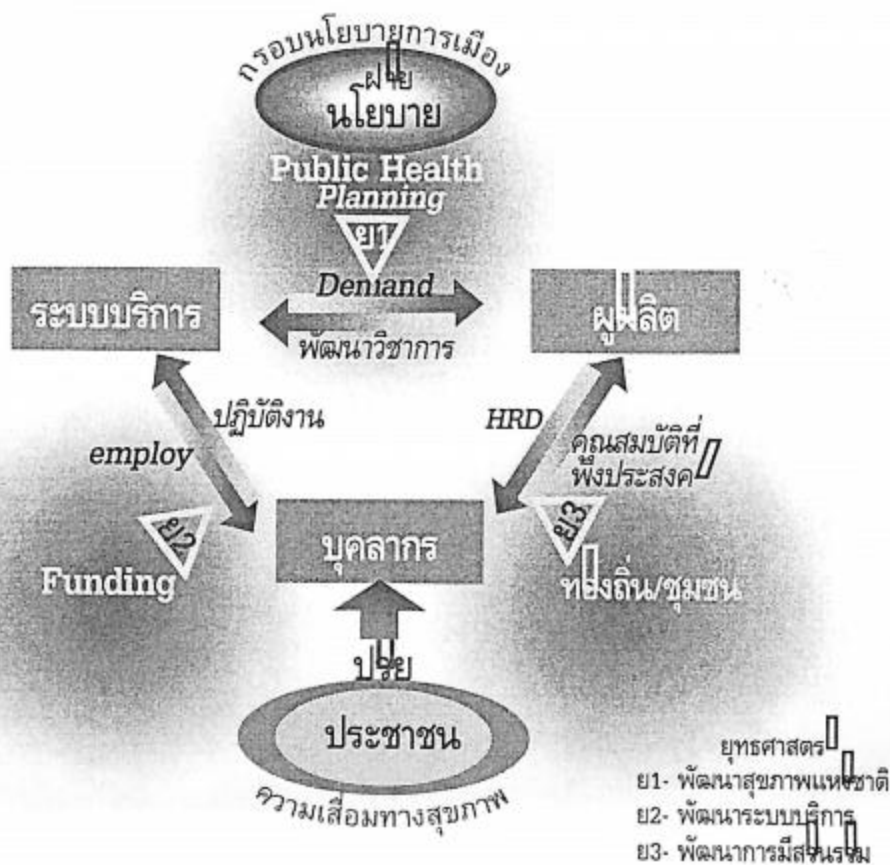
จุดแข็ง

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. ไม่สามารถพัฒนารูปแบบการทำงานแบบประสานใจ (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 และมีแนวโน้มที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก

การบริหารจัดการ และการพัฒนากำลังคน เป็นบทบาทที่สำคัญของหน่วยงานผู้ใช้ เนื่องด้วยบุคลากรเป็นปัจจัยที่มีผลที่สุดต่อการให้บริการที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ การให้บริการที่จะบังเกิดผลต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนตามแนวคิดใหม่นั้น จะต้องมีการปรับเปลี่ยน "กระบวนการพัฒนาศักยภาพ" ของบุคลากร

โดยอาศัยกระบวนการฝึกอบรมและการเรียนรู้ที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งบทบาทของฝ่ายผลิตในการพัฒนาบุคลากรจะมีความสำคัญ ควบคู่กับบทบาทของหน่วยงานผู้ให้เช่นกัน

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)

นโยบายและแนวทางปฏิบัติที่มีผลกระทบต่อด้านกำลังคนที่ผ่านมา

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 พัฒนาตนเอง 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 ฝ่ายผลิตและองค์การวิชาชีพ องค์การบริหาร กองทุนประกันสุขภาพระบบต่างๆ และผู้แทนองค์กรท้องถิ่นและองค์กรชุมชน

นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการทำงานในลักษณะประสานเครือข่ายตั้งแต่ระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์ การจัดการ จนถึงการใช้ปฏิบัติ ระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง เป็น "พหุภาคีกำลังคนด้านสุขภาพ"

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

- ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
 - ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - ยุทธศาสตร์พัฒนาการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นและชุมชน
- สำหรับยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ จะประกอบด้วยยุทธศาสตร์ย่อย ได้แก่
- ด้านนโยบายกำลังคน

- ด้านการผลิต
- ด้านการบริหารจัดการกำลังคน
- ด้านการพัฒนากำลังคน

- 1.3 จัดสร้างและพัฒนา "ศูนย์ข้อมูลกลางกำลังคนด้านสุขภาพ" ในลักษณะคลังข้อมูล (Data Warehouse) เชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลกับฐานข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ และพัฒนาไปสู่ระบบข้อมูลเพื่อการวางแผน ยุทธศาสตร์ (Strategic Data Management System)
- 1.4 ดำเนินการจัดตั้ง "เครือข่ายการประสานงานด้านวิชาการและพัฒนากำลังคนระดับพื้นที่" เพื่อกระตุ้น การร่วมมือทางวิชาการระหว่างสถาบันการศึกษากับระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ เป็นการเรียนรู้ ซึ่งกันและกันในประเด็นความต้องการ และการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาการ
- 1.5 การประเมิน และติดตามสถานการณ์กำลังคน และผลกระทบ เพื่อเป็นกลไกการประเมินนโยบายด้าน กำลังคนของประเทศ

2. ด้านการจัดการศึกษา (การผลิต)

- 2.1 ยึดปรัชญาสุขภาพ "สุขภาพพอเพียง" สร้างบรรทัดฐาน (Norm) ที่มองมิติแบบองค์รวม มิติสร้าง สุขภาพ และมิติการดูแลตนเองเป็นแนวทางการจัดการศึกษาจึงต้องสร้าง "กระบวนทัศน์สุขภาพ" ขึ้น ให้ได้
- 2.2 พัฒนา Model การจัดการศึกษาใหม่ๆ ที่ผลิตบุคลากรตามจำนวน และคุณสมบัติที่หน่วยงานต้องการ ในอนาคต (Customization) โดยเฉพาะองค์การท้องถิ่นและชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพระดับปฐม ภูมิ
- 2.3 ให้ฝ่ายผู้ผลิต มีบทบาทหน้าที่ช่วยเหลือ สนับสนุนด้านวิชาการเพื่อพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ โดยเป็น ความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพพื้นที่ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งฝ่ายผลิต และสถาน บริการสุขภาพ
- 2.4 การเชื่อมต่อกับระบบการพัฒนางานวิจัย และสร้างองค์ความรู้ (Research Link) เพื่อให้การเรียนการ สอนเกิดพลวัต (Dynamicity) และไม่แยกส่วนจากการเรียนรู้ชุมชน

3. ด้านงบประมาณ และแหล่งทุน

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

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 ปรับเกณฑ์ทางบัญชีในระบบบัญชีทั้งรับฟังจ่าย โดยให้ถือว่าบพัฒนาบุคลากรเป็นค่าใช้จ่ายการลงทุน แทนที่จะเป็นค่าใช้จ่ายดำเนินการ และถือเป็นดัชนีบ่งชี้การพัฒนาองค์กรในระบบประกันคุณภาพ
 - 5.3 สนับสนุนสถาบันการศึกษา เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการฝึกอบรมต่อเนื่องที่เป็นความต้องการจริงของหน่วยงาน มิใช่ตามความต้องการของบุคคล
6. **ด้านการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นและชุมชน**
 - 6.1 พัฒนาความพร้อมขององค์กรท้องถิ่น หรือองค์กรชุมชน ด้านพื้นฐานแนวคิดด้านสุขภาพ และความรู้ในการจัดการปัญหาสุขภาพ และด้านกำลังคน
 - 6.2 กำหนดอำนาจหน้าที่ และทรัพยากรในการบริหารจัดการกำลังคนเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้้องค์กรท้องถิ่น หรือองค์กรชุมชนมีศักยภาพ และบทบาทความรับผิดชอบที่ชัดเจน เช่น ในอนาคตอาจจะเกิด "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 และการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชาชนที่มีรายได้น้อย เห็นชัดได้จาก รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนในกลุ่ม 10% ที่ยากจนที่สุด ลดลงถึง 41%¹ และ การที่ระดับหย่อนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน (Catastrophic illness)² ลดลงจาก 4.9% ในปีพ.ศ. 2539 เป็น 3.0% ในปี พ.ศ.2545³ 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) นั้นแน่นอนว่าจำเป็นต้องอาศัยความพร้อมของระบบปฏิบัติการ 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 โดยการนำเสนอถึงความเป็นไปได้ในการที่ชุมชน/ท้องถิ่น จะเพิ่มบทบาทในการสนับสนุนกระบวนการบริหารจัดการด้านกำลังคนทางสุขภาพ จากเดิมที่เคยมีบทบาทเป็นเพียง ผู้รับการบริการปลายทางเท่านั้น

ข้อเสนอนี้ได้นำเข้าพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (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 และมีหน่วยงานที่สถานื่อนามัย/ โรงพยาบาล เป็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของการปฏิบัติงาน ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงชุมชนใน ระดับที่ใกล้ชิด และยาวนานเพียงพอ และขาดความต่อเนื่องและยั่งยืน ของตัวบุคลากรกับพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- (4) ในภาพรวมประเทศไทยยังประสบปัญหาการ กระจุกตัวของบุคลากรสุขภาพ อยู่ในพื้นที่ที่มีความเจริญในทุกระดับ เช่นระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และแม้แต่ในระดับตำบล/ หมู่บ้าน ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรที่จะมาดำเนินงานสร้างสุขภาพในพื้นที่ระดับหมู่บ้านในชนบท และชุมชนแออัดในเขตเมือง
- (5) ในแง่มุมของการบริหารจัดการ 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 โดยมีได้ทอดทั้งงานรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนเอง เช่น การที่เป็น "คนพื้นที่" ในหมู่บ้านนั้นเอง หรือ การที่ขนาดพื้นที่ความรับผิดชอบพอเหมาะ กระบวนการดำเนินงานของพยาบาลชุมชน จะเน้นที่กิจกรรมที่ต่อยอดจากแนวคิด "วิถีชุมชน" คือการสร้างสุขภาพแบบองค์รวมโดยอาศัยรากฐานทุนทางสังคมที่มีอยู่อย่างพอเพียงและ ยั่งยืน โดยมีบทบาทสำคัญเป็น facilitator อีกทั้ง พยาบาลชุมชน จะเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างงานรักษาพยาบาล และ งาน สร้างสุขภาพในชุมชน

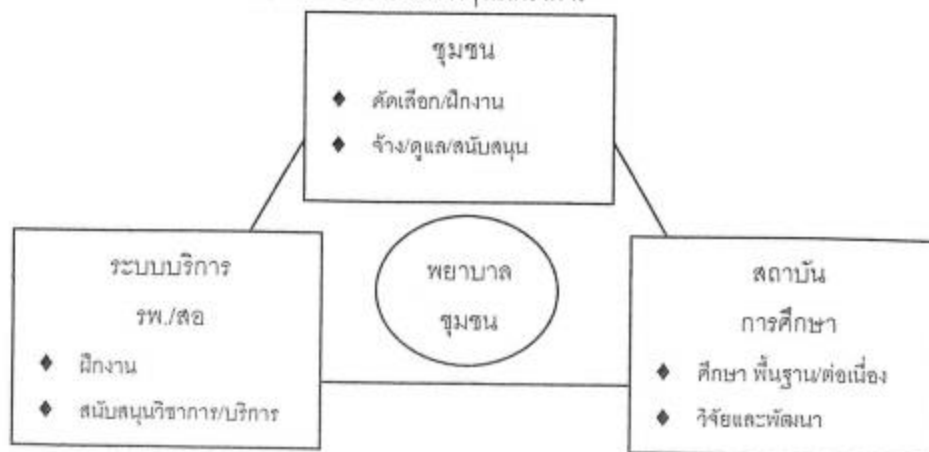
พยาบาลชุมชน เป็นการเติมเต็มและ ต่อยอด ของระบบ(บริการ) สุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยไม่ได้ลดบทบาทของวิชาชีพ องค์กร หรือ หน่วยงานใดๆ โดยอาจจะมีการรูปแบบการจ้างงานที่หลากหลาย แต่ล้วน มุ่งไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกันนั่นคือ "สุขภาพของชุมชน"

สรุปคือ พยาบาลชุมชน จะเป็น คนท้องถิ่น ที่ชุมชนคัดเลือกและสนับสนุนให้ได้รับการศึกษาที่เหมาะสมและปฏิบัติงานเมื่อสำเร็จการศึกษาอยู่ในชุมชนของตนเอง จึงนับเป็น

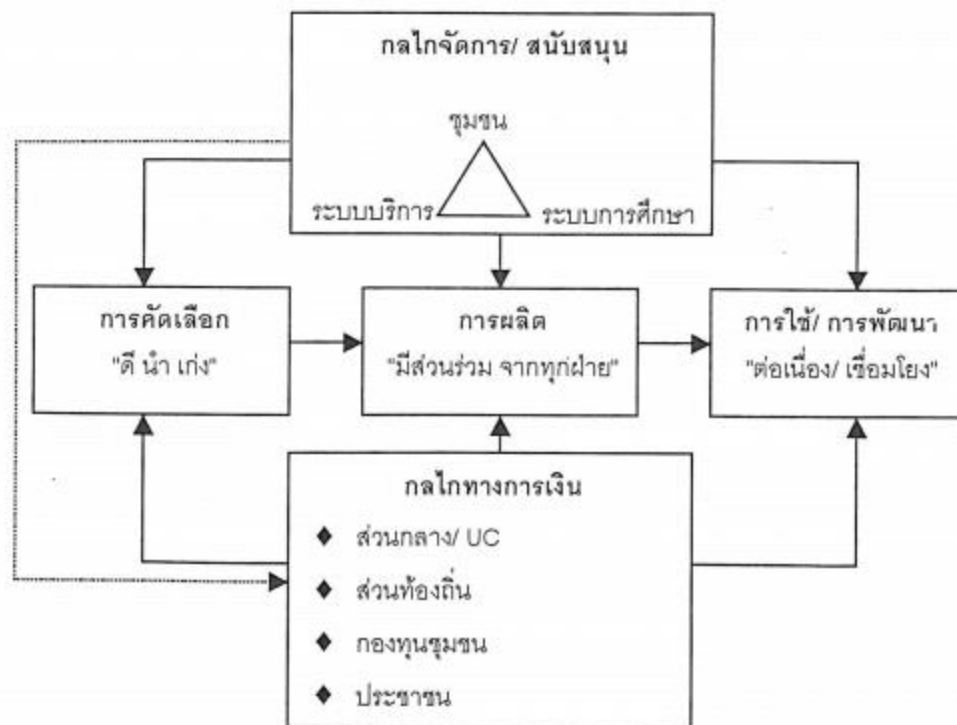
"พยาบาลของชุมชน พัฒนาและสนับสนุนโดยชุมชน และดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชน" โดยตั้งเป้าหมายที่หมู่บ้านละ 1 คน"

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

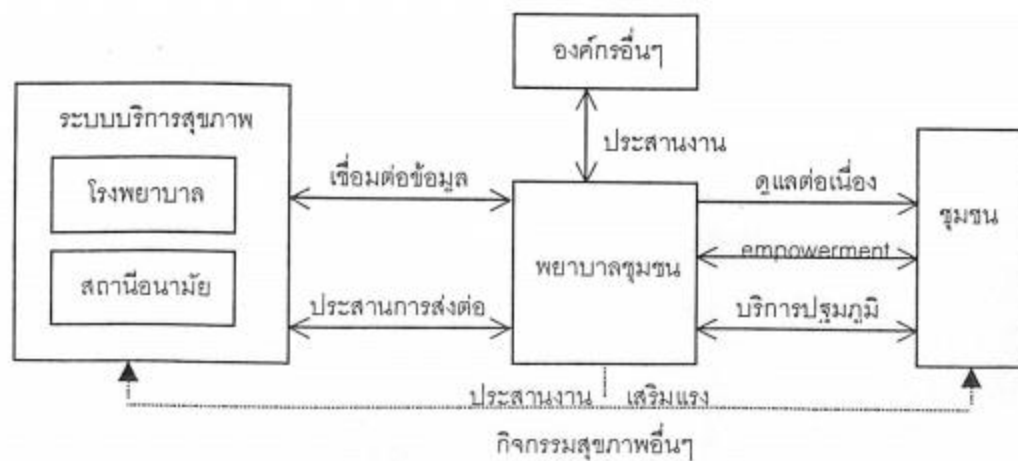
ภาพที่ 1 : ความเชื่อมโยง และ บทบาทของกลไกต่างๆในโครงการ



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 ไม่มีความจำเป็นที่ต้องสร้าง โรงพยาบาลชุมชนขึ้นมาใหม่จนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน แต่สามารถใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มีปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนควบคู่กันไปด้วย โดยเฉพาะในหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีภูมิศาสตร์อยู่ใกล้สถานพยาบาล ประมาณ 10,909 แห่ง ซึ่งเชื่อได้ว่ามีศักยภาพในการครอบคลุมประมาณ 22,816-44,696 หมู่บ้าน จะทำให้เราสามารถประมาณความต้องการในการผลิต โรงพยาบาลชุมชน เพื่อครอบคลุมทั้ง 71,864 หมู่บ้านทั่วประเทศ 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 และจัดการ ผ่านการมีส่วนร่วมจากชุมชนอย่างแท้จริง
- (2) พัฒนาระบบการสนับสนุน การทำงาน ของโรงพยาบาลชุมชนเหล่านี้ให้เชื่อมโยงกับสถานบริการใกล้บ้าน รวมถึง องค์กร 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 เนื่องจากระบบการศึกษาปัจจุบันเน้นการวัดความสามารถทางวิชาการในการคัดเลือกนักศึกษาทำให้เยาวชนในเขตชนบทหรือ ชุมชนแออัดในเขตเมืองซึ่งมีโอกาสและความพร้อมทางวิชาการน้อยกว่า ไม่สามารถผ่านเกณฑ์ดังกล่าวได้ กลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่จึงมีจากพื้นฐานชนชั้นกลางในเขตเมือง และไม่สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทในระยะยาวได้

ดังนั้นหากสามารถคัดเลือกกลุ่มเยาวชนที่มีความดี โดยมีการคัดเลือกจากตัวแทนของหมู่บ้านที่รู้ประวัติความเป็นมาของเยาวชนดังกล่าวดี เชื่อว่าจะได้บุคลากรในอนาคตที่ทำความดี และรักท้องถิ่นเป็นรากฐาน อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าความพร้อมทางวิชาการในการศึกษาไม่สำคัญ

ประเด็นจึงอยู่ที่ ทำอย่างไรจึงสามารถ หาคนดีที่มีความสามารถเหมาะสมได้ ซึ่งอาจจะต้องมีความหมายถึง การช่วยพัฒนาความพร้อมทางวิชาการทั้งก่อนและขณะศึกษาต่อ ให้กลุ่มคนดีเหล่านี้

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

3.4 เน้นความยืดหยุ่น และ มุ่งสร้างกระบวนการ/ กลไกที่มีส่วนร่วม ความสำเร็จของโครงการนี้มิใช่เพียงแค่มียุทธศาสตร์อยู่ครบทุกหมู่บ้าน แต่อยู่ที่การสร้างกลไกและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน/องค์กรปกครองท้องถิ่น ร่วมกับสถาบันการศึกษาและระบบบริการสุขภาพ

ดังนั้นจึงต้องมีการลงทุน ลงแรง สร้างกลไก/ กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง จึงจะมีความสำเร็จที่ยั่งยืนได้

4. แนวทางการดำเนินการ (ภาพที่4)

จะต้องมีการวางแผนล่วงหน้าในระบบบริหารจัดการโครงการนี้อย่างน้อย 7 ส่วนได้แก่

(1) ระบบการคัดเลือกให้ได้บุคคลที่เหมาะสม เนื่องจาก หมู่บ้าน/ชุมชนนั้นอาจจะมีโอกาสเพียงครั้งเดียว เริ่มต้นที่ระบบการคัดเลือกเยาวชนควรจะต้องประกอบด้วยตัวแทนจาก 3 ฝ่ายเป็นอย่างน้อย คือ ฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และ ฝ่ายประชาชน (ตัวแทนชาวบ้าน) ที่รู้จัก นิสัย บุคลิก ของ เยาวชนเป็นอย่างดี ควรจะได้เยาวชนที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน/ชุมชนนั้นๆ เลย หรือ อย่างน้อยจากหมู่บ้าน/ชุมชนใกล้เคียง จากนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมทางวิชาการให้ตัวแทนที่ได้รับคัดเลือก ซึ่งควรเป็นหน้าที่ของโรงเรียนในพื้นที่

(2) งบประมาณในการให้การศึกษา ว่าสมควรได้รับการสนับสนุนจากส่วนใดบ้าง ซึ่ง อาจจะไม่ใช้สูตรที่ตายตัว เช่น หากมาจากพื้นที่ที่องค์กรปกครองท้องถิ่นมีรายรับสูง การสนับสนุนจากส่วนกลางน่าจะน้อย แต่อย่างน้อย ต้องมีงบประมาณการศึกษาส่วนหนึ่งที่ได้รับจากพื้นที่ มิใช่สนับสนุนจากส่วนกลางทั้งหมด

- (3) **ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน** มีระบบการจ้างงานที่มั่นคง และ เป็นของชุมชน 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** ในการศึกษาในระดับอุดมศึกษาต้องมีการวางแผนจัดหลักสูตรการเรียนการสอนที่เน้นหนักไปในการเป็น พยาบาลชุมชน โดยเฉพาะงานสุขภาพชุมชน และ การดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม ซึ่ง อาจจะต้องมีการจัดสอนเสริม/ทบทวน ให้กับนักศึกษาในโครงการ นอกจากนี้ในหลักสูตร มีการฝึกฝนทักษะนอกสถาบัน ต้องส่งนักศึกษาในโครงการกลับมาฝึกฝนในพื้นที่ของตนเอง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และ รับรู้สภาพปัญหาในพื้นที่ของตนเองจริง

ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่า จะต้องลดบทบาทการเรียนการสอนในด้านการรักษาพยาบาล แต่ อาจจะมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาให้สอดคล้องกับงานเชิงรุกในระดับชุมชนมากขึ้น ซึ่งอาจมีความยืดหยุ่นในการจัดหลักสูตร และ ตารางการเรียนการสอน ไม่ได้เป็นไปในรูปแบบเดิมๆ แต่เพียงอย่างเดียว

นักศึกษาในโครงการนี้ควรจะได้รับ การฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมในช่วงเวลาปิดภาคการศึกษา โดยกลับมาฝึกที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่นๆ ในพื้นที่ของตน เช่น การเป็นลูกจ้างรายคาบมีหน้าที่เป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งนอกเหนือจากการสร้างความคุ้นเคยกับระบบปฏิบัติการแล้วยังเป็น การติดตามความเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาด้วย

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

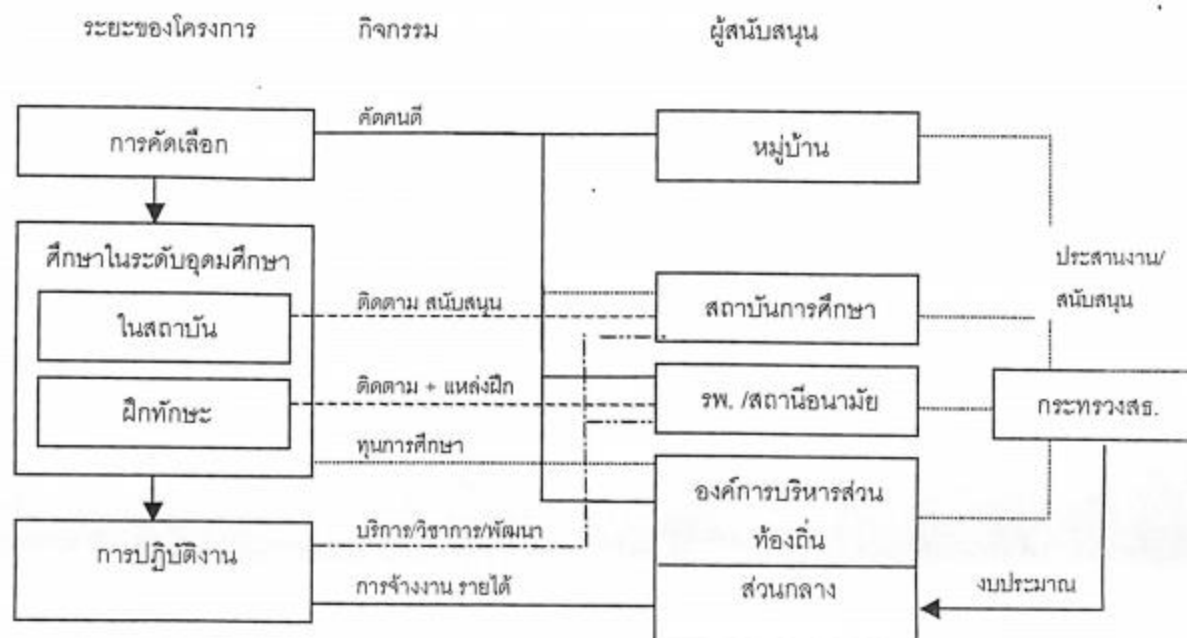
สำหรับรูปแบบการทำสัญญาชดใช้ทุน เป็นสิ่งที่ควรจะประเมินกันหลายด้าน ทั้ง ส่วนราชการ ชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และด้านตัวบทกฎหมาย ทั้งนี้มีการศึกษาในต่างประเทศว่าการบังคับทำสัญญาให้แพทย์ปฏิบัติงานชดใช้ทุนในพื้นที่ชนบทมีอัตราคงอยู่ที่ต่ำกว่า⁴ แต่การคัดเลือกผู้ที่เติบโตในชนบทและให้ทุนการศึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยไม่มีข้อผูกมัดกลับมีสัดส่วนที่ประสงคจะปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทและขาดแคลนสูงกว่า⁵ ซึ่งต้องพิจารณาให้ถี่ถ้วนว่าสามารถนำแนวความคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทยได้หรือไม่

อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกหลายประเด็นปลีกย่อยที่ต้องพิจารณาก่อนดำเนินการ เช่น หากในพื้นที่ใดที่มีความพร้อมและจำเป็นอาจจะมีการสนับสนุนการผลิต พัฒนา และ จ้างงานผู้ช่วยดูแลเด็กและผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กทารกและผู้สูงอายุ เช่น อาจจะเป็นรูปแบบการจ้างงานเยาวชน ที่มี

วุฒิการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา/มัธยมปลาย ในหมู่บ้านนั้น หรือคัดนักเรียนมัธยมปลายมาศึกษาตามหลักสูตร กระทรวงศึกษาธิการเป็นเวลา 1 ปี

ภาพที่ 4 : Conceptual framework ของโครงการ

(ดัดแปลงจากการดำเนิน โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ของ อบต. น้ำพอง)



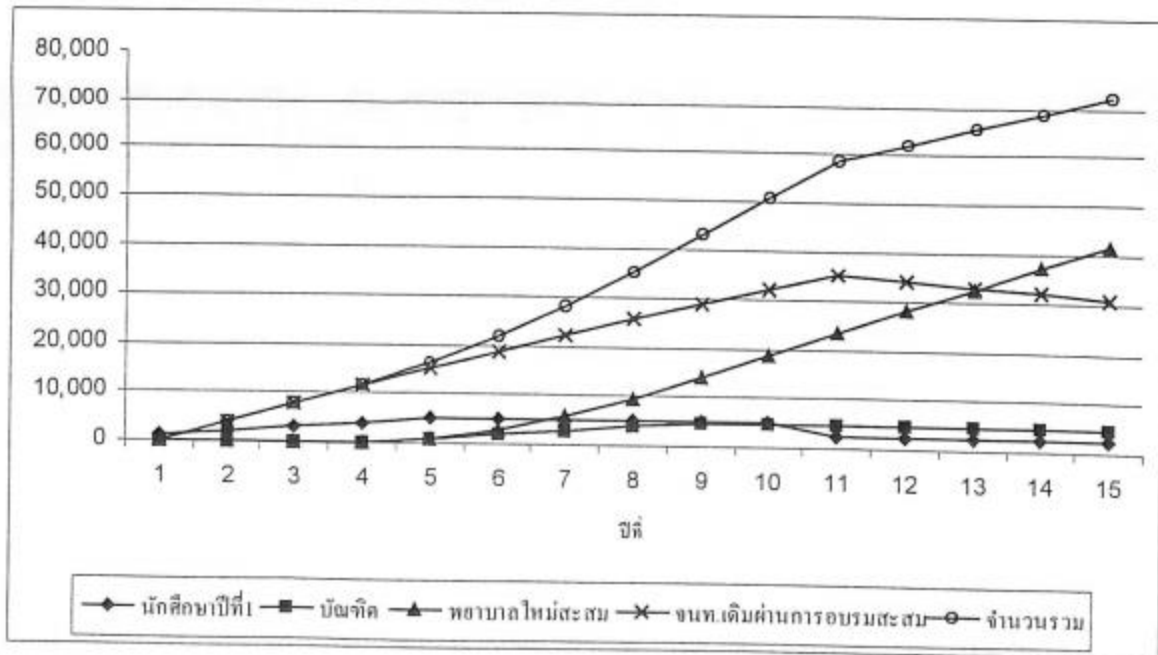
5. ระยะเวลา และ เป้าหมาย

หากเริ่มต้นในการสนับสนุนกระบวนการสร้างศักยภาพดังกล่าว ที่ ปีแรก 1,000 คน และเพิ่มกำลังการผลิต ปีละ 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 หมู่บ้าน^๑ ในอัตราส่วน 1 หมู่บ้านต่อ 1 พยาบาล หรือ กล่าวได้ว่า พยาบาลชุมชนเหล่านี้รับผิดชอบประชากร คนละประมาณ 500-1000 คน ซึ่งน่าจะเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมในงานสร้างเสริมสุขภาพ

ระยะเวลาและเป้าหมายนี้ เมื่อดำเนินการจริงจะต้องพิจารณาร่วมกับศักยภาพและการเตรียมความพร้อมของชุมชนด้วย โดยสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความสมัครใจและความยืดหยุ่น ไม่ควรกำหนดเป้าหมายตายตัวและเร่งดำเนินการจนเกินไป

แผนภาพที่ 5 : Time frame ของโครงการ และผลผลิตภาพของโครงการ



ตารางที่ 2 : จำนวนนักศึกษา และ พยาบาล ทั้งผลิตใหม่และเจ้าหน้าที่เดิม และ ความรอบคอบของโครงการใน
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

6.1 งบประมาณด้านการผลิต

ในการผลิตบุคลากรสุขภาพ วิชาชีพ พยาบาลนั้น แม้ว่าสถาบันการศึกษาของประเทศไทยทั้ง 62 แห่งจะมี อัตราการผลิตพยาบาลได้เพียง 3,393 คนต่อปี¹ ในปี พ.ศ. 2544 แต่ตัวเลขดังกล่าว เป็นกำลังการผลิตที่ถูกปรับ ลดในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ จากเดิมที่เคยมีการคาดการณ์ว่าสามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพได้มากถึง 8,579 คน ต่อปีในปีพ.ศ. 2544(รวมหลักสูตรต่อเนื่อง)² และต่อมาสามารถเพิ่มกำลังการผลิตจนเกือบจะเต็มศักยภาพ โดยมีพยาบาลวิชาชีพได้รับการอนุมัติเป็นผู้ประกอบวิชาชีพใหม่ในปี พ.ศ.2546 เป็นจำนวนถึง 8,180 ราย³ ซึ่งแสดง ถึง ความเป็นไปได้ในการขยาย Capacity เพื่อการผลิต พยาบาลชุมชนเหล่านี้ โดยไม่ต้องมีงบประมาณในส่วน ของการลงทุนโดยเฉพาะด้านอาคารสถานที่ คงมีแต่งบประมาณในส่วนของการดำเนินการเท่านั้น

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

1. สนับสนุนการศึกษา ในการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยจัดสรรให้รายละ 50,000 บาท ต่อรายต่อปี รวมเป็นงบประมาณ 7,000,000,000 บาท
2. ส่วนที่สนับสนุนให้กับกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของเยาวชนและนักศึกษา รายละ 10,000 บาท แบ่ง ออกเป็น
 - 2.1 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียนในระดับอุดมศึกษา ประมาณการรายละ 2,000 บาท อาจจะจัด สรรให้กับ 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 โดยแบ่งระดับการสนับสนุนจากส่วนกลางออกเป็นหลายระดับตาม สถานะขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น พื้นที่เทศบาล และ อบต.ระดับ 1 หรือพื้นที่ในเขตปกครองพิเศษ สมควรให้ท้องถิ่นรับภาระเองทั้งหมดทั้งหมด , พื้นที่อบต.ระดับ 2 ส่วนกลางควรให้การสนับสนุนประมาณร้อยละ 20, พื้นที่อบต.ระดับ 3 ส่วนกลางควรให้การสนับสนุนประมาณร้อยละ 40 ,พื้นที่อบต.ระดับ 4 ส่วนกลางควรให้

¹ ข้อมูลจากสภาการพยาบาล ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546

² 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 งบประมาณในการพัฒนาความพร้อมของบุคลากรสุขภาพชุมชนเดิม

ในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพชุมชนเดิม สามารถต่อยอดจากความรู้ความสามารถของบุคลากรสุขภาพเหล่านี้ โดยอาศัยจุดแข็งด้านประสบการณ์ในการดำเนินงานสุขภาพชุมชน และ ความคุ้นเคยกับพื้นที่ที่รับผิดชอบเป็นทุนเดิม ดังนั้น การพัฒนาในการนี้จึงไม่จำเป็นต้องอาศัยรูปแบบการเรียน การสอนเต็มหลักสูตร

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

ซึ่งรูปแบบการเรียนการสอนนี้ 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

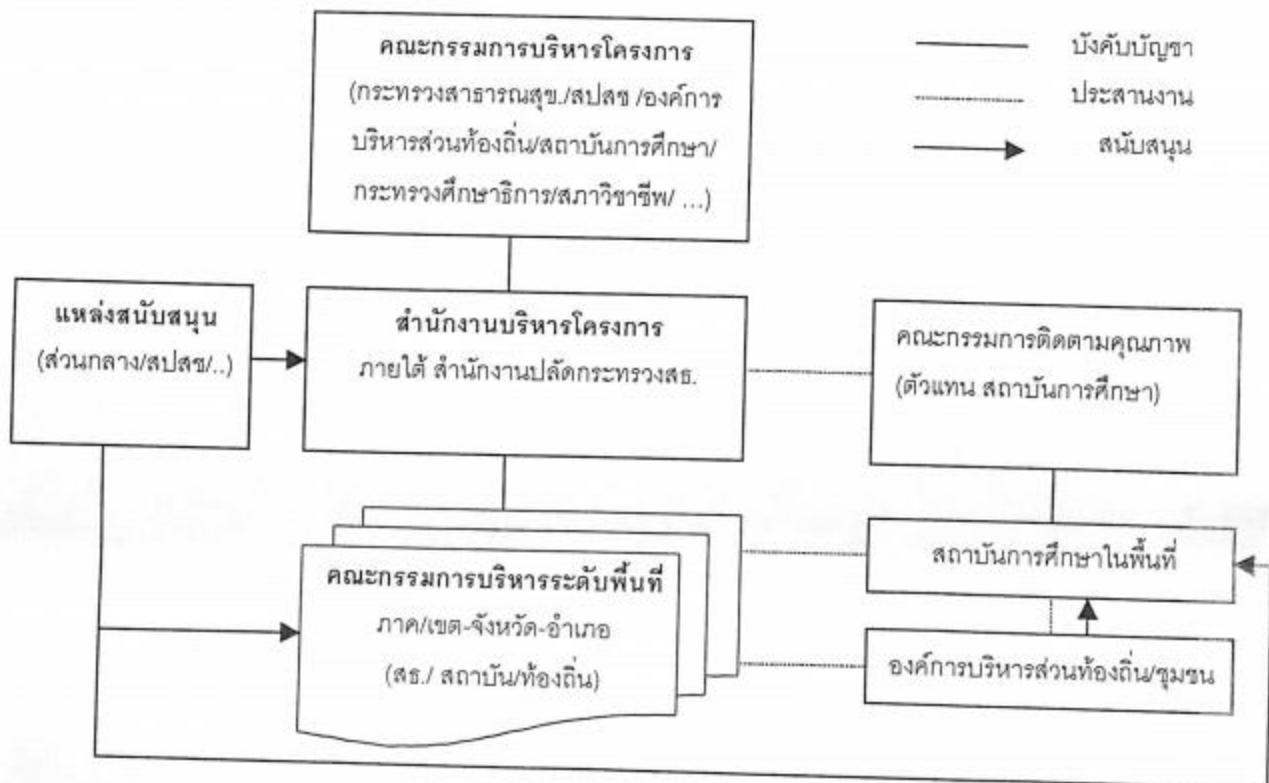
ปีที่	งบประมาณ(ล้านบาท)								
	ผลิต						ปฏิบัติงาน		
	พยาบาลชุมชนใหม่			พัฒนาบุคลากรเดิม			(เฉพาะพยาบาลชุมชนใหม่)		
	รวม	ท้องถิ่น	ส่วนกลาง	รวม	ส่วนกลาง	สถานพยาบาล	รวม	จ้างงาน	ค่าตอบแทน
ก่อนเริ่มโครงการ	3	1	2	0	0	0	0	0	0
1	57	28	29	200	100	100	0	0	0
2	164	81	83	200	100	100	0	0	0
3	323	159	164	200	100	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 และก้าวหน้าในอัตรา 6% ต่อปี
- 5 อัตราค่าตอบแทนคิดแบบคงที่ ที่ 3000 บาท ต่อเดือนต่อคน
- 6 ประมาณการ งบประมาณการผลิตพยาบาลชุมชนใหม่ส่วนกลางรับภาระ 50.66% (ดู ภาคผนวก5)

7. กลไกการดำเนินงาน

ดำเนินการภายใต้ โครงสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้สำนักงาน ปลัดกระทรวง และมีสำนักงานโครงการแยกออกมาเฉพาะ เป็น องค์การหลักในการบริหารจัดการโครงการ และมี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้การสนับสนุนด้านนโยบาย/งบประมาณ ทั้งนี้ให้มีการกระจายความ รับผิดชอบไปยังกลไก/องค์กรในระดับพื้นที่ให้มากที่สุด ดังแผนภาพที่ 6

ภาพที่ 6 โครงสร้างกลไกการดำเนินงานโครงการ



8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 8.1 สามารถสร้างบุคลากรสุขภาพที่มีความเหมาะสมทั้งในด้าน ความสามารถ และ ทักษะคิด และการดำเนินงาน สร้างสุขภาพ ในระดับชุมชน ในจำนวนที่พอเหมาะ และที่สำคัญคือเป็นบุคลากรที่มีรากฐานจากหมู่บ้าน นั้นๆเอง ซึ่งจะสามารถปฏิบัติงานได้ในระยะยาว
- 8.2 พยาบาลชุมชน ผลผลิตของโครงการ สามารถผลิตงานสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับหมู่บ้านที่มีรากฐานจาก การมีส่วนร่วมของประชาชน และสามารถดูแลสุขภาพของพี่น้องประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 1 หมู่บ้าน ได้อย่างบูรณาการและเป็นองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราวณี วาศวิท, กัญญา ติชยาธิคม, และคณะ. การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต (ร่าง)
2. Tangcharoensathien 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 , 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.
11. ส่วนแผนงาน สถาบันพระบรมราชชนก, การคำนวณต้นทุนผลผลิตต่อหน่วย(Unit Cost) การจัดการศึกษาของวิทยาลัยในวังกัตพระบรมราชชนก ปีงบประมาณ 2545 (ร่าง) , เอกสารประกอบการประชุมเรื่องการคำนวณต้นทุนผลผลิตต่อหน่วย(Unit Cost) การจัดการศึกษาของวิทยาลัยในวังกัตพระบรมราชชนก 20-22 พฤศจิกายน 2545

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 :เปรียบเทียบ จุดแข็งและจุดอ่อนในสถานการณ์การคัดเลือกบุคลากรสุขภาพ และ ระบบการทำงาน

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 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 สถานะของ ชุมชน	อาจจะสนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพ	ข้อมูล สื่อ อุปกรณ์สนับสนุน
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	อาจจะสนับสนุนในด้านการฝึกงาน	ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน	เวชภัณฑ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ที่จำเป็น
ท้องถิ่น/ชุมชน	20%-100% ต่อราย ขึ้นกับ สถานะของ ชุมชน	ค่าจ้าง + สวัสดิการในรูปอื่นๆ	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



The Rose Garden APRIME RESORT

* Intervention

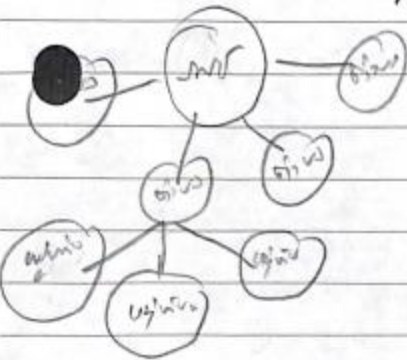
- in the unit

Goal → work on the system → first, understand the system → work on the system

Intervention → work on the system → work on the system

- on the system → work on the system

→ work on the system → work on the system



o. Intervention → work on the system → work on the system

→ work on the system

→ work on the system

o. Intervention → work on the system → work on the system

→ work on the system → work on the system

→ work on the system → work on the system

- work on the system → work on the system

- work on the system → work on the system → work on the system

→ work on the system → work on the system

K. Intervention → work on the system

→ work on the system → work on the system

→ work on the system → work on the system

→ work on the system → work on the system

→ work on the system → work on the system

ONOP



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

C325
ปฏิรูปแนวคิดคนไทย
สุขภาพดีมีใจโรงพยาบาล

สร้างเครือข่าย
ภูมิปัญญา
พัฒนาระบบ
สาธารณสุข

Creating
Partnership for
Knowledge-based
Health Systems

ที่ สวรส.25/2547

9 มกราคม 2547

เรื่อง ขอเชิญประชุม

เรียน คุณปิติพร จันทรรัตน์ ณ อยุธยา

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

ดังนั้น เพื่อให้ได้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขที่ดี และสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ สวรส. จึงได้กำหนดจัดประชุมขึ้นในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547 เวลา 8.30 - 17.00 น. ณ โรงแรมโรสการ์เดนส์ เอโพริม รีสอร์ท สามพราน จังหวัดนครปฐม และขอเชิญ 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

ขอแสดงความนับถือ



(นายแพทย์วิฑูร 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 เอโพริม 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 แย้มมนุญ | สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา |
| 10. นพ.สำลี เปลี่ยนบางช้าง | วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 11. นพ.ธวัช สุนทราจารย์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 12. นพ.อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 13. นพ.ชาติวี บานชื่น | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 14. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
| 15. นพ.ดำรงศักดิ์ บุญยืน | |
| 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 อุดุลยานันท | คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น |
| 29. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | กระทรวงสาธารณสุข |

30. ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่
31. นพ.สมเกียรติ วัฒนชัยกุล
32. ทพ.ดร.คมสรณ์ บุญยสิงห์
33. ดร.วิภาดา คุณวิฑิตกุล
34. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
35. ทพ.ญ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์
36. ดร.ทัศนีย์ บุญทอง
37. รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์
38. ดร.เขาวลัษณ์ ราชแพทยาคม
39. นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ
40. นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ
41. นพ.ทักษพล ธรรมรังสี
42. ทพ.ญ.ดวงใจ เล็กสมบุญ
43. คุณณงลักษณ์ ชำยนา
44. คุณพินทุสร เหมพิสุทธิ
45. นพ.อุกฤษณ์ มิตินทรางกูร
46. คุณปิณฑิรา จันทรรัตน์ ณ ออยุธยา
47. คุณนิรขรา อัสวธีรกุล
48. คุณสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล
49. คุณชากุล สินไชย

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.)

Meeting at NHSRO – 25th December 2003

Dr. Suwit Wibulpolprasert, Dr. Wiput Poolchareon, Dr. Amphon Jindawathana, K. Sakul, K. Pitiporn chandrat Na Ayathaya, K. Pintusorn Hempisut, K. Suranee, K. Niratara, Dr. Thaksaphon, Dr. Piya Hanvoravongchai

Dr Suwit: Briefing on RF JLI (Joint Learning Initiative on HRH) 7 Activities and Working Groups i.e.,

Working Group Structure:

1. History

Aim: To review critically the history of public health to seek new insights into the early success and current crisis of the field, while illuminating future options for its professionals.

Co-chairs: Elizabeth Fee, The National Library of Medicine
William Pick, The University of Witwatersrand

2. Supply

Aim: To study the current mechanisms and modalities in health education for professionals, and develop systemic frameworks to foster greater relevance, efficiency and equity in health systems.

Co-chairs: Nelson Sewankambo, Makerere University
Giorgio Solimano, University of Chile

3. Demand

Aim: To analyze the landscape of the demand side of HRH and to formulate policy options for the improvement of HRH management in support of more equitable, efficient and better quality health systems.

Co-chairs: Suwit Wibulpolprasert, Ministry of Health, Thailand
Orvill Adams, World Health Organization

4. Africa

Aim: 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.

Co-chairs: Demissie Habte, The World Bank
Marie Coll-Seck, Minister of Health and Prevention, Senegal

5. Diseases of the poor

Aim: To analyze the current and future needs for human resources to fight select diseases of poverty, using a supply and demand lens to explore new models for control within an integrated health system.

Co-chair: Gijs Elzinga, National Institute of Public Health and the Environment, The Netherlands

6. Innovations

Aim: To learn from history and other disciplines about innovative approaches to human resource capacity development for health.

Co-chairs: Marian Jacobs, University of Cape Town
Jo Ivey Boufford, New York University

7. Coordination

Aim: To facilitate the work of the WGs, to promote the JLI, and to undertake the necessary research, writing, and production of an evidence-based advocacy and strategy report.

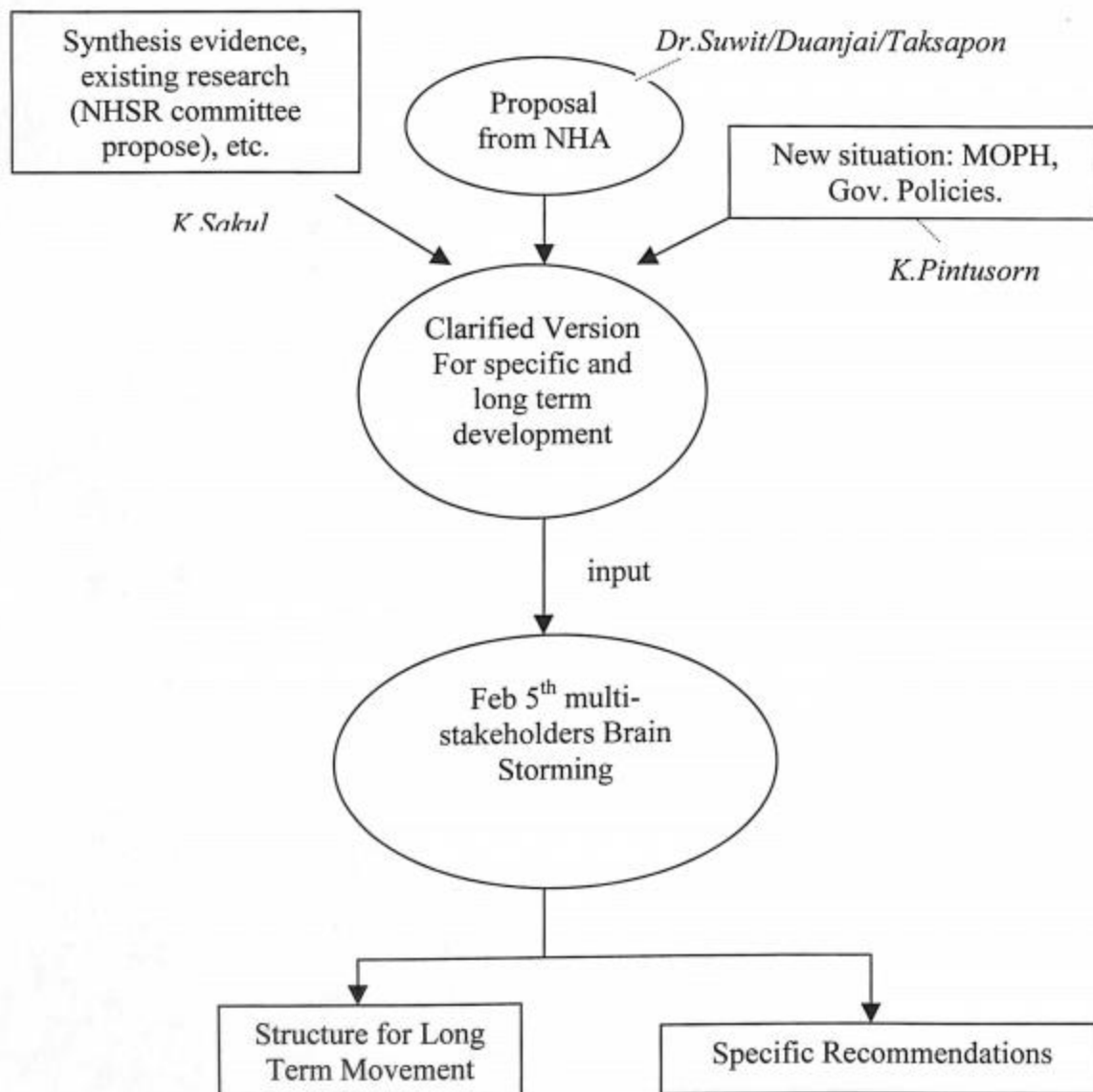
Co-chair: Lincoln Chen, Harvard University

- WG 3 Meeting 2 – 4 Feb. at Pattaya
- WG 6 Country Case Studies: 4 – 6 Feb
 - Feb 4 – study visit
 - Feb 5 – country consultation
 - Feb 6 – WG meeting
- Thailand:
 - National Health Assembly (NHA August 03): Proposal for Community HR Development.
 - National Health System Reform committee: National HR Development strategies
- Dr. Wiput: propose to work based on the frame already developed by the National Health Assembly (26 items, i.e., Production-7, Finance for production -11, Management-8) and move on the long term development plan.
- Dr. Amphon: agree to make Feb 5 to be the starting point, involve stakeholders, develop mechanism first and use the situation to move for long term development plan.
- Dr. Suwit: specific proposal from NHA + add current situation = frame for Feb 5 discussion => work further for long term development.

Strategy & Policy of

Actions:

- K. Sakul synthesis NHSR committee propose, existing research work & other proposals
- K. Pintusorn summarizes current activities/ policies by the Government & agencies e.g., MOE, etc. K. Suranee help seeking nursing info. from Boromrajchanok institute.
- Dr. Suwit, Dr. Thaksaphon and Dr. Duanjai analyse feasibility, policy options on the NHA proposals.
- List of Secretariat Team, Advisor Team, technical partners and stakeholders will be prepared.
- K. Sakul will take care of Feb 5 Meeting Admin support; Piya and Pintusorn for Feb 2-6.
- Dr. Wiput will talk to Dr. Suriya to be head of secretariat.
- Dr. Suriya / Dr. Wiput will be responsible for final documents.
- Schedule on Feb 4 would be a Field Visit to Bann Peaw Hospital, District Health Office etc. and Feb 5, a brainstorming session on the Thai situation, Feb 6, would be the WG6 meeting.
- Possibly one meeting between secretariat and Dr. Suwit/ Wiput/ Amphon.
- Next meeting Jan 14, 5 pm at HSRI.



- นพ.ดลกร
- นพ.นพรัตน์
- นพ.นพรัตน์
- (นาย) นพ.นพรัตน์

ตามนี้เพื่อเป็นประโยชน์
ก.ร.ร. 4 ข.ร. 5
ค.ร.ร. 1 ข.ร. 1

[38]

List of Core Secretariat, Consultants, Partners, and Supportive Team

	Core Secretariat	Consultants	Partners		Supportive team
			Technical experts	Stakeholders	
	นพ. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ	นพ.ดำรงศ บุญขึ้น	นพ.สมเกียรติ (CME)	กองโรคติดต่อ	คุณชากุล และคณะ
	นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรานุกุลเกียรติ	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	ทพ.ดร.คมสรพร บุญยสิงห์	ผู้บริหาร กสธ. 19/11/2564 18.00 น.	คุณปติพร จันทร์ทัด ณ ออยุธยา และคณะ
	นพ.ทักษพล	นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	ดร.วิภาดา คุณวิกิตกุล	นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สปสช)	กลุ่มงานบริหารงาน สสส(อ.2) สสส, สสส
	ทพ.ดวงใจ เล็กสมบุรณ์	นพ.วิฑูร พูลเจริญ	พญ.สุพัชรา ศรีวนิชชากร	นายกสภาการพยาบาล	
	นส.นงลักษณ์ ชัยนา	นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ	ทพ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์	เลขาธิการแพทยสภา	กรมการแพทย์
	นส.พินทุสร เหมพิสุทธิ		ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	เลขาธิการทันตแพทยสภา	
			ทพ.อรรถสิทธิ์	เลขาธิการสภาเภสัชกรรม	
				กพร.	
				กลุ่ม consortium/ แพทยศาสตร์ศึกษา (ผู้แทนจากชุมชน, จาก consortium, จากสมาคม รพ.เอกชน อย่างละ 1 คน)	

ตามนี้เพื่อเป็นประโยชน์
ก.ร.ร. 4 ข.ร. 5
ค.ร.ร. 1 ข.ร. 1

(1. Dr Wiput/ Dr Amphon, could both of you please edit and change the list as appropriate, and also please suggest a person to be a chair of this committee.

2. K Sakul, could you please send the invitation letter to all participants ASAP (After Dr Wiput and Dr Amphon approve the name of participants))

Pintusorn Hempisut

ตามนี้เพื่อเป็นประโยชน์ 3 ข.ร.

- ① รวบรวม
- ② วิเคราะห์
- ③ ประเมิน/NGO

ตามที่ให้ไว้
ที่ 18/11/2564
26/11/2564

ตามนี้เพื่อเป็นประโยชน์
- พี่เขี้ยว อ.เรณูพร
- นสอ.สุภาวดี อ.วิไล
อ.วิไล

stakeholder มากเกินไป?

Meeting at NHSRO – 25th December 2003

Dr. Suwit Wibulpolprasert, Dr. Wiput Poolchareon, Dr. Amphon Jindawathana, K. Sakul, K. Pitiporn chandrat Na Ayathaya, K. Pintusorn Hempisut, K. Suranee, K. Niratara, Dr. Thaksaphon, Dr. Piya Hanvoravongchai

Dr Suwit: Briefing on RF JLI (Joint Learning Initiative on HRH) 7 Activities and Working Groups i.e.,

Working Group Structure:

1. History

Aim: To review critically the history of public health to seek new insights into the early success and current crisis of the field, while illuminating future options for its professionals.

Co-chairs: Elizabeth Fee, The National Library of Medicine
William Pick, The University of Witwatersrand

2. Supply

Aim: To study the current mechanisms and modalities in health education for professionals, and develop systemic frameworks to foster greater relevance, efficiency and equity in health systems.

Co-chairs: Nelson Sewankambo, Makerere University
Giorgio Solimano, University of Chile

3. Demand

Aim: To analyze the landscape of the demand side of HRH and to formulate policy options for the improvement of HRH management in support of more equitable, efficient and better quality health systems.

Co-chairs: Suwit Wibulpolprasert, Ministry of Health, Thailand
Orvill Adams, World Health Organization

4. Africa

Aim: 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.

Co-chairs: Demissie Habte, The World Bank
Marie Coll-Seck, Minister of Health and Prevention, Senegal

5. Diseases of the poor

Aim: To analyze the current and future needs for human resources to fight select diseases of poverty, using a supply and demand lens to explore new models for control within an integrated health system.

Co-chair: Gijs Elzinga, National Institute of Public Health and the Environment, The Netherlands

6. Innovations

Aim: To learn from history and other disciplines about innovative approaches to human resource capacity development for health.

Co-chairs: Marian Jacobs, University of Cape Town
Jo Ivey Boufford, New York University

7. Coordination

Aim: To facilitate the work of the WGs, to promote the JLI, and to undertake the necessary research, writing, and production of an evidence-based advocacy and strategy report.

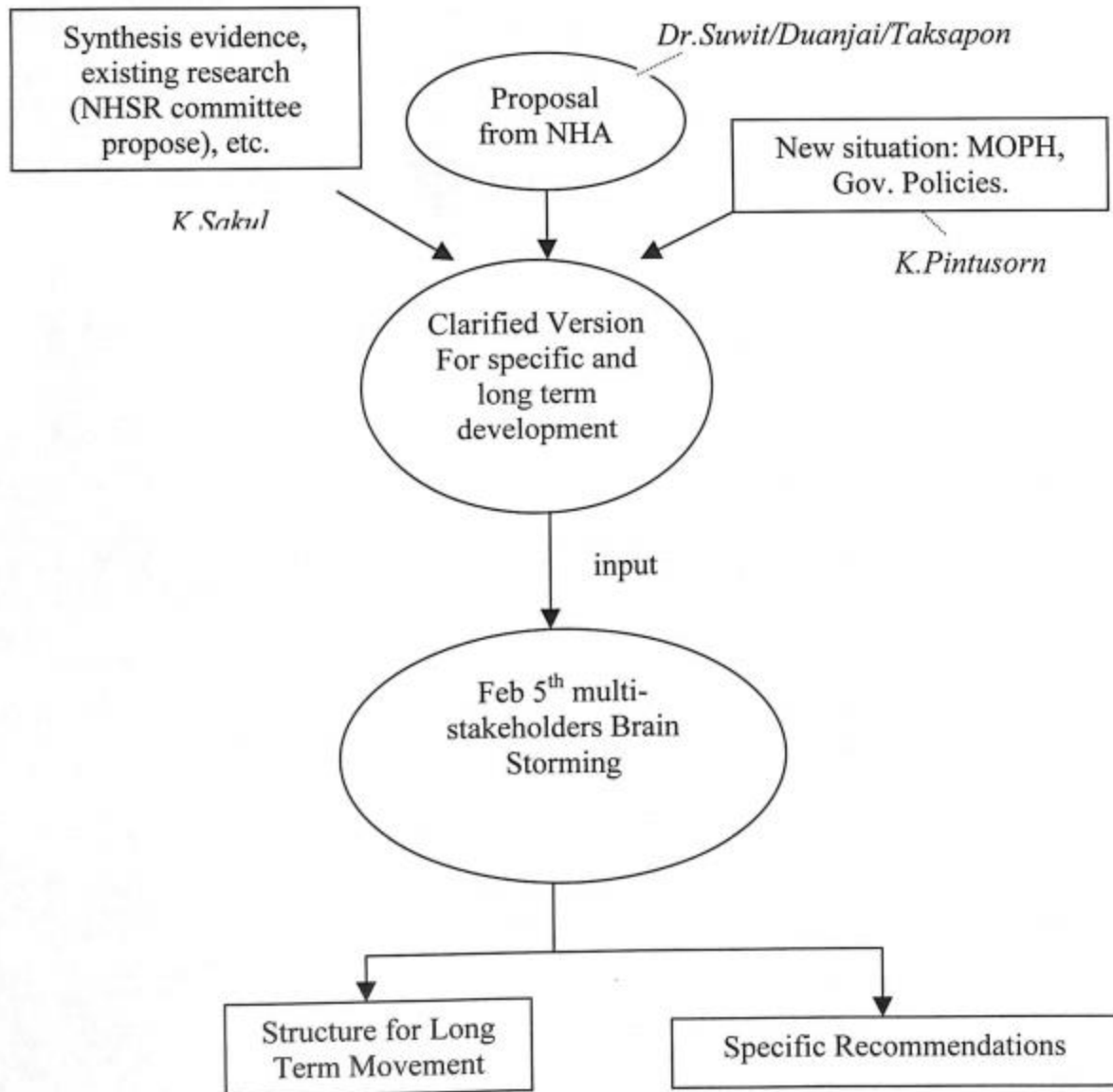
Co-chair: Lincoln Chen, Harvard University

- WG 3 Meeting 2 – 4 Feb. at Pattaya
- WG 6 Country Case Studies: 4 – 6 Feb
 - Feb 4 – study visit
 - Feb 5 – country consultation
 - Feb 6 – WG meeting
- Thailand:
 - National Health Assembly (NHA August 03): Proposal for Community HR Development.
 - National Health System Reform committee: National HR Development strategies
- Dr. Wiput: propose to work based on the frame already developed by the National Health Assembly (26 items, i.e., Production-7, Finance for production -11, Management-8) and move on the long term development plan.
- Dr. Amphon: agree to make Feb 5 to be the starting point, involve stakeholders, develop mechanism first and use the situation to move for long term development plan.
- Dr. Suwit: specific proposal from NHA + add current situation = frame for Feb 5 discussion => work further for long term development.

Actions:

- K. Sakul synthesis NHSR committee propose, existing research work & other proposals
- K. Pintusorn summarizes current activities/ policies by the Government & agencies e.g., MOE, etc. K. Suranee help seeking nursing info. from Boromrajchanok institute.
- Dr. Suwit, Dr. Thaksaphon and Dr. Duanjai analyse feasibility, policy options on the NHA proposals.
- List of Secretariat Team, Advisor Team, technical partners and stakeholders will be prepared.
- K. Sakul will take care of Feb 5 Meeting Admin support; Piya and Pintusorn for Feb 2-6.
- Dr. Wiput will talk to Dr. Suriya to be head of secretariat.
- Dr. Suriya / Dr. Wiput will be responsible for final documents.
- Schedule on Feb 4 would be a Field Visit to Bann Peaw Hospital, District Health Office etc. and Feb 5, a brainstorming session on the Thai situation, Feb 6, would be the WG6 meeting.
- Possibly one meeting between secretariat and Dr. Suwit/ Wiput/ Amphon.
- Next meeting Jan 14, 5 pm at HSRI.

Conceptual Framework



List of Core Secretariat, Consultants, Partners, and Supportive Team

	Core Secretariat	Consultants	Partners		Supportive team
			Technical experts	Stakeholders	
	นพ. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ	นพ.ดำรงศ บุญยืน	นพ.สมเกียรติ (CME)	กองโรคศิลป์	คุณชากุล และคณะ
	นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรานุกุลเกียรติ	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	ทพ.ดร.คมสรวรพ์ บุญยสิงห์	ผู้บริหาร กสธ.	คุณปิติพร จันทรัตน์ และคณะ
	นพ.ทักษพล	นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	ดร.วิภาดา คุณวิกติกุล	นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สปสช)	
	ทพ.ดวงใจ เล็กสมบูรณ์	นพ.วิพุธ พูลเจริญ	พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	นายกสภาการพยาบาล	
	นส.นงลักษณ์ ช้วนนา	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	ทพ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์	เลขาธิการแพทยสภา	
	นส.พินทุสร เหมพิสุทธิ์			เลขาธิการทันตแพทยสภา	
				เลขาธิการสภาเภสัชกรรม	
				กพร.	
				กลุ่ม consortium/ แพทยศาสตร์ศึกษา (ผู้แทนจากชุมชน, จาก consortium, จากสมาคม รพ.เอกชน อย่างละ 1 คน)	

(1. Dr Wiput/ Dr Amphon, could both of you please edit and change the list as appropriate, and also please suggest a person to be a chair of this committee.

2. K Sakul, could you please send the invitation letter to all participants ASAP (After Dr Wiput and Dr Amphon approve the name of participants))

Pintusorn Hempisut

สรุปสถานการณ์ความเคลื่อนไหวด้านกำลังคน

นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ

พินทุสร เหมพิสุทธิ

มกราคม 2547

สรุปสถานการณ์การเคลื่อนไหวทั้งที่เป็นนโยบายของรัฐบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนอกกระทรวงสาธารณสุข และภายในกระทรวงสาธารณสุขในช่วงที่ผ่านมา ที่จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน 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 และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรีบไปดำเนินการ รวมทั้งยกเลิกมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญ สรุปได้ดังนี้

มาตรการระยะสั้น (2 ปี)

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

กลไกการดำเนินการ: ให้ส่วนราชการที่มีตำแหน่งข้าราชการเกษียณอายุแจ้งตำแหน่งที่เห็นสมควรขยับเลิกเท่ากับจำนวนตำแหน่งที่เกษียณมาที่ 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: ให้ทุกส่วนราชการขยับเลิกอัตราลูกจ้างประจำที่ว่างลงจากการเกษียณอายุ และอัตราว่างระหว่างปีทุกตำแหน่ง หากส่วนราชการใดมีความจำเป็นจะขอยกเว้นการขยับเลิกอัตราลูกจ้างประจำ 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 พัฒนาศักยภาพให้มีประสิทธิภาพรองรับ (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
- ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ 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 พิพัฒน์โรจนกุล

1. วิวัฒนาการการจัดการศึกษาพยาบาล

การผลิตพยาบาลเริ่มในปี พ.ศ. 2439 ⁽¹⁾ โดยรับผู้จบประถมปีที่ 3 ใช้เวลาเรียน 3 ปี รับผิดชอบโดยโรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาล (ต่อมาปรับปรุงพื้นฐานความรู้เป็นเทียบเท่าชั้นประโยคมัธยม 1 หรือ 2) ปี พ.ศ. 2457 สภาการขาดสยาม (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) โรงเรียนผดุงครรภ์และอนามัยโรงพยาบาลหัวเฉียวของมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง (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 ปรับฐานการศึกษารับนักเรียนชั้น 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
สภาการขาดไทย	1	1
รวม	45	60

ที่มา : อัมพล จินดาวัฒน์และคณะ⁽²⁾, 2542 .

ปรับจาก * สมัชชาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1 พ.ศ. 2543.

** สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2541.

3. ปริมาณการผลิตพยาบาลที่ผ่านมา⁽²⁾

การผลิตพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2482-2544 มีปริมาณการผลิตดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 แสดงผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลต่อเนือง พยาบาลเทคนิค

พยาบาลผดุงครรภ์ ผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลเฉพาะกาล พ.ศ. 2482-2544

ช่วงเวลา	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลต่อเนือง	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.*รายงานการศึกษาทิศทางการปฏิรูปภารกิจและโครงสร้างของสถาบันพระบรมราชชนก, 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⁾ จำนวนพยาบาลที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง (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⁾

ใช้วิธีคิดจากการให้บริการด้านสุขภาพ (Health Demand) ความต้องการและจำนวนการผลิตกำลังคนสาขาพยาบาล ในปี 2543-2558 ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5 ความต้องการและจำนวนการผลิตกำลังคนสาขาพยาบาล ในปี 2543-2558

ปีพ.ศ.	ความต้องการกำลังคนสาขาพยาบาล	ความจำเป็นในการผลิต/ปี	เป้าหมายการผลิต/ปี		จำนวนที่คาดว่าจะมีหลังการสูญเสีย 3.14 %
			หน่วยงานอื่น	กสร.	
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 : รายงานการศึกษาทิศทางการบริการกิจและโครงสร้างของสถาบันพระบรมราชชนก⁽⁴⁾, 2544

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

บรรณานุกรม

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

สรุปข้อเสนอเชิงนโยบายจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546

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

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

ศักยภาพของชุมชน สถาบันผลิต และรัฐบาล

ศักยภาพของชุมชนได้พิจารณาข้อต่อไปนี้

1. ศักยภาพของผู้ที่ถูกคัดเลือกโดยชุมชนให้เข้ารับการศึกษานั้นสำเร็จ ความพร้อมนี้ขึ้นกับความแตกต่างระหว่างเกณฑ์การคัดเลือกของชุมชนและคุณสมบัติของผู้ที่จะมีความสามารถศึกษาจนสำเร็จ ไม่สามารถค้นพบหลักฐานในการวิเคราะห์ประเด็นนี้ (โดยส่วนตัวเคยได้ฟังความเห็นของอาจารย์บางท่านที่ว่าคนเหล่านี้มีปัญหาในการเรียน)

2. ความสามารถของชุมชนในการเลือกผู้ที่จะกลับมาทำงานให้กับชุมชนหลังสำเร็จการศึกษา การทำสัญญาขอใช้ทุนเพียงอย่างเดียวอาจไม่พอเพียงในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในบางท้องถิ่นได้ มีหลักฐานจากการศึกษาอื่นที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของการคัดเลือกผู้ที่มีพื้นฐานมาจากชุมชนและมีความประสงค์ที่จะทำงานในชุมชน การศึกษาผลสำเร็จของโครงการ 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 ในประเด็นนี้ น่าจะมีความเป็นไปได้โดยการจัดให้นักศึกษาที่ชุมชนเป็นผู้คัดเลือกมีการเรียนที่เน้นการทำงานในท้องถิ่น 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) ในขณะที่เกิดการตัดสินใจที่เอื้อประโยชน์ให้แก่กลุ่มชนที่มีอำนาจในท้องถิ่น (Collins, 1989; Elstad, 1990)

Mills *et al.* (1990) ได้สรุปผลกระทบของการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นต่อการกระจายของบุคลากรด้านสุขภาพดังนี้

- เกิดปัญหาในการหาบุคลากรไปทำงานในบางท้องถิ่น
- เกิดปัญหาในระบบข้อมูลบุคลากรในระดับชาติ ทำให้กระทบการวางแผนกำลังคนโดยเฉพาะการผลิตที่ทำให้เกิดการกระจายอย่างเสมอภาค
- การขาดแคลนผู้บริหารและผู้วางแผนกำลังคนในระยะเริ่มต้นของการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน จำเป็นที่รัฐบาลหรือผู้บริหารส่วนกลางต้องหาจุดสมดุลระหว่างโอนการตัดสินใจไปสู่ส่วนต่างๆ ในท้องถิ่นและการคงไว้ซึ่งอำนาจบางส่วนที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างเท่าเทียมกัน

หลักฐานผลสำเร็จในการถ่วงดุลอำนาจระหว่างการกระจายอำนาจและการควบคุมจากส่วนกลางน่าจะศึกษาได้จากบางประเทศ เช่น อเมริกา อังกฤษ และสวีเดน

งบประมาณที่ต้องใช้

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณที่ต้องใช้ในการพิจารณาความเป็นไปได้ของข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพมีดังนี้

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

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

ความสอดคล้องกับกลไกตลาดแรงงานของประเทศ

ตลาดแรงงานของประเทศไทยเป็นตลาดเสรี 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 in 1983,1997)	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 : ทุนมนุษย์เพื่อสุขภาวะชุมชน

อำเภอโนนสูง เป็นอำเภอขนาดกลางในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งไม่ต่างไปจาก อำเภอในเขตชนบททั่วไปในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีหน่วยงานรับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชน แต่ ในช่วงเวลาไม่กี่ปีที่ผ่านมา จากกลไกการประสานงานของหน่วยงานเหล่านี้ ได้สร้างปรากฏการณ์ ขึ้นเป็น “นวัตกรรมทางสุขภาพ” อยู่หลายประการ เช่น การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม การจัดการบริการคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน การส่งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลไปปฏิบัติงานในระดับหมู่บ้าน หรือ การใช้ประโยชน์จากศูนย์สุขภาพชุมชน

อย่างไรก็ตาม นวัตกรรมที่มีความโดดเด่นมากที่สุดได้แก่ “กลไกการจัดการทรัพยากรบุคคล” ของอำเภอ ที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง ได้สนับสนุนทุนการศึกษา ให้ นักศึกษาพยาบาล จำนวนหนึ่ง และคาดหวังว่าจะกลับมาปฏิบัติงาน ในระดับหมู่บ้าน ซึ่งก็เป็นนวัตกรรมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะ ประเด็นการรองรับทิศทางการกระจายอำนาจ และ กระแสการสร้างสุขภาพในระดับรากหญ้า

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

กว่าจะถึงวันนี้

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

แม้ว่าจากแนวความคิดทั้งสองฝ่ายจะค่อยๆ ถูกสังเคราะห์กลั่นกรองจนกลายเป็น ระบบพยาบาลชุมชน ที่เข้มแข็ง และเชื่อมโยงกับ สถานพยาบาลในระดับต่างๆ แล้วก็ตาม 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 คำนิยามโดยทั่วไปที่เน้นจะ คัด 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 : เรียนรู้ฝึกฝนจากชุมชนเพื่อความร่วมมือในการทำงานในชุมชน

นักศึกษาพยาบาลกลุ่มนี้ได้เข้าศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ขอนแก่น อันเป็นคณะที่นักศึกษาคนหนึ่งได้เคยสอบคัดเลือกไม่ได้ในระบอบปกติ (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

การสร้างทุนมนุษย์ที่สนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชนในโครงการนี้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคที่เกี่ยวข้อง 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 การธำรงรักษาสักยภาพของบุคลากรเหล่านี้ก็มีความสำคัญ เช่นการฝึกอบรมทางวิชาการ รวมถึง การฝึกอบรมจากการปฏิบัติงานในสถานพยาบาล

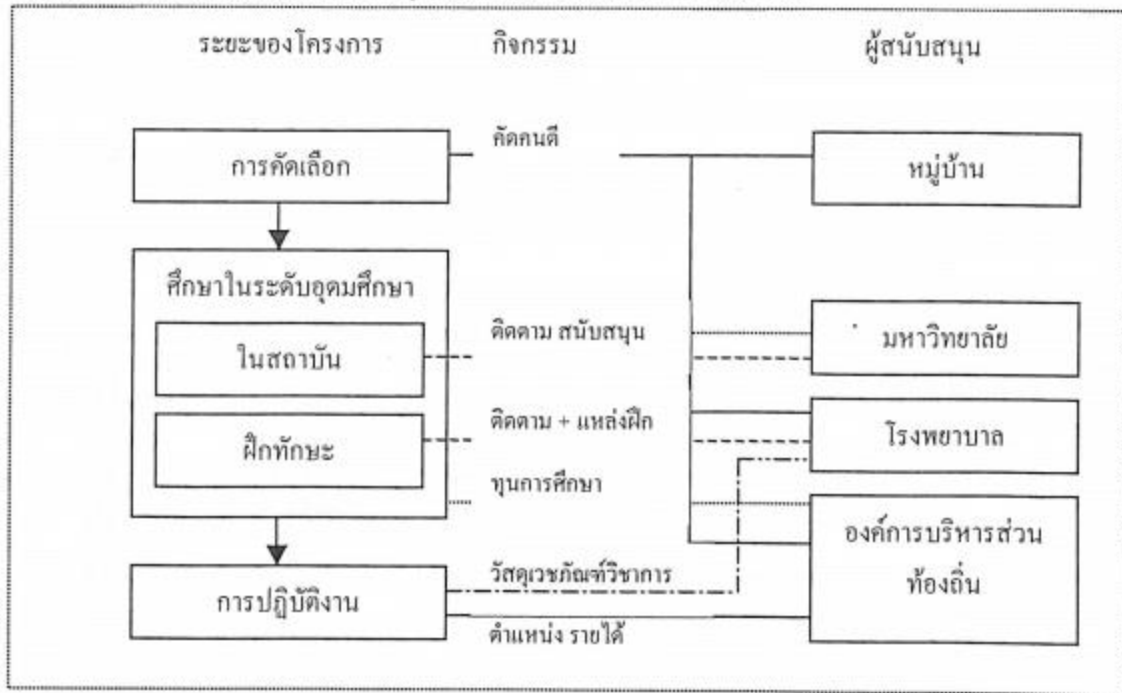
4. การติดตาม : ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ความสำเร็จในเบื้องต้นของโครงการนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจาก การติดตามและประสานงานถึง performance ของนักศึกษาเหล่านี้ เช่น การติดตามผลการศึกษา การฝึกปฏิบัติงาน

อย่างไรก็ตามเมื่อนักศึกษาเหล่านี้ได้จบการศึกษาและได้ปฏิบัติงานในฐานะ พยาบาลชุมชนอย่างเต็มตัวแล้ว จึงควรที่จะมีการประเมินผลในระยะยาวอย่างต่อเนื่องด้วยเพื่อเป็นแบบอย่างกับพื้นที่/วิชาชีพ

อื่นๆ รวมถึงควรเป็นการประเมินจากหลายๆด้าน โดยเฉพาะจากชาวบ้านที่ได้รับการบริการจากพยาบาลชุมชนเหล่านี้

แผนภาพ แสดงการเชื่อมต่อและสนับสนุนของแต่ละฝ่ายต่อโครงการ ที่อ.น้ำพอง



ปัจจัยสำคัญในการดำเนินโครงการ

1. กระบวนการคัดเลือก ควรให้ได้กลุ่มเยาวชนที่มีความประพฤติดี ที่มีศักยภาพทางวิชาการ ในระดับที่เหมาะสม ดังนั้นการเตรียมโครงการ โดยแจ้งแก่กลุ่มเยาวชนที่สนใจในระยะยาว จะมีส่วนช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีเวลาในการเตรียมศักยภาพมากขึ้น
2. การบังคับใช้กฎระเบียบที่ดีปฏิบัติอยู่บางประการอาจทำให้ “คนดี” ไม่สามารถผ่านเกณฑ์ได้ เช่นการยึดระเบียบเกณฑ์การรับนักศึกษาจากผลการเรียน
3. การช่วยเตรียมความพร้อมทางด้านวิชาการแก่นักศึกษากลุ่มนี้มีความสำคัญมาก เช่นการจัดการเรียนการสอนเสริม รวมถึงการติดตามผลการศึกษา จะช่วยให้นักศึกษากลุ่มนี้สำเร็จการศึกษา
4. การวางแผนด้านการปฏิบัติงานหลังจากจบการศึกษา โดยเฉพาะการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทั้งด้านตัวเงิน เช่น การมีเงินเงินเดือน ระบบค่าตอบแทน และ ในรูปที่ไม่มีตัวเงิน เช่นการฟื้นฟูความรู้ การได้ร่วมปฏิบัติงานกับบุคลากรสุขภาพอื่นๆ รวมถึงการวางแผนด้านกำลังคนเพื่อทดแทน หมุนเวียน สับเปลี่ยน ในระยะยาว เมื่อมีการโยกย้าย ลาศึกษาต่อ หรือลาออก เป็นต้น ซึ่งอาจจะต้องเชื่อมโยงกับ วิชาชีพพยาบาลที่ยังอยู่ในระบบอื่นๆ

5. การจัดการด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการตกลงในเรื่องกันว่า พยาบาลชุมชนจะรับการสนับสนุนด้านใด จากฝ่ายไหน เช่น ในกรณีศึกษาที่น้ำพอง ได้มีการเตรียมการว่า ทางโรงพยาบาลจะสนับสนุน ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ ค่าตอบแทนหากปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และ องค์ความรู้ต่างๆ ในการปฏิบัติงาน ส่วน อบต.น้ำพองจะสนับสนุนเงินเดือน ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานในพื้นที่ ศูนย์กัญชานาพอนะ เป็นต้น
6. การวางแผนด้านงบประมาณสำหรับการสนับสนุน ของ อบต. เนื่องจากเป็น โครงการที่มีระยะเวลาดำเนินงาน นาน ควรมีระบบงบประมาณในระยะยาวที่มั่นคงเพื่อรองรับการสนับสนุนเช่นนี้ และ อาจต้องมีความมั่นคงทางการเมืองในระดับหนึ่ง

ข้อเสนอเชิงนโยบาย : 2 หมู่บ้าน 1 พยาบาล งานสร้างเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักการและเหตุผล

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

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

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

จากสถานการณ์ปัจจุบัน จะพบว่ามีช่องว่างระหว่างแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ กับ ระบบปฏิบัติการปัจจุบัน ในมิติของกำลังคนทางสุขภาพอยู่ไม่น้อย ที่สำคัญพอแยกตัวอย่างได้แก่

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. ในแง่มุมของการบริหารจัดการ เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมาหลายพื้นที่ยังประสบปัญหาความไม่มั่นคงของ
สถานะการณการการเงิน 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

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 แต่ยังต้องไม่ทิ้งการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพในระดับ
อื่นๆด้วยโดยเฉพาะ ด้านข้อมูลของประชาชนที่รับผิดชอบ และ ความต่อเนื่องด้านวิชาการ

การดำเนินการสร้าง ทุนมนุษย์เพื่อการสร้างสุขภาพรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้อาศัย
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 เนื่องจากระบบการศึกษาปัจจุบันเน้นการที่การวัดความสามารถทางวิชาการ ในการคัดเลือกนักศึกษา ทำให้เยาวชนในเขตชนบทซึ่งมีโอกาสและความพร้อมทางวิชาการน้อยกว่า ไม่สามารถผ่านเกณฑ์ดังกล่าวได้ กลุ่มบุคคลากรส่วนใหญ่จึงมีพื้นฐานจากเมือง และไม่สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทในระยะยาวได้
ดังนั้นหากสามารถคัดเลือกกลุ่มเยาวชนที่มีความดี โดยมีการคัดเลือกจากตัวแทนของหมู่บ้านที่รู้ประวัติ ความเป็นมาของเยาวชนดังกล่าวดี เชื่อว่าจะได้บุคลากรในอนาคตที่ดีที่มีความดี และรักท้องถิ่นเป็นรากฐาน อย่างไรก็ดีตามไม่ได้หมายความว่าความพร้อมทางวิชาการในการศึกษาไม่สำคัญ
ประเด็นจึงอยู่ที่ ทำอย่างไรจึงสามารถ หาคนดีที่มีความสามารถเหมาะสมได้ ซึ่งอาจจะต้องมีความหมายถึง การช่วยพัฒนาความพร้อมทางวิชาการทั้งก่อนและขณะศึกษาต่อ ให้กลุ่มคนดีเหล่านี้
3. ต้องเริ่มทำในบริบทที่มีความสมัครใจก่อน (Voluntary basis) ทั้งในระดับหมู่บ้าน อำเภอ องค์การท้องถิ่น หรือในด้านสถาบันที่ผลิต โดยเริ่มต้นในจำนวนไม่มากนักและเพิ่มจำนวนจนครอบคลุมพื้นที่ได้ตามเป้าหมาย
4. ต้องมีการวางแผนล่วงหน้าในระบบบริหารจัดการโครงการนี้อย่างน้อย 3 ส่วนได้แก่
 - 4.1 งบประมาณในการศึกษา ว่าสมควรได้รับการสนับสนุนจากส่วนใดบ้าง ซึ่ง อาจจะไม่ใช่อุดหนุนที่ตายตัว เช่นหากมาจากพื้นที่ที่องค์กรท้องถิ่นมีรายรับสูง ส่วนการสนับสนุนจากส่วนกลางน่าจะน้อยลง
 - 4.2 ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน เช่นต้องมีการวางแผนกรอบอัตราค่าจ้างให้ พยาบาลชุมชนเหล่านี้ ในหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ที่สมควรสนับสนุนเป็นเงินเดือนและค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน
 - 4.3 การสนับสนุนการปฏิบัติงาน ซึ่งหมายถึงความถึงการเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ในการรับการสนับสนุนเป็น เวชภัณฑ์ และ อุปกรณ์ต่างๆ

อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกหลายประเด็นปลีกย่อยที่ต้องพิจารณาก่อนดำเนินการ เช่น ระบบการคัดเลือกให้ได้นักศึกษาที่เหมาะสมจริงๆ 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

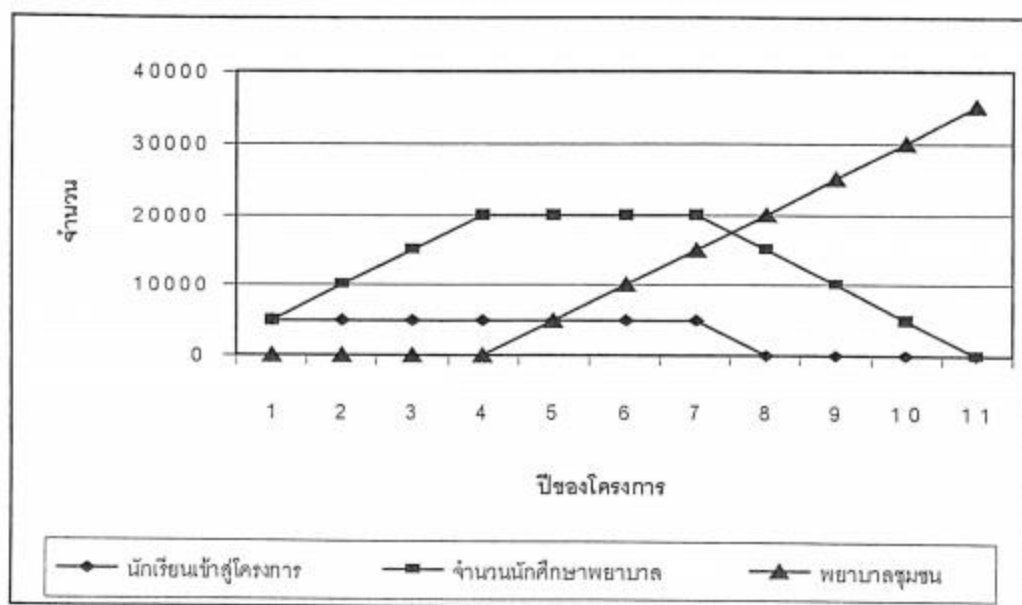
นักศึกษาในโครงการนี้ควรจะได้รับฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมในช่วงเวลาปิดภาคการศึกษา โดยกลับมาฝึกที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่นๆ ในพื้นที่ของตน เช่น การเป็นลูกจ้างรายคาบมีหน้าที่เป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ของโรง

พยาบาล ซึ่งนอกเหนือจากการสร้างความคุ้นเคยกับระบบปฏิบัติการแล้ว ยังเป็น การติดตามความเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาด้วย

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

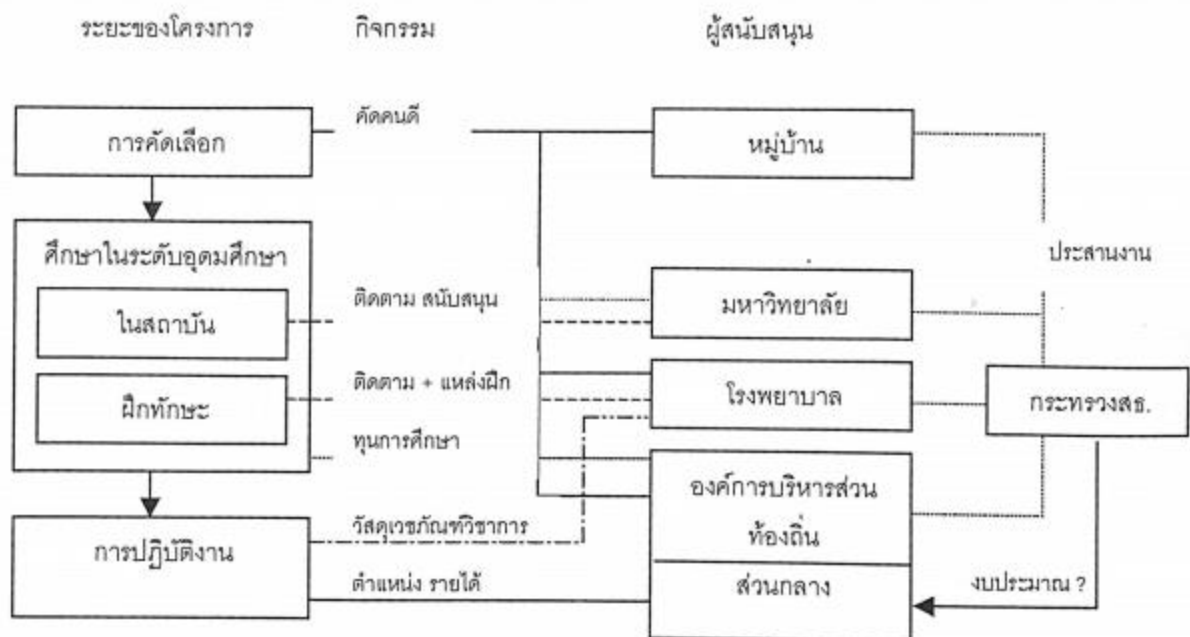
หากเริ่มต้นในการสนับสนุนกระบวนการสร้างศักยภาพดังกล่าว ที่ ปีละประมาณ 5,000 คน โดยมีสมมติฐานว่าโอกาสสำเร็จการศึกษาของเยาวชนจากหมู่บ้านที่อยู่ร้อยละ 95 ภายใน ระยะเวลา 10ปี จะสามารถสร้างพยาบาลชุมชนได้ทั้งหมด 34125 คน ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศทั้ง 68,249 หมู่บ้าน ในอัตราส่วน 2 หมู่บ้าน ต่อ 1 พยาบาล หรือ กล่าวได้ว่า พยาบาลชุมชนเหล่านี้รับผิดชอบประชากรรายละประมาณ 2000 คน ซึ่งน่าจะเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมในงานสร้างเสริมสุขภาพ

แผนภาพแสดง time frame ของโครงการ และผลผลิตภาพของโครงการ



แผนภาพแสดง Conceptual framework ของโครงการ

(ดัดแปลงจากการดำเนิน โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ของ อบต.น้ำพอง)



งบประมาณ

ในเบื้องต้น งบประมาณโครงการระยะเวลา 10 ปี จะใช้งบประมาณทั้งสิ้น 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 การเตรียมความพร้อมในขณะที่ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต 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 น่าจะแบ่งระดับการสนับสนุนจากส่วนกลางออกเป็นหลายระดับตามสถานะขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น 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 ทักษะคิด กับ การดำเนินงาน สร้างสุขภาพ ในระดับชุมชน ในจำนวนที่พอเหมาะ และที่สำคัญคือเป็นบุคลากรที่มีรากฐานจากหมู่บ้าน นั้นๆเอง ซึ่งจะสามารถปฏิบัติงานได้ในระยะยาว

2. พยาบาลชุมชน ผลผลิตของโครงการ สามารถผลิตงานสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับหมู่บ้านที่มีรากฐานจากการมีส่วนร่วมของประชาชน และสามารถดูแลสุขภาพของพี่น้องประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 2 หมู่บ้าน ได้อย่างบูรณาการและเป็นองค์รวม

¹ การศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เปรียบเทียบไตรมาสสุดท้ายของปี พ.ศ. 2543-2545

² ข้อมูล ปี พ.ศ. 2544 จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ

22	ทญ.	ทิพาพร สุโสมิต	ผู้อำนวยการส่วนพัฒนาบุคลากร	ส.พระบรมราชชนก สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข อาคาร 4 ชั้น 8	นนทบุรี	11000	901817 5918624		01 8054638		
ทหาร/ตำรวจ											
23		ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า		โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 315 แขวงทุ่ง พญาไท เขตราชเทวี	กรุงเทพฯ	10400	02 2461400				
24	พ.ต.อ. หญิง	เรังจิตร กลั่นทประ	รองผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาล	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สำนักงานแพทย์ใหญ่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	กรุงเทพฯ	10330	02 2051930	02 2518946			
กรุงเทพมหานคร											
25	นาย	สมภพ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสุขภาพ	กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานนาย ศาลาว่าการ กรุงเทพมหานคร 2 ถนนไมตรี เขตดินแดง	กรุงเทพฯ	10400	02 2476024	02 24601301 ext. 2741	01 7029381		
ประชาชน											
26	ครู	บาสุทธินันท์ ปรัชญาพุดธิ์		34 บ้านปากช่อง ต.สนามชัย อ.สตึก	บุรีรัมย์		044 681220		01 7601337	23 กค. 46	เครื่องบิน
27	นาย	อารักษ์ หนูประดิษฐ์		สมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านชนบทสงขลา 38 หมู่ที่ 3 ต.น้ำขาว อ.จะนะ	สงขลา		โทรศัพท์ 074 210457		01 1282933		เครื่องบิน
28	นาย	น้ำค้าง หมั่นศรีจันทร์	ประธานชมรมคุ้มครองผู้บริโภค	187/13 หมู่ที่ 1 ตำบลลาดกระหัง อำเภอ สนามชัยเขต	ฉะเชิงเทรา	24160			06 0531348		รถทัวร์
รัฐ											
29	นส.	ภัคคินี เปรมโยธิน	สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน	สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ถนนพิษณุโลก	กรุงเทพฯ	10300	02 2818475	02 26286200			
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)											
องค์การบริหารส่วนจังหวัด											
30	นพ.	ชาญชัย ศิลปวยชัย	นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด	องค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่ อำเภอเมือง	แพร่	54000	054 511621	054 511621	01 6025578		

เทศบาล											
31	นพ.	วิกรม สมจิตต์อารีย์	รองนายกเทศมนตรี	เทศมนตรีเมืองบุรีรัมย์ อำเภอเมือง	บุรีรัมย์	31000			01 8711135		
ผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการ											
32	พญ.	สุภัทรา ศรีวัฒนากร	ผู้อำนวยการโครงการ Health Care Reform	3 ชั้น 7 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง	นนทบุรี	11000	02 5901839/1851	02 5901851	01 9380428		
33	นพ.	วิฑิต อรรถเวชกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว	สมุทรสาคร	74120	034 850461-5	034 482832	01 8578706		
34	ผศ.ดร.	สุวิจิ กุศล		วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกสถาบัน 3 ซอยจุมฬา 62 ชั้น 10 ถนนพญาไท	กรุงเทพฯ	10300	02 2188199 02 2188133	02 4875216	01 6140253		
35	นาย	ชาติเฉลิม สุรัชชัย		วิทยาลัยประชากรศาสตร์ อาคารวิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท	กรุงเทพฯ	10330	02 2187340	02 2551469			
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ											
36	นพ.	อำพล จินดาวัฒนะ	ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ								
37	นพ.	อุกฤษฏ์ มลิณทางกูร	ผู้ประสานงานเครือข่ายการพัฒนา	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ	นนทบุรี	11000	02 5902308	02 5902311	01 4890941		
38	คุณ	ปิณฑร จันทรรัตน์ ณ อยุธยา	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ								
39	นพ.	เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูกระดัง	โรงพยาบาลภูกระดัง ตำบลภูกระดัง อำเภอภูกระดัง	เลย	42180	042 871004 871017	042 871016	01 8729600 09 7118007		

No.	first	name	position	addres	province	code	Tel	Fax	Mobil phone	จองห้องพัก	เดินทาง
		ประธาน									
1	นพ.	ไพโรจน์ นิงสานนท์	ประธานคปรส.	928 พระราม 6 ถนนเพชรบุรี เขตราชเทวี	กรุงเทพฯ	10400	02 2153832				
		กลุ่มเครือข่ายหมออนามัย									
2	นาย	พรหมมินทร์ กัณธิยะ		สถานีอนามัยประตูป่า ตำบลประตูป่า อำเภอเมือง	ลำพูน	51000	053 510809	053 510809	01 890708		
3	นาย	อรดิน ทางาม		สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ อำเภอเมือง	ศรีสะเกษ	33000	045 633568	045 612501	09 0002139 8460518		
4	นาย	กฤษณ์ แก้วมณี		สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุณฑริก อำเภอบุณฑริก	อุบลราชธานี	34230			01 8776357		
5	นาย	นิยม ภริมจิตร		สถานีอนามัยตำบลคึกคัก ตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า	พังงา	82110	076 420481		09 7234152		
		กลุ่มแพทย์ชนบท									
6	นพ.	นพดล เสรีรัตน์		โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย	กาฬสินธุ์	46110	043 851290	043 851291 ext. 1043	01 8769091		
		กลุ่มทันตแพทย์									
7	ทพ.	บุญฤทธิ์ สุวรรณโณ		สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	นนทบุรี	11000	02 5901683				
8	ทพ.	ภราดร ชัยเจริญ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี อำเภอเมือง	จันทบุรี	22000	032 312484 322032 311166	039 311553			
		กลุ่มเภสัชกรรม									
9	ภญ.	ศิริพร จิตรประสิทธิ์ศิริ	ฝ่ายเภสัชกรรม	โรงพยาบาลสนามชัยเขต อำเภอสานนชัยเขต	ฉะเชิงเทรา	24160			06-3696598 01 3180432		
		โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป									

10		เลขานุการชมรมโรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป		สุภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง อัคร 3 ชั้น 5	นนทบุรี	11000	02 1738				
11	นพ.	อมร รอดคล้าย		โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่	สงขลา	90110	074 230800	074 246600	01 8982664		
สภาวิชาชีพ											
12	ภญ.	กิตติ พิทักษ์นิตินันท์	เลขาธิการสภาเภสัชกรรม	ตึกสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข อาคาร 6 ชั้น 8 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง	นนทบุรี	11000	02 5901711	02 5918522	01 9199166		
13	ผศ.ดร.	ประคิน สุจฉายา	คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง	เชียงใหม่	50000	053 942401	053 892231	01 8830731		
14	ทพ.	ศิริชัย ชูประวัติ	เลขาธิการทันตแพทยสภา	สถาบันทันตกรรม ชั้น 6	นนทบุรี	11000	02 5910420	02 9510422			
หน่วยงานผู้ผลิต											
15	รศ.	ยุพา เอื้อวิจิตร	คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตำบลในเมือง อำเภอเมือง	ขอนแก่น	40002	043 202084 236905	043 236905	09 9423046		
16	ผศ.	จุลี ไจนส์		ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตำบลในเมือง อำเภอเมือง	ขอนแก่น	40002					23
สถานศึกษา/มหาวิทยาลัย											
17	นาง	นงราม เศรษฐพานิช	ที่ปรึกษาสำนักนโยบายและแผนการศึกษา	สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (สกศ.) 99/20 ถนนสุขุมวิท เขตดุสิต	กรุงเทพฯ	10300	02 6687123 ext. 2321	02 2437910			
18	ศ.นพ.	ประสงค์ ตูจินดา	คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	มหาวิทยาลัยรังสิต ถนนพหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง	ปทุมธานี	12000	02 6198556	02 6198558			
19	นส.	พัชร ดันดิภาวิน	นักวิชาการวิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	มหาวิทยาลัยรังสิต ถนนพหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง	ปทุมธานี	12000	02 6198556	02 6198558	01 8418295		
สถาบันพระบรมราชชนก											
20	นพ.	สุริยะ วงศ์คงคาเทพ	ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก	ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 4 ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง	นนทบุรี	11000	02 5901920 02 5901921 บ้าน 02 2115031	02 5901923	01 3376948		
21	ดร.	สาธิตา เมธานวิน	นักพัฒนาทรัพยากรบุคคล 8	สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นนทบุรี	11000	02 5901828	02 5901833	01 8443310		

HRM

องค์กร	No	first	name	position	addres	province	code	Tel	Fax	Mobil phone	e-mail	Remak
ประธาน		นพ.	ดำรงดี บุญยสิน									ประธาน 24 เข้า 24 กด. 46
หมออนามัย	1	นาย	วิวัฒน์ วรรังสิกุล		มหาวิทยาลัยมหิดล							
	2	นาย										
กลุ่มแพทย์ชนบท	3	นพ.	วิหระ บดพิบูลย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพวง	โรงพยาบาลชุมพวง ตำบลชุมพวง อำเภอชุมพวง	นครราชสีมา	30270	044 477281	044 477020	01 8793667		044 253315
	4	นพ.	สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ	โรงพยาบาลจะนะ ตำบลจะนะ อำเภอจะนะ	สงขลา	90130	074 378345-6	074 378777			
	5	นาย	จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์	หัวหน้าฝ่ายส่งเสริม	โรงพยาบาลสูงเนิน ตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน	นครราชสีมา	30170	044 286713 419282	044 419712	09 8443215		
	6	ทพ.	แพรว จิตตินันท์		โรงพยาบาลบางใหญ่ ตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่	นนทบุรี	11140					
	7	ภญ.	ศิริพร จิตรประสิทธิ์ศิริ	ฝ่ายเภสัชกรรม	โรงพยาบาลขอนแก่น-ศูนย์-ตำบลชนบท-ขอนแก่น-อำเภอเมืองขอนแก่น	ขอนแก่น	24150	038 581103 581285	038 581103	01 3180432		บ้าน 038 597369
รพศ./รพท.	8		เลขานุการชมรมรพศ./รพท.									
	9		อมร รอดคล้าย		โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่	สงขลา				01 8982664		
สภา 4 สภา	10	นพ.	พินิจ กุลฉวีชัย	เลขานุการแพทยสภา	ตึกสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข อาคาร 6 ชั้น 7 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง	นนทบุรี	11000	02 5901881				
	11	ภญ.	กิตติ พิทักษ์นิตินันท์	เลขานุการสภาเภสัชกรรม	ตึกสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข อาคาร 6 ชั้น 8 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง	นนทบุรี	เมือง	02 5901711	02 5918522	01 9199166		
	12	นส.	นายหยุด ศิริภากรณ์	เลขานุการสภาการพยาบาล				02 5897121		01 8278611		
	13	ทพ.	ศิริชัย ชูประวัติ	เลขานุการทันตแพทยสภา				02 5910420-2	02 9510422			
4 สาขาโรคศิลป์	14			แพทย์แผนไทย								
	15			แพทย์แผนไทยประยุกต์								

องค์กร	No	first	name	position	addres	province	city	Tel	Fax	Mobil phone	e-mail	Remak
	16			เทคนิคการแพทย์								
	17			กายภาพบำบัด								
	18	ศ.นพ.	ประกิต วาทีสาธกิจ	คณบดีคณะแพทยศาสตร์	โรงพยาบาลรามอินทรี 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี	กรุงเทพฯ	10400	02 2011293	02 2462123	01 8229799		02 2796198
		รศ.	ปิยะสกล สกลสัตยาทร	รองคณบดีฝ่ายนโยบายและแผน	โรงพยาบาลศิริราช 2 ถนนพหลโยธิน บาง กอกน้อย	กรุงเทพฯ		02 4197685				
							10700	4197705				
สถานการณศึกษา	19			สภาการศึกษา (สทศ.)								
สบช.	20	นพ.	สุริยะ วงศ์คงคาเทพ	ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก	ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 4 ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติ วานนท์ อ.เมือง	นนทบุรี	11000	02 5901921 บ้าน 02 2115031	02 5901923	01 3376948		
วิทยาลัยพยาบาล	21	นส.	ละเอียด แจ่มจันทร์	วิทยาลัยนพรัตนวัชร								
ทหาร	22			วิทยาลัยแพทย์พระมงกุฎ								
ตำรวจ	23			โรงพยาบาลตำรวจ								
กทม.	24	นพ.	เอี่ยม วิมุตสุนทร	ผู้อำนวยการสำนักอนามัย	สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ดำเนินงาน การโยธา ชั้น 7 ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร นคร 2 ดินแดง	กรุงเทพฯ		02 2453933	02 2458547			
	25			วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุญ								
	26			วิทยาลัยแพทย์กรุงเทพฯ								
มหาวิทยาลัยรังสิต	27			คณบดีคณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยรังสิต							
เอกชน	28	นาย	พงศ์พัฒน์	เทศมนตรี c/o พ.บัญชา 01 6141767								
ประชาชน	29		ครูบาสุนันท์ ปรีญาพฤทธิ		34 บ้านปากช่อง ต.สนามชัย อ.สตึก	บุรีรัมย์		044 681220		01 7601337		

องค์กร	No	first	name	position	addres	province		Tel	Fax	Mobil phone	e-mail	Remak
	30		ครุฑ ยอดแก้ว		สมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านชนบทสงขลา 38 หมู่ที่ 3 ต.น้ำขาว อ.จะนะ	สงขลา						
รัฐ	31			กพร								
กระทรวงสาธารณสุข	32	นพ.	ธวัช สุนทราจารย์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 1 ชั้น 3 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง	นนทบุรี	11000	02 5901007 5901014	02 5901138	01 9185051		
สปสช.	33	นพ.	สงวน นิตยารัมภ์	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ชั้น 28 ตึกจัสมินทร์ อ.แจ้งวัฒนะ ปากเกร็ด	นนทบุรี	11000	02 8314000 ต่อ 4010		01 9207683		
อบต.	34	นาย	วรยุทธ ช่วยณรงค์	ประธานกรรมการบริหาร	องค์การบริหารส่วนตำบลบางพระ	ฉะเชิงเทรา				01 6537007		
อบจ.	35	นพ.	ชาญชัย ศิลปอวยชัย	นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด	องค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่	แพร่		054 6237800-1	054 6025578	01 6025578		บ้าน 054 521888
เทศบาล	36	นพ.	วิกรม สมจิตต์อารีย์	รองนายกเทศมนตรี	เทศมนตรีเมืองบุรีรัมย์	บุรีรัมย์						
ผู้ทรงคุณวุฒิ	37	ทพ.	คมสันต์		มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ขอนแก่น	40002					
	38	นพ.	ดำรงค์ บุญยืน		1015 ถ.ประชาธิปไตยสาย 1 บางซื่อ กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ	10800	02 5903019 (คุณนันทนา)		01 8667943		
	39	ศ.นพ.	สัณฑ์ หัตถิรัตน์		ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามธิบดี 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี	กรุงเทพฯ	10400	02 2011182		01 9175544		บ้าน 02 5897373
	40	ดร.	เสรี พงษ์พิศ		230 มูลนิธิหมู่บ้าน ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงดินแดง เขตดินแดง	กรุงเทพฯ	10400		02 2762171			
	41	นพ.	สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อาคาร 1 ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง	นนทบุรี	11000	02 5901122	02 5918513	01 8236517	suwit@health.moph.go.th	
	42	นพ.	วิพุธ พูลเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง	นนทบุรี	11000	02 9511286-94	02 951128695		wiput@hsri.or.th	
	43	นพ.	สมศักดิ์ ชุณหะวัณ		อาคาร 1 ชั้น 3 ตึกกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง	นนทบุรี	11000	02 5904145-6	02 5918149	01 8601704		
	44	พญ.	สุพัตรา ศนิวัฒน์ชากร	ผู้อำนวยการโครงการ Health Care Reform	อาคาร 3 ชั้น 7 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง	นนทบุรี	11000	5901839/18 51	02 5901850	01 9380428		
	45	นพ.	วิชัย อิศวภาคย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	โรงพยาบาลน้ำพอง ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง	ขอนแก่น	40140	043 441010 ต่อ 105	043 441011			
	46	นพ.	วิฑิต อรรถเวชกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว	สมุทรสาคร	74120	074 480901	074 482832			

(ตำนาน)

คำสั่งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๑ / ๒๕๔๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

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

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

ก. องค์ประกอบ

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

๒๐. นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหะวัณ

กรรมการ

๒๑. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

กรรมการ

๒๒. นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

กรรมการ

๒๓. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กรรมการและเลขานุการ

ข. อำนาจหน้าที่

๑. ศึกษาและรวบรวมสถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของชาติทั้งระยะสั้น และระยะยาว

๒. สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ และระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสาธารณสุข ตลอดจนติดตาม ประสานงาน เพื่อให้เกิดสถานการณ์นโยบายและยุทธศาสตร์ อย่างต่อเนื่อง

๓. เสนอแนะและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของกลไกต่างๆ ให้สามารถปรับตัว เพื่อค้ำประกันการ ตามนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

๔. แต่งตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวข้องได้ความจำเป็น

๕. ดำเนินการอื่นๆ ตามที่ คบรส. มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่ บัดนี้ เป็นต้นไป

ตั้ง ณ วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๖



(นายจตุรงค์ ฉายแสง)

ประธานกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

(ร่าง)

มติการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ ๑/๒๕๔๖

วันพุธที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๔๖ เวลา ๑๔.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๒ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ครั้งนี้ เป็นการประชุมครั้งที่ ๑ ของปี พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งมี พลเอก ร่องนาคกรฐมนครี (นายจาตุรงค์ ฉายแสง) เป็นประธานมีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

๑. รับทราบความคืบหน้าในการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ว่าขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ ๓ ก่อนนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาเห็นชอบในหลักการและเพื่อให้มีองค์ความรู้และความเห็นเพิ่มเติมสำหรับประกอบการพิจารณาของฝ่ายนิติบัญญัติใน ๓ ประเด็น ได้แก่ ประเด็น กำจัดความค้ำว่า สุขภาพที่ครอบคลุมมิติทางจิตวิญญาณ (มาตรา ๑) ประเด็นสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (มาตรา ๒๔) และการบริการสาธารณสุขที่ไม่ค้ากำไรเชิงธุรกิจ(มาตรา ๑๑) สป.ร.ส. และ ส.ว.ร.ส. กำลังบริหารจัดการให้ทีม นักวิชาการสังเคราะห์องค์ความรู้และจะจัดเวทีรับฟังความเห็นเฉพาะประเด็นต่อไป
๒. รับทราบผลการดำเนินการรณรงค์ "รวมพลังสร้างสุขภาพ ตามรอยพระยุคลบาท " ซึ่งดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๕ ถึง ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ ว่า (๑) ประชาคมสุขภาพ ๑๕ จังหวัดได้มีการค้นหาสิ่งดี ดี ในการสร้างสุขภาพ โดยพบว่ามีความหลากหลายและมีจำนวนมาก ขณะนี้อยู่ระหว่างการรวบรวมวิเคราะห์ ทำเป็นฐานข้อมูลและเอกสารเผยแพร่ (๒) มีบุคคลสาขาวิชาชีพต่างๆ ทุกเพศทุกวัยรวมถึงผู้พิการ จำนวนถึง ๓๓๗ คนจาก ๔ ภูมิภาคได้เข้าร่วมรณรงค์วิ่ง/จักรยาน/วีลแชร์ (๓) หน่วยงาน องค์กร ประชาคมต่างๆ ได้รวบรวมรายชื่อผู้สนับสนุนการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ แล้วส่งมอบให้ขบวนรณรงค์ตลอดเส้นทาง ได้รับรายชื่อรวมทั้งสิ้น ๔,๐๐๑,๑๕๕ รายชื่อ ซึ่ง ส.บ.พ.สม. พริ้งพวงแก้ว ในฐานะตัวแทนประชาชนได้มอบแก่ประธาน คปรส. และประธาน คปรส. ได้มอบต่อประธานรัฐสภา เมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๕
๓. รับทราบผลการจัดสัมมนาเด็กและเยาวชนว่าด้วยเรื่องสุขภาพ ซึ่งดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๔๕ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖ ว่าได้มีการจัดสัมมนาเด็กและเยาวชนทั้งในระดับจังหวัด ภาค และชาติ โดยมีการค้นหาและนำเสนอสิ่งมหัศจรรย์ที่เด็กทำได้ มีการกำหนด "สุขภาวะที่พึงประสงค์ของเด็กและเยาวชนไทย" มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน ผลการจัดสัมมนาฯ จะได้รวบรวมสังเคราะห์และนำเสนอต่อหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องต่อไป
๔. ให้ความเห็นชอบในหลักการต่อข้อเสนอพุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน ซึ่งประกอบด้วย ๓ พุทธศาสตร์ คือ (๑) พุทธศาสตร์ทางปัญญา เป็นการพัฒนานโยบาย พุทธศาสตร์และมาตรการต่างๆ และเพื่อให้เกิดผลจึงมอบให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พัฒนาชุดโครงการวิจัยด้านกำลังคนสาธารณสุขขึ้น และให้มีการตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจโดยมี นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นประธาน ทำการศึกษาและจัดทำข้อเสนอในการแก้ไขปัญหา ในแล้วเสร็จภายใน ๓ เดือน (๒) พุทธศาสตร์การพัฒนากลไกระยะยาว เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังและพัฒนากำลังในระบบ สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จึงให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขขึ้นภายใต้ คปรส. โดยให้มีสถาบันวิชาการที่เป็นอิสระ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการกิจ

(๓) ยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อให้การแก้ไขปัญหาล่าช้าลงด้านสาธารณสุข อย่างยั่งยืน ต้องทำให้เป็นปัญหาของทุกภาคส่วนในสังคมไทย มีการระดมสติปัญญาและทรัพยากรจากทุกภาคส่วนมาร่วมกันแก้ไข ซึ่งในทางปฏิบัติอาจกำหนดให้มีสมาชิกสุขภาพเฉพาะ ประเด็นหรือเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกสุขภาพประจำปี เป็นระยะ ๆ

๕. เห็นชอบในหลักการให้ขยายเวลาทำงานของ กปรส.และ สปรส.ต่อไปอีกไม่เกิน ๑ ปี โดยเสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ รวมทั้งขอรับการสนับสนุนงบประมาณอุดหนุนทั่วไปในปีงบประมาณ ๒๕๕๓.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

โทร. ๐-๒๕๕๐๒๓๐๕ / โทรสาร ๐-๒๕๕๐๒๓๑๑

Homepage: www.hsro.or.th

๑๕ มกราคม ๒๕๕๓

รายงาน
การทำงานเพื่อพัฒนา
กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การทำงานเพื่อพัฒนากรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมถึงการพัฒนากฎเกณฑ์การทำงานซึ่งเกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสาธารณสุขภายใต้ภาพระบบบริการสุขภาพในอนาคตครั้งนี้เกิดขึ้นจากความเห็นชอบของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ที่ดำเนินการผ่านคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ที่แต่งตั้งขึ้น

การทำงานเริ่มต้นด้วยการประมวลและรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และกำลังคนด้านสาธารณสุข สถานการณ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องควบคู่ไปกับการหาหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับกรรมการและผู้เชี่ยวชาญจากสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงานพบว่า ผลที่เกิดจากกระแสโลกาภิวัตน์นอกจากมีอิทธิพลต่อการจัดระเบียบโลกใหม่และการเปลี่ยนแปลงภูมิรัฐศาสตร์ของประเทศต่างๆ แล้วยังส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ 1) การประสานความร่วมมือเป็นเครือข่ายทั้งในระดับชาติ ระดับองค์กร ระดับสังคม จนถึงระดับชุมชน เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งระหว่างสมาชิกในเครือข่าย สร้างอำนาจและพลังในการต่อรองระหว่างกลุ่ม 2) เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีคิด ค่านิยม ความเชื่อ รวมถึงความต้องการ เสรีภาพ ภารดรภาพของประชาชนในสังคม 3) เกิดการแพร่กระจายและถ่ายทอดวัฒนธรรมอย่างรวดเร็วรุนแรงจากสภาพไร้พรมแดนและการหนุนเสริมจากการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคม 4) การตื่นตัวในเรื่องการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมอันเนื่องมาจากความเสื่อมโทรมและการคาดการณ์ถึงปัญหาความขาดแคลนทรัพยากรธรรมชาติในอนาคตที่มีความรุนแรงมากขึ้น 5) ความรู้ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีบทบาทสำคัญในการกำหนดวิถีชีวิตของคนในสังคม ทุนความรู้ (knowledge capital) จะเป็นพลังสำคัญในการเพิ่มผลิตภาพ (productivity) และความสามารถการแข่งขัน (competitiveness) ของประเทศ

สำหรับการเปลี่ยนแปลงภายในประเทศซึ่งมีผลใกล้ชิดกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนพบว่า 1) โครงสร้างประชากร กลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นขณะที่แนวโน้มของประชากรในกลุ่มหนุ่มสาว จะมีสัดส่วนลดลงหรือคงที่เนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดต่ำลง ทำให้สังคมไทยในอีก 15 ปีข้างหน้าจะเป็นสังคมของผู้สูงอายุ 2) โครงสร้างของครอบครัวมีแนวโน้มปรับจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว 3) การทำมาหากินของคนในสังคมเปลี่ยนไปจากสังคมฐานเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมและการบริการ ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาคเกษตรไปสู่ภาคอุตสาหกรรมและการบริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจส่งผลให้ชุมชนเมืองจะมีสภาพกลายเป็น Mega City ที่เป็นศูนย์กลางของความเจริญและความเสื่อมในเวลาเดียวกัน เกิดช่องว่างระหว่างความเป็นเมืองกับชนบทเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากความไม่สามารถกระจายความเจริญไปสู่ชนบทในอนาคตอันใกล้ได้ เกิดความเหลื่อมล้ำของรายได้ระหว่างคนรวยและคนจนเพิ่มมากขึ้น

สำหรับประเด็นทางการเมืองพบว่า 1) อนาคตจะมีการถ่วงดุลย์จากอำนาจจากภาคสังคมหรือภาคสาธารณะที่เสมือนเป็นอำนาจที่ 4 นอกเหนือจากอำนาจบริหาร อำนาจตุลาการ และอำนาจนิติบัญญัติ ซึ่งมีอยู่เดิม 2) แนวโน้มพัฒนาการทางสังคมพบว่าภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง คือ ภาคข้าราชการ ภาคการเมือง และภาคสังคม มีแนวโน้มที่จะยึดโยงกับอุดมการณ์ที่แตกต่างกัน ภาคสังคมที่มีคนชนชั้นกลางและชนชั้นสูงมีแนวคิดและอุดมการณ์ใกล้ชิดไปในทางเสรีนิยม ในขณะที่ชนชั้นล่างยังยึดติดกับผลประโยชน์ทางวัตถุ พร้อมทั้งจะร่วมกับอุดมการณ์ที่เอื้อประโยชน์ในแนวดังกล่าว สำหรับกลุ่มปัญญาชน ชนชั้นกลาง ข้าราชการ สื่อมวลชน มีแนวอุดมการณ์แบบประชาธิปไตยส่วนหนึ่งและ แนวอุดมการณ์แบบทางเลือกคือด้านแนวทางการพัฒนาทุนนิยมและโลกาภิวัตน์อีกส่วนหนึ่ง ซึ่งทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อจิตสำนึกและนำไปสู่ภาวะพหุสังคม พหุวัฒนธรรม 3) การเรียนรู้และความรู้ จะเพิ่มสำคัญมากขึ้นในสังคม ในอนาคต สังคมจะเป็นสังคมที่ขับเคลื่อนด้วยความรู้ (Knowledge driven) หรือ สังคมฐานความรู้ (Knowledge base Society) โดยเฉพาะปัจจุบันเป็นยุคแห่งข้อมูลข่าวสารที่เปิดกว้างอย่างเสรีทำให้ "ความรู้" เป็นสิ่งที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ไม่ถูกปิดกั้น เมื่อผนวกกับนโยบาย

ของรัฐในการปฏิรูปการศึกษาและความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ ส่วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้สังคมไทยเป็นสังคมมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการเรียนรู้มากยิ่งขึ้นในอนาคต 4) แนวโน้มทางการศึกษานับจากการปฏิรูปการศึกษารวมพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ปี 2542 จะดีขึ้นไม่ว่าจะเป็นการได้รับการศึกษาระดับขั้นพื้นฐาน หรือการอ่านออกเขียนได้ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 5) ปัญหาเศรษฐกิจระดับจุลภาคที่มีแนวโน้มเป็นปัญหาเรื้อรังก็คือช่องว่างรายได้ระหว่างคนรวยกับคนจนที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น

นอกจากนั้นการทำงานครั้งนี้ยังแสวงหาข้อสรุปที่เป็นปรัชญาและหลักการของสุขภาพซึ่งได้ดำเนินการรวบรวมจากเอกสารและรวบรวมจากความเห็นของผู้เกี่ยวข้องซึ่งสรุปได้ว่า 1) สุขภาพเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนควรได้รับโดยเท่าเทียม 2) ความหมายของ "สุขภาพ" เป็นความหมายที่กว้าง รวมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ บางส่วนขยายความไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งมีความหมายกว้าง รวมไปถึงมากมายในการดำรงชีวิต นอกเหนือไปจากการดูแลสุขภาพเจ็บป่วย และโรค 3) เป้าหมายของบริการสุขภาพ คือ ประชาชน ชุมชนมีคุณภาพชีวิตดี สุขภาพดีอย่างพอเพียง และพึ่งตนเองได้ 4) ทิศทางของการพัฒนาระบบสุขภาพ คือ เน้นความเป็นองค์รวมของบริการสุขภาพ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เน้นให้ประชาชน และชุมชนมีศักยภาพในการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ 5) คุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพ เน้นความเท่าเทียม คุณภาพ ประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกัน เน้นความเป็นบูรณาการ มีปัญญาเป็นฐาน วัฒนธรรมที่ดีงาม และสอดคล้องกับวิถีชีวิต และสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

การดำเนินงานในระบบสุขภาพที่ผ่านมามีปัญหาที่สำคัญอยู่หลายประการที่มีผลต่อการดำเนินงานกำลังคนด้านสาธารณสุขทั้งโดยตรงและโดยอ้อมปัญหาดังกล่าวส่วนหนึ่งเป็นปัญหาการกระจายสถานบริการ ปัญหาการบริหารที่ยังไม่สามารถสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่แท้จริงได้ ปัญหาการพัฒนาที่ผ่านมานั้นที่โครงสร้างพื้นฐานมากกว่าการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร ปัญหาเกี่ยวกับมาตรฐานการทำงานที่ส่วนมากใช้มุมมองของวิชาชีพ ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการกระจายที่ไม่เหมาะสมทั้งปริมาณและประเภทบุคลากร รวมถึงการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ขาดกลไกการควบคุมการปกครองที่เป็นธรรมรัฐ ส่งผลให้ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการไม่รู้ถึงสิทธิและไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ของตน ขาดกลไกการกำกับดูแลที่รัดกุมและถูกต้อง ซึ่งรวมถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวและขาดขวัญกำลังใจในการทำงานของบุคลากร

ดังนั้นเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพสามารถตอบสนองและสนับสนุนให้ประชาชนมี "สุขภาพดี" จึงควรทำความเข้าใจให้ชัดเจนที่เป้าหมาย "สุขภาพ" ที่ว่า การส่งเสริมและสร้างสุขภาพจึงทำแต่กายไม่ได้ ทำแต่จิตก็ได้ ทำแต่การดำรงชีพก็ไม่ได้ ต้องทำทุกส่วนจึงได้สุขภาพ ดังนั้นการทำความเข้าใจเป้าหมายสุขภาพก็ต้องแยก **ส่วนประกอบสำคัญของสุขภาพ** ซึ่งมี 2 ระบบใหญ่ๆ ประกอบด้วย 1) **ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ** ซึ่งหุ้นส่วนใหญ่ในการดำเนินงานอยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข นอกวิชาชีพทางการแพทย์ เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของประชาชน การศึกษา การจัดสภาพแวดล้อมของสังคม 2) **ระบบเพื่อดูแลสุขภาพเจ็บป่วย** : หุ้นส่วนใหญ่คือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากระบบนี้จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ทางด้านการแพทย์เป็นฐานสำคัญแต่อย่างไรก็ตามสำหรับประชาชนและส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ก็จะต้องมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมด้วยแบบพันธมิตร จึงจะทำให้ระบบนี้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง

ที่กล่าวมาทั้งหมดทำให้เข้าใจได้ว่าพัฒนากำลังคนต้องมีเป้าหมายเพื่อให้ระบบบริการสาธารณสุขมีกำลังคน **สาธารณสุขที่มี "คุณธรรม" และ "ความรู้"** ควบคู่กันและกำลังคนที่พึงประสงค์นี้ต้องอยู่ใน **ระบบกำลังคนที่พึงประสงค์** ซึ่งเป็นระบบที่เน้นความเป็นธรรม ความมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ เป็นธรรมาภิบาล เป็นระบบสร้างคนให้เกิดความเข้มแข็ง

ทางปัญญา คิดเป็น ทำเป็น สร้างคนดี เก่ง และมีความสุข เป็นระบบที่ตอบสนองความหลากหลายของกำลังคนและการจัดการตามสภาพพื้นที่โดยใช้ข้อมูลและปัญญาเป็นฐาน เป็นระบบที่ตอบสนองการกระจายอำนาจ อาศัยการประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายมากกว่าการรวมศูนย์ที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ใช้การส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล ด้วยมาตรการทางการเงิน และกฎหมาย เพื่อผลักดันการดำเนินงานไปตามทิศทาง และแนวนโยบายของประเทศเป็นระบบที่คำนึงถึง เป็นระบบที่สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการและการจัดการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสาธารณสุข แต่ประสบการณ์ระบบกำลังคนที่ผ่านมาพบว่าการกำหนดปริมาณความต้องการกำลังคนเน้น health services มากกว่า health needs และเสนอทางเลือกเดียวทั้งประเทศโดยไม่ระบุสถานการณ์ของบริบทว่าจะต้องปรับ คิดใหม่ เมื่อใด หรือไม่ อย่างไร รวมทั้งไม่ได้คิดทางเลือกความเป็นไปได้ ยกเว้นมีหนึ่งการศึกษาที่มีการเสนอทางเลือก และไม่มีการประมาณความต้องการกำลังคนในส่วนที่เป็นองค์ประกอบย่อย เช่น กำลังคนสำหรับการบริการสุขภาพในเขตเมืองและชนบท มาตรการเพื่อพัฒนาระบบกำลังคน มักจะเกิดจากสมมติฐานและลงมือดำเนินการเลย ขาดการวิจัย และพัฒนามาตรการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับกำลังคน อย่างเป็นระบบต่อเนื่อง รวมทั้งระบบติดตามประเมินผลมาตรการและนโยบายกำลังคนไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งส่วนหนึ่งเนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ การวิจัยด้านนี้ทำได้ยาก และขาดระบบสนับสนุนให้มีการดำเนินการต่อเนื่อง

จากสภาพการณ์ข้างต้นทำให้เกิดความชัดเจนว่าการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขควรมีทิศทางมุ่งเน้นไปที่ 1) ความครอบคลุมถึงกำลังคนทั้งนอกเหนือจากวิชาชีพทางการแพทย์ที่มีบทบาทเกี่ยวกับระบบสุขภาพ 2) การเร่งสร้างฐานรากของระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพ อย่างเป็นระบบต่อเนื่อง 3) การสร้างให้มีประชาชน องค์การท้องถิ่น องค์การอื่นที่เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข 4) ประสานบทบาทบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข กับบุคลากรสาขาอื่น รวมถึงบทบาทของประชาชน ครอบครัว สังคม ในการให้บริการและดูแลสุขภาพ และมีบทบาทร่วมกันในด้านการวางแผน การผลิต การพัฒนากำลังคนเพื่อสุขภาพ 5) ปรับปรุงและพัฒนาให้มีรูปแบบของระบบที่หลากหลาย เป็นพลวัตรสอดคล้องกับลักษณะความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงและระบบต่างๆ 6) พัฒนาการวิจัย สร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับกำลังคน 7) พัฒนาระบบการจัดการและมาตรการที่กำหนดการผลิตคำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพของสังคมไทย รวมถึงปรับระบบการผลิต การใช้ การพัฒนากำลังคน ให้ผสมผสาน บูรณาการมากขึ้น 8) สนับสนุนให้กระจายอำนาจการวางแผนการผลิต และพัฒนากำลังคนระดับพื้นที่ 9) ค้นหามาตรการที่ป้องกันมิให้การดำเนินงานด้านต่างๆ ในปัจจุบันกระทบต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขในด้านลบ

ดังนั้นแนวคิดของการกำหนดกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขเมื่อพิจารณาจากระบบสุขภาพสองระบบก็จะพบว่าสำหรับ **ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ** การวางแผนต้องเป็นตามนโยบายของรัฐ (Policy driven) ไม่สามารถคิดตามสภาพอุปสงค์ อุปทานได้ เพราะเป็นส่วนที่ยังไม่มีอุปทานเกิดขึ้น หรือ มีน้อย เป็นส่วนที่ประชาชนทั่วไปรับรู้ถึงความจำเป็นส่วนนี้ไม่ชัดเจน จึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องสร้างให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักที่ชัดเจนการวางแผนเพื่อพัฒนาระบบสร้างสุขภาพนี้ ควรต้องมีการพัฒนาใน 4 องค์ประกอบหลักคือ 1) สร้างความเข้าใจขององค์กรและบุคลากรต่อแนวคิดการสร้างสุขภาพที่เป็นมุมมองกว้าง พร้อมกับพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรเพื่อดำเนินงานด้านนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) พัฒนาองค์กรเพื่อการดำเนินงานที่ต้องมีทั้งส่วนที่เกี่ยวกับการจัดองค์การ การเชื่อมต่อกับนโยบาย และงบประมาณสนับสนุน 3) พัฒนาระบบการทำงาน ซึ่งต้องพัฒนาให้เกิดกระบวนการที่เป็นลักษณะพันธมิตร (partnership) และมีความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรที่ต่างระดับกันอย่างแนบสนิท ส่งต่อข้อมูลและบริการระหว่างกันได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ต้องสร้างให้ประชาชน ประชาคม องค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง 4) รัฐต้องสนับสนุนให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีเฉพาะ เพื่อการพัฒนางานที่สอดคล้องกับเป้าหมายในแต่ละด้าน รวมทั้งต้องสนับสนุนให้ประชาชน ประชาคม องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทเต็มที่และมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ

ขณะเดียวกัน ระบบเพื่อดูแลอาการและความเจ็บป่วย นั้นการวางแผนจะพิจารณาตามลักษณะอุปสงค์อุปทาน (Demand and supply) ที่ต้องวางแผนให้มีกำลังคนที่มีความหลากหลายตอบสนองต่อความต้องการที่มีหลายลักษณะ ทั้งในเขตพื้นที่เมือง ชนบท และส่วนที่เป็นความต้องการเพิ่มขึ้นจากต่างประเทศ ตอบสนองต่อประชากรกลุ่มเฉพาะต่างๆ และตอบสนองต่อการให้บริการที่แตกต่างไปในอนาคต วิธีพิจารณากำลังคนส่วนนี้เพื่ออนาคต ควรต้องมีความยืดหยุ่นสูง ไม่ควรยึดติดจำกัดตามวิชาชีพเหมือนที่ผ่านมา ขณะเดียวกันเนื่องจากระบบตลาดด้านสุขภาพมิได้สมบูรณ์ ในบางพื้นที่หรือสำหรับประชาชนบางกลุ่มกลไกตลาดทำงานไม่สมบูรณ์ ควรที่รัฐต้องใช้นโยบายและระบบของรัฐเข้าไปแทรกแซง ดำเนินการเพื่อลดช่องว่างนั้น

ดังนั้นการดำเนินงานครั้งนี้เสนอแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนากำลังคนระยะเริ่มต้น ประกอบด้วย 1) สร้างระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพด้วยการวางรากฐานระบบเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีที่มีความเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ปฏิรูประบบบริหารบุคคลและบริหารองค์กรให้มีความหลากหลายมีประสิทธิภาพเพื่อแก้ปัญหาการกระจายกำลังคนและปัญหาความแข็งตัวขององค์กรกำลังคนของรัฐในปัจจุบัน 3) พัฒนาระบบกำลังคนแบบใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาบริการที่ดูแลความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน 4) ปฏิรูประบบการวางแผน การผลิตและพัฒนาากำลังคนสาธารณสุขในระบบเดิมเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพและระบบต่างๆที่ปรับเปลี่ยนอย่างมีประสิทธิภาพ 5) สร้างเสริมวัฒนธรรมการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน องค์กรท้องถิ่นในระบบกำลังคนสาธารณสุขโดยให้มีการศึกษาและทดลองพัฒนาดำเนินการ ในประเด็นต่างๆ

นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอข้อเสนอกลไกการดำเนินงานพัฒนาระบบกำลังคนในระยะเริ่มต้น ซึ่งมีแนวคิดและหลักการสำคัญที่ว่า 1) ควรเป็นกลไกที่สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ รวมทั้งองค์กรท้องถิ่น และองค์กรชุมชน เป็นการประสานในแนวราบคู่กับแนวดิ่ง 2) ควรเป็นกลไกที่ประสานการสร้างความรู้กับการพัฒนานโยบาย ตลอดจนการนำนโยบายไปดำเนินการไปพร้อมกัน 3) ควรเป็นกลไกที่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว มิใช่เป็นกลไกเฉพาะกิจที่ตั้งขึ้นตามสถานการณ์ 4) ควรเป็นกลไกที่คล่องตัวยืดหยุ่น ปรับตัวได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จากแนวคิดหลักการทั้ง 4 ข้อข้างต้นคณะกรรมการได้เสนอกลไกหลัก 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ 2) สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข 3) เครือข่ายการวิจัย/การสร้างความรู้ เกี่ยวกับระบบกำลังคนตามยุทธศาสตร์หลักของประเทศ

ทั้งนี้การดำเนินงานเพื่อพัฒนากลไกการทำงานเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ข้างต้น ควรมีแผนงานสำคัญ 3 แผนงาน ประกอบด้วย 1) แผนงานสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการวิจัยที่ต่อเนื่องและชุดโครงการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้และผลักดันการพัฒนาตามประเด็นทิศทางการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ 2) แผนงานประสานและสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องที่เป็นระดับนโยบายและผู้ใช้ 3) แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลกลาง ประสาน และสังเคราะห์ความรู้ เพื่อการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนสาธารณสุข สำหรับข้อเสนอเพื่อการดำเนินงานต่อในอนาคตก็คือการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์รวมทั้งข้อเสนอกลไกดำเนินการที่เป็น Pragmatic ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งกลไกระยะสั้นอาจเรียกว่าข้อเสนอแนวทางการดำเนินการด้านกำลังคนเพื่อสนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพสำคัญของรัฐบาลเป็นการยกประเด็นซึ่งเป็นนโยบายที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบันแล้วนำมาจัดทำเป็นข้อเสนอกำลังคนที่เป็นรูปธรรม เช่น ข้อเสนอเรื่องกำลังคนภายใต้ นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะใช้ Demand Driven ได้อย่างไรเพื่อให้การทำงานเรื่องกำลังคนเป็นไปตามความต้องการของชุมชน เป็นต้น สำหรับกลไกที่จะทำงานระยะยาวนั้นจะต้องเป็นกลไกที่ทำงานทั้งด้านปัญญารวมทั้งด้านความเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายโดยกลไกนี้จะต้องสามารถสามารถทำงานอย่างรวดเร็วบนฐานข้อมูล เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอที่จะสนองตอบนโยบายที่จะ

เกิดขึ้นใหม่ๆ ได้อย่างทันการณ์ รวมทั้งการทำงานต้องมีการเคลื่อนไหวระยะยาวและดำเนินการต่อเนื่องไม่ขาดตอน ทั้งนี้ มีข้อเสนอเชิงกิจกรรมที่ควรต้องดำเนินการต่อก็คือจัดให้มีการประชุมที่สามารถทำให้เกิดการระดมความคิดจากบุคคลที่อยู่ในข่ายต้องทำความเข้าใจเพื่อให้เห็นความชัดเจนของสภาพปัญหา Vision จนถึง Strategies ที่เหมาะสมพอดี โดยมีการเตรียมการกำหนดประเด็นแลกเปลี่ยนในการระดมสมองซึ่งอาจใช้กระบวนการทำ Mini workshop เพื่อกำหนดประเด็นก่อน จัดให้มีการระดมสมอง แสดงความเห็นในวงกว้าง จึงจะทำให้ข้อเสนอที่ได้เป็นข้อเสนอที่ผ่านกระบวนการทางวิชาการและกระบวนการทางสังคมซึ่งจะสามารถนำไปต่อยอดได้ต่อไป

บันทึกการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ครั้งที่ 1/2546

วันพฤหัสบดีที่ 13 มีนาคม 2546 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต

ผู้เข้าประชุม

1. นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์		ประธานกรรมการ
2. นส.ภคินี เปรมโยธิน	ผู้แทนเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ	กรรมการ
3. นางพิศกร	ผู้แทนรองผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ	กรรมการ
4. นายบุญยงค์ เวชมนิธีร์	รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
5. ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์		กรรมการ
6. นพ.องอาจ สิทธิเจริญชัย	ผู้แทน นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	กรรมการ
7. ดร.สมบัติ ชำรงค์ธัญวงศ์		กรรมการ
8. นายศรชัย เตரியวรกุล	ผู้แทน ดร.นิพนธ์ พัวพงศธร	กรรมการ
9. ดร.เสรี พงศ์พิศ		กรรมการ
10. คุณสุชาติ เมืองแก้ว		กรรมการ
11. นางยุพดี สิริสินสุข	ผู้แทน ดร.วิทยา กุลสมบุรณ์	กรรมการ
12. รศ.วิลาวลัย เสนารัตน์		กรรมการ
13. นพ.ชาญชัย คิลปอวยชัย		กรรมการ
14. ทพ.สุปรีดา อุดุลยานนท์		กรรมการ
15. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ		กรรมการ
16. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ		กรรมการ
17. นพ.วิพุธ พูลเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ

ผู้ไม่เข้าประชุม

1. ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย	ที่ปรึกษา
2. นพ.ดำรง บุญยอิน	รองประธานกรรมการ
3. รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
4. รศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์	กรรมการ
5. นพ.ประพจน์ เกตุธรรมาศ	กรรมการ
6. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	กรรมการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. นางนันทิรา กาญจนวรรณ | สำนักงบประมาณ |
| 2. นางมานิตา ภูเจริญ | สำนักงบประมาณ |
| 3. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร | สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข |
| 4. นพ.อุกฤษฏ์ มิสินทางกูร | สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข |
| 5. นางชากุล สิ้นไชย | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 6. นางสุภาวดี นุชรินทร์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 7. นายสุรศักดิ์ อธิคนานนท์ | สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข |
| 8. นส.ทักษิณ สุรกิจโกศล | สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข |

สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข

X

เปิดประชุมเวลา 13.45 น

วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ทราบ

วาระที่ 1.1 ประธานแจ้งให้ทราบ

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานคณะกรรมการชุดนี้และประธานที่ประชุม แจ้งที่ประชุมเรื่อง เจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันที่ให้ความสำคัญของหน้าที่และความรับผิดชอบของประชาชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เป็นคณะกรรมการชุดที่ดูแลภาพรวมทั้งหมดของการปฏิรูประบบสุขภาพ และได้มีการประชุมครั้งที่ 1/2546 ให้ดำเนินการเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน และแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ภายใต้ คปรส. ทั้งนี้เพื่อให้คณะกรรมการสร้างกรอบแนวทางการทำงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่พึ่งตนเองได้ มีการผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งต้องเชื่อมโยงทั้งในด้านการบริหาร บริการและวิชาการ ในระยะสั้นและระยะยาว

วาระที่ 1.2 เลขานุการแจ้งให้ทราบ

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

คปรส.เห็นชอบให้ สวรส.รับผิดชอบวางกรอบการดำเนินการโดยรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขภายใต้กรอบภาพใหม่ของระบบบริการสาธารณสุขท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาชุดข้อมูลหรือชุดโครงการที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการพิจารณาเสนอแนวนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุขในอนาคตได้ คณะกรรมการชุดนี้มีแผนการทำงานระยะสั้นช่วง 3 เดือนนี้ คือ การพัฒนากรอบแนวคิดการพัฒนางานจากชุดข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

นโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน จากนั้นจึงจะจัดการให้มีชุดแนวทางและรายละเอียดการดำเนินการของหน่วยที่เกี่ยวข้องต่อไป แผนระยะต่อไปของคณะกรรมการชุดนี้ขึ้นกับกรอบแนวคิดและการตัดสินใจของคณะกรรมการชุดนี้

ในการทำงานของทีมเลขาจะมี พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากรและทีม เป็นผู้ประสานกับกรรมการในการจัดทำชุดข้อมูลนำเสนอการประชุมคณะกรรมการครั้งนี้มีรายชื่อเอกสารประกอบการประชุมตั้งเอกสารแนบที่ 1

วาระที่ 2 เรื่องเพื่อพิจารณา

2.1 กรอบแนวทางการทำงานของคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

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

ที่ประชุมยังไม่สรุปชัดเจนว่า ความหมายกำลังคนในที่นี้มีขอบเขตฐานะในการเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขเท่านั้นขึ้นกับคณะกรรมการชุดนี้กำหนด แต่คณะกรรมการหลายท่านเสนอให้พิจารณาขอบเขตการให้บริการสุขภาพในลักษณะใหม่ที่มีใช้เพียงการรักษาโรค

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

◆ นอกจากปัจจัยแวดล้อมแล้วอาจจะต้องคิดกลุ่มประชากรที่อยู่หัว curve หรือปลาย curve ของฐานประชากรภาพรวมซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส เพื่อจัดการวางแผนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในระยะสั้นได้

ที่ประชุมสรุปให้พิจารณาเรื่องปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อทิศทางในอนาคต โดยทีมเลขารวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาชุดข้อมูลและพัฒนารายละเอียดเรื่องกำลังคนในการประชุมครั้งต่อไป

2.2 ประเด็นในการพิจารณาเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

◆ บทเรียนในอดีตเรื่องกำลังคน

อาจารย์สันต์ หัตถิรัตน์ เสนอให้เปลี่ยนแนวคิดเดิม วิธีการเดิมที่จะวางแผนและจัดการจากส่วนกลางเพราะทำเรื่องนี้มานานแล้วก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลน การกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมได้

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

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

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

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

นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ที่จะผลิตกำลังคนจากสถาบันผลิตในระบบและนอกระบบ เช่น ลักษณะของวิทยาลัยชุมชนหรือรูปแบบทางเลือกอื่นๆ รวมทั้งการแพทย์ทางเลือกแผนไทยของชุมชน แต่ต้องคิดถึงเรื่องที่รัฐต้องสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการผลิตและการจัดการให้มีบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากชุมชนเองอาจจะไม่พร้อมที่จะสนับสนุนการผลิตในหลายวิชาชีพ

ที่ประชุมเห็นด้วยกับการวางแผนและพัฒนากำลังคนในแนวใหม่และให้สอดคล้องกับ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ แต่อาจต้องคิดควบคู่กันไปเรื่องบุคลากรในระบบปกติและที่กำลังอยู่ระหว่างการผลิตซึ่งมีสัดส่วนค่อนข้างใหญ่

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

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

◆ การบริหารจัดการและกลไกการเชื่อมโยงกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีการเสนอว่าควร (1) พัฒนากลไกและระบบควบคุมกำกับส่วนการผลิตเพื่อตลาดในอนาคต (2) การวางแผนบุคลากรเพื่อ บริการเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มคนจน ฯลฯ และ(3) ในระดับบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ อาจจะต้องคิดทำ mapping เรื่อง concentration ของบริการและการจัดหาบุคลากรที่เหมาะสม เช่น บริการจิตเวช เป็นต้น (4) พิจารณาเรื่องการจัดงานและการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนสา ธารณสุขเพราะกระแสการใช้กลไกด้านการเงินการคลังจะถูกนำมาใช้มากขึ้น เช่น การจัดสรรเงินแบบราย หัวรวมเงินเดือนสู่ท้องถิ่นภายใต้ "โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค" การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นประตูดึงให้ เกิดการเตรียมการจัดสรรเงินสำหรับวางแผนบุคลากรสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นเพราะจะทำให้เกิดประ สทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและใช้เตรียมการเพื่อการกระจายอำนาจในอนาคตด้วย

แนวทางและรายละเอียดทั้งหมดที่ได้ รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสามารถส่งผ่านกลไกของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ให้แก่รัฐบาลได้มีการเสนอให้ตั้งคณะทำงานชุดย่อยมาพัฒนาเรื่องดังกล่าวข้างต้น เมื่อคณะกรรมการมีกรอบการทำงานชัดเจนขึ้น

♦ ประเด็นอื่นๆ พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร เสนอให้พิจารณาประเด็นเพิ่มเติมจากข้อมูลการสัมภาษณ์กรรมการที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุม คือ (1) ควรมีการพิจารณากลไกและการจัดการของทิศทางการผลิตและการบริการที่อาจต้องเป็น dual track คือ ส่วนที่เป็นไปตามกลไกตลาดและส่วนที่ต้องสนับสนุนโดยรัฐ (2) การวางแผนบุคลากรเพื่อจัดให้เกิดบริการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายใหม่ ที่เดิมยังไม่มีการพัฒนาชัดเจน เช่น บริการฟื้นฟูสภาพ บริการผู้สูงอายุ และ (3) ยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนน่าจะเน้นที่การจัดการการใช้กำลังคนให้มีประสิทธิภาพมากกว่าการวางแผน

นอกจากนี้มีความเห็นว่าการดำเนินงานน่าจะใช้กลไกและทิศทางของรัฐธรรมนูญเป็นหลักและต้องคิดเกินความเป็นราชการและนโยบายรัฐบาล ดร.เสรี พงศ์พิศ เสนอให้มีแนวคิดของกระแสโลกที่พิจารณาธรรมชาติร่วมด้วย คือทำให้เกิด "การคืนดี" กับธรรมชาติ กระแสชุมชนกำลังเปลี่ยนแปลงแบบที่รัฐเองตามไม่ทัน ดังนั้นการเรียนรู้ของฝ่ายที่เกี่ยวข้องต่อเรื่องการเปลี่ยนแปลงในชุมชนจึงสำคัญ การเปลี่ยนความคิดและเชื่อกศยภาพของชุมชน การให้ข้อมูลเพื่อให้ชาวบ้านมีช่องทางจัดการเรื่องต่างๆ ในชุมชนเองน่าจะเป็นโอกาสที่จะทำให้เกิดการพัฒนาได้ยั่งยืน รวมทั้งยังจำเป็นต้องวางแผนให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์เข้าใจศกยภาพที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองโดยใช้กลไกรัฐที่มีอยู่เพื่อสนับสนุนและตอบสนองความต้องการชุมชนได้ จากนั้นจึงจะสามารถบอกได้ว่าอนาคตระบบต้องการคนอย่างไร เท่าไร

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

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

แทนเฉพาะเพื่อกำกับ ส่วนกรณีที่เป็นความต้องการบริการสุขภาพที่แท้จริงซึ่งเป็นที่รัฐต้องให้การสนับสนุน

นอกจากนี้การกำหนดตัวชี้วัดทางยุทธศาสตร์ตามความสำเร็จที่ต้องการ อาจจะมีการพัฒนาภายหลังจากที่ได้ภาพกรอบของระบบบริการและระบบกำลังคนที่ชัดเจนก่อน

วาระที่ 3 เรื่องอื่นๆ

◆ นัดหมายการประชุมคณะกรรมการ

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

ปิดการประชุมเวลา 16.30 น.

(พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร)

ผู้บันทึกการประชุม

(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)

ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม

(ร่าง)

ข้อเสนอ

“การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”

เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

24 กรกฎาคม 2546

ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ

(เอกสารอยู่ระหว่างการพิจารณาห้ามใช้อ้างอิง)

สารบัญ

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

สารบัญภาพ

	หน้า
ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน	
ภาพที่ 1 ลักษณะระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข	16
ภาพที่ 2 ตัวอย่างทางเลือก	17

ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน

1. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่กระทบกับสุขภาพ

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

1) หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

2) หมวดที่ 5 ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 82 “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

1.2 (ร่าง)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้นำเอาเจตนารมณ์ของประเทศตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ มาเป็นคัวบทในกฎหมาย โดยมุ่งเน้นที่จะชวนสังคมเคลื่อนไหวเพื่อนำไปสู่การ “สร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ” ที่เรียกสั้นๆว่า”สร้างนำซ่อม” โดยสร้างระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดและผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง และกำหนดให้มีระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังในหมวดที่ 1 ว่าด้วยความมุ่งหมายและหลักการ ตามมาตรา 7

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

1.3 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 ซึ่งถูกเสนอโดยรัฐบาลปัจจุบัน ภายหลังการดำเนินนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค โดยกฎหมายฉบับนี้บังคับให้เห็นถึงเจตนารมณ์ของรัฐบาลปัจจุบันในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทยครั้งสำคัญ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีความ

เสมอภาคเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยใช้ยุทธศาสตร์งบประมาณเป็นเครื่องมือในการปฏิรูป โดยนโยบายดังกล่าวมีวัตถุประสงค์หลัก 4 ประการคือ

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

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

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

1.6 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พุทธศักราช 2542 ซึ่งได้มีการประกาศใช้ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2542 โดยให้มีการจัดทำร่างแผนและขั้นตอนที่จะกระจายภารกิจ เงินงบประมาณ บุคลากรของหน่วยราชการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

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

2. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

ประเทศไทยมีปัญหาในการจัดบริการสุขภาพ 3 ประการหลักๆดังนี้

2.1 มีความไม่เสมอภาคใน 3 ด้าน คือ

1) สถานะสุขภาพ กล่าวคือประชาชนที่อยู่พื้นที่ชนบทห่างไกลมีอัตราป่วย อัตราตายอัตราความทุกข์ทรมานมากกว่าคนในเขตเมือง ยิ่งประเทศชาติเจริญมากขึ้นเท่าใดช่องว่างระหว่างคนจนและคนรวยก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น

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

3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายรับทั้งหมดของคนจนเฉลี่ยแล้วสูงกว่าคนรวย 4-8 เท่า

2.2 ระบบเดิมไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการจัดระบบบริการที่เน้นงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุก เน้นด้านการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีปัญหาในด้านประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และมีปัญหาด้านความโปร่งใสในการกระจาย/จัดสรรและการใช้ทรัพยากรและงบประมาณ รวมทั้งระบบเดิมไม่สามารถครอบคลุมประชาชนที่ยากไร้ได้อย่างแท้จริง อัตราของผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพในผู้ยากไร้จึงมีมากกว่าคนรวยอย่างชัดเจน

2.3. **ด้วยคุณภาพ** จากการกระจายทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม การจัดระบบบริการที่ไร้ประสิทธิภาพ ร่วมกับการปรับตัวของหน่วยบริการที่ไม่ทันต่อกระแสนความต้องการของประชาชนทำให้มีปัญหาด้านคุณภาพ ในการจัดระบบบริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน จนนำมาสู่การฟ้องร้องที่เพิ่มมากขึ้น

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

3.ระบบบริการสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์

3.1 ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต

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

ระบบสุขภาพตามวรรคหนึ่ง ต้องเป็นระบบที่พึงประสงค์ดังนี้

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

สมานฉันท์

(5) มีปัญหาเป็นพื้นฐาน เรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน”

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

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

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

ก) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ ;

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

ฉะนั้นในระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ หน้าที่ส่วนใหญ่ในการดำเนินงานจึงอยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข นอกวิชาชีพทางการแพทย์ ทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของประชาชน การศึกษา การจัดสภาพแวดล้อมของสังคม แต่กระทรวงสาธารณสุขจะยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน และกระตุ้นเพื่อให้มีการดำเนินงานให้บรรลุผล ในส่วนนี้จำเป็นต้องมีการคิดค้นพัฒนาว่า จะต้องการกำลังคนในลักษณะใด จะมีองค์กรทำงานอย่างไร มีระบบงบประมาณสนับสนุนอย่างไรจึงจะเหมาะสม ดำเนินการได้จริง

ข) ระบบเพื่อการดูแลความเจ็บป่วย

เป็นส่วนของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ดูแล รักษา ช่วยเหลือ หรือสนับสนุนการช่วยตัวเองของประชาชนในกรณีที่มีอาการของโรค หรือมีสภาพความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทั้งนี้รวมถึงระบบดำเนินการเพื่อการป้องกันโรคด้วย

ถ้าเป้าหมายคือความเป็นองค์รวมของสุขภาพ บริการที่ให้จึงต้องเป็นองค์รวม แต่ในความเป็นจริงทรัพยากรที่มีอยู่นั้นมีจำกัด ซึ่งความจำกัดนี้ต้องพิจารณาให้ชัดว่าอยู่ตรงไหน แล้วจึงลงสู่การคิดระบบบริการ ที่ต้องคำนึงถึงหุ้นส่วน และบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติงานจริง บริการทั้งหมดจึงควรมุ่งสู่ทิศทางการสร้างสุขภาพตนเอง ในที่นี้ผู้ปฏิบัติงานมีใจเพียงแต่ผู้ให้บริการแต่คือตัวประชาชนด้วย ซึ่งกล่าวอีกนัยยะหนึ่งก็คือการพึ่งตนเองของราษฎร และยังมีเป้าหมายมีใจเพียงสุขภาพแต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตควบคู่ไปด้วย

ฉะนั้นระบบเพื่อดูแลสุขภาพ ความเจ็บป่วย และโรค นี้หุ้นส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพราะมีส่วนที่ต้องใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์มาก แต่ก็มีส่วนสำคัญคือประชาชน และหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทร่วมดูแลด้วย และต้องมีการทำงานเป็นแบบพหุ

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

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

ทั้งนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำองค์ประกอบทั้งสองมาพิจารณาแบบบูรณาการในการวางแผนการจัดบริการสุขภาพในอนาคตต่อไป

3.2 ระบบบริการสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์

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

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

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

ดังนั้นหน้าที่ของบริการปฐมภูมิในฐานะหน่วยบริการที่เป็นบริการด่านแรก จึงต้องมีความใกล้ชิดกับชุมชนทั้งในแง่สถานที่ตั้งและความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ใช้บริการ บริการปฐมภูมิจึงมีหน้าที่เสมือนเป็น ที่ปรึกษา และช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชนในลักษณะผสมผสาน เช่น หากเห็นว่าผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้ยา เจ้าหน้าที่ก็ควรจะแนะนำวิธีการดูแล การปฏิบัติตนที่เหมาะสม แต่หากเห็นว่าจำเป็นต้องรักษาหรือจำเป็นต้องใช้ยาในขอบเขตที่หน่วยบริการสามารถดูแลได้ ก็ควรต้องทำหน้าที่ดูแลและรักษาพยาบาลอย่างผสมผสาน ทันทั้งที่ และหากไม่สามารถดำเนินการเองได้ หรือดำเนินการแล้วยังไม่ครอบคลุม หน่วยบริการก็ต้องทำหน้าที่ส่งต่อ(refer)หรือประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

นอกจากด้านร่างกายแล้ว บริการปฐมภูมิจะต้อง สามารถให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจและด้านสังคมแก่ผู้มาใช้บริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับบริการทางกาย หรือเป็นบริการเฉพาะ ได้ด้วย ส่วนกรณีที่มีปัญหามากหรือปัญหาเฉพาะทาง เจ้าหน้าที่ก็จะทำหน้าที่ส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้องต่อไป

ประการถัดมาเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีความใกล้ชิดกับประชาชน มีข้อมูลและเข้าใจในวิถีชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชนดีกว่าหน่วยบริการระดับอื่น บริการปฐมภูมิจึงควรมีหน้าที่ ประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้านแล้วนำมาวางแผนการพัฒนาบริการ ให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการและปัญหาของประชาชนทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ควร สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ รวมถึงให้ความรู้ทางด้านเทคนิคทางการแพทย์ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นบางอย่าง เช่น การทำแผล การดูแลเด็กที่เป็นไข้ รู้จักสังเกตและติดตามอาการเจ็บป่วยเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

นอกจากนี้ บริการปฐมภูมิจะต้อง สามารถให้การดูแลบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการประยุกต์หรือปรับวิธีการดูแลนี้ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ท้ายที่สุดบริการปฐมภูมิจะต้องมีหน้าที่ ประสานบริการกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างต่อเนื่องและผสมผสาน รวมถึงการรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการระดับอื่นในระยะเวลาและภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสม

ผลลัพธ์ของบริการปฐมภูมิ

การปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จมีเป้าหมายคือ

- การให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ในระดับฉุกเฉินเบื้องต้น
- การให้บริการสุขภาพพื้นฐานในระดับบุคคล ครอบครัว
- ความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ทั้งคน อันหมายถึงทั้งทางร่างกาย จิตใจและส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคม

- ความสามารถในการรับผิดชอบด้านสุขภาพร่วมกับประชาชน ทั้งในเชิงรับและเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การติดตามสถานะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และปัญหาสุขภาพสำคัญของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างทันการณ์

- การทำหน้าที่เป็นหน่วยเชื่อมต่อระหว่างประชาชน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

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

4. คุณลักษณะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์

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

- (1) กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการวางแผนบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกระดับ ให้สอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพที่ประสงค์ตามมาตรา 7
- (2) สนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอในการผลิต พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดสำหรับสาธารณะ และเพื่อให้เกิดการกระจายที่ดี
- (3) ส่งเสริมสนับสนุนระบบการผลิตที่ให้บุคลากรจากชุมชนท้องถิ่นต่างๆมีโอกาสเข้าศึกษาและพัฒนาเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อไปทำงานในท้องถิ่นของตนเอง
- (4) สนับสนุนการจัดตั้งองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขสาขาต่างๆ โดยให้มีกฎหมายรองรับ สนับสนุนให้มีกระบวนการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขต่างๆ โดยเปิดช่องทางให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมด้วย
- (5) แนวทางและมาตรการอื่นๆที่เหมาะสม บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชุมชนไม่ควรจำกัดขอบเขตเพียงการให้บริการเท่านั้น แต่ต้องทำหน้าที่ให้การศึกษาและพัฒนาประชาชน โดยไม่แบ่งแยกว่าเป็นบทบาทของใคร ระดับใด ปฐมภูมิหรือไม่ การพัฒนาคนในระบบสุขภาพจึงมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ทั้งความสามารถทางเทคนิควิชาการ อันนำไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพทั้งระดับบุคคล ชุมชน และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูล และให้การศึกษาแก่ประชาชน

4.1 คุณลักษณะพื้นฐานของบุคลากรด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการและผู้จัดบริการ

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

ค่ามากกว่าการแสวงหากำไรทางธุรกิจ แต่ต้องเป็นไปบนพื้นฐานธุรกิจที่บริสุทธิ์ มีคุณธรรม ไม่ใช่การหลอกลวงกันหรือ เบียดเบียนกัน

โดยสรุป คุณลักษณะของบุคลากรด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

1) ทักษะและอุดมการณ์หรือจิตสำนึก

1.1 ความตระหนักในหน้าที่รับผิดชอบในการทำงาน ความตั้งใจให้เกิดคุณภาพของการทำงาน บนฐานความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง

1.2 คุณธรรมการทำงาน เช่นทำงานเพื่อประโยชน์ของผู้อื่นเป็นสำคัญ มีความเมตตา กรุณา มีหิริโอตตปละ

1.3 มีความเพียรต่อการเรียนรู้อย่างไม่สิ้นสุด เพื่อพัฒนาตนเอง

2) ความสามารถที่เป็นความรู้และทักษะ

2.1 ความสามารถพื้นฐานเชิงวิชาชีพ ได้แก่ งานเทคนิคบริการ งานบริหาร

2.2 ความสามารถพื้นฐานในการแก้ปัญหา ได้แก่

- ความสามารถในการประเมินสภาพ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริง
- ความสามารถในการวางแผน แก้ปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่และความเป็นไปได้
- ความสามารถในการประสานงาน การให้คำปรึกษาและการสื่อสารถ่ายทอดความรู้

(coordination, consultation and evidence-based communication)

2.3 ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น หรือทำงานเป็นทีม ซึ่งต้องการทักษะการเข้าใจผู้อื่น รู้จักวางบทบาทของตนเองอย่างเหมาะสม ตลอดจนทักษะของการพัฒนาผู้อื่น (คัดจากเอกสาร"ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนกับการปฏิรูประบบสุขภาพ"โดยสถาบันพระบรมราชชนกและภาคีพัฒนากำลังคน"

พญ.สายพิน หัตถิรัตน์ ได้กำหนดคุณลักษณะของ "หมอครอบครัว" ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมงานสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สำคัญและน่าจะเป็นคุณลักษณะที่เหมาะสมกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ด้วย ในหนังสือ "คู่มือหมอครอบครัว เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างง่าย" ดังนี้

"ใครควรจะเป็นหมอครอบครัว"

เป็นใครก็ได้ ไม่จำเป็นต้องผ่านการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวเท่านั้น แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นใดก็สามารถเป็นได้ ถ้ามีคุณลักษณะ 9 ประการดังนี้

1) เป็นผู้ดูแล (ความเป็น) "คน" ใช้อย่างไม่มีการจำกัดขอบเขตและเงื่อนไขของปัญหาสุขภาพที่เฉพาะโรค เฉพาะเพศ เฉพาะวัย หรือระยะเวลาสิ้นสุด

2) เป็นผู้เข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยทุกข์ทรมานของบุคคลนั้นๆ อย่างลึกซึ้ง ไม่จำเพาะแค่โรคทางกาย

3) เป็นผู้รู้จักใช้ทุกเวลาที่พบผู้ป่วย เป็นโอกาสทองในการแนะนำการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ

4) เป็นผู้ตระหนักดีว่า เมื่อมีผู้ป่วยมาตรวจ 1 คน ย่อมมีประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเดียวกันอยู่อีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่มาตรวจ

5) เป็นผู้ประสานงาน ที่ดีกับองค์กรอื่นๆ เพื่อการสร้างเสริม รักษาและดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว

6) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน เกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว

7) เป็นผู้ที่สามารถออกตรวจรักษาและเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน เพื่อทำความรู้จักและเข้าใจสภาพความเป็นอยู่จริงๆ ในบ้านนั้น

8) เป็นผู้ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูดถึงและวิตกกังวล(subjective aspects) มากกว่าสิ่งที่ตรวจพบได้(objective aspects) เพราะสิ่งที่รบกวนผู้ป่วยย่อมสำคัญกว่าสิ่งที่แพทย์สนใจ

9) เป็นผู้บริหารจัดการทรัพยากรและขั้นตอนต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย (เปรียบได้กับการเป็น "ผู้อำนวยการโรงพยาบาล" ทั้งโรงให้กับผู้ป่วย 1 รายและครอบครัวของผู้ป่วยนั้นๆ)

4.2 ลักษณะระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

4.2.1 การคัดเลือกบุคลากรด้านสาธารณสุข(recruitment) ในอดีตและปัจจุบันการได้มาซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุขได้มาจาก 2 แนวทางหลักๆ ดังนี้

1) ได้จากการบังคับขดใช้ทุนจากรัฐบาลผ่านสำนักงานก.พ.ซึ่งเรียกว่านักเรียนทุนคู่สัญญา ปัจจุบันประกอบด้วยวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร โดยต้องผ่านการสอบแข่งขันเข้ามหาวิทยาลัย (entrance) ตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัย/แหล่งผลิตกำหนด ซึ่งแหล่งผลิตมักกำหนดเกณฑ์ตามคะแนนสอบซึ่งเกิดจากความสามารถ (ความเก่ง) ของผู้เรียนเป็นหลักซึ่งคุณสมบัติเช่นนี้(ความเก่งในการสอบเข้ามหาวิทยาลัย (entrance) มักมีอยู่ในนักเรียนที่มีพื้นฐานที่ดีและอยู่ในถิ่นที่มีโอกาสและมีความเจริญสูงกว่าในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลหรือต่างจังหวัดในเขตเมือง (ระดับจังหวัด) เป็นส่วนใหญ่ วิธีการคัดเลือกคนโดยอาศัยคะแนนสอบ (entrance) เป็นหลัก จึงเสมือนหนึ่งเป็นการคัดสรรนักเรียนจากท้องถิ่นทุรกันดารจริงๆ (ระดับอำเภอ/ตำบล) ไปโดยปริยาย ทั้งที่พื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรอย่างมากและจำขาดมาโดยตลอดนั่นก็คือพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารในชนบท (ระดับอำเภอ/ตำบล) ทำให้นักเรียนซึ่งมีภูมิลำเนาในที่เจริญในเขตเมืองเมื่อขดใช้ทุนหมด (2-3ปี) บุคลากรเหล่านี้ก็จะลาออกหรือเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานใหม่เพื่อกลับไปยังภูมิลำเนาที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลหรือย้ายเข้าไปอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่หรือโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีแต่ในเขตเมืองเท่านั้น ทำให้ถือเสมือนหนึ่งการขดใช้ทุนในช่วง 2-3 ปีแรก เป็นเพียงทางผ่านของแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกรขดใช้ทุนเท่านั้น จึงเท่ากับว่ารัฐบาลลงทุนผลิตบุคลากรด้วยงบประมาณมหาศาล เพื่อให้แพทย์ไปทำงานในชนบทเพียง 1-2 ปีเท่านั้นหรืออาจกล่าวได้ว่ารัฐบาลผลิตบุคลากรให้กับเขตเมืองและภาคเอกชนนั่นเอง ดังเช่นในกรณีของวิชาชีพแพทย์ที่รัฐบาลบังคับขดใช้ทุนมาแล้วถึง 32 รุ่นๆละ 500-1000 คน รวมผลิตมาแล้วไม่ต่ำกว่า 15,000-20,000 คน กลับมีแพทย์ที่เหลือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ตัวแทนพื้นที่ชนบท) เพียง 1,200 คนเท่านั้น (ไม่ถึงร้อยละ 10) วิชาชีพทันตแพทย์และเภสัชกรก็นับได้ว่ามีชะตากรรมไปในทิศทางเดียวกับแพทย์

2) ส่วนราชการต่างๆผลิตบางสาขาวิชาชีพนอกจากสาขาตามข้อ 1) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นระดับอนุปริญญาและพยาบาลวิชาชีพเพื่อสนับสนุนหน่วยงานภายในของส่วนราชการตนเอง เช่นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร (กทม.) ภาคเอกชน (รวมสภาวิชาชีพไทย) เป็นต้น ซึ่งสามารถ

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

จึงไม่น่าแปลกใจเลยว่าทำไมเราจึงยังประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ชนบทอย่างรุนแรงและซ้ำซากมาโดยตลอด เหตุผลหลักๆน่าจะเห็นได้ชัดเจนว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการที่เราคัดเลือกคน (recruit) ไม่เหมาะกับงาน (หวังให้คนในเขตเมืองมีพื้นฐานะดีมาทำงานในชนบทห่างไกลแร้นแค้น เช่นเอาคนรวยคนเก่งในที่เจริญมาลำบากในโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีนอนามัย)

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

4.2.2 การผลิต ปัจจุบันมีการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขเกือบทั้งหมดจากมหาวิทยาลัย วิทยาลัยต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งวิธีคิดและหลักสูตรเดิมมักอิงด้านการศึกษาเป็นหลัก (academic-based) ที่เน้นด้านการรักษาพยาบาลและบริการระดับสูง(ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)ค่อนข้างมาก ในขณะที่องค์ความรู้และศาสตร์ด้านปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในท้องถิ่น ในอนาคตจึงควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการผลิตด้วย เช่นที่กระทรวงสาธารณสุขกำลังพยายามแต่ก็ยังไม่มากพอ เช่นเริ่มให้มีการผลิตแพทย์ที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ แต่โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นดักศิลาด้านการบริการปฐมภูมิหรือด้านเวชศาสตร์ครอบครัวกลับไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตเลย

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

ประสงค์ต่อไปในอนาคต ทั้งนี้อาจมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการจัดทำพันธะสัญญาแก่นักเรียนทุนให้เหมาะสมต่อไป ในขณะที่เดียวกันหากไม่เปลี่ยนวิธีคิดและเปลี่ยนวิธีการสนับสนุนงบประมาณให้ลงไปให้ผู้ใช่ (demand side) โดยตรง ก็ยากที่จะสามารถเปลี่ยนเงื่อนไขวิธีการคัดเลือกบุคลากร (recruitment) ให้ได้มาจากชุมชนจริงๆ ได้

ในอนาคตภายหลังจากการบังคับใช้ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พุทธศักราช 2542 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น รัฐบาลก็อาจเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณในการผลิตจากสถานศึกษาไปให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน/หน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรงเลยก็เป็นได้ จากนั้นท้องถิ่น/ชุมชน/หน่วยบริการปฐมภูมิจึงส่งบุคลากรไปเรียนที่สถาบันการศึกษาพร้อมทั้งงบประมาณสนับสนุนต่อไป หรือบางท้องถิ่นก็อาจมีงบประมาณของตนเองมากพอที่จะนำมาผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขเองก็ได้ หรืออาจได้จากชุมชน เป็นผู้ส่งเรียนเอง รวมทั้งปัจเจกบุคคลด้วย

4.2.3 การบริหารจัดการ(การใช้)และการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

ในอดีตและปัจจุบันสถานะ(status)ของบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือการจ้างงาน ส่วนใหญ่เป็นในรูปแบบ

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

2) เป็นเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขีดความสามารถที่เหมาะสม เช่นข้าราชการท้องถิ่น หรือการจ้างงานรูปแบบอื่น

3) เป็นบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น ที่จ้างงานโดยชุมชนในท้องถิ่นนั้นๆ

4) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ประกอบอาชีพอิสระ

5) เจ้าหน้าที่ในองค์กรมหาชน

อาจเป็นแบบผสมของทั้ง 5 แบบข้างต้น โดยขึ้นกับสาขาวิชาชีพและลักษณะการทำงาน โดยอาจแบ่งเป็น

- ลักษณะวิชาชีพหรืองานที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะสูง ก็อาจจำเป็นที่จะต้องให้มีความมั่นคงในวิชาชีพมาก(รัฐบาลต้องส่งเสริมสนับสนุนอุ้มชูเป็นพิเศษ) เช่นบุคลากรที่ทำงานในระดับรากหญ้าเช่นที่สถานีอนามัย หรือในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร หรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

- ลักษณะวิชาชีพหรืองานที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลสูง ก็ควรปล่อยให้เป็นอิสระ ให้ชุมชนท้องถิ่นสนับสนุนอุ้มชูเอง

ทั้งนี้ระบบการจ้างงาน เงินเดือน ค่าตอบแทน ส่วนใหญ่ได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจัดให้ตามภาระงานที่รับผิดชอบต่อประชาชน ส่วนสวัสดิการและประโยชน์ตอบแทนอื่นๆ ก็อาจได้จากรัฐบาลกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือจากชุมชนโดยตรง

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

- ความไม่สมดุลด้านจำนวนต่อประชากรหรือภาระงานในภาพรวม
- ความไม่สมดุลด้านพื้นที่ระหว่างภูมิภาค ภูมิศาสตร์ ระหว่างชนบทกับเขตเมือง ระหว่างเขตป่าเขากับพื้นที่ราบ

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

โดยสรุปอนาคตภาพลักษณะระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขอาจเป็นตามรูปภาพที่ 1

5. แนวคิดและทางเลือกการจัดระบบกำลังคนเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์

5.1 สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ขาดแคลนแบบยั่งยืน โดยการเปลี่ยนวิธีการสนับสนุนงบประมาณการผลิตบุคลากรไปยังชุมชนหรือท้องถิ่นที่ขาดแคลนบุคลากรโดยตรง

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่กระทบกับสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันรัฐบาลได้เห็นถึงความสำคัญของกระแสการเปลี่ยนแปลงด้านสิทธิชุมชน จึงได้เริ่มใช้นโยบายเชิงงบประมาณเพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความเสมอภาคเท่าเทียมมากขึ้น ดังนั้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) โดยการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร รวมทั้งเป็นที่ทราบกันว่าบุคลากรด้าน สาธารณสุขเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพ ร่วมกับบทบัญญัติตาม (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 84 ที่ได้กำหนดแนวทางและมาตรการเพื่อการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ทั้งในด้านจำนวนงบประมาณที่เพียงพอและสนับสนุนให้บุคคลจากท้องถิ่นได้มีโอกาสศึกษาด้านสาธารณสุขและกลับมาพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง ประกอบกับลักษณะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์ ซึ่งรองรับก่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลนั้น ได้เน้นระบบสุขภาพแบบสร้างนำซ่อมและเน้นการดูแลระดับปฐมภูมิ ดังนั้นนอกจากต้องได้บุคลากรที่มีความรู้คุณธรรมแล้ว คุณสมบัติบุคลากรที่จะทำงานระดับปฐมภูมิจะต้องดูแลคนแบบองค์รวม และเข้าใจมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแล้ว ยังต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการได้มาซึ่งบุคลากรที่มีคุณสมบัติดังกล่าวนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้บุคลากรที่มาจากท้องถิ่นนั้นๆ ซึ่งนอกจากจะทำให้ได้บุคคลที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมแล้ว ยังเป็นการกระจายโอกาสทางการศึกษา และได้รับหลักประกันด้านการคงอยู่ของบุคลากรในชนบทอย่างยั่งยืนด้วย เนื่องจากได้กลับมาพัฒนายังภูมิถิ่นฐานของตนเอง

เพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรที่มีคุณสมบัติที่พึงประสงค์ดังกล่าวอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องใช้นโยบายเชิงงบประมาณเช่นเดียวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือจัดสรรงบประมาณการผลิตไปยังชุมชนที่มีฐาน

ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพต่ำ(ขาดแคลน)โดยตรง โดยพื้นที่ใดที่มีสัดส่วนบุคลากรเพียงพอแล้วก็ไม่จำเป็นต้องให้อีก โดยใช้งบประมาณเท่าเดิม หน่วยผลิตก็ยังได้รับงบประมาณเท่าเดิม เสมือนหนึ่งนำงบประมาณมาผลักดันให้เปลี่ยนวิธีคัดเลือก(recruitment)โดยตรง โดยให้อำนาจไปอยู่ที่พื้นที่มากขึ้น โดยมีการดำเนินการตามแนวทางดังต่อไปนี้

1) กระบวนการคัดเลือกจากคนจากในชุมชน โดยให้ชุมชนนั้นๆ ซึ่งอาจเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ/หรือท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในฝ่ายผลิตเช่นฝ่ายวิชาชีพและฝ่ายราชการในกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งหลักเกณฑ์การคัดเลือกที่คำนึงถึงคุณภาพของผู้เรียนด้วย โดยอาจกำหนดนิยามระดับชุมชนตามสถานการณ์กำลังคนในแต่ละวิชาชีพ เช่นกรณีแพทย์และทันตแพทย์ อาจกำหนดบุคลากรมาจากระดับอำเภอหรือระดับหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (โรงพยาบาลชุมชน) ส่วนพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน(หมออนามัย)ก็อาจกำหนดบุคลากรลงถึงระดับตำบลหรือระดับหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก/รอง (สถานีอนามัย) และหากคนในชุมชนเหล่านั้นไม่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมก็ให้คัดเลือกคนจากพื้นที่อื่นได้ในบริเวณใกล้เคียง ที่มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมไม่ต่างกันมากนัก โดยต้องทำพันธะสัญญากับชุมชนท้องถิ่นนั้นไว้ว่าได้รับทุนการศึกษาจากชุมชนใดและต้องกลับมาขอใช้ทุนที่ใดตั้งแต่ก่อนไปศึกษา

2) จากนั้นชุมชนก็ส่งนักเรียนไปศึกษาในหลักสูตรต่างๆ โดยมีพันธะสัญญาซึ่งอาจเป็นในรูปเอกสารหรือทางคำจิตใจ โดยอาจมีผู้สนับสนุนงบประมาณประกอบด้วย

- รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้ท้องถิ่นซึ่งอาจส่งไปยังเจ้าของทุนซึ่งอาจเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก/รอง หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือชุมชนก็ได้
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม
- ชุมชนท้องถิ่นร่วมสนับสนุนงบประมาณ

3) เจ้าของทุนหรืองบประมาณตามข้อ 1 และ 2 โอนงบประมาณการผลิตเป็นเงินค่อหัวไปให้สถาบันที่เหมาะสมและพร้อมรับการผลิตบุคลากร โดยมีข้อตกลงร่วมระหว่างผู้เรียน เจ้าของทุน และสถาบันการศึกษาที่ชัดเจน และหากผู้เรียนผิดสัญญาก็ต้องชดใช้ให้กับเจ้าของทุน เพื่อนำไปผลิตบุคลากรทดแทนต่อไป

4) เมื่อนักเรียนทุนสำเร็จการศึกษา ก็กลับมาปฏิบัติงานในชุมชนหรือสถานบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ หลัก/รอง

5) ระหว่างปฏิบัติงานได้เงินเดือน ค่าตอบแทน จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสวัสดิการและขวัญกำลังใจต่างๆจากรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน โดยสถานะ(status)อาจมีหลากหลายได้ เช่น

- บางสาขาวิชาที่มีประโยชน์ต่อสาธารณะสูง ก็อาจจำเป็นที่จะต้องให้มีความมั่นคงในวิชาชีพมาก(รัฐบาลต้องส่งเสริมสนับสนุนอุม্মชูเป็นพิเศษ)ก็อาจให้เป็นข้าราชการได้ เช่นบุคลากรที่ทำงานในระดับรากหญ้าเช่นที่สถานีอนามัย หรือในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร หรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพเป็นต้น

- บางสาขาที่มีประโยชน์ต่อบุคคลสูง ก็ควรปล่อยให้เป็นอิสระ ให้ชุมชนท้องถิ่นสนับสนุนอุม্মชูเองก็อาจไม่จำเป็นต้องเป็นข้าราชการก็ได้

6) ในระหว่างปฏิบัติงานจะต้องมีระบบการพัฒนาระหว่างประจำการที่ดี(on the job training)

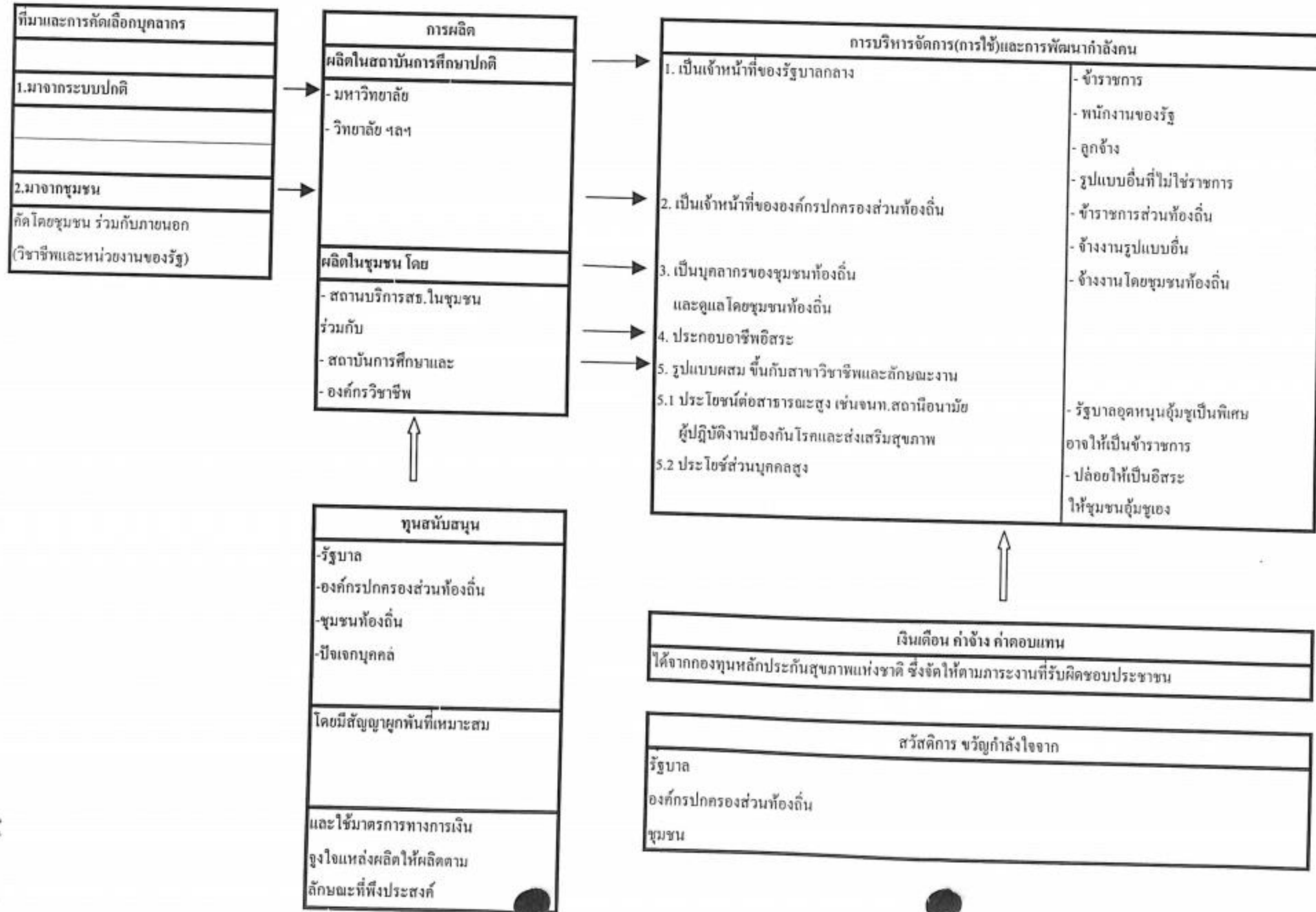
7) ในด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพ บุคลากรสามารถโยกย้ายเปลี่ยนถ่ายไปทำงานในระดับที่สูงขึ้น เช่นระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ได้อย่างมีหลักเกณฑ์และมีระบบ ทั้งนี้ระบบงบประมาณการผลิตบุคลากรระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ก็ควรต้องเปลี่ยนจากการสนับสนุนผ่านหน่วยงานผู้ผลิต มาเป็นการสนับสนุนผ่านเครือข่ายในชุมชน โดยทั้งหมดนี้ต้องมีการนำเอาระบบ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

8) สร้างทางเลือกการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นองค์กรมหาชน หรือองค์กรอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ เพื่อให้หน่วยบริการมีความเป็นอิสระและคล่องตัวในการบริหารจัดการมากขึ้น

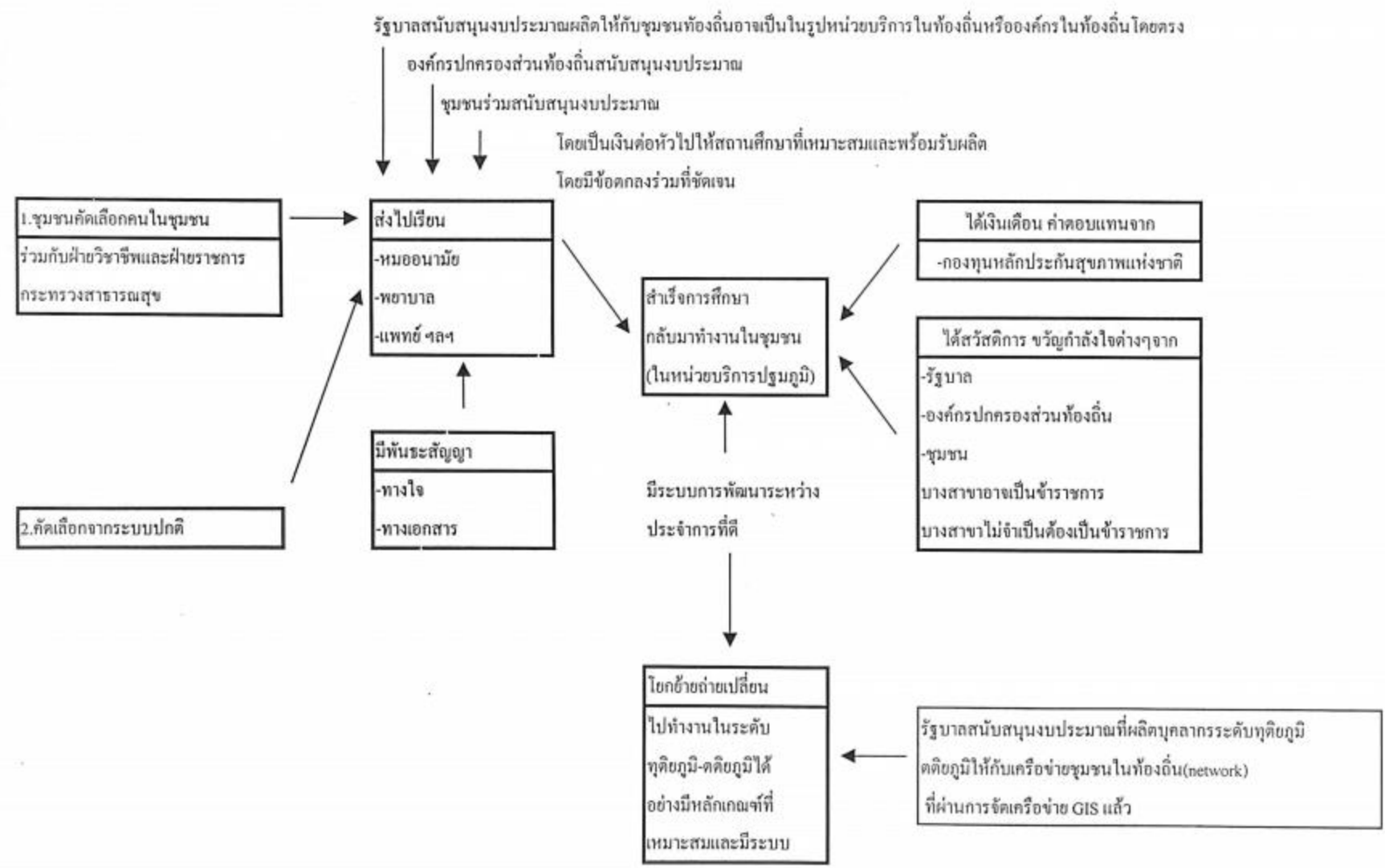
9) ควรเปิดโอกาสให้หน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆร่วมรับผิดชอบบริการประชาชน เช่นเอกชนหรือโรงเรียนแพทย์สามารถให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมิได้ โดยไม่ควรผูกขาดเฉพาะหน่วยงานภาครัฐ หรือสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น จะทำให้รัฐบาลลดภาระการผลิตได้ยิ่งขึ้น

โดยสรุปทางเลือกดังกล่าวอาจเป็นไปตามรูปภาพที่ 2

รูปภาพที่ 1 ลักษณะระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข



รูปภาพที่ 2 ตัวอย่างทางเลือก



35

- 1) reform must be on population side & community side only. not on

1. 252

2. $\frac{1}{x^2} = x^{-2}$

2. $\frac{1}{x^2} = x^{-2}$ - $\frac{d}{dx} x^{-2} = -2x^{-3} = -\frac{2}{x^3}$ | $\frac{d}{dx} \frac{1}{x^2} = -\frac{2}{x^3}$

- 3 மருந்துகள் - 420,000/-

- unknown
- diagnosed

4. $\frac{m}{n} \times \frac{p}{q} = \frac{m \times p}{n \times q}$

* define : Testu

Fac $\rightarrow$ 01+2 Intervence

१७ १४० १२१ १३.३ म. नमः

การประชุมสังเคราะห์ข้อเสนอ

“การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”

วันพฤหัสบดีที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 เวลา 15:30 – 18:00 น.

ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ. อ่ำพล จินดาวัฒน์ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
2. นพ. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ โรงพยาบาลภูกะดัง จ.เลย
3. นส. สุพัตรา ศรีวณิชชากร สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
4. นพ. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ สถาบันพระบรมราชชนก
5. ทพ.ญ. ทิพาพร สุขโสมิต สถาบันพระบรมราชชนก
6. นาง ษากุล สิ้นไชย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
7. นส. สุภาวดี นุชรินทร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
8. นพ. อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
9. นาง ปิตีพร จันทรทัต ณ อยู่ธยา สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
10. ดร. สาลิกา เมธนาวัน สถาบันพระบรมราชชนก

วาระการประชุม

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

อาหารเย็น

ห้องอาหาร buffet ชั้น 1 ใกล้กับห้องประชุม

* enthält max. 5. ante / max. ante

~~12/12/12~~ 12/12/12

* 100% - mwp & SV Executive & information crisis

→ singolarità forte di $\mathbb{A}^1$ in $\mathbb{A}^2$ e $\mathbb{A}^3$ e $\mathbb{A}^4$

* mission → sustainability: community side → Reform mission

→ stimuli → contribute - maintain on the job training



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

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

๕๑๖
ปฏิรูปแนวคิดคนไทย
สุขภาพดีมีใจโรงพยาบาล

ที่ สวรส. 497/2546

17 กรกฎาคม 2546

เรื่อง ส่งเอกสารประกอบการประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น "การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน"
เรียน คุณปิติพร จันทรทัต ณ ออยุธยา

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย (ร่าง) ข้อเสนอ "การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน" จำนวน 1 ชุด

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอได้โปรดนำเอกสารเข้าประชุม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เลขานุการคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ผู้ประสานงาน :

นางสาวปิยะอร แดงพยนต์

โทร. 02 590237 , (01) 9079560

โทรสาร 02 5902385



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

วิทยาลัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

ที่ สวรส. ๕๔ /2546

ปฏิรูปแนวคิดคนไทย
สุขภาพดีมีใจโรงพยาบาล

[177]

9 กรกฎาคม 2546

เรื่อง ขอเรียนเชิญประชุมเพื่อให้ออกความเห็น

เรียน คุณปิณฑร จันทรรัตน์ ณ ออยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. กำหนดการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น จำนวน 1 ฉบับ

2. แบบตอบรับและแผนที่แสดงสถานที่ประชุม

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

ในการนี้ ได้มีการศึกษาและจัดทำเป็น "ข้อเสนอต่อการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน" ขึ้น และเพื่อเป็นการเตรียมการอย่างเป็นระบบและเกิดการมีส่วนร่วมบนพื้นฐานขององค์ความรู้ทางวิชาการและประสบการณ์จริงในพื้นที่ จึงได้จัดให้มีการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นและเสนอแนะต่อข้อเสนอดังกล่าวเป็นการเบื้องต้น เพื่อพัฒนาและปรับปรุงเป็นข้อเสนอที่จะนำเสนอเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป สวรส. พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ มีประสบการณ์และเกี่ยวกับการจัดการกำลังคนและการสาธารณสุข จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมประชุม ในวันพฤหัสบดีที่ 24 กรกฎาคม 2546 ณ ห้องเมจิก 2 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร เวลา 09.00 - 16.30 น. ตามรายละเอียดกำหนดการที่แนบ โดยเอกสารประกอบการประชุมเพื่อพิจารณาเสนอแนะข้อคิดเห็น จะดำเนินการจัดส่งให้ท่านได้พิจารณา ก่อนการประชุมโดยเร็วต่อไป

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

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เลขานุการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุข

กรุณาตอบรับการเข้าร่วมประชุม ภายในวันพุธ ที่ 16 กรกฎาคม 2546 ที่ นางสาวปิยะธะ แดงพยนต์

โทร. 02 590 2374 โทรสาร 02 590 2385 E-mail : piyaom@hsri.or.th

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

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

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

แบบตอบรับการเข้าร่วมเสนอข้อคิดเห็น
เรื่อง “การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน”
วันพฤหัสบดี ที่ 24 กรกฎาคม 2546 เวลา 09.00 น - 16.30 น.
ณ ห้องเมจิก 2 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร

ชื่อนามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-mail

- การเข้าร่วมประชุม ☐ สามารถเข้าร่วมประชุมได้
☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้
☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ด้วยตนเอง แต่ขอส่งตัวแทนที่เหมาะสมเข้าร่วมประชุม ได้แก่

(ชื่อ/ที่อยู่).....

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

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

สำหรับผู้เข้าร่วมประชุมจากต่างจังหวัด

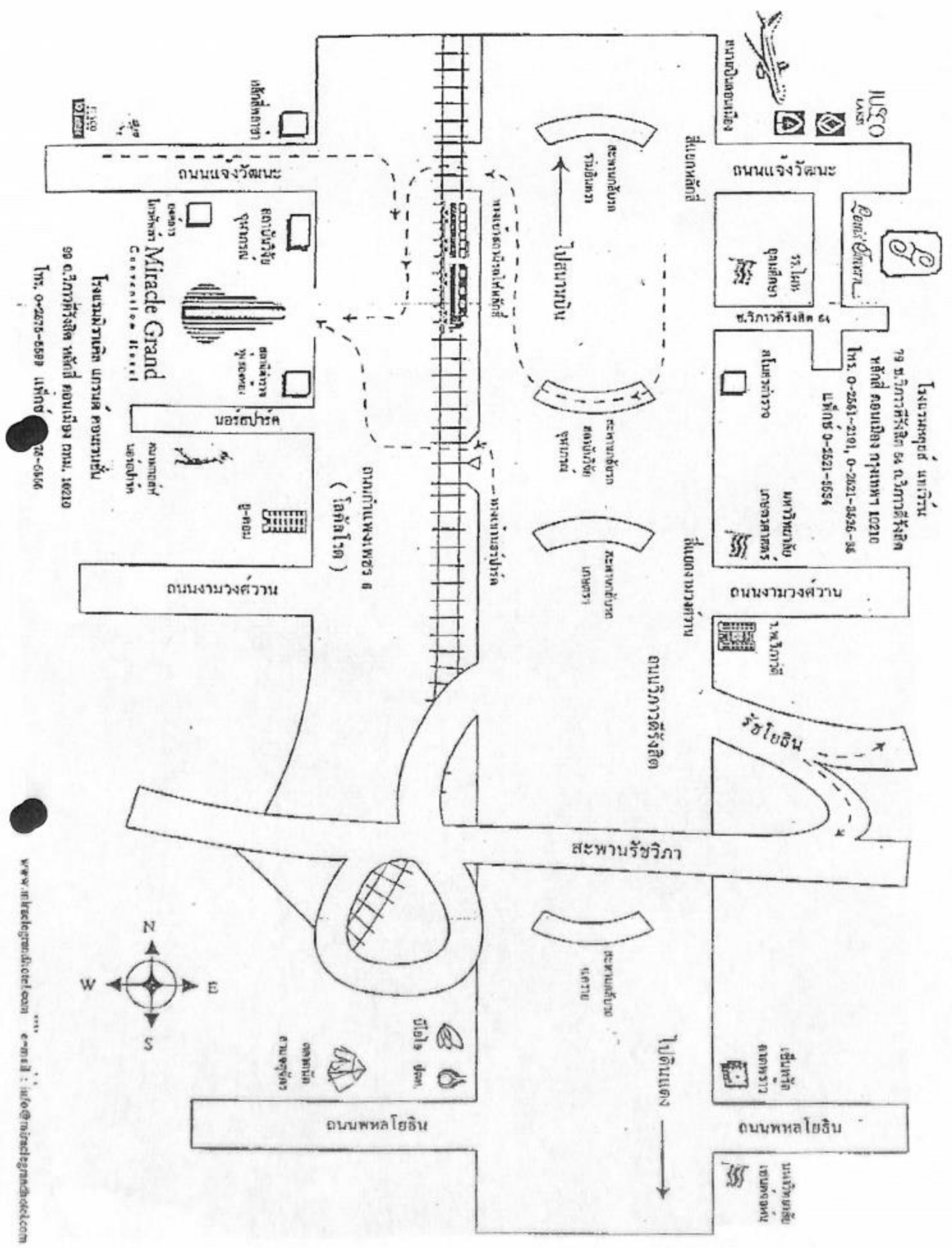
- สามารถเบิกค่าเดินทางได้จากผู้จัดประชุมได้ ดังนี้
 - (1) เดินทางโดยรถประจำทาง/รถไฟ/เครื่องบิน : เบิกค่าเดินทางได้ตามจ่ายจริงพร้อมแนบหลักฐานการเดินทาง
 - (2) เดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว : เบิกค่าเดินทางโดยผู้จัดจะจ่ายชดเชยค่าน้ำมันเชื้อเพลิงตามอัตราที่กำหนด
- ที่พัก ผู้จัดได้จัดเตรียมที่พักคือ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ จะจัดห้องพัสดุ (ที่พักจะจองสำหรับผู้มาประชุมจากต่างจังหวัด)

กรุณาส่งแบบตอบรับคืน ภายในวันพุธ ที่ 16 กรกฎาคม 2546

นางสาวปิยะอร แดงพยนต์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ อาคารคลังพัสตูล์ 3 ถ.สาธารณสุข 6
 กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือทางหมายเลขโทรศัพท์ 02 590 2374, 02 590 2366

โทรสาร 02 590 2385 (01) 9079560

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



แนวกล่าวเปิดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน
24 กรกฎาคม 2546

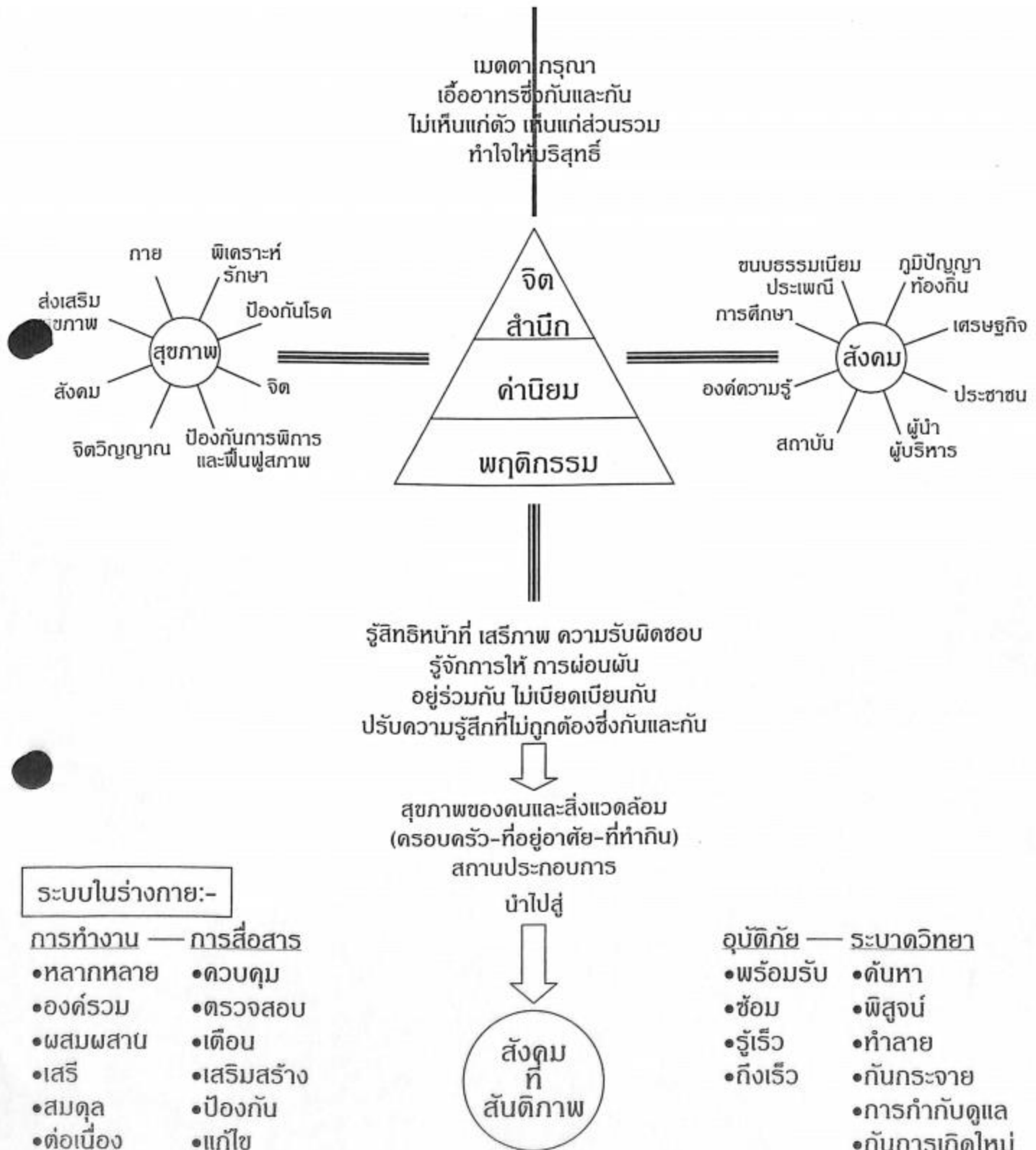
1. ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่เราช่วยกันทำเพื่อให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพหรือเป็นธรรมนูญสุขภาพของคนไทยได้เขียนหลักการของระบบสุขภาพไว้อย่างครบถ้วน และเขียนไว้ให้มีกลไกกำหนดนโยบายสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยกำหนดให้มี คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และให้มีเวทีสมัชชาสุขภาพเพื่อชวนทุกฝ่ายเข้ามาร่วมทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพในเรื่องต่างๆ
2. ขณะนี้รัฐบาลได้ดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบย่อยระบบหนึ่งของระบบสุขภาพ โดยการทำให้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และทำ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขครั้งใหญ่
การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องทำการปฏิรูปหลายเรื่องไปพร้อมๆ กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการจัดการกำลังคนสาธารณสุข ซึ่งในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติก็มีการเขียนถึงเรื่องนี้ไว้ในมาตรา 85 และ คปรส. ก็ได้ตั้งคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขขึ้นมามองเรื่องนี้ โดยมีผมเป็นประธาน
3. ในโอกาสที่ วันที่ 7 - 8 สิงหาคม 2546 ที่จะถึงนี้จะมีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประจำปี พ.ศ. 2546 เพื่อให้ทุกฝ่ายมาช่วยกันคิดและเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ตามแนวที่กำหนดอยู่ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพ มาตรา 83 เราจึงถือเป็นโอกาสที่ควรจะมีการชวนกันคิดเรื่องนโยบายกำลังคนสาธารณสุขด้วย โดยเน้นที่การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน ซึ่งจะเสริมกับนโยบายหลักประกันสุขภาพที่รัฐบาลกำลังทำอยู่ได้เป็นอย่างดี
4. เราจึงจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นนี้ขึ้นเพื่อชวนหลายๆ ฝ่ายมาช่วยกันคิด ช่วยกันมอง โดยมีนักวิชาการคือ นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ช่วยทำเอกสารข้อเสนอเบื้องต้นขึ้นมาให้พวกเราช่วยกันคิดต่อโดยมี สวรส.สนับสนุน
วันนี้จึงเป็นโอกาสที่พวกเราจะมาร่วมกันคิดเรื่องนี้ให้ได้ข้อเสนอที่สร้างสรรค์ที่จะทำให้การจัดบริการสาธารณสุขเพื่อชุมชน เพื่อชุมชนเกิดประสิทธิภาพ เกิดคุณภาพและเกิดความเป็นธรรมในสังคม
โดยข้อมูลที่ได้ในวันนี้ จะนำเข้าไปคุยกันต่อในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 7-8 สิงหาคม พ.ศ. 2546 ที่ ไบเทค เพื่อขยายวงให้มีคนทุกฝ่ายมากขึ้น ช่วยกันดูให้รอบคอบอีกครั้งหนึ่ง ก่อนเสนอต่อรัฐบาล และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป
5. ผมขอขอบคุณทุกท่านและทุกฝ่ายที่ช่วยทำให้สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นครั้งนี้เกิดขึ้นได้ และสำเร็จลงได้

สุขภาพ/สังคม

สร้างสุขภาพสังคม



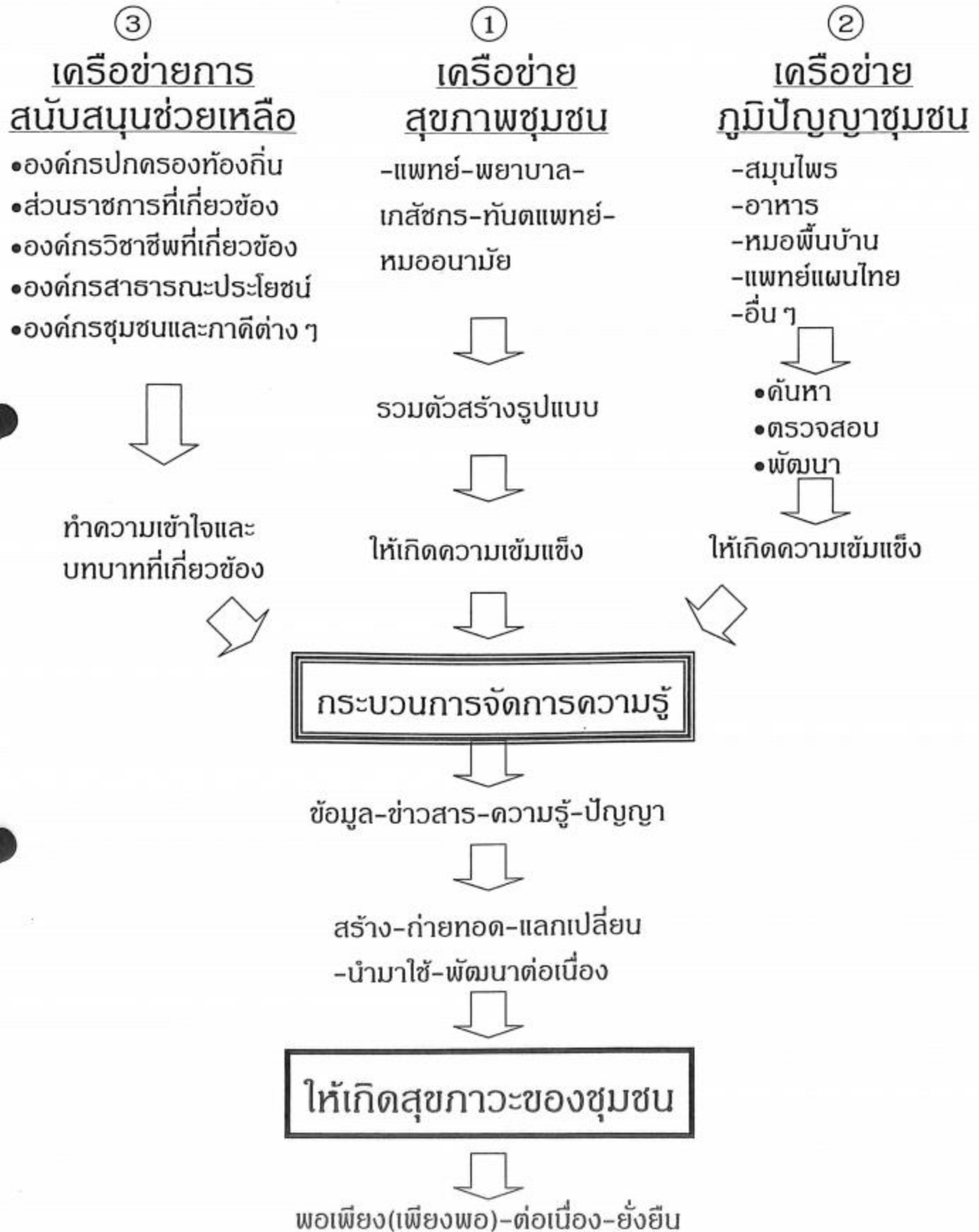
สังคมที่สันติภาพ



Yongchai

สุขภาพชุมชน

[123]



สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
National Health System Reform Office



ที่ สวรส.สปรส. 185 / 2546

1 กรกฎาคม 2546

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นประธานการประชุม

เรียน นพ.ดำรงค บุญยีน

สิ่งที่ส่งมาด้วย (ร่าง) กำหนดการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ขึ้นโดยมี นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นประธาน และท่านเป็นรองประธาน ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาและพัฒนาข้อเสนอ ซึ่งส่วนหนึ่งของข้อเสนอสามารถนำไปผลักดันให้เกิดผลเป็นรูปธรรมได้ โดยเฉพาะประเด็นเรื่อง "การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน" ประกอบกับจะมีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในวันที่ 7 - 8 สิงหาคม 2546 สปรส.ได้พิจารณาแล้ว เห็นควรจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นดังกล่าวขึ้น

ในการนี้ได้มีการศึกษาและจัดทำเป็น "ข้อเสนอต่อการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน" ขึ้น และเพื่อเป็นการเตรียมการอย่างเป็นระบบและเกิดการมีส่วนร่วมบนพื้นฐานขององค์ความรู้ทางวิชาการและประสบการณ์จริงในพื้นที่ จึงเห็นสมควรจัดการประชุมรับฟังข้อคิดเห็นและเสนอแนะต่อข้อเสนอดังกล่าวเป็นการเบื้องต้นเพื่อพัฒนาและปรับปรุงเป็นข้อเสนอที่จะนำเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป สปรส.พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ มีประสบการณ์ด้านการจัดการกำลังคนและการสาธารณสุข จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมประชุมและขอความกรุณาจากท่านรับเป็นประธานการประชุมในช่วงเช้าของวันที่ 24 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร รายละเอียดตามกำหนดการที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมและรับเชิญเป็นประธานในการประชุมในวันที่ 24 กรกฎาคม 2546 ด้วย และขอขอบคุณล่วงหน้า มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

อัมพร จินดาวงษ์

(นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ)

ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

เลขานุการคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2546

แผนงานบริหารทั่วไป

โทร. 02-590-2309 / **ปัทมพร**

โทรสาร 02-590-2311

**ข้อตกลงในการปฏิบัติงาน
เพื่อเตรียมการสังเคราะห์องค์ความรู้ห้องย่อยวิชาการ
การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2546
(7 – 8 สิงหาคม 2546)**

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวมและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ จากเวทีห้องย่อยวิชาการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

วิธีการและขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เตรียมการประชุมประสานงานที่นักวิชาการจากเวทีสมัชชาในระดับภาค ในประเด็นที่รับผิดชอบ เพื่อรวบรวมข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์และสังเคราะห์ในเบื้องต้น
2. สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์จากเวทีห้องย่อยวิชาการ เพื่อนำเสนอเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในวันที่ 7 สิงหาคม 2546
3. เตรียมการนำเสนอ ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยใช้รูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสม ในวันที่ 8 สิงหาคม 2546
4. จัดทำรายงานสรุปข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์จากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ระยะเวลาในการดำเนินงาน

10 กรกฎาคม 2546 – 10 สิงหาคม 2546

งบประมาณ

งบประมาณ 30,000 บาท

หมายเหตุ

จัดประชุมที่นักวิชาการในข้อ (1) สป.ร.รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

กิจกรรมสำคัญ

1. การประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น 24 กรกฎาคม 2546

เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาร่างข้อเสนอที่ได้จัดเตรียมทำเป็นแบบตั้งต้นให้ที่ประชุมซึ่งประกอบด้วยพันธมิตรที่มีส่วนในการทำงานด้านกำลังคนมาร่วมพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินการ แล้วนำข้อสรุปเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป

2. การสังเคราะห์เบื้องต้น 28 กรกฎาคม 2546

เป็นการประชุมเพื่อสังเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์ในภาพรวม สำหรับคณะทำงานเฉพาะประเด็นนำไปทบทวนปรับปรุงในมีความชัดเจนมีน้ำหนัก และเตรียมนำเสนอในการประชุมห้องย่อยในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

3. การประชุมสมัชชาแห่งชาติ 7-8 สิงหาคม 2546

เป็นการประชุมเพื่อนำสรุปร่างข้อเสนอที่ได้จากการประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น เข้าสู่การพิจารณาในวงกว้าง ซึ่งประกอบด้วยผู้สนใจทั่วไป แล้วนำข้อสรุปเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แล้วมอบแก่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

กิจกรรมการจัดการ

1. เตรียมกลุ่มทำงาน ประกอบด้วย

1.1 กลุ่มวิชาการ

1.1.1 นพ. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ โรงพยาบาลภูกระดัง จ.เลย

1.1.2 นพ. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ สถาบันพระบรมราชชนก

1.1.3 นส. สุพัตรา ศรีวณิชชากร สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

1.1.4 นาง ษากุล สินไชย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

1.2 กลุ่มประสานงานและจัดการ

1.2.1 ฝ่ายจัดการทั่วไป

1.2.1.1 นพ. อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร สปรส.

1.2.1.2 นาง ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา สปรส.

1.2.1.3 นส. สุภาวดี นุชรินทร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

1.2.2 ฝ่ายเลขานุการ

1.2.2.1 ดร. สาลิกา เมธนาวิณ สถาบันพระบรมราชชนก

2. การจัดทำร่างข้อเสนอ

2.1 เอกสารข้อเสนอ

2.2 เอกสารประกอบ

2.2.1 เอกสารจากข่าวสื่อมวลชน (ถ้ามี)

2.2.2 เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

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