

การศึกษาทิศทางการผลิตกำลังคนสายสาธารณสุข
ภายใต้การผลิตของหน่วยงานสถาบันพระบรมราชชนก

A Production Trend on Health Manpower under
Praboromarajchanok Institute
for Health Workforce Development

ดร.กฤษฎา แสงวงศ์
ดร.เบญจพร รัชตารมย์
ดร.อติญาณ์ ศรีเกษตรริน
นางศุทธิณี วัฒนกุล
ดร.ภก. สุรศักดิ์ สุนทร
ดร.ภญ. กมลนัฏ ม่วงยิ้ม
ดร.รุ่งนภา จันทรา
ดร.ศรีจันทร์ พลับจัน
ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม
ดร.แสงโถม ถนอมสิงห์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พ.ศ 2558

บทสรุปผู้บริหาร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการปฏิรูปประเทศทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา ในปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมานั้น ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญต่อการให้บริการเชิงรุกที่เน้นการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดองค์รวมของสุขภาพ เน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยมีครอบครัวมีส่วนร่วม รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วนด้วยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ทางด้านสุขภาพ เกิดการพัฒนาสุขภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับตนเอง ครอบครัวและชุมชน ประกอบกับในวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2551 รัฐบาลภายใต้การนำของ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ได้มีนโยบายยกระดับสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม ในเดือนมีนาคม 2552 ด้วยมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพแบบตั้งรับมาเป็นการสร้างเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น จากนโยบายดังกล่าวก่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องเรื่อยมาประกอบกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันรวมถึงปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป คือ จากปัญหาโรคติดต่อ (Communicable Disease) เป็นโรคไม่ติดต่อ (Non Communicable Disease) ระบบบริการสุขภาพจึงได้มุ่งเน้นงานสร้างเสริมและป้องกันสุขภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของคณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้กำหนดกลยุทธ์ศาสตร์แผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ปี 2550 – 2559 ให้ตอบสนองต่อการปรับเปลี่ยนดังกล่าว โดยเน้นการผลิตกำลังคนที่ทำหน้าที่การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) และบุคลากรสุขภาพที่จะดำเนินงานนี้ จึงเป็นบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในพื้นที่ระดับชุมชน บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บุคลากรสุขภาพจึงมีทั้ง นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ทันตภิบาล และเจ้าหน้าที่เทคนิคเภสัชกรรม คุณลักษณะขีดความสามารถของบุคลากรสุขภาพเหล่านี้ควรมีความสอดคล้องกับ สถานการณ์หรือระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

การพัฒนาการให้บริการสุขภาพในประเทศไทยตลอดจนความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสุขภาพ ส่วนหนึ่งเกิดจากการบริหารทรัพยากรทางด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไป ซึ่งครอบคลุมทั้งเรื่องจำนวนบุคลากร ทักษะ ความรู้ความสามารถที่จำเป็น ระบบสร้างแรงจูงใจต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการพัฒนาไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2549) ตลอดจนการปฏิรูปนโยบายต่างๆ ของรัฐ เช่น นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าล้วนส่งผลให้เกิดความต้องการกำลังด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ทั้งในด้านจำนวนและทักษะที่เหมาะสม เพื่อที่จะสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าว (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) ดังนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบัน กำลังคนที่จะต้องไปปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศ ควรได้รับการผลิตและพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพนั้นๆ การส่งเสริมการพัฒนา

บัณฑิตให้สอดคล้องกับแผนการศึกษาชาติฉบับปรับปรุง (พ.ศ. 2552 - 2559) ในการพัฒนาคนให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2538)

การให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นจะต้องดำเนินการภายใต้การบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อการดูแลผู้มารับบริการ การที่ระบบสุขภาพ จะดำเนินการได้ดี จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขหรือกำลังคนด้านสุขภาพเข้ามาช่วยขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resource for Health) จึงถือเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน (อำพล จินดาวัฒนะ, 2550) แต่จากสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของโลก เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ด้านนโยบายการค้าโลก ด้านสังคม นโยบายสาธารณสุขและการปฏิรูปต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา ล้วนส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและระบบกำลังคนด้านสุขภาพสำคัญที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ เช่น การขาดแคลนกำลังคน การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม ความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และระบบการสนับสนุน การขาดกลไกการผลิตเชิงนโยบาย การขาดการเชื่อมโยงระหว่างการวางแผนกำลังคนและการผลิต การขาดองค์ความรู้ในการสนับสนุนการวางแผนกำลังคน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

ระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน เช่นในประเทศที่พัฒนาแล้ว การลงทุนด้านกำลังคนในรูปตัวเงินอาจอยู่ในสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับ GDP แต่ในประเทศที่กำลังพัฒนามีสัดส่วนที่ต่ำมากต่อ GDP ส่งผลให้คุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศที่พัฒนาแล้วสามารถใช้กำลังคนในด้านต่างๆ เป็นผู้พาระบบบริการสุขภาพลงไปได้ถึงการให้บริการระดับปฐมภูมิได้มากกว่าประเทศกำลังพัฒนา การพิจารณาการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องดูทั้ง 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายอุปสงค์หรือฝ่ายผู้ใช้ (Demand Side) และฝ่ายอุปทานหรือฝ่ายผู้ผลิต (Supply Side) ให้มีความสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศนั้นๆ (Mott et.al, 2006) สอดคล้องกับนงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ (2010) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการวิเคราะห์อัตราากำลังคนทั้งในฝ่ายอุปสงค์หรือฝ่ายผู้ใช้ เช่น ผู้จ้างงานหรือผู้มารับบริการด้านสุขภาพ และฝ่ายผู้ผลิตหรือฝ่ายอุปทาน (Supply Side) (Kabene, S. M., 2006)

วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ใช้วิธีการในการกำหนดจำนวนการผลิตรายสาขาที่ผ่านมามีจะเป็นการผลิตตามความต้องการของผู้บริหารในระดับจังหวัดและตามความต้องการของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อนโยบายสุขภาพ แต่เป็นการผลิตที่ยึดหลักในการผลิตตามกรอบประกันคุณภาพการศึกษา เช่น สัดส่วนของบุคลากรด้านการสอนต่อจำนวนนักศึกษา เป็นต้น ทั้งนี้การศึกษการผลิตเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตยังมีการศึกษาที่จำกัด การขาดองค์ความรู้ในการสนับสนุนการวางแผนกำลังคนให้มีประสิทธิภาพที่ทันสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงเป็นปัญหาที่สำคัญทำให้การเชื่อมโยงสู่การกำหนดนโยบายและขาดความต่อเนื่อง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550)

จากสภาพดังกล่าว สถาบันพระบรมราชชนก เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข มีวิทยาลัยในสังกัด 40 แห่ง ซึ่งในจำนวนนี้มี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง รับผิดชอบในการผลิตบุคลากรสาขาสาธารณสุขชุมชนสาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ซึ่งกลุ่มบุคลากรเหล่านี้จะไปปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคเป็นส่วนใหญ่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เป็นต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการและรูปแบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนให้ได้บุคลากรตรงกับความต้องการของผู้ใช้ (Demand side) ดังนั้น การศึกษาเพื่อกำหนดทิศทางในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา คือ สาขาสาธารณสุขชุมชนสาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม เพื่อรองรับความต้องการของระบบสุขภาพในอนาคต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องริบดำเนินการ เพื่อนำมาสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายและการวางแผนผลิตกำลังคน เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก
2. ศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก
3. ศึกษาการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ในหลักสูตรที่อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก มีความต้องการอย่างไร
2. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรหลักสูตรที่อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก ควรมีคุณลักษณะอย่างไร
3. การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมในหลักสูตรที่อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก มีการกระจายอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ระหว่างเดือน มิถุนายน - ตุลาคม 2558 และศึกษาเฉพาะกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา คือ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนกทั้ง 7 แห่ง

ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

1. กำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม เป็นกำลังคนที่สำคัญในระบบสุขภาพพื้นฐานที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยมีส่วนขับเคลื่อนในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติรองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในอนาคตที่มีการบูรณาการการปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนได้รับการแบบผสมผสานของสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทำให้ได้ทราบผล การใช้ประโยชน์ผลผลิต (Product utilization) อันเป็นการประเมินผลกระบวนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ (Human resource production evaluation) ของบุคลากรสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจเพื่อการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพรวมทั้งการพัฒนาหลักสูตรในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขาของสถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การศึกษาทิศทางการผลิตกำลังคนสาธารณสุข ภายใต้การผลิตของหน่วยงานสถาบันพระบรมราชชนก เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ. 2558 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารของสถาบันพระบรมราชชนก ผู้บริหารและอาจารย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ สภาวิชาชีพและองค์กรต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าและผู้ร่วมงานของกำลังคนด้านสุขภาพจากทั้ง 3 สาขา บุคลากรที่สำเร็จการศึกษาจากทั้ง 3 หลักสูตร และประชาชนผู้มารับบริการจากกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นการกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และการเลือกจังหวัดที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทำการเลือกโดยการพิจารณาจากข้อมูลการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา โดยเลือกจังหวัดที่มีการกระจายมาก และการกระจายน้อยที่สุด 2 แห่ง ซึ่งการเลือกจะให้ครอบคลุมทั้ง 4 ภาค ดังนี้

ภาคเหนือ	จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดน่าน
ภาคใต้	จังหวัดตรัง จังหวัดภูเก็ต
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดสุรินทร์
ภาคกลาง	จังหวัดชลบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบาย (2) กลุ่มผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ (3) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา

1. กลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา ประกอบด้วย

- 1.1 ผู้บริหารระดับสูง/ผู้กำหนดนโยบาย
- 1.2 ผู้บริหารของสถาบันพระบรมราชชนกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 1.3 ผู้บริหารของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
- 1.4 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้แทน
- 1.5 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

2. กลุ่มผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา

- 2.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน
- 2.2 สาธารณสุขอำเภอ
- 2.3 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
- 2.4 ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2.5 บุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกับกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา (เป็นหัวหน้าหรือผู้ร่วมงาน) และผู้ที่สำเร็จการศึกษาสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

2.6 ประชาชนผู้มารับบริการ

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา

3.1 อาจารย์ประจำภาควิชาของทั้ง 3 หลักสูตร และรองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรที่ผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

3.2 สภาวิชาชีพและชมรมต่างๆ

เครื่องมือในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแนวคำถามมี 2 ประเด็น คือ

1. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชนสาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

2. คุณลักษณะที่พึงประสงค์/ทักษะที่ต้องการในการปฏิบัติงานของกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

วิธีการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดน่าน พิชณุโลก สุรินทร์ อุบลราชธานี สิงห์บุรี ชลบุรี ภูเก็ต และจังหวัดตรัง
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อุบลราชธานี องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพและชมรมต่างๆ
3. ประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
4. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้การวิเคราะห์จากการจดทัก (Note - based analysis) และการวิเคราะห์จากการถอดคำบันทึกเสียง (Tape - based analysis) และการวิเคราะห์จากความจำ (Memory - based analysis) จัดพิมพ์ข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลทั้งหมด เพื่อจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Category data) แล้วมาแปลความหมายข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบประเด็นที่ค้นพบขอเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

ปัจจุบันบุคลากรทั้ง 3 สาขายังคงมีปริมาณไม่เพียงพอเมื่อพิจารณาตามกรอบการจ้างงาน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความขาดแคลนจะรุนแรงมากขึ้น หากนำเอาภาระงานที่แท้จริงมาเป็นกรอบในการพิจารณา จึงนำมาซึ่งความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวโน้ม/แนวทาง ของนโยบายการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา ทั้งในปัจจุบันและในอนาคตดังนี้

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า บุคลากรด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา คือ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ยังคงขาดแคลนทั้งในปัจจุบันและอนาคต เมื่อคำนวณอัตรากำลังทั้งตามกรอบการจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ด้วยภูมิศาสตร์สารสนเทศ (GIS) และตามกรอบอัตราชั่วโมงเทียบเท่าพนักงานประจำ (Full Time Equivalent : FTE) และความขาดแคลนบุคลากรทั้ง 3 สาขา ในเชิงปริมาณนี้จะยิ่งรุนแรงขึ้นหากพิจารณาตามปริมาณงานที่แท้จริง และด้วยกำลังคนทั้ง 3 สาขานี้เป็นกลไกสำคัญที่ก่อให้เกิดการขับเคลื่อนในการดูแลสุขภาพประชาชน “ในระดับเสาเข็ม” เห็นได้จากผลการสัมภาษณ์หัวหน้างานของกำลังคนทั้ง 3 สาขา ที่ระบุว่า ยังมีความต้องการให้มีการผลิตอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อพิจารณาแหล่งผลิตกำลังคนสุขภาพทั้ง 3 สาขาแล้ว พบว่า สาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชกรรมนั้น มีสถาบันการศึกษาหลักที่รับผิดชอบในการผลิตกำลังคนเข้าสู่ระบบสุขภาพ คือ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทั้ง 7 แห่ง ภายใต้สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่สำหรับหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์

พบว่า นอกจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่งแล้ว ยังมีมหาวิทยาลัยจำนวนมากที่มีการผลิตบุคลากรดังกล่าว ทำให้มีบุคลากรกลุ่มนี้เป็นจำนวนมากในตลาดแรงงานซึ่งส่งผลอย่างยิ่งกับกลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง ในเรื่องของการบรรจุเป็นข้าราชการ และจากที่มีบุคลากรที่สำเร็จหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์เป็นจำนวนมาก ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้ สถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 7 แห่ง มาพิจารณาปรับแผนและบทบาทในการผลิตและพัฒนากำลังคนของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรให้เหมาะสมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของบริบทที่เกิดขึ้น ซึ่งในประเด็นนี้ยังคงมีความเห็นว่า วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ยังคงเป็นแหล่งผลิตที่เหมาะสมของบุคลากรทั้ง 3 สาขา เพื่อป้อนกระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้ว่าจะมีสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนจะสามารถเปิดสอนหลักสูตรดังกล่าวได้ก็ตาม เนื่องจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก มีหลักสูตรเฉพาะที่สามารถผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความรู้ ความสามารถ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ (หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ทำให้สามารถออกไปปฏิบัติงานในระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการพัฒนาชุมชน ต้องการให้ชุมชนเข้มแข็ง สามารถดูแลตนเองได้ อันเป็นจุดเน้นของหลักสูตรที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรใช้ในการผลิตในปัจจุบัน รวมไปถึงถึงจุดแข็งอีกประการหนึ่งของ วสส. คือ การมีเครื่องมือและแหล่งฝึกที่พอเพียงและเอื้อให้นักศึกษาของ วสส. ได้เรียนรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติงานจริงในหน่วยบริการสุขภาพ ประกอบกับ คณาจารย์ส่วนใหญ่ก็มีประสบการณ์ด้านการให้บริการสุขภาพในชุมชนมาก่อน จึงมีความรู้ความเข้าใจระบบบริการสุขภาพ สามารถถ่ายทอดประสบการณ์และหลักวิชาการบนฐานของการปฏิบัติจริงให้กับนักศึกษาได้ นอกจากนี้ วสส. ยังเป็นสถานศึกษาเพียงแห่งเดียวในประเทศไทยที่มีการผลิตหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรมอีกด้วย จึงสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ได้ชี้ชัดว่าหากจะให้หน่วยงานในสังกัดอื่นๆ มาผลิตบุคลากรทั้ง 3 สาขา เพื่อป้อนกระทรวงสาธารณสุขนั้น ก็อาจจะไม่ได้บุคลากรที่เหมาะสมที่จะสามารถทำงานให้กับกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะหน่วยผลิตนอกกระทรวงสาธารณสุขเหล่านั้นมีระบบการจัดการ การจัดการเรียนการสอนและมุมมองในเชิงวิชาการที่แตกต่างออกไป เช่น ไม่เน้นการทำงานร่วมกับชุมชน และมักจะเน้นหลักวิชาการที่เป็นหลักทฤษฎีที่เมื่อถึงเวลาทำงานจริงต้องถูกปรับและประยุกต์อีกมาก และในทางกลับกัน หาก สบช. คิดจะผลิตกำลังคนทั้ง 3 สาขา ให้กับหน่วยงานต่างๆ เช่น เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ก็อาจจะไม่ได้บุคลากรที่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างแท้จริงเช่นกัน

นอกจากนี้ยังมีบางประเด็นที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม คือ หลักสูตรที่ผลิตควรเป็น หลักสูตร 2 ปี หรือ 4 ปี ซึ่งมีข้อคิดเห็นดังนี้ ถ้าในสาขาวิชาชีพนั้นยังมีความขาดแคลนมากควรผลิตหลักสูตร 2 ปี ก่อนเพื่อให้ทันต่อความต้องการใช้ แต่ต้องมีแผนในการจัดการศึกษาต่อเนื่องเพื่อปรับระดับ ให้คนที่จบ 2 ปีเหล่านั้น ได้เป็นปริญญาตรีหลังจากได้ทำงานไปแล้วช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้บุคลากรเหล่านั้นได้ก้าวหน้าในสายงานของตนเองและสิ่งที่สำคัญต้องมองถึงตำแหน่งที่รองรับบุคคลกลุ่มนี้รวมทั้งประเด็นเรื่องความก้าวหน้าของแต่ละสายงาน และการขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นตรงตามสายงานที่เรียนมาโดยไม่ต้องมีการสับเปลี่ยนตำแหน่งอีกด้วย

2. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรสถาบันพระบรมราชชนก

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาในภาพรวมแล้วพบว่าเนื้อหาและวิธีการจัดการเรียนการสอนของทั้ง 3 หลักสูตรที่ วสส. ใช้อยู่สามารถสร้างบุคลากรที่พร้อมสำหรับการทำงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ แต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมทั้งจากผู้ปฏิบัติงานและประชาชนว่า นวก. สสช. และ นวก. ทันตภิบาล ที่ วสส. กำลังผลิตอยู่นั้น ควรสร้างให้มีสมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยและให้เน้นหนักเกี่ยวกับการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติงานจริงเหมือนกับที่เคยฝึกและสอนให้กับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และทันตภิบาล 2 ปีเมื่อก่อน เพราะในชีวิตการทำงานที่แท้จริงนั้น ทุกคนในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องร่วมช่วยกันในทุกๆ งาน ซึ่งไม่มีทางทำงานได้สำเร็จแน่นอนถ้าไม่ช่วยกันเพราะกำลังคนแต่ละพื้นที่นั้นมีจำกัดมาก เหมือนดังที่ค้นพบในการศึกษาของ Cappiello & Levi, et al (2015) ว่ามีช่องว่างระหว่างมาตรฐานการปฏิบัติตามข้อบังคับวิชาชีพกับความต้องการของประชาชน ซึ่งมุมมองเรื่องการสร้างสมรรถนะการรักษาเบื้องต้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ นั้นก็ได้รับการสนับสนุนจากผลการศึกษาของ Horevitz & Monaleas (2013) ซึ่งระบุว่าช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้อย่างเป็นธรรมและยั่งยืน ด้วยเหตุนี้ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขต้องพยายามหาทางออกในประเด็นที่ว่าด้วยการก้าวล่วงวิชาชีพนี้ด้วย โดย Druetz (2015) ได้เสนอว่าการรักษาเบื้องต้นเป็นบทบาทที่ประชาชนต้องการอย่างยิ่งจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกคน แต่ยังคงมีความเห็นที่แตกต่างกันสำหรับบทบาทนี้ของนักวิชาการสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งในมุมมองที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการก้าวล่วงวิชาชีพ ซึ่งทุกฝ่ายควรเปิดใจกว้าง ยอมรับความเป็นจริงในการทำงาน เพราะหากพิจารณาระบบสุขภาพของชุมชนแล้วหน่วยบริการปฐมภูมิก็เปรียบเสมือนกระทรวงสาธารณสุขเล็กๆ ในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิคือกลุ่มคนทำงานที่ส่งผลต่อ Health System Performance ในภาพรวมด้วยหากกลุ่มคนทำงานเหล่านี้ได้รับการยอมรับและได้รับส่งเสริมพัฒนาอย่างจริงจังแล้วพวกเขาจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มากจนล้นโรงพยาบาลและเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร (Rifkin, 2014) เพราะหน่วยบริการปฐมภูมิถือเป็นการบริการสุขภาพครบวงจรในชุมชน (Lyngkaran & Biddargardi, et al., 2015) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย หน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจของประเทศไทย

ผู้บริหารในระดับส่วนภูมิภาค หัวหน้างาน ผู้ร่วมงานและอาจารย์ผู้สอนส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นในเรื่องคุณลักษณะของบุคลากรทั้ง 3 สาขาว่า ในกระบวนการจัดการเรียนการสอนนั้นควรสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ คือ

ทักษะการทำงานเป็นทีม มีภาวะผู้นำ มีทักษะในศตวรรษที่ 21 (การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การติดต่อสื่อสาร การใช้ภาษาอังกฤษ การนำเสนอในที่สาธารณะ) เป็นผู้นำทางวิชาการ ความสามารถในการศึกษาวิจัยการจัดการความรู้ การจัดการข้อมูลมีความสามารถในการวินิจฉัยชุมชน เข้าถึงความต้องการของชุมชนทำงานร่วมกับชุมชน มีการทำงานในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมป้องกันมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพของตนมีความสามารถในการสอนงาน แนะนำผู้อื่นได้ถูกต้องเหมาะสมรักในวิชาชีพ และองค์กรมีความเสียสละ อดทนอดกลั้น ความมุ่งมั่น ความศรัทธา จิตอาสา

มีความซื่อสัตย์สุจริตมีความสามารถในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายมีการบริการที่ดี มีจิตสาธารณะมีความรู้ความชำนาญด้านเทคโนโลยีและภาษาต่างๆ เช่น ภาษาอังกฤษ โดยคุณลักษณะที่กล่าวมา ส่วนใหญ่จะสอดคล้องกับทักษะของการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 คือ 3 R 4 C ประกอบด้วย Reading : การอ่าน Writing : การเขียน Arithmetic : คณิตศาสตร์ Critical Thinking : การคิดวิเคราะห์ Communication : การสื่อสาร การร่วมมือ : Collaboration และ Creativity : ความคิดสร้างสรรค์ รวมถึงทักษะชีวิตและอาชีพ และทักษะด้านสารสนเทศสื่อและเทคโนโลยี และการบริหารจัดการด้านการศึกษาแบบใหม่

ในความคิดเห็นของประชาชนผู้มารับบริการ มีความต้องการให้บุคลากรทั้ง 3 สาขา มีคุณลักษณะ การมีสัมมาคารวะ การให้คำปรึกษาที่ดีแก่ประชาชน การเข้าถึงชุมชน การบริการที่ดี ภิรียมารยาทเรียบร้อยพูดจาไพเราะ มีบุคลิกภาพ และพฤติกรรมที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยให้มีจริยธรรม และการมีจิตสำนึกและช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รวมทั้งการมีความยุติธรรมในการให้บริการ

3. ศึกษาการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ในหลักสูตรซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในหลักสูตรที่อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ในปี 2557 พบว่า มีการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด รองลงมา คือ ภาคใต้ ภาคเหนือและภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 5.74 , 6.11 , 6.28 และภาคกลาง 6.93 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาทันตสาธารณสุขมีการกระจายในภาคใต้มากที่สุด รองลงมา คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.72 , 2.07, 2.15 และ 2.57 ต่อแสนประชากร การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาเทคนิคเภสัชกรรมมีการกระจายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด รองลงมา คือ ภาคใต้และภาคเหนือเท่ากัน และภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.67 , 1.71 และ 2.15 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และจากศึกษาพบว่า การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในหลักสูตรที่อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ในปี 2557 มีการกระจายกำลังคนที่ไม่เท่าเทียมกันทั้ง 3 หลักสูตรถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพิ่มผลผลิต การใช้มาตรการคัดเลือกให้ผู้เรียนที่มีภูมิลำเนาท้องถิ่น ซึ่งใช้ได้ผลในผู้ที่เรียนพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขระดับต้น (อำพล จินดาวัฒนะ, 2552) แต่ก็ยังพบความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายกำลังคนด้านภูมิศาสตร์ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความหนาแน่นของกำลังคนทั้ง 3 สาขา ในภาคกลางจะหนาแน่นกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (ทักษพล ธรรมรังสี, 2548) ที่พบว่า ความหนาแน่นของแพทย์และพยาบาลในกรุงเทพมหานครสูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประมาณ 10 เท่า ซึ่งเป็นปัญหาที่ยังคงอยู่และจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขจะเพิ่มมาตรการต่างๆ ในการผลิตแต่อัตราการคงอยู่ในตำแหน่งจะลดลงเนื่องด้วยกำลังคนทั้ง 3 สาขา ขาดแรงจูงใจในการทำงาน เช่น โอกาสในการศึกษาต่อ ความก้าวหน้าในสายงาน

ทั้ง 3 สาขา ไม่เอื้อให้สามารถปฏิบัติงานในระยะยาวได้ โดยเฉพาะสาขาเทคนิคเภสัชกรรม และสาขาทันตสาธารณสุข ทำให้ขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่มาตรการทางสังคมก็ยิ่งขาดความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่สามารถสนับสนุนบุคลากรทั้ง 3 สาขา ให้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างเต็มที่ จากแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษ กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ปี 2550 - 2559 ได้ให้ความสำคัญของการกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรมโดยการจัดทำยุทธศาสตร์ ปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้มีการกระจายบุคลากรอย่างเป็นธรรม สามารถคงอยู่ในระบบและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุขซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่สำคัญกับการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม และเป็นการบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีในหมู่ประชาชน

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าทิศทางการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมยังคงมีความต้องการในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนที่ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถดูแลในระดับพื้นที่ได้ แต่ในขณะเดียวกันยังมีความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา ในทุกพื้นที่ที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประชาชนตามที่ต้องการ ทั้งนี้การขาดแคลนกำลังคนนั้นอาจมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การปรับตำแหน่งงานที่มีความก้าวหน้า การไหลออกนอกระบบสุขภาพเนื่องจากไม่มีความก้าวหน้าทางสายงาน การได้รับค่าตอบแทนน้อย หรือระบบการคัดเลือกในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนไปไม่ได้บุคลากรในพื้นที่มาเรียน ซึ่งส่งผลให้เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วไปปฏิบัติงานจึงไม่มีความผูกพันกับพื้นที่ ทำให้ออกไปประกอบอาชีพอื่นดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงต้องร่วมกันพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบต่อการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชนสาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปรับบทบาทหน้าที่ด้านการผลิตกำลังคนของ สบช. นั้น มีทางเลือกที่เป็นไปได้ 3 ทาง คือ

ทางเลือกที่ 1 สถาบันพระบรมราชชนกไม่ควรทำหน้าที่ในการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข เนื่องด้วย “ปัจจุบันมีการเปิดเสรีในให้กับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการรับผู้สำเร็จจากสถาบันอื่นๆ ได้ หากการรับผู้สำเร็จการศึกษาเข้าทำงานสามารถรับจากสถาบันไหนก็ได้ และหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุขก็มีความชำนาญในการผลิตกำลังคนทั้ง 3 สาขา ควรให้หน่วยงานนั้นทำหน้าที่ผลิตโดยตรงไม่จำเป็นต้องผลิตจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขควรมุ่งเน้นการให้บริการมากกว่า” “งบประมาณที่ได้ก็นำมาใช้เพื่อการจัดบริการสุขภาพจะมีประโยชน์กว่า”

ทางเลือกที่ 2 สถาบันพระบรมราชชนกยังคงผลิต หลักสูตร ทันตสาธารณสุข และ เทคนิคเภสัชกรรมต่อไป แต่ ยกเลิกการผลิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์แล้วหันมาให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรประจำการทั้งสมรรถนะด้านวิชาการ วิชาชีพ และสมรรถนะด้าน

การบริหารจัดการ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น ทั้ง AEC, นโยบายพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ, การเป็นสังคมเมืองและสังคมผู้สูงอายุ เป็นต้น

ทางเลือกที่ 3 สถาบันพระบรมราชชนกควรผลิตทั้ง 3 หลักสูตร โดยเน้นการผลิตเพื่อตอบสนองกระทรวงสาธารณสุข แล้วผลิตบัณฑิตที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวตรงตามที่หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องการ ซึ่งหมายถึงการปรับปรุงในเรื่อง 2.1.) ระบบการคัดเลือกที่ต้องให้พื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม 2.2) การปรับปรุงหลักสูตรให้ยังคงมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนปฏิบัติได้ 2.3) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการฝึกปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพ และสร้างประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชน ทั้งนี้ต้องอยู่บนเงื่อนไขที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) สถาบันพระบรมราชชนกต้องเป็นนิติบุคคลที่สามารถรับรองหลักสูตรของตนเองและประกาศรับรองได้ และ 2) สถาบันพระบรมราชชนกต้องมีความสามารถในการจัดการเชิงการตลาดเพื่อดึงดูดให้คนอยากมาเรียนในแต่ละหลักสูตรที่ผลิตจนได้จำนวนที่ถึงจุดคุ้มทุนซึ่งอาจรวมไปถึงการทำสัญญาจ้างงานตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนเนื่องจากการผลิตเฉพาะกิจเฉพาะกลุ่มเพื่อตอบสนองความต้องการของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นเพื่อให้การลงทุนด้านการผลิตของกระทรวงไม่สูญเปล่าจากการสูญเสียผลผลิตออกไปสู่ตลาดแรงงาน

นอกจากนี้ยังมีประเด็นทางเลือกเกี่ยวกับการขยายขอบเขตการผลิตและการบริการวิชาการไปเป็นการตอบสนองนานาชาติโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศบ้านใกล้เรือนเคียงกัน เนื่องจากระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพในปัจจุบันนั้นเชื่อมโยงเป็นกรอบเดียวกันแล้วทั้งโลกตามการเจริญเติบโตและความก้าวหน้าของระบบเศรษฐกิจและการคมนาคมขนส่ง ตาม concept ของ global health และ one health

2. มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความต้องการให้ สบช. ผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งใช้เวลาในการผลิตสั้นกว่าทันตสาธารณสุขเพื่อให้มาทำงานช่วยทันตแพทย์ข้างเตียงในโรงพยาบาล แล้วส่งให้ทันตภิบาล ไปช่วยในการรักษาเบื้องต้น ทำงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพใน รพ.สต. ซึ่งอยู่ในพื้นที่ช่วยเป็น gate keeper ที่น่าจะลด workload ของหน่วยรักษาในโรงพยาบาลได้ และสามารถช่วยส่งเสริมให้นโยบายสร้างนำซ่อมให้เป็นจริงได้

3. ควรให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมในทุก รพ.สต. เพื่อช่วยแบ่งเบางานด้านการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ งานคุ้มครองผู้บริโภค และช่วยให้ทีมเยี่ยมบ้านมีความสมบูรณ์และดูแลสุขภาพได้รอบด้านมากยิ่งขึ้นด้วย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นควรมีกกลไกในการผลักดันให้มีการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับกำลังคนทั้ง 3 สาขาอย่างต่อเนื่อง และมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีการเชื่อมโยงการกำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง

4. ควรดำเนินการเกี่ยวกับการที่เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ทำเกินบทบาทหน้าที่ซึ่งสามารถทำได้ ดังนี้ คือ

4.1 จัดให้มีสาขาวิชาชีพที่จำเป็นเพิ่มเติมใน รพ.สต. ได้แก่ เจ้าหน้าที่การเงินและพัสดุ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ในจำนวนที่พอเพียงโดยจ่ายเงินเดือนมาจากส่วนกลางไม่ต้องเอาเงินบำรุงมาจ้าง พร้อมทั้งดูแลเรื่องขวัญและกำลังใจลดความสูญเสียจากการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่เหล่านี้บ่อยๆด้วย

4.2 ในระยะเปลี่ยนผ่านที่พยาบาลวิชาชีพยังขาดแคลนอยู่เป็นจำนวนมากนั้นควรจัดให้มีการเรียนการสอนในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นให้กับนักวิชาการสาธารณสุขและจัดให้มีการฝึกปฏิบัติการรักษาพยาบาลให้มากขึ้น และหาช่องทางในการจัดการเกี่ยวกับประเด็นการก้าวล่วงวิชาชีพ

5. ควรผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ เพื่อให้ไปทำงานช่วยทันตแพทย์ข้าง unit ทำฟันในโรงพยาบาล

6. ควรเพิ่มการผลิตนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ให้มากขึ้น (หากผลิตไม่ทันก็ยังคงต้องผลิตทันตภิบาล 2 ปีแล้วจัดการศึกษาต่อเนื่องภายหลัง) เพื่อให้แรงงานทันตกรรมป้องกันและเป็น Gate keeper ลด Workload การรักษาที่มีผู้ป่วยฟันผุไปแออัดกันในโรงพยาบาล

ชื่อเรื่อง การศึกษาทิศทางการผลิตกำลังคนสายสาธารณสุข ภายใต้การผลิตของหน่วยงาน
สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้วิจัย กฤษดา แสงดี และคณะ
ปี 2558

บทคัดย่อ

จากการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ การผลิตกำลังคนที่มีคุณลักษณะขีดความสามารถในการทำหน้าที่จึงควรมีความสอดคล้องกับสถานการณ์หรือระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป สถาบันพระบรมราชชนก เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ที่ตอบสนองความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ทำการศึกษาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ภายใต้การผลิตของหน่วยงานสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดทิศทางการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม เพื่อรองรับความต้องการของระบบสุขภาพในอนาคต

งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพและศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพรวมทั้งศึกษาการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ระหว่างเดือนมิถุนายน 2558 ถึงเดือนตุลาคม 2558 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยการพิจารณาจากข้อมูลการกระจายกำลังคนทั้ง 3 สาขา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารของสถาบันพระบรมราชชนก ผู้บริหารและอาจารย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล บัณฑิตและผู้ใช้บัณฑิตที่มาจากสภาวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้างาน ผู้ร่วมงานและประชาชนผู้มารับบริการสุขภาพ เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์จากการจดบันทึก การวิเคราะห์จากการถอดคำบันทึกเสียง การวิเคราะห์จากความจำ จัดพิมพ์ข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ของข้อมูลแล้วแปลความหมายข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่มีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า กำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา ยังคงมีความขาดแคลน เมื่อพิจารณาทั้งกรอบการจัดสรรบุคลากรทางการแพทยด้วยภูมิศาสตร์สารสนเทศ (GIS) และตามอัตราชั่วโมงเทียบเท่าพนักงานประจำ (FTE) ในด้านการกระจายกำลังคนพบว่ามีความไม่เท่าเทียมกันทั้ง 3 หลักสูตร ความหนาแน่นของกำลังคนทั้ง 3 สาขา ในภาคกลางจะหนาแน่นกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในขณะที่อัตราการคงอยู่ในตำแหน่งจะลดลงเนื่องด้วยขาดแรงจูงใจในการทำงาน และในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา นั้น ควรให้วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เป็นแหล่งผลิตบุคลากรเพื่อป้อนให้กับกระทรวงสาธารณสุขเพราะมีหลักสูตรเฉพาะที่ตรงกับความต้องการของชุมชน รวมทั้ง การมีจุดเด่นที่คณาจารย์มีความรู้ความสามารถตรงกับหลักสูตรที่เปิดสอน ประกอบกับการมีเครื่องมือและแหล่งฝึกที่พอเพียงซึ่งเอื้อให้นักศึกษาของ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ได้เรียนรู้

ผ่านการปฏิบัติงานจริงในสถานบริการสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นหน่วยงานการศึกษาเดียวที่มีการผลิตหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม ซึ่งเป็นหลักสูตรเฉพาะที่มีการผลิตในประเทศไทย สำหรับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สำเร็จการศึกษา นอกจากทักษะเฉพาะทางวิชาชีพแล้ว ควรมีทักษะการทำงานสำหรับศตวรรษที่ 21 ในด้านทักษะการเรียนรู้ ทักษะทางวิชาการและทักษะการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะภาวะผู้นำ การจัดการความรู้ การวิจัย การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ความชำนาญด้านเทคโนโลยีและภาษาที่จำเป็น

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าทิศทางการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงมีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงต้องร่วมกันพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามากระทบต่อการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของ 3 สาขา จึงควรมีกลไกในการผลักดันให้มีการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับกำลังคนทั้ง 3 สาขาอย่างต่อเนื่อง และมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีการเชื่อมโยงการกำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง

Title A Production Trend on Health Manpower under Praboromarajchanok
Institute for Health Workforce Development

Authors Krisada Sawaengdee

Year 2015

Abstract

Thailand has experience of health care reform for a decade. Therefore health care services require more new health workers with more capabilities and competencies according to the changes in the system. Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development (PIHWD) is a government organization and responsible for production and development of health workforce to serve the needs of the Ministry of Public Health (MoPH). This qualitative research was designed to study health workforce needs, the desirable competencies of the graduates and distribution of health workforce who graduated from Sirindhorn College of Public Health under PIHWD, MoPH including Bachelor degree in Community Public Health, Community Dental Public Health and a high class certificate of Pharmacy Technician. Data were collected by in-depth interviews and focus groups discussion between June and October 2558. The purposive sampling was applied and 8 provincials were determined by using geographic information system (GIS) distribution of health workforce. The samples consisted of executive's administrator from Ministry of Public Health, PIHWD and Provincial, District and Sub-district of Public Health Offices. They were also chiefs of Local Authority, supervisors and co-workers of the graduates and local people. Content analysis was applied using transcriptions from audio recordings and memory information. Data summary were then classified and interpreted for research conclusion. The study showed that most executives have commented that three professionals' health workers are still shortage consideration by using GIS and the hourly rate equivalent employees (FTE). The distribution of health workforce of these programs is disproportion mainly in the central region where is densely than in the Northeast. In addition, the retention rate in position was decreased because of the lack of motivation at work. Producing health workforce of the 3 programs should come from Sirindhorn College of Public Health under PIHWD because of the expertise of the staffs and they provide specific training programs that serve community needs, especially bachelor of community dental public health and a high class certificate of pharmacy technician. These are the only programs that have been

produced in Thailand. The desirable performances of the health workers are not only their specific health professionals. They should have a new set of the 21st century skills including learning, literacy and life skill such as abilities of leadership, Knowledge Management, conducting research, plan strategic, information technology and necessary languages. The results indicated that the production of health workforce is still the needs in order to serve the changes of health care system. Stake holders who are involved should consider various factors that come into effect on the production of health workforce. Thus, a mechanism for driving the development of research on the health professionals from three programs should continue and systematic develop in order to force the policy into practice, literally.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งสำเร็จลุล่วงได้ดีด้วยความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารของสถาบันพระบรมราชชนก ผู้บริหารและอาจารย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ผู้ใช้บัณฑิต สภาวิชาชีพและองค์กรต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้างานและผู้ร่วมงานของผู้สำเร็จการศึกษา บุคลากรที่สำเร็จการศึกษาจากทั้ง 3 หลักสูตร และประชาชนผู้มารับบริการสุขภาพ ที่ให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ขอขอบคุณผู้ประสานงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 แห่ง ที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัยชิ้นนี้

สุดท้ายขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก ที่ได้ให้โอกาสและสนับสนุนในการทำวิจัยให้สำเร็จลุล่วง

คณะผู้วิจัย

29 ธันวาคม พ.ศ.2558

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก – ฎ
บทคัดย่อภาษาไทย	ฐ – จ
Abstract	ฅ – ณ
กิตติกรรมประกาศ	ก
สารบัญ	ด
สารบัญตาราง	ถ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
คำถามการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
ส่วนที่ 1 แนวคิดการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ	6
ส่วนที่ 2 การผลิตกำลังคน สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข	18
และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม	
ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	48
บทที่ 4 ผลการศึกษา	54
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
สรุปผลการวิจัย	77
อภิปรายผลการวิจัย	77
ข้อเสนอแนะ	86
บรรณานุกรม	89

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนการผลิตกำลังคนด้านสาขาสาธารณสุข ทันตสาธารณสุข และเทคนิคเภสัชกรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร กระทรวงสาธารณสุข ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา	18
2	สถาบันที่จัดการเรียนการสอนที่ผลิตเจ้าพนักงานเภสัชกรรม	24
3	การผลิตและการคงอยู่ของทันตภิบาล	26
4	ความต้องการทันตบุคลากรและสัดส่วนต่อประชากรตาม Health Needs Method	27
5	ความต้องการทันตบุคลากรและสัดส่วนต่อประชากรตาม Service Targets Method	28
6	ความต้องการทันตบุคลากรและสัดส่วนต่อประชากรตาม Health Demand Method	28
7	ความต้องการทันตบุคลากรและสัดส่วนต่อประชากร พ.ศ. 2560	29
8	จำนวนทันตบุคลากรคาดประมาณ ด้านอุปทาน	29
9	ส่วนขาดของทันตบุคลากร พ.ศ. 2560	30
10	การกำหนดอัตรากำลังของบุคลากรทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลศูนย์ (A), โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)	34
11	การกำหนดอัตรากำลังของบุคลากรทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลแม่ข่าย (M2), โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2)	35
12	การกำหนดอัตรากำลังของบุคลากรทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) และศูนย์การแพทย์ชุมชนเมืองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้	35
13	การกำหนดอัตรากำลังของเภสัชกรในโรงพยาบาลศูนย์ (A), โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)	37
14	การกำหนดอัตรากำลังของเภสัชกรในโรงพยาบาลแม่ข่าย (M2), โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2)	37
15	การกำหนดอัตรากำลังของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) และการแพทย์ชุมชนเมืองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	38
16	ตัวอย่างแนวคำถามในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม	50 – 52
17	การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และ สาขาเทคนิคเภสัชกรรมแยกตามรายภาค	71
18	การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และ สาขาเทคนิคเภสัชกรรมแยกตามจังหวัดในภาคเหนือ	71 – 72
19	การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และ สาขาเทคนิคเภสัชกรรมแยกตามจังหวัดในภาคกลาง	72 – 73
20	การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และ สาขาเทคนิคเภสัชกรรมแยกตามจังหวัดตะวันออกเฉียงเหนือ	74
21	การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และ สาขาเทคนิคเภสัชกรรมแยกตามจังหวัดในภาคใต้	75

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการปฏิรูปประเทศทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา ในปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมานั้น ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญต่อการให้บริการเชิงรุกที่เน้นการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดองค์รวมของสุขภาพ เน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยมีครอบครัวมีส่วนร่วม รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วนด้วยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ทางด้านสุขภาพ เกิดการพัฒนาสุขภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับตนเอง ครอบครัวและชุมชน ประกอบกับในวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2551 รัฐบาลภายใต้การนำของ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ได้มีนโยบายยกระดับสถานีนอมาลัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม ในเดือนมีนาคม 2552 โดยมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพแบบตั้งรับมาเป็นการสร้างเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น จากนโยบายดังกล่าวก่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องเรื่อยมาประกอบกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันรวมถึงปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป คือ จากปัญหาโรคติดต่อ (Communicable disease) เป็นโรคไม่ติดต่อ (Non - communicable disease) ระบบบริการสุขภาพจึงได้มุ่งเน้นงานสร้างเสริมและป้องกันสุขภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของคณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้กำหนดกลยุทธ์ศาสตร์แผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ปี 2550 – 2559 ให้ตอบสนองต่อการปรับเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยเน้นการผลิตกำลังคนที่ทำหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) และบุคลากรสุขภาพที่จะดำเนินงานนี้จึงเป็นบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในพื้นที่ระดับชุมชน บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บุคลากรสุขภาพจึงมีทั้งนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานทันตภิบาล และเจ้าหน้าที่เทคนิคเภสัชกรรม คุณลักษณะขีดความสามารถของบุคลากรสุขภาพเหล่านี้ควรมีความสอดคล้องกับสถานการณ์หรือระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

การพัฒนาการให้บริการสุขภาพในประเทศไทยตลอดจนความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสุขภาพ ส่วนหนึ่งเกิดจากการบริหารทรัพยากรทางด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไป ซึ่งครอบคลุมทั้งเรื่องจำนวนบุคลากร ทักษะ ความรู้ความสามารถที่จำเป็น ระบบสร้างแรงจูงใจต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการพัฒนาไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนการปฏิรูปนโยบายต่างๆ

ของรัฐ เช่น นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าล้วนส่งผลให้เกิดความต้องการกำลังด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ทั้งในด้านจำนวนและทักษะที่เหมาะสม เพื่อที่จะสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าว (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) ดังนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน กำลังคนที่จะต้องไปปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศ ควรได้รับการผลิตและพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพนั้นๆ การส่งเสริมการพัฒนาบัณฑิตให้สอดคล้องกับแผนการศึกษาชาติฉบับปรับปรุง (พ.ศ. 2552 - 2559) ในการพัฒนาคนให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2553)

การให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นจะต้องดำเนินการภายใต้การบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อการดูแลผู้มารับบริการ การที่ระบบสุขภาพจะดำเนินการได้ดี จำเป็นที่จะต้องมีความรู้ด้านสาธารณสุขหรือกำลังคนด้านสุขภาพเข้ามาช่วยขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพ (Human resource for health) จึงถือเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน (อำพล จินดาวัฒนะ, 2550) แต่จากสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของโลก เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ด้านนโยบายการค้าโลก ด้านสังคม นโยบายสาธารณสุข และการปฏิรูปต่างๆ ตลอดทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข และกำลังคนด้านสุขภาพสำคัญ เช่น การขาดแคลนกำลังคน การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม ความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ระบบการสนับสนุน การขาดกลไกการผลักดันเชิงนโยบาย การขาดการเชื่อมโยงระหว่างการวางแผนกำลังคนและการผลิต การขาดองค์ความรู้ในการสนับสนุนการวางแผนกำลังคน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

ระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน เช่น ในประเทศที่พัฒนาแล้วการลงทุนด้านกำลังคนในรูปตัวเงินอาจอยู่ในสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross domestic product: GDP) ประเทศที่กำลังพัฒนามีสัดส่วนที่ต่ำมากต่อ GDP ส่งผลให้คุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศที่พัฒนาแล้วสามารถใช้กำลังคนในด้านต่างๆ เป็นผู้พาาระบบบริการสุขภาพลงไปได้ถึงการให้บริการระดับปฐมภูมิได้มากกว่าประเทศกำลังพัฒนา การพิจารณาการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องดูทั้ง 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายอุปสงค์หรือฝ่ายผู้ใช้ (Demand side) และฝ่ายอุปทานหรือฝ่ายผู้ผลิต (Supply side) ให้มีความสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศนั้นๆ (Mott et.al, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของ นางลักษณ์ พะโกยะ และคณะ (2553) และ Kabene, S.M. (2006) ที่ให้ข้อเสนอแนะ

ว่าควรมีการวิเคราะห์อัตรากำลังคนทั้งในฝ่ายอุปสงค์หรือฝ่ายผู้ใช้ เช่น ผู้จ้างงานหรือ ผู้มารับบริการ ด้านสุขภาพ และฝ่ายผู้ผลิตหรือฝ่ายอุปทาน (Supply side)

วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ใช้วิธีการกำหนดจำนวนการผลิตในสาขาต่างๆ ตามความต้องการของผู้บริหารในระดับจังหวัดและตามความต้องการของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อนโยบายสุขภาพ รวมทั้งเป็นการผลิตที่ยึดหลักในการผลิตตามกรอบประกันคุณภาพการศึกษา ทั้งนี้การศึกษาการผลิตเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการในระบบสุขภาพยังมีการศึกษาที่จำกัด ขาดองค์ความรู้ในการสนับสนุนการวางแผนกำลังคนให้มีประสิทธิภาพที่ทันสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงเป็นปัญหาที่สำคัญทำให้การเชื่อมโยงสู่การกำหนดนโยบายและขาดความต่อเนื่อง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) ซึ่งในการผลิตนี้เป็นการผลิตที่เน้นในด้านสัดส่วนจำนวนที่ต้องผลิต เช่น ผลิตตามจำนวนอัตราส่วนของบุคลากรต่อประชากรมากกว่าจะเป็นการผลิตที่มาจากหลักฐานความต้องการจริงๆ (Evidence-based demand) (Segal & Bolton, 2009; Segal & Leach, 2011) ตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของชุมชน หรือเป็นการผลิตที่เป็นความล้มเหลวของกลไกตลาด (Market failure) คือ ไม่มีความสมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทาน (Segal & Bolton, 2009)

จากสภาพดังกล่าว สถาบันพระบรมราชชนก เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข มีวิทยาลัยในสังกัด 40 แห่ง ซึ่งในจำนวนนี้มีวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง รับผิดชอบในการผลิตบุคลากรสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ซึ่งกลุ่มบุคลากรเหล่านี้จะไปปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคเป็นส่วนใหญ่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เป็นต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการและรูปแบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนให้ได้บุคลากรตรงกับความต้องการของผู้ใช้ (Demand side) ดังนั้น การศึกษาเพื่อกำหนดทิศทางในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา คือ สาขาสาธารณสุขชุมชนสาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม เพื่อรองรับความต้องการของระบบสุขภาพในอนาคต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องริบดำเนินการ เพื่อนำมาสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายและการวางแผนผลิตกำลังคน เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก
2. ศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก
3. ศึกษาการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ในหลักสูตรที่อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก มีความต้องการอย่างไร
2. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรที่อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก ควรมีคุณลักษณะอย่างไร
3. การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมในหลักสูตรที่อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก มีการกระจายอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ระหว่างเดือน มิถุนายน - ตุลาคม 2558 และศึกษาเฉพาะกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา คือ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนกทั้ง 7 แห่ง

นิยามศัพท์เฉพาะ

กำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ในสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง ความต้องการในเชิงปริมาณของผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชกรรมตามนโยบายของผู้บริหาร และตามความคิดเห็นของผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้กำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา

คุณลักษณะที่พึงประสงค์ หมายถึง คุณลักษณะด้านความรู้และทักษะในการทำงานของกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชกรรมตามความคิดเห็นของผู้บริหาร ผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้กำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง สถานที่ที่ปฏิบัติงานจริงของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

1. กำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม เป็นกำลังคนที่สำคัญในระบบสุขภาพพื้นฐานที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยมีส่วนขับเคลื่อนในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติรองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในอนาคตที่มีการบูรณาการการปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการแบบผสมผสานของสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทำให้ได้ทราบผล การใช้ประโยชน์ผลผลิต (Product utilization) อันเป็นการประเมินผลกระบวนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ (Human resource production evaluation) ของบุคลากรสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจเพื่อการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพรวมทั้งการพัฒนาหลักสูตรในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขาของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ทิศทางการผลิตกำลังคนสาขาสาธารณสุขชุมชนสาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

ส่วนที่ 1 แนวคิดการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การผลิตกำลังคน สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 แนวคิดการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resource for Health) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพเพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน ดังนั้น จึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญในระบบสุขภาพที่ควรได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่องและจริงจังจึงมีผู้รู้ได้ให้ความหมายของกำลังคนด้านสุขภาพ ต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ความหมายของกำลังคนด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) ให้ความหมายของกำลังคนด้านสุขภาพว่า หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งบุคลากรที่สนับสนุนในระบบบริการสุขภาพ เช่น นักวิชาการ นักวิจัย และผู้บริหาร ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะได้รับการศึกษา ฝึกอบรมโดยเฉพาะทั้งในระดับวิชาชีพ หรือต่ำกว่าวิชาชีพ

อำพล จินดาวัฒนะ (2550) ได้ให้ความหมายไว้ว่า บุคคลหรือกลุ่มคนที่รวมกันที่มีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งรวมทั้งบุคลากรในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากรการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาพื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งอาสาสมัคร (อสม.) แกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งอยู่ในภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน

ดังนั้น กำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งบุคลากรที่สนับสนุนในระบบบริการสุขภาพ เช่น นักวิชาการ นักวิจัย และผู้บริหาร ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะได้รับการศึกษา ฝึกอบรมโดยเฉพาะทั้งในระดับวิชาชีพ หรือต่ำกว่าวิชาชีพ รวมทั้งบุคคลที่อยู่ในภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน

1.2 สภาพปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ (Health determinants) ของประชาชนประกอบด้วยลักษณะสังคมและเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบด้านระบบบริการสาธารณสุขที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาและการให้บริการก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน (WHO, 2016) ซึ่งกรมควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกาได้กำหนดสิ่งสำคัญ 10 ประการในการให้การบริการสาธารณสุข สองข้อในนั้นคือ บุคลากรต้องมีเพียงพอและมีความสามารถ รวมถึงต้องมีมาตรการที่จะประเมินความมีประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการ และคุณภาพในการให้บริการสาธารณสุขในระดับบุคคลและชุมชน (CDC, 2010) ซึ่งการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพถือเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญที่ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขไม่มีประสิทธิภาพ (Lerberghe, Adams, & Ferrinho, 2000)

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเนื่องจากการมีการเปลี่ยนแปลงต่อระบบของโครงสร้างการดำเนินงาน การพัฒนาด้านสาธารณสุข การบริหารจัดการด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำรงอยู่ของปัญหาด้านกำลังคนบางประการและขณะเดียวกันก็เกิดปัญหาใหม่ๆ ตามขึ้นมา กล่าวโดยสรุปได้ดังนี้ (แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2559)

1.2.1 การขาดแคลนกำลังคน การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ส่งผลกระทบต่อความต้องการกำลังคนที่เพิ่มขึ้น เช่น นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้านโยบายการรับยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ทุกคน อุบัติการณ์ของโรค SARS ไข้หวัดนก การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างด้าวและนโยบายส่งเสริมการให้บริการสาธารณสุขแก่ชาวต่างชาติซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดความต้องการกำลังคนซึ่งมีจำนวนจำกัดส่งผลให้เกิดปัญหาความขาดแคลนมากยิ่งขึ้นและในเวลาเดียวกันส่งผลให้รัฐบาลต้องประเมินและทบทวนนโยบายการผลิตกำลังคนให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ ตามความจำเป็นและต้องการของชุมชน (Lerberghe, Adams, Ferrinho, 2000) เช่น ในสถานการณ์ที่โรคไม่ติดต่อและเรื้อรังเพิ่มขึ้น การจัดการกำลังคนควรเน้นที่การเพิ่มกำลังคนที่เข้าไปทำบทบาทด้านส่งเสริม ป้องกันโรค การคัดกรองโรคและปัญหาสุขภาพในชุมชน ไปให้การดูแลปัญหาและระยะของโรค ภาวะแทรกซ้อน และสิ่งที่คุกคามต่อการดูแลตนเองของผู้รับบริการและชุมชน ดังนั้นการแก้ไขดูแลจัดการรายกรณีเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลและครอบครัวต้องการจัดการกำลังคนที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา (Segal & Leach, 2011)

1.2.2 การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรมแม้จะมีนโยบายเพิ่มการผลิตและการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพเข้าไปสู่ชนบทเพื่อการกระจายอย่างเป็นธรรมแต่ปัญหาด้านความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนยังคงดำรงอยู่จะเห็นได้จากความหนาแน่นของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลปฏิบัติงานในกรุงเทพฯ สูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณ 5 - 10 เท่าการขาดแคลนแพทย์ในชนบทยังเป็นปัญหาที่สำคัญถึงแม้จะมีเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและพยาบาลเป็นผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิในชนบท แต่อย่างไรก็ตามมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และบุคลากรระดับวิชาชีพอื่นในระดับที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบุคลากรระดับวิชาชีพ

1.2.3 ความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงานและระบบการสนับสนุนแม้มีการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อจูงใจบุคลากรในการทำงาน ได้แก่ การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน และการสร้างแรงจูงใจต่างๆ โดยได้นำมาตรการจูงใจที่ไม่เป็นตัวเงิน ได้แก่ โอกาสในการศึกษา ฝึกอบรมมาตรการด้านสังคม เป็นต้น และแรงจูงใจด้านการเงิน เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนต่างๆ ให้กับกลุ่มวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตามยังพบว่ายังมีการโยกย้ายออกจากชนบทในกลุ่มแพทย์ และทันตแพทย์ซึ่งเกิดจากความไม่พึงพอใจในระบบการบริหารจัดการ ความต้องการการศึกษาต่อภาระงานที่มากเกินไป และรายได้ซึ่งต่ำกว่าภาคเอกชนมาก นอกจากนี้การสร้างแรงจูงใจด้านการเงินนั้นจำเป็นจะต้องให้เกิดปัญหาความไม่เท่าเทียมในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ เช่นบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ซึ่งการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันนั้นประเด็นเรื่องการรักษากำลังคนดูเหมือนจะมีความสำคัญมากกว่าการกระจายกำลังคน (Lerberghe, Adams, & Ferrinho, 2000)

1.2.4 การขาดกลไกการผลักดันเชิงนโยบายการพัฒนาระบบกำลังคนที่ผ่านมาขาดความต่อเนื่องเนื่องจากกำลังคนด้านสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ รัฐและเอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน เป็นต้น ดังนั้นมีความจำเป็นต้องมีกลไกอิสระที่มีบทบาทหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ การวางแผน การควบคุมและประเมินผล โดยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

1.2.5 การขาดการเชื่อมโยงระหว่างการวางแผนกำลังคนและการผลิตการขาดการเชื่อมโยงระหว่างสถาบันการผลิตและระบบสาธารณสุขนั้นส่งผลต่อการผลิตที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ และส่งผลต่อปัญหาการขาดแคลนในบางวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาลในขณะที่บางวิชาชีพ เช่น ทันตแพทย์ และเภสัชกรมีแนวโน้มจะเต็มอัตรากำลังที่ได้รับการจัดสรรในภาครัฐ

1.2.6 การขาดองค์ความรู้ในการสนับสนุนการวางแผนกำลังคนการวางแผนกำลังคนในการวางแผนกำลังคนยังมีช่องว่างขนาดใหญ่ของความรู้และข้อมูลเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์กำลังคน (Lerberghe, Adams, & Ferrinho, 2000) การวางแผนกำลังคนที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนและองค์ความรู้ที่รวบรวมและศึกษาอย่างเป็นระบบที่ทันสถานการณ์เพื่อประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบาย วางแผน ตลอดจนทั้งการพัฒนาระบบกำลังคนให้ดียิ่งขึ้น แม้ปัจจุบันจะมีงานวิจัยด้านกำลังคนอยู่ในระดับหนึ่งแต่เนื่องจากบริบทแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและปัญหาการขาดกลไกในการผลักดันงานวิจัยอย่างสม่ำเสมอและการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบทำให้การพัฒนางานวิจัยด้านนี้และการเชื่อมโยงไปสู่การกำหนดนโยบายขาดความต่อเนื่อง

1.2.7 การผลิตกำลังคน โดย สบข. มีการดำเนินการและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการตอบสนองนโยบายของผู้บริหารระดับสูงที่มีการเปลี่ยนแปลงตามสภาวะการเมืองในระยะสิบปีที่ผ่านมา จำนวนการผลิตและเป้าหมายการผลิตแต่หลักสูตร อ้างอิงจากกำลังความสามารถของบุคลากร ความพร้อมของสถาบันการศึกษาทั้งห้องเรียน ที่พักที่มีอยู่ การปรับเปลี่ยนหลักสูตรการผลิตเพื่อเพิ่มสมรรถนะและวุฒิการศึกษาให้บัณฑิตทั้งจาก 2 ปี เป็น 4 ปี โดยวิทยาลัยมีความพร้อมของอาจารย์ที่สำเร็จการศึกษาทั้งในและต่างประเทศในระดับที่สูงขึ้นและความพร้อม

ในการพัฒนาให้หลักสูตรมีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้โดยมีความต้องการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นกรอบและหลักการในการประเมินจำนวนการรับมาผลิต

1.2.8 ปัจจัยภายนอกที่กระทบการผลิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีหลายปัจจัย โดยเฉพาะการเปิดหลักสูตรต่างๆ อย่างเป็นอิสระของสถาบันการศึกษาอื่นๆ ทั้งเอกชน และรัฐบาลที่ผลิตบุคลากรสุขภาพบางสาขาที่ทับซ้อนกับสถาบันพระบรมราชชนก เช่น สาธารณสุขศาสตร์ สาธารณสุขชุมชน ทำให้บัณฑิตสาธารณสุขชุมชนล้นเกินความต้องการของพื้นที่อย่างไม่มีเป้าหมาย ต่อเนื่องด้วยนโยบายการรับบรรจุเข้ารับราชการหรือกรอบตำแหน่งที่จะสามารถรับผลผลิตตามหนังสือจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ที่ นร 1004.2/30 ลงวันที่ 18 พฤษภาคม 2558 และ นร 1004.2/31 ลงวันที่ 18 พฤษภาคม 2558 ทำให้กระทบต่อทั้งความเชื่อมั่นในการทำงานของผู้สำเร็จการศึกษาหรือผู้ที่เข้ามาศึกษา ทำให้ยอดการเข้ามาศึกษาในแต่ละหลักสูตรไม่มีความแน่นอนในทุกวิทยาลัย รวมทั้งนโยบายการกระจายอำนาจการปกครองสู่ส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดการแสวงหาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการผลิต และการจ้างงานกำลังคนด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป ต่างก็ส่งผลต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีทักษะที่ค่อนข้างเฉพาะ

จากสิ่งที่กล่าวมา เห็นได้ว่าการศึกษาวិเคราะห์ความต้องการบุคลากรสุขภาพสาขาต่างๆ ไม่ทันต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ข้อมูลสนับสนุนในการพิจารณาเป็นข้อมูลเชิงปริมาณด้านเดียว และยังขาดการวิเคราะห์ด้านการกระจายกำลังคน ทำให้การวางแผนและกำหนดกรอบความต้องการกำลังคน 3 สาขา ขาดข้อมูลสนับสนุนทั้งด้านการกระจายและด้านข้อมูลเชิงคุณภาพที่บุคลากรในพื้นที่ที่เป็นทั้งผู้บริหารทุกระดับ ผู้ปฏิบัติงานและประชาชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ว่ามีความต้องการบุคลากรสุขภาพประเภทใดบ้างและมีคุณลักษณะ สมรรถนะอย่างไรบ้างในชุมชน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาเพื่อเติมเต็มและสามารถเป็นข้อมูลสนับสนุนสำหรับการวางแผนกำลังคนและการผลิต ของสถาบันการผลิตและระบบสาธารณสุขได้

1.3 สถานการณ์และแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2550) ได้ทำการวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์และแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย มีรายละเอียด ดังนี้

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงของบริบทที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ด้านนโยบายการค้าโลก ด้านสังคม และการปฏิรูปต่างๆ ตลอดทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา

1.3.1.1 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจภายหลังยุควิกฤติเศรษฐกิจปี 2540 ทำให้การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้นในขณะเดียวกันนโยบายการเปิดเสรีทางการค้าของประเทศและการที่รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้คนต่างชาติมารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อหวังผลทางด้านเศรษฐกิจ เป็นผลให้เกิดการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น โดยคาดการณ์ว่าในปี 2551 การดูแลผู้ป่วยต่างชาติต้องการแพทย์ประมาณร้อยละ 16 ของแพทย์ทั้งประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อahlของการไหลของบุคลากรสุขภาพ

จากภาครัฐสู่เอกชน จากข้อมูลการเพิ่มขึ้นของบุคลากรของแพทย์และพยาบาลของเอกชน พบว่า สัดส่วนของกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดย กลุ่มพยาบาลเพิ่มจากร้อยละ 9.1 ในปี 2530 เป็นร้อยละ 11.7 ในปี 2545

1.3.1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายและการปฏิรูปต่าง ๆ ความสำคัญกับการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง หนึ่งในบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ แม้ว่า พ.ร.บ. กระจายอำนาจยังไม่มีผลชัดเจนและความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามขั้นตอนใน พ.ร.บ. แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมากขึ้น ตัวอย่างรูปธรรมประการแรก การมีส่วนร่วมในการผลิตบุคลากร การจัดสรรทุนเพื่อสนับสนุนให้เกิดอัตรากำลังด้านสุขภาพในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. สนับสนุนทุนพยาบาลชุมชน ทันตภิบาล ทำให้เพิ่มโอกาสทางการศึกษาแก่คนในท้องถิ่นและกลับมาทำงานรับใช้คนในท้องถิ่นของตน ช่วยลดปัญหาความขาดแคลนและทำให้บุคลากรคงอยู่ในพื้นที่ ประการที่สอง การบริหารจัดการกำลังคนโดยมีรูปแบบการจ้างงานและสถานะที่มีรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การเป็นเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเป็นบุคลากรของชุมชนดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น จ้างงานโดยชุมชนท้องถิ่น ทำให้ลดภาระทั้งในด้านงบประมาณอัตราค่าจ้างของภาครัฐที่ไม่พอเพียง และยังช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนและทำให้บุคลากรคงอยู่ในพื้นที่ได้ และประการที่สาม การจัดการบริการโดยท้องถิ่น พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสนใจและมีการลงทุนในการจัดบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเสริมให้เกิดบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 1,500 แห่ง โดยองค์กรท้องถิ่นเป็นผู้บริหารให้เกิดบริการดังกล่าว ซึ่งสิ่งเหล่านี้กระทบถึงระบบการผลิต การพัฒนาและการวางแผนกำลังด้านสุขภาพและจำเป็นต้องมีแนวทางที่ชัดเจนในด้านนี้

ปัจจัยอันเป็นผลจากเงื่อนไขของเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปและเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ได้ผลักดันให้ความสำคัญของการปฏิรูประบบราชการปรากฏเด่นชัดขึ้น การปฏิรูประบบราชการไทยได้กำหนดโครงสร้างการปรับปรุงกลไกและระบบต่างๆ ของภาครัฐ ดังนี้คือ กำหนดความจำเป็นของภารกิจภาครัฐตลอดจนโครงสร้างอำนาจ หน้าที่ในด้านสุขภาพ การปรับปรุงระบบการบริหารให้มีระบบงานบริหารที่คล่องตัวตอบสนองต่อชุมชนได้อย่างทันการณ์ โปร่งใส การปรับปรุงโครงสร้าง กลไกการบริหารที่มีประสิทธิภาพ มีขนาดเล็กกะทัดรัดมากขึ้นและง่ายต่อการปรับเปลี่ยน การปรับปรุงกลไกและกฎเกณฑ์ที่เอื้อต่อผู้บริหารมีอิสระในการบริหาร การปรับปรุงระบบราชการเพื่อให้เป็นข้าราชการมืออาชีพ มีคุณธรรมและคุณภาพ และมีศักยภาพในการบริหาร การปรับปรุงวัฒนธรรมและค่านิยมของราชการเน้นความสามารถ ความสุจริต คิดสร้างสรรค์และเพียงพอ และการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีเพื่อเอื้อต่อการทำงานให้มีสมรรถนะมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและการปฏิรูปต่างๆ นั้นส่งผลต่อระบบกำลังคน ดังนี้ ประการแรกผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และเทคโนโลยีของประเทศ ส่งผลให้ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้เกิดการเรียกร้องบริการและเกิดกรณีการร้องทุกข์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้น ประการที่สองจากผลของ

นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการรับบริการที่เกิดการเข้าถึงบริการของประชาชนเพิ่มขึ้น จากการสำรวจสุขภาพและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2544 (ก่อนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า) และ พ.ศ. 2545 (ระหว่างโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า) พบทิศทางการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมแสวงหาการบริการสุขภาพอย่างชัดเจน คือ อาจจะกล่าวได้ในเบื้องต้นว่าการพึ่งตนเองทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยลดลง โดยวิเคราะห์จากสัดส่วนของประชาชนที่ไม่ทำอะไรและรักษาตนเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยลดลง ร้อยละ 35 เป็น 29 และสัดส่วนผู้ใช้บริการที่สถานบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 71 นอกจากนี้การจัดระบบบริการสุขภาพโดยปรับอัตราค่าลังคนในศูนย์สุขภาพชุมชนตามสัดส่วนต่อประชากรส่งผลให้เกิดความต้องการค่าลังคนสูงขึ้น

นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมงานสร้างเสริมสุขภาพทุกระดับ ได้รับการให้ความสำคัญ โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการพัฒนาด้านการสร้างเสริมสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพจึงไม่จำกัด อยู่เฉพาะบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพนี้มีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน และในปัจจุบันนี้มีหลายภาคส่วนได้เข้ามาดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาคประชาชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายสุขภาพ ภาคประชาชน เครือข่าย/องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร ตลอดจนบุคลากรภาครัฐจากกระทรวงต่างๆ ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม เช่น ที่จังหวัดขอนแก่น มีองค์กรภาคประชาชน เอกชน และภาครัฐซึ่งมาจากหลากหลายกระทรวง ซึ่งขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างน้อย 22 เครือข่ายและในปัจจุบันนี้ สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณส่งเสริมและป้องกันโรคไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้องค์กรท้องถิ่นและภาคประชาชนได้เข้ามามีบทบาทในงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ซึ่งประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่า ทักษะและบทบาทของบุคลากรสุขภาพต้องเปลี่ยนไป โดยการทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นและภาคประชาชนมากขึ้น นอกจากนี้นโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้เน้นความสำคัญของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาพื้นบ้านให้เด่นชัดยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมในหลายด้าน

1.3.1.3 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยาส่งผลกระทบต่อค่าลังคนด้านสุขภาพ กล่าวคือ จากความสำเร็จในการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลงตามลำดับ และทำให้สัดส่วนการพึ่งพิงของประชากรในวัยเด็ก 0 - 14 ปี มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่อัตราส่วนในการพึ่งพิงของผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ ทั้งการพึ่งพิง การดูแลต่างๆ จะเพิ่มขึ้นและขณะเดียวกัน แนวโน้มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของคนไทย ได้แก่ หัวใจ มะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมบริโภค และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม แม้แนวโน้มผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยจะไม่เพิ่มมากขึ้น แต่จากนโยบายการขยายการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส อาจส่งผลให้ต้องจ่ายยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยถึงกว่า 2.5 แสนรายในปี 2551 ซึ่งเพิ่มภาระงานในระบบบริการสาธารณสุข ทำให้เกิดความต้องการบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลมากขึ้น นอกจากนี้ในระยะหลังมีการเกิดขึ้นของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เช่น SARS ไข้หวัดนก เป็นต้น ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อด้านการต้องการบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคมากขึ้นดังนั้นการพัฒนา

ระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยภายนอก ระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจและการเมือง การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายของรัฐบาล ตลอดจนสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไปนั้นระบบสุขภาพต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้บริการสาธารณสุขที่มีความเท่าเทียมในการเข้าถึง สอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่น มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายหลักคือการมีสุขภาพของประชาชน และมีประสิทธิภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายหลักคือการมีสุขภาพของประชาชน และระบบการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการ จำเป็นต้องมีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ โดยมีจำนวนที่เหมาะสม ศักยภาพ ความสามารถที่เหมาะสม มีการกระจายที่เหมาะสม และในต้นทุนที่เหมาะสมด้วย

1.3.2. สภาพปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพ การวางแผน การผลิตและการพัฒนากำลังคนที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน และมีผลผลิตเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง จากข้อมูลในปี 2543 และปี 2544 พบว่ามีจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพในระดับหนึ่ง เช่น มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการจำนวน 84,683 คน โดยมีสัดส่วนต่อประชากร 1:739 จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต้นที่ให้บริการจำนวน 28,839 คน โดยมีสัดส่วนต่อประชากร 1:2,177 ประชากร และได้มีแผนการผลิตทั้งส่วนภาครัฐและเอกชน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและได้ดำเนินการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ส่งต่อการดำรงอยู่ของปัญหาด้านกำลังคนบางประการและขณะเดียวกันก็เกิดปัญหาใหม่ๆ ตามขึ้นมา กล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

1.3.2.1 การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม แม้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพิ่มการผลิตในบุคลากรสุขภาพ การใช้มาตรการการคัดเลือกผู้เรียนที่มีภูมิลำเนาท้องถิ่นซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้ข้างได้ผลดีในกลุ่มพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขระดับต้น มาตรการการทำสัญญาปฏิบัติงานชดเชยทุนซึ่งมีผลในการเพิ่มบุคลากรเข้าไปสู่ชนบทในกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร และมีความพยายามใช้เครื่องมือระบบข้อมูลทางภูมิศาสตร์มาช่วยในการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ แต่ปัจจุบันปัญหาด้านความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนยังคงดำรงอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายกำลังคนทางภูมิศาสตร์ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าความขาดแคลนแพทย์ในชนบทยังเป็นปัญหาที่สำคัญ ความหนาแน่นของแพทย์และพยาบาลในกรุงเทพฯ สูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณ 10 เท่า การขาดแคลนแพทย์ในชนบทก็ยังคงเป็นปัญหาที่ชัดเจน ดังจะเห็นได้จากในปี พ.ศ. 2540 มีโรงพยาบาลอำเภอ 21 แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำนอกจากนั้นปัญหาที่ยังดำรงอยู่และจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นคือ การกระจายกำลังคนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งพบว่าในช่วง ปี พ.ศ. 2545 มีแพทย์ออกจากภาคราชการ ร้อยละ 32.2

บุคลากรให้บริการระดับปฐมภูมิในปัจจุบันนี้ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนยังคงเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ของสถานีอนามัย ในปัจจุบันเริ่มมีพยาบาลวิชาชีพและทันตภิบาลไปอยู่ในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ และในอนาคตจะเริ่มมีแพทย์ไปอยู่ประจำด้วย โดยเฉพาะสถานีอนามัยในเขตชุมชนเมือง ใน พ.ศ. 2546 มีสถานีอนามัยทั้งประเทศจำนวน 9,765 แห่ง มีเจ้าหน้าที่รวมทั้งสิ้น 28,839 คน เฉลี่ยสถานีอนามัยละ 3.0 คน อัตราส่วนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต่อประชากรมีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ กล่าวคือ เปลี่ยนจาก 1:2,421 คน ใน พ.ศ. 2530 เป็น 1:1,762 คน

ใน พ.ศ. 2546 โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยกระจุกตัวอยู่ในภาคกลางและภาคใต้มากที่สุด อย่างไรก็ตาม ช่องว่างระหว่างภาคต่างๆ ก็มีแนวโน้มลดลง

ปัญหาการกระจายกำลังคนนั้น ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการวางแผนกำลังคนนั้นเป็นการวางแผนแบบรวมศูนย์จากส่วนกลางอาจจะขาดความสอดคล้องกับระดับพื้นที่ การขาดการคำนึงถึงความต้องการของภาคเอกชนและความต้องการบริการที่เปลี่ยนไป และการวางแผนแยกเฉพาะวิชาชีพโดยขาดการให้ความสำคัญกับการผสมผสานทักษะหรือการทำงานทดแทนกันได้บางส่วน (skill mix) เช่น แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป แพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติ/พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์และทันตภิบาล เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าขาดการวางแผนสัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสม สัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางมีสัดส่วนที่สูงกว่าแพทย์ทั่วไปมาก ซึ่งถ้าหากมีกลไกการกระจายงานจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสูงแต่ต้นทุนการผลิตสูงสู่บุคลากรระดับต่ำกว่าแต่สามารถปฏิบัติงานทดแทนได้บางอย่าง จะทำให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่าง เช่น ต้นทุนในการผลิตแพทย์ 1 คน สามารถผลิตพยาบาลได้ถึง 11 คน

1.3.2.2 การขาดแคลนกำลังคน กระทรวงสาธารณสุขมีแผนเพิ่มการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนและการกระจาย ทั้งนี้ แผนการเพิ่มการผลิตจะเป็นไปตามแผนความต้องการที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณา ส่งผลให้สภาวะการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันดีขึ้น เมื่อเทียบกับอดีตในบางวิชาชีพแต่ยังมีบางวิชาชีพที่ปัญหาการขาดแคลนยังคงเป็นปัญหาที่ต่อเนื่อง เช่น การขาดแคลนแพทย์และพยาบาลเป็นจำนวนมาก ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายการรับยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ทุกคน อุบัติการณ์ของโรค SARS ใช้หวัดนก การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุตลอดทั้งการเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างด้าว ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้เกิดความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น และในขณะเดียวกันนโยบายของรัฐบาลในการส่งเสริมชาวต่างชาติมารับบริการในประเทศไทย และกิจการของสถานพยาบาลเอกชนได้เริ่มฟื้นตัวขึ้นมา ทำให้เกิดกระทบต่อการเพิ่มขึ้นของความต้องการด้านสุขภาพ ปัจจัยข้างต้นนี้ส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพโดยตรงคือการย้ายออกจากสถานบริการของรัฐ โดยเฉพาะชนบทสู่สถานบริการของเอกชน ในบางกลุ่มวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ซึ่งจากการสำรวจของสถาบันพระบรมราชชนกพบว่า 23% ของพยาบาลจบใหม่ลาออกของนักเรียนทุนพยาบาลไปปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลเอกชนหรือเขตเมืองทำให้เกิดการขาดแคลนกำลังคนโดยเฉพาะในเขตชนบท

1.3.2.3 ความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงานและระบบการสนับสนุน การจัดระบบสนับสนุนในการทำงานที่เหมาะสมเพื่อให้บุคลากรสุขภาพสามารถดำรงอยู่และปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพนั้นเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ระบบสนับสนุนควรมีทั้งการจัดระบบสนับสนุนขององค์กร และการสร้างแรงจูงใจที่เป็นแรงจูงใจด้านการเงินและแรงจูงใจที่ไม่ใช่เงิน ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการต่างๆ ที่จูงใจบุคลากรในการทำงาน ได้แก่ การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมือ อุปกรณ์ ซึ่งพบว่าค่อนข้างเพียงพอในด้านการสร้างแรงจูงใจนั้น ได้นำมาตรการจูงใจด้านการเงิน เช่น รัฐได้มีมาตรการ การเพิ่มค่าตอบแทนต่างๆ ให้กับกลุ่มวิชาชีพโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ แต่มาตรการดังกล่าว

ได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่ยังมีปัญหาความไม่เท่าเทียมของการได้รับในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ในด้านแรงจูงใจที่ไม่เป็นเงินที่รัฐจัดสนับสนุนนั้น ได้แก่ โอกาสในการศึกษา/ฝึกอบรม มาตรการด้านสังคม เช่น การให้รางวัล เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ปัญหาด้านการจัดระบบสนับสนุนและจูงใจบุคลากรก็ยังคงปรากฏ เนื่องจากการวางแผนกำลังคนที่ผ่านมานั้นมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มจำนวนคนโดยเฉลี่ยในด้านการบริหารจัดการ การกำลังคนเพื่อธำรงรักษาบุคลากรและเพื่อก่อนให้เกิดผลิตภาพสูงสุด การพัฒนาบุคลากรระหว่างประจำการในช่วงที่ผ่านมา มักจะมุ่งเน้นการอบรมระยะสั้นในแนวตั้งตามความต้องการในแผนงานและโครงการต่างๆ โดยไม่มีการผสมผสานและสอดคล้องกับความต้องการขององค์กร และละเลยการสร้างแรงจูงใจในการที่จะทำให้บุคลากรสามารถดำรงอยู่อย่างมีความสุข และสามารถก่อให้เกิดผลิตผลสูงสุดต่อองค์กรได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาการย้ายออกในกลุ่มแพทย์และทันตแพทย์ พบว่าความไม่พึงพอใจในระบบการบริหารจัดการเป็นปัจจัยสำคัญในการเป็นแรงผลักดันให้บุคลากรย้ายออกจากชนบท นอกเหนือจากความต้องการการศึกษาต่อ ภาระงานที่มากเกินไปและรายได้ ซึ่งรายได้พบว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการย้ายออกจากชนบทหรือภาครัฐเนื่องจากมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างรายได้ในภาครัฐและเอกชน ในบางกลุ่มวิชาชีพ

นอกจากนั้น กลุ่มบุคลากรระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นกลุ่มที่เป็นด่านหน้าของระบบบริการสาธารณสุข แต่กลับเป็นบุคลากรที่ถูกละเลย จากการศึกษาของ อรุณ บุญหนา พบว่า เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยอัตราการย้าย 13.5% โดยปัจจัยหลักในการย้ายเนื่องมาจากความไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้นๆ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้แจ้งความประสงค์ขอย้ายถึง 50% และมีเฉพาะบางส่วนที่สามารถย้ายได้สำเร็จ ซึ่งปัญหาเหล่านี้สมควรได้รับการแก้ไข ซึ่งอาจเป็นตัวชี้วัดถึงความต้องการระบายการสนับสนุนและแรงจูงใจที่เหมาะสม

1.4 ปัญหาด้านกลไกการวางแผน การผลิต และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ จากปัญหาด้านกำลังคนที่กล่าวมาข้างต้น สาเหตุหลักในด้านกลไกที่สำคัญที่ส่งผลต่อปัญหาดังกล่าว อาจกล่าวสรุปได้ดังนี้

1.4.1 การขาดกลไกการผลักดันเชิงนโยบาย ในช่วงปี พ.ศ. 2524 - 2537 ได้มีมติคณะรัฐมนตรีให้ “คณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข” ขึ้น โดยความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ และมี “ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข” เป็นเลขานุการกิจ เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2538 - 2539 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ได้ร่วมกันจัดทำโครงการวิจัยด้านการคาดการณ์กำลังคนในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ทำให้เกิดองค์ความรู้ในการคาดการณ์กำลังคนและมีเครือข่ายนักวิชาการ และต่อมาได้มีการดำเนินกิจกรรมในด้านการเผยแพร่องค์ความรู้ในระดับนานาชาติ ได้แก่มีการจัดทำวารสารวิชาการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health Development) ในปี พ.ศ. 2540 และจัดให้มีการจัดสัมมนาเพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่กลุ่มนักวิชาการ ซึ่งกิจกรรมทั้งหลายเหล่านี้เป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์การสร้างบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านกำลังคนและกระตุ้นให้บุคลากรหลายฝ่ายได้ตระหนักถึงความสำคัญของกำลังคน และเพื่อสร้างกลไกเชื่อมโยงระหว่างองค์ความรู้และการผลักดันนโยบาย อย่างไรก็ตาม

เนื่องจากการขาดกลไกที่เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ในการประสานงาน ติดตามและประเมินผล จึงทำให้การดำเนินงานด้านนี้ขาดความต่อเนื่อง

เนื่องจากกำลังคนด้านสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ รัฐและเอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เป็นต้น ดังนั้นมีความจำเป็นต้องมีกลไกอิสระที่มีบทบาทหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ พร้อมกับจัดเวทีสำหรับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในกระบวนการวางแผนการควบคุมและประเมินผล เพื่อให้ระบบกำลังคนมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ

1.4.2 การขาดการเชื่อมโยงระหว่างการวางแผนกำลังคนและการผลิต กำลังคนด้านสุขภาพของไทยนับว่ามีคุณภาพที่ดี ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการได้นักศึกษาคุณภาพดี มีระบบการสาธารณสุขที่เป็นฐานการผลิตที่ดี และมีการพัฒนาสถาบันการศึกษาอย่างต่อเนื่อง แต่การขาดกลไกการประสานระหว่างสถาบันการผลิตและระบบสุขภาพสาธารณสุขนั้น ส่งผลต่อการผลิตที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการ ของระบบสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อปัญหาการขาดแคลนในบางวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ในขณะที่บางวิชาชีพ เช่น ทันตแพทย์ มีแนวโน้มจะเต็มตำแหน่งที่ได้รับการจัดสรรในภาครัฐ และเภสัชกรมีแนวโน้มจะเกินความต้องการ การคาดการณ์ความต้องการ และการผลิตของทันตแพทย์ใน 20 ปีข้างหน้ามีความเพิ่มขึ้นในระหว่างปี 2543 ถึง ปี 2553 และตั้งแต่ปี 2553 ถึง 2558 ความต้องการมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ในขณะที่การผลิตก็ยังดำเนินอยู่คงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในกรณีเช่นนี้หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนด้านความต้องการ หรือด้านการผลิตแล้ว เห็นได้ชัดว่าจะเกิดการล้นงานของทันตแพทย์

ในขณะที่ระบบสุขภาพต้องการบุคลากรให้บริการระดับชุมชน แต่การผลิตยังคงมุ่งเน้นไปที่การผลิตกำลังคนเฉพาะทางระดับสูง เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นปัญหาความไม่สอดคล้องกันระหว่างการผลิตและความต้องการของระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม มีความพยายามในการพัฒนาระบบการผลิตที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ ซึ่งที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ การผลิตบุคลากรพยาบาลและบุคลากรสุขภาพของวิทยาลัยพยาบาล 30 แห่ง และวิทยาลัยสาธารณสุข 7 แห่ง ซึ่งได้มีการใช้กลวิธี การคัดเลือกจากชุมชน การจัดการเรียนการสอนใกล้บ้านและเน้นชุมชน และหลังจากสำเร็จการศึกษาได้กลับไปปฏิบัติงานในชุมชนซึ่งพบว่ากลวิธีนี้สามารถเพิ่มบุคลากรในชุมชนได้และอัตราการคงอยู่สูง ได้มีความพยายามใช้กลวิธีนี้ในการผลิตแพทย์เพื่อชุมชนบท โดยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากผลการประเมิน พบว่ามีแพทย์ซึ่งยังปฏิบัติงานที่ชนบทภายหลังจากจบการศึกษา 3 ปี ร้อยละ 68 ในระหว่างปี พ.ศ. 2538 - 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชุมชนบทจำนวน 3,000 คน โดยใช้หลักการการคัดเลือกจากท้องถิ่น การจัดการเรียนการสอนใกล้ชิดกับท้องถิ่น และปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่น การจัดการเรียนการสอนใกล้ชิดกับท้องถิ่น และปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่นหลังจบการศึกษา อย่างไรก็ตามยังไม่พบผลการประเมินโครงการดังกล่าว

1.4.3 การขาดองค์ความรู้ในการสนับสนุนการวางแผนกำลังคน การวางแผนกำลังคนที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารด้านระบบสุขภาพและระบบกำลังคนที่ทันสมัยการณเพื่อประกอบการตัดสินใจ และขณะเดียวกันต้องการองค์ความรู้จากการวิจัยและ

การรวบรวมอย่างมีระบบเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบาย วางแผน ตลอดจนการพัฒนา
ระบบกำลังคนให้ดียิ่งขึ้น ในด้านระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพนั้น ปัญหาที่พบในปัจจุบันนี้
ได้แก่ ข้อมูลมีการจัดเก็บโดยหลายหน่วยงาน ซึ่งมีประมาณ 15 หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลทั้งหมด
และนอกจากนั้นพบว่า ขาดความเชื่อมโยงของข้อมูล ข้อมูลซ้ำซ้อน และไม่ตรงกัน ตลอดจนการขาด
ระบบการจัดการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดนโยบาย

แม้ปัจจุบันจะมีงานวิจัยด้านกำลังคนเพิ่มขึ้นในระดับหนึ่ง เช่น มีการศึกษา
การวางแผนกำลังคนในกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์และทันตบุคลากร บุคลากรด้าน
เวชกิจฉุกเฉิน พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สถานอนามัย และบุคลากรอื่นๆ แต่บริบทแวดล้อม
มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และปัญหาการขาดกลไกในการประสานงานและติดตามผลตลอด
ทั้งผลักดันงานวิจัยอย่างสม่ำเสมอ และการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้การพัฒนางานวิจัย
ด้านนี้และการเชื่อมโยงไปสู่การกำหนดนโยบายขาดความต่อเนื่อง นอกจากนั้นความสนใจ
ในด้านกำลังคนด้านสุขภาพของผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้อง ยังมีอยู่ในวงจำกัด จึงมี
ความจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมในกระบวนการวางแผน
กำลังคน ติดตามประเมินและพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

สิ่งจำเป็นในการกำหนดทิศทางการวางแผน พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอีกทั้งให้เกิดมี
ระบบติดตามประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพอย่างรอบด้านทุกมิติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง
ให้มีการประสานในองค์กร หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง บูรณาการในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ
เพื่อร่วมกันพัฒนาให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการและแนวทาง เพื่อให้สามารถแก้ปัญหากำลังคน
ในปัจจุบันและรองรับสถานการณ์ในอนาคต ตลอดจนการวางทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

1.4.4 มาตรการต่างๆ ที่ใช้ในอดีตที่ใช้แก้ไขปัญห ประเทศไทยมีความพยายาม
ในการแก้ไขปัญหาระบบกำลังคนด้านสุขภาพมาตลอด โดยสรุปได้ดังนี้

1.4.4.1 มาตรการด้านอุปทาน (Supply side)

(1) มาตรการด้านการศึกษา

ก. การเพิ่มกำลังการผลิต การพัฒนางานสาธารณสุขในยุคการพัฒนา
สาธารณสุขในชนบท ประเทศไทยมีความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก รัฐจึงได้มี
นโยบายการผลิตบุคลากรในกลุ่มต่ำกว่าปริญญาและบุคลากรเหล่านี้กระจายออกไปปฏิบัติงานยังพื้นที่
ชนบททั่วประเทศ ต่อมาการพัฒนางานสาธารณสุขเจริญก้าวหน้าและมีความต้องการด้านสุขภาพ
ที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น รัฐได้มีนโยบายผลิตบุคลากรในส่วนวิชาชีพเฉพาะเพิ่มขึ้นและกระจายสถาบัน
การผลิตออกไปในส่วนภูมิภาคมากขึ้น

ข. การคัดเลือกบุคลากรจากพื้นที่ชนบท รัฐได้มีนโยบายการคัดเลือก
นักเรียนจากพื้นที่ชนบท เข้ามาเรียนในสถาบันการศึกษาที่ตั้งในส่วนภูมิภาค และภายหลังจบ
การศึกษาแล้ว ให้กลับไปทำงานในภูมิลำเนาของตนเอง ใช้ในกลุ่มวิชาชีพที่กระทรวงสาธารณสุขผลิต
เอง ได้แก่ พยาบาล เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น ผลการดำเนินการพบว่า บุคลากรกลุ่ม
ดังกล่าวมีอัตราคงอยู่ในพื้นที่ชนบทสูง ทำให้การกระจายตัวมีประสิทธิภาพ ในส่วนของแพทย์
ในปี 2538 กระทรวงสาธารณสุขได้มี “โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท” ในการผลิตแพทย์

เพิ่มอีกปีละ 300 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกจากระดับพื้นที่ โดยใช้การเรียนการสอนในชั้นคลินิก ในโรงพยาบาล ศูนย์ในพื้นที่ของนักศึกษา และจบออกมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

ค. การปฏิรูประบบการเรียนการสอน ในการประชุมแพทยศาสตร์ ศึกษาครั้งที่ 4 ปี 2522 ได้มีกำหนดว่าทุกโรงเรียนแพทย์ต้องปรับหลักสูตรการศึกษา ในการผลิตบัณฑิตแพทย์ให้พร้อมในการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน

(2) การปรับสัดส่วนวิชาชีพที่เหมาะสม รัฐได้มีการผลิตบุคลากรในระดับต่ำกว่าปริญญา และมีการเพิ่มศักยภาพบุคลากรเหล่านี้ เพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชนบท โดยเฉพาะในระดับสถานีอนามัย

1.4.4.2 มาตรการด้านอุปสงค์ (Demand side)

(1) มาตรการด้านการเงิน

ก. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข ในปี 2522 รัฐมีนโยบายพัฒนาพื้นที่ชนบท ทำให้เกิดการพัฒนาก้าวกระโดดของการขยายตัวของโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยทั่วประเทศ อีกทั้งยังมีการสนับสนุนด้านกำลังคน อุปกรณ์ ยานพาหนะและบ้านพักด้วย

ข. การทำสัญญาชดเชยทุน บุคลากรสาธารณสุขทั้ง แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลที่จบจากสถาบันการศึกษาของรัฐ จะต้องทำสัญญาไปปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ ส่วนใหญ่ในระดับโรงพยาบาลอำเภอ ทำให้ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา มีบุคลากรกลุ่มวิชาชีพ เฉพาะลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทจำนวนมาก แต่ในปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ มีแนวโน้มที่จะยกเลิกสัญญาโดยยินยอมที่จะเสียค่าปรับให้กับภาครัฐแทน

ค. การเพิ่มค่าตอบแทนในช่วงเวลาที่ผ่านมารัฐได้มีมาตรการการเพิ่มค่าตอบแทนต่างๆ ให้กับกลุ่มวิชาชีพโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจูงใจให้ปฏิบัติงานในภาครัฐ และในพื้นที่ชนบท แต่มาตรการดังกล่าวได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่ยังมีปัญหาความไม่เท่าเทียมของการได้รับในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ

(2) มาตรการทางสังคม เพื่อเป็นการจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทห่างไกล หลายหน่วยงานได้จัดให้มีรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น เพื่อเป็นการสนับสนุน ยกย่อง และเป็นตัวอย่างอันดีให้กับแพทย์กลุ่มอื่น ๆ

(3) ซึ่งในการจัดสรรกำลังคนให้เหมาะสมนั้นควรจะต้องมีการประเมินความต้องการสำหรับประชากรในแต่ละกลุ่ม ความสามารถและทักษะของบุคลากร (Competency- and skill-based needs assessment) ความต้องการการบริการและปัญหาของชุมชน และการนำนโยบายไปประยุกต์ใช้ นั่นคือต้องมีการประเมินและจัดการในด้าน 1) ความจำเป็น (Needs assessment) ซึ่งต้องประเมินลักษณะและสถานภาพด้านสุขภาพของประชากร และการระบุถึงการบริการที่ดีของแต่ละสมรรถนะความสามารถของบุคลากรด้านสาธารณสุขตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) สิ่งที่ต้องให้การบริการในระดับพื้นที่ (Regional service requirement) ซึ่งได้แก่ การกำหนดสมรรถนะของบุคลากรที่เทียบเท่ากับการทำงานเต็มเวลา (FTE competency requirement) และการกำหนดการให้การบริการของบุคลากรตามลักษณะสาขาวิชาชีพ (Deliver competency) และ 3) ด้านนโยบาย (Policy implications) โดยการเปรียบเทียบอุปสงค์

และอุปทาน (Demand and supply) การประเมินด้านทรัพยากรและการบริการ รวมทั้งการประเมินด้านการศึกษาและอบรมแก่บุคลากร (Segal & Leach, 2011)

(4) มาตรการอื่นหนึ่งที่แก้ไขปัญหากำลังคนคือนอกเหนือจากการผลิตกำลังคนที่พุ่งเป้าไปที่ Skill mix มีการผลิตแบบเน้นการทำงานทดแทน (Task shifting) เข้ามาด้วย เช่น การผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติให้ทำงานแทนแพทย์ ฉุกเฉิน รพสต. งานบางอย่างของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาส่งเสริมให้แพทย์ทั่วไป พยาบาลหรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานแทนได้ ซึ่งการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ทันตสาธารณสุข และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนเป็นการผลิตแบบนี้ ซึ่งการผลิตที่มุ่งเน้น task shifting เป็นสิ่งจำเป็นในยุคเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและโรคเรื้อรัง การผลิตแบบนี้ให้ความคุ้มค่าสูงเพราะลงทุนไม่มากและให้ผลเร็ว แก้ปัญหาความไม่สมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทาน และการขาดบุคลากรจากการผลิตแบบ Skill mix

ส่วนที่ 2 การผลิตกำลังคน สาขาสาธารณสุขชุมชนสาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

ปัจจุบันการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชนสาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชกรรมจะผลิตโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขนอกจากนี้สาขาสาธารณสุขชุมชนจะมีบางสถาบันนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผลิตบุคลากรสาขานี้เข้าสู่ระบบ ซึ่งจะเน้นอัตลักษณ์ของสถาบันแตกต่างกัน จำนวนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา ที่ผลิตโดยกระทรวงสาธารณสุขในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาแสดงได้ ดังตาราง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนการผลิตกำลังคนด้านสาขาสาธารณสุข ทันตสาธารณสุข และเทคนิคเภสัชกรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร กระทรวงสาธารณสุข ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา

หลักสูตร	จำนวนการผลิตแต่ละปี					
	2553	2554	2555	2556	2557	2558
สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน	148	110	120	98	91	48
สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข	-	-	26	37	-	39
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุข ศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน)	741	652	622	565	ปิดหลักสูตร	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข)	339	376	327	397	1566	160
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม)	310	273	294	260	248	249

ที่มา: กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2558

ลักษณะทั่วไปของการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข ทันตสาธารณสุข และเทคนิคสัตวกรรม มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความเป็นมาของหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข และเทคนิค สัตวกรรม ของกระทรวงสาธารณสุข

2.1.1 หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน

สืบเนื่องจากในอดีตที่ศูนย์กลางการปฏิบัติงานเพื่อการส่งเสริมอนามัย การป้องกันโรคและการรักษาโรคตั้งอยู่ในท้องถิ่น และการดำเนินงานสาธารณสุขท้องถิ่นในชนบท คือ สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง และสถานีอนามัยชั้นสอง ซึ่งในปี พ.ศ. 2498 มีสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง 91 แห่ง สถานีอนามัยชั้นสอง 644 แห่ง และในปีต่อมา กรมอนามัยได้ขยายสาขาให้แพร่หลายมากยิ่งขึ้น ในชนบท จึงได้จัดให้มีการก่อสร้างเพิ่มเติมหรือยกฐานะสถานีอนามัยชั้นสองขึ้นเป็นชั้นหนึ่ง ระหว่าง พ.ศ. 2499 ถึง พ.ศ. 2504 โดยเพิ่มสถานีอนามัยชั้นหนึ่งขึ้นอีก 26 แห่ง สถานีอนามัยชั้นสอง 79 แห่ง และได้ยกฐานะสถานีอนามัยชั้นสองให้เป็นสถานีอนามัยชั้นหนึ่งรวม 31 แห่ง

ในการดำเนินงานสาธารณสุขท้องถิ่นนั้นเมื่อได้มีการขยายจำนวนสถานีอนามัยขึ้น แต่แพทย์และเจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอกับงานที่จะต้องดำเนินงานตามแผนและโครงการ กรมอนามัย จึงได้จัดให้มีการอบรมพนักงานอนามัยขึ้นที่ศูนย์ฝึกอบรมข้าราชการอนามัย จังหวัดชลบุรี ซึ่งศูนย์นี้ได้ตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2494 เพื่ออบรมความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่อนามัยทุกประเภทโดยความร่วมมือขององค์การบริหารเพื่อความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา

พ.ศ. 2500 เริ่มการศึกษาตามหลักสูตรการศึกษาสำหรับพนักงานอนามัยเป็นรุ่นแรก ตามหลักสูตร 1 ปี (ภาควิชาการ 4 เดือน ภาคปฏิบัติ 8 เดือน) ใช้ชื่อหลักสูตรว่า “หลักสูตรพนักงานอนามัย” โดยรับผู้มีความรู้ ม.6 (ม.ศ.3) เข้าศึกษาจนถึงปี 2504

พ.ศ. 2504 เริ่มจัดการศึกษาหลักสูตรวิชาพนักงานอนามัยตรี ที่ศูนย์อนามัย และแสดงการปฏิบัติงานอนามัย จังหวัดชลบุรีเป็นรุ่นแรก จำนวน 12 คน เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศ ต่อมาศูนย์อบรมและแสดงการปฏิบัติงานอนามัย จังหวัดชลบุรี ได้ย้ายมาสังกัดกองการศึกษา และฝึกอบรม กรมอนามัย หลักสูตรพนักงานอนามัยได้มีการปรับปรุงและพัฒนาตลอดเวลาโดยยึดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะให้กำลังคนระดับต้นมีความรู้ความสามารถอย่างกว้างขวาง เพื่อช่วยเหลือประชาชนที่อยู่ในชนบท ซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศโดยเน้นความรู้ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และส่งเสริมสุขภาพอนามัย อันจะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น

ต่อมา พ.ศ. 2511 ได้ขยายหลักสูตรเป็น 1 - 1/2 ปี ใช้ชื่อหลักสูตรว่า “หลักสูตรพนักงานอนามัย” เพื่อเพิ่มขีดความสามารถด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้น

พ.ศ. 2515 เป็นปีเริ่มต้นของการดำเนินงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) ด้านสาธารณสุข มีพระราชกฤษฎีกาการแบ่งส่วนราชการ ทำให้กองการศึกษาและฝึกอบรมมาอยู่ในสังกัดกรมการแพทย์และอนามัย เปลี่ยนชื่อเป็นกองการศึกษา ผนวกเอางานการฝึกอบรมพยาบาลเข้ามาอยู่ในงานด้วยจึงมีหน้าที่ผลิตพนักงานอนามัย ทันตภิบาล ผู้ช่วยพยาบาล และจิตเวช นอกจากการผลิตแล้วยังมีหน้าที่ฝึกอบรมประจำการให้กับอนามัยอำเภอ

พนักงานอนามัยตรี อบรมระยะสั้นอื่นๆและการจัดการเกี่ยวกับการลาศึกษาต่อของบุคลากรสาธารณสุข

พ.ศ. 2517 มีการปรับเปลี่ยนกรม กองต่างๆในกระทรวงสาธารณสุขครั้งใหญ่ กองการศึกษาได้เปลี่ยนชื่อเป็นกองฝึกอบรมและย้ายมาสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2520 ได้มีการปรับปรุงหลักสูตรพนักงานอนามัยใหม่ เป็นหลักสูตร 2 ปี ชื่อหลักสูตรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยรับผู้สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 (ม.ศ.3) ผู้เรียนจบหลักสูตรนี้จะได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพและเทียบเท่าชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.3) มีอายุระหว่าง 12 - 14 ปี ซึ่งถ้าหากรับเข้ามาเรียนหลักสูตรพนักงานอนามัย 2 ปีแล้วอายุยังไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเข้ารับราชการได้ อนึ่งผู้จบหลักสูตรนี้ต้องทำงานมีหน้าที่รับผิดชอบต่อชีวิตของประชาชน หากรับผู้ที่มิวุฒิภาวะต่ำอาจทำให้การตัดสินใจ ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ตลอดจนความเชื่อถือจากประชาชนมีน้อยลง ประกอบกับในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ได้เน้นงานด้านสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลักและนโยบายของรัฐในการพัฒนาชนบทได้เน้นการพัฒนาชนบทแบบผสมผสานระหว่าง 4 กระทรวงหลัก โดยกำหนดบทบาทให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลเป็นผู้หนึ่งในขณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติงานพัฒนาชนบทระดับตำบล (คปต.) ซึ่งมีหน้าที่ให้คำแนะนำในการทำแผนพัฒนาระดับตำบลเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นและการพัฒนาคุณภาพของประชากรให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อถึงปี 2543

ดังนั้น พ.ศ. 2525 จึงมีการประกาศใช้หลักสูตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) เพื่อปรับปรุงคุณภาพและศักยภาพกำลังคนให้เหมาะสมกับหน้าที่ของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในชุมชนและสอดคล้องกับนโยบายพัฒนาชนบทของประเทศ หลักสูตรที่ปรับปรุงใหม่นี้จะรับผู้จบการศึกษาชั้นมัธยม ศึกษาตอนปลาย (ม.6 หลักสูตรใหม่) หรือผู้สำเร็จชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.ศ.5 หลักสูตรเดิม) และได้มีการพัฒนาหลักสูตรทั้งทางด้านเนื้อหาวิชาการและวิธีการสอน โดยในส่วนของเนื้อหาและวิธีการสอนได้มีการปรับปรุงใหม่โดยให้ผู้เรียนเรียนโดยวิธีการแก้ปัญหาและใช้วิธีการผสมผสานวิชาการต่างๆเข้าด้วยกันทั้งนี้เพื่อเน้นให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติหรือทำงานได้อย่างแท้จริงและเป็นหลักสูตรที่ใช้อยู่เป็นเวลาถึง 8 ปี

ในปี พ.ศ. 2534 กองฝึกอบรมได้พิจารณาให้มีการพัฒนา ปรับปรุงหลักสูตร โดยประเมินผลหาข้อมูลจากสถาบันผู้ผลิต คือ วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคฯ 4 แห่ง (ชลบุรี ขอนแก่น ยะลา พิชณุโลก) และข้อมูลอีกส่วนหนึ่งจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1-2 ซึ่งกำลังศึกษา ณ วิทยาลัยการสาธารณสุข ทั้ง 4 แห่ง และผลจากการวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรนี้พบว่า จำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตรมีมากถึง 104 หน่วยกิต เนื้อหาบางวิชาซ้ำซ้อน บางวิชาไม่ทันสมัย เนื้อหาบางวิชาไม่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและนโยบายกระทรวงสาธารณสุข จึงได้พัฒนาปรับปรุงหลักสูตรใหม่ให้เหมาะสมและทันสมัยมากยิ่งขึ้นโดยพิจารณาเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตร พ.ศ. 2532 ของทบวงมหาวิทยาลัย โดยจัดหมวดหมู่วิชาใหม่และจัดรายวิชาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะงานศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข งานวิเคราะห์และจัดทำสถิติข้อมูลทางวิชาการ รวมทั้งนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาฯ ที่สำคัญในเรื่องการยกระดับคุณภาพการบริการสาธารณสุขทุกระดับและปรับปรุงระบบการส่งต่องานวิจัยและการพัฒนาสาธารณสุข บนรากฐานของ

การพึ่งตนเองให้มากขึ้นในระยะยาว นอกจากนี้ยังปรับปรุงให้สอดคล้องกับการพัฒนางานด้านกฎหมายสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค การปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ประกาศและระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวกับกฎหมายอาหาร ยา และการควบคุมโรคที่สำคัญ เช่น โรคเอดส์ จึงได้พัฒนาหลักสูตรนี้ขึ้น ใช้ชื่อหลักสูตรว่า “หลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2534)”

ต่อมา ปี 2536 กองฝึกอบรมได้เปลี่ยนโครงสร้างหน่วยงานมารวมกับกองงานวิทยาลัยพยาบาลเป็นสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่อมาได้รับพระราชทานนามเป็น “สถาบันพระบรมราชชนก”

ในปี พ.ศ. 2537 จึงได้มีการปรับปรุงหลักสูตรการผลิตอีกครั้งหนึ่งและประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2538 ใช้ชื่อหลักสูตรว่า “หลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2538” เพื่อให้สามารถจัดการศึกษาได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องยิ่งขึ้น

ในปี 2540 วิทยาลัยการสาธารณสุขได้มีการวางแผนพัฒนาหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ให้เป็นหลักสูตรระดับปริญญาตรีโดยแสวงหาความร่วมมือกับสถาบันอุดมศึกษาต่าง ๆ บนพื้นฐานความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วน (Partnership) ในการร่วมมือกัน โดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลกร่วมมือกับมหาวิทยาลัยนเรศวร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรีร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมหิดล โดยเริ่มผลิตแต่ละ 50 คน

จะเห็นได้ว่าพัฒนาการของหลักสูตรสาธารณสุขชุมชนได้มีการเปลี่ยนแปลงและมีความต่อเนื่องมาโดยตลอดเพื่อให้สามารถผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถออกไปปฏิบัติงานในระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงอันเป็นจุดเด่นที่มีความสำคัญอย่างมากในการจัดการศึกษาสาขานี้

ลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ที่จบหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน

จะทำหน้าที่เกี่ยวกับการศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย สืบค้น รวบรวมข้อมูลทางวิชาการ เบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การควบคุม ป้องกันโรคทางสุขภาพ การดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพ การศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม พัฒนาระบบกลไก การบังคับใช้กฎหมาย การสรุปรายงานเกี่ยวกับการดำเนินงาน เพื่อรายงานผู้บังคับบัญชา การติดตามการวิเคราะห์งานด้านสาธารณสุข การพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขและด้านบริการสุขภาพ การประชาสัมพันธ์ จัดทำคู่มือ เอกสารวิชาการ ต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ด้านการป้องกันโรคและภัยทางสุขภาพ การวางแผนการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์การพัฒนาระบบงานสาธารณสุข รวมทั้งการให้บริการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย การสืบสวนโรค การติดตามสัมผัสโรค เพื่อการเฝ้าระวัง รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

2.1.2 หลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม

หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) มีการพัฒนาเริ่มมาจากหลักสูตรบุคลากรระดับผู้ช่วยเภสัชกรโดยสถาบันที่ผลิตแห่งแรกและเป็นสถาบันที่ผลิตในปี พ.ศ. 2518 คือโรงเรียนผู้ช่วยเภสัชกร โรงพยาบาลราชวิถีกรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข โดยรับผู้สำเร็จการศึกษาชั้น ม.ศ.3 เข้าเรียน 1 ปี ผู้สำเร็จการศึกษาจะได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ เนื่องจากความต้องการบุคลากรสายสนับสนุนงานทางด้านเภสัชกรรมมีไม่เพียงพอ กับความต้องการและการผลิตสามารถผลิตได้จำกัด ต่อมาในปี พ.ศ. 2523 กองโรงพยาบาลภูมิภาค ได้เชิญผู้อำนวยการและเภสัชกรโรงพยาบาลต่างๆและผู้แทนจากสำนักงาน ก.พ. ร่วมประชุมหารือ และจัดทำ “หลักสูตรเจ้าพนักงานเภสัชกรรม” เป็นหลักสูตร 2 ปี รับผู้สำเร็จการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้สำเร็จการศึกษาจะได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการในตำแหน่งเจ้าพนักงาน เภสัชกรรมระดับ 2 ต่อมาในปี พ.ศ. 2524 ได้ทบทวนหลักสูตรใหม่โดยพิจารณาทบทวนคุณสมบัติ ผู้เข้ารับการศึกษ วัตถุประสงค์ รวมทั้งจัดทำแผนการสอนและการปรับปรุงหลักสูตร พ.ศ. 2523 ใหม่ เรียกชื่อหลักสูตรว่า “หลักสูตรเจ้าหน้าที่เภสัชกรรม” เสนอสำนักงาน ก.พ. เพื่อรับรองคุณวุฒิ หลักสูตร สำนักงาน ก.พ. ได้รับรองหลักสูตรและเปลี่ยนชื่อหลักสูตรเป็น “หลักสูตรเจ้าพนักงานเภสัชกรรม พ.ศ. 2526” ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 0610/7002 ลงวันที่ 22 กันยายน 2526 ต่อมา พ.ศ. 2527 วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ จังหวัดยะลา ได้เปิดสอนหลักสูตรเจ้าพนักงานเภสัชกรรม เป็นแห่งแรก ปีต่อมา พ.ศ. 2528 วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น ได้เปิดสอนหลักสูตรนี้เป็นแห่งที่สอง

พ.ศ. 2529 กรมการแพทย์ต้องการใช้หลักสูตรเจ้าพนักงานเภสัชกรรม พ.ศ. 2526 โดยใช้โรงพยาบาลราชวิถีเป็นสถานที่ฝึกสอน ผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการตามหลักสูตรนี้เห็นว่า หลักสูตรยังมีข้อบกพร่องเห็นสมควรปรับปรุงเสียใหม่ จึงมีการจัดประชุมปรับปรุงหลักสูตรและเปลี่ยน หลักสูตรเป็น “หลักสูตรเจ้าพนักงานเภสัชกรรม พ.ศ. 2529” พร้อมทั้งเลิกผลิตหลักสูตรผู้ช่วยเภสัช กรรม พ.ศ. 2529 ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 0610/3744 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2529 และต่อมา พ.ศ. 2533 วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคกลาง จังหวัดชลบุรี และวิทยาลัยการสาธารณสุข ภาคเหนือ จังหวัดพิษณุโลก ได้เปิดสอนหลักสูตรนี้ในเวลาต่อมา

พ.ศ. 2534 ได้มีคณะทำงานด้านวิชาการโครงการปรับปรุงพัฒนาขอบข่ายงาน หลักสูตรและการเรียนการสอนเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเกิดขึ้น เนื่องจากหลักสูตรเจ้าพนักงานเภสัชกรรม พ.ศ. 2529 ได้ทำการสอน ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขภาค 4 แห่ง สังกัดกองฝึกอบรมสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงเรียนเจ้าพนักงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี กรมการ แพทย์ เป็นเวลา 6 ปี พบว่าควรปรับปรุงเนื่องจากวัตถุประสงค์กับแนวทางปฏิบัติ ไม่สอดคล้องกันและเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายวิชาแกนของกระทรวงสาธารณสุขและสอดคล้อง กับขอบข่ายงานหรือขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าพนักงานเภสัชกรรมและสถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลงตามที่คณะทำงานด้านวิชาการโครงการปรับปรุงพัฒนาขอบข่ายงานหลักสูตรและ การเรียนการสอนเจ้าพนักงานเภสัชกรรมระหว่างวันที่ 23 - 25 เมษายน 2534 ณ ห้องประชุม โรงแรมหาดแก้วรีสอร์ท อำเภอนาทม จังหวัดสงขลา ซึ่งประกอบด้วยคณบดีคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณาจารย์ จากมหาวิทยาลัยทั้ง 2 แห่ง คณาจารย์จากภาคเภสัชกรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุข ทั้ง 4 แห่ง และเภสัชกรจากโรงพยาบาลต่างๆในส่วนภูมิภาค เภสัชกรกองโรงพยาบาลภูมิภาค เจ้าหน้าที่ ฝ่ายวิชาการ กองฝึกอบรมและฝ่ายต่างๆของกองฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันพิจารณาปรับปรุง ขอบข่ายงานและเนื้อหาหลักสูตรเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ชื่อหลักสูตรประกาศนียบัตรเทคนิคเภสัชกรรม

พ.ศ. 2535 แต่หลักสูตรดังกล่าวไม่ได้นำไปใช้เนื่องจากสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข มีนโยบายจะให้พัฒนาเป็นหลักสูตรระดับอนุปริญญา จึงนำร่างหลักสูตรประกาศนียบัตรเทคนิคเภสัชกรรม พ.ศ. 2535 ที่ยังไม่ได้ใช้ไปปรับปรุงใหม่ให้เป็น 3 ปี ชื่อหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) ซึ่งเป็นหลักสูตรระดับอนุปริญญา และยังไม่ได้นำไปใช้

พ.ศ. 2536 กองฝึกอบรมได้เปลี่ยนโครงสร้างหน่วยงานมารวมกับกองงานวิทยาลัย พยาบาลเป็นสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ ปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาหลักสูตรในสังกัดสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ที่มีนโยบายให้มีหลักสูตรระดับประกาศนียบัตร และระดับปริญญาตรี จึงได้มีการพัฒนาหลักสูตร เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) พ.ศ. 2538 และนำหลักสูตร ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2540 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง และวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ได้นำหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) พ.ศ. 2538 ไปใช้เป็นครั้งแรก อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยี และการสาธารณสุขของประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประกอบกับปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น สถาบันพระบรมราชชนก โดยเครือข่ายวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธรและส่วนพัฒนาการศึกษาจึงได้พัฒนาปรับปรุงหลักสูตรดังกล่าวเป็นหลักสูตร ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) พ.ศ. 2543 โดยกำหนดให้เรียนวิชาแกน (core course) ในหมวดการศึกษาทั่วไป และหมวดพื้นฐานวิชาชีพเช่นเดียวกับหลักสูตร ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) และหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ได้มีการพัฒนาหลักสูตรเป็นแบบบูรณาการเพื่อให้ผู้สำเร็จ การศึกษามีความสามารถในการทำงานในชุมชน มีความสามารถเชิงสากล มีคุณธรรม จริยธรรม และมีความรู้ และทักษะทางวิชาชีพตอบสนองความต้องการบริการสาธารณสุขของประชาชน ในชุมชนมากขึ้นและได้มีการใช้หลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2545

พ.ศ. 2547 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีได้นำหลักสูตร ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) พ.ศ. 2545 ไปใช้เป็นครั้งแรก

พ.ศ. 2549 เครือข่ายวิทยาลัยการสาธารณสุขได้มอบหมายให้วิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรีเป็นแกนรับผิดชอบในการพัฒนาหลักสูตรร่วมกับวิทยาลัย เครือข่าย ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) และได้พัฒนาหลักสูตรเป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) พ.ศ. 2550 ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้

ตารางที่ 2 สถาบันที่จัดการเรียนการสอนที่ผลิตเจ้าพนักงานเภสัชกรรม

สถาบันที่ผลิตเจ้าพนักงานเภสัชกรรม	ปีที่เริ่มจัดการเรียนการสอน
1.วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา	พ.ศ. 2527
2. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	พ.ศ. 2528
3. โรงพยาบาลราชวิถี	พ.ศ. 2529
4. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี	พ.ศ. 2533
5. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก	พ.ศ. 2533
6. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง	พ.ศ. 2540
7. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี	พ.ศ. 2540
8. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี	พ.ศ. 2547
9. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม	พ.ศ. 2548

ลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ที่จบหลักสูตรเจ้าพนักงานเภสัชกรรม

ปฏิบัติงานเป็นการบริการงานเภสัชกรรม เภสัชสาธารณสุข การคุ้มครองผู้บริโภคขั้นพื้นฐาน แก่ผู้ใช้บริการภายใต้การกำกับของเภสัชกร เพื่อการบริการที่มีคุณภาพ ให้บริการทางเภสัชกรรมที่ไม่ซับซ้อนเพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้รับบริการ ดูแลบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน บันทึกจัดเก็บ รวบรวมข้อมูลทางเภสัชกรรม เภสัชสาธารณสุข การคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อนำมาเป็นข้อมูลอ้างอิง นำเสนอผู้บังคับบัญชา

2.1.3 หลักสูตรทันตสาธารณสุข

เมื่อปี 2503 Dr. R. Harris ที่ปรึกษาทางด้านทันตกรรมขององค์การอนามัยโลก (WHO) ประจำประเทศไทย ได้เสนอแนะให้แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาทางทันตกรรมขึ้น ในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาเกี่ยวกับโครงการทันตกรรม รัฐมนตรีได้มีคำสั่งที่ 123/2503 แต่งตั้งคณะกรรมการดังกล่าวขึ้น เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2503 คณะกรรมการได้ให้ความเห็นข้อหนึ่งว่า รัฐบาลควรเห็นความสำคัญในการดูแลทันตสุขภาพแก่เด็ก เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และป้องกันไม่ให้เกิดโรคฟันผุแพร่หลาย ซึ่งมีผลต่อเศรษฐกิจในสวนรวม คณะกรรมการได้เสนอให้จัดตั้งคลินิกไว้ในโรงเรียนและเห็นควรให้ทันตอนามัยที่มีอยู่แล้วในขณะนั้น ทำหน้าที่ดูแล

ทันตสุขภาพเด็กในโรงเรียนเหล่านั้นภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ 1 คนต่อทันตานามัย 5 คน นอกจากนั้นยังเสนอให้จัดวางโครงการผลิตบุคลากรเข้าปฏิบัติราชการตามอัตราส่วนดังกล่าวด้วย

ต่อมาปี พ.ศ. 2506 กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาทางทันตสาธารณสุข ตามข้อเสนอของที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลก ที่เสนอว่าโรคในช่องปากนั้นเป็นโรคสำคัญซึ่งจะทำให้สุขภาพของประชาชนดีหรือเสื่อมได้ และการจัดการเกี่ยวกับโรคในช่องปากของประชาชนนั้น ต้องทำทั้งในด้านส่งเสริมป้องกันและรักษา ด้วยความร่วมมือของส่วนราชการทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการ และคณะรัฐมนตรีได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการดังกล่าว ในวันที่ 22 มกราคม 2506 ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้มาจากหลายหน่วยงานทั้งจากกระทรวงศึกษาธิการ มหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม และกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2506 คณะกรรมการชุดนี้ได้พิจารณาเรื่อง อบรมพนักงานทันตภิบาลตามโครงการของกรมอนามัยและสรุปจากการได้ดังนี้

1. หลักสูตร ควรมีระยะเวลา 2 ปี กรมอนามัยคัดเลือกเข้าเรียน ปีละ 50 คน
2. ผู้เข้ารับการอบรมจะต้องมีพื้นฐานความรู้สอบไล่ได้ชั้น ม.ศ.5 และเป็นหญิง
3. ผู้สำเร็จการอบรมแล้วไม่ต้องรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ให้ปฏิบัติงานอยู่ในโรงเรียน เพื่อดูแลทันตสุขภาพเด็กนักเรียนภายใต้การควบคุมของทันตแพทย์

แต่ยังไม่มี การอบรมทันตภิบาลเลย จนกระทั่ง ปี พ.ศ. 2509 กรมอนามัยได้จัดทำแผน การอบรมขึ้น โดยจะรับผู้เข้าอบรมจากผู้ที่สำเร็จ ม.ศ.5 ระยะเวลาอบรม 1 ½ ปี และเมื่อจบหลักสูตร แล้วจะแต่งตั้งให้ประจำอยู่ที่สถานีอนามัยชั้น 1 เพื่อป้องกันและรักษาโรคฟัน ให้แก่นักเรียน และประชาชน แต่ตอนนั้นยังไม่ดำเนินการเพราะขาดอุปกรณ์และสถานที่การอบรม และกำลัง ขอความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2510 กรมอนามัยได้มอบหมายให้กองการศึกษา และฝึกอบรมดำเนินการจัดตั้งโรงเรียนทันตภิบาลขึ้น จากนั้นวันที่ 5 มิ.ย. 2510 กรมอนามัยจัด ประชุมเพื่อปรึกษาเรื่องการจัดตั้งโรงเรียนทันตภิบาลและเห็นชอบในหลักการที่จะอบรมทันตภิบาล ผู้เข้ารับการอบรมจะต้องมีพื้นฐานความรู้สอบไล่ได้ชั้น ม.ศ.5 และเป็นหญิงหน้าที่การปฏิบัติงานจะได้ พิจารณาละเอียดโดยอนุกรรมการที่จะตั้งขึ้นทันตภิบาลที่สำเร็จการศึกษาแล้วจะประจำที่สถานี อนามัยชั้น 1 และให้ปฏิบัติงานที่โรงเรียนผู้สำเร็จการอบรมแล้วไม่ต้องรับใบอนุญาตประกอบโรค ศิลปะ รวมทั้งคณะทันตแพทยศาสตร์ยินดีให้ความช่วยเหลือเรื่องวิชาการโดยมีที่ปรึกษาจากองค์การ อนามัยโลก Dr.G.H.Leslie ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมอนามัยประเทศนิวซีแลนด์มาช่วย ดำเนินการเป็นเวลา 6 เดือน และขออนุมัติเงินจากแผนพัฒนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 1,000,000 บาท เพื่อเป็นงบประมาณก่อสร้างตึกทันตภิบาลเสร็จในปี 2511

ขอบเขตและหน้าที่ของทันตภิบาล

ทันตภิบาลมีหน้าที่ดูแลทันตสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียนและเด็กชั้นประถมศึกษาอายุไม่เกิน 14 ปี ภายในคลินิกของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการตรวจและบันทึกสภาวะ ผิดปกติของฟันทำความสะอาดฟันอุดฟันถาวรและฟันน้ำนมที่ผุ ถอนฟันน้ำนมและฟันถาวรโดยใช้ยา ชาเฉพาะตำแหน่งการทายาเพื่อป้องกันฟันผุ พิจารณาจัดส่งเด็กที่มีปัญหาสบฟันผิดปกติหรือ ความ พิการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการปฏิบัติงานของตนไปรับการบำบัดจากทันตแพทย์ และให้ทันตสุขภาพศึกษา

โรงเรียนทันตภิบาลได้เปิดสอนนักเรียนทันตภิบาลรุ่นแรกเมื่อเดือนกรกฎาคม 2511 โรงเรียนทันตภิบาลมีหลักการคล้ายๆคลึงกับ Dental Nurse ของประเทศนิวซีแลนด์ ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี 2468 โดยรับผู้ที่มีความรู้ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 (ม.ศ.5) ระยะเวลาศึกษาตลอดหลักสูตร 1 ปี 6 เดือน และในปี พ.ศ. 2514 ได้ปรับปรุงเป็นหลักสูตร 2 ปี และได้พัฒนาหลักสูตรมาเป็นลำดับเรื่อย ๆ จนปี พ.ศ. 2535 ได้กำหนดกรอบอัตรากำลังเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขให้ปฏิบัติงานระดับตำบล ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย จึงได้มีการพัฒนาเป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2538 และนำหลักสูตรไปใช้ในปีการศึกษา 2538 จากนั้นได้มีการพัฒนาหลักสูตรอีกครั้งเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาสาธารณสุขและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จึงได้มีการพัฒนาหลักสูตรเดิมให้เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2543 และเริ่มใช้หลักสูตรนี้เมื่อปีการศึกษา 2543 ระยะเวลาการศึกษาตามหลักสูตร 2 ปีการศึกษา โดยกำหนดให้เรียนวิชาในหมวดการศึกษาทั่วไป และหมวดวิชาพื้นฐาน ให้เหมือนกับหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) และหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษา มีความสามารถในการทำงานในชุมชนได้ และมีความสามารถเชิงสากล มีคุณธรรม จริยธรรม มีความรู้ และทักษะทางวิชาชีพที่ตอบสนองต่อความต้องการการบริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่น

ทันตสาธารณสุข

ทันตภิบาลเริ่มผลิตตั้งแต่ พ.ศ. 2511 จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนกจนถึงปัจจุบันมีวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่งผลิตได้ทั้งหมด 4,475 คนโดยเฉลี่ยผลิตทันตภิบาลได้ปีละ 254 คนตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ทันตภิบาลที่เปลี่ยนสายงานและลาออกราชการมีจำนวน 778 คนคงเหลือทันตภิบาลในระบบ 3,697 คน (13) คิดเป็นอัตราการสูญเสียร้อยละ 23.76 ตั้งแต่ พ.ศ. 2543

ตารางที่ 3 การผลิตและการคงอยู่ของทันตภิบาล

	พ.ศ. 2512 - 2542	พ.ศ. 2543 - 2549	รวม
สำเร็จการศึกษา (คน)	2,695	1,780	4,475
เฉลี่ยต่อปี (คน)	87	254	341
คงอยู่ในระบบ (คน)	2,340	1,357	3,697
สูญเสีย (คน)	355	423	778
อัตราการสูญเสียรวม (%)	13.17 %	23.76 %	17.39 %

ที่มา เอกสารประกอบการนำเสนอแผนการผลิตทันตภิบาลต่ออนุกรมการฯ ภูมิภาค พ.ศ. 2551

ทันตภิบาลร้อยละ 97.2 อยู่ในกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน แนวโน้มจะลดลงจากโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปอยู่ในสถานีนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน

ลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ที่จบหลักสูตรทันตภิบาล

จะปฏิบัติงานบริการที่เกี่ยวกับบริการทันตกรรมทันตสาธารณสุข การให้ความรู้ ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดี จัดเตรียม บำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์เพื่อให้คงอยู่ในสภาพที่พร้อมจะใช้งานและเป็นไปตามมาตรฐาน เก็บรวบรวมรายงานเพื่อจัดทำรายงานและเสนอผู้บังคับบัญชาต่อไป

การคาดการณ์ด้านอุปสงค์ (Demand projection)

การศึกษาด้านกำลังคนทางทันตสาธารณสุขของไทยใช้แนวคิด Health Service and Manpower Development (HSMD) ของ WHO โดยกำหนดบทบาทหน้าที่กำลังคนในระบบ จำนวนสถานที่ปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับระบบบริการสาธารณสุขและตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

1. การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนจากความจำเป็นที่ประชาชนต้องได้รับบริการด้านสุขภาพ (Health Needs Method) ใช้ข้อมูลจากรายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549 - 2550 (16) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 100 การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนจากความจำเป็นที่ประชาชนต้องได้รับบริการด้านสุขภาพ ได้ผลการคาดการณ์เป็นจำนวนและคิดสัดส่วนต่อประชากรแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความต้องการทันตบุคลากรและสัดส่วนต่อประชากรตาม Health Needs Method

ประเภททันตบุคลากร	จำนวน (คน)	สัดส่วนต่อประชากร
ทันตแพทย์		
พ.ศ. 2550	118,845	1 : 557
พ.ศ. 2560	140,651	1 : 507
ทันตภิบาล		
พ.ศ. 2550	28,320	1 : 2,339
พ.ศ. 2560	31,877	1 : 2,235

2. การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนจากเป้าหมายด้านการบริการสุขภาพ (Service Targets Method)

ใช้ข้อมูลจากรายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549 - 2550 และจัดบริการครอบคลุมตามกลุ่มเป้าหมายและชนิดบริการตามยุทธศาสตร์

การพัฒนาระบบบริการและกำลังคนด้านสุขภาพช่องปากและเป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทย พ.ศ. 2563 (17) ผลการคาดประมาณเป็นจำนวนและสัดส่วนต่อประชากรแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความต้องการทันตบุคลากรและสัดส่วนต่อประชากรตาม Service Targets Method

ทันตบุคลากร	จำนวน (คน)	สัดส่วนต่อประชากร
ทันตแพทย์		
พ.ศ. 2550	14,477	1 : 4,575
พ.ศ. 2560	16,839	1 : 4,231
ทันตภิบาล		
พ.ศ. 2550	7,749	1 : 8,547
พ.ศ. 2560	8,048	1 : 8,854

3. การคาดประมาณความต้องการกำลังคนจากความต้องการใช้บริการสุขภาพของประชาชน (Health Demand Method) ใช้ข้อมูลอัตราการไปรับบริการของประชาชนจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) (18) และข้อมูลปี 2550 จากสำนักพัฒนาระบบการคาดประมาณกำลังคนด้านทันตสาธารณสุขระยะ 10 ปี (พ.ศ.2551-2560) และข้อมูลปี 2550 จากสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สรส.) กรมสนับสนุนระบบบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (19) วิธีนี้ต้องการทันตบุคลากรและคิดสัดส่วนต่อประชากรแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความต้องการทันตบุคลากรและสัดส่วนต่อประชากรตาม Health Demand Method

ทันตบุคลากร	จำนวน (คน) ข้อมูล สสช.	สัดส่วน ต่อประชากร	จำนวน (คน) ข้อมูล สรส.	สัดส่วน ต่อประชากร
ทันตแพทย์				
พ.ศ. 2550	4,141	1 : 15,993	4,135	1 : 16,018
พ.ศ. 2560	4,495	1 : 15,852	4,488	1 : 15,876
ทันตภิบาล				
พ.ศ. 2550	1,564	1 : 42,357	1,704	1 : 38,879
พ.ศ. 2560	1,547	1 : 46,046	1,699	1 : 41,931

4. คาดประมาณกำลังคนด้านทันตสาธารณสุข พ.ศ. 2560

ผลจากการคาดประมาณทั้ง 3 วิธีแล้วความต้องการกำลังคนด้านทันตสาธารณสุขจากวิธีที่ 2 คือ การคาดประมาณความต้องการกำลังคนจากเป้าหมายด้านการบริการสุขภาพ (Service Targets Method) มีความเหมาะสมที่สุดจึงนำกำลังคนที่ได้มาคำนวณต่อการคาดประมาณกำลังคนด้านทันตสาธารณสุขนอกจากทันตบุคลากรด้านให้บริการแล้วทันตบุคลากรในส่วนการผลิตการบริหารจัดการ การสนับสนุนวิชาการและอื่นๆ คำนวณจากฐานข้อมูลปัจจุบันและเงื่อนไขการไม่เพิ่มกำลังการผลิต และนโยบายจำกัดการเพิ่มกำลังคนภาครัฐส่วนผู้ช่วยเหลืองานทันตกรรมคำนวณจากสัดส่วนผู้ช่วยเหลืองานทันตกรรมต่อผู้ให้บริการทันตกรรมอย่างน้อย 1 ต่อ 1 โดยใช้จำนวนทันตบุคลากรผู้ให้บริการที่ได้จากการคาดประมาณความต้องการกำลังคนจากเป้าหมายด้านการบริการสุขภาพ จะได้จำนวนกำลังคนด้านทันตสาธารณสุข พ.ศ. 2560 แสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความต้องการทันตบุคลากรและสัดส่วนต่อประชากร พ.ศ. 2560

ประเภททันตบุคลากร	จำนวน (คน) ด้านบริการ	จำนวน (คน) บริหาร/วิชาการ	รวม	สัดส่วนต่อ ประชากร
ทันตแพทย์	16,839	1,160	17,999	1 : 3,959
ทันตภิบาล	8,048	250	8,298	1 : 8,586
ผู้ช่วยเหลืองานทันตกรรม	24,887	-	24,887	1 : 2,863

การคาดประมาณด้านอุปทาน (Supply projection)

การคาดประมาณด้านอุปทานข้อมูลที่ใช้คือจำนวนทันตแพทย์และทันตภิบาลที่จบการศึกษาใหม่จบการศึกษาต่อเนื่องจำนวนที่เกษียณอายุเสียชีวิตลาศึกษาต่อเปลี่ยนอาชีพใช้ข้อมูลปี 2543 - 2549 เพื่อคำนวณการสูญเสียของทันตแพทย์ (8 - 11) และทันตภิบาล (13) อัตราการสูญเสียทันตแพทย์ ร้อยละ 7.78 อัตราการสูญเสียทันตภิบาลเฉลี่ยต่อปีร้อยละ 4.85 คาดประมาณด้านอุปทานได้จำนวนทันตบุคลากรแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนทันตบุคลากรคาดประมาณด้านอุปทาน

ประเภททันตบุคลากร	จำนวน (คน) พ.ศ. 2550	จำนวน (คน) พ.ศ. 2560
ทันตแพทย์	9,337	16,597
ทันตภิบาล	3,996	5,935

แนวทางการวางแผนกำลังคน

จากการคาดการณ์ด้านอุปสงค์และอุปทานกำลังคนตามตารางที่ 7 – 8 พ.ศ. 2560 จะมีส่วนขาดอยู่สำหรับทันตแพทย์คิดเป็นร้อยละ 8.4 ทันตภิบาลคิดเป็น ร้อยละ 39.8 แสดงในตารางที่ 9 แนวทางการวางแผนกำลังคนด้านทันตสาธารณสุขจากการคำนวณที่ได้ ไม่มีความจำเป็นในการเพิ่มการผลิตทันตแพทย์ส่วนทันตภิบาลต้องมีการเพิ่มการผลิต พบว่าต้องมีการผลิตเพิ่มอีก ร้อยละ 39.8 และปรับหลัก สูตรการเรียนการสอนเป็นปริญญาตรี (4 ปี) เพื่อเป็นบุคลากรหลักในการทำงานทันตสาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ที่ทันตแพทย์สภาให้ข้อเสนอและสอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (22) ที่เน้นงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและงานสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ส่วนผู้ช่วยเหลืองานทันตกรรมยังต้องการจำนวนมากเพราะคิดจากสัดส่วนผู้ช่วยเหลืองานทันตกรรมต่อผู้ให้บริการทันตกรรมอย่างน้อย 1 ต่อ 1 กำลังการผลิตปัจจุบันยังไม่ชัดเจนเพราะตั้งแต่มีนโยบายจำกัดคนของระบบราชการกว่า 10 ปี ที่ผ่านมามีทำให้สถาบันทันตกรรมซึ่งเป็นผู้ผลิตหลักในกระทรวงสาธารณสุขเลิกผลิตสถานบริการส่วนใหญ่แก้ปัญหาโดยพัฒนาขึ้นเองจากเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างคงเหลือการผลิตอยู่บ้างในคณะทันตแพทยศาสตร์ซึ่งผลิตเพื่อรองรับการบริการของคณะนอกจากนั้นยังมีหลักสูตรอบรมระยะสั้น เพื่อให้สามารถทำงานเป็นผู้ช่วยเหลืองานทันตกรรม

ตารางที่ 9 ส่วนขาดของทันตบุคลากร พ.ศ. 2560

ทันตบุคลากร	จำนวน (คน) ที่มีอยู่	จำนวน (คน) ที่ต้องการ	จำนวน (คน) ส่วนขาด	ร้อยละ
ทันตแพทย์	16,597	17,999	1,402	8.4
ทันตภิบาล	5,935	8,298	2,363	39.8

ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการผลิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ทันตสาธารณสุข และเทคนิคเภสัชกรรม ของกระทรวงสาธารณสุข

1. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ปรับเปลี่ยนระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้ได้กำลังคนที่เพียงพอสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและระบบอื่นๆที่เกี่ยวข้องนำไปสู่ความเสมอภาคในระบบสุขภาพ

หลักการและเหตุผล

ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยโดยเฉพาะในเขตชนบทห่างไกล ยังคงเป็นปัญหาเรื้อรังแม้สภาวะการขาดแคลนกำลังคนในปัจจุบันจะดีขึ้น เมื่อเทียบกับอดีตแต่ยังมีบางวิชาชีพที่ปัญหาการขาดแคลนยังคงเป็นปัญหาที่รุนแรงต่อเนื่อง เช่น วิชาชีพแพทย์และพยาบาล ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในบริบทต่างๆ เช่น การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุการเพิ่มขึ้น

ของผู้ป่วยโรคเอดส์การเพิ่มขึ้น ของแรงงานต่างด้าวการเพิ่มขึ้น ของผู้รับบริการชาวต่างชาติ ตลอดจน การปฏิรูปนโยบายต่างๆ ของรัฐ เช่น นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วแต่ส่งผลให้เกิด ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ทั้งในด้านจำนวนและทักษะที่เหมาะสมเพื่อที่จะสามารถ ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าว

การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยมีความหลากหลาย ทั้งจากภาครัฐและเอกชน โดยการผลิตหลักมาจากภาครัฐทั้งภายใต้การดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษาแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ผลิตเอง ในขณะที่สถาบันการผลิตในภาครัฐมีข้อจำกัดทั้งในเรื่อง จำนวนอาจารย์ที่ไม่เพียงพอโครงสร้างพื้นฐาน ทั้งในเรื่องอาคารและเครื่องมือที่ต้องการการลงทุนมาก ขึ้นทำให้ไม่สามารถ ผลิตบุคลากรได้อย่างเพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาที่ขาดแคลน เช่น แพทย์ อีกทั้งบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถปฏิบัติงานในภาครัฐ โดยเฉพาะในพื้นที่ ชนบทได้อย่างยาวนานในขณะที่ภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการลงทุนผลิตกำลังคนในสัดส่วนที่ต่ำ แต่ร่วมใช้กำลังคนในสัดส่วนที่มากขึ้นเรื่อยๆ แล้วแล้วแต่เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องมีการทบทวน ในระดับนโยบายการขาดกลไกประสานระหว่างสถาบันการผลิตและความต้องการกำลังคนของระบบ สุขภาพนั้น ยังเป็นปัญหาสำคัญในขณะที่ระบบสุขภาพต้องการกำลังคนที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพแต่การผลิตส่วนใหญ่ ยังคงมุ่งเน้นไปที่กำลังคนเฉพาะทางระดับสูง เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นปัญหาความไม่สอดคล้องกัน ระหว่างการวางแผนการผลิตและความต้องการ กำลังคนของระบบสุขภาพ ขณะเดียวกันควรมีการพัฒนา กำลังคนภายหลังสำเร็จการศึกษา โดยการฟื้นฟูความรู้และทักษะเก่า และเพิ่มเติมความรู้และทักษะใหม่ระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อให้ การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับลักษณะงานในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อความต้องการของประเทศ มีขีดความสามารถ ทางวิชาการมีคุณธรรมจริยธรรมและจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม อีกทั้งมีความสอดคล้องกับระบบบริการ สุขภาพและระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องภายใต้การวางแผนการผลิตและระบบการผลิตกำลังคน ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมาย

1. มีกำลังคนในประเภทต่างๆที่เหมาะสมเพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพ ของแต่ละพื้นที่ โดยมีขีดความสามารถทางวิชาการมีคุณธรรมจริยธรรมและจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม
2. มีระบบการผลิตกำลังคนที่สอดคล้องต่อความต้องการด้านสุขภาพ ภายใต้ ความร่วมมือของภาครัฐภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม
3. มีระบบการพัฒนา กำลังคนระหว่างทำการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ในการปฏิบัติงาน

กลยุทธ์

1. มีการวางแผนการผลิตกำลังคนให้เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของระดับพื้นที่และระดับประเทศ โดยรวมถึงความต้องการของของภาคเอกชนและให้มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศโดยทิศทางการผลิตจะต้องเน้นบุคลากรดังนี้

1.1 เน้นการผลิตกำลังคนในกลุ่มที่มีทักษะในการทำงานด้านกว้าง (Generalist) มากกว่าการทำงานเฉพาะเจาะจง (Specialist)

1.2 เน้นผลิตบุคลากรที่ทำหน้าที่การสร้างเสริมสุขภาพ

2. พัฒนาระบบการผลิตโดยใช้แนวคิด Rural recruitment local training and hometown placement ที่ประกอบด้วย

2.1 การคัดเลือกบุคคลโดยตรงจากพื้นที่ (ได้แก่นักเรียนหรืออสม.) โดยมีระบบการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการศึกษาที่เพียงพอ

2.2 เข้าสู่สถาบันศึกษาที่ตั้งอยู่ในภูมิภาค เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับภูมิสำเนาของนักศึกษา

2.3 ส่งเสริมการกลับไปปฏิบัติงานในภูมิสำเนาภายหลังจบการศึกษา ในอันที่จะส่งเสริมการกระจายกำลังคนอย่างเป็นธรรมและยั่งยืนเพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค

3. พัฒนาระบบการผลิตกำลังคนและหลักสูตรการศึกษาให้มีความสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่และระดับประเทศ อีกทั้งสอดคล้องกับระบบสุขภาพในอนาคตที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน และมีความเอื้อต่อวิถีชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่นและภาคประชาสังคม เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีขีดความสามารถทางวิชาการและมีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ มีคุณธรรมจริยธรรมมีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม

4. สร้างระบบการพัฒนาคณะระหว่างทำการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อพัฒนาศักยภาพของกำลังคนและเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงาน ให้มีความครอบคลุมทั้งในส่วนผู้ให้บริการและผู้สนับสนุนระบบบริการ โดยเน้นรูปแบบการเรียนการสอนทางไกลที่ใช้สถานที่ปฏิบัติงานจริงเป็นฐานการฝึกอบรม

2. การพัฒนาเกณฑ์การจัดการกำลังคนสหวิชาชีพ พ.ศ. 2555

การกำหนดเกณฑ์การจัดการกำลังคนของสหวิชาชีพเพื่อรองรับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ครอบคลุม 11 วิชาชีพประกอบด้วยทันตแพทย์ซึ่งครอบคลุมเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายแพทย์แผนไทย คณะทำงานในแต่ละสาขาวิชาชีพเป็นผู้แทนของสภาวิชาชีพหรือชมรมผู้ประกอบการวิชาชีพ และได้รับการแต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุขตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข เรื่องแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการจัดการกำลังคนเพื่อรองรับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ที่ 830/2555 ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2555

2.1 การกำหนดเกณฑ์การจัดการกำลังคนของทันตสาธารณสุข

หลักการเหตุผล

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้หน่วยบริการสุขภาพจังหวัดและเขต จัดทำแผนพัฒนาระบบระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ระยะเวลา 5 ปี (2555 - 2559) เพื่อให้หน่วยบริการในแต่ละระดับที่มีบทบาทหน้าที่ ที่แตกต่างกันมีการเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในระดับพื้นที่ ได้การกำหนดอัตราากำลังทางทันตสาธารณสุข ดำเนินการครอบคลุมทั้งทันตแพทย์เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและผู้ช่วยเหลือทางทันตกรรม (ผู้ช่วยทันตแพทย์) กำหนดบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล เน้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกันตามข้อเสนอความสามารถที่พึงประสงค์ (Competence) ซึ่งรับรองโดยทันตแพทยสภา แบ่งเป็น 4 ด้านหลัก คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากด้านการป้องกันโรคในช่องปากด้านการรักษาโรคในช่องปากและด้านอื่นๆ โดยใช้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก (Oral health service Plan) พ.ศ. 2555 ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยสำนักบริหารการสาธารณสุข คณะทำงานที่จัดทำประกอบด้วยทันตบุคลากรจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สมาคมทันตภิบาลสำนักบริหารการสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินศักยภาพและส่วนขาดของงานบริการสุขภาพช่องปาก สำหรับนำไปวางแผนจัดการทรัพยากรและระบบการดำเนินงานสุขภาพช่องปากของสถานบริการสุขภาพ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ (รายละเอียดตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2555 สำนักบริหารการสาธารณสุข)

การกำหนดจำนวนบุคลากรทางทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2555 ให้ใช้จำนวนประชากรเป็นแนวทาง (ระดับประเทศกำหนดสัดส่วนทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 8,000 คน) เนื่องจากปัญหาสุขภาพช่องปากมีปริมาณสูงมาก ดังนั้น การคาดประมาณความต้องการกำลังคนจึงใช้ความต้องการใช้บริการสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก โดยคิดจากข้อมูลอัตราการเข้าถึงบริการของประชาชน จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติมีเพียง ร้อยละ 9 เท่านั้นซึ่งประชาชนมีความต้องการรับบริการด้านทันตกรรม ร้อยละ 80 การกำหนดอัตรากำลังตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น และใช้ข้อมูลประมาณการณ์กำลังการผลิตที่เป็นไปได้มา ประกอบภายหลังจากได้จำนวนทันตบุคลากรในภาพรวมแล้วหลังจากนั้นพิจารณาปรับจำนวนทันตบุคลากรให้สอดคล้องกับขอบเขตการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ตามประเภทและระดับสถานบริการสุขภาพซึ่งจัดบริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมการบำบัดรักษาทันตกรรม การฟื้นฟูสภาพการส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรม ป้องกันผลการศึกษาเรื่องการคาดประมาณกำลังคนทันตแพทย์ พ.ศ. 2560 ด้วยการกำหนดเป้าหมายด้านการบริการสุขภาพ (Service targets) ใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพช่องปากจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549 – 2550 และการจัดบริการครอบคลุมตามกลุ่มเป้าหมายและชนิดบริการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการและกำลังคนด้านสุขภาพช่องปาก และเป้าหมายทันตสุขภาพ

ประเทศไทย พ.ศ. 2563 เพื่อเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน คำนวณภาระงานโดยใช้เวลามาตรฐานเป็นรายกิจกรรม ให้บริการวันละ 7 ชั่วโมง ปีละ 230 วัน ผลการคำนวณได้จำนวนกำลังคนทันตแพทย์ทั้งประเทศ (เฉพาะส่วนให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน) พ.ศ. 2560 ควรมีทันตแพทย์ 16,839 คน สำหรับทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด งานวิชาการในส่วนกลาง งานด้านการสอน (คณะทันตแพทยศาสตร์ , วิทยาลัย การสาธารณสุข และสถาบันทันตกรรม) จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี มีจำนวน 1,663 คน รวมเป็น ทันตแพทย์ทั้งหมด 18,502 คน ปัจจุบันมีทันตแพทย์ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็น ร้อยละ 40.14 หรือประมาณ 7,400 คน

โดยสรุป การกำหนดอัตรากำลังของงานทันตสาธารณสุข จะสอดคล้องกับการเสนอ ข้ออัตรากำลังเพิ่มจากคณะรัฐมนตรีที่กำลังอยู่ระหว่างการพิจารณาลั่นกรองจากคณะกรรมการ ที่เกี่ยวข้องด้วย และสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการคาดประมาณกำลังคนทันตแพทย์ พ.ศ. 2560 ด้วยการกำหนดเป้าหมายด้านการบริการสุขภาพ (Service targets) และการจัดบริการครอบคลุม ตามกลุ่มเป้าหมายและชนิดบริการ ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการกำลังคนด้านสุขภาพ ช่องปาก และเป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทย พ.ศ. 2563 เพื่อเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึง บริการสุขภาพช่องปากของประชาชน

การจัดกรอบอัตรากำลังของทันตสาธารณสุข จะพิจารณาจากส่วนขาด จากเกณฑ์ ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก (Oral health service plan) โดยกำหนดกรอบกำลัง ดังนี้

ตารางที่ 10 การกำหนดอัตรากำลังของบุคลากรทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลศูนย์ (A), โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)

วิชาชีพ	รพศ. (A)		รพท. ขนาดใหญ่ (S)		รพท. ขนาดเล็ก (M1)	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max
ทันตแพทย์	15	30	8	15	6	12
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	4	8	4	8	4	8
ผู้ช่วยทันตแพทย์	1.5 : 1		1.5 : 1		1.5 : 1	

หมายเหตุ : ผู้ช่วยทันตแพทย์ 1.5:1หมายถึง ผู้ช่วย 1.5 คน ต่อทันตแพทย์ 1 คน

ตารางที่ 11 การกำหนดอัตรากำลังของบุคลากรทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลแม่ข่าย (M2), โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2)

วิชาชีพ	รพช. แม่ข่าย (M2)		รพช. ขนาดใหญ่ (F1)		รพช. ขนาดกลาง (F2)	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max
ทันตแพทย์	4	10	4	8	3	6
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3	6	3	6	2	4
ผู้ช่วยทันตแพทย์	1.5 : 1		1 : 1		1 : 1	

ตารางที่ 12 การกำหนดอัตรากำลังของบุคลากรทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) และศูนย์การแพทย์ชุมชนเมืองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

วิชาชีพ	รพช. ขนาดเล็ก (F3)		ศสม.		รพ.สต.	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max
ทันตแพทย์	2	5	0	1	0	0
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	2	4	1	2	1	1
ผู้ช่วยทันตแพทย์	1 : 1		1 : 1		1 : 1	

2.2 การกำหนดเกณฑ์การจัดการกำลังคนของเภสัชกร

แผนความต้องการกำลังคนสาขาเภสัชกร ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) พิจารณาจากความต้องการด้านสุขภาพ (Health demand) ร่วมกับเป้าหมายบริการ (Service target) ผ่านการวิเคราะห์รายละเอียดงาน (Job analysis) และการทำนายภาระงาน (Workload prediction) ข้อมูลคำนวณภาระงานที่ใช้ จากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2554 มีผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 2.8 ล้านครั้งต่อคนต่อปี และผู้ป่วยในประมาณ 0.19 ล้านครั้งต่อคนต่อปี วันนอนเฉลี่ยต่อคน 3 วัน ประเมินการเป็นภาระงานของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข 50% และเป็นภาระงานในโรงพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน 50% โดยมีแนวคิดในการกำหนดอัตรากำลังเภสัชกรในระดับต่างๆ ดังนี้

1. ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง

1.1 ศูนย์หัวใจ 21 แห่ง เภสัชกร 2 - 4 คน

- บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหัวใจ

1.2 ศูนย์มะเร็ง 22 แห่ง เภสัชกร 3 - 5 คน

- บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- เตรียมยาเคมีบำบัด

- 1.3 ศูนย์อุบัติเหตุ 23 แห่ง เกสัชกร 1 - 2 คน
 - บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในภาวะวิกฤต
- 1.4 ศูนย์ทารกแรกเกิด 27 แห่ง เกสัชกร 2 - 4 คน
 - บริบาลทางเภสัชกรรมศูนย์ทารกแรกเกิด
 - เตรียมยาและสารอาหาร IV admixture, TPN
2. โรงพยาบาลศูนย์ (A) จำนวน 33 แห่ง (500 - 700 เตียง)
 - 2.1 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก เกสัชกร 1 คน : 80 ใบสั่งยา
 - 2.2 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน เกสัชกร 1 คน : 40 เตียง
 - 2.3 งานบริหารเวชภัณฑ์ เกสัชกร 4 คน
 - 2.4 งานเภสัชกรรมการผลิต เกสัชกร 4 คน
3. โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) จำนวน 48 แห่ง (400 - 500 เตียง)
 - 3.1 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก เกสัชกร 1 คน : 80 ใบสั่งยา
 - 3.2 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน เกสัชกร 1 คน : 40 เตียง
 - 3.3 งานบริหารเวชภัณฑ์ เกสัชกร 3 คน
 - 3.4 งานเภสัชกรรมการผลิต เกสัชกร 3 คน
4. โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) จำนวน 35 แห่ง (240 - 300 เตียง)
 - 4.1 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก เกสัชกร 1 คน : 80 ใบสั่งยา
 - 4.2 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน เกสัชกร 1 คน : 40 เตียง
 - 4.3 งานบริหารเวชภัณฑ์ เกสัชกร 1 - 2 คน
 - 4.4 งานเภสัชกรรมการผลิต เกสัชกร 1 - 2 คน
5. โรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) จำนวน 35 แห่ง (120 เตียง)
 - 5.1 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก เกสัชกร 1 คน : 80 ใบสั่งยา
 - 5.2 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน เกสัชกร 1 คน : 40 เตียง
 - 5.3 งานบริหารเวชภัณฑ์ เกสัชกร 1 คน
 - 5.4 งานเภสัชกรรมการผลิต เกสัชกร 1 คน
6. โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) จำนวน 73 แห่ง (90 - 120 เตียง)
 - 6.1 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก เกสัชกร 1 คน : 80 ใบสั่งยา
 - 6.2 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน เกสัชกร 1 คน : 40 เตียง
 - 6.3 งานบริหารเวชภัณฑ์ เกสัชกร 1 คน
 - 6.4 งานเภสัชกรรมการผลิต เกสัชกร 1 คน
7. โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) จำนวน 518 แห่ง (30 - 90 เตียง)
 - 7.1 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก เกสัชกร 1 คน : 80 ใบสั่งยา
 - 7.2 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน เกสัชกร 1 คน : 40 เตียง
 - 7.3 งานบริหารเวชภัณฑ์ เกสัชกร 1 คน
 - 7.4 งานเภสัชกรรมการผลิต

8. โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) จำนวน 35 แห่ง (30 เตียง)
- 8.1งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก เภสัชกร 1 คน : 80 ใบสั่งยา
 - 8.2 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน เภสัชกร 1 คน : 40 เตียง
 - 8.3 งานบริหารเวชภัณฑ์ เภสัชกร 1 คน
 - 8.4 งานเภสัชกรรมการผลิต
9. งานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ (อัตรากำลังให้กำหนดอยู่ที่โรงพยาบาล)
- 8.1ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (215 แห่ง) เภสัชกร 1 คน
 - 8.2 รพ.สต.ขนาดใหญ่ (1000 แห่ง) เภสัชกร 1 คน
 - 8.3 รพ.สต. ขนาดเล็ก (8750 แห่ง) (เกณฑ์เภสัชกร 1 คน : ประชากร 10,000 คน)

หมายเหตุ : อัตรากำลัง เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม/ผู้ช่วยเภสัชกร ใช้เกณฑ์ เภสัชกร : เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม/ผู้ช่วยเภสัชกร เท่ากับ 1 : 2

ตารางที่ 13 การกำหนดอัตรากำลังของเภสัชกรในโรงพยาบาลศูนย์ (A), โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)

วิชาชีพ	รพศ. (A)		รพท. ขนาดใหญ่ (S)		รพท. ขนาดเล็ก (M1)	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max
เภสัชกร	41	58	31	39	14	20
เภสัชกร : เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม/ผู้ช่วยเภสัชกร	1 : 2		1 : 2		1 : 2	

หมายเหตุ : ผู้ช่วยทันตแพทย์ 1.5 : 1หมายถึง ผู้ช่วย 1.5 คน ต่อทันตแพทย์ 1 คน

ตารางที่ 14 การกำหนดอัตรากำลังของเภสัชกรในโรงพยาบาลแม่ข่าย (M2), โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2)

วิชาชีพ	รพช. แม่ข่าย (M2)		รพช. ขนาดใหญ่ (F1)		รพช. ขนาดกลาง (F2)	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max
เภสัชกร	11	13	8	10	6	8
เภสัชกร : เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม/ผู้ช่วยเภสัชกร	1 : 2		1 : 2		1 : 2	

ตารางที่ 15 การกำหนดอัตรากำลังของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) และ ศูนย์การแพทย์ชุมชนเมืองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

วิชาชีพ	รพช. ขนาดเล็ก (F3)		ศสม.		รพสต.	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max
เภสัชกร	4	5	1	3	1	1
เภสัชกร : เจ้าหน้าที่งาน เภสัชกรรม/ผู้ช่วยเภสัชกร	1 : 2		1 : 2		1 : 2	

3. พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556

การประกาศใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการปฏิบัติงานของบุคคลด้านการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ทั่วประเทศให้มีมาตรฐานเดียวกัน โดยให้มีการจัดตั้งสภาการสาธารณสุขชุมชนขึ้น เพื่อส่งเสริมการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน กำหนดและควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพและควบคุมมิให้มีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบจากบุคคลซึ่งไม่มีความรู้ อันจะก่อให้เกิดภัยและความเสียหายต่อสุขภาพของบุคคลและชุมชน

โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 กำหนดให้ “วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน” เป็นวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมในชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพ การอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งนี้ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยในชุมชนโดยนำ หลักวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้ แต่ไม่รวมถึงการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ หรือการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และการสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

“การประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน” คือ การกระทำการสาธารณสุขต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนี้คือ (1) การส่งเสริมการเรียนรู้ การแนะนำและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การควบคุมโรค การบำบัดโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยการผสมผสานต่อเนื่อง และเชื่อมโยงเป็นองค์รวม (2) การประยุกต์หลักวิทยาศาสตร์ โดยการกระทำด้านการอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมป้องกันปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และลดความเสี่ยง การเจ็บป่วยต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน (3) การตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัวตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด (4) การตรวจประเมินอาการเจ็บป่วย และการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือการกระทำใดๆ ที่จะสนับสนุน ส่งเสริม หรือคุ้มครองประชาชน ให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและทั่วถึงจึงเป็นสิ่งจำเป็น ในขณะเดียวกันผู้ทำหน้าที่ดังกล่าวก็ย่อมได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายด้วย มิใช่ปล่อยให้กระทำการไปอย่างขาดการควบคุมจนประชาชนได้รับบริการที่ต่ำกว่ามาตรฐานและขาดจริยธรรมวิชาชีพ ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ให้บริการสาธารณสุขทุกประเภทจึงพึงต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ รวมทั้งหมออนามัย หรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย หรือในชุมชนเหล่านี้ด้วย

ตามประกาศใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ในหมวด 5 การควบคุมการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน มาตรา 28 กำหนดว่าใบอนุญาตให้มีอายุไม่เกิน 5 ปี นับแต่วันที่ออกใบอนุญาต และต่ออายุได้ครั้งละเท่ากับอายุใบอนุญาตตามที่กำหนดในข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชนแต่ไม่เกินครั้งละห้าปี การขึ้นทะเบียนการออกใบอนุญาต อายุใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาต และการออกใบแทน ใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ให้เป็นไปตามข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชนนอกจากนี้ มีรายละเอียดอัตราค่าธรรมเนียมวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ได้แก่ ค่าขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ฉบับละ 5,000 บาท และค่าต่ออายุใบอนุญาต ฉบับละ 2,500 บาท และจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ทำให้การกระทำใดก็ตามที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขของประชาชนทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ ในการปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน ฯลฯ นักศึกษาจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับมาตรฐานวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนก่อนการปฏิบัติงานจริง

4. มติสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ยกเลิกการคัดเลือกบรรจุ นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ยกเลิกมติการคัดเลือกบรรจุบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการและเจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โดยระบุว่า ด้วย ก.พ. ได้มีมติยกเลิกการคัดเลือกลูกจ้างชั่วคราว หรือพนักงานราชการ หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ผู้สำเร็จการศึกษาได้รับปริญญาตรีสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ทั้งจากสถาบันอุดมศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษาที่ร่วมผลิตและที่ไม่ได้ร่วมผลิตกับวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เข้ารับราชการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการโดยให้สำนัก งานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสรรหา และเลือกสรรโดยวิธีสอบแข่งขันเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการและยกเลิกการคัดเลือกบรรจุผู้สำเร็จการศึกษาจากสถาบันพระบรมราชชนก ในคุณวุฒิที่ ก.พ. กำหนดให้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน และให้บรรจุบุคคลเข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน จากผู้สอบแข่งขันในตำแหน่งดังกล่าวโดยทาง สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้มีหนังสือถึงสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2558 ดังนี้

1.หนังสือที่ นร 1004.2/30 ให้ยกเลิกมติ ก.พ.ที่เคยอนุมัติให้ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข คัดเลือกบรรจุบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการเป็นกรณีพิเศษ โดยระบุว่า “เพื่อให้เป็นไปตามหลักการของการสรรหาและเลือกสรร เพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการตามมาตรา 52 แห่ง พ.ร.บ. ระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 ซึ่งบัญญัติว่า การสรรหาเพื่อให้ได้บุคคลมาบรรจุเข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ และแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ต้องเป็นไปตามระบบคุณธรรมและคำนึงถึงพฤติกรรมทางจริยธรรม ของบุคคลดังกล่าว” ขณะเดียวกันหนังสือฉบับดังกล่าว ยังได้ระบุว่า หากสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขอยู่ระหว่างการดำเนินการตามมติ ก.พ. ก่อนหน้าที่ ก.พ. จะมีมติยกเลิกนี้ ก็ให้ดำเนินการ ต่อไปจนกว่าจะแล้วเสร็จ

2. หนังสือที่ นร 1004.2/31 สืบเนื่องมาจาก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำหนังสือขอให้ ก.พ.อนุมัติคุณสมบัติอนุปริญาสาธารณสุขศาสตร์(สาธารณสุขชุมชน) เป็นวุฒิ ที่ ก.พ. กำหนดให้คัดเลือกเพื่อบรรจุเข้ารับราชการได้ ก.พ.ได้พิจารณาแล้ว มีมติดังนี้

- ไม่อนุมัติให้คุณสมบัติอนุปริญาสาธารณสุขศาสตร์(สาธารณสุขชุมชน) เป็นวุฒิที่ ก.พ. กำหนดให้คัดเลือกเพื่อบรรจุเข้ารับราชการได้

- ยกเลิกการคัดเลือกบรรจุผู้สำเร็จการศึกษาจากสถาบันพระบรมราชชนกในคุณสมบัติ ที่ ก.พ. กำหนดให้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน ซึ่งเป็น หลักสูตรที่ ก.พ. อนุมัติให้ส่วนราชการจัดให้มีการศึกษาขึ้นเพื่อเข้ารับราชการในส่วนราชการนั้น โดยเฉพาะ

- ให้บรรจุบุคคลเข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญเพื่อแต่งตั้งให้ดำรง ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงานจากผู้สอบแข่งขันได้ในตำแหน่งดังกล่าว

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กฤษฎา แสงดี (2551) ศึกษาสถานการณ์กำลังพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย พบว่ามาจาก ปัจจัยต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นนโยบายระบบบริการ สุขภาพที่ทั่วถึงครอบคลุมประชาชนทุกคน และการตั้งเป้าหมายให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลาง ทางทางการแพทย์ในภูมิภาคเอเชียตลอดจนความท้าทายในการแข่งขันด้านคุณภาพการพยาบาลจากการ เปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ขณะเดียวกันในอดีตรัฐบาลมีนโยบายลดจำนวนการผลิต ของพยาบาลวิชาชีพอีกทั้งข้อจำกัดในการจ้างงานของพยาบาลวิชาชีพ สาเหตุดังกล่าว ส่งผลกระทบ ต่อพยาบาลวิชาชีพผู้ป่วย องค์การสังคม และประเทศชาติอย่างมากมาย ข้อเสนอแนะแนวทาง การแก้ไขปัญหาเชิงนโยบายจากสภาการพยาบาลในเรื่องการผลิตเพิ่มพยาบาลวิชาชีพการลด การสูญเสียพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งการเพิ่มการธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพนั้นถือเป็นแนวทางที่ดี ในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาล การที่จะทำให้นโยบายหรือแนวทาง ที่สภาการพยาบาลเสนอนั้นประสบความสำเร็จ ต้องเน้นความร่วมมือร่วมระหว่างผู้บริหาร

ทางการพยาบาลซึ่งมีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการอัตราากำลังพยาบาลให้มีความเหมาะสมและจูงใจผู้ได้บังคับบัญชาให้คงอยู่ในวิชาชีพ ส่วนอาจารย์พยาบาลควรเน้นในเรื่องของการสร้างทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพแก่นักศึกษาพยาบาลและงานวิจัยเกี่ยวกับกำลังคนทางการพยาบาล และสำหรับพยาบาลปฏิบัติการควรมีทัศนคติที่ดีกำหนดเป้าหมายและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องในวิชาชีพพยาบาล

ประกาย จิระโรจน์ และ จุรีรัตน์ กิจสมพร (2551) ได้ทำการทบทวนสถานการณ์งานวิจัยด้านสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกหรือส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานหรือความพึงพอใจการทำงานของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจะเป็นตัวแปรที่เป็นปัจจัยภายในของบุคคลเช่นทัศนคติต่อการปฏิบัติงานการใช้ความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงานที่ทำทนายความสำเร็จในงานการได้รับการยอมรับความเชื่ออำนาจภายในตนการมุ่งอนาคตและการควบคุมตนเองและความฉลาดทางอารมณ์เป็นต้นซึ่งบุคลากรจะให้ความสำคัญมากกว่าปัจจัยภายนอก 2) มีงานวิจัยหนึ่งเรื่องพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความคิดเห็นว่าการพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดนครนายกเจ้าหน้าที่ทุกตำแหน่งได้รับการอบรมยกเว้นทันตภิบาล 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องการพัฒนาความรู้ในการตรวจรักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชนและต้องการการฝึกอบรมเรียงจากมากไปน้อยคือการวางแผนแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานวิจัยสาธารณสุขการคิดค้นทุนต่อหน่วยบริการการวางแผนและทักษะการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์การกำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานด้านการบริการบริหารและวิชาการในศูนย์สุขภาพชุมชน

นงลักษณ์ พะไถยะ และ สัญญา ศรีรัตนะ (2552) ทำการศึกษาการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัดพบว่า ปัจจัยหลักที่เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน ได้แก่ ข้อมูลประชากรและระบาดวิทยา โดยเห็นชัดว่าประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนที่สูงขึ้น นอกนั้นสัดส่วนของการเจ็บป่วยเรื้อรังสูงตามมาด้วย ข้อมูลส่วนที่สองเป็นข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้บริการในระดับต่างๆ ตั้งแต่การดูแลตนเอง การใช้บริการปฐมภูมิ และการใช้บริการทุติยภูมิ ข้อมูลส่วนที่สาม ได้แก่ ข้อมูลบริการประเภทต่างๆ ประกอบด้วย บริการด้านการรักษาการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ข้อมูลส่วนที่สี่ ได้แก่ ข้อมูลกำลังคนประกอบด้วยกำลังคนประเภทต่างๆที่มีปัจจุบัน การได้มา (Gain) 3 ปีย้อนหลัง การสูญเสีย (Loss) 3 ปีย้อนหลัง ข้อมูลผลิตภาพกำลังคน (Productivity) และข้อมูลมาตรฐานกำลังคน (Staffing norm) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้มาจากข้อมูลมือสอง (Secondary data) และข้อมูลจากการพูดคุยกลุ่มย่อยจากการนำข้อมูลพื้นฐานนำไปวิเคราะห์การเคลื่อนย้ายกำลังคนและความต้องการกำลังคน ปรากฏผลว่าภาคอีสานได้มีการศึกษาในพื้นที่ 2 จังหวัด ในภาพรวมบุคลากรระดับปฐมภูมิหลัก มีบุคลากรสาธารณสุขมากกว่าพยาบาลวิชาชีพ และข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีพบว่าจำนวนบุคลากรที่ได้เพิ่มมา

ค่อนข้างน้อย การวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนในระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน และในอนาคตอีก 10 ปี เมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีในปัจจุบัน พบว่ากำลังคนที่ขาดแคลนและมีความต้องการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และนักกายภาพบำบัดหรือนักฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชน พบความต้องการกำลังคนโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาล เทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร มากเกินกำลังคนรองรับ ภาคเหนือ ได้มีการศึกษาในพื้นที่ 2 จังหวัด พบว่ากำลังคนในระดับปฐมภูมิพบว่าบุคลากรสาธารณสุขและพยาบาลมีการเคลื่อนย้ายออก มากกว่าการได้เพิ่มในบางจังหวัด ส่วนในอีกจังหวัดหนึ่งพบการได้เพิ่มมากกว่าการย้ายออกส่วนกำลังคนในระดับโรงพยาบาลชุมชนนั้นพบการเคลื่อนย้ายมากในกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร โดยอัตราการสูญเสียค่อนข้างสูงในกลุ่มแพทย์เฉลี่ย 24% และมีอัตราการได้เพิ่ม 21% ส่วนทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร จำนวนการเคลื่อนย้ายเข้ามายังสูงกว่าจำนวนการย้ายออกเล็กน้อยเช่นเดียวกันทั้ง 2 จังหวัดการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน และในอนาคตอีก 10 ปี เมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีในปัจจุบัน พบว่ากำลังคนที่ขาดแคลนและมีความต้องการ ได้แก่ แพทย์ และพยาบาล กายภาพบำบัดหรือนักฟื้นฟูสภาพ และ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในส่วน of บุคลากรสาธารณสุขความต้องการกำลังคนและกำลังคนที่มีในปัจจุบัน มีปริมาณใกล้เคียงกันและเมื่อดูอัตราเพิ่มกำลังคนพบว่ากำลังคนด้านสาธารณสุขอาจจะขาดแคลนบ้างในอนาคตเพราะ มีการเพิ่มไม่มากการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนระดับทุติยภูมิพบว่า ในส่วนของโรงพยาบาลใหญ่กำลังคนที่ต้องการนั้นเพียงพอ แต่มีความขาดแคลนในกลุ่มเทคนิคการแพทย์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ และเวชกิจฉุกเฉิน สำหรับโรงพยาบาลเล็กมีความต้องการกำลังคนด้าน แพทย์เทคนิคการแพทย์ เภสัชกร เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเวชกิจฉุกเฉินมากกว่ากำลังคนที่มีส่วนบุคลากรด้านทันตกรรม และพยาบาลวิชาชีพโดยทั่วไปมีเพียงพอกับการบริการ เมื่อเทียบกับปริมาณงานสำหรับภาคใต้ ได้ศึกษาในพื้นที่ 3 จังหวัด ในระดับปฐมภูมิพบว่าอัตราการสูญเสียบุคลากรสาธารณสุขสูงแต่การได้เพิ่มน้อยมากแต่การเคลื่อนย้ายของพยาบาลเข้า – ออก สถานบริการปฐมภูมิค่อนข้างต่ำ อย่างไรก็ตามในจังหวัดขนาดเล็กพบว่าการได้เพิ่มของพยาบาล และสาธารณสุขสูงกว่าการสูญเสีย ส่วนกำลังคนในระดับโรงพยาบาลชุมชนสำหรับประเภทต่างๆ นั้นพบการเคลื่อนย้ายมากในกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร แต่ทั้ง 4 กลุ่ม จำนวนการเคลื่อนย้ายเข้ามายังสูงกว่าจำนวนการย้ายออก สำหรับแพทย์มีอัตราการสูญเสียค่อนข้างสูงเฉลี่ย 16% แต่มีอัตราการได้เพิ่ม 22% การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน และในอนาคตอีก 10 ปี เมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีในปัจจุบัน พบว่ากำลังคนที่ขาดแคลน แต่อยู่ในระดับไม่รุนแรง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และเมื่อดูอัตราเพิ่มกำลังคนพบว่ากำลังคนในระดับปฐมภูมิไม่น่าจะขาดแคลนมากนัก การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนระดับทุติยภูมิพบว่าสำหรับอำเภอขนาดใหญ่ ความต้องการแพทย์และพยาบาล

เพียงพอกับปริมาณงานที่มี แต่สำหรับอำเภอเล็ก ความต้องการมากเกินกว่ากำลังคนที่มีสำหรับกรณีของแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และนักรังสี ภาคกลางได้ศึกษา 1 จังหวัด ภาพรวมของจังหวัด พบว่าในการจัดบริการระดับปฐมภูมิ มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขใกล้เคียงกับพยาบาลวิชาชีพ และข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบว่ามีการได้เพิ่มมากกว่าการสูญเสีย ส่วนกำลังคนในระดับโรงพยาบาลชุมชนนั้นพบการเคลื่อนย้ายมากในกลุ่มแพทย์ค่อนข้างต่ำ โดยย้ายออก 3% และย้ายเข้า 4% และพบว่า ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร แม้อัตราการย้ายออกสูง แต่มีการเคลื่อนย้ายเข้าสูงกว่าจำนวนการย้ายออก โดยอำเภอขนาดใหญ่ได้แพทย์และพยาบาลเพิ่มเฉลี่ยใกล้เคียงกับการสูญเสีย ส่วนอำเภอเล็กมีการเคลื่อนไหวค่อนข้างน้อยในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในภาพรวมของจังหวัดนั้น พบว่าความต้องการกำลังคนในปัจจุบันและความต้องการกำลังคนในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ มีความต้องการสูง รองลงมาเป็นความต้องการกำลังคนด้านกายภาพบำบัด เมื่อเปรียบเทียบภาระงานปัจจุบันและความต้องการกำลังคนในอนาคต ค่อนข้างจะเพียงพอในส่วนของการพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขของ สำหรับการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนระดับทุติยภูมิพบว่าสำหรับอำเภอขนาดใหญ่ มีความต้องการแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ นักรังสี และเวชกิจฉุกเฉิน มากเกินกว่ากำลังคนที่มีสำหรับอำเภอเล็ก กำลังคนที่ต้องการค่อนข้างมากเกินกำลังคนที่มี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เภสัชกร และเจ้าพนักงานเทคนิคเภสัชกรรม เทคนิคการแพทย์และเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์

วิไลวรรณ บุญธรรม พัทธบูรณ์ ศรีวิชัย และ อัมพร ยานะ (2553) ได้ศึกษาพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคาดประมาณจำนวนความต้องการบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนที่ต้องการของประเทศ ระหว่าง พ.ศ. 2555 - 2559 คาดประมาณจำนวนนักศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนที่จะรับเข้าใหม่ในสถาบันการศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขตามเป้าหมายความต้องการที่คาดประมาณได้ เพื่อวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนสาขาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ โดยศึกษาจากผู้สำเร็จการศึกษาและผู้ที่ใช้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาซึ่งเป็นการคาดประมาณการตั้งแต่เริ่มเปิดการศึกษาถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ และเป็นการปรับระดับและจัดหลักสูตรให้เท่าเทียมกับหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พบว่า สถานการณ์ด้านการพัฒนาการผลิตกำลังคนหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) ที่ปฏิบัติงานตามความต้องการในความเป็นจริงไม่ปรากฏความต้องการแต่ปรากฏความต้องการในการผลิตบุคลากรสาธารณสุข (4 ปี) ข้อมูล ณ ปี 2551 จำนวนที่ผลิตทั่วประเทศ 3,933 คน/ปี โดยคำนวณความต้องการกำลังคนจากความต้องการกำลังคนสาธารณสุข จากภาคส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และท้องถิ่นโดยวิเคราะห์จากภาระงานและกำหนดสัดส่วนกำลังคนต่อหน่วยงานพบว่ามีความต้องการจำนวนทั้งสิ้น 32,228 คน แต่มีอัตราการรองรับ จำนวน 21,131 คนขาดกำลังคนที่ต้องการจำนวน 11,097 คนซึ่งเป็นอัตราากำลังคนที่จะปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปาริฉัตร อุทัยพันธ์ บุญศรี พรหมมา พันธุ์ศิริ ศักดิ์สุนทรไชย และคมศร วงษ์รักษา (2554) ศึกษาการพัฒนารูปแบบประเมินสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาเทคนิคเกษตรกรรมวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาเทคนิคเกษตรกรรม และพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะที่พึงประสงค์ วิธีวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะคือระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินโดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ 15 คนและผู้เกี่ยวข้อง 443 คนเครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์ โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระยะที่ 2 เป็น การพัฒนารูปแบบประเมินสมรรถนะที่พึงประสงค์กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหัวหน้าหลักสูตรเทคนิคเกษตรกรรม 7 คนและผู้ทรงคุณวุฒิ 10 คนเครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามและมีการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการวิจัย พบว่ามี 4 สมรรถนะที่พึงประสงค์ และ 20 ตัวชี้วัดเกณฑ์การประเมินคือที่ร้อยละ 70 ขึ้นไปถือว่าผ่านการประเมินสมรรถนะหลัก ประกอบด้วย ด้านทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานประกอบด้วยตัวชี้วัด 1) การสื่อสาร 2) การใช้คอมพิวเตอร์ และระบบสารสนเทศ 3) การบริการที่ดี 4) การทำงานเป็นทีม 5) การคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาสมรรถนะ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ประกอบด้วยตัวชี้วัด 1) ความซื่อสัตย์ 2) ความรับผิดชอบ 3) ความเอื้ออาทร 4) ความมีระเบียบวินัย 5) การมีมนุษยสัมพันธ์ 6) การมีจิตสาธารณะสมรรถนะด้านความรู้ ทางวิชาชีพประกอบด้วยตัวชี้วัด 1) ความรู้ในงานบริการเกษตรกรรม 2) ความรู้ในงานบริหารเวชภัณฑ์ 3) ความรู้ในงานผลิตยา 4) ความรู้ในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข และสมรรถนะด้านทักษะ การปฏิบัติงานทางวิชาชีพประกอบด้วยตัวชี้วัด 1) งานบริการเกษตรกรรม 2) งานบริหารเวชภัณฑ์ 3)งานผลิตยา 4) งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข 5) งานด้านเกษตรกรรมในชุมชน

กฤษนันท์ เลาะหมั่น (2555) ได้ศึกษาอนาคตภาพการพัฒนากำลังคนสาขาบริการสุขภาพ ของประเทศไทยในประชาคมอาเซียนด้วยวิธีการ Ethnographic Delphi future research (EDFR) พบว่า ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการเตรียมพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่จากการ เปิดการค้าเสรีบริการสุขภาพในประชาคมอาเซียน โดยที่รัฐบาลต้องกำหนดให้นโยบายด้านกำลังคน สุขภาพเป็นนโยบายสำคัญและเร่งด่วน รวมทั้งกำหนดบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง ต้องมีการวางแผนการผลิตและพัฒนาบุคลากรในระดับทวิภาค โดยอาจารย์ ผู้สอนที่มีความรู้กว้างขวางหลากหลายสาขา รวมทั้งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมีความรู้เท่ากัน และสามารถใช้เทคโนโลยีการเรียนการสอน โดยมีแรงจูงใจจากคำตอบแทนที่เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถภายใต้การวางแผนกำลังคนที่สอดคล้องกับโครงสร้างอัตราากำลังและแผนงบประมาณ สาระสำคัญที่ควรพัฒนา 8 ประการ คือ ด้านคุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษา ด้านการจัดการเรียน การสอน ด้านอาจารย์ผู้สอน ด้านความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้านมาตรฐานบุคลากร ด้านการรับรองคุณภาพบุคลากร ด้านการส่งเสริมค่านิยมในการศึกษาสาขาสุขภาพ และด้าน การบริหารจัดการของสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ

Meyer (1996) ทำศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโมเดลกำลังแรงงานทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระเพาะอาหาร (Gastroenterologists) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุปทานและการกระจายของแพทย์และคาดการณ์อุปทานแรงงานในอนาคตของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้ การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและการกระจายแรงงานของแพทย์ด้านนี้และใช้โมเดลทางประชากรศาสตร์ โดยเปรียบเทียบข้อมูลในอดีตและทำนายอุปทานแรงงานในอนาคต พบว่าจากอัตราการเพิ่มขึ้นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระเพาะอาหารจากตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 - 1993 เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ซึ่งเกินความต้องการของตลาดแรงงาน ดังนั้น สภาแพทย์จึงมีนโยบายที่จะลดกำลังคนทางด้านนี้

วนิดา สุริยากานนท์ (2555) ศึกษาเรื่องการประมาณความต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมใน 17 จังหวัดภาคเหนือในปี พ.ศ. 2553 - 2572 โดยวิธีพลวัตระบบมีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณความต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมแบ่งตามสาขาอาชีพได้แก่เจ้าพนักงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลศูนย์ ทั่วไปเจ้าพนักงานโรงพยาบาลชุมชนเจ้าพนักงานสังกัดหน่วยงานอื่นเจ้าพนักงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลเอกชนและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 - 2572 และเพื่อเปรียบเทียบปริมาณการผลิตเจ้าพนักงานเภสัชกรรมกับเป้าหมายความต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมใน 20 ปีข้างหน้าวิธีการศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่หนึ่งเป็นระยะเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อใช้ประมาณความต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเนื้อหาแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนความต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมของหน่วยงานและแบบบันทึกข้อมูลการผลิตเจ้าพนักงานเภสัชกรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก 5 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2548 - 2552 ระยะที่สองเป็นการนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาคำนวณค่าความน่าจะเป็นของตัวแปรต่างๆ ที่มีผลต่อจำนวนเจ้าพนักงานเภสัชกรรมตัวแปรที่มีผลทำให้จำนวนเจ้าพนักงานเภสัชกรรมในระบบเพิ่มขึ้น ได้แก่ การเข้าทำงานใหม่ของเจ้าพนักงานเภสัชกรรม (จากการจบการศึกษาของหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรมจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก) ตัวแปรที่ทำให้จำนวนเจ้าพนักงานเภสัชกรรมในระบบลดลง ได้แก่ การตาย การเกษียณและการย้าย / เปลี่ยนงานการออกจากการหลังจากนั้นนำข้อมูลต่างๆ มาสร้างเป็นแบบจำลองพลวัตระบบโดยใช้โปรแกรมประยุกต์ Stella Software จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าอีก 20 ปีข้างหน้าเป้าหมายความต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมใน 17 จังหวัดภาคเหนือมีจำนวน 3,889 คนโดยโรงพยาบาลศูนย์ / ทั่วไปมีเป้าหมายความต้องการมากที่สุด (1,158 คน) รองลงมา คือ โรงพยาบาลเอกชน (1,093 คน) โรงพยาบาลเอกชน (1,020 คน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (339 คน) โรงพยาบาลชุมชนเป้าหมายความต้องการน้อยที่สุด (457 คน) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนเจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่ผลิตได้กับเป้าหมายความต้องการพบว่าทุกสาขาอาชีพมีแนวโน้มความต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นดังนี้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลศูนย์ / ทั่วไป

ในปัจจุบันเกิดการความแคลนและมีแนวโน้มการขาดแคลนมากขึ้นใน 20 ปีข้างหน้าต้องการจำนวนเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นอีก 10 เท่าเมื่อเทียบกับการผลิตเจ้าพนักงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบันจำนวนเจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่มีจะมากกว่าเป้าหมายที่ต้องการ (พ.ศ. 2553 - 2562) และตั้งแต่ พ.ศ. 2563 จะเริ่มมีการขาดแคลนเจ้าพนักงานเภสัชกรรมและความขาดแคลนจะเพิ่มขึ้นทีละนิดใน 20 ปีข้างหน้าเป้าหมายความต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจะมีจำนวนใกล้เคียงกันเมื่อเทียบกับจำนวนการผลิตเจ้าพนักงานเภสัชกรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลักษณะความขาดแคลนคล้ายกับโรงพยาบาลศูนย์ / ทัวไปคือแนวโน้มความขาดแคลนเพิ่มขึ้นแต่มีความขาดแคลนรุนแรงมากกว่าและใน 20 ปีข้างหน้า ต้องการจำนวนเจ้าพนักงานเพิ่มขึ้นอีก 88 เท่าเมื่อเทียบกับการผลิตสำหรับโรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่นและโรงพยาบาลเอกชนความต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในขณะที่ไม่มีการผลิตเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเข้าระบบจึงทำให้เกิดความขาดแคลนพบว่าความต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมใน 20 ปีข้างหน้าของโรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่นและโรงพยาบาลเอกชนคิดเป็น 8.5 เท่าและ 5.7 เท่าตามลำดับเมื่อเทียบกับความต้องการในปัจจุบัน (พ.ศ. 2553) ในภาพรวมความต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมปัจจุบันเกิดความขาดแคลนและความขาดแคลนจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆโดยในปัจจุบัน (พ.ศ. 2553) เป้าหมายความต้องการเมื่อเทียบกับการผลิตคิดเป็น 2.3 เท่า และใน 20 ปีข้างหน้าต้องการจำนวนเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นอีก 9 เท่าเมื่อเทียบกับจำนวนที่ผลิตได้

สุชาติ อุดมโสภกิจ จรวยพร ศรีศศลักษณ์ อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา และ ทิพิชา โปษยานนท์ (2556) ได้ทำการวิเคราะห์และจัดทำภาพอนาคตของระบบสุขภาพ (Foresight research) ในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและเหตุการณ์สำคัญ ที่มีอิทธิพลผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ การสำรวจแนวโน้มปัจจัยต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นใน 10 ปีข้างหน้า ตลอดจนประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder analysis) ดำเนินการโดยเชิญผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพมาร่วมระดมสมองเพื่อระบุกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder identification) และประเด็นที่สนใจ (Stakeholder concern and issues) และวิเคราะห์ภาพรวมของความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจหน้าที่ (Power) ในเชิงสังคม กฎหมาย การเมือง และเศรษฐกิจ และความสนใจ (Interest) ในแง่ผลกระทบทางสังคม กฎหมาย เศรษฐกิจ และความยุติธรรม เพื่อค้นหาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (Key stakeholders) และจัดทำเป็นผังผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder mapping) จำแนกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามอำนาจ/อิทธิพลและความสนใจออกเป็น 4 กลุ่ม เพื่อนำข้อมูลมาเป็นปัจจัยที่ใช้ในการพัฒนากลยุทธ์การบริหารจัดการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานตามแผนหรือยุทธศาสตร์ที่ได้วางไว้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเสนอแนวทางการบริหารจัดการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอาจแบ่งออกเป็น 4 แนวทางตามกลุ่มที่ได้ทำการวิเคราะห์ไว้แล้ว คือ 1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (Key players : High power & High interest) ในภาพรวมได้ทำการบริหารจัดการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มนี้โดยการเข้าไปบริหารจัดการอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน ทุ่มเทการดำเนินการให้ผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียกลุ่มนี้ พึงพอใจ ชักชวนมาเป็นพันธมิตรในการดำเนินงานและการตัดสินใจบางประเด็น รวมถึงมีการขอรับคำปรึกษาในการดำเนินงานและแก้ปัญหาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นประจำ

2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความสำคัญ (Context Setters : High power & Low interest) ในภาพรวมทำได้โดยการสร้างความพึงพอใจและการแจ้งประเด็นเชิงบวกเกี่ยวกับหน่วยงานให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มนี้รับทราบและใช้ประโยชน์จากความสนใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มนี้โดยการชักชวนมาร่วมโครงการหรือกิจกรรมที่ไม่ค่อยมีความเสี่ยง รวมถึงมีการขอรับคำปรึกษาในการดำเนินงานและแก้ปัญหาในประเด็นที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มนี้สนใจ

3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความตระหนักและสนใจหน่วยงาน (Subjects : Low power & High interest) ในภาพรวมทำได้แค่แจ้งข่าวและสื่อสารข้อมูลอย่างเพียงพอ และคอยดูแลไม่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับข้อมูลเชิงลบหรือมีประเด็นที่ร้ายแรงเกิดขึ้น รวมถึงการเพิ่มระดับความสนใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกลุ่มนี้

4) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ไม่ค่อยมีความสำคัญ (Crowd : Low power & Low interest) ในภาพรวมอาจไม่ต้องทุ่มเทมากนักในการดูแลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มนี้ แค่เพียงแจ้งข่าวและสื่อสารข้อมูลต่างๆ เป็นระยะ โดยอาจใช้สื่อต่างๆ เช่น เว็บไซต์ จดหมายข่าว เป็นต้น แต่ต้องเป็นวิธีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกหรือให้ข้อมูลองค์ความรู้ที่สามารถเข้าถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกหน่วยงานได้อย่างแท้จริงและมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และงานวิจัยนี้ยังได้ทำการสำรวจแนวโน้มปัจจัยต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นใน 10 ปีข้างหน้าและผลกระทบต่อระบบสุขภาพด้วยวิธีการ ด้วย Real - time Delphi Survey พบว่า สาเหตุสำคัญของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า ประมาณ 29 ประเด็น เช่น มีการเปลี่ยนแปลงประชากรด้านโครงสร้าง การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประชากรวัยแรงงานและวัยเด็กลดลง ส่งผลต่อโครงสร้างรายได้และรายจ่ายของภาครัฐ มีการขยายตัวของชุมชนเมืองในต่างจังหวัดเพิ่มขึ้น การย้ายถิ่นของชาวต่างชาติเข้ามาทำงานในไทยโดยไม่มีหลักประกันสุขภาพติดตัวมาด้วย ภาครัฐต้องสร้างหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมให้กับแรงงานเหล่านี้ รวมถึงการเฝ้าระวัง ส่งเสริม และป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นจากแรงงานต่างชาติและการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของแรงงานต่างชาติ ในขณะที่ทรัพยากรธรรมชาติมีจำกัดรวมถึงความหลากหลายทางชีวภาพที่ลดลงจะก่อให้เกิดการพึ่งพาเทคโนโลยีในการผลิตอาหารรูปแบบใหม่ๆ อาหารมีราคาแพง เกิดโรคอุบัติใหม่ในพืชและสัตว์ สังคมให้ความสำคัญในเรื่องความมั่นคงและความปลอดภัยของอาหารมากขึ้น มีแนวโน้มเกิดปัญหาการจัดการน้ำเพื่อการบริโภคและการใช้ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การใช้พลังงานของประเทศสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภัยธรรมชาติ เช่น คลื่นความร้อน น้ำท่วม พายุ ภาวะแห้งแล้ง แผ่นดินไหว ไฟป่า ดินถล่ม สึนามิ อุทกภัย จะเกิดบ่อยขึ้นและรุนแรงขึ้น ทำให้ระบบสุขภาพต้องเตรียมความพร้อมในการรับมือกับอุบัติภัยที่จะเกิดขึ้น ฯลฯ จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพื่อจัดทำภาพอนาคตระบบสุขภาพตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเป็นภาพอนาคตที่มองโดยคนไทยจำนวนหนึ่งที่เห็นภาพผืนตรงกัน คือ อนาคตแบบที่หนึ่งเป็นภาพ “ราษฎร์ - รัฐร่วมคิดร่วมสร้างสรรค์ ร่วมผลักดันระบบสุขภาพ” อนาคตแบบที่สองเป็นภาพ “ระบบสุขภาพของใคร (ของมัน) ดังฝันที่ไกลเกินเอื้อม” และอนาคตแบบที่สามเป็นภาพ “ในเงามืดที่ทาบทาบบระบบสุขภาพยังยืนหยัด” ทั้งสามภาพนี้ไม่เพียงช่วยให้ “เห็นอนาคต” ที่อาจเกิดขึ้นเท่านั้น แต่ยังช่วยเตือนให้เราว่าจะเกิดปัญหาอะไรบ้างในอนาคต เพื่อให้องค์การสุขภาพในระบบสุขภาพสามารถเตรียมความพร้อมในการรับมือและ “หลีกเลี่ยง” อนาคตในรูปแบบที่เราไม่ต้องการได้

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การศึกษาทิศทางการผลิตกำลังคนสาธารณสุข ภายใต้การผลิตของหน่วยงานสถาบันพระบรมราชชนก เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ. 2558 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารของสถาบันพระบรมราชชนก ผู้บริหารและอาจารย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ สภาวิชาชีพและองค์กรต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าและผู้ร่วมงานของกำลังคนด้านสุขภาพจากทั้ง 3 สาขาศึกษาจากทั้ง 3 หลักสูตร และประชาชนผู้มารับบริการจากกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นการกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และการเลือกจังหวัดที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทำการเลือกโดยการพิจารณาจากข้อมูลการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา โดยเลือกจังหวัดที่มีการกระจายมากและการกระจายน้อยที่สุด 2 แห่ง ซึ่งการเลือกจะให้ครอบคลุมทั้ง 4 ภาค ดังนี้

ภาคเหนือ	จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดน่าน
ภาคใต้	จังหวัดตรัง จังหวัดภูเก็ต
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดสุรินทร์
ภาคกลาง	จังหวัดชลบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบาย (2) กลุ่มผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ (3) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา

1. กลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา ประกอบด้วย

- 1.1 ผู้บริหารระดับสูง/ผู้กำหนดนโยบาย
- 1.2 ผู้บริหารของสถาบันพระบรมราชชนกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 1.3 ผู้บริหารของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
- 1.4 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้แทน
- 1.5 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

2. กลุ่มผู้ใช้งานด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา

2.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

2.2 สาธารณสุขอำเภอ

2.3 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

2.4 ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.5 บุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกับกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา (เป็นหัวหน้าหรือผู้ร่วมงาน) c) ผู้ที่สำเร็จการศึกษาสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

2.6 ประชาชนผู้มารับบริการ

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา

3.1 อาจารย์ประจำภาควิชาของทั้ง 3 หลักสูตร และรองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรที่ผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

3.2 สภาวิชาชีพและชมรมต่างๆ

เครื่องมือในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแนวคำถามมี 2 ประเด็น คือ

1. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชนสาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

2. คุณลักษณะที่พึงประสงค์/ทักษะที่ต้องการในการปฏิบัติงานของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชนสาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ร่วมกันพิจารณาแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยมีวิธีการดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความต้องการและทิศทางการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ

2. กำหนดแนวทางของคำถาม

3. สร้างแนวทางของข้อคำถาม ให้ได้เนื้อหาครอบคลุมตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

4. ผู้วิจัยสรุปและปรับแนวคำถาม ดังนี้

ตารางที่ 16 แนวคำถามในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

กลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ	ประเด็นการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม
1. รองปลัด กสธ. ผู้ตรวจราชการ 2. ผอ.สพช. , รอง ผอ.สพช., ผอ.กลุ่มพัฒนาการศึกษา , ผอ.สนย. 3. ประธาน สวสท. , ผอ.วสส.อุบลราชธานี 4. นายแพทย์ สสจ. / ผู้แทน 5. ผู้อำนวยการ รพศ. และ หรือ รพท.	1. แนวโน้ม/แนวทาง ของนโยบายการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา ในอนาคต 2. แนวทางการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา 3. ปัญหา / อุปสรรคในการบริหารจัดการด้านกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา และข้อเสนอแนะ 4. ความคิดเห็นต่อการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา สำหรับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข 5. ความจำเป็นในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา สำหรับหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข (ในอนาคต) 6. คุณลักษณะของกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพ
กลุ่มผู้ใช้งานกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา	ประเด็นการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม
1. ผอ.รพช. 2. ผู้บริหารของ สสอ. 3. ผู้อำนวยการ รพสต. 4. อบท. (อบจ. อบต. เทศบาล)	1. คุณลักษณะของกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพ 2. ความสามารถในการวิชาชีพ ที่คิดว่าจำเป็นในอนาคตและความสามารถอื่นๆ ที่จำเป็นในอนาคต 3. ความรู้ที่เรียนมาเพียงพอกับหน้าที่ความรับผิดชอบหรือไม่ 4. หน้าที่ความรับผิดชอบตรงกับบทบาทหน้าที่ (Job description) ที่กำหนดไว้หรือไม่ 5. บทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติจริงของแต่ละสาขา 6. การจัดสรรกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา เหมาะสมกับพื้นที่หรือไม่อย่างไร สอดคล้องกับงานที่ปฏิบัติจริงหรือไม่อย่างไร 7. ความก้าวหน้า แนวโน้มการเปลี่ยนสายงานของกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา

ตารางที่ 16 แนวคำถามในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม (ต่อ)

กลุ่มผู้ใช้งานกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา	ประเด็นการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม
หัวหน้างานและผู้ร่วมงานของกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขาและผู้สำเร็จการศึกษาใน 3 สาขา - สสจ. - รพช. - รพ.สต.	1. คุณลักษณะของกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพ 2. ความสามารถในการวิชาชีพ ที่คิดว่าจำเป็นในอนาคตและความสามารถอื่นๆ ที่จำเป็นในอนาคต 3. ความก้าวหน้า แนวโน้มการเปลี่ยนสายงานของกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา 4. การจัดสรรกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา เหมาะสมกับพื้นที่หรือไม่อย่างไร สอดคล้องกับงานที่ปฏิบัติจริงหรือไม่อย่างไร 5. ความรู้ที่เรียนมาเพียงพอกับหน้าที่ความรับผิดชอบหรือไม่ 6. หน้าที่ความรับผิดชอบตรงกับบทบาทหน้าที่ (Job description) ที่กำหนดไว้หรือไม่ 7. ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของงานที่ปฏิบัติ
ประชาชนที่มารับบริการ - ห้องยา - ห้องทันตกรรม - รพ.สต.	1. รู้จักบุคลากรด้านสุขภาพ 3 สาขาหรือไม่อย่างไร และสามารถแยกความแตกต่างของกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขาจากสาขาเทียบเคียงได้หรือไม่ 2. คุณลักษณะของกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา
ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา	ประเด็นการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม
อาจารย์ประจำภาควิชาของทั้ง 3 หลักสูตรและรองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร	1. คุณลักษณะของกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา 2. ความสามารถในการวิชาชีพ ที่คิดว่าจำเป็นในอนาคตและความสามารถอื่นๆ ที่จำเป็นในอนาคต 3. ความก้าวหน้า แนวโน้มการเปลี่ยนสายงานของกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา 4. ความจำเป็นในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขาเพื่อตอบสนอง กระทรวงสาธารณสุขและและหน่วยงานนอก กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 16 แนวคำถามในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม (ต่อ)

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการผลิต กำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา	ประเด็นการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม
	5. จุดเด่นและจุดที่ควรปรับปรุงของหลักสูตรที่ผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา 6. หลักสูตรปัจจุบันที่ผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขาที่สามารถไปทำงานตอบสนองกับระบบสุขภาพได้หรือไม่อย่างไร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการผลิตหรือไม่อย่างไร
สภาวิชาชีพและชมรมต่างๆ	1. ความคิดเห็นต่อการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขาสำหรับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข 2. ความจำเป็นในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขาสำหรับหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข 3. คุณลักษณะของกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

การหาความตรงเชิงเนื้อหาของแนวคำถามในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (item objective congruence: IOC) พบว่า ทุกข้อมีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ มากกว่า 0.60

ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ไปให้กลุ่มทดลองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คนลองอ่านข้อคำถามว่าเข้าใจหรือไม่ และมีการปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คนกับผู้วิจัย 1 คน ทดลองใช้สัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 5 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรแบบ Inter-rater reliability

วิธีการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในจังหวัดน่าน พิชณุโลก สุรินทร์ อุบลราชธานี สิงห์บุรี ชลบุรี ภูเก็ต และจังหวัดตรัง

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อุบลราชธานี องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพและชมรมต่างๆ

3. ประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
4. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้การวิเคราะห์จากการจดทีก (Note-based analysis) และการวิเคราะห์จากการถอดคำบันทึกเสียง (Tape-based analysis) และการวิเคราะห์จากความจำ (Memory-based analysis) จัดพิมพ์ข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลทั้งหมด เพื่อจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Category data) แล้วมาแปลความหมายข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ 2015/10 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะถูกได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่เสร็จแล้วอย่างสมบูรณ์

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความต้องการกำลังคน ทิศทางการผลิตกำลังคน และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา คือ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชกรรม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depths Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในกลุ่มผู้บริหารระดับสูง/ผู้กำหนดนโยบาย สภาวิชาชีพทั้ง 3 สาขา อาจารย์ประจำทั้ง 3 สาขา ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ซึ่งประกอบด้วยผู้บังคับบัญชาระดับต้น ผู้ร่วมงาน ผู้แทนหน่วยงานขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และประชาชนผู้มารับบริการในสถานบริการ ซึ่งบุคลากรสุขภาพทั้ง 3 สาขาปฏิบัติงาน รวมทั้งผู้ที่สำเร็จการศึกษาทั้ง 3 หลักสูตร ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพในจังหวัดซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 8 จังหวัด คือ จังหวัดชลบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดน่าน จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดตรังและจังหวัดภูเก็ต ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ประเด็น ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1.ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในเชิงปริมาณ สำหรับบุคลากร สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า

จากการสัมภาษณ์ ผู้บริหารส่วนใหญ่ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์) มองว่า ทั้งในปัจจุบันและในอนาคตบุคลากรทั้ง 3 สาขา ยังคงขาดแคลน และความสามารถในการจ้างงานตามระบบยังไม่เอื้อให้เติมเต็มกำลังคนส่วนที่ขาดได้

“ขณะนี้เรามีภาระงานมากเพราะว่าคนไม่พอ เสนอความต้องการไปทางจังหวัด แต่เรื่องก็เงียบเป็นแบบนี้มาหลายปีแล้ว”

“ความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการกำลังคนกับความสามารถในการจ้างงาน หากถามในระบบยังคงต้องการอยู่ แต่ถ้าจ้างงานโดยใช้เงินในสถานบริการเองอาจไม่จ้าง แต่ถ้าเป็นเงินรัฐบาลน่าจะเอาหมดเลยไม่มีปัญหา”

ดังนั้นจึงควรต้องให้มีการผลิตบุคลากรทั้ง 3 สาขา อย่างต่อเนื่องโดยพบประเด็นที่สำคัญดังต่อไปนี้

1.1 สถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ เห็นว่าวิชาชีพทั้ง 3 สาขา มีความจำเป็น และยังคงมีความต้องการอยู่ แต่เมื่อมีปัจจัยด้านงบประมาณในการจ้างเป็นตัวกำหนด พบว่าหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิต้องจัดลำดับความสำคัญ โดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนมากที่สุด เนื่องจากปฏิบัติงานได้ครอบคลุมหลายด้าน

“รพ.สต.เปรียบเสมือนกระทรวงสาธารณสุขย่อยๆ ในพื้นที่ ต้องทำทุกอย่าง ควบคุม ป้องกัน รักษา และ ฟันฟูเลย”

“นโยบายของแต่ละกรม กอง ใน กระทรวงฯ เวลาจะทำอะไรกับพื้นที่ คนลงมือทำก็ไม่พ้น สอ. และ รพ.สต. จริงๆ น่าจะจัดโครงสร้างของเราให้เหมือนกระทรวงสาธารณสุขเลยนะ”

แต่อย่างไรก็ตาม ในขณะนี้มีความต้องการเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล สูงมากขึ้นเรื่อยๆ ในมุมมองของผู้บริหาร นั้นเห็นความสำคัญของการที่ทันตภิบาลในทุกๆ รพ.สต. ดังที่ ผชชว. ท่านหนึ่ง กล่าวว่า “ควรมีทันตภิบาล อย่างน้อยหนึ่งคนต่อหนึ่ง รพ.สต.”

“ตอนนี้มีตัวชีวิตเกี่ยวกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้านทันตกรรม จะให้ทันตแพทย์ ออกไปโรงเรียนและชุมชนนั้นคงเป็นไปได้น้อย เฉพาะแค่การรักษาในโรงพยาบาลก็ทำไม่ทันแล้ว ที่นี้ข้างเตียงเราใช้ผู้ช่วยทันตแพทย์ ที่เค้าเรียนมา 1 ปี ส่วนทันตาฯ ทั้งหมดที่มีเราส่งให้เค้าไปอยู่ที่ รพ.สต. ซึ่งก็ยังมีจำนวนไม่พอ เพื่อให้มีทันตาฯ ครบทุก รพ.สต.นะ” หัวหน้าแผนกทันตกรรม ของ รพศ. กล่าว

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. ให้สัมภาษณ์ว่า “เราอยากได้ ทันตภิบาล แต่ก็ได้ไม่ได้ ต้องอาศัยจากโรงพยาบาลมาช่วยเป็นบางวัน ตอนนี้เรารวบรวมทุนกันเองซื้อยูนิตทำฟัน แต่ขาดเจ้าหน้าที่.....”

“ตอนนี้แทบทุก รพ.สต. มียูนิตทำฟันแล้ว ควรจะใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด”

ทันตภิบาลที่ทำงานประจำใน รพ.สต. ให้สัมภาษณ์ว่า “ตอนหนูเข้ามาทำงานใน รพ.สต. ใหม่ๆ ต้องชวนขายยูนิตทำฟันเอง หนูไปขอยืมจาก สสจ. มา พี่เค้าก็ใจดีให้ยืม”

นอกจากนี้ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เห็นว่าเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน ผอ.รพ.สต. กล่าวว่า “เนื่องจากงบเรามีจำกัด เราจึงไม่สามารถจ้าง เจ้าพนักงานเภสัชกรรมได้ เพราะเมื่อเทียบกันแล้ว เจ้าพนักงานเภสัชกรรมมีความจำเป็นน้อยกว่า นว.สาธารณสุขและทันตภิบาล”

“หากว่าเงินจ้าง เราก็อยากให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรม มาช่วยนะ เพราะตอนนี้ รพ.สต. มีรายการยาเพิ่มขึ้นมากเนื่องจากมีหมอมาตรวจเป็นประจำ ดังนั้น การเก็บรักษายา และการจัดการ สต็อกนั้นเป็นภาระมากขึ้นไม่ต้องพูดถึงเรื่องการดูแลติดตามและเฝ้าระวังเรื่องการใช้ยาเลย พวกเรา ทำกันไม่ไหว ทั้งที่มันส่งผลอย่างมากต่อ clinical outcome โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน NCD”

“จริงๆ แล้ว ในโครงสร้าง รพ.สต. ก็มีตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัชกรรมอยู่แล้วนะ”

“ในภาคตะวันออก ตอนนี้มีแค่ รพ.สต. เดียวใน จังหวัด ตราด ที่มี จพง.เภสัชกรรม ไปอยู่”

“โดยเฉพาะอย่างยิ่งตอนนี้ เพิ่งงาน คบส. มาให้เรา แต่ ไม่เพิ่มคนให้เรา อันที่จริงแล้ว ถ้าเพิ่มงานมา คน เงิน ของ ก็ควรตามมาด้วยใช้ไหม นี่เหมือนเป็นการผลักภาระมาให้เราอย่างเดียว”

1.2 สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมินั้นยังคงมีความต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมอยู่เป็นจำนวนมาก ยังคงมีความคาดหวังให้อัตราส่วนระหว่างเภสัชกรต่อเจ้าพนักงาน

เภสัชกรรมเป็น 1 : 1 เพื่อเปิดโอกาสให้เภสัชกรทำงานเชิงรุกมากยิ่งขึ้น ในระดับทันตภิบาลนั้น ทันตแพทย์มีความเห็นว่ายังกังต้องการทันตภิบาลในการดำเนินการส่งเสริม ป้องกันทันตสุขภาพ เนื่องจากมีเกณฑ์กำหนดไว้ในตัวชี้วัดของโรงพยาบาล ซึ่งทันตแพทย์ไม่สามารถดำเนินการได้ จึงมีความต้องการทันตภิบาลในพื้นที่ที่ชัดเจน

“ที่โรงพยาบาลขาด จพ.เภสัช เลยจ้างลูกจ้างมาฝึกแล้วช่วยงาน แต่เหนื่อยมาก เค้าไม่มีพื้นฐานมาก่อน เป็นภาระเรามากกว่ามาช่วยเรา ไม่จ้างดีกว่า อยากได้ จพ.เภสัช มากกว่า” เพราะ “จพ.เภสัช ที่จบจาก วสส. เข้ามาแล้วส่วนใหญ่ทำงานได้เลย ถึงต้องสอนก็แค่เพื่อการปรับตัว ให้เข้ากับระบบ ซึ่งก็ง่ายมาก เบาทรงไปได้แยะเลย”

“.....ความจำเป็นในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ เทคนิคเภสัชกรรมนั้นมีความจำเป็นมาก เป็นเรื่องเร่งของการพัฒนางาน เพราะเภสัชทำงานไม่เหมาะสมกับหน้าที่ เช่น การเช็ดยา จะต้อง ผ่องถ่ายให้เทคนิคเภสัชทำ เพื่อให้เภสัชกรไปทำงานอย่างอื่นได้ เช่นยาเคมีบำบัด การบริหารยา การติดเชื้อ ปัญหาเชื้อดื้อยาทั้งหลายที่วิกฤติในปัจจุบัน”

1.3 ในจังหวัดปริมณฑลหรือแหล่งท่องเที่ยว ยังคงมีความต้องการบุคลากรทั้ง 3 สาขา สูงแต่คนในพื้นที่ที่จะเข้ามาเรียนหรือทำงานในระบบสุขภาพมีน้อย ทำให้เกิดปัญหา ความขาดแคลนค่อนข้างสูงมากกว่าจังหวัดอื่นๆจะเห็นได้จากอัตราการกระจายของบุคลากร ทั้ง 3 สาขารายจังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ ชลบุรี สมุทรสาครและภูเก็ต โดยมี ค่าเฉลี่ยของบุคลากรทั้ง 3 สาขาต่อแสนประชากรเป็น 33.31, 38.64, 48.51, 52.13, 62.23 และ 73.74 ตามลำดับ (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2557)

1.4 ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาความเหมาะสมของการกระจาย บุคลากรทั้ง 3 สาขาและวางกรอบอัตรากำลังโดยใช้อัตราส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากร (GIS) ซึ่งข้อมูล ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ามีหลายจังหวัดที่มีจำนวนบุคลากร สาขาทันตสาธารณสุขและเทคนิคเภสัช น้อยกว่ากรอบที่ตั้งไว้ แต่สำหรับนักวิชาการสาธารณสุขนั้นในบางจังหวัด มีจำนวนเกินกว่ากรอบ ที่ตั้งไว้ จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยจำนวนบุคลากรทั้ง 3 สาขาต่อแสนประชากรสูงที่สุด ได้แก่ สิงห์บุรีและน่าน โดยมีค่าเฉลี่ยต่อแสนประชากรอยู่ที่ 143.29 และ 141.14 ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราส่วนน้อยกว่า GIS มาตรฐานของประเทศ 1 : 1,250 ซึ่งหมายถึงอัตราส่วนนักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงาน สาธารณสุขชุมชน 1 คน จะรับผิดชอบประชากรในจังหวัดน้อยกว่า 1,250 คน ซึ่งมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ GIS มาตรฐาน (1 : 1,250) ประมาณ 15 ถึง 2 เท่า (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2557)

แต่เมื่อพิจารณาถึงข้อค้นพบในพื้นที่เกี่ยวกับการจัดสรรกำลังคน 3 สาขา พบว่า การวางกรอบอัตรากำลังตาม GIS ถือเป็นปัญหาอุปสรรค ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา เพราะกรอบอัตรากำลังที่ตั้งไว้ตาม GIS นั้นไม่ตรงกับภาระงานที่เป็นจริง พื้นที่ มีความต้องการกำลังคนมากกว่ากรอบ ทำให้เกิดปัญหาในการจ้างงานเกินกรอบ ดังนั้น การบริหารจัดการกำลังคนของพื้นที่ส่วนใหญ่ จึงเปลี่ยนจากการคำนวณตาม GIS มาเป็นการพิจารณา ตาม FTE ในขณะที่บางจังหวัดไม่เปลี่ยนยังคงใช้หลักการ GIS เหมือนเดิมแต่ในบางจังหวัดใช้ประสบการณ์

ของผู้บริหาร ดูตามความเหมาะสม และคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม ในกรณีที่มีปัญหาการขาดแคลนทาง จังหวัดจะแก้ปัญหาโดยการย้ายทดแทน และ การรับสมัครใหม่ แต่ถ้าไม่มีตำแหน่งราชการให้ก็จะรับเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และในบางพื้นที่มีการจ้างในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานราชการ ส่วนใหญ่จ้างด้วยเงินบำรุงของหน่วยงานซึ่งหน่วยงานสามารถดำเนินการได้เอง รูปแบบของการบริหารจัดการกำลังคนนั้นเดิมในแต่ละจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรคนลงตำแหน่งได้ แต่ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นคณะกรรมการกำลังคนของจังหวัด ในการพิจารณากลับกรองในการจ้างบุคลากรในตำแหน่งต่างๆคงจะเห็นได้จากการที่

นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขให้สัมภาษณ์ว่า “สำหรับหลักปฏิบัติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ยึดตามหลัก GIS โดยคำนึงถึงการกระจายอัตรากำลังในแต่ละจังหวัด เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด (โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป) ในแต่ละปีได้รับการจัดสรรอัตรากำลังในแต่ละสาขาจำนวนเท่าไร โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนระดับตำบล ในแต่ละปีได้รับการจัดสรรอัตรากำลังในแต่ละสาขาจำนวนเท่าไร โดยการบริหารจัดการของจังหวัดจะมีความยืดหยุ่นและคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง มากกว่าการจำเพาะเจาะจงตามที่ได้จัดสรรมา”

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กล่าวว่า “บริบทของที่นี่ไม่เหมือนที่อื่นสรรหาบำรุงรักษา ใช้ประโยชน์ และพัฒนา ที่นี้มีส่วนทรัพยากรบุคคลเป็นการพัฒนาคนตามหน่วยงานมีทั้งหมด 18 กลุ่มงาน เมื่อเกี่ยวข้องกับกลุ่มงานใด กลุ่มงานนั้นต้องวิเคราะห์ดูว่าเขามีช่องว่างอะไร เช่น ในส่วนของเภสัชจะขึ้นกับส่วนงานคุ้มครองผู้บริโภคจะมีหัวหน้าเภสัชเป็นผู้ดูแล เขาจะดูแลครอบคลุมถึง จพ.เภสัช ถ้าเรื่องบริหารกำลังคนเขาจะวิเคราะห์ตั้งแต่จพ.เภสัชและนักวิชาการสาธารณสุข ปี 57 เราเซ็ดจากกรอบที่ สปช. ได้ให้มา เราเสนอไป 80 คน ได้รับมา 50 คน บทบาทของส่วนทรัพยากรบุคคล จะต้องดูกรอบใน FTE โดยส่วนรวม แล้วจัดสรรตามความเหมาะสม”

“ในปัจจุบันนี้ FTE ของเจ้าพนักงานเภสัชกรรม มีจำนวน 37 คน (FTE2) มีผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัชกรรม จำนวน 16 คน คิดเป็น 43.25% ของ FTE จะเห็นได้ว่าขาดแคลนอย่างมาก อีกทั้งจะมีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมทยอยเกษียณอายุราชการในช่วง 5 ปี อีก 3 คน ทำให้มีความขาดแคลนมากยิ่งขึ้น กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาล.....ได้แก้ไขปัญหด้วยการจ้างพนักงานประจำห้องยาจำนวน 31 คน ซึ่งเกินกรอบอัตรากำลังตาม FTE และในขณะนี้ได้รับสมัครเจ้าพนักงานเภสัชกรรมตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวเพิ่ม 2 ตำแหน่ง แต่ยังไม่มีความสมัครงาน....”

ข้อค้นพบในพื้นที่ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ปัญหาการโยกย้ายเปลี่ยนสายงาน ทำให้ขาดคนที่ทำงานตรงตำแหน่งจริง โดยเฉพาะสายงานด้านทันตสาธารณสุขและเทคนิคเภสัชกรรม ซึ่งไม่สามารถก้าวหน้าในสายวิชาชีพของตนได้ ทำให้เกิดการโยกย้ายข้ามสายงานเปลี่ยนไปเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ส่งผลให้การบริหารจัดการกำลังคนทั้ง 3 สาขานี้ยังคงเป็นปัญหาเรื้อรัง (รายละเอียดเพิ่มเติมในข้อ 1.5) ประกอบกับ นโยบายในการผลิตกำลังคนที่ยังไม่มีความชัดเจนดังจะเห็นได้จากการที่

ผู้บริหารส่วนกลางให้สัมภาษณ์ว่า “.....ณ วันนี้หน่วยงานบอกว่าต้องการหรืออยากได้คนแบบนี้ ให้เราผลิตให้ แต่พอถึงวันที่ได้ก็จบท่านบอกไม่ต้องการแล้วไม่อย่างจ้างแล้วไม่มีเงินมันก็เป็นปัญหาการบริหารเรื่องเงินเรื่องของบุคลากรในเขตพื้นที่เขตบริการนั้นหรือในเขตโรงพยาบาลนั้นมันไม่สอดคล้องกับแผนซึ่งความจริงก่อนที่ท่านจะมาบอกเราว่าท่านต้องการ ท่านต้องมีแผนของท่านแล้วว่าในอีก 2 ปี หรือ 4 ปีข้างหน้าท่านต้องการคนเพิ่มไปพัฒนางานหรือไปเติมเต็มส่วนไหนพอถึง ณ วันที่มาให้ท่านมาถึงแล้วก็กลับไปท่านเปลี่ยนแผนท่านบอกไม่ใช่แผนนั้นแล้ว ซึ่งเรื่องเหล่านี้มันไม่ใช่เรื่องที่จะตอบอย่างนั้นเพราะว่าความจริงวิทยาลัยจะสิ้นสุดภาระเมื่อเด็กสำเร็จการศึกษาแล้วก็ส่งไปให้ที่เรียกว่า เจ้าของทุน.....”

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ให้สัมภาษณ์ในเรื่องนี้ว่า “.....ขาดการวางแผนการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวม ทั้งในด้านการวางแผนการผลิตกำลังคน สนองความต้องการกำลังคนที่แท้จริงจากระบบบริการสุขภาพ การกระจายกำลังคนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การสร้างแรงจูงใจ ทำให้เกิดการสมองไหล เปลี่ยนสายงาน” นอกจากนี้ “สพช. โดยกระทรวงสาธารณสุขหึงจุดยืน ในการคัดเลือกคนจากพื้นที่ กลับไปทำงานในพื้นที่ช่วยพัฒนางานสาธารณสุข.....”

ดังนั้นปัญหาความขาดแคลนและปัญหาสมองไหลของ 3 สาขาวิชาชีพนี้ จึงยังคงเป็นประเด็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีความจริงจังและจริงจังในการแก้ปัญหาอย่างเต็มที่

โดยสรุปแล้วปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกำลังคนได้แก่

- กรอบอัตรากำลัง
- อัตราความคงอยู่ในตำแหน่ง (กรณีไม่ใช่คนในพื้นที่ จะมีการสับเปลี่ยนหรือโยกย้ายบ่อย)
- ความก้าวหน้าในสายงาน การก้าวขึ้นสู่ตำแหน่ง ซึ่งในปัจจุบันจะมีการสับเปลี่ยน หรือโยกย้ายข้ามสายงาน เช่น จากตำแหน่งทันตภิบาล ตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัช มีการศึกษาต่อเนื่องเพิ่มเติมเป็นระดับปริญญาตรี แล้วสอบเปลี่ยนตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข เนื่องจากการก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นในสาขาวิชาของตนมีข้อจำกัดในเรื่องกรอบอัตรากำลัง
- ปัญหาสมองไหลของแต่ละสาขาวิชาชีพ เนื่องจากหากอยู่ในตำแหน่งเดิมไม่ได้รับการสนับสนุน หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสายงานไปสู่สายงานที่ตนเองชอบหรือพึงพอใจมากกว่า

1.5 ระบบความก้าวหน้าในสายงานทั้ง 3 สาขา ไม่เอื้อให้สามารถปฏิบัติงานในระยะยาวได้ โดยเฉพาะสาขาเทคนิคเภสัชกรรมและสาขาทันตสาธารณสุข ทำให้ขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดให้สัมภาษณ์ว่า “.....ยังมีความต้องการกำลังคนทั้ง 3 สาขา ในการปฏิบัติงานอยู่ แต่ขอให้ส่วนกลาง (ก.พ.) และสถาบันที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการผลิต (สพช.) คำนึงถึงความก้าวหน้าของแต่ละสายงานด้วย เพราะหากผู้ปฏิบัติไม่มี

ความก้าวหน้าในสายงานของตน ก็จะเกิดเหตุการณ์สมองไหล กระทั่งไปถึงอัตราการลาออก โยกย้ายต่อไปไม่สิ้นสุด ซึ่งส่วนตัวมองว่าถึงแม้จะผลิตรายงานอย่างไรก็ไม่เพียงพอ”

“.....ที่นี้ทันตภิบาล ตาม FTE 23 คน ตอนนี้มี แค่ 7 คน เราต้องแก้ปัญหาโดยการอบรมผู้ช่วยมาใช้เอง เราขาดคนทำงานมาก เค้าไม่มีความก้าวหน้า เค้าก็เปลี่ยนสายงานไปที่อื่นหมด กระทรวงควรมองความก้าวหน้าของบุคคลกลุ่มนี้ด้วย.....”

ดังนั้นจึงมีข้อเสนอจากพื้นที่ว่าในการผลิตบุคลากรสาธารณสุข ควรผลิตให้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละพื้นที่ หรือตามความจำเป็นเร่งด่วนก่อน แล้วเปิดโอกาสให้ผู้ที่เรียน 2 ปี ไปต่อ 4 ปี โดยการจัดหน่วยกิตให้สามารถเชื่อมต่อกันได้

“เห็นว่าหลักสูตรทั้ง 3 สาขาที่เป็น 2 ปี เนื่องจาก เราเชี่ยวชาญและไม่มีที่ใดผลิตจอตลอด 2 ปีก่อน ทดแทนการขาดแคลนได้ระดับหนึ่งก่อน ผู้จ้างงานน่าจะยินดีจ้างกว่า แล้วค่อยพัฒนาเรียนต่อเนื่องระดับปริญญาตรี”

นอกจากนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ให้สัมภาษณ์ว่า “ผลิตแต่ 4 ปี อีกหน่อยเราจะมีแต่นายพลเต็มกองทัพอและไม่มีคนทำงานดูเหมือนจะแก้ปัญหาฉุกเฉิน เขาเรียน 2 ปีก็ได้อยู่แล้ว และค่อยทำหลักสูตรต่อเนื่องเป็น 4 ปีให้เค้า...”

หัวหน้างานแผนกเภสัชกรรม ให้สัมภาษณ์ว่า “พวกนี้เขาก็ดูดีนะแต่พอผลิตต่อไป 4 ปีจะเริ่มมีปัญหาและว่าไหนๆ ก็เรียน 4 ปีแล้วสู่เรียนต่ออีกปีไปเป็นเภสัชเลยดีไหม...”

“อีกหน่อยเราจะมีแต่นายพลเต็มกองทัพอแล้วไม่มีคนทำงานดูเหมือนจะแก้ถูกแต่มันเป็นปัญหาของเราเองที่ว่าเขาเรียน 2 ปีก็ได้อยู่แล้ว แล้วค่อยพัฒนาต่อเนื่อง”

สำหรับหลักสูตรทันตสาธารณสุขและหลักสูตรเทคนิคเภสัชนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมองว่าควรให้มีการโตในสายงาน กล่าวคือ โตในสายของเจ้าพนักงาน เป็นเจ้าพนักงานอาวุโส หรือในการศึกษาต่อเนื่องก็ให้โตในสายวิชาชีพของตัวเอง เช่น เทคนิคเภสัช ก็เรียนต่อเป็นเภสัชกรได้ ซึ่งผู้รับผิดชอบควรมีการปรึกษาหารือในการเทียบโอนหน่วยกิตที่เรียนมาแล้วกับมหาวิทยาลัยไม่ใช่ให้ไปเรียนเริ่มใหม่ แล้วกำหนดหลักเกณฑ์ว่าทำงานกี่ปีจึงมีสิทธิ์ไปศึกษาต่อ

หัวหน้าแผนกทันตกรรม รพ.แห่งหนึ่ง ให้ความคิดเห็นว่า “ลูกน้องผมจบ 2 ปีทำงานเก่งมาก ทำงานมา 5 ปี แล้ว เพิ่งจะได้บรรจุ แต่พอวิทยาลัยผลิต 4 ปี มาทำงานได้บรรจุระดับปริญญาตรี เงินดีกว่า แต่ทำงานสู้คนเก่าไม่ได้ ทำไม่พัฒนาคนเก่าก่อน ให้เค้าก้าวหน้า ได้เงินเดือนมากขึ้นกว่าเด็กจบใหม่.....”

“ผมคุยกับคณะทันตแพทย์ มหาวิทยาลัย.....ไว้แล้ว ลูกน้องเราเก่ง เราก็ต้องสนับสนุน ผมจะสนับสนุนให้เค้าเรียนต่อเป็นทันตแพทย์ แต่ก็เป็นไปเริ่มเรียนใหม่ ผู้รับผิดชอบควรมาดูแลด้านนี้”

หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่และผู้แทนสภาเภสัชกรรมกล่าวในเรื่องนี้ว่า

“กระทรวงต้องชัดเจนว่า เราต้องดันความก้าวหน้าในสายงานของเขาให้ได้ สายเจ้าพนักงานในส่วน ก.พ. จะก้าวหน้าได้ต้องในส่วนหน้าที่ ปฏิบัติมันก็ต้องดันไปทางสายอาวุโสให้ได้ จะติดเกณฑ์ ก.พ.อะไรก็ต้องไปคุยกันตรงนั้น ที่นี้พอบอกความก้าวหน้าไม่ได้ก็ต้องไปเรียนปริญญาตรี มันสร้างปัญหาใหม่อีก และปริญญาตรีก็ใช้ว่าจะก้าวหน้าได้ตามใจอีกเพราะก็ต้องไปสอบแข่งขันอีก ก็กลายเป็นปัญหาภาพใหญ่อีก สุดท้ายก็ไม่ได้ก้าวหน้าอย่างชัดเจน แต่ถ้าเรามั่นใจว่าเรามีผู้ช่วย เราต้องดันผู้ช่วยนี้ให้ก้าวหน้าไปในสายของเขาเอง เขาถึงจะมีความสุขในการทำงาน ไม่เช่นนั้นก็ต้องเปลี่ยนสายงานไปอีก ก็เสียคนไปอีก ก็ไม่มีทางเต็ม เพราะฉะนั้นต้องเปลี่ยนแนวคิดตรงนี้ ถ้าไม่เปลี่ยนเราไปซิกแซกตามก.พ.ไปเรื่อย จะไม่เกิดประโยชน์กับเรา แล้วเราก็เหนื่อย ผลผลิตก็ไม่เต็มสักที ถ้าเขาขึ้นอาวุโส ขึ้นชำนาญการของเขา เขาก็จะมีแรงทำงานต่อไป”

“การไปทำปริญญาตรี 4 ปีมันก็คนละเรื่องแล้ว ไม่ใช่จบไปเป็นผู้ช่วย เป็นปัญหาเรื่องตำแหน่งตามมาอีก ผลผลิตออกมาจะไปทำงานที่ไหน ไม่มีตำแหน่งก็จบเลย”

“หลักการของวิชาชีพ ถ้าจะไปผลิตผู้ช่วยนี้มันต้องดันให้โตในสายของเขา อันที่ 2 ถ้าเขาจะต้องปรับต้องปรับให้เขาไปเป็นวิชาชีพ อาศัยประสบการณ์ตรงนี้แล้วเรียนต่อเพื่อปรับเป็นเกสซ์เพื่อตรงและก็ต่อเนื่องกัน ถ้าเปลี่ยนเป็นสายนักวิชาการ ทำงานนี้มา 10 ปีก็ไม่เกิดประโยชน์ก็เท่ากับว่าได้ นักวิชาการใหม่ธรรมดา ถ้าไปเป็นเกสซ์ เขายังใช้ความชำนาญเดิมไปต่อยอดกัน เพราะฉะนั้นแนวคิดนี้มันต้องชัดเจน”

“ถ้าจะผลิตหลักสูตรนี้ คุยหลักการกับวิชาชีพเลย เช่น ในความก้าวหน้า เราจะต้องบอกว่าข้าราชการเราจะเป็นตำแหน่งอะไรกระทรวงต้องวาง ถ้ามองก้าวหน้าในวิชาชีพสายงานเขาก็มีเรื่องตำแหน่งของเขากับ ก.พ. และเขาสามารถเรียนต่อไปทางเกสซ์ได้ไหมเราคุยกับสถาบัน และหลักสูตรนี้จะไปต่อยอดกันอย่างไร”

“ผมก็ไม่เห็นด้วย สมมุติเราไปเรียน 2 ปีจะต้องเริ่มเรียนใหม่ 6 ปี เสียเวลา ซึ่งอาจจะลดไปสักปีเพื่อให้สัมพันธ์กับหลักสูตรจะได้จุใจเขา และกระทรวงอาจจะต้องทำความเข้าใจกับสถาบันขอโควตาปีละเท่าไรให้พวกนี้เข้าไป ถ้าเราคิดว่าเขาเป็นตำแหน่งข้าราชการ สมมุติว่าไม่ติด ก.พ. ก็ปรับตัวเป็นเกสซ์ได้มันก็ยังคงอยู่ในวงของเขา และก็ทำงานในสายของเขาต่อไป”

ผู้ที่สำเร็จการศึกษาทั้ง 3 หลักสูตร ทั้งหมด ให้ความคิดเห็นว่าต้องการมีความก้าวหน้าในสายงานของตนเอง และทำงานในหน่วยงานเดิม มีความต้องการให้กระทรวงช่วยผลักดันในเรื่องความก้าวหน้าและหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องในสายวิชาชีพโดยตรง ไม่ใช่เป็นอย่างที่ปฏิบัติอยู่ คือไปเรียนปริญญาตรีที่ราชภัฏ แต่พอจบแล้วก็ต้องสอบแข่งรตำแหน่งบรรจุ บางทีก็ต้องเปลี่ยนสายงานซึ่งไม่ตรงกับที่เรียนมาตั้งแต่แรก ความชำนาญก็ไม่สามารถเทียบได้กับการก้าวหน้าในสายงานเดิม จากสัมภาษณ์ ดังนี้

“ไม่มีความก้าวหน้า ไปแน่นอน ต้องเปลี่ยนสายงานแน่นอน ถ้า ก.พ. ยกเลิกเรื่องการสอบคัดเลือกโดยไม่ใช้ผลการสอบแข่งขัน ขอใช้ผลการสอบมาขึ้นที่ภายในจังหวัดที่ทำงาน เพราะเราตั้งหลักในพื้นที่แล้ว เคยถูกเรียนไปลงพื้นที่จังหวัดระนองแต่ไม่ไป แต่เราอยู่นานแต่เรามีลูกแล้วเพราะเราตั้งหลักในพื้นที่แล้ว ในความเป็นจริงเราไม่ไป ขอใช้ผลสอบมาใช้ในพื้นที่จังหวัด ดังนั้นเทคนิคเกสซ์โอกาสความก้าวหน้ามีน้อยมาก ในกรณีที่ไม่สอบแข่งขันในจังหวัดเชื่อว่าทุกคนจะไม่ไป เพราะถ้า

สอบแข่งขันไปพื้นที่ต่างๆกับน้องต่างๆที่เพิ่งจบมาใหม่ เราก็กู้ไม่ได้ ไม่มีความก้าวหน้า ความก้าวหน้าจะตกลงมาก ทั้งทันตภิบาลด้วย ทำให้น้องๆ กัดฟัน เครียดมาก โตไม่ได้ เหมือนเป็น labor จึงต้องเปลี่ยนสายงาน”

“ไม่ค่อยมีความก้าวหน้า ทั้ง 3 สาขา ถ้าต้องการต่อเนื่องก็ต้องไปเรียนต่อ มีการเปลี่ยนสายงานเยอะ ถึงแม้เรียนต่อมีวุฒิ ป.ตรี มีสอบที่อื่น แต่ไม่ไป จะไปเรียนต่อเพื่อเปลี่ยนสายงานและสอบเป็น นวก. ถ้าเทียบกับสายงานอื่น เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจะก้าวหน้ามากกว่าสายงานอื่นๆ นอกจากนี้ก็จะเปลี่ยนสายงานอื่นเลย”

“เดิมเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ได้ปรับเป็นนักวิชาการสาธารณสุข โดยการสอบเองภาค ก ข และ ค ของ ก.พ. ประมาณปี 53 หากจบปริญญาตรีมา สสจ.ปรับให้เป็น นวก.สธ. ทั้งหมด เรียกว่านวก.เอื้ออาทร สุรินทร์ ปัจจุบันคนไปเรียนน้อยแล้วสายสาธารณสุขของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร เพราะวิชาชีพนี้มีทุกที่ทั้งราชภัฏและมหาวิทยาลัย ซึ่งทางเลือกที่หลายหลาย ระดับกระทรวงสาธารณสุข ควรให้โอกาสเรื่องของความเจริญก้าวหน้า ตำแหน่งควรกำหนดโดยกระทรวงอาชีพครู ตำรวจและอื่นๆเค้ามีความชัดเจนกำหนดตำแหน่งเอง ควรจะออกจาก ก.พ. เพราะ ก.พ. มีโอกาสของความก้าวหน้าหรือปรับวุฒิน้อยมาก”

นอกจากนี้ผู้บริหารระดับจังหวัดบางท่านเสนอว่าการที่ภาคส่วนอื่น เช่น สถาบันอุดมศึกษาของรัฐบาลและเอกชน ซึ่งมีระบบการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกันออกไป อาจทำให้ได้บุคลากรที่ไม่ตรงความต้องการของท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุขอย่างแท้จริง

ข้อค้นพบในพื้นที่ที่แสดงถึงปัจจัยที่ทำให้บุคลากรที่ขาดความก้าวหน้าในสายงานยังคงทำงานอยู่ ได้แก่

- ความรักและซื่อสัตย์ในงานที่ทำ ซึ่งคนที่อยู่ในพื้นที่ที่มีจิตใจที่ยังยึดเหนี่ยวอยู่ทำให้ปฏิบัติงานต่อไปได้
- ความมั่นคงในวิชาชีพ ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์ว่า “ควรมีการทบทวนระบบการรับสมัครและคัดเลือกโดยส่งเข้างานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้ได้บุคลากรทำงานในพื้นที่ เข้าไปทำงานในพื้นที่ทุรกันดารและอยู่ทน”

ผลการศึกษายังพบประเด็นที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวโน้ม/แนวทาง ของนโยบายการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา ในอนาคตดังนี้

ในปัจจุบันพบว่าการผลิตกำลังคนสุขภาพสาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชกรรมนั้น สถาบันการศึกษาหลักที่รับผิดชอบในการผลิตกำลังคนเข้าสู่ระบบสุขภาพคือ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทั้ง 7 แห่งภายใต้สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข แต่สำหรับหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตนั้นพบว่า นอกจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่งแล้วยังมีมหาวิทยาลัยจำนวนมากที่มีการผลิตบุคลากรดังกล่าว ทำให้บุคลากรกลุ่มนี้มีเป็นจำนวนมากซึ่งส่งผล

กับกลุ่มที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง ในเรื่องของการบรรจุเป็นข้าราชการ และจากที่มีบุคลากรที่สำเร็จหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตเป็นจำนวนมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้สถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทั้ง 7 แห่ง มาพิจารณาปรับแผนและบทบาทในการผลิตและพัฒนากำลังคนของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดแคลนมากควรผลิตหลักสูตร 2 ปี แต่ต้องมีแผนในการศึกษาต่อเนื่องในระดับ 4 ปี ให้บุคลากรเหล่านี้ได้ก้าวหน้าในสายงานของตนเองและสิ่งที่สำคัญต้องมองถึงตำแหน่งที่รองรับบุคคลกลุ่มนี้ด้วย การผลิตกำลังคนทางด้านสาธารณสุขทั้ง 3 สาขานั้น ส่วนกลาง หรือสถาบันที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการผลิตนั้น ต้องหรือควรคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องด้วย ดังนี้

- ความต้องการกำลังคนในแต่ละสาขา หรือความจำเป็นเร่งด่วนในการใช้งาน
- การบริหารจัดการภาครัฐ กล่าวคือ การกระจายอัตรากำลังตามพื้นที่ที่มีความจำเป็นก่อน หลังอย่างเพียงพอ
- การบริหารจัดการ และการสนับสนุนด้านวัสดุครุภัณฑ์ เครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน
- ความก้าวหน้าของแต่ละสายงาน และการขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นตรงตามสายงานที่เรียนมา โดยไม่ต้องมีการสับเปลี่ยนตำแหน่ง

มีผู้บริหารบางท่านในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปให้ความคิดเห็นต่อการผลิตกำลังคน 3 สาขา ว่า เมื่อสถาบันพระบรมราชชนกผลิตแล้ว จะมีตำแหน่งให้หรือไม่ และในปัจจุบันมีการเปิดเสรีในการรับผู้สำเร็จจากสถาบันอื่นๆ ได้ ซึ่งในส่วนนี้มองว่าการรับผู้สำเร็จเข้าทำงานควรรับจากสถาบันไหนก็ได้ ถ้าหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุขมีความชำนาญในการผลิต 4 ปี ให้เขาผลิตแทนให้ ไม่จำเป็นต้องผลิตจากกระทรวงสาธารณสุข และเราไม่ควรมีหน้าที่ในการผลิต ควรมุ่งเน้นการให้บริการมากกว่า และในการบรรจุแต่งตั้ง ควรมีหน่วยงานคณะกรรมการข้าราชการพลเมือง กระทรวงศึกษาธิการ และคณะกรรมการชุดหนึ่งเข้ามาจัดการกำลังคนให้หน่วยงานต่างๆ และกระทรวงสาธารณสุขต้องการคนในพื้นที่ ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรทั้ง 3 สาขาทำงานอยู่ในท้องถิ่นของตนเอง เมื่อกระทรวงสาธารณสุขผลิตคณะกรรมการข้าราชการพลเมืองจะต้องเป็นผู้รับผลผลิตเพื่อให้บุคลากรกลุ่มนี้ได้มีตำแหน่ง

แนวโน้ม/แนวทาง ของนโยบายการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์

หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. ส่วนใหญ่ ให้ความคิดเห็นว่าการผลิตบุคลากรสาขาสถาปัตยกรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรในอดีตเป็นจุดแข็งดีอยู่แล้ว แต่เมื่อไปเทียบกับมหาวิทยาลัยอื่นๆ หลักสูตรก็ต้องอิงกับของมหาวิทยาลัยอื่นๆ สำหรับนักศึกษาที่จบจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรนั้นส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่ามีความสามารถและทำงานได้ดีกว่าที่จบจากมหาวิทยาลัยราชภัฏฯ และที่สำคัญได้บุคลากรที่ทำงานกับชุมชนและอยู่ในพื้นที่นั้นได้ อีกประเด็นคือ บุคลากรที่จบจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร มีความสามารถทำงานที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ สามารถช่วยงานพยาบาลวิชาชีพได้เป็นอย่างดี จากการสัมภาษณ์ หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้กล่าวดังนี้

“จากที่ประเมิน สามารถทำงานได้ตามที่จบออกมา และมีความสามารถมากกว่า นักศึกษาจากสถาบันอื่น..... เด็กจาก วสส. มีความสามารถที่หลากหลาย เด็กสามารถเข้าใจ การทำงานในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์”

“หลักสูตร 2 ปี ที่เคยทำอยู่ก็ได้อยู่แล้ว เป็นจุดแข็ง....อย่าทำลายจุดแข็งของ วสส.”

“.....หากการที่จะปรับหลักสูตรเป็น 4 ปีเพื่อให้ได้วุฒิการศึกษาปริญญาตรีนั้น นักศึกษาจะไม่มีประสบการณ์และไม่รู้จักที่จะเรียนรู้จากงาน หากจะทำจริงต้องปรับหลักสูตรและ อยากให้มองและคำนึงถึงจุดแข็งที่ วสส. มียกตัวอย่างเช่นนักศึกษาที่จบจากโรงเรียนเตรียมทหาร ซึ่งเรียนมาเฉพาะทาง วสส. ก็เช่นกัน”

“การที่จะทำหลักสูตร 4 ปีนั้นยังไม่เห็นด้วย เป็นการทำตามการผลิต ของมหาวิทยาลัยหรือสถาบันอื่น ๆ มากกว่า แต่หลักสูตร 2 ปีสามารถ พร้อม เข้าใจและเข้าถึงบริบท มากกว่า การที่จะทำงานที่รพ.สต.ต้องมีความสามารถทางบริการพยาบาลได้และต้องสามารถทำงานได้ทันที.....”

“ถ้าพูดถึงความรู้อาจจะไม่แตกต่าง แต่ถ้าจะให้เลือกเข้ามาทำงานจะเลือกรับเด็ก ที่จบจาก วสส. มากกว่ามหาวิทยาลัยหรือราชภัฏ เพราะ เด็กเค้าถูกสอนให้ทำงานกับชุมชนที่อื่นสู้ ไม่ได้ และอีกเรื่อง ความรู้เรื่องการรักษา เด็กจบจากที่อื่นทำไม่ได้.....”

แนวโน้ม/แนวทาง ของนโยบายการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาทันตสาธารณสุข

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้ง รพ.สต. ยังมีความขาดแคลน ทันตภิบาล เป็นอย่างมากโดยเฉพาะ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ยังมีบุคลากรสาขานี้ไม่เพียงพอ จึงควรผลิตหลักสูตรทันตภิบาล โดยเฉพาะถ้ายังขาดแคลนมาก ควรผลิตหลักสูตร 2 ปี แต่ต้องมีแผนในการศึกษาต่อเนื่องในระดับ 4 ปี ให้บุคลากรเหล่านี้ได้ก้าวหน้า ในสานงานของตนเองและสิ่งที่สำคัญต้องมองถึงตำแหน่งที่รองรับบุคคลกลุ่มนี้ด้วย

แนวโน้ม/แนวทาง ของนโยบายการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาเทคนิคเภสัชกรรม

ในส่วนของสาขาเทคนิคเภสัชกรรมนั้น นพ.สสจ. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ให้ความคิดเห็นว่า ยังมีการขาดแคลนเป็นจำนวนมากในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ สำหรับการผลิตหลักสูตร 2 ปี หรือ 4 ปี ควรดูเรื่องสมรรถนะและความแตกต่าง ถ้าผลิตออกมาแล้ว มีการทำงานที่ไม่แตกต่างกัน เมื่อมองต้นทุนในการผลิตแล้วควรผลิต 2 ปี แต่ก็ต้องมีแผนในการพัฒนาต่อเนื่องเป็น 4 ปี เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในสายงานโดยตรง แต่ถ้าหากว่า หลักสูตร 4 ปี สามารถผลิตบุคลากรที่มีสมรรถนะเพิ่มมากขึ้นและตรงตามความต้องการของผู้ใช้ ก็ควรเพิ่มการผลิตเป็น 4 ปี

หัวหน้างานเภสัชกรรมของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มองว่า เจ้าหน้าที่ เทคนิคเภสัชกรรมนั้น มีความจำเป็นมากในโรงพยาบาล เพราะสามารถช่วยงานบางอย่างจากเภสัชกร เช่น การเช็ดยา การคีย์ข้อมูลตามใบสั่งยา การเช็คสต็อกยา ซึ่งปัจจุบันพบว่าบุคลากรกลุ่มนี้ มีความขาดแคลนเป็นจำนวนมาก ต่ำกว่าที่ FTE กำหนดไว้ในแต่ละพื้นที่ โรงพยาบาลต้องแก้ปัญหา โดยการรับสมัครเจ้าพนักงานเภสัชกรรมตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวมาทำงานแทน แต่บางแห่ง

เปิดรับสมัครก็ไม่มีผู้สนใจเพราะไม่มีความก้าวหน้าในสายงาน ซึ่งหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมของ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ให้สัมภาษณ์ดังนี้

“การใช้ระยะ 2 ปี หรือ 4 ปี นั้น หน่วยงานผู้ใช้ไม่ได้เอามาเป็นข้อจำกัดในการรับคนเข้ามาปฏิบัติงาน แต่จะมุ่งเน้นในด้านของความก้าวหน้าและมั่นคงในด้านวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงานเป็นสำคัญ ซึ่งหากใช้ระยะเวลา 4 ปี แต่ไม่สามารถก้าวหน้าและไม่มีความมั่นคงในวิชาชีพ ก็จะมองว่าเป็นการเสียเวลา แต่หากการเรียนหลักสูตร 4 ปี แล้วมีตำแหน่งที่มั่นคงรองรับในการเข้าปฏิบัติงานและสามารถก้าวหน้าและมีความมั่นคงในวิชาชีพแล้ว การเรียนหลักสูตร 4 ปี ก็จะส่งผลดีกับผู้สำเร็จการศึกษาเป็นอย่างมาก”

สำหรับความคิดเห็นของสภาเภสัชกรรมนั้น มองว่าการทำงานที่โรงพยาบาลอยู่ภายใต้การดูแลของเภสัชกรหลักสูตร 2 ปี ก็เพียงพอแล้ว แต่นโยบายต้องการให้ทำเป็น 4 ปี ก็ต้องแยกงานออกมาในส่วนที่ไม่ทับซ้อนกับเภสัชกร คือในเรื่อง Logistics และ Informatics ซึ่งในส่วนนี้ได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“2 ปี ก็สามารถทำงานได้แล้ว จริงๆ ในหลักการนี้ยังไม่ค่อยเห็นด้วยแต่บังเอิญเห็นเป็นนโยบายว่าอยากทำทิศทางไหนที่ทำได้เปิดแข่งที่เขามผลิตโดยทั่วไป เพราะโดยหลักการพวกที่เป็นปริญญาตรีเขาจบมาของเขาเอง รับผิดชอบตัวเอง จบมาไม่ต้องช่วยใคร หลักสูตร 2 ปี จบมาเขาเป็นผู้ช่วย คือ จบมา 4 ปี มากก็ต้องไปเป็นผู้ช่วยใคร เขามีสาระของเขา อย่างพวกจบนิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์มา ไม่ต้องมาช่วยใคร.....แต่ถ้าหากคิดว่าจะผลิตเพื่อไปเป็นผู้ช่วยนี้ มันก็น่าจะเป็นหลักสูตรที่ต่ำกว่าปริญญาตรี”

“ปัญหาอย่างหนึ่ง ถ้าแบ่งงานกันได้มันก็จบ และก็ถือว่าไม่ทับซ้อนกัน และก็มีความเป็นของงานสาธารณสุข แต่ถ้าเภสัชไปผลิต Logistics and Informatics มันไม่ใช้งานของสาธารณสุขโดยตรง ถ้าบอกว่ามันเป็นส่วนหนึ่งมันก็อาจจะลำบากในส่วนที่เราจะ defend ตำแหน่ง มันจะมีปัญหาเรื่องตำแหน่งตามมามาก คิดว่ามันไม่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขเท่าไร เพราะถ้าสอนเรื่อง Logistics and Informatics มันจะเป็นเรื่องทั่วไปแล้ว เพราะหลักสูตรพวกนี้ในพวกที่เรียนปริญญาตรีเขาก็มี เพราะจะบอกว่า 2 อันนี้เป็นของสาธารณสุขมันก็ไม่ใช้ แคเขาแบ่งส่วนกัน.....”

หัวหน้างานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชน ให้สัมภาษณ์ในเรื่องนี้ว่า “การจบปริญญาตรีก็ดี แต่นักศึกษาหลักสูตร 4 ปีที่จะผลิตจะเน้นการศึกษาเรื่องอะไร หรือควรเปลี่ยนชื่อหลักสูตรไปเป็นอย่างอื่นแทน หลักสูตร 2 ปีก็พร้อมที่จะทำงานได้แล้ว เพราะเรื่องคลังยาเด็กฝึกงานหรือลูกจ้างก็ทำได้ ส่วนเรื่อง Logistic ไม่ได้เกี่ยวข้องกัน จะต้องมองให้ออกว่า เทคนิคเภสัชออกมาแล้วทำงานโรงพยาบาลหรือหน่วยงานของรัฐบาล ไม่ใช่หน่วยงานของเอกชน”

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ให้ความเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า เห็นว่า “หลักสูตร 4 ปี จะเพิ่มเติมเรื่องอะไรบ้าง คลังยาและ Logistic จะไม่ค่อยได้ใช้และไม่มีความจำเป็นซึ่งบางเรื่องมาเรียนรู้เองได้”

“เป็น 4 ปีแบบ logistic และinformatics ไม่ค่อยตอบสนอง รพ.”

2. ศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

จากการศึกษาพบว่าผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก ต้องมีคุณลักษณะทางวิชาชีพที่พึงประสงค์ ดังต่อไปนี้

2.1 คุณลักษณะทางวิชาชีพ

คุณลักษณะที่พึงประสงค์ทางวิชาชีพที่ใช้เป็นฐานในการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ ใช้คุณลักษณะที่พึงประสงค์จากหลักสูตรที่ผลิตโดยสถาบันพระบรมราชชนก ผลการศึกษาพบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาทั้ง 3 สาขา จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สามารถทำงานได้ตามกรอบวิชาชีพ และมีจุดแข็ง คือ มีความสามารถในการทำงานร่วมกับชุมชน การทำงานในเชิงรุก ที่เน้นการส่งเสริม ป้องกันโรค นอกจากนี้ยังพบประเด็นร่วมเรื่องของการทำงานเกินกรอบหน้าที่ความรับผิดชอบ เช่น งานรักษาพยาบาล งานเทคโนโลยีสารสนเทศ งานพัสดุ งานการเงิน และงานธุรการ โดยในแต่ละสาขามีรายละเอียดที่แตกต่างกันดังนี้

สาขาทันตสาธารณสุข

คุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษาสาขาทันตสาธารณสุขนั้น พบว่า

ผอ.รพ.สต. กล่าวว่า “ทันตาที่จบจาก วสส. มามีความรู้ ความสามารถเพียงพอให้เริ่มงานได้” และ “ความคาดหวังของชุมชนให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำได้ทุกอย่าง เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้นเพื่อลดการส่งต่อไปที่โรงพยาบาลซึ่งเกินขอบเขตและศักยภาพที่กำหนด”

ประชาชนที่มาใช้บริการ บอกว่า “เรารู้ว่ามี “หมอฟันน้อย” มี เครื่องมือทำฟัน ดีเลย เพราะไปรอคิวที่โรงพยาบาลนะ เป็นชาติเลย”

ในส่วนของท่านตาภิบาล บอกว่า “ชาวบ้านเค้าต้องการ เราจะปฏิเสธความต้องการของลูกค้าบ่อยๆ ก็ไม่ดีใช่ไหมคะ”

“เราก็ต้อง ทำฟัน เพราะเป็นงานที่ชาวบ้านคาดหวังจากเรา และ เราจะพิสูจน์ความสามารถของตัวเอง แสดงผลงานของเราได้ชัดก็จากคำชมของชาวบ้านนี่แหละ ว่ารักษาดี มีอนิเม ทำฟันไม่เจ็บ”

“บางครั้งเราต้อง block nerve เพราะมันจำเป็น การถอนฟันกรามมันเจ็บมากนะ”

“สถานการณ์มันบังคับ ทุกวันนี้หนูเหมือนเอาขาข้างนึงเข้าคุกไปแล้ว ทางส่วนกลางจะออกระเบียบ กฎอะไรมาช่วยเราได้บ้างไหม เราแค่ขอให้คุ้มครองเวลาเราทำงาน ไม่ได้หวังจะออกไปเปิดคลินิกใดๆเลย”

ในมุมมองของคนทำงานได้ค้นพบว่า ผลงานด้านการรักษาเอื้อให้ทำงานด้านส่งเสริมป้องกันได้ง่ายขึ้น

ผู้สำเร็จการศึกษาจาก วสส. “พอเค้าเห็นความสามารถในการรักษาของเรา เวลาเราไปส่งเสริมและป้องกันมันง่ายมากเลย เพราะเค้าเกิดศรัทธา เค้าจึงเชื่อที่เราสอน เราบอก”

โดยผู้เป็นหัวหน้างานได้เสนอแนะให้วิทยาลัยเน้นย้ำเรื่องความสามารถในการคิดริเริ่มงาน และจัดทำโครงการเพื่อแก้ปัญหาได้ “ไม่ต้องรอให้สั่ง”

สาขาสาธารณสุขชุมชน

เมื่อพิจารณาประวัติศาสตร์ของ หมออนามัย ที่ส่งผลต่อการรับรู้และความคาดหวังของประชาชน ประกอบกับลักษณะของงานใน รพ.สต. ผู้ปฏิบัติงานทุกคนใน รพ.สต. ต้องทำงานรักษาเบื้องต้นได้และนี่เป็นอีกหนึ่งจุดเด่นของ นักวิชาการสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ผอ.รพ.สต. กล่าวว่า “เด็กที่จบจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สามารถให้การรักษาพยาบาลได้ เช่น ฉีดยา ทำแผล ช่วยพยาบาลได้ พยาบาลคนเดียวทำไม่ไหวหรอก.....”

ประชาชนพูดว่า “สำหรับชาวบ้านแล้วเราเรียกทุกคนใน รพ.สต. ว่า “หมอ” อย่างน้อยเค้าก็น่าจะต้องจ่ายยาได้ อาการเล็กๆ น้อยๆ ก็ไม่น่าจะต้องส่งเราไปที่อื่น”

“ถ้ามาแล้วให้เรากลับไปโดยไม่ได้อะไรบ่อยๆ นี่ก็ไม่ไรวนนะ”

ประชาชนซึ่งมีบทบาทเป็น อสม. ด้วย พูดว่า “หมอๆ แต่ละคนมีประชุมแยะจะตาย ถ้าจะให้แต่น้องพยาบาลอยู่เวรคนเดียว เค้าคงไม่ต้องไปไหนแล้ว ของแบบนี้ต้องช่วยกัน ต้องทำแทนกันได้” และยังมีประเด็นที่น่าสังเกตดังนี้

“แม่เด็ก วสส. จะค่อนข้างเก่งกว่าที่อื่น แต่เมื่อเทียบรุ่นกันแล้ว เด็กรุ่นหลังๆ เก่งสู้รุ่นเก่าไม่ได้ คงเพราะพอปรับหลักสูตรไปแล้วได้ฝึกงานน้อยลง”

“สมัยก่อนเรียนครึ่ง ฝึกงานครึ่ง ทำให้เมื่อจบมาแล้วจึงเริ่มงานได้เลย”

สาขาเทคนิคเภสัชกรรม

- “จบมาก็ทำงานได้ แต่อาจต้องเรียนรู้เพิ่มเติมนิดหน่อย ส่วนใหญ่ คนสอนจะเป็นรุ่นพี่ๆ ที่ทำงานมาก่อน”
- “พี่ๆ จะช่วยได้เยอะเวลามีปัญหาเรื่องงาน”
- ผู้ปฏิบัติงานต้องทำงานอื่นๆ ที่จริงๆ แล้วไม่อยู่ในขอบเขตบทบาทตามหน้าที่ของ จพง.เภสัชกรรม เช่น การผลิตสารอาหารที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ผลิตยาต้านมะเร็งผลิตยาสมุนไพร เป็นต้น

2.2 ทักษะทางวิชาการ

“น้องๆ ที่จบมาก็พอใช้ได้ แต่เพื่อให้เหมาะสมกับ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขจะต้อง”

- มีความเป็นผู้นำทางวิชาการ ความสามารถในการศึกษาวิจัย การทำ KM การจัดการข้อมูล
- มีความสามารถในการสอนงาน แนะนำผู้อื่นได้ถูกต้องเหมาะสม
- ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เค้าควรจะสามารถในการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้เพื่อช่วยงานเภสัชสารสนเทศ

“ความสามารถในส่วนนี้จะไม่มีปัญหาเลยหากเค้าเป็นคนใฝ่รู้ มีลักษณะของการเรียนรู้ตลอดชีวิต”

2.3 คุณลักษณะส่วนบุคคล/ เจตคติ /คุณธรรม จริยธรรม

“ถือว่าเป็นกลุ่มคุณลักษณะที่สำคัญที่สุด หากคุณลักษณะในส่วนนี้ดีแล้ว คุณลักษณะส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานมักจะไม่ค่อยมีปัญหา” คุณลักษณะส่วนบุคคลเหล่านี้ประกอบด้วย

- รักในวิชาชีพ และองค์กร
- มีความเสียสละ อดทนอดกลั้น ความมุ่งมั่น ความศรัทธา มีความซื่อสัตย์สุจริต

- มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย มีจิตสาธารณะ
- การมีสัมมาคารวะ การให้คำปรึกษาที่ดีแก่ประชาชน
- มีบุคลิกภาพ กริยามารยาทเรียบร้อยพูดจาไพเราะและการมีจิตสำนึกที่ดี
- มีการบริการที่ดี มีความยุติธรรมและพฤติกรรมที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยให้มีจริยธรรม

ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ

“ปัจจุบันพบว่าน้องรุ่นใหม่ๆ มีความเป็นตนของตัวเองสูง กล้าแสดงออกอย่างมาก มีความอดทนน้อย และไม่ค่อยมีสัมมาคารวะเท่าที่ควร ซึ่งมันส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา”

2.4 ทักษะอื่นๆ

ด้วยปัจจุบันลักษณะการทำงานจะอยู่ในรูปทีมสหวิชาชีพ หรือ ทีมหมอครอบครัว รวมไปถึง การเข้าร่วม ASEAN ดังนั้น จนท.สธ. ควรจะมีทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการทำงานเพิ่มเติม ดังนี้

- การทำงานเป็นทีม
- ภาวะผู้นำ
- มีความสามารถในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์
- ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เช่น การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

การติดต่อสื่อสาร การใช้ภาษาอังกฤษ การนำเสนอในที่สาธารณะ

คุณลักษณะเด่นของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนกนั้น มีความเด่นในเรื่องของการทำงานร่วมกับชุมชน“การทำงานได้หลากหลาย รวมทั้ง การทำงานด้านการรักษาพยาบาล และสามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้ เพราะ เด็กเค้าถูกสอนให้ทำงานกับชุมชนมาตั้งแต่สมัยเรียน ซึ่งที่อื่นสู้ไม่ได้ และอีกเรื่อง ความรู้เรื่องการรักษา เด็กจบจากที่อื่นทำไม่ได้.....”

ความต้องการในการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรสุขภาพทั้ง 3 สาขาในการให้บริการสุขภาพ

เนื่องจากระบบสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ดังนั้นบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงาน ควรมีศักยภาพที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพ เช่น ในขณะนี้มีนโยบายในการพัฒนา ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) เพื่อให้การดูแลประชาชนทุกครัวเรือน ระบบสุขภาพของไทยมีประสบการณ์ในการทำงานเชิงรุก ลงไปดูแลประชาชนในชนบทถึงชุมชนและครอบครัว โดยสร้างรูปแบบการดูแล ตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วยไปจนถึงเวลาเกิดเจ็บป่วยเรื้อรังถึงขั้นผู้ป่วยติดเตียงก็ต้องให้การดูแลต่อเนื่องจากนโยบาย ทีมหมอครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้บริหาร ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (นพ.สสจ. ผู้อำนวยการรพศ./รพท./รพช. สสอ. รพ.สต. หัวหน้างาน ผู้ร่วมงาน) ยังมีความต้องการบุคลากรทั้ง 3 กลุ่มนี้ในระบบสุขภาพ แต่มีความต้องการให้เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง คือความรู้ในเรื่อง 1) กายภาพบำบัด โดยที่ไม่ต้องรอความช่วยเหลือจากนักกายภาพที่เป็นทีมจากโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งมีจำนวนจำกัด 2) ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพฟันของผู้สูงอายุ

ความคิดเห็นของผู้ผลิตในสถาบันพระบรมราชชนกต่อ 3 สาขา

จากการสัมภาษณ์รองวิชาการและอาจารย์หัวหน้าภาควิชาทั้ง 3 สาขา ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการผลิตทั้ง 3 หลักสูตรของวิทยาลัยการสาธณสุขสินธร สถาบันพระบรมราชชนก ดังนี้

1. ระบบการคัดเลือกเข้าศึกษา

1.1 ในอดีตมีการคัดเลือกบุคคลในพื้นที่เข้ามาศึกษา ซึ่งก่อให้เกิดความผูกพัน เมื่อกลับไปปฏิบัติงานพื้นที่ของตน

1.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ระบบการคัดเลือกในปัจจุบันเปลี่ยนไป ทำให้ไม่ได้ บุคลากรในพื้นที่มาเรียน ซึ่งส่งผลให้เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วไปปฏิบัติงานจึงไม่มีความผูกพัน ขาดความเข้าใจในวัฒนธรรมและภาษาของพื้นที่นั้นๆ

2. การจัดการเรียนการสอน

2.1 มีความคิดเห็นวิทยาลัยฯ ได้ลงทุนอย่างมากเพื่อพัฒนาให้มีความพร้อมในการ จัดการเรียนการสอนในทุกๆด้าน ดังนี้

- ระบบการศึกษามีอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยและพร้อมที่จะใช้งาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอ

- จำนวนอาจารย์ในหลักสูตรมีเพียงพอ และมีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับนักศึกษา

- อาจารย์ผู้สอนได้รับการพัฒนาให้มีประสบการณ์ การเรียนการสอนเป็น การเรียนจากสภาพปัญหาจริงในพื้นที่ โดยเฉพาะการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกับชุมชน

- มีหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายร่วมกันในการเป็นแหล่งฝึกกระจายอยู่ทั่วประเทศ นอกจากนี้วิทยาลัยฯมีจุดเด่นที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเองคือ

- วิทยาลัยการสาธณสุขสินธร ผลิตบุคลากรเพื่อตอบสนองความต้องการของ กระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะ ดังนั้น หลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรมและทันตสาธารณสุขจึงเป็น หลักสูตรที่มีการผลิตเฉพาะในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกเพียงที่เดียวเท่านั้นในประเทศไทย

- เนื้อหาหลักสูตรพร้อมทั้งวิธีการจัดการเรียนการสอนก็พัฒนาขึ้นเพื่อ สร้างคุณลักษณะบัณฑิตให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ซึ่งก็คือหน่วยบริการสุขภาพในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

2.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอยู่ 4 ประเด็น คือ

- ในการผลิต ควรคำนึงถึงจุดคุ้มทุน เนื่องจากต้นทุนในการผลิตในบางหลักสูตรสูง หากมีคนเรียนน้อยก็จะมีไม่คุ้มทุน (ทันตสาธารณสุข)

- เนื้อหาหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน ที่ส่งเสริมให้บัณฑิต มีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับความต้องการใช้งานจริงในพื้นที่

- การจัดการด้านกำลังคนสายสอนของสถาบัน ที่ควรให้ความสำคัญ กับการธำรงรักษาบุคลากรด้วย ทั้งนี้ เพราะมีกรณีที่ทำอาจารย์ที่ทำการสอนมีการย้าย/ลาออกไปทำธุรกิจส่วนตัว ทำให้การดำเนินงานของหลักสูตรบางครั้งต้องปิด

- ควรมีการพิจารณาจุดยืนของสถาบันใหม่ ทั้งนี้ เพราะมีสถาบันการศึกษาเป็นจำนวนมากที่ผลิต (หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์) ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนไม่ควรลืมเจตนารมณ์ของการก่อตั้งสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีไว้เพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อการตอบสนองความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข

3. ความคาดหวังกับผู้สำเร็จการศึกษา

3.1 ผู้ใช้บัณฑิตมีแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความคาดหวังของตนต่อบัณฑิตของ วสส. ดังนี้

- ผู้สำเร็จการศึกษาจาก วสส. มีสมรรถนะที่สามารถปฏิบัติงานได้ตรงกับความต้องการของระบบบริการ และสามารถช่วยสายวิชาชีพหลักให้ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- ผู้สำเร็จการศึกษามีศักยภาพในการทำงานกับชุมชน และมีความสามารถในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

- ผู้สำเร็จการศึกษามีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานได้ทันที เพราะได้รับการฝึกประสบการณ์จากแหล่งฝึกจริง ตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับจังหวัด

3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

- นักศึกษาที่จบไปทำงานขาดความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ เพราะไม่มีตำแหน่งรองรับในระดับในสายงานทั้ง ทันตฯ และเทคนิคเภสัชกรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสายงานเพื่อความก้าวหน้า

- อาจารย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร.....ให้สัมภาษณ์ “.....แต่ใจผมนะเราอยากให้เน้นผลิตเพื่อป้อนกระทรวงเรา คืออยากให้คงการผลิตเพื่อป้อนกระทรวงมากกว่า ถ้าสามารถย้อนได้เนี่ยคืออยากให้รับเด็กจากชุมชนที่แท้จริง คือระบบเรามาเปลี่ยนไปตอนนี้ที่รับส่วนกลางบอกตรงๆ เลยนะผมไม่เห็นด้วยเลย ถ้าเป็นสมัยก่อนถ้าเรารับเด็กจากชุมชน ผ่านจังหวัดๆ รับเด็กมา คือเขาจะรู้จักเด็กเราตั้งแต่ตอนคัดมาแล้ว จบปุ๊บก็รู้จักกันตั้งแต่ต้นและลงไปทำงานเด็กก็ไปคือเหมือนมีความผูกพันความรู้จักกันมาก่อนแล้วเป็นเด็กในพื้นที่”

ความคิดเห็นของผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชนสาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล....กล่าวว่า “เด็ก จพง. รุ่นก่อนๆ จบมาแล้วทำงานเก่งกว่า แต่เด็กรุ่นใหม่ หลักสูตรเปลี่ยนไปไม่เหมือนแต่ก่อน พอเด็กจบไปทำงาน ก็ทำได้นะ แต่บอกได้เลยว่าสู้เด็กที่จบหลักสูตรเก่า ไม่ได้.....”

- หัวหน้างานเภสัชกรรม รพ.แห่งหนึ่ง ให้สัมภาษณ์ว่า “เจ้าพนักงานเภสัชกรรมรุ่นเก่าสามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่ มีต้นทุนติดตัวมาสูง พัฒนาศักยภาพเพียงเล็กน้อยสามารถทำงานแทนเภสัชกรได้เลย เด็กสมัยใหม่เปลี่ยนไป หลักสูตรอ่อนไปหรือเปล่า หรือคนอ่อนเกินไป ความเข้มข้นไม่เท่าเด็กสมัยก่อน เด็กสมัยนี้ไม่เหมือนเดิมไม่มีทัศนคติในการเรียนรู้เพิ่มเติม ไม่ทราบว่าเป็นจากการคัดเลือกหรืออย่างไร ทางเลือกของเด็กมาก คุณภาพก็ต่ำ”

ในระดับ รพศ./รพท. รพช. สสอ. อปท. อบต. และรพ.สต. ทั้งระดับหัวหน้างาน และผู้ร่วมงาน ส่วนใหญ่มีความพอใจกับบุคลากรที่สำเร็จจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และให้ความเห็นว่าบุคลากรเหล่านี้ มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานในความรับผิดชอบในวิชาชีพได้เป็นอย่างดี มีความเข้าใจและทำงานร่วมกับชุมชนได้เป็นอย่างดี ส่วนงานอื่นๆ ก็มีความกระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้ต่างๆ เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ความรับผิดชอบซึ่งนอกเหนือจากงานในวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่น การเงิน การพัสดุ ในส่วนของงานรักษาพยาบาลซึ่งเป็นความรับผิดชอบหลักของพยาบาลวิชาชีพ ก็สามารถทำได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้

- “พยาบาลที่ รพ.สต. มีเพียงคนเดียว เวลาพยาบาลไปอบรม มีคนเข้ามาทำแผล ฉีดยา เด็ก จพง. หรือ นวก. ก็สามารถช่วยงานส่วนนี้ได้.....”

- “นอกจากงานส่งเสริมป้องกัน นักวิชาการสาธารณสุขส่วนใหญ่ต้องทำงานรักษาแทนพยาบาลด้วย โดยเฉพาะเวลาออกพื้นที่”

- “พี่ทันตที่นี่เขาจะเก่งในหลายๆ ด้านเขาจะทำงานเรื่องเกี่ยวกับทันตด้วยแล้ว ก็ยังรับผิดชอบเรื่องเกี่ยวกับวัสดุ พัสตุ ด้วยคะ...บางครั้งยังมาช่วยจัดยาให้กับคนไข้ด้วยคะ”

- “เด็ก 2 ปีทำได้หมด มากกว่าที่คาดหวัง”

- “เด็ก จพง. ทำได้หลายอย่าง บทบาทหน้าที่เบื้องต้น ควบคุม ป้องกัน ส่งเสริม รักษา ออกชุมชน ”

ในส่วนความคิดเห็นของผู้ที่สำเร็จการศึกษานั้น สรุปได้ว่า งานส่งเสริมและฟื้นฟูนั้น สามารถทำได้ดี จะมีปัญหาทั้งงานรักษา การจ่ายยาบางตัวโดยเฉพาะยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก็จะมีพยาบาลวิชาชีพช่วยสอนให้ ส่วนงานอนามัยแม่และเด็กนั้น ตอนเรียนก็ได้ทำไม่มากแต่พอมาปฏิบัติงานจริง ต้องตรวจหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่เริ่มแรก เจาะเลือดเอง ฟัง Fetal Heart Sound เองทั้งหมด สำหรับงานอื่นๆ เช่น การเงิน พัสตุ งานคุ้มครองผู้บริโภค ก็เรียนรู้จากประสบการณ์ในการทำงาน การสอนงานจากรุ่นพี่ รวมทั้งการอบรมเพิ่มเติมที่จังหวัดจัดให้

- “ถ้าถามว่าจบมาแล้วเริ่มได้แบบโอเคเลยไหม มันก็ยังไม่โอเคคะ อย่างเช่น พวกยาอะไรพวกนี้ที่ไปฝึกงานกับที่นี่ก็จะไม่เหมือนกัน อย่างที่ตอนนั้นหนูไปฝึกงานที่ระยองจะได้ฝึกจ่ายยาจริงๆ ก็ที่ระยองกับที่นี่ บางทีการจ่ายยากับตัวยาบางทีเขาก็จะไม่ค่อยเหมือนกัน ทำงานถามว่าตรงกับที่เรียนมาไหมก็ตรงนะคะ พวกการทำหัตถการ อะไรพวกนี้คะ การรักษาด้วยตรงอยู่ แต่พอมาทำตรงนี้ มันก็จะมีเกี่ยวกับเรื่องของข้อมูลเพิ่มขึ้นมา พวกการทำแฟ้มการทำอะไรอย่างนี้ก็จะติดๆ ขัดๆ อยู่ช่วงแรก อย่างปีแรกที่มีการตรวจงานหนูก็ช่วยกับพี่เขาทำแต่พอมาปีที่ 2 หนูก็เริ่มทำเองได้.....”

3. ศึกษาการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ในหลักสูตรซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในหลักสูตรที่อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ในปี 2557 พบว่า มีการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุข

ชุมชน สาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชกรรมมีการกระจายมากที่สุด
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังตารางแสดงที่ 17

ตารางที่ 17 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข
และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมแยกตามรายภาค

จังหวัด	สาขา สาธารณสุข ชุมชน	ร้อยละ ต่อแสน ประชากร	สาขาทันต สาธารณสุข	ร้อยละ ต่อแสน ประชากร	สาขา เทคนิค เภสัชกรรม	ร้อยละ ต่อแสน ประชากร
ภาคเหนือ	3,696	6.11	1,272	2.07	1,068	1.71
ภาคกลาง	3,964	6.93	1,514	2.57	1,238	2.15
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6,049	5.74	2,292	2.15	1,713	1.67
ภาคใต้	3,764	6.28	1,022	1.72	1,023	1.71
ทั้งหมด	17,455	25.06	6,106	8.51	5,042	7.25

ตารางที่ 18 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และ
สาขาเทคนิคเภสัชกรรมแยกตามจังหวัดในภาคเหนือ

จังหวัด	จพ.ทันต สาธารณสุข	ร้อยละต่อแสน ประชากร	จพ. เภสัช	ร้อยละต่อ แสนประชากร	จพ.สช	ร้อยละต่อแสน ประชากร
เชียงราย	98	8.11	87	7.20	218	18.05
เชียงใหม่	131	7.81	109	6.49	454	27.05
น่าน	95	19.86	53	11.08	224	46.84
พะเยา	61	12.59	47	9.70	137	28.28
แพร่	76	16.74	49	10.79	158	34.80
แม่ฮ่องสอน	37	14.91	27	10.88	169	68.10
ลำปาง	79	10.49	73	9.69	186	24.70
ลำพูน	45	11.10	53	13.07	145	35.76
ตาก	53	9.82	57	10.56	251	46.52
พิษณุโลก	78	9.08	89	10.36	283	32.95
เพชรบูรณ์	104	10.44	81	8.13	332	33.34

จังหวัด	จพ.ทันต สาธารณสุข	ร้อยละต่อแสน ประชากร	จพ. เภสัช	ร้อยละต่อ แสนประชากร	จพ.สธช	ร้อยละต่อแสน ประชากร
สุโขทัย	60	9.96	55	9.13	142	23.57
อุดรดิตถ์	56	12.16	49	10.64	184	39.97
กำแพงเพชร	71	9.73	61	8.36	123	16.86
ชัยนาท	38	11.44	32	9.63	118	35.51
นครสวรรค์	79	7.36	61	5.69	253	23.58
พิจิตร	66	12.05	49	8.95	178	32.51
อุทัยธานี	45	13.63	36	10.90	141	42.70
ทั้งหมด	1,272	207	1,068	171	3,696	611

จากตารางแสดงให้เห็นการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในภาคเหนือดังนี้ 1) สาขาทันต
เภสัชกรรม จังหวัดที่มีการกระจายมากที่สุดได้แก่ จังหวัดน่านและแพร่ จังหวัดที่มีการกระจายสาขา
ทันตเภสัชกรรมน้อยที่สุด ได้แก่ เชียงใหม่และนครสวรรค์ 2) สาขาเทคนิคเภสัชกรรมมีการกระจาย
มากที่สุดได้แก่ ลำพูนและน่าน จังหวัดที่มีการกระจายน้อยที่สุด ได้แก่ นครสวรรค์และเชียงใหม่
และ 3) สาขาสาธารณสุขชุมชน จังหวัดที่มีการกระจายมากที่สุด ได้แก่ แพร่และน่าน จังหวัดที่มี
การกระจายน้อยที่สุด ได้แก่ กำแพงเพชรและเชียงราย

ตารางที่ 19 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข
และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมแยกตามจังหวัดในภาคกลาง

จังหวัด	จพ.ทันต สาธารณะ	ร้อยละต่อแสน ประชากร	จพ. เภสัช	ร้อยละต่อแสน ประชากร	จพ. สธช	ร้อยละต่อแสน ประชากร
นครนายก	28	10.88	24	9.33	106	41.20
นนทบุรี	62	5.28	39	3.32	97	8.26
ปทุมธานี	59	5.49	36	3.35	98	9.12
พระนครศรีอยุธยา	79	9.83	69	8.59	270	33.60
ลพบุรี	81	10.68	57	7.52	178	23.47
สระบุรี	90	14.21	61	9.63	154	24.31
สิงห์บุรี	37	17.44	33	15.55	94	44.31

จังหวัด	จพ.ทันตะ	ร้อยละต่อแสน ประชากร	จพ. เภสัช	ร้อยละต่อแสน ประชากร	จพ. สธช	ร้อยละต่อแสน ประชากร
อ่างทอง	45	15.87	42	14.81	144	50.78
กาญจนบุรี	90	10.61	59	6.96	251	29.59
นครปฐม	78	8.75	54	6.06	234	26.26
ประจวบคีรีขันธ์	54	10.28	43	8.19	143	27.23
เพชรบุรี	53	11.18	44	9.28	167	35.22
ราชบุรี	81	9.49	63	7.38	121	14.18
สมุทรสงคราม	28	14.42	20	10.30	71	36.56
สมุทรสาคร	27	5.08	26	4.89	119	22.37
สุพรรณบุรี	86	10.13	85	10.01	296	34.86
จันทบุรี	69	13.08	50	9.48	169	32.05
ฉะเชิงเทรา	81	11.65	60	8.63	200	28.76
ชลบุรี	90	6.33	91	6.40	237	16.67
ตราด	33	14.68	36	16.02	90	40.05
ปราจีนบุรี	64	13.35	62	12.94	173	36.09
ระยอง	60	8.90	71	10.53	186	27.58
สมุทรปราการ*	57	4.52	44	3.49	121	9.59
สระแก้ว	82	14.85	69	12.50	227	41.11
ทั้งหมด	1,514	257	1,238	215	3,946	693

จากตารางแสดงให้เห็นการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในภาคกลางดังนี้ 1) สาขาทันต
 เภสัชกรรม จังหวัดที่มีการกระจายมากที่สุดได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรีและอ่างทอง จังหวัดที่มีการกระจาย
 สาขาทันตเภสัชกรรมน้อยที่สุด ได้แก่ สมุทรปราการและสมุทรสาคร 2) สาขาเทคนิคเภสัชกรรมมีการ
 กระจายมากที่สุดได้แก่ ตราดและสิงห์บุรี จังหวัดที่มีการกระจายน้อยที่สุด ได้แก่ สมุทรปราการ
 และปทุมธานี และ 3) สาขาสารณสุขชุมชน จังหวัดที่มีการกระจายมากที่สุด ได้แก่ อ่างทอง
 และสิงห์บุรี จังหวัดที่มีการกระจายน้อยที่สุด ได้แก่ นนทบุรีและปทุมธานี

ตารางที่ 20 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมแยกตามจังหวัดตะวันออกเฉียงเหนือ

จังหวัด	จพ.ทันตะ	ร้อยละต่อแสน ประชากร	จพ.เภสัช	ร้อยละต่อแสน ประชากร	จพ. สรช	ร้อยละต่อแสน ประชากร
กาฬสินธุ์	94	9.54	90	9.14	286	29.04
ขอนแก่น	222	12.40	138	7.71	580	32.40
มหาสารคาม	98	10.20	80	8.33	250	26.03
ร้อยเอ็ด	145	11.08	83	6.34	328	25.07
นครพนม	78	10.93	59	8.27	221	30.98
บึงกาฬ	47	11.23	34	8.12	133	31.78
เลย	75	11.82	58	9.14	192	30.26
สกลนคร	100	8.78	85	7.47	287	25.21
หนองคาย	52	10.05	44	8.51	108	20.88
หนองบัวลำภู*	50	9.83	45	8.84	150	29.48
อุดรธานี	133	8.47	112	7.13	334	21.27
ชัยภูมิ	117	10.29	77	6.77	300	26.38
นครราชสีมา	265	10.11	212	8.09	895	34.15
บุรีรัมย์*	123	7.79	111	7.03	356	22.54
สุรินทร์	88	6.32	72	5.17	283	20.34
มุกดาหาร	48	13.87	42	12.14	150	43.35
ยโสธร	66	12.22	61	11.29	152	28.14
ศรีสะเกษ	160	10.92	109	7.44	372	25.39
อำนาจเจริญ	50	13.32	42	11.19	164	43.69
อุบลราชธานี	287	15.56	159	8.62	508	27.54
ทั้งหมด	2,298	215	1,713	167	6,049	574

จากตารางแสดงให้เห็นการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนี้
 1) สาขาทันตเภสัชกรรม จังหวัดที่มีการกระจายมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี และมุกดาหาร
 จังหวัดที่มีการกระจายสาขาทันตเภสัชกรรมน้อยที่สุดได้แก่ สุรินทร์และบุรีรัมย์ 2) สาขาเทคนิคเภสัช
 กรรมมีการกระจายมากที่สุด ได้แก่ พังงา มุกดาหารและยโสธร จังหวัดที่มีการกระจายน้อยสุด

ได้แก่ สุรินทร์และร้อยเอ็ด และ 3) สาขาสาธารณสุขชุมชน จังหวัดที่มีการกระจายมากที่สุด ได้แก่ อำนาจเจริญและมุกดาหาร จังหวัดที่มีการกระจายน้อยที่สุด ได้แก่ สุรินทร์และหนองคาย

ตารางที่ 21 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมแยกตามจังหวัดในภาคใต้

จังหวัด	จพ.ทันตะ	ร้อยละต่อแสน ประชากร	จพ.เภสัช	ร้อยละต่อแสน ประชากร	จพ.สช	ร้อยละต่อแสน ประชากร
กระบี่	52	11.38	50	10.95	170	37.21
ชุมพร	73	14.58	73	14.58	202	40.35
นครศรีธรรมราช	137	8.85	150	9.69	359	23.19
พังงา	41	15.69	42	16.07	126	48.21
ภูเก็ต	26	6.87	34	8.99	90	23.79
ระนอง	30	16.94	28	15.81	83	46.87
สุราษฎร์ธานี	106	10.19	115	11.06	357	34.32
ตรัง	82	12.84	99	15.50	361	56.52
นราธิวาส	83	10.71	79	10.20	383	49.43
ปัตตานี	82	11.95	76	11.08	430	62.67
พัทลุง	70	13.45	70	13.45	287	55.15
ยะลา	90	17.58	81	15.82	376	73.45
สงขลา	110	7.85	89	6.35	385	27.47
สตูล	40	12.79	37	11.83	155	49.57
ทั้งหมด	1,022	172	1,023	171	3,764	628

จากตารางแสดงให้เห็นการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในภาคใต้ดังนี้ 1) สาขาทันตเภสัชกรรม จังหวัดที่มีการกระจายมากที่สุดได้แก่ จังหวัดยะลา รองลงมาจังหวัดพังงาและจังหวัดระนอง จังหวัดที่มีการกระจายสาขาทันตเภสัชกรรมน้อยที่สุด ได้แก่ ภูเก็ตและสงขลา 2) สาขาเทคนิคเภสัชกรรม มีการกระจายมากที่สุดได้แก่ พังงา รองลงมาตรังและยะลา จังหวัดที่มีการกระจายน้อยที่สุด ได้แก่ สงขลา ภูเก็ตและนครศรีธรรมราช และ3) สาขาสาธารณสุขชุมชน จังหวัดที่มีการกระจายมากที่สุด ได้แก่ ยะลา รองลงมาจังหวัดปัตตานี และสุราษฎร์ธานี จังหวัดที่มีการกระจายน้อยที่สุด ได้แก่ ภูเก็ตและนครศรีธรรมราช

เมื่อวิเคราะห์การกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพแยกในแต่ละสาขา พบว่า กำลังคนด้านสุขภาพสาขาสาธารณสุขชุมชนมีการกระจายมากที่สุด ในภาคกลาง รองลงมา ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ

กำลังคนด้านสุขภาพสาขาทันตสาธารณสุข มีการกระจายมากที่สุด ในภาคกลาง รองลงมา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และ ภาคใต้ ตามลำดับ

กำลังคนด้านสุขภาพสาขาเทคนิคเภสัชกรรม มีการกระจายมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมา ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปราย ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ 1) ศึกษาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก 2) ศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิตและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก และ 3) ศึกษาการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ในหลักสูตร ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2558 ประชากร คือ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารของสถาบันพระบรมราชชนก ผู้บริหารและอาจารย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขในระดับ จังหวัด อำเภอและตำบล ผู้ใช้บัณฑิตสาขาวิชาชีพและองค์กรต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าและผู้ร่วมงานของผู้สำเร็จการศึกษาจากทั้ง 3 หลักสูตร บุคลากร ที่สำเร็จการศึกษาจากทั้ง 3 หลักสูตร และประชาชนผู้มารับบริการ

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และการเลือกจังหวัดที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทำการเลือกโดยการพิจารณาจากข้อมูลการกระจายกำลังคนทั้ง 3 สาขา โดยเลือกจังหวัดที่มีการกระจายมากและการกระจายน้อยที่สุด 2 แห่ง ซึ่งการเลือกจะให้ครอบคลุมทั้ง 4 ภาค กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูง/ผู้กำหนดนโยบาย (รองปลัดฯ ผู้ตรวจราชการฯ ผอ.สนย.) ผู้บริหารของสถาบันพระบรมราชชนกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ผอ.สบข., รองฯ ผอ.สบข., ผอ.กลุ่มศ.) ผู้บริหารของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (ประธานเครือข่าย, ผอ.วสส.) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้แทน ผู้อำนวยการ รพศ. และ/หรือ รพท. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สสอ. ผู้อำนวยการ รพ.สต. อปท. อาจารย์ประจำภาควิชาของทั้ง 3 หลักสูตร และรองวิชาการ บุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกับกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา (เป็นหัวหน้าหรือผู้ร่วมงาน) ผู้ที่สำเร็จการศึกษา ในหลักสูตร 3 สาขา สาขาวิชาชีพและชมรมต่างๆ รวมทั้งประชาชนผู้มารับบริการ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีการ Inter-rater reliability

คณะผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์จากการจัดบันทึก การวิเคราะห์จากการถอดคำบันทึกเสียง และการวิเคราะห์จากความจำ จัดพิมพ์ข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลทั้งหมดเพื่อจัดหมวดหมู่ของข้อมูล แปลความหมายข้อมูลตามประเด็นที่ค้นพบขอเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก พบประเด็น ดังนี้

1.1. ปัจจุบันบุคลากรทั้งสามสาขายังคงมีปริมาณไม่เพียงพอเมื่อพิจารณาตามกรอบการจ้างงาน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความขาดแคลนจะรุนแรงมากขึ้นหากนำเอาภาระงานที่แท้จริงมาเป็นกรอบในการพิจารณา จึงนำมาซึ่งความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวโน้ม/แนวทางของนโยบายการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขา ทั้งในปัจจุบันและในอนาคตดังนี้

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า บุคลากรด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา คือ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ยังคงขาดแคลนทั้งในปัจจุบันและอนาคต เมื่อคำนวณอัตรากำลังทั้งตามกรอบการจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ด้วยภูมิศาสตร์สารสนเทศ (GIS) และตามกรอบอัตราชั่วโมงเทียบเท่าพนักงานประจำ (Full Time Equivalent : FTE) และความขาดแคลนบุคลากรทั้ง 3 สาขา ในเชิงปริมาณนี้จะยิ่งรุนแรงขึ้นหากพิจารณาตามปริมาณงานที่แท้จริง และ ด้วยกำลังคนทั้ง 3 สาขานี้เป็นกลไกสำคัญที่ก่อให้เกิดการขับเคลื่อนในการดูแลสุขภาพประชาชน “ในระดับเสาเข็ม” เห็นได้จากผลการสัมภาษณ์หัวหน้างานของกำลังคนทั้ง 3 สาขา ที่ระบุว่า ยังมีความต้องการให้มีการผลิตอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อพิจารณาแหล่งผลิตกำลังคนสุขภาพทั้ง 3 สาขา แล้วพบว่าสาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชกรรมนั้น มีสถาบันการศึกษาหลักที่รับผิดชอบในการผลิตกำลังคนเข้าสู่ระบบสุขภาพ คือ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทั้ง 7 แห่งภายใต้สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่สำหรับหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์พบว่า นอกจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่งแล้ว ยังมีมหาวิทยาลัยจำนวนมากที่มีการผลิตบุคลากรดังกล่าว ทำให้มีบุคลากรกลุ่มนี้เป็นจำนวนมากในตลาดแรงงาน ซึ่งส่งผลอย่างยิ่งกับกลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง ในเรื่องของการบรรจุเป็นข้าราชการ และจากที่มีบุคลากรที่สำเร็จหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์เป็นจำนวนมาก ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้สถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทั้ง 7 แห่ง มาพิจารณาปรับแผนและบทบาทในการผลิตและพัฒนาากำลังคนของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรให้เหมาะสมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของบริบทที่เกิดขึ้น ซึ่งในประเด็นนี้ ยังคงมีความเห็นว่า วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ยังคงเป็นแหล่งผลิตที่เหมาะสมของ บุคลากร ยังทั้ง 3 สาขา เพื่อป้อนกระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้ว่าจะมีสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนจะสามารถเปิดสอนหลักสูตรดังกล่าวได้ก็ตาม เนื่องจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก มีหลักสูตรเฉพาะที่สามารถผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความรู้ ความสามารถ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ (หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ทำให้สามารถออกไปปฏิบัติงานในระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการพัฒนาชุมชน ต้องการให้ชุมชนเข้มแข็ง สามารถดูแลตนเองได้ อันเป็นจุดเน้นของหลักสูตรที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรใช้ในการผลิตในปัจจุบัน รวมไปถึงจุดแข็งอีกประการหนึ่งของ วสส. คือการมีเครื่องมือและแหล่งฝึกที่พอเพียงและเอื้อให้นักศึกษาของ วสส. ได้เรียนรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติงานจริงในหน่วยบริการสุขภาพ ประกอบกับ คณาจารย์ส่วนใหญ่ก็มีประสบการณ์ด้านการให้บริการสุขภาพในชุมชนมาก่อน จึงมีความรู้ความเข้าใจระบบบริการ

สุขภาพ สามารถถ่ายทอดประสบการณ์และหลักวิชาการบนฐานของการปฏิบัติจริงให้กับนักศึกษาได้ นอกจากนี้ วสส. ยังเป็นสถานศึกษาเพียงแห่งเดียวในประเทศไทยที่มีการผลิตหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรมอีกด้วย จึงสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ได้ชี้ชัดว่าหากจะให้หน่วยงานในสังกัดอื่นๆ มาผลิตบุคลากรทั้ง 3 สาขา เพื่อป้อนกระทรวงสาธารณสุขนั้น ก็อาจจะไม่ได้บุคลากรที่เหมาะสมที่จะสามารถทำงานให้กับกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะหน่วยผลิตนอกกระทรวงสาธารณสุขเหล่านั้นมีระบบการจัดการ การจัดการเรียนการสอนและมุมมองในเชิงวิชาการที่แตกต่างออกไป เช่น ไม่เน้นการทำงานร่วมกับชุมชน และมักจะเน้นหลักวิชาการที่เป็นหลักทฤษฎีที่เมื่อถึงเวลาทำงานจริงต้องถูกปรับและประยุกต์อีกมาก และในทางกลับกัน หาก สบช. คิดจะผลิตกำลังคนทั้ง 3 สาขา ให้กับหน่วยงานต่างๆ เช่น เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ก็อาจจะไม่ได้บุคลากรที่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างแท้จริงเช่นกัน

นอกจากนี้ยังมีบางประเด็นที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม คือ หลักสูตรที่ผลิตควรเป็น หลักสูตร 2 ปี หรือ 4 ปี ซึ่งมีข้อคิดเห็นดังนี้ ถ้าในสาขาวิชาชีพนั้นยังมีความขาดแคลนมากควรผลิตหลักสูตร 2 ปี ก่อนเพื่อให้ทันต่อความต้องการใช้ แต่ต้องมีแผนในการจัดการศึกษาต่อเนื่องเพื่อปรับระดับ ให้คนที่จบ 2 ปีเหล่านั้นได้เป็นปริญญาตรีหลังจากได้ทำงานไปแล้วช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้บุคลากรเหล่านั้นได้ก้าวหน้าในสายงานของตนเองและสิ่งที่สำคัญต้องมองถึงตำแหน่งที่รองรับบุคคลกลุ่มนี้รวมทั้งประเด็นเรื่องความก้าวหน้าของแต่ละสายงาน และการขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นตรงตามสายงานที่เรียนมาโดยไม่ต้องมีการสับเปลี่ยนตำแหน่งอีกด้วย นอกจากนี้ยังมีความต้องการบุคลากรในวิชาชีพต่อไปนี้

1. ผู้ช่วยทันตแพทย์เพื่อมาทำงานช่วยทันตแพทย์ข้าง unit ทำฟันในโรงพยาบาล แล้วส่งในทันตภิบาลไปลงพื้นที่ ทำหน้าที่เป็น gate keeper เพื่อช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยที่มา รอทำฟันในโรงพยาบาลดังนั้นทักษะการรักษาทางทันตกรรมยังมีความจำเป็นอย่างยิ่งและในการจัดการเรียนการสอนควรให้เด็กได้ฝึกปฏิบัติมากขึ้นด้วย

2. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม รพ.สต. ละ 1 คน มาลงในโครงสร้างที่มันมีอยู่แล้ว เพื่อให้สามารถดำเนินงาน เภสัชกรรมคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มารับผิดชอบงาน คุ่มครอง ผู้บริโภคซึ่งปัจจุบันถ่ายโอนมาให้เป็นหน้าที่หนึ่งของ รพ.สต. ด้วย และช่วยทำให้ทีมหมอครอบครัวของ รพ.สต. มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น มีการศึกษาใน สหรัฐอเมริกา (Bailey, 2016) ที่แสดงให้เห็นว่าการมีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมทำงานใน รพ.สต. จะช่วยให้การดำเนินงานงานบริหารเภสัชกรรม และ เภสัชกรรมคลินิก ในโรงพยาบาลเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่ง Bailey (2016) ได้นำเสนอความสำเร็จของการทดลองในเจ้าพนักงานเภสัชกรรมไปทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อการถ่ายโอนงานจัดการการใช้ยาไปสู่หน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้ป่วย ลดปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดย เจ้าพนักงานเภสัชกรรม จะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเภสัชกรในการขยายขอบข่ายของงานบริหารเภสัชกรรมลงสู่ชุมชน ทำหน้าที่เป็นปราการด่านหน้า (Gate keeper) ในการทำ Medicine reconciliation และ สอบสวนบันทึกประวัติการใช้ยา

1.2 การบริหารจัดการด้านกำลังคนด้านสุขภาพ 3 สาขาและปัญหาอุปสรรค

สถานการณ์ปัจจุบันของการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขานั้น ในเชิงปริมาณ พบว่า มีการคำนวณตามกรอบการจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ด้วยภูมิศาสตร์สารสนเทศ (GIS) ต่อมา มีการพิจารณา ตามอัตราชั่วโมงเทียบเท่าพนักงานประจำ (Full Time Equivalent : FTE) ในขณะที่บางจังหวัดยังคงใช้หลักการตาม GIS โดยคำนึงถึงการกระจายกำลังคนในแต่ละจังหวัด และในบางจังหวัดใช้ประสบการณ์ของผู้บริหาร ตามความเหมาะสม และคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม มีหลายจังหวัดที่จำนวนบุคลากรยังไม่สอดคล้องกับกรอบที่ตั้งไว้ เช่น สาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัช สำหรับบางจังหวัดมีจำนวนนักวิชาการสาธารณสุขเกินกว่ากรอบที่ตั้งไว้ กรณีที่มีปัญหาการขาดแคลน มีการย้ายทดแทน การรับสมัครเข้ามาถ้าไม่มีตำแหน่งจะรับเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันส่วนใหญ่ยังคงขาดแคลนสาขาทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และปัญหาที่เกิดขึ้นคือการโยกย้ายเปลี่ยนสายงาน ทำให้ขาดคนที่ทำงานตรงตำแหน่งจริง เช่น สาขาทันตสาธารณสุขและเทคนิคเภสัชกรรมมีการเปลี่ยนสายงานให้เป็นนักวิชาการสาธารณสุข เนื่องจากไม่มีความก้าวหน้าโดยตรงใน 2 สาขานี้ บางพื้นที่มีการจ้างในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานราชการซึ่งส่วนใหญ่จ้างด้วยเงินบำรุงของหน่วยงาน ซึ่งหน่วยงานสามารถดำเนินการได้เอง ในอดีตของบางหน่วยงานมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรคนลงตำแหน่งได้ แต่ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นคณะกรรมการกำลังคนของจังหวัด ในการพิจารณา กลั่นกรองการจ้างบุคลากรในตำแหน่งต่างๆ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกำลังคน ได้แก่ กรอบอัตรากำลัง อัตราความคงอยู่ในตำแหน่ง (กรณีไม่ใช่คนในพื้นที่ จะมีการสับเปลี่ยนหรือโยกย้าย) ความก้าวหน้าในสายงาน เช่น จากตำแหน่งทันตภิบาล ตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัช มีการศึกษาต่อเนื่องเพิ่มเติมเป็นระดับปริญญาตรี แล้วสอบเปลี่ยนตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข เนื่องจากการก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นในสาขาวิชาของตนมีข้อจำกัดในเรื่องกรอบอัตรากำลังปัญหาสมองไหลของแต่ละสาขาวิชาชีพ เนื่องจากหากอยู่ในตำแหน่งเดิมไม่ได้รับการสนับสนุน

ปัญหาอุปสรรคการบริหารจัดการกำลังคนทั้ง 3 สาขา จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับกรอบอัตรากำลังที่ไม่ตรงกับภาระงานที่เป็นจริง เพราะพื้นที่ต้องการกำลังคนมากกว่ากรอบอัตราตำแหน่ง จึงเกิดปัญหาในการจ้างงานเพราะเกินจากกรอบ จึงต้องจ้างเป็นลูกจ้างรายวัน และมีความสามารถในการจ้างงานจำกัดมากเพราะต้องใช้เงินบำรุง ซึ่งมีอยู่ไม่มาก โดยเฉพาะใน รพ.สต. นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องความก้าวหน้า แนวโน้มการเปลี่ยนสายงาน ของกำลังคน 3 สาขา พบว่าสายงานด้านทันตสาธารณสุขและเทคนิคเภสัช ไม่มีความก้าวหน้าทางสายงาน มีการเปลี่ยนสายงานให้เป็นนักวิชาการสาธารณสุข สำหรับนักวิชาการสาธารณสุขนั้นมีความก้าวหน้าโดยตรงตามสายงานนั้นๆ จึงควรมีนโยบายการขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นตามสายงานที่เรียนมา โดยไม่ต้องใช้วิธีการเปลี่ยนสายงานนั้นๆ เพราะถ้าไม่มีความก้าวหน้าให้กับบุคลากรกลุ่มนี้โดยตรง ก็ต้องไปก้าวหน้าในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขแทน ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรกลุ่มนี้ขาดแคลนเหมือนเดิมสำหรับสาขาทันตสาธารณสุขและสาขาเทคนิคเภสัชนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมองว่าควรให้มีการเติบโตในสายงาน กล่าวคือ จากสายของเจ้าพนักงานเป็นเจ้าพนักงานอาวุโส หรือการศึกษาต่อเนื่องให้ได้ในสายวิชาชีพนั้นๆ เช่น สาขาเทคนิคเภสัชสามารถศึกษาต่อเป็นเภสัชกรได้ โดยให้ผู้รับผิดชอบควรมีการปรึกษาหารือในการเทียบโอนหน่วยกิตที่เรียนมาแล้วกับมหาวิทยาลัย ไม่ควรเริ่มศึกษาใหม่

ผู้ที่สำเร็จการศึกษาทั้ง 3 หลักสูตร ทั้งหมดให้ความคิดเห็นว่าการมีความก้าวหน้าในสายงานของตนเอง และทำงานในหน่วยงานเดิม มีความต้องการให้กระทรวงช่วยผลักดันในเรื่องความก้าวหน้า และหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องในสายวิชาชีพโดยตรง

ดังจะเห็นได้จากผลการสัมภาษณ์ผู้ที่จบการศึกษาทั้ง 3 สาขา รวมทั้งผู้บริหารบางคน ให้ข้อคิดเห็นที่ตรงกันว่าเมื่อมีการผลิตกำลังคนทั้ง 3 สาขาแล้ว ควรมีการบริหารจัดการเกี่ยวกับความเติบโตในสายงาน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์รักษากำลังคนที่มีอยู่ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความสำคัญกับการดึงดูดบุคลากรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพโดยมาตรการด้านการจัดให้มีตำแหน่งที่เหมาะสม และการกำหนดค่าตอบแทนที่เพียงพอและเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีเกียรติและศักดิ์ศรีสมกับวิชาชีพ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการกำหนดมาตรการดังกล่าวเป็นการกำหนดภายใต้แนวคิดของการดึงดูดคนเข้าสู่ระบบและให้ความสำคัญกับแรงจูงใจในรูปแบบของค่าตอบแทน (กฤษนันท์ เลาะหนับ, 2555) จึงจะมีพลังในการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้บริหารส่วนใหญ่ให้ข้อคิดเห็น ว่า เมื่อมีการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา นี้แล้ว จะต้องมีการกำหนดความก้าวหน้าทางวิชาชีพให้กำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา มีก้าวหน้าในสายงานของตนเองเพื่อธำรงรักษาบุคลากรให้อยู่ในระบบอย่างยั่งยืน จึงมีความคิดเห็นว่าการให้สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ได้เข้ามาบริหารจัดการเกี่ยวกับกำลังคนทั้ง 3 สาขา เพื่อให้กำลังคนทั้ง 3 สาขา ได้อยู่ในท้องถิ่นของตนเอง

2. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาในภาพรวมแล้วพบว่าเนื้อหาและวิธีการจัดการเรียนการสอนของทั้ง 3 หลักสูตรที่ วสส. ใช้อยู่นั้นสามารถสร้างบุคลากรที่พร้อมสำหรับการทำงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ แต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมทั้งจากผู้ปฏิบัติงานและประชาชนว่า นวก. สสช. และ นวก.ทันตภิบาลที่ วสส. กำลังผลิตอยู่นั้น ควรสร้างให้มีสมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยและให้เน้นหนักเกี่ยวกับการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติงานจริงเหมือนกับที่เคยฝึกและสอนให้กับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และทันตภิบาล 2 ปีเมื่อก่อน เพราะในชีวิตการทำงานที่แท้จริงนั้น ทุกคนในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องร่วมกันในทุกๆงาน ซึ่งไม่มีทางทำงานได้สำเร็จแน่นอน ถ้าไม่ช่วยกันเพราะกำลังคนแต่ละพื้นที่นั้นมีจำกัดมาก เหมือนดังที่ค้นพบในการศึกษาของ Cappiello & Levi, et al (2015) ว่ามีช่องว่างระหว่างมาตรฐานการปฏิบัติตามข้อบังคับวิชาชีพ กับ ความต้องการของประชาชน ซึ่งมุมมองเรื่องการสร้างสมรรถนะการรักษาเบื้องต้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ นั้นก็ได้รับการสนับสนุนจากผลการศึกษาของ Horevitz & Monaleas (2013) ซึ่งระบุว่าจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้อย่างเป็นธรรมและยั่งยืน ด้วยเหตุนี้ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขต้องพยายามหาทางออกในประเด็นที่ว่าด้วยการก้าวล่วงวิชาชีพนี้ด้วย โดย Druetz (2015) ได้เสนอว่าการรักษาเบื้องต้นเป็นบทบาทที่ประชาชนต้องการอย่างยิ่งจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกคน แต่ยังคงมีความเห็นที่แตกต่างกันสำหรับบทบาทนี้ของนักวิชาการสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งในมุมมองที่เกี่ยวข้องกับ

ประเด็นการก้าวล่วงวิชาชีพ ซึ่งทุกฝ่ายควรเปิดใจกว้าง ยอมรับความเป็นจริงในการทำงาน เพราะหากพิจารณาระบบสุขภาพของชุมชนแล้วหน่วยบริการปฐมภูมิก็เปรียบเสมือนกระทรวงสาธารณสุขเล็กๆในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิคือกลุ่มคนทำงานที่ส่งผลต่อ Health System Performance ในภาพรวมด้วยหากกลุ่มคนทำงานเหล่านี้ได้รับการยอมรับและได้รับส่งเสริมพัฒนาอย่างจริงจังแล้วพวกเขาจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มากจนล้นโรงพยาบาลและเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร (Rifkin, 2014) เพราะหน่วยบริการปฐมภูมิถือเป็นการบริการสุขภาพครบวงจรในชุมชน (Lyngkaran & Biddargardi, et al., 2015) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย หน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจของประเทศไทย

ทั้งนี้สามารถสรุปข้อเด่นและข้อด้อยของหลักสูตรที่ส่งผลต่อคุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษาของ 3 หลักสูตร ได้ ดังนี้

หลักสูตรทันตสาธารณสุข มีข้อเด่นที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรผลิตบุคลากรให้มีความสามารถเชิงวัฒนธรรมเพื่อการทำงานกับชุมชนตอบสนองความต้องการเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข ในอดีตมีการคัดเลือกบุคคลในพื้นที่เข้ามาศึกษา ซึ่งก่อให้เกิดความผูกพันเมื่อกลับไปปฏิบัติงานพื้นที่ของตนผู้ที่สำเร็จการศึกษามีศักยภาพในการทำงานกับชุมชน และมีความสามารถในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องรวมทั้งระบบการศึกษามีอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยและพร้อมที่จะใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอ แต่ในขณะที่การผลิตบุคลากรนั้นจะใช้ต้นทุนการผลิตสูง หากมีคณาจารย์น้อยก็จะไม่คุ้มทุนอาจารย์ที่ทำการสอนมีการย้าย/ลาออกไปทำธุรกิจส่วนตัวทำให้ต้องปิดหลักสูตรผู้ที่สำเร็จการศึกษาออกไปขาดความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ เพราะไม่มีตำแหน่งรองรับในระดับในสายงานทันตสาธารณสุข ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสายงานเพื่อความก้าวหน้าระบบการคัดเลือกในปัจจุบันเปลี่ยนไป ทำให้ไม่ได้บุคลากรในพื้นที่มาเรียน ซึ่งส่งผลให้เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วไปปฏิบัติงานจึงไม่มีความผูกพัน ขาดความเข้าใจในวัฒนธรรมและภาษาของพื้นที่นั้นๆ

หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน มีข้อเด่นที่คล้ายกับหลักสูตรทันตสาธารณสุข คือเป็นการผลิตบุคลากร ให้มีความสามารถเชิงวัฒนธรรมเพื่อการทำงานกับชุมชนตอบสนองความต้องการเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข ในอดีตมีการคัดเลือกบุคคลในพื้นที่เข้ามาศึกษา ซึ่งก่อให้เกิดความผูกพันเมื่อกลับไปปฏิบัติงานพื้นที่ของตนอาจารย์ผู้สอนมีประสบการณ์ การเรียนการสอน เป็นการเรียนจากสภาพปัญหาจริงในพื้นที่ โดยเฉพาะการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกับชุมชน ผู้สำเร็จการศึกษามีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานได้ทันที เพราะได้รับการฝึกประสบการณ์จากแหล่งฝึกจริง ตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับจังหวัดมีหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายร่วมกันในการเป็นแหล่งฝึกกระจายอยู่ทั่วประเทศ แต่ในขณะเดียวกันพบว่ามีสถาบันการศึกษาเป็นจำนวนมากที่เปิดหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนและระบบการคัดเลือกในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทำให้ไม่ได้บุคลากรในพื้นที่มาเรียน ซึ่งส่งผลให้เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วไปปฏิบัติงานจึงไม่มีความผูกพัน ขาดความเข้าใจในวัฒนธรรมและภาษาของพื้นที่นั้นๆ

หลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม มีข้อเด่นที่คล้ายกันทั้ง 2 หลักสูตร คือ ผลิตบุคลากรเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข ในอดีตมีการคัดเลือกบุคคลในพื้นที่เข้ามาศึกษา ซึ่งก่อให้เกิดความผูกพันเมื่อกลับไปปฏิบัติงานพื้นที่ของตนอาจารย์ที่สอนมีเพียงพอ มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับนักศึกษาเป็นหลักสูตรเดียวที่มี

การผลิตในประเทศไทย ผู้สำเร็จการศึกษามีสมรรถนะที่สามารถปฏิบัติงานได้ตรงกับความต้องการของระบบบริการ และสามารถช่วยเกื้อหนุน ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพแต่ในขณะเดียวกันพบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาสายเทคนิคเกื้อหนุนไม่มีความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ ระบบการคัดเลือกในปัจจุบันเปลี่ยนไป ทำให้ไม่ได้บุคลากรในพื้นที่มาเรียน ซึ่งส่งผลให้เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วไปปฏิบัติงานจึงไม่มีความผูกพัน ขาดความเข้าใจในวัฒนธรรมและภาษาของพื้นที่นั้นๆ

โดยสรุปแล้ว หัวหน้างานและผู้ร่วมงานของผู้สำเร็จการศึกษาจาก วสส. ทั้ง 3 สาขา ส่วนใหญ่ในระดับ รพศ./รพท. รพช. สสอ. อบต. และรพ.สต. มีความพึงพอใจกับบุคลากรที่สำเร็จจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และให้ความเห็นว่าหลักสูตรและรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มีความเหมาะสมและช่วยสร้างให้ บุคลากรเหล่านี้ มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานในความรับผิดชอบในวิชาชีพได้เป็นอย่างดี มีความเข้าใจและทำงานร่วมกับชุมชนได้เป็นอย่างดี ส่วนงานอื่นๆที่ไม่ได้เรียนมา ก็มีความกระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้ต่างๆ เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ความรับผิดชอบซึ่งนอกเหนือจากงานในวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่น การเงิน การพัสดุ ซึ่งถือว่าบุคลากรเหล่านี้ทำงานเกินจากที่ระบุไว้ในบทบาทหน้าที่ตามวิชาชีพ

พบว่าผู้บริหารในระดับส่วนภูมิภาค หัวหน้างาน ผู้ร่วมงานและอาจารย์ผู้สอนส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นในเรื่องคุณลักษณะของบุคลากรทั้ง 3 สาขา ว่าในกระบวนการจัดการเรียนการสอนนั้นควรสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ คือ

ทักษะการทำงานเป็นทีม มีภาวะผู้นำ มีทักษะในศตวรรษที่ 21 (การใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ การติดต่อสื่อสาร การใช้ภาษาอังกฤษ การนำเสนอในที่สาธารณะ) เป็นผู้นำทางวิชาการ ความสามารถในการศึกษาวิจัยการจัดการความรู้ การจัดการข้อมูลมีความสามารถในการวินิจฉัย ชุมชน เข้าถึงความต้องการของชุมชนทำงานร่วมกับชุมชน มีการทำงานในเชิงรุก เน้นการส่งเสริม ป้องกันมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพของตนมีความสามารถในการสอนงาน แนะนำผู้อื่นได้ถูกต้องเหมาะสมรักในวิชาชีพ และองค์กรมีความเสียสละ อดทนอดกลั้น ความมุ่งมั่น ความศรัทธา จิตอาสา มีความซื่อสัตย์สุจริตมีความสามารถในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับ มอบหมายมีการบริการที่ดี มีจิตสาธารณะมีความรู้ความชำนาญด้านเทคโนโลยีและภาษาต่างๆ เช่น ภาษาอังกฤษ โดยคุณลักษณะที่กล่าวมา ส่วนใหญ่จะสอดคล้องกับทักษะของการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 คือ 3 R 4 C ประกอบด้วย Reading: การอ่าน Writing: การเขียน Arithmetic: คณิตศาสตร์ Critical Thinking: การคิดวิเคราะห์ Communication: การสื่อสาร การร่วมมือ : Collaboration และ Creativity: ความคิดสร้างสรรค์ รวมถึงทักษะชีวิตและอาชีพ และทักษะด้านสารสนเทศสื่อและเทคโนโลยี และการบริหารจัดการด้านการศึกษาแบบใหม่ นับเป็นทักษะที่รองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตร (วิจารณ์ พานิช, 2555) และยังพบว่าเพิ่มเติมที่เด่นชัดคือ ความสามารถในการวินิจฉัยชุมชน เข้าถึงความต้องการของชุมชนทำงานร่วมกับชุมชน มีการทำงานในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมป้องกัน สอดคล้องกับระบบสุขภาพในปัจจุบันที่ต้องการให้มีการดูแลสุขภาพในระดับชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถดูแลตนเองได้ และหลักสูตรของการผลิตกำลังคนทั้ง 3 สาขา ที่ วสส. ใช้อยู่ในปัจจุบันก็มีจุดมุ่งหมายให้ผู้สำเร็จการศึกษา

จากหลักสูตรดังกล่าวมีความสามารถเชิงวัฒนธรรม อันเป็นคุณลักษณะที่ Oelke & Thurston, et al (2013) เสนอว่าเป็นคุณลักษณะที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการทำงานในทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การควบคุม ป้องกันโรคทางสุขภาพ การดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ด้านการป้องกันโรคและภัยทางสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ ก็ระบุว่านี่คือจุดเด่นของหลักสูตรที่ วสส. ใช้ในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขา นอกจากนี้ยังพบอีกว่าประชาชนผู้มารับบริการจากบุคลากรทั้ง 3 สาขา มีความต้องการให้บุคลากรทั้ง 3 สาขา มีคุณลักษณะที่อ่อนน้อม การมีสัมมาคารวะ การให้คำปรึกษาที่ดีแก่ประชาชน การเข้าถึงชุมชนการบริการที่ดี กริยามารยาทเรียบร้อยพูดจาไพเราะ มีบุคลิกภาพ และพฤติกรรมที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยให้มีจริยธรรม และการมีจิตสำนึกและช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมีความยุติธรรมในการให้บริการให้ผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต. ทำได้ทุกอย่าง เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อลดการส่งต่อไปที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภฤษนันท์ เลาะหนับ (2555) ที่พบว่าการพัฒนากำลังคนสาขาบริการสุขภาพในประชาคมอาเซียนจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถทางทักษะวิชาชีพที่สามารถดำเนินควบคู่ไปกับทักษะของชีวิตที่ต้องมีนิสัยบริการ ความรู้สีกเมตตา การให้เกียรติและความเคารพในความเป็นมนุษย์โดยมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานบริการผู้เจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ นอกจากทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ทั้งทักษะวิชาชีพ และทักษะชีวิตและ สิ่งที่ผู้บริหารมีความเห็นสอดคล้องกันคือต้องการให้เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยส่วนใหญ่แล้วกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาระการดูแลสุขภาพของชุมชน กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงจะมีความต้องการการบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคม รวมทั้งการเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มขีดความสามารถที่ตัดสินใจดำเนินให้การดูแลตามบทบาทวิชาชีพอย่างอิสระสอดคล้องกับความต้องการปัญหาสุขภาพในสังคมปัจจุบันมากที่สุด

ในความคิดเห็นของประชาชนผู้มารับบริการ มีความต้องการให้บุคลากรทั้ง 3 สาขา มีคุณลักษณะดังนี้

- การมีสัมมาคารวะ การให้คำปรึกษาที่ดีแก่ประชาชน การเข้าถึงชุมชน
- การบริการที่ดี กริยามารยาทเรียบร้อยพูดจาไพเราะ มีบุคลิกภาพ และพฤติกรรมที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยให้มีจริยธรรม และการมีจิตสำนึกและช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ
- การมีความยุติธรรมในการให้บริการ

นอกจากนี้ประชาชนยังมีความคาดหวังต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต.สูงมาก ซึ่ง การศึกษาของ Trause, et al. (2014) ก็ได้ตอกย้ำถึงการรับรู้เชิงบทบาทที่หลากหลายของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิว่าเป็นทั้งผู้นำด้านสุขภาพ ครู ผู้ให้บริการสุขภาพ และ บุคคลต้นแบบของชุมชน และที่สำคัญควรสร้างให้ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ทำได้ทุกอย่าง โดยเฉพาะการรักษาเบื้องต้นเพื่อลดการส่งต่อไปที่โรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบในเชิงลบต่อผู้ป่วยเพราะก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการเดินทาง รวมถึง ค่าเสียเวลา และ ค่าเสียโอกาส อันเป็นช่องโหว่ที่ข้อจำกัดเรื่องมาตรฐานวิชาชีพสร้างขึ้น ทำให้ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนไม่ได้รับการตอบสนอง (Cappiello & Levi, et al., 2015)

ด้วยระบบสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ดังนั้นบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานควรมีศักยภาพที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพ ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ในขณะนี้มีนโยบายในการพัฒนา ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) เพื่อให้การดูแลประชาชนทุกครัวเรือน ระบบสุขภาพของไทยมีประสบการณ์ในการทำงานเชิงรุก ลงไปดูแลประชาชนในชนบทถึงชุมชนและครอบครัว โดยสร้างรูปแบบการดูแลตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วยไปจนถึงเวลาเกิดเจ็บป่วยเรื้อรังถึงขั้นผู้ป่วยติดเตียงก็ต้องให้การดูแลต่อเนื่องจากนโยบาย ทีมหมอครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้บริหารทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (นพ.สสจ. ผอ.รพศ/รพท./รพช. สสอ. รพ.สต. หัวหน้างาน ผู้ร่วมงาน) ยังมีความต้องการบุคลากรทั้ง 3 กลุ่มนี้ในระบบสุขภาพ แต่มีความต้องการให้เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง คือความรู้ในเรื่อง 1) กายภาพบำบัด โดยที่ไม่ต้องรอความช่วยเหลือจากนักกายภาพที่เป็นทีมจากโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งมีจำนวนจำกัด 2) ศักยภาพในการดูแลปัญหาสุขภาพฟันของผู้สูงอายุ ซึ่ง Ranslow, et al. (2015) ได้เสนอว่า ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งในการรับมือกับการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์โรคเรื้อรังโดยการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของ ทีมหมอครอบครัว (Johnson, 2015) และ Spector (2015) ได้ประเมิน Cost effectiveness และ ประสิทธิภาพของ Intervention ที่ใช้เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ ในการควบคุมระดับความดันโลหิตของเบาหวานในบราซิลพบว่า Incremental cost effectiveness ratio เท่ากับ 13,810 US\$ ซึ่งถือว่าต่ำมาก เพราะ เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิสามารถช่วยเพิ่ม QALYs และ ลด long term care complication ได้

3. ศึกษาการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ในหลักสูตรซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในหลักสูตรที่อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ในปี 2557 พบว่า มีการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด รองลงมาคือภาคใต้ ภาคเหนือและภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 5.74, 6.11, 6.28 และภาคกลาง 6.93 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาทันตสาธารณสุขมีการกระจายในภาคใต้มากที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.72 , 2.07, 2.15 และ 2.57 ต่อแสนประชากร การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพสาขาเทคนิคเภสัชกรรมมีการกระจายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด รองลงมาคือภาคใต้และภาคเหนือเท่ากัน และภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.67 , 1.71 และ 2.15 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และจากศึกษาพบว่า การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในหลักสูตรที่อยู่ในความรับผิดชอบการผลิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม ในปี 2557 มีการกระจายกำลังคนที่ไม่เท่าเทียมกันทั้ง 3 หลักสูตรถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพิ่มผลผลิต การใช้มาตรการคัดเลือกให้ผู้เรียนที่มีภูมิลำเนาท้องถิ่น ซึ่งใช้ได้ผลในผู้ที่เรียนพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขระดับต้น (อำพล จินดาวัฒนะ, 2552) แต่ก็ยังพบความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายกำลังคนด้านภูมิศาสตร์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความหนาแน่นของกำลังคนทั้ง 3 สาขาในภาคกลางจะหนาแน่นกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (ทักษพล ธรรมรังสี, 2548) ที่พบว่า ความหนาแน่นของแพทย์และพยาบาลในกรุงเทพมหานครสูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประมาณ 10 เท่า ซึ่งเป็นปัญหาที่ยังคงอยู่และจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขจะเพิ่มมาตรการต่างๆ ในการผลิตแต่อัตราการคงอยู่ในตำแหน่งจะลดลงเนื่องด้วยกำลังคนทั้ง 3 สาขา ขาดแรงจูงใจในการทำงาน เช่น โอกาสในการศึกษาต่อ ความก้าวหน้าในสายงาน ทั้ง 3 สาขา ไม่เอื้อให้สามารถปฏิบัติงานในระยะยาวได้ โดยเฉพาะสาขาเทคนิคเภสัชกรรมและสาขาทันตสาธารณสุข ทำให้ขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่มาตรการทางสังคมก็ยังขาดความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่สามารถสนับสนุนบุคลากรทั้ง 3 สาขา ให้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างเต็มที่ จากแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ปี 2550-2559 ได้ให้ความสำคัญของการกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรมโดยการจัดทำยุทธศาสตร์ ปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้มีการกระจายบุคลากรอย่างเป็นธรรม สามารถคงอยู่ในระบบและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่ภาครัฐให้ความสำคัญกับการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม และเป็นการบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีในหมู่ประชาชน

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าทิศทางการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรมยังคงมีความต้องการในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนที่ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถดูแลในระดับพื้นที่ได้ แต่ในขณะเดียวกันยังมีความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 3 สาขาในทุกพื้นที่ที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประชาชนตามที่ต้องการ ทั้งนี้การขาดแคลนกำลังคนนั้นอาจมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การปรับตำแหน่งงานที่มีความก้าวหน้า การไหลออกนอกระบบสุขภาพเนื่องจากไม่มีความก้าวหน้าทางสายงาน การได้รับค่าตอบแทนน้อย หรือระบบการคัดเลือกในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนไปไม่ได้บุคลากรในพื้นที่มาเรียน ซึ่งส่งผลให้เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วไปปฏิบัติงานจึงไม่มีความผูกพันกับพื้นที่ ทำให้ออกไปประกอบอาชีพอื่นดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงต้องร่วมกันพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบต่อการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ สาขาสาธารณสุขชุมชนสาขาทันตสาธารณสุข และสาขาเทคนิคเภสัชกรรม

ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปรับบทบาทหน้าที่ด้านการผลิตกำลังคนของ สบข. นั้นมีทางเลือกที่เป็นไปได้ 3 ทาง คือ

ทางเลือกที่ 1 สถาบันพระบรมราชชนกไม่ควรทำหน้าที่ในการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข เนื่องจาก “ปัจจุบันมีการเปิดเสรีในให้กับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการรับผู้สำเร็จจากสถาบันอื่นๆ ได้ หากการรับผู้สำเร็จการศึกษาเข้าทำงานสามารถรับจากสถาบันไหนก็ได้ และหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุขก็มีความชำนาญในการผลิตกำลังคนทั้ง 3 สาขา ควรให้หน่วยงานนั้นทำหน้าที่ผลิตโดยตรงไม่จำเป็นต้องผลิตจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง

สาธารณสุขควรมุ่งเน้นการให้บริการมากกว่า” “งบประมาณที่ได้ก็นำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพจะมีประโยชน์กว่า”

ทางเลือกที่ 2 สถาบันพระบรมราชชนกยังคงผลิต หลักสูตร ทันตสาธารณสุข และ เทคนิค เกสซ์กรรมต่อไป แต่ ยกเลิกการผลิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์แล้วหันมาให้ความสำคัญกับการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรประจำการทั้งสมรรถนะด้านวิชาการ วิชาชีพ และ สมรรถนะด้านการบริหาร จัดการ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น ทั้ง AEC, นโยบายพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ, การเป็นสังคมเมืองและสังคมผู้สูงอายุ เป็นต้น

ทางเลือกที่ 3 สถาบันพระบรมราชชนกควรผลิตทั้ง 3 หลักสูตร โดยเน้นการผลิต เพื่อตอบสนองกระทรวงสาธารณสุข แล้วผลิตบัณฑิตที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวตรงตามที่หน่วยบริการ สุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องการ ซึ่งหมายถึงการปรับปรุงในเรื่อง 2.1.) ระบบการ คัดเลือกที่ต้องให้พื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม 2.2) การปรับปรุงหลักสูตรให้ยังคงมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการ รักษาพยาบาลเบื้องต้นตามขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนปฏิบัติได้ 2.3) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการฝึกปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพ และสร้าง ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชน ทั้งนี้ต้องอยู่บนเงื่อนไขที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) สถาบัน พระบรมราชชนกต้องเป็นนิติบุคคลที่สามารถรับรองหลักสูตรของตนเองและประกาศตรปริญญได้ และ 2) สถาบันพระบรมราชชนกต้องมีความสามารถในการจัดการเชิงการตลาดเพื่อดึงดูดให้คนอยาก มาเรียนในแต่ละหลักสูตรที่ผลิตจนได้จำนวนที่ถึงจุดคุ้มทุนซึ่งอาจรวมไปถึงการทำสัญญาการจ้างงาน ตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนเนื่องจากการเป็นการผลิตเฉพาะกิจเฉพาะกลุ่มเพื่อตอบสนองความต้องการ ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นเพื่อให้การลงทุนด้านการผลิตของกระทรวง ไม่สูญเปล่าจากการสูญเสียผลผลิตออกไปสู่ตลาดแรงงาน

นอกจากนี้ยังมีประเด็นทางเลือกเกี่ยวกับการขยายขอบเขตการผลิตและการบริการวิชาการ ไปเป็นการตอบสนองนานาชาติโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศบ้านใกล้เรือนเคียงกัน เนื่องจากกระบาด วิทยาของปัญหาสุขภาพในปัจจุบันนั้นเชื่อมโยงเป็นกรอบเดียวกันแล้วทั้งโลกตามการเจริญเติบโต และความก้าวหน้าของระบบเศรษฐกิจและการคมนาคมขนส่ง ตาม concept ของ global health และ one health

2. มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความต้องการให้ สุข. ผลิต ผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งใช้เวลาในการ ผลิตสั้นกว่าทันตสาธารณสุขเพื่อให้มาทำงานช่วยทันตแพทย์ข้างเตียงในโรงพยาบาล แล้วส่งให้ ทันตภิบาล ไปช่วยในการรักษาเบื้องต้น ทำงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพใน รพ.สต.ซึ่งอยู่ในพื้นที่ ช่วยเป็น gate keeper ที่น่าจะลด workload ของหน่วยรักษาในโรงพยาบาลได้ และ สามารถช่วย ส่งเสริมให้นโยบายสร้างนำซ่อมให้เป็นจริงได้

3. ควรให้มีเจ้าพนักงานเกสซ์กรรมในทุก รพ.สต. เพื่อช่วยแบ่งเบางานด้านการบริหารจัดการ ยาและเวชภัณฑ์ งานคุ้มครองผู้บริโภค และช่วยให้ทีมเยี่ยมบ้านมีความสมบูรณ์และดูแลสุขภาพได้ รอบด้านมากยิ่งขึ้นด้วย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นควร มีกลไกในการผลักดันให้มีการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับกำลังคนทั้ง 3 สาขาอย่างต่อเนื่อง และมีการ จัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีการเชื่อมโยงการกำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง

4. ควรดำเนินการเกี่ยวกับการที่เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ทำเกินบทบาทหน้าที่ซึ่งสามารถทำได้ ดังนี้ คือ

4.1 จัดให้มีสาขาวิชาชีพที่จำเป็นเพิ่มเติมใน รพ.สต. ได้แก่ เจ้าหน้าที่การเงินและพัสดุ เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม และ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ในจำนวนที่พอเพียงโดยจ่ายเงินเดือนมาจากส่วนกลางไม่ต้องเอาเงินบำรุงมาจ้าง พร้อมทั้งดูแลเรื่องขวัญและกำลังใจลดความสูญเสียจากการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่เหล่านี้บ่อยๆด้วย

4.2 ในระยะเปลี่ยนผ่านที่พยาบาลวิชาชีพยังขาดแคลนอยู่เป็นจำนวนมากนั้นควรจัดให้มีการเรียนการสอนในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นให้กับนักวิชาการสาธารณสุข และจัดให้มีการฝึกปฏิบัติการรักษาพยาบาลให้มากขึ้น และหาช่องทางในการจัดการเกี่ยวกับประเด็นการก้าวล่วงวิชาชีพ

5. ควรผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ เพื่อให้ไปทำงานช่วยทันตแพทย์ข้าง unit ทำฟันในโรงพยาบาล

6. ควรเพิ่มการผลิตนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ให้มากขึ้น (หากผลิตไม่ทันก็ยังคงต้องผลิตทันตภิบาล 2 ปีแล้วจัดการศึกษาต่อเนื่องภายหลัง) เพื่อให้แรงงานทันตกรรมป้องกัน และเป็น Gate keeper ลด Workload การรักษาที่มีผู้ป่วยฟันผุไปแออัดกันในโรงพยาบาล

บรรณานุกรม

- กฤษนันท์ เลาะหนับ. (2555). การวิเคราะห์อนาคตภาพการพัฒนากำลังคนสาขาบริการสุขภาพของประเทศไทยในประชาคมอาเซียน. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7.11(1)*; 33-40.
- กฤษฎา แสงดี. (2551). สถานการณ์กำลังพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2: 40-46.
- วณิชา สุริยากานนท์ (2555). *การประมาณความต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ใน 17 จังหวัดภาคเหนือ ในปี พ.ศ. 2553 – 2572*. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐิกา ลิ้มเฉลิม. (2554). *การศึกษาแนวทางการจัดการศึกษาสามรูปแบบในสถานศึกษา. ปริญญาบัตรการศึกษาดุสิตบัณฑิตสาขา การบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*.
- ทักษพล ธรรมรังสี. (2548). *การกระจายแพทย์ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- นงลักษณ์ พะโกยะ. (2551). *การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ*. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. รายงานการวิจัย.
- นงลักษณ์ พะโกยะ และ สัญญา ศรีรัตนะ. (2552). *การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ระดับจังหวัด*. รายงานวิจัย. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, กรุงเทพฯ.
- นงลักษณ์ พะโกยะ และ คณะ. (2553). *ปัจจัยกำหนดการเลือกงานในชนบทของพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ : การใช้เครื่องมือการทดลองเพื่อการตัดสินใจ*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 19,1(1): 37-48.
- ประกาย จิระโรจน์ และ จุริรัตน์ กิจสมพร. (2551). *การทบทวนสถานการณ์งานวิจัยด้านสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ*. รายงานวิจัย, สถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ, กรุงเทพฯ.
- ปาริฉัตร อุทัยพันธ์ บุญศรี พรหมมาพันธ์ ศิริศักดิ์ สุนทรไชย และ คมศร วงษ์รักษา. (2554). *การพัฒนารูปแบบประเมินสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาเทคนิคเภสัชกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก*. *วารสารวิจัย มช.* 16, 893 - 898.
- วิจารณ์ พานิช. (2555). *วิธีการสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.
- วีโลวรรณ บุญธรรม พิชร์บุรณ์ ศรีวิชัย และ อัมพร ยานะ. (2553). *การศึกษาพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขชุมชน*. รายงานวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา, พะเยา.
- สุชาติ อุดมโสภกิจ จรวัยพร ศรีศัลลักษณ์ อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา และ ทิพิชา โปษยานนท์. (2556). *ภาพอนาคตระบบสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสหพัฒนาไฟศาล .
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *รายงานการประชุมฯ ครั้งที่ 1/2558 เมื่อวันที่*

25 กุมภาพันธ์ 2558.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2553) *การศึกษาค้นคว้าความต้องการกำลังคนเพื่อวางแผนการผลิตและพัฒนาากำลังคนของประเทศ*. กรุงเทพฯ : บริษัทพริกหวานกราฟฟิคจำกัด.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2559*. กรุงเทพฯ: บริษัท กราฟิกโก ซิสเต็ม จำกัด.

อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ (2550). *แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2550-2559*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

Bailey JE, Surbhi S, Bell PC, Jones AM, Rashed S, Ugwueke MO. Safe Med: Using pharmacy technicians in a novel role as community health workers to improve transitions of care. *Journal of the American Pharmacists Association* 2016; 56(1): 73-81.

Cappiello J, Levi A, Nothnagle M. (2015). Original research article: Core competencies in sexual and reproductive health for the interprofessional primary care team. *Contraception*.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). National Public Health Performance Standards Program: Orientation to the Essential Public Health Services. Powerpoint. 2010. Retrieved on 23/03/2016 from <http://www.cdc.gov/nphpsp/documents/EssentialServicesPresentation.pdf>

Druetz T, Kadio K, Haddad S, Kouanda S, Ridde V. (2015). Do community health workers perceive mechanisms associated with the success of community case management of malaria? A qualitative study from Burkina Faso. *Social Science & Medicine*. 124:232 - 240.

Horevitz E, Manoleas P. (2013). Professional Competencies and Training Needs of Professional Social Workers in Integrated Behavioral Health in Primary Care. *Social Work in Health Care*. 52(8):752 - 787 36p.

Johnson SL, Gunn VL. Community Health Workers as a Component of the Health Care Team. (2015). *Pediatric Clinics of North America* 2015;62(5):1313 - 1328.

Kabene, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M. A., & Leduc, R. (2006). *The importance of human resources management in health care: a global context*. *Human resources for health*, 4(20); 1 - 17.

Kennedy, Donald; Austin, Jim and Urquhart, Kirstie. (2004). *Supply without demand*, *Science*. 303: 1105.

Kennedy, Donald; Austin, Jim and Urquhart, Kirstie. (2004). *Supply without demand*, *Science*. 303: 1105.

- Lerberghe, W.V., Adams, O. & Ferrinho, P. (2000). *Human resources impact assessment*. Retrieved from <http://www.who.int/health-services-delivery/human/workforce/index.html>.
- lyngkaran P, Biddargardi N, Bastiampillai T, Beneby G. (2015). Making sense of health care delivery Where does the close to community health care worker fit in? – The case for congestive heart failure. *Indian Heart Journal*. 67(3):250 - 258.
- Meyer, Gregg S. (1996). *Gastroenterology workforce modeling*, JAMA. 276: 689 - 694.
- Mott, D. A., Doucette, W. R., Gaither, C. A., Kreling, D. H., Pedersen, C. A., & Schommer, J. C. (2006). Reference Methodology, research design & evidence category Key findings Pharmacist participation in the workforce: 1990, 2000, and 2004. *Journal of the American Pharmacists Association*, 46(3), 322-330.
- Oelke ND, Thurston WE, Arthur N. (2013). Intersections between interprofessional practice, cultural competency and primary healthcare. *Journal of Interprofessional Care*. 27(5):367 - 372 6p.
- Ranslow A, Crompton D, Mehta K, Butler P, Adair J. (2015). Empowering Community Health Workers with Inkjet-printed Diagnostic Test Strips. *Procedia Engineering* 107:205-214.
- Rifkin SB. (2014). Community Health Workers. In: Reference Module in Biomedical Sciences: Elsevier.
- Spector AY, Pinto RM, Rahman R, da Fonseca A. (2015). Implementation of Brazil's "family health strategy": Factors associated with community health workers', nurses', and physicians' delivery of drug use services. *International Journal of Drug Policy*. 26(5): 509 - 515.
- Segal, L. & Bolton, T. (2009). Issue facing the future health care workforce: the importance of demand modeling. *Australia and New Zealand Health Policy*, 6, 12.
- Segal, L. & Leach, M.J (2011). An evidence-based health workforce model for primary and community care. *Segal and Leach Implementation Science*, 6, 93.
- Trause D, Peterson S, Doty N, Liguori A, Holmes K, Kanzleiter L, et al. (2014). The Diverse Roles of Community Health Workers: Cues for Technology Innovations. *Procedia Engineering*. 78:208 - 217.
- World Health Organization. (2006). working together: World Health Report 2006. Geneva. WHO.
- World Health Organization. (2006). working together: World Health Report . 2006. Geneva. WHO.

WHO (2016). Health impact assessment (HIA): determinants of health. Retrieved on 24.03.2016 from <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

Fulton, B. D. et al. (2011). Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Human Resource for Health*, 9, 1,