

มองอนาคตสุขภาพคนไทย

ผ่าน "แผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ"



28

ตุลาคม 2549



WA
540.JT3
ส691ม
2549 ฅ.1
สมัชชา

ปฏิภัทร จันทร์ทอง



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๔๙

เศรษฐกิจพอเพียง สู่สังคมผู้เข้มแข็ง



hsx0 099582

62041

ร่าง
แผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
ปี พ.ศ.

โดย
คณะกรรมการร่างแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

WA 540.JT3 ต691ม 2549



* R M 0 0 0 0 0 0 0 1 2 2 *

มอองนาคสุภาพคน ไทย ผ่าน"แผนยุทธศ...
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อ
การระดมความคิดเห็นในเวทีประชาพิจารณ์ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549
วันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ.2549
เวลา 09.45 – 12.45 น.
ห้อง MR 5 เน อิมแพค อารีนา เมืองทองธานี

ร่าง
แผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
ปี พ.ศ.

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญในระบบสุขภาพที่ควรได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่องและจริงจัง รัฐบาลไทยมีบทบาทหน้าที่ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ในการจัดบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดจนมีกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้นระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และมีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน

1. บทนำ

1.1 สถานการณ์และแนวโน้ม

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ด้านนโยบายการค้าโลก ด้านสังคม นโยบายสาธารณสุขและการปฏิรูปต่างๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนี้

- การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจภายหลังยุควิกฤติเศรษฐกิจปี 2540 และในขณะเดียวกัน การที่รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้คนต่างชาตินำบริการสาธารณสุขไปประเทศไทยเพื่อหวังผลทางด้านเศรษฐกิจ เป็นผลให้เกิดการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการณ์ของบุคลากรสุขภาพจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน
- ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และเทคโนโลยีของประเทศ ส่งผลให้ควมต้องการและความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้เกิดการเรียกร้องบริการและคุณภาพการบริการมากขึ้น และเกิดการนิกรร้องทุกข์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้น
- นโยบายการกระจายอำนาจการปกครองสู่ส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดการแสวงหาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการผลิต และการจ้างงานกำลังคนด้านสุขภาพ
- นโยบายสาธารณสุขที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมด้านแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาพื้นบ้าน ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลสุขภาพนั้นกว้างขึ้นและมีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน องค์กรภาคประชาชน ภูมิปัญญาพื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เครือข่าย/องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร ตลอดจนกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐ ดังนั้นบทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพอาจจะเปลี่ยนไปโดยเน้นการทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นและภาคประชาชนมากขึ้น
- การใช้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากหลายปัจจัย ได้แก่ นโยบายหลักประกันสุขภาพ ส่งผลให้อัตราการใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง อุบัติการณ์ของโรคเกิดใหม่ เช่น ไข้หวัดนก SAR เป็นต้น ตลอดจนนโยบายการเข้าถึงยาต้านเชื้อไวรัสของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอ็ดส์ ต่างก็ส่งผลต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีทักษะที่ค่อนข้างเฉพาะ

1.2 สภาพปัญหาค้นกำลังคนด้านสุขภาพ

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และได้ดำเนินการแก้ปัญหาบางอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ส่งผลต่อการดำรงอยู่ของปัญหาค้นกำลังคนบางประการและขณะเดียวกันก็เกิดปัญหาใหม่ๆตามขึ้นมา กล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

(1) การขาดแคลนกำลังคน

การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ส่งผลกระทบต่อความต้องการกำลังคนที่เพิ่มขึ้น เช่น นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายการรับขาดไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ทุกคน อุบัติการณ์ของโรค SARS ไข้หวัดนก การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างด้าว และนโยบายส่งเสริมการให้บริการสาธารณสุขแก่ชาวต่างชาติ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดความต้องการกำลังคนซึ่งมีจำนวนจำกัด ส่งผลให้เกิดปัญหาความขาดแคลนมากยิ่งขึ้น

(2) การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม

แม้จะมีนโยบายเพิ่มการผลิตและการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพเข้าไปสู่นชนบทเพื่อการกระจายอย่างเป็นธรรม แต่ปัญหาค้นกำลังคนยังไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนยังคงดำรงอยู่ จะเห็นได้จากความหนาแน่นของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ปฏิบัติงานในกรุงเทพฯ สูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณ 5-10 เท่า การขาดแคลนแพทย์ในชนบทยังเป็นปัญหาที่สำคัญ ถึงแม้จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนและพยาบาลเป็นผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิในชนบท แต่อย่างไรก็ตาม มีความจำเป็นที่จะต้องมีแพทย์และบุคลากรระดับวิชาชีพอื่นในระดับที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบุคลากรระดับวิชาชีพ

(3) ความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงานและระบบการสนับสนุน

แม้มีการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อจูงใจบุคลากรในการทำงาน ได้แก่ การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน และการสร้างแรงจูงใจต่างๆ โดยได้นำมาตรการจูงใจที่ไม่เป็นตัวเงิน ได้แก่ โอกาสในการศึกษา/ฝึกอบรม มาตรฐานด้านสังคม เป็นต้น และแรงจูงใจด้านการเงิน เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนต่างๆ ให้กับกลุ่มวิชาชีพโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ายังมีการโยกย้ายออกจากรชนบทในกลุ่มแพทย์ และทันตแพทย์ ซึ่งเกิดจากความไม่พึงพอใจในระบบการบริหารจัดการ ความต้องการการศึกษาต่อ ภาระงานที่มากเกินไป และรายได้ซึ่งต่ำกว่าภาคเอกชนมาก นอกจากนี้ การสร้างแรงจูงใจด้านการเงินนั้นจำเป็นจะต้องให้เกิดปัญหาความไม่เท่าเทียมในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ เช่น บุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

(4) การขาดกลไกการผลักดันเชิงนโยบาย

การพัฒนาระบบกำลังคนที่ผ่านมารขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากกำลังคนด้านสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ รัฐและเอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เป็นต้น ดังนั้น มีความจำเป็นต้องมีกลไกอิสระที่มีบทบาทหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ การวางแผน การควบคุมและประเมินผล โดยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

(5) การขาดการเชื่อมโยงระหว่างการวางแผนกำลังคนและการผลิต

การขาดการเชื่อมโยงระหว่างสถาบันการผลิตและระบบสาธารณสุขนั้น ส่งผลต่อการผลิตที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ และส่งผลต่อปัญหาการขาดแคลนในบางวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ในขณะที่บางวิชาชีพ เช่น ทันตแพทย์ และเภสัชกร มีแนวโน้มจะเต็มอัตรากำลังที่ได้รับการจัดสรรในภาครัฐ

(6) การขาดองค์ความรู้ในการสนับสนุนการวางแผนกำลังคน

การวางแผนกำลังคนที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนและองค์ความรู้ที่รวบรวมและศึกษาอย่างเป็นระบบที่ทันสมัยการณเพื่อประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบาย วางแผน ตลอดจนทั้งการพัฒนาระบบกำลังคนให้ดียิ่งขึ้น แม้ปัจจุบันจะมีงานวิจัยด้านกำลังคนอยู่ในระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากบริบทแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และปัญหาการขาดแคลนในการผลิตงานวิจัยอย่างสม่ำเสมอ และการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้การพัฒนางานวิจัยด้านนี้และการเชื่อมโยงไปสู่การกำหนดนโยบายขาดความต่อเนื่อง

2. ขอบเขตคำจำกัดความ

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health)

หมายถึง บุคคล หรือ กลุ่มคนที่รวมตัวกัน ที่มีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งรวมทั้งบุคลากรในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากรการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาพื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งอยู่ในภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน

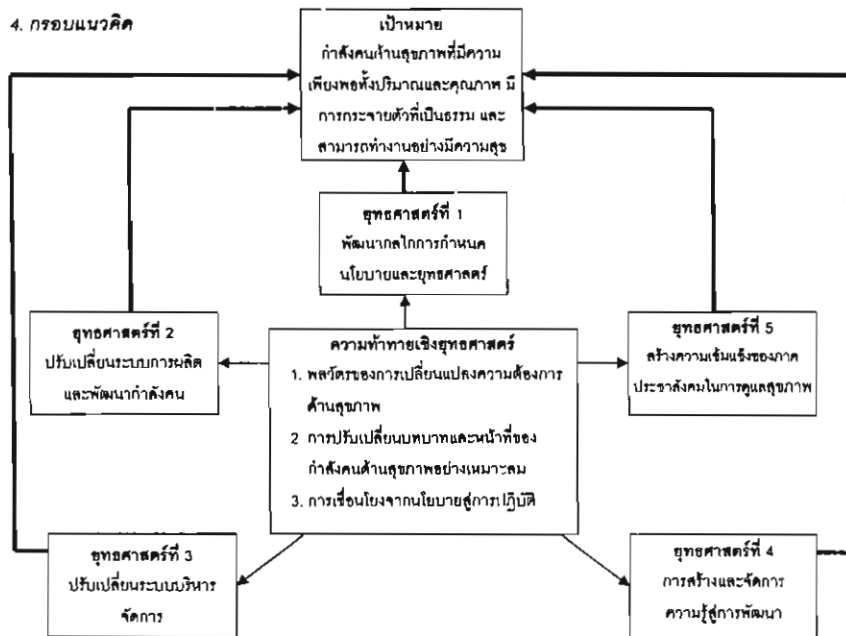
3. วิสัยทัศน์และพันธกิจ

วิสัยทัศน์

มีกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ มีคุณธรรม/ จริยธรรม มีการกระจายอย่างเป็นธรรมและทำงานอย่างมีความสุขเพื่อให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพระดับพื้นที่และประเทศ พันธกิจ

แผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพจะทำหน้าที่เป็นเครื่องมือกำหนดกรอบทิศทาง และพัฒนาหลักที่จะนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อให้ได้กำลังคนด้านสุขภาพที่ตอบสนองระบบสุขภาพของประเทศ

4. กรอบแนวคิด



5. แผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ยังเป็นวิกฤตปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพ ทั้งในเรื่องความขาดแคลนบุคลากรในสาขาต่างๆ การกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมระหว่างในเมืองและชนบท สิ่งขาดล้าในการปฏิบัติงานที่ไม่เอื้อต่อประสิทธิภาพของงาน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นต้น แม้ว่าทางภาครัฐจะมีนโยบายต่างๆ ออกมาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว และได้ผลดีขึ้นในระดับหนึ่งก็ตาม

ในขณะที่ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศมีเงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงภายใต้บริบทของความต้องการด้านสุขภาพของปัจเจกบุคคล การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และความตื่นตัวของสังคมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความคาดหวังในคุณภาพของการบริการ ในขณะที่ระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้มีข้อจำกัดเชิงนโยบายหลายประการที่กำลังคนด้านสุขภาพไม่สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับยังขาดกลไกระดับประเทศ ที่สามารถวางยุทธศาสตร์เรื่องกำลังคน กำกับดูแลทิศทางการขยาย และประสานเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งในส่วนการวางแผน การผลิต และการใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การแก้ไขปัญหาระบบกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย ให้มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพของชาติที่ชัดเจน บนฐานองค์ความรู้และระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาองค์ความรู้โดยมีความเชื่อมโยงไปสู่การปรับปรุงนโยบาย ยุทธศาสตร์และยุทธวิธี ที่ทำให้เกิดการดำเนินการในลักษณะที่เป็นพลวัต และมีผลอย่างยั่งยืนในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ บนฐานการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ และมีการกระจายที่เหมาะสม มีคุณภาพ สามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ และสอดคล้องกับระบบบริการสาธารณสุข เพื่อความมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

ในขั้นที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว จึงได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะเป็นทิศทางหลักในการพัฒนาทางด้านกำลังคน ในระยะ 10 ปี ตั้งแต่ พ.ศ.2550 - 2559 โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างและพัฒนากลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 ปรับเปลี่ยนระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้กำลังคนที่เพียงพอ สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและระบบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การสร้างความปลอดภัยในระบสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 ปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้มีการกระจายบุคลากรอย่างเป็นธรรม สามารถคงอยู่ในระบบ และบุคลากรเหล่านั้นสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างและการจัดการความรู้ เพื่อไปสู่การกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ และยุทธศาสตร์ การวางแผน การดำเนินการ การพัฒนา และการประเมินผล
- ยุทธศาสตร์ที่ 5 เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมในการดูแลสุขภาพตนเอง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างและพัฒนากลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้าน สุขภาพแห่งชาติ ที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ

หลักการและเหตุผล

การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ เป็นกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะในสังคมประชาธิปไตย ที่สังคมทุกฝ่ายจะต้องมีส่วนร่วม ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่มีกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ชัดเจน ทำให้การวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ยังขาดทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องประสานกัน

ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาการศึกษาด้านสุขภาพในระดับอุดมศึกษาต่างๆ แต่สามารถดำเนินการได้เฉพาะเรื่อง และเป็นการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น การกำหนดทิศทางหลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในระยะยาวยังไม่สามารถดำเนินการได้ ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีกลไกการทำงานเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศที่มองทุกมิติที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาให้เกิดกลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักกำลังคนด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น ในการกำหนดทิศทางการวางแผน พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ อีกทั้งให้เกิดมีระบบติดตามประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพอย่างรอบด้านทุกมิติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้มีการประสานให้องค์กร หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง บูรณาการในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกันพัฒนาให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการและแนวทาง เพื่อให้สามารถแก้ปัญหากำลังคนในปัจจุบันและรองรับสถานการณ์ในอนาคต ตลอดจนการวางทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างกลไกในระดับพื้นที่และระดับประเทศ ที่มีประสิทธิภาพในการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ โดยมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากทุกฝ่าย รวมทั้งพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีศักยภาพดังกล่าวด้วย

เป้าหมาย

1. มีหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ ที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานให้เกิดการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ
2. บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ มีการพัฒนาศักยภาพในการวางแผนและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
3. มีกลไกและระบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และการติดตามกำกับนโยบายจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
4. มีกลไกและมาตรการทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

กลยุทธ์

- 1.1 จัดตั้งหน่วยงานประสานงานกลางระดับชาติ ที่ดูแลด้านกำลังคนในภาพรวมของประเทศโดยเฉพาะ
 - โดยองค์กรดังกล่าวเป็นหน่วยงานอิสระ ภายใต้การกำกับของสำนักนายกรัฐมนตรี มีบทบาท/เชิงวิชาการ และบริหารจัดการ โดยไม่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับงบประมาณ

- มีโครงสร้างที่ประกอบด้วยบุคคล / หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งจากภาครัฐทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม
 - ทำงานภายใต้กฎระเบียบ (กฎหมาย, พระราชบัญญัติ) รองรับ
 - มีหน้าที่
 1. ในการกำหนดทิศทาง วางแผนนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง
 2. ประสานงานระหว่างหน่วยงานแผน หน่วยผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่
 3. ติดตาม กำกับ และประเมินผลนโยบายกำลังคนของประเทศ
- 1.2 จัดตั้งหน่วยงานประสานงานระดับจังหวัด ที่มีหน้าที่ดูแลกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่
- โดยเป็นหน่วยงานภายใต้การดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - มีโครงสร้างที่ประกอบด้วย หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งจากภาครัฐทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมในจังหวัด
 - เป็นหน่วยงานที่มีความอิสระในการวางแผนและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพใน ระดับพื้นที่ และทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยประสานงานกลางระดับประเทศ
 - มีหน้าที่
 1. กำหนดทิศทางการดำเนินงานนโยบายกำลังคนของจังหวัด ที่สอดคล้องกับทิศทางหลักของประเทศ
 2. วางแผนความต้องการกำลังคนของจังหวัด ที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
 3. ประสานงานระหว่างหน่วยงานแผน หน่วยผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ ในระดับพื้นที่
 4. ติดตาม กำกับและประเมินนโยบายกำลังคนของจังหวัด
- 1.3 สร้างภาวะผู้นำ (Leadership) ในทุกระดับ เพื่อการกำหนดทิศทาง และดำเนินไปสู่เป้าหมายของการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.3.1 พัฒนานักศัลยากร / หน่วยงานทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ให้มีศักยภาพในการวางแผนและพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ
 - 1.3.2 สนับสนุนองค์กร / สถาบันวิชาชีพ ให้มีบทบาทของการเป็นตัวแทนภาคประชาชนอย่างแท้จริง ในการกำกับดูแลมาตรฐานวิชาชีพ ให้สอดคล้องกับทิศทางนโยบายการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ
 - 1.3.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลพิเศษ ได้แก่ ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ เป็นต้น ให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดและติดตามนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ
- 1.4 สร้างกลไกและมาตรการทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว

- 1.5 สร้างกลไกที่ทำให้เกิดการสื่อสารกับสาธารณะ ที่มีความเชื่อมโยงทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ เพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ในการกำหนด และการติดตาม กำกับนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ปรับเปลี่ยนระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้กำลังคนที่เพียงพอสมาารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การสร้างความสำเร็จและความเสมอภาคในระบบสุขภาพ

หลักการและเหตุผล

ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตชนบท ห่างไกล ยังคงเป็นปัญหาเรื้อรัง แม้สภาวะการขาดแคลนกำลังคนในปัจจุบันจะดีขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต แต่ยังมีบางวิชาชีพที่ปัญหาการขาดแคลนยังคงเป็นปัญหาที่รุนแรงต่อเนื่อง เช่น วิชาชีพแพทย์และพยาบาล ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในบริษัทต่างๆ เช่น การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเอดส์ การเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างด้าว การเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการชาวต่างชาติ ตลอดจนการปฏิรูปนโยบายต่างๆของรัฐ เช่น นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้เกิดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งในด้านจำนวน และทักษะที่เหมาะสมเพื่อที่จะสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆดังกล่าว

การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย มีความหลากหลาย ทั้งจากภาครัฐและเอกชน โดยการผลิตหลักมาจากภาครัฐ ทั้งภายใต้การดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษาแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ผลิตเอง ในขณะที่สถาบันการผลิตในภาครัฐมีข้อจำกัดทั้งในเรื่องจำนวนอาจารย์ที่ไม่เพียงพอ โครงสร้างพื้นฐานทั้งในเรื่อง อาคารและเครื่องมือที่ต้องการการลงทุนสูงมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถผลิตบุคลากรได้อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาที่ขาดแคลน เช่น แพทย์ อีกทั้งบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถปฏิบัติงานในภาครัฐ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทได้อย่างยาวนาน ในขณะที่ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการลงทุนผลิตกำลังคนในสัดส่วนที่ต่ำ แต่ร่วมใช้กำลังคนในสัดส่วนที่มากขึ้นเรื่อยๆ ล้วนแล้วแต่เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องมีการทบทวนในระดับนโยบาย

การขาดกลไกประสานระหว่างสถาบันการผลิตและความต้องการกำลังคนของระบบสุขภาพนั้นยังเป็นปัญหาสำคัญ ในขณะที่ระบบสุขภาพต้องการกำลังคนเพื่อให้บริการระดับปฐมภูมิ ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ แต่การผลิตส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นไปที่กำลังคนเฉพาะทางระดับสูงเป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นปัญหาความไม่สอดคล้องกันระหว่างการผลิตและผลิตและความต้องการกำลังคนของระบบสุขภาพ

ขณะเดียวกันควรมีการพัฒนากำลังคนภายหลังสำเร็จการศึกษา โดยการเพิ่มพูนความรู้และทักษะเก่า และเพิ่มเติมความรู้และทักษะใหม่ระหว่างการทำงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับลักษณะงานในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อความต้องการของประเทศ มีขีดความสามารถทางวิชาการ มีคุณธรรม จริยธรรม และจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม อีกทั้งมีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและระบบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ภายใต้การวางแผนการผลิตและระบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมาย

1. มีกำลังคนในประเภทต่างๆ ที่เหมาะสม เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ โดยมีขีดความสามารถทางวิชาการ มีคุณธรรม จริยธรรม และจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม
2. มีระบบการผลิตกำลังคนที่สอดคล้องต่อความต้องการด้านสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม
3. มีระบบการพัฒนากำลังคนระหว่างทำการ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการปฏิบัติงาน

กลยุทธ์

- 2.1 มีการวางแผนการผลิตกำลังคน ให้เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของระดับพื้นที่และระดับประเทศ โดยรวมถึงความต้องการของของภาคเอกชน และให้ความสำคัญกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยทิศทางการผลิตจะต้องเน้นบุคคลากรดังนี้
 - เน้นการผลิตกำลังคนในกลุ่มที่มีทักษะในการทำงานด้านกว้าง (Generalist) มากกว่าการทำงานเฉพาะเจาะจง (Specialist)
 - เน้นผลิตบุคลากรที่ทำหน้าที่การสร้างเสริมสุขภาพ
- 2.2 พัฒนาระบบการคัดเลือกบุคคลโดยตรงจากพื้นที่ (ได้แก่ นักเรียน หรือ อสม.) โดยยึดแนวคิด *Rural recruitment Local training and hometown placement* เพื่อเข้าสู่ระบบการศึกษา รวมทั้งระบบการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการศึกษาที่เพียงพอ ในขณะที่จะส่งเสริมการกระจายกำลังคนอย่างเป็นธรรม และยั่งยืน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค ตามสิทธิที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ
- 2.3 พัฒนาระบบการผลิตกำลังคนและหลักสูตรการศึกษา ให้ความสำคัญสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่และระดับประเทศ อีกทั้งสอดคล้องกับระบบสุขภาพในอนาคต ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน และมีความยืดหยุ่น และภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่นและภาคประชาสังคม เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีขีดความสามารถทางวิชาการและมีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ มีคุณธรรม จริยธรรม มีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม
- 2.4 สร้างระบบการพัฒนาคนระหว่างทำการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อพัฒนาศักยภาพของกำลังคนและเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงาน ให้ความสำคัญครอบคลุมทั้งในส่วนผู้ให้บริการ และผู้สนับสนุนระบบบริการ โดยเน้นรูปแบบการเรียน การสอนทางไกล ที่ใช้สถานที่ปฏิบัติงานจริงเป็นฐานการฝึกอบรม

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้มีการกระจายบุคลากรอย่างเป็นธรรม สามารถคงอยู่ในระบบ และบุคลากรเหล่านั้นสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข

หลักการและเหตุผล

จากอดีตที่ผ่านมา รัฐบาลแก้ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยการเพิ่มกำลังการผลิตอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการกระจายของกำลังคนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายกำลังคนทางภูมิศาสตร์ โดยพบว่าอัตราส่วนของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ต่อประชากรเปรียบเทียบระหว่างกรุงเทพและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังมีความแตกต่างกันอย่างมาก

ส่วนปัญหาการเคลื่อนย้ายกำลังคนจากชนบทเข้าสู่ตัวเมือง และจากภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชน ยังเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยสาเหตุของปัญหามีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ ตั้งแต่ลักษณะ ของงานที่ไม่เหมาะสม ภาระงานที่มากเกินไป ความแตกต่างในเรื่องรายได้ แม้กระทั่งระบบการบริหารงานตั้งแต่ระดับประเทศ จังหวัด และระดับ สถานพยาบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพ นโยบายการจำกัดกำลังคนภาครัฐ โดยการยกเลิกระบบการขอใช้ทุนในบางวิชาชีพ เช่น พยาบาล เกษตรกร เนื่องจากไม่มีตำแหน่งบรรจุภายหลังจากการศึกษา ส่วนแต่ทำให้สถานการณ์ความขาดแคลนและการ กระจายในพื้นที่ชนบทรุนแรงมากขึ้น

การวางแผนกำลังคนที่ผ่านมานั้นมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มจำนวนคน มีกลະเลยในด้านการบริหารจัดการกำลังคนเพื่อ อำนวยรักษาบุคลากรเหล่านั้นให้อยู่ในระบบเพื่อก่อให้เกิดผลิตภาพสูงสุด แม้ภาครัฐจะได้ใช้มาตรการต่างๆ ในการแก้ไข ปัญหาเพื่ออำนวยความสะดวกกำลังคนให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่มาตรการทางการรับนักศึกษา จากชนบท มาตรการทางการเงิน ได้แก่ เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย เงินเพิ่มพิเศษ และมาตรการทางสังคมต่างๆ เป็นต้น แต่ มาตรการต่างๆ เน้นไปที่บุคลากรเฉพาะบางกลุ่ม และขาดการจัดการร่วมกันกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ภาคเอกชน และภาค ประชาสังคม

ดังนั้นแนวทางแก้ไขปัญหาคงต้องสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศที่มีลักษณะเป็นพหุลักษณะ จำเป็นต้องสร้างกลไกการมีส่วนร่วม ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีใช้เป็นการจัดการเฉพาะภาครัฐ แต่ต้อง เป็นการจัดการจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคเอกชน ห้างถิ่นและประชาสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ภายใต้ความ ร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการกระจายบุคลากรเหล่านั้นอย่างเป็นธรรม และบุคลากรเหล่านั้นสามารถ ปฏิบัติงานในระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข

เป้าหมาย

- 1 มีระบบการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเป็นธรรม เพื่อให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของประชาชน
- 2 มีระบบแรงจูงใจและระบบสนับสนุนให้กำลังคนด้านสุขภาพปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข
- 3 มีระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกัน ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาค ประชาสังคม อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4 พัฒนาระบบการจัดการปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความ เป็นธรรมกับทุกฝ่าย

กลยุทธ์

- 3.1 กำหนดนโยบายและมาตรการที่ชัดเจนเกี่ยวกับการกระจายกำลังคน โดยใช้มาตรฐานความต้องการด้าน สุขภาพของแต่ละพื้นที่เป็นตัวกำหนด เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน
 - ระหว่างเขตเมืองและชนบท (Rural / Urban)
 - ระหว่างระดับของสถานบริการ (Primary / Secondary / Tertiary)
 - ระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public / Private mix)
 - ระหว่างวิชาชีพ (Skill mix)

- ระหว่าง Generalist / Specialist ของแต่ละวิชาชีพ
- 3.2 พัฒนาระบบสนับสนุนให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างยาวนาน (Retention) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) และมีความสุข
- สร้างระบบแรงจูงใจ (Incentive system) ที่มีประสิทธิภาพและสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Performance-based)
 - ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน (Work environment)
 - พัฒนาระบบการบริหารจัดการบุคคลากร (Personnel system) เช่น ความก้าวหน้าในวิชาชีพ
 - ปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ (Laws / Regulations) ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
- 3.3 พัฒนารูปแบบการใช้ (Utilization) ทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกัน ระหว่างรัฐ และเอกชน โดยคำนึงถึงประชาชนเป็นเป้าหมายหลักของการให้บริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- 3.4 ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบริหารจัดการกำลังคน ตั้งแต่การวางแผนความต้องการ การมีส่วนร่วมในการผลิตและการรับเข้าปฏิบัติงานภายหลังจบการศึกษา โดยให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ โดยให้การสนับสนุนด้านองค์ความรู้และเทคโนโลยีจากรัฐส่วนกลาง
- 3.5 พัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและประชาชน อย่างลมนานฉันท์ โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมทั้งผู้ให้บริการและประชาชนที่ได้รับผลกระทบดังกล่าว

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างและการจัดการความรู้ เพื่อไปสู่การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มี ประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพของประเทศ

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันองค์ความรู้ที่จำเป็นในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศยังไม่มีจำกัด แม้ว่าจะมีงานวิจัยด้านกำลังคนเพิ่มขึ้นในระดับหนึ่ง แต่ในบริบทแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลา ทำให้มีความต้องการองค์ความรู้ใหม่ที่ทันสมัย เพื่อใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย อีกทั้งยังขาดการจัดการองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ ตลอดจนไม่มีกลไกในการประสานงานและติดตามผล เป็นผลให้การนำองค์ความรู้มาใช้ได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถครอบคลุมการวิเคราะห์และสังเคราะห์ทางเลือกที่ดี เพื่อนำไปสู่การกำหนดและติดตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพได้

นอกจากนั้นความสนใจในด้านกำลังคนด้านสุขภาพของผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้อง ยังมีอยู่ในวงจำกัด จึงมีความจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมในกระบวนการวางแผนกำลังคน ติดตามประเมินและพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

นอกจากการสร้างและจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพแล้ว การพัฒนากำลังคนจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพและทันสมัยการดำเนินงานเพื่อประกอบการตัดสินใจ ปัญหาการขาดความเชื่อมโยงของข้อมูล ข้อมูลซ้ำซ้อน และไม่ตรงกัน ตลอดจนทั้งการขาดกลไกและระบบการจัดการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนากำลังคนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่อยู่บนฐานการใช้ข้อมูล และองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และของประเทศ

เป้าหมาย

1. มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ที่ผ่านการรวบรวมอย่างเป็นระบบเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจวางแผน การพัฒนา และการประเมินนโยบายด้านกำลังคนทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ
2. มีระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีความถูกต้อง ครบคลุม และมีการพัฒนาให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง
3. นักวิจัยและผู้รับผิดชอบนโยบายด้านกำลังคนมีศักยภาพในด้านการวางแผนและพัฒนากำลังคน และมีการทำงานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายในทุกระดับ

กลยุทธ์

- 4.1 พัฒนานักวิจัยทั้งในระดับพื้นที่และในส่วนกลาง ให้มีศักยภาพในด้านการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทปัญหาของพื้นที่ โดยสนับสนุนการทำวิจัยและพัฒนางานวิจัยร่วมกันระหว่างหน่วยงานและสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ
- 4.2 ส่งเสริมการจัดการความรู้ (Knowledge management) ในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพโดยเฉพาะในระดับพื้นที่ เช่น สนับสนุนการจัดเวทีวิชาการเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge sharing)
- 4.3 พัฒนาเครือข่ายระหว่างบุคคล สถาบัน และองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดการประสานงาน ร่วมกันในการพัฒนาความรู้และจัดกระบวนการนำความรู้ไปกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- 4.4 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ
 - 4.4.1 พัฒนาชุดข้อมูลด้านกำลังคนพื้นฐาน (Minimal HRH data set) สำหรับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการวางแผนกำลังคน
 - 4.4.2 พัฒนาตัวชี้วัดหลัก (HRH Core indicators) ในการติดตามประเมินผลการพัฒนากำลังคนทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ
 - 4.4.3 พัฒนากลไกเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของระบบฐานข้อมูลด้านกำลังคน ให้เกิดความสะดวกในการนำมาใช้วางแผนและพัฒนา
 - 4.4.4 พัฒนาศักยภาพของหน่วยงานต่างๆ ที่ดูแลฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ ในการจัดการข้อมูล เช่น การเก็บ การตรวจสอบความถูกต้อง การวิเคราะห์ และการนำไปใช้
- 4.5 พัฒนากลไกและระบบในการสร้างและการจัดการความรู้ (Knowledge generation and management) ในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนข้อเสนอแนะทางวิชาการให้แก่ผู้กำหนดนโยบาย และ ประเมินนโยบายของรัฐ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมในการดูแลสุขภาพตนเอง

หลักการและเหตุผล

ในอดีตการจัดการปัญหาของสุขภาพเป็นบทบาทหน้าที่ของภาครัฐ โดยเฉพาะเป็นหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งการจัดการปัญหาในลักษณะดังกล่าวมีข้อจำกัดในเรื่องของทรัพยากรทั้งงบประมาณ และกำลังคนของภาครัฐที่มีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งปัญหาสุขภาพของประเทศในปัจจุบันมีความซับซ้อน และมีบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการรักษาโรค หรือการดูแลทางกายเท่านั้น มิได้ส่งเสริมการดูแล

สุขภาพตนเองของประชาชน ขาดมิติการดูแลสุขภาพ และทางสังคม ขาดการเชื่อมต่อทางความเชื่อของชุมชน สังคม วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น

การที่จะจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืนนั้น ต้องอาศัยทัศนคติของการเป็นเจ้าของสุขภาพตนเองของประชาชน การมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพของประชาสังคมในชุมชนอย่างกว้างขวาง และภาครัฐเองต้องเปิดพื้นที่ กระจายบทบาทการตัดสินใจ การบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ และแนวคิดดังกล่าวเป็นการขยายบริบทความหมายกำลังคนด้านสุขภาพออกไปจากมิติของวิชาชีพบุคคลากรสาธารณสุข ไปยังผู้ร่วมดูแลสุขภาพอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชน และเครือข่ายประชาสังคมที่ดูแลปัญหาสุขภาพในพื้นที่ สามารถจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้การร่วมมือระหว่างภาคประชาชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

เป้าหมาย

1. มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ที่สะท้อนความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนอย่างแท้จริง ภายใต้การจัดการร่วมกับของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
2. ขยายเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพลงในระดับชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่

กลยุทธ์

1. สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนดูแลตนเองและครอบครัว โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และสนับสนุนภาคสุขภาพในระดับพื้นที่ ให้มีส่วนร่วมการสร้างเสริมสุขภาพ
2. พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน ได้แก่ หมอพื้นบ้าน ผู้ดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการในชุมชน เพื่อขยายการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพลงไปในระดับชุมชน
3. สนับสนุนให้องค์กรระดับท้องถิ่นมีแผนสุขภาพระดับพื้นที่ ทั้งเรื่องการกำหนดความต้องการ การผลิตกำลังคน และการจัดการ ภายใต้การสนับสนุนทางวิชาการและการจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ

ภาคผนวก 1

รายชื่อคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

1. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ผู้ทำงาน
3. ผู้แทนสำนักงาน ก.พ.		ผู้ทำงาน
4. ผู้แทนสำนักงาน ก.พ.ร.		ผู้ทำงาน
5. ผู้แทนสำนักงานประมาณ		ผู้ทำงาน
6. ผู้แทนกรมบัญชีกลาง		ผู้ทำงาน
7. ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ		ผู้ทำงาน
8. ผู้แทนแพทยสภา		ผู้ทำงาน
9. ผู้แทนทันตแพทยสภา		ผู้ทำงาน
10. ผู้แทนสภาเภสัชกรรม		ผู้ทำงาน
11. ผู้แทนสภาการพยาบาล		ผู้ทำงาน
12. ผู้แทนกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ		ผู้ทำงาน
13. ผู้แทนเครือข่ายหมออนามัย		ผู้ทำงาน
14. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ผู้ทำงาน
15. ดร.สุปรिता อุดมยานนท์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	ผู้ทำงาน
16. นส.กาญจนา ปานูราช	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	ผู้ทำงาน
17. ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก		ผู้ทำงาน
18. ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท		ผู้ทำงาน
19. ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ		ผู้ทำงาน
20. พญ.สุพัชรา ศรีวิณิชชากร	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข	ผู้ทำงาน
21. ผู้แทนชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป		ผู้ทำงาน
22. ผู้แทนชมรมแพทย์ชนบท		ผู้ทำงาน
23. นส. พินทุสร เหมพิสุทธิ์	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ	ผู้ทำงาน
24. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		คณะทำงานแลเลขาธิการ
25. ผอ.ก.กลุ่มแผนงานและทรัพยากร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
26. นพ.พิณกร โนนี	แผนงานพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
27. หัวหน้างานแผนงานกำลังคน	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

ภาคผนวก 2

ขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

	กิจกรรม	ช่วงเวลา
1	แต่งตั้งคณะกรรมการร่างแผนยุทธศาสตร์โดยกระทรวงสาธารณสุข	มีนาคม 2549
2	เวทีระดมความคิดเห็นเพื่อทบทวนคำจำกัดความ สร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจ	เมษายน 2549
3	เวทีระดมความเห็นจากคณะกรรมการร่างแผนยุทธศาสตร์	มีนาคม, พฤษภาคม, ตุลาคม 2549
4	เวทีระดมความเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องจากในส่วกลาง	สิงหาคม 2549
5	แบบสอบถามความเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง 75 คน	กันยายน 2549
6	แบบสอบถามความเห็นจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง 185 องค์กร	กันยายน 2549
7	เวทีระดมความเห็นผู้ที่เกี่ยวข้องในส่วนภูมิภาค	ตุลาคม 2549
8	การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ	ตุลาคม 2549
9	เวทีประชาพิจารณ์ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549	28 ตุลาคม 2549
10	สังเคราะห์ข้อเสนอทั้งหมดเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการกำหนดนโยบาย	พฤศจิกายน - ธันวาคม 2549

ภาคผนวก 3
สถานการณ์และแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพนั้นเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ เพราะนอกจากเป็นผู้บริหารจัดการทรัพยากรด้านอื่น ๆ และเป็นตัวแปรที่สำคัญในการสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ ยังเป็นแหล่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของการดำเนินงานของระบบบริการสาธารณสุขอีกด้วย ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญในระบบสุขภาพที่ควรได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

ในการที่ทุกประเทศทั่วโลกจะพัฒนาระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายของสหัสวรรษแห่งการพัฒนา (Millennium Development Goals) นั้นจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเป็นธรรม มีสัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสม และกำลังคนมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในขณะที่ปัญหา กำลังคนด้านสุขภาพที่หลายประเทศกำลังเผชิญ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนานั้น ได้แก่ ปัญหาการขาดแคลนกำลังคน การกระจายระบบการสนับสนุน เป็นต้น ในขณะที่ทั่วโลกกำลังเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงด้านความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ อุบัติการณ์ของโรคที่เกี่ยวข้องกับความยากจนซึ่งยังดำรงอยู่ อุบัติการณ์โรคใหม่ ๆ เช่น SAR ไร้หวัดนก ตลอดจนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและโรคเรื้อรัง เป็นต้น ดังนั้นองค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงปัญหาร่วมเหล่านี้ จึงได้กำหนดให้ปี พ.ศ. 2549 – 2558 เป็นทศวรรษแห่งการพัฒนากำลังคนขึ้น¹ และได้เสนอยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหา โดยมุ่งเน้นไปที่ การผลิตกำลังคนที่มีจำนวนทักษะ/เจตคติที่เพียงพอและมีการกระจายอย่างเท่าเทียม การสนับสนุนและพัฒนาบุคลากรให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและเต็มศักยภาพ และการอํารงบุคลากรในองค์กรและการจัดการการย้ายอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่กลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก็เผชิญปัญหาสถานการณ์ด้านกำลังคนเช่นเดียวกัน และได้กำหนดแนวทางยุทธศาสตร์มุ่งเน้นในด้าน การผลิตและกระจายกำลังคนให้เพียงพอโดยเฉพาะพื้นที่ชนบทและผู้ด้อยโอกาส การพัฒนาหลักสูตรการผลิตให้มุ่งเน้นไปในการการสาธารณสุข การพัฒนาระบบการบริหารจัดการและระบบการสนับสนุนบุคลากร และการสนับสนุนการสร้างและการจัดการองค์ความรู้ทั้งระดับประเทศและระหว่างประเทศ

1.สถานการณ์และแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้แสดงเจตนารมณ์ที่จะให้รัฐทำหน้าที่ปกป้องสุขภาพของประชาชนโดยให้ความสำคัญกับบริการสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมอย่างเด่นชัด โดยรัฐธรรมนูญได้บัญญัติให้พนักงานของรัฐ และข้าราชการเป็นผู้อำนวยความสะดวกและให้บริการแก่ประชาชน โดยบริการต้องมีมาตรฐาน มีความเท่าเทียมในหมู่ประชาชนทุกหมู่เหล่า ให้บริการที่มีประสิทธิภาพโดยจัดบริการที่มีคุณภาพในราคาที่เป็นธรรมแก่ประชาชน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงกัน และบริการสาธารณสุขสามารถได้รับการตรวจสอบจากประชาชนได้ และต้องการกระบวนการมีส่วนร่วมจากประชาชน² การที่จะบรรลุเจตนารมณ์ตามรัฐธรรมนูญนี้ระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนเพียงพอ มีการกระจายอย่างเท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และมีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน

1.1 การเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ด้านนโยบายการค้าโลก ด้านสังคมและการปฏิรูปต่างๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ

การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจภายหลังยุควิกฤติเศรษฐกิจปี 2540 ทำให้การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันนโยบายการเปิดเสรีทางการค้าของประเทศและการที่รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้คนต่างชาติมารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยเพื่อหวังผลทางด้านเศรษฐกิจ เป็นผลให้เกิดการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น โดยคาดการณ์ว่าในปี 2551 การดูแลผู้ป่วยต่างชาติต้องการแพทย์ประมาณ ร้อยละ 16 ของแพทย์ทั้งประเทศ³ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ของบุคลากรสุขภาพจากภาครัฐเอกชน จากข้อมูลการเพิ่มขึ้นของบุคลากรของแพทย์และพยาบาลของเอกชน⁴ พบว่าสัดส่วนของกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยกลุ่มแพทย์ เพิ่มจาก ร้อยละ 11.4 ในปี 2530 เป็นร้อยละ 21 ในปี 2545 และ กลุ่มพยาบาลเพิ่มจาก ร้อยละ 9.1 ในปี 2530 เป็นร้อยละ 11.7 ในปี 2545 การศึกษาของกัทซพล ธรรมรังสี⁵ พบว่าในกลุ่มแพทย์ที่เข้าไปตั้งลาออกจากราชการในระหว่างปี 2545-2546 ร้อยละ 52.3 ไปปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเอกชน และในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางที่ลาออกจากราชการ ร้อยละ 83 ไปปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเอกชน

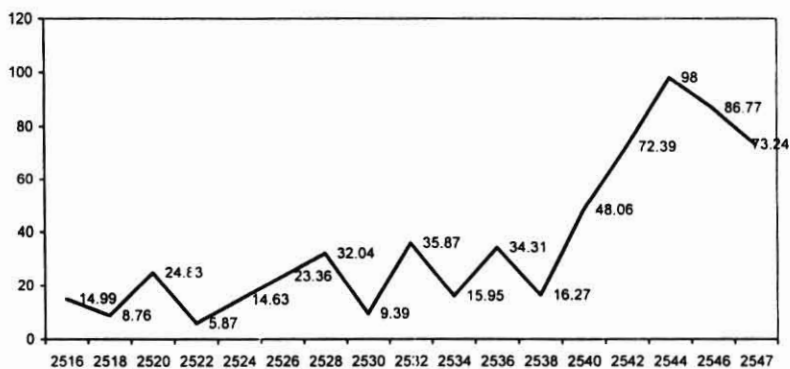
การเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายและการปฏิบัติต่างๆ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540⁶ ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นทั้งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง หนึ่งในบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ แม้ว่า ทรบ.จะกระจายอำนาจยังไม่มีความชัดเจนและความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามขั้นตอนใน ทรบ. แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีหุ้นส่วนในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมากขึ้น ตัวอย่างบูรณาการ ประการแรก การมีส่วนร่วมในการผลิตบุคลากร การจัดสรรทุนเพื่อสนับสนุน ให้เกิดอัตรากำลังด้านสุขภาพในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต.สนับสนุนทุนพยาบาลชุมชน หันดาภิบาล ทำให้เพิ่มโอกาสทางการศึกษาแก่คนในท้องถิ่นและกลับมามีงานรับใช้คนในท้องถิ่นของตน ช่วยลดปัญหาความขาดแคลนและทำให้บุคลากรคงอยู่ในพื้นที่ ประการที่สอง การบริหารจัดการกำลังคน โดยมีรูปแบบการจ้างงานและสถานะที่มีรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การเป็นเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเป็นบุคลากรของชุมชนดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น จ้างงานโดยชุมชนท้องถิ่น ทำให้ลดภาระทั้งในด้านงบประมาณ อัตราค่าจ้างของภาครัฐที่ไม่พอเพียง และยังช่วยแก้ปัญหาความขาดแคลนและทำให้บุคลากรคงอยู่ในพื้นที่ได้ และประการที่สาม การจัดบริการโดยท้องถิ่น พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสนใจและมีการลงทุนในการจัดบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปบช.) ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งเสริมให้เกิดบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 1500 แห่ง โดยองค์กรท้องถิ่นเป็นผู้บริหารให้เกิดบริการดังกล่าวซึ่งสิ่งเหล่านี้กระทบถึงระบบการנסิต การพัฒนาและการวางแผนกำลังด้านสุขภาพและจำเป็นต้องมีแนวทางที่ชัดเจนในด้านนี้

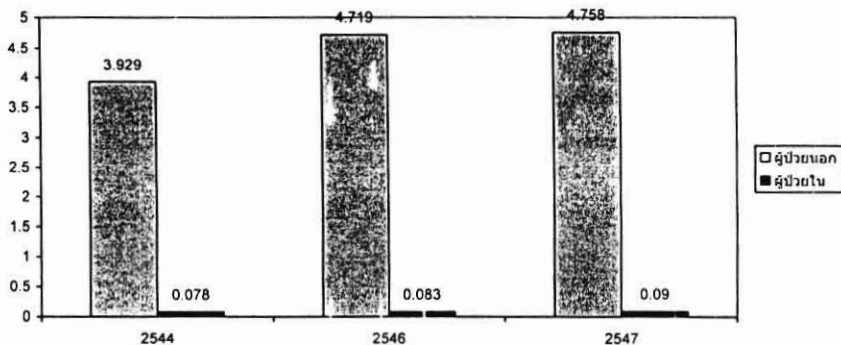
ปัจจัยอันเป็นผลมาจากเงื่อนไขของเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปและเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ได้ผลักดันให้ ความสำคัญของการปฏิรูประบบราชการปรากฏเด่นชัดขึ้น การปฏิรูประบบราชการไทยได้กำหนดโครงสร้างการปรับปรุง กลไกและระบบต่างๆของภาครัฐดังนี้ คือ กำหนดความจำเป็นของภารกิจภาครัฐ ตลอดจนโครงสร้างอำนาจ หน้าที่ในด้านสุขภาพ การปรับปรุงระบบการบริหารให้มีระบบงานบริหารที่สอดคล้องตัวตอบสนองต่อชุมชนได้อย่างทันการณไม่เร่งรัด การปรับปรุงโครงสร้าง กลไกการบริหารที่มีประสิทธิภาพ มีขนาดเล็กลงที่รัดกุมมากขึ้นและง่ายต่อการปรับเปลี่ยน การปรับปรุง กลไกและกฎเกณฑ์ที่เอื้อต่อผู้บริหารมีอิสระในการบริหาร การปรับปรุงระบบราชการเพื่อให้เป็นข้าราชการมืออาชีพ มีคุณธรรมและคุณภาพ และมีศักยภาพในการบริหาร การปรับปรุงวัฒนธรรมและค่านิยมของราชการเน้นความสามารถ ความสุจริต ติศสร้างสรรคและเพียงพอ และการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีเพื่อเอื้อต่อการทำงานให้มีสมรรถนะมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและการปฏิรูปต่างๆนั้นส่งผลต่อระบบกำลังคนดังนี้ ประการแรกผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และเทคโนโลยีของประเทศ ส่งผลให้ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้เกิดการเรียกร้องบริการและเกิดกรณีการร้องทุกข์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้น (ภาพที่ 1) ประการที่สองจากผลของนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการรับบริการที่เกิดจากการเข้าถึงบริการของประชาชนเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 2) จากการศึกษาการสำรวจ สุขภาพและ สวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2544 (ก่อนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า) และ 2546 (ระหว่างโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า) พบทิศทางการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพอย่างชัดเจน คือ อาจกล่าวได้ในเบื้องต้นว่าการพึ่งตนเองทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยลดลง โดยวิเคราะห์จาก สัดส่วนของประชาชนที่ไม่ทำอะไร และ รักษาตนเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ลดลง ร้อยละ 35 เป็น 29 และสัดส่วนผู้ใช้บริการที่สถานบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 71⁷ นอกจากนี้การจัดระบบบริการสุขภาพโดยปรับอัตรากำลังคนในศูนย์สุขภาพชุมชนตามสัดส่วนต่อประชากรส่งผลให้เกิดความต้องการกำลังคนสูงขึ้น

ภาพที่ 1 อัตราการร้องเรียนต่อแพทย์ 10000 คนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา



ภาพ 2 จำนวนครั้งใช้บริการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ต่อ 1 ประชากร)

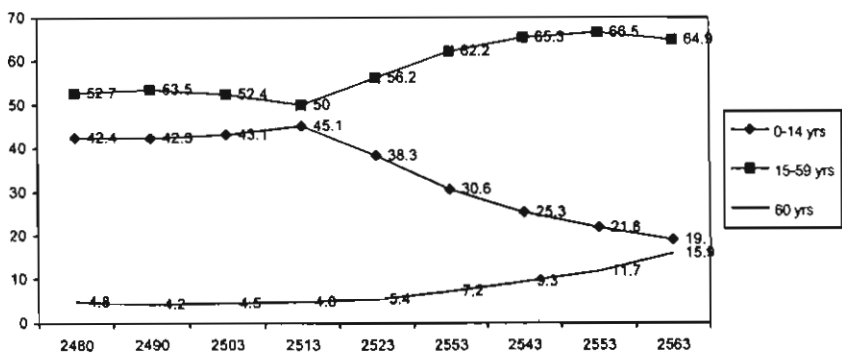


นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมงานสร้างเสริมสุขภาพทุกระดับ ได้รับการให้ความสำคัญ โดยมุ่งเน้น การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการพัฒนาด้านการ สร้างเสริมสุขภาพนำการรื้อสุขภาพจึงไม่จำกัดอยู่เฉพาะบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น เนื่องจากการสร้างเสริม สุขภาพนี้มีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน และในปัจจุบันนี้มีหลายภาคส่วนได้เข้ามาดำเนินการด้านการสร้างเสริม สุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาคประชาชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เครือข่าย/องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร ตลอดจนบุคลากรภาครัฐจากกระทรวงต่างๆ ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม เช่นที่จังหวัด ชอนแก่น มีองค์กรภาคประชาชน เอกชน และภาครัฐซึ่งมาจากหลากหลายกระทรวง ซึ่งขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 22 เครือข่าย^๑ และในปัจจุบันนี้ สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณส่งเสริมและป้องกันโรคลงไปเพื่อองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเพื่อให้องค์กรท้องถิ่นและภาคประชาชนได้เข้ามามีบทบาทในงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ซึ่งประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่า ทักษะและบทบาทของบุคลากรสุขภาพต้องเปลี่ยนไป โดยการทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นและภาคประชาชนมากขึ้น นอกจากนี้ นโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้เน้นความสำคัญของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและภูมิ ปัญญาพื้นบ้านให้เด่นชัดยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมในหลายด้าน

การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา

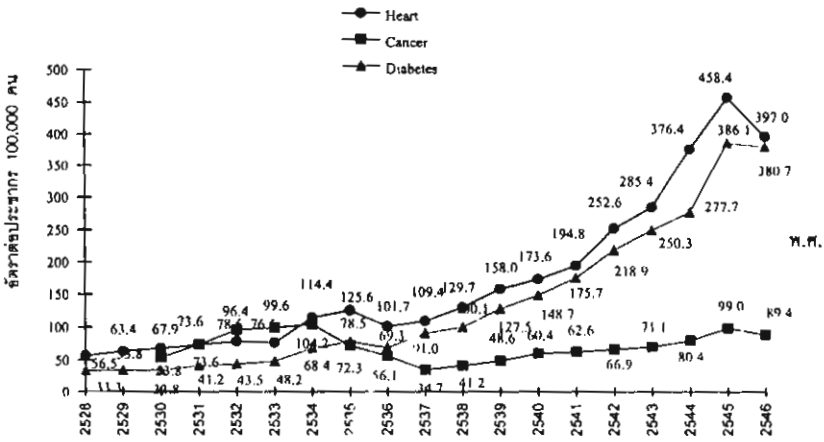
การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยาส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ กล่าวคือ จาก ความสำเร็จในการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลงตามลำดับ^๑ และทำให้สัดส่วนการพึ่งพิงของ ประชากรในวัยเด็ก 0-14 ปีมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่อัตราส่วนในการพึ่งพิงของผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น^๑ (ภาพที่ 3) ดังนั้น ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ ทั้งการพึ่งพิง การดูแล ต่างๆ จะเพิ่มขึ้น และขณะเดียวกัน แนวโน้มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของคนไทย ได้แก่ หัวใจ มะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากพฤติกรรมกรรมกรอาชีพ และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ดังจะเห็นได้จากอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่พบดังนี้ โรคหัวใจ มีอัตรา เพิ่มขึ้นจาก 56.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มเป็น 109.4 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 397.0 ต่อ ประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 โรคมะเร็ง มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 34.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2537 เพิ่มเป็น 89.4 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 และนอกจากนี้ โรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 33.3 ต่อ ประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มเป็น 91.0 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 380.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546^{๑๐} (ภาพที่ 4) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ชี้ให้เห็นความต้องการบุคลากรสาธารณสุขระดับต่างๆในการดูแล

ภาพที่ 3 สัดส่วนร้อยละของประชากรกลุ่มอายุสำคัญและการคาดการณ์ พ.ศ. 2480 – พ.ศ. 2563



ที่มา : - พ.ศ. 2480, พ.ศ. 2490, พ.ศ. 2503, พ.ศ. 2513, พ.ศ. 2523 และ พ.ศ. 2533 ได้จากการสำรวจสำมะโนประชากรและ
 เคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2563 ได้จาก จีระพันธ์ กัลลประทีพย์, การบริการคาดประมาณประชากรของ
 ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2541

ภาพที่ 4 อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อประชากร 10 ,000 คน) ของโรค
 หัวใจ โรคมะเร็งและโรคเบาหวาน พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546



ที่มา รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 หมายเหตุ ความชุกของโรคหัวใจ ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 แสดงเฉพาะมะเร็งตับ ปอด มดลูกและเต้านม เท่านั้น

แม้แนวโน้มผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยจะไม่เพิ่มมากขึ้น แต่จากนโยบายการขยายการรักษ่าผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส อาจส่งผลให้ต้องจ่ายยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยถึงกว่า 2.5 แสนรายในปี 2551 ซึ่งเพิ่มภาระงานในระบบบริการสาธารณสุข ทำให้เกิดความตึงเครียดบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลมากขึ้น นอกจากนั้น ในระยะหลังมีการเกิดขึ้นของโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น SARS ไข้หวัดนก เป็นต้น ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อความต้องการบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคมากขึ้น

ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยภายนอก ระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจและการเมือง การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายของรัฐบาล ตลอดจนสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น ระบบสุขภาพต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้บริการสาธารณสุขที่มีความเท่าเทียมในการเข้าถึงสอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่น มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายหลักคือการมีสุขภาพของประชาชน และระบบการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการจำเป็นต้องมีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ โดยมีจำนวนที่เหมาะสม ศึกษาภาพ/ความสามารถที่เหมาะสม มีการกระจายที่เหมาะสม และในต้นทุนที่เหมาะสมด้วย

1.2 สภาพปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

การวางแผน การผลิตและการพัฒนากำลังคนที่ผ่านมา ได้มีการดำเนินการจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน และมีผลผลิตเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง จากข้อมูลในปี 2543 และปี 2544 พบว่ามีจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพในระดับหนึ่ง เช่น มีแพทย์ให้บริการทั้งในภาครัฐและเอกชนจำนวน 22,465 คน โดยมีสัดส่วนต่อประชากร 1:2,750 จำนวนทันตแพทย์ที่ให้บริการจำนวน 8,178 คน โดยมีสัดส่วนต่อประชากร 1: 7,679 จำนวนเภสัชกรที่ให้บริการจำนวน 13,836 คน โดยมีสัดส่วนต่อประชากร 1:4,539 จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการจำนวน 84,683 คน โดยมีสัดส่วนต่อประชากร 1: 739 จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต้นที่ให้บริการจำนวน 28,839 คน โดยมีสัดส่วนต่อประชากร 1:2,177 ประชากร และได้มีแผนการผลิตทั้งส่วนภาครัฐและเอกชนดังตารางที่ 1⁹

ตาราง 1 แผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ

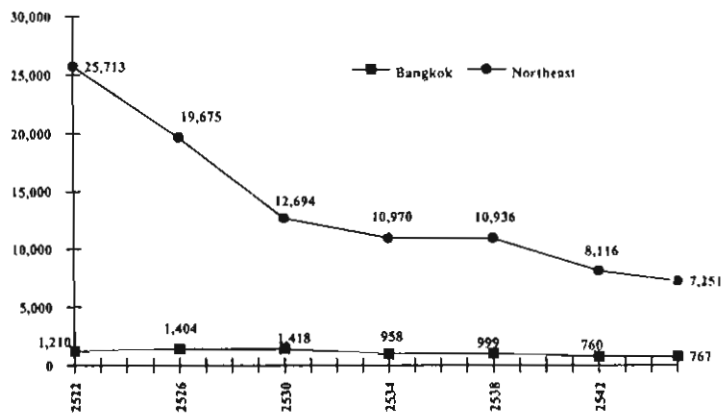
วิชาชีพ	กำลังคน 2544	แผนการผลิตกำลังคน									
		2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
แพทย์	22,465	2020	2139	2179	2247	2247	2282	2282	2282	2282	2242
ทันตแพทย์	8,178	NA	713	713	713	733	733	733	733	733	733
เภสัชกร	13,836	1802	1802	1802	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
พยาบาล	84,683	4505	5885	5885	5885	5915	5915	5915	5915	5915	5915
เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	28,839	1500	1500	1500	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และได้ดำเนินการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ส่งผลกระทบต่อตารางอยู่ของปัญหาด้านกำลังคนบางประการและขณะเดียวกันก็เกิดปัญหาใหม่ๆ ตามขึ้นมา กล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

1.2.1 การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม

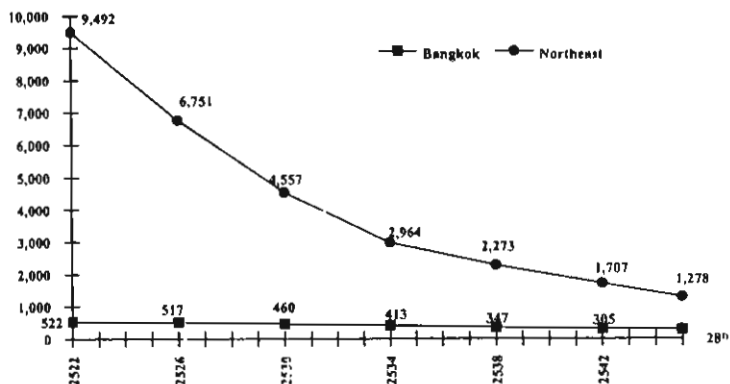
แม้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพิ่มการผลิตในบุคลากรสุขภาพ การใช้มาตรการการคัดเลือกผู้เรียนที่มีภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้ค่อนข้างได้ผลดีในกลุ่มพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขระดับต้น มาตรการการทำสัญญาปฏิบัติงานชดเชยซึ่งมีผลในการเพิ่มบุคลากรเข้าไปสู่นอกพื้นที่กลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร และมีความพยายามใช้เครื่องมือระบบข้อมูลทางภูมิศาสตร์มาช่วยในการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ แต่ปัจจุบันปัญหาด้านความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนยังคงดำรงอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายกำลังคนทางภูมิศาสตร์ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข⁹ พบว่าความขาดแคลนแพทย์ในชนบทยังเป็นปัญหาที่สำคัญ ความหนาแน่นของแพทย์และพยาบาลในกรุงเทพฯ สูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณ 10 เท่า⁹⁻¹⁰ (ภาพที่ 5-6) การขาดแคลนแพทย์ในชนบทก็ยังคงเป็นปัญหาที่ชัดเจน ดังจะเห็นได้จากในปี พ.ศ. 2540 มีโรงพยาบาลอำเภอ 21 แห่งไม่มีแพทย์ประจำ นอกจากนั้นปัญหาที่ยังดำรงอยู่และทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นคือการกระจายกำลังคนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งพบว่าในช่วง ปี พ.ศ. 2545 มีแพทย์ออกจากภาควิชาการร้อยละ 32.2 (ภาพที่ 7)

ภาพที่ 5 สัดส่วนประชากรต่อแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2543

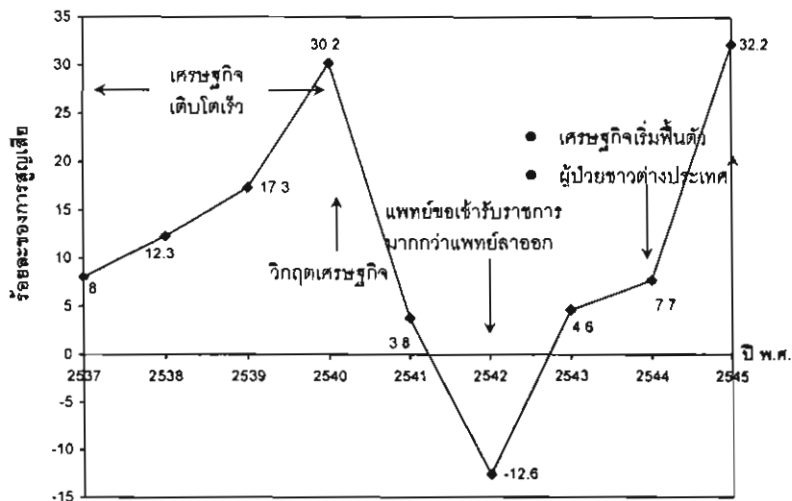


ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2547)

ภาพที่ 6 สัดส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2543



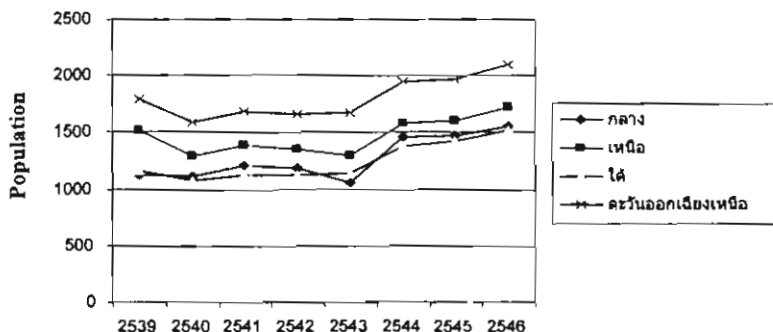
ภาพที่ 7 จำนวนและอัตราการสูญเสียแพทย์สุทธิเพื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้า รับราชการ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537-2545



ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

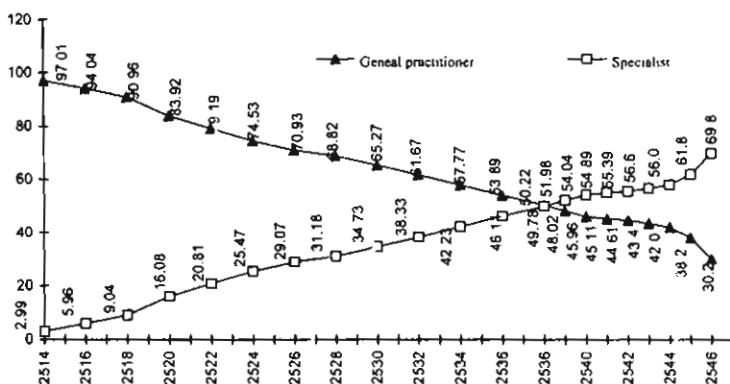
บุคลากรให้บริการระดับปฐมภูมิในปัจจุบันนี้ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชนยังคงเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ของสถานอนามัย ในปัจจุบันเริ่มมีพยาบาลวิชาชีพและทันตภิบาลไปอยู่ในสถานอนามัยขนาดใหญ่ และในอนาคตจะเริ่มมีแพทย์ไปอยู่ประจำด้วย โดยเฉพาะสถานอนามัยในเขตชุมชนเมือง ใน พ.ศ. 2546 มีสถานอนามัยทั้งประเทศจำนวน 9,765 แห่ง มีเจ้าหน้าที่รวมทั้งสิ้น 28,839 คน เฉลี่ยสถานอนามัยละ 3.0 คน อัตราส่วนเจ้าหน้าที่สถานอนามัยต่อประชากรมีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ กล่าวคือ เปลี่ยนจาก 1 : 2,421 คน ใน พ.ศ. 2530 เป็น 1 : 1,762 คน ใน พ.ศ. 2546 โดยเจ้าหน้าที่สถานอนามัยกระจุกตัวอยู่ในภาคกลางและภาคใต้มากที่สุด อย่างไรก็ตาม ช่องว่างระหว่างภาคต่างๆ ก็มีแนวโน้มลดลง¹⁰

ภาพที่ 8 สัดส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สถานอนามัย จำแนกตามภาค ระหว่าง 2539 - 2546



สาเหตุของปัญหาการกระจายกำลังคนนั้น ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการวางแผนกำลังคนนั้นเป็นการวางแผนแบบรวมศูนย์จากส่วนกลางอาจจะขาดความสอดคล้องกับระดับพื้นที่¹¹ การขาดการคำนึงถึงความต้องการของภาคเอกชนและความต้องการบริการที่เปลี่ยนไป และการวางแผนแยกเฉพาะวิชาชีพโดยขาดการให้ความสำคัญกับการผสมผสานทักษะหรือการทำงานทดแทนกันได้บางส่วน (skill mix) เช่น แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป แพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติ/พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์และทันตภิบาล เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าขาดการวางแผนสัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสม จะเห็นหลักฐานได้จาก ภาพที่ 9 ที่สัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางมีสัดส่วนที่สูงกว่าแพทย์ทั่วไปมาก¹² ซึ่งถ้าหากมีกลไกการกระจายงานจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสูงแต่ต้นทุนการผลิตสูงสู่บุคลากรระดับต่ำกว่าแต่สามารถปฏิบัติงานทดแทนได้บางอย่าง จะทำให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ต้นทุนในการผลิตแพทย์ 1 คน สามารถผลิตพยาบาลได้ถึง 11 คน และสามารถผลิตเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชนได้ถึง 30 คน ต้นทุนในการผลิตทันตแพทย์ 1 คน สามารถผลิตทันตภิบาลได้ถึง 10 คน และต้นทุนในการผลิตเภสัชกร 1 คน สามารถผลิตเทคนิคเภสัชกรรมได้ถึง 15 คน¹

ภาพที่ 9 แสดงสัดส่วนแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ตั้งแต่ ปี 2514-2546



¹¹ ที่มา : แพทย์ศลา

1.2.2 การขาดแคลนกำลังคน

กระทรวงสาธารณสุขมีแผนเพิ่มการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนและการกระจาย ทั้งนี้ แผนการเพิ่มการผลิตจะเป็นไปตามแผนความต้องการที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับพิจารณา ส่งผลให้สภากรรมการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันดีขึ้นเมื่อเทียบกับอดีตในบางวิชาชีพ แต่ยังมีบางวิชาชีพที่ปัญหาการขาดแคลนยังคงเป็นปัญหาที่ต่อเนื่อง เช่น การขาดแคลนแพทย์และพยาบาลเป็นจำนวนมาก ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายการรับด้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ทุกคน อุบัติการณ์ของโรค SARS ใช้หวัดนก การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ ตลอดจนการเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างด้าวซึ่งมีจำนวนมากถึง 884,854 คนในปี 2548¹² ส่วนแล้วแต่ส่งผลให้เกิดความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นใน และในขณะเดียวกันนโยบายของรัฐบาลในการส่งเสริมชาวต่างชาติมารับบริการในประเทศไทย และกิจการของสถานพยาบาลเอกชนได้เริ่มฟื้นตัวขึ้นมา ทำให้เกิดผลกระทบต่อการเพิ่มขึ้นของความต้องการด้านสุขภาพ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ¹³ ได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2549 จะต้องใช้แพทย์จำนวน 3,100-5,146 คนที่ดูแลผู้ป่วยชาวต่างประเทศ ขณะที่จะเหลือแพทย์เพียง 23,529 คนที่ดูแลผู้ป่วยคนไทย ปัจจัยข้างต้นนี้ส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพโดยตรงคือการย้ายออกจากสถานบริการของรัฐ โดยเฉพาะชนบทสู่สถานบริการของเอกชน ในบางกลุ่มวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ (ภาพ 7) และพยาบาล ซึ่งจากการสำรวจของสถาบันพระบรมราชชนกพบว่า 23% ของพยาบาลจบใหม่ลาออกของนักเรียนทุนพยาบาล¹⁴ ไปปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลเอกชนหรือเขตเมืองทำให้เกิดการขาดแคลนกำลังคน โดยเฉพาะในเขตชนบท

1.2.3 ความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงานและระบบการสนับสนุน

การจัดระบบสนับสนุนในการทำงานที่เหมาะสมเพื่อให้บุคลากรสุขภาพสามารถดำรงอยู่และปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพนั้นเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ระบบสนับสนุนควรจะมีทั้งการจัดระบบสนับสนุนขององค์กร และการสร้างแรงจูงใจที่เป็นแรงจูงใจด้านการเงินและแรงจูงใจที่ไม่ใช่เงิน¹⁵ ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการต่างๆที่จะจูงใจบุคลากรในการทำงาน ได้แก่ การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมือ อุปกรณ์ ซึ่งพบว่าค่อนข้างเพียงพอ ในด้านการสร้างแรงจูงใจนั้น ได้นำมาตรการจูงใจด้านการเงิน เช่น รัฐได้มีมาตรการการเพิ่มค่าตอบแทนต่างๆให้กับกลุ่มวิชาชีพ โดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ แต่มาตรการดังกล่าวได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่ยังมีปัญหาความไม่เท่าเทียมของการได้รับในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ในด้านแรงจูงใจที่ไม่เป็นเงินที่รัฐจัดสนับสนุนนั้น ได้แก่ โอกาสในการศึกษา/ฝึกอบรม มาตรการด้านสังคม เช่น การให้รางวัล เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ปัญหาด้านการจัดระบบสนับสนุนและจูงใจบุคลากรก็ยังคงปรากฏ เนื่องจากตารางแนบกำลังคนที่ผ่านมานั้นมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มจำนวนคน โดยละเลยในด้านการบริหารจัดการกำลังคนเพื่ออรรถประโยชน์บุคลากรและเพื่อก่อให้เกิดผลิตภาพสูงสุด การพัฒนาบุคลากรระหว่างประจำการในช่วงที่ผ่านมา มักจะมุ่งเน้นการอบรมระยะสั้นในแนวคิดตามความต้องการในแผนงานและโครงการต่างๆ โดยไม่มีการผสมผสานและสอดคล้องกับความต้องการขององค์กร และละเลยการสร้างแรงจูงใจในทางที่จะทำให้บุคลากรสามารถดำรงอยู่ในองค์กรอย่างมีความสุข และสามารถก่อให้เกิดผลิตสูงสุดต่อองค์กรได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาการย้ายออกในกลุ่มแพทย์ และทันตแพทย์ พบว่าความไม่พึงพอใจในระบบการบริหารจัดการเป็นปัจจัยสำคัญในการเป็นแรงผลักดันให้บุคลากรย้ายออกจากชนบท นอกเหนือจากความต้องการศึกษาต่อ การงานที่มากเกินไป และรายได้¹⁶ ซึ่งรายได้พบว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลการย้ายออกจากชนบท หรือภาครัฐเนื่องจากมาความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างรายได้ในภาครัฐและเอกชนในบางกลุ่มวิชาชีพ จากการศึกษาของคุงิลิธี ฮอร์วาราโนทัย¹⁷ พบว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเอกชนนั้นมีรายได้มากกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ 6.1 - 10.7 เท่า ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเอกชนนั้นมีรายได้มากกว่าทันต

แพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ 3.3 – 7.6 เท่า เกษตรกรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเอกชนนั้นมีรายได้มากกว่า เกษตรกรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ 1.8 – 2.6 เท่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเอกชนนั้นมีรายได้มากกว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ 1.4 – 2.2 เท่า เทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเอกชนนั้นมีรายได้ มากกว่าเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ 1.5 – 2.8 เท่า นักรังสีการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการ เอกชนนั้นมีรายได้มากกว่านักรังสีการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ 1.6 – 2.0 เท่า เป็นต้น

นอกจากนั้น กลุ่มบุคลากรระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นกลุ่มที่เป็นด่านหน้าของระบบบริการสาธารณสุข แต่กลับเป็นบุคลากรที่ ถูกละเลย จากการศึกษาของ อรุณ บุญหนา” พบว่า เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่สถานีมีอัตราการย้าย 13.5% โดยปัจจัยหลักใน การย้ายเนื่องมาจากความไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้แจ้งความประสงค์ขอ ย้ายถึง 50% และมีเฉพาะบาง ส่วนที่สามารถย้ายได้สำเร็จ ซึ่งปัญหาเหล่านี้สมควรได้รับการแก้ไข ซึ่งอาจเป็นตัวชี้วัดถึง ความต้องการระบบการสนับสนุนและแรงจูงใจที่เหมาะสม

1.3 ปัญหาด้านกลไกการวางแผน การผลิต และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

จากปัญหาด้านกำลังคนที่กล่าวมาข้างต้น สาเหตุหลักในด้านกลไกที่สำคัญที่ส่งผลต่อปัญหาดังกล่าว อาจกล่าว สรุปได้ 3 ประเด็นดังนี้

1.3.1 การขาดกลไกการผลิตเงินโยนขาย

ในช่วงปี พ.ศ. 2524-2537 ได้มีมติคณะรัฐมนตรี ให้มี “คณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และ สาธารณสุข” ขึ้น โดยความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภคกำลังคนด้านสุขภาพ และมี “ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และ สาธารณสุข” เป็นเลขานุการกิจ เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2538-2539 สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข ได้ร่วมกันจัดทำโครงการวิจัยด้านการ คาดการณ์กำลังคนในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ทำให้เกิดองค์ความรู้ในการคาดการณ์กำลังคนและมีเครือข่ายนักวิชาการ และ ต่อมาได้มีการดำเนินกิจกรรมในด้านเผยแพร่องค์ความรู้ในระดับนานาชาติ ได้แก่ มีการจัดทำวารสารวิชาการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health Development) ในปี พ.ศ 2540 และจัดมีการจัดสัมมนาเพื่อ เพิ่มพูนความรู้แก่กลุ่มนักวิชาการ ซึ่งกิจกรรมทั้งหลายเหล่านี้เป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์การสร้างบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้าน กำลังคนและกระตุ้นให้บุคลากรหลายฝ่ายได้ตระหนักถึงความสำคัญของกำลังคน และเพื่อสร้างกลไกเชื่อมโยงระหว่างองค์ ความรู้และการผลักดันนโยบาย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากบริบทของประเทศไทยที่เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ในการประสานงาน ติดตาม และประเมินผล จึงทำให้การดำเนินงานด้านนี้ขาดความต่อเนื่อง

เนื่องจากกำลังคนด้านสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ รัฐและ เอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้อง มีกลไกอิสระที่มีบทบาทหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ พร้อมับจัดเวทีสำหรับการมี ส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในกระบวนการวางแผน การควบคุมและประเมินผล เพื่อให้ระบบกำลังคนมีการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และได้เสนอจัดตั้ง คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้น ซึ่งหนึ่งในบทบาทที่สำคัญนั้นคือการส่งเสริม สนับสนุนให้มีกระบวนการพัฒนานโยบาย และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้ จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เป็นคณะกรรมการประจำ ทำหน้าที่เป็นกลไกติดตามประเมินและ คาดการณ์สถานการณ์เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ และพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ที่จำเป็นในการแก้ปัญหากำลังคน

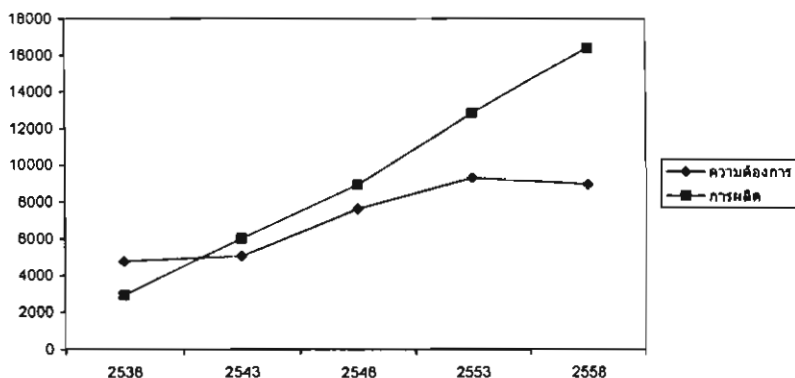
และคณะกรรมการนี้ จะเป็นกลไกประจำภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อมีการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ⁴

1.3.2 การขาดการเชื่อมโยงระหว่างการวางแผนกำลังคนและการผลิต

กำลังคนด้านสุขภาพของไทยนับว่ามีคุณภาพที่ดี ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการได้ศึกษาคุณภาพดี มีระบบการสาธารณสุขที่เป็นฐานการผลิตที่ดี และมีการพัฒนาสถาบันการศึกษาอย่างต่อเนื่อง แต่การขาดกลไกการประสานระหว่างสถาบันการผลิตและระบบสาธารณสุขนั้น ส่งผลต่อการผลิตที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อปัญหาการขาดแคลนในบางวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ในขณะที่บางวิชาชีพ เช่น ทันตแพทย์ มีแนวโน้มจะเต็มตำแหน่งที่ได้รับการจัดสรรในภาครัฐ และเภสัชกรมีแนวโน้มจะเกิดความต้องการ⁵ การคาดการณ์ความต้องการ และการผลิตของทันตแพทย์ใน 20 ปีข้างหน้าในภาพที่ 10⁶ แสดงให้เห็นว่าความต้องการทันตแพทย์เพิ่มขึ้นในระหว่างปี 2543 ถึงปี 2553 และตั้งแต่ปี 2553 ถึง 2558 ความต้องการมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ในขณะที่การผลิตก็ยังคงเป็นอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในกรณีเช่นนี้หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนของความต้องการหรือด้านการผลิตแล้ว เห็นได้ชัดว่าจะเกิดการสั้นงานของทันตแพทย์

ในขณะที่ระบบสาธารณสุขต้องการบุคลากรให้บริการระดับชุมชน แต่การผลิตยังคงมุ่งเน้นไปที่การผลิตกำลังคนเฉพาะทางระดับสูง เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นปัญหาความไม่สอดคล้องกันระหว่างการผลิตและความต้องการของระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม มีความพยายามในการพัฒนาระบบการผลิตที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ ซึ่งที่เห็นได้ชัดเช่นได้แก่ การผลิตบุคลากรพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขระดับต้นของวิทยาลัยพยาบาล 34 แห่งและวิทยาลัยสาธารณสุข 7 แห่ง ซึ่งได้มีการใช้กลยุทธ์ การคัดเลือกจากชุมชน การจัดการเรียนการสอนใกล้บ้านและเน้นชุมชน และหลังจากสำเร็จการศึกษาได้กลับไปปฏิบัติงานในชุมชน ซึ่งพบว่ากลยุทธ์นี้สามารถเพิ่มบุคลากรในชุมชนได้และอัตราการคงอยู่สูง¹⁹ ได้มีความพยายามใช้กลยุทธ์นี้ในการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท โดยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากผลการประเมิน พบว่ามีแพทย์ซึ่งยังปฏิบัติงานที่ชนบทภายหลังจากการศึกษา 3 ปี ร้อยละ 68¹⁹ ในระหว่างปี พ.ศ. 2538 - 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท จำนวน 3000 คน โดยใช้หลักการคัดเลือกจากท้องถิ่น การจัดการเรียนการสอนใกล้กับท้องถิ่น และปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่นหลังจบการศึกษา อย่างไรก็ตามยังไม่พบผลการประเมินโครงการดังกล่าว

ภาพที่ 10 การคาดการณ์ความต้องการ ทันตแพทย์เปรียบเทียบกับการผลิตทันตแพทย์



ที่มา : ดวงใจ เล็กสมบุญ และคมสรรพ์ บุญสิงห์ - ช้างใน (9)

1.3.3 การขาดองค์ความรู้ในการสนับสนุนการวางแผนกำลังคน

การวางแผนกำลังคนที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารด้านระบบสุขภาพและระบบกำลังคนที่ทันสมัยสถานการณ์เพื่อประกอบการตัดสินใจ และขณะเดียวกันต้องการองค์ความรู้จากการวิจัยและการรวบรวมอย่างมีระบบเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบาย วางแผน ตลอดจนการพัฒนาาระบบกำลังคนให้ดียิ่งขึ้น ในด้านระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพนั้น ปัญหาที่พบในปัจจุบันนี้ได้แก่ ข้อมูลมีการจัดเก็บโดยหลายหน่วยงาน ซึ่งมีประมาณ 15 หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลทั้งหมด และนัยจากนั้นพบว่า ขาดความเชื่อมโยงของข้อมูล ข้อมูลซ้ำซ้อน และไม่ตรงกัน ตลอดจนการขาดระบบการจัดการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดนโยบาย²⁰

แม้ปัจจุบันจะมีงานวิจัยด้านกำลังคนเพิ่มขึ้นในระดับหนึ่ง เช่น มีการศึกษาการวางแผนกำลังคนในกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มแพทย์²¹ ทันตแพทย์และทันตบุคลากร²²⁻²³ บุคลากรด้านเวชกิจฉุกเฉิน²⁴ พยาบาล²⁵ เภสัชกร²⁶ เจ้าหน้าที่สถานอนามัย และบุคลากรอื่นๆ²⁷⁻²⁸ แต่บริบทแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และปัญหาการขาดกลไกในการประสานงานและติดตามผลตลอดทั้งผลิตภัณฑ์งานวิจัยอย่างสม่ำเสมอ และการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้การพัฒนางานวิจัยด้านนี้และการเชื่อมโยงไปสู่การกำหนดนโยบายขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ ความสนใจในด้านกำลังคนด้านสุขภาพของผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้อง ยังอยู่ในวงจำกัด จึงมีความจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมในกระบวนการวางแผนกำลังคน ติดตามประเมินและพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

สิ่งจำเป็น ในการกำหนดทิศทางกระบวนการวางแผน พัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ อีกทั้งให้เกิดมีระบบติดตามประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพอย่างรอบด้านทุกมิติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้มีการประสานให้องค์กร หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง บูรณาการในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกันพัฒนาให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการ และแนวทาง เพื่อให้สามารถแก้ปัญหากำลังคนในปัจจุบันและรองรับสถานการณ์ในอนาคต ตลอดจนการวางทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. Joint Learning Initiative. Human Resources for Health: Overcoming the crisis. Massachusetts: Harvard University Press; 2004.
2. World Health Organization. Working together: World Health Report 2006. Geneva, WHO. 2006.
3. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐
4. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน. เอกสารนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 15 มกราคม 2546
5. ย้ำพล จินดาวัฒน์. Safe staffing saves life: พยาบาลปลอดภัย ประเทศไทยมีสุข. เอกสารประกอบการบรรยายเนื่องในวันพยาบาล วันที่ 14-16 มิถุนายน พ.ศ. 2549. (เอกสารจัดสำเนา)
6. ทักษพล ธรรมรังสี. แพทย์ลาออก. กรุงเทพฯ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
7. ทักษพล ธรรมรังสี. การกระจายแพทย์ที่เหมาะสมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
8. นงลักษณ์ ทะโกยะ และ วินัย วงศ์อาสา. ชุมบทเรียนโครงการเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพจังหวัดขอนแก่น 2549. (เอกสารจัดสำเนา)
9. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545
10. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2548
11. Chunharas, S. Human Resource for Health Planning: The Thai Experience. HRDJ 1988; 2: 98-108.
12. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบสรุปผลการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว ณ วันที่ 16 พฤษภาคม 2548.
13. กระทรวงสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก. การสำรวจความต้องการการเข้าปฏิบัติงานของผู้จบการศึกษาในปี 2548. (ไม่ได้ตีพิมพ์)
14. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. รายงานการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระหว่างประจำการของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. 2542
15. Lomboon, D. Retention of dentist at rural in Thailand. PhD Thesis. University of Liverpool, 2004
16. Pannarunothai, S. Administrative system in public and private hospitals: Financial and business management for hospital that will be operated as an autonomous agency. Bangkok. Health System Research Institute. 1999
17. อรุณ บุญนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขอย้ายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2548
18. Jindawatthana A, Millintakul, Rajataramya, B. Future policy options for HRH production In the Ministry of public health, Thailand. HRDJ 1998, 3:43-54.
19. Wibulpolprasert, S and Pengpaibon, P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. Human Resources for Health 2003, 1:12
20. ทักษพล ธรรมรังสี. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพจากการสำมะโนประชากร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.

21. Sirikanokwilai, N; Wibulpolprasert, S and Pengpaiboon, P. Modified population-to-physician ratio method to project future physician requirement in Thailand. HRDJ 1998; 2(3): 197- 209
22. Panyasingh, K; Udompanich, S and Lexomboon, D. Baseline Projection of Requirements for Dental health Manpower in Thailand. HRDJ 1997; 1(1): 24- 34.
23. Udompanich, S. System Dynamics Model in Estimating Manpower Needs in Dental Public Health. HRDJ 1997; 1(1): 35- 47
24. Sateanrakam, W and Kangvallert, R Demand for Mobile Emergency Medical Units (MEMUs) and Emergency Medical Technicians (EMTs) for prehospital care in Thailand during the next two decade HRDJ 1997; 1(1). 56- 65
25. Snsuphan, W; Senaratana, W; Kunaviktikul, W et al. Supply and requirement projection of professional nurses in Thailand over the next two decade (1995 – 2015 AD). HRDJ 1998 2(3). 210- 220
26. Payanantana, N; Sakolchui, S; Pitaknitinon, K et al. Future human resources balance for pharmacy and health consumer protection services in Thailand HRDJ 1998; 2(2): 129- 141
27. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ รศสุคนธ์ กังวาลเลิศ นิชากร สิริกนกวิไล และ คณะ. รายงานการศึกษาวิจัยการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า. สถาบันวิจัยระบบบริการสาธารณสุข. 2540.
28. นงลักษณ์ ทะโกยะ อัญชลี อินทนนท์ อนุชิต สงสม. ความต้องการกำลังคนของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยการวิเคราะห์ภาระงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปี 2548

ด้วยในปี 2549 เป็นปีมหามงคลฉลองสิริราชสมบัติ ครบ 60 ปีของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติซึ่งมี นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธาน เห็นควรให้ต่อยอดการดำเนินงานจาก "คำประกาศเจตนารมณ์ร่วมสร้างสังคมอยู่เย็นเป็นสุข" ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2548 โดยน้อมนำกระแสพระราชดำรัส เรื่อง เศรษฐกิจพอเพียง มาใช้เป็นประเด็นหลักสำหรับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ.2549 ว่า "เศรษฐกิจพอเพียงสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุข"

ห้องสมุด ๓๐๐ ปี สมเด็จพระนางเจ้า



00004377



สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
National Health Systems Reform Office (HSRO)

ชั้น 2 อาคารด้านทิศเหนือสวนสุขภาพ (ถ.สาธิตนคร 6)
กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0-2590-2304 แฟกซ์ 0-2590-2311 www.hsro.or.th