



หนังสือชุด

การขับเคลื่อนการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่



สร้างสมดุลคนสุขภาพ

บทเรียนจากภาคอีสาน

สร้างคุณค่าคนสุขภาพ

บทเรียนจากภาคอีสาน

ที่ปรึกษา : นพ. มงคล ณ สงขลา, นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นพ. อ่ำพล จินดาวัฒน์, นพ. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, นพ. วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, นพ. ศุภกิจ ศิริลักษณ์

บรรณาธิการ : เพ็ญนา หงษ์ทอง

กองบรรณาธิการ : นงลักษณ์ พะไถยะ, นพ. จิณกร โนรี, สัณญา ศรีรัตน์, นิภาภรณ์ ตีสิงห์, กรองทอง แก่นคำ, เพ็ญนา หงษ์ทอง

พิสูจน์อักษร : พิชญนาถ ครองญาติ

ปกและรูปเล่ม : พิมพ์นิยม 71

ดำเนินการผลิต : Little Tree

จัดพิมพ์โดย : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.)

สนับสนุนโดย : คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สนย.)

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.)

องคารคลังพัสดุ ชั้น 3 ภายในกระทรวงสาธารณสุข ซ. สาธารณสุข 6

ถ. อาคารติวานนท์ ต. ตลาดขวัญ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-590-2366-7 โทรสาร 02-590-2385

www.hrdothai.org



สารบัญ

- 6 > เปิดเล่ม โดย นายแพทย์มงคล ณ สงขลา
- 8 > กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อการสาธารณสุขแนวใหม่ นายแพทย์ประเวศ วะสี

ภาคหนึ่ง แผนแม่บทชุมชน มิติใหม่การจัดการกำลังคนสาธารณสุข

- 17 > แผนแม่บทชุมชน มิติใหม่การจัดการกำลังคนสาธารณสุข
- 19 > เมื่อการจัดการจากส่วนกลางไม่ตอบโจทย์ท้องถิ่น
- 22 > นวัตกรรมเกิดเมื่อท้องถิ่นและประชาชนเข้มแข็ง
- 29 > แผนแม่บทชุมชน หนึ่งคำตอบสังคมพหุลักษณะ
- 36 > ในทศวรรษ นายแพทย์อ่ำพล จินดาวัฒน์ เลขานุการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ภาคสอง อีสาน ปฐมบทการขับเคลื่อนกำลังคนระดับพื้นที่

- 49 > โรงพยาบาลน้ำพอง พยาบาลชุมชน ทูตสันถวไมตรีเชื่อมสัมพันธ์ชุมชน-โรงพยาบาล
- 59 > โรงพยาบาลขอนแก่น จากตึกเขียวสู่การผลิต
- 65 > โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย กับภารกิจสร้างนักรักษาภาพเพื่อชุมชน
- 77 > โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ขยายเครือข่าย สร้างนักรักษาภาพ ลดความแออัด
- 89 > สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เต็มคนที่ต้องการไม่ใช่คนที่ขาด
- 101 > พื้นที่ 10 แก้ปัญหาเขต คาถาดักกันผีผ้าห่ม
- 113 > กาศิรินทร์ สุขภาพดีได้ด้วยมือประชาชน
- 121 > พระ หมอ ญาติ อาสาสมัคร กำลังคนสี่ประสาน ที่อโรคยาศาล วัดคำประมง สกลนคร
- 132 > ปิดเล่ม โดย นายแพทย์ไพจิตร วราชาติ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



เปิดเล่ม



เดือนเมษายน 2550 คณะรัฐมนตรีในขณะนั้นได้ให้ความเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ (2550-2559) ซึ่งกลายเป็นร่วมใหญ่ในการ ผลักดันงานกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ หลังจากนั้นไม่นานคณะกรรมการ กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติได้รับการแต่งตั้งขึ้น เพื่อเป็นกลไกหลักในการ ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป อย่างไรก็ตาม การนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัตินั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุก ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมมือกันผลักดัน

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการดำเนินการวางแผนและพัฒนากำลัง คนมาอย่างยาวนาน แต่ปัจจุบันปัญหากำลังคนก็ยังเป็นสิ่งที่ท้าทายอยู่ ไม่ว่าจะเป็น การขาดแคลนกำลังคนในพื้นที่ชนบท การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม คน ทำงานขาดขวัญกำลังใจ เป็นต้น สิ่งนี้บอกเหตุว่า การวางแผนกำลังคนที่เคยรวม ศูนย์ที่ส่วนกลางอาจจะไม่สามารถแก้ไขปัญหากำลังคนในระดับพื้นที่ได้ เพราะ ขณะนี้สถานการณ์ต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ เป็นสถานการณ์ที่ค่อนข้างจะมีความ ซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ในหลายกรณีที่พบว่าปัญหาการจัดการกำลังคนควรจะต้องมีการจัดการ ในระดับพื้นที่ และเป็นที่ประจักษ์ว่าในหลายพื้นที่ได้มีการจัดการกำลังคนด้วย ตนเองและเห็นผลสำเร็จ กรณีการแก้ปัญหาพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อปฏิบัติงานที่ สถานีนอมาลัยในระดับเขต เพื่อลดปัญหาความไม่เป็นธรรมระหว่างจังหวัดเล็กและ จังหวัดใหญ่ นำทีมโดยผู้ตรวจราชการ นายแพทย์นิทัศน์ ราชยาวา กรณีการร่วม

มือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้เพื่อแก้ปัญหาพยาบาลขาดแคลนของจังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดขอนแก่น หรือแม้แต่การจัดการกำลังคนในระดับอำเภอและตำบล เช่น การแก้ปัญหาความต้องการนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลด่านซ้ายใน สถานการณ์ที่ไม่มีตำแหน่งราชการรองรับ หรือการร่วมมือกันระหว่างองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล และสถานีนอมาลัย ในการคัดเลือนักเรียน พยาบาล และการจ้างงานพยาบาลวิชาชีพ เช่น ที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น และตำบลศรีฐาน จังหวัดยโสธร และยังมีอีกหลายกรณีที่เป็นตัวอย่างที่น่าสนใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บ่งบอกว่าการจัดการปัญหากำลังคนต้องการการก้าวข้ามข้อจำกัดต่างๆ ดังนั้น ภาวะเทียบต่างๆ เช่น สภาวิชาชีพ ระเบียบของสำนักงานประมาณคดี คิวร จะเอื้อต่อการจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ด้วย โดยยึดหลักผลประโยชน์ของ ประชาชนเป็นหลัก เราจึงจะสามารถไปสู่เป้าหมายกำลังคนที่พอเพียงทั้งด้าน จำนวนและคุณภาพได้

การจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุก ภาคส่วน โดยเฉพาะประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง พื้นที่ที่สามารถร่วม กำหนดได้ว่าต้องการกำลังคนประเภทไหน ได้มาอย่างไร ใครจะผลิต และจะอ้างร ายอยู่ในชุมชนได้อย่างไร สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ทำอย่างไรการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพจะขยายตัวออกไปจาก Health for All เป็น All for Health คือทำให้คนทุกคนเป็นกำลังคนที่จะดูแลสุขภาพของตัวเอง ดูแลสุขภาพของ ครอบครัว และสุขภาพของชุมชน เพราะฉะนั้นสิ่งเหล่านี้เป็นนวัตกรรมที่จะ สามารถแก้ไขปัญหาคารขาดแคลนกำลังคนได้ในระดับหนึ่ง หากแผนด้านกำลัง คนระดับพื้นที่สามารถทำได้ดังนี้ น่าเชื่อว่าจะเป็นแผนกำลังคนที่จะสอดคล้องกับ ความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

บทเรียนและประสบการณ์ของการบริหารและจัดการกำลังคนระดับพื้นที่ ในหนังสือเล่มนี้ อาจจะไม่ใช่ว่าดีที่สุดที่สุด หากแต่น่าจะสามารถเป็นตัวอย่าง ประกายความหวังให้ทุกคนได้เห็นว่ามีทางออก ข้อจำกัด ปัญหาที่ทางออกเสมอ หากเราคิดหาทางออกและลงมือทำอย่างจริงจัง

นายแพทย์มงคล ณ สงขลา
ประธานคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ



กระบวนทัศน์ใหม่ เพื่อการสาธารณสุขแนวใหม่

นายแพทย์ประเวศ วะสี



เราต้องถามว่าเราทำอะไรและจะทำอะไรกับสิ่งที่เรากำลังจะทำ ภาคอีสานเป็นภาคที่ใหญ่ที่สุด มีคนมากที่สุด และคนอีสานก็มีความอดทนสูงกว่าคนภาคอื่น เป็นพื้นที่ยากจน แต่มีคนที่มีความรู้และทรัพยากรที่มีคุณค่าคือคนอีสาน เพราะฉะนั้นจะทำอย่างไรให้ภาคอีสานสร้างคนที่มีสุขภาพดีที่สุด ถ้าช่วยกันทำให้ดีจะเป็นตัวอย่างในการสร้างสุขภาพให้กับคนทั้งประเทศ

ชุมชน : ฐานรากของเจดีย์สุขภาพ

คำว่า สุขภาพ ไม่ใช่หมายถึงการไม่มีโรคเท่านั้น แต่หมายความถึงสุขภาพะ ทั้งกาย จิต สังคม ปัญญา เพราะฉะนั้นสุขภาพเกี่ยวข้องกับทุกอย่าง

สุขภาพบูรณาการเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และสังคมทั้งหมด เพราะฉะนั้นเรื่องราวทั้งหมดก็ถือว่าเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ไม่ว่าจะ เป็นเศรษฐกิจ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การศึกษา และศาสนา รวมทั้งนโยบายสาธารณะ เราควรร่วมสร้างสุขภาพของคนทั้งมวลเพื่อสุขภาพแนวใหม่ ไม่ใช่เฉพาะภายในโรงพยาบาล หมอ ยา เท่านั้น แต่เป็นเรื่องของคนทุกคนที่เกี่ยวข้อง และทุกความเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นในสังคมล้วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพของสมาชิกในสังคม

การสร้างสุขภาพต้องสร้างด้วยแนวคิดเดียวกับการสร้างเจดีย์ ที่ต้องเริ่มสร้างจากฐาน ทำให้ฐานแข็งแรงก่อน หากฐานไม่แข็งแรงยอดก็จะพังลงมา ปัจจุบันการพัฒนาทุกด้านของประเทศล้วนเริ่มจากยอดเจดีย์ ทั้งเศรษฐกิจ การศึกษา

ประชาธิปไตย โดยที่เรายังไม่มีการสร้างฐานให้แข็งแรง ฐานของสังคมคือชุมชน คือความเกื้อกูล และเชื่อมโยงความเกื้อกูลกัน ดังนั้นเราต้องมองเชิงระบบตามแบบรูปเจดีย์ ทั้งสังคม เศรษฐกิจ ชุมชน ระบบข้างบนก็จะตั้งมั่นเพราะอยู่ในฐานที่แข็งแรง

เรื่องชุมชนท้องถิ่นจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เรามีเครื่องมือต่างๆ มากมายในสังคม แต่เราขาดการออกแบบ การพัฒนาที่ดี เหมือนเรามีลิ่ว มีค้อน ถ้าเราไม่มีการออกแบบ ตอกไปเรื่อย แกะไปเรื่อย ก็ไม่รู้แกะเป็นรูปอะไร เราต้องคิดเป็นรูปเจดีย์ ทั้งสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม สุขภาพ การศึกษา ประชาธิปไตย การขยับจากข้างบนทำให้เกิดการทุจริตคอร์รัปชันสารพัดอย่าง การขยับจากข้างล่างง่ายกว่าเพราะเป็นเรื่องความจริงของชีวิต สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม แต่ข้างบนเป็นเรื่องของอำนาจ รูปแบบ เงิน ความฉ้อฉล ข้างล่างใช้เงินน้อยกว่า เป็นความจริงของชีวิต หากเราพัฒนาจากข้างล่างขึ้นไปอย่างจริงจังเราจะสามารถสร้างสังคมใหม่ได้

ในการมองเรื่องสุขภาพก็ต้องใช้แนวคิดเรื่องสุขภาพแนวใหม่เช่นเดียวกัน ไม่ต้องคิดว่าโรงเรียนแพทย์จะกำหนดอะไรจากข้างบน ต้องมองว่าชุมชนทำอะไรท้องถิ่นต้องการอะไร การปฏิบัติในพื้นที่ต้องมีส่วนวางแผนในการพัฒนาคนด้วยตรงนี้จะทำได้ดีขึ้น ช่วง 10-20 ปีที่ผ่านมา เราสามารถทำเรื่องชุมชนได้ดี เพราะเราเข้าใจเรื่องชุมชนมากขึ้น เข้าใจระบบสุขภาพมากขึ้น การมองกำลังคนด้านสุขภาพต้องใช้แนวคิดสุขภาพแนวใหม่ว่าชุมชนท้องถิ่นทำอะไร มีส่วนกำหนดอย่างไร ไม่ใช่ตัวภาครัฐเท่านั้น

ระบบสุขภาพที่ดีและอยู่ได้คือระบบชุมชนต้องเข้มแข็งในทุกด้านๆ ไม่ใช่มองแค่เทคโนโลยีตะวันตกเท่านั้น ในระบบสุขภาพ ภาคที่มีการวางแผนกำลังคนได้ดีที่สุดคือ ทันตสาธารณสุข การทำงานทางระบาดวิทยาทำให้เรารู้ว่ามีประชากรที่ฟันผุเท่าไร มีเครือข่ายกำลังคนเท่าไร เรื่องอื่นก็เช่นเดียวกัน เราสามารถทำได้ เริ่มจากการสำรวจว่าชุมชนต้องการอะไร เช่น ชุมชนคนพิการต้องการอะไร เช่น ต้องการนักกายภาพบำบัดช่วยดูแลคนพิการก่อน และให้มีการแพทย์แผนไทยมาช่วยเรื่องรักษา ที่ผ่านมามีชาวบ้านสามารถให้บริการตนเองได้ทุกอย่าง ทั้งการแพทย์แผนไทย การประคบสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผ่อนแรงกำลังคนในระบบสุขภาพของรัฐได้มาก เรารู้ว่าการจะให้คนไข้ไปโรงพยาบาลทั้งหมดเป็นไปได้ เพราะโรงพยาบาลจะแน่นไปหมด เราต้องสร้างความสามารถในการ

ดูแลให้เกิดขึ้นทุกระดับภายในชุมชน เช่น เป็นหวัด เจ็บคอ ทุกคนสามารถดูแลตัวเองและคนในครอบครัวได้ ส่วนโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน ก็ให้ชุมชนช่วยดูแลกันเอง บางเรื่องอาจต้องมีการสนับสนุนโดยคนที่มีความรู้เสริมก็ให้โรงพยาบาลเป็นกำลังเสริมในส่วนนี้

โรงพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน

เคยมีการพูดเรื่องโรงพยาบาลชุมชนต้องให้เป็นของชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน แต่ติดขัดข้อจำกัดมากมายจึงเกิดขึ้นไม่ได้จริง ทั้งข้อจำกัดด้านงบประมาณ กำลังคน การก้าวข้ามข้อจำกัดต่างๆ จะเกิดขึ้นได้หากมีความร่วมมือกันในแบบที่เรียกว่าสามเหลี่ยมพยาบาลชุมชน ที่ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชน และคณะพยาบาลศาสตร์ (รวมถึงวิทยาลัยพยาบาล) มาทำงานร่วมกัน โดย อบต. (หรือท้องถิ่น) มีหน้าที่คัดเลือกเด็กในชุมชนเข้าเรียน และจ่ายค่าเล่าเรียนให้ เมื่อจบการศึกษาจะไปทำงานที่ รพช. ทุกคนได้ประโยชน์ เด็กมีงานทำ รพช. มีกำลังคนเพิ่ม ท้องถิ่นได้พยาบาลชุมชน พยาบาล 1 คน ให้ดูแล 2 หมู่บ้าน ปัจจุบันเรามี อบต. นับพันแห่ง วิทยาลัยพยาบาล 71 แห่ง หากเราขยายรูปแบบความร่วมมือนี้ให้ทั่วประเทศ อีก 10 ปีข้างหน้าเราจะมีพยาบาลชุมชนทุกหมู่บ้าน สุดท้ายผลจะกลับสู่โรงพยาบาลที่จะมีเวลาดูแลให้บริการโรคที่มีความยาก ซับซ้อน และประณีตได้มากขึ้น ระบบหลักประกันสุขภาพก็จะมีคุณภาพมากขึ้น

ระบบบริการสุขภาพจะสมบูรณ์หากเราให้บริการทั้ง 3 ประเภท คือ ระบบสุขภาพชุมชน บริการการแพทย์ทั่วไป และบริการการแพทย์พิเศษ มีการประสานกันอย่างมีคุณภาพ

ตอนนี้เรากำลังทำโครงการร่วมกับสภาการพยาบาลในการสร้างพยาบาลชุมชน อยากรจะให้ทุกจังหวัดมีมูลนิธิพยาบาลชุมชน ให้มีการเชื่อมโยงการผลิตและการบริหารจัดการกำลังคนพยาบาลออกไปนอกกระทรวงสาธารณสุข เชื่อมโยงไปยังองค์กรหรือมูลนิธิต่างๆ ในชุมชนหรือในแต่ละจังหวัด ให้ทุกคนได้คิดร่วมกันว่าในจังหวัดต้องการพยาบาลจำนวนเท่าไร พยาบาลเวชปฏิบัติอีกสักเท่าไร พยาบาลชุมชนเท่าไร วางแผนร่วมกัน หลังจากนั้นก็ขยายไปถึงผู้บริหารที่จำเป็นต้องมีการผลิตขึ้นมาเพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น และคนพิการใน

ชุมชน อาจจะใช้เวลาในการอบรมสัก 6 เดือน หรือ 1 ปี สำรองดูว่าแต่ละที่ต้องการผู้บริหารเท่าไร

นอกจากนี้เราต้องคิดถึงพยาบาลเยี่ยมบ้านด้วย สมมติในจังหวัดมีคนแก่ด้วย มีคนป่วยด้วย จนด้วย ใครจะพามาโรงพยาบาล รถวิ่งมาจากห้องนาล้าบากหรือเปล่า แต่มีพยาบาลมาให้บริการถึงบ้านจะดีกว่า แต่ละจังหวัดต้องวางแผนว่าต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้านเท่าไร เพื่อเพียงพอต่อความต้องการ

วัดก็มีความสำคัญ ในแต่ละตำบลจะมีวัดอยู่ประมาณ 5 วัด ทุกวัดมีต้นไม้เยอะเลยมีความร่มรื่น ควรดึงวัดให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ มีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ เช่น การประกอบกรรมฐาน

ศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งมีความสำคัญมากในทุกพื้นที่ หาก อบต. แต่ละแห่งมีครูพี่เลี้ยงเด็กที่รู้พัฒนาการเด็กก็จะช่วยให้เด็กนั้นเกิดมาเติบโตเป็นคนดีมีคุณภาพทุก อบต. สามารถคำนวณได้ว่าตำบลของตนเองที่มีศูนย์เด็กเล็กนั้นต้องการครูพี่เลี้ยงเท่าไร และใครสามารถรับหน้าที่เทรนครูพี่เลี้ยงเด็กได้ เช่น สถาบันราชภัฏฯ หรือจะให้พยาบาลช่วยเทรนก็น่าจะได้ แต่ละแห่งต้องเรียนรู้ไป

ทั้งหมดนี้จะเกิดได้ รพช. ต้องเป็นจุดยุทธศาสตร์

บทบาทโรงเรียนแพทย์ในระบบสุขภาพชุมชน

มหาวิทยาลัยต้องมีบทบาทสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ เพราะระบบสุขภาพชุมชนเป็นเรื่องสำคัญที่สุด ดังนั้นต้องออกแบบหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาใหม่ให้โรงเรียนแพทย์มีส่วนร่วมกับระบบสุขภาพชุมชน อย่ายังใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลมากอย่างที่เป็นอย่างในปัจจุบัน และ รพช. ต้องเป็นฐานในการผลิต โรงเรียนแพทย์ต้องเชื่อมโยงกับ รพช. และต้องเชื่อมโยงกับ รพศ. นักเรียนแพทย์ต้องให้ฝึกงานใน รพช. เพื่อให้มีโอกาสรู้เรื่องต่างๆ ของชุมชน เพื่อให้เข้ากับชุมชน เข้ากับวัฒนธรรมชุมชนได้ ตรงนี้ต้องปรับและคิดว่าคงจะทำได้ไม่ยาก สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) น่าจะหาคนมาช่วยโรงเรียนแพทย์ให้เชื่อมต่อกับ รพช. ให้ได้ ให้ รพช. มีกำลังที่จะทำทั้งเรื่องการบริหาร วิจัย การพัฒนาบุคลากรทุกชนิด เป็นการดึงโรงเรียนแพทย์เข้ามาร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่เราได้อยู่

กระบวนการทัศน์ใหม่ในการบริหารจัดการกำลังคน

การผลิตและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเราต้องการกระบวนการทัศน์ใหม่ มีหลักการกว้างๆ ดังนี้

1. ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ต้องมีบทบาทสำคัญ ไม่ใช่กำหนดมาจากมหาวิทยาลัยหรือองค์กรวิชาชีพ มีบางวิชาชีพ เช่น วิศวกร เริ่มมองกันว่าองค์กรวิชาชีพเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาวิชาชีพเอง หลักการใหม่ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ต้องให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งสามารถปรับตัวได้รวดเร็วเข้ามามีบทบาทสำคัญในการวางแผนงานและจัดการตัวเอง

2. การก้าวข้ามข้อจำกัด (Transcend)

- ไม่ควรเอาสถาบันเป็นตัวตั้ง (Institutionalism) อย่าหลงเอาสถาบันเป็นหลัก โรงเรียนแพทย์มักจะเอาสถาบันเป็นตัวตั้ง บอกว่าคนเป็นแพทย์ต้องไม่ทำอย่างนั้นอย่างนี้ จะปล่อยให้มันเป็นแบบนี้ไม่ได้ เราต้องเอาผลประโยชน์ของประชาชนเป็นตัวตั้ง

- ไม่ควรเอาวิชาชีพเป็นตัวตั้ง (professionalism) เช่น เมื่อก่อนบอกกันว่าต้องแพทย์เท่านั้นที่จะให้บริการดูแลรักษาคนไข้ได้ วิชาชีพอื่นไม่ได้ ทั้งที่จริงบุคลากรในวิชาชีพอื่นก็ดูแลคนไข้ได้เหมือนกัน

- ข้อจำกัดด้านระเบียบราชการ เช่น การกำหนดอัตรากำลังข้าราชการทำให้เราเพิ่มกำลังคนไม่ได้ ปี 2515 เราเคยพูดกันเรื่องการเพิ่มพยาบาล 300,000 คน แต่ก็ทำไม่ได้ เพราะกระทรวงสาธารณสุขบอกว่าติดข้อจำกัดด้านงบประมาณและอัตรากำลัง ขณะที่เป็นประเทศที่เล็กกว่าเรา ในตอนนั้นมีพยาบาล 300,000 คนแล้ว เพื่อข้ามข้อจำกัดด้านนี้เราต้องไปทำงานกับชุมชนท้องถิ่น ซึ่งมีงบประมาณและอยากสร้างบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลของตนเอง

เพราะฉะนั้นต้องคิดนอกกรอบ เราจึงจะข้ามข้อจำกัดต่างๆ นี้ไป แล้วใช้ความต้องการของประชาชนเป็นหลัก ปัจจุบันนี้เรายังมีทิวทัศน์วิชาชีพของเราเป็นตัวตั้ง ยึดสถาบันเป็นตัวตั้ง ไม่เอาประโยชน์และความต้องการประชาชนเป็นตัวตั้ง

3. การเรียนการสอนต้องเรียนรู้จากผู้ปฏิบัติ เดิมเราเน้นเรียนจากตำราเรียน ซึ่งยากมาก โรงเรียนแพทย์เน้นให้ผู้เรียนท่องตำราเรื่องยากๆ มันผิดปกติกมาก เราต้องลงมือทำเลย การเรียนรู้ที่ดีคือการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ซึ่งนอกจากจะนำไปสู่การพึ่งตนเองแล้วยังทำให้เรามีครูเพิ่มขึ้นอีกเยอะมาก

4. เน้นการสร้างความร่วมมือกันในพื้นที่ เช่น การฝึกพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อให้ทำงานใน รพช. การฝึกนี้อาจจะใช้การฝึกให้ทำงานจริงในชุมชนด้วยก็ได้ เมื่อฝึกเสร็จก็ให้ทำงานใน รพช. มีงานวิจัยจากสหรัฐอเมริกาพบว่า ระหว่างพยาบาลเวชปฏิบัติกับหมอที่ยุ่งๆ พยาบาลเวชปฏิบัติให้บริการดีกว่าหมอที่ยุ่งๆ

สรุป

การสาธารณสุขแนวใหม่จะต้องมีแนวคิดใหม่ มีกระบวนการทัศน์ใหม่ มีการบริหารจัดการใหม่ ทุกฝ่ายต้องทำความเข้าใจ โดยเฉพาะแพทยสภา กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรของชาติ ต้องมีความสามารถที่จะต่อรอง ถ้าจำเป็นต้องใช้อำนาจทางการเมืองก็ต้องใช้ เพื่อประโยชน์ของประชาชน

เราต้องเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติและใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง เพื่อเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาระบบ จะเรียกว่าวิจัยและพัฒนา ผู้ปฏิบัติตนเองจะเป็นผู้วิจัย และร่วมกันทั้งหมด ทั้งในพื้นที่ ผู้ปฏิบัติ ผู้กำหนดนโยบาย เชื่อว่าทุกคนมีเมล็ดพันธุ์ที่ดีในจิตใจ ให้เอาใจเป็นตัวตั้งและความรู้จะตามมา รดน้ำพรวนดินให้แตกหน่อออกมา ให้เป็นพยาบาลไทยหัวใจเพื่อเพื่อนมนุษย์ พยาบาลไทยหัวใจพระโพธิสัตว์ ให้ความรู้ต่างๆ มีความงามของความเป็นมนุษย์อยู่ข้างใน มีความดี มีศักดิ์ศรีเพื่อประโยชน์ของประชาชน ขอให้คนไทยเชื่อมโยงกัน จะสร้างประเทศไทยที่น่าอยู่ที่สุด สร้างสุขภาวะให้ชุมชนที่มีศรัทธาในเราได้

เก็บความจาก ปาฐกถาเวทีจุดประกายขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนสุขภาพ
สู่การสร้างสุขภาพ ภาคอีสาน วันที่ 19 พฤศจิกายน 2552 โรงแรมพูลแมน
จังหวัดขอนแก่น



ภาคหนึ่ง

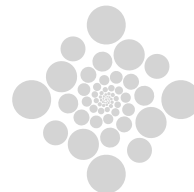
แพนแม่ทฤษฎี

มีติใหม่
การจัดการกำลังคน
สาธารณะสุข

ให้เห็นจริงว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้มีอยู่เฉพาะในความฝันหรือเป็นเพียงความหวังลมๆ แล้งๆ เท่านั้น

ด้วยความตระหนักถึงความเข้มแข็งขึ้นของท้องถิ่น และความอ่อนแอของของส่วนกลางในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้กระจายตัวได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.) และสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) จับมือร่วมกันขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ขึ้น โดยภาคอีสานซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพสูงสุด และประชาชนเข้าถึงบริการต่ำที่สุด ถูกหยิบยกมาเป็นพื้นที่ต้นแบบ เพราะเป็นพื้นที่ที่พิสูจน์ให้เห็นศักยภาพในการเอาตัวรอดจากปัญหากำลังคนได้อย่างเด่นชัดที่สุด

“ปัจจุบันการเคลื่อนตัวของสังคมเป็นพหุลักษณะ ไม่ได้เป็นภาพเดียวเหมือนเดิม เพราะฉะนั้นการวางแผนและการคิดที่ส่วนกลางจะขาดประสิทธิภาพไปมาก ต้องมีวิธีการทำงานการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุขใหม่ ตั้งแต่การวางแผน การผลิต การใช้ และการพัฒนา ทุกอย่างต้องการการจัดการใหม่หมด” **นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ** เลขาธิการ สช. กล่าวถึงแนวคิดหลักที่ผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนการจัดการแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพในระดับภาค



1. เมื่อการจัดการจากส่วนกลางไม่ตอบโจทย์ท้องถิ่น

ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามพัฒนารูปแบบการจัดการและการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ แต่ก็ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนและระบบบริการสุขภาพในหลายพื้นที่ได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ นับตั้งแต่การวางแผน การผลิต การพัฒนา การกระจาย การจ้างงาน และการหาระบบแรงจูงใจ ล้วนเป็นมาตรการที่ออกมาจากส่วนกลาง ขณะที่ท้องถิ่นถูกกำหนดบทบาทเพียงเป็นผู้รับนโยบายจากส่วนกลางเท่านั้น

ปัจจุบันการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพมักจะดำเนินไปด้วยการเพิ่มกำลังการผลิต โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท โครงการหนึ่งแพทย์หนึ่งอำเภอ โครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่ม 3,000 คน เพื่อแก้ไขปัญหาพื้นที่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ล้วนเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการแก้ไขปัญหา แต่สิ่งที่เกิดขึ้นคือการไม่สามารถรักษาคคนไว้ในระบบได้ โดยเฉพาะกรณีของแพทย์ที่พบว่าการคงอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนจะเกิดขึ้นเพียงช่วงสั้นๆ ของระยะเวลาการใช้ทุนเท่านั้น โรงพยาบาลชุมชนจึงเป็นสถานพยาบาลที่มีการเปลี่ยนหน้าของแพทย์สูงมาก จนทำให้การพัฒนากระบวนการไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น

มีปัจจัยอีกอย่างน้อย 2 ประการที่ทำให้การเพิ่มกำลังการผลิตไม่สามารถตอบโจทย์ความต้องการของระบบบริการในส่วนภูมิภาคได้ ประการแรกคือ ความขัดแย้งกันเองของนโยบายของหน่วยงานรัฐที่ต่างบทบาทหน้าที่กัน เช่น สำนักงาน

คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) มีนโยบายการลดจำนวนข้าราชการ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องยกเลิกระบบการขาดใช้ทุนในบางวิชาชีพที่ไม่มีตำแหน่งบรรจุภายหลังจบการศึกษา เช่น พยาบาล และเภสัชกร ส่งผลให้มีบุคลากรเข้ามาสู่ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐลดน้อยลงแม้จะมีการผลิตเพิ่มก็ตาม จึงกลายเป็นว่าภาครัฐใช้ศักยภาพด้านการผลิตของตนเองไปผลิตกำลังคนเพิ่มให้ออกชนซึ่งกลายเป็นการตอกย้ำปัญหา

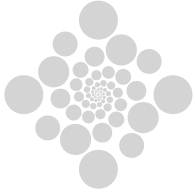
ปัจจัยประการที่ 2 ที่ทำให้การผลิตกำลังคนเพิ่มไม่สามารถอุปถุลาปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในส่วนภูมิภาคได้คือ การไม่สอดคล้องกันระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ โดยเฉพาะในระบบการผลิตแพทย์เฉพาะทางและพยาบาล ขณะที่ระบบบริการต้องการบุคลากรไปทำงานในระดับปฐมภูมิ แต่ฝ่ายผลิตกลับไม่มีนโยบายส่งเสริมการผลิตกำลังคนที่สอดคล้องกับความต้องการ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล และพยาบาลเทคนิค แต่กลับให้ความสำคัญกับการผลิตกำลังคนระดับสูง ซึ่งใช้เวลาในการผลิตนาน และผลิตด้วยชุดความรู้ที่อาจจะต่างจากความต้องการที่แท้จริงของท้องถิ่น

แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายการใช้ทุน 3 ปี เป็นกลไกให้เกิดการกระจายแพทย์ให้เป็นธรรมและทั่วถึงมากขึ้น แต่ขาดระบบสนับสนุนจากแพทยสภาซึ่งเป็นผู้ดูแลการผลิตแพทย์เฉพาะทาง ที่กำหนดข้อยกเว้นให้การศึกษาคือเฉพาะทางบางสาขาสามารถทำได้ทันทีโดยไม่ต้องรอให้มีการใช้ทุนก่อนหรือการกำหนดจำนวนแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขาไม่ตอบสนองการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนและการกระจายตัวของแพทย์อย่างไม่เป็นธรรม ทำให้ในสถานพยาบาลบางแห่งมีแพทย์บางสาขามากจนทำให้ภาระงานน้อยกว่าแพทย์บางสาขามากจนเห็นได้ชัด

ไม่เพียงแต่นโยบายการเพิ่มกำลังการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพจะดำเนินไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ระบบบริหารและการกระจายกำลังคนซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเองก็อยู่ในระดับที่มีประสิทธิภาพต่ำตามไปด้วย ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขใช้หลักการจัดสรรกำลังคนตามหลักภูมิสารสนเทศ (GIS) คือ การใช้จำนวนประชาชนในตำบล อำเภอ จังหวัด และกลุ่มจังหวัด เป็นตัวกำหนดจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ โดยไม่สัมพันธ์กับภาระงาน และไม่คำนึงถึงความแตกต่างของบริบทของแต่ละพื้นที่ ทำให้กำลังคนด้านสุขภาพของ

หลายพื้นที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพจริงของประชาชน ทั้งในเชิงจำนวนและประเภทของบุคลากร แม้จะมีการใช้มาตรการทางการเงินมาสร้างแรงจูงใจ ทั้งการเพิ่มค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยงเหมมาจ่าย การจัดสวัสดิการพิเศษ แต่ก็เป็นที่บุคคลเฉพาะบางสาขาวิชาชีพ ไม่ได้มีความเป็นธรรมอย่างทั่วถึง อีกทั้งมาตรการในการรักษาคนไว้ในระบบก็ยังไม่ได้รับการตอบสนองหรือสนับสนุนจากภาคส่วนอื่นๆ ที่จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ห่างไกลได้ในระยะยาว เช่น ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันของคุณภาพสถานศึกษา ระหว่างเมืองกับชนบท และการที่รัฐบาลไม่มีนโยบายสนับสนุนโอกาสทางการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดแคลนเป็นกรณีพิเศษ ทำให้ถึงเวลาหนึ่งบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะคนในวิชาชีพแพทย์ ต้องก้าวออกจากชนบทเพื่อเปิดโอกาสทางการศึกษาให้กับบุตรหลาน ไม่รวมถึงแพทย์ส่วนที่ออกมาสู่เมืองก่อนหน้าเพราะชีวิตในชนบทไม่ตอบสนองความต้องการและรสนิยมส่วนตัว

ปัจจัยทุกอย่างที่กล่าวมา และอีกจำนวนมากที่ยังไม่ได้ถูกกล่าวถึง ล้วนนำสู่จุดวิกฤติของปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในหลายพื้นที่



2. วัฏกรรมเกิดเมื่อท้องถิ่นและประชาชนเข้มแข็ง

ขณะที่ส่วนกลางตอบสนองความต้องการกำลังคนและระบบบริการของท้องถิ่นได้น้อยลง โครงสร้างทางนโยบายในการพัฒนาประเทศและระบบบริการสาธารณสุขได้เพิ่มความเข้มแข็งให้กับท้องถิ่นมากขึ้น ทั้งนโยบายการกระจายอำนาจ ที่ให้ท้องถิ่นสามารถจัดจัดเก็บรายได้และบริหารจัดการพื้นที่ตนเอง ทั้งระบบหลักประกันสุขภาพที่ทำให้เกิดรูปแบบการจัดสรรงบประมาณด้านบริการสาธารณสุขจากส่วนกลางมาสู่ส่วนภูมิภาคในรูปแบบใหม่ ที่ให้อำนาจการบริหารจัดการงบประมาณอยู่ที่ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารระบบบริการในท้องถิ่นมากขึ้น เราจึงได้เห็นภาพการแก้ไขปัญหากำลังคนในรูปแบบใหม่ จากเดิมที่ทั้งการวางแผน การผลิต การพัฒนา และการหาระบบแรงจูงใจเพื่อคนไว้ในพื้นที่เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง มาสู่การวางแผน การพัฒนา การผลิต การจ้างงาน โดยคนในท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่มีความเข้มแข็งทางการเงินหลายแห่งเริ่มลุกขึ้นมามองหาการจัดหาระบบบริการในพื้นที่เอง โดยไม่รอการสนับสนุนจากส่วนกลาง แต่หันมาใช้จุดแข็งของท้องถิ่นให้เป็นประโยชน์ เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ที่ซื้อโรงพยาบาลภูเก็ตของเอกชนมาบริหารและดำเนินการเอง และได้จ้างโรงพยาบาลบ้านแพ้วเข้ามาวางระบบการบริหารบุคลากร และการจัดการด้านบริการทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพ หรือ องค์การบริหารส่วนตำบลหลายพื้นที่ในภาคอีสานเข้ามาจับมือกับผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต

และแหล่งผลิตกำลังคนในพื้นที่เพื่อวางแผนและลงมือผลิตกำลังคน รวมไปถึงการจ้างงานโดยไม่ต้องรอโควตา หรือกรอบอัตรากำลังคนจากส่วนกลาง

“ในโลกแห่งความเป็นจริง จะมารอการรวมศูนย์แก้ปัญหาไม่ได้แล้ว”

นายแพทย์อำพล กล่าว

ด้วยความเป็นพื้นที่ที่มีการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพสูงสุดเมื่อเทียบกับที่อื่น ทำให้ภาคอีสานเป็นแหล่งกำเนิดของนวัตกรรมการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่หลากหลาย ไม่ว่าจะใช้นวัตกรรมใดในการแก้ปัญหา บัจฉัยสำคัญของความสำเร็จคือความเข้มแข็งของท้องถิ่น ความมุ่งมั่นของคนในการแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ และความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนในการออกแบบนวัตกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

2.1 ลดความต้องการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เป็นต้นแบบที่สำคัญในการขยับตัวทำงานเชิงรุกด้วยการสร้างพยาบาลชุมชน ปรับวิธีคิดจากการนั่งรอให้คนไข้เดินทางมาในโรงพยาบาล เป็นการส่งพยาบาลออกไปหาคนไข้ถึงในหมู่บ้าน เพื่อให้บริการเบื้องต้นและกรองคนไข้ที่จะเข้ามาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามมาตรการนี้ทำให้เกิดข้อกังขาว่าจะซ้ำซ้อนกับการทำงานของสถานีอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน แม้โรงพยาบาลน้ำพองจะวางแผนการทำงานและมีการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำพอง แต่หากแบ่งความรับผิดชอบกันไม่ดี การแก้ปัญหาความต้องการบริการในโรงพยาบาลที่มากเกินไปอาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างหน่วยบริการ 2 ระดับได้ ประเด็นนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าการแก้ปัญหาของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของหน่วยงานอื่นก็ได้ หากไม่มีการมองภาพรวมในพื้นที่

โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา เป็นอีกโรงพยาบาลหนึ่งที่มุ่งลดความแออัดในโรงพยาบาลด้วยการเสริมความเข้มแข็งให้กับบริการปฐมภูมิในเครือข่าย นักกายภาพบำบัด วิชาชีพที่ถูกมองข้ามในระบบบริการของโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ถูกดึงเข้ามาช่วยเพื่อรับผิดชอบงานด้านการฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งเป็นคนกลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องเดินทางมารับบริการ

ที่โรงพยาบาลในเมือง แต่กลับกลายเป็นผู้รับบริการส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลในปัจจุบัน

2.2 สร้างแรงจูงใจ

ด้วยความตระหนักว่าภาคอีสานเป็นพื้นที่ที่มีแรงจูงใจกำลังคนด้านสุขภาพน้อยมาก โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล การสร้างแรงจูงใจจึงเป็นมาตรการแรกๆ ที่หลายโรงพยาบาลในภาคอีสานนำมาปรับใช้ การบริหารจัดการงบประมาณในรูปแบบใหม่ภายใต้ CUP ทำให้โรงพยาบาลมีอิสระในการบริหารจัดการงบประมาณของตนเองมากยิ่งขึ้น กลไกทางการเงินจึงถูกนำมาใช้ หลายโรงพยาบาลเพิ่มอัตราเงินเดือนให้กับลูกจ้างพยาบาลด้วยการใช้ฐานเงินเดือนตามอัตราตลาด ไม่อิงกับระบบราชการ อีกทั้งเพิ่มสวัสดิการทั้งที่อยู่อาศัยและด้านบริการสุขภาพ โรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยเอาตัวรอดจากปัญหาการขาดแคลนพยาบาลด้วยมาตรการสร้างแรงจูงใจเช่นนี้ อย่างไรก็ตามไม่มีใครคิดว่ามาตรการสร้างแรงจูงใจทำให้เกิดปรากฏการณ์ปลาใหญ่กินปลาเล็ก คือโรงพยาบาลที่มีงบประมาณมากกว่าจะสามารถสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรได้มากกว่าโรงพยาบาลที่มีงบประมาณน้อย

“ปลาเล็กจะมีปัญหาตลอดตราบไต่ที่ชนมเค็กมีก่อนเดี๋ยว เราไม่เอาเอกชนก็เอา” เป็นเสียงจาก นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลที่ถูกโรงพยาบาลใกล้เคียงบ่นว่าทำตัวเป็นปลาใหญ่ ตกเขียวกำลังคนพยาบาลไปหมด ทำให้โรงพยาบาลอื่นต้องมีปัญหาคนเข้าทำงานไม่ได้

สำหรับโรงพยาบาลขอนแก่นแล้ว ณ ขณะหนึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องทำตัวเป็นปลาใหญ่ เมื่อตนเองถูกโรงพยาบาลเอกชนบีบให้เป็นปลาเล็กด้วยการ ‘ดูด’ พยาบาลรุ่นใหม่เข้ามาด้วยโควตาของกระทรวงสาธารณสุขไปหมด ทำให้เหลือเฉพาะพยาบาลอาวุโส หากโรงพยาบาลขอนแก่นไม่สร้างแรงจูงใจมา ‘ดูด’ พยาบาลบ้างจะทำให้ไม่สามารถเอาตัวรอดพ้นวิกฤติได้

2.3 พลัดกำลังคนเองโดยไม่รู้ตัว

แม้ระบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันจะมีความหลากหลาย แต่เมื่อถึงกระบวนการกระจายคนกลับขึ้นตรงอยู่ในมือของกระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้วิธีการ

จัดการตามโควตา คำนวณความต้องการตาม GIS โรงพยาบาลหลายแห่งเมื่อคำนวณโควตาที่กระทรวงฯ ให้แล้ว พบว่า ต้องใช้เวลาประมาณ 20 ปี จึงจะมีกำลังพยาบาลเพียงพอกับความต้องการของประชาชน

เพื่อแก้ปัญหาปลาใหญ่กินปลาเล็ก อันเนื่องมาจากการมีชนมเค็กก่อนเดียว การผลิตบุคลากรเองจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น ทั้งระดับโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลน้ำพอง ที่จับมือกับแหล่งผลิตโดยตรงคือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และวิทยาลัยพยาบาลขอนแก่น ผลิตกำลังคนเพิ่มเพื่อโรงพยาบาลน้ำพองเป็นกรณีพิเศษ ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลไปจนถึงการประสานมือกันของโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในจังหวัดเดียวกัน ผลิตกำลังคนร่วมกันเพื่อลดงบประมาณ โดยให้โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเข้ามามีส่วนร่วม

กติกาของสภาการพยาบาลที่เคยเป็นอุปสรรคในการผลิตพยาบาลเพิ่มมาตลอดคือ ข้อกำหนดสัดส่วนระหว่างอาจารย์กับผู้เรียนว่าต้องอยู่ที่ 1 : 8 ถูกทำลายลง ด้วยการโอนพยาบาลอาวุโสที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขของสภาการพยาบาลไปเป็นอาจารย์ประจำที่วิทยาลัยพยาบาลอื่นๆ โดยโรงพยาบาลต้นสังกัดยังคงรักษาตำแหน่งที่โรงพยาบาล และคณาธิติและสวัสดิการเหมือนเดิมทุกอย่างเพื่อสร้างแรงจูงใจให้คนอยากไปเป็นอาจารย์พยาบาล เมื่อจบโครงการก็ย้ายกลับมาทำงานที่โรงพยาบาลต่อ โรงพยาบาลจังหวัดซึ่งมีต้นทุนบุคลากรสูงก็ส่งพยาบาลไปเป็นอาจารย์มาก เพื่อแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่อาจไม่มีพยาบาลมากพอให้ส่งไปเป็นอาจารย์ เช่น โรงพยาบาลขอนแก่นเข้ามาเป็นแกนนำในการผลิตพยาบาลเพิ่ม และส่งพยาบาลไปเป็นอาจารย์สำหรับการผลิตพยาบาลเพิ่มเพื่อโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กด้วย ความร่วมมือเช่นนี้ทำให้โรงพยาบาลใหญ่มีโอกาสได้สนับสนุนโรงพยาบาลเล็ก ความไม่เป็นธรรมในการสร้างกำลังคนเอง อันเนื่องมาจากขนาดของโรงพยาบาลก็จะหมดไป

ไม่เพียงการผลิตกำลังคนตามวิชาชีพ หลายโรงพยาบาลตัดสินใจผลิตกำลังคนที่ไม่ใช่วิชาชีพ แต่เป็นกำลังหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น จังหวัดอุบลราชธานี ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเดินหน้าผลิตผู้ช่วยพยาบาลบุคลากรที่ภาครัฐในส่วนกลางไม่สนับสนุน ทั้งที่เป็นบุคลากรที่จำเป็นต่อระบบการให้บริการสุขภาพในต่างจังหวัดมาก เช่นเดียวกับอีกหลายแห่งที่เร่งผลิตทันตา

ไม่ว่าจะใช้นวัตกรรมใดในการแก้ปัญหา ปัจจัยสำคัญของความสำเร็จคือ ความเข้มแข็งของท้องถิ่น ความมุ่งมั่นของคนในการแก้ปัญหาคาราคาซังกำลังคนด้านสุขภาพ และความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนในการออกแบบ นวัตกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่



การผลิตกำลังคนมิได้หลายระดับ

บางวิชาชีพที่กระบวนการผลิตซับซ้อน

เช่น แพทย์ ต้องผลิตระดับประเทศ

เพราะมีปัจจัยเกี่ยวข้องมาก

และใช้ทรัพยากรมาก

แต่บางอย่าง เช่น ผู้ช่วยพยาบาล

หรือแม่แต่พยาบาล

ควรเป็นงานที่ระดับพื้นที่บริหาร

จัดการเองได้



นายแพทย์วุฒิไกร มุ่งหมาย

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



3. แผนแม่บทชุมชน หนึ่งในคำตอบสังคมพหุลักษณะ

ความเปลี่ยนแปลงและความสำเร็จที่กระจายตัวอยู่ตามต่างๆ นำสู่แนวคิดของ กระบวนการที่เรียกว่า 'แผนแม่บทชุมชน' อย่างเป็นระบบ เป็นการขับเคลื่อนการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในมิติที่ชุมชนและท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยส่วนกลางทำหน้าที่เป็นฝ่ายสนับสนุน เป้าหมายมิได้อยู่ที่การพัฒนาตัวแผนเป็นรูปเล่ม หากแต่อยู่ที่การพัฒนากระบวนการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากประสบการณ์ตรงของพื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของตนเองมาแล้ว

จากตัวอย่างนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในภาคอีสาน จะเห็นได้ว่า การวางแผน และการพัฒนากำลังคนในระดับพื้นที่ยังคงเกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างไม่เป็นระบบ ภาพของปลาใหญ่กินปลาเล็กอันเนื่องมาจากศักยภาพที่ไม่เท่าเทียมกันของท้องถิ่นยังเป็นสิ่งที่ปรากฏให้เห็น และในอนาคต หากไม่มีการจัดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นระบบ เราอาจเห็นภาพของแผนแม่บทชุมชนที่เหมือนกันในทุกพื้นที่ ทั้งที่บริบทและความต้องการของแต่ละพื้นที่ต่างกัน แผนแม่บทชุมชนจึงจะเป็นตัวเข้ามาสนับสนุนและผลักดันให้การขับเคลื่อนการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่เป็นไปอย่างมีระบบสนับสนุนในภาพรวม ลดทอนภาพความได้เปรียบเสียเปรียบอันเนื่องมาจากความแตกต่างในศักยภาพของท้องถิ่น และประสิทธิภาพของผู้บริหารระบบสุขภาพในท้องถิ่น รวมทั้งเน้นให้ท้องถิ่นเกิดการเรียนรู้และประเมินศักยภาพตนเอง ก่อนที่จะเดินหน้าแก้ปัญหาคาการจัดการ

กำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ตนเอง กระบวนการขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่นี้ มีคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ (คสช.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก และมีภาคีส่วนกลางเป็นองค์กรสนับสนุน

“เมื่อยึดพื้นที่เป็นหลักก็จะสามารถตรวจสอบความต้องการของแต่ละกลุ่มแต่ละสาขาได้ ว่าต้องมีจำนวนเท่าใดจึงจะสามารถให้บริการประชาชนในพื้นที่ให้มีสุขภาพดีได้ เพราะจะไม่ได้เป็นมาตรฐานที่มาจากส่วนกลาง ไม่ใช่การกำหนดโดยสถาบันนั้นสถาบันนี้” นายแพทย์มงคล ณ สงขลา ประธานคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ กล่าว

ด้านนายแพทย์อำพล อธิบายถึงกระบวนการทำแผนแม่บทชุมชนว่า มีความต่างจากกระบวนการทำแผนแม่บททั่วไปที่นักวิชาการส่วนใหญ่คุ้นหูกันดี ไม่เพียงแต่ไม่มีข้อกำหนดว่าจะต้องมีรูปธรรมแผนแม่บทที่จับต้องได้ ไม่ระบุมาตรการปฏิบัติเป็นข้อๆ แผนแม่บทชุมชนยังเป็นแผนที่นักวิชาการมีบทบาทรอง คือเป็นเพียงผู้สนับสนุนและประดับประดา เพราะบทบาทหลักจะอยู่ที่คนในพื้นที่ ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการด้านสุขภาพ ตัวแทนองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มองค์กรทางสังคมต่างๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่ ที่จะต้องเริ่มลงมือทำตั้งแต่การตั้งโจทย์ความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ตนเอง ไปจนถึงการวิเคราะห์ปัญหา และแสวงหาทางออก จากนั้นจึงเริ่มต้นการพัฒนาแผนการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ที่จะทำได้กำลังคนในปริมาณที่เพียงพอ และคุณภาพที่เหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตนเอง รวมทั้งการออกแบบรูปแบบความร่วมมือประสานงานระหว่างชุมชน ท้องถิ่น และบุคลากรในระบบสุขภาพแล้วร่วมกันลงมือทำให้เกิดผลเป็นรูปธรรม

แม้การขับเคลื่อนแผนแม่บทชุมชนจะเป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ศตวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2550-2559) ที่กำหนดให้การปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้มีการกระจายบุคลากรอย่างเป็นธรรมสามารถคงอยู่ในระบบและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุขเป็น 1 ใน 5 ยุทธศาสตร์หลัก แต่ปลายทางของการขับเคลื่อนแผนแม่บทชุมชนไม่ได้อยู่ที่การผลิตแผนการพัฒนาและวางแผนการจัดการกำลังคนที่เป็นลายลักษณ์อักษร หากแต่อยู่ที่การสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

“ผมมองว่าเป็นกระบวนการที่ขยายความเชื่อมั่นของคนในท้องถิ่นว่าพวกคุณ

สามารถทำได้ และเป็นการเปิดโอกาสให้เขาเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น” นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หนึ่งในหน่วยงานสนับสนุนการขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพพื้นที่ภาคอีสาน กล่าว

ก้าวแรกของการขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพในภาคอีสานได้เกิดขึ้นแล้ว ด้วยการตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพภาคอีสาน เป็นกลไกภายใต้ คสช. มี นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นประธาน และมีสำนักงานประสานงานกลางอยู่ที่โรงพยาบาลขอนแก่น และการจัดเวทีจุดประกายเพื่อนำสู่การขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรมได้เกิดขึ้นแล้วในวันที่ 19 พฤศจิกายน 2552 ที่จังหวัดขอนแก่น

“ผมไม่ได้หวังว่าเราทำกระบวนการนี้แล้วมันจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างสิ้นเชิงระดับชาติ แต่เราหวังว่าระดับภูมิภาคจะเกิดได้ เพียงแค่ให้สถาบันการศึกษาในภาคอีสานที่มีการเรียนการสอนของกำลังคนด้านสุขภาพได้มาพูดคุยกัน

++ เวทีจุดประกายขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนสุขภาพสู่การสร้างสุขภาพภาคอีสาน



กวีเศษแล้ว แล้วยังได้มาเจอห้องถิ่น มาเจอบุคลากรจากเอกชนด้วย การสร้างเวทีให้มาเรียนรู้ร่วมกันแบบนี้ไม่ค่อยมี... แต่สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นแล้วในพื้นที่เล็กๆ เราต้องการให้เกิดการเรียนรู้ข้ามพื้นที่ บางเรื่องเราอาจนำมาพัฒนาเป็นนโยบายระดับชาติได้” นายแพทย์อำพล กล่าว

แม้ปลายทางของการขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพจะไม่ได้ถูกวางไว้ไกลถึงขั้นของการปรับเปลี่ยนเชิงนโยบายและโครงสร้างการบริหารระดับชาติ แต่การขับเคลื่อนที่เกิดขึ้น แนนอนว่าย่อมทำให้อนาคตของการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพมีหน้าตาที่หลากหลายมากขึ้น เพราะมีผู้เข้ามามีบทบาทร่วมในการวางแผนและลงมือทำมากขึ้น ความหลากหลายของระบบบริการและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจึงอาจสร้างความอึดอัดให้กับคนที่คุ้นกับการบริหารในแนวตั้ง ที่ทุกอย่างสั่งตรงจากระดับสูงในส่วนกลางลงสู่ระดับล่างในชุมชน ความร่วมมือจากส่วนกลางจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะทำให้อนาคตที่หลากหลายของการบริหารและจัดการกำลังคนดำรงอยู่อย่างยั่งยืนได้

✦ เวทีจุดประกายขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนสุขภาพสู่การสร้างสุขภาพภาคอีสาน



✦ นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (ซ้าย) ผู้ทรงคุณวุฒิ กสธ. และ นพ. เสรี หงษ์หยก (ขวา) รองปลัด กสธ. ขณะร่วมกิจกรรมเวทีจุดประกายฯ

✦ นพ. สุวิทย์ และ นพ. วิชัย อัครวภาคย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง



การปรากฏตัวของปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ไพจิตร วราชิต รวมถึงการประกาศใช้บทบาทและหน้าที่สนับสนุนเต็มที่ในเวทีจุดประกายที่จังหวัดขอนแก่น จึงเป็นสัญญาณที่ดีในการสร้างหลักประกันความยั่งยืนให้กับแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพระดับภาค

“นายแพทย์สาธารณสุขต้องเป็นทัพหน้า จะมารอให้ส่วนกลางคิดอาจจะไม่ทันให้บริการประชาชน แต่จะจัดการกันอย่างไรก็แล้วแต่ แต่คิดว่าส่วนกลางต้องช่วย... หากอันไหนที่เป็นอำนาจหน้าที่ของผม ผมก็พร้อมที่จะจัดการ” ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกล่าวบนเวทีจุดประกาย วันที่ 19 พฤศจิกายน 2552 ที่โรงแรมพูลแมน จังหวัดขอนแก่น

หน้าตาที่หลากหลายของการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ได้เริ่มขึ้นแล้วในบางพื้นที่ของภาคอีสาน 3 ปีจากนี้ไปคือช่วงเวลาแห่งการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสริมสร้างศักยภาพ เพื่อให้ความหลากหลายที่เกิดขึ้นแพร่ขยายทั่วพื้นที่ภาคอีสานอย่างมั่นคงและเป็นระบบ ก่อนจะขยายครอบคลุมพื้นที่อื่นต่อไป



**ผมมองว่าเป็นกระบวนการ
ที่ขยายความเชื่อมั่นของคนในท้องถิ่น
ว่าพวกคุณสามารถทำได้
และเป็นการเปิดโอกาส
ให้เขาเข้ามามีส่วนร่วม
ในการบริหารจัดการ
อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น**



นายแพทย์พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



นายแพทย์อำพล จินตาวัฒน์

เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

++ รบกวนคุณหมอช่วยบอกถึงแนวคิด การทำแผนแม่บทชุมชนกำลังคนด้าน สุขภาพ

เรื่องกำลังคนสาธารณสุข ระดับโลกมีการเห็นเรื่องแผนกำลังคน มีการผลิต มีการพัฒนา มีการใช้อะไรต่างๆ มันมีปัญหาไม่รู้จบ มันเป็นไปได้ที่จะมี centralized plan การวางแผนระดับชาติมันจะล้มเหลว เพราะมันแก้

ปัญหาการกระจายและการขาดแคลน ในส่วนภูมิภาคไม่ได้ผล แม้กระทั่งในขณะนี้ ประเทศที่มีเงินมากกว่าก็ดูดี แพทย์ ดูนโยบายของประเทศที่มีเงินน้อยกว่าไป ของเราอาจจะเป็นเพราะว่าไม่ได้ผลิตบนฐานของภาษาอังกฤษ จึงไม่ได้ถูกดูไป แต่มีปัญหาการดูภายในประเทศ จากชนบทสู่เมืองมาร์กษาคอนโซ่ต่างชาติที่เดินทาง

“ได้ยินบางคนบอกว่า การทำแบบนี้ในจังหวัดเดียวจะไปแย่งโควตาของจังหวัดอื่นโดยไม่ทันระวัง เขาก็มาเริ่มคิดโดยการวางแผนเป็นกลุ่มจังหวัด เห็นชัดเลยว่าคุณมีศักยภาพในการเรียนรู้และการทำสิ่งที่จะเกิดขึ้น เพียงแต่เขามีโอกาส มีเวที ให้เรียนรู้ และจัดการความรู้”

มา อันนี้เป็นปัญหาโลกแตก แต่ขณะที่มีปัญหา ทุกประเทศต่างพยายามปรับตัวเพื่อแก้ปัญหาตลอดเวลา เพราะสังคมอย่างสังคมไทย โครงสร้างไม่ใช่ง่ายๆ ว่าทุกอย่างอยู่ที่ส่วนกลางเท่านั้น อย่างระบบบริการของภาครัฐก็มีความคล่องตัวที่เขาสามารถจัดการตัวเองได้ในระดับหนึ่ง มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทหน้าที่ในระดับหนึ่ง มีงบประมาณ มีเอกชน มีภาคประชาสังคมเกิดขึ้น มีการเคลื่อนตัวของการแพทย์พื้นบ้าน พวกนี้เป็นการเคลื่อนตัวของสังคมพลุกพล่าน ไม่ได้แบบภาพเดียวเหมือนเดิม เพราะฉะนั้นการวางแผนและการคิดที่ส่วนกลางมันจะขาดประสิทธิภาพไปมาก มันต้องมีวิธีการทำงานการวางแผนกำลังคน

ด้านสาธารณสุขใหม่ มันเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อน มีตั้งแต่วางแผน ผลิต การใช้ และการพัฒนา ซึ่งต้องการการวางแผนใหม่หมด

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ก็มาคิดว่าน่าจะมีส่วนรวมแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ เพราะทุกวันนี้มีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ออกเงินให้เรียนเพื่อกลับมาทำงานไม่ต้องรอส่วนกลางอีกแล้ว มี อบต. หลายแห่งออกเงินให้ไปเรียนหนังสือกลับมาทำงานในชุมชน มีโรงพยาบาลบางแห่งจ้างเด็กจบมหาวิทยาลัย เช่น นักกายภาพบำบัดไปทำงาน โดยไม่ต้องมีตำแหน่งจาก กพ. อีกแล้ว

สถานการณ์อย่างนี้กำลังเกิดขึ้น ในโลกความจริงการจะรวบรวมศูนย์แก้ปัญหาไม่ได้แล้ว เราก็ได้แนวคิดที่ว่าประชาชนในประเทศ มีการพัฒนา การสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง โดยกระบวนการที่เรียกว่าแผนแม่บทชุมชน ซึ่งเป็นชื่อกลาง บางที ก็เรียกกันว่าเป็นแผนชีวิตชุมชน เพราะคำว่าแผนแม่บทพจนานุกรมได้ยืมก็จะนึกถึงคำว่า master plan ซึ่งเป็นสิ่งที่เขียนไว้เป็นคัมภีร์หรือเป็น road map ในการทำงานอย่างหนึ่ง อันนี้เป็นกรอบตะวันตกที่เราได้รับการถ่ายทอดมา แต่ประชาชนเขาเอาคำว่าแผนแม่บทไปใช้ในอีกมิติหนึ่งแล้ว คือในมิติที่เรียกว่าการขับเคลื่อนแผนแม่บทชุมชน เป็นเครื่องมือในการชวนคนในชุมชนภาคส่วนต่างๆ มาคุยกัน เพื่อจะหาจุดแข็งจุดอ่อน เรียนรู้ข้อมูลบริบท เรียนรู้เท่าทันสถานการณ์ต่างๆ ความเป็นจริงทั้งในและนอกชุมชน ระหว่างการเรียนรู้เกิดสำนึก เกิดการเรียนรู้ในหมู่พวกเขา และเกิดกิจกรรมที่นำสู่การพัฒนาชุมชน

เราเอาแนวคิดเรื่องนี้มาใช้เรียกชื่อว่าแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพ เราขยายภาพใหญ่ขึ้นมาในระดับภาคคือภาคอีสาน 19 จังหวัด โดยเอาวิสัยทัศน์ของเขามาแล้วลองดูว่าหากเราจะ

ขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนภาคอีสานจะอย่างไร โดยไม่ทำ master plan เหมือนที่เราเคยเรียนกันมาตามตำรานักวิชาการ แต่เป็นปรัชญาแนวคิดแผนแม่บทชุมชนที่ชาวบ้านทดลองกันแล้ว มันหมายความว่า หมายความว่า การขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพภาคอีสาน ไม่ได้เน้นการเขียนแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนตามที่ตำราเขียน ไม่ได้เน้นให้นักวิชาการมานั่งเปิดตำราเขียนอะไรออกมา แต่เน้นให้เป็นกระบวนการเรียนรู้ของคนที่เกี่ยวข้องในภาคนี้

.....

ผมรู้ว่าหลังจากวันที่ 19 (พ.ย. 2552) เวทีจุดประกายที่ จ. ขอนแก่น) มีผู้ตรวจราชการ กสธ. บางคนที่มาร่วมงาน หรือบางจังหวัดที่เห็นก็กลับไปคิด ได้ยินบางคนบอกว่า การทำแบบนี้ในจังหวัดเดียวจะไปแย่งโควตาของจังหวัดอื่นโดยไม่ทันระวัง เขาก็มาเริ่มคิดโดยการวางแผนเป็นกลุ่มจังหวัด เห็นชัดเลยว่าคนมีศักยภาพในการเรียนรู้และการทำสิ่งที่จะเกิดขึ้น เพียงแค่เขามีโอกาส มีเวที ให้เรียนรู้ และจัดการความรู้ ต้องมีการถอดบทเรียนว่ามีปัจจัยไหนเอื้อ ปัจจัยไหนขวาง หลังจากนั้นก็นำสู่แผนที่ใหญ่ขึ้น

“เด็กอีสานก็คุ้นชินกับอีสาน ภูมิภาคอีสานอยู่ในอีสาน แต่พอเด็กเรียนจบมันต้องไปเข้าระบบข้อบังคับกลาง จับสลากใช้ทุนทั่วประเทศ แล้วก็ไม่เคยมีใครจะแกล้งใครตรงนี้ เพราะมองไม่เห็นภาพ เราก็หวังว่าเมื่อมีการทำงานตรงนี้ก็คนจะมองเห็นประเด็น”

โดยว่ากันด้วยกำลังคนด้านสุขภาพภาคอีสาน เราก็มายกกว่าภาคอีสานมีมหาวิทยาลัยหลายแห่งรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร โดยให้โควตาเด็กในภาคอีสานเราก็ต้องมกดูกันว่าเด็กอีสานมีโอกาสได้เรียนจริงสูงกว่าคนภาคอื่นอยู่แล้ว เช่น แพทย์ก็จะมีโควตาให้เด็กอีสานก่อน เหลืออีกไม่มากให้คนนอกภาคอีสาน เด็กอีสานก็คุ้นชินกับอีสาน ภูมิภาคอีสานอยู่ในอีสาน แต่พอเด็กเรียนจบมันต้องไปเข้าระบบข้อบังคับกลาง จับสลากใช้ทุนทั่วประเทศ แล้วก็ไม่มีใครจะแกล้งใครตรงนี้ เพราะมองไม่เห็นภาพ เราก็มองว่าเมื่อมีการทำงานตรงนี้ก็คนจะมองเห็นประเด็น คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติที่ลงมาทำประเด็นนี้ด้วยอาจจะเห็น แล้วนำมาคุยกันในที่ประชุม อาจจะนำสู่การเสนอเปลี่ยนแปลงกฎ

กติกาบางอย่าง หรือเพิ่มกฎกติกาบางอย่างให้เกิดการเปลี่ยนแปลง นโยบายก็จะเกิดจากข้างล่างขึ้นสู่ข้างบน

จะเห็นว่าปัญหาหลายเรื่องขณะทำงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เขาอาจจะนำไปใช้หรือทำนวัตกรรมได้เลย แต่บางเรื่องอาจจะนำสู่การเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายสาธารณะ อาจมีการออกกฎอกระเบียบนโยบายใหม่มาทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น

นี่คือแนวคิดเบื้องต้น เรื่องนี้ก็จะขับเคลื่อนกว่าจะเห็นผล มันอาจจะเห็นผลเล็กๆ น้อยๆ เกิดขึ้นเรื่อยๆ แต่กว่าจะเป็นมรรคเป็นผลจริงๆ ผมคิดว่าเราน่าจะต้องใช้เวลาสัก 2-3 ปี จึงจะบอกได้ว่าแนวคิดการขับเคลื่อนแบบนี้ส่งผลต่อการแก้ปัญหาการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

✦ หวังเห็นผลอะไรบ้างภายใน 3 ปี

ผมไม่คิดว่ามันจะนำสู่การปรับทั้งหมดโดยสิ้นเชิง แต่มันจะนำสู่การปรับเปลี่ยนโดยตัวมันเอง เช่น มหาวิทยาลัยอาจจะคุยกันแล้วปรับบทบาทที่สอดคล้องขึ้นมา แล้วจะเป็นตัวอย่างการปรับในที่อื่น เราไม่ได้หวังว่าทำกระบวนการนี้แล้วจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับชาติ บางเรื่องเท่านั้นที่จะเปลี่ยนระดับชาติ แต่เราหวังว่าระดับภูมิภาคอีสานจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้เลย เพียงแต่ให้มหาวิทยาลัยในอีสานที่มีการเรียนการสอนด้านกำลังคนด้านสุขภาพได้มาคุยกันเจอกันก็วิเศษแล้ว แล้วยังมาเจอท้องถิ่น มาเจอบุคลากรจากเอกชนด้วย ซึ่งการสร้างเวทีให้มาเรียนรู้ร่วมกันแบบนี้ไม่เคยมี แม้แต่ในจังหวัดเดียวกัน จะสังเกตว่าวันนั้น (19 พ.ย. 2552) คณบดีแพทย์ขอนแก่น กับหมออนามัยขอนแก่นเหมือนจะไม่เคยได้คุยกันเลย ก็เพิ่งมาเห็นข้อมูลกัน เพราะฉะนั้นนี่เป็นกระบวนการสร้างเวทีให้เป็นการพูดคุยกันเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ แล้วก็ใน 1 ปีเราคิดว่ากำลังจะวางแผนการจัดการ ซึ่งโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นก็ได้ให้สำนักงานไว้แล้ว มี core team จัดการ มีคณะกรรมการใหญ่เป็นร่วม

ดูแล อาจจะมีการจัดงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันทุก 2-3 เดือน ทุก 1 ปี อาจจะมีเวทีใหญ่สักครั้ง โดยเวทีย่อยอาจจะเวียนไปหลายจังหวัดในอีสาน

บางเรื่องต้องผลักดันนโยบายระดับสูงขึ้น ก็มีช่องทางของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพที่จะผลักดันเข้ามาได้ หรือบางเรื่อง กสร. เอง ซึ่งดูแลระบบสาธารณสุขใหญ่มาก เห็นว่าเรื่องนี้เอาไปปรับได้เลย เช่น วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกแต่ละแห่งก็มีนโยบายแตกต่างกัน บางแห่งการจะมาขอโควตาผลิตก็ยังไม่แน่จะเอาหรือไม่เอา นโยบายต่างๆ มันไม่ค่อยได้มีการเรียนรู้กัน แต่หากมีการเรียนรู้กัน เอาความรู้ไปประยุกต์ทำให้ดีขึ้น เราก็หวังเป็นกระบวนการเรียนรู้ สิ่งดีเล็กๆ ก็เกิดขึ้น บางเรื่องจะนำสู่เรื่องใหญ่ๆ

✦ ต้องมีการทำแผนกลยุทธ์อักษรออกมาหรือไม่

เรามีแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษอยู่แล้ว เป็นแผนที่ไม่ลงรายละเอียดและกำลังขับเคลื่อนไป แต่ก็ไปได้ไม่มากนัก ผมคิดว่าการเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพภาคอีสานเป้าหมาย

“ผมจึงมองแง่ดีว่าระยะหนึ่งหน่วยงานของ กสร. จะต้องเป็นองค์กรอิสระ กสร. ต้องยอมปล่อยให้เขาไปสู่สถานะใหม่ โดย กสร. ไม่ต้องอุ้มโครงสร้างที่อึดอัดขนาดนี้แล้วเอาเวลามากำเรื่องนโยบายยุทธศาสตร์ เรื่องระดับชาติ FTA (ข้อตกลงการเปิดเสรีทางการค้า - Free Trade Agreement) อะไรแบบนี้จะดีกว่า หาก กสร. ยังมัวแต่แก้ปัญหาเครื่องมือสถานีอนามัย แก้ปัญหาเรื่องซี แล้วจะมีเวลาไปทำเรื่องใหญ่ได้อย่างไร”

จะไม่ได้อยู่ที่การเขียนแผนเป็นเล่ม หากจะมีการเขียนแผนจะต้องเกิดเอง โดยธรรมชาติ ว่าจำเป็นแล้วนะที่จะต้อง มีแผนการเรียนรู้ร่วมกัน มันอาจจะมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัดก็ได้ อาจจะเป็นแผนกลุ่มจังหวัดก็ได้ เพราะในแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษมีข้อหนึ่งบอกว่าควรมีกลไกด้านสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งขณะนี้ยังไม่เกิด แต่ถ้ากระบวนการทำแผนภาคอีสานทำให้เกิดการพูดคุยกัน บางจังหวัดอาจจะเริ่มเห็นว่าเราควรต้องมีกลไกมาดูแล

ร่วมกัน อาจจะมี กสร. ฝ่ายผลิต ฝ่ายผู้ใช้ ฝ่ายท้องถิ่น ฝ่ายบุคลากร อาจเห็นพ้องกันว่าควรจะมีกลไก มันก็อาจจะเกิดระบบเกิดกลไกขึ้นมา ก็ได้ โดยที่เป้าหมายคงไม่ได้เห็นว่าจะต้องมีแผนเป็นเล่ม อันนั้นคือวิคิดเดิม เพราะเขียนแผนมาแล้ว มันไม่ใช่คำตอบสู่ความสำเร็จ แต่อันนี้คือการกลับหัวกลับหาง เอาของที่เกิดขึ้นจริงมาเล่า มาเรียนรู้กัน แนนอนว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจะไม่สามารถทำได้ทุกพื้นที่ แต่ มันสามารถประยุกต์ได้ เน้น action

oriented ไม่ใช่ plan oriented แต่ ถ้าทำไปแล้วจะมีแผนขึ้นมาอีกไม่เป็นไร กระบวนการนี้ทำไปแล้วเราอาจจะเห็น ฟ้องกันว่าเมื่อทำไปแล้วอีก 3 ปี 5 ปี เรามาเขียนแผนร่วมกันเพื่อทำให้มี อะไรที่จับต้องร่วมกันได้ ก็ปล่อยให้ เกิดไปตามธรรมชาติ

อนาคตการจัดการกำลังคนด้าน สุขภาพจะมีหน้าตาที่หลากหลายอย่าง แน่นนอน ถ้าคนที่อยู่ในระบบแนวตั้ง แบบเดิมไม่เข้าใจก็จะรู้สึกอึดอัดและง แต่หากเรามองให้เห็นว่าบริบทสังคม มันเปลี่ยนไป มันไม่ได้เป็นสังคมเรียบง่ายหนึ่งกระทรวง การบริหารจัดการ โดยมีหน่วยงานหนึ่งลงไปถึงรากหญ้า เป็นการบริหารจัดการที่หมดสภาพไปแล้ว โครงสร้างแบบนี้ยังมีความจำเป็น ที่จะต้องทำ แต่ความหลากหลายของผู้เล่นในระบบสุขภาพมันเปลี่ยนไป มีผู้เล่นมากขึ้นและเขาเริ่มเล่นแล้ว หากเราจะคิดทำกันในระบบเดิมมันก็จะวางแผนการจัดการผิด เพราะสถานการณ์เปลี่ยน เช่น ที่ภูเก็ดย่อมมีความ ต่างจากแม่ฮ่องสอน ปัญหาใหญ่ของระบบราชการไทยคือรวมศูนย์ คิดแบบ เลือกละเลือก จะให้ระบบเดียวกันสั่งการ เหมือนกัน กรอบอัตรากำลังเหมือนกัน เป็นไปไม่ได้ อีสานก็เหมือนกัน แต่ละ

จังหวัดก็อาจจะต่างกัน เช่นขอนแก่น กับหนองบัวลำภู ขอนแก่นมีมหาวิทยาลัย มีโรงพยาบาลระดับ excellence centre มีโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลเอกชน มีเทศบาล ซึ่งต้อง มีบทบาทและอำนาจหน้าที่ในการจัด บริการสาธารณสุขด้วย มีงบประมาณ ที่เติบโตขึ้นทุกวัน เพราะฉะนั้นการจัดการในแต่ละพื้นที่ที่มีกระทรวงเป็นตัวตั้ง มันใช้ไม่ได้แล้ว แต่ถามว่ามี สูตรสำเร็จใหม่ในการเปลี่ยนแปลง มันไม่มี เพราะสังคมกำลังเปลี่ยนแปลง ไม่มีใครบอกได้ว่าจุดสุดท้ายคืออะไร มันจึงต้องมีนวัตกรรมที่สามารถรับมือ กับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ได้ เช่นที่น้ำพอง อบต. ให้ทุนเด็กไปเรียน พยาบาล ตอนนั้นไม่แน่ใจว่าเป็นปัญหา การรับคนของ อบต. หรือไม่ ตอนนั้น เปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลให้ทุนเอง แล้วก็กลับไปอยู่โรงพยาบาล เพราะฉะนั้น มันไม่มีสูตรสำเร็จ ขึ้นกับสถานการณ์ เงื่อนไขเปลี่ยน โดยเฉพาะกำลังคน ด้านสุขภาพจุดสำคัญอยู่ที่การจ้างงาน ไม่ใช่การผลิต ไม่ใช่การผลิตไม่พอ การผลิตตอนนี้บ้านเรามีคณะแพทย์ที่เพิ่ม การผลิตได้ เรื่องใหญ่ตอนนี้คือเรื่อง การใช้คน หรือการจัดการกำลังคน เดิม เราฝากว่าบุคลากรสาธารณสุขต้องอยู่ใน

“ทกวิสัยทัศน์ของฝ่ายประจำและการเมืองของ กสร. ไม่มีวิสัยทัศน์ต่อสิ่งที่ผมพูด ยังคงมองแบบ เดิม มันก็จะอ่อนแอลงเรื่อยๆ ยิ่งกรณีเรื่องงบ ไทยเข้มแข็งมันแสดงให้เห็นว่า กสร. ไม่สามารถบริหาร เรื่องใดๆ ให้ออกแล้ว ยิ่งพอมีการชี้ชัดเจนว่าเงิน โครงการใหญ่ขนาดนี้ไม่มีระบบการจัดการที่ดี แล้วในภาวะอย่างนี้จะมีเวลาหรือความสามารถไปจัดการ แก้ปัญหาให้กำลังคนโรงพยาบาลต่างๆ ได้อย่างไร”

กสร. เป็นหลัก แล้วก็ดูแลตั้งแต่ excellence centre, โรงพยาบาลศูนย์ ไป จนถึงสถานีอนามัย และก็ต้องเป็น ข้าราชการเป็นหลัก ขณะที่ภาครัฐก็ บอกว่าจำนวนข้าราชการมันมากเกินไป ต้องคุมกำเนิด สุดท้ายไม่มีการบรรจุ พยาบาลใหม่ ก็มีเฉพาะพยาบาลเก่า อายุมากขึ้น แต่การจัดการก็จะไปเรียก ร้องขอตำแหน่งเพิ่ม มันก็สวนทางกับ โลกของความเป็นจริง ที่เป็นโลกแห่ง การกระจายอำนาจ ต้องมองถ่ายหน้าที่ ไปให้คนอื่นทำ กระทรวงต้องเลิกลง เพราะฉะนั้นการจ้างคนจะเปลี่ยนไป ยกตัวอย่างที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

ที่ไม่ใช่เป็นข้าราชการ เขาสามารถจ้าง คนให้อยู่อย่างอบอุ่นได้ โดยเรื่องซี เรื่องอะไรไม่เห็นจำเป็นเลย สวัสดิการ ต่างๆ ก็ดี แถมยังสามารถไปทำงานนอก เขตบ้านแพ้วได้ แสดงว่าถ้าเปลี่ยน การจัดการในบางพื้นที่ในบางหน่วยบางแบบ เขาสามารถจัดการตัวเองได้ คำตอบ ของผมคือมันไม่มีสูตรสำเร็จอีกต่อไป แล้ว และเป็นแบบเดิมไม่ได้อีกแล้ว

✦ การป้องกันไม่ให้เกิดการเลียนแบบ จนไม่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง

จริงๆอยู่ที่ผู้มีอำนาจอาจจะเห็นว่าดี แล้วไปสั่งการให้มีการทำเหมือนกันทั่ว

ประเทศ ทั้งที่บริบทสังคมไม่เหมือนกัน มันไม่อาจจะเกิดได้เป็นเหตุพรีไป ผมไม่ห่วง หากมีใครคิดว่าตรงนี้ดี ไปขยายผลแล้วใช้อำนาจส่งทำไป สุดท้าย มันไม่สำเร็จหรอก มันจะล้มเหลวด้วยตัวของมันเอง เพราะไปบังคับสิ่งที่ไม่พร้อมให้มันเกิด มันก็อาจจะเกิดเฉพาะรูปแบบ ซือ แต่โครงการจริงไม่เกิด บ้านเมืองเราก็มึบเนี่ยะเยอะ เตี้ยว มันก็หายไปเอง เราไม่น่าไปกังวล

ผมคิดว่าต้องเรียนรู้กันไป หากวันหนึ่งผู้บริหารส่วนกลางรู้สึกว่ามันดี แล้วเอาไปหนุนให้เกิดการเรียนรู้ที่อื่น มันก็ไปได้ถูกทาง แต่ถ้าเห็นว่าโมเดลนี้ดีแล้วไปสั่งขยายพรีเลย มันก็อาจจะเกิดไม่ถนัด เพราะเดี๋ยวนี้มีการเรียนรู้ มีการวิพากษ์วิจารณ์ ให้ความเห็นได้อย่างกว้างขวาง หรือหากมีการไปสั่งไปทำ มันก็อาจจะไม่ใช่อะไรที่ตายตัว จะสั่งซ้ายหันขวาหัน จะสั่งการให้ทุกโรงพยาบาลต้องจ้างนักกายภาพจำนวนเท่านี้เท่านี้ ทำไม่ได้หรอก สิ่งไปบางโรงพยาบาลก็ทำไม่ได้ เขาไม่มีคน ไม่มีเงิน มันก็ไม่เกิดเอง ขณะนี้ต้องบอกว่าคำสั่งของส่วนกลางกับการทำงานแบบเบ็ดเสร็จมันไม่ค่อยได้ผลแล้ว สังคมมันเปลี่ยน และเปลี่ยนเร็ว สลับซับซ้อน มีผู้เล่นมากมาย ความ

อิสระมากมาย มีทรัพยากรที่ กสธ. คุณไม่ได้ เพราะเป็นเงินต่อหัวประชากร เมื่อก่อน กสธ. มีอำนาจในการให้คุณให้โทษได้ ปรับเลื่อนซีได้ มีเงินให้ทุกวันนี้ กสธ. เหลืออำนาจเดียวคือให้คุณให้โทษ มีกฎระเบียบแต่เงินไม่มี เงินจะมาตามการบริหารประชากร เขาถึงทำอะไรใหม่ๆ ได้มากขึ้น กสธ. มีอำนาจบังคับบัญชา แต่มันก็ไปติดกับระเบียบของ กพ. ที่คุณไม่ได้ ผมมองระยะยาวก็จะพบว่า กสธ. จะช่วยอะไรหน่วยงานตัวเองไม่ได้มากขึ้น ผมจึงมองแง่ดีว่าระยะหนึ่งหน่วยงานของ กสธ. จะต้องเป็นองค์กรอิสระ กสธ. ต้องยอมปล่อยให้เขาไปสู่สถานะใหม่ โดย กสธ. ไม่ต้องอุ้มโครงสร้างที่อึดอัดขนาดนี้แล้วเอาเวลามาทำเรื่องนโยบาย ยุทธศาสตร์ เรื่องระดับชาติ FTA (ข้อตกลงการเปิดเสรีทางการค้า - Free Trade Agreement) อะไรแบบนี้จะดีกว่า หาก กสธ. ยังมัวแต่แก้ปัญหา เครื่องมือสถานื่อนามัย แก้ปัญหาเรื่องซี แล้วจะมีเวลาไปทำเรื่องใหญ่ได้อย่างไร เพราะฉะนั้นผมคิดว่าในสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนไป จะอยู่อย่างเดิมต่อไปไม่ได้เลย

++ แล้วบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจะอยู่ตรงไหน

หากวิสัยทัศน์ของฝ่ายประจำและการเมืองของ กสธ. ไม่มีวิสัยทัศน์ต่อสิ่งที่ผมพูด ยังคงมองแบบเดิม มันก็จะอ่อนแอลงเรื่อยๆ ยิ่งกรณีเรื่องบไทยเข้มแข็งมันแสดงให้เห็นว่า กสธ. ไม่สามารถบริหารเรื่องใดๆ ให้อีกแล้ว ยิ่งพอมีการชี้ชัดเจนว่าเงินโครงการใหญ่ขนาดนี้ไม่มีระบบการจัดการที่ดี แล้วในภาวะอย่างนี้จะมีเวลาหรือความสามารถไปจัดการแก้ปัญหาให้กำลังคนโรงพยาบาลต่างๆ ได้อย่างไร ขณะที่ตรงอื่นที่ตื่นขึ้นแข็งแรงขึ้น มี อบจ. 27 แห่ง ขอรับการถ่ายโอนสถานื่อนามัย มีการตั้งกรรมการให้มีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน มี นายก อบจ. และ สสจ. เป็นเลขานุการร่วม เพื่อจะพิจารณาการเตรียมความพร้อมการถ่ายโอนสถานื่อนามัย ผมทราบว่า มีสถานื่อนามัย 500 แห่ง ที่ฝ่ายกระจายอำนาจสำรวจมาแล้วพบว่าพร้อมจะออกไปอยู่กับท้องถิ่น โดยที่เขามีท้องถิ่นคู่พร้อมที่จะรับ นี่แสดงให้เห็นว่าบริบทขยับตัวไปแล้ว ไม่ว่าส่วนกลางจะยึดกุมยังไง ขณะที่ตัวเองอ่อนแอลง มันถึงเวลาที่ตัวเองต้องปรับตัว ผมเสียคยโอกาสว่าการเกิดขึ้นอย่างมีการบริหารจัดการที่ดี

กับโอกาสที่เกิดขึ้นมันต่างกันมาก

กระบวนการแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีการปรับเปลี่ยน กสธ. ยังเป็นองค์กรหลักด้านสาธารณสุขของประเทศ ยังมีหน้าที่ดูแลกฎระเบียบกติกาสันับสนุนต่างๆ และในภาวะที่เราพูดถึงการฟ้องถ่ายหน่วยงาน กสธ. ไปสู่การเป็นองค์กรอิสระ ไปสังกัด อบท. มันยังใช้เวลาอีกนานมากเนื่องจาก กสธ. มีองค์คาพยพที่ใหญ่มาก สถานื่อนามัยเกือบหมื่นแห่ง คนเป็นแสน มันพลิกฝ่ามือไม่ได้ กสธ. ยังมีบทบาทสารพัด ทั้งการผลิตส่วนหนึ่ง ทั้งแพทย์เพิ่ม ทั้งการพัฒนาคนทั้งระบบ ทั้งการจ้าง กสธ. ยังต้องจ้างในรูปแบบประเภทต่างๆ กสธ. ยังไม่ได้หายไปจากระบบ แต่ควรต้องเข้ามาเล่นอย่างทันสมัยการณ และเล่นในฐานะผู้เล่นหลักอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น





ภาคสอง

อีสาน

ปฐมบท
การขับเคลื่อนกำลังคน
ระดับพื้นที่

**“เราได้รับคำสั่งว่าให้ไปทำงาน
ในสิ่งที่สถานีอนามัยยังไม่ได้ทำ
คือ งานชุมชนและการจัดการ
เราจะไม่เข้าไปทำงานด้านการดูแล
การรักษาโดยตรง
เพราะเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นที่สาธารณสุข
ในสถานีอนามัยทำอยู่แล้ว”**

...
พรรณิกา ไชยรัตน์
พยาบาลชุมชน โรงพยาบาลน้ำพอง

โรงพยาบาลน้ำพอง

พยาบาลชุมชน กุศสันถวโมศริ

เชื่อมสัมพันธ์ชุมชน-โรงพยาบาล

“เข้าหมู่บ้านทุกวัน 2 ปีมาแล้ว ไม่ได้เก็บเฉพาะข้อมูลการเจ็บป่วย แต่เราต้อง
บันทึกข้อมูลอื่นๆ เช่น อาชีพ รายได้ ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม จนเรารู้จักชุมชน
ที่เรารับผิดชอบดี” **ปฎิญา อัดโตดดร** พยาบาลชุมชนแห่งโรงพยาบาลน้ำพอง
อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น บอกเล่าประสบการณ์การทำงานให้ทีมผู้แทน
คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติฟัง

ชื่อเสียงด้านการผลิตและบริหารจัดการกำลังคนพยาบาลของโรงพยาบาล
น้ำพอง ซึ่งถือเป็นโรงพยาบาลต้นแบบในการผลิตพยาบาลชุมชน ทำให้คณะ
กรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ นำโดย **นายแพทย์มงคล ณ สงขลา** ใน
ฐานะประธาน และ **นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ** เลือกเป็นพื้นที่ในการ
ศึกษาดูงานสำหรับเวทีจุดประกายขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนสุขภาพสู่
การสร้างสุขภาพภาคอีสาน ในวันที่ 19 พฤศจิกายน 2552

จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่หลังไหลเข้ามาที่โรงพยาบาลเป็นจำนวนมากเพื่อรับการรักษา
ทั้งโรคเล็กน้อยที่ควรจะดูแลตนเองได้ที่บ้าน และโรคซับซ้อนที่จำเป็นต้องถึง
มือแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขในวิชาชีพอื่นๆ ทำให้โรงพยาบาลแออัด
ไปด้วยผู้ป่วย **นายแพทย์วิชัย อัครภาคย์** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง จึง
เกิดความคิดที่จะเปลี่ยนจากการตั้งรับเป็นการทำงานเชิงรุก คือแทนที่จะให้
พยาบาลเป็นฝ่ายรอผู้ป่วยที่โรงพยาบาลก็ใช้วิธีให้พยาบาลออกไปหาผู้ป่วยถึง

บ้านในชุมชน วัตถุประสงค์ไม่เพียงเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยที่อาจจะมีปัญหาในการเดินทาง และการคัดกรองผู้ป่วยด้วยโรคเพียงเล็กน้อยไม่ต้องให้เดินทางมาแออัดกันที่โรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเป็นการเปิดโลกทัศน์ของพยาบาลให้เห็นและรู้จักตัวตนของคนที่เราเขาต้องให้บริการพยาบาลมากขึ้น เพื่อความเข้าใจในสาเหตุการเจ็บป่วยและวิธีการดูแลตัวของชาวบ้าน ที่บางครั้งอาจถูกมองจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาไม่หาย จากการเห็นแต่คนป่วยที่เดินทางมาที่โรงพยาบาล พยาบาลชุมชนมองเห็นคนทั้งชุมชนทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย และพบว่าชุมชนนี้เองคือคำตอบของปัญหาการให้บริการสุขภาพในท่ามกลางปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ

โครงการพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลน้ำพอง เริ่มขึ้นในปี 2544 ด้วยความร่วมมือของโรงพยาบาลกับองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง เป็นรูปแบบความร่วมมือที่เรียกได้ว่า **ท้องถิ่นให้เงิน โรงพยาบาลให้คน และชุมชนได้ประโยชน์** คือ โรงพยาบาลจะมอบหมายให้พยาบาลจำนวน 6 คน ใช้เวลา 4 วัน ใน 1 สัปดาห์ ออกไปทำงานที่ชุมชน โดยแบ่งเป็น 1 คน ต่อ 2 หมู่บ้าน ส่วนอีก 1 วัน ให้อยู่ให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดย อบต. เป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการลงพื้นที่ร่วมกับโรงพยาบาล หน้าที่ของพยาบาลชุมชนทั้ง 6 คน นอกเหนือจากการให้บริการผู้ป่วยในพื้นที่ก็คือ การทำความรู้จักชุมชนและคนในชุมชน ไม่ว่าจะป่วยหรือไม่ป่วย เพื่อให้ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เรียนรู้เข้าใจระบบเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน ซึ่งถูกมองว่าเป็นปัจจัยสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคในชุมชนด้วย รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ป้องกันคนที่ยังไม่ป่วยให้ไม่ต้องป่วย คนที่เดินทางเข้ามาโรงพยาบาลในแต่ละวัน ก็ลดจำนวนลง

ผลที่เกิดขึ้นกับชุมชน นอกจากชาวบ้านที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ได้รับยาตรงเวลา ไม่เสียเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยเพียงน้อยนิด เหมือนมีหมออยู่ในหมู่บ้าน ยังทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและชุมชน ชาวบ้านเปิดรับการถ่ายทอดข้อมูลความรู้ต่างๆ จากพยาบาลมากขึ้น

“รู้สึกเหมือนเราเป็นทูตสันถวไมตรี” **เสาวภา สาขา** พยาบาลชุมชนคนหนึ่ง

ของโรงพยาบาลน้ำพอง กล่าวด้วยสีหน้ายิ้ม

ทูตสันถวไมตรีในความหมายของเสาวภาคือ การเป็นผู้ผูกสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน จากเดิมที่โรงพยาบาลเคยเป็นสถานที่ห่างไกล แยกแยกจากชุมชน มีแต่หมอ พยาบาล ที่พูดกันด้วยภาษาที่คนไข้ฟังไม่รู้เรื่อง กลายเป็นสถานที่ที่ชาวบ้านมีความมั่นใจในการเดินเข้ามา เพราะบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมือนมาจากโลกคนละใบ ไกลเกินเอื้อม กลายเป็นคนที่ใกล้ชิดและสัมผัสได้

“เวลาต้องมาโรงพยาบาลชาวบ้านจะกล้ามากขึ้น รู้ว่าหมอและพยาบาลไม่ได้เิน่ากลัว หากไม่เจอพยาบาลที่ลงหมู่บ้านตัวเองก็จะมีคำถามหา บรรยาการในโรงพยาบาลก็เป็นมิตร มีรอยยิ้มกันมากขึ้น” เสาวภา กล่าว

รูปแบบการ ‘ส่งออก’ พยาบาลของโรงพยาบาลน้ำพอง เพื่อให้ปฏิบัติงานในชุมชน อาจทำให้เกิดข้อสงสัยตามมาว่าจะมีการซ้อนทับกับการทำงานของสถานีอนามัยหรือไม่ ประเด็นนี้เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลน้ำพองเองตระหนัก และให้ความสำคัญตั้งแต่ครั้งการเริ่มคิดโครงการพยาบาลชุมชน

“เราได้รับคำสั่งว่าให้ไปทำงานในสิ่งที่สถานีอนามัยยังไม่ได้ทำ คือ งานชุมชนและการจัดการ เราจะไม่เข้าไปทำงานด้านการดูแลการรักษาโดยตรง เพราะเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยทำอยู่แล้ว” **พรธนิภา ไชยรัตน์** พยาบาลวิชาชีพซึ่งเริ่มลงชุมชนตั้งแต่ 2546 กล่าว

เมื่อลงหมู่บ้าน พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลน้ำพองจึงมีฐานะเป็นพยาบาลชุมชน ที่ทำงานเสริมและสอดคล้องประสานกับสถานีอนามัย ความสำเร็จในความร่วมมือและทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลน้ำพองและสถานีอนามัยทุกแห่งในพื้นที่คือการตกลงระหว่างโรงพยาบาลน้ำพองกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการแบ่งปันงบประมาณของสถานีอนามัยมาให้ เป็น ‘โบนัส’ พยาบาลชุมชน ในพื้นที่ของสถานีอนามัยแต่ละแห่ง ภายใต้ข้อตกลงระหว่างโรงพยาบาลกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

“จริงๆ ก็มีปัญบบ้าง สำหรับกรณีที่พยาบาลชุมชนยังไม่สามารถทำให้สถานีอนามัยเห็นได้ชัดว่าเรามาแล้วทำให้งานของเขามีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นแค่ไหน เขาอาจจะให้แบบไม่เต็มใจนัก แต่สำหรับพยาบาลชุมชนที่สามารถทำงาน

เสริมสถานีอนามัยได้ดี ความสัมพันธ์กับสถานีอนามัยก็ดี และเงินที่แบ่งมาให้ก็ไม่ได้เยอะมากนัก” พรรณิกา กล่าว

ประสบการณ์ 6 ปี ของพรรณิกาในการเป็นพยาบาลชุมชน ทำให้เธอตระหนักดีว่า สถานีอนามัยเองก็ต้องการกำลังคนเพิ่ม เพื่อให้สามารถทำงานเชิงรุกของบริการปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะปัจจุบัน “เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอนามัยต้องใช้เวลาล้วนใหญ่จัดการกับตัวชีวิตที่มีโจทย์มาให้เขามากมาย”

โครงการพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลน้ำพองได้พัฒนาตัวเองมาตลอด มีการส่งพยาบาลลงหมู่บ้านเพิ่มมากขึ้น แม้จะกำหนดในขั้นต้นว่า พยาบาล 1 คน ดูแล 2 หมู่บ้าน แต่ก็พบว่ามีการปรับเปลี่ยนกติกาในส่วนนี้ให้มีความยืดหยุ่นตามต้นทุนทางสังคมของแต่ละหมู่บ้าน เช่น ที่หมู่บ้านหลุมหิน ซึ่งมีต้นทุนทางสังคมต่ำ คือมีความแห้งแล้ง ไม่มีน้ำประปาใช้ มีปัญหาเรื่องความรุนแรงในหมู่บ้าน เช่น การทำร้ายร่างกาย ปัญหาครอบครัว มีเด็กถูกทอดทิ้งเป็นจำนวนมาก ที่นี่จะมีพยาบาลประจำหมู่บ้านถึง 2 คน ผลัดเปลี่ยนกันมา ทั้งดูแลประชาชนและเรียนรู้จากหมู่บ้าน

“โรงพยาบาลมองเห็นว่าปัญหาสังคมและเศรษฐกิจเป็นสิ่งที่แยกไม่ออกจากปัญหาสุขภาพ ชุมชนที่มีต้นทุนทางสังคมต่ำจะมีต้นทุนทางสุขภาพต่ำด้วย เราจึงต้องให้ความสำคัญ” **พญ.สรณ์ สุขศรี** พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานด้านการประชาสัมพันธ์ กล่าว

เกือบ 10 ปีของการ ‘ส่งออก’ พยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน นอกจากจะทำให้ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลลดลงแล้ว โรงพยาบาลน้ำพองยังมีสิ่งที่เรียกว่า แผนที่โครงสร้างหลักของตำบล ซึ่งถูกนำเสนอให้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติดู ในวันที่เดินทางไปดูงาน

ลายเส้นเล็กๆ โยงไปโยงมา พร้อมด้วยตัวหนังสือยาวเหยียดหลากสีสันทบกระดาดขนาดใหญ่ไม่ต่ำกว่า 2 x 2 เมตร ที่กางออกโคมต่อหน้าคณะดูงานในวันนั้น คือแผนที่โครงสร้างหลักของตำบลสะอาด 1 ใน 12 ตำบล ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลน้ำพอง ต่างกับแผนที่ทั่วไปที่เคยพบเห็นกัน แผนที่โครงสร้างหลักของตำบล ประกอบไปด้วยแผนที่และข้อมูลที่น่าเสนอประเด็น

โครงสร้างหลักที่สำคัญของตำบล 7 ประเด็น

1. ข้อมูลศักยภาพชุมชน เช่น ผู้นำหมู่บ้าน การรวมกลุ่มในชุมชน และต้นทุนอื่นๆ ที่จะช่วยในการทำงานด้านการสร้างเครือข่าย
2. ระบบการสื่อสารในชุมชน
3. ข้อมูลประชากร
4. ปัญหาสุขภาพชุมชน
5. ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ การทำอาชีพ หนี้สิน รายได้
6. ต้นทุนด้านสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน
7. ระบบการเมืองการปกครองในพื้นที่

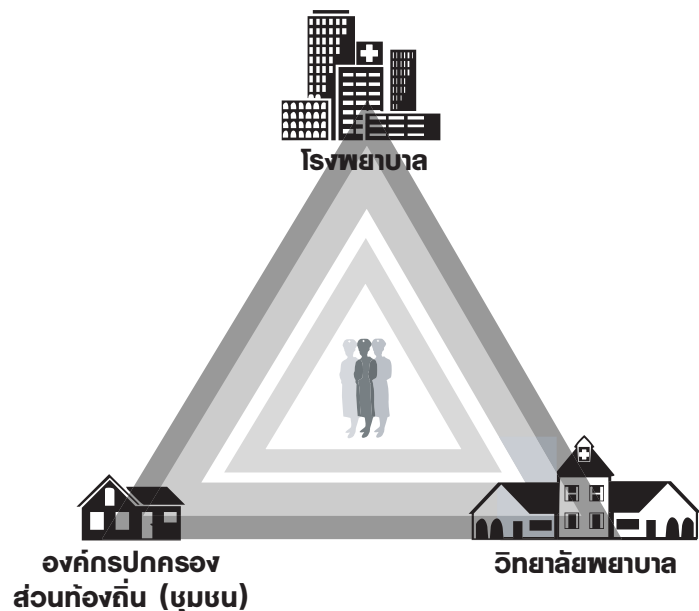
ข้อมูลทั้ง 7 ส่วนของแต่ละหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลสะอาด ได้มาจากการลงพื้นที่ สังเกต และสอบถามของพยาบาลชุมชน ถูกนำมาประกอบเชื่อมโยงไปมา เกิดเป็นแผนที่โครงสร้างหลักของตำบลสะอาด ซึ่งโรงพยาบาลนำไปใช้จัดการวางแผนดูแลสุขภาพของประชาชนอีกทีหนึ่ง นอกเหนือจากแผนที่โครงสร้างชุมชนซึ่งจะถูกเก็บไว้ที่โรงพยาบาลแล้ว พยาบาลชุมชนทุกคนต้องมีสิ่งที่เรียกว่า ‘แผนที่เดินดิน’ ใช้ติดตัวสำหรับการทำงานในหมู่บ้าน

แผนที่เดินดินจะมีภาพแผนที่ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบ มีกระแสบูตาแห่งบ้านผู้นำหมู่บ้าน บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านที่มีสมาชิกกำลังเจ็บป่วยหรือต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ เช่น คนชรา เด็ก ผู้พิการ แผนที่เดินดินเป็นสิ่งที่พยาบาลชุมชนทุกคนต้องสร้างขึ้นเพื่อเป็นคู่มือในการทำงานของตนเอง

จากชุมชนสู่โรงพยาบาล

ปี 2545 มีการพัฒนาโครงการพยาบาลชุมชนให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืนยิ่งขึ้น ด้วยการขยับไปสู่การผลิตพยาบาลชุมชนเป็นการเฉพาะ ไม่ใช้การผลิตพยาบาลวิชาชีพแล้วมาฝึกเป็นพยาบาลชุมชน ด้วยแนวคิดว่าคนที่ทำงานในชุมชนควรต้องมาจากชุมชน มีความรู้ความเข้าใจชุมชน ทำให้เกิดการสร้างคนในชุมชนให้เป็นพยาบาล เพื่อทำงานทั้งในโรงพยาบาลและเป็นพยาบาลชุมชนในบ้านเกิดของตนเอง จากการดึงคนจากโรงพยาบาลออกสู่หมู่บ้านเป็นการสร้างคนจากหมู่บ้านเข้าสู่โรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ

จากความร่วมมือ 2 ฝ่าย คือ โรงพยาบาลน้ำพอง และองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง ขยายสู่ฝ่ายที่ 3 คือ สถาบันการศึกษา ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และวิทยาลัยสาธารณสุขขอนแก่น ที่ช่วยผลิตบุคลากรที่ชุมชนช่วยกันคัดเลือกมาจากชุมชน ด้วยฐานคิด ‘คนดีเรียนได้’ โดยการสนับสนุนทุนการศึกษาจาก อบต. ด้วยวัตถุประสงค์ของการผลิตพยาบาลชุมชน มีความชัดเจนว่าต้องการพยาบาลไปทำงานในชุมชน ซึ่งต้องการทักษะ ความรู้ และความคิด ต่างจากพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาล ทำให้หลักสูตรของการผลิตพยาบาลชุมชนต่างไปจากพยาบาลวิชาชีพในรูปแบบปกติ คือนอกจากวิชาการพยาบาลแล้ว ยังต้องมีความรู้ในเรื่องการทำงานในชุมชนด้วย ชุมชนจึงเป็นห้องเรียนที่สำคัญของนักเรียนวิชาการพยาบาลชุมชน



หัวใจสำคัญของการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ คือการร่วมมือกันระหว่างท้องถิ่น โรงพยาบาล และแหล่งผลิต

“น้องๆ นักเรียนพยาบาลชุมชนจะได้เรียนทักษะการลงชุมชน การพัฒนาชุมชน การสื่อสารพูดคุยกับชุมชน ซึ่งหลักสูตรพยาบาลปกติไม่มี ทำให้พวกเขา มีทักษะในการทำงานกับชุมชนดีกว่าพยาบาลรุ่นก่อน” พรรณิภาซึ่งรับหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลชุมชนรุ่นใหม่ กล่าว

พรรณิภาบอกเล่าถึงประสบการณ์การทำงานในชุมชนช่วงแรกๆ ของตนเองว่า “ยากมาก ไม่มีอะไรติดตัวเลยนอกจากความรู้การพยาบาล การคิดยา ซึ่งเราไม่ได้ใช้ในชุมชน ทุกอย่างที่ทำให้ทำงานได้ เราไปเรียนรู้จากชุมชน เรียนรู้จากชาวบ้านทั้งหมด”

หลักสูตรพยาบาลชุมชนจึงทำให้โครงการโรงพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลน้ำพองมีความเข้มแข็งมากขึ้น

ในปี 2549 โรงพยาบาลน้ำพองมีพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น 6 คน และทันตภิบาล 2 คน อันเป็นผลผลิตจากโครงการนี้ ทำให้โรงพยาบาลน้ำพองมีกำลังพยาบาลมากพอที่จะส่งไปปฏิบัติหน้าที่ในสถานเือนามัยได้ด้วย ปีเดียวกันนี้เองโครงการได้ขยายผลไปสู่ อบต. อื่นๆ ขณะเดียวกันก็มีภาคเอกชนเข้ามาร่วมให้การสนับสนุนทุนการศึกษาเพิ่มขึ้น ทั้งบริษัทเอกชน กองทุนชุมชน รวมถึงมูลนิธิของโรงพยาบาลเอง

ด้วยความที่อำเภอเมืองน้ำพองเป็นที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก ทั้งโรงงานทำกระดาษ โรงงานน้ำตาล และโรงงานสุรา ซึ่งต่างก็ต้องการเป็นมิตรกับชุมชน การขอความร่วมมือในการสนับสนุนทุนการศึกษาสำหรับส่งลูกหลานคนในชุมชนไปศึกษาต่อด้านพยาบาลชุมชนเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ไม่ยาก

จากทั้งโครงการพยาบาลชุมชนแรกเริ่ม และโครงการทุนพยาบาลชุมชน ทำให้ปัจจุบันโรงพยาบาลน้ำพองสามารถส่งพยาบาลชุมชนไปปฏิบัติหน้าที่ในสถานเือนามัยได้ถึง 30 คน ครอบคลุมสถานเือนามัยทั้งสิ้น 9 แห่ง จาก 12 แห่งในอำเภอเมืองน้ำพอง ซึ่งภายในปี 2553 จะสามารถครอบคลุมได้ทุกพื้นที่ เพราะจะมีนักเรียนทุนพยาบาลชุมชนสำเร็จการศึกษาเพิ่มขึ้นอีก 7 คน และในปี 2555 จะมีนักเรียนทุนพยาบาลสำเร็จการศึกษาอีก 10 คน และอีก 12 คนในปี 2556

จากความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้วยแนวคิดสามเหลี่ยมพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลน้ำพอง กลายเป็นต้นแบบให้เกิดการขับเคลื่อนการสร้างพยาบาลชุมชนในระดับจังหวัด โดยจังหวัดขอนแก่นได้

วางแผนระยะยาวจะขยายการสร้างความร่วมมือในลักษณะเดียวกันให้ครอบคลุมทุกอำเภอ โดยตั้งเป้าว่าจะต้องผลิตพยาบาลชุมชนของจังหวัดเพิ่มให้ได้ 200 คนภายในปี 2556



บทเรียนจากน้ำพอง

1. ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่แยกไม่ออกจากปัญหาครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม การดูแลและแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพจึงควรต้องมองที่คุณภาพของต้นทุนทางสังคมทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง หากสามารถทำให้ต้นทุนทางสังคมของชุมชนดีขึ้น จะมีส่วนทำให้ปัญหาสุขภาพประชาชนลดน้อยลง กำลังคนด้านสุขภาพก็มีการงานเบาลง
2. การประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรของสถานพยาบาลที่ต่างระดับกัน (ในที่นี้คือสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน) จะทำให้การทำงานภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรบุคคลมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพมีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน การตอบสนองความต้องการที่หลากหลายสามารถทำได้โดยการสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน รวมถึงแหล่งผลิตในพื้นที่ เพื่อให้สามารถผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน



✦ ตัวแทนชุมชนอธิบายแผนที่โครงสร้างตำบล ให้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพฟังขณะลงพื้นที่





**“เราเคยถูกเอกชน
และโรงเรียนแพทย์ดูถูกไป
ตอนหลังพอมีฐานะดี
เราก็เลยต้องเริ่มดูถูกคนอื่นบ้าง”**

...

นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

โรงพยาบาลขอนแก่น จากตกขี้นวสู่การผลิต

“ผลิตได้เท่าไร โรงพยาบาลขอนแก่นก็ตกขี้นวไปหมด” เสียงแซวเชิงตัดพ้อของใครบางคนดังขึ้นในเวทีจุดประกายขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนสุขภาพสู่การสร้างสุขภาพภาวะภาคอีสาน ทำเอาผู้ถูกพาดพิงอย่าง**นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ได้แต่นั่งยิ้มอย่างไม่มีข้อแก้ตัว

แม้จะมีดีกรีเป็นถึงโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น แต่โรงพยาบาลขอนแก่นก็ไม่สามารถหลุดพ้นวัฏจักรปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพไปได้

“เราเคยถูกเอกชนและโรงเรียนแพทย์ดูถูกไป ตอนหลังพอมีฐานะดีเราก็เลยต้องเริ่มดูถูกคนอื่นบ้าง” นายแพทย์วีระพันธ์ เล่าถึงสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับกำลังคนของโรงพยาบาล และการแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดเสียงแซวในที่ประชุม

อ้อมและตกขี้นว มาตรการเฉพาะหน้า

เพื่อแก้ไขปัญหาคารขาดแคลนพยาบาลที่ต้องการเพิ่มอีกถึง 200-300 คน และเร่งเจือจางอายุเฉลี่ยของพยาบาลในโรงพยาบาลที่สูงถึงประมาณ 47 ปี เนื่องจากพยาบาลรุ่นใหม่รับมาได้ไม่นานก็ถูกโรงพยาบาลเอกชนดึงตัวไปหมด โรงพยาบาลขอนแก่นตัดสินใจใช้การตลาดและการประชาสัมพันธ์เข้ามาเป็นเครื่องมือในการหาพยาบาลรุ่นใหม่ ปลายทางแรกอยู่ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

“เราส่งทีมไปโฆษณาถึงมหาวิทยาลัย ให้ความมั่นใจเรื่องค่าตอบแทน ถึงแม้จะไม่สูงเท่าเอกชน แต่เราก็มีของแถมมากมาย ทั้งที่พัก และสวัสดิการ แถมชื่อเสียงโรงพยาบาลก็ดีกว่า ตอนนั้นอุ้มมาได้ 56 คน”

กระบวนการ ‘อุ้ม’ พยาบาลหน้าใหม่ของโรงพยาบาลขอนแก่นไม่ได้ใช้เพียงเฉพาะกับบัณฑิตพยาบาลเท่านั้น แต่รวมทั้งนักเรียนพยาบาลปีสามและปีสี่

“เราใช้ข้อเสนอให้ทุน เด็กปีสี่เราก็ให้ทุนเรียน 1 ปี โดยมีเงื่อนไขว่าจะบ แล้วต้องมาอยู่กับเรา 1 ปี เด็กปีสามก็ให้ทุน 2 ปี จนเรียนจบ และต้องมาทำงานที่เรา 2 ปี มีเงินเดือนและสวัสดิการที่ดี” นายแพทย์วีระพันธ์ กล่าว

การตลาดของโรงพยาบาลขอนแก่นยังขยายไปไกลถึงโรงพยาบาลในพื้นที่อื่น ทั้งในภาคเดียวกันอย่างมหาสารคาม หรือคนละภูมิภาคอย่างสุพรรณบุรี สระบุรี และพิษณุโลก ก็ถูกดูดด้วยมาตรการลด แลก แจก แถม ของโรงพยาบาลขอนแก่น ภายในเวลา 2 ปี โรงพยาบาลขอนแก่นก็มีพยาบาลหน้าใหม่เข้ามาช่วยเจือจางอายุเฉลี่ยได้ถึง 127 คน อายุเฉลี่ยของพยาบาลจาก 47 ปี ก็หล่นลงมาอยู่ที่ 42-43 ปี สร้างความรู้สึกมั่นคงให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้มากขึ้น เมื่อดึงคนเข้าได้มาก มาตรการรักษาคงไว้ในระบบก็เกิดขึ้นควบคู่กันไป โดยเน้นการใช้รายได้และสวัสดิการเป็นเครื่องมือ ทั้งเงินเดือนที่สูงกว่าข้าราชการพยาบาลที่มีประสบการณ์เท่ากัน ทั้งการเหมาหอพักข้างโรงพยาบาลเพื่อเป็นสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัย ทั้งสวัสดิการสุขภาพของครอบครัวที่ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าสวัสดิการข้าราชการ

ลงมือผลิต เพื่อทางออกที่ยั่งยืน

แม้จะตระหนักว่านโยบายการดูดพยาบาลของตนเองจะทำให้โรงพยาบาลอื่นเดือดร้อน แต่โรงพยาบาลขอนแก่นก็จำใจต้องทำด้วยไม่มีทางเลือกอื่น เพราะขณะนั้นโรงพยาบาลมีปัญหาขาดแคลนพยาบาลค่อนข้างรุนแรง การแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อซื้อเวลาให้ตั้งหลักจึงต้องเกิดขึ้นก่อน หลังจากได้พยาบาลเลือดใหม่มาช่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ โรงพยาบาลก็เริ่มปรับยุทธศาสตร์มาสู่การผลิตพยาบาลของตนเอง โดยคัดเลือกเด็กนักเรียนจากในพื้นที่ที่มีใจรักด้านการพยาบาลมาเข้าโครงการผลิตพยาบาล โดยร่วมมือกับวิทยาลัยพยาบาลขอนแก่นในรูปแบบที่ใกล้เคียงกับการผลิตพยาบาลชุมชนที่โรงพยาบาลน้ำพองร่วมกับ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ด้วยความที่เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดซึ่งต้องรับภาระคนไข้ต่อจากโรงพยาบาลชุมชนซึ่งก็มีปัญหาเรื่องการขาดแคลนพยาบาลเช่นเดียวกัน โรงพยาบาลขอนแก่นจึงเปิดโอกาสให้ รพช. ในพื้นที่ที่สนใจอยากผลิตพยาบาลของตนเองเหมือนที่โรงพยาบาลน้ำพองเข้ามาเข้าร่วมโครงการด้วย

ประสบการณ์จากการรับพยาบาลนอกพื้นที่ซึ่งอาจมีความผูกพันกับชุมชนน้อยจนไม่สามารถสร้างแรงจูงใจในการทำงานที่โรงพยาบาลระยะยาวได้ โรงพยาบาลขอนแก่นเริ่มการลงมือผลิตพยาบาลเอง นับตั้งแต่ก้าวแรกว่าด้วยการคัดเลือกคน โรงเรียนมัธยมปลายในจังหวัดเป็นประตูแรกที่บุคลากรของโรงพยาบาลเดินเข้าหาเพื่อคัดเลือกคน โดยการเปิดโอกาสให้นักเรียนมัธยมปลายซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการต้องเลือกเส้นทางชีวิตด้วยการเลือกสาขาวิชาเพื่อศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา ได้สัมผัสการทำงานในโรงพยาบาลในฐานะพยาบาลวิชาชีพ โดยเปิดโอกาสให้เด็กมาดูงานในโรงพยาบาล ทั้งการบริการคนไข้ การให้การดูแลรักษา เพื่อให้นักเรียนได้สัมผัสการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และเห็นคุณค่าของการอุทิศตัวเพื่อรับใช้เพื่อนมนุษย์ ระหว่างการดูงานในโรงพยาบาลจะมีฝ่ายทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลคอยให้คำอธิบายถึงลักษณะการทำงานในโรงพยาบาล รวมถึงสร้างความตระหนักในคุณค่าของบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนให้นักเรียนได้รับรู้ทุกครั้งของการมาเยี่ยมชมและร่วมกิจกรรมกับโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะให้คะแนนสะสมกับเด็กนักเรียนไว้ หากเด็กคนใดในอนาคตได้มาเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการผลิตบุคลากรของโรงพยาบาล คะแนนสะสมในส่วนนี้จะถูกนำไปรวมกับคะแนนสอบ

“กระบวนการเช่นนี้ทำให้เราได้เด็กที่ตั้งใจเดินเข้าสู่ระบบบริการในโรงพยาบาลจริงๆ ไม่ใช่มาเพราะพ่อแม่บังคับให้มา หรือมาเพราะไม่มีที่ไป ความหวังของเราคือเด็กที่ถูกสร้างตั้งแต่มัธยมปลายเช่นนี้จะไม่ทิ้งอาชีพ แต่เราก็ต้องรอดูต่อไปว่าจะสำเร็จไหม เด็กจะทิ้งอาชีพ จะหนีไปเมืองนอกไหม” นายแพทย์วีระพันธ์ กล่าว

อย่างไรก็ดี แนวคิดการสร้างคนตั้งแต่ระดับมัธยมปลายไม่ใช่แนวคิดใหม่ในกระบวนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ หากแต่เป็นแนวคิดที่โรงเรียนแพทย์ต่างๆ หลายแห่ง รวมทั้งคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ใช้มาในระยะหนึ่งแล้ว

ปัจจุบันนักเรียนมัธยมปลายรุ่นแรกที่ผ่านการพัฒนาด้วยกระบวนการนี้ได้เข้าสู่อการเรียนในระดับมหาวิทยาลัยแล้ว และจะจบออกมาเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลขอนแก่นในอีก 3 ปีข้างหน้า

อุปสรรคและทางแก้

การดำเนินโครงการผลิตพยาบาลเองของโรงพยาบาลขอนแก่นต้องพบกับอุปสรรคมากมายที่เกี่ยวข้องกับกฎระเบียบราชการ ทั้งของกระทรวงสาธารณสุขและวิทยาลัยพยาบาล แต่ก็สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยการสนับสนุนของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เช่น ปัญหาหอพักไม่พอของนักศึกษา ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลขอนแก่นเปิดโควตาให้กับนักเรียนในโครงการของโรงพยาบาลขอนแก่นถึง 50 ที่นั่ง งบกลางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวนประมาณ 10,000,000 บาท ก็ได้รับการอนุมัติโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้ไปก่อสร้างหอพักให้นักศึกษาในพื้นที่ของวิทยาลัยพยาบาล

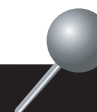
“ต้องมีการปรับระเบียบการของงบประมาณและมุมมองนิดหน่อย โดยไม่ได้ผิดระเบียบ เพราะถึงอย่างไรก็เป็นการสร้างบนที่ดินของหลวงอยู่ดี เพียงแต่คนละสังกัดกันเท่านั้น” นายแพทย์วีระพันธ์ กล่าว

ปัญหาเรื่องอาจารย์ไม่พอ เพราะวิทยาลัยพยาบาลมีระเบียบว่า สัดส่วนอาจารย์ต่อนักศึกษาต้องอยู่ที่ 1 : 5 ทำให้ต้องมีอาจารย์พยาบาลเพิ่มเข้ามาในวิทยาลัยถึง 10 คน จึงจะสามารถสอนนักศึกษาที่เพิ่มมา 50 คนได้ พยาบาลที่มีวุฒิปริญญาโทของโรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 5 คน จึงถูกส่งตัวไปเป็นอาจารย์ที่วิทยาลัยพยาบาลขอนแก่น ภายใต้ข้อตกลงยืมตัว ส่วนอีก 5 คน มาจาก รพช. ที่เข้าร่วมโครงการผลิตพยาบาลในครั้งนี้

“เหมือนเป็นการเอาพยาบาลไปต่อยอด ส่งไป 5 คน เพื่อให้ได้พยาบาลกลับมาหลายสิบคน เป็นการลงทุนด้านกำลังคนในรูปแบบหนึ่ง คนที่ไปก็ยังสามารถสิทธิและสวัสดิการของโรงพยาบาล ใครที่เป็นหัวหน้าพยาบาลก็จะได้เป็นอยู่” ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น กล่าว

นักศึกษารุ่นแรกตามโครงการกำลังจะขึ้นชั้นปีที่ 2 ในปีการศึกษาใหม่ที่กำลังจะมาถึง และโครงการปีที่ 2 กำลังจะเริ่มขึ้น โดยมี รพช. ในขอนแก่นจำนวน 10 แห่งเข้าร่วม มากกว่าปีแรกซึ่งมีเพียง 7 แห่ง ซึ่ง นายแพทย์วีระพันธ์

กำลังมีความหวังว่าโครงการจะขยายออกนอกขอนแก่นไปสู่จังหวัดอื่น เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาเป็นภาพใหญ่ในระดับเขตพื้นที่



บทเรียนจาก โรงพยาบาลขอนแก่น

1. การบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความไม่เป็นธรรมอันเกิดจากศักยภาพและต้นทุนที่ไม่เท่ากันของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อมิให้เกิดปัญหาใครมือยาวสาวได้สาวเอา
2. การใช้มาตรการทางการเงินเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กำลังคนด้านสุขภาพสามารถแก้ไขปัญหาได้เพียงเฉพาะหน้าเท่านั้น ในระยะยาวอาจก่อให้เกิดปัญหาที่ระบบเพราะเป็นการจัดการด้านอุปสงค์เพียงด้านเดียว ควรต้องมีการจัดการอุปทานควบคู่ไปด้วย
3. การดึงดูดให้กำลังคนเข้ามาและดำรงอยู่ในองค์กรนั้นต้องใช้มาตรการหลากหลายอย่างผสมผสานระหว่างการให้ค่าตอบแทน และมาตรการที่ไม่เป็นตัวเงิน ได้แก่ สวัสดิการรักษาพยาบาล บ้านพัก เป็นต้น
4. อย่าปล่อยให้กฎและกติกาเป็นอุปสรรคในการแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ควรต้องศึกษากติกาทุกอย่างที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด เพื่อหาช่องทางที่สามารถเอาชนะกติกานั้นได้โดยไม่เป็นการละเมิดหรือฝืนกฎ

ปรับปรุงจากการพิมพ์ครั้งแรก วารสารผีเสื้อขยับปีก ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 (13)
สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2553

“หากรอให้รัฐบาลเป็นคนจัดการ
หรือส่วนกลางจัดการมา
มัน (งานกายภาพบำบัดในระบบปฐมภูมิ)
ก็ไม่เกิดขึ้น”

...
นายแพทย์ภักดี สืบนุการณ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย



โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย กับการกิจสร้างนักกายภาพเพื่อชุมชน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย เป็นอีกโรงพยาบาลหนึ่งที่มองเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แต่อาจจะแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มักจะมุ่งเน้นที่การสร้างพยาบาลเวชปฏิบัติลงไปปฏิบัติงาน ที่นี่ นักกายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพที่เป็นกำลังหลักในการให้บริการปฐมภูมิ

“ถามว่าชาวบ้านต้องการอะไร เขาต้องการงานฟื้นฟูสภาพมากที่สุด เพราะเป็นงานที่คนไข้ไม่ได้เดินมาหาเราที่โรงพยาบาล แต่เขากลับต้องการการดูแลและฟื้นฟูสภาพที่ใกล้บ้าน” นายแพทย์ภักดี สืบนุการณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย เล่าถึงที่มาของการมองเห็นความสำคัญของงานกายภาพบำบัดในระดับชุมชน

นายแพทย์ภักดีมองว่า ที่ผ่านมาระดับชุมชนแทบไม่รู้จักรังงานด้านการฟื้นฟูสภาพเลย เพราะถูกนำไปผูกติดกับนักกายภาพบำบัดที่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดเท่านั้น ซึ่งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจะมองงานกายภาพบำบัดในด้านที่เกี่ยวข้องการรักษาเฉพาะทาง อย่างออโรปีดิกส์ หรือโรคที่ซับซ้อนเท่านั้น การเพิ่มคุณภาพงานกายภาพบำบัดในระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะระดับปฐมภูมิจึงล่าช้า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่รัฐบาลมีนโยบายไม่เพิ่มอัตรากำลังคน ทั้งโรงพยาบาลชุมชนและสถานเอนกนามัยจะไม่รู้จักงานกายภาพบำบัดเลย “หากรอให้รัฐบาลเป็นคนจัดการหรือส่วนกลางจัดการมา มันก็ไม่เกิดขึ้น” นายแพทย์ภักดี กล่าว

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จึงเริ่มปฏิรูปงานด้านการฟื้นฟูสภาพในระดับโรงพยาบาลชุมชน ไหล่ลงไปถึงสถานบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ตั้งแต่ปี 2538 โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนางานแบบสหสาขาวิชาชีพ เพราะงานฟื้นฟูสภาพไม่ใช่เพียงนักกายภาพบำบัด และเครื่องมือหรือห้องกายภาพบำบัดขนาด 8 x 8 เท่านั้น ปัจจัยใดเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงแห่งนี้ มีนักกายภาพบำบัดอยู่ประจำเพื่อทำงานในชุมชนได้ถึง 3 คน โดยเริ่มจากการจ้างด้วยเงินกองทุนที่บริจาคร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน เป็นเรื่องที่เราจะได้เรียนรู้ร่วมกันจากนี้ไป

✦ นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย
ขณะออกให้บริการผู้สูงอายุในพื้นที่ (ภาพ: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย)



การมีส่วนร่วมของทีมงานและประชาชน ก่อเกิดงานกายภาพในโรงพยาบาลชุมชน

ประชากรสูงอายุในอำเภอด่านซ้ายได้รวมกลุ่มกันเพื่อจัดตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุ อำเภอด่านซ้ายตั้งแต่ปี 2533 เพื่อทำกิจกรรมที่เกื้อหนุนกันเองระหว่างสมาชิกในชมรม เช่น การประชุมพบปะเพื่อทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์และการกุศลร่วมกัน การดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกในสายเดียวกัน โดยมีหัวหน้าสายผู้สูงอายุเป็นผู้เชื่อมต่อ สนับสนุน และจัดหาอาชีพเสริมให้สมาชิก เพื่อให้สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ เช่น การบริการแพทย์แผนไทย ความเข้มแข็งของกลุ่มผู้สูงอายุด่านซ้ายเป็นช่องทางที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายใช้เป็นสะพานเชื่อมเพื่อทำงานกับชุมชน ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นคนกลุ่มหลักที่จำเป็นต้องใช้บริการงานด้านการฟื้นฟูสภาพ

ปี 2538 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ได้ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ และข้าราชการเกษียณ ระดมทุนจากชาวด่านซ้ายทุกคน โดยให้ร่วมบริจาคคนละ 1 บาท เป็นเวลา 1 ปี สามารถรวบรวมเงินได้ประมาณ 266,500 บาท และก่อตั้งเป็น ‘กองทุนดูแลสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ อำเภอด่านซ้าย’ บริหารจัดการโดยกรรมการผู้สูงอายุร่วมกับโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมหลักคือมุ่งเน้นดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ก่อนที่จะจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเชิงรุกได้ จำเป็นจะต้องมีบุคลากรที่จะเข้ามาดูแลผู้สูงอายุ เพื่อทำงานด้านการฟื้นฟูสภาพให้ถูกต้องตามหลักวิชาการก่อน ส่วนหนึ่งของเงินกองทุนจึงถูกนำมาจัดจ้างนักกายภาพบำบัด

อรอุมา เนตรผง นักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ซึ่งเป็นลูกจ้างคนแรกของเงินกองทุนนี้ กล่าวถึงการทำงานในช่วงแรกๆ สมัยที่ยังเป็นนักกายภาพบำบัดคนเดียวว่า มีคนไข้เข้ามาใช้บริการถึงวันละประมาณ 40-50 คน ซึ่งถือเป็นงานที่หนักเกินไป และจะไม่สามารถแก้ไขปัญหारेื่องการฟื้นฟูสุขภาพให้ประชาชนได้ เพราะเป็นเพียงการทำงานตั้งรับ ยังไม่ได้แก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ

“แค่ฟื้นฟูสภาพอย่างเดียวไม่ใช่เป้าหมายที่เราวางไว้ แต่เราต้องค้นหาปัญหา และเพิ่มศักยภาพให้เขาสามารถดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพของเขาทั้งระบบ ถึงจะเป็นความสำเร็จของเรา” อรอุมา กล่าว

โชคดีประการหนึ่งของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย คือการได้รับความสนับสนุนจากชุมชน ไม่เพียงผ่านการบริจาคเงินคนละ 1 บาท แต่ยังมีผู้ใจบุญคือ **เพ็ญศรี สุขุมพานิชย์** บริจาคอาคารสำหรับงานด้านกายภาพบำบัดเป็นการเฉพาะด้วย

เมื่องานบริการขยับเพิ่มมากขึ้น ทั้งยังต้องการขยายงานลงสู่ชุมชน โรงพยาบาลจึงได้จ้างนักกายภาพบำบัดเพิ่มอีก 1 คนในอัตราลูกจ้างชั่วคราว เมื่อมีนักกายภาพบำบัด 2 คนจึงสามารถขยับสู่การทำงานเชิงรุกได้ โดยคนหนึ่งจะอยู่ประจำที่คลินิก อีกคนหนึ่งออกชุมชน ผลัดเปลี่ยนกันไป ผลของการมีนักกายภาพบำบัดลงชุมชนก็ได้พบปัญหาต่างๆ ของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นพื้นฟูสภาพผู้ป่วยผู้พิการในชุมชน ขยายไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งการพบเด็กๆ ในชุมชนจำนวนหนึ่งมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กทั่วไป จึงมีการขยายงานมาเป็นคลินิกกระตุ้นพัฒนาการในเด็กพัฒนาการช้า การพัฒนาระบบบริการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจึงทำให้ที่นี่มีนักกายภาพบำบัดมาทำงานพื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้งสิ้น 3 คน (ลูกจ้างชั่วคราว 2 คน พนักงานราชการ 1 คน) นอกจากนี้ยังมีทีมสนับสนุนคือพนักงานผู้ช่วยชาย 3 คน โดย 2 ใน 3 คนยังได้รับสนับสนุนให้พัฒนาศักยภาพเป็นช่างขาเทียมของมูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ซึ่งนับว่าทำให้งานพื้นฟูสภาพเต็มเต็มยิ่งขึ้น โดยอรอุมาจะเป็นผู้ดูแลคุณภาพของงานทั้งระบบและงานคลินิกในฐานะหัวหน้างาน และดูแลระบบกองทุนต่างๆ ดูแลชมรมผู้สูงอายุ งานกองทุนดูแลสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ งานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนร่วมกับหน่วยปฐมภูมิ งานส่งเสริมสุขภาพของเด็กในโครงการ **‘เพาะกล้าตาโขนน้อย’** งานดูแลกลุ่มชมรมผู้พิการแปรรูปสมุนไพรเพื่อการพึ่งพาตนเอง **‘กลุ่มพุทธรักษา’** และกิจกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลในฐานะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และกรรมการบริหารคุณภาพ

นักกายภาพคนที่สองจะรับผิดชอบคลินิกบริการ ระบบงานเยี่ยมบ้าน งานคุณภาพฝ่ายงาน และคนที่สามจะรับผิดชอบคลินิกพิเศษ (เบาหวาน ความดัน จิตเวช) รวมถึงออกหน่วยบริการ PCU รวมถึงกิจกรรมในชุมชนอื่นๆ

“งานบริการคลินิกเราเทียบเท่ากับบริการในโรงพยาบาลระดับจังหวัด ส่วนงานเชิงรุกในชุมชนก็สามารถขยายเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพได้ ที่เรามองเพิ่มคือการเพิ่มบทบาทของงานโดยอาศัยอัตรากำลังคนในชุมชน คือการเพิ่มศักยภาพ

การดูแลผู้สูงอายุและผู้ต้องการการดูแลพิเศษในชุมชน จุดเริ่มต้นจากเราทำงานผู้สูงอายุมานาน จากการลงเยี่ยมบ้านเราพบว่าผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลแต่ยังขาดองค์ความรู้ของผู้ดูแล ขาดความสัมพันธ์ระหว่างวัยเนื่องจากสภาพสังคมเปลี่ยนไป และนักกายภาพบำบัดไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ทั้งหมด จึงเกิดหลักสูตร **‘ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ’** โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจะเลือกลูกหลานหรือคนที่เขาไว้ใจให้เป็นผู้ดูแล เพื่อมาพูดคุยกันระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ สร้างความเข้มแข็งให้เขาสามารถดูแลตนเองและเป็นທີ່ปรึกษากันได้ เพื่ออย่างน้อยผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ส่งผลกระทบต่อมาตลอดชีวิต จะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดในวันปลายอายุ” อรอุมา กล่าว

งานของกองทุนผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งมากขึ้น ปัจจุบันงานกองทุนได้รับการเกื้อหนุนเป็นอย่างดีจากประชาชนทั้งในและนอกพื้นที่ ที่เห็นความสำคัญของกิจกรรมกองทุนและการพัฒนาฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ดังจะเห็นจากการจัดงานเพื่อหารายได้สมทบทุนกองทุนฯ ในหลายครั้ง ทั้งจัดงานคาราโอเกะการกุศล ใต้เงิน งานเดิน-วิ่งการกุศล ปรากฏว่ามีประชาชนทั้งในอำเภอด่านซ้ายและต่างอำเภอให้ความร่วมมือและมาร่วมงานทุกครั้ง เงินทุนดังกล่าวสามารถนำมาจัดสรรทำกิจกรรมอื่นที่เป็นประโยชน์กับสมาชิกในกลุ่มเพิ่มขึ้น เช่น สนับสนุนค่าเลนส์ตาเทียม และค่าอาหารสำหรับผู้มารับบริการโครงการผ่าตัดต่อกระดูกในโรงพยาบาล สนับสนุนค่าจ้างนักกายภาพบำบัด เพื่อให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพที่จำเป็นและดูแลด้านผู้พิการในชุมชน สนับสนุนการจัดค่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ จัดซื้ออุปกรณ์กายภาพบำบัด เช่น อุปกรณ์ช่วยเดินต่างๆ สนับสนุนผ้าอ้อมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อลดภาระการดูแลและยังก่อให้เกิดความสบายระหว่างเจ็บป่วย สนับสนุนการทำฟันปลอมในผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยการดำเนินการกิจกรรมของกองทุนฯ นี้ นับถึงปัจจุบันก้าวเข้าปีที่ 13 แล้ว จากการทำงานร่วมกันระหว่างงานกายภาพบำบัดและกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า เราจะได้เสียสละท้อความ ต้องการบริการและสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ และเรายังได้ให้แง่มุมมองในการดูแลสุขภาพเป็นเวทีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน

การหนุนเสริมด้านองค์ความรู้/การพัฒนาศักยภาพ

แม้ร่างกายภาพบำบัดจะเป็นงานหลักของการฟื้นฟูสภาพในระดับปฐมภูมิ แต่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย พยายามให้มีการพัฒนางานปฐมภูมิอย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างวิชาชีพ เพราะบริการปฐมภูมิเป็นบริการที่สำคัญของระบบสุขภาพ และต้องการองค์ความรู้และทักษะจากหลากหลายวิชาชีพ ดังมีการตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ ฯลฯ สำหรับลงพื้นที่เยี่ยมบ้านประชาชน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานของแต่ละฝ่าย และได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเทคนิคการทำงานได้เรียนรู้ในส่วนนี้มาก เกิดเป็นองค์ความรู้ระหว่างการทำงานและการประชุมพูดคุยกันอย่างต่อเนื่อง เช่น งานอื่นก็จะมาเรียนรู้งานกายภาพบำบัดว่าถ้าเจอคนไข้ลักษณะไหนจะส่งต่องานกายภาพ ทำให้คนไข้ได้รับประโยชน์สูงสุดในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหรือส่งกลับเพื่อดูแลต่อในชุมชน และในงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาชีพ เวลามีการจัดประชุมอบรมก็จะได้เข้าร่วมเพื่อเพิ่มพูนความรู้อยู่เป็นประจำ

ผลสำเร็จของการดำเนินงาน

ปัจจุบันงานด้านกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายมีระบบงานที่ชัดเจนและครอบคลุมการดูแลประชาชนทุกกลุ่ม และมีการหนุนเสริมจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและพลังของชุมชน

เมื่อเริ่มต้น ผู้ป่วยของที่นี่จะรู้จักวิธีการดูแลตัวเองน้อยมาก เจ็บป่วยเล็กน้อยก็พึ่งยาและโรงพยาบาล แต่เมื่อขยายงานและเน้นการส่งเสริมป้องกันด้วยวิถีทางกายภาพบำบัดเข้าไปตลอด ทำให้สัดส่วนผู้ป่วยลดลง ส่วนใหญ่ปัจจุบันนี้จะเป็นผู้ป่วยที่ยังมีอาการในระดับที่ต้องใช้เครื่องมือในการบำบัดรักษา ถึงจะเข้ามารับบริการในคลินิก

ภาพความสำเร็จของงานกายภาพอีกอย่างที่ทางโรงพยาบาลภูมิไจ้ก็คือเครือข่ายความร่วมมือกับสถานีนอนามัย ที่งานกายภาพบำบัดร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสถานีนอนามัย ให้ความรู้ทางด้านกายภาพบำบัดให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ความรู้กับคนในชุมชนได้อย่างถูกต้อง

ความสำเร็จของงานการดูแลผู้พิการในอำเภอด่านซ้ายกับการพัฒนา



++ ร่วมกันทำขาเทียมเพื่อผู้พิการ (ภาพ: โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา)

คุณภาพชีวิตของผู้พิการและครอบครัวที่มีสมาชิกที่เป็นผู้พิการ ทำให้ผู้พิการใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่ามากขึ้น อย่างเช่นกรณีของน้องไผ่ เด็กหนุ่มชาวด่านซ้าย ที่ประสบอุบัติเหตุขณะไปใช้ชีวิตในกรุงเทพฯ จนร่างกายพิการ และกลับมารักษาตัวที่บ้าน น้องไผ่ได้เข้าเป็นสมาชิกกลุ่มพุทธรักษา ด้วยความสามารถที่มีบวกกับความรู้อีกยกยอกพึ่งตนเองได้ โรงพยาบาลจึงรับน้องไผ่เข้ามาเป็นเจ้าหน้าที่ห้องสมุดของโรงพยาบาล แต่น้องไผ่มีทักษะความสามารถด้านคอมพิวเตอร์จึงได้เปลี่ยนตำแหน่งมาเป็นโปรแกรมเมอร์ของโรงพยาบาล และงานอีกอย่างหนึ่งที่น้องไผ่ทำด้วยความเต็มใจคือ การพูดคุยเป็นที่ปรึกษาให้กับคนไข้รายใหม่ที่พิการและยังรับกับสภาพตัวเองไม่ได้ ซึ่งน้องไผ่สามารถเป็นที่ปรึกษาและสามารถรับทราบข้อมูลและความต้องการของคนไข้รายใหม่ได้อย่างลึกซึ้ง ทำให้งานด้านคนพิการของเราพัฒนางานได้อย่างครอบคลุมและมีการต่อยอดงานได้อย่างหลากหลาย ทั้งหมดขึ้นอยู่กับข้อมูลและความต้องการของกลุ่มผู้พิการและชุมชนอย่างแท้จริง

ปัจจัยความสำเร็จ

การเริ่มต้นงานกายภาพบำบัดเกิดจากผู้นำองค์กรมองเห็นความสำคัญ เห็นความต้องการของประชาชน และความเข้มแข็งของภาคประชาชน การพูดคุยและการรับทราบข้อมูลความต้องการต่างๆ ที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของประชาชน ทำให้การดำเนินงานกายภาพบำบัดตั้งแต่ปี 2538 จนถึงปัจจุบัน เป็นรูปธรรมชัดเจน และขยายผลสู่งานอื่นๆ เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนด้านซ้าย ความสำเร็จทั้งหมดเกิดจากปัจจัยดังต่อไปนี้

- **ผู้นำองค์กร** ต้องมีวิสัยทัศน์ มองการณ์ไกล กล้าที่จะทำในสิ่งที่นอกกรอบของหน่วยงาน และพยายามทำให้เกิดขึ้นได้ ผู้นำสนับสนุนและต้องคิดทำงานนี้มีความสำคัญและจำเป็นต้องมี

- **สิ่งแวดล้อมที่จำเป็น** ในงานกายภาพมีความจำเป็นจะต้องมีอย่างน้อยคืออุปกรณ์พื้นฐาน เครื่องมือพิเศษบางอย่างในการรักษาบริการผู้ป่วย ด้วยความโชคดีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายคือมีผู้บริจาคติดสำหรับทำงานด้านกายภาพ และได้รับเครื่องมือที่จะใช้ในการปฏิบัติงานค่อนข้างครบและให้บริการกับประชาชนได้อย่างพอเพียง หากขาดเหลือเราก็จะจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์บางส่วนโดยนำเรื่องเข้าที่ประชุมของกองทุนผู้สูงอายุ และเสนอให้มีการจัดซื้อได้บางส่วนโดยไม่ต้องรอคอยการจัดสรร เพื่อให้สามารถให้บริการได้ทันที

- **ขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่** เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เจ้าหน้าที่อยู่ได้ เพราะนักกายภาพบำบัดเมื่ออยู่ในชุมชนจะทำงานได้มากกว่าที่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด เพราะงานจะต่อเนื่องมากกว่า ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จะบริหารจัดการลูกจ้างชั่วคราววิชาชีพ โดยบริหารความก้าวหน้าเหมือนระบบข้าราชการและพิจารณาตามผลงาน ทำให้เรื่องขวัญกำลังใจของลูกจ้างดีมีกำลังใจในการทำงาน



บทเรียนจาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย

1. แต่ละพื้นที่มีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการบริการสุขภาพของแต่ละพื้นที่ เป็นหน้าที่ของผู้บริหารและบุคลากรของแต่ละพื้นที่ในการตีโจทย์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพให้แตก เพื่อการแก้ปัญหาที่ตรงจุด

2. การทำงานของบุคลากรด้านส่งเสริมและป้องกันจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากได้รับความร่วมมือจากชุมชน การเข้าหาชุมชนเพื่อทำกิจกรรมร่วม และสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของหรือมีส่วนร่วมในบริการและทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพจึงเป็นปัจจัยความสำเร็จในการทำงานอย่างหนึ่งและสามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง

3. การมีตำแหน่งข้าราชการอาจไม่ใช่แรงดึงดูดเพียงอย่างเดียวที่ทำให้กำลังคนทำงานอย่างยาวนาน แต่เป็นแรงจูงใจด้านอื่น ๆ เช่น การได้รับการยอมรับจากสังคม ความภาคภูมิใจกับความสำเร็จของงาน เป็นต้น



**แค่ฟื้นฟูสภาพอย่างเดียว
ไม่ใช่เป้าหมายที่เราวางไว้
แต่เราต้องค้นหาปัญหา
และเพิ่มศักยภาพให้เขาสามารถดูแล
และแก้ไขปัญหาสุขภาพ
ของเขาทั้งระบบ
ถึงจะเป็นความสำเร็จของเรา**



อรอุมา เนตรพง

นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย



**“การทำงานของเรา
เป็นการทำงานกับชาวบ้าน
ปรึกษาหารือกัน
เพื่อหาแนวทางรักษา
เพราะแนวทางการดูแล
แต่ละรายก็จะไม่เหมือนกัน
เราเอาญาติผู้ป่วย และ อสม.
มาฝึกอบรม ซึ่งก็สามารถ
ช่วยเราได้มาก มันเป็นความภูมิใจ
เมื่อมีส่วนสนับสนุน
ให้ชาวบ้านช่วยเหลือกัน
และคนไข้ก็อาการดีขึ้น”**

...

ณัฐพร อ่อนศิริ

นักกายภาพบำบัดคนแรกของโครงการ

‘บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย’



โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ขยายเครือข่าย สร้างนักกายภาพ ลดความแออัด

โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ประสบปัญหาจำนวนผู้มารับบริการจำนวนมาก ถึงปีละกว่า 600,000 คน และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น จากข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรซึ่งพบว่าไม่สามารถจะขอเพิ่มจำนวนเพื่อให้เพียงพอกับการให้บริการประชาชน ทำให้โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ต้องหาทางลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล โครงการ ‘บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย’ เพื่อสร้างเสริมศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานีอนามัยในการให้บริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพจึงเกิดขึ้น ด้วยเป้าประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็ง สามารถดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติบริการ ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รวมถึงการดูแลผสมผสานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ซึ่งจุดอ่อนในด้านการบริการอยู่ที่ด้านการฟื้นฟูสภาพ จึงกำหนดเป้าหมายหลักเป็นการพัฒนารูปแบบบริการฟื้นฟูสภาพ และการพัฒนากำลังคนด้านกายภาพบำบัดในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยมี **แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ** แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

“จำได้ว่าเมื่อย้ายมาทำงานที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ได้รับคำถามว่าจะมาทำอะไร ก็ตอบไปว่า สิ่งแรกคือการพัฒนาแบบงานบริการปฐมภูมิ สอง การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในระดับปฐมภูมิ และสามก็คือเรื่องการวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จึงยึดเป็นเข็มทิศในการเดิน” แพทย์หญิงลลิตยา กล่าว

การดำเนินโครงการ 'บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย' เริ่มตั้งแต่ปี 2549 และมีการพัฒนาตลอด จน PCU สามารถรองรับบริการแก่ผู้ป่วยบัตรทองเขตเมือง ผู้ป่วยที่มาจากโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ค่อยลดมาเป็นลำดับ ปี 2551 จึงได้ขยายความสนใจไปยังกลุ่มผู้ป่วยอัมพาต อัมพฤกษ์ และผู้พิการ ซึ่งไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา และ PCU ยังขาดศักยภาพในการรองรับ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเข้าไม่ถึงบริการและได้รับบริการไม่ต่อเนื่อง จึงเริ่มมีการคิดหาทางไม่ให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล ซึ่งไม่เพียงจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ยังเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยด้วย เพราะบริการด้านการฟื้นฟูสภาพเป็นบริการที่สามารถเกิดขึ้นในพื้นที่ชุมชนหรือสถานเฝ้าหมายได้ โดยไม่จำเป็นต้องเป็นในบริเวณของโรงพยาบาลเท่านั้น

สร้างคนเพื่อรองรับงาน

โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ได้มีการพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิในเครือข่ายมาจนสามารถนำร่องในการแยกระบบบริหารจัดการเครือข่ายปฐมภูมิจากโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา เป็นเครือข่าย CUP เมืองย่าทั้ง 7 ประกอบด้วย CMU11 แห่ง PCU 20 แห่ง รวมทั้งสิ้น 31 แห่ง จึงมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวปฏิบัติงานเต็มเวลาใน CMU ทั้ง 11 แห่ง ตลอดจนมีพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวกระจายอยู่ทุก PCU และให้บริการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง แต่วิชาชีพที่ยังไม่เคยมีและเป็นวิชาชีพที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นงานด้านที่ถือว่าเป็นจุดอ่อนที่สุดของบริการปฐมภูมิของเครือข่ายของโรงพยาบาลอยู่คือ วิชาชีพกายภาพบำบัด

“งานด้านกายภาพบำบัดเป็นศาสตร์ที่มีความจำเพาะ แพทย์และพยาบาลจะสามารถทำงานกายภาพได้เพียงระดับหนึ่งเท่านั้น ไม่เหมือนที่นักกายภาพบำบัดให้บริการคนไข้เอง” แพทย์หญิงลลิตยากล่าวถึงสาเหตุที่ต้องมีนักกายภาพบำบัดเป็นหนึ่งในทีมบริการปฐมภูมิ

ในปีแรกโครงการไร้ความแออัดจัดจ้างนักกายภาพบำบัดเต็มเวลา 1 คน ในอัตราเงินเดือนที่สูงกว่าอัตราข้าราชการคือเดือนละ 12,000 บาท บวกกับสวัสดิการตามกฎหมายคือประกันสังคมและค่าวิชาชีพ แม้อัตราเงินเดือนที่สูง

กว่าราชการจะเป็นสิ่งดึงดูดใจ แต่แรงจูงใจที่ทำให้นักกายภาพบำบัดท่านนี้สามารถอยู่ในพื้นที่ที่ได้ตั้งแต่ปีแรกของโครงการมาถึงปัจจุบันนี้คือการได้นำวิชาชีพของตนเองมาใช้ให้เป็นประโยชน์กับประชาชนมากที่สุด

“เคยทำงานที่โรงพยาบาลเอกชนมาก่อน เมื่อได้รับการติดต่อมาทำงานนี้ก็มีใจความสนใจ การทำงานของเราเป็นการทำงานกับชาวบ้าน ปรีกษาหรือกันเพื่อหาแนวทางรักษา เพราะแนวทางการดูแลแต่ละรายก็ไม่เหมือนกัน เราเอาญาติผู้ป่วย และ อสม. มาฝึกอบรม ซึ่งก็สามารถช่วยเราได้มาก มันเป็นความภูมิใจเมื่อมีส่วนสนับสนุนให้ชาวบ้านช่วยเหลือกัน และคนไข้ก็อาการดีขึ้น” **ณัฐพร อ่อนศิริ** นักกายภาพบำบัดคนแรกของโครงการกล่าว

✦ การให้บริการฟื้นฟูสภาพถึงบ้านผู้ป่วย นอกจากจะลดความแออัดในโรงพยาบาลแล้ว ยังเป็นการอำนวยความสะดวกผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง (ภาพ: โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา)



ในปีที่สองของโครงการได้ขยายการจ้างนักกายภาพบำบัดเพิ่มอีก 3 คน เป็น 4 คน ดูแลครอบคลุมเครือข่าย CUP เมืองย่างกุ้ง 7 คือ 31 PCUs ของเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พร้อมทั้งขยายพื้นที่บริการ พัฒนาระบบสนับสนุนเพิ่มเติม และการพัฒนาด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยนักกายภาพบำบัดทั้ง 4 คนถือเป็นลูกจ้างของโครงการไร้ความแออัดฯ ของโรงพยาบาล ซึ่งกำลังจะหมดโครงการในปลายปี 2553 โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา จึงได้ปรึกษาหารือเครือข่าย CUP เมืองย่างกุ้ง 7 ถึงความต่อเนื่องในการจ้างนักกายภาพบำบัดเมื่อสิ้นสุดโครงการ

“CUP ของเรามองเห็นแล้วว่านักกายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพที่จำเป็นทุกแห่ง จึงตกลงใจที่จะจ้างน้องๆ นักกายภาพต่อ ตอนนี้นำกำลังอยู่ระหว่างการพิจารณาว่า

++ บริการถึงที่ สุขใจผู้ให้ สะดวกกายผู้รับ (ภาพ: โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา)



จะจ้างนักกายภาพบำบัดในระบบแบบใดจึงจะเกิดความยั่งยืนในระบบ โดยคำนึงถึงคุณภาพของบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน มีการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ ที่สำคัญคือต้องมีระบบการจ้างงานที่มั่นคงแก่นักกายภาพบำบัดและมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ” แพทย์หญิงลลิตยา กล่าว

เนื่องจากเครือข่าย CUP เมืองย่างกุ้ง 7 เป็นหน่วยบริการประจำที่รับงบประมาณผู้ป่วยนอก (OP) โดยตรงจาก สปสช. แพทย์หญิงลลิตยาจึงมองว่าน่าจะมอบบทบาทหลักในการสนับสนุนงบประมาณการจ้างนักกายภาพบำบัด แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ยังเป็นเสมือนพี่ใหญ่ในระบบบริการที่ยังต้องดูแลเครือข่ายและสนับสนุนด้านวิชาการ ตลอดจนมีระบบการจ้างงานลูกจ้างชั่วคราวกว่า 2,000 คน ซึ่งจะมีสวัสดิการด้านอื่นๆ ที่ให้ความมั่นคงได้ดีกว่า ดังนั้นจึงจะมีการพูดคุยถึงรายละเอียดในการจ้างงานเพื่อให้เกิดความมั่นคงแก่นักกายภาพบำบัดอีกครั้งหนึ่ง

ในปัจจุบันนักกายภาพบำบัดทั้ง 4 คน จะใช้เวลาอยู่ในสถานีนอนามัย 4 วัน และอีก 1 วันประจำการที่โรงพยาบาลหัวทะเล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในเครือข่ายของโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา เพื่อรองรับการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่พ้นระยะป่วยฉับพลันและได้รับการส่งตัวมานอนโรงพยาบาลในหัวทะเล เพื่อดูแลระยะพักฟื้น ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ยังจำเป็นต้องรับการฟื้นฟูสภาพก่อนกลับบ้าน กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการฉายแสงหรือให้เคมีบำบัด

รูปแบบการทำงาน

เริ่มจากการประสานกับหน่วยบริการปฐมภูมิและศูนย์แพทย์ชุมชนบางแห่งเพื่อสำรวจหาผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในชุมชน วิเคราะห์ความต้องการบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยแล้ววางแผนร่วมกันหาคักยภาพผู้ป่วยและญาติ โดยมีแนวทางเวชปฏิบัติรองรับ หากประเมินว่าผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพที่สามารถพัฒนาได้ก็จะฝึกผู้ป่วยและญาติ แต่ในกลุ่มที่ญาติไม่สามารถดูแลได้ จะมีทีมสุขภาพประกอบด้วยนักกายภาพบำบัด พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน) จัดบริการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

ตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการฝึกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นทีมช่วยนักกายภาพบำบัดและพยาบาลเวชปฏิบัติ เพราะ อสม. จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย สามารถเยี่ยมบ้านได้เกือบทุกวัน ซึ่งจะเป็นศักยภาพในชุมชนที่เสริมให้ผู้ป่วยได้รับการที่ต่อเนื่องมากขึ้น สำหรับขั้นตอนนี้ในบางพื้นที่จะมีการทำโครงการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือ อสม. ในพื้นที่ หรือประชาคมในพื้นที่ เป็นต้น ซึ่งจะเกิดความหลากหลายในระดับตำบลและหมู่บ้าน

การมีส่วนร่วมของทีมงาน และประชาชน

ในการบริหารโครงการส่วนกลางคือกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นผู้ประสานงานหลัก โดยมีแพทย์หญิงลลิตยา และนักกายภาพบำบัดอีก 2 คนคือ คุณณวลจวี เพิ่มทองชูชัย และคุณณัฐพร อ่อนศิริ เป็นกำลังสำคัญ แต่ในกระบวนการวางแผนเพื่อกำหนดรูปแบบบริการและพื้นที่การให้บริการ จะประกอบด้วยทีมบุคลากรจากเครือข่ายบริการปฐมภูมิและนักกายภาพบำบัดเข้าร่วมกำหนดรูปแบบบริการ แนวทางการบริหารจัดการและระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการบริการ บริบทของพื้นที่เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดระบบบริการ เพราะทีมงานจะมาร่วมกันวิเคราะห์ว่าพื้นที่ที่มีทรัพยากรทั้งด้านกำลังคนและงบประมาณอะไรบ้าง และเราจะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างไร ดังนั้นจึงมีรูปแบบการให้บริการหลายรูปแบบให้ประชาชนเลือก

สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิแล้ว การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจหลักในการทำงาน ในการพัฒนาระบบการดูแลด้านกายภาพบำบัดนี้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมได้หลายรูปแบบ ประการแรก ผู้ป่วยและญาติจะมีส่วนร่วมในการเลือกรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพ ประการที่สอง ผู้ป่วยหรือญาติ และ อสม. จะเป็นกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วยด้วย ซึ่งวิธีนี้นักกายภาพบำบัดจะต้องฝึกอบรมผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตนเองได้

การหนุนเสริมด้านองค์ความรู้/การพัฒนาศักยภาพ

ในการดำเนินโครงการนี้เป็นกระบวนการขับเคลื่อนงานผลงานกับการทำวิจัย โครงการนี้ได้ดำเนินการพัฒนาหารูปแบบบริการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อหาคำตอบในด้านการกำหนดรูปแบบบริการที่เหมาะสม สัดส่วนนักกายภาพบำบัดต่อประชากร ระบบการจ้างงานของนักกายภาพบำบัด และการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิด้านระบบการบริหารจัดการและระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการจัดการบริการ การพัฒนาศักยภาพของทีมและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินงานนี้มีการพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา

นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ/สถานีอนามัย ยังได้มีโอกาสในการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การฝึกอบรมระยะสั้น การติดตามนิเทศในชุมชน มีการจัด Case conference และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นอกจากนี้ยังมี อสม. และผู้ดูแลผู้พิการ ซึ่งเป็นกำลังคนในระดับพื้นที่ได้รับการอบรมและติดตามพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

ในด้านงบประมาณนั้นได้รับการสนับสนุนจากหลายหน่วยงาน โดยโครงการ ‘บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย’ ได้สนับสนุนค่าจ้างนักกายภาพบำบัด และสนับสนุนงบประมาณซื้อเครื่องมือด้านกายภาพบำบัด 2 ชุด อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากค่าจ้างนักกายภาพบำบัดและเครื่องมือแต่ละพื้นที่ซึ่งงบประมาณจากเงินบำรุงและบสนับสนุนจาก อปท. ในการพัฒนาบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนนั้นๆ และการพัฒนาระบบในพื้นที่เป็นการทำงานร่วมกันของนักกายภาพบำบัดและทีมสุขภาพชุมชนที่มีอยู่เดิม

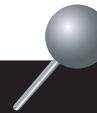
ผลสำเร็จของโครงการ

การดำเนินการในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา สามารถพัฒนาหารูปแบบบริการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และเป็นระบบที่เกิดจากการพัฒนาร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขทั้งจากโรงพยาบาล จากหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ป่วย และกำลังคนอาสาสมัครภาคชุมชน ซึ่งก็นับว่าปัจจุบันนี้

พบระบบการจัดการกำลังคนในการดูแลผู้พิการ โดยเฉพาะผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เป็นระบบที่เข้าถึงผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้ผลจากการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาพบว่า ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสิทธิบัตรทองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนลดลงครั้งหนึ่ง คือเหลือเพียงประมาณ 50,000 คน

ในด้านกำลังคน โครงการได้แสดงให้เห็นถึงการทำงานเป็นทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทาง แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้เข้ามาร่วมหนุนเสริมการทำงานในระดับปฐมภูมิให้เข้มแข็งและเชื่อมโยงระหว่างปฐมภูมิและทุติยภูมิ นอกจากนี้ยังเปิดเวทีให้กำลังคนด้านสุขภาพในระดับชุมชน ได้แก่ อสม. ญาติผู้ป่วย แม้แต่ผู้ป่วยเอง เข้ามาเป็นกำลังคนเพื่อช่วยกันดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายของกำลังคนกระแสหลัก

นอกจากนั้นโครงการยังประสบผลสำเร็จในการดึงดูดกำลังคนในระดับปฐมภูมิหน้าใหม่ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด เข้ามาเป็นทีมสุขภาพ ทำให้นักกายภาพบำบัดเกิดความภูมิใจ เห็นคุณค่าของตนเองในการทำงานบริการปฐมภูมิ และทำให้เห็นบทบาทของนักกายภาพบำบัดที่ชัดเจนขึ้น



บทเรียนจาก โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา

1. ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพไม่เพียงพอกับความต้องการในบางครั้ง อาจเกิดจากความต้องการบริการด้านสุขภาพที่มีมากเกินความจำเป็น การแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพให้ได้ผลจึงควรต้องจัดการความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนด้วย
2. ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ CUP สามารถมีบทบาทนำในการแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพได้ ด้วยการประสานความร่วมมือในการจัดบริการและวางแผนกำลังคนร่วมกับสถานบริการปฐมภูมิในเครือข่าย
3. การเสริมสร้างศักยภาพของระบบบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการปรับเปลี่ยนความต้องการด้านสุขภาพไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและดูแลเบื้องต้นมากขึ้น เพื่อลดระดับความต้องการกำลังคนที่ดูแลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิลง



จำได้ว่าเมื่อย้ายมาทำงาน
ที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
ได้รับคำถามว่าจะมาทำอะไร
ก็ตอบไปว่า สิ่งแรกคือ
การพัฒนารูปแบบงานบริการปฐมภูมิ
สอง การพัฒนาการจัดการเรียน
การสอนในระดับปฐมภูมิ
และสามก็คือเรื่องการวิจัย
เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
จึงยึดเป็นเข็มทิศในการเดิน



แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา



“อย่าถามว่าเราขาดใคร... แต่ถามว่าเราต้องการใคร”

...
นายแพทย์วุฒิไกร มุ่งหมาย
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เต็มคนที่ต้องการไม่ใช่คนที่ขาด

‘ตั้งใจให้ถูก’ คือสิ่งที่ นายแพทย์วุฒิไกร มุ่งหมาย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีใช้เป็นหลักในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี และโจทย์ที่นายแพทย์วุฒิไกรตั้งไว้สำหรับการทำงานตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาคือ “เราต้องการใคร” ซึ่งจะต่างกับการตั้งใจของหลายๆพื้นที่ ที่เริ่มต้นด้วยคำถามว่า “เราขาดใคร”

“อย่าถามว่าเราขาดใคร เพราะคำตอบก็จะเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เพราะเกือบทุกวิชาชีพยกเว้นเภสัชกร เรามีจำนวนจริงน้อยกว่าจำนวนที่ควรจะมีตาม GIS แต่หากถามว่าเราต้องการใคร คำตอบอาจจะไม่ใช่ 4 วิชาชีพหลัก” คือเหตุผลที่นายแพทย์วุฒิไกรมีการตั้งใจที่แตกต่าง

จากการสำรวจความต้องการบริการด้านสาธารณสุขของประชาชน โดยประเมินจากลักษณะการใช้บริการในสถานพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า บริการสุขภาพที่ประชาชนต้องการ มากกว่า 80% เป็นบริการด้านที่ไม่จำเป็นต้องถึงมือแพทย์ ซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีการขาดแคลนสูงที่สุด เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การทำแผล การวัดความดัน รวมถึงการซักประวัติคนไข้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลที่มีระดับความรู้และทักษะของการพยาบาลเบื้องต้นก็อาจจะสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แม้โดยอุดมคติแล้วควรจะได้พยาบาลวิชาชีพมาทำหน้าที่ในส่วนนี้ แต่เมื่อพิจารณาจากรยะเวลาในการผลิตซึ่งกินเวลาถึง 4 ปี สวนทางกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่ไม่สามารถรอได้ การผลิตบุคลากรในระดับ

ที่รองลงมาจึงเป็นทางออกที่ดีที่สุด เมื่อนำรูปแบบความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน มาผนวกกับความเป็นไปได้ในการผลิต ดูจาก ‘ความเร็ว’ ของกระบวนการผลิต และ ‘ประสิทธิภาพ’ ของทักษะที่ต้องการแล้ว บุคลากรที่ต้องการเพิ่มเติมในระบบบริการสุขภาพของจังหวัดอุบลราชธานีมากที่สุดจึงเป็น ‘ผู้ช่วยพยาบาล’ ที่ใช้ระยะเวลาในการผลิตเพียง 1 ปี เพราะฉะนั้นคำตอบของโจทย์ว่า “เราต้องการใคร” จึงเป็นคนละคำตอบของโจทย์ “เราขาดใคร”

ลำดับขั้นการเติมเต็ม

เมื่อตั้งโจทย์ได้ถูกต้องและหาคำตอบที่เหมาะสมได้ ขั้นตอนต่อไปคือทำให้คำตอบเป็นความจริงขึ้นมา นับจากการปฏิรูปราชการในปี 2543 ระบบการผลิตทั้งผู้ช่วยพยาบาลหลักสูตร 1 ปี และพยาบาลเทคนิคหลักสูตร 2 ปี หายไปจากการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย ด้วยเหตุผลว่าสักวันหนึ่งคนทั้ง 2 กลุ่มนี้ก็ต้องศึกษาเพิ่มเติมขึ้นไปจนถึงการเป็นพยาบาลวิชาชีพ รัฐบาลจึงเน้นให้ผลิตพยาบาลวิชาชีพในหลักสูตร 4 ปีไปในทีเดียว เมื่อรัฐบาลไม่มีนโยบายผลิตผู้ช่วยพยาบาล สภาการพยาบาลจึงไม่สนับสนุนวิทยาลัยการพยาบาลต่างๆ จึงยกเลิกหลักสูตรตามไปด้วย การหาแหล่งผลิตจึงทำได้ยาก วิธีการที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีใช้คือ การให้โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ผลิต มีวิทยากรที่ทำหน้าที่สอนและอบรมคือพยาบาลอาวุโสของโรงพยาบาลนั้นเอง

“ระหว่างที่ผลิต โรงพยาบาลสรรพสิทธิฯ ก็เท่ากับได้คนมาเพิ่ม เพราะระหว่างเรียนทุกคนต้องปฏิบัติงานจริงด้วย” นายแพทย์วุฒิไกร กล่าว

เมื่อได้สถานที่เรียน ต่อไปคือการหาหลักสูตร วิธีที่ง่ายที่สุดคือการก๊อปปี้หลักสูตรเดิมที่มีคนใช้อยู่แล้วมาใช้ต่อ แม้รัฐบาลและสภาการพยาบาลจะไม่สนับสนุนให้มีการผลิตผู้ช่วยพยาบาล แต่ระบบบริการสุขภาพก็ยังต้องการบุคลากรทางด้านนี้อยู่ ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งใช้วิธีการผลิตบุคลากรของตนเอง ทั้งโรงพยาบาลผลิติน โรงพยาบาลสมุทพรปราการ และอีกหลากหลายแห่ง ซึ่งโรงพยาบาลที่ผลิตผู้ช่วยพยาบาลเองเหล่านี้ต่างก็ต้องประสบปัญหาตามมาคือ กำลังคนที่มีผลิตได้ถูกโรงพยาบาลเอกชนดึงตัวไปหมด ทำให้เห็นว่าที่จริงแล้วผู้ช่วยพยาบาลเป็นกำลังคนที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในภาพรวม

ต้องการ มิใช่เป็นเพียงความต้องการเฉพาะของจังหวัดอุบลราชธานีเท่านั้น ท่ามกลางความหลากหลายของหลักสูตร นายแพทย์วุฒิไกรประสานกับทางโรงพยาบาลผลิติน เพื่อขอร่วมใช้หลักสูตรผลิตผู้ช่วยพยาบาลให้กับจังหวัดอุบลราชธานี

สถานที่เรียนพร้อม หลักสูตรพร้อม ต่อไปคือคนที่จะมาเรียน

“เราเลือกที่จะยกระดับลูกจ้างของเรา เปลี่ยนจากเลื่อนเหลืองมาเป็นเลื่อนขาว เพื่อให้ทำงานดูแลแทนพยาบาลได้ในระดับหนึ่ง” นายแพทย์วุฒิไกร กล่าว

‘เลื่อนเหลือง’ ของนายแพทย์วุฒิไกร หมายถึงลูกจ้างของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบงานที่ไม่ต้องใช้ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาล เช่น การทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ การปูเตียง รวมถึงการเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย วิธีการของจังหวัดอุบลราชธานีคือการฝึกอบรมคนทำงานในโรงพยาบาลอยู่แล้วให้มีความรู้และทักษะเพิ่ม ไม่เพียงแต่เป็นการสร้างคุณค่าเพิ่มให้กับลูกจ้างที่ได้ช่วยขึ้นมาทำงานที่ใช้ทักษะเพิ่มมากขึ้น แต่ยังเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของพยาบาล เพื่อให้มีเวลาทำงานที่เป็นวิชาการพยาบาลจริงๆ มากขึ้น เพราะมีคนเข้ามาช่วยดูแลงานที่ไม่ใช่การพยาบาลแทน

เมื่อถึงขั้นตอนการผลิตจริงสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเลือกที่จะใช้วิธีการผลิตแบบเหมารวมมากกว่าการให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งผลิตเอง เพื่อความสะดวกและลดต้นทุนที่จะเกิดขึ้น วิธีการคือให้แต่ละโรงพยาบาลส่งจำนวนลูกจ้างที่ต้องการจะฝึกให้เป็นผู้ช่วยพยาบาลมา เมื่อรวบรวมจำนวนได้ก็ดูศักยภาพของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ว่าสามารถฝึกได้ตามที่ต้องการหรือไม่งบประมาณทั้งหมดที่ใช้ในการฝึกอบรมเป็นงบกลางของสาธารณสุขจังหวัดที่หักมาจากงบประมาณรายหัวประชากรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ และในขณะที่เรียนลูกจ้างทุกคนก็ยังได้รับเงินเดือนจากโรงพยาบาลต้นสังกัดด้วย เมื่อเรียนจบทุกคนก็กลับไปทำงานที่โรงพยาบาลด้วยอัตราเงินเดือนสูงขึ้นตามภาระงานที่เพิ่มขึ้น

อุปสรรคและความท้าทาย

ดังกล่าวแล้วว่าการผลิตผู้ช่วยพยาบาลในยุคนี้นี้ไม่ใช่สิ่งที่มีผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้การสนับสนุน ความท้าทายที่ใหญ่ยิ่งสำหรับการผลิตบุคลากรระดับผู้ช่วย

พยาบาลจึงอยู่ที่การทำให้โครงการได้รับการยอมรับจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในโรงพยาบาลอยู่แล้ว ที่อาจสงสัยในคุณภาพของผู้ช่วยพยาบาลที่จะถูกผลิตขึ้นใหม่ อีกทั้งการหวั่นวิตกว่าอาจถูกแย่งงานจากบุคลากรชุดใหม่ ทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ต้องเซ็นจ่ายเงินเดือนลูกจ้างทุกเดือนเป็นเวลา 1 ปี โดยที่ตัวลูกจ้างไม่ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และทั้งสภาการพยาบาลที่อาจมองหลักสูตรนี้ด้วยความหวาดระแวงว่าอาจทำให้ประชาชนเกิดความสับสนระหว่างพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจากการแต่งกายด้วยเครื่องแบบสีขาวเหมือนกัน

“การสร้างความเข้าใจและการยอมรับ” เป็นยุทธศาสตร์หลักที่นายแพทย์วุฒิไกรใช้ จนทำให้โครงการนี้ประสบความสำเร็จ

สำหรับความหวั่นวิตกและการทำความเข้าใจกับพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉพาะในระดับอาวุโส นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดท่านนี้เลือกใช้วิธีพาพยาบาลระดับหัวหน้างานของโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ไปดูงานที่โรงพยาบาลเลิดสิน เพื่อให้ประจักษ์ถึงคุณภาพของผู้ช่วยพยาบาลที่ถูกผลิตด้วยหลักสูตรเดียวกัน และทำให้เห็นว่าเมื่อมีผู้มาแบ่งเบาภาระงานที่ไม่ใช่งานการพยาบาลทำให้พยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะระดับอาวุโสที่มีประสบการณ์และทักษะงานการพยาบาลสูงมีเวลามากขึ้นสำหรับการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลตามวิชาชีพของพยาบาล

ส่วนผู้อำนวยการโรงพยาบาล ด้วยสถานการณ์จริงไม่มีใครปฏิเสธได้ว่าระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลยังต้องการคนมีทักษะเข้ามาเติมเต็มอีกมาก ทำให้การได้รับความสนับสนุนจากคนกลุ่มนี้เป็นเรื่องที่ไม่ยากเกินไป

สภาการพยาบาลที่ดูเหมือนจะเป็นโจทย์ที่ท้าทายที่สุดนั้น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดท่านนี้กลับมองว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่องค์กรวิชาชีพของพยาบาลจะไม่ชอบการผลิตผู้ช่วยพยาบาล “ผมรู้ว่าไม่ถูกใจสภาการพยาบาล แต่ผมก็จะทำไปเรื่อยๆ” เหตุผลที่นายแพทย์วุฒิไกรยังคงผลิตผู้ช่วยพยาบาลเป็นปีที่ 3 แม้ว่าจะไม่ค่อยถูกใจสภาการพยาบาลเท่าใดนัก เป็นเพราะ “คนกลุ่มนี้ไม่ใช่วิชาชีพพยาบาล แต่เป็นผู้ช่วยพยาบาลซึ่งไม่ใช่วิชาชีพ และโครงการที่เราทำก็เป็นโครงการพัฒนาศักยภาพของลูกจ้างโรงพยาบาล ไม่ใช่เป็นการผลิตคนขึ้นใหม่”

อย่างไรก็ดี นายแพทย์วุฒิไกรมองว่า หากสภาการพยาบาลสนับสนุนการสร้างบุคลากรระดับผู้ช่วยพยาบาล น่าจะช่วยให้การผลิตและพัฒนาคนกลุ่มนี้เป็นไปได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น เพราะจะทำให้วิทยาลัยพยาบาลสามารถเข้ามาเป็นผู้จัดการเรียนการสอนแทนโรงพยาบาลได้ ซึ่งความหวังในส่วนนี้ได้กลายเป็นจริงแล้วเมื่อในปลายปี 2552 สภาการพยาบาลได้ออกหลักเกณฑ์การรับรองหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งนายแพทย์วุฒิไกรมองว่าเป็นการปรับตัวของสภาวิชาชีพและแหล่งผลิต ตามความต้องการของระบบบริการสุขภาพ ทำให้ตั้งแต่ปี 2553 เป็นต้นไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ไม่ต้องรับหน้าที่ผลิตผู้ช่วยพยาบาลอีกต่อไป เพราะวิทยาลัยพยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบหน้าที่นี้แทน

จากผู้ช่วยพยาบาลสู่บุคลากรต่างกลุ่ม

จากการผลิตบุคลากรในสายงานที่รัฐบาลและแหล่งผลิตไม่สนับสนุนอย่างผู้ช่วยพยาบาล สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีก็ก้าวมาสู่การเพิ่มกำลังการผลิตบุคลากรสายอื่นที่ปัจจุบันมีการผลิตอยู่แล้วแต่ด้วยจำนวนที่ไม่พอเพียง ทั้งทันตภิบาลที่ทั้งจังหวัดอุบลราชธานีมีอยู่เพียง 89 คน น้อยกว่าความต้องการอยู่ 84 คน มีโควตาจากวิทยาลัยสาธารณสุขส่งมาให้เพียงปีละ 4 คน ทั้งพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับโควตาจากวิทยาลัยพยาบาลเพียงปีละ 100 คน และพนักงานเวชระเบียนที่วิทยาลัยสาธารณสุขส่งโควตาให้แต่ละจังหวัดได้เพียงปีละ 1 คน

การผลิตบุคลากรทั้ง 3 สายงาน คือทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ และพนักงานเวชระเบียน ทางสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีใช้วิธีคิดและวิธีปฏิบัติเดียวกัน คือการประสานยังแหล่งผลิตขอเพิ่มจำนวนการผลิต

ปัจจัยที่ดูเหมือนจะเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการผลิตบุคลากรเพิ่มคือข้อจำกัดของทรัพยากรต่างๆ ที่หลายประเด็นเป็นข้อจำกัดที่เป็นจริง เช่น อุปกรณ์การเรียนและหอพักไม่พอ หลายประเด็นเป็นข้อจำกัดที่เกิดจากการกำหนดของส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเอง เช่น คุณสมบัติของอาจารย์ผู้สอน ที่วิทยาลัยพยาบาลกำหนดว่าต้องจบการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป และต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติราชการเป็นเวลาที่วิทยาลัยพยาบาลนั้นๆ ด้วยความร่วมมือของโรงพยาบาลทุกแห่งในอุบลราชธานีสนับสนุนทรัพยากรที่ใช้ในการผลิต ทั้ง

อาจารย์ที่ทุกสถาบันต่างมีข้อกำหนดสัดส่วนผู้สอนต่อผู้เรียน สาธารณสุขจังหวัด ก็จัดส่งอาจารย์ซึ่งอาจเป็นทันตแพทย์ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีคุณสมบัติตามที่ สถาบันการศึกษาแต่ละแห่งกำหนดไว้ไปปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้ตรงตามข้อกำหนด นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนทั้งงบประมาณและการจัดซื้ออุปกรณ์การเรียน

โจทย์ที่ยากที่สุดของการผลิตทันตภิบาลเพิ่มให้เพียงพอกับความต้องการ ไม่ใช่อยู่ที่การไม่มีคนเรียนหรือไม่มีคนสอน หากแต่อยู่ที่การที่โรงเรียนสอนไม่มี ญินิตทำฟันเพียงพอจะให้นักเรียนเรียน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีจึงหา ทางออกด้วยการใช้งบประมาณที่ สปสช. ส่งมาให้เป็นค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว ของประชาชน ซึ่งจะมีส่วนของการจัดซื้ออุปกรณ์รวมอยู่ด้วย นำมาซื้อญินิต ทำฟันให้กับนักเรียนที่เข้ามาเรียน เมื่อเรียนเสร็จก็ให้ทุกคนนำญินิตทำฟันที่ใช้ เรียนกลับไปทำงานที่สถานีนอนมาลัยด้วย

“พลิกมุมมองนิดเดียว ถึงอย่างไรเมื่อกลับไปทำงานที่สถานีนอนมาลัย ก็ต้องมี การซื้อญินิตทำฟันอยู่แล้ว เราก็แค่อีกมากก่อนเพื่อให้เขาใช้เรียน และระหว่าง เรียนญินิตทำฟันนั้นก็ถูกใช้เพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนอยู่แล้ว เพราะการเรียนญินิตทำฟัน ถอนฟัน ต้องเรียนกับคนจริงๆ ไม่ใช่เรียนกับหุ่น” นาย แพทย์วุฒิไกรกล่าว

สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีตั้งเป้าผลิตทันตภิบาล 3 รุ่น เริ่มรุ่นแรก ในปีการศึกษา 2552 จำนวน 50 คน ปีการศึกษา 2553 และ 2554 รุ่นละ 45 คน รวมจะมีทันตภิบาลเพิ่มในจังหวัดอุบลราชธานี 140 คน โดยทุกรุ่น จะจัดซื้อญินิตทำฟันตามจำนวนผู้เข้ารับการศึกษ งบประมาณของโครงการ จะแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก คือ ค่าใช้จ่ายสำหรับนักศึกษาเฉลี่ยที่ประมาณ 35,000 คน/ปี ได้มาจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล ส่วนเงินจัดซื้อชุดทำฟันมา จากบงกชของ รพช. ทุกแห่ง ซึ่งเมื่อหารเฉลี่ยกันแล้ว พบว่า แต่ละ รพช. จ่ายเงินสนับสนุนเพื่อการนี้เพียงแห่งละ 42,000 บาท

วิธีการดำเนินการจะเริ่มตั้งแต่การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ รับผิดชอบโครงการ ประสานแหล่งเงินทุนสนับสนุนการศึกษา จัดทำโครงการ ความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นทำเรื่องขออนุมัติจากปลัด กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนทันตแพทย์เป็นอาจารย์ในหลักสูตร เมื่อเสร็จสิ้น โครงการก็จะมีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน

สำหรับการผลิตพยาบาลวิชาชีพนอกเหนือจากปัญหาเรื่องอาจารย์ไม่พอ ซึ่งนายแพทย์วุฒิไกรได้หาทางออกด้วยการส่งพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติครบ ตามที่วิทยาลัยการพยาบาลต้องการจากโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดไปช่วย ราชการเต็มเวลา โดยให้สิทธิ์ว่าทุกคนที่ถูกส่งตัวไปเป็นอาจารย์สามารถกลับมารับ ตำแหน่งต่อที่โรงพยาบาลได้ โดยสิทธิ์ สวัสดิการ และโอกาสในความก้าวหน้า ของหน้าที่การงานไม่ได้หายไป

โจทย์ที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการผลิตพยาบาลเพิ่มคือ การไม่มีหอพัก ให้นักศึกษาอย่างพอเพียง ทางแก้ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดท่านนี้คือ การนำงบกลางของจังหวัดไปสร้างหอพักในพื้นที่ของวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งเป็น หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขเหมือนกัน

“ทุกคนอยากช่วยผลิตพยาบาลเพื่อให้ทันกับความต้องการของระบบ บริการสุขภาพ เมื่อวิทยาลัยพยาบาลมีปัญหา ซึ่งเราพบว่ากลไกการเงินช่วยได้ เราก็ทำเรื่องเสนอขอโอนงบประมาณต่างกรมมาสร้างหอพักให้” นายแพทย์ วุฒิไกร กล่าว

การผลิตพยาบาลเพิ่ม 100 คนต่อปี วิทยาลัยพยาบาลต้องการงบประมาณ จำนวน 32,000,000 บาทสำหรับการสร้างหอพัก ซึ่งเมื่อนำมาคำนวณกับจำนวน พยาบาลทั้งหมดที่ต้องการผลิตและที่จะใช้ประโยชน์จากหอพักนี้คือรุ่นละ 100 คน จำนวน 5 รุ่น ก็จะมีนักศึกษาได้ใช้ประโยชน์จำนวน 500 คน คนละ 4 ปี ค่ารวมแล้วเงิน 32,000,000 บาท เทียบเท่ากับค่าที่พักของนักศึกษา ทุกคนตลอดอายุการเรียนอยู่ที่เดือนละ 1,500 บาท

“ถึงอย่างไรเราก็ต้องจ่ายค่าที่พักให้นักศึกษาทุกคนอยู่แล้ว เราก็แค่นำ ค่าที่พักของทุกคนทั้งหมดมารวมกันแล้วสร้างเป็นอาคารหอพักขึ้นมาให้กับ วิทยาลัยพยาบาลเลย”

นักเรียนพยาบาลในโครงการผลิตเพิ่มนี้จะต่างจากนักเรียนพยาบาล ในโครงการปกติของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตรงที่ทุกคน ต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าการศึกษาปีละ 30,000 บาท โรงพยาบาลจ่ายสมทบ ให้คนละ 30,000 บาทต่อปี แม้โรงพยาบาลต่างๆ จะมีงบประมาณเพียงพอที่จะ สนับสนุนการศึกษาของนักเรียนพยาบาลคนละ 60,000 บาทต่อปีได้ แต่ระเบียบ ราชการไม่อนุญาตให้ทำได้ และเนื่องจากการผลิตเพิ่มจากโครงการปกติ

ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้วิทยาลัยพยาบาลไม่สามารถช่วยสนับสนุนให้ได้ เหมือนนักเรียนในโครงการผลิตพยาบาลปกติ

อุบลราชธานีเป็นตัวอย่างของการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด คิดในภาพรวมและขยับในภาพรวมตามกำลังจังหวัด จะสามารถทำได้ จะเห็นได้ว่าสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีไม่ขยับเข้าสู่การแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ เพราะตระหนักดีว่าการผลิตแพทย์เป็นเรื่องที่ใหญ่เกินกว่าจะทำได้ในระดับจังหวัด หากแต่เป็นเรื่องที่ต้องขับเคลื่อนในระดับประเทศ การตั้งโจทย์ การตีโจทย์ให้แตก และการประเมินศักยภาพของตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่นายแพทย์วุฒิไกรใช้ในการเอาชนะข้อจำกัดของทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพของจังหวัด



บทเรียนจาก ๑. อุบลราชธานี

1. แต่ละพื้นที่มีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการบริการสุขภาพของแต่ละพื้นที่ การตั้งโจทย์ที่ถูกต้องจะนำสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุดและมีประสิทธิภาพ
2. การแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ต้องการผู้นำในพื้นที่ที่มีวิสัยทัศน์ และความกล้าหาญที่จะทำในสิ่งที่ยอยู่นอกกระแสหลัก และมีความมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหอย่างจริงจัง
3. พื้นที่และท้องถิ่นมีศักยภาพในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพอย่างจำกัด การแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จต้องมีการทำในหลายระดับ ทั้งระดับพื้นที่ ระดับท้องถิ่น และระดับชาติ
4. การสร้างคุณค่าให้กับกำลังคนด้านสุขภาพทุกระดับเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการสร้างคนไว้ในระบบ
5. ความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ และการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นกลไกที่ช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่



พลิกมุมมองนิดเดียว
ถึงอย่างไรเมื่อกลับไปทำงานที่สถานอนามัย
ก็ต้องมีการซื้อยูนิตทำฟันอยู่แล้ว
เราก็แค่ซื้อมาก่อนเพื่อให้เขาใช้เรียน
และระหว่างเรียนยูนิตทำฟันนี้
ก็ถูกใช้เพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพช่องปาก
ของประชาชนอยู่แล้ว
เพราะการเรียนอุดฟัน ก่อนฟัน
ต้องเรียนกับคนจริงๆ
ไม่ใช่เรียนกับหุ่น



นายแพทย์วุฒิไกร มุ่งหมาย
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



นำอภิรมย์ก็จะสูญเสียกำลังคนออกไปมากยิ่งขึ้น เพราะไม่สามารถกำหนดงานแรงดึงดูดจากที่อื่นได้ เพื่อไม่ให้ผีผ้าห่มได้มีโอกาสสิงสถิตในระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ จนยากที่สิ่งศักดิ์สิทธิ์ใดจะกำราบได้ คาลากันผีผ้าห่มจึงถูกคิดค้นขึ้นโดยนายแพทย์นิทัศน์ ซึ่งได้นำมาปรับใช้จนประสบความสำเร็จแล้วในพื้นที่นครพนม สกลนคร กาฬสินธุ์ มุกดาหาร และเขตพื้นที่ 10 อุดรธานี หนองบัวลำภู เลย และหนองคาย คาลากันคือการแก้ไขปัญหามาแบบยกเขต เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลในทุกจังหวัดแก้ปัญหาคาราคาเข่งกลางคนของตนเองได้ โดยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนกับโรงพยาบาลอื่น 2 ปีของการดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง นายแพทย์นิทัศน์พบว่า สามารถจัดหาและรักษาคนไว้ในระบบของโรงพยาบาลได้แบบยกเขต

ออกแบบคาถา

คาถานี้ไม่มีบทสวดสำเร็จรูปให้บริกรรม มีแต่หลักคิดความเข้าใจให้นำไปประยุกต์ออกแบบคาถาของตนเองเพื่อใช้ปฏิบัติตามบริบท มีขั้นตอนการออกแบบง่ายๆ ดังนี้

1. เริ่มจากการตั้งโจทย์ที่ต้องการ สำรองความต้องการบริการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ แล้ววิเคราะห์ว่ารูปแบบบริการนั้นต้องการบุคลากรด้านใดเป็นผู้ให้บริการ ในเขตพื้นที่ 10 อุดรธานี หนองบัวลำภู เลย และหนองคาย มีประชากรรวมประมาณ 3,400,000 คน มีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับจังหวัด) 3 แห่ง รพช. 53 แห่ง มีแพทย์รวมประมาณ 350 คน พยาบาล, นักวิชาการสาธารณสุขและบุคลากรระดับอนุริญญาทางการพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ทางการพยาบาลและสาธารณสุขรวมประมาณ 4,000 คน ความต้องการบริการสุขภาพส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากที่อื่น คือ การดูแลรักษาความเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อน โดยเฉพาะในระดับบริการปฐมภูมิ บุคลากรที่พื้นที่นี้ขาดและน่าจะหาสามารถหาเพิ่มเติมความต้องการได้ไม่ยากคือพยาบาลเวชปฏิบัติ

หลังจากนั้นคำนวณหาความต้องการพยาบาลเวชปฏิบัติในพื้นที่ เพื่อให้มองเห็นรูปธรรมการทำงานที่ชัดเจน พื้นที่เขตทั้ง 4 จังหวัดถูกแบ่งเป็นพื้นที่หน่วยเล็กๆ ในใจ ให้หน่วยหนึ่งดูแลประชากรประมาณ 8,000-10,000 คน จะได้ประมาณ 330 หน่วย ให้มีพยาบาลเวชปฏิบัติหน่วยละ 3 คน พื้นที่ทั้ง 4

จังหวัดนี้ก็จะต้องการพยาบาลเวชปฏิบัติรวมประมาณ 1,000 คน คำถามต่อไปคือพยาบาลจำนวน 1,000 คนนี้จะมาจากไหน

ถ้าพึ่งแค่พยาบาลวิชาชีพเรียน 4 ปีจบ ก็เป็นบุคลากรที่หาได้ยากยิ่งสำหรับพื้นที่ภาคอีสาน การหาพยาบาลเวชปฏิบัติก็เป็นสิ่งที่หายากยิ่งขึ้น ไม่มีพยาบาลแล้วจะเอาพยาบาลที่ไหนไปเรียนต่อเวชปฏิบัติ เป็นคำถามที่ท้าทายการจัดการกำลังคนในระบบสุขภาพ

นายแพทย์นิทัศน์เริ่มจากการสำรวจสภาพที่เป็นจริงของการผลิตและการจัดการกำลังคนพยาบาลในปัจจุบัน และพบว่าทุกปีโรงพยาบาลในพื้นที่ไม่ว่าจะเป็นวิทยาลัยสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยังคงมีการผลิตพยาบาลวิชาชีพออกมาอย่างต่อเนื่อง หมายความว่าในความเป็นจริงแล้วมีพยาบาล เพียงแต่ว่าพยาบาลเหล่านี้อาจจะไม่ได้เดินทางสู่สถานีอนามัย-หน่วยบริการสุขภาพที่ต้องการพยาบาลมากที่สุด

เมื่อมีพยาบาล ทำอย่างไรจึงจะให้พยาบาลเวชปฏิบัติลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่ได้จึงเป็นคำถามต่อไป ความจริงข้อหนึ่งคือมีพยาบาลน้อยคนมากที่อยากลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่ระดับตำบล ด้วยเหตุผล 2 ประการคือ หลักสูตรพยาบาลในประเทศเป็นการสอนที่อิงกับระบบการให้บริการระดับโรงพยาบาล ไม่ใช่สถานบริการปฐมภูมิ การลงไปทำงานในสถานีอนามัยจึงอาจไม่ตรงกับประสบการณ์ในห้องเรียน และอาจหมายถึงศักดิ์ศรีของความเป็นพยาบาลด้วย เหตุผลประการที่ 2 คือ ความไม่เสถียรของสถานีอนามัย ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าทั้งห่างไกลเมืองและขาดแคลนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เรียกได้ว่าเป็นงานและสถานที่ทำงานที่ไม่ท้าทายความเป็นพยาบาล

แต่ความจริงอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติในพื้นที่ระดับตำบลคือ การได้รับค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นจุดที่ดึงดูดให้พยาบาลส่วนหนึ่งอยากเรียนเวชปฏิบัติ และนายแพทย์นิทัศน์ได้หยิบจุดนี้มาสร้างความเป็นไปได้ให้กับโครงการจัดหาพยาบาลเวชปฏิบัติ 1,000 คน ให้พื้นที่ทั้ง 4 จังหวัด “ต้องยอมรับว่าพยาบาลอยากเรียนเวชปฏิบัติเพราะได้ค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น อันนี้เป็นกติกาของสังคม ผมจึงเสนอเงื่อนไขว่า หากใครยอมไปทำงานที่ตำบล ผมจะส่งเรียนเวชปฏิบัติ”

สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตพื้นที่ 10 มีนโยบายให้โอกาสกับพยาบาลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลต่างๆ ก่อน เพื่อเปิดโอกาสให้ได้กลับไปทำงานในท้องถิ่นตนเอง ถัดมาเปิดรับพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน และกลุ่มสุดท้ายเป็นพยาบาลที่เพิ่งจบใหม่ โดยทั้งหมดไม่ต้องเสียค่าฝึกอบรม แต่มีเงื่อนไขว่าเมื่อจบหลักสูตรต้องกลับไปปฏิบัติหน้าที่พยาบาลเวชปฏิบัติในสถานีนอนมา้ย

กลุ่มของพยาบาลจบใหม่ฟังดูแล้วไม่น่าจะเข้าข่ายของการเรียนต่อในหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติได้ เพราะน่าจะติดขัดคุณสมบัติที่เป็นข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่า ผู้ที่จะมาอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติต้องมีใบประกอบวิชาชีพ และต้องมีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 2 ปี ปัญหานี้ก็ถูกคลี่คลายด้วยการใช้เงื่อนไขข้อที่ 3 ของสภาการพยาบาลซึ่งระบุว่า หากพยาบาลผู้นั้นยังไม่มีใบประกอบวิชาชีพ หรือยังไม่มีประสบการณ์การทำงานตามเงื่อนไข จะสามารถเข้าฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติได้หากผู้อำนวยการหรือผู้จัดการโครงการหลักสูตรเห็นสมควร ซึ่งผู้อำนวยการโครงการของหลักสูตรการผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติของพื้นที่ 10 นี้คือนายแพทย์นิทัศน์ รายนว นันเอง

อุปสรรคต่อมาที่ยืนรอท่ายอยู่แล้วคือ กระบวนการผลิต ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าทั้งระเบียบของวิทยาลัยพยาบาล ทั้งข้อจำกัดเรื่องศักยภาพของโรงฝึก ล้วนเป็นสาเหตุทำให้มีพยาบาลเวชปฏิบัติถูกผลิตออกสู่ระบบบริการสุขภาพในจำนวนไม่มากนักในแต่ละปี

2. สร้างความเป็นไปได้ ทุกอย่างเกิดขึ้นได้ด้วยวิธีคิดที่ไม่ยอมจำนนกับกรอบ หากความเป็นไปไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดจากกฎและกติกาสั่งมนุษย์เป็นผู้กำหนด มนุษย์ก็ควรต้องเป็นผู้สร้างความเป็นไปได้ให้เกิดขึ้น

เริ่มจากการหาแหล่งฝึก นายแพทย์นิทัศน์มองว่า แหล่งฝึกพยาบาลเวชปฏิบัติที่ดีควรเป็นสถานที่ที่มีคนไข้มากพอให้เป็นโรงเรียนเวชปฏิบัติได้ ซึ่งนั่นหมายถึงโรงพยาบาลชุมชน

“เขาคใจ แต่ผมใช้กระบวนการไปนั่งคุยแบบมีส่วนร่วม ทำให้เขาเห็นว่าเรามาช่วยกัน” คือปฏิกริยาของสภาการพยาบาลเมื่อทราบว่าโรงพยาบาลชุมชนจะเป็นแหล่งฝึกพยาบาลเวชปฏิบัติ และคนที่จะมาฝึกให้คือแพทย์ใน รพช.

แต่ความตกใจก็สงบลงด้วยการแสวงหาความเป็นไปได้ร่วมกัน โรงพยาบาล

สมเด็จพระยุพราชซึ่งขึ้นชื่อเรื่องความพร้อมทั้งด้านการให้บริการและบุคลากรอย่างไม่มีข้อสงสัย ถูกหยิบยกมาเป็น รพช. กลุ่มแรกที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความเป็นไปได้ในส่วนนี้ โดยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี เข้ามาเป็นแหล่งผลิตร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี และมีวิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เข้ามาช่วยอย่างไรก็ดี พบว่าวิทยาลัยพยาบาลอุดรธานีไม่มีพยาบาลเวชปฏิบัติทำงานอยู่เลย ทำให้ไม่เข้าเงื่อนไขของสภาการพยาบาลที่กำหนดว่าวิทยาลัยพยาบาลที่จะผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติได้ต้องมีผู้จบพยาบาลเวชปฏิบัติด้วย

“ผมก็ย้ายคนของผมให้ไปทำงานที่วิทยาลัยนั้น เพื่อให้เกิดคุณสมบัติครบถ้วน วิทยาลัยพยาบาลก็พอใจ เพราะเราทำให้เขามีพยาบาลเวชปฏิบัติทำงานให้เขาตรงตามเงื่อนไขได้” นายแพทย์นิทัศน์ กล่าว

การให้โรงพยาบาลชุมชนเข้ามาช่วยรับภาระในเรื่องของแหล่งฝึก ไม่เพียงแต่จะแก้ปัญหาการขาดแคลนแหล่งฝึกและเป็นการอำนวยความสะดวกให้ผู้เรียน แต่ยังช่วยสร้างให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับสถานีนอนมา้ย เพราะแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจะมีฐานะเป็นอาจารย์ของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ลงไปปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน การเชื่อมต่อบริการสุขภาพทั้ง 2 ระดับจะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อมีความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์และลูกศิษย์เข้ามาเสริม ดังที่นายแพทย์นิทัศน์กล่าวไว้

“เวลามีปัญหาในพื้นที่ พยาบาลเวชปฏิบัติก็จะรู้สึกไม่ลำบากใจที่จะโทรมาขอคำปรึกษาแพทย์ และแพทย์ก็จะยินดีให้คำปรึกษาเต็มที่ เพราะเป็นลูกศิษย์ของตนเอง”

อย่างไรก็ดี ความยั่งยืนของความสัมพันธ์ในลักษณะนี้คงยังเป็นคำถามที่ท้าทาย เพราะแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนยังคงมีอัตราการเปลี่ยนหน้าย้ายเข้าย้ายออกสูง

ที่มาของงบประมาณ

คนพร้อม สถานที่เรียนและฝึกปฏิบัติพร้อม ยังขาดแต่ปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ เงินงบประมาณที่จะนำมาใช้ในการดำเนินโครงการ ซึ่งไม่ต้องการให้ผู้เรียนต้องรับภาระ

เมื่อคำนวณงบประมาณทั้งหมดพบว่า การฝึกพยาบาลเวชปฏิบัติตามโครงการนี้ต้องการงบประมาณประมาณ 10,000 บาทต่อการผลิต 1 คน ซึ่งต่ำกว่าการผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปที่อยู่ประมาณ 70,000-80,000 บาท ส่วนต่างที่เกิดขึ้นเป็นรายจ่ายค่าเดินทาง ค่าเช่าหอพัก ค่าจ้างอาจารย์และวิทยากร อีกทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ผู้เรียนอาจจะต้องจ่ายเพิ่ม เช่น ค่าจ้างคนเลี้ยงลูกระหว่างที่เดินทางไปเรียนซึ่งจะเป็นวันเวลาราชการ

โครงการผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติของเขตพื้นที่ 10 ที่ให้โรงพยาบาลชุมชนเข้ามาเป็นฐานการผลิต ทำให้ผู้เรียนไม่ต้องเดินทางไกลเข้าไปตั้งของวิทยาลัยในเมือง และการปรับรูปแบบให้เรียนในช่วงวันศุกร์-อาทิตย์ ทำให้พยาบาลยังสามารถทำหน้าที่ของตนในโรงพยาบาลได้ และไม่ต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตปกติมากนัก

งบประมาณทั้งหมดที่ให้นำมาจากงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขตและระดับจังหวัด ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ส่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต เพื่อจัดสรรแล้วโอนให้แต่ละจังหวัดบริหารจัดการยอดงบประมาณที่ได้รับประมาณ 10-13 บาทต่อหัวประชากร เมื่อรวมทั้งหมดในระดับเขตทำให้มีงบประมาณสำหรับส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับเขตเป็นจำนวนหลายล้านบาท เมื่อแบ่งออกมาสำหรับการพัฒนาบุคลากรประมาณ 8-9% ก็มีเงินรวมถึง 3,000,000-4,000,000 บาท

“เราสามารถเดือนงบประมาณส่วนนี้มาใช้ประโยชน์นี้ได้ เพราะวาพยาบาลเหล่านี้ก็กลับมาทำงานระดับตำบล ซึ่งก็คืองานส่งเสริมและป้องกันโรค เป็นการพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เหมือนที่ทุกวันนี้เราเชิญคนไปอบรมเรื่องการทำเนปัสเมียร์ การกำจัดลูกน้ำยุงลาย” นายแพทย์นิทัศน์ กล่าว

หลักคิดต่างๆ คือ การตีความการใช้งบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ครอบคลุมมาถึงการพัฒนากำลังคนเพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย

ด้วยวิธีคิดที่ไม่ยอมจำนนกับกรอบและข้อจำกัดต่างๆ ที่กลายเป็นอุปสรรคของการผลิตและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ทำให้ในปี 2541 สำนักผู้ตรวจราชการฯ เขตพื้นที่ 10 สามารถผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติเพิ่มให้กับพื้นที่นครพนม มุกดาหาร สกลนคร และกาฬสินธุ์ ได้จังหวัดละ 110 คน เพิ่มโควตาที่สภาการพยาบาลอนุมัติให้สอนได้ รวม 440 คน และปี 2552 ผลิตที่อุตรธานีหนองคาย หนองบัวลำภู และเลย ในจำนวนเท่ากัน กำลังจะขยายตัวเพิ่มอีกในปี 2553 รวม 3 ปีสามารถผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติและส่งกลับไปทำงานที่สถานื่อนามัยได้มากกว่า 1,200 คน โดยสังกัด CUP ที่สถานื่อนามัยแต่ละแห่งเป็นเครือข่ายอยู่

ถึงตรงนี้อาจเกิดคำถามว่า พยาบาลเวชปฏิบัติส่วนหนึ่งที่ถูกส่งตัวไปอยู่ในสถานื่อนามัย เคยเป็นพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมาก่อน การถูกส่งตัวไปยังสถานื่อนามัยเช่นนี้ไม่ทำให้จำนวนพยาบาลในโรงพยาบาลลดลงหรือ ค่าตอบแทนที่การบริหารจัดการกำลังคนในโรงพยาบาล ปัจจุบันพยาบาลในโรงพยาบาลจำนวนมากปฏิบัติภารกิจที่อาจให้ผู้อื่นโดยเฉพาะญาติผู้ป่วยทำแทนได้ เช่น การเช็ดตัว การวัดความดัน หากมีการจัดระบบและกำหนดกิจกรรมทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องทำโดยพยาบาลและที่ให้ผู้อื่นทำแทนได้ ก็จะทำให้ความต้องการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนลดลง การหายไปของพยาบาลจึงไม่ก่อให้เกิดปัญหาการขาดแคลนคนกับโรงพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลที่หายไปก็มีได้หายไปจากระบบ เพียงแค่ย้ายสถานที่ทำงานจากโรงพยาบาลไปสู่สถานื่อนามัยซึ่งเป็นสถานพยาบาลด้านหน้ากว่า ทำให้บริการปฐมภูมิมิประสิทธิภาพดีขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่จะเดินทางเข้ามาสู่โรงพยาบาลก็ลดน้อยลง

จากความสำเร็จในการผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติ หลักสูตร 4 เดือน สำนักผู้ตรวจราชการฯ เขตพื้นที่ 10 ได้ขยายไปสู่การผลิตทันตภิบาลเพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่ของทันตแพทย์ และเตรียมขยายสู่การผลิตพยาบาลหลักสูตร 4 ปีต่อไป

สูตรความสำเร็จ

1. การได้รับความร่วมมือและสนับสนุนอย่างดี ทั้งจากสภาการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล ซึ่งในที่นี้คือวิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช และวิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งทุกหน่วยงานต่างก็อยากเห็นปัญหาการขาดแคลนพยาบาลได้รับการแก้ไข

2. มุมมองที่กว้างและการกล้าลงมือทำอย่างทุ่มเทของผู้บริหารระดับสูงที่รับผิดชอบเขตพื้นที่ 10

3. การตีความการใช้งบประมาณส่งเสริมและป้องกันโรคให้กว้างขึ้น รวมถึงการผลิตบุคลากรขึ้นมาทำหน้าที่ส่งเสริมและป้องกันโรค มีใช้หมายถึงเพียงกิจกรรมรูปแบบต่างๆ เท่านั้น

4. การหาจุดขายเพื่อดึงดูดบุคลากรลงไปทำงานในพื้นที่ที่ขาดแคลนสถานื่อนามัยเป็นพื้นที่ที่พยาบาลจำนวนมากไม่ยอมลงไปปฏิบัติหน้าที่ ด้วยเหตุผลที่หลากหลาย โดยเฉพาะที่ตั้งที่ห่างไกลความเจริญและไม่ทำหายความรู้ของวิชาการพยาบาล หากแต่สถานื่อนามัยก็มีจุดขายที่สามารถหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นสร้างแรงดึงดูดคือ ผู้ที่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติในพื้นที่สถานื่อนามัยจะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มจำนวน 1,500 บาทต่อเดือน รวมทั้งค่าตอบแทนหมาจ่ายอีกจำนวนหนึ่ง และพยาบาลเวชปฏิบัติในสถานื่อนามัยซึ่งรับผิดชอบบริการปฐมภูมิของประชาชนมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่มากกว่าการทำงานพยาบาลในโรงพยาบาล



บทเรียนจากเขตพื้นที่ 10

1. การแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ต้องการผู้นำในพื้นที่ที่มีวิสัยทัศน์ และความกล้าหาญที่จะทำในสิ่งที่อยู่นอกกระแสหลัก และคิดนอกกรอบ รวมทั้งมีความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง การลงมือทำอย่างจริงจังของผู้บริหารระดับสูงจะเป็นแรงบันดาลใจและกำลังใจที่ดีให้กับบุคลากรด้านสุขภาพในการฝ่าฟันปัญหาด้วยกัน

2. การแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตจะช่วยแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมอันเกิดจากศักยภาพและต้นทุนที่แตกต่างกันของแต่ละโรงพยาบาลหรือแต่ละท้องถิ่นได้

3. กฎระเบียบทุกอย่างมีช่องทางที่ยืดหยุ่นได้เสมอ การมองเห็นช่องทางนี้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูงจริงจังในการแก้ปัญหา

4. การแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่จะได้ผลสำเร็จหากท้องถิ่น โรงพยาบาล และโรงเรียนผลิต ให้ความร่วมมือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน



เวลามีปัญหาในพื้นที่
พยาบาลเวชปฏิบัติก็จะรู้สึกไม่ลำบากใจ
ที่จะโทรมาขอคำปรึกษาแพทย์
และแพทย์ก็จะยินดีให้คำปรึกษาเต็มที่
เพราะเป็นลูกศิษย์ของตัวเอง



นายแพทย์นิทัศน์ ราชยวา

ผู้ตรวจราชการพื้นที่ภาคอีสาน เขต 10 กระทรวงสาธารณสุข



**“หากจะแก้ไขปัญหาดังกล่าว
ด้วยการจ้างคนเพิ่มคงไม่พอ
เพราะการจ้างคือการเพิ่มภาระ
ให้เราต้องรับผิดชอบเพิ่มขึ้น
ใช้เงินมาก เป็นการเพิ่มปัญหา
เพราะเราต้องดูแลเขาทุกอย่าง”**

...

นายแพทย์พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กาฬสินธุ์ สุขภาพดีได้ด้วยมือประชาชน

โรงพยาบาลอำเภอ 13 แห่ง โรงพยาบาลจังหวัด 1 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง สถานีอนามัยทุกตำบล จำนวน 152 แห่ง แพทย์ 89 คน ทันตแพทย์ 30 คน พยาบาล 738 คน เภสัชกร 54 คน และ อสม. รวม 20,000 คน บวกโควตาพยาบาลวิชาชีพจากกระทรวงสาธารณสุขปีละ 5 คน คือข้อมูลพื้นฐานของต้นตอการดูแลสุขภาพของจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีประชากร 978,583 คน ไม่เพียงเฉพาะการขาดคน แต่เงิน วิธีการ และวัสดุอุปกรณ์ล้วนเป็นสิ่งขาดแคลนในจังหวัดนี้ การขอคน ขอโควตาเพิ่ม จึงเป็นสิ่งที่ไม่ยั่งยืน ด้วยขาดปัจจัยที่จะรักษาคนไว้ในระบบ

“หากจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการจ้างคนเพิ่มคงไม่พอ เพราะการจ้างคือการเพิ่มภาระให้เราต้องรับผิดชอบเพิ่มขึ้น ใช้เงินมาก เป็นการเพิ่มปัญหา เพราะเราต้องดูแลเขาทุกอย่าง” นายแพทย์พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ กล่าว

เมื่อมองไม่เห็นทางที่จะดูแลสุขภาพประชาชนให้พอเพียงด้วยกำลังคนด้านสุขภาพกระแสหลัก การพัฒนากำลังคนนอกกระแสจึงกลายมาเป็นเป้าหมายหลักของจังหวัดกาฬสินธุ์ ไม่เพียงแต่มุ่งเสริมคนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ แต่ยังเป็นการปิดจุดอ่อนที่ระบบกำลังคนกระแสหลักทำไม่ได้ โครงการพัฒนา ‘นักจัดการสุขภาพชุมชน’ จึงเกิดขึ้น ด้วยการริเริ่มของนายแพทย์พิสิทธิ์ และนายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย และทีมงานผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมของจังหวัด

“เมื่อไม่สามารถจ้างคนมาเพิ่มได้ เราจึงมองหาคนที่มีอยู่ในมือที่จะช่วย

เราได้ ด้านสุขภาพเรามี อสม. เกือบ 20,000 คน โรงเรียนเรามี อย. น้อย มีครูมีนักเรียนที่รับผิดชอบด้านนี้ ทางด้านโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเราก็มีแกนนำ เห็นได้ว่ากำลังคนเรามีเยอะ แต่ขาดการบริหารจัดการและนำมาใช้ ทางฝั่ง ยุทธศาสตร์เองเราก็มีปัญหาด้านการทำแผน พอถึงเวลาทำแผนเจ้าหน้าที่ก็ ช่วยกันเขียนแผนเองตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย อันนี้เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงใน หลายพื้นที่ "ไม่ใช่เฉพาะในพื้นที่ของเรา" **ฉวีวรรณ ชมภูษา** นักวิเคราะห์นโยบาย และแผนฯ หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคลและพัฒนาคุณภาพ สาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ กล่าว

ตัวแทนของหมู่บ้านแต่ละ 10 คน ใน 135 ตำบล 1,620 หมู่บ้าน รวม 16,200 คน ประกอบด้วย อสม. หมู่บ้านละ 3-5 คน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน อบต./สท. 2 คน ตัวแทนกลุ่มสตรี 1 คน ผู้สูงอายุ/ประชาชนชาวบ้าน 1 คน หมอพื้นบ้าน 1 คน ตัวแทนเยาวชน 1 คน ได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมเพื่อพัฒนาตนเองเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน เพื่อให้เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน โดยการตั้งทรัพยากรต่างๆ กำลังคน เงิน และความรู้ มาร่วมพัฒนาชุมชนเพื่อให้มีความรู้ด้านระบบสุขภาพชุมชนและสุขภาพ การจัดทำแผนชุมชน วิทยากรกระบวนการ การทำงานแบบเครือข่าย โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพที่ผ่านการอบรมการทำหลักสูตรนักจัดการสุขภาพมาแล้วอย่างเข้มข้นเป็นวิทยากร กระบวนการสำคัญที่ขาดไม่ได้คือ การสร้างการตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในทุกระดับ ผู้ว่าราชการจังหวัดให้เกียรติเป็นประธานโครงการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมสนับสนุนงบประมาณ ทั้ง อบต. และ อบจ.

เมื่อมีความรู้ด้านการจัดการสุขภาพชุมชน งานก้าวที่สองว่าด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพระดับจังหวัดก็เริ่มต้นขึ้น โดยเน้นให้ทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลให้คนกาฬสินธุ์สุขภาพดี ได้มีการสร้างความตระหนักถึงบทบาทในการดูแลสุขภาพ ไม่ใช่เพียงแค่บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น แต่ อปท. และประชาชนต้องรู้สึกรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคมด้วย ปลายทางของแผนยุทธศาสตร์นี้คือทุกคนต้องเป็นกำลังคนด้านสุขภาพ ควบคู่กับการพัฒนาให้ทุกคนเป็นกำลังคนด้านสุขภาพ การพัฒนาขีดความสามารถของ อสม. ก็ดำเนินการไปโดยความร่วมมือระหว่าง สาธารณสุขจังหวัดกับมหาวิทยาลัยบูรพา โดยเป้าหมายให้มี อสม. ที่เชี่ยวชาญ

ด้านการรักษาพยาบาลอย่างน้อย 1 คนเป็นตัวหลักในแต่ละหมู่บ้าน มีสุขภาพหรือศูนย์สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นที่ให้บริการและเชื่อมต่อกับสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นับจากปี 2551 กาฬสินธุ์มี อสม. ระดับสูงที่สามารถทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับเบื้องต้น กระจายอยู่ในพื้นที่ถึง 4,795 คน

ขณะที่สร้างกำลังคนนอกกระแส การเร่งผลิตกำลังคนในกระแสหลักก็ ดำเนินควบคู่กันไป เริ่มจากการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยสำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมมือกับจังหวัด จัดอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติที่โรงพยาบาลกุดฉิมรายณ์ ซึ่งมีแพทย์ด้านเวชปฏิบัติที่จะคอยทำหน้าที่แพทย์ที่เลี้ยงในด้านนี้ จากการดำเนินงานเช่นนี้ทำให้สถานีอนามัยส่วนใหญ่ในจังหวัดมีพยาบาลเวชปฏิบัติคอยให้บริการ

ในส่วนการขาดแคลนบุคลากรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เวชกิจ จุกเงิน เทคนิค เภสัชกรรม และบุคลากรสายสนับสนุนอื่นๆ เนื่องจากเห็นว่า โควตาที่เราได้รับจากกระทรวงกำหนดให้ไม่เพียงพอ จังหวัดกาฬสินธุ์จึงหาแนวทางแก้ปัญหา ร่วมกับกับผู้ตรวจราชการเขต โดยขณะนี้ความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อผลิตพิเศษ 100 คน ให้เรียนภาคค่ำ ภาคพิเศษ และใน ส่วนของนอกกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมหาสารคามส่ง คนที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดกาฬสินธุ์ไปเรียน โดย อบจ. ให้ทุนนักศึกษาปีละ 10 คน

ผลสำเร็จของโครงการ

ผลโดยตรงที่เห็นได้ค่อนข้างชัดเจนคือ การเพิ่มจำนวนอาสาสมัครและภาคประชาชนที่มีความรู้พอที่จะดูแลตนเอง ครอบครัว และเพื่อนบ้านในเบื้องต้นได้มากขึ้น ประชาชนในระดับชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมกำหนดแนวทางที่จะทำให้ชุมชนมีสุขภาพดีได้ และแก้ไขปัญหาของตนเอง นำทรัพยากรต่างๆ และองค์ความรู้ที่มีในชุมชนนำมาใช้

เกิดความร่วมมือที่เป็นรูปธรรมระหว่างสถานีอนามัย กับ อปท. ในการพัฒนาสุขภาพของคนในตำบลร่วมกัน ในขณะนี้ อปท. ได้เรียนรู้ที่จะใช้กระบวนการเรียนรู้เข้าไปดูแลสุขภาพของคนในชุมชน โดยเริ่มตระหนักถึงภาระหน้าที่ของ อปท. ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ปัจจุบัน อปท. ของจังหวัดกาฬสินธุ์ได้สนับสนุนงบประมาณทุกหมู่บ้าน และสมัครเข้าร่วมเครือข่ายให้

บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกแห่ง ซึ่งนับเป็นจังหวัดเดียวในประเทศไทย ในขณะที่เดียวกันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็ช่วยหนุนเสริมการประสานงานกัน เช่นนี้ โดยสนับสนุนงบประมาณที่ทำงานร่วมกันระหว่าง อปท. และหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อมุ่งหวังจะสร้างตำบลต้นแบบในการขับเคลื่อนตำบลสุขภาพ

ผลสำเร็จเหล่านี้ส่งผลต่อการแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในข้อจำกัดด้านงบประมาณที่พื้นที่สามารถหาได้ ตามที่หลายท่านได้กล่าวไว้ว่า หากจะแก้ปัญหการขาดแคลนกำลังคนโดยการจ้างคนมาเพิ่มเพียงอย่างเดียว ก็จะทำให้ระบบไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่าย และต้องหาวิธีมาดูแลให้กำลังคนอยู่ในระบบได้นานๆ ดังนั้นการขยายกำลังคนภาคประชาชน การเพิ่มศักยภาพกำลังคนภาคประชาชน พร้อมกับการหาเครือข่าย ชุมพลัง ชุมทรัพยากรในพื้นที่ จึงเป็นการจัดการกำลังคนแบบนอกรอบกำลังคนทางการ ซึ่งจะส่งผลให้ความต้องการกำลังคนทางการไม่สูงเกินไปนัก แน่แน่นอนว่ากำลังคนทางการก็มีความสำคัญ แต่บทบาทของกำลังคนภาคทางการน่าจะเป็นบทบาทของผู้หนุนเสริมการขับเคลื่อนกำลังคนภาคประชาชน เหมือนที่รูปแบบการจัดการสุขภาพในระดับชุมชนที่จังหวัดกาฬสินธุ์กำลังเคลื่อน

ปัจจัยความสำเร็จ

การร่วมงานกับ อปท. เพื่อจัดการกำลังคนของจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการแก้ปัญหากำลังคนขาดแคลน ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก หากศึกษาการดำเนินงานของจังหวัดกาฬสินธุ์อาจจะพอมองเห็นปัจจัยหลักๆ ที่สามารถทำให้โครงการดำเนินไปได้ ดังต่อไปนี้

1. การมีผู้นำและทีมงานที่สามารถเห็นภาพที่ชัดเจน และมีกระบวนการผลักดันงานในเชิงยุทธศาสตร์ น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญระดับต้นๆ ที่ทำให้การจัดการกำลังคนภาคประชาชนของจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นไปได้ด้วยดี โดยลักษณะงานที่ต้องเชื่อมประสานระหว่างส่วนสาธารณสุข ประชาชน และ อปท. ถ้าผู้ใหญ่ของจังหวัด ในกรณีนี้คือผู้ว่าราชการจังหวัดให้การสนับสนุน สามารถส่งสัญญาณจากข้างบน จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่ทุกภาคส่วนจะให้ความร่วมมือ

2. กลวิธีในการขับเคลื่อน เช่น ผลักดันสู่การเป็นต้นแบบระดับจังหวัด ด้วยความร่วมมือของจังหวัด ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่าง อปท. ในพื้นที่

ทำให้เกิดการกระตุ้นเตือนให้แต่ละตำบลต้องร่วมมือกัน สร้างสิ่งดีๆ เพื่อพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน

3. ต้นทุนทางสังคมที่ดีคือ มีชุมชนที่เข้มแข็ง และ อปท. มีความสัมพันธ์ที่ดีกับชาวบ้านและหน่วยงานด้านสาธารณสุข ทำให้สร้างความเชื่อมโยงและร่วมมือกันอย่างเป็นทางการได้ไม่ยาก

4. ประสิทธิภาพของผู้ประสานงานหลัก ซึ่งในกรณีนี้คือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ในการประสานให้ทุกภาคส่วนเข้าใจตรงกันและมีทิศทางการทำงานที่ให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน ตลอดทั้งการติดตาม กระตุ้นการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ



ปรับปรุงจากการพิมพ์ครั้งแรก วารสารผีเสื้อขยับปีก ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 (13)
สำนักงานวิจัยและพัฒนาการกำลังคนด้านสุขภาพ, 2553



บทเรียนจาก ๑. กฟลีนบุรี

1. ทุกคนมีศักยภาพที่จะเป็นกำลังคนด้านสุขภาพได้หากได้รับโอกาสในการพัฒนา ท่ามกลางปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในระบบ การสร้างกำลังคนนอกระบบจะเป็นทางเลือกเพื่อการสนับสนุนและลดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในระบบได้ดี

2. การจัดการบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพควรต้องให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน การวางแผนจัดการบริการด้านสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพจึงควรต้องให้ชุมชนมีส่วนร่วม

3. การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพนอกระบบ จำเป็นต้องมีการหนุนเสริมอย่างเหมาะสมจากกำลังคนด้านสุขภาพในระบบ และจัดระบบเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในระบบ





**“จะมีบรรยากาศเป็นลักษณะของ
 พายพระและพายหมอ
 เข้ามาดูแลคนไข้พร้อมกัน
 การดูแลรักษาประกอบด้วย
 การแพทย์แผนปัจจุบัน
 และการแพทย์ทางเลือก
 เป็นจุดเด่นของการรักษา”**

...

นายแพทย์ศิริโรจน์ กิตติสารพงษ์
 รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลรักษาสกล จังหวัดสกลนคร

**พระ หมอ ญาติ อาสาสมัคร
 กำลังคนี่ประสาน ที่โรคนาศาล วัตค้ำประมง สกลนคร**

ในขณะที่ความต้องการบริการของผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น แต่ระบบบริการที่มีอยู่ไม่สามารถรับมืออย่างทั่วถึงได้ มีเรื่องราวดีๆ ที่เข้ามาเติมเต็มในช่องว่างนี้คือการเกิดขึ้นของโรคนาศาล วัตค้ำประมง ตำบลสว่าง อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร สถานบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบองค์รวม คือ ผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย (สมุนไพร) การแพทย์แผนจีน (การฝังเข็ม) และการแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพรบำบัด ดนตรีบำบัด ธรรมะบำบัด และอาหารเพื่อสุขภาพ ที่ทั้งพระสงฆ์ในวัด บุคลากรด้านสาธารณสุขจากโรงพยาบาลอาสาสมัครจากสังคมภายนอก รวมถึงครอบครัวและญาติผู้ป่วยเข้ามาประสานการดูแล ถือเป็นสถานบริการและกำลังคนด้านสุขภาพที่เพิ่มเข้ามาในระบบบริการในเวลาที่เหมาะสม

โรคนาศาลก่อตั้งขึ้นในปี 2547 จากแนวคิดของ **พระอาจารย์ปพนพัทธ์ จิรัชฌโม** เจ้าอาวาสวัดค้ำประมง ที่มองเห็นความจริงอันโหดร้ายของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยวิถีของการแพทย์แผนใหม่ ที่มุ่งเน้นไปที่ก้อนเนื้อร้ายเพียงอย่างเดียว มิได้มองถึงมิติอื่นของคนป่วย ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึก กำลังใจ ความเจ็บปวดและความทรมาณ การให้ความสำคัญกับมิติอื่นในการรักษา โดยเฉพาะมิติด้านจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่โรคนาศาลนี้ใช้เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ธรรมะและสมุนไพรจึงเป็นสิ่งทีเข้ามาแทนที่เคมีบำบัดและการรักษาด้วยเครื่องมือสมัยใหม่เหมือนในโรงพยาบาล

“มะเร็งเป็นโรคที่ทรมาณ มีความเจ็บปวดเวทนา ต้องเสียเงินเสียทองเสียเวลาเสียใจ ญาติพี่น้องก็ป่วยด้วยโรคมะเร็งแล้วไม่มีทางออกให้เขาเลย สมมติบอกว่าเกิดได้ดับได้ มะเร็งเกิดได้ก็ต้องดับได้เหมือนกัน เราก็ปฏิบัติด้วยตัวเอง เอาความรู้ที่เราเมื่อยามสอนคนไข้ เพราะถ้าทำตรงนี้ได้โรคร้ายแทบไม่มีความหมายเลย” พระอาจารย์ปพนพัชรกล่าวถึงแนวคิดที่เป็นหัวใจของอโรคยาศาล ความเข้าใจในอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเกิดจากประสบการณ์ตรงของพระอาจารย์เอง ซึ่งเคยได้รับความทุกข์ทรมาณจากการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งโพรงจมูก แต่สามารถบำบัดตนเองด้วยวิธีการรักษาทางเลือกจนหายขาด

แพทย์ทางเลือกประสานมือแพทย์สมัยใหม่

“จะมีบรรยากาศเป็นลักษณะของฝ่ายพระและฝ่ายหมอเข้ามาดูแลคนไข้พร้อมกัน การดูแลรักษาประกอบด้วยแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกเป็นจุดเด่นของการรักษา” คำบอกเล่าของ **นายแพทย์ศิริโรจน์ กิตติสารพงษ์** รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลรักษาสกุล จังหวัดสกลนคร ฉายให้เห็นภาพของการผสมผสานอย่างกลมกลืนระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่เกิดขึ้นที่อโรคยาศาลแห่งนี้ได้เป็นอย่างดี นายแพทย์ศิริโรจน์เป็นผู้หนึ่งที่พักพาคำรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่มาสนับสนุนการทำงานของอโรคยาศาลแห่งนี้

เป้าหมายการรักษาของอโรคยาศาลไม่ได้อยู่ที่การรักษาโรคให้หายหรือทุเลาเบาบางลงไปแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่อยู่ที่สามารถตอบสนองความต้องการตามธรรมชาติของผู้ป่วย ที่ต้องการความเข้าใจชีวิตและมีความสุขในช่วงที่เจ็บป่วย หากต้องเสียชีวิตก็จะจากไปอย่างสุขสงบ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการปฏิบัติตามแนวทางศาสนาและวิทยาศาสตร์การแพทย์ ญาติและผู้ป่วยจะได้มีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลในการปรับทัศนคติในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข และสามารถเข้าใจและดูแลตนเองได้ การให้บริการเป็นการผสมผสานแนวทางการรักษาแผนไทย จีน ตะวันตก และการรักษาอื่นๆ ตามแนวทางของการแพทย์ทางเลือก โดยยึดความประสงค์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง

ผู้ที่ได้ไปเยือนอโรคยาศาลแห่งวัดคำประมงจึงจะได้เห็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย มีทั้งหม้อสมุนไพรใบใหญ่สำหรับให้ผู้ป่วยดื่มกินเป็นยา มี

ทั้งวิทยาการสมัยใหม่บางอย่าง เช่น Darkfield Microscope สำหรับตรวจสอบเลือดของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์และติดตามความก้าวหน้าในการรักษาโรคได้ดียิ่งขึ้น โดยการแนะนำของกองการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข มีทั้งกลุ่มผู้ป่วยและญาติที่กำลังนั่งสมาธิเพื่อฝึกจิตและปัญญาให้เข้มแข็งพอที่จะต่อสู้กับโรคร้าย มีข้อมูลความรู้ทางวิชาการที่นักวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนจัดหาเพื่อเสริมประสิทธิภาพการรักษาในทางวิชาการแพทย์สมัยใหม่ มีทั้งการคำนวณเวลาถูกขงยามาดีในการรับสมุนไพรเพื่อตอบสนองความต้องการทางใจของผู้ป่วยบางคนที่กำลังอยู่ในภาวะจิตอ่อนแอ

อโรคยาศาล วัดคำประมง ทำงานในรูปแบบเครือข่าย โดยจะเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน และได้รับการหนุนเสริมในด้านของการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน จากหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาล

✦ พังพรรณบรรยายจากพระสงฆ์ หนึ่งในกิจกรรมการแพทย์ทางเลือก อโรคยาศาล (ภาพ: อโรคยาศาล)



เอกชน มีอาสาสมัครจากที่ต่างๆ ทั้งในและนอกจังหวัดสกลนครเข้ามาร่วมให้บริการทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและทางเลือก ขึ้นอยู่กับความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย มีการทำกลุ่มจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วยโดยเครือข่ายพยาบาลจิตเวชมหาดินทิศ เป็นต้น และในกรณีผู้ป่วยหนักซึ่งอาจจะเสียชีวิตขึ้นด้วยการรักษาในโรงพยาบาลก็มีการส่งต่อผู้ป่วย โดยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลใกล้เคียง จะเห็นว่าการสนับสนุนจากหน่วยบริการของรัฐมีอย่างชัดเจนทั้งในแง่บุคคลและหน่วยงาน

รูปแบบและวิธีการรักษาที่หลากหลายถูกจัดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง โดยพบว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาและบำบัดที่อโรคาศาลแห่งนี้ประกอบไปด้วยกลุ่มต่างๆ ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย ที่ไม่สามารถบำบัดรักษาให้ดีขึ้นด้วยกระบวนการรักษาที่ดีที่สุดในการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เช่น มะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี เป็นต้น
2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแผนอื่นมาบางส่วนแล้ว และต้องการการบำบัดรักษาเพิ่มเติมอย่างผสมผสานที่อโรคาศาล วัดคำประมง
3. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ต้องการจะรักษาด้านแผนปัจจุบัน และต้องการเข้ารับการบำบัดโดยวิธีนี้
4. กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงและมีแนวโน้มว่าจะเป็นมะเร็ง เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัส Hepatitis B และผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ ไม่สามารถเข้ารับการรักษาแบบแผนปัจจุบันที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการรักษาทางการแพทย์แผนไทยด้วยสมุนไพรเท่านั้น

การให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยไม่คิดค่าบริการ ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ทางอโรคาศาลต้องรับผิดชอบ ทั้งค่าใช้จ่าย ทั้งสิ่งก่อสร้าง ค่าบำรุงรักษาสถานที่ เครื่องมือแพทย์-พยาบาล วัสดุ สมุนไพร ค่าบริการ ค่าน้ำ ค่าไฟ ฯลฯ ตลอดระยะเวลา 2 ปี (2548 ถึง พฤษภาคม 2550) ค่าใช้จ่ายที่ใช้จ่ายไปแล้วประมาณ 30,000,000 บาท โดยงบประมาณเหล่านี้ได้มาจากผู้มีจิตศรัทธา ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยและครอบครัวบริจาคเป็นหลัก



++ ทุกวันผู้ป่วยที่อโรคาศาลจะได้รับยาสมุนไพรจากวัด ควบคุมกับคำแนะนำด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล (ภาพ: อโรคาศาล)

กำลังคนด้านสุขภาพแห่งอโรคาศาล

กำลังหลักคือ พระอาจารย์ปพนพัชร จิรัชมิโม เจ้าอาวาสวัดคำประมง และมีผู้ร่วมในการดูแลผู้ป่วยอีก แบ่งได้ 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพกระแสหลัก กำลังคนสายสนับสนุน ญาติ และกลุ่มจิตอาสา

กลุ่มแรก กำลังคนด้านสุขภาพกระแสหลัก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร บุคลากรทางสาธารณสุข แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก บุคลากรเหล่านี้เข้ามาในรูปอาสาสมัคร อาจจะเป็นอาสาสมัครที่ค่อนข้างประจำ เช่น นพ. ศิริโรจน์ กิตติสารพงษ์ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลรักษีสกล จังหวัดสกลนคร พยาบาล บุคลากรจากโรงพยาบาลต่างๆ ที่ใกล้เคียงและจากที่อื่นๆ ก็เวียนกันมาดูแล ตรวจสอบสุขภาพจิต แนะนำคนป่วย และก็จะมามีอาสาสมัครอื่นๆ ที่มาบางเวลา ได้แก่ อาสาสมัครที่เป็นแพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาล เภสัชกร

นักเทคนิคการแพทย์ นักจิตวิทยา และบุคลากรสาธารณสุขต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งอาสาสมัครเข้ามาดูแลช่วยเหลือตามความสมัครใจแล้วแต่โอกาสของแต่ละบุคคล ประมาณ 10-20 คนหมุนเวียนกันไป

กลุ่มที่สอง กำลังคนสายสนับสนุนประจำ จะเป็นเจ้าหน้าที่ที่ได้รับค่าตอบแทนจากวัด พัฒนามาจากคณงานประจำที่เคยช่วยดูแลวัด ช่วยดูแลโบสถ์ วิหาร ศาลา สถานที่ ต้นไม้ ตัดหญ้า เมื่อปรับจากวัดเป็นโรคนิวเคลียส ก็มาฝึกคนเหล่านี้ทำงานตามความสามารถ ตัดเสื้อผ้า ซ้ำเชือก รัดผ้าพัน ต้มยาสมุนไพร รับลงทะเบียนคนไข้ คนที่มีจิตใจเมตตาและมีความสามารถในการเรียนรู้สูง ขึ้นมากก็ให้บุคลากรสาธารณสุขมาฝึกฝึกคิด ซึ่งกลายเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยแบ่งเบาบุคลากรด้านสาธารณสุขไปได้มาก

กลุ่มที่สาม ญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีญาติมาส่งและคอยดูแลอำนวยความสะดวกในเรื่องอาหารการกิน การต้มยา พาไปสวดมนต์ นั่งสมาธิ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องมีญาติมาดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะทางวัดจะไม่มีบุคลากรมากพอที่จะดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างทั่วถึงได้ โดยเฉพาะในช่วงเวลาหวั่นไหวจะมีการอบรมสมาธิและสวดมนต์ภาวนา จากนั้นจะจ่ายยาสมุนไพรตามอาการของโรค นัดหมายล้างพิษและต้มยา ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ก็ต้องให้ญาติผู้ป่วยมารายงานอาการของโรคแทนและรับยาให้ผู้ป่วยด้วย การที่มีญาติมาคอยดูแลอยู่นี้เป็นผลดีทางด้านจิตใจ เพราะทำให้เกิดความรัก กำลังใจ และความผูกพัน เนื่องจากผู้ป่วยเองก็รู้ว่าจะอยู่ได้นานสักเท่าใด ญาติจึงช่วยเป็นกำลังใจได้อย่างมาก ช่วยต่ออายุให้ผู้ป่วย ถึงแม้จะต้องตายก็จะตายได้อย่างสงบ ในแง่จิตวิญญาณก็ถือเป็นเรื่องที่ดี

กลุ่มที่สี่ กลุ่มอาสาสมัครทั่วไป วัดเปิดกว้างให้อาสาสมัครอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของวัด ได้แก่ การเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย การทำความสะอาดอาคารสถานที่ การลงทะเบียนผู้เป็นอาสาสมัคร การปลูกผักไว้สารพัด ทำแปลงผัก รดน้ำต้นไม้ การช่วยงานวิจัยในการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ช่วย

โรงครัวทำอาหาร เป็นต้น ซึ่งทางวัดมีวิธีการประกาศรับสมัครอาสาสมัครอย่างหลากหลาย ผ่านเครือข่าย ผ่านหน่วยงาน และทางเว็บไซต์ เป็นต้น ซึ่งที่ผ่านมาก็อาสาสมัครเข้ามาร่วมงานอย่างหลากหลาย ซึ่งวิธีการนี้เชื่อว่าสามารถเปิดเวทีให้คนเป็นจิตอาสา ทำความดีเพื่อผู้อื่น ปรับปรุงสังคมให้หน้าอยู่ มีน้ำใจต่อกัน เห็นใจกัน ช่วยยกระดับจิตใจคนในสังคมให้สูงขึ้นด้วยการบริการผู้อื่นโดยไม่สิ่งตอบแทน และใช้หลักกรรมในการสื่อความหมาย

ผลสำเร็จของโครงการ

ตั้งแต่โรคนิวเคลียสเปิดดำเนินการในปี 2547 ได้มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี เริ่มจากผู้ป่วย 4 รายในปี 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 147 คน ในปี 2548 และในปี 2551 มีผู้ป่วยถึง 480 คน รวมผู้ป่วยทั้งหมดถึงปี 2551 มี 1,112 คน จะเห็นว่าสถานที่นี้มีศักยภาพเป็นที่รองรับและเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยมะเร็งได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดใกล้เคียง เช่น สกลนคร นครพนม อุดรธานี หนองคาย ขอนแก่น และยังมีผู้ป่วยจากภาคอื่นๆ เช่น เชียงใหม่ ระยอง กรุงเทพมหานคร และยังมีผู้ป่วยเป็นชาวต่างประเทศเข้ามารักษาด้วย ผู้ป่วยที่มาทำการรักษาที่วัดคำประมงมีการศึกษาตั้งแต่ชั้นพื้นฐานจนถึงการศึกษาระดับปริญญาเอก ได้มีการประเมินผลการรับบริการจากผู้รับบริการพบว่าเกือบทั้งหมดพอใจในการรักษา และต่างเห็นว่าโรคนิวเคลียสมีบทบาทการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นสัจจะธรรมของชีวิต และมีสุขภาพจิตที่มั่นคงที่สุดในการต่อสู้กับโรคมะเร็ง และผู้ป่วยที่มารักษาที่โรคนิวเคลียสจะมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการรักษาจากโรงพยาบาลต่างๆ โดยอยู่ที่ประมาณคนละ 8,700 บาท สำหรับการพักรักษาเฉลี่ยประมาณ 21 วันรวมค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายส่วนมากเป็นค่าเดินทางในการมาและกลับจากโรคนิวเคลียส

ปัจจุบัน โรคนิวเคลียส วัดคำประมง ยังเป็นเสมือนแหล่งเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมของการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสานทางการแพทย์แผนตะวันตกและแผนไทย เป็นแหล่งศึกษาและวิจัยเพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มีคณะบุคคลต่างๆ นักเรียน นักศึกษา แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากทั้งในจังหวัดสกลนครและภายนอกจังหวัด



✦ ทำสมาธิเพื่อพัฒนากำลังใจและความเข้มแข็งทางจิต (ภาพ: อโรคยาศาล)

ปัจจัยอ้อความสำเร็จ

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นในวัดคำประมงนั้นเป็นสิ่งที่น่าเรียนรู้หลายเรื่องด้วยกัน คือ เรื่องแรก ในด้านการจัดบริการที่ผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือก และภูมิปัญญาพื้นบ้าน สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพสิ้นหวัง โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กระบวนการรักษาทำให้กลับมามีสุขภาพ หรือในบางรายเตรียมพร้อมสำหรับการจากไปอย่างเข้าใจและมีสติ ซึ่งเป็นเรื่องที่ระบบสุขภาพของรัฐไม่สามารถจัดหาสิ่งนี้ได้ ประการที่สองซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญเช่นกัน คือ การจัดการกำลังคนที่หลากหลายและสร้างการมีส่วนร่วมจากสังคม จะเห็นว่าการกำลังคนด้านสุขภาพของวัดคำประมง นอกจากพระอาจารย์ปพนพัชรแล้ว ยังมีกำลังคนกระแสหลักที่เป็นอาสาสมัคร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ เภสัชกร สาธารณสุข เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีอาสาสมัครอื่นๆ มาช่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีญาติผู้ป่วยที่ได้รับการอบรมเพื่อดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นภาพการใช้กำลังคนที่หลากหลาย ซึ่งความสำเร็จนี้เกิดจากปัจจัยอ้อหลักๆ ดังต่อไปนี้

1. การที่ผู้นำมีความมุ่งมั่น มีจิตสาธารณะ และมีวิสัยทัศน์ ซึ่งพระอาจารย์ปพนพัชรเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ท่านเป็นศูนย์รวมสร้างให้เกิดความเชื่อมั่นและศรัทธา การตั้งวัดคำประมงเป็นอโรคยาศาลเป็นกลยุทธ์ที่สามารถสร้างความศรัทธาและเชื่อมั่นทั้งจากผู้ป่วย อาสาสมัคร ผู้มีจิตศรัทธา ประกอบทั้งความโปร่งใสของกระบวนการจัดการทำให้วัดคำประมงสามารถดึงทรัพยากรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกำลังคนด้านสุขภาพ อาสาสมัคร แล่งงบประมาณ เข้ามารวมกันได้

2. มีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข สถาบันการศึกษา องค์กรภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชน ในการป้องกัน รักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การมีหลายหน่วยงานเข้ามาให้การสนับสนุนไม่ว่าการสนับสนุนด้านวิชาการการรักษา การสนับสนุนด้านกำลังคนอาสาสมัคร การสนับสนุนด้านการเงิน รวมทั้งการทำให้วัดคำประมงเป็นแหล่งเรียนรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การส่งเสริมให้อโรคยาศาลเป็นแหล่งค้นคว้าข้อมูลและงานวิจัย ได้มีการตั้งสถาบันฐานสิทธิธรรมโอสถบำบัด เพื่อพัฒนาไปเป็นสถาบันวิจัยและพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในอนาคต ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานของวัดคำประมงมีวิชาการรองรับ และช่วยเพิ่มพูนองค์ความรู้เข้าไปในระบบ สร้างให้เกิดความเข้มแข็งและความยั่งยืนของการดำเนินการ

4. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม รับผิดชอบต่อเจ้าของร่วมกันในรูปแบบต่างๆ เป็นการสร้างสังคมที่มีการเอื้อเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แม้จะมาจากหลากหลายที่ โดยการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ในการเผยแพร่อโรคยาศาลในหลายช่องทาง ทั้งทางอีเมล โทรศัพท์ เว็บไซต์ องค์กรความรู้รวมถึงข่าวสารกิจกรรมต่างๆ ของวัดได้อย่างทั่วถึง



แหล่งข้อมูล

พระปพนพัชร จิระธัมโม ศิริโรจน์ กิตติสารพงษ์ และพระเลิศ ฉัตรแก้ว (2549) สมาธิบำบัดกับการรักษาโรคมะเร็ง ปาฐกถาธรรมและบรรยาย ณ กรมชลประทาน สามเสน กทม. 25 พฤษภาคม 2549 จาก <http://pineapple-eyes.snru.ac.th/alo/index.php?q=node/59>
พระปพนพัชร จิระธัมโม อโรคยาศาลสถานอภิบาลพักฟื้นผู้ป่วยด้วยสมุนไพรตามธรรมชาติ จาก <http://khampramong.org>



บทเรียนจากอโรยาศา วัดคำประม

1. การให้บริการทางการแพทย์มีได้หลากหลายรูปแบบ หากบุคลากรทางการแพทย์ของแต่ละรูปแบบร่วมมือและสนับสนุนซึ่งกันและกันในการจัดบริการทางการแพทย์จะมีผลทางบวกต่อผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย ที่ต้องการกำลังใจในการมีชีวิตอยู่กับโรคร้าย
2. ทุกคนสามารถเป็นกำลังคนด้านสุขภาพได้ หากได้รับการพัฒนาและให้ความรู้และแนวทางที่ถูกต้องจากบุคคลที่มีความรู้ทางการแพทย์





“การบริหารและการจัดการกำลังคนด้าน
สุขภาพต้องมีทั้งแนวคิดและแนวนอน”

นายแพทย์ไพจิตร วราชิต

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

“เรื่องดีๆ แบบนี้ต้องขยายเวทีให้มากขึ้น”

การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพเป็นวิกฤติของกระทรวงสาธารณสุขมานานแล้ว ยิ่งเมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพ มีผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้นทำให้ความขาดแคลนในบางพื้นที่มีมากขึ้น สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพจำเป็นจะต้องเปลี่ยนแปลงตาม หัวใจหลักของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพไม่ได้อยู่ที่การผลิตอีกต่อไปแล้ว แต่อยู่ที่ทำอย่างไรคนตรงนั้นถึงจะอยู่กับเราอย่างมีความสุข ทำอย่างไรจึงจะกระจายคนลงไปถึงโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) แล้วให้เขาอยู่ตรงนั้นได้นานๆ เพราะปัจจุบันการเคลื่อนไหวเข้าออกของบุคลากรใน รพช. สูงมาก

ที่ผ่านมาเห็นแล้วว่า การเพิ่มคำตอบแทนไม่ใช่คำตอบ เพราะทำให้เกิดปัญหาจนต้องให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเข้ามาวิจัยและหาทางแก้ปัญหา เพราะเพิ่มเงินแล้วทำให้คนของกระทรวงฯ มานิ่งทะเลาะกันเอง

การได้รับฟังความคิดเห็นจากคนกลุ่มต่างๆ ในวันนี้ถือเป็นวิธีการจัดการที่ดี ทำให้เห็นชัดเลยว่า การบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพต้องมีทั้งแนวคิดและแนวนอน แนวคิดของกระทรวงฯ คือกระจายอำนาจจากส่วนกลางลงไปสู่จังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดต้องเป็นทัพหน้า ส่วนกลางเป็นผู้สนับสนุน แนวนอนคือการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานที่อยู่นอกกระทรวงฯ ร่วมมือกันเป็นภาคี เป็นเครือข่าย กระทรวงฯ ต้องหาทางกระจายเทคโนโลยีการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีลู่แนวนอนให้มากที่สุด

การจัดเวทีในลักษณะนี้ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน กระทรวงสาธารณสุขก็จะได้รับสิ่งดีๆ มากขึ้น เรื่องดีๆ แบบนี้ต้องขยายเวทีให้มากขึ้น



เก็บความจาก เวทีจุดประกายขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนสุขภาพสู่การสร้างสุขภาพภาคอีสาน วันที่ 19 พฤศจิกายน 2552 โรงแรมพูลแมน จ. ขอนแก่น



