

รายงานการทำงาน

เพื่อพัฒนากกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
(Report of Policy Framework and Strategies for Health manpower)



สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ก – จ
บทนำ	1 – 2
บทที่ 1 สถานการณ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคนไทย	3 – 7
บทที่ 2 สุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข	8 – 12
บทที่ 3 กำลังคนด้านสาธารณสุข	13 – 15
บทที่ 4 ข้อเสนอ นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข	16 – 26
บทที่ 5 ข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานต่อไปในอนาคต	27 – 28
ภาคผนวก	
ผนวก ก.	เอกสารทางวิชาการและรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข และกำลังคนด้านสาธารณสุข • กระแสการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง กรอบกฎหมาย และการผลักดันทางสังคม ที่กระทบต่อทิศทางของระบบสุขภาพในอนาคต • สรุปประเด็นสำคัญเพื่อพิจารณาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและบุคลากรสุขภาพที่จำเป็นในอนาคต • สร้างสุขภาพกับกำลังคนด้านสุขภาพ • การจัดการความรู้เพื่อสุขภาพดี • นโยบายและระบบการวางแผนพัฒนากำลังคนในอดีตจนถึงปัจจุบัน • ข้อเสนอ นโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพที่ผ่านมา (ระหว่าง พ.ศ. 2544-2546) • กรอบแนวทางการพิจารณาเพื่อกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข • บทบาทของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข • การผลิตแพทย์-พยาบาลแนวใหม่ โดย ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์
ผนวก ข.	สรุปการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2546
ผนวก ค.	สรุปการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2546
ผนวก ง.	สรุปการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 3/2546
ผนวก จ.	ตารางสรุปผลการจัดกิจกรรมระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2546 การดำเนินงานเพื่อสังเคราะห์กรอบแนวคิดและแผนพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข
ผนวก ฉ.	ตารางสรุปผลกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อพัฒนารอบกลไกการทำงาน สำหรับการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระหว่างเดือน เมษายน – พฤษภาคม 2546

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การทำงานเพื่อพัฒนากรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมถึงการพัฒนารอบกลไกการทำงานซึ่งเกี่ยวเนื่องกับกำลังคนด้านสาธารณสุขภายใต้ภาพระบบบริการสุขภาพในอนาคตครั้งนี้เกิดขึ้นจากความเห็นชอบของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ที่ดำเนินการผ่าน**คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข** ที่แต่งตั้งขึ้น

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

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

สำหรับประเด็นทางการเมืองพบว่า 1) อนาคตจะมีการถ่วงดุลย์จากอำนาจจากภาคสังคมหรือภาคสาธารณะที่เสมือนเป็นอำนาจที่ 4 นอกเหนือจากอำนาจบริหาร อำนาจตุลาการ และอำนาจนิติบัญญัติ ซึ่งมีอยู่เดิม 2) แนวโน้มพัฒนาการทางสังคมพบว่าภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง คือ ภาคข้าราชการ ภาคการเมือง และภาคสังคม มีแนวโน้มที่จะยึดโยงกับอุดมการณ์ที่แตกต่างกัน ภาคสังคมที่มีคนชนชั้นกลางและชนชั้นสูงมีแนวคิดและอุดมการณ์ใกล้ชิดไปในทางเสรีนิยม ในขณะที่ชนชั้นล่างยังยึดติดกับผลประโยชน์ทางวัตถุ พร้อมทั้งจะร่วมกับอุดมการณ์ที่เอื้อประโยชน์ในแนวดังกล่าว สำหรับกลุ่มปัญญาชน ชนชั้นกลาง ข้าราชการ สื่อมวลชน มีแนวอุดมการณ์แบบประชาธิปไตยส่วนหนึ่งและ แนวอุดมการณ์แบบทางเลือกคือค่านิยมทางการพัฒนาทุนนิยมและโลกาภิวัตน์อีกส่วนหนึ่ง ซึ่งทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อจิตสำนึกและนำไปสู่ภาวะพหุสังคม พหุวัฒนธรรม 3) การเรียนรู้และความรู้ จะเพิ่มความสำคัญมากขึ้นในสังคม ในอนาคต สังคมจะเป็นสังคมที่

ขับเคลื่อนด้วยความรู้ (Knowledge driven) หรือ สังคมฐานความรู้ (Knowledge base Society) โดยเฉพาะปัจจุบันเป็นยุคแห่งข้อมูลข่าวสารที่เปิดกว้างอย่างเสรีทำให้ “ความรู้” เป็นสิ่งที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ไม่ถูกปิดกั้น เมื่อผนวกกับนโยบายของรัฐในการปฏิรูปการศึกษาและความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้สังคมไทยเป็นสังคมมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการเรียนรู้มากยิ่งขึ้นในอนาคต 4) แนวโน้มทางการศึกษาหลังการปฏิรูปการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ปี 2542 จะดีขึ้นไม่ว่าจะเป็นการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน หรือการอ่านออกเขียนได้ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 5) ปัญหาเศรษฐกิจจะดับลงจนกระทั่งมีแนวโน้มเป็นปัญหาเรื้อรังก็คือช่องว่างรายได้ระหว่างคนรวยกับคนจนที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น

นอกจากนั้นการทำงานครั้งนี้ยังแสวงหาข้อสรุปที่เป็นปรัชญาและหลักการของสุขภาพซึ่งได้ดำเนินการทบทวนจากเอกสารและรวบรวมจากความเห็นของผู้เกี่ยวข้องซึ่งสรุปได้ว่า 1) สุขภาพเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนควรได้รับโดยเท่าเทียม 2) ความหมายของ “สุขภาพ” เป็นความหมายที่กว้าง รวมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ บางส่วนขยายความไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งมีความหมายกว้าง รวมถึงปัจจัยมากมายในการดำรงชีวิต นอกเหนือไปจากการดูแลความเจ็บป่วย และโรค 3) เป้าหมายของบริการสุขภาพ คือ ประชาชน ชุมชนมีคุณภาพชีวิตดี สุขภาพดีอย่างพอเพียง และพึ่งตนเองได้ 4) ทิศทางของการพัฒนาระบบสุขภาพ คือ เน้นความเป็นองค์รวมของบริการสุขภาพ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เน้นให้ประชาชน และชุมชนมีศักยภาพในการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ 5) คุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพ เน้นความเท่าเทียม คุณภาพ ประสิทธิภาพ ทั่วถึงรอบด้าน และรับผิดชอบร่วมกัน เน้นความเป็นบูรณาการ มีปัญญาเป็นฐาน พัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับวิถีชีวิต และสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

การดำเนินงานในระบบสุขภาพที่ผ่านมามีปัญหาที่สำคัญอยู่หลายประการที่มีผลต่อการทำงานกำลังคนด้านสาธารณสุขทั้งโดยตรงและโดยอ้อมปัญหาดังกล่าวส่วนหนึ่งเป็นปัญหาการกระจายสถานบริการ ปัญหาการบริการที่ยังไม่สามารถสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่แท้จริงได้ ปัญหาการพัฒนาที่ผ่านมาเน้นที่โครงสร้างพื้นฐานมากกว่าการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร ปัญหาเกี่ยวกับมาตรฐานการทำงานที่ส่วนมากใช้มุมมองของวิชาชีพ ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการกระจายที่ไม่เหมาะสมทั้งปริมาณและประเภทบุคลากร รวมถึงการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ขาดกลไกการควบคุมการปกครองที่เป็นธรรมรัฐ ส่งผลให้ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการไม่รู้ถึงสิทธิและไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ของตน ขาดกลไกการกำกับดูแลที่รัดกุมและถูกต้อง ซึ่งรวมถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวและขาดขวัญกำลังใจในการทำงานของบุคลากร

ดังนั้นเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพสามารถตอบสนองและสนับสนุนให้ประชาชนมี “สุขภาพดี” จึงควรทำความเข้าใจให้ชัดเจนที่เป้าหมาย “สุขภาพ” ที่ว่า การส่งเสริมและสร้างสุขภาพจึงทำแต่กายไม่ได้ ทำแต่จิตก็ไม่ได้ ทำแต่การดำรงชีพก็ไม่ได้ ต้องทำทุกส่วนจึงได้สุขภาพ ดังนั้นการทำความเข้าใจเป้าหมายสุขภาพก็ต้องแยก **ส่วนประกอบสำคัญของสุขภาพ** ซึ่งมี 2 ระบบใหญ่ๆ ประกอบด้วย 1) **ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ** ซึ่งหุ้นส่วนใหญ่ในการดำเนินงานอยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข นอกวิชาชีพทางการแพทย์ เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของประชาชน การศึกษา การจัดสภาพแวดล้อมของสังคม 2) **ระบบเพื่อการดูแลความเจ็บป่วย** : หุ้นส่วนใหญ่คือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากระบบนี้จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ทางด้านการแพทย์เป็นฐานสำคัญแต่อย่างไรก็ตามสำหรับประชาชน

และส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ก็จะต้องมีส่วนในการทำงานร่วมด้วยแบบพันธมิตร จึงจะทำให้ระบบนี้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง

ที่กล่าวมาทั้งหมดทำให้เข้าใจได้ว่าพัฒนากำลังคนต้องมีเป้าหมายเพื่อให้ระบบบริการสาธารณสุขมีกำลังคน สาธารณสุข ที่มี “คุณธรรม” และ “ความรู้” ควบคู่กันและกำลังคนที่พึงประสงค์นี้ต้องอยู่ใน ระบบกำลังคนที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นระบบที่เน้นความเป็นธรรม ความมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ เป็นธรรมาภิบาล เป็นระบบสร้างคนให้เกิดความเข้มแข็งทางปัญญา คิดเป็น ทำเป็น สร้างคนดี เก่ง และมีความสุข เป็นระบบที่ตอบสนองความหลากหลายของกำลังคนและการจัดการตามสภาพพื้นที่โดยใช้ข้อมูลและปัญญาเป็นฐาน เป็นระบบที่ตอบสนองการกระจายอำนาจ อาศัยการประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายมากกว่าการรวมศูนย์ที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ใช้การส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล ด้วยมาตรการทางการเงิน และกฎหมาย เพื่อผลักดันการดำเนินงานไปตามทิศทาง และแนวนโยบายของประเทศเป็นระบบที่คำนึงถึง เป็นระบบที่สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการและการจัดการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสาธารณสุข แต่ประสบการณ์ระบบกำลังคนที่ผ่านมามีการกำหนดปริมาณความต้องการกำลังคนเน้น health services มากกว่า health needs และเสนอทางเลือกเดียวทั้งประเทศโดยไม่ระบุสถานการณ์ของบริบทว่าจะต้องปรับ คิดใหม่ เมื่อใด หรือไม่ อย่างไร รวมทั้งไม่ได้คิดทางเลือกความเป็นไปได้ ยกเว้นมีหนึ่งการศึกษาที่มีการเสนอทางเลือก และไม่มีการประมาณความต้องการกำลังคนในส่วนที่เป็นองค์ประกอบย่อย เช่น กำลังคนสำหรับการบริการสุขภาพในเขตเมืองและชนบท มาตรการเพื่อพัฒนาระบบกำลังคน มักจะเกิดจากสมมติฐานและลงมือดำเนินการเลย ขาดการวิจัย และพัฒนามาตรการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับกำลังคนอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง รวมทั้งระบบติดตามประเมินผลมาตรการและนโยบายกำลังคนไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งส่วนหนึ่งเนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ การวิจัยด้านนี้ทำได้ยาก และขาดระบบสนับสนุนให้มีการดำเนินการที่ต่อเนื่อง

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

ดังนั้นแนวคิดของการกำหนดกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขเมื่อพิจารณาจากระบบสุขภาพของระบบก็จะพบว่าสำหรับ ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ การวางแผนต้องเป็นตาม นโยบายของรัฐ (Policy driven) ไม่สามารถคิดตามสภาพอุปสงค์ อุปทานได้ เพราะเป็นส่วนที่ยังไม่มีอุปทานเกิดขึ้น หรือ มีน้อย เป็นส่วนที่ประชาชนทั่วไปรับรู้ถึงความจำเป็นส่วนนี้ไม่ชัดเจน จึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องสร้างให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักที่ชัดเจนการวางแผนเพื่อพัฒนาระบบสร้างสุขภาพนี้ ควรต้องมีการพัฒนาใน 4 องค์ประกอบหลักคือ 1) สร้างความเข้าใจขององค์กรและบุคลากรต่อแนวคิดการสร้างสุขภาพที่เป็นมุมมองกว้าง พร้อมกับพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร

เพื่อดำเนินงานด้านนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) พัฒนาองค์กรเพื่อการดำเนินงานที่ต้องมีทั้งส่วนที่เกี่ยวกับการจัดองค์กร การเชื่อมต่อกับนโยบาย และงบประมาณสนับสนุน 3) พัฒนาระบบการทำงาน ซึ่งต้องพัฒนาให้เกิดกระบวนการที่เป็น ลักษณะพันธมิตร (partnership) และมีความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรที่ต่างระดับกันอย่างแนบสนิท ส่งต่อข้อมูลและบริการ ระหว่างกันได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ต้องสร้างให้ประชาชน ประชาคม องค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง 4) รัฐ ต้องสนับสนุนให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีเฉพาะ เพื่อการพัฒนางานที่สอดคล้องกับเป้าหมายในแต่ละด้าน รวมทั้งต้อง สนับสนุนให้ประชาชน ประชาคม องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทเต็มที่และมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ

ขณะเดียวกัน **ระบบเพื่อดูแลอาการและความเจ็บป่วย** นั้นการวางแผนจะพิจารณาตามลักษณะ**อุปสงค์ อุปทาน (Demand and supply)** ที่ต้องวางแผนให้มีกำลังคนที่มีความหลากหลายตอบสนองต่อความต้องการที่มีหลาย ลักษณะ ทั้งในเขตพื้นที่เมือง ชนบท และส่วนที่เป็นความต้องการเพิ่มขึ้นจากต่างประเทศ ตอบสนองต่อประชากรกลุ่ม เฉพาะต่างๆ และตอบสนองต่อการให้บริการที่แตกต่างไปในอนาคต วิธีพิจารณากำลังคนส่วนนี้เพื่ออนาคต ควรต้องให้มีความยืดหยุ่นสูง ไม่ควรขีดจำกัดตามวิชาชีพเหมือนที่ผ่านมา ขณะเดียวกันเนื่องจากระบบตลาดด้านสุขภาพมิได้สมบูรณ์ ในบางพื้นที่หรือสำหรับประชาชนบางกลุ่มกลไกตลาดทำงานไม่สมบูรณ์ ควรที่รัฐต้องใช้นโยบายและระบบของรัฐเข้าไปแทรกแซง ดำเนินการเพื่อลดช่องว่างนั้น

ดังนั้นการดำเนินงานครั้งนี้เสนอแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนากำลังคนระยะเริ่มต้น ประกอบด้วย 1) สร้างระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพด้วยการวางรากฐานระบบเพื่อสร้างสุขภาพดีที่มีความเป็นไปได้มีความเป็นรูปธรรม 2) ปฏิรูประบบบริหารบุคคลและบริหารองค์กรให้มีความหลากหลายมีประสิทธิภาพเพื่อแก้ปัญหาการกระจายกำลังคนและ ปัญหาความแข็งแรงตัวของการจัดกำลังคนของรัฐในปัจจุบัน 3) พัฒนาระบบกำลังคนแบบใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการ บริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาบริการที่ดูแลความเจ็บป่วยและโรคนั้นให้สอดคล้องกับความต้องการและความ จำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน 4) ปฏิรูประบบการวางแผน การผลิตและพัฒนาากำลังคนสาธารณสุขในระบบเดิมเพื่อให้ ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพและระบบต่างๆที่ปรับเปลี่ยนอย่างมีประสิทธิภาพ 5) สร้างเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน องค์กรท้องถิ่นในระบบกำลังคนสาธารณสุขโดยให้มีการศึกษาและทดลองพัฒนาดำเนินการ ใน ประเด็นต่างๆ

นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอ**ข้อเสนอกลไกการดำเนินงานพัฒนาระบบกำลังคนในระยะเริ่มต้น** ซึ่งมีแนวคิดและหลัก การสำคัญที่ว่า 1) ควรเป็นกลไกที่สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ รวมทั้งองค์กรท้องถิ่น และ องค์กรชุมชน เป็นการประสานในแนวราบคู่กับแนวดิ่ง 2) ควรเป็นกลไกที่ประสานการสร้างความรู้กับการพัฒนานโยบาย ตลอดจนการนำนโยบายไปดำเนินการไปพร้อมกัน 3) ควรเป็นกลไกที่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว มิใช่ เป็นกลไกเฉพาะกิจที่ตั้งขึ้นตามสถานการณ์ 4) ควรเป็นกลไกที่คล่องตัวยืดหยุ่น ปรับตัวได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ไป จากแนวคิดหลักการทั้ง 4 ข้อข้างต้นคณะกรรมการได้เสนอกลไกหลัก 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการนโยบาย และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ 2) สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ กำลังคนด้านสาธารณสุข 3) เครือข่ายการวิจัย/การสร้างความรู้ เกี่ยวกับระบบกำลังคนตามยุทธศาสตร์หลักของประเทศ

ทั้งนี้การดำเนินงานเพื่อพัฒนากลไกการทำงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ข้างต้น ควรมีแผนงานสำคัญ 3 แผนงาน ประกอบด้วย 1) แผนงานสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการวิจัยที่ต่อเนื่องและชุดโครงการวิจัยเพื่อสร้างองค์ ความรู้และผลักดันการพัฒนาตามประเด็นทิศทางการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ 2) แผนงานประสานและสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องที่เป็นระดับนโยบายและผู้ใช้ 3) แผนงานพัฒนา

ระบบข้อมูลกลาง ประสาน และสังเคราะห์ความรู้ เพื่อการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนสาธารณสุข สำหรับข้อเสนอเพื่อการดำเนินงานต่อไปในอนาคตก็คือการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์รวมทั้งข้อเสนอกลไก ดำเนินการที่เป็น Pragmatic ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งกลไกระยะสั้นอาจเรียกว่าข้อเสนอแนวทางการดำเนินการด้าน กำลังคนเพื่อสนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพสำคัญของรัฐบาลเป็นการยกประเด็นซึ่งเป็นนโยบายที่มีการดำเนินการอยู่ใน ปัจจุบันแล้วนำมาจัดทำเป็นข้อเสนอกำลังคนที่เป็นรูปธรรม เช่น ข้อเสนอเรื่องกำลังคนภายใต้ต้นนโยบายประกันสุขภาพถ้วน หน้าจะใช้ Demand Driven ได้อย่างไรเพื่อให้การทำงานเรื่องกำลังคนเป็นไปตามความต้องการของชุมชน เป็นต้น สำหรับ กลไกที่จะทำงานระยะยาวนั้นจะต้องเป็นกลไกที่ทำงานทั้งด้านปัญหารวมทั้งด้านความเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายโดยกลไกนี้ จะต้องสามารถสามารถทำงานอย่างรวดเร็วบนฐานข้อมูล เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอที่จะสนองตอบต้นนโยบายที่จะ เกิดขึ้นใหม่ๆ ได้อย่างทันการณ์ รวมทั้งการทำงานต้องมีการเคลื่อนไหวระยะยาวและดำเนินการต่อเนื่องไม่ขาดตอน ทั้งนี้ มีข้อเสนอเชิงกิจกรรมที่ควนต้องดำเนินการต่อก็คือจัดให้มีการประชุมที่สามารถทำให้เกิดการระดมความคิดจากบุคคลที่อยู่ใน ข่ายต้องทำความเข้าใจเพื่อให้เห็นความชัดเจนของสภาพปัญหา Vision จนถึง Strategies ที่เหมาะสมพอดี โดยมีการ เตรียมการกำหนดประเด็นแลกเปลี่ยนในการระดมสมองซึ่งอาจใช้กระบวนการทำ Mini workshop เพื่อกำหนดประเด็นก่อน จัดให้มีการระดมสมอง แสดงความเห็นในวงกว้าง จึงจะทำให้ข้อเสนอที่ได้เป็นข้อเสนอที่ผ่านกระบวนการทางวิชาการและ กระบวนการทางสังคมซึ่งจะสามารถนำไปต่อยอดได้ต่อไป

บทคัดย่อ

การทำงานเพื่อพัฒนากรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมถึงการพัฒนากรอบกลไกการทำงานซึ่งเกี่ยวเนื่องกับกำลังคนด้านสาธารณสุขภายใต้ภาพระบบบริการสุขภาพในอนาคตครั้งนี้ เกิดขึ้นจากความเห็นชอบของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ที่ดำเนินการผ่านคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขที่แต่งตั้งขึ้น

ซึ่งคณะทำงานได้กำหนดวิธีดำเนินการซึ่งประกอบด้วย การประมวลและรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ และกำลังคนด้านสาธารณสุข ควบคู่ไปกับการหารือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของคณะกรรมการและผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสำคัญๆ จากนั้นคณะทำงานจึงดำเนินการประมวลทัศนะความคิดเห็นรวมทั้งข้อมูลสภาพและสถานการณ์ต่างๆ พัฒนาขึ้นเป็นชุดข้อเสนอกลไกการทำงานเพื่อพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข นำเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติต่อไป จากการดำเนินงานสรุปว่า

แนวคิดสำคัญของกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข แบ่งพิจารณาเป็น 2 กลุ่มหลักคือ **ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ** ที่วางแผนตามนโยบายของรัฐเป็นหลักซึ่งต้องพัฒนาองค์ประกอบหลัก 4 เรื่อง ได้แก่ 1) สร้างความเข้าใจขององค์กรและบุคลากรต่อแนวคิดการสร้างสุขภาพให้เป็นมุมมองที่กว้างขวางและลึกซึ้งควบคู่ไปกับการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร 2) การพัฒนาองค์กรดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดองค์กร การเชื่อมต่อกับนโยบาย และงบประมาณสนับสนุน 3) พัฒนาระบบการทำงานให้มีลักษณะเป็นพันธมิตร (partnership) และสร้างให้ประชาชน องค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง 4) สนับสนุนให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีเฉพาะ ขณะเดียวกันอีกระบบที่ต้องพัฒนาควบคู่กันก็คือ **ระบบเพื่อดูแลการและความเจ็บป่วย** ซึ่งวางแผนจากลักษณะอุปสงค์ อุปทาน (Demand and supply) ควรพัฒนาให้มีมีหลากหลายตอบสนองต่อความต้องการที่มีหลายลักษณะทั้งในพื้นที่เมือง ชนบท รวมถึงความต้องการที่เพิ่มขึ้นจากต่างประเทศ ดังนั้นวิธีการพัฒนาจึงต้องการความยืดหยุ่นสูงไม่ยึดติดตามวิชาชีพเหมือนที่ผ่านมา

ทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคน ประกอบด้วย 1) ควรครอบคลุมวิชาชีพอื่นที่นอกเหนือวิชาชีพทางการแพทย์ 2) การพัฒนาระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพ 3) สนับสนุนการทำงานร่วมกับประชาชน องค์กรท้องถิ่น องค์กรอื่นๆ ในการพัฒนาการบริการ การดูแลสุขภาพ ตลอดจนการวางแผน การผลิต และการพัฒนากำลังคน 4) พัฒนาระบบกำลังคนให้มีรูปแบบสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน 5) พัฒนาการศึกษาวิชาชีพเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องกำลังคน 6) พัฒนาระบบการจัดการ ตลอดจนกระบวนการผลิตที่คำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพของสังคมไทย โดยปรับระบบกำลังคนให้มีลักษณะบูรณาการ 7) สนับสนุนการกระจายอำนาจเกี่ยวกับวางแผนการผลิตและการพัฒนากำลังคนระดับพื้นที่ 8) ค้นหามาตรการป้องกันผลกระทบทางลบที่เกิดจากระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

ข้อเสนอสำหรับประเด็นที่ควรศึกษาและพัฒนาในอนาคต ประกอบด้วย 1) สร้างระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพด้วยการวางรากฐานของระบบเพื่อสร้างสุขภาพดี ที่เป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ 2) ปฏิรูประบบบริหารบุคคลและบริหารองค์กรให้มีความหลากหลายมีประสิทธิภาพเพื่อแก้ปัญหาการกระจายกำลังคนและปัญหาความแข็งตัวขององค์กรจัดกำลังคนในภาครัฐ 3) พัฒนาระบบกำลังคนแบบใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาบริการที่ดูแลความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน 4) ปฏิรูประบบการวางแผน การผลิตและพัฒนากำลังคนสาธารณสุขในระบบเดิมเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการ

ด้านสุขภาพและระบบต่างๆที่ปรับเปลี่ยนอย่างมี ประสิทธิภาพ 5) สร้างเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน องค์กรท้องถิ่นในระบบกำลังคนสาธารณสุขโดยให้มีการศึกษาและทดลองพัฒนาดำเนินการ ในประเด็นต่างๆ

กลไกการดำเนินงานพัฒนาระบบกำลังคนในระยะเริ่มต้นนี้ ควรมีหลักการสำคัญ ประกอบด้วย 1) ควรเป็น กลไกที่สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ รวมทั้งองค์กรท้องถิ่น และองค์กรชุมชน เป็นการประสานใน แนวราบคู่กับแนวดิ่ง 2) ควรเป็นกลไกที่ประสานการสร้างความรู้กับการพัฒนานโยบายตลอดจนการนำนโยบายไปดำเนินการ ไป ป พ ร อ ม กั น 3) ควรเป็นกลไกที่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว มิใช่เป็นกลไกเฉพาะกิจที่ตั้งขึ้นตามสถานการณ์ 4) ควร เป็นกลไกที่คล่องตัวยืดหยุ่น ปรับตัวได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จากแนวคิดหลักการทั้ง 4 ข้อข้างต้นคณะกรรมการ ได้เสนอกลไกหลัก 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ 2) สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข 3) เครือข่ายการวิจัย/การสร้าง ความรู้ เกี่ยวกับระบบกำลังคนตามยุทธศาสตร์หลักของประเทศ

ทั้งนี้การดำเนินงานเพื่อพัฒนากลไกการทำงานเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ข้างต้น ควรมีแผนงานสำคัญ 3 แผน งาน ประกอบด้วย 1) แผนงานสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการวิจัยที่ต่อเนื่องและชุดโครงการวิจัย 2) แผนงานประสานและสร้าง การมีส่วนร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง 3) แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลกลาง ประสาน และสังเคราะห์ความรู้

Abstract for the development of health policies and strategies on health manpower

The steering committee of health policies and strategies development for health manpower was appointed by the National Health System Reform Committee in May 2003. The committee secretarial tasks done by the Health System Research Institute and researcher team. The mission of the steering committee is to develop and present policies and strategies of health manpower under the changing situations of the Thai health care systems and its context. The secretarial team is carried out process were the documentary reviews and structured interviews, including various sub- committee meetings. The spotlight of the contextual changes in all aspects are described in the introductory chapter which focus on issues that needed carefully consideration. The main report describes results and recommendations with major principles for developing policies and strategies on health manpower. Three main topics have been discussed and concluded, these are:

- Components to be achieved on policies and strategies for health manpower;
- Initial plans for further action and;
- Short- term and long- term mechanisms for system development on health manpower should be based on concert efforts of various organisations. Such mechanisms are to be functional units that linked with accumulated knowledge and national policy development.

By summary, the future proposals for action should be pragmatic and relevant to the governmental policy toward the national policy on universal coverage. Under the contextual changes, health manpower policies and strategies should be grounded on the "demand driven" idea and responsive to basic and specific health needs of the entire population.

บทนำ

ความเป็นมา

การดำเนินงานเพื่อสังเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขภายใต้ภาพระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมในอนาคตรับรู้เกิดขึ้นจากความเห็นชอบของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ในการที่จะแก้ปัญหาและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน โดยคณะกรรมการคปรส.ได้แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจขึ้นมาทำการศึกษาและจัดทำข้อเสนอในการแก้ไขปัญหา ดังมีรายละเอียดตามอนุสนธิจากการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2546 เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2546 ซึ่งมีมติเห็นชอบในหลักการของข้อเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข และการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขทั้งนี้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการชุดดังกล่าวประกอบด้วย

1. อำนวยการให้สังเคราะห์ภาพรวมสถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศไทยและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของชาติทั้งระยะสั้นและระยะยาว
2. สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสาธารณสุขตลอดจนติดตามประสานงานเพื่อให้เกิดผลตามแนวนโยบายและยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง
3. เสนอแนะและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของกลไกต่างๆ ให้สามารถปรับตัวเพื่อดำเนินการตามนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

1. เพื่อพัฒนารอบแนวคิดเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุข ที่สอดคล้องกับภาพของบริการสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
2. เพื่อพัฒนารอบแนวคิดของกลไกการทำงานที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุขตามแนวทางนโยบายและยุทธศาสตร์ที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินงาน

การทำงานพัฒนารอบแนวคิดเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุขที่สอดคล้องกับภาพของบริการสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตรวมทั้งการพัฒนารอบแนวคิดกลไกการทำงานที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุขตามแนวทางนโยบายและยุทธศาสตร์ที่พัฒนาขึ้นนั้น เริ่มต้นด้วยการประมวลและรวบรวมองค์ความรู้ด้วยวิธีการทบทวนจากเอกสารทางวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศควบคู่ไปกับการแลกเปลี่ยนประเด็นกับคณะกรรมการและผู้เชี่ยวชาญ ในศาสตร์สาขาต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นต่างๆ ได้แก่ประเด็นที่เกี่ยวกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและสาระของบริบทต่างๆที่จะกระทบต่อสุขภาพ และบริการสุขภาพของไทย ประเด็นที่เกี่ยวกับภาพของบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต และ ประเด็นเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุขที่จะทำงานบริการสุขภาพในอนาคต ทั้งนี้คณะทำงานได้กำหนดแนวทางการทำงานไว้เป็นขั้นตอนหลัก 8 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ทบทวนเอกสารรายงานในประเด็นสำคัญ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการฉายภาพของระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพในอนาคต ซึ่งเนื้อหาสาระดังกล่าวประกอบด้วย

- . ประเด็นการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก
- . ประเด็นการเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในประเทศที่ประกอบด้วยสภาพและสถานการณ์ต่างๆ ได้แก่
 1. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประชากรและครอบครัว
 2. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำมาหากินของประชาชน
 3. สถานการณ์การปรับเปลี่ยนของระบบและโครงสร้างสำคัญๆ ในสังคมซึ่งแบ่งเป็น การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและการปฏิรูปทางสังคม การศึกษาและการพัฒนาทางความรู้ และการปรับเปลี่ยนในระบบเศรษฐกิจของประเทศ
- ค. ประสพการณ์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ผ่านมา

ขั้นที่ 2 ดำเนินการสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากคณะกรรมการฯ และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านประชากร ทางด้านการศึกษา ด้านสังคม ด้านกฎหมาย เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการกำหนดกรอบนโยบาย ยุทธศาสตร์ รวมทั้งกลไกการดำเนินงานเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ต่อไป

ขั้นที่ 3 ประชุมคณะกรรมการเพื่อระดมสมองต่อประเด็นที่พัฒนาขึ้นจากการดำเนินงานของคณะทำงาน

ขั้นที่ 4 สรุปวิเคราะห์ ภาพบริการสุขภาพในอนาคตที่เป็นประเด็นหลัก

ขั้นที่ 5 สังเคราะห์กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์

ขั้นที่ 6 พัฒนาข้อเสนอกลไกการทำงานทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ขั้นที่ 7 ประชุมคณะกรรมการเพื่อปรับกรอบนโยบาย ยุทธศาสตร์ รวมทั้งกลไกการทำงานทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ขั้นที่ 8 สรุปและจัดทำเป็นเอกสารรายงาน

ทั้งนี้รายละเอียดของการสาระที่ได้จากขั้นตอนต่างๆ คณะทำงานได้นำมาประมวลเป็นสาระสำคัญใจเอกสารสรุปผลการดำเนินงานซึ่งจะได้แสดงไว้ในบทต่อไป

บทที่ 1

สถานการณ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคนไทย

สุขภาพหรือสุขภาพ เป็นคำที่มีความหมายกว้างขวาง ครอบคลุมวิถีชีวิตทั้งหมด องค์ประกอบของสุขภาพที่สำคัญจึงเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกิดขึ้นและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตก็พลอยกระทบต่อสุขภาพไปด้วยไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงในระบบสังคมโลก หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบของสังคมไทย ที่พบว่าเกี่ยวโยงกันอย่างใกล้ชิดในโลกยุคปัจจุบัน การศึกษาทบทวนเพื่อคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทั้งสองกลุ่มจะช่วยให้เข้าใจได้ว่า สุขภาพของคนในสังคมไทยจะเป็นอย่างไร การบริการสุขภาพ และกำลังคนด้านสุขภาพซึ่งในที่นี้มองเฉพาะกำลังคนในระบบบริการสาธารณสุขจะมีลักษณะอย่างไร ในอนาคต

ก. การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก

สังคมโลกมีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแพร่กระจายไปสู่ส่วนต่างๆ ของโลกอย่างรวดเร็ว “กระแสโลกาภิวัตน์” และ “การจัดระเบียบโลกใหม่ (New World Order) มีผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงภูมิรัฐศาสตร์ของโลกทั้งในส่วนที่พร้อมและไม่พร้อมที่จะตอบรับการเปลี่ยนแปลง ปัจจุบันจะพบว่าไม่มีประเทศใดที่สามารถดำรงตนอยู่ได้โดยไม่พึ่งพิงมิตรประเทศ ซึ่งมีรูปแบบความร่วมมือทั้งลักษณะทวิภาคี และพหุภาคี ผลที่เกิดขึ้นก็คืออิทธิพลขององค์กรเหนือรัฐซึ่งเป็นผลมาจากความร่วมมือของนานาชาติดังกล่าว เข้ามามีบทบาทต่อรัฐในการกำหนดท่าทีและการดำรงอยู่ในสังคมโลกของแต่ละประเทศ นอกจากนั้นกระแสดังกล่าวยังผลักดันให้เกิดปรากฏการณ์ต่างๆ มากมายที่เห็นเด่นชัดก็คือ

- 1) เกิดการประสานความร่วมมือเป็นเครือข่ายทั้งในระดับชาติ ระดับองค์กร ระดับสังคม จนถึงระดับชุมชน เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งระหว่างสมาชิกในเครือข่าย สร้างอำนาจและพลังในการต่อรองระหว่างกลุ่ม
- 2) เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีคิด ค่านิยม ความเชื่อ รวมถึงความต้องการ เสรีภาพ ภารดรภาพของประชาชนในสังคม
- 3) เกิดการแพร่กระจายและถ่ายทอดวัฒนธรรมอย่างรวดเร็วรุนแรง จากสภาพไร้พรมแดนและการหนุนเสริมจากการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมนั้น
- 4) การตื่นตัวในเรื่องการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมอันเนื่องมาจากความเสื่อมโทรมและการคาดการณ์ถึงปัญหาความขาดแคลนทรัพยากรธรรมชาติในอนาคตที่มีความรุนแรงมากขึ้น
- 5) ความรู้ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีบทบาทสำคัญในการกำหนดวิถีชีวิตของคนในสังคม ทุนความรู้ (knowledge capital) จะเป็นพลังสำคัญในการเพิ่มผลิตภาพ (productivity) และความสามารถการแข่งขัน (competitiveness) ของประเทศ ขณะเดียวกัน ระบบการเรียนรู้ด้วยตนเองจะเพิ่มความรู้และความสำคัญและเข้ามามีบทบาทในการเสริมการเรียนรู้ในระบบการศึกษามากขึ้น¹

¹ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2545:15

ข. การเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในประเทศ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของประเทศในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสภาพหรือสถานการณ์ทางด้านประชากร และครอบครัว สภาพและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำมาหากิน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนระบบและโครงสร้างสำคัญๆ ในสังคม ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและการปฏิรูปทางสังคม การศึกษาและพัฒนากิจการทางด้านความรู้ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนในระบบเศรษฐกิจของประเทศ ย่อมส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาวะของคนในชาติ ที่ผ่านมามีการศึกษา เกี่ยวกับคุณลักษณะของปัจจัยภายในประเทศและการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ อยู่จำนวนหนึ่งซึ่งพอที่จะแสดงภาพการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นไว้ดังนี้

สภาพและสถานการณ์ของประชากรและครอบครัว

ผลจากการวางแผนครอบครัวที่ประสบความสำเร็จทำให้ โครงสร้างประชากรของประเทศมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ขณะที่ประชากรกลุ่มหนุ่มสาว (Young Generation) มีสัดส่วนลดลงหรือคงที่อันเนื่องมาจากอัตราการเกิดที่ลดต่ำลง สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติคาดประมาณจำนวนประชากรเด็กและเยาวชน (บุคคลอายุไม่เกิน 25 ปี) ในปี 2557 ว่าจะมีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 34.76 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ลดลงจากปี 2542 ที่มีเด็กและเยาวชนคิดเป็นร้อยละ 43.36 ของประชากรทั้งหมด² ทำให้สังคมไทยในอีก 15 ปีข้างหน้าจะเป็นสังคมของผู้สูงอายุ³

โครงสร้างของครอบครัวปรับเปลี่ยนจากครอบครัวขยายที่มีการเกื้อกูลกันในระบบเครือญาติแบบวิถีไทยซึ่งบทบาทสตรีเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลักดันให้ระบบครอบครัวมีสภาพเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ทุกคนต้องดิ้นรนทำกินเพื่อความอยู่รอด (จำนวนเฉลี่ยคนในครอบครัวปี 2533 เท่ากับ 4.4 คน คาดว่าในปี 2563 แต่ละครอบครัวจะมีจำนวนสมาชิก 3.09 คน อัตราการหย่าร้างปี 2537 เท่ากับ 10.5 และเพิ่มเป็น 23.4 ในปี 2544)⁴

สภาพและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำมาหากิน

การทำมาหากินของคนในสังคมเปลี่ยนไปจากสังคมฐานเกษตรกรรมเป็นสังคมฐานอุตสาหกรรมและการบริการ ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาคเกษตรไปสู่ภาคอุตสาหกรรมและการบริการเป็นจำนวนมาก ผลพวงตามมาซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้จากสภาพดังกล่าวก็คือ 1) ชุมชนเมืองจะมีสภาพกลายเป็นเมืองขนาดใหญ่ (Mega City) ซึ่งจะมีสถานะที่เป็นศูนย์กลางของความเจริญและความเสื่อมในเวลาเดียวกัน 2) ช่องว่างระหว่างความเป็นเมืองกับชนบทเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากความไม่สามารถกระจายความเจริญไปสู่ชนบทในอนาคตอันใกล้ได้ 3) เกิดความเหลื่อมล้ำของรายได้ระหว่างคนรวยและคนจนเพิ่มมากขึ้น (ภาวะความยากจนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด หรือคิดเป็นจำนวนคนยากจน 6.8 ล้านคนในปี 2539 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.9 หรือคิดเป็นจำนวนคนยากจน 9.9 ล้านคน ในปี 2542 และในช่วงเวลาเดียวกันการกระจายรายได้แย่ลงโดยกลุ่มคนที่มีรายได้น้อยที่สุด 20 เปอร์เซ็นต์แรก มีสัดส่วนรายได้ลดลงจากร้อยละ 4.2 เหลือร้อยละ 3.8 ขณะที่กลุ่มคนมีรายได้สูงสุด 20 เปอร์เซ็นต์แรกมีสัดส่วนรายได้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 56.5 เป็นร้อยละ 58.5 อีกทั้งจำนวนคนว่างงานก็มีเพิ่มมากขึ้นกว่าช่วงก่อนเกิดวิกฤตเกือบ

² คนไทยที่พึ่งประสงค์ ศ. ดร. เจริญศักดิ์ เจริญวงศ์ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ

³ แผนการศึกษาแห่งชาติ (พ.ศ. 2545-2549) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี

⁴ การสาธารณสุขไทย 2542-2543

1 ล้านคน)⁵ 4) การเผชิญปัญหาการว่างงานเรื้อรังของแรงงานกลุ่มไร้ฝีมือ อันเนื่องมาจากทิศทางของระบบอุตสาหกรรมและการบริการในประเทศซึ่งจะต้องเป็นระบบที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดำเนินในขณะที่ยังแรงงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.4 ของแรงงานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป)⁶ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่

การปรับเปลี่ยนระบบและโครงสร้างสำคัญ ๆ ในสังคม

1. การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและการปฏิรูปทางสังคม

การเมืองและสังคมไทย มีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงสะสมมาโดยตลอด แต่การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่มีผลในวงกว้างกระทบถึงลักษณะโครงสร้างทางการเมืองและสังคมในปัจจุบันและอนาคตก็คือ การปฏิรูปทางการเมืองในปี 2537 ซึ่งก่อให้เกิดรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่มีแนวคิดอุดมการณ์ทางการเมืองอยู่บนฐานแนวคิดเสรีนิยมและการเพิ่มอำนาจให้กับภาคสังคมหรือภาคสาธารณะซึ่งเสมือนเป็นอำนาจที่ 4 ในการถ่วงดุลย์กับอำนาจบริหาร อำนาจตุลาการ และอำนาจนิติบัญญัติ ที่มีอยู่เดิม ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ (2543: 10) เสนอว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้วางพื้นฐานและเป็นตัวเร่งให้เกิดการปฏิรูปที่สำคัญหลายประการ นับตั้งแต่กระแสดำเนินการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาคมในการพัฒนาประเทศ การพัฒนาท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ การดูแลทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การเคารพสิทธิ ภูมิปัญญา และวัฒนธรรมท้องถิ่น ตลอดจนการตระหนักในเรื่องสิทธิของเด็ก สตรี ผู้สูงอายุและให้ความสำคัญต่อการเสริมสร้างการบริหารจัดการที่ดี (Good Governance) โดยเน้นความโปร่งใสตรวจสอบได้ และความมีประสิทธิภาพของระบบบริหารจัดการ

สำหรับปฏิรูปทางสังคมซึ่งมี 3 ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง คือ ภาคข้าราชการ ภาคการเมือง และภาคสังคม พบว่ามีแนวโน้มที่จะยึดโยงกับอุดมการณ์ที่แตกต่างกันไป ภาคสังคมที่ประกอบด้วยคนชนชั้นกลางและคนชนชั้นสูงมีแนวคิดและอุดมการณ์ไปในทางเสรีนิยม ขณะที่คนชนชั้นล่างยังมีลักษณะยึดติดกับผลประโยชน์ทางวัตถุ และพร้อมที่จะร่วมกับอุดมการณ์ที่เอื้อประโยชน์กับตนซึ่งอุดมการณ์สำคัญในกลุ่มนี้คือ แนวคิดวัตถุนิยม แนวอุปถัมภ์นิยม แนวประชานิยม

กลุ่มปัญญาชน คนชนชั้นกลาง ข้าราชการ สื่อมวลชน จำนวนหนึ่งจะมีแนวอุดมการณ์แบบประชานิยม อีกส่วนหนึ่งมีแนวโน้มไปในแนวอุดมการณ์แบบ ทางเลือก คือ คำนึงแนวทางการพัฒนาทุนนิยมและโลกาภิวัตน์ ซึ่งทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อจิตสำนึกและนำไปสู่ภาวะพหุสังคม พหุวัฒนธรรม ในที่สุด

2. การศึกษาและพัฒนาการทางความรู้

ที่ผ่านมาสถานการณ์ทางการศึกษาของประเทศอยู่ในฐานะที่ต่ำกว่าเพื่อนบ้านอยู่หลายด้านเมื่อดำเนินการศึกษาองค์ประกอบเกี่ยวกับการศึกษาแต่ละเรื่อง ตัวอย่างเช่น อัตราการเข้าเรียนสุทธิของประชากรวัยเรียนเมื่อปี 2540 พบว่าประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 4 ของกลุ่มประเทศอาเซียน โดยมีอัตราเข้าเรียนสุทธิในระดับประถมศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 88 และมัธยมศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 47.6 ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์ซึ่งมีอัตราเข้าเรียนสุทธิสูงสุดในปี 2540 มีผู้เรียนในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 91.4 และ 75.6 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามมีการคาดการณ์ว่าภายหลังการปฏิรูปการศึกษาตาม พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ

⁵ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ อ้างใน เกรียงศักดิ์ 2546 : 29 เจริญวงศ์

⁶ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2545:14

ปี 2542 ประเทศไทยในปี 2553 จะมีอัตราการอ่านออกเขียนได้ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 97.0 ขณะเดียวกัน ระดับการศึกษาของประชากรขั้นต่ำจะเป็นระดับชั้นมัธยมศึกษา ทั้งนี้เพราะพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ปี 2542 เป็นกฎหมายหลักทางด้านการศึกษาระดับแรกที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูล เพื่อกำหนดเนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการศึกษาของประเทศ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสำคัญในการเปลี่ยนแปลงการจัดการศึกษาของชาติอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดความมุ่งหมายของการศึกษา ที่เน้นการพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ คุณธรรม⁷ การยกระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้นมีความสำคัญยิ่งในการชี้นำทิศทางการพัฒนาประเทศในอนาคต ทั้งในเรื่องการพัฒนาทางสังคม การเมือง รวมทั้งจะเป็นแรงกดดันให้ระบบการเมืองและภาวราชการต้องปรับตัวเพื่อให้การบริหารจัดการมีความโปร่งใสและเป็นธรรม

ควบคู่ไปกับการปฏิรูปทางการศึกษา ก็คือ การเรียนรู้และความรู้ ที่พบว่านับวันความรู้เพิ่มพูนความสำคัญมากขึ้นในสังคมโลกจนกระทั่งมีการกล่าวถึงว่า สังคมโลกในอนาคตเป็นสังคมที่ขับเคลื่อนด้วยความรู้ (Knowledge driven) หรือ สังคมฐานความรู้ (Knowledge base Society) โดยมีแรงผลักดันสำคัญจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ทำให้สังคมไทยต้องปรับตัวให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของโลกเพื่อที่จะยืนหยัดอยู่ได้อย่างมั่นคงเมื่อโลกก้าวสู่การเข้าสู่ยุคของสังคมแห่งความรู้

ในยุคแห่งข้อมูลข่าวสารที่เปิดกว้างอย่างเสรีได้ส่งผลให้ “ความรู้” เป็นสิ่งที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ไม่ถูกปิดกั้นหรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึง ผิดกับนโยบายของรัฐในการปฏิรูปการศึกษา ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้สังคมไทยเป็นสังคมมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการเรียนรู้มากยิ่งขึ้นในอนาคต⁸

การปรับเปลี่ยนในระบบเศรษฐกิจของประเทศ

การเผชิญปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจอย่างรุนแรงในปี 2540 ได้สะท้อนบทเรียนสำคัญเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันของระบบต่างๆ ในสังคมทั้งระดับมหภาคและระดับจุลภาคที่เด่นชัด ประชาชนจำนวนมากต้องถูกเลิกจ้างและว่างงาน ตัวเลขการเติบโตทางเศรษฐกิจติดลบ 1.7 ในปี 2540 และ ติดลบ 10.8 ในปี 2541 แต่อย่างไรก็ตามจนถึงปัจจุบันสถานการณ์ต่างๆ คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น สถานการณ์การฟื้นตัวทางเศรษฐกิจเด่นชัดมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็น ค่าเฉลี่ยผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ของภาคอุตสาหกรรมส่งออกที่เพิ่มจาก 44.3 ในปี 2541 เป็น 63.6 ในปี 2546⁹ นอกจากนี้ อัตราการว่างงานลดลงจากร้อยละ 4.2 ในปี 2542 เหลือร้อยละ 2.2 ในปี 2545¹⁰ และนับเนื่องจากปี 2545 เป็นต้นมา ทิศทางการพัฒนาระบบเศรษฐกิจของประเทศมุ่งสู่การสร้างดุลยภาพทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ ด้วยการกำหนดทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ใช้เป็นแนวทางการทำงานด้านเศรษฐกิจ 5 แนวทางหลักคือ 1) การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างมีคุณภาพและเสถียรภาพ 2) กำหนดเป้าหมายเพิ่มการจ้างงานใหม่ในประเทศ 3) เพิ่มสมรรถนะการผลิตเพื่อการส่งออก 4) มุ่งเพิ่มผลิตภาพการผลิตรวมของภาคเกษตรและอุตสาหกรรม 5) การเพิ่มผลิตภาพจากแรงงานและรายได้จากการท่องเที่ยว

⁷ พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 6

⁸ อ้างแล้วใน 2

⁹ World Development Indicator, World Bank 1998,2003

¹⁰ สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2546

อย่างไรก็ตามแม้ปัญหาใหญ่ของเศรษฐกิจระดับมหภาคจะคลี่คลาย แต่ปัญหาเรื้อรังของเศรษฐกิจระดับจุลภาค ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปากท้องของประชาชนโดยตรง ก็ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและนับวันจะมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเกี่ยวกับช่องว่างรายได้ระหว่างคนรวยกับคนจน ที่เกิดจากสาเหตุสำคัญหลายประการ ไม่ว่าจะเป็น 1) การเพิ่มความรุนแรงในการแข่งขันทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศที่ผลักดันให้ระบบการผลิตต้องหันไปพึ่งเทคโนโลยีและแรงงานชั้นสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสภาพการผลิตของไทยที่มีลักษณะเป็น Labor intensive 2) แนวโน้มและความสำคัญของการขยายตัวในภาคบริการ ที่แม้ประเทศไทยจะมีความได้เปรียบอยู่มากในภูมิภาคนี้เพราะคนไทยมีนิสัยและเอกลักษณ์ที่เอื้อต่อการบริการ แต่แรงงานในภาคบริการก็ต้องได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้แรงงานจะต้องมีลักษณะที่พร้อมจะเรียนรู้และพัฒนาตนเอง จึงจะจัดเป็นแรงงานคุณภาพที่สามารถแข่งขันในตลาดแรงงานในธุรกิจบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 2

สุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ช้างต้น ย่อมส่งผลต่อวิถีชีวิตและสุขภาพ รวมถึงการบริการสุขภาพที่ต้องปรับตัวให้สามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีแนวโน้มจะเป็นปัญหาเรื้อรัง ซับซ้อน เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและปัจจัยทางสังคมมากขึ้น ทำให้สังคมต้องหันมาให้ความสนใจใน **ปรัชญา/หลักการ ของสุขภาพ** รวมทั้งสร้างสรรค์แนวทางการพัฒนาสุขภาพให้เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

ปรัชญา/หลักการ ของสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

จากการดำเนินงานรวบรวม “ทัศนะสุขภาพ” เพื่อสะท้อนปรัชญาและหลักการของสุขภาพจากแหล่งข้อมูลสำคัญต่างๆ ประกอบด้วย บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ ตลอดจนการระดมความคิดเห็นของประชาคมสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ พอจะสรุปเป็น **ปรัชญา/หลักการ ของสุขภาพ** ได้ดังนี้

- ◆ สุขภาพเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนควรได้รับโดยเท่าเทียม
- ◆ ความหมายของ "สุขภาพ" เป็นความหมายที่กว้าง รวมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ บางส่วนขยายความไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งมีความหมายกว้าง รวมปัจจัยมากมายในการดำรงชีวิต นอกเหนือไปจากการดูแลความเจ็บป่วย และโรค
- ◆ เป้าหมายของบริการสุขภาพ คือ ประชาชน ชุมชนมีคุณภาพชีวิตดี สุขภาพดีอย่างพอเพียง และพึ่งตนเองได้
- ◆ ทิศทางของการพัฒนาระบบสุขภาพ คือ เน้นความเป็นองค์รวมของบริการสุขภาพ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เน้นให้ประชาชน และชุมชนมีศักยภาพในการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ
- ◆ คุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพ เน้นความเท่าเทียม คุณภาพ ประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกัน เน้นความเป็นบูรณาการ มีปัญญาเป็นฐาน พัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับวิถีชีวิต และสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

แนวคิดการพัฒนาสุขภาพและระบบบริการสุขภาพในอนาคต

ความเข้าใจในสถานการณ์ รวมถึงทัศนะที่สะท้อนปรัชญาของสุขภาพในสังคมไทย เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดทิศทางแนวทาง ตลอดจนกระบวนการในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาสุขภาพในอนาคต และด้วยการแสวงหาแนวทางการพัฒนาผ่านกระบวนการทางความคิดด้วยการเริ่มต้นกำหนดโจทย์การพัฒนา ทำให้เกิดคำถามมากมายเกี่ยวกับการพัฒนาที่สามารถสะท้อนหลักการและแนวคิดการพัฒนาที่สำคัญๆ ประกอบด้วย 1) เป้าหมาย สุขภาพ หรือคุณภาพชีวิตที่มีลักษณะเป็นนามธรรมและมีการให้คุณค่าต่างกันในแต่ละคน แต่ละชุมชนรวมถึงการแปลความหมายไปสู่รูปธรรมในการดำเนินชีวิตเป็นอย่างไร 2) จะนำเป้าหมายที่ได้นั้นไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพที่เหมาะสม อย่างไร 3) วิธีการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามลักษณะสังคมวัฒนธรรม

ธรรมชาติในภาพรวมของประเทศและแต่ละชุมชนย่อย และตอบสนองต่อเป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นควรมีองค์ประกอบ และการจัดการอย่างไรบ้าง แต่ละองค์กรจะมีบทบาทอย่างไร 4) การเตรียมพร้อมด้านระบบ และการพัฒนากำลังคนเพื่อให้สามารถวางแผนการจัดบริการที่จำเพาะกับพื้นที่และบทบาทขององค์กรควรเป็นอย่างไร รวมถึง 5) วิธีการการศึกษากระบวนการ องค์ประกอบในการจัดเตรียมระบบพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขให้เข้าใจสภาพเหตุการณ์จริง และมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อให้บริการสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป พร้อมกับการสนับสนุนให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างไร

จากคำถามซึ่งถือเป็นโจทย์ของการพัฒนา เมื่อผนวกเข้ากับสภาพความเป็นจริงของโลกและประเทศไทยที่มีทรัพยากรจำกัด อีกทั้งสภาพของวิกฤติเศรษฐกิจไทย ทำให้การพัฒนาบริการสุขภาพด้านต่างๆ ต้องพิจารณาหาแนวทางที่ต้องใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพความหลากหลายของพื้นที่ ทำให้เห็นประเด็นชัดเจนที่ว่า การดำเนินการให้บริการสุขภาพมีประสิทธิภาพได้นั้น จะต้องใช้ข้อมูลเป็นฐาน ควบคู่ไปกับการทำงานที่มีการวางแผนอย่างเป็นระบบในระดับพื้นที่ คือ AFP (Area Function Participation) ซึ่งต้องการบุคลากรที่มีความสามารถสอดคล้องกับการวางแผนในลักษณะดังกล่าวในหลาย ระดับ ควบคู่ไปกับทรัพยากรสำคัญๆ อีกส่วนหนึ่ง เพื่อให้การพัฒนาไปสู่เป้าหมายที่มีการมีศักยภาพในการพึ่งตนเองที่เหมาะสมตามอัตภาพ และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนเองได้ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการกำกับ บริหารระบบบริการสุขภาพได้อย่างสอดคล้องกับสภาพชีวิต และศักยภาพ

ปัญหาการพัฒนาบริการสาธารณสุขที่ผ่านมา

ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันมีทั้งที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก ทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนต่างกันมีความก้าวหน้าทางด้านการพัฒนาเทคโนโลยีไปมากซึ่งในนี้รวมถึงสถานีนานามัยที่กระจายไปทั่วทุกตำบล บริการในภาคเอกชนอันได้แก่ คลินิก โรงพยาบาลเอกชน ร้านยา ตลอดจนบริการที่ประชาชนใช้เองโดยที่ไม่ได้จัดอยู่ในระบบชัดเจน ได้แก่ บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกซึ่งปัญหาโดยรวมของระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน มีดังนี้

- การกระจายของโรงพยาบาลและศูนย์บริการทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีซับซ้อนยังไม่ทั่วถึง ในบางภูมิภาค และประชากรในชนบท ประชากรกลุ่มด้อยโอกาสยังเข้าถึงบริการได้ยาก ส่วนสถานพยาบาลที่เป็นบริการรากฐานอันได้แก่ สถานีนานามัยก็ยังมีปัญหาในด้านคุณภาพบริการ อันเนื่องจากขาดแคลนบุคลากรที่มีขีดความสามารถ และขาดระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง
- การวางแผนและพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระยะที่ผ่านมาบางส่วนไม่ได้พิจารณาจากฐานที่มุ่งตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่แท้จริง แต่เป็นการคิดที่อาจมาจากฐานที่ลอกเลียนและประยุกต์รูปแบบการบริการจากประเทศต่างๆ มากกว่าการคิดพิจารณาที่ฐาน หรือปรัชญาด้านสุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทย ปัญหาสุขภาพถูกมองแบบแยกส่วนออกมาจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม
- การวางแผนดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาเป็นการพิจารณาตามค่าเฉลี่ยของสภาพโดยรวม เพื่อวางแผนในระดับมหภาคเป็นหลัก และดำเนินการในลักษณะเดียวกันทั่วประเทศ การปรับกลวิธีให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่ในระดับจุลภาคยังทำได้น้อย ขาดการประเมินสภาพปัญหาพื้นที่อย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการวางแผนพื้นที่
- การพัฒนายังมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นวัตถุ อุปกรณ์มากกว่าการพัฒนาที่ขีดความสามารถของบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบทบาทและภารกิจที่มีการปรับเปลี่ยนอย่างเป็นพลวัต

- การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระยะที่ผ่านมายังเป็นลักษณะที่มองบทบาทของวิชาชีพด้านสาธารณสุขเป็นหลักให้ความสำคัญน้อยต่อการพัฒนาบทบาทของประชาชน และบุคลากรในสายงานอื่นๆ ที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ที่ผ่านมามีการดำเนินการบ้างแต่ไม่ต่อเนื่อง และบางส่วนวิธีการทำงานยังไม่เกิดประสิทธิผล และมาตรฐานการบริการทางด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ เป็นลักษณะที่ใช้มาตรฐานที่เป็นมุมมองของวิชาชีพทางการแพทย์เป็นตัวตั้ง มีการพิจารณาถึงความต้องการและปัจจัยทางด้านประชาชนน้อย
- ระบบสาธารณสุขและบริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังมุ่งเน้นที่การรักษาพยาบาล อันพิจารณาได้จากการทุ่มเทงบประมาณและทรัพยากรจำนวนมากไปที่การรักษาพยาบาล และการขยายโรงพยาบาลในทุกระดับ ยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตลอดจนการป้องกันพิษภัยจากสารเคมี ยาฆ่าแมลง และอุบัติเหตุ
- บริการสุขภาพในปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิมหลายเท่าตัว และในอนาคตก็มีแนวโน้มในอนาคตจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จนยากที่จะมีใครแบกรับภาระการเงินได้ทั้งหมด อันเป็นผลจากการพึ่งพิงเทคโนโลยีราคาแพง และการใช้ยาเกินความจำเป็น รวมทั้งเป็นผลจากระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นไปสู่ความเป็นเฉพาะทางจนเกินสมดุล และส่งผลต่อภาคประชาชนที่มีภาระผูกพันทางการเงินและหนี้สินจากการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายสุขภาพเหล่านี้จึงกลายเป็นกำแพงกีดกันการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชน
- ปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นผลมาจากการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพ และการกระจายที่ไม่เหมาะสม ไม่สมดุลกับภาระงาน ทั้งในด้านการกระจายตามพื้นที่ และการกระจายระหว่างสาขา ตลอดจนการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพอย่างไม่คุ้มค่า รวมทั้งการบริหารจัดการระบบ องค์กร และบริการทางสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดกลไกการควบคุมการปกครองที่เป็นธรรมรัฐ ส่งผลให้ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการไม่รู้ถึงสิทธิและไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ของตน ขาดกลไกการกำกับดูแลที่รัดกุมและถูกต้อง
- ปัจจัยที่กระทบต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ คือ ขีดความสามารถของบุคลากรสุขภาพในการเปลี่ยนนโยบายหรือหลักการไปสู่การปฏิบัติงานจริงเพื่อบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างสอดคล้องกับสภาพชีวิต และการเปลี่ยนแปลงของสังคม ซึ่งปัญหาดังกล่าวพบทั้งบุคลากรในระดับปฏิบัติการด้านแรกในพื้นที่ รวมทั้งบุคลากรในระดับบริหารทำให้ไม่สามารถสนับสนุนให้มีการพัฒนาขีดความสามารถได้อย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันระบบการศึกษา และการพัฒนาบุคลากรสุขภาพก็ยังไม่สามารถทำให้บุคลากรมีความสามารถในการคิดเป็น ทำเป็น หรือเรียนรู้อย่างต่อเนื่องภายใต้สถานการณ์จริง ยังขาดทักษะในการทำงานกับชุมชน และการสร้างเสริมศักยภาพให้แก่ประชาชนอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ระบบการดำเนินการส่วนใหญ่เป็นลักษณะการสั่งการให้จากส่วนกลางให้ดำเนินการเหมือนกันทั่วประเทศ ทั้งที่สภาพปัญหาพื้นฐานไม่เหมือนกันทำให้ระบบงานไม่มีประสิทธิภาพ ระบบการเชื่อมต่อ และเปลี่ยนนโยบายไปสู่แผนงาน และการปฏิบัติงานจริง ยังมีช่องว่างมาก และไม่มีการให้ความสำคัญ รวมทั้งการประยุกต์หาแนวทางปฏิบัติงานบนฐานข้อมูล และการวิจัยยังทำได้น้อยมาก
- การปฏิรูปให้มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดำเนินการในปัจจุบัน ยังมีลักษณะที่ให้น้ำหนักในเรื่องการจัดการด้านการเงินเป็นด้านหลัก แผนการปฏิรูประบบบริการ และระบบบริหารจัดการไม่ชัดเจน ตลอดจนขาดการเตรียมการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลง และดำเนินการปฏิรูปไปในทิศทางที่เหมาะสม ส่งผลต่อขวัญกำลังใจ และการปรับตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข และระบบบริการเริ่มมีความปั่นป่วน สับสนมากขึ้น
- การจัดการเพื่อหาคำรู้ในการพัฒนาสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังอิงอยู่ในส่วนที่เป็นชีวภาพการแพทย์ เป็นความรู้ในส่วนที่จัดการเกี่ยวกับการดูแล "โรค" ที่แยกส่วน มากกว่าการดูแลเพื่อเสริมศักยภาพของประชาชนให้แข็งแรง และมีสุขภาพที่ดี

อย่างเป็นองค์รวม และส่วนใหญ่ยังอิงกับทฤษฎี เทคโนโลยีด้านตะวันตก รวมทั้งยังปรับให้เป็นพลวัตตามสภาพการณ์ สังคมที่เปลี่ยนไปได้ไม่ทัน การจัดการเพื่อหาองค์ความรู้ในด้าน "สุขภาพ" ของประชาชนไทย และสังคมไทยยังมีน้อย จึงทำให้การจัดการด้านสาธารณสุขในปัจจุบันหลายส่วนไม่ตอบสนองของความต้องการที่แท้จริงด้านสุขภาพของประชาชนมีช่องว่างกว้างระหว่างความรู้วิชาการด้านสาธารณสุขกับการปฏิบัติได้ในชีวิตจริง

แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

จากปรัชญาแนวคิดของ สุขภาพ ที่กล่าวข้างต้นทำให้เข้าใจได้ว่า สุขภาพ อากา และโรค เป็นเส้นสายที่ต่อเนื่องกันในชีวิต ดังตัวอย่างที่มักพบเสมอว่า คนที่มีอาการไม่สบายแต่เขาก็มิได้รู้สึกว่าเขาป่วยเป็นโรค เช่น ชาวนาที่มีอาการปวดขาปวดหลังเมื่อออกไปทำนา หรือแนวคิดที่ว่าคนป่วยก็มีสุขภาวะหรือสุขภาพได้เช่นดั่งนั้น การทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องแทรกแฝงเร้นอยู่ในทุกช่วงชีวิตของมนุษย์นับแต่เกิดจนถึงตายแต่สิ่งที่ปรากฏในสภาวะความเป็นจริงของการบริการสุขภาพในปัจจุบัน ก็คือ บริการมักขาดหายไปบางช่วงของชีวิต และไม่เข้าใจความจริงในประเด็นนี้ ดังนั้น เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาที่ตอบสนองให้ประชาชนมี "สุขภาพดี" ขั้นแรกควรที่จะมีการทำความเข้าใจความชัดเจนต่อเป้าหมาย "สุขภาพ" ที่ระบุว่า สุขภาพมีขอบเขตกว้างขวาง เป็นองค์รวม **การส่งเสริมและสร้างสุขภาพจึงทำแต่กายไม่ได้ ทำแต่จิตก็ไม่ได้ ทำแต่การดำรงชีพก็ไม่ได้ ต้องทำทั้งส่วนจึงได้สุขภาพ และ ไม่สามารถกำหนดได้ว่าทุกคนต้องเหมือนกันเพราะเกิดมาไม่เหมือนกัน** คือ กายก็ต่าง จิตก็ต่าง กรรมก็ต่าง ฉะนั้นหากกล่าวว่าสุขภาพต้องมีมาตรฐานเดียวกัน นั้นย่อมไม่ใช่แนวคิดสุขภาพที่ควรเป็น เพราะสุขภาพเป็นองค์ประกอบของคนแต่ละคนซึ่งเกิดมาไม่เหมือนกัน

องค์ประกอบสำคัญสำหรับการทำงานเพื่อสุขภาพ

องค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานเพื่อสุขภาพ อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ องค์ประกอบที่อาจเรียกว่า ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพและระบบเพื่อการดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย ซึ่งโดยธรรมชาติทั้งสองระบบนี้มีเชื่อมโยงกัน แต่ในที่นี้พบว่าการทำความเข้าใจโดยการแยกเป็นสองระบบจะทำให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นเกี่ยวกับลักษณะการดำเนินงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานของทั้งสองระบบ ซึ่งมีการเน้นหนักที่ต่างกัน รายละเอียดต่างๆ แนวคิดระบบสุขภาพทั้งสองส่วนมีดังนี้

1) ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ ;

คือการทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้สมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพจะมีสองส่วนคือ การทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ควบคู่ไปกับ การจัดให้องค์ประกอบต่างๆนั้นทำหน้าที่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพ โดยมีบริบทที่เกี่ยวข้องทั้งเรื่องของระบบนิเวศน์ (สิ่งแวดล้อม) กายภาพ สังคม เศรษฐกิจ ฉะนั้นการดำเนินงานจึงต้องเข้าใจความเชื่อมโยง และวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นองค์รวม

ฉะนั้นในระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ หน้าที่ส่วนใหญ่ในการดำเนินงานจึงอยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข นอกวิชาชีพทางการแพทย์ ทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของประชาชน การศึกษา การจัดสภาพแวดล้อมของสังคม แต่กระทรวงสาธารณสุขจะยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้เสนอ สนับสนุน และกระตุ้นเพื่อให้มีการดำเนินงานให้บรรลุผล ในส่วนนี้จำเป็นต้องมีการคิดค้นพัฒนาว่าจะต้องการกำลังคนในลักษณะใด จะมีองค์กรทำงานอย่างไร มีระบบงบประมาณสนับสนุนอย่างไรจึงจะเหมาะสม ดำเนินการได้จริง

2) ระบบเพื่อการดูแลความเจ็บป่วย

เป็นส่วนของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ดูแล รักษา ช่วยเหลือ หรือ สนับสนุนการช่วยตัวเอง ของประชาชนในกรณีที่มีอาการของโรค หรือมีสภาพความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทั้งนี้รวมถึงระบบดำเนินการเพื่อป้องกันโรคด้วย

ดังนั้นถ้าเป้าหมายคือความเป็นองค์กรของสุขภาพ บริการที่ให้อาจต้องเป็นองค์กรรวม แต่ในความเป็นจริงทรัพยากรที่มีอยู่นั้นมีจำกัด ซึ่งความจำกัดนี้ต้องพิจารณาให้ชัดว่าอยู่ตรงไหน แล้วจึงลงสู่การคิดระบบบริการ ที่ต้องคำนึงถึงหุ้นส่วน และบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติจริง บริการทั้งหมดจึงควรมุ่งสู่ทิศทางการสร้างสุขภาพตนเองในที่นี้ผู้ปฏิบัติจริงมีใช้เพียงแต่ผู้ให้บริการแต่คือตัวประชาชนด้วย ซึ่งกล่าวอีกนัยยะหนึ่งก็คือการพึ่งตนเองของราษฎร และยังมีเป้าหมายมิใช่เพียงสุขภาพแต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตควบคู่ไปด้วย

ฉะนั้นระบบเพื่อดูแลสุขภาพ อากา และโรค มีหุ้นส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพราะมีส่วนที่ต้องใช้องค์ความรู้ทางด้านการแพทย์มาก แต่ก็มีหุ้นส่วนสำคัญคือประชาชน และหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทร่วมดูแลด้วย และต้องมีการทำงานเป็นแบบพันธมิตรที่มีส่วนร่วม (partnership) ระบบส่วนนี้จำเป็นต้องแก้ปัญหาในเรื่องการกระจาย และปัญหาในด้านความไม่สอดคล้อง (miss-match) ระหว่าง อุปสงค์กับอุปทานของการบริการทั้งในด้านพื้นที่ คุณภาพบริการ และประเภทบริการแบบใหม่ที่มีความต้องการเพิ่มขึ้น

บทที่ 3

กำลังคนด้านสาธารณสุข

กำลังคนด้านสาธารณสุข: ขอบเขต นิยาม และความหมาย

กำลังคนในระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งอาจเรียกเป็นการเฉพาะในการทำงานครั้งนี้ว่า **"กำลังคนด้านสาธารณสุข"** ซึ่งร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมาตรา 3 ให้คำจำกัดความไว้ว่า คือ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและบุคคลอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข ซึ่ง "บริการสาธารณสุข" นี้มีความหมายที่ครอบคลุมการจัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

กำลังคนด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์

ควรมีคุณลักษณะ 2 ส่วนใหญ่ คือ ส่วนที่เป็น **"จิต"** ที่แสดงออกเป็นทัศนคติ หรือจิตสำนึก และส่วนที่เป็น **"สมอง"** ซึ่งแสดงออกเป็นความสามารถของแต่ละบุคคล การพัฒนาคนควรให้ความสำคัญของการเจริญเติบโตของสองส่วนนี้อย่าง **สมดุล** ซึ่งเปรียบได้กับการมี **"คุณธรรม"** และ **"ความรู้"** ที่ควบคู่กัน ทั้งนี้การสร้างทัศนคติเปรียบเสมือนเป็นฐานให้ความรู้ผลิดอกออกผล เป็นตัวควบคุมการใช้ความรู้ความสามารถให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม ป้องกันมิให้ใช้ความรู้เพื่อตนเองเป็นใหญ่หรือไปเบียดเบียนผู้อื่น

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การวางแผนการผลิต การใช้ การบริหารจัดการ การพัฒนา การวิจัย และการประเมินผลที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพ และระบบการศึกษา และเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ เพื่อให้กำลังคนในระบบสามารถจัดบริการสุขภาพให้เกิดผลสอดคล้องกับทิศทางกับระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ ดังนั้นระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขจะต้องเป็นระบบที่มีคุณลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้

1. เป็นระบบที่เน้นความเป็นธรรม ความมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ เป็นธรรมาภิบาล
2. เป็นระบบสร้างคน ให้เกิดความเข้มแข็งทางปัญญา คิดเป็น ทำเป็น สร้างคนดี เก่ง และมีความสุข
3. เป็นระบบที่ตอบสนองความหลากหลายของกำลังคน และการจัดการตามสภาพพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลและปัญญาเป็นฐานแก้ปัญหา
4. เป็นระบบที่ตอบสนองการกระจายอำนาจ อาศัยการประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายมากกว่าการรวมศูนย์ที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ให้การส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล ด้วยมาตรการทางการเงิน และกฎหมาย เพื่อผลักดันการดำเนินงานไปตามทิศทาง และแนวนโยบายของประเทศเป็นระบบที่ค้ำจุนถึง
5. เป็นระบบที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการและการจัดการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสาธารณสุข

ปัญหาของระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา

- ◆ **ด้านนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวกับกำลังคน** หมายถึง นโยบายด้านกำลังคนโดยตรง และส่วนที่แฝงอยู่ในนโยบาย และการดำเนินงานด้านอื่นๆ ทั้งนี้พบว่า
 1. การวางแผนการดำเนินงานด้านกำลังคนในระยะที่ผ่านมาเน้นที่นโยบายกำลังคนโดยตรง แต่ไม่ได้วางแผนเตรียมส่วนที่เป็นผลกระทบต่อกำลังคนจากนโยบายด้านอื่นๆ
 2. เนื้อหาของนโยบาย/มาตรการด้านกำลังคนโดยตรงส่วนใหญ่จะเป็นมาตรการเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มากกว่านโยบายเพื่อเตรียมการกำลังคนให้พร้อมต่อการดำเนินงานให้ได้ผลและมีประสิทธิภาพ เป็นการคิดเพื่อแก้ปัญหาในอดีตมากกว่าการเตรียมแก้เพื่ออนาคต
 3. เนื้อหาของมาตรการและนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุขในระยะที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เน้นที่การผลิตและการกระจายกำลังคน และเน้นที่บุคลากรวิชาชีพ ให้ครอบคลุม และพิจารณาเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก
 4. การกำหนดจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องการจะกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสภาวิชาชีพ และสถาบันการผลิต ภาคส่วนอื่นๆ รวมทั้งชุมชนจะไม่มีส่วนร่วม ส่วนลักษณะของการผลิตกำลังคน ถูกกำหนดโดยสภาวิชาชีพ และสถาบันการผลิตโดยตรง หน่วยงานผู้ใช้จะมีส่วนร่วมในการกำหนดน้อย
 5. ส่วนที่เป็นการบริหารจัดการกำลังคน จะเป็นส่วนมาตรการส่วนกลางที่เน้นเรื่องค่าตอบแทนใดๆ โดยมิได้พัฒนาเรื่องระบบบริหารจัดการองค์กร และการบริหารจัดการบุคลากรด้านอื่นๆ เพื่อให้มีการใช้บุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม
 6. ส่วนที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบุคลากรและลักษณะกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไป รวมทั้งการบริหารจัดการบุคลากรจะไม่มีกำหนดเป็นแผนหรือมาตรการพัฒนาที่ชัดเจน จะเป็นลักษณะของนโยบายและแนวบริหารของแต่ละองค์กรที่เกี่ยวข้องจะปรับตัวกันเอง

◆ กลไกดำเนินการนโยบาย

1. เป็นการสั่งการจากส่วนกลางจากรัฐบาลผ่านกระทรวงสาธารณสุข และส่วนที่เป็นนโยบายขององค์กรที่เกี่ยวข้องโดยตรงก็ดำเนินการโดยองค์กรนั้นโดยตรง เช่น องค์กรวิชาชีพ มหาวิทยาลัยที่เป็นหน่วยผลิต
2. เป็นการดำเนินการในลักษณะที่เหมือนกันทั่วประเทศ ไม่มีนโยบาย หรือมาตรการเฉพาะพื้นที่
3. มีเนื้อหาในนโยบายบางส่วนที่กล่าวลอยๆ แต่ขาดการแปลเป็นมาตรการหรือแผนปฏิบัติรองรับที่ชัดเจน
4. ขาดระบบติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย บางนโยบายทำไม่ต่อเนื่อง และมีนโยบายบางส่วนที่ขัดแย้งกัน

◆ ขอบเขตการวางแผนกำลังคน

1. มุ่งเน้นกำลังคนในภาคราชการไม่รวมส่วนของภาคเอกชน และส่วนสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. มุ่งเน้นเฉพาะบางวิชาชีพ คือแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และไม่ได้พิจารณาถึงบุคลากรที่ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ ที่หลากหลาย จะยึดตามลักษณะวิชาชีพเป็นหลัก
3. สาขาอื่นๆ ใช้กรอบการพิจารณาที่กรอบอัตรากำลังของราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก

4. พิจารณาเน้นที่ส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มากกว่าการพิจารณาส่วนที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ และการบริหารระบบสาธารณสุข
5. เป็นการคิดที่พิจารณาแบบส่วนกลางเป็นผู้กำหนดระบบทั้งหมด และองค์กรที่มีบาทส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข

◆ **วิธีการศึกษา พิจารณาเพื่อกำหนดปริมาณความต้องการกำลังคน**

ที่ผ่านมา การกำหนดปริมาณความต้องการกำลังคนมักเน้นที่การใช้อัตราส่วนต่อประชากร และการคิดตามโครงสร้างของหน่วยบริการ health services ในปัจจุบันมากกว่า health needs และตามภาพระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต การพิจารณาเสนอเป็นทางเลือกเดียวเป็นตัวเลขรวมทั้งประเทศ โดยไม่ได้ระบุสถานการณ์ของบริบทว่าจะต้องปรับ คิดใหม่ เมื่อใด หรือไม่ อย่างไร มักไม่ได้คิดทางเลือกความเป็นไปได้ ยกเว้นมีหนึ่งการศึกษาที่มีการเสนอทางเลือก และไม่มีการประมาณความต้องการกำลังคนในส่วนที่เป็นองค์ประกอบย่อย เช่น กำลังคนสำหรับการบริการสุขภาพในเขตเมือง และชนบท

◆ **การติดตาม ประเมินผล**

มาตรการเพื่อการพัฒนากระบวนการกำลังคน มักจะเกิดจากสมมติฐานและลงมือดำเนินการเลย ขาดการวิจัย และพัฒนามาตรการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับกำลังคนอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง รวมทั้งระบบติดตามประเมินผลมาตรการและนโยบายกำลังคนไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งส่วนหนึ่งเนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ การวิจัยด้านนี้ทำได้ยาก และขาดระบบสนับสนุนให้มีการดำเนินการที่ต่อเนื่อง

บทที่ 4

ข้อเสนอ นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

ทิศทางของนโยบายการพัฒนาากำลังคนด้านสาธารณสุข

1. เป้าหมายของระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขควรครอบคลุมไปถึงกำลังคนทีนอกเหนือจากวิชาชีพทางการแพทย์ที่มีบทบาทเกี่ยวกับระบบสุขภาพ
2. ควรต้องเร่งสร้างฐานรากของระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพ อย่างเป็นระบบต่อเนื่อง
3. สร้างให้มีประชาชน องค์กรท้องถิ่น องค์กรอื่นทีนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข
4. ต้องประสานบทบาทบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก กับบทบาทของบุคลากรสาขาอื่น และบทบาทของประชาชน ครอบครัว สังคม ในการให้บริการและดูแลสุขภาพ และมีบทบาทร่วมกันในด้านการวางแผน การผลิต การพัฒนากำลังคนเพื่อสุขภาพ
5. ควรปรับและพัฒนาให้มีระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขทีหลากหลาย เป็นพลวัตรสอดคล้องกับลักษณะความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนทีเปลี่ยนแปลง และระบบต่างๆ ทีมีการปฏิรูป
6. ให้มีการพัฒนาการวิจัย สร้างองค์ความรู้ทีเกี่ยวกับกำลังคน เพื่อใช้ประกอบในการกำหนดนโยบายกำลังคน และนโยบายอื่นทีกระทบต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
7. ให้มีระบบการจัดการและมาตรการทีส่งผลให้สถาบันการผลิตบุคลากรดำเนินการผลิตโดยคำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพของสังคมไทย อย่างเป็นพลวัตร
8. ปรับให้ระบบการผลิต การใช้ การพัฒนากำลังคน มีความผสมผสาน นูรณาการมากขึ้น
9. สนับสนุนให้กระจายอำนาจการวางแผนการผลิต และพัฒนากำลังคนลงไปทีระดับพื้นที่
10. ค้นหามาตรการทีป้องกันมิให้มีการดำเนินงานด้านต่างๆ ในปัจจุบันกระทบต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขในด้านลบ เช่น การจัดการทางการเงินในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าทีส่งผลบุคลากรด้านสาธารณสุขในชนบทลาออกจากราชการเพิ่มขึ้น การทีระบบตลาดส่งผลให้บุคลากรไปทำงานในชนบทลดลงหรือการทีมีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทางบางด้านเกินความจำเป็น

เป้าหมายสำคัญของการพัฒนา

1. เพื่อสร้างรากฐานและพัฒนาาระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพ
2. เพื่อให้มีบุคลากรด้านสาธารณสุขกระจายอย่างเหมาะสมทั้งในพื้นที่เขตเมืองและชนบท และเพื่อบริการด้านต่างๆ อย่างมีคุณภาพ
3. เพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุขมีเจตคติ ความรู้ความสามารถทีเหมาะสมในการให้บริการด้าน สาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างสอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพอย่างมี ประสิทธิภาพ และมีการปรับเปลี่ยนได้ทันกับสถานการณ์ของสังคมทีเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตร

4. เพื่อให้มีระบบการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ และปรับเปลี่ยนได้สอดคล้องกับบริบทที่หลากหลาย และสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลง
5. เพื่อให้ประชาชน ชุมชน มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ และมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ และการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข

หลักการแนวคิดของการกำหนดกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนในระบบบริการสาธารณสุข

ก. ระบบเพื่อการสร้างสุขภาพ

การวางแผนต้องเป็นตาม**นโยบายของรัฐ (Policy driven)** ไม่สามารถคิดตามสภาพอุปสงค์ อุปทานได้ เพราะเป็นส่วนที่ยังไม่มีอุปทานเกิดขึ้น หรือ มีน้อย เป็นส่วนที่ประชาชนทั่วไปรับรู้ถึงความจำเป็นส่วนนี้ไม่ชัดเจน จึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องสร้างให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักที่ชัดเจน

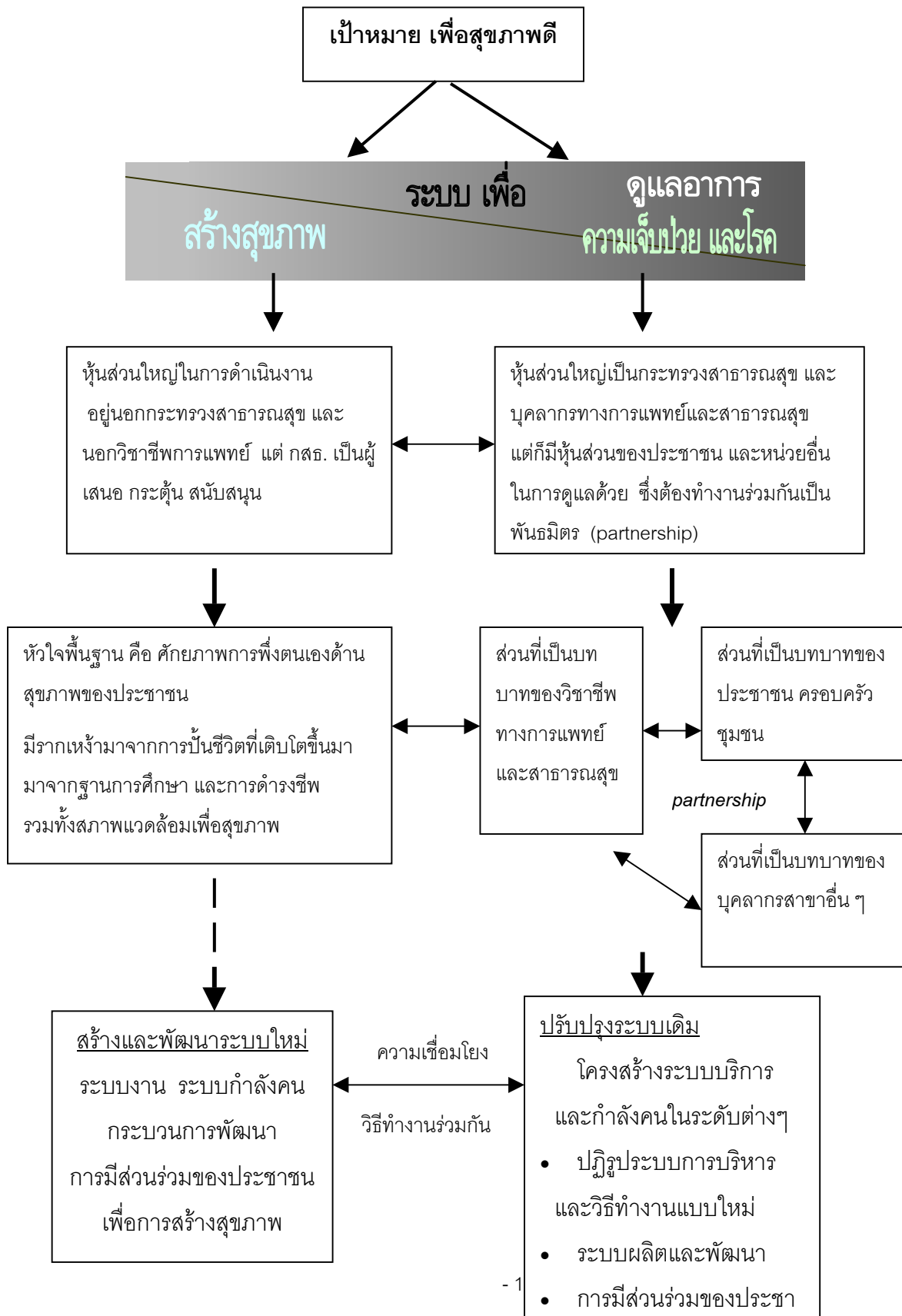
การวางแผนเพื่อพัฒนาระบบสร้างสุขภาพนี้ ควรต้องมีการพัฒนาใน 4 องค์ประกอบหลักคือ

- 1) สร้างความเข้าใจขององค์กรและบุคลากรต่อแนวคิดการสร้างสุขภาพที่เป็นมุมมองกว้างพร้อมกับพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรเพื่อดำเนินงานด้านนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) พัฒนาองค์กรเพื่อดำเนินงานที่ต้องมีทั้งส่วนที่เกี่ยวกับการจัดองค์กร การเชื่อมต่อกับนโยบาย และงบประมาณสนับสนุน
- 3) พัฒนาระบบการทำงาน ซึ่งต้องพัฒนาให้เกิดกระบวนการที่เป็นลักษณะพันธมิตร (partnership) และมีความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรที่ต่างระดับกันอย่างแนบสนิท ส่งต่อข้อมูลและบริการระหว่างกันได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ต้องสร้างให้ประชาชน ประชาคม องค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง
- 4) รัฐต้องสนับสนุนให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีเฉพาะ เพื่อการพัฒนางานที่สอดคล้องกับเป้าหมายในแต่ละด้าน รวมทั้งต้องสนับสนุนให้ประชาชน ประชาคม องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทเต็มที่และมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ

ข. ระบบเพื่อดูแลอาการและความเจ็บป่วย

การวางแผนจะพิจารณาตามลักษณะ**อุปสงค์ อุปทาน (Demand and supply)** ที่ต้องวางแผนให้มีกำลังคนที่มีความหลากหลายตอบสนองต่อความต้องการที่มีหลายลักษณะ ทั้งในเขตพื้นที่เมือง ชนบท และส่วนที่เป็นความต้องการเพิ่มขึ้นจากต่างประเทศ ตอบสนองต่อประชากรกลุ่มเฉพาะต่างๆ และตอบสนองต่อการให้บริการที่แตกต่างไปในอนาคต วิธีพิจารณากำลังคนส่วนนี้เพื่ออนาคต ควรต้องให้มีความยืดหยุ่นสูง ไม่ควรซีดจางจำกัดตามวิชาชีพเหมือนที่ผ่านมา ขณะเดียวกันเนื่องจากระบบตลาดด้านสุขภาพมิได้สมบูรณ์ ในบางพื้นที่หรือสำหรับประชาชนบางกลุ่มกลไกตลาดทำงานไม่สมบูรณ์ ควรที่รัฐต้องใช้นโยบายและระบบของรัฐเข้าไปแทรกแซง ดำเนินการเพื่อลดช่องว่างนั้น

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพิจารณาระบบงาน และระบบกำลังคน เพื่อเป้าหมายสุขภาพดี



ข้อเสนอการดำเนินงานเพื่อพัฒนากำลังคนฯ ระยะเริ่มต้น

1. สร้าง ระบบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาพ

การวางรากฐานระบบเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีที่มีความเป็นไปได้มีความเป็นรูปธรรมและเป็นส่วนที่รัฐต้องวางแผนสนับสนุน ดำเนินการเป็นหลัก ให้มีการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบดำเนินการในส่วนต่างๆ ต่อไปนี้

- 1) ให้มีการศึกษาและการพัฒนาระบบการวางแผนและดำเนินงานสร้างสุขภาพที่มีความจำเพาะกับแต่ละพื้นที่ และแต่ละกลุ่มประชากร ซึ่งอาจเป็นแผนระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ ขึ้นกับความพร้อม โดยที่ ดำเนินงานประสานไปพร้อมกับการเตรียมเพื่อการกระจายอำนาจให้ประชาชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทดำเนินการโดยตรง เพื่อให้สอดคล้องกับความหลากหลายของพื้นที่
- 2) ให้มีการพัฒนาแผนเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรเพื่อการดำเนินงานด้านนี้ ทั้งส่วนที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และส่วนที่ปฏิบัติในหน่วยงานอื่น ตลอดจนประชาชน
- 3) มีการประสานและร่วมมือพัฒนาองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อทำหน้าที่ด้านการสร้างสุขภาพที่ชัดเจน ซึ่งต้องเชื่อมโยงกับระบบงบประมาณสนับสนุน และนโยบายที่ชัดเจนและเอื้อให้ปฏิบัติงานได้คล่องตัว
- 4) พัฒนาระบบการทำงานแบบ partnership ระหว่างองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งภาคประชาคม ประชาชนกลุ่มต่างๆ และต้องพัฒนาให้มีการเชื่อมโยงข้อมูล กระบวนการทำงานระหว่างระดับต่างๆ (inter-level linkage) ได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง

ข้อเสนอที่นำไปสู่การปฏิบัติ คือ การดำเนินงานส่วนนี้บางส่วน กระทรวงสาธารณสุขควรลงไปดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เริ่มมีการดำเนินการไปแล้ว ได้แก่ การทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ในบางส่วนควรจะมีการศึกษาวิจัย ทดลองพัฒนารูปแบบวิธีการบริหารจัดการและการดำเนินงานร่วมกันในระยะต้นก่อน

2. ปฏิรูประบบบริหารบุคคลและบริหารองค์กรให้มีความหลากหลาย มีประสิทธิภาพ

เพื่อแก้ปัญหาในด้านการกระจายกำลังคน และปัญหาความแข็งตัวของการจัดกำลังคน ตามกรอบอัตรากำลังของรัฐในปัจจุบัน เพื่อปรับไปสู่ระบบที่มีการกระจายกำลังคนดีขึ้น ระบบบริหารกำลังคนควรปฏิรูปให้มีความยืดหยุ่น หลากหลาย ตามสภาพสถานการณ์ที่แตกต่าง และเป็นพลวัตร ปรับให้มีสัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ซึ่งควรที่จะมีการศึกษาในประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้

- 1) การปฏิรูปการบริหารองค์กรบริการสุขภาพของรัฐในปัจจุบันให้เป็นองค์กรมหาชนเพื่อให้มีการบริหารที่คล่องตัวมากขึ้น หรือการปฏิรูปองค์กรในลักษณะต่างๆ ที่น่าจะสอดคล้องกับระบบในอนาคต
- 2) การพัฒนาทางเลือกการบริหารบุคลากรแบบต่าง ๆ ภายใต้องค์กรรัฐ เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับบริบทงานที่มีความหลากหลาย เช่น
 - ระบบพนักงานของรัฐที่มีระเบียบรองรับใหม่ มีการจัดการที่ยืดหยุ่นคล่องตัวกว่าระบบราชการเดิม และจัดการให้กลุ่มพนักงานของรัฐนี้เป็นผู้ดำเนินงานในส่วนที่เป็นจุดอ่อนของระบบราชการปัจจุบัน เช่น ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากร
 - ปรับระบบค่าตอบแทนและกระบวนการประเมินผลปฏิบัติงาน ตลอดจนการปรับกรอบอัตรากำลังข้าราชการให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น

ทั้งนี้ในจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยประเด็นย่อยทางด้านการบริหารกำลังคนแล้วจึงพัฒนาเป็นทางเลือกใหม่ โดยที่ดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) และกระทรวงสาธารณสุข

3. พัฒนาระบบกำลังคนแบบใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง

เพื่อพัฒนาบริการที่ดูแลสุขภาพเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่เป็นความต้องการใหม่ และความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ บริการด้านฟื้นฟูสภาพ บริการสุขภาพผู้สูงอายุ บริการที่ปรึกษาด้านจิตใจและลดความเครียด บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ควรมีแนวทางดำเนินงาน คือ

- 1) ศึกษาวิจัยถึงทางเลือกของรูปแบบวิธีจัดระบบบริการที่มีความต้องการเปลี่ยนไปในอนาคตให้ชัดเจนขึ้น พร้อมกับการศึกษาเชื่อมต่อไปถึงลักษณะของบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อการบริหารนั้นๆ การศึกษาส่วนนี้ควรเป็นบทบาทของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิชาการด้านต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสภาวิชาชีพ วิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางด้านต่างๆ เป็นส่วนที่ดำเนินการศึกษา พัฒนาบริการในด้านต่างๆ โดยที่รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณ
- 2) ให้มีการวางแผนบริการและจัดการกำลังคนสุขภาพเพิ่มขึ้นเพื่อเตรียมพร้อมรับนโยบายส่งเสริมการส่งออกบริการด้านสุขภาพ ที่ให้บริการสุขภาพแก่ชาวต่างประเทศ พร้อมกับการจัดระบบติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อมิให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อประชากรไทย และศึกษาผลกระทบจากระบบบริการส่วนนี้ต่อสังคมไทยโดยรวม
- 3) เตรียมบุคลากรให้มีความสามารถใหม่ในลักษณะที่ทำงานเป็น partnership ร่วมกับประชาชนและผู้ให้บริการอื่นๆ รวมถึงการให้บริการในลักษณะที่เป็นองค์รวมโดยการศึกษาและพัฒนากระบวนการพัฒนากำลังคนในระหว่างประจำการให้ปรับเปลี่ยนกระบวนการทรรศน์และกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับความต้องการในระบบที่เป็นองค์รวม วิธีดำเนินการส่วนนี้อาจมีทั้งการศึกษาวิจัย แลกเปลี่ยน สรุปบทเรียนกระบวนการพัฒนากำลังคนด้วยวิธีการต่างๆ ในปัจจุบันที่มีหลากหลายรูปแบบ เพื่อสังเคราะห์เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในแต่ละเงื่อนไข
- 4) ศึกษาแนวทางบูรณาการระหว่างระบบการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกกับระบบการแพทย์แผนตะวันตก โดยศึกษาถึงบทบาทและผลกระทบของระบบแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันคุณภาพและมาตรฐานของบริการและศักยภาพของกำลังคนด้านสุขภาพในการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการบริการที่เป็นความต้องการด้านสุขภาพใหม่ของประชาชนกลุ่มต่างๆ

4 ปฏิรูประบบการวางแผน การผลิตและพัฒนาากำลังคนสาธารณสุขในระบบเดิม

เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพและระบบต่างๆ ที่ปรับเปลี่ยนอย่างมีประสิทธิภาพการปฏิรูประบบการวางแผน การผลิตและพัฒนาากำลังคนสาธารณสุขในระบบเดิมมีแนวทางดำเนินการ ดังนี้

- 1) ให้มีการพัฒนาแผนแม่บทที่ประสานการผลิตบุคลากรกลุ่มต่างๆ โดยใช้ศักยภาพของสถาบันการผลิตทั้งรัฐ เอกชน สถาบันการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาต่างประเทศ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่เข้าใจธรรมชาติ ข้อจำกัด และจุดเด่นขององค์กรในแต่ละลักษณะ ประสานให้มีการผลิตที่เป็นไปตามทิศทาง และระบบการพัฒนาของประเทศ อย่างสอดคล้อง ซึ่งข้อเสนอส่วนนี้ ควรให้ทีมเลขานุการ

ประสานและพัฒนาร่วมกับสาขาวิชาชีพต่างๆให้เข้าใจต่อทิศทางและธรรมชาติขององค์กรผลิตแต่ละลักษณะ ยอมรับให้มีบุคลากรด้านสุขภาพที่มีลักษณะหลากหลายมากกว่ามาตรฐานเดียว สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม

- 2) สนับสนุนให้มีสถาบันที่พัฒนาบุคลากรสุขภาพในลักษณะที่เป็น "วิทยาลัยชุมชน" ที่วางแผนการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพโดยใช้สภาพปัญหาสุขภาพของชุมชนเป็นฐาน มีการดำเนินการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับต่างๆ ส่วนนี้ควรเสนอให้สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข นำไปดำเนินการทดลองพัฒนาพร้อมกับการปฏิรูประบบบริหารองค์กร
- 3) ศึกษาและพัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการผลิตแบบใหม่ที่จะสนับสนุนให้การผลิตสอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทยมากขึ้น เช่นวิธีการที่สนับสนุนผ่านผู้เรียน (demand side) มากกว่าการสนับสนุนผ่านสถาบันการผลิต ทั้งนี้เพื่อให้มีทางเลือกการผลิตที่คล่องมากขึ้น และเป็นการผลักดันให้สถาบันการผลิตดำเนินการตามความต้องการของผู้เรียน และตามนโยบายของรัฐ พร้อมกับจัดระบบที่เชื่อมต่อกับกองทุนเงินกู้เพื่อการศึกษา เพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้ด้อยโอกาส ประชากรที่มีฐานะยากจน แต่ต้องแก้ปัญหาการบริหารจัดการกองทุนในส่วนที่เป็นการเรียกเก็บเงินคืนให้มีประสิทธิภาพ
- 4) ศึกษาแนวทางการประมาณความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยการประเมินจากความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) รวมทั้งประเมินความต้องการที่ปรับเปลี่ยนไปภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. สร้างเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน องค์กรท้องถิ่นในระบบกำลังคนสาธารณสุข โดยให้มีการศึกษาและทดลองพัฒนาดำเนินการ ในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

- 1) บทบาทขององค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชนต่อการกำหนดความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขในพื้นที่ บทบาทต่อการผลิต และพัฒนาบุคลากร ตลอดจนการจ้างงาน และการบริหารบุคลากรด้านสาธารณสุข
- 2) การพัฒนาศักยภาพของประชาชนและชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเองรวมถึงมีส่วนร่วมในการบริหารบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่
- 3) ทดลองพัฒนารูปแบบที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนมีส่วนร่วม สนับสนุน และดำเนินการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข การสนับสนุนทรัพยากร ตลอดจนการบริหารจัดการองค์กรบริการด้านสาธารณสุข

ข้อเสนอกลไกการดำเนินงานพัฒนาระบบกำลังคนในระยะเริ่มต้น มีแนวคิดหลักที่สำคัญคือ

- ควรเป็นกลไกที่สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ รวมทั้งองค์กรท้องถิ่น และองค์กรชุมชน เป็นการประสานในแนวราบคู่กับแนวดิ่ง
- ควรเป็นกลไกที่ประสานการสร้างความรู้กับการพัฒนานโยบาย ตลอดจนการนำนโยบายไปดำเนินการไปพร้อมกัน
- ควรเป็นกลไกที่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว มิใช่เป็นกลไกเฉพาะกิจที่ตั้งขึ้นตามสถานการณ์
- ควรเป็นกลไกที่คล่องตัวยืดหยุ่น ปรับตัวได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

กรอบกลไกการพัฒนาระบบกำลังคน

กรอบกลไกการพัฒนาระบบกำลังคนประกอบด้วยกลไกสำคัญ 3 ส่วน คือ คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข เครือข่ายการวิจัย/การสร้างความรู้ เกี่ยวกับระบบกำลังคนตามยุทธศาสตร์หลักของประเทศ ซึ่งรายละเอียดของกลไกแต่ละส่วนมีดังนี้

ส่วนที่ 1 คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ

คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ จะเป็นกลไกสำคัญในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญๆ ดังนี้

- ประสาน กำกับ นโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานในด้านกำลังคนสาธารณสุขโดยตรง และนโยบายที่เกี่ยวข้องและกระทบกับระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมประเด็นได้กว้างขวางรอบด้าน
- ให้ข้อเสนอแนะ และกำหนดแนวนโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านกำลังคนสาธารณสุข ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ
- ประสานให้มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการสร้างองค์ความรู้ที่สนับสนุนดำเนินการด้านกำลังคนได้อย่างต่อเนื่องระยะยาว
- ประสาน และ นำเสนอแนะนโยบาย และมาตรการกำลังคนด้านสาธารณสุขต่อรัฐบาล องค์กรที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับกำกับติดตามให้มีการดำเนินการตามนโยบาย ตลอดจนการประเมินผลกระทบ

คณะกรรมการระดับชาตินี้ มิใช่มีบทบาทกำหนดทุกอย่างของเรื่องกำลังคน แต่ควรที่จะมีบทบาทเป็นหน่วยกำกับทิศทางของนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและกระทบต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข แล้วทำหน้าที่เสนอแนะนโยบาย เพื่อปรับสมดุลพอดีระหว่างระบบอื่นๆ กับส่วนที่กระทบต่อระบบกำลังคนด้าน สุขภาพ ควรมีกลไกการเสนอแนะนโยบายที่หลากหลาย เสนอต่อองค์กรที่เกี่ยวข้องในหลายลักษณะทั้งที่เป็นผู้ผลิต ผู้ใช้กำลังคน รัฐบาลกลาง ผู้ซื้อบริการ ชุมชน ท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ

ส่วนที่ 2 สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

สำนักงานเลขานุการฯ เป็นสำนักงานซึ่ง**ทีมเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับชาติ** **ทำงานเพื่อสนองตามกรอบแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดขึ้น ทั้งนี้ คุณลักษณะของทีมเลขานุการ มีดังนี้**

- เป็นกลไกที่เชื่อมต่อระหว่างการสร้างความรู้เกี่ยวกับระบบกำลังคนกับการพัฒนานโยบาย และกำหนดนโยบาย เพื่อการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
- มีการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในด้านนี้ และมีการกำกับติดตามนโยบายได้ต่อเนื่อง
- ต้องสร้างให้องค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทร่วมกันในการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพ
- เป็นกลไกการทำงานในเชิงรุก

ลักษณะการดำเนินงาน

เป็นกลไกที่ทำงานเต็มเวลา เป็นกลไกสำคัญในการประสาน เชื่อมโยง และผลักดันงานในด้านการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ตามแผนงานที่กำหนดโดยคณะกรรมการฯ มีบทบาทโดยสรุป คือ

- ประสาน จัดการ กระตุ้น สนับสนุน ให้มีเครือข่ายศึกษาวิจัยที่ดำเนินการศึกษาวิจัย สร้างองค์ความรู้เพื่อตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับประสานให้เกิดความเชื่อมโยงของผลการศึกษาในแต่ละเครือข่าย และกำกับ ติดตามการศึกษาวิจัยให้ได้ผลตามเป้าหมาย
- ประสาน ให้มีงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานศึกษา วิจัยเพื่อหาคำตอบตามทิศทางการพัฒนา
- พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข โดยใช้ฐานความรู้จากผลการศึกษา มาปรับให้เหมาะสมเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และมาตรการดำเนินงานเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม
- ประสาน สนับสนุน จัดการ และติดตามกำกับให้มีการดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนด

เงื่อนไขการดำเนินงาน

กลไกนี้จำเป็นต้องมีการเชื่อมต่อหรือมอบหมายจากส่วนนโยบาย หรือ องค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ทางการบริหาร เพื่อให้เป็นที่ยอมรับในสถานการณ์ทำงาน และการนำเสนอผลลัพธ์การทำงาน

ทางเลือกของสถานะของทีมเลขานุการ

- เป็นส่วนหนึ่งของ สป.รศ. ที่อาจปรับไปเป็น สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สคสช.) หลังจากที่ย่างพระราชบัญญัติสุขภาพ มีผลในทางปฏิบัติ
- เป็นส่วนหนึ่งของ สวรส. โดยจัดให้มีกลไกดูแลงานนี้เป็นการเฉพาะ
- เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข แต่มีการจัดองค์กรทำงานที่มีลักษณะคล่องตัว อิสระ
- เป็นส่วนหนึ่งของสภาการศึกษาแห่งชาติ

ส่วนที่ 3 เครือข่ายการวิจัย/สร้างความรู้ในด้านระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

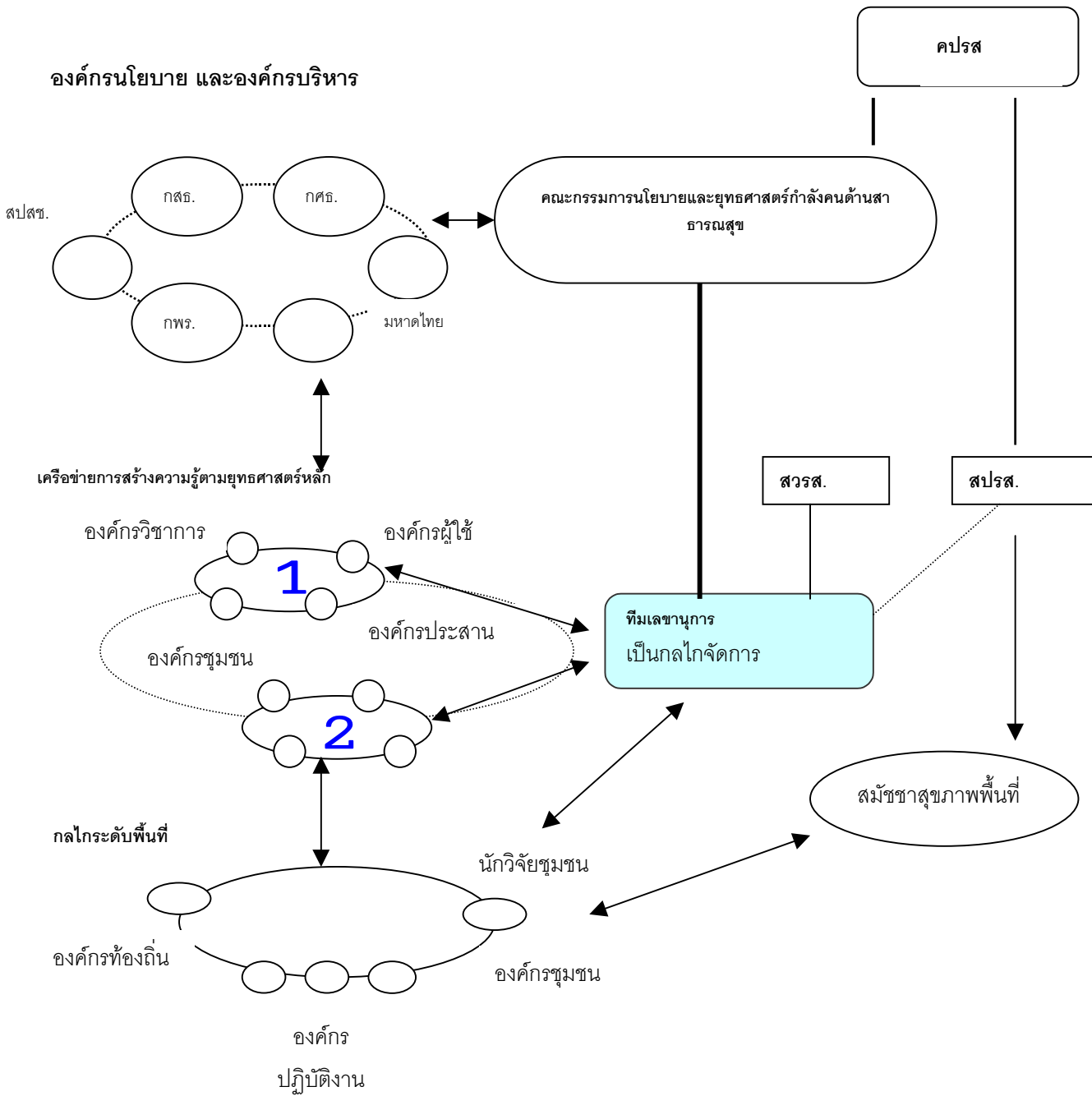
เพื่อให้มีการศึกษา วิจัย สังเคราะห์องค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งมีธรรมชาติที่ต้องการระยะเวลาในการศึกษาประเมินผลที่ยาวนาน จึงเสนอให้พยายามก่อรูปเป็นเครือข่าย การวิจัยในแต่ละประเด็นสำคัญเป็นการเฉพาะกิจในช่วงแรก และพัฒนาต่อไปเป็นกลไกการศึกษาระยะยาวต่อเนื่อง โดยเครือข่ายนี้จะต้องสร้างให้องค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนที่เป็นผู้ให้บุคลากร ส่วนที่เป็นผู้ผลิต และสถาบันวิชาการต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมด้วย เพื่อให้มีการศึกษาวิจัยในประเด็นที่สอดคล้อง และมีการใช้ผลการศึกษาได้อย่างทันการณ์ องค์ประกอบหลักของเครือข่าย ควรประกอบด้วย

- 1) ส่วนที่เป็นองค์กรวิชาการ เพื่อให้มีบทบาทด้านการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบใหม่
- 2) องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นนั้นๆ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและวิจัยไปพร้อมกัน และนำผลการศึกษาไปใช้อย่างทันการณ์
- 3) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานเนื้อหา
- 4) องค์กรชุมชน หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นผู้เสนอความจำเป็นและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และแนวทางที่ประชาชนจะมีส่วนร่วม

แต่ทั้งนี้เครือข่ายการวิจัยนี้ ควรเป็นกลไกการดำเนินงานที่คล่องตัว และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง มิใช่เป็นการศึกษาเฉพาะกิจ โดยที่มีทีมเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายฯ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานให้มีการวิจัยและพัฒนาความรู้ที่เชื่อมโยงกันได้ระหว่างเครือข่ายต่างๆ และตอบสนองต่อยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขที่มีการกำหนดโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นผู้จัดการระบบฐานข้อมูลกลางของกำลังคนด้านสาธารณสุข

ในแต่ละเครือข่ายการศึกษาให้มีการศึกษาและพัฒนาทั้งส่วนที่เป็นระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การศึกษาหาข้อมูล พัฒนาองค์ความรู้เพื่อการปฏิรูปและปรับระบบตามยุทธศาสตร์ และการพัฒนาศักยภาพขององค์กร บุคลากรที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกัน ผลการศึกษาให้เสนอต่อคณะกรรมการกำลังคนระดับชาติ และเสนอต่อองค์กรนโยบาย องค์การปฏิบัติการในแต่ละด้านที่อยู่ในเครือข่ายการศึกษานั้นไปพร้อมกันเพื่อมีการตัดสินใจและดำเนินการ

ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ในดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข



แผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนากลไกการทำงานเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

การดำเนินงานเพื่อพัฒนากลไกการทำงานเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ข้างต้น ควรมีแผนงานสำคัญ 3 แผนงาน ดังนี้

1. แผนงานสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการวิจัยที่ต่อเนื่องและชุดโครงการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้และผลักดันการพัฒนาตามประเด็นทิศทางการพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่าง ต่อเนื่องเป็นระบบ ทั้งนี้โดยการกระตุ้นและประสานกับองค์กรวิชาการ สถาบันวิจัย องค์กรปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องตลอดจนองค์กรชุมชนที่มีความพร้อมให้เกิดความสนใจและร่วมมือในการศึกษาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และจัดหางบประมาณสนับสนุนการวิจัย รวมทั้งพัฒนาศักยภาพขององค์กร และบุคลากรให้มีความพร้อมในการวิจัยและสร้างความรู้ในด้านกำลังคนสาธารณสุข
2. แผนงานประสานและสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องที่เป็นระดับนโยบายและผู้ใช้ เพื่อให้องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานตั้งแต่การกำหนดประเด็นที่ต้องมีการศึกษาพัฒนา และการสังเคราะห์ผลการศึกษาวิจัย และการแปลผลข้อมูลไปสู่การกำหนดมาตรการและนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข พร้อมกับนำไปดำเนินการในส่วนที่องค์กรนั้นเกี่ยวข้องในแผนงานนี้อาจประกอบด้วยกิจกรรมที่เป็นการประสานรายองค์กรเพื่อชวนให้มีส่วนร่วมในการศึกษาพัฒนาเฉพาะประเด็นประชุมแลกเปลี่ยนร่วมกันเป็นการประจำ และประชุมวิชาการในด้านกำลังคน สาธารณสุข
3. แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลกลาง ประสาน และสังเคราะห์ความรู้ เพื่อการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนสาธารณสุข

ทั้งนี้ข้อมูลและความรู้ในแต่ละประเด็นจะรวบรวมที่เครือข่ายการศึกษาวิจัยในแต่ละประเด็น แต่แผนงานนี้จะเป็นส่วนที่สานต่อข้อมูลและองค์ความรู้ของแต่ละเครือข่ายและพัฒนาเป็นระบบข้อมูลกลางที่เป็นแกนสำคัญที่แสดงภาพรวมของระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนและการพัฒนากำลังคน และเป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้จากการศึกษาในแต่ละประเด็นให้เชื่อมต่อกัน พร้อมกับพัฒนาเป็นมาตรการเชิงระบบในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

ข้อมูลในส่วนนี้จะประกอบด้วยส่วนที่เป็นฐานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุขในด้านต่างๆ ข้อมูลผลการศึกษาวิจัย ข้อมูลองค์ความรู้วิชาการเกี่ยวกับการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ข้อมูลด้านนโยบาย แผนงาน มาตรการที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข ตลอดจนผลการประเมินการดำเนินงานตามนโยบายและมาตรการต่างๆ

บทที่ 5

ข้อเสนอคณะกรรมการฯ ; แนวทางการดำเนินงานต่อไปในอนาคต ¹¹

การทำงานของคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขนอกจากจะเห็นชอบให้มีการนำเสนอข้อเสนอเชิงกลไกสำหรับการทำงานที่เกี่ยวข้องกับกำลังคน ซึ่งได้กล่าวไว้โดยละเอียดในบทที่ 4 แล้วนั้น ขณะเดียวกันคณะกรรมการฯ ยังได้เสนอแนวทางการทำงานต่อไปในอนาคตสำหรับส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งนี้เพื่อให้การทำงานกำลังคนด้านสาธารณสุขไปสู่เป้าหมายตามแนวทางปรัชญาที่กำหนดไว้ซึ่งรายละเอียดของข้อเสนอดังกล่าวประกอบด้วย ข้อเสนอเกี่ยวกับคุณลักษณะนโยบายและยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาในอนาคตและข้อเสนอกิจกรรมการทำงานต่อไปของส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อเสนองานทั้งสองมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อเสนอเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ข้อเสนอเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อการดำเนินงานต่อไปในอนาคตก็คือการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์รวมทั้งข้อเสนอกลไกดำเนินการที่เป็น Pragmatic ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งกลไกระยะสั้นอาจเรียกว่าข้อเสนอแนวทางการดำเนินการด้านกำลังคนเพื่อสนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพสำคัญของรัฐบาลเป็นการยกประเด็นซึ่งเป็นนโยบายที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบันแล้วนำมาจัดทำเป็นข้อเสนอกำลังคนที่เป็นรูปธรรม เช่น ข้อเสนอเรื่องกำลังคนภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะใช้ Demand Driven ได้อย่างไรเพื่อให้การทำงานเรื่องกำลังคนเป็นไปตามความต้องการของชุมชน เป็นต้น

สำหรับกลไกที่จะทำงานระยะยาวนั้นจะต้องเป็นกลไกที่ทำงานทั้งด้านปัญหารวมทั้งด้านความเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายโดยกลไกนี้จะต้องสามารถสามารถทำงานอย่างรวดเร็วบนฐานข้อมูล เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอที่จะสนองตอบนโยบายที่จะเกิดขึ้นใหม่ๆ ได้อย่างทันการณ์ รวมทั้งการทำงานต้องมีการเคลื่อนไหวระยะยาวและดำเนินการต่อเนื่องไม่ขาดตอน ทั้งนี้แนวทางการทำงานเพื่อพัฒนาข้อเสนอที่สำคัญคือ

- การพัฒนายุทธศาสตร์ควรจะต้องกำหนดขึ้นมาโดยไม่ทิ้งปรัชญาและสถานการณ์ทางสุขภาพและบริการสุขภาพที่เผชิญอยู่โดยไม่ทิ้งภาคประชาชน ซึ่งก็คือเป้าหมายการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชน
- ควรมีข้อเสนอกลไกในการกำกับพัฒนานโยบายและดูแลให้นโยบายถูกแปลไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลเพราะปัจจุบันส่วนที่เกี่ยวข้องกับการนำกลไกนี้ไปใช้ยังไม่สามารถทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าจะสามารถกำกับ ส่งเสริมสนับสนุน ให้นโยบายที่พัฒนาขึ้นไปสู่ภาคปฏิบัติอย่างเกิดผล
- การพัฒนาข้อเสนอต้องนำสาระจากระบบต่างๆ ในสังคมรวมทั้งทิศทางของประเทศเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งปรากฏอยู่ในกฎหมายรัฐธรรมนูญ พรบ.หลักประกันสุขภาพ ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ รวมถึง พรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ทำความชัดและเชื่อมโยงสู่เรื่องสุขภาพให้ได้มากที่สุด

¹¹ สรุปสาระสำคัญจากการประชุมคณะกรรมการพัฒนายุทธศาสตร์ด้านกำลังคน ครั้งที่ 3/2546 วันศุกร์ที่ 17 พฤษภาคม 2546 เวลา 13.50-17.00 น.ณ ห้องประชุมถาวร สุวรรณกิจ ชั้น 1 อาคาร 1 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอกิจกรรมการทำงานต่อของส่วนที่เกี่ยวข้อง

1. จัดให้มีการประชุมที่สามารถทำให้เกิดการระดมความคิดจากบุคคลที่อยู่ในข่ายต้อง Contribute เพื่อให้เห็นความชัดเจนของสภาพปัญหา Vision จนถึง Strategies ที่เหมาะสมพอดี กับกาลเวลา กับการเมือง โดยมีการเตรียมการกำหนดประเด็นแลกเปลี่ยนในการระดมสมองซึ่งอาจใช้กระบวนการทำ Mini workshop เพื่อกำหนดประเด็นก่อนจัดให้มีการระดมสมอง แสดงความเห็นในวงกว้าง จึงจะทำให้ข้อเสนอที่ได้เป็นข้อเสนอที่ผ่านกระบวนการทางวิชาการและกระบวนการทางสังคมซึ่งจะสามารถนำไปต่อยอดได้ต่อไป
2. ประเด็นการทำงานเพื่อพัฒนาข้อเสนอระยะยาวอาจกำหนดเป็นเรื่องใหญ่ ๆ ตัวอย่างเช่น การสร้างสุขภาพระบบบริหารจัดการ การวางแผนกำลังคน ในระบบการผลิตที่ต้อง Shift ไปสู่ demand side และการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นต้น การทำความเข้าใจในประเด็นเหล่านี้เป็นเรื่องของกลไกที่จะพัฒนาขึ้นดำเนินการต่อไป โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับจังหวะการเคลื่อนไหวของกลุ่มที่เกี่ยวข้องรวมทั้งต้องทำความเข้าใจในเนื้อหาของสาระแต่ละประเด็นว่ามีปัญหาคืออะไร

ผนวก ก. เอกสารทางวิชาการและรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข และกำลังคนด้านสาธารณสุข

- กระแสการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง กรอบกฎหมาย และการผลักดันทางสังคม ที่กระทบต่อทิศทางของระบบสุขภาพในอนาคต
- สรุปประเด็นสำคัญเพื่อพิจารณาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและบุคลากรสุขภาพที่จำเป็นในอนาคต
- สร้างสุขภาพกับกำลังคนด้านสุขภาพ
- การจัดการความรู้เพื่อสุขภาพดี
- นโยบายและระบบการวางแผนพัฒนากำลังคนในอดีตจนถึงปัจจุบัน
- ข้อเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพที่ผ่านมา (ระหว่าง พ.ศ. 2544-2546)
- กรอบแนวทางการพิจารณาเพื่อกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
- บทบาทของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
- การผลิตแพทย์-พยาบาลแนวใหม่ โดย ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์



กระแสดการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง กรอบกฎหมาย และการผลักดันทางสังคม ที่กระทบต่อทิศทางของระบบสุขภาพในอนาคต

กระแสดการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และการปฏิรูปทางสังคม (ธีรยุทธ บุญมี 2546)

ในระยะเวลาที่ผ่านมา ได้มีเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นในสังคมไทย ที่เป็นส่วนทำให้กลไกที่กำหนดทิศทางการพัฒนาของประเทศมีความหลากหลาย และมีการถ่วงดุลย์กันมากขึ้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่มีการปรับเปลี่ยนสะสมมาตลอด จนกระทั่งเกิดการปฏิรูปการเมืองในปี 2537 อันส่งผลให้เกิดรัฐธรรมนูญประชาชนในปี 2540 ซึ่งอุดมการณ์ของการปฏิรูปการเมืองนี้มีลักษณะที่ผสมผสานระหว่างด้านหนึ่งที่เป็น **แนวคิดเสรีนิยม** และอีกด้านที่เป็นการเพิ่มอำนาจให้กับ **ภาคสังคม หรือ ภาคสาธารณะ** มากขึ้น โดยผ่านองค์กรตรวจสอบต่างๆ มีการขยายสิทธิด้านต่างๆ ของประชาชน และชุมชนออกไป อาทิ สิทธิผู้บริโภค สิทธิด้านสุขภาพ ซึ่งเสมือนเป็นการเพิ่มขยายดุลย์อำนาจที่ 4 ของสังคมชุมชน ที่ถ่วงดุลย์กับอำนาจการบริหาร อำนาจตุลาการ และอำนาจนิติบัญญัติ หรืออาจมองได้ว่าเป็นการเสริมอุดมการณ์ประชาสังคม หรือชุมชนนิยม การปฏิรูปการเมืองนี้จึงแฝงเร้นด้วยความขัดแย้งของสองอุดมการณ์นี้ การปฏิรูประบบราชการ การศึกษา และสุขภาพ ก็ล้วนแต่มีความขัดแย้งของสองอุดมการณ์นี้ดำรงอยู่ทั้งสิ้น พร้อมไปกับความขัดแย้งกับแนวคิดอนุรักษนิยม

การเคลื่อนไหวปฏิรูปสุขภาพ และปฏิรูปการศึกษา มีลักษณะสอดคล้องกับสภาพทางการเมืองสังคมในปัจจุบัน ที่มีทิศทางโดยรวมคือการเพิ่มอำนาจให้สังคม ประชาคม รวมทั้งการกระจายทรัพยากร และงบประมาณให้กับกลุ่มต่างๆ ทั้งการเมือง เศรษฐกิจ สังคมชุมชน อันได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ องค์กรท้องถิ่น และชุมชนที่รวมตัวกัน อันเป็นลักษณะที่กระจายตัวมากกว่าในยุคสมัยก่อนปฏิรูปที่ทั้งงบประมาณและอำนาจการจัดการทรัพยากรกระจุกตัวอยู่ในภาคอำนาจรัฐ และภาคการเมืองเท่านั้น

ภาคฝ่าย หรือ อำนาจต่างๆ 4 ฝ่าย มีแนวโน้มผูกพันกับอุดมการณ์ที่ต่าง ๆ กันไป หากจะกล่าวโดยรวมแล้ว ทั้ง 3 อำนาจเดิม (อำนาจบริหาร ตุลาการ นิติบัญญัติ) จะมีแนวโน้มอนุรักษสภาพเดิมมากกว่าที่จะสนับสนุนการขยายอำนาจไปสู่สังคม หรือ ประชาคม แต่เนื่องจากกระแสที่สืบเนื่องจากการปฏิรูปการเมืองแรงกดดันจากภาคสาธารณะ และสภาพการณ์ของโลกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้หลายส่วนจำยอมต้องสนับสนุนการผ่อนถ่ายอำนาจให้กับภาคประชาสังคม ปัญหาเมื่ออยู่ว่าจะให้อำนาจมากน้อยขนาดไหน และจะมอบให้ในทิศทางแนวคิดหรืออุดมการณ์ใดมากกว่า

กลุ่มที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเปลี่ยนแปลงจะมีทั้งส่วนที่เป็น 1) **ภาคข้าราชการ** ที่มีแนวโน้มจะอนุรักษสถานะเดิมมากที่สุด 2) **ภาคการเมือง** มีแนวโน้มจะถูกครอบงำโดยทุนขนาดใหญ่ ยุทธวิธีของกลุ่มทุนใหญ่ คือการทำลายหรือครอบงำอำนาจกลุ่มทุนและอิทธิพลท้องถิ่น โดยวิธีการที่จะให้ผลประโยชน์และทรัพยากรต่างๆ แก่ชาวบ้าน หรือกลุ่มสังคมโดยตรง เพื่อลดทอนระบบอุปถัมภ์ และอิทธิพลท้องถิ่นในลักษณะที่เป็นนโยบายประชานิยม มีการ formalize หรือ legalize องค์กรเคลื่อนไหวของภาคประชาชน จะสนับสนุนพอควรแก่กลุ่มปฏิรูปที่มีลักษณะชุมชน-ประชาคมนิยม แต่ในระยะยาวแนวทางหลักของกลุ่มทุนดังกล่าว ก็คือแนวทางตลาดเสรี คือการขยายบทบาทของภาคเอกชนเข้าแทนที่กิจกรรมต่างๆ ที่เคยเป็นของรัฐ ความขัดแย้งในทิศทางการปฏิรูประหว่างภาคการเมืองกับภาคประชาสังคมจะชัดเจนยิ่งขึ้นเรื่อยๆ และ 3) **ภาคสังคม** ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ส่วนใหญ่ ๆ คือ กลุ่มคนชนชั้นสูงและชนชั้นกลาง มีแนวอุดมการณ์ไถ่ไปเ็นทางเสรีนิยม ชนชั้นล่าง

เนื่องจากความยากลำบากในชีวิตเศรษฐกิจ ยังมีลักษณะยึดติดผลประโยชน์ทางวัตถุ พร้อมทั้งจะร่วมกับอุดมการณ์แบบต่างๆ ที่เอื้อประโยชน์ดังกล่าว อุดมการณ์ที่สำคัญ คือ แนววัตถุนิยม แนวอุปถัมภ์ แนวประชานิยม หรือ แนวที่เอื้อประโยชน์ตนเอง ส่วนที่สนับสนุนอุดมการณ์อื่นมีไม่มากนัก ส่วนที่สามเป็นกลุ่มปัญญาชน ชนชั้นกลาง ข้าราชการ สื่อมวลชน จำนวนหนึ่งจะมีแนวโน้มไปในอุดมการณ์แบบประชาคมนิยม (communitarianism) อีกส่วนหนึ่ง มีแนวโน้มไปในแนวอุดมการณ์ "ทางเลือก" คือ คัดค้านแนวทางการพัฒนาทุนนิยมและโลกาภิวัตน์ ในส่วนนี้จะส่งผลในด้านจิตสำนึก และนำไปสู่สภาวะพหุสังคม พหุวัฒนธรรม ซึ่งก็คือการดำรงอยู่และยอมรับความแตกต่างของความหลากหลายทางความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต ซึ่งก็เป็นจุดร่วมกับกลุ่มความคิดเสรีนิยมส่วนหนึ่ง

จากการวิเคราะห์ดังกล่าว สามารถคาดการณ์ได้ว่า ยิ่งเวลาทอดยาวนานออกไปมาเพียงไร ก็จะมี ความหลากหลายของกระแสความคิด รวมทั้งการจัดตั้งกลุ่มองค์กร ขบวนการมวลชน หรือ สังคมเพื่อมุ่งผลักดันการปฏิรูปไปในทิศทางที่ตัวเองต้องการ ผลลัพธ์การปฏิรูป ก็คือการต่อรองระหว่างพลังความคิด พลังสังคมฝ่ายต่างๆ นั้นเอง ในอนาคตองค์กรกลางทางด้านสุขภาพ นักวิชาการสุขภาพ จึงมีภารกิจหนักที่จะต้องสังเคราะห์อุดมการณ์ที่พึงประสงค์ของการปฏิรูปสุขภาพ การชี้แจง ตีกรอบ ได้แย่ง ข้อดี ข้อเสียกับแนวคิดปฏิรูปเช่นเสรีนิยมสุดขั้ว หรือ แนวอนุรักษนิยมสุดขั้ว

กระแสการเปลี่ยนแปลงทางด้านกฎหมายที่กระทบต่อระบบบริการสุขภาพ และกำลังคนด้านสุขภาพ

1. เนื้อหาในกฎหมาย ที่กำหนด คุณค่า ปรัชญา แนวคิด หลักการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

1.1 สุขภาพของบุคคล เป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนควรได้รับโดยเท่าเทียม

จากรัฐธรรมนูญ กำหนดไว้ชัดว่าสุขภาพเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับ อันเป็นผลให้มีการร่างกฎหมายลูกฉบับต่างๆ เพื่อรองรับประเด็นนี้ ทั้งที่เป็น(ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นส่วนที่ต่างจากการพัฒนาในระบบเดิมที่ผ่านมา ที่รัฐมุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มประชาชนที่ด้อยโอกาสอันได้แก่ ประชากรที่ยากจน พิการ ฯลฯ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะทำได้

มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง.....

ร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.....

มาตรา 5 สุขภาพของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ

มาตรา 6 สุขภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดของชุมชนและสังคม เป็นทั้งอุดมการณ์ และเป็นหลักประกันความมั่นคงของชาติ

1.2 ความเป็นองค์รวมของบริการ ประชาชนมีส่วนร่วม ฟังตนเองได้ สร้างนำซ่อม

ทิศทางการพัฒนาบริการสุขภาพเพื่ออนาคต จะพัฒนาเพื่อคุณค่าอะไร และวางอยู่บนหลักการใหญ่อะไรนั้น เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องมีการพิจารณาในขั้นแรก ๆ จากการพิจารณาในเอกสารที่เป็นรัฐธรรมนูญ (ร่าง)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีการพัฒนามาจากผู้คนในสังคมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งการพูดคุยกับนักคิด ผู้อาวุโสต่างๆ รวมทั้งกรรมการของคณะกรรมการชุดนี้ ต่างมีความเห็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ให้คุณค่าของการพัฒนาบริการที่มุ่งเน้นไปสู่การบริการที่เป็นองค์รวม ให้คุณค่าการดูแลในมิติที่มีความผสมผสานทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ให้คุณค่าการดูแล "สุขภาพ" ที่มีใช้เพียงเรื่องการเจ็บป่วย หรือ เป็นไข้ ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน และชุมชน ที่พึ่งตนเองได้ ช่วยกันเองได้ รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นมิใช่เน้นแต่การรักษาพยาบาล ให้ความสำคัญที่ประชาชน ชุมชนจะเข้ามามีส่วนในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาพดี ดังที่ปรากฏในเอกสาร (รายละเอียดดังที่แสดงในกรอบ)

คุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพ เน้นความเท่าเทียม คุณภาพ ประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้ และความเป็นบูรณาการ และความสอดคล้องกับวิถีชีวิต และสังคม ดังที่กำหนดใน ร่างพรบสุขภาพแห่งชาติ (รายละเอียดในกรอบ)

1.3 คุณค่า ประชญา แนวคิด และหลักการของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน จะยั่งยืนต่อเนื่องเพียงใด

ตามที่กล่าวข้างต้นแสดงถึงความคิด ความหวัง และความพยายามที่จะปฏิรูประบบบริการสุขภาพปัจจุบันให้ไปสู่คุณสมบัติใหม่ที่ดีขึ้น แต่คำถามที่เกิดขึ้นในการพัฒนาต่อไปก็คือ คุณค่า ประชญา แนวคิดเหล่านี้จะยังคงเป็นกระแสหลักที่กำหนดกลไก รายละเอียดการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมในชีวิตจริงอีกยาวนานเพียงใด ซึ่งน่าจะมีองค์ประกอบสำคัญที่มีผลกำหนด คือ

1. ความเข้าใจที่ชัดเจน และจุดยืนที่มั่นคงต่อปรัชญาแนวคิดของผู้มีส่วนกำหนดนโยบาย อันจะเป็นส่วนกำหนดให้มีการขับเคลื่อนงานเพื่อรองรับการพัฒนาในทิศทางดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง จริงจัง
2. การแปลปรัชญา แนวคิดหลักการเหล่านี้ที่เป็นนามธรรมไปสู่รูปธรรมการปฏิบัติจริง นั้นสอดคล้อง ตรงกันหรือไม่อย่างไร ทั้งในส่วนที่เป็นโครงสร้าง องค์การบริหาร และกระบวนการบริการ หากไม่ชัดเจน หรือ การดำเนินการจริงย่อมจะประสบกับแรงต้าน แรงทานในการคงสภาพเดิม หรือ การที่ผู้ให้บริการยังต้องการบริการตามที่ตนเองสะดวก หรือความไม่พร้อมขององค์ประกอบต่างๆ ก็อาจส่งผลให้ผลการปฏิบัติจริงในสังคมไม่เป็นไปตามแนวคิด หลักการที่มุ่งหวังไว้ในเบื้องต้น
3. ความเข้าใจ ยอมรับต่อแนวคิด หลักการนี้ของประชาชน สังคม ที่พร้อมจะออกมาสะท้อนความเห็น หรือ ร่วมตรวจสอบในกรณีที่ได้ดำเนินการบริการไม่ได้เป็นไปตามเป้าประสงค์

ฉะนั้นการคิดพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม ยั่งยืน เป็นไปได้ในอนาคต จึงต้องคำนึงถึงประเด็นต่างๆ ตามที่กล่าวข้างต้น ต้องพิจารณาการแปลแนวคิดสู่รูปธรรมอย่างระมัดระวัง เพื่อมิให้เกิดปัญหาผิดเพี้ยนไป เหมือนกับการพัฒนาบางเรื่องในอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งจำเป็นต้องพิจารณาถึงการพัฒนากลไกที่จะปรับให้เกิดสมดุลระหว่างกลไกต่างๆ ในสังคมเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีของประชาชนด้วย

2. ปรัชญา แนวคิด ในการพิจารณาเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต แนวคิดในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ ต่างยอมรับความเป็นสหวิชาชีพ และการร่วมมือระหว่างสาขาต่างๆ มากกว่าขึ้นกับสาขาใดสาขาหนึ่ง อีกทั้งยอมรับที่ต้องทำงานร่วมกับประชาชน ชุมชน บุคลากรสาขาอื่นที่นอกสาขารณสุข แต่มีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพด้วย

ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 3

บุคลากรด้านสาธารณสุข หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและบุคคลอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข หมายความว่าระบบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การวางแผน การผลิต การใช้ การบริหารจัดการ การพัฒนา การวิจัย และการประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพ และระบบการศึกษา และเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ ด้วย

ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ เป็นธรรมาภิบาล สอดคล้องกับทิศทางกับระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์

3. -ข้อกำหนดที่กำหนดกลไกสำคัญในระบบสุขภาพ

3.1 มีกลไกใหม่ที่กำหนดระดับนโยบายในด้านระบบสุขภาพ ที่ประสานระหว่างกระทรวง

กลไกที่มีการกำหนดเพิ่มขึ้นใน(ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อแก้ปัญหาจุดอ่อนเชิงโครงสร้างในปัจจุบัน คือ **คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ** ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ซึ่งเป็นความพยายามของผู้จัดทำที่จะสร้างให้เกิดกลไกประสานงานในภาพกว้างที่นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข และมีการประสานระหว่างกระทรวง เพื่อเสนอแนะและให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรี และรัฐสภาเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวมทั้งให้คำปรึกษาต่อองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในส่วนที่เกี่ยวกับการดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ตลอดจนติดตาม ประเมินผล กำหนดมาตรการเพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งการจัดให้มีกลไกเฉพาะเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

แต่กลวิธีที่จะดำเนินงานได้ตามที่กำหนดในร่างพระราชบัญญัติหรือไม่ นั้น เป็นส่วนที่ต้องมีการพิจารณาวิธีการปฏิบัติจริงต่อไป

กลไกอีกส่วนที่มีการกำหนดขึ้นเกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คือ **คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีอำนาจหน้าที่โดยสรุป คือ กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขและเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุน ประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่วัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไรในการดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

-3.2 มีภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกรรมการระดับนโยบายมากขึ้น

ตัวแทนภาคประชาชน องค์กรเอกชนด้านต่างๆ ถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของกรรมการชุดต่างๆ ดังพิจารณาได้จากองค์ประกอบในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมมาตรฐาน แต่ประเด็นที่ต้องติดตามคือ การพัฒนาความสามารถของประชาชนในการให้ความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจประเด็นที่เกี่ยวข้องได้อย่างเท่าเทียม

แต่ขณะเดียวกันก็มีตัวแทนวิชาชีพเข้าไปเป็นองค์ประกอบหนึ่งของกรรมการด้วย

3.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาท และร่วมกำหนดในเรื่องการพัฒนาระบบสุขภาพมากขึ้น

จากพระราชบัญญัติกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2544 ?? ทำให้กลไกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ มีส่วนขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ เข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งในส่วนที่เป็นการจัดสรรงบประมาณ ส่วนที่เป็นผู้ดำเนินการในด้านบริการสุขภาพ แต่ศักยภาพและความสามารถในการดำเนินงานด้านสุขภาพมีความหลากหลาย และยังคงมีความขัดแย้งระหว่างองค์กรรัฐเดิม กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำหนดบทบาทขององค์กรแต่ละส่วน

3.4 การแบ่งบทบาทระหว่าง purchaser & providers ยังไม่ชัด ปนกัน

หากพิจารณาจากองค์ประกอบของกรรมการจะมีทั้งที่เป็นวิชาชีพ เป็นผู้ให้บริการ ร่วมในองค์กรกรรมการที่เป็นผู้กำหนดการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งยังไม่เป็นไปตามหลักการที่กำหนดในเรื่องการแยกผู้ซื้อ กับผู้ให้บริการทั้งหมด

4. กำหนดกระบวนการดำเนินงานในระบบสุขภาพ

มีการจัดการให้ประชากรต้องเลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาลประจำครอบครัว ตามพระราชบัญญัติการประกันสุขภาพแห่งชาติ อันเป็นความพยายามในการลงป้จัดระบบประชาชน ให้เป็นไปตามกฎหมายของรัฐ เพื่อหวังให้เกิดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ครอบคลุมประชากรทุกคนอย่างทั่วถึง และมีการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและดูแลอย่างต่อเนื่อง การกำหนดนี้ส่วนหนึ่งถือว่าเป็นเจตนาที่ดีในการจัดบริการให้เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ แต่การจะบรรลุผลตามเจตนาหรือไม่ขึ้นกับการจัดการในการปฏิบัติงานจริงที่จะมีความยืดหยุ่น และปรับตัวให้สอดคล้องกับลักษณะการเคลื่อนย้ายของประชากรไทยมากขึ้นเพียงใด หากยืดหยุ่นน้อยก็จะเกิดผลด้านลบกับประชาชนในการเข้าถึงบริการที่ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎหมายของรัฐได้

มีการใช้กลไกทางการเงิน เพิ่มเติมจากการบริหาร และใช้เป็นกลไกกำกับประเมิน ติดตามผลการให้บริการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่ตกลงกันระหว่างผู้ซื้อกับผู้ให้บริการ ตามที่กำหนดโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มีการควบคุมมาตรฐาน โดยใช้กลไกทางการเงิน และองค์กรตรวจสอบเข้ามาเกี่ยวข้อง

การให้มีองค์กรภายนอก และผู้ให้บริการเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนด ควบคุม กำกับมาตรฐานของการบริการได้เป็นกระแสใหญ่มากขึ้น เพียงแต่คุณภาพของเทคโนโลยี และวิธีการดำเนินการยังเป็นประเด็นที่ยังอยู่ในระหว่างการเรียนรู้ และการพัฒนาไปพร้อมกัน

ทั้งหมดนี้ อาจกล่าวโดยสรุปว่า ในการพัฒนาระบบสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพในอนาคตนั้น จะมีองค์กร ภาคส่วนต่างๆ ทั้งรัฐ เอกชน ชุมชน องค์กรท้องถิ่น และองค์กรวิชาชีพเข้ามีส่วนร่วม มีบทบาทตามกลไกย่อยต่างๆ ที่กำหนดขึ้นใหม่ในกฎหมายมากขึ้น อันได้แก่ พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติกำหนดขึ้นตอนการกระจายอำนาจ แนวโน้มอนาคตจะมีวิธีการจัดการในลักษณะที่เป็นการประสานแนวนอน หรือ เป็นการต่อรองอำนาจระหว่างองค์กรย่อยต่างๆ มากกว่าที่จะเป็นการกำหนดจากอำนาจรัฐแนวดิ่งจากรัฐส่วนกลางแต่เพียงส่วนเดียว องค์กรที่ดำเนินการในด้านสุขภาพจะมีลักษณะที่เป็นองค์กรย่อยอิสระเป็นส่วนย่อยเพิ่มขึ้น แทนที่จะเป็นองค์กรใหญ่องค์กรใดองค์กรหนึ่ง มีวิธีการจัดการจะมีลักษณะที่ใช้มาตรการทางการเงิน การทำสัญญาระหว่างกัน และการตรวจสอบด้วยวิธีแบบประเทศทางตะวันตกเพิ่มมากขึ้น จะสอดคล้องกับลักษณะวัฒนธรรมของสังคมไทยมากขึ้นเพียงใด ย่อมขึ้นกับการเตรียมความพร้อมขององค์กรภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการทำให้ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

สรุปประเด็นสำคัญเพื่อพิจารณาการพัฒนากระบวนการสุขภาพ และบุคลากรสุขภาพที่จำเป็นในอนาคต

ปรัชญา หลักการ ที่กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

- ◆ สุขภาพเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ประชาชนควรได้รับโดยเท่าเทียม
- ◆ เป้าหมายของบริการสุขภาพ คือ ประชาชน ชุมชนมีคุณภาพชีวิตดี สุขภาพดีอย่างพอเพียง และพึ่งตนเองได้
- ◆ ทิศทางของการพัฒนาสุขภาพ คือ เน้นความเป็นองค์รวมของบริการสุขภาพ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เน้นให้ประชาชน และชุมชนมีศักยภาพในการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ
- ◆ คุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพ เน้นความเท่าเทียม คุณภาพ ประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกัน เน้นความเป็นบูรณาการ มีปัญญาเป็นฐาน พัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในอนาคต

- ◆ ระบบการเคลื่อนไหวทางสังคม และการกระจายอำนาจ ทำให้กลุ่มองค์กรที่มีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงมีมากขึ้น มิใช่ขึ้นกับการสั่งการจากรัฐบาลส่วนกลางมากขึ้น รวมทั้งองค์กรทางสังคม องค์กรชุมชน และประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้นในการตัดสินใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง
- ◆ กระแสโลกาภิวัตน์กระทบต่อสภาพข่าวสาร การเปลี่ยนแปลงในด้านวิถีการทำมาหากิน และการดำรงชีวิตของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
- ◆ การเปลี่ยนทางประชากรที่กลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เด็กเล็กมีแนวโน้มลดลง กลุ่มวัยทำงานเป็นสัดส่วนใหญ่ของประชากร ประชากรจะมีความรู้พื้นฐานเพิ่มสูงขึ้น
- ◆ การเปลี่ยนด้านสังคมที่มีลักษณะการดำรงอยู่แบบแยกส่วนเป็นกลุ่มเล็กๆ เพิ่มมากขึ้น การรวมกลุ่มเป็นชุมชนใหญ่ในเขตพื้นที่เดียวกัน ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 ที่อยู่เป็นแบบครอบครัวขยายมีเพียงร้อยละ 30 แต่ระบบการสื่อสารจะติดต่อผ่านทางเทคโนโลยีสื่อต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ลักษณะวิถีการทำมาหากินจะเป็นลักษณะที่เปลี่ยนจากภาคเกษตรไปเป็นภาคอุตสาหกรรม และบริการ การประกอบอาชีพเพื่อหาเงิน ได้รายได้มาซื้อของอุปโภค บริโภค มากกว่าการประกอบอาชีพแบบหาเลี้ยงชีพ พึ่งตนเอง
- ◆ การเปลี่ยนทางด้านระบบวิธีทำงาน และปฏิรูประบบราชการ มีแนวโน้มทำให้การทำงานภาครัฐมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มประสิทธิภาพ มุ่งเน้นผลลัพธ์งานมากขึ้น องค์กรบริการน่าจะมีแนวโน้มที่มีขนาดเล็กลง และแตกตัวเป็นองค์กรอิสระที่มีภารกิจจำเพาะมากขึ้น

ปัญหาเชิงระบบที่สำคัญในภาพรวม

- ◆ การวางแผนดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาเป็นการพิจารณาตามค่าเฉลี่ยของสภาพโดยรวม เพื่อวางแผนในระดับมหภาคเป็นหลัก และดำเนินการในลักษณะเดียวกันทั่วประเทศ การปรับกลวิธีให้เหมาะสม

ตามสภาพพื้นที่ในระดับจุลภาคยังทำได้น้อย ขาดการประเมินสภาพปัญหาพื้นที่อย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการวางแผนพื้นที่

- ◆ การพัฒนายังมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นวัตถุ อุปกรณ์มากกว่าการพัฒนาที่ขีดความสามารถของบุคคลากรให้สามารถปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบทบาทและภารกิจที่มีการปรับเปลี่ยนอย่างเป็นพลวัตร
- ◆ การดำเนินงานของรัฐยังเป็นลักษณะที่ใช้การสั่งการจากส่วนกลางให้หน่วยงานพื้นที่ดำเนินการตามเป็นหลัก ไม่ได้มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลากรในพื้นที่ให้มีความสามารถในการประเมินสภาพปัญหาและคิดค้นมาตรการ วิธีการเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพ หรือการพัฒนาสุขภาพด้วยตนเองอย่างสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของพื้นที่
- ◆ การดำเนินงานยังเป็นลักษณะที่มองบทบาทของวิชาชีพด้านสาธารณสุขเป็นหลัก ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาบทบาทของประชาชน และบุคคลากรในสายงานอื่นๆ ที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขน้อย ที่ผ่านมามีการดำเนินการบ้างแต่ไม่ต่อเนื่อง และบางส่วนวิธีการทำงานยังไม่เกิดประสิทธิผล
- ◆ การจัดการเพื่อหาองค์ความรู้ในการพัฒนาสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังอิงอยู่ในส่วนที่เป็นชีวภาพการแพทย์ เป็นความรู้ในส่วนที่จัดการเกี่ยวกับการดูแล "โรค" ที่แยกส่วน มากกว่าการดูแลเพื่อเสริมศักยภาพของประชาชนให้แข็งแรง และมีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นองค์รวม และส่วนใหญ่ยังอิงกับทฤษฎี เทคโนโลยีด้านตะวันตก รวมทั้งยังปรับให้เป็นพลวัตรตามสภาพการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ได้ไม่ทัน การจัดการเพื่อหาองค์ความรู้ในด้าน "สุขภาพ" ของประชาชนไทย และสังคมไทยยังมีน้อย จึงทำให้การจัดการด้านสาธารณสุขในปัจจุบันหลายส่วนไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงด้านสุขภาพของประชาชน มีช่องว่างระหว่างความรู้วิชาการด้านสาธารณสุขกับการปฏิบัติได้ในชีวิตจริง

ประเด็นการพัฒนาเพื่อบริการสุขภาพที่จำเป็นในอนาคต

อาจแบ่งพิจารณาเป็นกลุ่มๆ ตามลักษณะงาน และความแตกต่างในการพัฒนา ดังนี้ (ดังภาพที่ 1 ซึ่งบริการต่างๆ ที่กล่าวต่อไปนี้ในการปฏิบัติจริง จะมีการซ้อนทับ และเชื่อมโยงกันอย่างมาก แต่การเสนอแยกเป็นกลุ่มนี้เพื่อให้เห็นความสำคัญจำเพาะที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งประเด็นการพัฒนา และการจัดการแก้ปัญหาที่มีลักษณะที่ต่างกัน ตลอดจนกลุ่มคน องค์กรที่เกี่ยวข้องมีน้ำหนักที่ต่างกัน)

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพ

- ส่วนที่เป็นการดูแลสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว

ส่วนนี้ยังต้องมีการพัฒนาในระดับคุณภาพมากขึ้น ต้องการบุคลากรสาธารณสุขเดิมที่ให้บริการด้วยความคิด มุมมองที่กว้างขึ้น เป็นองค์รวม และมีทักษะในการสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนได้ดีมากขึ้น

- ส่วนที่เป็นการสร้างสุขภาพระดับชุมชน และที่เป็นนโยบายสาธารณะ

ส่วนนี้ยังมีปัญหาในด้านประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพของวิธีดำเนินงาน ยังต้องการการคิดพัฒนาระบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตอบสนองการพัฒนาสุขภาพของประชาชนได้ตรงประเด็น

ส่วนนี้ยังต้องการบุคลากรที่มีพื้นความรู้ และทักษะในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น

ส่วนนี้ เป็นส่วนที่องค์กรอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุขควรจะเข้ามามีบทบาทในการดำเนินการมากขึ้น ทั้งส่วนที่เป็นองค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่ไม่ใช่เฉพาะ กระทรวงสาธารณสุข

2. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บริการส่วนนี้มีปัญหามากทั้งในด้านความครอบคลุมบริการที่เข้าถึงได้ง่าย ทันเวลา และปัญหาในระดับคุณภาพของบริการในสถานพยาบาลที่ตอบสนองรวดเร็ว ทันเวลา รวมทั้งปัญหาในส่วนที่เป็นบริการขนส่งผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุไปยังสถานพยาบาลที่ยังล่าช้า และดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้นไม่เหมาะสม

ประเด็นการพัฒนาประกอบด้วยทั้งส่วนที่เป็นการปฐมพยาบาล โดยประชาชนหรือผู้เกี่ยวข้องเบื้องต้นก่อนถึงสถานพยาบาล ที่ต้องการปรับทัศนคติและความสามารถของประชาชนในการดูแลเบื้องต้นได้เหมาะสม การให้บริการเพื่อรับแจ้งเหตุฉุกเฉินและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่ต้องการการจัดระบบและจัดหาบุคลากรที่มีทักษะการดูแลฉุกเฉินที่มีจำนวนพอเพียง ครอบคลุมได้ทั่วถึง และส่วนที่เป็นระบบดูแลฉุกเฉินในโรงพยาบาล/สถานพยาบาล ที่ต้องการพัฒนาระบบให้มีขีดความสามารถดีขึ้น รวมทั้งต้องการบุคลากรวิชาชีพที่ดูแลปัญหาฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

3. บริการสุขภาพพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย

บริการดูแลสุขภาพผสมผสาน ที่เป็นพื้นฐาน ด้านแรก

บริการสุขภาพทางการแพทย์ที่ซับซ้อนขึ้น เป็นระดับตติยภูมิ

บริการสุขภาพทางการแพทย์ที่ซับซ้อน บริการเฉพาะทาง ในระดับตติยภูมิ

- ◆ บริการส่วนนี้เป็นบริการเดิม ที่ควรมีการทบทวนโครงสร้างของสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้บริการว่าจะจัดระบบใหม่อย่างไรเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพครอบคลุมพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมอย่างไร ทำอย่างไรจึงจะกระจายให้เหมาะสม พร้อมกับทำให้บริการนี้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างไร และยังคงพัฒนาเรื่อง การเชื่อมต่อบริการระหว่างบริการต่างระดับให้ราบรื่น
- ◆ เนื่องจากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพเรื้อรังมีสัดส่วนมากขึ้น แต่ระบบบริการเดิมพัฒนาขึ้นมาเพื่อรองรับปัญหาที่เฉียบพลันมากกว่าการดูแลต่อเนื่อง ฉะนั้นจำเป็นต้องปรับบริการบางส่วนให้ตอบสนองต่อการดูแลปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ◆ เป็นส่วนที่ควรมีการทบทวนว่าจะให้องค์กรท้องถิ่น ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาปรับโครงสร้าง การบริการให้สอดคล้องกับชุมชนมากขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น พร้อมกับมีการพัฒนาที่ต่อเนื่องได้อย่างไร

4. บริการสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนนี้เป็นทั้งที่เป็นบริการเดิม ซึ่งเป็นส่วนที่รัฐยังมีบทบาทน้อย และเป็นบริการที่แยกส่วนตามกระทรวง และส่วนที่ประชาชน ชุมชนดูแลกันเองตามสภาพ มากกว่าการพิจารณาจัดระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม ทั่วถึง และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องดีขึ้น ลักษณะบริการในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นด้านการรักษามากกว่า การป้องกันและการฟื้นฟูทำได้น้อย และเป็นงานเชิงรับมากกว่ารุก เป็นการดูแล

บริการระยะสั้นมากกว่าระยะยาว จำเป็นต้องมีการพิจารณาเรื่องการออกแบบระบบบริการด้านนี้ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย และพิจารณาไปพร้อมกับความสามารถของประชาชนในการดูแลตนเองได้ไม่เท่ากัน ทั้งส่วนที่เป็นกลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มชนบท กลุ่มคนเมือง รวมทั้งการพิจารณาเรื่องการลงทุนเพื่อการดูแลกลุ่มนี้ใครบ้างจะเป็นหุ้นส่วนในสัดส่วนอย่างไร

แนวคิดหลักในการจัดระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ 1) การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีคุณภาพตั้งแต่วัยต้นของชีวิต 2) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้ดำรงอยู่ในวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพในสังคมที่กำลังพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 3) การสนับสนุนและเกื้อกูลให้ผู้สูงอายุที่ผ่านเข้าสู่ระยะพึ่งพาสามารถดำรงชีพอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพ ซึ่งจะโยงกับมิติหลักประกัน 6 ด้าน คือ หลักประกันด้านสุขภาพ หลักประกันด้านการเงิน (รายได้) หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม หลักประกันด้านผู้ดูแล หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน และหลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

บริการกับกลุ่มนี้มีความคาบเกี่ยวเชื่อมโยงระหว่างบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข กับบริการที่เป็นสวัสดิการสังคมมาก ควรต้องมีการพิจารณาว่าจะเชื่อมต่อยังมือ บูรณาการงานกันอย่างไร และจะร่วมมือกับชุมชน สังคมในการพัฒนาระบบดูแลอย่างไรเพื่อให้เกิดหลักประกันในการดูแลสุขภาพได้อย่างพอเพียงเหมาะสม และยั่งยืน

บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบริการกับกลุ่มนี้ จะประกอบด้วยทั้งกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข กลุ่มนอกรวิชาชีพสาธารณสุข กลุ่มบริการทางสังคม และกลุ่มแพทย์แผนไทย ครอบครัว ชุมชน ในอนาคตจะจัดระบบหรือแบ่งบทบาท ช่วยเหลือกันดูแลอย่างเป็นบูรณาการได้หรือไม่ อย่างไร

5. บริการสำหรับผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส กลุ่มประชากรเฉพาะต่าง ๆ

บริการนี้ยังมีช่องว่างในเชิงระบบ และในเชิงคุณภาพบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ ในอนาคตที่มีการจัดระบบบริการตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พิจารณาภาพรวมของประชากร การจัดระบบมีความแข็งแกร่งมากขึ้น จะทำให้กลุ่มประชากรผู้ด้อยโอกาส กลุ่มประชากรเฉพาะที่มีความต้องการในลักษณะพิเศษต่างจากประชากรรวมจะเข้าถึงบริการได้น้อยลง ยกเว้นแต่ระบบใหญ่จะมีการเตรียมการยืดหยุ่น หรือ มีบริการเฉพาะเพื่อกลุ่มเหล่านี้แยกเฉพาะ เช่น กรณีผู้พิการที่ต้องการบริการฟื้นฟูสภาพที่มากกว่าบริการพื้นฐานตามสิทธิประโยชน์ กลุ่มประชากรชาวเขา ประชากรในพื้นที่ทุรกันดารที่เข้าถึงบริการพื้นฐานได้น้อย กลุ่มชุมชนแออัดในเมืองที่ไม่สามารถเช่าบ้านอยู่ในพื้นที่พักอาศัย

6. บริการสำหรับประชากรเคลื่อนย้ายทั้งที่เป็นคนไทย และประชากรต่างด้าว

ควรต้องมีการพิจารณาว่าประชากรกลุ่มนี้มีปัญหาในการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่เป็นบริการหลักหรือไม่ อย่างไร และต้องปรับระบบบริการพื้นฐานหลักให้สอดคล้อง หรือไม่

แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในส่วนที่เป็น unskilled labor จะเพิ่มมากขึ้น เพราะแนวโน้มประชากรไทยมีการศึกษาดีขึ้น และจะไม่ค่อยทำงานในส่วนที่เป็นแรงงานไร้ฝีมือ ค่าแรงต่ำ มีประชากรในประเทศเพื่อนบ้านที่ลักลอบเข้ามาทำงานในประเทศไทย

ขณะเดียวกันคนไทยก็ไปทำงานในต่างประเทศ จะมีการดูแลที่ต่อเนื่องหรือครอบคลุมหรือไม่อย่างไร

7. บริการการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก

ทิศทางการบริการส่วนนี้ จะเป็นทั้งบริการเพื่อการพึ่งตนเองของประชาชน และชุมชนเอง และส่วนที่เป็นบริการทางเลือกนอกเหนือจากบริการทางการแพทย์แผนตะวันตก หรือเป็นบริการที่ช่วยเสริมระบบบริการหลักให้ครอบคลุมสภาพปัญหาอย่างรอบด้านมากขึ้น

ควรมีการพิจารณาเรื่องการควบคุม กำกับคุณภาพมาตรฐานของบริการด้านนี้ให้เหมาะสม

บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย จะมีการพัฒนาอย่างไร จะบูรณาการกับระบบแผนตะวันตกหรือไม่ อย่างไร หรือจะเพิ่มขีดความสามารถ ปรับให้มีมาตรฐานคุณภาพอย่างไร

8. บริการที่เป็นการสร้างเสริมศักยภาพให้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ในประเทศไทยก็ได้มีความพยายามพัฒนาดำเนินการพัฒนาบริการในส่วนนี้มาตลอด แต่ปัญหาอยู่ที่ประสิทธิผลของการดำเนินการ การดำเนินการบางส่วนไม่ต่อเนื่อง และมักมองการพัฒนาศักยภาพของประชาชนเพียงเป็นการให้ข้อมูลที่เป็นวิชาการ แต่ขาดกระบวนการพัฒนาด้านอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อให้มีการปฏิบัติได้ อีกทั้งข้อมูลที่เผยแพร่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนไม่มาก โดยเฉพาะกับประชาชนผู้ด้อยโอกาส และประชาชนในชนบท

ส่วนนี้ถือว่าเป็นบริการที่เป็นแกนสำคัญของบริการทุกส่วน ทุกระดับ ที่ควรต้องมีการพิจารณาว่าจะมีกระบวนการบูรณาการเข้าไปในเนื้อบริการด้านต่างๆ ระดับต่างๆ อย่างไร จะมีการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองได้เพิ่มขึ้นอย่างไร

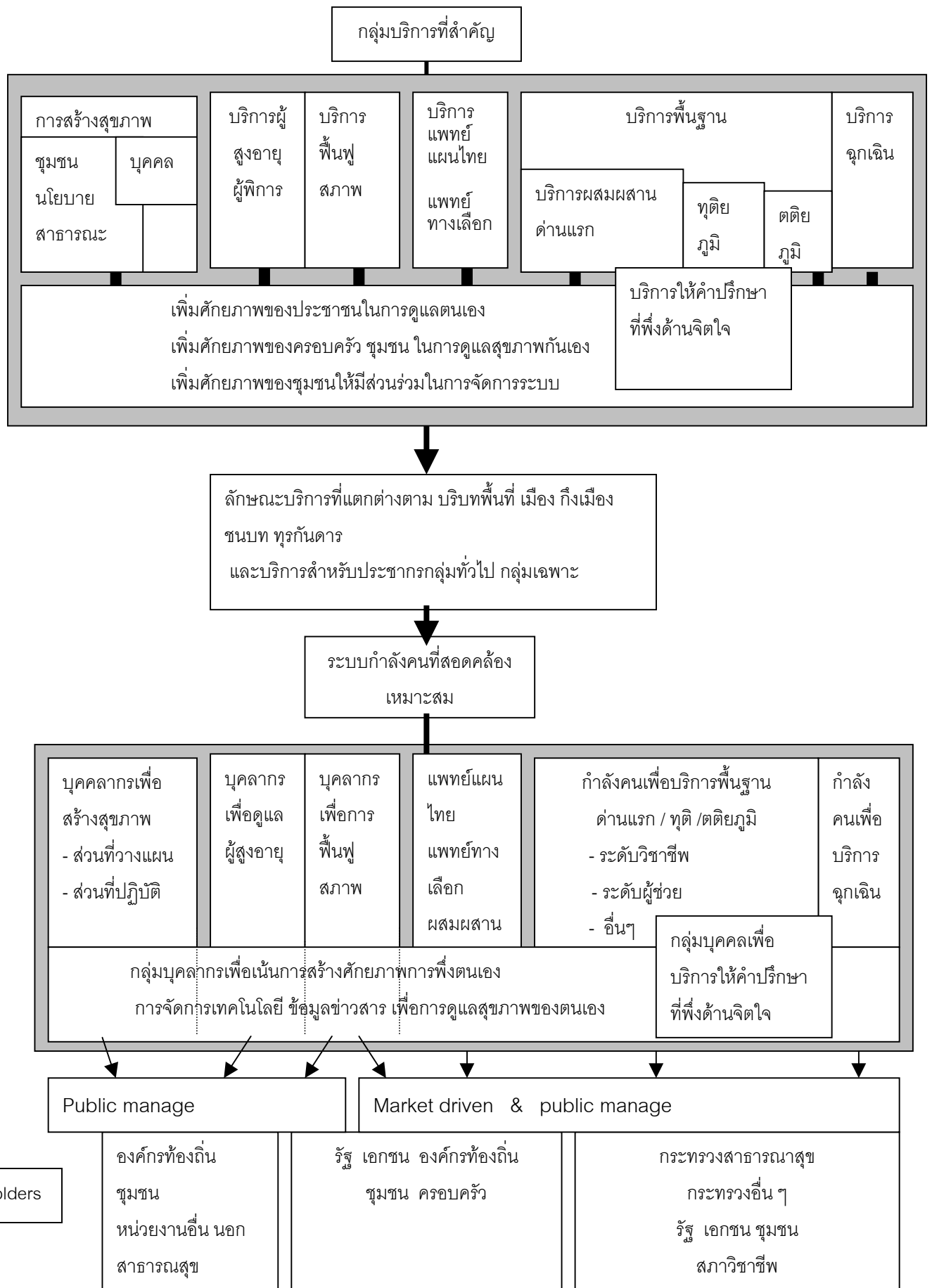
ระบบข้อมูลข่าวสารที่เข้ามาที่ประชาชนมีมากมาย จะมีระบบที่ช่วยคัดกรองข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หลอกลวง หรือ ทำให้ข้อมูลเข้าถึงง่าย หาได้ง่าย ใช้ได้ง่ายอย่างไร

ควรมีบุคลากรที่เข้ามาทำหน้าที่ เป็นผู้ช่วยกลั่นกรองข้อมูลให้ประชาชน ช่วยจัดหาข้อมูลที่มีประโยชน์ มาเติมเสริมให้ประชาชน หรือไม่ว่าอย่างไร บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการด้านแรกที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีศักยภาพและโอกาสที่จะทำบทบาทนี้ได้ดี แต่ยังคงมีกระบวนการเพื่อการปรับกระบวนการทำงาน และพัฒนาให้มีความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่เป็น facilitators การเรียนรู้ต่อเนื่องเพื่อให้ทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน และเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการพัฒนากลุ่มนี้ที่จะมีประสิทธิผล ประสิทธิภาพเป็นอย่างไร และจะมีความแตกต่างตามบริบทหรือไม่ อย่างไร

9. บริการให้คำปรึกษา บริการเพื่อลดความเครียด และเป็นที่พัก ที่ระบายทางด้านจิตใจ

สืบเนื่องจากสภาวะสังคมที่มีความเครียดเพิ่มมากขึ้นจากลักษณะที่วิถีชีวิตต้องดิ้นรน แข่งขันมากขึ้น แหล่งที่พึ่งเดิมทางด้านจิตใจในสังคมไทย อันได้แก่ ครอบครัว ญาติ พระภิกษุ ก็เริ่มมีบทบาทและเป็นที่พึ่งได้ลดลง บางส่วนก็อาจจะยังมีบทบาทในด้านนี้แต่ไม่มีความเข้าใจและทักษะที่ดีพอในการช่วยเหลือ สภาพความเป็นอยู่ที่อยู่กระจัดกระจายห่างไกลกันมากขึ้น ก็ทำให้แสดงบทบาทได้ยาก ในขณะที่แหล่งบริการให้คำปรึกษาที่เป็นมืออาชีพก็ยังไม่พัฒนาได้น้อย และประชาชนยังไม่คุ้นเคยในการใช้บริการดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการพิจารณาว่าจะพัฒนาบริการเพื่อเป็นที่พึ่ง ที่ช่วยเหลือทางด้านจิตใจของบุคคลและครอบครัวในสังคมไทยอย่างไรจึงจะเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

ภาพที่ 1 แสดงลักษณะกลุ่มบริการสำคัญที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาในอนาคต โดยแยกตามลักษณะการ approach เพื่อแก้ปัญหา



การพิจารณาว่าบริการส่วนใดจะเป็นไปตามกลไกตลาด หรือส่วนที่รัฐต้องจัดการ

บริการที่มีแรงผลักดันจากตลาด มีหลักพิจารณา คือ

- ◆ เป็นบริการที่ประชาชนรับรู้ความต้องการได้เอง
- ◆ เป็นบริการที่ประชาชนสามารถจัดหาตอบสนองได้เอง
- ◆ เป็นบริการที่สามารถมีผลกำไรให้แก่ผู้ประกอบการได้

ได้แก่ บริการรักษาพยาบาลทั่วไป บริการส่งเสริมสุขภาพบางประเภท บริการเพื่อความสวยงาม

บริการสำหรับประชากรที่มีฐานะเศรษฐกิจดี มีการศึกษาดี และพักอาศัยในสถานที่ที่มีหน่วยบริการสุขภาพ

บริการที่รัฐสนับสนุน จัดการ มีหลักการพิจารณา คือ

- ◆ เป็นบริการที่ประชาชนไม่รับรู้ หรือตระหนักต่อความจำเป็นได้อย่างชัดเจน
- ◆ เป็นบริการสำหรับประชาชนที่ไม่มีกำลังในการจัดหาบริการนั้นได้ด้วยตนเอง
- ◆ เป็นบริการที่ไม่สามารถหากำไรได้
- ◆ เป็นบริการที่ต้องการการดูแลระยะยาว
- ◆ เป็นบริการที่ต้องใช้อำนาจรัฐ

ได้แก่ บริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บริการรักษาพยาบาลสำหรับประชากรที่มีฐานะยากจน ผู้ด้อย

โอกาสกลุ่มต่างๆ บริการในพื้นที่ทุรกันดาร งานคุ้มครองผู้บริโภค การจัดการมลพิษสิ่งแวดล้อม

บริการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพง

ตัวอย่างพิจารณาว่าบริการควรเป็นลักษณะให้ปฏิบัติตามกลไกตลาด หรือ รัฐจัดการสนับสนุน

	ชาวต่าง ประเทศ	เมือง		กึ่งเมือง		ชนบท ทั่วไป	ชนบท ทุรกันดาร
		ปชก.มี ฐานะ	ปชก.ด้อย โอกาส	ปชก.มี ฐานะ	ปชก.ด้อย โอกาส		
รักษาพยาบาล	ตลาด	ตลาด	รัฐ	ตลาด	รัฐ	รัฐ จัดการ สนับสนุน	
ฟื้นฟูสภาพ	ตลาด	ตลาด/รัฐ	รัฐ	ตลาด/รัฐ	รัฐ		
ป้องกันโรค/ความ เสี่ยง		รัฐจัดการ ดำเนินการ					
สร้างเสริมสุขภาพ		ตลาด /รัฐ	รัฐ	ตลาด /รัฐ	รัฐ	รัฐ สนับสนุน	
เสริมศักยภาพการ พึ่งตนเอง		ตลาด /รัฐ	รัฐ	ตลาด /รัฐ	รัฐ	รัฐ สนับสนุน	

ส่วนหน่วยที่ทำหน้าที่ดำเนินการ หรือให้บริการนั้น อาจมีลักษณะได้หลากหลาย ทั้งที่เป็นรัฐ หรือเอกชน หรือชุมชนให้บริการเองโดยรัฐสนับสนุน ทั้งนี้คงต้องพิจารณาเป็นรายละเอียด

ประเด็นสำหรับกำลังคน

ใครเป็นผู้ลงทุนในการผลิต และพัฒนาสำหรับบุคลากรแต่ละกลุ่ม ใครเป็นผู้จัดการดูแลให้เป็นไปตามแผน และองค์กรใดทำหน้าที่ดำเนินการผลิต และพัฒนาบุคลากร จะมีกลไกการกำกับคุณภาพผลงานอย่างไร บุคลากรเพื่อการบริหาร จะผลิตอย่างไร กระจาย และใช้อย่างไรจึงจะพอดีกับความจำเป็นด้านสุขภาพ

สร้างสุขภาพกับกำลังคนด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิด

ก. ความหมายสุขภาพ

เมื่อกล่าวถึงสุขภาพ ปัจจุบันมีผู้รู้หลายท่านได้ให้คำนิยามซึ่งถือเป็นความหมายของสุขภาพไว้ แต่ที่ดูเหมือนจะได้รับการอ้างถึงบ่อยครั้งก็คือ คำนิยามขององค์การอนามัยโลก ที่สรุปได้ว่า “...สุขภาพคือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ” ซึ่งคำนิยามนี้ได้แสดงให้เห็นองค์ประกอบของสุขภาพ แต่ที่สำคัญก็คือคำนิยามนี้ยังไม่มีลักษณะเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการ การนำไปใช้อยู่ที่ความแตกต่างของวิธีคิดและมุมมอง ของบุคคล ทำให้ลักษณะการนำนิยามนี้ไปแปลความใช้ในทางปฏิบัติ มีความกว้างขวางและลึกซึ้งต่างกัน แม้ในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งปัจจุบันมีอยู่หลายฉบับ ก็ยังก้ำกึ่งให้นิยามของคำว่าสุขภาพ แตกต่างกัน

ข. ปรัชญา และอุดมการณ์ของสุขภาพ

เพื่อให้เข้าใจตรงกันเกี่ยวกับ “สุขภาพ” อันจะนำไปสู่ความชัดเจนในเรื่อง “การสร้างสุขภาพ” ควรจะต้องทำความเข้าใจในประเด็น ปรัชญา และอุดมการณ์ของสุขภาพรวมถึงการสร้างสุขภาพ ซึ่งเบื้องต้นสรุปได้ว่า

- 1) สุขภาพเป็นของประชาชน การพัฒนาสุขภาพหรือการสร้างสุขภาพเป็นเรื่องที่ประชาชนต้องให้ความสนใจดูแล ดังนั้นการดูแลสุขภาพของคนไทยต้องเป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคน
- 2) สุขภาพเป็นพื้นฐานของชีวิต สุขภาพคือชีวิตที่แข็งแรงทั้งกายและใจ
- 3) เป้าหมายของการสร้างสุขภาพคือคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์
- 4) การพึ่งตนเองเป็นวิถีทางหลักในการสร้างสุขภาพ
- 5) ยุทธศาสตร์หลักของการสร้างสุขภาพคือ การพัฒนาการพึ่งตัวเองของประชาชน
- 6) การพึ่งตนเอง จะเกิดได้ ด้วยการพัฒนาให้เกิดปัญญา ซึ่งมีที่มาจาก ความรู้และสติ

โครงสร้างของประเทศกับสุขภาพคนไทย

การคาดเดาอนาคต “สุขภาพ” ของคนไทยจะเป็นเรื่องที่คาดเดาได้ยาก เพราะการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพภาพมีส่วนสัมพันธ์กับระบบอื่นๆในทางสังคมอยู่มาก ดังนั้นสิ่งที่ควรทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงสร้างโดยรวมของสังคม ในบางมิติที่สำคัญ ดังนี้

โครงสร้างทางกายภาพ

- มีความหลากหลายทางชีวภาพ ทำให้มีแหล่งทรัพยากรธรรมชาติที่สามารถสนองตอบความต้องการของประชาชนได้ดีในระดับหนึ่ง
- ความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีของประชากรยังอยู่ในระดับต่ำ
- โครงสร้างพื้นฐานเกี่ยวกับ ICT ยังขาดแคลน โดยเฉพาะส่วนที่
- มีแนวโน้มพึ่งพิงเทคโนโลยี (จากต่างประเทศ) เป็นปัจจัยสำคัญในการผลิตสูงขึ้น

ลักษณะทางประชากร

- โครงสร้างทางประชากร ที่แนวโน้มจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นในอนาคต
- กลุ่มวัยรุ่น จะเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจในการลงทุนมากขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ตัวอย่างที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่พบว่า ระบบครอบครัวให้ความสำคัญกับเรื่องการศึกษา มากจนเหมือนเป็นการแข่งขัน มีการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการศึกษาต่อหัวของเด็กในปัจจุบันเท่ากับค่าใช้จ่าย 4-5 เท่า ของเด็กในอดีต เรื่องนี้รวมถึงการก่อเกิดระบบสินค้าและผลิตภัณฑ์แบบ “culture product” ที่จะมีลักษณะการขาย “ความเด่นในความเหมือน” ขณะเดียวกัน ค่านิยมสุขภาพของคนกลุ่มนี้ ยังมีลักษณะผูกโยงกับการให้คุณค่าของสังคม มากกว่าผลในระยะยาว ซึ่งเรื่องนี้จะส่งผลโดยตรงต่อความต้องการบริการสุขภาพของวัยรุ่น
- การเคลื่อนย้ายแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานที่มีความรู้ เพราะระบบของประเทศต้องการแรงงานกลุ่มนี้เพื่อไปขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจ วิธีจัดจ้างแรงงานเปลี่ยนรูปไปจากเดิมที่ใช้ทั้งสินทรัพย์ควบคู่กับสินน้ำใจ เป็นการจ้างด้วยเงินตามความรู้ความสามารถ ขณะเดียวกัน แนวโน้มความต้องการแรงงานที่เป็นเฉพาะทางมีเพิ่มสูงขึ้น ปรากฏการณ์เหล่านี้สะท้อนภาพของการจ้างงานที่ขาดเสถียรภาพ ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของคนกลุ่มนี้โดยตรง
- วิถีชีวิตของประชาชนถูกขับเคลื่อนให้เกิดการพึ่งพิงเทคโนโลยีเพิ่มขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อภาระค่าใช้จ่ายและค่าครองชีพของประชาชนที่จะต้องเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ระบบความรู้และการใช้ความรู้

- เกิดสภาพความเหลื่อมล้ำของความรู้ อันเนื่องมาจากลักษณะการพัฒนาระบบพื้นฐานของประเทศระหว่างเมืองกับชนบทที่ไม่ทัดเทียมกัน
- แนวโน้มเกี่ยวกับ ภูมิรัฐศาสตร์ (Geopolitics) เปลี่ยนแปลงไป ความรู้จากภายนอกประเทศ มีโอกาสแพร่เข้าสู่สังคมได้มาก ซึ่งเรื่องนี้แปรตามความพร้อมของสังคมที่จะรองรับความรู้เหล่านั้น

ก. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

- มีเอกลักษณ์ในความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่ไม่มีความขัดแย้ง
- มีปัญหาในการกระจายตัวของความพร้อมในการพัฒนา ทำให้สังคมเกิดช่องว่างสูงระหว่างสังคมที่เคยเป็นเมืองอยู่แล้ว กับสังคมที่มีลักษณะเป็นชนบท

การสร้างสุขภาพในสังคม

ปัจจุบัน กระแสความสนใจ “สุขภาพ” มีความเข้มข้นขึ้นอย่างมาก ด้วยการเร่งเข้าจากหลายส่วน อาทิ ความซับซ้อนและรุนแรงของปัญหาการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น การกระตุ้นของภาครัฐที่สร้าง ให้สังคมหันมาให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย ซึ่งถูกเหมารวมเรียกว่า สุขภาพ รวมทั้งการสื่อสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านสื่อสารมวลชน และรวมไปถึงกระแสการปฏิรูประบบต่างๆ ทางการเมืองและสังคม ทำให้ผู้คนหันมาพูดถึง

เรื่องของคุณภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ (เป็นส่วนมาก) กันมากขึ้น เหล่านี้เป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่พยายามตอบคำถามว่าทำไม กระแสสุขภาพจึงได้รับความสนใจในสังคมปัจจุบัน

ความพยายามของภาคส่วนต่างๆ ในการสร้างความสนใจให้ประชาชนใส่ใจกับสุขภาพมากขึ้น สะท้อนได้ทั้งในระดับสากลและในประเทศ แต่ดูเหมือนว่า คำว่า สุขภาพที่ไม่ใช่โรคแต่เพียงอย่างเดียวนี้ ในระดับสากล จะให้ความสนใจและประกาศเป็นหลักการไว้มาก่อน ไม่ว่าการประกาศเรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้า ที่ใช้กลไกการสาธารณสุขมูลฐานขับเคลื่อน หรือ คำประกาศเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพที่เรียกว่า คำประกาศ อัลมา-อัลตา ซึ่งองค์การอนามัยโลกพยายามผลักดันให้ประเทศสมาชิกสร้างเงื่อนไขตามหลักการในคำประกาศ ที่ประกอบด้วย

- การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการ มีสุขภาพดีของประชาชน
- การสร้างสรรพภาพแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี
- สร้างพลังความเข้มแข็งในชุมชนให้ดำเนินการด้วยตัวเอง
- พัฒนาทักษะส่วนบุคคล
- ปฏิรูปบริการสาธารณสุข

จากยุทธศาสตร์ 5 ด้านนี้ องค์การอนามัยโลก ได้ร่วมกันกำหนดยุทธวิธีที่เชื่อว่าจะสามารถพัฒนาให้เกิดกลไก 5 ด้านนี้ได้ โดยเรียกกลไกนี้ว่า A call for action ซึ่งประกอบด้วย

- การสร้างให้เกิดกิจกรรมทางสังคมและการเมืองสำหรับสุขภาพ
- สนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่สนับสนุนการมีสุขภาพดีโดยสร้างจากผู้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในสังคม
- กำหนดวิธีพื้นฐานสำหรับการสร้างพลังในประชาชน
- สร้างความเข้มแข็งและความตั้งใจทางการเมือง สำหรับงานสร้างเสริมสุขภาพ และการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาสุขภาพ

การผลักดันให้เกิดเงื่อนไขตามยุทธวิธี 4 ด้านนี้ย่อมต้องมีกลไกการพัฒนา ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้พยายามกำหนดกลไกการพัฒนานี้จำแนกไปตามสภาพทางสังคม ซึ่งประเทศไทยที่ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มของประเทศกำลังพัฒนานั้นก็มีการกำหนด กลไก เป็นเรื่องเฉพาะจากการทบทวนบทเรียนการพัฒนาสุขภาพในกลุ่มประเทศที่มีลักษณะโครงสร้างใกล้เคียงกัน สรุปว่า กลไกการพัฒนาเพื่อไปสู่เงื่อนไขนั้นมีอยู่ 3 ส่วน คือ

- (1) advocacy for health
- (2) Social support
- (3) Empower for health

ที่กล่าวมา แสดงให้เห็นความพยายามขององค์กรในระดับนานาชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขภาพสำหรับสังคมไทย การตื่นตัวเรื่องสุขภาพนับเนื่องมาตลอดหลังจากมีการปฏิรูปการเมืองด้วยการกตรากฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ซึ่งมีการกำหนดสาระเกี่ยวกับสุขภาพไว้ชัดเจน จนกระทั่งเกิดกระแสที่พยายามจะดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ ขณะเดียวกันก็มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ เหตุการณ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นความพยายามที่จะพัฒนาสุขภาพของคนไทยให้สมบูรณ์ขึ้น และบทเรียนการทำงาน (สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2546 ; 239-243) เพื่อการพัฒนาสุขภาพนั้นสะท้อนว่า คนส่วนใหญ่ยังขาดญาณทัศนะที่จะยังเห็นความเชื่อมโยงของระบบย่อยต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ การทำงานยังต้องอาศัยกระบวนการที่รัดกุมและชัดเจน เพื่อการรวมพลังของประชาคม การเมือง และวิชาการ เข้าด้วยกัน ซึ่งขั้นตอนที่กล่าวนั้นประกอบด้วย

1. เสนอวิกฤตระบบสุขภาพให้เป็นประเด็นสาธารณะ ด้วยการเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพทั้งในเชิงปรกฏการณ์และข้อบกพร่อง เพื่อให้เกิดการระดมความเห็นในขั้นตอนนี้เป็นการแสวงหาและสร้างเสริม ภาวะผู้นำ (Leadership) ผสมกับการสร้างเครือข่ายเพื่อการสื่อสารให้เกิดความเคลื่อนไหวในการปฏิรูป
2. ร่วมสร้างภาพของระบบสุขภาพ ด้วยการระดมความเห็นจากภาคีส่วนต่างๆ ของสังคม ไม่ว่าจะเป็น กลุ่มสนใจปัญหาสุขภาพสาธารณะ กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ กลุ่มอาชีพและธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ กลุ่มองค์กรชุมชนหรือท้องถิ่น
3. สร้างเจตนาารมณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดเป้าหมายเชิงอุดมการณ์ของระบบสุขภาพแห่งชาติ
4. จำแนกบทบาทขององค์กรทุกระดับในระบบสุขภาพ
5. เสนอโครงสร้างนโยบายในการปฏิรูประบบสุขภาพ

สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นความพยายามเชิงระบบที่จะขับเคลื่อนและพัฒนากลไกสำหรับการพัฒนาสุขภาพ และเป็นกลไกที่มุ่งหวังให้เกิดการขับเคลื่อนทางนโยบายการเมือง เป็นหลัก ทั้งนี้เพราะในสังคมไทยยังมีกลไกอีกหลายส่วนที่พยายามผลักดันและดำเนินการเรื่องสุขภาพนี้อย่างเป็นรูปธรรม ไม่ว่าจะเป็นการขับเคลื่อนทางวิชาการผ่านการทำงานขององค์กรมูลนิธิต่างๆ ที่สำคัญก็คือกลไกการขับเคลื่อนในภาคปฏิบัติการซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับบทบาทหลักควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนในเชิงการปฏิบัติการในภาคประชาชนและองค์กรเอกชน

กระบวนการสร้างสุขภาพสำหรับสังคมไทย

1. พัฒนาให้เกิดความเชื่อมั่น (Confidence) ว่า จะละในสิ่งที่ควรละ จะสร้างและพัฒนาในสิ่งที่ควรมี สุขภาพดี ก็เกิด
2. สร้างกำลังใจไม่ให้เกิดความท้อถอย
3. ตรวจสอบความก้าวหน้า
4. กำหนดได้ว่าจะต้องทำอะไรต่อไปได้

สุขภาพที่ต้องการในมุมมองของประชาชน (บางส่วน)

เพื่อให้เกิดความชัดเจนอาจจำแนกสุขภาพที่คนไทยต้องการเป็น 2 หมวด คือ สุขภาพที่ต้องการในอุดมคติ และ บริการสุขภาพที่ต้องการ ซึ่งรายละเอียดในแต่ละหมวด มีดังนี้

ก. สุขภาพในอุดมคติที่ต้องการ

- ระบบสุขภาพที่สนับสนุนการดำรงชีวิตที่ไม่ประมาท
- ระบบสุขภาพจะต้องมีความเท่าเทียมกัน
- ระบบสุขภาพจะต้องมีความเสมอภาคทั้ง ฝ่ายให้บริการ ฝ่ายใช้บริการ รวมถึงฝ่ายที่ให้การประกันสุขภาพ
- ประชาชนควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักรู้อย่างแท้จริงว่าสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน

- ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของกายและจิต เป็นความรู้พื้นฐานที่นำไปสู่การพึ่งตัวเองของประชาชน ระบบสุขภาพควรจะส่งเสริมให้ปัจเจกบุคคลมีความรู้และสามารถดูแลจิตวิญญาณของตัวเองได้ ขณะเดียวกันก็สนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ

ข. บริการสุขภาพที่ต้องการ

- ระบบบริการมีมาตรฐาน ทั้งด้านบริการและด้านกำลังคน
- การสร้างสุขภาพ เน้นที่จะทำให้ประชาชนในท้องถิ่นได้รู้จักรักษาตัวและดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น
- ลักษณะของการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ ควรมีรูปแบบเป็น Total Defense strategies

สิ่งที่ท้าทายของการทำงานเพื่อการสร้างสุขภาพก็คือ การรวมพลังของกลไกการขับเคลื่อนระบบทั้งหลายโดยมีจุดหมายอยู่ที่การพัฒนาสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน ซึ่งเมื่อผนวกสาระสุขภาพที่เป็นความต้องการในภาคประชาชนย่อมทำให้การดำรงชีวิตของคนในสังคมเป็นไปเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด

กำลังคนด้านสาธารณสุขในการสร้างสุขภาพ

การกล่าวถึงกำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นที่เข้าใจกันเป็นอย่างดีว่าเป็นคนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนในระบบบริการสาธารณสุข นิยามของบุคลากรกลุ่มนี้ไม่กว้างขวางเหมือนนิยามของ “กำลังคนด้านสุขภาพ” ซึ่งอาจหมายถึงผู้ใช้ความรู้และเทคโนโลยีทางสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้อื่น ทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรสาขาวิชาชีพ นอกสาขาวิชาชีพ หรือปัจเจกบุคคล

ความหมายของกำลังคนด้านสาธารณสุขจึงมีความหมายเกี่ยวข้องกับบุคลากรที่มีวิชาชีพทางด้านสุขภาพ เป็นกลุ่มคนที่มีบทบาทในการนำความรู้และเทคโนโลยีไปสู่ประชาชน ทั้งในรูปของการให้บริการด้านสุขภาพ หรือรูปของการให้ความรู้โดยตรง ทั้งในองค์กรที่เป็นสถาบัน และไม่เป็นสถาบัน เช่น แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก ฯลฯ

กำลังคนด้านสาธารณสุข กับบทบาทการสร้างสุขภาพของประชาชน

ในตอนต้นกล่าวถึงเป้าหมายของการสร้างสุขภาพว่าเป็นการพัฒนาให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ โดยมียุทธศาสตร์หลักที่การพัฒนาการพึ่งตัวเองของประชาชน ซึ่งการพัฒนาการพึ่งตัวเองดังกล่าวนี้ จะต้องอาศัยการพัฒนาองค์ประกอบหลักที่จะนำไปสู่การพึ่งตัวเองได้ ซึ่งหมายถึง การพัฒนาให้ประชาชนเกิดปัญญา ซึ่งมีที่มาจาก ความรู้และสติ การพัฒนาด้วยแนวคิดดังกล่าว มีเงื่อนไขสำคัญ 2 ประการ¹ คือ “ความรู้และข้อมูลอันเป็นฐาน” กับ “ระบบ

¹ อ้างใน สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เอกสารประกอบการประชุมระดมสมองเรื่อง “การพัฒนาคนกับการปฏิรูประบบสุขภาพ” วันที่ 17 สิงหาคม 2544 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์

และวิธีคิด” ที่ตั้งบนฐานความรู้และข้อมูลนั้นๆ การพัฒนาความร่วมมือดังกล่าวต้องเกิดควบคู่กับ “กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้” และ “การสร้างพลังทางปัญญา” ของประชาชน ด้วยเหตุนี้บทบาทของกำลังคนด้านสาธารณสุข จึงไม่ควรมีขอบเขตจำกัดเพียงการให้บริการ ที่เรียกว่าการซ่อมสุขภาพ เท่านั้น

ดังนั้น การพัฒนาคนในระบบสุขภาพจึงควรมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ทั้งความสามารถทางเทคนิควิชาการ อันนำไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพทั้งระดับบุคคลและชุมชน และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูล และให้การศึกษาแก่ประชาชน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

คุณลักษณะของบุคลากรสาธารณสุขที่พึงประสงค์

1. เป็นคนดี และมีปัญญาเป็นฐานในการดำเนินชีวิต คุณสมบัติข้อนี้ถือเป็นคุณสมบัติพื้นฐานของบุคคลทั่วไปที่ควรมี
2. คุณสมบัติในฐานะคนทำงานเพื่อการสร้างสุขภาพ
 - 2.1. รู้หลัก คือรู้หลักการ กฎเกณฑ์และแบบแผนหน้าที่ของตน ที่เกี่ยวกับสุขภาพและการสร้างสุขภาพ
 - 2.2. รู้ความมุ่งหมาย คือการรู้จักผลที่พึงประสงค์หรือเป้าหมายของการทำงาน ซึ่งในที่นี้หมายถึงการสร้างสุขภาพ
 - 2.3. รู้จักตน หมายถึง การเข้าใจความรู้ความสามารถและความถนัดของตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานและการพัฒนาตนเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีที่สุดต่อไป
 - 2.4. มีทัศนคติ และอุดมการณ์ในการทำงาน ซึ่งแสดงออกในลักษณะต่างๆ ได้แก่
 - (1) ความตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบในการทำงานรวมถึงความตั้งใจที่จะให้เกิดคุณภาพของการทำงาน บนฐานความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง
 - (2) คุณธรรมการทำงาน เช่น ทำงานเพื่อประโยชน์ของผู้อื่นเป็นสำคัญ มีความเมตตา กรุณา มีหิริโอตตปปะ
 - (3) ความเพียรต่อการเรียนรู้อย่าง เพื่อพัฒนาตนเองอย่าง ไม่สิ้นสุด

2.5. มีความสามารถที่เป็นความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการทำงานเพื่อการสร้างสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย

- (1) ความสามารถพื้นฐานเชิงวิชาชีพ ได้แก่ งานเทคนิคบริการ งานบริหาร
- (2) ความสามารถพื้นฐานในการแก้ปัญหา ได้แก่
 - . ความสามารถในการประเมินสภาพ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริง ความสามารถในการวางแผน แก้ปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่และความเป็นไปได้
 - . ความสามารถในการประสานงาน การให้คำปรึกษา และการสื่อสารถ่ายทอดความรู้ (Coordination, consultation, and evidence-based communication)
 - . ความสามารถในการทำงานเป็นทีม

ระบบการพัฒนาคนเพื่อการสร้างสุขภาพที่พึงประสงค์²

1. เป็นระบบสร้างคน ให้เกิดความเข้มแข็งทางปัญญา คิดเป็น ทำเป็น สร้างคนดี เก่ง และมีความสุข
2. เป็นระบบที่ตอบสนองความหลากหลายของกำลังคน และการจัดการตามสภาพพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลและปัญญาเป็นฐานแก้ปัญหา
3. เป็นระบบที่ตอบสนองการกระจายอำนาจ อาศัยการประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย มากกว่าการรวมศูนย์ที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ใช้การส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล ด้วยมาตรการทางการเงิน และกฎหมาย เพื่อผลักดันการดำเนินงานไปตามทิศทาง และแนวนโยบายของประเทศ

² อ้างถึงในเชิงอรรถ 1

เอกสารประกอบการเรียบเรียง

ประเวศ วะสี	<u>สุขภาพในฐานะคุณค่าการณขงมนุษย์</u> ; 2543. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข บริษัท พิมพ์ดี จำกัด
พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์	<u>การส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมชุมชนเพื่อสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา</u> ; 2542. ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมอนามัย กลางเวียงการพิมพ์
พันธุ์ทิพย์ รามสูต	<u>สัจพยากรณ์: งานสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษหน้า</u> : 2540. สถาบันการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ
วิพุธ พูลเจริญ และคณะ	<u>สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ</u> ; 2543. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข บริษัท ดีไซน์ จำกัด
สถาบันพระบรมราชชนก	<u>เอกสารนำเสนอการประชุมระดมสมองเรื่อง “การพัฒนาคนกับการปฏิรูป ระบบสุขภาพ ณ รร.มิราเคิลแกรนด์ วันที่ 17 สิงหาคม 2544</u>
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ	<u>ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ</u> : 2543.

การจัดการความรู้เพื่อสุขภาพดี

ธรรมชาติของความรู้

- ความรู้เป็นเรื่องที่พุดง่าย แต่ทำความเข้าใจได้ยาก
- ความรู้ที่สำคัญที่สุด เป็นสิ่งที่แลกเปลี่ยนได้ยาก
- วัตถุนค่าที่แท้จริงของทรัพยากรด้านความรู้ได้ยาก

แนวคิดสำคัญเกี่ยวกับการจัดการความรู้

- 1) การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือ มิใช่เป้าหมาย
- 2) การจัดการความรู้มีนัยที่กว้างขวางเกินความตั้งแต่การสร้างความรู้ การใช้ความรู้ และการพัฒนาความรู้
- 3) การจัดการความรู้ต้องมีจุดมุ่งหมาย เพราะความรู้ที่มีจุดมุ่งหมายจะมีพลังในการสร้างสรรค์ให้กิจกรรมนั้นๆ บรรลุสู่เป้าหมายตามความต้องการ
- 4) ธรรมชาติมีอยู่ 3 ลักษณะ คือ ความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล ความรู้ที่มีในองค์กร (ตัวอย่าง ภูมิปัญญาท้องถิ่น) และความรู้ที่มีลักษณะเป็นความรู้สาธารณะ หรือความรู้ที่เป็นสากล ตัวอย่างเช่น ทฤษฎี หรือแนวคิด เป็นต้น) กระบวนการจัดการความรู้จะต้องครอบคลุม 3 รู้ทั้ง 3 รูปแบบ
- 5) กระบวนการจัดการความรู้จะต้องมีลักษณะบูรณาการในชีวิตประจำวันหรืองานประจำ โดยไม่ทำให้ผู้คนรู้สึกว่าการเพิ่มมากขึ้น
- 6) การวัดสัมฤทธิ์ผลของความรู้ สามารถประเมินได้จาก นวัตกรรมหรือสินทรัพย์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะต่างๆ ได้

เงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้ การจัดการความรู้ประสบความสำเร็จ

- 1) ความสามารถในการเข้าถึงความรู้ของโลก เพื่อประเมินว่าความรู้ที่ต้องการจะต้องพัฒนาขึ้นใหม่เอง หรือมีของเก่าที่พัฒนาไว้แล้ว
- 2) มีขบวนการคัดกรองความรู้ เพื่อคัดสรรความรู้ที่จำเป็น
- 3) มีขบวนการผสมผสาน หรือต่อยอดจากความรู้หรือเทคโนโลยีที่มีอยู่แล้ว ให้เหมาะสมกับสังคม

กระบวนการจัดการความรู้

- 1) การขุดค้นและรวบรวมความรู้ จากนำความรู้ความรู้นั้นมาคัดกรองไว้เฉพาะส่วนที่จะเป็นประโยชน์ แล้วนำความรู้ส่วนที่คัดเลือกแล้ว มาตรวจสอบความน่าเชื่อถือ และความเหมาะสม
- 2) นำความรู้ที่ผ่านการคัดกรองในข้อ 1 มาจัดหมวดหมู่เพื่อให้เหมาะสมและสะดวกต่อการใช้งาน
- 3) จัดกระบวนการสื่อสารเพื่อให้เกิดการถ่ายทอดความรู้
- 4) จัดกิจกรรมและกระบวนการให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้
- 5) ดำเนินการวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้เพื่อพัฒนาความรู้ที่มีอยู่
- 6) ประยุกต์ใช้ความรู้
- 7) เรียนรู้จากการใช้ความรู้

สถานการณ์ ความรู้ การจัดการความรู้ทั่วไปและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของไทย

- 1) ปัญหาสภาพการเรียนรู้ของสังคมที่ไม่สามารถนำไปสู่การสร้างความรู้ได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เพราะ
 - ด้วยสภาพสังคมที่พร้อมเพียงในเรื่องทรัพยากร ประกอบกับนิสัยที่ชอบสะดวกสบาย ชอบเสพมากกว่าชอบสร้าง ทำให้ความใฝ่รู้ลดลง เมื่อความใฝ่รู้ลดลง การเรียนรู้ย่อมไม่เกิด เพราะการเรียนรู้ต้องเริ่มต้นด้วยความยาก หรือความใฝ่รู้ ที่เรียกว่า ฉันทะ
 - การเรียนรู้แบบวิจัยในสังคมยังมีลักษณะเรียนแบบกระบวนการแต่ขาดการพัฒนาจิตใจให้เป็นนักวิจัยโดยแท้
 - ไม่ชัดเจนว่าการเรียนรู้กับการเรียน-การสอนเป็นคนละเรื่องกัน ทำให้บางเวลาเผลอเข้าใจว่า การเรียนการสอนคือการเรียนรู้
 - การเรียน-การสอนในระบบ ซึ่งสังคมเชื่อว่าจะเป็นช่องทางการพัฒนาความรู้นั้นยังไม่สามารถสนับสนุนให้ผู้เรียนเปลี่ยนข้อมูลให้เป็น ข่าวดสาร และแปลงข่าวดสารให้เป็นความรู้ และพัฒนาความรู้ให้เกิดปัญญา การเรียน-การสอนในปัจจุบันเสมือนเป็นขบวนการให้ข้อมูล แต่ผู้เรียนไม่สามารถพัฒนาข้อมูลเป็นความรู้และปัญญาได้ ทั้งนี้เพราะปัญญาจะเกิดได้ต้องมีการปฏิบัติ
- 2) ขาดความรู้ที่สำคัญในการพัฒนาให้มี “นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ” ตัวอย่างเช่น ความรู้ที่อธิบายว่า “สุขภาพ” ของประชาชนคืออะไร ประเด็นนี้ส่งผลให้การกำหนดนโยบายของรัฐเกี่ยวกับสุขภาพมองไปในเรื่องการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องหลัก การปฏิบัติเชิงนโยบายที่สะท้อนว่าสุขภาพนั้นครอบคลุมส่วนอื่นๆ ในชีวิตมนุษย์จึงขาดหายไป ตัวอย่าง เช่น เรื่องอุตสาหกรรม ที่เน้นการพัฒนาเทคโนโลยี โดยละเลยหรือขาดการเชื่อมโยงไปสู่สุขภาพ เป็นต้น
- 3) สภาพบริการยังใช้ความรู้ในวงแคบ คือ ส่วนมากจำกัดวงอยู่ที่ความรู้ที่มีลักษณะเป็นสาธารณะหรือความรู้ที่มีลักษณะเป็นสากลในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย ทั้งที่จริงเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับส่วนอื่นๆ อยู่มาก
- 4) ความเข้าใจที่ว่า ความรู้เรื่องสุขภาพปัจจุบันมี 2 กระแส คือ ความรู้ที่เป็นความรู้เฉพาะเรื่องซึ่งโดยธรรมชาติจะเป็นความรู้ที่ชัด ขณะเดียวกันก็ยังมีความรู้ที่มีลักษณะรู้แบบกว้างขวาง รู้แบบเข้าใจความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน แต่ความรู้แบบนี้มักจะมีลักษณะเป็นความรู้ที่มั่วๆ ไม่ชัดแจ้งเท่าแบบแรก ในปัจจุบันยังไม่มีการจัดการความรู้ สองแบบนี้ในลักษณะสานคุณสมบัติเด่นเข้าหากัน เพราะการพัฒนาสุขภาพนั้นจำเป็นต้องมีความรู้ทั้งสองระบบนี้
- 5) ขาดโอกาสในการเข้าถึงความรู้ อันเนื่องมาจาก ความรู้ที่มีไม่กว้างขวาง กระบวนการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้มีจำกัด แม้สังคมไทยในปัจจุบันมีการพัฒนาการสื่อสารไปมากแต่ก็ยังเป็นเพียงการสื่อสารข้อมูล ยังขาดการสื่อสารข่าวสาร (Information) และความรู้ที่แท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ
- 6) การเข้าถึงแหล่งความรู้ในปัจจุบันเป็นเรื่องที่ต้องลงทุน (เงิน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่มีลักษณะเป็นความรู้สากล เพราะปัจจุบันสภาพของความรู้เป็นสิ่งที่ “มีมูลค่า” แต่ในอดีตความรู้เป็นสิ่งที่ “มีคุณค่า” การเข้าถึงความรู้ต้องลงทุนในเรื่องการพัฒนาคุณค่าของคนเพื่อให้เหมาะกับความรู้ที่จะได้รับ
- 7) วัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขส่วนมากมีลักษณะเป็น “ผู้เสพ” ความรู้ไม่ใช่ “ผู้สร้าง” ความรู้
- 8) ระบบการศึกษาขาดความสนใจที่จะพัฒนาให้คนมีลักษณะ “รู้กว้างหรือรู้รอบ” แต่ให้ความสำคัญกับการสร้างคนให้ “รู้ลึก”

การจัดการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน

- 1) ธรรมชาติของความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน ส่วนมากมีลักษณะเป็น Tacit Knowledge จะมีรูปแบบที่ผสมผสานเข้ากับวิถีชีวิต มีกระบวนการ ถ่ายทอดผ่านระบบการสื่อสารและวัฒนธรรมที่เข้มข้น ใช้เวลาสั้น และดำเนินการอย่างเรียบง่าย ไม่มีสำนักงาน
- 2) หมอยา หรือหมอพื้นบ้าน (ในอดีต) ใช้การเจ็บป่วยและการเรียนรู้ สารความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ ระหว่างคนกับคน และ คนกับสิ่งที่เหนือธรรมชาติ
- 3) วิธีคิดการจัดการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งมีอยู่ในชุมชน ของระบบปัจจุบัน มีแนวโน้มที่จะปรับจากความรู้ที่มีคุณค่า เป็นความรู้ที่มีมูลค่า และทำยที่สุดความรู้เท่าที่เคยสามารถผสมผสานกับวิถีชีวิตของประชาชน กลายเป็นสิ่งที่ต้องซื้อหา และยากที่จะผสมผสานกลมกลืนเข้ากับชุมชนได้เหมือนแต่ก่อน สภาพนี้เกิดจากการถอดความรู้นั้น ขาดกระบวนการในการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของความรู้กับชีวิต
- 4) กระบวนทัศน์ของการจัดการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน ควรเน้นให้เกิดการพึ่งพาตัวเองโดยให้น้ำหนักอยู่ที่การพึ่งพาซึ่งกันและกัน สนับสนุนให้เกิดความสามารถในการสร้างความรู้ได้ในชุมชน เพราะปฏิเสธไม่ได้ว่า บางส่วนของสิ่งที่เรียกว่า “ความรู้” ที่มีในชุมชนนั้น เป็น “ประสบการณ์” ที่ยังไม่สามารถพัฒนาเป็นความรู้ที่ทำให้เกิดความเป็นอิสระ และสร้างอำนาจตัดสินใจด้วยตัวเองได้ แต่อย่างไรก็ตามการพัฒนาความรู้นั้นไม่ใช่การลดทอน ตัด ขอย ตามระบบการพัฒนาความรู้แบบวิทยาศาสตร์ที่แยกแยะเพื่อทำความเข้าใจและจะต้องทำโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น แต่การพัฒนานั้นควรจะเป็นไปโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน เป็นการสานความสัมพันธ์ในชุมชน และคงรูปวิถีการเชื่อมโยงระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมไว้ด้วย

ประเด็นความรู้เกี่ยวกับสุขภาพชุมชนที่ต้องการ (เรียบเรียงจากคำสัมภาษณ์ ดร.เสรี พงศ์พิศ)

การศึกษาวิจัยสุขภาพของประเทศ ควรเน้นส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชน

- 1) องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพด้วยตัวเองของประชาชน เพราะเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับส่วนอื่นๆ ในชีวิตมนุษย์ ซึ่งเรื่องนี้จะเกี่ยวข้องเชื่อมโยงไปถึงบทบาทขององค์กรท้องถิ่นในการสนับสนุนสุขภาพชุมชนอีกมิติหนึ่ง
- 2) การศึกษาแสวงหาความรู้ที่สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับ การพัฒนาความสามารถในการเป็นนักวิจัย ของคนในระดับรากหญ้า
- 3) ความรู้ที่สามารถใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุน (facilitate) การพึ่งพาตัวเองของประชาชนในเรื่องสุขภาพ
- 4) การสร้างองค์ความรู้ที่สามารถอธิบายวิถีสุขภาพชุมชนในอดีตซึ่งมีลักษณะเป็นวิถีการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างธรรมชาติกับคนโดยอาศัยปรัชญาเรื่องของความสมดุลของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อตอบคำถามการพัฒนาที่ว่า ปรากฏการณ์เหล่านี้ในปัจจุบันยังมีคุณค่าอยู่หรือไม่ และจะสามารถสืบทอดเรื่องราวเหล่านี้ไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตได้หรือไม่
- 5) พัฒนาองค์ความรู้ฐานและกระบวนการจัดการความรู้ที่ช่วยให้สังคมมีหลักทางความคิด ซึ่งจะทำให้การทำงานด้านสุขภาพมีความชัดเจนแม่นยำในเนื้อหา เช่น ถ้าการพัฒนาสุขภาพ หรือการดำเนินงานเรื่องสุขภาพ มีเป้าหมายที่ การพึ่งพาตัวเองได้ของประชาชน ก็จะต้องมีคนที่จะเข้าใจสาระเรื่องการพึ่งพาตัวเองของประชาชนคอยเป็นหลักทางความคิด

6) สร้างองค์ความรู้ที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับทางเลือกที่เหมาะสมว่า

- รูปแบบการทำงานของชุมชนในการพัฒนาวิถีสุขภาพไปสู่การพึ่งตนเองเป็นอย่างไร
- เงื่อนไขความสำเร็จที่ส่งเสริมให้ประชาชนเกิด Empower ในตนเองได้เป็นอย่างไร
- ขบวนการหรือวิธีการสร้างปัจจัยหรือเงื่อนไขเหล่านั้น เป็นอย่างไร (ลักษณะของเงื่อนไขจะต้องมีความยืดหยุ่นพอสมควร)

คุณสมบัติของบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นผู้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

บทบาทหลักของผู้ที่จะทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ที่สำคัญคือการทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน (facilitator) เพราะเรื่องของสุขภาพแท้ที่จริงเป็นเรื่องของประชาชน ซึ่งบุคคลที่จะมีหน้าที่ดังกล่าวควรมีคุณสมบัติดังนี้

- มีกระบวนการพิชัยในตัวเอง
- หน้าที่ของ facilitator คือการจัดสรรให้ประชาชนได้เข้าใจและรู้ว่าจะทำอย่างไรทางสุขภาพ ซึ่งเน้นไปที่ ความรู้ และภูมิปัญญาที่มีอยู่ในชุมชน จะสามารถช่วยให้ประชาชนในชุมชนนั้นพึ่งตนเองได้
- สนับสนุนให้ ประชาชนสามารถ ช่วยกันคิดกำหนดทิศทางและความต้องการสุขภาพ รวมทั้งแผนการพัฒนาสุขภาพของตนเองได้อย่างเป็นอิสระ โดยการสนับสนุนนั้นควรมีลักษณะเป็นกระบวนการทำงานที่มีรูปแบบส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อ facilitator จะได้เรียนรู้และเข้าใจได้ว่า สุขภาพดีของชุมชนเป็นอย่างไร ซึ่งจะสามารถนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาต่อยอดให้เกิดกระบวนการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง

สรุป แนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้เงื่อนไขการจัดการความรู้ที่เปลี่ยนไป

ประเด็น	วันนี้	พรุ่งนี้
เป้าหมายบริการ	การลดปัญหาการเจ็บป่วย	การพัฒนาสุขภาพด้วยเงื่อนไขการสร้างการพึ่งตัวเองของประชาชน
ค่าใช้จ่าย	ลงทุนกับเทคโนโลยีการรักษาโรคเป็นหลัก	เพิ่มสัดส่วนการลงทุนระหว่างการพัฒนาคนในระบบความรู้ให้ทัดเทียมกับการลงทุนทางเทคโนโลยี
กระบวนการบริการ	ใช้ข้อมูลและอาจเป็นบางส่วนของข้อเสนอเทศ	ใช้ความรู้
การประเมินผลสำเร็จ	• คู่มือการกระจายทรัพยากร • การลดปัญหาการเจ็บป่วย	• คู่มือคุณภาพของทรัพยากร • ความสามารถในการพึ่งพาตัวเองและคุณภาพชีวิตของประชาชน

การพัฒนาความรู้ในระบบสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญของการพัฒนาสุขภาพ เพราะสุขภาพนั้นมีความซับซ้อน และสัมพันธ์กับแง่มุมต่างๆ ที่เป็นบริบทในชีวิตมนุษย์ การพัฒนาสุขภาพจำเป็นต้องใช้การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือเพื่อทำความเข้าใจระบบความสัมพันธ์นั้น เข้าใจเงื่อนไข รวมถึงทางออกในการพัฒนาสุขภาพ

การพัฒนาความรู้ จะก่อให้เกิดภาวะแห่งการพึ่งพาตัวเองได้ เพราะความรู้ที่เป็นความรู้ที่แน่นเป็นแนวทางไปสู่ปัญญา เมื่อเกิดปัญหามันก็จะรู้ลึกก็อิสระ ดังนั้นการกล่าวว่าความรู้นำไปสู่ความเป็นอิสระ ทำให้คนเห็นคุณค่า เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จึงเป็นคำกล่าวที่เหมาะสมสำหรับคุณค่าของความรู้ที่มีต่อมนุษย์

บรรณานุกรม

วิจารณ์ พานิช. 2545.

สุขภาพบนฐานของปัญญา : กรุงเทพฯ บริษัท ดีไซน์ จำกัด

วิจารณ์ พานิช. 2545.

ยุทธศาสตร์การจัดการความรู้ : เอกสารอัดสำเนา ประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.

วิจารณ์ พานิช. 2545.

การจัดการความรู้ : เอกสารอัดสำเนา ประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.

วิจารณ์ พานิช. 2545.

ยุทธศาสตร์การจัดการความรู้ : เอกสารอัดสำเนา ประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.

พระธรรมปิฎก. 2541.

การแพทย์ไทย ทางเลือกในยุคโลกาภิวัตน์ : กองทุนคุณธรรมเพื่อการศึกษาและปฏิบัติธรรม. กรุงเทพฯ บริษัทธรรมสารจำกัด.

พระธรรมปิฎก. 2541.

การศึกษากับการวิจัยเพื่ออนาคตของประเทศไทย : กองทุนคุณธรรมเพื่อการศึกษาและปฏิบัติธรรม. กรุงเทพฯ บริษัทธรรมสารจำกัด.

พรชูลี อาชวอำรุง. 2545.

การบริหารความรู้ในระดับอุดมศึกษา เอกสารอัดสำเนา ประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2545.

มิติสุขภาพกระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสุขภาวะ : เอกสารประกอบการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

การจัดการความรู้เพื่อสุขภาพดี

ธรรมชาติของความรู้

- ความรู้เป็นเรื่องที่พุดง่าย แต่ทำความเข้าใจได้ยาก
- ความรู้ที่สำคัญที่สุด เป็นสิ่งที่แลกเปลี่ยนได้ยาก
- วัตถุนค่าที่แท้จริงของทรัพยากรด้านความรู้ได้ยาก

แนวคิดสำคัญเกี่ยวกับการจัดการความรู้

- 1) การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือ มิใช่เป้าหมาย
- 2) การจัดการความรู้มีนัยที่กว้างขวางเกินความตั้งแต่การสร้างความรู้ การใช้ความรู้ และการพัฒนาความรู้
- 3) การจัดการความรู้ต้องมีจุดมุ่งหมาย เพราะความรู้ที่มีจุดมุ่งหมายจะมีพลังในการสร้างสรรค์ให้กิจกรรมนั้นๆ บรรลุสู่เป้าหมายตามความต้องการ
- 4) ธรรมชาติมีอยู่ 3 ลักษณะ คือ ความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล ความรู้ที่มีในองค์กร (ตัวอย่าง ภูมิปัญญาท้องถิ่น) และความรู้ที่มีลักษณะเป็นความรู้สาธารณะ หรือความรู้ที่เป็นสากล ตัวอย่างเช่น ทฤษฎี หรือแนวคิด เป็นต้น) กระบวนการจัดการความรู้จะต้องครอบคลุม 3 รู้ทั้ง 3 รูปแบบ
- 5) กระบวนการจัดการความรู้จะต้องมีลักษณะบูรณาการในชีวิตประจำวันหรืองานประจำ โดยไม่ทำให้ผู้คนรู้สึกว่าการเพิ่มมากขึ้น
- 6) การวัดสัมฤทธิ์ผลของความรู้ สามารถประเมินได้จาก นวัตกรรมหรือสินทรัพย์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะต่างๆ ได้

เงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้ การจัดการความรู้ประสบความสำเร็จ

- 1) ความสามารถในการเข้าถึงความรู้ของโลก เพื่อประเมินว่าความรู้ที่ต้องการจะต้องพัฒนาขึ้นใหม่เอง หรือมีของเก่าที่พัฒนาไว้แล้ว
- 2) มีขบวนการคัดกรองความรู้ เพื่อคัดสรรความรู้ที่จำเป็น
- 3) มีขบวนการผสมผสาน หรือต่อยอดจากความรู้หรือเทคโนโลยีที่มีอยู่แล้ว ให้เหมาะสมกับสังคม

กระบวนการจัดการความรู้

- 1) การขุดค้นและรวบรวมความรู้ จากนำความรู้ความรู้นั้นมาคัดกรองไว้เฉพาะส่วนที่จะเป็นประโยชน์ แล้วนำความรู้ส่วนที่คัดเลือกแล้ว มาตรวจสอบความน่าเชื่อถือ และความเหมาะสม
- 2) นำความรู้ที่ผ่านการคัดกรองในข้อ 1 มาจัดหมวดหมู่เพื่อให้เหมาะสมและสะดวกต่อการใช้งาน
- 3) จัดกระบวนการสื่อสารเพื่อให้เกิดการถ่ายทอดความรู้
- 4) จัดกิจกรรมและกระบวนการให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้
- 5) ดำเนินการวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้เพื่อพัฒนาความรู้ที่มีอยู่
- 6) ประยุกต์ใช้ความรู้
- 7) เรียนรู้จากการใช้ความรู้

สถานการณ์ ความรู้ การจัดการความรู้ทั่วไปและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของไทย

- 1) ปัญหาสภาพการเรียนรู้ของสังคมที่ไม่สามารถนำไปสู่การสร้างความรู้ได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เพราะ
 - ด้วยสภาพสังคมที่พร้อมเพียงในเรื่องทรัพยากร ประกอบกับนิสัยที่ชอบสะดวกสบาย ชอบเสพมากกว่าชอบสร้าง ทำให้ความใฝ่รู้ลดลง เมื่อความใฝ่รู้ลดลง การเรียนรู้ย่อมไม่เกิด เพราะการเรียนรู้ต้องเริ่มต้นด้วยความยาก หรือความใฝ่รู้ ที่เรียกว่า ฉันทะ
 - การเรียนรู้แบบวิจัยในสังคมยังมีลักษณะเรียนแบบกระบวนการแต่ขาดการพัฒนาจิตใจให้เป็นนักวิจัยโดยแท้
 - ไม่ชัดเจนว่าการเรียนรู้กับการเรียน-การสอนเป็นคนละเรื่องกัน ทำให้บางเวลาเผลอเข้าใจว่า การเรียนการสอนคือการเรียนรู้
 - การเรียน-การสอนในระบบ ซึ่งสังคมเชื่อว่าจะเป็นช่องทางการพัฒนาความรู้นั้นยังไม่สามารถสนับสนุนให้ผู้เรียนเปลี่ยนข้อมูลให้เป็น ข่าวสาร และแปลงข่าวสารให้เป็นความรู้ และพัฒนาความรู้ให้เกิดปัญญา การเรียน-การสอนในปัจจุบันเสมือนเป็นขบวนการให้ข้อมูล แต่ผู้เรียนไม่สามารถพัฒนาข้อมูลเป็นความรู้และปัญญาได้ ทั้งนี้เพราะปัญญาจะเกิดได้ต้องมีการปฏิบัติ
- 2) ขาดความรู้ที่สำคัญในการพัฒนาให้มี “นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ” ตัวอย่างเช่น ความรู้ที่อธิบายว่า “สุขภาพ” ของประชาชนคืออะไร ประเด็นนี้ส่งผลให้การกำหนดนโยบายของรัฐเกี่ยวกับสุขภาพมองไปในเรื่องการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องหลัก การปฏิบัติเชิงนโยบายที่สะท้อนว่าสุขภาพนั้นครอบคลุมส่วนอื่นๆ ในชีวิตมนุษย์จึงขาดหายไป ตัวอย่าง เช่น เรื่องอุตสาหกรรม ที่เน้นการพัฒนาเทคโนโลยี โดยละเลยหรือขาดการเชื่อมโยงไปสู่สุขภาพ เป็นต้น
- 3) สภาพบริการยังใช้ความรู้ในวงแคบ คือ ส่วนมากจำกัดวงอยู่ที่ความรู้ที่มีลักษณะเป็นสาธารณะหรือความรู้ที่มีลักษณะเป็นสากลในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย ทั้งที่จริงเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับส่วนอื่นๆ อยู่มาก
- 4) ความเข้าใจที่ว่า ความรู้เรื่องสุขภาพปัจจุบันมี 2 กระแส คือ ความรู้ที่เป็นความรู้เฉพาะเรื่องซึ่งโดยธรรมชาติจะเป็นความรู้ที่ชัด ขณะเดียวกันก็ยังมีความรู้ที่มีลักษณะรู้แบบกว้างขวาง รู้แบบเข้าใจความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน แต่ความรู้แบบนี้มักจะมีลักษณะเป็นความรู้ที่มั่วๆ ไม่ชัดเจนเท่าแบบแรก ในปัจจุบันยังไม่มีการจัดการความรู้ สองแบบนี้ในลักษณะสานคุณสมบัติเด่นเข้าหากัน เพราะการพัฒนาสุขภาพนั้นจำเป็นต้องมีความรู้ทั้งสองระบบนี้
- 5) ขาดโอกาสในการเข้าถึงความรู้ อันเนื่องมาจาก ความรู้ที่มีไม่กว้างขวาง กระบวนการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้มีจำกัด แม้สังคมไทยในปัจจุบันมีการพัฒนาการสื่อสารไปมากแต่ก็ยังเป็นเพียงการสื่อสารข้อมูล ยังขาดการสื่อสารข่าวสาร (Information) และความรู้ที่แท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ
- 6) การเข้าถึงแหล่งความรู้ในปัจจุบันเป็นเรื่องที่ต้องลงทุน (เงิน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่มีลักษณะเป็นความรู้สากล เพราะปัจจุบันสภาพของความรู้เป็นสิ่งที่มิ “มูลค่า” แต่ในอดีตความรู้เป็นสิ่งที่มิ “คุณค่า” การเข้าถึงความรู้ต้องลงทุนในเรื่องการพัฒนาคุณค่าของคนเพื่อให้เหมาะกับความรู้ที่จะได้รับ
- 7) วัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขส่วนมากมีลักษณะเป็น “ผู้เสพ” ความรู้ไม่ใช่ “ผู้สร้าง” ความรู้
- 8) ระบบการศึกษาขาดความสนใจที่จะพัฒนาให้คนมีลักษณะ “รู้กว้างหรือรู้รอบ” แต่ให้ความสำคัญกับการสร้างคนให้ “รู้ลึก”

การจัดการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน

- 1) ธรรมชาติของความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน ส่วนมากมีลักษณะเป็น Tacit Knowledge จะมีรูปแบบที่ผสมผสานเข้ากับวิถีชีวิต มีกระบวนการ ถ่ายทอดผ่านระบบการสื่อสารและวัฒนธรรมที่เข้มข้น ใช้เวลาสั้น และดำเนินการอย่างเรียบง่าย ไม่มีสำนักงาน
- 2) หมอยา หรือหมอพื้นบ้าน (ในอดีต) ใช้การเจ็บป่วยและการเรียนรู้ สารความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ ระหว่างคนกับคน และ คนกับสิ่งที่เหนือธรรมชาติ
- 3) วิธีคิดการจัดการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งมีอยู่ในชุมชน ของระบบปัจจุบัน มีแนวโน้มที่จะปรับจากความรู้ที่มีคุณค่า เป็นความรู้ที่มีมูลค่า และทำที่ที่สุดความรู้เท่าที่เคยสามารถผสมผสานกับวิถีชีวิตของประชาชน กลายเป็นสิ่งที่ต้องซื้อหา และยากที่จะผสมผสานกลมกลืนเข้ากับชุมชนได้เหมือนแต่ก่อน สภาพนี้เกิดจากการถอดความรู้นั้น ขาดกระบวนการในการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของความรู้กับชีวิต
- 4) กระบวนทัศน์ของการจัดการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน ควรเน้นให้เกิดการพึ่งพาตัวเองโดยให้น้ำหนักอยู่ที่การพึ่งพาซึ่งกันและกัน สนับสนุนให้เกิดความสามารถในการสร้างความรู้ได้ในชุมชน เพราะปฏิเสธไม่ได้ว่า บางส่วนของสิ่งที่เรียกว่า “ความรู้” ที่มีในชุมชนนั้น เป็น “ประสบการณ์” ที่ยังไม่สามารถพัฒนาเป็นความรู้ที่ทำให้เกิดความเป็นอิสระ และสร้างอำนาจตัดสินใจด้วยตัวเองได้ แต่อย่างไรก็ตามการพัฒนาความรู้นั้นไม่ใช่การลดทอน ตัด ขอย ตามระบบการพัฒนาความรู้แบบวิทยาศาสตร์ที่แยกแยะเพื่อทำความเข้าใจและจะต้องทำโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น แต่การพัฒนานั้นควรจะเป็นไปโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน เป็นการสานความสัมพันธ์ในชุมชน และคงรูปวิธีการเชื่อมโยงระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมไว้ด้วย

ประเด็นความรู้เกี่ยวกับสุขภาพชุมชนที่ต้องการ (เรียบเรียงจากคำสัมภาษณ์ ดร.เสรี พงศ์พิศ)

การศึกษาวิจัยสุขภาพของประเทศ ควรเน้นส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชน

- 1) องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพด้วยตัวเองของประชาชน เพราะเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับส่วนอื่นๆ ในชีวิตมนุษย์ ซึ่งเรื่องนี้จะเกี่ยวข้องเชื่อมโยงไปถึงบทบาทขององค์กรท้องถิ่นในการสนับสนุนสุขภาพชุมชนอีกมิติหนึ่ง
- 2) การศึกษาแสวงหาความรู้ที่สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับ การพัฒนาความสามารถในการเป็นนักวิจัย ของคนในระดับรากหญ้า
- 3) ความรู้ที่สามารถใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุน (facilitate) การพึ่งพาตัวเองของประชาชนในเรื่องสุขภาพ
- 4) การสร้างองค์ความรู้ที่สามารถอธิบายวิถีสุขภาพชุมชนในอดีตซึ่งมีลักษณะเป็นวิถีการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างธรรมชาติกับคนโดยอาศัยปรัชญาเรื่องของความสมดุลของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อตอบคำถามการพัฒนาที่ว่า ปรากฏการณ์เหล่านี้ในปัจจุบันยังมีคุณค่าอยู่หรือไม่ และจะสามารถสืบทอดเรื่องราวเหล่านี้ไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตได้หรือไม่
- 5) พัฒนาองค์ความรู้ฐานและกระบวนการจัดการความรู้ที่ช่วยให้สังคมมีหลักทางความคิด ซึ่งจะทำให้การทำงานด้านสุขภาพมีความชัดเจนแม่นยำในเนื้อหา เช่น ถ้าการพัฒนาสุขภาพ หรือการดำเนินงานเรื่องสุขภาพ มีเป้าหมายที่ การพึ่งพาตัวเองได้ของประชาชน ก็จะต้องมีคนที่จะเข้าใจสาระเรื่องการพึ่งพาตัวเองของประชาชนคอยเป็นหลักทางความคิด

6) สร้างองค์ความรู้ที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับทางเลือกที่เหมาะสมว่า

- รูปแบบการทำงานของชุมชนในการพัฒนาวิถีสุขภาพไปสู่การพึ่งตนเองเป็นอย่างไร
- เงื่อนไขความสำเร็จที่ส่งเสริมให้ประชาชนเกิด Empower ในตนเองได้เป็นอย่างไร
- ขบวนการหรือวิธีการสร้างปัจจัยหรือเงื่อนไขเหล่านั้น เป็นอย่างไร (ลักษณะของเงื่อนไขจะต้องมีความยืดหยุ่นพอสมควร)

คุณสมบัติของบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นผู้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

บทบาทหลักของผู้ที่จะทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ที่สำคัญคือการทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน (facilitator) เพราะเรื่องของสุขภาพแท้ที่จริงเป็นเรื่องของประชาชน ซึ่งบุคคลที่จะมีหน้าที่ดังกล่าวควรมีคุณสมบัติดังนี้

- มีกระบวนการพิชัยในตัวเอง
- หน้าที่ของ facilitator คือการจัดสรรให้ประชาชนได้เข้าใจและรู้ว่าจะหาทุนทางสุขภาพ ซึ่งเน้นไปที่ ความรู้ และภูมิปัญญาที่มีอยู่ในชุมชน จะสามารถช่วยให้ประชาชนในชุมชนนั้นพึ่งตนเองได้
- สนับสนุนให้ ประชาชนสามารถ ช่วยกันคิดกำหนดทิศทางและความต้องการสุขภาพ รวมทั้งแผนการพัฒนาสุขภาพของตนเองได้อย่างเป็นอิสระ โดยการสนับสนุนนั้นควรมีลักษณะเป็นกระบวนการทำงานที่มีรูปแบบส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อ facilitator จะได้เรียนรู้และเข้าใจได้ว่า สุขภาพดีของชุมชนเป็นอย่างไร ซึ่งจะสามารถนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาต่อยอดให้เกิดกระบวนการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง

สรุป แนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้เงื่อนไขการจัดการความรู้ที่เปลี่ยนไป

ประเด็น	วันนี้	พรุ่งนี้
เป้าหมายบริการ	การลดปัญหาการเจ็บป่วย	การพัฒนาสุขภาพด้วยเงื่อนไขการสร้างการพึ่งตัวเองของประชาชน
ค่าใช้จ่าย	ลงทุนกับเทคโนโลยีการรักษาโรคเป็นหลัก	เพิ่มสัดส่วนการลงทุนระหว่างการพัฒนาคนในระบบความรู้ให้ทัดเทียมกับการลงทุนทางเทคโนโลยี
กระบวนการบริการ	ใช้ข้อมูลและอาจเป็นบางส่วนของข้อเสนอเทศ	ใช้ความรู้
การประเมินผลสำเร็จ	• คู่มือการกระจายทรัพยากร • การลดปัญหาการเจ็บป่วย	• คู่มือคุณภาพของทรัพยากร • ความสามารถในการพึ่งพาตัวเองและคุณภาพชีวิตของประชาชน

การพัฒนาความรู้ในระบบสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญของการพัฒนาสุขภาพ เพราะสุขภาพนั้นมีความซับซ้อน และสัมพันธ์กับแง่มุมต่างๆ ที่เป็นบริบทในชีวิตมนุษย์ การพัฒนาสุขภาพจำเป็นต้องใช้การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือเพื่อทำความเข้าใจระบบความสัมพันธ์นั้น เข้าใจเงื่อนไข รวมถึงทางออกในการพัฒนาสุขภาพ

การพัฒนาความรู้ จะก่อให้เกิดภาวะแห่งการพึ่งพาตัวเองได้ เพราะความรู้ที่เป็นความรู้ที่แน่นเป็นแนวทางไปสู่ปัญญา เมื่อเกิดปัญหามันก็จะรู้ลึกก็อิสระ ดังนั้นการกล่าวว่าความรู้นำไปสู่ความเป็นอิสระ ทำให้คนเห็นคุณค่า เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จึงเป็นคำกล่าวที่เหมาะสมสำหรับคุณค่าของความรู้ที่มีต่อมนุษย์

บรรณานุกรม

วิจารณ์ พานิช. 2545.

สุขภาพบนฐานของปัญญา : กรุงเทพฯ บริษัท ดีไซน์ จำกัด

วิจารณ์ พานิช. 2545.

ยุทธศาสตร์การจัดการความรู้ : เอกสารอัดสำเนา ประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.

วิจารณ์ พานิช. 2545.

การจัดการความรู้ : เอกสารอัดสำเนา ประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.

วิจารณ์ พานิช. 2545.

ยุทธศาสตร์การจัดการความรู้ : เอกสารอัดสำเนา ประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.

พระธรรมปิฎก. 2541.

การแพทย์ไทย ทางเลือกในยุคโลกาภิวัตน์ : กองทุนคุณธรรมเพื่อการศึกษาและปฏิบัติธรรม. กรุงเทพฯ บริษัทธรรมสารจำกัด.

พระธรรมปิฎก. 2541.

การศึกษากับการวิจัยเพื่ออนาคตของประเทศไทย : กองทุนคุณธรรมเพื่อการศึกษาและปฏิบัติธรรม. กรุงเทพฯ บริษัทธรรมสารจำกัด.

พรชูลี อาชาวำรุง. 2545.

การบริหารความรู้ในระดับอุดมศึกษา เอกสารอัดสำเนา ประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2545.

มิติสุขภาพกระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสุขภาวะ : เอกสารประกอบการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

นโยบาย และระบบการวางแผน พัฒนากำลังคน ในอดีตจนถึงปัจจุบัน

นโยบายกำลังคน

- มีทั้งส่วนที่ Explicit และ Implicit แต่ส่วนใหญ่จะเป็น implicit ที่มีได้กำหนดเป็นนโยบายกำลังคนโดยตรงแต่จะแฝงอยู่ในนโยบายและการดำเนินการด้านอื่นๆ
- การวางแผนการดำเนินงานด้านกำลังคนมักพิจารณาแต่ส่วนที่เป็น explicit policy ด้านกำลังคน แต่ไม่ได้เตรียมวางแผนหรือนโยบายในส่วนที่เป็น Implicit policy หรือ ส่วนที่เป็นนโยบายด้านอื่นแต่กระทบต่อเนื่องมาถึงระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
- ส่วนใหญ่เป็นการกำหนดนโยบาย มาตรการเพื่อแก้ปัญหาที่เห็นชัดเจน และที่เป็นปัญหาเฉพาะหน้า มากกว่านโยบายเพื่อเตรียมการกำลังคนให้พร้อมต่อการดำเนินงานให้ได้ผล และมีประสิทธิภาพ
- เป็นการคิดย้อนหลังเพื่อแก้ปัญหาอดีตมากกว่าการเตรียมแก้เพื่ออนาคต

เนื้อหาของนโยบาย

- ที่ปรากฏเป็นเอกสารในแนวนโยบายรวมระดับประเทศ มีเนื้อหาเน้นที่การผลิต การกระจายกำลังคนเป็นหลัก โดยเฉพาะแพทย์ เพื่อให้เกิดการบริการที่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งเมืองและชนบท เน้นที่ส่วนวิชาชีพมากกว่าส่วนบุคลากรระดับผู้ช่วย
- แนวนโยบายในด้านการพัฒนาคุณภาพ และลักษณะกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไป รวมทั้งการบริหารจัดการกำลังคนจะไม่เด่นชัด จะเป็นลักษณะของนโยบายและแนวบริหารของแต่ละองค์กรที่เกี่ยวข้องจะปรับตัวกันเอง
- ส่วนที่เป็นการบริหารจัดการกำลังคนจะเป็นส่วนมาตรการส่วนกลางที่เน้นเรื่องค่าตอบแทน มาตรการให้กระจาย มากกว่าการพิจารณาบริหารจัดการกำลังคนที่เป็นระดับหน่วยงานย่อยที่ต้องพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ
- ในด้านลักษณะของการผลิตกำลังคน ถูกกำหนดโดยทบวงมหาวิทยาลัย และสถาบันการผลิตโดยตรง

องค์กรที่กำหนดนโยบาย ทั้งทางตรงเป็นทางการ และที่แฝงเร้น

ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนานโยบายโดยฝ่ายข้าราชการประจำแล้วนำเสนอต่อฝ่ายการเมือง แล้วกำหนดออกมาเป็นนโยบายผ่านคณะรัฐมนตรี หรือ กำหนดออกมาเป็นแนวนโยบายโดยองค์กรรัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการผลิต กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทยสภา ที่กำหนดมาตรฐานแพทย์ และจำนวนการผลิตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ

กลไกการดำเนินการนโยบาย

- เป็นการสั่งการจากส่วนกลางจากรัฐบาลผ่านกระทรวงสาธารณสุข และส่วนที่เป็นนโยบายขององค์กรที่เกี่ยวข้องโดยตรงก็ดำเนินการโดยองค์กรนั้นโดยตรง เช่น องค์กรวิชาชีพ มหาวิทยาลัยที่เป็นหน่วยผลิต
- เป็นการดำเนินการในลักษณะที่เหมือนกันทั่วประเทศ ไม่มีนโยบาย หรือมาตรการเฉพาะพื้นที่
- เนื้อหานโยบายบางส่วนที่เป็นกล่วลอยๆ แต่ขาดการแปลเป็นมาตรการหรือแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน

- ขาดระบบติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย บางนโยบายทำไม่ต่อเนื่อง และมีส่วนที่นโยบายบางส่วนขัดแย้งกัน

พัฒนาการของนโยบายและการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข

ระยะแรก แผน 4 - แผน 6: เป็นการแก้ปัญหาเชิงปริมาณเพื่อกระจายกำลังคนให้ครอบคลุมหน่วยบริการพื้นฐานเป็นหลัก ผู้พัฒนาและกำหนดนโยบายส่วนใหญ่เป็นกระทรวงสาธารณสุข

แผน 7-8: เริ่มเข้าสู่ระยะการพัฒนาคุณภาพของบริการ และการปรับการบริหารจัดการ แต่ไม่มีแผนการพัฒนาคุณภาพบุคลากรที่ชัดเจน มีแต่มาตรการเพิ่มค่าตอบแทนบุคลากร

แผน 9 : มีการระบุเรื่องการพัฒนาคุณภาพบุคลากรที่ชัดเจนขึ้นในส่วนที่เป็นปรัชญา ทิศทาง ส่วนที่แปลจากนโยบายไปสู่มาตรการมีเฉพาะในส่วนที่เป็นปฏิรูปการศึกษาทั่วไป แต่ส่วนการศึกษาด้านสาธารณสุขยังไม่ปรากฏแผนและมาตรการเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน

ขอบเขตการวางแผนกำลังคน

- มุ่งเน้นที่กำลังคนในภาคราชการ ไม่ได้รวมส่วนของภาคเอกชน และส่วนสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- มุ่งเน้นเฉพาะบางวิชาชีพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล
- สาขาอื่นๆ ใช้กรอบการพิจารณาที่กอบอัตรากำลังของราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก
- พิจารณาเน้นในส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มากกว่าการพิจารณาส่วนที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และการบริหารระบบสาธารณสุข
- เป็นการคิดที่พิจารณาแบบส่วนกลางเป็นผู้กำหนดระบบทั้งหมด

วิธีการศึกษา พิจารณาเพื่อกำหนดปริมาณความต้องการกำลังคน

- มักเน้นที่ใช้อัตราส่วนต่อประชากร และการคิดตามโครงสร้างของหน่วยบริการ health services ในปัจจุบันมากกว่า health needs และตามภาพระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต
- การพิจารณาเสนอเป็นทางเลือกเดียว เป็นตัวเลขรวมทั้งประเทศ โดยไม่ได้ระบุสถานการณ์ของบริบทว่าต้องปรับ คิดใหม่ เมื่อใด หรือไม่ อย่างไร มักไม่ได้คิดทางเลือกความเป็นไปได้ ยกเว้นมีหนึ่งการศึกษาที่มีการเสนอทางเลือก และไม่มีการประมาณความต้องการกำลังคนในส่วนที่เป็นองค์ประกอบย่อย เช่น กำลังคนสำหรับการบริการสุขภาพในเขตเมือง และชนบท

ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ส่วนมากเป็นเรื่องของกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย และวิชาชีพ ส่วนหน่วยงานอื่น ภาคส่วนอื่น รวมทั้งภาคประชาชน ภาคเอกชนเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย น้อย

ปัญหาหลักของระบบกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

- ด้านการกระจายทั้งในพื้นที่ เมืองและชนบท ระดับสถานพยาบาล และการกระจายในวิชาชีพสาขาต่างๆ
- ด้านการใช้บุคลากรและบริหารบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ การนิเทศสนับสนุนพัฒนาบุคลากร ตลอดจนการบริหารจัดการบุคลากรในระบะที่มีการปฏิรูป
- ด้านเนื้อหาของการผลิตที่สอดคล้องกับความต้องการที่เปลี่ยนไป และการทำให้ "คิดเป็น"
- ขีดความสามารถในการสร้างสุขภาพ การดูแลเป็นองค์รวม ยังมีจำกัด

ข้อเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพในระยะที่ผ่านมา (ระหว่าง พ.ศ. 2544-2546)

เอกสารนี้ เป็นการรวบรวมข้อเสนอด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพที่มาจากการศึกษา การระดมความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2544-2546) ซึ่งมีประเด็นที่สอดคล้องกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้

“คน” ที่เป็นเป้าหมายในระบบสุขภาพนี้หมายรวมทั้งส่วนที่เป็น **บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน**

แนวคิดการพัฒนาคน

- การพัฒนาคนต้องแก้ทั้งพื้นฐานด้านความคิดของสังคม และแก้ที่ตัวคนด้วย และการพัฒนาที่ยั่งยืนต้องเน้นทั้งชีวิตคน สังคมและสิ่งแวดล้อม
- แผนการพัฒนาคนจะต้องมีดุลยภาพที่พอดีระหว่างเป้าหมายการพัฒนาทั้ง 2 ฐานคือ ฐานที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ และฐานที่เป็นคนที่มีความสุข
- ในระบบการพัฒนาคนต้องมีทั้งการพัฒนาคนเพื่อไปพัฒนาระบบ และจัดระบบให้พัฒนาคนได้อย่างสมดุลพอดี ซึ่งต้องเน้นหนักของการพัฒนาแต่ละแบบในช่วงจังหวะที่พอดีจึงจะทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน
- การพัฒนาคนเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ซึ่งเริ่มตั้งแต่การพัฒนาที่เป็นการเรียนรู้ในชีวิตประจำวัน การศึกษาพื้นฐาน การศึกษาระดับอุดมศึกษา และการศึกษาเรียนรู้ในอาชีพ และการพัฒนาต่อเนื่องขณะทำงาน เป็นการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต

เป้าหมายคุณภาพ “คน” หมายความว่าทั้งในด้านความรู้ ความสามารถและคุณธรรม อันได้แก่

- ใฝ่รู้ ใฝ่สิ่งยาก มีปัญญา มีใช้เพียงพองาม แต่สามารถคิดเป็น ทำเป็น รู้เท่าทันสภาพแวดล้อม ความเป็นไปในสังคม และเทคโนโลยี และรู้จักปฏิบัติต่อสิ่งเหล่านี้ได้ถูกต้อง
- เป็นคนดี และเป็นผู้ที่มีความสุข มีจริยธรรมที่ยั่งยืน ซึ่งหมายถึงมีระบบการดำเนินชีวิตที่ดีงาม พัฒนาพฤติกรรม จิตใจ และปัญญาอย่างสอดคล้องกัน สุขได้ง่ายด้วยสิ่งเล็กน้อยที่สุด

คุณลักษณะพื้นฐานของบุคลากรด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการและผู้จัดบริการ

ควรมีคุณลักษณะ 2 ส่วนใหญ่ คือ ส่วนที่เป็น “จิต” ที่แสดงออกเป็นทัศนคติ หรือจิตสำนึก และส่วนที่เป็น “สมอง” ซึ่งแสดงออกเป็นความสามารถของแต่ละบุคคล การพัฒนาคนควรให้ความสำคัญของการเจริญเติบโตของสองส่วนนี้อย่าง **สมดุล** ซึ่งเปรียบได้กับการมี “คุณธรรม” และ “ความรู้” ที่ควบคู่กัน ทั้งนี้การสร้างทัศนคติเปรียบเสมือนเป็นฐานให้ความรู้ผลิดอกออกผล เป็นตัวควบคุมการใช้ความรู้ความสามารถให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม ป้องกันมิให้ใช้ความรู้เพื่อตนเองเป็นใหญ่หรือไปเบียดเบียนผู้อื่น

คุณลักษณะของบุคลากรด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ (สถาบันพระบรมราชชนก และภาคีพัฒนากำลังคน 2544)

1. ทัศนคติ และอุดมการณ์

- 1.1 ความตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบในการทำงาน ความตั้งใจให้เกิดคุณภาพของการทำงาน บนฐานความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง

- 1.2 คุณธรรมการทำงาน เช่น ทำงานเพื่อประโยชน์ของผู้อื่นเป็นสำคัญ มีความเมตตา กรุณา มี
หัวใจดีต่อบุคคล
- 1.3 มีความเพียรต่อการเรียนรู้อย่างไม่สิ้นสุด เพื่อพัฒนาตนเอง
2. **ความสามารถที่เป็นความรู้และทักษะ**
 - 2.1 ความสามารถพื้นฐานเชิงวิชาชีพ ได้แก่ งานเทคนิคบริการ งานบริหาร
 - 2.2 ความสามารถพื้นฐานในการแก้ปัญหา ได้แก่
 - ความสามารถในการประเมินสภาพ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริง
 - ความสามารถในการวางแผน แก้ปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่และความเป็นไปได้
 - ความสามารถในการประสานงาน การให้คำปรึกษา และการสื่อสารถ่ายทอดความรู้
(Coordination, consultation, and evidence-based communication)
 - 2.3 ความสามารถในการทำงานเป็นทีม

ส่วนที่เป็นประชาชน

ประชาชนควรมีศักยภาพในการตัดสินใจด้วยตนเองในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น ควบคุมตนเองถึงระดับใด และเมื่อใดจึงจะไปพึ่งบริการ เลือกใช้สถานพยาบาลเบื้องต้นได้เหมาะสม มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถให้ความเห็นสะท้อนผลกระทบของการจัดบริการของสถานบริการต่างๆ ได้ และบางส่วนมีส่วนร่วมในการบริหารระบบบริการ สะท้อนความเห็นต่อการใช้ทรัพยากรของรัฐ ด้านสุขภาพ สะท้อนการบริหารงานระบบสุขภาพของรัฐได้

กระบวนการพัฒนาความพร้อมของประชาชนนั้นมียุทธศาสตร์ประกอบ และกระบวนการที่ต่างจากบุคลากร สาธารณสุข เนื่องจากพื้นฐานการศึกษา และความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังน้อย รวมทั้งวิถีชีวิตของคนไทยที่เรียบง่าย ฉะนั้นกระบวนการพัฒนาศักยภาพของประชาชนจึงต้องมองทั้งระบบการศึกษา การให้ข้อมูลทั่วไปและการเรียนรู้ในสังคม และการให้ความรู้ความเข้าใจผ่านระบบบริการสาธารณสุข โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ของประชาชนกลุ่มต่างๆ ธรรมชาติการเรียนรู้ และวัฒนธรรมความเชื่อ รวมทั้งให้โอกาสประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับสุขภาพของตนเอง และสุขภาพของชุมชน

ระบบการพัฒนาศักยภาพที่พึงประสงค์

1. เป็นระบบสร้างคน ให้เกิดความเข้มแข็งทางปัญญา คิดเป็น ทำเป็น สร้างคนดี เก่ง และมีความสุข
2. เป็นระบบที่ตอบสนองความหลากหลายของกำลังคน และการจัดการตามสภาพพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลและปัญญาเป็นฐานแก้ปัญหา
3. เป็นระบบที่ตอบสนองการกระจายอำนาจ อาศัยการประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายมากกว่าการรวมศูนย์ที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ใช้การส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล ด้วยมาตรการทางการเงิน และกฎหมาย เพื่อผลักดันการดำเนินงานไปตามทิศทาง และแนวนโยบายของประเทศ
4. เป็นระบบที่คำนึงถึง และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

ยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สถาบันพระบรมราชชนก และภาคีพัฒนากำลังคน 2544)

1. สร้างกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองจากความตระหนัก (Empowerment) ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เรียนรู้จากการปฏิบัติ ใช้ประสบการณ์จริงของผู้เรียน การเรียนรู้ให้มีคุณภาพของการสร้างทัศนคติ และสาระความรู้
2. พัฒนาปรัชญา แนวคิด และกระบวนการของการพัฒนาคณะ ทั้งการเรียนรู้ในระบบ และการเรียนรู้ในกรอบการทำงาน ภายในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพ ให้เป็นแกนทางปัญญาของการพัฒนาคณะ
3. สร้างระบบและกลไก ในระดับชาติและท้องถิ่น (ภูมิภาค) เพื่อกำหนดทิศทางและนโยบายในภาพรวม รองรับการพัฒนาที่หลากหลายของกำลังคนในพื้นที่ เพื่อให้กำลังคนมีศักยภาพเพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลายในพื้นที่อีกต่อหนึ่ง
4. สร้างเสริมบทบาทของรัฐที่เป็นผู้พิทักษ์ (Stewardship) ต่อพันธะสัญญา กล่าวคือ เน้นประสิทธิภาพ การดำเนินงาน (Performance function) ด้วยการจัดการอย่างเหมาะสมและชาญฉลาด แทนการควบคุมอย่างเดิม
5. พัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่อง และการบริหารจัดการที่สนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Life long learning) ของบุคลากร
6. ส่งเสริม พัฒนางานวิจัยวิชาชีพ ให้มีบทบาทต่อการพัฒนาคณะ และพัฒนาวิชาการ

ด้านนโยบาย และกลไกการจัดการกำลังคน (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ 2544)

1. กำหนดให้มีกลไกกลางในระดับชาติที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดความต้องการกำลังคน การผลิต และการกระจายบุคลากร โดยกำหนดผู้ที่จะมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน (ทั้งฝ่ายผลิต ฝ่ายผู้ใช้ ฝ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง) รวมทั้งกลไกหลักที่จะรับผิดชอบเป็นแกนกลาง กลไกกลางนี้มีหน้าที่รับผิดชอบ (สถาบันพระบรมราชชนก และภาคี 2544) คือ
 - กำหนดทิศทางและนโยบายด้านกำลังคนในภาพรวมของระบบสุขภาพ ทั้งด้านการผลิตและการพัฒนาคณะ โดยมุ่งเน้น “คุณภาพของคน” ตลอดจนการกระจายและการจัดการกำลังคน
 - ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะทางวิชาการ เพื่อแก้ปัญหาด้านกำลังคนเฉพาะกลุ่ม เฉพาะเรื่อง
 - กำกับ ติดตามสถานการณ์ ประเมินสภาพ และผลกระทบต่อกำลังคนในระบบ
 - อุดหนุน ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาคณะ เพื่อลดช่องว่าง หรือความไม่สมดุลด้านกำลังคนในระบบสุขภาพ โดยใช้มาตรการทางการเงินและงบประมาณ
 - อุดหนุน ส่งเสริมการศึกษาวิชาชีพด้านกำลังคน และพัฒนารูปแบบการพัฒนาคณะที่เหมาะสม
 - ประสานงานกับหน่วยงาน สถาบัน องค์กร และประชาคม
2. จัดตั้ง “กองทุนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ” เพื่อเป็นเครื่องมือทางการเงิน ในการอุดหนุน ส่งเสริมการดำเนินงานของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ตามขอบเขต หน้าที่ และความรับผิดชอบที่กำหนด

3. ให้รัฐจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนากำลังคน ในภาพรวมแก่หน่วยงานต่างๆ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรทั้งระบบ
4. มีการให้ท้องถิ่นแต่ละแห่งกำหนดแผนความต้องการกำลังคนในแต่ละพื้นที่ หรือมีส่วนร่วมในกลไกกลาง ส่วนการที่ท้องถิ่นจะมีบทบาทในด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนมากเพียงใด ให้ขึ้นกับสภาพทางการเงิน และวิวัฒนาการของระบบการศึกษา และระบบบริการภายใต้การกระจายอำนาจ
5. ให้มี "กลไกระดับภูมิภาค" หรือท้องถิ่นที่คลุมพื้นที่จังหวัดหรือกลุ่มจังหวัด (เขต) (สถาบันพระบรมราชชนก และภาคี 2544)
 - 1) มีหน้าที่ประสานเชื่อมต่อระหว่างกลไกระดับชาติ กับหน่วยปฏิบัติ ดังนี้
 - จัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce plans) เพื่อคาดการณ์ความต้องการระยะกลาง
 - กำกับดูแล ประเมินผลการจัดการกำลังคน ได้แก่ การกระจาย การใช้ การพัฒนา และการคงไว้กำลังคน ในระดับพื้นที่
 - ประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์กำลังคน
 - 2) ให้เป็น "หน่วยงานภายใน" ขององค์กรกำกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในระดับพื้นที่ อาจเป็น สสจ.(ผู้แทนกระทรวงฯ) หรือคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กรณีเป็นหน่วยงานกลาง ที่มีผู้ใช้ชื่อ ผู้ขายบริการสุขภาพ)
6. การกำหนดว่าการผลิตบุคลากรสาธารณสุขถือเป็นการลงทุนเพื่อประโยชน์สาธารณะและเป็นหน้าที่ของรัฐ ที่จะต้องจัดการดูแล โดยเฉพาะรับผิดชอบในด้านการเงินอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีการผลิต และกระจายกำลังคนให้สอดคล้องกับแผนและความขาดแคลนโดยกำหนดให้มีกลไกการดูแลเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง ไม่ปล่อยเป็นเรื่องของกลไกตลาด และมองแบบแยกส่วนโดยมองเรื่องการอุดหนุนทางการเงิน ที่มุ่งลดเพียงความไม่เท่าเทียมกันของโอกาสทางการศึกษาเท่านั้น
7. มีกลไกกลางเรื่องระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ
8. อาจกำหนดให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตบุคลากรสาธารณสุข แต่ต้องดำเนินการภายใต้แผน และนโยบายในภาพรวม โดยเฉพาะที่จะสามารถปรับลดทั้งปริมาณที่ผลิต และค่าเล่าเรียนที่เรียกเก็บ โดยรัฐจะต้องมีมาตรการอุดหนุนทางการเงินที่เหมาะสม

ทางเลือกเชิงนโยบาย ว่าด้วยการผลิต และการกระจายบุคลากร รวมทั้งการอุดหนุนทางการเงิน
(สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ 2544)

- ท้องถิ่นเป็นหลักในทุกด้าน คือท้องถิ่นทำแผนความต้องการกำลังคน คัดเลือกผู้เหมาะสมเข้าทำการ ศึกษา รับผิดชอบค่าใช้จ่าย เพื่อให้กลับมาทำงานในท้องถิ่น ไม่จำเป็นต้องเป็นเจ้าของสถานศึกษาเอง
- ท้องถิ่นกำหนดความต้องการและการคัดเลือกคน แต่ส่วนอื่นเป็นบทบาทของหน่วยอื่น งบประมาณเพื่อ การศึกษาดูแลโดยส่วนกลาง หากมีระบบเงินกู้ ก็กู้โดยท้องถิ่นมิใช่นักศึกษา
- ท้องถิ่นกำหนดความต้องการกำลังคน เพียงอย่างเดียว
- กรณีนโยบายเงินกู้เพื่อการศึกษา ดูเหมือนจะมีผู้เห็นด้วยไม่มาก ด้วยคิดว่ารัฐควรรับผิดชอบอุดหนุนการ ผลิตบุคลากรสาธารณสุข โดยไม่มีข้อเสนอแนะว่าจะสนับสนุนผ่านสถาบันการศึกษาหรือผ่านผู้เรียน

อย่างไรก็ตามหากมีการตั้งกองทุนเพื่อกู้ยืมก็ไม่ควรจะใช้เงินไปกับการจ่ายเงินคืน แต่ให้ผู้ไปปฏิบัติงานขอใช้ทุน ซึ่งก็เหมือนกับการอุดหนุนโดยตรงผ่านนักศึกษา

ด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากร (สถาบันพระบรมราชชนก และภาศิพัฒนากำลังคน 2544)

1. ผลักดันการปฏิรูปการเรียนรู้ในสถาบันการศึกษาให้เกิดเป็นรูปธรรม โดยมีเป้าหมายสุดท้ายอยู่ที่การสร้างคุณภาพของคนเข้าสู่ระบบ และให้ถือเป็นบทบาทและพันธกิจสำคัญของสถาบันการศึกษาที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้การปฏิรูปต้องมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อปรับหลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอนอย่างจริงจัง
2. ให้สถาบันการศึกษา มีบทบาททั้งด้านการผลิต และด้านการพัฒนาบุคลากร ในสัดส่วนที่เหมาะสม เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน โดยให้ทำหน้าที่สนับสนุนระบบสุขภาพอย่างแนบแน่น ไม่ควรแยกบทบาทการผลิตและฝึกอบรมออกจากกันอย่างสิ้นเชิง ทั้งนี้ การพัฒนาบุคลากรต้องไม่มุ่งเน้นแต่ตัวหลักสูตรฝึกอบรม ควรเน้นการพัฒนาศักยภาพของคนเป็นเป้า
3. การพัฒนาความรู้และวิชาการ ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของสถาบันการศึกษา ต้องผลักดันทิศทางให้นำความรู้ออกจากตัวผู้เชี่ยวชาญ ไปสู่ผู้มีหน้าที่หรือมีโอกาสได้รับประโยชน์จากการใช้ความรู้ นั้น และต้องทำให้เป็นความรู้ที่ใช้ประโยชน์ได้ การสร้างกำลังคนด้านสุขภาพจึงต้องพัฒนาให้เป็นผู้จัดการกับความรู้เป็น รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้ไปสู่ประชาชนต่อไปได้
4. กระจายโอกาสทางการศึกษา และสร้างหลักประกันการคงอยู่ของบุคลากรในชนบท ด้วยการสนับสนุนให้มีระบบคัดเลือกผู้เข้าศึกษาจากท้องถิ่นและชุมชนที่มีความขาดแคลนกำลังคน มีระบบสร้างความผูกพันระหว่างผู้เรียนกับชุมชนท้องถิ่นของตน ทั้งจิตสำนึกและนิติผูกพัน
5. หน่วยงานผู้ใช้ต้องมีบทบาทและความรับผิดชอบต่อการพัฒนาคนเข้าสู่ระบบงานของตนเอง เพื่อให้เกิดความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพงาน ไม่ปล่อยให้เป็นการเรียนรู้ตามธรรมชาติที่ปราศจากการจัดการใดๆ
6. ให้รัฐดำเนินการให้เกิดระบบการจัดการที่รองรับการเรียนรู้ตลอดชีวิตของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยให้มีหน่วยงานอิสระ หรือกลไกภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติดูแลรับผิดชอบ ทำหน้าที่จัดการด้านฐานข้อมูลของแหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิต และให้บริการเชื่อมต่อระหว่างแหล่งเรียนรู้กับผู้เรียนทั่วประเทศ

ด้านการจัดการระบบกำลังคน

- ◆ สนับสนุนให้หน่วยงานต่างมีบทบาท และความรับผิดชอบในการจัดการกำลังคนของตนเองโดยอิสระ แต่ต้องเป็นระบบที่ส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรทุกคนอย่างเต็มที่ สร้างความเสมอภาค เป็นธรรม และเกิดประสิทธิภาพการทำงาน ได้แก่ การกำหนดกรอบอัตรากำลัง การกำหนดและพัฒนามาตรฐานบุคลากร การมอบหมายงาน การเตรียมคนเข้าสู่ตำแหน่ง และพัฒนาคนอย่างต่อเนื่อง การบริหารงานบุคคล การดูแลคุณภาพและการวัดผลการปฏิบัติงาน การพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ เป็นต้น

ด้านองค์การวิชาชีพ

1. สนับสนุนให้สภาวิชาชีพ ทำหน้าที่พัฒนาวิชาชีพ ทั้งด้านวิชาการ ด้านมาตรฐาน และด้านจริยธรรม อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ออกกฎหมายเพื่อจัดตั้งสภาวิชาชีพเพิ่มขึ้น ให้ครอบคลุมขอบเขตการให้บริการของวิชาชีพต่างๆ เช่น เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด การแพทย์แผนไทย ฯลฯ ส่วนสาขาวิชาชีพที่ยังไม่ออกกฎหมายเฉพาะ ก็ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแล พร้อมกับการครอบคลุมวิชาชีพสาขาใหม่ๆ เช่น โภชนบำบัด อาชีวบำบัด จิตบำบัด ผู้ให้คำปรึกษาทางจิต ผู้บริหารสถานบริการ ฯลฯ นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้สมาคมวิชาชีพมีบทบาทการพัฒนาวิชาชีพ มาตรฐานวิชาชีพ และขึ้นทะเบียนสำหรับวิชาชีพที่มีลักษณะเฉพาะสูง
ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (ตาม พรบ.ใหม่) เป็นผู้เสนอการจัดระบบ และการปรับปรุงกฎหมาย เพื่อรองรับตามวรรคแรก ซึ่งต้องไม่เกิน 2 ปี นับแต่ พรบ.ใหม่ใช้บังคับ
3. จัดตั้ง “สมัชชาวิชาชีพ” เป็นองค์การความร่วมมือระหว่างสภาวิชาชีพ สมาคมวิชาชีพ และกลุ่ม ชมรมวิชาชีพ เพื่อให้มีบทบาทในการเสนอความเห็นต่อนโยบายและมาตรการของรัฐ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ ให้รัฐจัดสรรเงินอุดหนุนองค์การวิชาชีพ ผ่านสมัชชาวิชาชีพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรสุขภาพ
4. ให้ปรับปรุงกฎหมายวิชาชีพ เพื่อเอื้อให้ภาคประชาชนมีบทบาท และมีส่วนร่วมในองค์การวิชาชีพ เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้บริโภค ในทางเลือกต่างๆ ดังนี้
 - เป็นที่ปรึกษาขององค์การวิชาชีพ
 - เป็นกรรมการสภาวิชาชีพ โดยกำหนดสัดส่วนบุคคลภายนอก
 - แยกกระบวนการพิจารณาคดี และการตัดสินลงโทษ ออกจากกรรมการสภาวิชาชีพ และให้บุคคลภายนอกมีส่วนร่วมในกระบวนการ
 - มีกระบวนการประชาพิจารณ์ ที่กฎหมายวิชาชีพรองรับ

เอกสารอ้างอิง

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, พิณทุสร เหมพิสุทธิ์ มกราคม 2544; กลไก นโยบาย และบทบาทของส่วนต่างๆ ในสังคม

เกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถาบันพระบรมราชชนกและภาควิชาพัฒนากำลังคน 2544; ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนกับปฏิรูป

ระบบสุขภาพ

สุพัตรา ศรีวิณิชกร 2545; การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ : สู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้คุณธรรม

30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9

ข้อเสนอยุทธศาสตร์ และกลวิธีการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาส่วนอื่นๆ ที่เคยมีการศึกษาและมีข้อเสนอเกี่ยวกับยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งจะกำหนดอยู่ในขอบเขตของกระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข และกำลังคนด้านสุขภาพ ที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต คือ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2541; วิเคราะห์อนาคตระบบสุขภาพไทยในสองทศวรรษหน้า)

1. เปลี่ยนจากผู้ให้บริการเป็นหลัก เป็นผู้สนับสนุนและกำกับดูแล
2. เปลี่ยนจากบริการแบบตั้งรับในสถานพยาบาลเป็นบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพในการเข้าหาและทำงานเป็นทีมร่วมกับชุมชน และลดบทบาทในการเป็น "คุณพ่อรู้ดี"
3. เปลี่ยนจากการให้บริการทางการแพทย์เป็นหลักมาเป็นการให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์และสาธารณสุข กำลังคนด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา มีศักยภาพในการตัดสินใจเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และมีการพัฒนาศักยภาพในการให้คำปรึกษา การสื่อสาร และการค้นหาข้อมูลที่ชัดเจนทันสมัยเพื่อให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ประชาชนได้
4. เปลี่ยนจากการทำงานที่ค่อนข้างปิดลับในกลุ่มวิชาชีพไปสู่การทำงานที่เปิดเผยตรวจสอบได้ ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพ นอกจากต้องเป็นผู้ที่มีศักยภาพในทางวิชาชีพ และมีคุณธรรม จริยธรรมแล้ว จะต้องมีความที่เปิดเผย โปร่งใส พร้อมที่จะชี้แจงและรับการตรวจสอบจากประชาชนได้

ข้อเสนอแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระหว่างประจำการ เสนอต่อสังคมไทย และประชาคมกระทรวงสาธารณสุข (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ 2542; รายงานการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพระหว่างประจำการของกระทรวงสาธารณสุข)

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 "ปรับแนวคิดใหม่" มุ่งที่จะปลูกฝังแนวคิด การพัฒนาคนตามการพัฒนางาน / องค์การ ควบคู่ไปกับแนวคิด คนเป็นเป้าหมายของการพัฒนาเพื่อสังคมที่ดีในอนาคต

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ "พัฒนากำลังคน" อย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงครบวงจร และมีจุดเน้นที่ชัดเจน เพื่อพัฒนาคนตั้งแต่พื้นฐาน (ก่อนเข้าทำงาน) จนเกษียณอายุราชการ โดยมียุทธวิธีที่สำคัญ เช่น

- 1) การปฏิรูประบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ปฏิรูปการคัดเลือก ระบบการเรียนการสอน และการประเมินผล ชุมชนมีส่วนร่วม
- 2) สร้างระบบการพัฒนากำลังคนประจำการที่เชื่อมโยงกับระบบผลิตกำลังคน และการพัฒนาองค์กร เช่น มีโครงสร้างองค์กรที่กำหนดนโยบาย และประสานแผนพัฒนากำลังคนทุกระดับ
- 3) สร้างระบบการพัฒนาผู้นำขององค์กรทุกระดับ
- 4) สร้างเครือข่ายนักวิชาการ "พัฒนากำลังคน" ด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 เตรียมการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ทั้งส่วนที่เป็นระบบการบริหารจัดการใหม่ สภาพบริการที่มีความต้องการใหม่ หรือเปลี่ยนรูปแบบไป

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์เคลื่อนพร้อมกันทั้งระบบ พัฒนากำลังคนควรจะไปพร้อมกับการสร้างระบบ "ธรรมาภิบาล" เพื่อนำไปสู่การสร้าง "ภาวะผู้นำที่ดี" และระบบบริหารจัดการ/พัฒนา งาน/เงิน/คน ที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ เพื่อการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในชนบทของประเทศไทย

(สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, สุพิศรา ศรีวนิชชากร อารี วลัยะเสวี 2542 รายงานวิชาการ "การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย")

- 1. ควรที่จะมีการดำเนินการมาตรการบังคับให้แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ปฏิบัติงานชดใช้ทุนในภาครัฐ ที่เป็นพื้นที่ชนบทอย่างต่อเนื่อง** เพราะเป็นมาตรการสำคัญที่ทำให้มีบุคลากร 3 สาขานี้หล่อเลี้ยงการบริการสาธารณสุขในชนบท ส่วนจำนวนกรอบอัตรากำลังสำหรับทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ต้องการในการให้บริการในระดับอำเภอนั้นควรมีการปรับคิดใหม่ตามสภาพงานที่เป็นจริง หากพบว่ากรอบอัตรากำลังใกล้เคียงเต็ม แนวทางที่จะดำเนินการควรเป็นการลดจำนวนทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนลงแทนที่จะยกเลิกมาตรการนี้ทั้งหมด ส่วนการที่จะดำเนินการให้นักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการศึกษาทั้งหมดนั้นยังไม่ควรดำเนินการในขณะนี้ หากยังไม่มียุทธศาสตร์ด้านกว้างทั้งหมดที่ปฏิบัติเช่นเดียวกันกับการศึกษาระดับอุดมศึกษาทั้งหมด รวมทั้งหากดำเนินการดังกล่าวจริง จำเป็นที่รัฐจะต้องมีกองทุนเพื่อการศึกษาจำนวนมาก เพื่อช่วยให้ประชาชนส่วนที่ยากจนสามารถเข้าถึงการศึกษาระดับสูงได้อย่างเสมอภาค
- 2. การจัดสรร กระจายแพทย์ที่เป็นคู่สัญญาระหว่างการปฏิบัติงานใช้ทุน ควรที่จะมีการพัฒนาวิธีการใหม่ที่เอื้ออำนวยให้มีบุคลากรไปปฏิบัติงานในระดับอำเภอเพิ่มมากขึ้น** กล่าวคือการปฏิบัติงานของแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ในโรงพยาบาลใหญ่ยังควรมีการดำเนินการต่อแต่ต้องเสริมทักษะส่วนที่ช่วยเสริมความมั่นใจให้แพทย์พร้อมที่จะไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น และต้องให้แพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 และปีที่ 3 ทั้งหมดไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนโดยไม่มีข้อยกเว้น การที่มีแผนจัดสรรแพทย์ใช้ทุนจำนวนหนึ่งไปยังโรงพยาบาลที่มีการสอนควรมีการปรับเปลี่ยนใหม่ เพราะส่วนหนึ่งโรงพยาบาลเหล่านี้มีกำลังคนเพิ่มจากการที่มีแพทย์ประจำบ้านไปฝึกปฏิบัติงาน หรือโดยการรับแพทย์ที่จบการฝึกอบรมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้วแทน
- 3. จังหวัดที่อยู่ใน 25 เปอร์เซนต์ที่มีความขาดแคลนแพทย์สูงสุด (จากการประมาณการจำนวนความต้องการแพทย์ที่ปรับใหม่) ควรได้รับความสำคัญลำดับต้นในการจัดสรรแพทย์ใช้ทุนใหม่ หรือการโยกย้ายแพทย์ปฏิบัติงานจากพื้นที่อื่น** ส่วนจังหวัดที่อยู่ใน 25 เปอร์เซนต์ที่มีความขาดแคลนน้อยสุดควรได้รับความสำคัญในลำดับหลัง และหากจำนวนแพทย์หลังการจัดสรรแล้วยังไม่เพียงพอกับความต้องการขั้นต่ำ รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณเป็นก้อนเพิ่มเติมให้แก่จังหวัด(เท่ากับจำนวนเงินเดือนและค่าตอบแทนเพิ่มของแพทย์ 1 คน คูณด้วยจำนวนแพทย์ที่ขาด) เพื่อใช้ในการจ้างแพทย์จากหน่วยงานอื่นทั้งในภาครัฐ หรือภาคเอกชนเพื่อมาช่วยปฏิบัติงานแทนโดยที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน และรัฐควรที่จะจัดให้มีกลไกระดับจังหวัดเกิดขึ้นเพื่อรับผิดชอบในการวางแผนและจัดการงบประมาณส่วนนี้อย่างมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์
- 4. เพื่อให้การดำเนินการตามข้อเสนอแนะในข้อ 3 สามารถดำเนินไปได้ได้อย่างต่อเนื่อง จำเป็นที่จะต้องมีการปฏิรูปหน่วยงานวิชาการที่รับผิดชอบในการกำหนดแบบแผนอัตรากำลังคนใหม่สำหรับสถานพยาบาลในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล พร้อมกับและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** รวมทั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนให้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปเป็นระยะๆ หน่วยงานนี้ควรปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดกับสำนักงาน ก.พ. สำนักงานประมาณ กองการเจ้าหน้าที่ กองสาธารณสุขภูมิภาค และกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

5. **ควรมีกกลไกใหม่ซึ่งอาจอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ประสานการผลิตแพทย์เพื่อ**
ชาวชนบทให้มีคุณภาพมากขึ้น ร่วมกับการจัดสรรโควตาการฝึกอบรมและการกระจายแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญ และการส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องให้แก่แพทย์ในระดับอำเภอ กลไกใหม่นี้
ควรเป็นหน่วยงานที่อิสระหรือมีลักษณะการจัดองค์กรที่ทำให้ดำเนินงานมาตรการต่างๆ ทางด้านการศึกษา
ได้ต่อเนื่องและผสมผสาน แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อมิให้มีผล
กระทบต่อการส่งเสริมขวัญกำลังใจของบุคลากรสาธารณสุขในระดับอำเภอ
6. **ให้มีงบประมาณเฉพาะที่จัดสรรให้แต่ละจังหวัดเพื่อจัดทำเป็นกองทุนบริหารและพัฒนาบุคลากร**
สาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งงบประมาณนี้อาจนำไปใช้เพื่อจ้างบุคลากรจากหน่วยงานอื่น ไปช่วยเพิ่มเติม
ในการให้บริการระดับอำเภอ หรือให้ค่าตอบแทนให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ หรือใช้เพื่อ
ขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในการพัฒนาด้านวิชาการให้โรงพยาบาลชุมชน
หรือลงไปจัดบริการเสริมให้ กองทุนนี้ควรจะบริหารจัดการโดยผู้แทนร่วมระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และวงเงินงบประมาณที่ควรจัดสรรคิดคำนวณได้จากฐาน
ความขาดแคลนกำลังคนในแต่ละอำเภอในจังหวัดนั้น ตามโมเดลการคิดที่เสนอใหม่โดยคณะที่ปรึกษา
(TA team)
7. **ระบบการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันนี้** ค่อนข้าง
เหมาะสมและได้รับการยอมรับในด้านยอดจำนวนเงิน **แต่ยังมีองค์ประกอบบางส่วนที่ควรจะได้รับการ**
ปรับเปลี่ยนให้มีประสิทธิภาพและคุ้มค่ามากขึ้น กล่าวคือ ควรมีการปรับให้มีงบประมาณจัดให้แก่พื้นที่
ชนบทมากขึ้นโดยเฉพาะในระดับอำเภอ จัดให้วิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการในระดับอำเภอมีความ
แตกต่างกับระดับจังหวัด และมีการจัดค่าตอบแทนในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วย
มิใช่เฉพาะงานรักษาพยาบาล มีการพัฒนากลไกการจ่ายค่าตอบแทนที่มีการประเมินพฤติกรรมและผลลัพธ์
การทำงานด้วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์งานที่ดีเพิ่มขึ้นจากจำนวนบุคลากรที่มีจำกัด มิใช่จ่ายเพิ่มเพียงเพื่อจะดึง
ให้บุคลากรปฏิบัติงานในภาครัฐเท่านั้นโดยไม่มีผลงาน ฉะนั้นในแต่ละหน่วยงานจำเป็นต้องมีการจัดระบบ
การประเมินผลงานและการสะท้อนผลเพื่อทำให้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

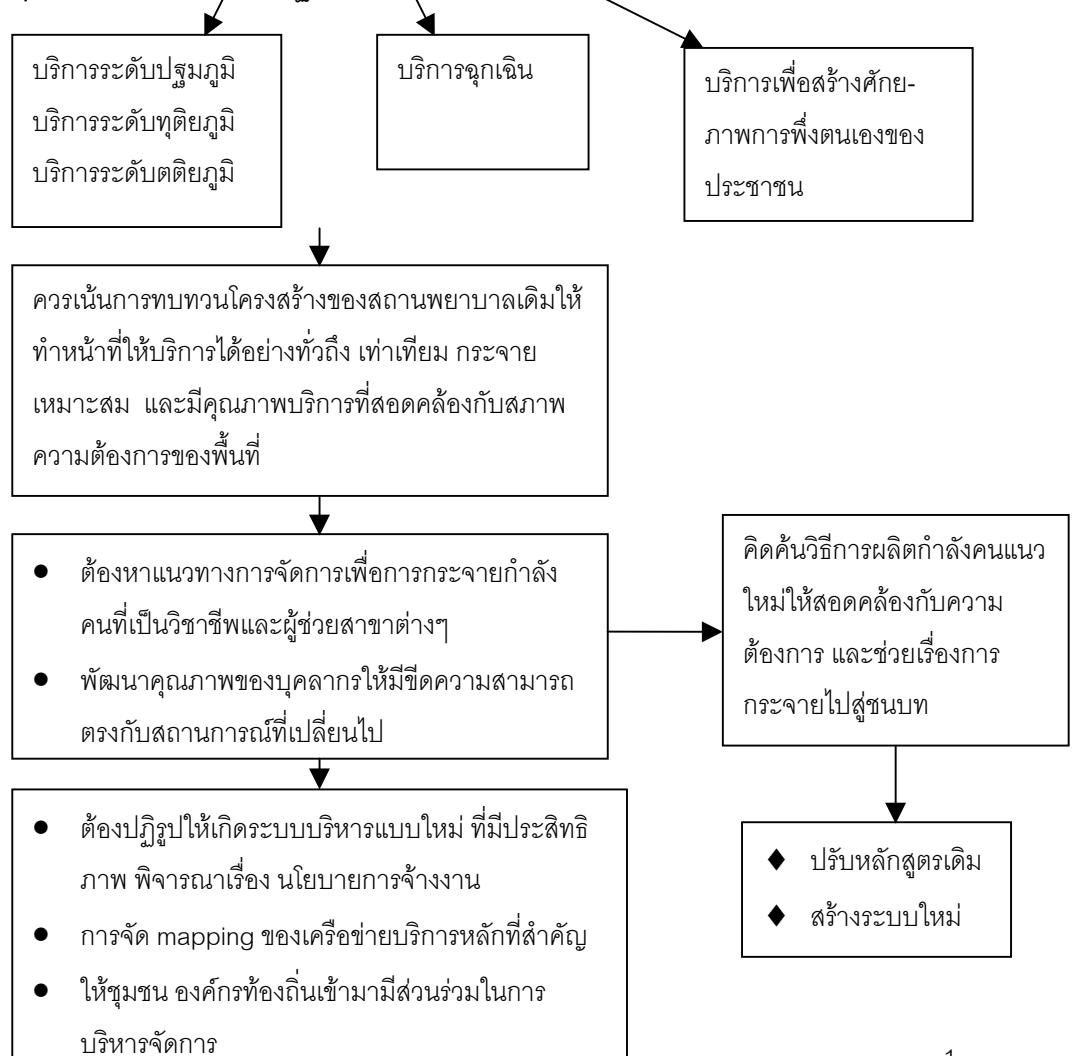
กรอบแนวทางการพิจารณาเพื่อกำหนด นโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ทีมเลขานุการได้ทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคน ทั้งด้วยวิธีการคุยปรึกษาเป็นรายบุคคล และการประชุมพร้อมกันไปแล้ว 1 ครั้ง ร่วมกับการศึกษาจากเอกสารต่างๆ ได้ข้อสรุปเบื้องต้นในการพิจารณาเรื่องนี้ ดังนี้

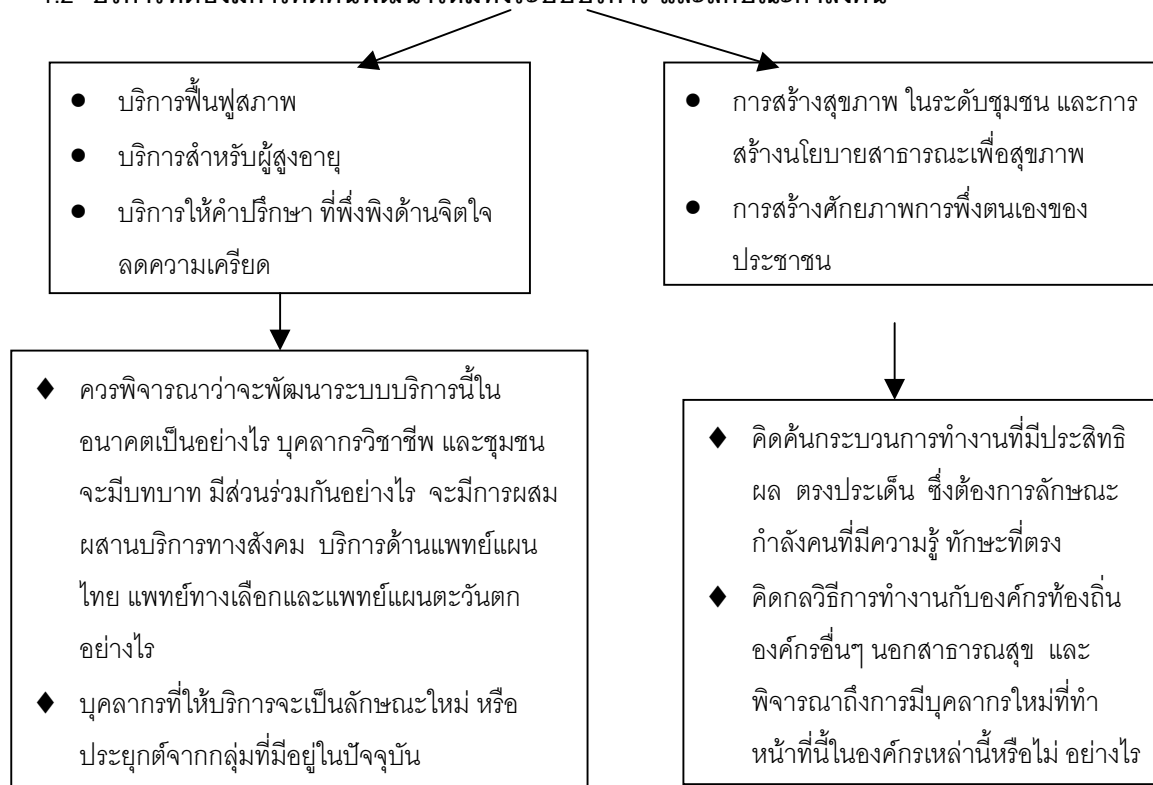
กรอบการพิจารณาเรื่องนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ในอนาคตระยะยาว มีแนวการพิจารณาได้ในลักษณะต่างๆ ดังนี้

1. พิจารณาจากกรอบความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในอนาคต ในระยะประมาณ 10 ปีข้างหน้า โดยพิจารณาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของประชากร การเปลี่ยนทางด้านสังคม การศึกษา การปรับเปลี่ยนการบริหารองค์กรของรัฐ และเอกชน รวมทั้งการกระจายอำนาจเพื่อพิจารณาว่าในอนาคตจะมีความต้องการบริการสุขภาพในลักษณะใด เปลี่ยนรูปไปอย่างไร จะต้องพัฒนาบริการในด้านใดบ้างอย่างไร แล้วจึงพิจารณาต่อว่าจะต้องมียุทธศาสตร์การจัดการเรื่องกำลังคนอย่างไร ซึ่งมีประเด็นการพิจารณาย่อยโดยแบ่งกลุ่มบริการที่จำเป็นในอนาคต ตามลักษณะการพัฒนา คือ

1.1 กลุ่มบริการที่เป็นบริการพื้นฐาน ตามโครงสร้างบริการเดิม



1.2 บริการที่ต้องมีการคิดค้นพัฒนาใหม่ทั้งระบบบริการ และลักษณะกำลังคน



2. กรอบที่พิจารณาตามลักษณะกลไกการดำเนินงานด้านกำลังคน

ซึ่งมีประเด็นย่อยที่ควรพิจารณา คือ

2.1 การจ้างงาน และระบบบริหารแบบใหม่ เพื่อให้เกิดการกระจายกำลังคน และการใช้กำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจพิจารณาว่าควรเป็นการปรับใหม่ทั้งระบบ หรือ เน้นเฉพาะส่วนที่เป็นเป้าหมายสำคัญที่เป็นปัญหาในลำดับแรกก่อน มีการพิจารณาถึง employment policy (รวมถึงการจัดการเกี่ยวกับพนักงานของรัฐ) ว่าควรจะไปอย่างไรจึงจะเป็นไปได้ และแก้ปัญหาได้ การมีนโยบายเพื่อส่งเสริม จูงใจให้บุคลากรอยู่ในชนบทได้ยาวนาน และมีความสุข ตลอดจนจูงใจให้บุคลากรดำรงอยู่ในวิชาชีพที่ศึกษามาได้ยาวนานขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาการสูญเสียของวิชาชีพ การพิจารณาให้วิชาชีพมีบทบาทในการทำงานเต็มที่ตรงกับความสามารถ งานบริหารจัดการควรมีบุคลากรกลุ่มอื่นมาทำหน้าที่แทน

การปรับให้ระบบการศึกษาและระบบความก้าวหน้าทางสายงานที่สามารถเชื่อมโยง ปรับเปลี่ยนระหว่างวิชาชีพต่างๆ ทางด้านสุขภาพได้ควรจะมีหรือไม่ และควรพัฒนาระบบนี้อย่างไร

2.2 การพัฒนากำลังคนเพื่อเปลี่ยนกระบวนทัศน์ไปสู่การสร้างสุขภาพ และการทำงานกับชุมชนที่มีคุณภาพ บุคลากรกลุ่มเดิมในระบบเป็นกลุ่มใหญ่ที่ต้องคิดค้นวิธีการพัฒนากลุ่มนี้ให้พร้อมกับการทำงานเพื่อระบบใหม่ และเพื่อให้มีความสามารถในการทำงานกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนางานส่วนนี้จำเป็นต้องมีการทบทวนศึกษาถึงกระบวนการพัฒนา และการจัดสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิด

การปรับเปลี่ยนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรที่ทำงานอยู่ในสถานพยาบาลด้านแรกที่มีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนได้เร็ว เพียงแต่เปิดโอกาสและจัดกระบวนการให้เหมาะสม

2.3 การผลิตกำลังคน มีประเด็นย่อยพิจารณา คือ

- ควรมีการผลิตเป็น dual tract หรือไม่ ถ้ามีจะมีกลไกจัดการควบคุม กำกับคุณภาพ และผลกระทบต่อสังคม และผู้ด้อยโอกาสอย่างไร
- การผลิตในลักษณะใหม่ ที่ใช้ชุมชน และสถานพยาบาลขนาดเล็กในพื้นที่เป็นฐานการฝึกอบรม และเรียนรู้จากระบบการทำงานจริง
- ระบบบริหารการผลิตกำลังคนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การวางแผนและประสานการดำเนินการ โดยที่เข้าใจธรรมชาติขององค์กรผลิตต่างๆ ทั้งที่เป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ สถาบันการศึกษาของเอกชน สถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาของต่างประเทศ เข้าใจถึงข้อจำกัด และจุดเด่นของแต่ละภาคส่วน แล้วประสานให้เป็นไปตามทิศทาง และระยะการพัฒนาของประเทศอย่างสอดคล้อง

2.4 กลไก และกลวิธีต่างๆ เพื่อเปิดโอกาสให้ชุมชน องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดการด้านกำลังคน ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการมีส่วนร่วมจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น

- การกระจายอำนาจให้ชุมชน องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการประมาณความต้องการกำลังคนในพื้นที่ของตนเอง
- มีส่วนร่วมในการคัดสรรบุคคลเข้ามาศึกษาเป็นบุคลากรสาธารณสุขสำหรับชุมชน
- มีส่วนร่วมในการจัดการ การจ้างงาน การสนับสนุนค่าตอบแทนแรงจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานในชุมชนได้นาน ต่อเนื่อง

2.5 การพิจารณาจัดการกำลังคน โดยแบ่งเป็นลักษณะที่เป็นบริการและกำลังคนที่ปล่อยให้ไปตามกลไกตลาด และส่วนที่รัฐต้องจัดการ สนับสนุน

3. การพิจารณาจากกรอบลำดับความสำคัญของการดำเนินการ

เนื่องจากทรัพยากรของประเทศมีจำกัด และแนวโน้มสถานการณ์เศรษฐกิจยังขยายตัวได้น้อย จึงควรพิจารณาการจัดบริการและกำลังคนในบางกลุ่มที่มีความสำคัญเป็นเบื้องต้นก่อน ได้แก่

- การจัดการกำลังคนเพื่อการบริการสุขภาพแก่กลุ่มประชากรที่มีปัญหาและช่วยเหลือตนเองได้น้อยเป็นลำดับต้น ได้แก่ ประชากรในพื้นที่ชนบท ก้นดาด พื้นที่ที่บุคลากรขาดแคลน หรือมีการหมุนเวียนบ่อย ประชากร กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่เมืองและชนบท ส่วนกำลังคนเพื่อการบริการในเขตเมืองปล่อยให้ปรับตัวไปเองได้
- การจัดการเพื่อเตรียมพัฒนากลุ่มบุคลากรที่ต้องมีการลงทุน และพัฒนาให้เป็นผู้มีความสามารถในการพัฒนาเทคโนโลยีด้านต่างๆ (the best and brightest) เพื่อการพัฒนาสุขภาพของประเทศ ให้ประเทศพึ่งตนเองได้ ทั้งนี้ให้พิจารณาการพัฒนาเทคโนโลยีทั้งที่เป็นด้านชีวภาพการแพทย์ เทคโนโลยีเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และเทคโนโลยีในการจัดการระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพ

บทบาทของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

ความจำเป็นต่อการเข้ามามีบทบาทในระบบกำลังคนของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น

สภาวะสุขภาพของประชาชนมีความแตกต่างหลากหลายระหว่างท้องถิ่นซึ่งจะเป็นมากขึ้นในอนาคต กลไกของรัฐส่วนกลางเพียงส่วนเดียวย่อมไม่สามารถดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละชุมชนและท้องถิ่นได้ จึงต้องให้ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการในด้านต่างๆ ซึ่งรวมถึงระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อสนองตอบต่อเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและนโยบายของรัฐในการกระจายอำนาจหน้าที่และทรัพยากรสู่ท้องถิ่น

หลักการของการทำงานในระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

1. การทำงานต้องเป็นกระบวนการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงทั้งทางตรงและทางอ้อม
2. การทำงานต้องเป็นไปในหลักการของความโปร่งใส และตรวจสอบได้
3. กระบวนการทำงานต้องดำเนินการบนหลักการและกระบวนการที่ชัดเจน

บทบาทของชุมชน และองค์กรท้องถิ่นต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขที่ควรพิจารณา

การกำหนดบทบาทของชุมชน และองค์กรท้องถิ่นต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขมีประเด็นที่ควรพิจารณาเพื่อให้เกิดความชัดเจนในแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ของการทำงานด้านกำลังคน 2 ประเด็นหลัก คือ

1. ประเด็นขอบเขต อำนาจ บทบาท หน้าที่ และการตัดสินใจ ของชุมชนหรือองค์กรท้องถิ่นที่มีต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขอาจมีได้ในหลายระดับตั้งแต่ Deconcentration, Delegation, และ Devolution

2. ประเด็นเกี่ยวกับภารกิจของระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข ที่จะสนับสนุนให้ชุมชนและองค์กรท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข ภารกิจที่ต้องพิจารณาประกอบด้วย

- 2.1. การกำหนดความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งประเภทและชนิดของบุคลากร
- 2.2. การกำหนดทิศทางและนโยบายในระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
- 2.3. การสนับสนุนการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข รวมถึงการคัดเลือกผู้เรียน ด้วยเงื่อนไขและกลไกต่างๆ อาทิ กลไกทางการเงินหรือ กลไกและกระบวนการทางวิชาการ เป็นต้น
- 2.4. การสนับสนุนด้านงบประมาณและค่าใช้จ่ายเพื่อการศึกษา
- 2.5. การกระจายกำลังคน
- 2.6. การอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ
- 2.7. การจ้างงานและการกำหนดเงื่อนไขการจ้าง รวมถึงการสนับสนุนให้บุคลากรปฏิบัติงานในชุมชนได้นาน
- 2.8. การกำหนดความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
- 2.9. การสนับสนุนให้เกิดการศึกษาต่อเนื่อง

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนและองค์กรท้องถิ่น¹

- 1) ในภาพรวมของประเทศยังต้องการกลไกที่ ในการทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนพัฒนากำลังคนในภาพรวมอย่างจริงจัง แทนที่จะปล่อยให้การพัฒนาากำลังคนถูกกำหนดโดยกลไกตลาด
- 2) กลไกการกำหนดแผนพัฒนากำลังคน ควรเป็นไปโดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมตัดสินใจ
- 3) การพัฒนากลไกเพื่อเพิ่มโอกาสการศึกษาของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสหรือประชาชนในชนบท จะเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการผลิตและการกระจายกำลังคนไปในพื้นที่ที่ขาดแคลน
- 4) การผลิต การกระจาย และการสนับสนุนในอนาคต มีทางเลือกหลักๆ ดังนี้
 - รูปแบบที่ชุมชนและองค์กรท้องถิ่นเป็นแกนหลักในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ การผลิต การกระจาย และการสนับสนุน เป็นข้อเสนอที่กำหนดให้ชุมชนและองค์กรท้องถิ่น เป็นผู้ทำแผนความต้องการด้านกำลังคน ทำให้แผนกำลังคนมีความเฉพาะสำหรับพื้นที่มากกว่าการมองเป็นภาพรวมทั้งประเทศ แต่อย่างไรก็ตามระดับประเทศก็มีความจำเป็นที่จะต้องมีกลไกกลางในการประสานแผนการผลิต
 - รูปแบบที่ชุมชนและองค์กรท้องถิ่นกำหนดความต้องการและคัดเลือกคนเข้าสู่ระบบ แต่การบริหารจัดการ รวมถึงระบบงบประมาณเพื่อการศึกษาควรเป็นการจัดสรรดูแลโดยส่วนกลาง ในกรณีใช้ระบบเงินกู้เพื่อการศึกษา ต้องเป็นการกู้โดยท้องถิ่นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือมัดให้นักศึกษากลับไปปฏิบัติงานในท้องถิ่น ทั้งนี้สถาบันการศึกษาไม่จำเป็นต้องดำเนินงานโดยชุมชนหรือองค์กรท้องถิ่น สถานบริการที่จะส่งนักศึกษากลับไปปฏิบัติงานชุมชนหรือองค์กรท้องถิ่นต้องสามารถกำกับนโยบายได้โดยไม่จำเป็นต้องเป็นเจ้าของโดยตรง แต่อย่างไรก็ตามแนวทางนี้ยังต้องการระบบบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความเชื่อมต่อกันระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องมากขึ้น เพื่อลดความซับซ้อนในการบริหาร
 - รูปแบบที่ชุมชนและองค์กรท้องถิ่นกำหนดความต้องการกำลังคนแต่เพียงอย่างเดียว กระบวนการที่ตามมาทั้งหมดในระบบกำลังคนดำเนินการโดยส่วนอื่น รูปแบบการควบคุมกำกับให้เป็นไปตามนโยบายส่วนกลาง รูปแบบนี้ต้องมีการพัฒนากลไกการวางแผนให้ระบบกำลังคนมีการติดตามประเมินผลและประสานกับนโยบายต่างๆ ได้
- 5) การสนับสนุนการผลิตนั้น ควรพิจารณาว่าจะสนับสนุนผ่านสถาบันหรือผู้เรียน ขึ้นกับเงื่อนไขและความเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตาม การกำหนดเงื่อนไขการใช้ทุน ไม่ควรมีเงื่อนไขการจ่ายเงินคืนเป็นเงินแต่ให้มีลักษณะเป็นการปฏิบัติงานเพื่อใช้ทุน
- 6) การจ้างงานควรมีกลไกหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ ดูแลมาตรฐานและความเป็นธรรม
- 7) การพิจารณาใช้ทางเลือกเชิงนโยบาย ต่างๆ ขึ้นอยู่กับความพร้อมและเงื่อนไขความจำเป็น รวมถึงถึงวิวัฒนาการของระบบสุขภาพในอนาคต

¹ เรียบเรียงจาก สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และ พินทุสร เหมพิสุทธิ. 2544 ; กลไก นโยบายและบทบาทของส่วนต่างๆในสังคมเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.

ข้อเสนอต่อบทบาทของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข²

ชุมชนและองค์กรท้องถิ่นควรมีบทบาทในระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขดังนี้

- 1) รวบรวม และวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนและท้องถิ่น แล้วจัดลำดับความเร่งด่วนของแต่ละปัญหาที่ต้องการการแก้ไขในระยะแรกก่อน
- 2) วิเคราะห์อัตราากำลังคนประเภทต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการแก้ปัญหาเป็นขั้น ๆ ไป
- 3) ศึกษาศักยภาพและสมรรถภาพของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการสนับสนุนการผลิตและการจ้าง และในการผลิตและการจ้างบุคลากรสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ
- 4) วางแผนการคัดเลือกผู้เรียน การสนับสนุนการผลิต รวมถึงการจ้างบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้เหมาะสมต่อการแก้ปัญหาตามลำดับขั้นตอนที่วางไว้

ตัวอย่างรูปธรรมของการดำเนินงาน

- โครงการพยาบาลชุมชนของอำเภอหนองน้ำพอง เป็นการคัดเลือกนักเรียนที่อยู่ในชุมชน เข้าเรียนพยาบาล โดย อบต. เป็นคัดเลือก และสนับสนุนการเรียน
- โครงการจุฬาฯ-ชนบท เป็นโครงการที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คัดเลือกและสนับสนุนการเรียน แก่นักเรียนที่ยากจนในชนบทเข้าเรียนต่อ ในระดับอุดมศึกษา โดยมุ่งหวังเพื่อการกระจายบัณฑิตไปสู่ท้องถิ่นชนบท
- โครงการแพทย์ชนบท เป็นโครงการผลิตแพทย์ที่มุ่งหมายให้แพทย์หลังจบการศึกษา กลับไปปฏิบัติงานในชนบท โดยคัดเลือกผู้เรียนจากชนบทเข้าเรียนในคณะแพทยศาสตร์ โครงการนี้ดำเนินการในหลายสถาบัน

- 5) ประสานงานกับส่วนกลางในด้านงบประมาณและอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการผลิตบุคลากรในท้องถิ่น มาตรฐานของบุคลากรขอเขตการประกอบวิชาชีพ การศึกษาพัฒนาอย่างต่อเนื่องรวมทั้ง “บันไดวิชาชีพ” (career ladder) และการจ้างงาน

ประโยชน์ที่จะได้รับการที่ชุมชนและองค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วม

1. ชุมชนและองค์กรท้องถิ่นจะพัฒนาตนเองขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้พึ่งตนเองได้ มีความรู้รักสามัคคี และสามารถทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาสุขภาพ (สุขภาวะ) ของตนให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลพลอยได้ที่สำคัญจากการร่วมแรงร่วมใจกันในการแก้ปัญหาสาธารณสุขและการผลิตบุคลากรสาธารณสุขโดยชุมชนและท้องถิ่น
2. รัฐส่วนกลางจะเสียดงบประมาณน้อยลง โดยเฉพาะในด้านการผลิตบุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ที่ผลิตได้ในปัจจุบันไม่มีความรู้ ทักษะ และเจตคติ ที่จะประกอบ

² ข้อเสนอจากที่ประชุม การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขซึ่งขึ้นต้นจากภาคประชาชน

วิชาชีพและดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้ในท้องถิ่นโดยเฉพาะในชนบท จึงเป็นการผลิตที่สูญเสียเปล่า
สำหรับความขาดแคลนบุคลากรในชนบท

3. ความสามารถของชุมชนและท้องถิ่นที่จะผลิตบุคลากรวิชาชีพ เช่น แพทย์ ได้เอง จะเป็นความสำเร็จและความภาคภูมิใจอย่างยิ่งใหญ่ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิรูปการศึกษาและสังคมอย่างขนานใหญ่ในด้านอื่น ๆ ด้วย

ข้อเสนอเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

1. สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยและพัฒนา รูปแบบที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมต่อเรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุข ในลักษณะต่างๆ เพิ่มมากขึ้น
 - รูปแบบที่ท้องถิ่นร่วมกำหนดความต้องการกำลังคน
 - รูปแบบที่ท้องถิ่นร่วมคัดเลือกผู้เรียนและการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบใหม่ในชุมชน
2. จัดทำข้อเสนอที่ชัดเจนยิ่งขึ้นเพื่อเสนอต่อ คณะรัฐมนตรี ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขในรูปแบบใหม่

เอกสารประกอบการเรียบเรียง

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ

ประวัติศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขของไทย: บทวิเคราะห์
การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข; 2541.
กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข บริษัท ไชเบอร์เพรส จำกัด

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
และพินทุสร หมพิสุทธิ

กลไก นโยบาย และบทบาทของส่วนต่างๆ ในสังคมเกี่ยวกับการ
พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของไทย ; 2544. (เอกสารอัดสำเนา)

สำนักงานคณะกรรมการ
การศึกษาแห่งชาติ

การกระจายอำนาจทางการศึกษา : การเมืองและฉันทามติ ; 2542.
กรุงเทพฯ. บริษัท ที.พี.พรินท์ จำกัด

การผลิตแพทย์-พยาบาลแนวใหม่

โดย ศ.นพ. สันต์ หัตถีรัตน์

หลักการและเหตุผล

การผลิตบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ในระยะหลายสิบปีที่ผ่านมา ก่อให้เกิดปัญหา เช่น

1. การขาดแคลนแพทย์และพยาบาลในชนบทอย่างมาก อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯ 1 : 762 ในเขตเทศบาลนอกกรุงเทพฯ 1 : 1,496 และนอกเขตเทศบาล 1 : 17,100
2. บุคลากรที่ผลิตได้มีคุณภาพไม่เหมาะสมหรือด้อยคุณภาพเป็นส่วนใหญ่ เช่น
 - 2.1 ไม่เข้าใจความเป็น “คน” “ชุมชน” และ “สังคม”
 - 2.2 มุ่งรักษาแต่ “โรค” โดยลืมนึกถึงความเป็นคนและครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งชุมชนของผู้ป่วยด้วย
 - 2.3 ขาดทักษะในการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ แม้แต่สำหรับตนเอง (อายุขัยโดยเฉลี่ยของแพทย์ไทยน้อยกว่าคนไทยโดยทั่วไป 5 – 10 ปี)
 - 2.4 ขาดทักษะในการซักประวัติและตรวจร่างกาย มุ่งใช้แต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แล็บ) ในการวินิจฉัยโรคและติดตามโรค ทำให้สับสนเปลี่ยน ไม่ตรงประเด็นการเจ็บป่วย และผิดพลาดง่าย
 - 2.5 ขาดความเป็น “นักวิทยาศาสตร์” เพราะ “เชื่อง่าย” และ “ไม่พิถีพิถัน” จึงตกเป็น “ทาส” ของบริษัทยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ
 - 2.6 ไม่เข้าใจ “เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข” โดยเฉพาะ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการตรวจรักษาโรค จึงไม่มีการประเมินผลและการวิจัยเพื่อลดล้างความคิดเดิมและพัฒนาแนวทางใหม่
 - 2.7 ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ตนปฏิบัติงาน และไม่รู้สึกร่วมกับชุมชนนั้น จึงทำตนแปลกแยกจากชุมชน
 - 2.8 ไม่คุ้นเคยกับชนบท และไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในชนบท จึงต้องย้ายเข้าเมืองเข้ากรุงหลังใช้ทุนแล้ว

การผลิตบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลในแนวใหม่ จึงมีความจำเป็น เพื่อกำจัดหรือลดจุดอ่อนของการผลิตในระยะหลายสิบปีที่ผ่านมา โดยในระยะแรกอาจทำเป็น “โครงการนำร่อง” หรือ “โครงการวิจัย” ในชุมชน และท้องถิ่น (อำเภอและจังหวัด) ที่พร้อมก่อน

หลักสูตรการผลิตแนวใหม่ มีหลักการที่ต่างจากปัจจุบัน ดังนี้

1. บุคลากรที่จะเข้าเรียนได้ ต้องเป็นคนในชุมชน / ท้องถิ่นนั้น
2. ประชาชนในชุมชน / ท้องถิ่นนั้น จะมีส่วนร่วมในการคัดเลือก ส่งมอบอบรม ประเมินผล และให้การสนับสนุนทุนเล่าเรียนแก่นักเรียน / นักศึกษาเหล่านั้น

3. การศึกษาเล่าเรียนส่วนใหญ่จะอยู่ในชุมชน / ท้องถิ่นนั้น
 4. การศึกษาเล่าเรียน จะเป็นการศึกษาเล่าเรียนด้วยการปฏิบัติจริง การเรียนเอง การค้นคว้าเอง และการนำสิ่งที่ตนเรียนและค้นคว้าได้มาประชุม วิพากษ์วิจารณ์ วิเคราะห์ และเรียนรู้ร่วมกันมากกว่า การเรียนแบบฟังครูข้างเดียว และเรียนทฤษฎีมากกว่าปฏิบัติจริง
 5. การศึกษาเล่าเรียนจะอยู่ในรูปแบบ “ปฏิบัติไปเรียนไป” (on the job training) และสามารถก้าวหน้าในวิชาชีพไปเรื่อย ๆ (มี “บันไดวิชาชีพ” หรือ career ladder) ในรูปแบบ “ทำงานไปเรียนไป” นั่นคือ ได้รับค่าตอบแทน (เงินเดือน) จากการปฏิบัติงาน และสามารถพัฒนาตนเองขึ้นไปตาม “บันไดวิชาชีพ” ถ้ามีความรู้ความสามารถเพียงพอและชุมชนให้การสนับสนุน
 6. การศึกษาเล่าเรียนจะเน้น “ความเป็นคน” “ความเป็นครอบครัว” และ “ความเป็นชุมชน” ใน การที่จะป้องกันรักษาโรคและสร้างเสริมสุขภาพ มากกว่า “การแยกส่วนคนเป็นอวัยวะ” “การละเลย ครอบครัวและชุมชน” แม้แต่ของตนเอง และ “การจำกัดตนเองไว้ในห้องเรียนและสถานพยาบาล” เป็นต้น
 7. การประเมินผลการศึกษาเล่าเรียน จะใช้การประเมินผลการปฏิบัติงานมากกว่าการสอบข้อเขียน และจะประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เมื่อใดสามารถปฏิบัติงานและมีความรู้ครบถ้วนตามมาตรฐาน การศึกษาในขั้นใด ก็ให้จบการศึกษาในขั้นนั้นได้ทันที โดยไม่ต้องรอให้ครบ 1 ปี 2 ปี 3 ปี 4 ปี หรือ 6 ปี ดังหลักสูตรในปัจจุบันที่ใช้เวลาเป็นตัวกำหนด
 8. มาตรฐานทางวิชาชีพ จะเป็นไปตามมาตรฐานของสถาบันวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ที่จบหลักสูตรแนวใหม่ จะต้องสอบเพื่อขอรับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เช่นเดียวกับแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์อื่น ๆ
- แต่มาตรฐานที่สำคัญที่สุด คือ การที่ประชาชนในชุมชน / ท้องถิ่นให้การยอมรับ การสนับสนุน และการร่วมมือ ทำให้ “สุขภาพ” หรือสภาวะของประชาชนในชุมชน / ท้องถิ่นนั้นดีขึ้น

การคัดเลือก

ประชาชนในชุมชน / ท้องถิ่นที่พร้อมจะสนับสนุนการผลิตบุคลากรสาธารณสุขแนวใหม่ จะร่วมกันคัดเลือกนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่สนใจวิชาชีพด้านสาธารณสุข ให้มาลองปฏิบัติงานต้อนรับผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ที่แพทย์และพยาบาลมอบหมายในระหว่างปิดภาคเรียน อาจมีการหมุนเวียนผู้สนใจเหล่านั้นไปตามสถานีนามัยและโรงพยาบาลในชุมชน / ท้องถิ่นนั้น เพื่อให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่จำนวนมากได้ช่วยกันคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสม

หลักการปฏิบัติงานในสถานีนามัยและโรงพยาบาลในชุมชน / ท้องถิ่นของตนระหว่างปิดภาคเรียน 2 – 3 ปี จนถึงปิดภาคเรียนครั้งสุดท้าย เมื่อเรียนจบมัธยมศึกษาตอนปลายแล้ว แพทย์และพยาบาลจะได้รวบรวมคะแนนการปฏิบัติงาน ซึ่งรวมถึงมนุษยสัมพันธ์ กิริยามารยาท ความรับผิดชอบ เจตคติ และอื่น ๆ เพื่อใช้ในการคัดเลือกบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่สุด เข้าสู่วิชาชีพสาธารณสุข โดยใช้คะแนนการเล่าเรียนในชั้นเรียนปกติมาร่วมพิจารณาด้วย

จำนวนผู้ได้รับการคัดเลือกในแต่ละปี จะเป็นจำนวนที่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ในชุมชน / ท้องถิ่นนั้น คิดว่าเป็นจำนวนที่ตนสามารถควบคุมดูแลและสั่งสอนอบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

การเรียนรู้การสอน

ในวันปฐมนิเทศ ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง และหมอพื้นบ้านจะได้เข้าร่วมกับแพทย์และพยาบาลในการปฐมนิเทศนักศึกษาใหม่ เพื่อให้ชุมชน / ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการผลิตบุคลากรสาธารณสุขแนวใหม่ตลอดหลักสูตร

ในช่วงแรกของการศึกษา นักศึกษาจะได้ฝึกปฏิบัติงานต้อนรับผู้ป่วย ช่วยพาผู้ป่วยไปตรวจรักษาในห้อง / หน่วยต่าง ๆ ช่วยป้อนอาหาร เช็ดอุจจาระปัสสาวะ ทำความสะอาดเตียงและห้องผู้ป่วย เก็บและทิ้งขยะติดเชื้ออย่างถูกต้องและอื่น ๆ ตามที่แพทย์ – พยาบาลและผู้ดูแลมอบหมาย แล้วเขียนรายงานถึงสิ่งที่ตนได้ปฏิบัติ พร้อมทั้งอุปสรรค ปัญหา วิธีแก้ไข และความคิดเห็นอื่น เพื่อนำมาวิพากษ์วิจารณ์ และศึกษาร่วมกันในช่วงที่ว่างจากการปฏิบัติงาน

เมื่อนักศึกษาสามารถปฏิบัติงานในช่วงแรกได้เป็นอย่างดีแล้ว จะได้เรียนรู้วิธีตรวจสิ่งแสดงชีพ (ชีพจร อุณหภูมิ การหายใจ ความดันเลือด) การปฐมพยาบาลอย่างง่าย ๆ การทำแผลง่าย ๆ การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่ยุ่งยากและสามารถทำได้ แล้วเขียนรายงานถึงสิ่งที่ตนได้ปฏิบัติ รวมทั้งค้นคว้าจากตำราและอื่น ๆ ถึงกลไกของการเกิดสิ่งแสดงชีพ ความปกติและผิดปกติ ทำให้จึงทำการปฐมพยาบาลแบบต่าง ๆ อุปสรรค ปัญหา วิธีแก้ไข และความคิดเห็นอื่น เพื่อนำมาเรียนรู้ร่วมกันในช่วงที่ว่างจากการปฏิบัติงาน

(ในการค้นคว้าเพื่อเขียนรายงานเกี่ยวกับสิ่งแสดงชีพ นักศึกษาจะได้เรียนรู้กายวิภาค และสรีรวิทยาของร่างกายในส่วนที่เกี่ยวกับสิ่งแสดงชีพ นั้น

ในการค้นคว้าเพื่อเขียนรายงานเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและการทำแผล นักศึกษาจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับพยาธิวิทยา เภสัชวิทยา และวิธีการตรวจรักษาเพิ่มขึ้นด้วย เป็นต้น)

เมื่อนักศึกษาสามารถปฏิบัติงานในช่วงที่สองได้เป็นอย่างดีแล้ว นักศึกษาจะได้เรียนรู้วิธีการทำแผลที่ยุ่งมากขึ้น การปฐมพยาบาลที่ซับซ้อนขึ้น การให้อาหารทางสายยาง การสวนอุจจาระปัสสาวะ การสร้างเสริมสุขภาพ และอื่น ๆ ที่ “ผู้ช่วยพยาบาล” จะต้องทำได้

เมื่อนักศึกษาสามารถปฏิบัติงานในช่วงที่สามได้เป็นอย่างดีแล้ว นักศึกษาจะได้ติดตามแพทย์ / พยาบาลออกไปเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครอบครัวผู้ป่วย ปฏิบัติงานกู้ชีพฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การตรวจรักษาแบบพื้นฐาน และอื่น ๆ

เมื่อนักศึกษาสามารถปฏิบัติงานในช่วงที่สี่ได้เป็นอย่างดี นักศึกษาจะได้รับ “ประกาศนียบัตร ผู้ช่วยพยาบาล” และสามารถเข้าปฏิบัติงานได้ในสถานพยาบาลที่ต้องการ “ผู้ช่วยพยาบาล” ในชุมชน / ท้องถิ่นนั้น

“ผู้ช่วยพยาบาล” ที่มีความรู้ความสามารถ ความรับผิดชอบ เจตคติดี และสนใจจะเรียนต่อ โดยชุมชนสนับสนุน จะสามารถสมัครเรียนวิชาชีพสาธารณสุขที่ตนสนใจ เช่น พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักสาธารณสุข หรืออื่น ๆ และเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว จะได้เรียนต่อในสถานที่ที่ใกล้บ้านของตน โดยใช้หลักสูตรแนวใหม่ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

ในด้านแพทย์ – พยาบาล **“ผู้ช่วยพยาบาล”** ที่ชุมชนสนับสนุน และได้รับการคัดเลือก จะได้ปฏิบัติงานในด้านการพยาบาล ตั้งแต่ระดับง่ายที่สุด ไปจนถึงระดับที่ยากที่สุดสำหรับ **“พยาบาลประกาศนียบัตร”** ด้วยวิธีการเรียนการสอนในลักษณะเดียวกับ **“ผู้ช่วยพยาบาล”** แต่มีความละเอียดลึกซึ้งเพิ่มขึ้น และเมื่อสามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐาน **“พยาบาลประกาศนียบัตร”** ได้เป็นอย่างดีแล้ว จะได้รับประกาศนียบัตรสำหรับการเป็น **“พยาบาลประกาศนียบัตร”**

“พยาบาลประกาศนียบัตร” ที่มีความรู้ความสามารถ ความรับผิดชอบ เจตคติ และสนใจจะเรียนต่อโดยชุมชนสนับสนุน อาจพัฒนาต่อไปเป็น พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลปริญญา) พยาบาลผดุงครรภ์ พยาบาลตมยา พยาบาลกายภาพบำบัด และอื่น ๆ ตามที่ตนสนใจ และชุมชนสนับสนุน

“พยาบาล” ที่ต้องการเป็นแพทย์ จะเริ่มจาก**“พยาบาลประกาศนียบัตร”** หรือพยาบาลอื่น ๆ ที่เรียนรู้เพิ่มเติม จนสามารถเป็น **“พยาบาลวิชาชีพ”** (พยาบาลปริญญา) แล้วพัฒนาต่อไปเป็น **“พยาบาลเวชปฏิบัติ”** ที่สามารถวินิจฉัยและตรวจรักษาโรคส่วนใหญ่ได้ แล้วจึงพัฒนาต่อไปเป็น **“แพทย์”** เมื่อสามารถปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของแพทยสภาได้เป็นอย่างดีแล้ว

การประเมินผลการสำเร็จการศึกษา

การประเมินผลการสำเร็จการศึกษา ใช้การประเมินผลภาคปฏิบัติเป็นสำคัญ การประเมินผลด้วยการสอบข้อเขียน หรือความรู้ทางทฤษฎี จะทำเป็นครั้งคราวเท่านั้น และจะเน้นหนักเฉพาะในช่วงที่ต้องไปสอบข้อเขียนหรือสอบความรู้ทางทฤษฎี เพื่อเอา **“ปริญญา”** หรือ **“ใบประกอบโรคศิลปะ”** ตามมาตรฐานของสถาบันที่เน้นการสอบทางทฤษฎีเท่านั้น

การประเมินผลที่แท้จริง

การประเมินผลที่แท้จริง คือ การประเมินผลระยะยาวว่า ผลผลิตในแนวใหม่ประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในชุมชน / ท้องถิ่นหรือไม่ ทำให้สุขภาพหรือสภาวะของประชาชนในชุมชน / ท้องถิ่นดีขึ้นหรือไม่ และเป็นที่ยอมรับของประชาชนในชุมชน / ท้องถิ่นหรือไม่

ความเป็นไปได้ของการผลิตแนวใหม่

การผลิตบุคลากรสาธารณสุขแนวใหม่ จะเริ่มได้ทันที เมื่อรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญของการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ – พยาบาลในชนบท และตั้งใจที่จะให้การปฏิรูประบบสุขภาพประสบความสำเร็จ

เมื่อรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายเช่นนี้แล้ว ควรณรงค์ให้ความเข้าใจแก่สาธารณสุขเกี่ยวกับการผลิตแนวใหม่ และขอทราบความสมัครใจของชุมชนต่าง ๆ ที่พร้อมจะร่วมมือและให้การสนับสนุน เพื่อเริ่มเป็น “โครงการนำร่อง” หรือ “โครงการวิจัย” ในจุดที่พร้อมก่อน และปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อนต่าง ๆ เพื่อให้ทำได้ในวงกว้างขึ้น ๆ โดยใช้ชุมชน สถานพยาบาล และบุคลากรที่มีอยู่เดิม

งบประมาณที่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขใช้สนับสนุนการผลิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ เป็นรายหัวต่อปีนั้น จะลดลงอย่างมากสำหรับการผลิตแนวใหม่ เพราะได้รับการสนับสนุนจากชุมชน / ท้องถิ่น

นอกจากนั้น แรงงานและผลงานของนักศึกษา ยังก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและชุมชนในทันทีที่ตนเข้าศึกษา เพราะเป็นการ “ปฏิบัติไปเรียนไป” ไม่ใช่ “เรียนไปเล่น” ดังในปัจจุบัน

แรงต้าน

แรงต้านย่อมเกิดขึ้นเป็นธรรมดาจากผู้ที่ยังเคยชินกับการผลิตวิธีเดิม แต่ถ้ารัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขต้องการ “คิดใหม่ – ทำใหม่” ในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ – พยาบาลในชนบทอย่างจริงจังแล้ว วิธีการผลิตแพทย์ – พยาบาลแนวใหม่จะแก้ปัญหานี้ได้ และจะเป็นจุดเริ่มของการปฏิรูปการศึกษาอย่างแท้จริงและยั่งยืน เพราะประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการศึกษานี้โดยตลอด และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผลผลิตที่เกิดขึ้น สามารถอยู่ในชุมชนได้ด้วย

สรุป

การผลิตบุคลากรสาธารณสุขแนวใหม่ เป็นการปฏิรูปวิธีคัดเลือก การเรียนการสอน และการประเมินผลทั้งหมด เพื่อให้ผลผลิตที่ได้มีความผูกพันกับ “คน” และ “ชุมชน” มีความรู้ความสามารถในเชิงปฏิบัติจริง รู้จักเรียนเอง ค้นคว้าเอง วิพากษ์วิจารณ์ และเรียนรู้ร่วมกัน เกิดความใฝ่รู้ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเป็นนักวิทยาศาสตร์และนักวิจัย ที่ไม่ลืมหากเหง้าแห่งความเป็นคน และความเป็นชุมชนไทย ตลอดจนการสร้าง “บันไดวิชาชีพ” ให้สามารถพัฒนาตนเองขึ้นไปเรื่อย ๆ รวมทั้งการสร้างความรู้ความผูกพัน และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่สภาวะ “ชุมชนเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้” ในอนาคต

ผนวก ข. สรุปการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2546

ผนวก ค. สรุปการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2546

ผนวก ง. สรุปการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 3/2546



บันทึกการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
ครั้งที่ 1/2546

วันพฤหัสบดีที่ 13 มีนาคม 2546 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต

ผู้เข้าประชุม

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

ผู้ไม่เข้าประชุม

1. ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย		ที่ปรึกษา
2. นพ.ดำรง บุญยี่น		รองประธานกรรมการ
3. นพ.ธวัช สุนทราจารย์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
4. รศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์		กรรมการ
5. นพ.ประพจน์ เกตุรากาศ		กรรมการ
6. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์		กรรมการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นางนীরุช กาญจนวรรณ	สำนักงบประมาณ
2. นางมานิตา ภูเจริญ	สำนักงบประมาณ
3. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
4. นพ.อุกฤษฏ์ มลิณาทน	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
5. นางปิติพร จันทรรัตน์ อยุรยา	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
6. นางชากุล สินไชย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
7. นางสุภาวดี นุชรินทร์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
8. นายสุรศักดิ์ อธิคณานนท์	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
9. นส.ทัศนีย์ สุรกิจโกศล	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

เปิดประชุมเวลา 13.45 น

วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ทราบ

วาระที่ 1.1 ประธานแจ้งให้ทราบ

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานคณะกรรมการชุดนี้และประธานที่ประชุม แจ้งที่ประชุมเรื่องเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันที่ให้ความสำคัญของหน้าที่และความรับผิดชอบของประชาชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เป็นคณะกรรมการชุดที่ดูแลภาพรวมทั้งหมดของการปฏิรูประบบสุขภาพ และได้มีมติการประชุมครั้งที่ 1/2546 ให้ดำเนินการเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน และแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ภายใต้ คปรส. ทั้งนี้เพื่อให้คณะกรรมการสร้างกรอบแนวทางการทำงานเพื่อให้เกิดการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่พึ่งตนเองได้ มีการผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งต้องเชื่อมโยงทั้งในด้านการบริหาร บริการและวิชาการในระยะสั้นและระยะยาว

วาระที่ 1.2 เลขานุการแจ้งให้ทราบ

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

คปรส.เห็นชอบให้ สวรส.รับผิดชอบวางกรอบการดำเนินการโดยรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพภายใต้กรอบภาพใหม่ของระบบบริการสาธารณสุขท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาชุดข้อมูลหรือชุดโครงการที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการพิจารณาเสนอแนวนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุขในอนาคตได้ คณะกรรมการชุดนี้มีแผนการทำงานระยะสั้น

ช่วง 3 เดือนนี้ คือ การพัฒนากรอบแนวคิดการพัฒนางานจากชุดข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน จากนั้นจึงจะจัดการให้มีชุดแนวทางและรายละเอียดการดำเนินการของหน่วยที่เกี่ยวข้องต่อไป แผนระยะต่อไปของคณะกรรมการชุดนี้ขึ้นกับกรอบแนวคิดและการตัดสินใจของคณะกรรมการชุดนี้

ในการทำงานของทีมเลขานุการจะมี พญ.สุพัทธา ศรีวณิชชากรและทีม เป็นผู้ประสานกับกรรมการในการจัดทำชุดข้อมูลนำเสนอการประชุมคณะกรรมการครั้งนี้ มีรายชื่อเอกสารประกอบการประชุมดังเอกสารแนบที่ 1

วาระที่ 2 เรื่องเพื่อพิจารณา

2.1 กรอบแนวทางการทำงานของคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

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

ที่ประชุมยังไม่สรุปชัดเจนว่า ความหมายกำลังคนในที่นี้มีขอบเขตฐานะในการเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขเท่านั้นขึ้นกับคณะกรรมการชุดนี้กำหนด แต่คณะกรรมการหลายท่านเสนอให้พิจารณาขอบเขตการให้บริการสุขภาพในลักษณะใหม่ที่มีใช้เพียงการรักษาโรค

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

◆ นอกจากปัจจัยแวดล้อมแล้วอาจจะต้องคิดกลุ่มประชากรที่อยู่หัว curve หรือปลาย curve ของฐานประชากรภาพรวมซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส เพื่อจัดการวางแผนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในระยะสั้นได้

ที่ประชุมสรุปให้พิจารณาเรื่องปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อทิศทางในอนาคต โดยทีมเลขารวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาชุดข้อมูลและพัฒนารายละเอียดเรื่องกำลังคนในการประชุมครั้งต่อไป

2.2 ประเด็นในการพิจารณาเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

◆ บทเรียนในอดีตเรื่องกำลังคน

อาจารย์สันต์ หัตถิรัตน์ เสนอให้เปลี่ยนแนวคิดเดิม วิธีการเดิมที่จะวางแผนและจัดการจากส่วนกลางเพราะทำเรื่องนี้มานานแล้วก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลน การกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมได้

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

อาจารย์บุญยงค์ เวชมนิศรี เสนอว่า ที่ผ่านมากำหนดเรื่องแผนผลิต พัฒนาและจัดการกำลังคน จากด้าน supply side มากกว่า demand side ในอนาคตน่าจะตั้งต้นจาก demand side และหาแนวทางให้รู้ถึงความต้องการบริการที่แท้จริงของประชาชน

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

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

นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ที่จะผลิตกำลังคนจากสถาบันผลิตในระบบและนอกระบบ เช่น ลักษณะของวิทยาลัยชุมชนหรือรูปแบบทางเลือกอื่นๆ รวมทั้งการแพทย์ทางเลือกแผนไทยของชุมชน แต่ต้องคิดถึงเรื่องที่รัฐต้องสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการผลิตและการจัดการให้มีบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากชุมชนเองอาจจะไม่พร้อมที่จะสนับสนุนการผลิตในหลายวิชาชีพ

ที่ประชุมเห็นด้วยกับการวางแผนและพัฒนากำลังคนในแนวใหม่และให้สอดคล้องกับ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ แต่อาจต้องคิดควบคู่กันไปเรื่องบุคลากรในระบบปกติและที่กำลังอยู่ระหว่างการผลิตซึ่งมีสัดส่วนค่อนข้างใหญ่

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

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

◆ **การบริหารจัดการและกลไกการเชื่อมโยงกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ** มีการเสนอว่าควร (1) พัฒนากลไกและระบบควบคุมกำกับส่วนการผลิตเพื่อตลาดในอนาคต (2) การวางแผนบุคลากรเพื่อ บริการเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มคนจน ฯลฯ และ(3) ในระดับบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ อาจจะต้องคิดทำ mapping เรื่อง concentration ของบริการและการจัดหาบุคลากรที่เหมาะสม เช่น บริการจิตเวช เป็นต้น (4) พิจารณาเรื่องการจัดงานและการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคน สาธารณสุขเพราะกระแสการใช้กลไกด้านการเงินการคลังจะถูกนำมาใช้มากขึ้น เช่น การจัดสรรเงินแบบราย หัวรวมเงินเดือนสู่ท้องถิ่นภายใต้ "โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค" การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นประตูดึงให้เกิดการเตรียมการจัดสรรเงินสำหรับวางแผนบุคลากรสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นเพราะจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและใช้เตรียมการเพื่อการกระจายอำนาจในอนาคตด้วย

แนวทางและรายละเอียดทั้งหมดที่ได้ รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสามารถส่งผ่านกลไกของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ให้แก่รัฐบาลได้มีการเสนอให้ตั้งคณะทำงานชุดย่อยมาพัฒนาเรื่องดังกล่าวข้างต้น เมื่อคณะกรรมการมีกรอบการทำงานชัดเจนขึ้น

◆ **ประเด็นอื่น ๆ** พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร เสนอให้พิจารณาประเด็นเพิ่มจากข้อมูลการ สัมภาษณ์กรรมการที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุม คือ (1) ควรมีการพัฒนากลไกและการจัดการของทิศทาง การผลิตและการบริการที่อาจต้องเป็น dual track คือ ส่วนที่เป็นไปตามกลไกตลาดและส่วนที่ต้อง สนับสนุนโดยรัฐ (2) การวางแผนบุคลากรเพื่อจัดให้เกิดบริการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายใหม่ ที่เดิมยังไม่ มีการพัฒนาชัดเจน เช่น บริการฟื้นฟูสภาพ บริการผู้สูงอายุ และ (3) ยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนน่าจะเน้น ที่การจัดการการใช้กำลังคนให้มีประสิทธิภาพมากกว่าการวางแผน

นอกจากนี้มีความเห็นว่าการทำงานนี้น่าจะใช้กลไกและทิศทางของรัฐธรรมนูญเป็นหลักและต้องคิดเกินความเป็นราชการและนโยบายรัฐบาล ดร.เสรี พงศ์พิศ เสนอให้มีแนวคิดของกระแสโลกที่พิจารณาธรรมชาติร่วมด้วย คือทำให้เกิด "การคืนดี" กับธรรมชาติ กระแสชุมชนกำลังเปลี่ยนแปลงแบบที่รัฐเองตามไม่ทัน ดังนั้นการเรียนรู้ของฝ่ายที่เกี่ยวข้องต่อเรื่องการเปลี่ยนแปลงในชุมชนจึงสำคัญ การเปลี่ยนความคิดและเชื่อกายภาพของชุมชน การให้ข้อมูลเพื่อให้ชาวบ้านมีช่องทางจัดการเรื่องต่างๆในชุมชนเองน่าจะเป็นโอกาสที่จะทำให้เกิดการพัฒนาได้ยั่งยืน รวมทั้งยังจำเป็นต้องวางแผนให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์เข้าใจศักยภาพที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองโดยใช้กลไกรัฐที่มีอยู่เพื่อสนับสนุนและตอบสนองความต้องการชุมชนได้ จากนั้นจึงจะสามารถบอกได้ว่าอนาคตระบบต้องการคนอย่างไร เท่าไร

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

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

นอกจากนี้การกำหนดตัวชี้วัดทางยุทธศาสตร์ตามความสำเร็จที่ต้องการ อาจจะมีการพัฒนาภายหลังจากที่ได้ภาพกรอบของระบบบริการและระบบกำลังคนที่ชัดเจนก่อน

วาระที่ 3 เรื่องอื่น ๆ

◆ นัดหมายการประชุมคณะกรรมการ

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

ปิดการประชุมเวลา 16.30 น.

(พญ.สุพัทธา ศรีวณิชชากร)

ผู้บันทึกการประชุม

(นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ)

ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม

บันทึกการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
ครั้งที่ 2/2546

วันพฤหัสบดีที่ 17 เมษายน 2546 เวลา 13.30-16.30 น.
ณ ห้องประชุม 6 ชั้น 3 อาคาร 1 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าประชุม

1. ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย		ที่ปรึกษา
2. นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์		ประธานกรรมการ
3. นพ.ดำรงค์ บุญยืน		รองประธานกรรมการ
4. นางมานิตา ภูเจริญ	ผู้แทนรองผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ	กรรมการ
5. นายบุญยงค์ เวชมนิศรี	รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
6. ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์		กรรมการ
7. นายองอาจ สิทธิเจริญชัย	ผู้แทน นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	กรรมการ
8. ดร.นิพนธ์ พัวพงศธร		กรรมการ
9. ดร.เสรี พงศ์พิศ		กรรมการ
10. คุณสุชาติ เมืองแก้ว		กรรมการ
11. ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์		กรรมการ
12. นพ.ชาญชัย ติลปอวยชัย		กรรมการ
13. นพ.ประพจน์ เกตุราภาส		กรรมการ
14. ทพ.สุปรีดา อุดยานนท์		กรรมการ
15. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์		กรรมการ
16. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ		กรรมการ
17. นพ.วิพุทธ ภูเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ

ผู้ไม่เข้าประชุม

1. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ		กรรมการ
2. นพ.ธวัช สุนทราจารย์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
3. ดร.สมบัติ ธำรงธัญวงศ์		
4. รศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์		กรรมการ
5. รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์		กรรมการ
6. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ		กรรมการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายสมบัติ มาสธิตยชัย	สำนักงานประมาณ
2. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
3. นพ.อุกฤษฏ์ มลิณทางกูร	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
4. นางษากุล สินไชย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
5. นางสุภาวดี นุชรินทร์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
6. นายสุรศักดิ์ อธิคมานนท์	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
7. นส.ทัศนีย์ สุรกิจโกศล	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

เปิดประชุมเวลา 13.40 น.

วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ทราบ

วาระที่ 1.1 ประธานแจ้งให้ทราบ

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานคณะกรรมการฯและประธานในที่ประชุม แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับมติที่ประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เกี่ยวกับการขยายระยะเวลาต่ออีก 1 ปี จนถึงวันที่ 9 สิงหาคม 2547

วาระที่ 1.2 เลขานุการแจ้งให้ทราบ

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร ซึ่งแจ้งรายละเอียดของเอกสารประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการฯ สำหรับการประชุมครั้งที่ 2/2546

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

กรรมการขอแก้ไขรายงานการประชุมในส่วนรายชื่อผู้เข้าประชุมหน้าที่ 1 จาก นพ.องอาจ สิทธิเจริญชัย ผู้แทน นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็น นายองอาจ สิทธิเจริญชัย

วาระที่ 3 เรื่องเพื่อพิจารณา

3.1. การนำเสนอโครงสร้างประเด็นพิจารณาเพื่อกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคน โดย พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุมตามวาระหมายเลข 1-3) ซึ่งกรรมการได้แสดงความเห็นในประเด็นต่างๆ ดังนี้

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย ให้ข้อเสนอต่อที่ประชุมเกี่ยวกับความเข้าใจในนิยามและความหมายของคำที่มักจะมีควมสับสนไม่ตรงกันอยู่บ้างก็คือ "สุขภาพ" "การสร้างสุขภาพ" หรือ "การส่งเสริมสุขภาพ" และการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งเสนอว่าควรจะทำให้เข้าใจตรงกันว่าขอบเขตของเรื่องต่างๆ นั้น เหมือนหรือซ้อนกันอย่างไร และเสริมแนวคิดที่ผู้นำเสนอแยกระบบสุขภาพเป็น 2 กลุ่ม คือ ระบบเพื่อการพัฒนาสุขภาพ

และระบบเพื่อดูแลอาการความเจ็บป่วยและโรค ซึ่งทั้งสองระบบจะต้องมีลักษณะเชื่อมโยงเป็น Two-way หากเป็นเช่นนี้กำลังคนในด้านการพัฒนาสุขภาพจะประกอบด้วยบุคลากรอีกหลากหลายประเภท

นอกจากนี้กระบวนการสุขภาพซึ่งมีลักษณะเป็น On going process ปัจจุบันยังขาดหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบเรื่องกำลังคนในภาพรวมที่เป็นระยะยาว เพื่อให้การทำงานเรื่องกำลังคนนี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการทำงานของคณะกรรมการควรจะมีการศึกษาบทเรียนการวางแผนกำลังคนในอดีตว่าพลาดไปอย่างไรเพื่อจะเป็นข้อคำนึงถึงการพัฒนาในอนาคตต่อไป

กระบวนการวางแผนกำลังคนต้องเป็น Rolling plan ปรับให้ทันสถานการณ์และต้องมีนโยบาย ในอดีตการวางแผนกำลังคนเป็น Central plan เป็นการกำหนดกำลังคนโดยการกำหนดกรอบอัตรากำลังยี่ภาค รัฐและอำนาจรัฐเป็นหลัก

ปัจจัยที่กำหนดทิศทางของระบบบริการสุขภาพ ให้พิจารณาที่รัฐธรรมนูญ รวมถึงกฎหมายอื่นที่เป็นกฎหมายลูก และที่เพิ่มคือ นโยบายรัฐบาลจะมีผลมากต่อการใช่และไม่ใช้บุคลากร

3.2. การนำเสนอประเด็นพิจารณาเกี่ยวกับบทบาทของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ โดย ศ.พ.สันต์ หัตถิรัตน์ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุมตามวาระ หมายเลข 4-5) ที่ประชุมได้อภิปรายต่อประเด็นนี้ โดยสรุปคือ

นพ.ดำรงค์ บุญยสิน กล่าวว่า แนวคิดที่นำเสนอเป็นแนวคิดที่ดี และควรเป็นไปในแนวทางดังกล่าว ขณะเดียวกันก็เห็นว่าต้องมีช่องทางที่จะทำให้ข้อเสนอเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ถ้าได้มีการนำเรื่องนี้ไป เชื่อมกับนโยบายของรัฐบาลในการดำเนินงานของกระทรวงอื่นๆ เช่น เชื่อมกับเรื่องการปรับปรุงแบบการทำแผนพัฒนาพื้นที่ของกระทรวงมหาดไทย หรือเชื่อมกับแนวคิด “วิทยาลัยชุมชน” ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ เป็นต้น

ดร.นิพนธ์ พัวพงศธร กล่าวว่า เห็นด้วยว่าแนวคิดเรื่องนี้ต้องทำ แต่ก็ควรพิจารณาถึงปัญหาที่สำคัญ เร่งด่วนในขณะนี้คืออะไร สำหรับเรื่องระบบการผลิตกำลังคนแบบ On the job training ในประเทศเรามีอยู่ทั้งที่เป็น formal sector และที่เป็น informal sector ซึ่งในระบบ formal sector เป็นระบบที่เราพยายามทำและล้มเหลว เป็นระบบที่เลียนแบบเยอรมัน ซึ่งมีลักษณะเป็น Dual system มีบทเรียนของบริษัทปูนซิเมนต์ไทยที่ร่วมมือกับกรมอาชีวศึกษา ได้จัดให้มีการเรียนการสอนควบคู่ไปกับการฝึกปฏิบัติงานก็พบว่าไม่ประสบความสำเร็จ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่ามีระบบที่ประสบความสำเร็จแต่กำลังจะหายไปจากสังคมไทย พร้อมๆ กับกิจการก็คือระบบการฝึกหัดช่างกลึงหรืออื่นๆ ในกรณีที่เป็นผู้หญิงก็จะเป็นการฝึกเรื่องการตัดเย็บเสื้อผ้า เป็นระบบที่เรียกได้ว่าเป็น “ครูพักลักจำ” ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการเรียนรู้มากขณะเดียวกันผลตอบแทนที่ได้ค่อนข้างต่ำ ดังนั้นการที่จะผลิตกำลังคนแบบนี้ต้องยอมรับเงื่อนไขว่า Qualifications บางอย่างต้องลดลง ต้องยอมรับว่าการผลิตแบบ On the job training นี้มี Quality ต่ำ ทั้งนี้ระบบ Incentive system เป็นเรื่องสำคัญ เพราะว่าการสร้างระบบแล้วให้มี On the job training ถ้าเงื่อนไขเรื่อง Incentive system ไม่ดีก็คงไม่สามารถจะรักษาคคนไว้ในระบบได้ เรื่องนี้ในความคิดส่วนตัวเห็นว่าเป็นเรื่องที่ดี น่าจะทำ แต่ยังมีปัญหาว่าในการทำนั้นยังต้องมีการวางระบบต่างๆ ค่อนข้างมาก ขณะเดียวกันก็พบว่าระบบการฝึกอบรมที่เป็น On the job training แบบ informal system

กำลังตายไปจากสังคมไทย เพราะบริษัทใหญ่เข้ามา ทำให้กิจการเล็กๆ ต้องยุบเลิกไป การสร้างระบบนี้ในชุมชนให้ได้ ไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะจะฝืนกับธรรมชาติและแรงจูงใจของคน จะต้องแก้ปัญหาเรื่องนี้ให้ได้ ดังนั้นจึงต้องดูจุดอ่อน จุดแข็ง ในการพัฒนาเรื่องนี้

ดร.เสรี พงศ์พิศ แสดงความเห็นในที่ประชุมว่า กระบวนทัศน์เกี่ยวกับกำลังคนในระบบของกระทรวงเดิมน่าจะยังมีอยู่แต่ที่ควรเสริมเพิ่มก็คือการทำงานเรื่องกำลังคน ควรเน้นให้คนมีความสามารถที่จะไปพัฒนาบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถพึ่งตัวเองทางสุขภาพได้ ดังนั้นสิ่งที่ควรต้องดำเนินการสำหรับการทำงานเรื่องกำลังคนคือการประมวล state of the art ของการดูแลสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวกับการทำงานด้านสุขภาพและกำลังคนด้านสาธารณสุข จะทำให้เข้าใจบทบาทของชุมชนต่อเรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุขที่ชัดเจนมากขึ้น

3.3. การนำเสนอประเด็นพิจารณาเกี่ยวกับบทบาทของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุมตามวาระ หมายเลข 4-5) ที่ประชุมได้อภิปรายในประเด็นต่างๆ ดังนี้

นพ. ดำรงค์ บุญยืน กล่าวว่าหัวใจสำคัญ คณะกรรมการชุดนี้ ต้องดูว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเรื่องกำลังคนอยู่ที่ไหน เท่าที่ดูพบว่าที่ผ่านมาของเดิมนั้นอิทธิพลอยู่ที่อุปทาน (Supply) ทั้งในแง่ของการวางระบบบริการของภาครัฐและเอกชน ในเมืองและชนบท เรื่องนี้ชัดเจนว่า Professions และ Investors เป็นผู้กำหนด สิ่งที่น่าเสนอมาเป็นเรื่องที่ดี ซึ่งคณะกรรมการควรจะต้องช่วยกันพิจารณาว่าจะทำอย่างไรให้ข้อเสนอนี้มีจิตวิญญาณไม่เป็นหมัน ในความเห็นเชื่อว่าหลักสำคัญอยู่ที่การ Shift อิทธิพลจากอุปทานมาทางด้านอุปสงค์ (Demand) ซึ่งเป็นเรื่องที่สอดคล้องและสนองตอบต่อเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและกฎหมายลูก การให้น้ำหนักของการทำงานเรื่องกำลังคนอยู่ที่ Demand side จะส่งผลให้สิ่งที่เป็นการข้อเสนอกลไก เป็นสิ่งที่มีจิตวิญญาณและมีพลัง การ Shift มาทาง Demand side ในความหมาย ไม่ใช่การปฏิเสธตลาด หรือระบบทุน แต่เป็นแนวคิดที่ต้องการเห็น อิทธิพลของส่วนที่อยู่ทาง Demand side อยู่เหนือระบบตลาด ที่จะสามารถกำหนดได้ว่ากำลังคนที่ต้องการนั้นเป็นอย่างไร บุคลากรควรมีหน้าตาอย่างไร เรื่องนี้จัดเป็น Paradigm within Paradigm หมายความว่า หลายท่านอาจจะบอกว่าเรื่องเหล่านี้ถูกกำหนดเป็น Paradigm ไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญแล้ว รวมถึงอยู่ใน พรบ.สุขภาพแห่งชาติ แล้วอีกด้วยในความเข้าใจตรงนี้ยังไม่ใช่ว่าความหมายของ Paradigm within Paradigm ซึ่งลึกกว่า Paradigm ที่มีการกำหนดไว้ในสิ่งซึ่งกล่าวไปแล้วในตอนต้น ในความเห็นส่วนตัวเชื่อว่าถ้าทำเรื่องนี้ได้ไม่ชัดเจนจะเกิดปัญหาในการทำงาน เหมือนตัวอย่าง ในสมัยที่ยังทำงานเรื่องกำลังคนอยู่ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสร้างสถาบันพระบรมราชชนก ให้เป็นกลไกการวางแผน และการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข แบบ “เราคิดเอง เราว่าเอง” การทำงานด้านกำลังคนที่ควรเป็นก็คือการให้ชุมชนที่เป็นส่วนหนึ่งของ Demand side เข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตกำลังคน การผลิตในระบบนี้จะต้องหันไปใช้แนวคิดของ Community Collage คำถามก็คือ สปช. โดยกระทรวงสาธารณสุขจะคิดอย่างไร จะสนับสนุนหรือไม่ กล่าวคือแนวคิดนี้ผู้ที่กำหนดได้จะต้องเป็นชุมชนไม่ใช่ สปช.หรือองค์กรอื่นใดที่รัฐส่วนกลางเป็นผู้กำกับ ดังนั้นเรื่องนี้

ควรจะต้องมีตัวแทนของผู้ที่ทำงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ Community Collage เข้ามาร่วมด้วย จึงจะชัดเจน และเป็นรูปธรรมในการดำเนินการมากขึ้น

นพ.สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ กล่าวว่า ประเด็นที่ นพ.ดำรงค์ เสนอเป็นหัวใจ เพราะปัจจุบันพบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว รัฐกำลังลดการสนับสนุนการผลิตกำลังคนแล้วดึงกำลังคนจากประเทศด้อยพัฒนาเมื่อมีความต้องการกำลังคน ทั้งนี้มีปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อ 2 ปีก่อนที่ประเทศอังกฤษประกาศรับสมัครพยาบาลจากทั่วโลกจำนวน 30,000 คนไปทำงาน ซึ่งก็พบว่ามีพยาบาลจากประเทศที่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ดี เช่น ฟินแลนด์และประเทศทางแถบอาฟริกาได้สมัครไป ปัจจุบันสถานการณ์ดังกล่าวในอเมริกา ลดการสนับสนุนการผลิตแพทย์ลง นอกจากนั้นในอนาคตถ้าระบบการคมนาคมขนส่งพัฒนาขึ้น การเดินทางถูกลง ประเทศเหล่านี้จะส่งผู้ช่วยมารักษาในประเทศไทย ซึ่งตามเอกสารที่นำเสนอประกอบวาระในตอนท้ายได้คาดการณ์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากปรากฏการณ์นี้ไว้ด้วย ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่ากระแสการปรับจากการผลิตที่เกิดขึ้นจากความต้องการ Demand side ในต่างประเทศจะกระทบกับระบบสุขภาพในประเทศไทยอย่างไร

ดร.เสรี พงศ์พิศ กล่าวว่า ปรากฏการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในสังคม ก็คือการปฏิเสธรัฐ ตัวอย่างเช่น การปฏิเสชบริการของโรงพยาบาล คำถามก็คือปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นได้อย่างไร ในความเห็นคิดว่าส่วนหนึ่งอาจจะมาจากการบริการไม่ได้ตอบสนองความต้องการของชุมชนและท้องถิ่น ดังนั้นสิ่งที่รัฐจะต้องทำก็คือการพัฒนาที่จะให้รัฐสามารถที่รับรู้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รับรู้ความรู้สึกและความต้องการของชุมชนที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้โดยส่วนตัวมีบทเรียนซึ่งเกิดจากงานเกี่ยวกับสุขภาพชุมชนให้กับ สวรส. ซึ่งดำเนินงานในชุมชน 10 ชุมชน โจทย์ของการศึกษาก็คือ พยายามที่จะหาว่าชุมชนคิดกับสุขภาพดีแปลว่าอะไร และจะสร้างสุขภาพได้อย่างไร ชุมชนเองก็พยายามตั้งเกณฑ์ขึ้นมา จากนั้นก็ดูว่าเกณฑ์ที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้นเป็นอย่างไร ตัวอย่างของเกณฑ์สุขภาพที่ชุมชนสร้างก็คือ สุขภาพดีคือหนี้สินลดลง สารเคมีในเลือดลดลง ทะเลาะกันน้อยลง ชุมชนพึ่งพาอาศัยกันมากขึ้น ทั้งหมดนี้คือสุขภาพสำหรับชุมชนและชุมชนเชื่อว่าสามารถสร้างได้ ตรงนี้เป็นคำถามว่าคนที่เกี่ยวกับสุขภาพเกี่ยวกับสาธารณสุข จะไปเติมอะไรให้ชุมชน และจะวางตัวอย่างใดในเวลาที่ชุมชนกำลังแสวงหาทางเลือกและพัฒนาตัวเอง เชื่อว่าเรื่องนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือระบบสาธารณสุขจะต้องมีการกำหนดวิธีคิด และกระบวนการทัศน์ให้ชัดเจน ขณะเดียวกันก็ต้องมีพลังทางปัญญาที่จะใช้ขับเคลื่อนการทำงานได้อย่างเหมาะสม

นายบุญยงค์ เวชมนิศรี กล่าวว่า เรื่องการวางแผนพัฒนากำลังคนเป็นเรื่องใหญ่ และมีปัญหาค่อนข้างมาก ที่ผ่านมามีความพยายามที่จะวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการ แต่ที่สุดท้ายก็ล้มเหลว เพราะส่วนมากเป็นการดำเนินการในระดับ Macro ขณะเดียวกันความต้องการในเรื่องสุขภาพก็มีความไวในการเปลี่ยนแปลง กรอบกับสิ่งที่คนทำงานด้านกำลังคนถนัดก็คือ การทำงานในด้าน Supply side เพราะการทำงานด้าน Demand side ยังติดปัญหาเรื่องการไม่มีข้อมูล ทำให้การทำงานด้าน Demand side เป็นเรื่องของการคาดเดาเป็นส่วนใหญ่ และพบว่ามีปัญหามากในการทำงาน แต่ในปัจจุบันรัฐบาลก็มีนโยบายเกี่ยวกับการวางแผนการผลิตกำลังคนโดยใช้ Demand เป็นตัวกำหนด ซึ่งโจทย์สำคัญก็คือจะไปหา Demand มาจากไหน ตัวอย่างสิ่งที่ดำเนินการกับกำลังคนซึ่งเกิดขึ้นกับระบบอุตสาหกรรมก็

คือ การลงไปศึกษาในรายละเอียดให้ลึก โดยให้มีการจำแนกประเภทของอุตสาหกรรม จากนั้นจึงศึกษาถึงขบวนการผลิตในแต่ละประเภทอุตสาหกรรมจึงจะทำให้เห็นความต้องการกำลังคนในอุตสาหกรรมแต่ละประเภทได้ ซึ่งแนวคิดนี้ก็คงมีลักษณะเช่นเดียวกันกับการทำงานกำลังคนในระบบสุขภาพ

ต่อประเด็นพิจารณาสิ่งที่ได้นำเสนอมาก็พบว่า มีความชัดเจนว่าระบบสุขภาพที่ต้องการเห็นนั้นเป็นอย่างไร ซึ่งก็สามารถใช้ระบบสุขภาพนั้นเป็นตัวตั้ง เป็นกรอบใหญ่ จากนั้นจึงแยกเป็นกรอบย่อย ซึ่งการประชุมครั้งก่อนก็แตกย่อยเป็นสองสาขา คือ ส่วนที่เป็นชุมชน กับส่วนที่เป็นระบบเดิมซึ่งมีอยู่ และโจทย์ก็คือจะปรับกันอย่างไร ถ้าดำเนินการอย่างนี้ก็จะทำให้ทราบว่า Demand ของกำลังคนด้านสุขภาพนั้นเป็นอย่างไร สำหรับเรื่อง Supply นั้นไม่น่าเป็นห่วง โดยเฉพาะเรื่องงบประมาณ เพราะรัฐบาลมีการกำหนดกรอบวงเงินที่จะสนับสนุนการทำงานด้าน Demand โดยใช้ระบบงบประมาณเป็นเรื่องการอุดหนุน การจูงใจในการกำกับทิศทางว่าต้องการให้เกิดการผลิตกำลังคนด้านไหนก็ใช้งบประมาณเป็นตัวกำหนด ด้านไหนที่ต้องการก็จะอุดหนุน ด้านไหนที่ไม่ต้องการก็จะลดการอุดหนุนลงไป ดังนั้นการทำงานเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพโดยหันมาให้ความสำคัญกับ Demand side ก็จะสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล

พ.ดรงค์ บุญยรินทร์ กล่าวว่า ก่อนที่จะนำเสนอประเด็นซึ่งเป็นเหตุผลในเชิงสนับสนุนนโยบายเกี่ยวกับ การทำงานเรื่องกำลังคนที่ว่าควรจะค่อยๆ ปรับรูปแบบและวิธีการกำหนดนโยบาย รวมถึงการทำแผนเรื่องกำลังคนไม่ให้เน้นไปที่ Supply side เหมือนแต่ก่อน ก็ควรจะเข้าใจข้อจำกัดของการทำงานกำลังคนด้าน Demand side ซึ่งมีอยู่หลายประการ ตัวอย่างเช่น ลักษณะของ Demand side นั้นมีความหลากหลาย ไม่เหมาะกับการทำงานที่มีลักษณะเป็น Central Planning ในขณะที่ Supply side มีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับการทำงานแบบ Central Planning มากกว่า การทำงานจาก Demand side จะต้องขึ้นต้นจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม หลายพวก ซึ่งในระบบสุขภาพ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่กล่าวถึงนั้นมีได้หมายถึงประชาชนที่ต้องการมีสุขภาวะเท่านั้น เพราะในระบบสุขภาพคำว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้นยังหมายรวมถึงกลุ่มผู้ประกอบการในธุรกิจทางสุขภาพอีกด้วย ซึ่งโดยธรรมชาติของกลุ่มนี้เองจะทำหน้าที่เป็น Labor intensive sector ในความเห็นคิดว่าในเชิงนโยบายไม่ควรมองข้ามกลุ่มนี้ไป เหตุเพราะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นี้ ประเทศไทยเองก็มีศักยภาพในเรื่องสุขภาพอยู่มาก ดังนั้นนโยบายการทำงานด้านกำลังคนที่ยอมรับแนวคิดเรื่องการ Shift การทำงานไปสู่ Demand side ก็ต้องยอมรับว่า Demand นั้นมีลักษณะของความหลากหลาย มีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม รวมถึงจะต้องมีการจัดการปฏิรูปสถาบันเดิม ซึ่งในที่นี้หมายถึง ความเห็นชอบและการเข้าร่วมกับการทำงานตามแนวทางนี้ของสภาวิชาชีพ ความเห็นก็คือการทำงานของคณะกรรมการควรจะต้องมีตัวแทนจากสถาบันหรือองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมทำงานด้วย เพื่อให้การทำงานเกิดผลสำเร็จในทางปฏิบัติ

ดร.นิพนธ์ พัวพงศธร กล่าวว่า เห็นด้วยกับแนวคิดเกี่ยวกับการ Shift การวางแผนกำลังคนจากด้าน Supply ไปสู่ Demand เพราะในที่สุดคงหนีไม่พ้น เนื่องจากกระแสโลก กระแสเศรษฐกิจขณะนี้ผลักดันให้ภาคเอกชนมีบทบาทมากขึ้น ซึ่งดูได้จากตัวเลขที่ทำให้เห็นว่า Specializations มีบทบาทมากขึ้น เมื่อเราเห็นภาพนั้นแล้วสิ่งที่ต้อง Focus ก็คือปัญหาที่ระบบตลาดแก้ไม่ได้ ขณะเดียวกันกับปัญหาที่

ระบบราชการแก้ไม่ได้เช่นกัน ประเด็นนี้คณะกรรมการควรจะ Focus ที่จุดนั้น และจะต้องยอมรับว่ามาตรการที่จะกำหนดขึ้นภายใต้แนวคิดนี้จะต้องกระทบกับระบบตลาดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งจะมากหรือน้อยก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง การ Focus แบบนี้จะทำให้ชัดเจนมากขึ้นว่า การทำงานภายใต้ทรัพยากรซึ่งมีจำกัดนั้นจะเป็นอย่างไร การมีสถาบันซึ่งในความเข้าใจเชื่อว่า สถาบันนั้น ไม่ใช่เรื่องของตั้งสถาบัน ไม่ใช่เรื่องของการตั้งองค์กร แต่น่าจะหมายถึงการกำหนดกติกาต่างๆ เป็นเรื่องของการวาง Sanction ต่างๆ เป็นกติกาตามสมควรจะเป็น ตัวอย่างเช่น เรื่องการ Shift resource ของรัฐควรจะเป็นอย่างไร เพราะเงื่อนไขในอนาคต 5-10 ปีจะมีปัญหาเรื่องทรัพยากรที่ไม่เพียงพอแน่นอน ดังนั้นสิ่งที่ควรพิจารณาก็คือ จะทำอย่างไรให้การทำงานเป็นไปได้ในเงื่อนไขความจำกัดของทรัพยากร

พ.ด.ดำรง บุษยิณ กล่าวว่า การที่เราจะทำนโยบายด้านกำลังคน หรือการทำ Rolling plan เรื่องกำลังคน คงเป็นไปได้ที่จะไม่ให้ความสนใจกับสถาบันหรือองค์กรซึ่งมีบทบาทหน้าที่การทำงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำลังคนในปัจจุบัน แนวคิดนี้ไม่ได้มองว่าสถาบันต่างๆ เหล่านั้น ควรจะถูกทำลายลง เพราะเป็นเงื่อนไขไปขัดขวางการทำงาน เป็นเหตุให้การปฏิรูปการทำงานเรื่องกำลังคนเป็นไปอย่างยากลำบาก ในทางตรงข้ามสถาบันต่างๆ เหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในสังคมประชาธิปไตย เพราะสถาบันวิชาชีพ คือการควบคุมตนเอง การมีสถาบันวิชาชีพจัดเป็นยุทธศาสตร์หลักของการทำงานเรื่องกำลังคนภายใต้เจตนารมณ์ของสังคมประชาธิปไตย แต่อย่างไรก็ตามการควบคุมกันเองนี้ก็ต้องคำนึงถึงว่า กฎ กติกาที่ออกมาไม่ใช่เป็นเรื่องเพื่อผลประโยชน์ของวิชาชีพเดียวกัน แต่จะต้องเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ของชุมชนของประชาชน ซึ่งในความเห็นมองว่าปัจจุบันสถาบันวิชาชีพที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุม ตัวอย่างเช่นปัจจุบันยังไม่มีสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพซึ่งเป็นเรื่องที่มีการลงทุนสูง ทำให้การควบคุมคุณภาพของวิชาชีพนี้ขาดไป ปัจจุบันสถาบันวิชาชีพยังอยู่แต่ในวงวิชาชีพที่เป็น Core categories ทั้งหมดนี้แสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างกระทรวงที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับการทำงานด้านสุขภาพที่ไม่ใช่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

นางมานิตา ภูเจริญ ผู้แทนผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ แสดงความเห็นต่อประเด็นนี้ว่า การปรับระบบการทำงานกำลังคนจากด้าน Supply side เป็น Demand side นั้น ควรจะมีการหาสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างการผลิตกำลังคนจาก Supply และ Demand เพราะ ลักษณะของ Demand นั้นจะมีความไม่สิ้นสุด

พ.ว.วิพุธ พูลเจริญ กล่าวว่า จากที่มีการหารือกันมาในที่ประชุมเหมือนยอมรับส่วนหนึ่งว่า นโยบายกำลังคนจะเกี่ยวข้องกับนโยบายอื่นๆ อีกหลายส่วน สิ่งนี้ พ.ว.สุวิทย์นำเสนอจะเป็นกรอบวิธีการที่จะทำให้ได้ปัญญา สำหรับแนวความคิดของ พ.ด.ดำรง ที่นำเสนอเกี่ยวกับความเชื่อมโยงกับส่วนอื่นๆ นั้นจัดเป็นกลไกการทำงานซึ่งปัจจุบันคิดว่าย่อมมองเรื่องนี้ได้ไม่ชัดเจนนัก เพราะเรื่องนี้เป็นเรื่องที่ต้อง Compromises กับสถาบันที่เกี่ยวข้องซึ่งมีเงื่อนไขว่าถ้า Compromises มากเกินไปก็อาจจะไม่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ประเด็นสำคัญที่ควรจะต้องหารือก็คือ การยกประเด็นของปัญญาและการเชื่อมต่อกันของกลไก มาสร้างให้เกิดความยอมรับขององค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรทางการศึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขซึ่ง

ปัจจุบันทำงานเรื่องกำลังคนอยู่ อาทิ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมสนับสนุนบริการ เป็นต้น สำหรับการประชุมครั้งต่อไป ควรเป็นการนำเสนอข้อสรุปของกรอบการทำงานด้านกำลังคนที่ประกอบด้วยรายละเอียดของเงื่อนไขหลักๆ ดังที่กล่าวมา เพื่อที่กรรมการชุดนี้จะได้พิจารณารายละเอียดและเพิ่มเติมประเด็นต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกลไก หรือเงื่อนไขซึ่งจะเป็น Issue สำหรับกำหนดเป็น Research priority ต่อไป

อภิปรายทั่วไป

1) การวางแผนด้านการผลิตกำลังคน

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย แสดงความเห็นเรื่องการผลิต ซึ่งจะขอนำเสนอประสบการณ์การทำงานในเรื่องนี้ในสมัยที่เคยดำรงตำแหน่งเป็นปลัดทบวงมหาวิทยาลัย ซึ่งเห็นว่าควรวางแผนการผลิตกำลังคนโดยเข้าใจธรรมชาติของสถาบันที่เกี่ยวกับการผลิต ส่วนต่างๆ ดังนี้

กลุ่มแรกคือมหาวิทยาลัยของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับหรือมหาวิทยาลัยที่ยังใช้ระบบราชการอยู่ ก็เชื่อว่ารัฐยังมีอำนาจในการควบคุมกำกับโดยผ่านนโยบายทางงบประมาณ หรือผ่านแผนของชาติ ที่จะกำกับการผลิตกำลังคนทั้งระดับและประเภทต่างๆ ได้ ซึ่งกลุ่มมหาวิทยาลัยเหล่านี้จะมีลักษณะเฉพาะอยู่อย่างหนึ่งก็คือ จะผลิตบุคลากรระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผลิตบุคลากรที่เน้นความเป็นเลิศ ไม่ยอมผลิตระดับต่ำกว่าปริญญา ซึ่งเป็นเหตุผลเฉพาะ ขณะเดียวกันในระยะยาว มหาวิทยาลัยกลุ่มนี้โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ก็คงจะมี Autonomy กลุ่มนี้จะผลิตบุคลากรด้านสุขภาพในประเภทและชนิดที่รู้สึกว่ายากได้ ตัวอย่างเช่น การผลิตพยาบาลที่สามารถพูดภาษาญี่ปุ่นได้ พุดภาษาจีนได้ ซึ่งเรื่องนี้ก็จัดเป็นการผลิตในระบบกลไกการตลาดซึ่งก็ต้องยอมรับกัน

กลุ่มที่สองคือมหาวิทยาลัยเอกชน ซึ่งหันมาผลิตบุคลากรด้านสุขภาพค่อนข้างมาก แต่มักจะเน้นในด้านพยาบาล ซึ่งโดยธรรมชาติกลุ่มนี้จะสนใจการผลิตบุคลากรที่เป็นความต้องการของตลาดแรงงาน การจ้างผู้ที่สำเร็จการศึกษา ดังนั้นกลุ่มนี้จะเป็นเป็นกลไกที่จะช่วยเติมเต็ม เติมส่วนขาด ขณะเดียวกันกลุ่มมหาวิทยาลัยเอกชน จะมีความยืดหยุ่นมากกว่ามหาวิทยาลัยของรัฐ จะเพิ่มหรือลดการผลิต จะมีความไวต่อความต้องการของตลาดในเรื่องกำลังคนมากกว่า ดังนั้นในกลไกที่จะเสนอรัฐถ้าจะยกธรรมชาติในข้อนี้ เป็นกลไกที่จะคอยกำกับไม่ให้กำลังคนขาดหรือเกินในระบบ ซึ่งถ้าไม่มีกลไกเรื่องนี้ก็จะเกิดปัญหาขึ้นได้

กลุ่มที่สาม คือกลุ่มที่เป็นกระทรวงทบวงกรมหรือหน่วยงานต่างๆ ปัจจุบันก็มีการผลิตบุคลากรขึ้นใช้เอง ระบบนี้เป็นระบบราชการที่ผลิตบุคลากรขึ้นใช้เอง ซึ่งระบบนี้ก็ยังมีไม่มากนักในปัจจุบัน

กลุ่มที่สี่ เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ ก็คือสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นกลไกของกระทรวงสาธารณสุขเองที่จะมองทั้งสามระบบแรกว่ายังขาดอะไร ตัวอย่างเช่น บุคลากรที่ต่ำกว่าปริญญาตรีที่สามระบบไม่ยอมผลิต ถ้ายังมีความต้องการใช้อยู่สถาบันก็สามารถผลิตได้ ซึ่งก็รวมถึงพยาบาล หรือหมอประเภทที่ต้องการใช้เฉพาะ ตรงนี้สถาบันพระบรมราชชนกสามารถเป็นกลไกหนึ่งที่ทำให้การผลิตบุคลากรด้านนี้คล่องตัว โดยตัวของตัวเองมากขึ้น

กลุ่มที่ห้า เป็นการผลิตจากต่างประเทศ ซึ่งมีอยู่จำนวนน้อยที่จะช่วยการผลิตบุคลากรให้ตามเทคโนโลยีใหม่ของต่างประเทศ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอด

ในจำนวนทั้งห้าแหล่ง ภาพของระบบสุขภาพไทยในช่วง 5-10 ปีนี้เปลี่ยนแปลงเร็วมาก ก็จะต้องมีการผลิตบุคลากรประเภทใหม่ๆเพิ่มขึ้นมา หรือแม้แต่ในประเภทที่เราคุ้นก็จะแตกแขนงออกไปทำอาชีพใหม่ๆมากมาย ภายใต้ระบบตลาดทุนนิยมเสรี และกระแสโลกาภิวัตน์ พบว่า เกิดอาชีพใหม่ๆขึ้นมาตลอดเวลา ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องต้องยอมรับ หน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นตัวแทนรัฐก็คือ การทำหน้าที่ออกแบบและดูแลระบบให้มีความเที่ยงธรรมต่อผู้บริโภค

2) ประเด็น บทบาทหน้าที่ ของคณะกรรมการ

ประเด็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ที่ประชุมมีการยกประเด็นนี้ขึ้นมาหารือทั้งนี้ เพื่อให้กรอบการทำงานชัดเจนมากขึ้น ซึ่งในที่ประชุมมีการอภิปรายในรายละเอียดถึงความเป็นมาของคณะกรรมการรวมถึงบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ดังต่อไปนี้

พ.สว.วิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ ชี้แจงเกี่ยวกับความเป็นมาของการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ โดยสรุปก็คือเป็นคณะกรรมการที่เกิดจากความเห็นชอบของ คปรส. เพื่อการทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขของชาติ ทั้งระยะสั้น ปานกลางและระยะยาว โดยข้อเสนอดังกล่าวจะวางอยู่บนหลักการของยุทธศาสตร์ 3 เรื่องก็คือ ยุทธศาสตร์ทางปัญญา ยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนทำงานระยะยาว และยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม

พ.ส.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ กล่าวว่า การประชุมครั้งแรกไม่ได้เข้าร่วม ก็เลยเกิดความไม่มั่นใจว่าโจทย์ของกรรมการชุดนี้เป็นอย่างไร บังเอิญกรรมการหลายท่านพูดเรื่องโจทย์ซึ่งส่วนตัวคิดว่าเป็นเรื่องสำคัญมาก ว่าตกลงกรรมการชุดนี้มีวิสัยทัศน์นโยบายและยุทธศาสตร์ว่าด้วยเรื่องกำลังคนอย่างไร ส่วนตัวคิดว่ามีคำถามอยู่ 3 คำถามใหญ่ๆ (ว่าด้วยโจทย์) ก็คือ (1) คณะกรรมการจะมีระยะการทำงานแบบ short term หรือ long term (2) จะพูดถึงแค่ Issue หรือ พูดถึง Mechanisms ด้วย หรือว่าเรื่องนี้ สปรส.ตอบไปแล้ว คณะกรรมการชุดนี้ไม่ต้องเข้าไปยุ่งเพราะดูเหมือนมีคำตอบที่ชัดเจนตามที่ พ.ส.วิทย์ แจ้งต่อที่ประชุมไว้แล้ว (3) การทำ Policy issue นั้นจะเน้นเฉพาะนโยบายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องกำลังคน หรือนโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและกระทบกับกำลังคน ซึ่งจะขอยกตัวอย่างนโยบายในประเด็นนี้ได้แก่

1. บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขกับเรื่องการจัดบริการ หรือสิ่งที่เรียกว่านโยบายระบบบริการสาธารณสุขที่กำหนดว่ารัฐกับเอกชนจะอยู่กันอย่างไร สถานบริการภาครัฐแปลว่าอะไร ตัวอย่างที่พูดกันชัดๆ ตกลงอยากเห็นระบบสาธารณสุขเป็นอย่างไร ถ้าอยากเห็นระบบที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ก็คงต้องยอมรับว่าหลายอย่างที่มันเป็นนโยบายกำลังคนก็ต้องอยู่ในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รัฐเข้ามากำกับบางส่วนในฐานะที่กระทรวงฯ เป็นหน่วยงานของรัฐ กระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทค่อนข้างมากในเรื่องกำลังคน และที่สำคัญความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบายกำลังคนจะอยู่ที่การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นนั้นนโยบายจะมีประโยชน์ไม่มากเท่ากับการจัดการ การจัดการเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นการไปพูดถึง

Policy issue โดยไม่กล่าวถึง เรื่องการจัดการ ทำให้การทำงานเรื่องกำลังคนไม่ประสบความสำเร็จ

2. วิธีการจัดสรรงบประมาณ วิธีการซื้อบริการ รวมถึงนโยบายการประกันสุขภาพ ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดเงื่อนไขการจัดบริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น กำหนดว่า ถ้าจะเป็น PCU จะต้องมีการพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ให้บริการ โดยส่วนตัวเชื่อว่า หน่วยที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการจะมีการกำหนดเงื่อนไขการบริการบางอย่างซึ่งในนั้นจะต้องมีเงื่อนไขเรื่องกำลังคนรวมอยู่ด้วย ดังนั้น การซื้อบริการและการจัดบริการสุขภาพก็จะกระทบกับเรื่องกำลังคนอย่างชัดเจน หรือ ตัวอย่างที่ว่า การซื้อบริการสุขภาพมีเงื่อนไขการแยกค่าตอบแทนบุคลากรออกจากค่าบริการ เป็นระบบที่จะสามารถมีการกำหนดเรื่องของ Incentive ที่มีลักษณะหลากหลายออกไป ดังนั้นตัวอย่างที่ว่าด้วยเรื่อง นโยบายการซื้อบริการ จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับหลายๆ ส่วนทั้งในเรื่องการกระจายกำหนดระบบค่าตอบแทน และระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำลังคน แต่ไม่ใช่เรื่องกำลังคนโดยตรง
3. นโยบายที่เกี่ยวกับการดำเนินการของมหาวิทยาลัย ตัวอย่างเช่น นโยบายที่ว่าด้วยเรื่องการออกนอกระบบของมหาวิทยาลัย หรือนโยบายเกี่ยวกับระบบการเงินการคลังของสถาบันอุดมศึกษามีลักษณะ Base on market ซึ่งจะเกี่ยวกับวิธีการผลิตกำลังคนโดยตรง และถ้านโยบายของสถาบันอุดมศึกษามีลักษณะดังที่ยกตัวอย่างมา ก็เป็นเรื่องที่แน่ชัดว่า ระบบการศึกษาจะมีลักษณะเป็น Education market driven และจะกระทบกับระบบกำลังคนอย่างแน่นอน
4. บทบาทกระทรวงสาธารณสุขต่อเรื่องการพัฒนากำลังคน ทุกวันนี้เป็นเรื่องที่ชัดเจนว่า กระทรวงสามารถกระจายพยาบาลไปในชนบทได้ก็เพราะกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ผลิตพยาบาลเหล่านั้นเอง ในทางกลับกันถ้าในเรื่องการผลิตพยาบาลเป็นเรื่องของมหาวิทยาลัยทั้งหมด ปัญหาของพยาบาลก็น่าจะมีลักษณะคล้ายกับแพทย์ซึ่งมีปัญหาเรื่องการกระจาย นอกจากนี้ก็ยังมีประเด็นที่มีการเสนอกันว่าเรื่องกำลังคนควรให้ท้องถิ่นเข้ามาจัดการ เป็นผู้คัดเลือก และสนับสนุนการเรียนการสอนโดย ไม่ต้องลงมือผลิตเอง เป็นต้น ทั้งหมดนี้โดยส่วนตัวไม่ชัดเจนว่าทางเลือกใดเป็นทางเลือกที่ดีกว่ากัน
5. นโยบายเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของท้องถิ่นเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ ประเด็นก็คือ ท้องถิ่นมีขอบเขตของภาระหน้าที่อย่างไร ต้องดูแลสถานบริการแบบไหน ท้องถิ่นจะเป็นเจ้าของสถานบริการเองหรือไม่
6. นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทางเลือก ไม่ว่าจะเป็นสถานะของการแพทย์ทางเลือกในระบบสาธารณสุขปัจจุบัน คุณลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพจะเป็นอย่างไร ซึ่งจะสัมพันธ์กับนโยบายเกี่ยวกับการประกอบโรคศิลป์
7. นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบโรคศิลป์ ซึ่งจะเกี่ยวกับการผลิตและการพัฒนาบุคลากรในแขนงนี้

8. นโยบายที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุขสำหรับชาวต่างประเทศ ตัวอย่าง การกำหนดให้มี Regional hub สำหรับชาวต่างชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งจะกระทบกับบุคลากรโดยตรง ทั้งปริมาณ คุณภาพของบุคลากร และการกระจายบุคลากร

ทั้งหมดเป็นตัวอย่างที่ทำให้เห็นชัดว่าการกำหนด Policy issue นั้นจะเป็นแบบใด ซึ่งในความเห็นการทำงานไม่ควรจะตอบคำถามเดิมๆ ที่มีลักษณะเป็น Micro policy issue เช่น จำนวนหมอ พยาบาล ควรเป็นเท่าใด ควรอยู่ที่ไหน เป็นต้น ดังนั้นในความเห็นต่อสิ่งที่กรรมการชุดนี้น่าจะทำก็คือโจทย์เกี่ยวกับ กำลังคนที่มีลักษณะเป็น Macro policy issue ประเด็นสุดท้ายที่จะให้เห็นก็คือ เรื่อง mentality ของการทำงานเรื่องกำลังคน ควรจะมีคุณลักษณะ Plan long-change often ซึ่งก็คือ จำเป็นต้องมีนโยบายแต่ในขณะเดียวกันสถานการณ์ของการผลิตก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ดังนั้นเงื่อนไขของเรื่องนี้จึงอยู่ที่กลไกที่จะกำหนดจะต้องมีความยืดหยุ่นสูงมาก แต่ในความเห็นส่วนตัวไม่แน่ใจว่าเรื่องนี้เป็นโจทย์ของกรรมการชุดนี้หรือไม่ เพราะส่วนหนึ่งเข้าใจว่า สป.ร. ตอบโจทย์ข้อนี้ไปแล้ว หรือจะให้กรรมการชุดนี้ตอบโจทย์อีกครั้งหนึ่งว่า กลไกที่กำหนดมาแล้วนั้นดีพอหรือไม่ นอกจากนั้นเรื่องนี้ยังจะไปเกี่ยวข้องกับลักษณะของ Issue ว่าจะเป็น Issue ประเภทที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะเรื่องกำลังคน หรือเกี่ยวข้องกับระบบต่างๆ ซึ่งมีผลกับเรื่องกำลังคนด้วย

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย แสดงความเห็นต่อประเด็นนี้ โดยกล่าวว่า เมื่อฟังที่ประชุมหารือกันมาระยะหนึ่งก็เข้าใจว่าหน้าที่ของคณะกรรมการคืออะไร ความเข้าใจเบื้องต้นก็คือ การนำเสนอกรอบกลไก ซึ่งเป็นกรอบกลไกที่มีลักษณะ Approach ใหม่ ซึ่งมีลักษณะต่างจากวางแผนกำลังคนสุขภาพที่ผ่านมา 20-30 ปี ด้วยเหตุผลที่ว่าหลังปี 2540 มีปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามากระทบก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นวิกฤตเศรษฐกิจ มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ นพ.สมศักดิ์ นำเสนอต่อที่ประชุม สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้การทำงานเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพจะทำเหมือนเดิมไม่ได้ ซึ่งประเด็นนี้เป็นสาระที่กรรมการชุดนี้ควรจะได้นำเสนอ

สำหรับการทำงานของฝ่ายเลขานุการ เสนอว่าอยากให้ฝ่ายเลขานุการซึ่งได้ศึกษารายละเอียดของเนื้อหาต่างๆ มาแล้ว ลองสรุปว่ามีปัจจัย และปัจจัยอ้อมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการทำงานกำลังคนด้านสุขภาพ สรุปให้เห็นว่าอะไรเป็นปัจจัยหลัก เป็นปัจจัยรอง ซึ่งมีผลกระทบกับการวางแผนกำลังคนของประเทศ

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เสนอประเด็นเพิ่มเติมต่อลักษณะของกรอบกลไกที่จะกำหนดขึ้นนั้น ควรมีลักษณะที่ไม่ใช่เป็นกลไกเพื่อการดูแลเรื่องการกระจายกำลังคน แต่ควรที่จะกำหนดกรอบกลไกให้มีหน้าที่กำหนดนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศให้มี

1) บทบาทการควบคุมกำกับและปรับให้เกิดดุลยภาพของกำลังคน

2) บทบาทในการทำหน้าที่เสนอแนะนโยบายที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการเสนอแนะนโยบายต่อผู้ผลิต ต่อผู้ใช้กำลังคน ต่อรัฐบาลกลาง ต่อผู้ซื้อบริการ รวมถึง การเสนอแนะนโยบายต่อชุมชน

นางมาลีดา ภู่อเจริญ ผู้แทนจากผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ แสดงความเห็นต่อประเด็นนี้ว่า จากเอกสารพบว่าอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการชุดนี้ตามที่กำหนดมีความชัดเจนอยู่เพราะมีการ

กำหนดให้สังเคราะห์ภาพรวมของสถานการณ์ ซึ่งต้องการฐานข้อมูลในระบบเดิมมาดู เพื่อให้เกิดความชัดเจนในปัญหาที่ดำเนินการอยู่

นายบุญยงค์ เวชมนิศรี กล่าวว่า ส่วนตัวคิดว่าน่าจะเป็นไปตามที่ฝ่ายเลขานุการประมวลมาให้เห็นภาพรวมระบบสุขภาพทั้งหมด เพราะว่า เรื่องนี้เป็นเรื่องของการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ในภาพรวมที่กล่าวถึงแสดงให้เห็นภาพของระบบสุขภาพที่ต้องการ ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดกำลังคน กำหนดความต้องการกำลังคนต่อไป จากนั้นจึงจะลงไปถึงยุทธศาสตร์ย่อย แต่ในส่วนตัวยังไม่แน่ใจว่าควรจะต้องลงถึงยุทธศาสตร์ย่อยซึ่งอาจจะถือเป็นแผนปฏิบัติการด้วยหรือไม่

นพ.สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ กล่าวว่าโดยหลักการนั้นได้มีการนำเสนอแล้ว ซึ่งได้ยุทธศาสตร์มา 3 เรื่อง ครึ่งนี้สิ่งที่จะนำเสนอต่อ คปรส. น่าจะเป็นสิ่งที่จะต้องทำต่อจากนั้นคืออะไร

นพ.วิพุธ พูลเจริญ กล่าวว่า ความจริง ระยะเวลาที่ให้กับคณะกรรมการมาไม่เพียงพอที่จะทำให้สามารถปรับแก้นโยบายทั้งหมด คณะกรรมการมีเวลาเพียง 3-4 เดือน สิ่งที่ต้องทำก็คือการนำเสนอกลไกที่จะทำงานในระยะยาว แต่การที่ผ่านมามีการศึกษาเนื้อหารายละเอียดบางส่วนก็เพื่อให้เข้าใจว่า มีปัจจัยหรือเงื่อนไขใดบ้างที่จะกระทบและมีบทบาทสำคัญต่อเรื่องกำลังคน ประเด็นที่ นพ.สมศักดิ์ ยกขึ้นมา 8-9 ประเด็น เป็นตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นว่ากลไกที่จะทำงานในเชิงนโยบายนั้นในระยะยาวหรือระยะสั้นเป็นอย่างไร ซึ่งคำว่าระยะสั้นนั้นมี length ขนาดที่เมื่อเปรียบเทียบกับโจทย์ที่ว่า จะสามารถจัดให้มีการกระจายกำลังคนให้ได้ตามแนวนโยบายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งในความเห็นเชื่อว่าต้องมีระยะยาวประมาณ 5 หรือ 10 ปี ขึ้นไป ดังนั้นกรอบกลไกที่นำเสนอจะมีลักษณะทำไป เรียนรู้ไป และก็ปรับไป แต่ประเด็นสำคัญที่ผ่านมาจะติดเสมอตรงที่ความเชื่อมโยงกับผู้มีส่วนร่วมต่างๆ ตัวอย่างเช่น กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับนโยบายซึ่งเรากำลังพูดถึงนโยบายท้องถิ่น นโยบายชุมชน ที่ไม่ใช่แค่แนวนโยบายของภาครัฐส่วนกลางแต่เพียงอย่างเดียว กลไกที่จะเชื่อมโยงส่วนร่วมต่างๆ เหล่านั้น น่าจะมีลักษณะอย่างไร จะเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่วิจัยอย่างเดียว หรือจะเป็นหน่วยงานที่ทำงานเป็น Operation research ซึ่งทั้งหมดนี้จะต้องรวมเข้ามาเพื่อกำหนดเป็นนโยบายส่วนกลางให้เอื้อต่อเงื่อนไขในการดำเนินงานของกลไก ดังนั้นบทบาทของคณะกรรมการคงไม่ใช่การดูข้อมูลรายละเอียดจากนั้นก็กำหนดตัวนโยบายออกมาจนเสร็จสิ้น สิ่งที่ต้องนำเสนออีกก็คือกรอบกลไกและวิธีการทำงาน ซึ่งในวิธีการทำงานนั้นจะต้องมีการทำข้อตกลงร่วมกับส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น Policy ในส่วนกลางหรือส่วนอื่น รวมทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับเรื่องกำลังคนก็คือการผลิต ซึ่งหมายถึงเรื่องการศึกษา ทั้งหมดนี้จะเป็นลักษณะของกลไกที่จะทำหน้าที่เชื่อมโยงและประสานทุกส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกันซึ่งคิดว่าเป็นเรื่องใหญ่

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 นัดหมายประชุมคณะกรรมการ

นัดประชุมครั้งที่ 3/2546 วันศุกร์ที่ 16 พฤษภาคม 2546 เวลา 13.30-16.30 น.

ปิดการประชุม เวลา 16.30 น.

(พญ.สุพัทธรา ศรีวณิชชากร)
ผู้บันทึกการประชุม

(นพ.วิพุธ พูลเจริญ)
ผู้ตรวจรายงานการประชุม

**บันทึกการประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
ครั้งที่ 3/2546**

วันศุกร์ที่ 16 พฤษภาคม 2546 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุมกำธร สุวรรณกิจ ชั้น 1 อาคาร 1 ตึกกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าประชุม

1. นพ.ดำรงค์ บุญยสิน		รองประธานกรรมการ
2. นพ.รัช สุนทราจารย์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
3. นางมานิตา ภูเจริญ	ผู้แทนรองผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ	กรรมการ
4. นายบุญยงค์ เวชมนิศรี	รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
5. ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์		กรรมการ
6. ดร.เสรี พงศ์พิศ		กรรมการ
7. ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์		กรรมการ
8. นพ.ชาญชัย ติลปอวยชัย		กรรมการ
9. ทพ.สุปรีดา อุดุลยานนท์		กรรมการ
10. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ		กรรมการ
11. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ		กรรมการ
12. นพ.วิพุธ พูลเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ

ผู้ไม่เข้าประชุม

1. ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย		ที่ปรึกษา
2. นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์		ประธานกรรมการ
3. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ		กรรมการ
4. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา		กรรมการ
5. ดร.สมบัติ ชำรงค์ธัญวงศ์		กรรมการ
6. ดร.นิพนธ์ พัวพงศธร		กรรมการ
7. นายสุชาติ เมืองแก้ว		กรรมการ
8. รศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์		กรรมการ
9. รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์		กรรมการ
10. นพ.ประพจน์ เกตุราภาส		กรรมการ
11. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์		กรรมการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายสมบัติ มาสทธิชัยชัย	สำนักงานประมาณ
2. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
3. นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ	สถาบันพระบรมราชชนก
4. นางชากุล สินไชย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
5. นางสุภาวดี นุชรินทร์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
6. นายสุรศักดิ์ อธิคมานนท์	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
7. นส.ทัศนีย์ สุรกิจโกศล	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

เริ่มประชุมเวลา 13.50 น.

วาระที่ 1 แจ้งให้ทราบ

วาระที่ 1.1 ประธานแจ้งให้ทราบ

นพ.ดำรงค บัญยืน รองประธานกรรมการแจ้งให้ทราบว่าอาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานคณะกรรมการชุดนี้ ได้มอบหมายให้ทำหน้าที่ประธานแทน จึงขอใช้วาระนี้เพื่อหาข้อยุติร่วมกันบางประการในคณะกรรมการว่า กรรมการชุดนี้มีลักษณะเฉพาะกิจ (Ad hoc) กรรมการทุกท่านที่เข้ามาทำหน้าที่เฉพาะกิจนี้ ก็มาด้วย **Spirit** ที่ต้องการทำประโยชน์ให้ส่วนรวมเป็นหลัก ดังนั้น ที่ประชุมน่าจะหารือกันว่า การทำประโยชน์ให้แก่ส่วนรวมนั้นน่าจะมีเงื่อนไขทั้งสถานภาพของกรรมการชุดนี้และเนื้อหาสาระของเรื่องที่กรรมการชุดนี้จะต้องใช้สติปัญญา ความรู้ความเข้าใจเฉพาะตัวที่จะมาร่วมกันคิด

คณะกรรมการชุดนี้ก็มีสภาพเป็นคณะเฉพาะกิจของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (คปรส.) ที่มีอำนาจหน้าที่ชัดเจนระบุไว้ให้ดำเนินการในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกรรมการชุดนี้ว่าด้วยเรื่องกำลังคน ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการที่จะไปชี้แนะ หรือ หนุนเสริมให้กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นไปตามที่เจตนารมณ์ของพรบ.สุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการชุดนี้ต้องคิดและเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ผ่าน คปรส.หรืออาจจะต้องมีทางเลือกเพิ่ม ทางเลือกที่ว่าหมายถึงคณะกรรมการ หรือองค์กรที่มีสถานภาพรองรับว่าจะทำงานเรื่องกำลังคนนี้ได้อย่างต่อเนื่อง ทำหน้าที่กำกับดูแลระดับนโยบายให้การส่งเสริมสนับสนุนผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องนำเสนอด้วย

วาระที่ 1.2 เลขานุการแจ้งให้ทราบ

นพ.วิพุธ พูลเจริญ เลขานุการคณะกรรมการ กล่าวว่า ที่ผ่านมากomiteeกรรมการชุดนี้ประชุมประมาณเดือนละครั้ง ครั้งล่าสุดคือวันที่ 17 เมษายน 2546 หลังจากนั้นทางทีมเลขานุการ ได้ไปดำเนินการสังเคราะห์กรอบวิสัยทัศน์ รวมทั้งสิ่งที่ได้ไปทบทวนศึกษาเพิ่มเติมออกมาเป็นเอกสารประกอบการประชุมในครั้งนี้ ซึ่งเอกสารฉบับนี้ต้องมีการปรับไปอยู่เรื่อยๆ (evolving) แม้แต่หลังจากประชุมวันนี้ ถ้าได้มีการพิจารณาพูดคุยกันแล้วก็ยังสามารถที่จะปรับไปได้ แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือเมื่อทางทีมเลขานุการส่งเอกสารไปแล้ว กรรมการทุกท่านที่ไม่ได้มาประชุมในครั้งนี้ ได้ให้ความคิดเห็นส่งมายังทีมเลขานุการซึ่งแสดงให้เห็นว่า กรรมการทุกท่านได้ให้ความสนใจ มีความมุ่งมั่นที่จะช่วยเหลือให้ความเห็นต่อประเด็นต่างๆให้ชัดเจนมากขึ้น สำหรับเรื่องกรอบการทำงาน ก็เห็นด้วยกับความคิดของประธานที่ว่าถึงแม้จะทำงานภายใต้ คปรส. แต่ว่า การนำไปใช้ถ้ามีกรอบ มีวิธีการ มีกระบวนการทำงานที่ชัดเจน ในเรื่องการนำไปใช้ก็อาจจะมองไปด้วย เพื่อให้การนำความคิดที่สังเคราะห์ขึ้นมาไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ได้

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

หน้าที่ 4 แก่คำผิด จาก การสร้างสถาบันพระบรมราชชนก เป็น “สถาบันพระบรมราชชนก”
นพ.สุวิทย์ ขอแก้ไขเป็นประเด็นนำเสนอเรื่องในหัวข้อ 3.3. การนำเสนอบทบาทของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นต่อระบบกำลังคนด้านสุขภาพ” เป็น เรื่องการนำเสนอ ข้อเสนอแผนพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

หน้าที่ 5 แก่ไข Collage แก่ไข เป็น College ขอแก้บรรทัดแรก เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดสิ่งที่ตนต้องการกำกับแนวทาง หรือร่วมในการผลิตกำลังคน ตรงกลางๆ หน้า ของอาจารย์เสรี ตรงที่ว่า ดังนั้นสิ่งที่รัฐจะต้องทำก็คือ การพัฒนาที่จะให้รัฐสามารถ ตรงนั้นขอให้ตัดคำว่า “ที่” ออกไป บรรทัดสุดท้ายเติม “มี” เป็น “เรื่องสุขภาพก็มีความไวในการเปลี่ยนแปลง”

หน้าที่ 6 บรรทัดที่ 4 จากข้างล่าง “ประเทศไทยเองก็มีศักยภาพในเรื่องบริการด้านสุขภาพอยู่มาก”

หน้าที่ 7 เติมคำว่า “มี” ตรงที่ขีดเส้นใต้ตรงที่ “เมื่อเราเห็นภาพนั้นแล้วสิ่งที่จะต้อง Focus ก็คือ ปัญหาที่ระบบตลาดแก้ไม่ได้ ขณะเดียวกัน ก็มีปัญหาที่ระบบราชการแก้ไม่ได้เช่นกัน”

ถัดไปตรงที่ว่า “การทำงาน”

หน้าที่ 8 แก่ไข “ภาษา” เป็น “ภาษา”

วาระที่ 3 เรื่องเพื่อพิจารณา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ให้ข้อมูลว่า คปรส. จะหมดอายุเดือนสิงหาคมปี 2546 แต่ว่า คปรส. ได้เสนอ คณะรัฐมนตรี (ครม.) เพื่อขอแก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อยายเวลาออกไปอีก 1 ปี ซึ่งขณะนี้ยังไม่นำเสนอ ครม. ดังนั้นขณะนี้ยังต้องถือว่า คปรส.จะหมดอายุเดือนสิงหาคม 2546 แต่ในอีก 2 เดือนข้างหน้า เมื่อนำเรื่องเสนอ ครม. และถ้าได้ต่ออายุ คปรส. ก็จะขยายระยะเวลาถึงเดือนสิงหาคมปี 2547 ตามที่ประธานให้ข้อมูล แต่ถ้าไม่มีการต่ออายุ คปรส. ต่อไปอีก คปรส.ก็จะหมดอายุเดือนสิงหาคม 2546 นี้

ประเด็นสืบเนื่องกันคือ เรื่องคำสั่งที่แต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้เป็นคำสั่งที่รองนายกรัฐมนตรี จตุรนต์ ฉายแสง แต่งตั้งไว้ตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2546 โดยระบุหน้าที่ไว้ 5 ข้อ ซึ่งสาระหลัก คือ 1) ให้สังเคราะห์ภาพรวมเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุขของชาติระยะสั้นและระยะยาวและ 2) สนับสนุนการสร้างความรู้ระบบข้อมูลข่าวสารติดตามประสานให้เกิดผลตามแนวนโยบายยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง 3) เสนอแนะและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพกลไกต่างๆ โดยสรุปประเด็นจากคำสั่งก็จะพบว่า คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่หลัก 2 เรื่องคือ ข้อที่ 1 ให้นำเสนอข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ ข้อที่ 2 ให้เสนอเชิงกลไก ดังนั้นคิดว่า ถ้าคณะกรรมการจะนำเสนอแนะอะไรก็ตามควรจะต้องคำนึงถึงเวลาของ คปรส.ที่จะหมดอายุ ขณะเดียวกันควรจะมีข้อเสนอเชิงกลไกประกอบด้วย เมื่อพิจารณาจากสิ่งที่คณะกรรมการควรนำเสนออีกพบว่าทางเลือกของการทำงานเสนอต่อ คปรส. น่าจะมีลักษณะดังนี้ ทางเลือกที่ 1 นำเสนอเฉพาะข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ ส่วนใครจะไปทำก็เป็นเรื่องของกลไก ทางเลือกที่ 2 นำเสนอเฉพาะเรื่องของกลไกเพื่อไปพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ต่อไป หรือทางเลือกที่ 3 คือนำเสนอทั้งแนวข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ ในลักษณะที่ชัดได้เท่าใดก็เท่านั้นพร้อมทั้งกลไก จากการประชุมที่ผ่านมาเชื่อว่า คณะกรรมการสามารถเสนอได้ทั้งสองเรื่องคือทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งกลไกดำเนินการ

สำหรับข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์นั้น นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้สังเคราะห์และเสนอต่อ คปรส. ซึ่งประกอบด้วย 3 เรื่องคือ 1) เรื่องสร้างความรู้ 2) เรื่องการเชื่อมต่อกับชุมชน ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้ก็ต้องทำงานต่อจากข้อเสนอที่มีการนำเสนอไว้ การประชุมครั้งแรกจึงได้แยกการทำงานเป็น สองขา คือ ขาที่หนึ่ง เป็นเรื่องการทำงานกับชุมชน ขาที่สอง ทำเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ Macro Policy ซึ่งทั้งสองชุดก็น่ากลับมาเสนอในการประชุมครั้งที่ 2 ซึ่งจากรายงานการประชุมพบว่า คณะกรรมการให้ความเห็นไว้ดี ชัดเจนและกว้างมาก ดังนั้นสิ่งที่น่าจะเห็นจากการประชุมวันนี้ คือ สรุปกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ เนื่องจากวาระที่ 3 กำหนดไว้ว่า สิ่งที่คณะกรรมการจะร่วมกันหารือต่อไปจะเป็นแผนพัฒนา

ระบบกำลังคน ซึ่งคิดว่าแผนเป็นสิ่งที่ต้องตามมาหลังจากมีการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ จากนั้นจึงมาถึงยุทธวิธี กลวิธี มาตรการและท้ายที่สุดจะเป็นแผน พร้อมกันนั้นก็จะเป็นข้อเสนอกลไกการทำงาน

นพ.ดำรงค บัญยีน กล่าวว่า สิ่งที่คุณกรรมการควรทำเป็นข้อเสนอแนะ มีน้อยใหญ่ๆ ได้สองนัย ซึ่งเชื่อว่าคณะกรรมการควรจะต้องเสนอทั้งสองนัย โดยลำพังของข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์เองก็ไม่ได้มีมรรคผลเบ็ดเสร็จโดยตัวของข้อเสนอแนะที่ คปรส. จะนำไปตัดสินใจและพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อสาธารณะได้ในทันทีโดยไม่ต้องมีกลไกใดมาสืบสานต่อเนื่องไป ข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์นั้นต้องการนัยที่สองด้วยซึ่งหมายถึงกลไกที่ต้องดำเนินการและทำให้แน่ใจว่าข้อเสนอแนะนำไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงตามเจตนารมณ์ของข้อเสนอแนะในนัยที่หนึ่ง จึงเสนอต่อที่ประชุมรับพิจารณาข้อคิดเห็นไว้ด้วยก่อนที่จะไปพิจารณาในวาระที่ 3

ดร.เสรี พงศ์พิศ กล่าวว่า ถ้าคณะกรรมการมีการนำเสนอข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน พร้อมทั้งเสนอกลไกที่จะสามารถนำกลไกและยุทธศาสตร์นั้นไปปฏิบัติด้วยน่าจะเป็นเรื่องดี ขณะเดียวกันถ้าชัดเจนว่า ยุทธศาสตร์กับกลไกที่นำเสนอแนะนั้นไปด้วยกันหรือไม่และแปลว่าอะไร อาจจะช่วยให้คณะกรรมการเกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงานขึ้น

นพ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร นำเสนอข้อสรุปประกอบวาระเพื่อพิจารณาว่าจะใช้เอกสารฉบับร่างวันที่ 15 เมษายน 2546 ซึ่งเป็นเอกสารฉบับปรับปรุงล่าสุด และลักษณะของข้อเสนอแนะในเอกสารแต่ยังคงไม่ใช่ว่าละเอียดที่เป็นแผนพัฒนาระบบ

รายละเอียดของเอกสารส่วนแรก ได้ให้ความหมาย และขอบเขต ของคำว่า “ระบบกำลังคน” ด้วยเพราะเป็นเรื่องที่กรรมการหลายท่านมองว่าเป็นเรื่องใหญ่ มีหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องไว้ภายใต้เรื่องระบบกำลังคนสำหรับเรื่อง การดำเนินการนั้นมียละเอียดไว้นั้นตอนท้าย

ส่วนที่เป็น แนวคิด ของข้อเสนอฉบับนี้วางอยู่บน กฎหมายรัฐธรรมนูญ รวมทั้งร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติซึ่งกำหนดว่าเป้าหมายและทิศทางของสุขภาพเป็นอย่างไร

ส่วนที่เป็นลักษณะการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ก็เสนอเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในด้านที่เป็นเรื่องสำคัญที่ชี้ให้เห็นทิศทางของการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น คือ ประเด็นที่เป็นภาพของความต้องการด้านสุขภาพในอนาคตนั้นจะมีความหลากหลาย มีประเด็นที่จะต้องมีการนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ประเด็นของระบบบริการที่ต้องการในอนาคตซึ่งต้องสามารถตอบสนองความซับซ้อนและปัญหาทางสังคมต่างๆเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นเป็นประเด็นสืบเนื่องจากการที่จะสามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายนั้นจะต้องคิดถึงการจัดกระจายอำนาจระดับพื้นที่ให้มากขึ้นซึ่งไม่ได้ใช้เฉพาะ Macro plan ที่ดำเนินการในส่วนกลางแต่เพียงอย่างเดียว

ที่ประชุมสรุปค่อนข้างตรงกันว่า ภายใต้การพัฒนาในอนาคตนั้นจะต้องพยายามแยกออกมาให้เห็นชัดว่า ระบบสุขภาพต้องคิดสองขา คือ ขาเพื่อการสร้างสุขภาพและขาเพื่อการดูแลรักษาการเจ็บป่วยเพราะถ้าไม่พูดแยกกันให้ชัดเรื่องของการสร้างสุขภาพมักจะถูกละเลยและมองข้าม และการสร้างสุขภาพก็จำเป็นต้องเร่งสร้างฐานรากและการเริ่มต้นของเรื่องนี้ให้ได้

เรื่องของระบบกำลังคนก็เป็นการให้คำจำกัดความให้เห็นชัดว่าเรื่องระบบกำลังคนในที่นี้หมายถึงบุคคลที่มีวิชาชีพและบุคคลอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ การตรวจ การวินิจฉัย และการป้องกัน การทำงานของระบบกำลังคนจะต้องเป็นไปเพื่อการตอบสนองความหลากหลาย และพัฒนาให้เกิดความเข้มแข็งทางปัญญาให้ได้ ซึ่งภาพสรุปมีรายละเอียดแสดงไว้ในหน้า 6-8 (ในเอกสารประกอบการประชุมตามวาระ) ซึ่งมีข้อสรุปที่ได้หารือกันไปแล้วว่า คงต้องมองเป็นสองขาใหญ่ คือ การสร้างสุขภาพที่เป็นระบบที่ต้องคิดกว้างไปกว่าเรื่องของกระทรวงสาธารณสุขกว้างไปกว่าเรื่องการบริหารทางการแพทย์ ซึ่งรายละเอียดจะเป็นอย่างไรนั้นยังไม่สามารถกำหนดได้ในตอนนี้ ส่วนข้อสรุปเรื่องการดูแลรักษาความเจ็บป่วยนั้น จะเป็นเรื่องของบททบทวนโครงสร้างเดิม และหาวิธีการทำงานใหม่ๆ และทำให้ฝ่ายผลิตหันมาคิดเรื่อง Demand ให้มากขึ้น รวมถึงต้องพยายามสร้างการมีส่วนร่วมให้ได้

ส่วนที่สอง เสนอประเด็นเกี่ยวกับปัญหาของระบบบริการและกำลังคน ในเอกสารได้นำเสนอปัญหาของระบบว่า

- ปัญหาเรื่องการกระจายเป็นเรื่องใหญ่
- ปัญหาเรื่องการวางแผนที่ผ่านมาเป็นปัญหาที่ไม่ได้ใช้ความจำเป็นด้านสุขภาพเป็น ตัวตั้งมากนัก
- วิธีการวางแผนแต่เดิมเป็นการวางแผนด้วยภาพที่เป็น Macro ที่มีธรรมชาติใช้ค่าเฉลี่ยของภาพรวม การวางแผนขาดการมองภาพในระดับพื้นที่หรือระดับจุลภาค
- การพัฒนาที่ผ่านมาเน้นที่บุคลากรในวิชาชีพเป็นหลัก การมองไปสู่บทบาทของประชาชนหรือบุคลากรสายอื่นยังมีค่อนข้างน้อย
- เน้นการรักษาเป็นส่วนมาก
- ขีดความสามารถของบุคลากรยังไม่ทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย
- แม้ปัจจุบันมีเรื่องการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ แต่ก็ยังเป็นการให้น้ำหนักกับเรื่องการเงินการคลัง ในขณะที่เรื่องกำลังคนและการปฏิรูปบริการยังไม่ได้ได้รับความสนใจมากนักทำให้การปฏิรูปไปไม่พร้อมกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบด้านลบค่อนข้างมาก
- ที่ผ่านมามีนโยบายกำลังคนเน้นหนักที่การกระจายวิชาชีพ
- การบริหารจัดการกำลังคน เน้นไปที่เรื่องของค่าตอบแทนแต่เพียงอย่างเดียวโดดๆ ไม่ได้มองเรื่องอื่นๆ ไปพร้อมๆ กัน
- ขอบเขตของการวางแผนกำลังคนในอดีตมุ่งเน้นที่กำลังคนในภาครัฐราชการ ไม่เน้นกำลังคนในภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขณะเดียวกันก็เน้นที่วิชาชีพหลัก ไม่มองในภาพรวม โดยใช้โครงสร้างสถานพยาบาลเป็นหลัก
- การวิจัยเกี่ยวกับกำลังคนที่ผ่านมามีลักษณะเป็นการวิจัยเพื่อการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการวิจัยเพื่อการวางแผนระยะยาวยังมีน้อย
- การวางแผนกำลังคนมีลักษณะเป็นการวางแผนเพื่อแก้ปัญหามากกว่า เป็นการเตรียมตัวรับและเตรียมความพร้อม

ส่วนที่สาม เสนอทิศทางของการพัฒนาระบบกำลังคน ประเด็นนี้เป็นเฉพาะเรื่องของทิศทาง เพราะการพัฒนาของคณะกรรมการชุดนี้ยังไปถึงเรื่องนี้ไม่ได้ชัดเจนนัก (รายละเอียดแสดงในเอกสารการประชุม)

นพ. ดำรงค์ บุญยืน เสนอว่าไม่ว่าจะเป็นเนื้อหาสาระหรือกลไกที่จะทำงานต่อไปในอนาคต จะต้องเกี่ยวข้องกับ การใช้อำนาจในระดับนโยบาย เพราะโดยเนื้อหาของข้อเสนอมีนัยของการใช้อำนาจ นอกจากนั้น กลไกที่จะทำงานต่อไป ก็ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบเชิงอำนาจในระดับนโยบาย และใช้กลไกนี้ในการที่จะทำให้เกิดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

นพ. สันต์ หัตถิรัตน์ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งกรรมการชุดนี้ขึ้นมา เพื่อที่จะหาแนวทางใหม่ๆ จึงให้ความสำคัญกับเนื้อหาสาระและความเป็นประโยชน์ของข้อเสนอต่อประเทศแต่คิดว่าเป็น ข้อเสนอที่ยัง กังวลอยู่กับอำนาจที่จะต้องจัดตั้งสำนักงานใหม่ของคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน ข้อเสนอในเอกสารที่ออกมา คิดว่ากลับไปสู่กรอบของกระทรวงสาธารณสุขแบบเดิมที่ทุกอย่างยึดไว้กับกระทรวงสาธารณสุข แล้วก็ทำอะไรหรือ แก้อะไรไม่ได้ ในข้อเสนอพยายามเขียนไว้เป็นนามธรรมว่า จะให้สถาบันผลิตบุคลากรสาธารณสุขมีวิธีการผลิตแนวใหม่ ซึ่งก็พยายามปรับมานานแล้วแต่ก็ไปไม่ได้ เพราะฉะนั้น วิธีเสนอนี้คิดว่าเป็นการเสนอเข้าสู่กรอบเดิมซึ่งไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิรูปอะไรขึ้นได้

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ การแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้เป็นการ exercise ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ แม้ว่าจะยังไม่ได้ออกมาเป็นพรบ. แต่ก็ยังเป็นจังหวะที่ดีที่ได้วางประเด็นกำลังคนให้เป็นเรื่องสำคัญและเขียนไว้ในมาตรา 85 ว่า "จัดให้มีกลไกพัฒนายุทธศาสตร์บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ" ซึ่งไม่ได้หมายความว่าต้องเป็นแบบเก่า ความหมาย

คือ ต้องมีกลไกเฉพาะดังกล่าวเกิดขึ้น พรบ.นี้ก็ไม่ได้ระบุว่าทุกอย่างอยู่ที่อำนาจรัฐ ดังนั้นชัดเจนว่า การเคลื่อนไปของสังคม ต้องร่วมกันระหว่างรัฐ วิชาการและภาคพลเมือง ซึ่งก็คือ สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เพราะฉะนั้นไม่ว่ากลไกหรือเครื่องมือ หรือยุทธศาสตร์ใด ก็ต้องเคลื่อนไปใน 3 ลักษณะนี้เสมอ

จากแผนภูมิหน้าที่ 7 ของร่างเอกสารนำเสนอ เป็นห่วงว่าการวางระบบสุขภาพไว้สองขา คือด้านสร้างกับด้านซ่อม จะยังทำให้สิ่งที่เรากำลังเคลื่อนปฏิรูปเข้าสู่ร่องเดิม คือ การพัฒนาด้านการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยจะได้รับการพัฒนามาก ขณะที่หัวใจของการสร้างสุขภาพกลับไปอยู่ที่ศักยภาพการพึ่งตัวเองซึ่งนั่นคือแบกไว้บนไหล่ของชาวบ้านทั้งหมด แต่ในความจริงแล้ว การรักษาโรคก็มีมิติการสร้างสุขภาพด้วยซึ่งไม่ได้อยู่ที่การพึ่งตนเองของประชาชนเท่านั้น หากยังขึ้นอยู่กับรัฐ ขึ้นอยู่กับนโยบายด้วย

สิ่งที่กำหนดไว้ในร่างพรบ.บางส่วนยังไม่ได้ถูกนำมาพิจารณา หรืออาจจะมียุทธศาสตร์หายไปจากความสำคัญ ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ ในหมวดที่ว่าบุคลากรด้านสาธารณสุข พูดถึงแนวทางประกอบยุทธศาสตร์เอาไว้บ้าง เช่น ระบุว่า การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์วางแผนกำลังด้านสาธารณสุขต้องสอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตาม มาตรา 7 จึงต้องมีภาพของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ตาม มาตรา 7 ภาพของบุคลากรรวมทั้งระบบการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอในการผลิตพัฒนา รักษาไว้ซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดสำหรับ สาธารณะเพื่อให้เกิดการกระจายที่ดี อย่างนี้หมายความว่าเราจะต้องมาเน้นบุคลากรบางสาขาที่ให้ประโยชน์สาธารณะมากกว่าประโยชน์ส่วนตัวหรือไม่ หรือว่าต้องสนับสนุนคนในชุมชน ในท้องถิ่น ให้ศึกษาและกลับไปปฏิบัติงานในท้องถิ่นของตน ถ้าแนวคิดอย่างนี้เป็นยุทธศาสตร์ใหญ่ก็ต้องยกมาเน้นว่าเป็นยุทธศาสตร์ ดังนั้นจึงควรเริ่มต้นที่ยุทธศาสตร์นี้ ไม่กลับไปเริ่มที่แผนหรือมาตรการในเรื่องการวางแผนกำลังคนแบบเดิม ซึ่งอยู่ในบริบทเดิม

ประเด็นเรื่องการ Design กลไกนี้ ไม่ใช่เรื่องอำนาจ แต่พยายามที่จะจัดให้อยู่ระหว่างกลางของรูปสามเหลี่ยม เขยื้อนภูเขา เพื่อจะมาทำงานเชื่อมในภาคส่วนต่างๆ ให้เคลื่อนไป หน้าที่ของกลไกนี้จะต้องทำหน้าที่เชื่อมประสานระหว่าง กลางของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา กลไกดังกล่าวไม่ใช่องค์กรแบบใหม่ที่เข้ามามีอำนาจเรื่องกำลังคน แต่เป็นกลไกประสาน และสนับสนุน (Facilitate) ให้สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเรื่องกำลังคนเคลื่อนไปได้

ดร. วิทยา กุลสมบูรณ์ ในประเด็นแนวคิดและองค์ประกอบ เห็นว่าประเด็นเรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพยังมีมิติ อื่นๆ นอกเหนือจากเรื่องบริการ รวมทั้งเรื่องสถานการณ์จริงเกี่ยวกับเรื่อง policy driven หรือ market driven เพราะบาง กรณีอาจพบว่ามีอุปทานเกิดแต่ไม่มีอุปสงค์ ก็เป็นเรื่องที่ policy driven เพื่อที่จะไปตอบสนอง หรือระบบเพื่อสร้างสุขภาพ ต้องการ policy driven ขณะที่ระบบเพื่อการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยต้องการ balance ระหว่างอุปสงค์และอุปทาน ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาในการพิจารณาในรายละเอียดเพิ่มเติม

ประเด็นที่คิดว่ามีปัญหาในข้อเสนอคือ ส่วนที่ 3 ซึ่งรู้สึกว่ายังสับสนในแง่ว่าเป็นทิศทางหรือแนวทาง ตัวอย่างเช่น ในข้อ 3.3. เป็นประเด็นควรมีสภาพเป็นทิศทางแต่ก็กลับไปเป็นแนวทาง นอกจากนี้อาจจะต้องหาความชัดเจนเพิ่มเติม สำหรับข้อเสนอที่มีการเสนอเป็นข้อเสนอที่ติดกรอบ ยึดติดกระทรวง ถ้าจะแก้จะต้องไปแก้ตรงไหน เนื่องจากคิดว่าเป็น ประเด็นใหญ่ ที่ต้องหาข้อยุติ

นพ.ชาญชัย คลปอยชัย ข้อเสนอซึ่งเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ที่จะนำไปดำเนินการต่อหรือไม่ นั้น จะต้อง คำนึงถึงภาคการเมือง ภาคการเมืองต้องการสิ่งที่เป็นข้อเสนอที่เป็นรูปธรรม เข้าใจได้ง่ายและนำไปสั่งการได้ จากนั้นก็เป็น เรื่องของผู้ปฏิบัติที่จะไปคิดขบวนการเอง เห็นด้วยกับข้อสรุปของทีมเลขฯ ที่ดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นของกรรมการ แล้วนำมาสรุป แต่พอพิจารณาตามเงื่อนไขที่กล่าวข้างต้นสำหรับการนำไปปฏิบัติโดยผ่านภาคการเมืองคิดว่ายังไม่ตรงตาม ลักษณะที่ควรจะเป็น ข้อเสนอคือ ควรจะเสนอบทสรุป ตามเนื้อหาทั้งหมดเป็น 3 ส่วนหลัก ประกอบด้วย *ส่วนที่ 1* เป็น เรื่องของความเป็นมา สภาพปัญหา และแนวคิดในการแก้ปัญหา เป็นอารัมภบทก่อนที่จะดำเนินการสรุป *ส่วนที่ 2* เป็น ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ตัวอย่างเช่น ข้อเสนอยุทธศาสตร์ที่พูดถึงการสร้างบุคลากรที่พึงประสงค์ ยุทธศาสตร์ การสนับสนุนหรือส่งเสริมการสร้างสุขภาพนำซ่อมสุขภาพ ยุทธศาสตร์การกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์

การสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างภาคสาธารณสุขกับกลุ่มอื่นๆ หรือยุทธศาสตร์การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปสู่พื้นที่ ส่วนที่ 3 ข้อเสนอที่เป็นเรื่องของกลไกระยะสั้นและระยะยาวที่จะนำไปสู่ยุทธศาสตร์นั้นๆ ได้ ตามข้อเสนอของ นายแพทย์ สุวิทย์ ทำให้เห็นชัดเจนว่าภาคการเมืองจะทำอะไร สำหรับ ส่วนที่ 4 ของข้อเสนอในเอกสารฉบับนี้จะเป็นเรื่องของแผนงานว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ซึ่งถ้าเราสรุปข้อเสนอในลักษณะนี้ ภาคการเมืองจะสามารถเข้าใจได้ว่าจะต้องสั่งการหรือดำเนินการอย่างไร เพื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

นพ.ดำรงค บัญยสิน สรุปได้ว่า สิ่งที่มีฝ่ายเลขานุการดำเนินการมาเป็นสิ่งที่มีคุณค่าตามสมควรแล้ว แต่ยังต้องมีการทำอะไรก่อนนำเสนอ คือ จัดให้มี Intensive Meeting เพื่อให้มาซึ่งประเด็นที่ต้องเน้นเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์และทำให้ชัดเจนขึ้นว่า ในเอกสารข้อเสนอนั้นจะต้องประกอบด้วย 4 ส่วนเป็นอย่างน้อย ได้แก่ ความเป็นมา สภาพปัญหาของระบบกำลังคนด้านสุขภาพในภาพกว้าง เรื่องแนวคิดต่างๆ ที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญรวมทั้งกฎหมายลูกที่เกี่ยวข้อง ส่วนต่อมาจึงเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในทิศทางตามเจตนารมณ์ของกฎหมายต่างๆ เหล่านั้น และสามารถที่จะจัดการกับสภาพปัญหาที่เสนอไว้ในส่วนแรก ส่วนสุดท้ายก็เป็นเรื่องของแผนงานที่ต้องมีการไปดำเนินการต่อ

อีกประเด็น คือ คปรส.มีสภาพเหนือกระทรวงและไม่ใช้กระทรวงเดียวด้วย การที่จะใช้ประโยชน์จากข้อเสนอที่จะเกิดขึ้นหลังจากการไปทำ Intensive Meeting จึงอยู่ที่ความเห็นประโยชน์ของข้อเสนอและการเห็นประโยชน์ของกลไกประเด็นนี้ต้องการทำความเข้าใจ

นายคุณบุญยงค์ เวชมนศิริ ประเด็นคือ ต้องพัฒนาแผนพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นเฉพาะเรื่องนี้โดยตรง ซึ่งต้องใช้กำลังอีกมาก ต้องศึกษาเรื่องสถานการณ์ แนวโน้มต่าง ๆ ของกำลังคนในอนาคต การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และข้อจำกัดของการพัฒนากำลังคนทั้งหมดนี้เป็นอย่างไร จากนั้นจึงจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ เป้าหมายการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขจะเป็นอย่างไร และยุทธศาสตร์ที่จะให้เป็นไปตามสิ่งที่เราอยากเห็นนั้นเป็นอย่างไร ต่อไปจึงเป็นเรื่องของกลไกการบริหารจัดการ และลึกลงไปจนถึงแผนงาน ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องใช้เวลาเพื่อพัฒนารายละเอียด แต่ถ้าเป้าหมายการทำงานไม่ใช่เรื่องของแผนงานเฉพาะเรื่อง แต่เป็นเรื่องของยุทธศาสตร์และกลไกการพัฒนาซึ่งก็เป็นงานที่มีระดับความกว้างลดลงกว่าแบบแรก แต่จะมีความชัดเจนในเรื่องทิศทางของนโยบายและยุทธศาสตร์หลักๆรวมกับข้อเสนอที่เป็นกลไกการทำงานเพื่อให้เกิดผลตามยุทธศาสตร์ต่อไป

แต่อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตที่พบว่า เรื่องนี้เคยเสนอยุทธศาสตร์ไว้แล้ว 3 เรื่องคือ ยุทธศาสตร์ทางปัญญา ยุทธศาสตร์ทางกลไก และยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วม และพร้อมกันระบุว่าทั้ง 3 ยุทธศาสตร์นี้รับหลักการไปแล้ว ซึ่งถ้าเป็นอย่างนั้นคณะกรรมการชุดนี้ก็คงต้องพิจารณาว่าเห็นชอบตามข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ทั้ง 3 ยุทธศาสตร์นั้นหรือไม่ ซึ่งประเด็นนี้ก็มีความเลือกที่จะดำเนินการต่อไปในรายละเอียดลึกลงไปตามกรอบยุทธศาสตร์ทั้ง 3 เรื่องนั้น หรือจะนำยุทธศาสตร์ทั้ง 3 นั้นมาพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อเสนอที่ดำเนินการมาโดยกรรมการชุดนี้จากนั้นก็บูรณาการและจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ชุดใหม่ พร้อมข้อเสนอกลไกการทำงานให้ลงลึกต่อไปอีก

นพ.ดำรงค บัญยสิน ถามที่ประชุมเกี่ยวกับเรื่องยุทธศาสตร์กำลังคนที่เสนอไว้เดิมว่าดำเนินการไปแล้วตั้งแต่เมื่อใดอย่างไร

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เป็นเรื่องที่เกิดจาก คปรส. ซึ่งเกิดขึ้นก่อนตั้งคณะกรรมการฯ ชุดปัจจุบัน ซึ่งประธานคือ รองนายกฯ จตุรนต์ ซึ่งทำหน้าที่แทนนายกฯ มีการปรารภว่าเรื่องกำลังคนเป็นเรื่องใหญ่ นพ.สุวิทย์ กับคณะได้ดำเนินการสังเคราะห์และนำเสนอ คปรส. ก็รับหลักการ และให้มีการตั้งกลไกใน สวรส. ขณะเดียวกันก็ตั้งคณะกรรมการชุดนี้ขึ้นมาดำเนินการ โดย สวรส. ทำหน้าที่เป็นเลขานุการ

สำหรับประเด็น ที่อยากเสนอเพิ่มเติมต่อที่ประชุมคือ ถ้าเสนอเรื่องนี้แบบยากจะไม่ไปไหน จะต้องเป็นแบบง่าย แต่พอคิดแบบง่ายก็พบว่า ปัญหาเรื่องกำลังคนมีอยู่มาก แต่พอลองคิดต่อว่าปัจจุบันปัญหาสำคัญในเรื่องกำลังคนอยู่ที่ไหน ตัวอย่างเช่น พบว่า 1. กำลังคนเดิมเป็นข้าราชการเสียมากและอยู่กับกระทรวงก็ติดปัญหาเรื่องการลดอัตรากำลัง 2. ท้องถิ่นก็กำลังเติบโตขึ้นตาม พรบ.กระจายอำนาจ 3. กำลังคนสาธารณสุขในชนบทกำลังขาดแคลน 4. ในภาคชุมชนมีการเคลื่อน

เรื่องสุขภาพแล้วบางส่วน เป็นต้น ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าถ้าลองพิจารณาดูก็จะพบว่าปัญหาใหญ่ๆ ในเรื่องกำลังคนจริงๆ ขณะนี้ คืออะไร ต่อมาจึงเป็นเรื่องการวิเคราะห์ถึงโอกาสการพัฒนา เช่น ขณะนี้มีการดำเนินการตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพ ซึ่งเมื่อผนวกกับความพร้อมในเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เช่น ความพร้อมขององค์กรท้องถิ่นที่ต้องการจะเข้ามาดูแลหรือมาสนับสนุนการผลิตกำลังคน และปรากฏการณ์อื่นๆ ก็ถือเป็นโอกาสในการปฏิรูปเกี่ยวกับเรื่องกำลังคนที่เกิดขึ้น

พ.ร.ว. สุทธาจารย์ ดูเหมือนว่าที่ประชุมจะเห็นพ้องกันว่า ข้อเสนอที่พัฒนาขึ้นมาควรจะมีการนำกลับไปจัดทำเพื่อให้กระชับ และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติได้ โดยที่นั่นจะมีทั้งกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งกลไกในการที่จะนำไปปฏิบัติด้วย สำหรับส่วนของกรอบยุทธศาสตร์นั้น อะไรที่ลึกลงไปในระดับจุลภาคเกินไปก็ควรจะตัดออก สิ่งที่เป็นปัจจุบันทำอยู่แล้วก็นำไปไว้ในบทแรกในส่วนของสถานการณ์ปัจจุบัน ส่วนที่จะต้องปรับในระยะสั้นซึ่งพ.ส.ว. ได้เคยเสนอมาตรการต่างๆ เป็นต้นว่า มาตรการการศึกษา มาตรการการเงินการคลัง ก็ถือว่าเป็นกลไกที่จะนำไปสู่การปฏิบัติหรือนำมาตรการไปใช้ในระยะสั้น สำหรับระยะยาวคิดว่าไม่น่าจะทิ้งและเป็นเรื่องที่ยากจะทำ ท้ายที่สุดขอเสนอประเด็นความคิดถึงปรัชญาที่จะสามารถ Shift การทำงานกำลังคนให้มาสู่ Demand side ได้หรือไม่ ซึ่งเรื่องนี้ก็มีคำถามว่า เราจะ Extract demand จากประชาชนและชุมชนซึ่งเป็นผู้ให้บริการออกมาได้อย่างไร รวมทั้งกลไกที่จะทำให้ ผู้ให้บริการ Response ต่อ Demand ของผู้ใช้บริการได้อย่างเต็มที่อย่างไร ในความคิดถ้าผู้ซื้อ response ต่อความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นตัวตั้ง ลักษณะของการซื้อบริการก็ต้องมีการกำหนดพันธสัญญา (TOR) ที่จะหาผู้รับจ้างที่จะให้บริการกับประชาชน เรื่องนี้เป็นเงื่อนไข เป็นข้อกำหนดให้ผู้ให้บริการต้องพัฒนาบริการให้เป็นไปตาม TOR ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวก็มีเรื่องของกำลังคนเป็นข้อกำหนดส่วนหนึ่งอยู่ด้วย ทางผู้ให้บริการจะต้องมีการปรับทั้งในเรื่องการกระจายและการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดคุณภาพในการบริการ ซึ่งจะกระทบต่อไปถึงผู้ผลิต ที่จะต้องผลิตด้วยจำนวน ปริมาณ และคุณภาพ ให้เป็นไปตาม TOR ที่ผู้ซื้อบริการกำหนด แม้ว่าเรื่องนี้จะได้มีการหารือกันในคณะกรรมการแล้ว แต่อยากเสนอให้มีเรื่องนี้เป็นกลไกระยะยาว โดยเริ่มจาก Demand side ซึ่งถ้าเรื่องนี้แน่นและแข็ง ก็จะกระทบต่อไปยังผู้ซื้อบริการ ผู้ให้บริการ ซึ่งกลไกตรงนี้ก็เป็นกลไกระดับมหภาคที่ควรนำเสนอต่อ คปรส. ต่อไป

พ.ส.ว. สุพัตรา ศรีวณิชชากร เสนอคณะกรรมการพิจารณาความชัดเจนของเนื้อหาเกี่ยวกับกลไก รวมทั้งการพิจารณาของสิ่งที่คณะกรรมการจะต้องดำเนินการ เนื่องจากการประชุมครั้งก่อนมีการหารือกันในเรื่องนี้แต่ยังไม่มีข้อสรุปแน่ชัดว่าหน่วยงานจะมีขนาดไหน ความเห็นบางส่วนเสนอว่ายังไม่สามารถลงรายละเอียดในเนื้อหาของนโยบายและยุทธศาสตร์ เพราะเวลาที่มีไม่เพียงพอที่จะดำเนินการได้ ซึ่งในที่นี้ก็มีทางเลือกที่จะดำเนินการได้อีกทางก็คือ การเลือกประเด็นที่เรียกว่าเป็นจุดคานงัดที่ชัดๆ ว่ามีประเด็นใดบ้าง จากนั้นก็คิดว่าจะทำให้เกิดการดำเนินการในประเด็นนั้นให้มีรายละเอียดลงลึกไปว่าจะทำอย่างไร ตัวอย่างเช่น เริ่มต้นจากประเด็นเรื่องเกี่ยวกับวิทยาลัยชุมชน หรือประเด็นบริการปฐมภูมิ จากนั้นก็คิดว่าในรายละเอียดถ้าจะดำเนินการต่อจนฝ่ายนโยบายรับไปดำเนินการได้นั้นจะมีข้อปฏิบัติ หรือวิธีการทำงานอย่างไร

ดร.เสรี พงศ์พิศ เห็นว่าส่วนที่สำคัญไม่ใช่กลไก แต่เป็นส่วนที่ต้องแสดงให้เห็นวิสัยทัศน์ ว่าสังคมวันนี้เป็นอะไร และกำลังไปทางไหนซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องคาดการณ์ให้ชัด เพราะถ้าชัดเจนก็จะเปรียบเสมือนเรามี spotlight ดวงใหญ่ที่จะฉายให้เห็นว่าทุกอย่างที่จะตามมานั้นเกิดจากความเข้าใจว่าสังคมขณะนี้เป็นอย่างนี้ และกำลังจะเคลื่อนไปทางไหนอย่างไร มีศักยภาพอะไร มีปัญหาอะไรที่เกิดขึ้นจริง เพราะวาระสั้นและระยะยาวที่ว่ามัน ไม่ได้แยกเป็น 2 อัน ระยะยาวก็มีฐานต่อจากระยะสั้นซึ่งอยู่บนฐานคิดเดียวกัน บนวิสัยทัศน์เดียวกัน ตัวอย่างเช่น ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของสังคมวันนี้ และในอนาคตที่เป็นสังคมเรียนรู้เป็นสังคมเครือข่ายไม่ใช่สังคมที่มีการมานั่งสั่งการอะไร ซึ่งไม่ใช่เฉพาะสังคมของคนที่อยู่ในสถาบันเท่านั้น เพราะชุมชนเองเขาก็เรียนรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพด้วย เช่น เรียนรู้ว่าการดูแลและการป้องกันเป็นเรื่องเดียวกัน ถ้าเป็นอย่างนี้ระบบคุณค่าหลายอย่างที่เกิดขึ้นตัวเรามองเห็นสิ่งเหล่านั้นหรือไม่ เพราะถ้ามองเห็นสิ่งนี้ก็จะพื้นฐานที่จะช่วยให้เราเห็นภาพระบบสาธารณสุขที่จะตอบสนองสังคมที่กำลังเปลี่ยนไป ประเด็นนี้สำคัญเพราะว่าความไม่มีประสิทธิภาพหลายอย่างเกิดมาจากการไม่มีความสามารถในการถอดรหัสเครื่องหมายของกาลเวลา คำนี้เป็นคำที่ใหญ่

ที่นำมาจาก การสังคายนาว่ากันครั้งที่ 2 ของแคลทอลิก ระหว่างปี 1963-1965 ที่ใช้เวลา 3-4 ปี ที่ระดมนักปรัชญา นักวิทยาศาสตร์ นักสังคม และอื่นๆ มาร่วมกันจัดทำธรรมนูญ ซึ่งถ้าไปดูแต่ละเรื่อง แต่ละบทจะรู้สึกว่ามันเป็นบทที่มีพลังที่สุด เนื่องจากเป็นพลังทางปัญญาที่วิเคราะห์สังคมออกมาได้อย่างลุ่มลึกมาก ทำให้เห็นได้ชัดว่าสังคมในขณะนั้นเป็นสังคมอย่างไร และมองไปข้างหน้าสังคมจะเป็นสังคมอย่างไร ต่อจากนั้นก็แสดงให้เห็นว่า จะ Response ต่อสังคมอย่างเหมาะสมอย่างมีพลัง อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไร เรื่องนี้สะท้อนว่าถ้าเราสามารถเข้าใจเครื่องหมายของการเปลี่ยนแปลงของกาลเวลาของสังคมในวันนี้ การ Response อย่างเหมาะสมก็จะทำได้ง่ายขึ้น แต่ถ้าเราจับเรื่องนี้ไม่ได้ การตอบสนองก็จะเป็นการตอบสนองตามสิ่งที่เราคิดว่าควรจะเป็น ไม่ใช่สิ่งที่เป็นอย่างอยู่

หลังจากที่มองสังคมวันนี้และสังคมที่จะเปลี่ยนไปได้แล้ว จากนั้นก็หันกลับมามองระบบสาธารณสุขก็พบว่าระบบสาธารณสุขยังไม่มีมีการปรับตัว ซึ่งขัดแย้งกับสังคมที่กำลังจะเปลี่ยนไป ต่อจากนั้นจึงจะลงลึกไป Project กำลังคนสาธารณสุขอุดมคติที่สอดคล้องกับสังคมใหม่อย่างไร สุดท้ายจึงไปดูที่กลไกการสร้างคนที่จะสามารถตอบสนองการสร้างคนให้สนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคมที่จะเกิดขึ้นต่อไป

ยกตัวอย่างการเสนอประเด็นที่เมื่อเสนอแล้วทำให้เกิดพลังได้ก็คือ สิ่งที่เป็นข้อจำกัดของสังคมไทยวันนี้คือ 1) เราไม่มีเครื่องมือที่จะถอดรหัสภูมิปัญญาของเราเอง เราจึงมองไม่เห็นว่าคุณภาพ ทรัพยากร คุณค่า หรืออื่นๆ ที่มีอยู่ในภูมิปัญญา เราก็ดูไม่ได้ใช้สิ่งเหล่านี้มาโดยตลอด 2) เรายังมีข้อจำกัดมากในการสังเคราะห์ความรู้ใหม่จากการเรียน จากการทำงาน ถ้าเราเริ่มต้นที่ Vision ซึ่งมองทะลุแบบนี้ก็จะช่วยให้เราขยับไปจนถึงกลไกสุดท้ายที่สอดคล้องกันได้

นพ.ดำรงดี บุญยสิน หากระบบกำลังคนมีขอบเขตที่ครอบคลุมกว้างขวางมาก Vision ก็จะต้อง Address ขอบเขตที่กว้างขวางนั้นด้วย ข้อเสนอที่กว้างและครอบคลุมมิติต่างๆ ของระบบกำลังคนต้องใช้การวิเคราะห์และการสังเคราะห์มากมาย ข้อเสนอก็ต้องเป็นทั้งระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว แต่ถ้าเป็นอีกลักษณะที่กำลังหารือกันอยู่ คือทำข้อเสนอในประเด็นที่เป็น Vision ซึ่งสามารถ Spotlight ให้เห็นชัด เสนอออกไปก่อน โดยมีขอบเขตที่เราพอจะทำงานนี้ชัด พัฒนาให้เกิดข้อเสนอที่ชัดเจนได้ จะเรียกว่าเป็นข้อเสนอระยะสั้นหรือจะเรียกว่าการตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลก็ได้ ต่อจากนั้นจึงตามมาด้วยงานที่จะต้องติดตามมาในประเด็นต่อไป ถ้าข้อสรุปเป็นแบบนี้กรรมการจะคิดเห็นอย่างไร

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สิ่งที่เราน่าจะทำขึ้นมาก็คือ กลไกที่จะทำงานระยะยาว ซึ่งทำงานทั้งด้านปัญหา ทั้งเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย ซึ่งงานระยะยาวที่กลไกนี้จะดำเนินการคือ เมื่อวิกฤติสำคัญ หรือเกิดนโยบายสำคัญขึ้นมาในระบบสุขภาพ กลไกนี้จะต้องสามารถทำงานอย่างรวดเร็วจากข้อมูล จากฐานความรู้ที่มีอยู่ สังเคราะห์เป็นข้อเสนอที่จะสนองตอบนโยบายที่จะเกิดขึ้นใหม่ๆ ได้ นอกเหนือไปจากการทำงานเคลื่อนไหวเรื่องกำลังคนระยะยาว ดังนั้นสิ่งที่อยากเห็นก็คือ ระบบและกลไกระยะยาวที่สามารถลงมือทำงานได้ ไม่ขาดตอน ต่อเนื่อง

ประเด็นต่อมาคือ เพื่อให้สนองตอบต่อผู้กำหนดนโยบาย คณะกรรมการอาจต้องทำข้อเสนออีกชุดหนึ่งขึ้นมา จะเรียกว่าข้อเสนอแนวทางการดำเนินการด้านกำลังคนเพื่อสนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพสำคัญของรัฐบาล เช่น นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นตัวอย่างข้อเสนอเรื่องกำลังคนสำหรับนโยบายนี้ คณะกรรมการต้องไปทำการบ้านว่าขณะนี้ระบบกำลังคนมีปัญหาอย่างไรที่ไม่สามารถตอบสนองนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหาที่มีความรุนแรงขนาดไหน ถ้าไม่ทำอะไรจะเป็นอย่างไร จะเกิดอะไรขึ้น คณะกรรมการเรามีข้อเสนอให้รัฐบาลทำอะไรบ้างที่เป็นรูปธรรม ซึ่งเรื่องอย่างนี้ต้องทำการบ้าน แต่ถ้าหากขณะนี้จะต้องจัดทำข้อเสนอด้านกำลังคนเพื่อตอบสนองนโยบายสุขภาพของรัฐบาล เพื่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เราสามารถจะทำได้หรือไม่ เช่นตัวอย่างที่หารือกันว่าจะใช้ Demand Driven ที่จะสามารถเสนอว่าต่อไปนี้ เงินทองที่รัฐจะสนับสนุนการผลิตกำลังคนทั้งหลาย จะไม่ส่งไปยังสถาบันการศึกษา แต่จะส่งไปยังหน่วยบริการแทน ซึ่งหน่วยบริการนั้นสามารถเอาเงินก้อนนี้ไปจ้างสถาบันการศึกษาผลิตคนตามความต้องการของเขามีความเป็นไปได้หรือไม่ อย่างไร

นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ ธรรมชาติเรื่องนี้เป็นเรื่องยากเนื่องจากเราอยู่ระหว่างความคิด 2 แบบ แบบแรกเป็นการคิดจากสิ่งที่เป็นเป้าหมายใหญ่ๆ กับอีกแบบหนึ่งคือสิ่งที่เป็นรูปธรรมซึ่งจะเสนอไปยังฝ่ายการเมืองที่จะสามารถรับได้

ซึ่งทั้ง 2 เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ยากเป็นไปไม่ได้ที่จะเลือกทางใดทางหนึ่งโดยอิสระได้ทางเดียว และช่วงที่จะต้องจับแนวคิดทั้งสองลักษณะมารวมกันเป็นสิ่งที่ยากเพราะตลอดเส้นทางตั้งแต่สิ่งที่เรียกว่า Super concept ลงมาเรื่อยๆ จนถึงยุทธศาสตร์ และแผนซึ่งเป็นข้อสรุปสุดท้ายจะต้องไม่ทิ้งมุมมองในลักษณะที่มองในเชิงปรัชญา ซึ่งปกติเรื่องนี้จะถูกทิ้งระหว่างทางได้ง่าย เช่น กระแสของการจัดการลักษณะที่ว่า ถ้าจัดการอย่างนี้จะรู้สึกว่าง่ายกว่า เป็นต้น ประเด็นต่อมาที่จะต้องคิดถึงก็คือ การหยิบประเด็นสำคัญๆ มาปรับแต่งและทำให้เห็นง่าย ชัดเจนขึ้น แต่เรื่องนี้ต้องใช้เวลาพอสมควรที่จะเลือกและพิจารณา ที่สำคัญไม่ควรมัวลักษณะเป็นการก้าวกระโดดเกินไปซึ่งอาจจะทำให้เกิดปัญหาได้

ระบบสุขภาพนั้นมีลักษณะเหมือนตาชั่งเอียง คนในระบบสุขภาพปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการะกิจให้มีลักษณะเป็นการสร้างนำซ่อมได้ เพราะว่าคนที่ผลิตมาและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ทำงานอยู่ในระบบที่เป็น Professionalism ตลอดเวลา ซึ่งเมื่อพิจารณาองคาพยพใหญ่ๆ ก็จะมีคนที่เกี่ยวข้องอยู่กลุ่มหนึ่งคือสถาบันการศึกษา ซึ่งทำหน้าที่ในระบบการผลิตที่ต้องเข้าใจว่าคนทำงานในระบบสุขภาพที่มีลักษณะการทำงานแบบสร้างนำซ่อมได้ ต้องมีคุณลักษณะ 2 แบบ คือเป็นผู้ที่สามารถใช้ความรู้ที่มีนั้นไปช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูคนให้หายจากโรค อีกคุณสมบัติก็คือการสร้างสุขภาพทั้งสองคุณสมบัตินี้ต้องอยู่ในทุกคนแต่มีน้ำหนักต่างกัน ดังนั้น การผลิตจะต้องเข้าใจและรักษาความแตกต่างให้ชัดเจนแต่ไม่ใช้การแยกขาดจากกัน ฝ่ายที่เป็นเรื่องของการจัดการกำลังคนที่มีปัญหาเรื่องการกระจายคน การคัดเลือกและการคัดสรร ซึ่งทางส่วนที่เป็น Demand ไม่มีส่วนร่วมทุกอย่างกำหนดที่ Supply เรื่องนี้เกี่ยวกับพันกับส่วนอื่นๆ อยู่มากไม่ว่าจะเป็นคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายท้องถิ่น ซึ่งต้องการการจัดการมาก และระหว่างการจัดการต้องนึกถึงเป้าหมายใหญ่ว่า ถ้าจัดการกำลังคนแบบนี้จะทำให้ประชาชนดูแลสุขภาพได้หรือไม่

สำหรับเรื่องกลไกเห็นด้วยว่าจำเป็นต้องมีกลไกใหญ่ที่ทำหน้าที่ต่อเชื่อมกับฝ่ายนโยบาย ซึ่งทำหน้าที่ 1) การนำมาตรการหรือกลไกทางการเงินเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะสนับสนุนหรือผลักดันทั้งฝ่ายบริหารกำลังคนและฝ่ายผลิตและใช้กำลังคนทำงานตามเป้าหมายสุขภาพที่กำหนด 2) สร้างเครือข่ายโดยนำส่วนที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นท้องถิ่น หรือสภาวิชาชีพ ฝ่ายผู้ใช้หรือประชาชน เข้ามามีบทบาทในเชิงนโยบายซึ่งจะมีผลต่อฝ่ายผลิตและฝ่ายการจัดการกำลังคน 3) กลไกที่ต้องใช้วิชาการและความรู้ หรือยุทธศาสตร์ทางปัญญา ซึ่งไม่แน่ใจว่ากลไกนี้ถ้าไม่มีพลังสนับสนุนทรัพยากรโดยตรงจะมีผล และสามารถเชื่อมโยงนโยบายที่จะผลักดันให้ฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนต่างๆ ตามที่กล่าวมาให้ดำเนินการตามเป้าหมายใหญ่ที่ว่าได้หรือไม่ กล่าวโดยสรุป คือ 1) เราจะต้องหยิบประเด็นใหญ่ๆ ขึ้นมาเพื่อที่จะพัฒนาในส่วนของยุทธศาสตร์ 2) สิ่งที่เราจะกำหนดขึ้นมาต้องไม่ทิ้งปรัชญาและสถานการณ์ทางสุขภาพและบริการสุขภาพที่เผชิญอยู่โดยไม่ทิ้งภาคประชาชนซึ่งก็คือเป้าหมายการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชน

นพ.ดำรง บุณยอิน เสนอให้พิจารณาว่างานที่เราต้องทำให้เกิดความชัดเจนในลำดับต่อไปจากเอกสารข้อเสนอที่ฝ่ายเลขานุการฯ เสนอไว้แล้วเป็นอย่างไร

ประเด็นแรก เป็นเรื่องที่ต้องมองว่าข้อเสนอเกี่ยวกับกลไกในการกำกับพัฒนานโยบาย และดูแลให้นโยบายถูกแปลไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผล กลไกนี้คงมีความจำเป็นที่จะต้องมีแน่นอนเพราะสถานะปัจจุบันของส่วนที่เกี่ยวข้องกับการนำกลไกนี้ไปใช้ยังไม่สามารถทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าจะสามารถกำกับ ส่งเสริม สนับสนุน ให้นโยบายที่พัฒนาขึ้นมาไปสู่ภาคปฏิบัติอย่างเกิดผลแต่ทั้งนี้กลไกดังกล่าวต้องอยู่ในวิสัยที่จะทำให้เกิดผลซึ่งปรารถนาที่จะให้เกิดได้ทั้งระยะสั้น ระยะปานกลาง และระยะยาว

ประเด็นที่สอง เป็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาที่จะเสนอผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา รวมถึงวิสัยทัศน์ที่สะท้อนต่อการแก้ไขปัญหาลงสู่ระดับกับสภาพสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการนำเสนอแนวทางหรือยุทธศาสตร์ในการจัดการหรือรุกเข้าไปสู่ปัญหาเพื่อไม่ให้ขยายตัวต่อไปซึ่งต้องมียุทธศาสตร์ทั้งระยะสั้น ระยะปานกลางและระยะยาว

ประเด็นที่สามคือ ทิศทางหรือเป้าหมายสุขภาพที่จะกำหนดขึ้นนั้นมีหลักฐานของที่มาซึ่งจะเป็นสาระที่จะนำมากำหนดทิศทางสุขภาพหรือเป้าหมายสุขภาพ จะอยู่ทั้งในกฎหมายรัฐธรรมนูญ พรบ. หลักประกันสุขภาพ ร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ รวมถึง พรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ

สิ่งที่ต้องดำเนินการก็คือ นำเนื้อหาทั้งหมดนี้มา Spotlight ให้ชัด จากนั้นจึงพัฒนาข้อเสนอที่จะนำไปสู่การทำงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่ที่นพ.สุริยะกล่าวว่า เป็นเรื่องที่ยากที่จะทำข้อเสนอเหล่านี้ได้ ที่ว่ายากเพราะข้อเสนอที่จะพัฒนาขึ้นจะไม่มีฝ่ายใดได้ทั้งหมด ฝ่ายผู้รับบริการก็ไม่ได้ทั้งหมด เพราะจะบอกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่ใช่ประชาชนก็ได้ เพราะคนกลุ่มนี้ก็เป็นประชาชน การแพทย์และสาธารณสุขคืออาชีพ คือการทำมาหากิน ประเด็นคือจะอย่างไรที่จะการทำมาหากินนี้เกิดการเรียนรู้ว่า จะทำมาหากินบนเลือดเนื้อของประชาชนผู้ให้บริการไม่ได้ ต้องทำมาหากินในลักษณะที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ ทั้งหมดนี้เป็น Platform ที่จะต้องไปทำงานกันต่อเพื่อให้ได้ข้อเสนอออกมา

ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์ ได้คำตอบสอดคล้องกันว่าคณะกรรมการชุดนี้เป็นกลไกการทำงานระยะยาว ทั้งยังคิดว่าเอกสารที่ทำมาสมบูรณ์พอสมควร ต้องการการพัฒนาต่ออีกเล็กน้อย แต่สิ่งที่คณะกรรมการเห็นว่ายังขาดอยู่ก็คือ ยุทธศาสตร์พัฒนาที่เอาชุมชนเป็นตัวตั้งคืออะไร เพราะข้อคิดนี้เป็นเรื่องที่ดี แต่ก็ยังมีคำถามว่าทำได้จริงหรือไม่ ซึ่งบางครั้งข้อเสนอเป็นข้อเสนอที่ดีแต่เมื่อเสนอก็กฎปฏิเสหก็มีในความเห็นคือต้องการให้คณะกรรมการตัดสินใจว่าประเด็นการพัฒนาที่ใช้ชุมชนเป็นหลักนี้จะเลือกนำมาพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์หรือไม่ ซึ่งถ้าเลือกก็ควรจะต้องมีกระบวนการที่จะพัฒนาต่อไปเป็นรูปธรรมต่อไป เพราะเรื่องนี้เป็นสิ่งที่น่าสนใจและท้าทาย

นพ.ดำรงค บัญยิณ ขอเสนอฝ่ายเลขาฯ ใ้ว่าระเบียบวาระการประชุมครั้งต่อไป คงจะต้องเป็นการประชุมที่สามารถทำให้เกิดการระดมความคิดจากกรรมการ รวมทั้งบุคคลอื่นๆ เพื่อจะได้ข้อเสนอ สำหรับความเห็นเกี่ยวกับเรื่องชุมชน การเอาชุมชนเป็นตัวตั้งและพยายามพัฒนาบริการที่จะให้สนองตอบต่อความต้องการของประชาชนนั้น มีข้อสังเกตว่าไม่ใช่ทั้งหมดของเรื่องการจัดบริการสุขภาพ และไม่ใช่ภาพทั้งหมดของกำลังคน เพราะภาพทั้งหมดของกำลังคนจะต้องกินความถึงระบบบริการสุขภาพซึ่งอยู่ใน Sector ทางเศรษฐกิจ หมายความว่าบริการสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นธุรกิจบริการที่สามารถใช้ในการทำมาหากินของคนในประเทศได้

สำหรับการจัดระเบียบวาระการประชุมครั้งต่อไป ทางฝ่ายเลขาฯ คงต้องจัดเพื่อให้การประชุมสามารถทำให้เห็นความชัดเจนของสภาพปัญหา วิสัยทัศน์ จนถึงยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมกับกาลเวลากับการเมือง โดยผู้ที่เข้าร่วมร่วมคงต้องนำคนนอกที่เห็นว่าจะสามารถช่วยทำให้วิสัยทัศน์ของคณะกรรมการของเรากว้างขึ้น

ดร.เสรี พงศ์พิศ ผมคิดว่าสิ่งที่เราอยากจะเป็นผลงานออกมาเป็นสิ่งที่รัฐบาลนำเอาไปทำต่อได้ ในเวลาเดียวกันก็ไม่ได้ทำให้เสียหลักการหรือจุดยืนที่เราใช้อยู่ เนื่องจากลักษณะของรัฐบาลนี้เป็น Pragmatic ที่เน้นผลลัพธ์เป็นหลัก ถ้าสิ่งที่เราจะเสนอนั้นถ้าไม่สามารถทำให้เป็น Pragmatic ได้ อย่างน้อยก็ขอให้มันมีลักษณะปฏิบัติได้บ้าง ส่วนตัวคิดว่าสาระที่พัฒนาขึ้นมาถ้าทำให้ชัดขึ้น กระชับขึ้น ก็จะสามารถทำให้เกิดพลัง พอที่จะทำให้เกิดการนำไปปฏิบัติได้

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร จากข้อเสนอในที่ประชุมก็จะเห็นว่าต้องเพิ่มกลไกของฝ่ายชุมชน ที่จะต้องดำเนินการวิจัยและพัฒนาต้องพยายามเลือกหรือจับประเด็นใหญ่ๆ แต่คิดว่าการเสนอวิธีการและทางแก้ไขยังไม่แน่ใจเพราะถ้าจะใช้วิธีแบบเดิมก็จะตัน แต่ถ้าจะให้ได้ไกลไ้ใหม่ๆ ก็ต้องใช้เวลาและการทดสอบข้อเสนอคือหาทางเพื่อพัฒนาข้อเสนอให้มีลักษณะที่ปฏิบัติได้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินการภายใต้สภาพและสถานการณ์จริง แต่อย่างไรก็ตามประเด็นที่จะสามารถทำให้เกิดความคมชัดได้ในขณะนี้จะเป็นประเด็นในระยะสั้น ซึ่งก็ต้องหาหรือว่าคณะกรรมการจะรวมเข้ามาในเนื้อหาด้วยหรือไม่ สำหรับประเด็นระยะยาวนั้นสิ่งที่สามารถดำเนินการได้ก็จะเป็นประเด็นใหญ่ ๆ ตัวอย่างเช่น การสร้างสุขภาพ ระบบบริหารจัดการ การวางแผนกำลังคนในระบบการผลิตที่ต้องเปลี่ยนทิศทางไปสู่ demand side และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น การทำความเข้าใจในประเด็นเหล่านี้คิดว่า เป็นเรื่องของกลไกที่จะกำหนดไว้และดำเนินการต่อไป

นพ.ดำรงค บัญยิณ งานที่จะทำต่อเนื่องเพื่อให้ได้ข้อเสนอที่พร้อมจะเสนอต่อ คปรส. ฝ่ายเลขาฯ จะก้าวอย่างไร เพราะถ้าก้าวไปสู่การทำ Incentive workshop ของผู้ที่คิดว่าจะสามารถ contribute ได้ คือมีความมั่นใจว่าทำได้และมีความ

ชัดเจนในวาระของ workshop อีกแนวทางหนึ่งก็คือ ฝ่ายเลขาฯ อาจจะต้องไปทำ Mini- workshop ก่อนจากนั้นจึงจะมาหาความเห็นในวงกว้างประเด็นนี้จึงต้องการหารือที่ประชุมเพื่อให้แนวทางการทำงานต่อของฝ่ายเลขาฯ มีความชัดเจนมากขึ้น

นพ.วิพุธ พูลเจริญ ประเด็นการดำเนินการของฝ่ายเลขาฯ ในระยะสั้น ก็คือ การจัด workshop เพื่อให้ได้ประเด็นที่จะใช้ขับเคลื่อนในระยะสั้น ซึ่งควรดูในประเด็นที่เป็น Policy Leverage ไม่ว่าจะเป็นเรื่องนโยบาย 30 บาท เรื่องการกระจายอำนาจ และเรื่องกำลังคนภาครัฐ ซึ่งก่อนที่จะทำ workshop ก็จะต้องมีการทำงานเพื่อเตรียมทำความเข้าใจในประเด็น ซึ่งรูปแบบอาจจะเป็นการเตรียมเป็น Model จากนั้นนำไปหารือกับผู้คนเพื่อปรับและดูความเป็นไปได้ในแต่ละ Model จากนั้นจะนำ Model นั้นมาใช้เป็นโจทย์ในการประชุม workshop ต่อไป

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เราไม่สามารถสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนที่สมบูรณ์ได้ในระยะเวลาอันสั้น ขณะนี้สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำลังคนมีลักษณะที่ผูกกับเงื่อนตาย (Death lock) ไม่ว่าจะเป็น พรบ. หลักประกันสุขภาพ พรบ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ อยากเสนอฝ่ายเลขาฯ ทำเป็นตุ๊กตาขึ้นมาและหาความชัดเจนได้ชัดเจนพอสมควร จัด workshop ในกลุ่มผู้คนที่เกี่ยวข้องระดับหนึ่งจากนั้นขยายวง แลกเปลี่ยนในสังคมได้โดยใช้เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกของการสร้างความหมายและคุณค่าของข้อเสนอ ซึ่งเป็นข้อเสนอที่ผ่านกระบวนการทางวิชาการและกระบวนการทางสังคม ซึ่งจะสามารถนำไปต่อยอดได้ต่อไป

นพ. ดำรงค์ บุญยืน โดยข้อสังเกต ของผม ผมเชื่อว่า Death lock ที่ คุณหมออำพลเสนอมีจริง และ Death lock นี้เป็น Political Death lock ไม่ใช่ Technical Death lock ตัวอย่างเช่น พรบ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ที่กำหนดให้มีการกระจายงบประมาณไปสู่องค์กรท้องถิ่น ร้อยละ 35 อย่างนี้เป็น Political Death lock เพราะมีคำถามว่าในทางปฏิบัติที่เป็น Practical จะทำอย่างไร ดังนั้น ทุกเรื่องที่ไม่สามารถ Practical ได้ก็เพราะมี Death lock และเป็น Political Death lock ไม่ใช่ Technical Death lock

นพ. อำพล จินดาวัฒนะ ผมเสนอว่าสิ่งที่เรากำลังจะนำเสนอกระบวนการที่ใช้ปัญญาและกระบวนการทางสังคมเพื่อช่วยกันคลี่คลาย ไม่ใช่ไป Confront กับสิ่งที่ เป็น Death lock อยู่

ประเด็นต่อมาคือ คำว่า workshop นั้นอยากให้ เป็นกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะเรื่องกำลังคน ซึ่งจะเคลื่อนไปสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป

นพ. ชาญชัย ศิลปอวยชัย เพื่อให้ง่ายขึ้นและจับได้ เข้าใจว่ากรรมการทุกท่านเห็นด้วยกับเนื้อหาในเอกสารที่เสนอมา เพียงแต่คงต้องปรับเอกสารให้ชัดเจนมากขึ้น ตั้งแต่หัวข้อ ที่ใช้คำว่าแผนพัฒนาที่คงต้องปรับ ต่อมาเป็นลำดับขั้นตอนของเอกสารที่จะลำดับตามความสำคัญก่อนหลัง รวมถึงประเด็นใหญ่ของเอกสาร สุดท้ายจะไปจบที่กลไกหรือวิธีการระยะสั้นที่ยังไม่ได้ข้อยุติ ซึ่งอาจจะมี workshop ส่วนระยะยาวคงจะสามารถ clarify เนื้อหาจากเอกสารได้ทำให้เอกสารนี้เสร็จก่อน

นพ. ดำรงค์ บุญยืน เราคงจะต้องเดินทางไปสอดคล้องกับจังหวะของการเคลื่อนตัวของกลุ่มอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องที่ว่าฝ่ายนโยบายจะรับหรือไม่ก็คงเก็บไว้ก่อนจุดอ่อนของคณะกรรมการ วันนี้เราไม่รู้ว่าจะแต่ละเรื่องไปมี Death lock อยู่ตรงไหน ดังนั้นฝากให้ฝ่ายเลขาฯ ต้องพยายามหาข้อมูลความก้าวหน้าในการดำเนินงานในแต่ละเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นการกระจายอำนาจ และเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมการทำข้อเสนอในที่ประชุม workshop ต่อไป

ปิดประชุมเวลา 17.00 น.

(พญ.สุพัทธา ศรีวณิชชากร)
ผู้บันทึกการประชุม

(นพ.วิพุธ พูลเจริญ)
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

- ผนวก จ.** ตารางสรุปผลการจัดกิจกรรมระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2546 การดำเนินงานเพื่อสังเคราะห์
กรอบแนวคิดและแผนพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข
- ผนวก ฉ.** ตารางสรุปผลกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อพัฒนารอบกลไกการทำงาน สำหรับการพัฒนานโยบายและ
ยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุขระหว่างเดือน เมษายน – พฤษภาคม 2546



ตารางสรุปผลการจัดกิจกรรมระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2546 การดำเนินงานเพื่อสังเคราะห์กรอบแนวคิดและแผนพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

วันที่	การดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
21 กุมภาพันธ์ 2546	ประชุมทำความเข้าใจภายในคณะทำงานเกี่ยวกับที่มาของโครงการฯ กรอบและแนวทางการทำงาน รวมถึงแผนและขั้นตอนการดำเนินงานในระยะเวลา 4 เดือน	ความเข้าใจของทีมงานและวางแผนปฏิบัติการระยะสั้น - การเตรียมการสัมมนา - การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำลังคน - การเตรียมการเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเข้าการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 1/2546
3 มีนาคม 2546	หารือแลกเปลี่ยนความเห็นภายในเพื่อพัฒนาประเด็นสำหรับการสัมมนาความคิดเห็นจากคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข	รวบรวมประเด็นที่จะใช้ประกอบการสัมมนาผู้ทรงคุณวุฒิและคณะกรรมการฯ - ที่มาและขอบเขตภารกิจของคณะกรรมการฯ ชุดนี้ - กระบวนการทำงานระหว่างทีมเลขากับคณะกรรมการ - ปรัชญา แนวความคิดและทิศทางเรื่องระบบบริการสุขภาพในอนาคต - กลไกการพัฒนาโดยเฉพาะเรื่องระบบกำลังคนสาธารณสุข - ประเด็นเฉพาะของเรื่องกำลังคนที่ต้องค้นหาหรือประมวลหรือพัฒนาให้เห็นรายละเอียดชัดเจนมากขึ้น - ประเด็นอื่นๆ
4 – 12 มีนาคม 2546	ดำเนินการสัมมนา รวมทั้งรวบรวมและประมวลความคิดเห็นของคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ	รายงานสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมมนาผู้ทรงคุณวุฒิและคณะกรรมการฯ (เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลาทำให้ได้สัมภาษณ์ก่อนการประชุมครั้งแรก 16 ท่าน)
13 มีนาคม 2546	ประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนครั้งที่ 1/2546 ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	- รายงานการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 1 - ชุดเอกสารที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข - แผนการดำเนินการต่อ ของทีมเลขานุการและคณะกรรมการ
20 มีนาคม – 10 เมษายน 2546	รวบรวมและประมวลข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งที่ได้จากคณะกรรมการและจากทบทวนเอกสาร เพื่อประมวลข้อมูลในประเด็นหลัก (กรรมการบางท่านได้กรุณาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะต่อเอกสารฉบับร่างเพิ่มเติมในบางประเด็น)	- รายงานข้อมูลและสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ - กระแสทางการเมือง กรอบกฎหมายและกระแสสังคมที่มีผลต่อทิศทางระบบสุขภาพในอนาคต - การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

วันที่	การดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		- แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางด้านการศึกษาและผลกระทบต่อกำลังคนในอนาคต - แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรพื้นฐานและผลกระทบต่อบริการสุขภาพในอนาคต - ระบบการเรียนรู้และการจัดการความรู้ในสังคมไทย
28 มีนาคม 2546	ประชุมคณะทำงานกลุ่มย่อยเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การทำงานด้านกำลังคนที่เริ่มต้นจากชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น	- กรอบความคิดและเอกสารแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นต่อระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข
3 เมษายน 2546	ประชุมเพื่อปรึกษาหารือในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประชากรและการคาดการณ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรในอนาคต	- พัฒนารอบแนวคิดและชุดข้อมูลเรื่องประชากรเพิ่มเติม
9 เมษายน 2546	ประชุมเพื่อปรึกษาหารือกับที่ปรึกษาคณะกรรมการฯ เพิ่มเติม	- กรอบความคิดเรื่องระบบกำลังคนและข้อเสนอประเด็นเพิ่มเติมที่ชัดเจนมากขึ้น - พิจารณารอบแนวคิดและข้อเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข

ตารางสรุปผลกิจกรรม
การดำเนินงานเพื่อพัฒนารอบกลไกการทำงาน สำหรับพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
ระหว่างเดือน เมษายน – พฤษภาคม 2546

วันที่	การดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
17 เมษายน 2546 (13.30-16.30)	ประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคน ครั้งที่ 2/2546 ณ ห้องประชุม 6 ชั้น 3 อาคาร 1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	- รายงานการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 2 - ความคิดเห็นต่อแผนพัฒนานโยบายรวมทั้งกลไกการดำเนินงาน
17 เมษายน 2546 (17.00-18.30)	หารือกับ นพ. วิพุธ พูลเจริญ เกี่ยวกับ กลไกการดำเนินงานของการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข	แนวทางการทำงานของทีมงาน รวมถึงผลสัมฤทธิ์ที่มุ่งหวังต่อเรื่องการทำงานเพื่อพัฒนากลไกในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
22 เมษายน 2546	หารือแลกเปลี่ยนความเห็นต่อโครงร่างกรอบกลไกการทำงานเกี่ยวกับกำลังคนในระบบสุขภาพ รวมทั้งแผนการทำงานต่อของทีมเลขานุการ กับ นพ. วิพุธ พูลเจริญ	- เพิ่มความชัดเจนในบางประเด็นทั้งที่เป็นเนื้อหาของตัวกลไกการทำงานเพื่อพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข - เพิ่มเติมสาระที่เป็นการทบทวนสถานการณ์ เพื่อแสดงให้เห็นช่องว่างของการทำงานเกี่ยวกับกำลังคนที่ผ่านมา ซึ่งกลไกที่จะพัฒนาขึ้นไปเติมส่วนที่ขาดหรือช่องว่างที่มีอยู่ในระบบกำลังคนปัจจุบันได้ - แผนการประชุมหารือเพื่อทำความเข้าใจในกรอบการกับกรรมการบางส่วน เพื่อเพิ่มความชัดเจนในตัวกลไกและทางเลือกมากขึ้น

วันที่	การดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
24 เมษายน 2546	ประชุมเพื่อหารือกับกรรมการบางท่าน ได้แก่ นพ.วิพุธ พูลเจริญ นพ. สุวิทย์วิบูลย์ ผลประเสริฐ นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ นพ. อำพล จินดาวัฒนะ	● ความชัดเจนเกี่ยวกับ ร่างกรอบทางเลือกของกลไกที่คาดว่าจะเป็นไปได้ในการทำงาน เพื่อพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ฯ ● แนวทางการทำงานเพื่อพัฒนาตัวกลไก สำหรับพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ กำลังคนด้านสาธารณสุข
29 เมษายน 2546	หารือแลกเปลี่ยนกับ นพ.วิพุธ พูลเจริญ	● ความชัดเจนเกี่ยวกับส่วนที่เกี่ยวข้องต่างๆ ในการทำงานของกลไก อาทิ ส่วนที่จะทำหน้าที่เป็นสำนักเลขานุการ ส่วนที่ทำหน้าที่สนับสนุนด้านงบประมาณ รวมทั้งส่วนที่เป็น Policy implementation เป็นต้น
1 พฤษภาคม 2546	ประชุมเพื่อหารือกับกรรมการบางท่าน ได้แก่ นพ.วิพุธ พูลเจริญ นพ. อำพล จินดาวัฒนะ	● แนวทางการพัฒนาแผนการทำงานเพื่อพัฒนาตัวกลไก ซึ่งจะทำหน้าที่ในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข
พฤษภาคม 2546	ประชุมหารือเพื่อขอความเห็นจากรกรรมการบางท่านเกี่ยวกับ กลไก และแผนการทำงานเพื่อการพัฒนาตัวกลไกสำหรับการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนฯ	● ความชัดเจนมากขึ้นเกี่ยวกับประเด็นซึ่งเป็นสาระของตัวกลไก รวมทั้งความเป็นไปได้ของทางเลือกต่างๆ ของกลไกที่จะเกิดขึ้น ● ความชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการทำงานเพื่อพัฒนาตัวกลไก ซึ่งจะนำไปจัดทำเป็นข้อสรุปเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการ ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2546 ต่อไป