

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยเรื่อง

การทบทวนระบบธรรมาภิบาลในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย

(Review of Good Governance of Human Resources for Health
Planning for Strengthening Health System in Thailand)

โดย

นาริรัตน์ ผุดผ่อง

กานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์

สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.)

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

มีนาคม 2559

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยเรื่องการทบทวนระบบธรรมาภิบาลในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ
เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย

ทีมวิจัย

- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข
 - ดร.นาเรรัตน์ ผุดผ่อง
 - นางสาวกานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์

จัดทำโดย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข

ISBN: 978-616-8019-06-1

พิมพ์โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร	4
บทที่ 1 บทนำ	9
บทที่ 2 ผลการทบทวนเรื่องธรรมาภิบาล และ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	17
บทที่ 3 ผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับธรรมาภิบาล ในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ.....	36
บทที่ 4 อภิปรายและสรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์.....	44
บทที่ 5 กรณีศึกษาที่ 1: ธรรมาภิบาลกับการจ่ายค่าตอบแทนกำลังคนด้านสุขภาพ.....	55
บทที่ 6 กรณีศึกษาที่ 2: ธรรมาภิบาลกับโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท	66
บทที่ 7 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	75
อ้างอิง	81
ภาคผนวก	84

บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษาเรื่องธรรมาภิบาลที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพนั้นทั้งในระดับนานาชาติและระดับประเทศนั้นยังมีไม่มาก ในประเทศไทยได้มีการกล่าวถึงเรื่องธรรมาภิบาลกันอย่างกว้างขวางในช่วง 10-20 ปีที่ผ่านมา โดยแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) เน้นการพัฒนากระบวนการจัดการประเทศให้เกิดธรรมาภิบาล โดยมีเป้าหมายประชาชนรู้สิทธิหน้าที่และมีส่วนร่วมมากขึ้นในการตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมตรวจสอบระบบการบริหารจัดการด้านต่างๆ ของประเทศ ซึ่งในแผนเดียวกันนี้ได้เน้นการพัฒนากระบวนการสุขภาพอย่างครบวงจร ที่รวมถึงธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพที่ผ่านมา ระบบสุขภาพในประเทศไทยได้มีการพัฒนาธรรมาภิบาลในเชิงภาพรวมของระบบ แต่ปรากฏข้อเท็จจริงในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้าน คือ การวางแผน, การผลิต และการบริหารจัดการ ซึ่งที่ผ่านมาการดำเนินการทั้ง 3 ด้านนั้นยังมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนค่อนข้างน้อย ยกตัวอย่างเช่น การผลิตที่ต่างฝ่ายต่างทำ ไม่มีการวางแผนร่วมกันจึงทำให้ไม่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบสุขภาพที่วางไว้ทำให้เกิดปัญหาการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพไม่เพียงพอ หรือผลิตเกินความต้องการ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการ เป็นต้น ดังนั้น การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลที่เฉพาะเจาะจงกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของธรรมาภิบาลของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและเข้มแข็งของทุกภาคส่วน น่าจะทำให้ระบบสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทยมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น ประกอบกับปัจจุบันมีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในเรื่องของความต้องการด้านสุขภาพเนื่องจากปัจจัยหลายๆ อย่าง ได้แก่ อุบัติการณ์ของโรคที่เกี่ยวข้องกับความยากจนซึ่งยังดำรงอยู่ อุบัติการณ์โรคใหม่ๆ (เช่น Ebola, ไข้หวัดนก) การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจต่างๆ เป็นต้น ดังนั้น การวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพภายใต้หลักธรรมาภิบาล เพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพมีจำนวนเพียงพอ มีการกระจายอย่างเป็นธรรม มีสัดส่วนที่เหมาะสม และมีการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งในหลายปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนของประเทศ ที่สอดคล้องกับเป้าหมายสุขภาพในระดับโลกของ Post 2015 Sustainable Development Goals (SDGs) ด้วย

โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของ “แผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์” จัดทำโดยสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ภายใต้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ที่ทำการศึกษาระบบธรรมาภิบาลด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับระบบธรรมาภิบาลด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

วิธีการศึกษา

โครงการนี้ศึกษา ระบบ“ธรรมาภิบาล (Good governance)” ด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ตามกรอบของ UNDP ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมและมีฉันทามติในเรื่อง นโยบายและกระบวนการต่างๆ 2) การมีวิสัยทัศน์กว้างไกลและระยะยาวในการพัฒนา 3) การมีกระบวนการ ที่ตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 4) ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีบทบาทและความรับผิดชอบร่วมกันทั้งต่อสาธารณะและต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ และ 5) มีความยุติธรรม และเคารพต่อกฎระเบียบ โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ส่วน คือ

- 1) การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ
- 2) การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง
- 3) ทำการบันทึกกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 2 กรณี ได้แก่ 1) การวางแผนจ่าย ค่าตอบแทนกำลังคนด้านสุขภาพ (ตัวอย่างระดับพื้นที่ โรงพยาบาลพาน จ.เชียงราย) และ 2) การวางแผนโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (ตัวอย่างระดับประเทศ ส่วนกลางในกระทรวง สาธารณสุข) โดยใช้กรอบธรรมาภิบาลมาใช้ในการวิเคราะห์ ทั้งนี้ เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนของการ พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้หลักธรรมาภิบาลในระดับ องค์การ ที่อาจจะสามารถนำมาเป็นบทเรียนในการพัฒนาธรรมาภิบาลเชิงระบบในระดับประเทศได้

จากการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยวิธีการทั้ง 3 ส่วนข้างต้น พบว่า ระบบธรรมาภิบาลด้านการวางแผน กำลังคนด้านสุขภาพยังไม่เกิดขึ้นจริง ทั้งในส่วนของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับประเทศ และใน ส่วนของการดำเนินงานของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติที่จัดตั้งขึ้นแล้ว อย่างไรก็ตาม มีตัวอย่าง กรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จที่เกิดขึ้นภายใต้หลักธรรมาภิบาล เช่น กรณีการจ่ายค่าตอบแทนตาม ผลงานของโรงพยาบาลพาน และโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (CPIRD) แม้ว่ากรณีศึกษาดังกล่าวจะ เป็น ธรรมาภิบาลในระดับองค์กร แต่ก็สามารถให้บทเรียนปัจจัยความสำเร็จที่สามารถนำมาปรับใช้ ใน ระดับประเทศได้

ก. ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้กรอบธรรมาภิบาล

- 1) การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในระดับประเทศ มีแนวโน้มที่ประสบความสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น หาก ใช้แนวทางการดำเนินงาน โดยมีคณะกรรมการ 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 เป็น authority board ที่มีอำนาจ ในการตัดสินใจ และ ชุดที่ 2 เป็น secretary board หรือคณะทำงานที่มีภาคีเครือข่ายอย่างครบถ้วน เข้ามาร่วมกันศึกษา คัดเลือกประเด็นสำคัญ และผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนงานอย่างเป็นรูปธรรม

- 2) ในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในระดับประเทศ ควรจะต้องพัฒนากลไกการสื่อสารแบบสองทาง (two-way communication) เพื่อให้เกิดเชื่อมโยงและเข้าใจกันอย่างถ่องแท้ระหว่างคณะทำงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งผลจากการสื่อสารที่ดีและสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีความเชื่อมั่นในเรื่องความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ จึงทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องการต่อต้านหรือไม่ยอมรับวิธีการดำเนินงาน
- 3) ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการสรรหาและคัดเลือกผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ตั้งแต่คุณสมบัติที่ต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจในงานนั้นๆ ไปจนถึงการเป็นตัวแทนที่ได้รับการยอมรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำ ต้องเป็นผู้มีวิสัยทัศน์กว้างไกล และได้รับการยอมรับจากสมาชิกท่านอื่นๆ นอกจากนี้ ต้องทำความเข้าใจกับสมาชิกหรือตัวแทนที่เข้ามีส่วนร่วมทุกท่านว่า การเป็นตัวแทนเข้ามาทำงานไม่ได้หมายถึง การมาปกป้องผลประโยชน์ส่วนตัว แต่หมายถึง การนำมุมมอง แนวคิดจากหน่วยงาน องค์กร หรือภาคส่วนที่ตนเองสังกัดอยู่มาแลกเปลี่ยน เป็นข้อมูลนำเข้าในการประกอบการพิจารณาแก้ไขปัญหาอย่างรอบด้าน ดังนั้น การทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และการกล้าที่จะให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนร่วมโดยแท้จริง จึงเป็นคุณสมบัติที่สำคัญอย่างยิ่งของผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน
- 4) การดำเนินงานให้เกิด “ประสิทธิภาพ” ถือเป็นหลักการที่สำคัญหนึ่งใน 5 หลักการของกรอบธรรมาภิบาลที่ใช้ในการศึกษานี้ ดังนั้น ในการดำเนินงานในระดับประเทศที่ยึดหลักธรรมาภิบาลนั้น ต้องมุ่งหวังให้เกิดประสิทธิภาพของการทำงาน ซึ่งจะรู้ได้ด้วยการสร้างกลไกการติดตามและประเมินผลอยู่เป็นระยะ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงประสิทธิภาพของการทำงานอย่างต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้นไป

ข. รูปแบบของระบบธรรมาภิบาลด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะรูปแบบของระบบธรรมาภิบาลด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่ได้จากการศึกษานี้ มี 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1: การวางแผนกำลังคนภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการชุดนี้ เป็นคณะกรรมการที่มีอยู่แล้ว มีลักษณะเป็น Advisory board สิ่งที่ต้องปรับปรุง คือ

- 1) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ควรมีการสื่อสารสู่สาธารณะโดยเฉพาะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเป็นการชี้แจงและทำความเข้าใจ และแสดงความโปร่งใส ในเรื่อง

- สัดส่วนหรือการได้มาของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
 - บทบาทของคณะกรรมการในการให้คำแนะนำหรือแสดงความคิดเห็นภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อผลประโยชน์ของประชาชนและสังคมโดยรวม
- 2) คณะเลขานุการ ควรปรับเปลี่ยนเป็นรูปแบบของคณะทำงานแบบเครือข่ายที่มีตัวแทนมาจากหลายภาคส่วน มีการคัดเลือกคนอย่างเหมาะสม เพื่อร่วมกันค้นหาประเด็นปัญหาที่สำคัญๆ ทำการศึกษา รวบรวมวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม เสนอต่อคณะกรรมการ Advisory board เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศในภาพรวมต่อไป
 - 3) คณะกรรมการกำลังคนสุขภาพแห่งชาติ ควรมีการอภิปรายหาทางออกร่วมกันในการพัฒนาโลกของการเชื่อมโยงข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการในระดับชาตินี้ เพื่อไปสู่การดำเนินการ (Implementation) อย่างเป็นรูปธรรมในทุกระดับ รวมไปถึงจนถึงการพัฒนาโลกการติดตามประเมินผล อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องอาศัยการเปิดใจพูดคุยหารือ และหาแนวทางการแก้ไขปัญหา และ/หรือ ข้อติดขัดของแต่ละภาคส่วนร่วมกันอย่างจริงจังและทะลุปรุโปร่ง
 - 4) การเลือกประเด็นกำลังคนด้านสุขภาพไปสู่การขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมนั้น ควรเลือกเรื่องที่เป็นทุกฝ่ายได้ผลประโยชน์ร่วมกันมาก่อน (win-win situation) เพื่อให้เห็นผลสัมฤทธิ์ร่วมกัน และมีกลไกการทำงานร่วมกันที่เข้มแข็ง จากนั้นค่อยๆ ขยับไปทำเรื่องอื่นๆ ที่ยากขึ้นต่อไป

รูปแบบที่ 2: การวางแผนกำลังคนภายใต้คณะกรรมการควบคุมกำกับงานสุขภาพแห่งชาติ (National Health Authority; NHA)

คณะกรรมการชุดนี้เป็นลักษณะของ Authority board ที่ต้องแต่งตั้งขึ้นใหม่ ซึ่งสมาชิกควรมาจากทุกภาคส่วน สิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขควรทำ คือ

- 1) การศึกษากฎระเบียบ ข้อบังคับ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด เพื่อดำเนินการแต่งตั้งให้คณะกรรมการชุดนี้ มีอำนาจบังคับใช้ข้อเสนอแนะ/ แนวทางต่างๆ ที่ได้มอบหมายไปยังภาคส่วนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อไปดำเนินการต่ออย่างเป็นรูปธรรม
- 2) ต้องมีคณะเลขานุการ หรือคณะทำงานระดับปฏิบัติงานอีกหนึ่งชุด ที่สมาชิกผ่านการคัดเลือกมาจากทุกภาคส่วน
- 3) การสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้อง และสาธารณะ รวมทั้งการมีเวทีรับฟังความคิดเห็น ทั้งนี้ เพื่อลดแรงต่อต้าน ขณะเดียวกันก็เป็นการเตรียมการเพื่อกำจัดจุดบกพร่องที่คาดว่าจะก่อให้เกิดปัญหาในอนาคตให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ก่อนการบังคับใช้รูปแบบนี้

- 4) การสร้างกลไกการติดตามประเมินผล เพื่อเปิดโอกาสให้เกิดการตรวจสอบและปรับปรุงประสิทธิภาพของคณะกรรมการ และ/หรือ กลไกการดำเนินงานเป็นระยะๆ

กล่าวโดยสรุป คือ สิ่งที่สำคัญมากยิ่งขึ้นกว่าการแสวงหารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ก็คือ ไม่ว่าเราจะเลือกใช้รูปแบบใดก็ตามในการดำเนินงานด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ยึดหลักฐานเชิงประจักษ์และผลประโยชน์ของชาติเป็นหลักในการพิจารณาเรื่องใดๆ ยอมรับและนำไปปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงธำรงรักษาระบบให้เกิดความยั่งยืน”

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญ

การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีจำนวนเพียงพอ มีการกระจายอย่างเป็นธรรม มีสัดส่วนที่เหมาะสม และมีการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในหลายปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนที่สอดคล้องกับเป้าหมายของ Post 2015 Sustainable Development Goals (SDGs)⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ การกระจายที่ไม่เหมาะสม รวมไปถึงจนถึงระบบการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอเหล่านี้ยังคงเป็นปัญหาที่หลายประเทศต้องเผชิญ และปัญหาเหล่านี้จะมีความรุนแรงมากกว่าในประเทศที่กำลังพัฒนาเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว⁽²⁾ และขณะเดียวกันโลกก็กำลังเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆในเรื่องของความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ อุบัติการณ์ของโรคที่เกี่ยวข้องกับความยากจนซึ่งยังดำรงอยู่ อุตการณ์โรคใหม่ ๆ (เช่น Ebola ไข้หวัดนก เป็นต้น) การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจต่างๆ เป็นต้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายเหล่านั้น ซึ่งการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่ดีจำเป็นต้องอาศัยการคาดการณ์ที่แม่นยำ จึงต้องพิจารณาทั้งความสามารถในการผลิตควบคู่ไปกับการความต้องการของผู้ใช้ เพื่อให้สามารถผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีจำนวนหรือปริมาณเพียงพอ และต้องมีคุณภาพและการกระจายที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว “ผู้ผลิต” หมายถึงสถาบันการศึกษา ที่มีหน้าที่ผลิตบัณฑิตหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเป็นที่ยอมรับของ “ผู้ใช้บัณฑิต” ซึ่งส่วนใหญ่คือหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพที่มีความต้องการบัณฑิตเหล่านั้นไปปฏิบัติงานในงานบริการด้านสุขภาพ ซึ่งต้องสามารถให้บริการที่มีคุณภาพและตรงตามความต้องการด้านสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนในพื้นที่ต่างๆ ดังนั้น การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้เพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนในระยะยาวให้กับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพของประเทศ^(2, 3) กล่าวกันว่า ความร่วมมือกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้นระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ไม่ว่าจะเป็นผู้ผลิต ผู้ใช้ หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ (เช่น สถาบันควบคุมคุณภาพการศึกษา สภาวิชาชีพต่างๆ เป็นต้น) เป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือ มีปริมาณ มีคุณภาพ และมีการกระจายที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของประเทศในระยะยาว³ นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ผลิตและผู้ใช้ภาคเอกชนก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ควรจะต้องนำมาพิจารณาด้วยในการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ระบบสุขภาพของประเทศและสังคมโดยรวม โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต^(2, 3)

“การอภิบาล (Governance)” หมายถึง กฎระเบียบในการจำแนกบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของของภาครัฐ ผู้ผลิต และผู้ใช้ ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรต่างๆ เหล่านี้ โดยระบบอภิบาลจะเอื้อให้เกิดพลังอำนาจในการบริหารจัดการ และการตัดสินใจในกลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งนี้ รวมถึงภาคประชาสังคม การเมือง ผู้กำหนดนโยบาย และการบริหารสาธารณะด้วย⁽⁴⁾ นอกจากนี้ โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (The United Nations Development Program; UNDP) ได้กล่าวไว้ว่า สถาบันหรือองค์กรที่มีระบบ “ธรรมาภิบาล (Good governance)” โดยทั่วไปแล้วควรจะประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมและมีฉันทามติในเรื่องนโยบายและกระบวนการต่างๆ 2) การมีวิสัยทัศน์กว้างไกลและระยะยาวในการพัฒนา 3) การมีกระบวนการที่ตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 4) ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีบทบาทและความรับผิดชอบร่วมกันทั้งต่อสาธารณะและต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ และ 5) มีความยุติธรรม และเคารพต่อกฎระเบียบและกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง⁽⁵⁾

สำหรับการศึกษาเรื่องธรรมาภิบาลที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพนั้นยังมีน้อย อย่างไรก็ตาม ในปี 2010 ได้มีการประชุมเรื่อง “Responsible governance for improved human resources for health: making the right choices” ที่จัดขึ้นโดย Royal Tropical Institute ในเมือง Amsterdam ซึ่งประกอบด้วยผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 181 คนจาก 31 ประเทศ โดยที่ประชุมได้อภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องธรรมาภิบาลในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งที่ประชุมดังกล่าวได้จำแนกธรรมาภิบาลที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพออกมา 5 ประเด็นสำคัญด้วยกัน ได้แก่ 1) การพัฒนาวิสัยทัศน์และนโยบายที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ 2) การช่วยเหลือให้เกิดประสิทธิภาพด้านกำลังคน 3) กลไกด้านกฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 4) การมีส่วนร่วมและการให้ความคิดเห็น และ 5) การพัฒนาความสมรรถนะโดยผ่านการศึกษาด้านสาธารณสุขระดับสูง⁽⁶⁾

ในประเทศไทยได้มีการกล่าวถึงเรื่องธรรมาภิบาลกันอย่างกว้างขวางในช่วง 10-20 ปีที่ผ่านมา โดยในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 – 2554 ทำให้มีการรณรงค์ปลูกจิตสำนึกในเรื่องธรรมาภิบาล ค่านิยมวัฒนธรรมประชาธิปไตย วัฒนธรรมสันติวิธีแก่ประชาชนทุกระดับ ทุกภาคส่วน และทุกสถาบัน/ หน่วยงาน/ องค์กร เปิดโอกาสให้ประชาชนในระบบสุขภาพจะต้องยึดหลักธรรมาภิบาลเพราะระบบสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับประชากร ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ส่งผลต่อคุณภาพของทุนมนุษย์ทำให้ผลิตภาพ (productivity) ในการผลิตของประเทศสูงขึ้นซึ่งสามารถชี้วัดโดยมูลค่าของรายได้ประชาชาติ ขณะเดียวกันทำให้สุขภาพของประชาชนโดยรวมดีขึ้นด้วยการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมตรวจสอบ ในกระบวนการบริหารจัดการประเทศ ซึ่งแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้เน้น

การพัฒนาาระบบสุขภาพอย่างครบวงจรและระบบธรรมาภิบาล⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีในประเทศไทยยังไม่มี การเน้นย้ำเรื่องธรรมาภิบาลที่เฉพาะเจาะจงกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทยมีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ทั้งกระทรวง สาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ รัฐและเอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ภาคประชาชน เป็นต้น ดังนั้น การประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ รวมถึงการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วนในกระบวนการวางแผน การผลิต การบริหารจัดการ และการควบคุมประเมินผล เพื่อให้ ระบบกำลังคนด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพของ ประเทศอย่างแท้จริงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีพบว่า ประเทศไทยเรายังขาดรูปแบบ ของการมีส่วนร่วมที่ชัดเจนและต่อเนื่องของทุกภาคส่วนในการวางแผนงานและการบริหารจัดการกำลังคนด้าน สุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น การขาดกลไกการประสานระหว่างสถาบันการผลิตและระบบสาธารณสุขนั้น อาจ ส่งผลต่อการผลิตที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อปัญหาการขาดแคลนในบาง วิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ในขณะที่บางวิชาชีพ เช่น ทันตแพทย์ มีแนวโน้มจะเต็มตำแหน่งที่ได้รับการ จัดสรรในภาครัฐ และเภสัชกรมีแนวโน้มจะเกินความต้องการเป็นต้น⁽⁸⁾ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ จะต้องค้นหาธรรมาภิบาล ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจริงจังของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ผลิต ผู้ใช้ และภาคส่วนต่างๆทั้งรัฐและเอกชน เพื่อนำไปสู่การวางแผนกำลังคนด้าน สุขภาพที่สนับสนุนความเข้มแข็งของระบบสุขภาพที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประเทศไทยทั้งในปัจจุบัน และในอนาคต

2. คำถามการวิจัย

ระบบธรรมาภิบาลในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้ และ ภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพของประเทศไทย ควรเป็นอย่างไร จึงจะสามารถตอบสนองต่อปัญหาหรือความท้าทายด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และนานาชาติได้

3. วัตถุประสงค์

3.1 วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อให้ได้รูปแบบของระบบธรรมาภิบาลในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ผลิต ผู้ใช้ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

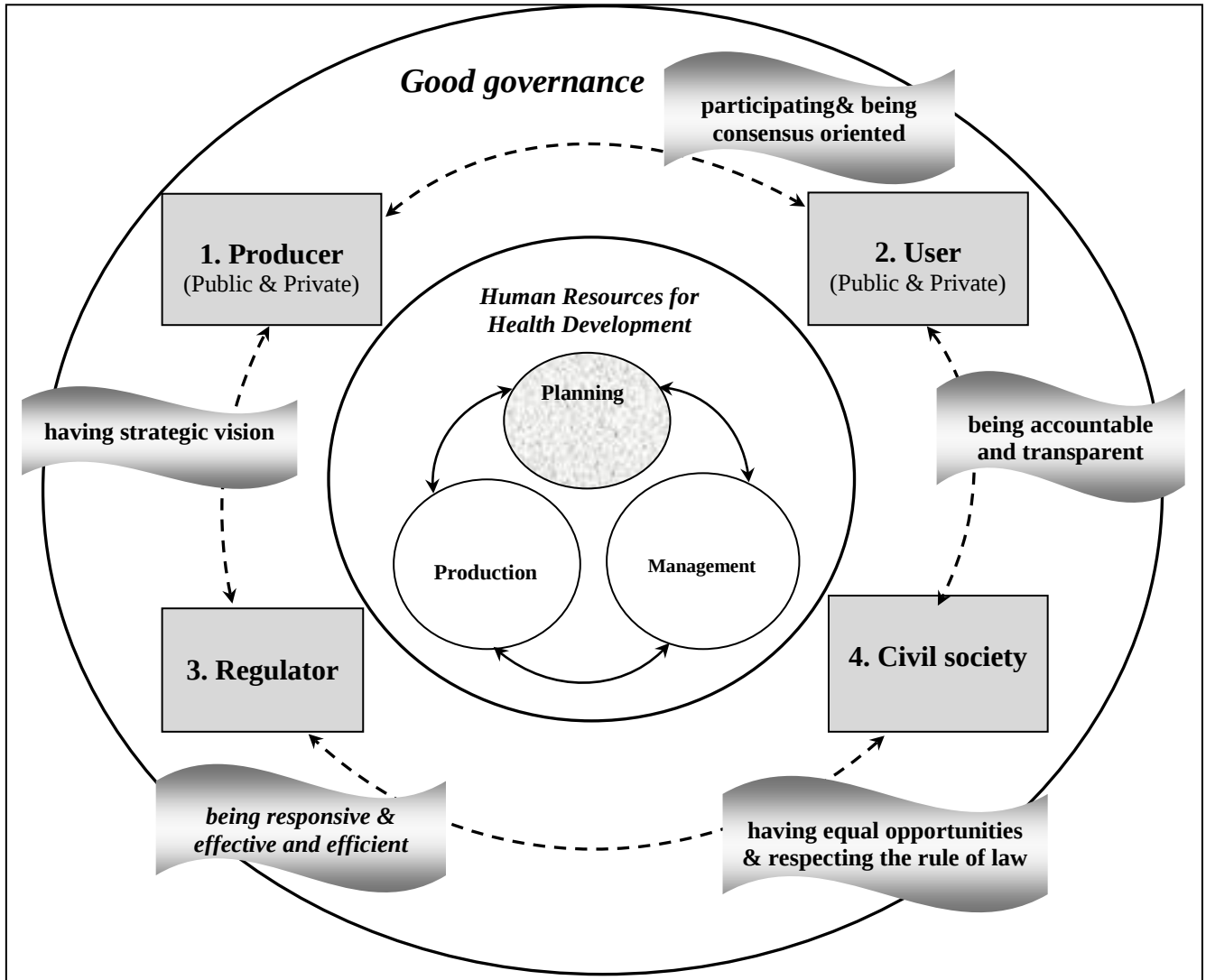
3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบธรรมาภิบาลในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ผลิต (ทั้งภาครัฐและเอกชน) ผู้ใช้ (ทั้งภาครัฐและเอกชน) สภาวิชาชีพต่างๆ และภาคประชาสังคม จากหลักฐานที่มีอยู่ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
- 2) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับรูปแบบของระบบธรรมาภิบาลในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ผลิต (ทั้งภาครัฐและเอกชน) ผู้ใช้ (ทั้งภาครัฐและเอกชน) สภาวิชาชีพต่างๆ และภาคประชาสังคม เพื่อสร้างความเข้มแข็งของกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย

4. กรอบการศึกษา

ศึกษารูปแบบของระบบธรรมาภิบาลในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพโดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างหมายเลข 1, 2, 3 และ 4 ตาม 5 องค์ประกอบหลัก ของคำนิยาม “ธรรมาภิบาล (Good governance)” ของ UNDP ดังแผนภูมิ 1 (หน้าถัดไป)

แผนภูมิ 1 กรอบการศึกษา



กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์

การตีความและอธิบายถึงบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ ผู้ผลิต ผู้ควบคุมกำกับ (หรือสภาวิชาชีพต่างๆ) และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวกับระบบธรรมาภิบาลในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพนั้น เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถนำแนวคิดธรรมาภิบาล (Good governance) มาอธิบายปรากฏการณ์ หรือวิธีการที่จะทำให้เกิดการกำกับดูแลองค์กรที่ดี ทั้งโครงสร้าง องค์กรประกอบ ความสัมพันธ์ และลักษณะขององค์กรที่พึงประสงค์ในเรื่องการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยการศึกษานี้จะยึดตาม 5 องค์ประกอบสำคัญของธรรมาภิบาลตามคำนิยามของ UNDP⁽⁹⁾ นั่นคือ

- (1) การมีส่วนร่วมและมีฉันทามติในเรื่องนโยบายและกระบวนการต่างๆ (Legitimacy and voice)
- (2) การมีวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่กว้างไกลและระยะยาวในการพัฒนา (Direction)
- (3) การมีกระบวนการที่ตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Performance)
- (4) ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีบทบาทและความรับผิดชอบร่วมกันทั้งต่อสาธารณะและต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ (Accountability)
- (5) มีความยุติธรรมต่อทุกฝ่าย และเคารพต่อกฎระเบียบและกฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้อง (Fairness)

5. วิธีการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

- 1.1) การทบทวนวรรณกรรม (Literature review) จากเอกสารหลักฐานต่างๆที่มีอยู่ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่แสดงถึงช่องว่างของปัญหาหรือบทเรียนที่สำคัญเกี่ยวกับระบบธรรมาภิบาลในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งรัฐ และเอกชน รวมถึงภาคประชาสังคม เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในขั้นตอนที่ 2 ต่อไป
- 1.2) คำที่ใช้สืบค้น คือ

ไทย: กำลังคนด้านสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข อภิบาล ธรรมาภิบาล การวางแผน

อังกฤษ: Human resources for health, health workforce, health worker, governance, good governance, planning
- 1.3) นอกเหนือจากบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลในและต่างประเทศแล้ว ได้มีการสืบค้นหา grey literature ตามที่ได้รับคำแนะนำจากนักวิจัยหรือผู้เชี่ยวชาญด้วย

หมายเหตุ แม้ว่าการศึกษานี้จะใช้ความหลากหลายในการได้มาของบทความที่เกี่ยวข้อง แต่ก็ไม่ได้ใช้วิธีการแบบ Systematic review แต่เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบ Comprehensive review ที่ไม่จำเป็นต้องกำหนด inclusion/exclusion criteria, บันทึกจำนวนบทความ และ/หรือทำการวิเคราะห์คุณภาพของบทความแต่ละชิ้นที่ใช้ประกอบในการศึกษาครั้งนี้¹

¹KEMH Medical Library. What is a Systematic Review and how does it differ from a Literature Review? Available from http://kemh.health.libguides.com/library/search_tips/faqs/what_is_systematic_review Accessed 6 June 2016.

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

- 2.1) การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะใช้ประกอบในการสร้างรูปแบบจำลองเบื้องต้นของระบบธรรมาภิบาลในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยคาดว่าจะสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยจาก 4 ส่วน ได้แก่ ผู้ผลิต ผู้ใช้ องค์กรวิชาชีพ และภาคประชาสังคมจำนวนประมาณ 15-20 คน
- 2.2) การประชุมหารือระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้ ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน รวมไปถึงจนถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญๆ ประมาณ 30 คน เพื่อพิจารณารูปแบบจำลองเบื้องต้นของระบบธรรมาภิบาล (ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์จากขั้นตอนก่อนหน้านี้) และร่วมกันแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบเฉพาะที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทของประเทศไทย เกี่ยวกับระบบธรรมาภิบาลในด้านการวางแผนกำลังคนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะยาวต่อไป
- 2.3) แม้ว่าการศึกษานี้มีเป้าหมายที่รูปแบบของระบบธรรมาภิบาล (system governance) อย่างไรก็ดี ทีมนักวิจัยได้ทำการศึกษาเพิ่มเติม โดยมีกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระดับองค์กร (organizational governance) อีกด้วย ซึ่งในการนี้ ทีมผู้วิจัยได้เลือกตัวอย่างของ ได้แก่ 1) การวางแผนจ่ายค่าตอบแทนกำลังคนด้านสุขภาพ (ตัวอย่างระดับพื้นที่ โรงพยาบาลพาน จ.เชียงราย) และ 2) การวางแผนโครงการผลิตแพทย์แพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (ตัวอย่างระดับประเทศ ส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุข) ด้วยเหตุผลที่ว่า **หนึ่ง** ทั้ง 2 โครงการมีความสำเร็จของโครงการในระดับที่น่าพอใจและเป็นที่ยอมรับ ที่แสดงให้เห็นถึงตัวอย่างหรือบทเรียนที่เป็นรูปธรรมชัดเจนของการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จภายใต้หลักธรรมาภิบาล (good governance) และ**สอง** เป็นตัวอย่างของการดำเนินการที่แตกต่างกัน 2 ระดับ คือ ระดับพื้นที่ และระดับประเทศ

6. ระยะเวลาดำเนินงาน 9 เดือน (พฤษภาคม 2558-มกราคม 2559)

7. งบประมาณ ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.)

8. ผู้รับผิดชอบโครงการ

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) โดยมี ดร.นาริรัตน์ ผุดผ่อง เป็นนักวิจัยหลัก และ นางสาวกานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์ เป็นผู้ประสานงานวิจัย

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

9.1 ผู้ผลิต ผู้ใช้ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งรัฐและเอกชน รับรู้และมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบของระบบธรรมาภิบาลในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

9.2 ผู้ผลิต ผู้ใช้ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งรัฐและเอกชน เข้าใจบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อระบบธรรมาภิบาล ซึ่งจะนำไปสู่การติดต่อประสานงาน การร่วมมือกัน และการมีความรับผิดชอบร่วมกันอย่างเข้มแข็งเพื่อการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะยาวต่อไป

บทที่ 2

ผลการทบทวนเรื่องธรรมาภิบาล และ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

ในบทนี้เป็นการนำเสนอผลที่ได้จากการสืบค้นวรรณกรรมที่ผ่านมาจากฐานข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศโดยใช้วิธีการที่ระบุไว้ในบทที่ 1 ซึ่งเป็นการสืบค้นแบบ comprehensive review ไม่ใช่ลักษณะของ systematic review เนื่องจากบทความที่เกี่ยวข้องกับธรรมาภิบาลและกำลังคนด้านสุขภาพนั้นมีน้อย โดยการศึกษา **ไม่พบว่า** มีบทความที่เป็นเรื่องของธรรมาภิบาลเกี่ยวกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ **โดยตรงเลย** ทั้งนี้ พบว่า มีวรรณกรรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับธรรมาภิบาลกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพโดยทั่วไป แต่ไม่ได้มีการระบุชัดเจนว่าเป็นเรื่องธรรมาภิบาลของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพแต่อย่างใด และในส่วนของวรรณกรรมในประเทศไทย ส่วนใหญ่ก็จะเป็นการกล่าวถึงธรรมาภิบาลกับระบบสุขภาพ ที่ไม่ได้จำเพาะเจาะจงว่าเป็นธรรมาภิบาลของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพเช่นกัน ดังนั้น การรวบรวมบทสรุปและเชื่อมโยงประเด็นของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ กับหลักธรรมาภิบาลในการศึกษานี้จึงทำได้ค่อนข้างยาก และในบทนี้จึงเป็นการนำเสนอบทเรียนที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพภายใต้หลังธรรมาภิบาล ที่คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อการการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

2.1 ธรรมาภิบาล (Good governance)

ในต่างประเทศ ได้มีการกล่าวถึง การธรรมาภิบาล (Governance) โดยการริเริ่มของธนาคารโลก (World Bank) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ คือ การมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการต่างๆ ของประเทศที่ทำให้เกิดผลลัพธ์อย่างที่ต้องการ (เช่น ประเทศมีรายได้เพิ่มมากขึ้น ประชาชนรู้หนังสือมากขึ้น อัตราการตายลดลง เป็นต้น) และที่สำคัญ คือ การพัฒนาต่างๆ เหล่านี้มีความยั่งยืน⁽¹⁰⁾ โดยธนาคารโลกให้ความสำคัญในเชิงเทคนิคของภาครัฐ เนื่องจากเห็นว่าภาครัฐมีอำนาจในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่⁽⁷⁾

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของการธรรมาภิบาลไว้ว่า การธรรมาภิบาล คือ “การสร้าง ความเชื่อมั่นว่าการดำเนินงาน มีกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์อยู่ และได้มีการผสมผสานกันระหว่างการควบคุมกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ การสร้างความร่วมมือกัน การจัดการให้มีสิ่งจูงใจและกฎระเบียบที่เหมาะสม ความใส่ใจในการออกแบบระบบ การดำเนินงาน และการแสดงถึงความรับผิดชอบ”⁽¹¹⁾

องค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา (the US Agency for International Development; USAID) กล่าวว่า การอภิบาล “เกี่ยวข้องกับความสามารถของรัฐบาลที่จะพัฒนาให้เกิดการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีความรับผิดชอบต่อสาธารณะ โดยกระบวนการดังกล่าวเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งมากกว่าทำให้เกิดความอ่อนแอต่อระบบประชาธิปไตยของรัฐบาล”⁽⁴⁾

ต่อมาคำว่า “การอภิบาล” นั้นได้รับการยอมรับกันโดยทั่วไปว่า หมายถึง การอภิบาลที่ดี (Good governance) หรือที่เรียกกันว่า “ธรรมาภิบาล” นั่นเอง ซึ่งโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (The United Nations Development Program; UNDP) ได้กล่าวไว้ว่าสถาบันหรือองค์กรที่มีระบบ “ธรรมาภิบาล (Good governance)” ควรจะประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมและมีฉันทามติในเรื่องนโยบายและกระบวนการต่างๆ 2) การมีวิสัยทัศน์กว้างไกลและระยะยาวในการพัฒนา 3) การมีกระบวนการที่ตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 4) ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีบทบาทและความรับผิดชอบร่วมกันทั้งต่อสาธารณะ และต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ และ 5) มีความยุติธรรม และเคารพต่อกฎระเบียบและกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง⁽⁵⁾

ในประเทศไทยได้มีการกล่าวถึงเรื่องธรรมาภิบาลกันอย่างกว้างขวางในช่วง 10-20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป้าหมายหลักของการมีธรรมาภิบาลคือ การสร้างเสถียรภาพให้กับบ้านเมือง เพื่อให้ประเทศชาติมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง โดยทำให้ประชาชนมีความสุข ความพึงพอใจ และได้รับความเป็นธรรมจากบริการที่ได้รับจากภาครัฐ โดยในปี พ.ศ. 2542 รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างระบบบริหารจัดการบ้านเมืองและสังคมที่ดี ซึ่งก็คือ หลักธรรมาภิบาล นั่นเอง ทั้งนี้ ได้มีการออกกระเปาะของสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารจัดการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. 2542⁽¹²⁾ ซึ่งมีเนื้อหาสาระที่กล่าวถึงหลักธรรมาภิบาล อยู่ 6 ประการ คือ

1. **หลักนิติธรรม** โดยการมีตรากฎหมายที่ถูกต้อง เป็นธรรม มีการบังคับใช้ให้เป็นไปตามกฎหมาย หรือ กฎ กติกาต่างๆ ที่ตกลงไว้อย่างเคร่งครัด โดยคำนึงถึงสิทธิ เสรีภาพ และความยุติธรรม
2. **หลักคุณธรรม** โดยการยึดมั่นในความถูกต้องดีงาม การส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนพัฒนาตนเองไปพร้อมกัน เพื่อให้คนไทยมีความซื่อสัตย์ จริงใจ ขยันอดทน มีระเบียบวินัย ประกอบอาชีพสุจริตจนเป็นนิสัยประจำชาติ
3. **หลักความโปร่งใส** เป็นการสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคนในชาติโดยปรับปรุงกลไกการทำงานขององค์กรทุกวงการให้มีความโปร่งใส

4. **หลักการมีส่วนร่วม** คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้และเสนอความเห็นในการตัดสินใจปัญหาสำคัญของประเทศ ทั้งการแจ้งความเห็นการไต่สวนสาธารณะ การประชาพิจารณ์ การแสดงประชามติ หรืออื่นๆ
5. **หลักความรับผิดชอบ** คือ การตระหนักในสิทธิหน้าที่ มีความสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม การใส่ใจปัญหาสาธารณะของบ้านเมือง และกระตือรือร้นในการแก้ปัญหา ตลอดจนการเคารพในความคิดเห็นที่แตกต่างและความกล้าที่จะยอมรับผลดีและผลเสียจากการกระทำของตน
6. **หลักความคุ้มค่า** คือ การบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ส่วนรวม โดยให้คนไทยมีความประหยัด ใช้ของอย่างคุ้มค่าสร้างสรรค์สินค้าและบริการที่มีคุณภาพสามารถแข่งขันได้ในเวทีโลก และรักษาพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติให้สมบูรณ์ยั่งยืน

นอกจากนี้ หลักธรรมาภิบาลยังได้ถูกระบุไว้ในในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติอีกด้วย โดยในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 – 2554 ได้ส่งเสริมให้มีการรณรงค์ปลูกจิตสำนึกในเรื่องธรรมาภิบาล ค่านิยมวัฒนธรรมประชาธิปไตย วัฒนธรรมสันติวิธีแก่ประชาชนทุกระดับทุกภาคส่วน และทุกสถาบัน/หน่วยงาน/องค์กร เปิดโอกาสให้ประชาชนในระบบสุขภาพจะต้องยึดหลักธรรมาภิบาล เพราะระบบสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับประชากร ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ส่งผลต่อคุณภาพของทุนมนุษย์ทำให้ผลิตภาพ(productivity) ในการผลิตของประเทศสูงขึ้น ซึ่งสามารถชี้วัดโดยมูลค่าของรายได้ประชาชาติ ขณะเดียวกันทำให้สุขภาพของประชาชนโดยรวมดีขึ้น ได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมตรวจสอบ ในกระบวนการบริหารจัดการประเทศ ซึ่งแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างครบวงจรและระบบธรรมาภิบาล⁽¹³⁾

อาจกล่าวได้ว่าในประเทศไทย องค์กรทุกองค์กรไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชนได้มีความพยายามนำเอาแนวคิดหรือหลักธรรมาภิบาลมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาองค์กรของตนเอง และในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพนั้น พบว่า เป้าหมายหลักที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพไทย คือ การมีธรรมาภิบาลในการจัดระบบสุขภาพให้สมดุล และยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงและมีสุขภาพที่ดี นั่นเอง โดยในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้ระบุพันธกิจของแผนการพัฒนาดังกล่าวไว้ว่า “พัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงโดยยึดหลักธรรมาภิบาล สร้างภูมิคุ้มกันต่อภัยคุกคาม และสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการใช้ภูมิปัญญาไทย”⁽¹⁴⁾

นอกจากนี้ ยังพบว่า ในการประยุกต์ใช้หลักธรรมาภิบาลในการจัดการองค์กรหรือการดำเนินการต่างๆ นั้น หลักธรรมาภิบาลอาจแตกแขนงหรือแยกย่อยลงไปอีก ซึ่งจะไม่ตายตัวเพียง 6 หลักการ ดังกล่าวข้างต้นเท่านั้น ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทที่เกี่ยวข้องและการพิจารณาของผู้ประยุกต์ใช้เองอีกด้วย ยกตัวอย่างเช่น โครงการทบทวนสถานการณ์ธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ โดย ผศ.ดร.มานวิภา อินทรทัต และ ดร.อาจุยุทธ เนติธนากุล ปี พ.ศ.2551 ในการศึกษาได้ใช้หลักธรรมาภิบาลถึง 10 ประการด้วยกัน ได้แก่ หลักนิติธรรม, หลักคุณธรรม, หลักความโปร่งใส, หลักความมีส่วนร่วม, หลักสำนึกรับผิดชอบ, หลักความคุ้มค่า, การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์, การพัฒนาองค์ความรู้, การบริหารจัดการ และเทคโนโลยีสารสนเทศ

ในส่วนของการพัฒนาระบบสุขภาพนั้น มีมิติสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการอภิบาลที่ควรนำเข้ามาพิจารณา โดย นายแพทย์วิรุฬ ลิ้มสวาท⁽¹⁵⁾ ได้ทำการศึกษากรอบแนวคิดและพัฒนาการของการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย ภายหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ 2550 และได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาเอาไว้ว่า การพัฒนาระบบสุขภาพควรให้ความสำคัญกับ 3 มิติของการอภิบาล ได้แก่ มิติของการพัฒนาเครือข่ายการอภิบาล, การพัฒนาธรรมาภิบาลในแต่ละองค์กร และการพัฒนากระบวนการและกลไกในการอภิบาลโดยอาศัยการตรึงตรองสะท้อนคิด ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ การอภิบาลระบบสุขภาพที่ดีนั้นน่าจะต้องมีความร่วมสมัยด้วย โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ⁽¹⁶⁾ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า “ระบบสุขภาพ” เป็นระบบย่อยของประเทศที่จำเป็นจะต้องมีการอภิบาลที่ดีและมีความร่วมสมัย กล่าวคือ เป็นระบบที่ไม่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนและสังคมโดยรวม โดยแบ่งแนวคิดของการอภิบาลไว้ 3 ลักษณะ คือ 1) การอภิบาลโดยรัฐ (governance by government) ที่มีการใช้อำนาจสั่งการจากผู้บังคับบัญชา มีระบบและโครงสร้างชัดเจน แต่มีข้อด้อยคือ จะมีความไว้วางใจหรือเห็นคุณค่ากันและกันน้อย 2) การอภิบาลโดยตลาด (governance by market) ที่มีการใช้กลไกการจัดการตลาดหรือแบบธุรกิจมาทดแทนกลไกภาครัฐบางส่วน ทำให้เกิดความมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีความยืดหยุ่นมากกว่า แต่ขณะเดียวกันก็เกิดความไม่แน่นอนได้มากเนื่องจากเกี่ยวข้องกับความผันผวนทางการตลาด และ 3) การอภิบาลแบบเครือข่าย (governance by network) ที่มีการทำงานเป็นเครือข่าย มีความเป็นเจ้าของร่วม มีความเคารพและไว้วางใจกัน ซึ่งทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า “ฉันทามติ” นั่นเอง

จากแนวคิดต่างๆ ข้างต้น จะเห็นได้ว่า “ธรรมาภิบาล” เป็นหลักการที่ได้รับการยอมรับกันในวงกว้างว่าจะนำไปสู่การพัฒนาประเทศในหลายๆ ด้าน ซึ่งในประเทศไทยเองก็ได้มีความพยายามในการนำหลักธรรมาภิบาลมาประยุกต์ใช้เพื่อการปรับปรุงระบบสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศและในระดับองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแนวคิดในการพัฒนาระบบสุขภาพนี้ วางอยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและก่อประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและสังคมโดยรวม

2.2 การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (Human resources for health planning)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ให้คำนิยามของ กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce or Human resources for health) เอาไว้ว่า กำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง คนทุกคนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการกระทำที่มีวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Human resources for health (HRH) or Health workforce is defined as all people engaged in actions whose primary intent is to enhance health)⁽²⁾ ซึ่งกำลังคนด้านสุขภาพนั้น ถือเป็นหนึ่งใน 6 เสาหลักที่สำคัญในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพหรือสาธารณสุข⁽¹¹⁾



Source: Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. 2007.

คล้ายคลึงกับ WHO ในระบบสุขภาพของประเทศไทย “กำลังคนด้านสุขภาพ” หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนที่มีบทบาทในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก อาสาสมัครด้านสุขภาพต่างๆ แกนนำและเครือข่าย

สุขภาพ ตลอดจน บุคคลต่างๆ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ⁽¹⁷⁾ กล่าวได้ว่า บุคลากรด้านสุขภาพ หมายถึง บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ทั้งที่ทำงานภาครัฐและภาคเอกชน เต็มเวลาหรือทำงานกึ่งเวลา ทำงานเดียวหรือควบหลายงาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้างก็ตาม นอกจากนี้ ยังรวมกลุ่มบุคลากรที่ทำงานด้านการศึกษาในวิชาชีพสุขภาพ งานวิจัยและงานด้านสร้างเสริมสุขภาพด้วย นั้นย่อมหมายความว่า ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งจะต้องมีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอทั้งปริมาณ สัดส่วน (ของแต่ละสาขาวิชาชีพ) การกระจายอย่างเป็นธรรม มีคุณลักษณะที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ภายใต้สภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่มีอยู่ของประเทศนั้นๆ ดังนั้น การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ได้แก่ การวางแผน การผลิต และการจัดการอย่างเหมาะสม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพ

สำหรับ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (HRH Planning) หมายถึง การวางแผนให้สอดคล้องกับการคาดการณ์ หรือการประเมินผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงของประชากร ที่มีต่อจำนวนและความต้องการด้านกำลังคนต่อการจัดบริการสุขภาพ โดยการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพจะคำนึงถึงการมีจำนวนและประเภทของกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ และมีคุณภาพหรือความสามารถในการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและเหมาะสมกับเวลานั้นๆด้วย⁽¹⁸⁾

ดังนั้น การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (effective HRH planning) จึงหมายถึง การคาดการณ์อนาคตได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ในเรื่องปัญหาการขาดสมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทานของกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งจะมีผลต่อการบริการสุขภาพ หรือ การประเมินอย่างเป็นระบบถึงความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ และปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการเหล่านั้น⁽²⁾ ด้วยเหตุนี้ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญและเป็นความท้าทายอย่างมาก เนื่องจากต้องอาศัยข้อมูลความต้องการจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน มาประกอบในการวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การคาดการณ์อย่างแม่นยำที่จะตอบสนองความต้องการทั้งในปัจจุบันและอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง และจริงจังและต่อเนื่องจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง

2.3 ผลการทบทวนธรรมาภิบาลกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

2.3.1 ผลการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ

สำหรับการศึกษาเรื่องธรรมาภิบาลที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพนั้นยังมีน้อย อย่างไรก็ตาม เมื่อกล่าวถึงธรรมาภิบาลของเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพโดยทั่วไป ควรประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ (1) ความสามารถในการปฏิบัติงาน (2) ความเป็นธรรมและความเท่าเทียม (3) การเป็นหุ้นส่วนและการร่วมมือกัน และ (4) การกำกับดูแล ซึ่งต้องอาศัยผู้นำที่เข้มแข็ง ประกอบกับความตั้งใจและพันธสัญญาทางการเมือง เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความรู้ความเข้าใจในประเด็นปัญหาต่างๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ⁽¹⁹⁾

2.3.1.1 แนวคิดของการใช้ธรรมาภิบาลเพื่อถ่วงดุลระหว่างการวางแผนและการปฏิบัติ

ในปี 2010 ได้มีการประชุมเรื่อง “Responsible governance for improved human resources for health: making the right choices” ที่จัดขึ้นโดย Royal Tropical Institute ในเมือง Amsterdam โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพิจารณาถึงประโยชน์ของระบบอภีบาลที่ช่วยปรับปรุงการนำนโยบายด้านกำลังคนด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก การประชุมดังกล่าวมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 181 คนจาก 31 ประเทศ โดยที่ประชุมได้อภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องธรรมาภิบาลในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ และเห็นร่วมกันว่าทั้งในระดับนานาชาติและระดับชาติ การมีผู้นำที่เข้มแข็ง ร่วมกับเป้าหมายและพันธสัญญาทางการเมือง จะช่วยเร่งให้เกิดความพยายามและก่อให้เกิดความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจประเด็นปัญหาสำคัญของส่วนรวม และสร้างความเข้มแข็งในการไปสู่การเปลี่ยนแปลงและการดำเนินงานต่างๆ และถึงแม้ว่าจะมีการวางแผนกำลังคนในหลายๆ ประเทศ แต่ดูเหมือนว่าการดำเนินงานตามแผนงานไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร ซึ่งปัญหานี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข เพื่อเป็นการลดช่องว่างระหว่างการพัฒนา นโยบายกับการดำเนินงานตามนโยบาย (หรือระหว่างการวางแผน และการปฏิบัติ) โดยที่ประชุมดังกล่าวได้จำแนกธรรมาภิบาลที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพออกมา 5 ประเด็นสำคัญด้วยกัน ได้แก่ 1)การพัฒนาวิสัยทัศน์และนโยบายที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ 2)การช่วยเหลือให้เกิดประสิทธิภาพด้านกำลังคน 3)กลไกด้านกฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 4)การมีส่วนร่วมและการให้ความคิดเห็น และ 5)การพัฒนาสมรรถนะโดยผ่านการศึกษา ด้านสาธารณสุขระดับสูง⁽⁶⁾

2.3.1.2 ประเด็นปัญหาสำคัญเกี่ยวกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

(ก) เรื่องกำลังคนด้านสุขภาพไม่ได้รับการให้ความสำคัญในระดับต้นๆ จากภาครัฐ

กล่าวกันว่า รัฐบาลในหลายประเทศส่วนใหญ่ไม่ได้กำหนดให้เรื่อง “กำลังคนด้านสุขภาพ” เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอันดับต้นๆ หรือกล่าวในอีกในหนึ่งคือ การวางแผนและกำหนดกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ มีความยุ่งยากซับซ้อนโดยธรรมชาติของตัวมันเอง เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นทางการเมือง และเรื่องอื่นๆ อีกหลายเรื่อง ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องอาศัยการลงทุนที่ค่อนข้างสูงในการจัดทำระบบฐานข้อมูล ที่อาจไม่สามารถรับประกันได้ว่าจะได้ประโยชน์หรือผลลัพธ์ตามความคาดหวัง⁽²⁰⁾ และสืบเนื่องจากการไม่ได้รับการลงทุนหรือสนับสนุนจากรัฐบาลในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ ดังกล่าว ทำให้เกิดความคิดริเริ่มโดยกลุ่มนักวิจัยที่ไม่ได้อยู่ในภาครัฐ ของกลุ่มประเทศลาตินอเมริกาและคาริบเบียน (a regional non-governmental initiative) ได้ร่วมกันพัฒนาและคัดเลือกการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการติดตามประเมินผล และให้ข้อเสนอแนะต่อผู้มีอำนาจการตัดสินใจในประเด็นสำคัญต่างๆ ทั้งในระดับประเทศ และระดับภูมิภาค

(ข) เรื่องระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง และครบถ้วนเพื่อใช้ในการวางแผน

ประเด็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในหลายๆ ประเทศ คือ การขาดระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ และข้อมูลจำเป็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการใช้คาดการณ์ หรือวางแผนจัดสรรกำลังคนให้เหมาะสมกับความต้องการในอนาคต การวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพนั้นย่อมขึ้นอยู่กับคุณภาพของข้อมูลและสถิติที่นำมาใช้ประกอบการพิจารณา⁽²¹⁾ โดยทั่วไปแล้วการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพเป็นการประเมินสถานการณ์กำลังคนที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน แล้วพยายามพิจารณาแนวโน้มหรือความเป็นไปได้ในอนาคตมาประกอบ เพื่อให้สามารถวางแผนการผลิตหรือจัดสรรกำลังคนให้เหมาะสมกับความต้องการทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ ดังนั้น หากได้ข้อมูลหรือหลักฐานที่ถูกต้องแม่นยำ ย่อมมีความเป็นไปได้สูงที่การคาดการณ์จะถูกต้องหรือใกล้เคียงกับสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตมากที่สุด การพัฒนาระบบข้อมูลที่ต้องทันทั่วถึง เพื่อการใช้ในการวางแผนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งการพัฒนาระบบฐานข้อมูล และการประเมินผลควรเป็นกระบวนการความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ได้แก่

ผู้จัดบริการสุขภาพ หน่วยงานท้องถิ่นและภาครัฐ รวมไปถึงภาคเอกชนอื่นๆ ที่ไม่แสวงหาผลกำไรทั้งในและต่างประเทศ⁽²¹⁾

กล่าวกันว่าไม่เฉพาะแต่การขาดข้อมูลสำคัญๆ เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพในหลายๆ ประเทศนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะแต่ในระดับประเทศเท่านั้น แต่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ในระดับท้องถิ่น ซึ่งทำให้มีความยากลำบากในการนำข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นมาใช้ เพื่อให้รัฐบาลสามารถจัดสรรทรัพยากรบุคคลให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะในแต่ละพื้นที่⁽²²⁾

2.3.1.3 กลไกที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล

จากการทบทวนพบว่า ตัวอย่างที่ชัดเจนของกลไกในการใช้ธรรมาภิบาล กับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในระดับประเทศยังไม่มีให้เห็นอย่างชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า มีตัวอย่างของการทำงานเฉพาะประเด็นในบางประเทศ ที่กล่าวถึงความสำคัญของการใช้หลักธรรมาภิบาลในการวางแผนงานหรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งบางส่วนมีความเกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

(ก) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างนโยบาย (Evidence-based policy formulation)

ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับวางแผนและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของสถานบริการในพื้นที่ และสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในพื้นที่หรือท้องถิ่น ณ ช่วงเวลานั้น ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศลาวได้จัดให้มีการใช้ความช่วยเหลือกันระหว่างหน่วยงาน (aid effectiveness efforts) ซึ่งอาศัยการปรับปรุงระบบการอภิบาลกำลังคนด้านสุขภาพเป็นจุดเริ่มต้นในการเปลี่ยนแปลงการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ กฎระเบียบ รวมไปถึงการจัดสรรงบประมาณต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ เริ่มต้นด้วยการแลกเปลี่ยนหรือใช้ข้อมูลร่วมกันในการวิเคราะห์กรอบอัตรากำลัง (staffing quota system) ซึ่งความพยายามนี้ส่งผลให้มีการวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพร่วมกันระหว่างหน่วยงาน และผลักดันให้รัฐบาลมีการปรับปรุงระบบฐานข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้ประกอบในการวางแผนด้วย⁽²³⁾

(ข) การมีวิสัยทัศน์และผู้นำในการดำเนินงาน (Leadership and vision)

การมีวิสัยทัศน์ของผู้นำ และมีทิศทางยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การดำเนินงานพัฒนาหรือปรับปรุงบริการต่างๆ ในท้องถิ่นประสบความสำเร็จ ยกตัวอย่างเช่น โครงการวางแผนจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อต่อสู้กับปัญหาด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มประเทศแอฟริกาใต้ เช่น ในประเทศ Botswana พบว่า พันธสัญญาของประธานาธิบดีที่จะต่อสู้และแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้กระตุ้นให้เกิดกลไกความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน (public-private partnership mechanisms) ที่เข้มแข็งเป็นอย่างดี ซึ่งส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่มีโอกาสเข้าถึงบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น⁽²⁴⁾

(ค) ความร่วมมือกันและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย และการวางแผน (Partnerships and participation)

ความเป็นหุ้นส่วนหรือการมีส่วนร่วมในการทำงานนั้นมีความสำคัญอย่างมาก เพราะจะช่วยก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมในการกำหนดนโยบายหรือวางแผนงานต่างๆ เช่น การร่วมมือกันระหว่างสถาบันการผลิตรายการและเอกชน ระหว่างรัฐบาลกับองค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังรวมไปถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ อีก เช่น กลุ่มวิชาชีพต่างๆ ซึ่งการร่วมมือกันตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการวางแผนหรือการพัฒนานโยบายมีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากจะช่วยลดการต่อต้านจากกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ได้ เมื่อนโยบายนั้นๆ ถูกนำไปดำเนินการ ยกตัวอย่าง เช่น ในการกำหนดนโยบายและการวางแผน เช่น donor Vs. government และ public Vs. Private ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมและลดการต่อต้าน ทั้งนี้ ทุกฝ่ายควรมีส่วนร่วมกับการวางแผนงานต่างๆ ตั้งแต่เริ่มต้น⁽²⁵⁾

ยกตัวอย่าง เช่น การประสานความร่วมมือระหว่างรัฐและผู้ให้ทุน (donor) ในประเทศมาลาวี พบว่า ผลจากการที่รัฐบาลได้รับคำแนะนำสัญญาจากผู้นำการให้ทุน 2 แหล่ง คือ Department for International Development (DFID) ของอังกฤษ and United States Agency for International Development (USAID) ของสหรัฐอเมริกา ทำให้เขาสามารถโน้มน้าวให้แหล่งให้ทุนอื่นๆ เพิ่มเงินค่าตอบแทนแก่ผู้ปฏิบัติงานได้⁽²⁶⁾

อีกตัวอย่างหนึ่ง เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างรัฐกับเอกชนในประเทศ
ทานซาเนีย โดยพบว่า การเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์ที่เกษียณแล้วในเขตชนบท
สามารถรับทำคลอดได้นั้น มีส่วนสำคัญในการช่วยให้ประเทศก้าวไปสู่ความเป้าหมายของ
การเพิ่มอัตราการทำคลอด โดยกำลังคนที่ได้รับการฝึกฝนแล้ว (skilled birth attendance)
ได้⁽²⁷⁾

(ง) การวางแผนและขับเคลื่อนนโยบายโดยการมีความรับผิดชอบร่วม (a key collective responsibility)

ในประเทศอังกฤษ มีคณะกรรมการพัฒนาการศึกษาของกำลังคนด้านสุขภาพที่
เรียกว่า Health Education England (HEE) ได้เสนอแนะแนวทางการวางแผนกำลังคน
ด้านสุขภาพเพื่อให้การสนับสนุนระบบสุขภาพของประเทศ⁽²⁸⁾ ทั้งนี้ ได้ระบุไว้ในรายงาน
ดังกล่าวว่า การวางแผนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ต้องมีระบบอภิปาลที่ชัดเจนเป็น
รูปธรรม ซึ่งเกิดจากการมีความรับผิดชอบร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ตั้งแต่
ระดับชาติไปจนถึงระดับพื้นที่ เริ่มตั้งแต่เรื่องงบประมาณหรือการลงทุนทางการศึกษา
และพัฒนากำลังคน มีกระบวนการทำงานที่บูรณาการร่วมกัน(integration) ภายใต้หลักฐาน
เชิงประจักษ์(evidence based) มีการพิจารณาตรวจสอบสิ่งที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน
(triangulation) เพื่อให้การดำเนินงานมีความเข้มแข็ง (robust) และตอบสนองความท้าทาย
(challenge) ต่างๆ อย่างเหมาะสม

2.3.2 ผลการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย

2.3.2.1 ธรรมชาติในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

ที่ผ่านมาในประเทศไทย ยังไม่เคยมีการพูดถึงธรรมชาติในการวางแผนกำลังคนด้าน
สุขภาพเป็นการเฉพาะ ส่วนใหญ่จะเป็นการพูดถึงธรรมชาติในระบบสุขภาพ (หรือการอภิปาล
ระบบสุขภาพ) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากหลักการของธรรมชาติแล้ว อาจกล่าวได้ว่า
การดำเนินกิจการงานใดๆ ก็ตาม ควรใช้หลักธรรมชาติมาเป็นกรอบหรือแนวทางในการดำเนินงาน
ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานนั้นๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล สร้างความพึงพอใจและ
เป็นธรรมต่อสาธารณะ โดยจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและเสถียรภาพของสังคม
โดยรวม^(7, 15, 16)

2.3.2.2 ประเด็นปัญหาของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย

ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2520 ไม่มีการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่ชัดเจนในประเทศไทย แต่มีการกำหนดความต้องการกำลังคนตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก โดยทำในบุคลากรสุขภาพ 14 สาขา หลังจากนั้นประเทศไทยมีความพยายามวางแผนกำลังคนอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานต่างๆ เช่น การวางแผนโดยสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2515 ที่วางสัดส่วนแพทย์ที่เหมาะสมต่อประชากรไว้ที่ 1: 5,000 และในการวางแผนได้สรุปให้เพิ่มจำนวนการผลิตแพทย์ของประเทศ หรือการวางแผนแม่บทบุคลากรด้านสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2546 โดยกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้สัดส่วนบุคลากรต่อประชากร และได้เสนอให้มีการผลิตแพทย์และพยาบาลเพิ่ม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทางวิชาการ เรื่องการคาดการณ์ความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพในสาขาวิชาชีพต่างๆ ในอนาคต เช่น การคาดการณ์ความต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ หรือเภสัชกร^(29, 30) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม พบว่าปัญหาของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่ามีข้อจำกัดในหลายๆ ด้าน² โดยตารางที่ 2.1 เป็นการแสดงผลการเปรียบเทียบประเด็นปัญหาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่ผ่านมาของประเทศไทย กับหลักธรรมาภิบาลของ UNDP

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบประเด็นปัญหาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยกับหลักธรรมาภิบาลของ UNDP

หลักธรรมาภิบาล	ประเด็นปัญหาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย
1) การมีส่วนร่วมและมีฉันทามติ (Legitimacy and voice)	การมีข้อจำกัดของการร่วมมือกันในการวางแผนการผลิตหรือการจัดการกำลังคนระหว่างภาคส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ผลิต ผู้ใช้ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ต่างฝ่ายต่างทำ (หน้า 2)
2) การมีวิสัยทัศน์กว้างไกลและระยะยาว (Direction)	ผู้เกี่ยวข้องในการวางแผนมองภาพอนาคตของระบบสุขภาพและการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน (หน้า 2)
3) การมีกระบวนการที่ตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Performance)	- การมีข้อจำกัดในการบูรณาการการใช้บุคลากรระหว่างวิชาชีพ (Skill mix/cadre mix) เข้ามาประกอบในการวางแผนหรือคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งบางครั้งทำให้จำนวนบุคลากรที่คาดประมาณบางครั้งสูงเกินความต้องการที่แท้จริง (หน้า 2)

²ข้อเสนอ “ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์และปัจจัยที่กระทบต่อความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย” (เพื่อการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า). โดย คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ เสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนกำลังคนแห่งชาติ ณ ห้องประชุมสานใจ 1/2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 14 ตุลาคม 2558.

หลักธรรมาภิบาล	ประเด็นปัญหาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย
	- การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพยังมุ่งเน้นเรื่องจำนวนบุคลากรที่ต้องการ โดยมีได้ลงรายละเอียดถึงคุณลักษณะและความสามารถ (Characteristic and competency) ที่พึงประสงค์ในแต่ละวิชาชีพเพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการผลิตบุคลากรดังกล่าวให้สอดคล้องกับบริบทความต้องการของประเทศอย่างแท้จริง (หน้า 2)
4) ความรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ (Accountability)	ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์
5) มีความยุติธรรม และเคารพต่อกฎระเบียบ (Fairness)	ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์

2.3.2.3 การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพโดยใช้กลไกคณะกรรมการระดับชาติ

ถึงแม้ว่าที่ผ่านมา ประเทศไทยจะมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ” โดยใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 25(8) เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในการขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งกำกับติดตาม ประเมินผลสำเร็จตามแผนฯ (คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ 5/2552, 2552) โดยคณะกรรมการชุดนี้มี นายแพทย์มงคล ณ สงขลา เป็นประธาน แต่อย่างไรก็ตามผลจากการประเมินครึ่งแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ พบว่า มีช่องว่างของการขับเคลื่อนงาน (implementation gap) ให้เป็นไปตามบทบาทหรือการวางแผนของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการให้คำปรึกษาคณะรัฐมนตรี การติดตามความสำเร็จของแผน ซึ่งสาเหตุสำคัญคือ กลไกการขับเคลื่อนที่มีหลายๆ หน่วยงานเข้ามามีส่วนร่วมนั้นยังไม่มี ความชัดเจน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากแต่ละหน่วยงานต่างมีวัฒนธรรมการทำงาน และความเข้าใจในเจตนารมณ์ของแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างคณะกรรมการชุดดังกล่าวกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (Major stakeholder) รวมถึงเรื่องการไม่ยอมรับการเกิดขึ้นของกลไกการทำงานจากคณะกรรมการชุดนี้ ซึ่งทำให้ความมุ่งมั่น (commitment) ที่จะเข้ามาร่วมกันทำงานอย่างจริงจัง เพื่อให้มีพลังในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ตามเจตนารมณ์ของแผนกำลังคนด้านสุขภาพยังไม่ได้ผลมากนัก⁽³¹⁾ การเปรียบเทียบผลการประเมินการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ โดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติจากรายงานดังกล่าว กับหลักธรรมาภิบาลของ UNDP ดังแสดงในตาราง 2.2

ตารางที่ 2.2 การเปรียบเทียบผลการประเมินการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ กับหลักธรรมาภิบาลของ UNDP

หลักธรรมาภิบาล	ผลการประเมินการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ โดย คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
1) การมีส่วนร่วมและมีฉันทามติ (Legitimacy and voice)	องค์ประกอบของผู้เข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติมีความครอบคลุมและพอเพียงต่อการบรรลุเป้าหมาย (หน้า 32)
2) การมีวิสัยทัศน์กว้างไกลและระยะยาว (Direction)	วิสัยทัศน์ในการพัฒนาอาจไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างแท้จริง โดยพบว่า แม้คณะกรรมการฯ จะรับรู้บทบาทของการเป็นคณะกรรมการฯ แต่ยังมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์และเป้าหมายไม่ตรงกันเท่าใดนัก ตลอดจนความรับผิดชอบที่มีต่อแผนฯ (หน้า 40)
3) การมีกระบวนการที่ตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน ที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Performance)	- การดำเนินงานของคณะกรรมการในส่วนกลางอาจมีผลสู่การปฏิบัติได้เพียงบางเรื่อง (หน้า 52) - ผลจากการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้นอาจเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการขับเคลื่อนแผนฯ เท่านั้น ยังคงมีข้อควรพิจารณาหลายประการเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ฯ (หน้า 54) - มีช่องว่างของการเชื่อมต่อระหว่างกลไกระดับชาติกับกลไกระดับพื้นที่ (หน้า 38)
4) ความรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ (Accountability)	สมาชิกคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ส่วนหนึ่งมุ่งปกป้ององค์กร บางส่วนเข้าใจว่าภารกิจด้านนี้เป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนหนึ่ง มุ่งการตอบโจทย์ตามความสนใจเฉพาะที่เป็นภารกิจและประโยชน์ขององค์กร ส่วนหนึ่งเข้าใจว่ามีหน้าที่ อภิปรายและให้ความเห็นในเรื่องที่ฝ่ายเลขานุการนำเสนอในที่ประชุม ฯลฯ (หน้า 40)
5) มีความยุติธรรม และเคารพต่อกฎระเบียบ (Fairness)	คณะกรรมการมีความพยายามในการกระจายความเป็นธรรม ในการเข้าถึงกำลังคนด้านสุขภาพของประชาชนในทุกพื้นที่ แต่พบว่ายังแก้ไขปัญหได้เพียงบางพื้นที่เท่านั้น (หน้า 52)

อย่างไรก็ตาม ทิศทางหรือแนวโน้มของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย น่าจะเป็นไปในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากในขณะนี้ ได้มีคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านการศึกษา คือ คณะกรรมการปฏิรูปการศึกษาสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อศตวรรษที่ 21 โดยมี ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิชเป็นประธาน ดังนั้น การวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพภายใต้ความร่วมมือของคณะกรรมการแห่งชาติทั้ง 2 คณะนี้ น่าจะทำให้การวางแผนการผลิต การใช้ รวมไปถึงการบริหารจัดการเพื่อให้ได้กำลังคนด้านสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ทั้งจำนวน การกระจาย สมรรถนะ และประสิทธิภาพการทำงานที่ตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ ของประชาชนอย่างแท้จริงมากยิ่งขึ้น

2.3.3 ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

ในส่วนนี้จะนำเสนอผลการทบทวนบทบาทของภาคส่วนหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มี ส่วนได้ส่วนเสีย หรือเกี่ยวข้องกับเรื่องการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ โดยแบ่ง ออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ใช้ (2) ผู้ผลิต (3) สมาวิชาชีพต่างๆ ซึ่งเป็นผู้ควบคุมดูแลผู้ประกอบการ วิชาชีพ และ (4) ภาคประชาสังคม ซึ่งมีโอกาสได้รับผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบจากการปฏิบัติงานของผู้ ประกอบวิชาชีพ

2.3.3.1. ผู้ใช้ (User)

ผู้ใช้ หมายถึง ผู้ที่ต้องการใช้กำลังคนด้านสุขภาพไปปฏิบัติงานเพื่อรองรับระบบหรือบริการ สุขภาพที่จัดเตรียมไว้ให้เหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ดังนั้น “ผู้ใช้” โดยทั่วไป ก็คือ หน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ที่มีหน้าที่ในการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งจะต้องมีความเชื่อมโยงสอดประสานกับกิจกรรมด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู หรือกิจกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพ อื่นๆ ในลักษณะองค์รวม ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพต่างๆ ได้อย่างสะดวก และทั่วถึง โดยหน่วยบริการสุขภาพก็จะมีตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ รวมไปถึง หน่วยบริการที่เชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น excellence center สำหรับการตรวจวินิจฉัยและรักษา โรคมะเร็ง หน่วยบริการทันตกรรม หรือหน่วยบริการเฉพาะด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นต้น โดย สถานบริการต่างๆ เหล่านี้จะให้บริการสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปตามระดับความสามารถและ เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีอยู่ของสถานบริการ โดยจะมีระบบการให้คำแนะนำปรึกษาและระบบส่ง ต่อระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามความ จำเป็นและมีความปลอดภัยโดยบุคลากรที่มีคุณภาพ^(32, 33)

สำหรับประเทศไทยผู้ใช้งานด้านสุขภาพรายใหญ่ที่สุดก็คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ ที่รับผิดชอบในการจัดบริการสุขภาพหรือบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ของประเทศ นอกจากนี้ ก็จะเป็นผู้ใช้ที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพของหน่วยงานอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิก หน่วยบริการสุขภาพของเทศบาล หรือขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

2.3.3. 2. ผู้ผลิต (Producer)

ในแง่ของการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ผู้ผลิต (Producer) ย่อมหมายถึง สถาบันการศึกษา นั่นเอง อาจกล่าวได้ว่า สถาบันการศึกษา เป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างยิ่งที่ควรจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ เนื่องจากสถาบันการศึกษาจะทำหน้าที่รับผิดชอบการผลิตบัณฑิตหรือกำลังคนด้านสุขภาพให้มีทั้งจำนวนและคุณภาพที่เหมาะสม ที่จะสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽³⁴⁻³⁶⁾ ดังนั้น จะต้องมีการจัดเตรียมหลักสูตรการเรียนการสอนที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ และจะต้องมีการปฏิรูปหลักสูตรการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับสถานการณ์แวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และ/หรือ ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละยุคแต่ละสมัย ยกตัวอย่างเช่น มหาวิทยาลัย Muhimbili ในประเทศแทนซาเนียและมหาวิทยาลัยหลายๆ แห่งในประเทศจีน ได้ทำการปฏิรูปหลักสูตรการเรียนการสอนในสาขาวิชาด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้บัณฑิตที่พร้อมทำงานให้ชุมชนซึ่งสามารถบรรลุความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน โดยเริ่มที่การปรับเปลี่ยนหลักสูตรระดับปริญญาตรี จากการสอนแบบอิงความรู้ (knowledge-based education) มาเป็นการสอนแบบอิงสมรรถนะ (competency-based education) โดยสมรรถนะของบัณฑิตที่จบการศึกษาจะเป็นตัวตั้งในการกำหนดขอบเขต (domain) ในการปฏิรูปปรับปรุงหลักสูตร ทั้งด้านความรู้ ทักษะ ทักษะคิด และความเป็นมืออาชีพ เช่น ขอบเขตด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ในการกระตุ้นการทำงานเป็นทีมเวิร์คอย่างเคารพซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยหรือชุมชน การมีทักษะการให้ความรู้ที่ดีแก่ประชาชน การคงไว้ซึ่งทักษะความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย การเข้าใจและบริหารจัดการที่ดีต่อระบบสุขภาพ และความร่วมมือจรรยาบรรณในด้านการเก็บรักษาข้อมูลของผู้ป่วย เป็นต้น

เมื่อกล่าวถึงเรื่องการปฏิรูปการศึกษาสำหรับบุคลากรสาธารณสุข หรือกำลังคนด้านสุขภาพ WHO ได้มีแนวทางสำหรับดำเนินการปฏิรูปการศึกษาเพื่อศตวรรษที่ 21 ขึ้นมา⁽³⁷⁾ เพื่อสนับสนุนให้สถาบันการศึกษาทั่วโลก ทำการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณลักษณะและความสามารถในการปฏิบัติงานที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสม ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา กับหน่วยงานด้านสุขภาพ รวมไปถึงองค์กรภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งในประเทศไทยได้มีคณะกรรมการ “การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย” ตั้งแต่วันที่ 24 มิถุนายน 2555 หลังจากนั้นได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (พ.ศ.2557-2561) เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2557 และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าว โดยมี ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช เป็นประธานกรรมการ ทั้งนี้ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานดังกล่าวในประเทศไทยให้บรรลุผลสำเร็จ และมีความสอดคล้องกับการเคลื่อนไหวในระดับโลกด้วย

สำหรับในประเทศไทยการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ มีทั้งการผลิตจากภาครัฐและเอกชน โดยการผลิตของภาครัฐ และ/หรือ กระทรวงสาธารณสุขนั้น สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) จะมีหน้าที่หลักในการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้แก่กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ หลักสูตรระดับปริญญาตรี คือ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และหลักสูตรประกาศนียบัตรสำหรับการผลิตบุคลากรสายสนับสนุน เช่น ทันตภิบาล ผู้ช่วยเภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน พนักงานแพทย์แผนไทย รังสีเทคนิค พนักงานเวชสถิติ เป็นต้น โดยสถาบันพระบรมราชชนก จะทำหน้าที่ประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สืบรวจข้อมูลความต้องการบุคลากรของสถานบริการสุขภาพในการที่จะมากำหนดนโยบาย และความต้องการการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับปริมาณความต้องการของสถานบริการสุขภาพ ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนการผลิตแพทย์เพื่อรองรับระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้น สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.) ซึ่งการคัดเลือกและผลิตแพทย์ภายใต้โครงการนี้จะเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับมหาวิทยาลัยต่างๆ โดยมุ่งเน้นการกระจายแพทย์ให้ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ชนบทของประเทศ โดยในส่วนของ การควบคุมมาตรฐานและคุณภาพของการศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรนั้น จะเป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

2.3.3.3. สภาวิชาชีพ หรือผู้ควบคุม กำกับ ดูแล (Regulator)

สภาวิชาชีพ โดยทั่วไปแล้ว หมายถึง หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการควบคุม กำกับ และดูแลให้บุคลากรวิชาชีพปฏิบัติงานให้ได้ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ และสอดคล้องกับหลักจริยธรรม โดยเป้าหมายสูงสุดของสภาวิชาชีพต่างๆ คือ การปกป้องและคุ้มครองประชาชนผู้มารับบริการสุขภาพจากบุคลากรเหล่านั้น ขณะเดียวกันก็สร้างศรัทธาและความเชื่อมั่นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรเหล่านั้นด้วย ซึ่งโดยปกติแล้ว สภาวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นในประเทศต่างๆ จะมีกฎหมายบัญญัติรองรับให้อำนาจหน้าที่ตามกฎหมายอย่างชัดเจน ซึ่งในแง่ของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพแล้ว สภาวิชาชีพของผู้ประกอบอาชีพด้านสุขภาพหรือสาธารณสุขสมควรเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดคุณลักษณะของบุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆ ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับการปฏิบัติงานภายใต้กรอบของกฎหมายวิชาชีพที่บัญญัติไว้ นอกจากนี้ สภาวิชาชีพควรดำเนินการโดยใช้กลไกเสริมสร้างธรรมาภิบาลของผู้ประกอบวิชาชีพด้วยโดยใช้หลักการของ “ความรับผิดชอบ (accountability)” เป็นสำคัญ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและส่งเสริมประสิทธิภาพระบบสุขภาพ⁽³⁸⁾

สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกต้องตามกฎหมาย ที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพหรือสาธารณสุขของประเทศไทยจะประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพ กลุ่มต่างๆ ดังนี้

1. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือกลุ่มแพทย์ ตาม พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
2. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือกลุ่ม พยาบาลหรือผดุงครรภ์ ตาม พ.ร.บ. วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
3. ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือกลุ่มทันตแพทย์ ตาม พ.ร.บ.วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537
4. ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม หรือกลุ่มเภสัชกร ตาม พ.ร.บ.วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537
5. ผู้ประกอบโรคศิลปะ ใน 4 สาขาตาม พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ซึ่งได้แก่ (1) ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทยประยุกต์ (2) ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาพย์แผนไทย (3) ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากายภาพบำบัด และ (4) ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาทศนิกการแพทย์
6. ผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน หรือกลุ่มหมออนามัย ตาม พ.ร.บ. วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556

นอกเหนือจากสภาวิชาชีพดังกล่าวข้างต้น ซึ่งต้องปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนโดยตรงแล้ว หากกล่าวถึงพื้นฐานของการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยใช้ One health concept⁽³⁹⁾ ก็จะต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ของสุขภาพคน (human health) สุขภาพสัตว์ (animal health) และสิ่งแวดล้อมที่ดี (environmental health) อีกวิชาชีพหนึ่ง ก็จะเข้ามามีบทบาทด้าน

สุขภาพและควรมีส่วนร่วมในการวางแผนงานด้านสุขภาพด้วย คือ สัตวแพทย์ ซึ่งจะประกอบอาชีพภายใต้เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพการสัตวแพทย์ พ.ศ. 2553 ของสัตวแพทย์สภา

2.3.3.4. ภาคประชาสังคม (Civil society)

ภาคประชาสังคม หมายถึง องค์กรพัฒนาเอกชน หรือกลุ่มประชาชนภาคส่วนต่างๆ ถือเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในระบบสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่า ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพนั้น อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มบุคคลเหล่านี้ถือเป็น “ผู้ใช้” อีกกลุ่มหนึ่งก็ว่าได้ เนื่องจากพวกเขาเป็นผู้รับบริการสุขภาพ ซึ่งมีโอกาสได้รับผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อสุขภาพ และความปลอดภัย อันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานของกำลังคนด้านสุขภาพ ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพ ปฏิบัติงานดีมีประสิทธิภาพ ไม่มีความบกพร่อง ประชาชนเหล่านี้ย่อมได้รับบริการสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพ และในทางตรงกันข้าม ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพ มีความบกพร่องในการปฏิบัติงาน (ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ) ซึ่งอาจเกิดจากศักยภาพ ประสบการณ์ หรือความสามารถในการปฏิบัติงานไม่ได้คุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือเหตุผลอื่นใดก็ตาม ย่อมมีโอกาสมำให้ประชาชนไม่ปลอดภัยหรือสุขภาพไม่ดีขึ้นอย่างที่เราควรจะเป็น

นอกจากบทบาทการเป็น ผู้ใช้ แล้ว ในบางประเทศ หรือแม้แต่ในประเทศไทยเอง ภาคประชาสังคมอาจเข้ามามีบทบาทในฐานะ “กำลังคนด้านสุขภาพ” อย่างไม่เป็นทางการ (informal HRH) ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพบางประเภท ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศไทย การให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาลหลายๆ แห่ง มีตัวแทนจากกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าร่วมให้บริการด้วย โดยพวกเขาเข้าร่วมให้การดูแล ให้คำแนะนำหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ ณ คลินิกด้านไวรัสของโรงพยาบาล หรือการบริการแพทย์แผนไทย จะมีกลุ่มประชาชนในท้องถิ่นที่รวมตัวกัน เป็นกลุ่มผู้ผลิตยาสมุนไพร เพื่อใช้ในการรักษาโรคอย่างง่ายๆ ในชุมชน หรือกลุ่มหมอนวดที่มีความเชี่ยวชาญ หรือสามารถรักษาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อด้วยการนวด เป็นต้น ตัวอย่างในต่างประเทศ ก็อย่างเช่นใน 5 ประเทศของภูมิภาคเอเชียใต้ ประกอบด้วยบังกลาเทศ ภูฏาน อินเดีย เนปาล และศรีลังกา จะพบว่ามีกรฝึกฝนให้อาสาสมัครในหมู่บ้านหรือท้องถิ่น ที่เรียกว่า community health workers เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนในท้องถิ่น⁽⁴⁰⁾

บทที่ 3

ผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับธรรมาภิบาล ในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

นอกเหนือจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีอยู่ในประเทศและต่างประเทศแล้ว การศึกษานี้ได้มีการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญในด้านการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพด้วย ทั้งนี้ เพื่อเป็นการสืบค้น และรวบรวมข้อมูลว่าในทางปฏิบัติแล้ว หลักธรรมาภิบาลที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ควรเป็นอย่างไร ในบทนี้ จะเป็นการนำเสนอผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 11 ท่าน ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

3.1 การใช้หลักธรรมาภิบาลกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

อาจกล่าวได้ว่า หลักธรรมาภิบาล ถือเป็นแนวคิดที่ดีที่ควรนำมาเป็นกรอบหรือแนวคิดในการดำเนินงานต่างๆ ที่มุ่งให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อสังคมโดยรวม ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์พบว่า ไม่มี ผู้ใดขัดแย้ง ในหลักการที่จะนำหลักธรรมาภิบาล มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย โดยผู้ให้สัมภาษณ์ท่านหนึ่งกล่าวว่า

“ธรรมาภิบาลมันมีในทุกเรื่องอยู่แล้ว มันต้องมีการใช้ธรรมาภิบาลในทุกเรื่อง มันถึงจะทำแล้วได้ดี ...ธรรมาภิบาลก็คือการปกครองที่เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ เกื้อกูลแล้วก็เป็นการทำงานกันอย่างเป็นมนุษย์ว่ากันเถอะ รวมแล้วนี่ก็หมายความว่าไม่มีใครที่ทำแล้วทำให้คนอื่นเค้าเดือดร้อน หรือว่าการทำนี้มาจากความคิดเห็นของคนกลุ่มน้อย ไม่ใช่! เพราะทุกคนมีสิทธิ์มีส่วนร่วมแล้วก็ต้องรับผิดชอบร่วมกัน...”

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์หลายท่านกล่าวว่า ในการนำหลักการหรือแนวคิดดังกล่าวมาใช้นั้น ควรจะต้องปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยด้วย

3.2 ลักษณะของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพภายใต้หลักธรรมาภิบาล

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ลักษณะของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพภายใต้หลักธรรมาภิบาล 5 ประการ ดังคำนิยามของ UNDP นั้น ควรจะมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

(1) การมีส่วนร่วมและแสดงฉันทามติ

- ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต่างๆ ที่ระบุไว้ในการศึกษาี้มีความเหมาะสม

สำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย ที่โครงการวิจัยนี้ระบุไว้ ได้แก่ ผู้ผลิต (ทั้งภาครัฐและเอกชน) ผู้ใช้ (ทั้งภาครัฐและเอกชน) องค์กรวิชาชีพ และภาคประชาสังคม ซึ่งจากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนเห็นตรงกันว่า ทุกภาคส่วนที่ระบุนี้มีความเหมาะสม และสมควรที่จะมีส่วนร่วมและแสดงฉันทามติในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย

ตัวอย่างผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวว่า

“ภาคส่วนที่ 1 ผู้ใช้นะ จะจำแนกว่ารัฐหรือเอกชนอะไรก็แล้วแต่ อันที่ 2 ผู้ผลิต ที่อยู่ใน section ใหญ่ อันที่ 3 สภาวิชาชีพก็อยู่ในกระบวนการผลิตในแง่ของมาตรฐาน กำกับมาตรฐานการผลิตนะ อันสุดท้ายภาคประชาสังคม อันที่จริงก็อยู่ในภาคการใช้นะ ถ้าผมแบ่งนะก็มีภาคใช้กับภาคผลิตก็จะมีผลิตในการลงมือทำงานกับคอยทำ regulate คอยควบคุมการผลิต ไม่ว่าจะเป็นมาตรฐานการผลิตหรือมาตรฐานการใช้วิชาชีพ ผมมองแบบนี้ละ”

“ในยุคปัจจุบันนี้ ไม่มีเรื่องราวไหนในยุคปัจจุบันที่ใครจะสามารถทำได้โดยลำพังต่อไปแล้ว มันหมดยุคที่ทำงานตามลำพังแล้ว ยุคนี้เป็นยุคที่ผู้บริหารจะต้องสานพลังจากภาคีที่เกี่ยวข้อง ผมมองยังงั้นครับ เพราะฉะนั้นภาคีที่เกี่ยวข้องของผมเนี่ยจะมีภาคผลิต ภาครับผลผลิต”

- ประเด็นสำคัญในกระบวนการมีส่วนร่วม

ก. การได้รับการยอมรับหรือความเคารพจากผู้เกี่ยวข้อง

ในส่วนของกระบวนการมีส่วนร่วมและแสดงฉันทามตินั้น ขึ้นอยู่กับว่า รูปแบบหรือกระบวนการที่ถูกจัดการ ขึ้นมานั้นเป็นไปในลักษณะใด แต่สิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง คือ การได้รับการยอมรับหรือความเคารพ (respect) ในความคิดเห็นของพวกเขา จากคณะบุคคลทุกกลุ่มผู้เข้ามาร่วมอยู่ในคณะทำงานวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นมานั้น ดังจะให้ได้จากตัวอย่างที่ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า

“มันต้องให้ความไว้วางใจ โดยที่ผ่านมาพูดหลายเวทีแล้ว ถ้าหากว่า mindset ไม่เปลี่ยน แล้วมองว่า ภาคเอกชนไม่มีคุณภาพ ภาคเอกชนไม่มีคุณภาพเท่าภาครัฐ แล้วเราเชิญเค้าเข้ามาฟัง โอเคเรามีนงานทำเยอะ เราก็ไปทำส่วนของเราไม่ยุ่งกับคุณ ก็จะไม่ได้รับความร่วมมือ”

“ต้อง trust กัน แล้วก็รู้สึกที่เราดีกว่า เราเก่งกว่า แต่เรากำลังทุกคนมีข้อดีหมด และก็ทำงานร่วมกัน ... คิดด้วยกันไปด้วยกัน”

ข. การเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น

สิ่งที่มีความสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การให้เขาเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์เกือบทุกคน กล่าวถึงความสำคัญในการมีส่วนร่วมตั้งแต่ในระยะแรกจะทำให้ พวกเขาารู้สึกถึงการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และเป็นการส่งเสริมให้พวกเขารู้สึกถึงการเป็นเจ้าของร่วม ผลผลิตที่จะเกิดขึ้นจากการวางแผนร่วมกันอีกด้วย ดังเห็นได้จากตัวอย่างของผู้ให้สัมภาษณ์ที่กล่าวว่า

“ถ้าเราให้เค้าเข้ามาตั้งแต่แรก เค้าจะ concern เค้าจะร่วมคิดร่วมทำ เค้าจะร่วมเป็นเจ้าของ ดีไม่ดีเค้า อาจจะมีวิธีคิดเชิงระบบที่อาจจะช่วยเราได้ด้วยซ้ำไป เพราะเค้ามีกลยุทธ์อยู่”

“ถ้าเราเริ่มต้นตั้งแต่ include เค้าเข้ามาเป็นกรรมการตั้งแต่แรก ให้มารับรู้รับทราบปัญหาเหมือนกัน... ไม่อยากใช้คำว่า brainwash ให้เขามารับรู้ปัญหาว่านี่ก็เป็นปัญหาของเราด้วย แนนอนที่สุดเค้าก็มีศักยภาพ กลับไปคิดต่อได้ว่าองค์กรเค้าสามารถขานรับยังไง ตอบรับยังไง สอดรับยังไง เค้าก็มีวิธีการ เชื่อว่าอย่างนั้น แล้วเค้าก็จะไม่รู้สึกว่าเค้าถูกแยกมารับคำสั่งหรือนโยบายอย่างเดียว”

(2) การแสดงวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์

การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในการศึกษานี้ หมายถึง การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในภาพกว้างในระดับมหภาค (macro level) หรือในระดับประเทศ ดังนั้น ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนของ ทุกภาคส่วนนั้น จึงจำเป็นต้องอาศัยบุคคลที่เป็นผู้นำ หรือผู้บริหารที่มีความรู้ความสามารถในการมองเชิงระบบในระดับประเทศได้ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า หากผู้ที่เป็นตัวแทนของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นผู้มี ประสบการณ์และมีวิสัยทัศน์กว้างไกล ย่อมมีโอกาที่จะช่วยชี้นำหรือวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพในระยะยาว ซึ่งจากการสัมภาษณ์ ไม่พบว่ามีผู้ให้สัมภาษณ์ ท่านใดกล่าวถึงเรื่องนี้โดยตรงเป็นการเฉพาะ อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์ พบว่า สิ่งที่จะช่วยให้ทิศทาง ของนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ มีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของทุก ภาคส่วนที่จะนำไปปฏิบัติ (implementation) น่าจะเกิดขึ้นจากองค์ประกอบที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

- การเห็นความสำคัญและเชื่อมั่นในสิ่งที่คณะผู้ทำหน้าที่วางแผนฯ คิดขึ้นมา

ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์เกือบทุกท่าน ได้กล่าวถึง การสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธา ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรมจริงๆ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า

“เราจะต้องศรัทธากับเชื่อมั่นก่อนว่า กรรมการชุดนี้เป็นคนขับเคลื่อนประเทศ ถ้าเราเชื่อมั่น เราศรัทธา ในฐานะที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วยอมรับซึ่งกันและกัน แล้วทุกคนก็ต้องทำตามนโยบายนี้ เพราะถือว่ามันมาจากการมีส่วนร่วมทั้งหมดแล้ว มันก็จะเกิดการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ที่ท่านวางแผนไว้”

“ถ้าหากว่าเราวางแผนอย่างนี้ เราผลิตอย่างนี้ เราใช้ประโยชน์อย่างนี้ เรายกษากันอย่างนี้ และประโยชน์ที่เค้าได้รับ มันจะได้รับเต็มที อะไรที่มันเป็นอุปสรรคอยู่จะได้รับการแก้ไข ถ้าเป็นอย่างนั้นมันทำให้เกิดความเชื่อมั่นในระบบนะครับ แล้วการทำงานมันก็จะเป็นการทำงานที่สอดคล้องแล้วก็เป็นอย่างเดียวกัน”

- การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นตัวนำในการวางแผนฯ

ผู้ให้สัมภาษณ์หลายท่าน ได้เน้นย้ำว่า การวางแผน วิเคราะห์ หรือคาดการณ์ใดๆ ในด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ควรที่จะเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ แนวโน้ม และบริบทของประเทศไทย ดังนั้น จึงต้องใช้ข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

“ต้องมีข้อมูลที่เชื่อถือได้ เอามาเถียงกัน ไม่ใช่เถียงบนคนหนึ่งคิดอย่าง คนหนึ่งมีข้อมูลคิดอย่างหนึ่ง คนยึดข้อมูลอีกอย่างหนึ่ง”

“การทำसानเสวนา การทำยุทธวิธีเพื่อหาทางออกร่วมกันะ ทั้งหมดทั้งสิ้นเรื่องสานเสวนาหรืออะไรต่างๆ เนี่ย ต้องยืนอยู่บน data information และ knowledge นะ อย่าใช้ความเชื่อมาคุยนะ ถ้าเกิดใครใช้ความเชื่อผมไม่คุยด้วย เพราะว่าคุยแล้วเดี๋ยวทะเลาะกัน”

- ตัวแทนที่เข้าร่วมในการวางแผนเป็นตัวแทนของหน่วยงานนั้นๆ อย่างแท้จริง

ตัวแทนของแต่ละหน่วยงานหรือแต่ละภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนฯ ควรมีอำนาจในการตัดสินใจ กำหนดทิศทาง และสั่งการให้เกิดการปฏิบัติได้จริง

“จริงๆ ด้วยกระบวนการคนที่มีอำนาจ คือ กระบวนการของคณะกรรมการที่ represent แล้วนะ นั่นคือ องค์คณะ และองค์คณะนั้นก็จะมียุทธศาสตร์ตามบทบาทหน้าที่ขององค์คณะนั้นๆ โดยอาศัยอำนาจการสานเสวนา เพื่อให้ออกข้อผลลัพธ์ออกมา แล้วนำข้อผลลัพธ์นั้นเข้าสู่การขับเคลื่อน”

“ผู้ที่เข้ามา join ก็จะไปสลับเปลี่ยนหมุนเวียนหน้า หมายความว่า เป็น routinely ของหน่วยงานอื่นๆ โดยเฉพาะเช่น ถ้ามีผู้แทนกระทรวงต่างๆ เค้าก็ไม่ได้ให้ความสำคัญกับกลไกอะไรแบบนี้มากนัก จะส่งใครมาก็ได้... ...เออ...เวลาคิดเค้าก็ทำแผนออกมา ยุทธศาสตร์เค้าเขียนดินะ เขียนสวย พอขึ้นการเอายุทธศาสตร์ไป implement มันก็ไม่มีกลไกอีก”

(2) การตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

● การเห็นภาพอนาคตของระบบสุขภาพร่วมกัน

การอภิปราย วางแผน หรือตัดสินใจใดๆ ก็ตาม เกิดจากการมองเห็นภาพอนาคตของระบบสุขภาพของประเทศในอนาคตร่วมกัน โดยผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคน เห็นตรงกันทุกฝ่ายว่าจะวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพให้ตอบโจทย์หรือตอบสนองต่อภาพอนาคตที่ทุกฝ่ายต้องการผลักดันให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยก้าวไปสู่ทิศทางนั้น ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างการให้ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่กล่าวว่า

“การวางแผนมันไม่ควรจะต่างคนต่างวางแผนนะครับ เวลานี้คือมันจะต้องมี Issue อันเดียวคือว่าเรื่องการบริการด้านสุขภาพนะครับ แล้วก็อะไรบ้างแล้วอันนี้ควรจะเป็นองค์กรรม หรือกลุ่มรวมกันที่ทำร่วมกันเพื่อให้มันมี integrate ให้รู้ว่าจะอะไรเป็นไร ไม่ใช่ว่าฝ่ายวางแผนกำลังคนก็วางแผนไป ฝ่ายผลิตก็วางแผนไป ฝ่ายใช้ก็ทำไปนะครับ ไม่เกี่ยวกันเลยที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องน้อยมาก เพราะฉะนั้นผมว่าเป็นจุดอ่อนของประเทศที่สิ่งต่างๆ มันคิดโดยคนละแบบหมด”

● การอภิปราย วางแผน หรือตัดสินใจร่วมกัน ควรขึ้นอยู่กับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่เป็นหลัก

การวางแผนนอกจากจะตอบสนองต่อแนวโน้มหรือภาพอนาคตแล้ว ต้องตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่จำเพาะได้ และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่อย่างแท้จริง ภายใต้ข้อมูลหรือหลักฐานที่มีอยู่จริง

“บางคนก็พกอัตตามา พกความรู้สึก พกความเชื่อมาโดยไม่ได้อยู่บน evidence - based ไม่ว่าจะเป็น data information หรือ knowledge ตรงนี้ก็จะทำให้อีก 2 ขั้วไม่ยากแ้งด้วย ไม่ยากทะเลาะด้วย จะกลายเป็นว่านโยบายขาขึ้นเนี่ยจะเป็นนโยบายที่เกิดจากความเชื่อบางครั้ง ไม่ใช่ทุกครั้งนะ แล้วพอเป็นบางครั้งมันเกิดขึ้นโดยที่ไม่มีคนมาคอยเข้มงวดในสิ่งเหล่านี้ละ เสี่ยงอย่างยิ่งครับเพราะเมื่อใดที่เราใส่ขยะลงไปในความคิดแผน มันก็จะได้แผนที่เป็นขยะออกมา”

“ทุกวันนี้ถ้าพูดถึงในสำนักปลัดเอง ในการประชุมทุกครั้ง ก็จะมีการใช้ข้อมูลเป็น evidence - based หมด โดยตอนนี้ที่น่าตื่นเต้นก็คือ เรามีการแชร์ข้อมูลกัน ในสมัยก่อน ถ้าน้องทราบ บริบทของกระทรวงฯ มันจะต่างคนต่างอยู่”

- การมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่วนรวม หรือผลประโยชน์ของประเทศชาติเป็นหลัก

หากการวางแผนเป็นไปเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของหน่วยงาน องค์กร หรือกลุ่มบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ย่อมไม่ใช่วางแผนที่ตอบสนองความต้องการของทุกฝ่าย และมีแนวโน้มที่จะเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เพราะผู้เสียผลประโยชน์ ได้รับผลกระทบ หรือได้รับผลตอบแทนที่ไม่คุ้มค่า ย่อมเกิดความต่อต้านและไม่นำแผนการเหล่านั้นไปสู่การปฏิบัติ หรือนำไปปฏิบัติอย่างไม่เต็มใจและไม่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจจะไม่เป็นไปอย่างที่ตั้งเป้าหมายไว้

“expert ไม่จำเป็นต้องอยู่ในกระทรวงหมด ต้องได้คนมารอบด้านเลย แล้วก็ต้องมีกติกาหลายๆ ว่าต้องมาทำงานของส่วนรวม ส่วนกลางจริงๆ เป้าหมายต้องชัดเจนนะว่า ทำเพื่อส่วนกลาง”

“ถ้าเราเกิดสานเสวนาจนตกผลึกเนี่ยเพื่อประโยชน์สุขของบ้านเมือง เราได้ทางออกร่วมแบบนี้จะเป็นฉันทามติ สานเสวนาอย่างสุนทรียสภาระภาษาด้วยสันติวิธี ให้ออกมาเป็นสินค้าที่เป็นทางออกร่วม ถามว่าใครมันจะไม่ทำ”

(4) ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ ความโปร่งใสและตรวจสอบได้

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า กระบวนการทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน กำลังคนด้านสุขภาพควรมีความโปร่งใส เช่น การคัดเลือกตัวแทนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนฯ

“ถ้าพูดแบบอ้อมๆ คือมันท้าทายต่อเรื่องว่ามันโปร่งใสตั้งแต่ต้นหรือเปล่า กระบวนการได้มา คือมองหน้าไปนี่คนกันเองทั้งนั้น พอคนกันเองทั้งนั้น....”

“ถ้าถามว่าบางครั้งถ้าเอาคนมาแล้วไม่ represent ตรงนี้คืออันตรายเสมือนหนึ่งแอบอ้างมา และโดยทั่วไป เรามักจะชวนคนคุยเดียวกันนะ ประเภทรสนิยมต้องกัน คุยกันง่าย มันก็จะบิดเบือนข้อมูลครับเพราะมันจะได้เสียหนึ่งของสังคม”

และควรมีความรับผิดชอบต่อสังคมและสาธารณะ เช่น มีการเปิดเผยข้อมูลตัวเลขที่ใช้ในการวางแผนฯ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกันในขณะทำงานผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนฯ และเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ

“หลักการทางด้าน government ที่ต้องมี participation มีความรับผิดชอบ accountability อะไรก็ว่าไป ความโปร่งใสทั้งหลาย”

“แชร์กันรู้ข้อมูล แชร์ความรู้ เพราะว่าข้อมูลยังไ้เราก็ไม่ครบถูกไหม มันจะมี Experience จากผู้ใช้ผู้ผลิต อะไรทั้งหลายนะ ก็มาแชร์กัน แล้วก็หาทางที่จะตกลงทำความเข้าใจที่จะไปมี Action ปรับให้ดีขึ้น ถูกไหม ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ ซึ่งทางเรา เราก็เป็นนักวิชาการเราก็จะไปวิเคราะห์หาข้อมูลที่ให้มันชัดเจน และทำให้ฐานข้อมูลมันแน่น ครบถ้วน แม่นยิ่งขึ้น อะไรอย่างนี้”

(5) มีความยุติธรรม และเคารพต่อกฎระเบียบและกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในกระบวนการวางแผนฯ และการตัดสินใจต่างๆ ต้องคำนึงถึงความเป็นธรรมในการเข้าถึงและการกระจายบุคลากรตามความต้องการประชาชนหรือพื้นที่ ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และยึดผลประโยชน์ของประเทศชาติเป็นหลัก ในขณะเดียวกันก็ควรมีความเป็นธรรมต่อคณะทำงานหรือภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนด้วย

“ถ้าพูดถึงเรื่องการรับรู้บทบาทหน้าที่ เรื่อง fairness เราก็ไม่ค่อยได้แตะเท่าไร ความเป็นธรรมกับทุกภาคส่วนเนี่ย ไม่รู้ว่าเราเน้นที่ความเป็นธรรมกับผู้ให้บริการ เท่าเทียมเป็นธรรม การเข้าถึงเนี่ย กับ fairness ในเรื่องของการมีส่วนในด้านการวางแผน”

3.3 ข้อเสนอแนะกลไกเพื่อประสิทธิภาพและความยั่งยืนของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

สำหรับกลไกหรือข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย ที่ได้จากการสัมภาษณ์นั้น พอจะสรุปได้ ดังนี้

1) กลไกการมีตัวแทนหน่วยงานอย่างแท้จริง

ผู้ให้สัมภาษณ์สองในสามกล่าวว่า ปัญหาของคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านมาก็คือ การมีช่องว่างระหว่างการวางแผนและการปฏิบัติ นั่นคือ แม้ว่าจะมีการคิดวางแผนงานที่ดี แต่ยังไม่พบว่ามีมีการดำเนินงานอย่างที่ไดวางแผนไว้อย่างแท้จริง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากตัวแทนที่มาเข้าร่วมในการวางแผนยังไม่ใช่ตัวแทนที่แท้จริงของหน่วยงานนั้นๆ หรือไม่ได้มีอำนาจในการสั่งการในหน่วยงานของตนให้เกิดผลในการปฏิบัติ

“ถ้าไม่มีกลไก ประเด็นการเชื่อมต่อ มันก็เป็นแค่หลักการเฉยๆ เป็นการกำหนดหลักการที่ไม่มีใครปฏิบัติก็ไม่เห็นเป็นไร อันเนี่ยคือปัญหาใจ”

2) กลไกการสานเสวนาโดยใช้สันติวิธี

ผู้ให้สัมภาษณ์ท่านหนึ่งเสนอแนะว่า ในกระบวนการแสวงหาทางออกร่วม ความใช้แนวทางสันติวิธี

“ผมค่อนข้างเชื่อในกระบวนการเคลื่อนไหวทางออกร่วมนะ การเจรจาทางออกร่วม ซึ่งจะเป็นเรื่องของการใช้กระบวนการทางสันติภาพ หรือสันติวิธีนะ ซึ่งผมจะมี 6 process นะ”

3) กลไกการติดตามผลการดำเนินงาน

กลไกการติดตามและประเมินผลจากการวางแผนหรือการดำเนินงานต่างๆ จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่า การวางแผนหรือการดำเนินงานตามการวางแผนดังกล่าวเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ และจะเป็นข้อมูลที่น่าไปสู่การปรับปรุงให้การทำงานดียิ่งขึ้น โดยผู้ให้สัมภาษณ์ท่านหนึ่ง ได้ยกตัวอย่างว่า ควรจะมีการติดตามผลของการปฏิรูปการศึกษา ด้านการผลิตบุคลากรสาธารณสุขด้วยว่า ประสบความสำเร็จตามความมุ่งหมายหรือไม่

“คำถามวันนี้คือ มีสถาบันไหนบ้างที่เอา *transformative learning* ไปใช้อย่างจริงจัง อย่างเนี่ยมันจะเป็นตัวบอกน้ำ คือเค้าจะทำโดยกระบวนการที่กล่าวอ้างว่ากระบวนการที่เราทำแผนหรือเปล่า ก็ไม่เป็นไร แต่ว่าสุดท้ายเนี่ยมันยังงี้ เช่น *transformative* ที่เราคิดว่าเป็นเป้าหมายอันหนึ่งเนี่ย มันถูก *achieve* ไปบ้างหรือเปล่า”

บทที่ 4

อภิปรายและสรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์

เมื่อสังเคราะห์ผลที่ได้ทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์แล้ว พบว่า “ธรรมาภิบาล” เป็นสิ่งที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าควรใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการทุกอย่าง ซึ่งโดยภาพรวมแล้วได้รับความเชื่อมั่นว่าจะนำไปสู่ผลสำเร็จตามความมุ่งหวังของแผนการดำเนินงานนั้นๆ ซึ่งในบทที่ 4 นี้จะเป็นการนำเสนอผลที่ได้จากการสังเคราะห์ทั้งจากผลการทบทวนวรรณกรรมและผลจากการสัมภาษณ์ โดยการศึกษานี้ พบข้อสรุปเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

4.1 ความหมายของธรรมาภิบาลในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

จากผลการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า ธรรมาภิบาลในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง

“การมีส่วนร่วมและฉันทามติในการพัฒนา และปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพทั้งในระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ ที่มุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวมหรือระบบสุขภาพของประเทศเป็นหลัก มิใช่ผลประโยชน์ของตนเอง กลุ่มบุคคล หรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเท่านั้น โดยคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียดรอบด้าน เคารพกฎกติกา มีความยุติธรรม มีความโปร่งใส และตรวจสอบได้ และแสดงถึงความรับผิดชอบ (ของตนเองหรือหน่วยงาน) ในการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเพื่อประโยชน์ของสังคมโดยรวมอย่างแท้จริง”

4.2 การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพภายใต้ระบบธรรมาภิบาล

ในส่วนนี้ จะเป็นการนำเสนอผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ โดยยึดตามกรอบการศึกษาในการพิจารณาว่าสิ่งที่ได้มานั้น มีความสอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาลของ UNDP ที่ใช้ในการศึกษานี้หรือไม่ อย่างไร โดยจะนำเสนอผลตามหลักการ 5 ข้อ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมและมีฉันทามติ (Legitimacy and voice), 2) การมีวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ในการพัฒนา (Direction), 3) การมีกระบวนการที่ตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Performance), 4) ทุกภาคส่วนมีบทบาทและความรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ (Accountability) และ 5) มีความยุติธรรมต่อทุกฝ่าย และเคารพต่อกฎระเบียบและกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (Fairness)

1. การมีส่วนร่วมและฉันทามติ (Legitimacy and voice)

จะเห็นได้จาก ผลการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ความเป็นหุ้นส่วนหรือการมีส่วนร่วมในการทำงานนั้นมีความสำคัญอย่างมาก เพราะจะช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมในการกำหนดนโยบายหรือวางแผนงานต่างๆ เช่น การร่วมมือระหว่างสถาบันการผลิตรายการและเอกชน ระหว่างรัฐบาลกับองค์กรพัฒนาเอกชน ต่างๆ เป็นต้น ซึ่งควรเป็นการร่วมมือกันตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เนื่องจากจะช่วยลดการต่อต้านได้เมื่อนำนโยบายนั้นๆ ไปดำเนินการ⁽²⁵⁻²⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยผู้ให้สัมภาษณ์เกือบทุกคนกล่าวถึงความสำคัญในการมีส่วนร่วมตั้งแต่ในระยะแรกจะทำให้ พวกเขา รู้สึกถึงการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และเป็นการส่งเสริมให้พวกเขารู้สึกถึงการเป็นเจ้าของร่วมผลผลิตที่จะเกิดขึ้นจากการวางแผนร่วมกันอีกด้วย ดังเห็นได้จากตัวอย่างของคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเราให้เค้าเข้ามาตั้งแต่แรก เค้าจะ concern เค้าจะร่วมคิดร่วมทำ เค้าจะร่วมเป็นเจ้าของ ดีไม่ดีเค้าอาจจะมามีวิธีคิดเชิงระบบที่อาจจะช่วยเราได้ด้วยซ้ำไป เพราะเค้ามีกลยุทธ์อยู่”

นอกจากนี้ กระบวนการมีส่วนร่วมจะช่วยให้เกิดมีความเป็นเจ้าของร่วม มีความเคารพและไว้วางใจกัน ซึ่งทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า “ฉันทามติ” อีกด้วย ซึ่งจะมีรูปแบบสอดคล้องกับการอภิบาลแบบเครือข่าย⁽¹⁶⁾

สรุป

ประเด็นปัญหา

ทุกภาคส่วนได้รับความเท่าเทียม และมีกระบวนการคัดเลือกเข้ามามีส่วนร่วมอย่างโปร่งใส หรือไม่

สิ่งที่ควรจะเป็น

- ทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้ผลิตและผู้ใช้ (ทั้งภาครัฐและเอกชน) สภาวิชาชีพ และภาคประชาสังคม มีความสำคัญเท่าเทียมกัน และสมควรเข้ามามีส่วนร่วมและมีฉันทามติในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย
- การมีส่วนร่วมนั้นจำเป็นจะต้องเกิดตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมและมีความจริงจังในการคิดวางแผนงานร่วมกัน มิใช่เป็นเพียงการได้รับเชิญเข้ามามีส่วนรับรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเท่านั้น

2. การมีวิสัยทัศน์และทิศทางในการพัฒนา (Direction)

ผลการทบทวนวรรณกรรมได้ยืนยันว่าการมีผู้นำที่ดี และผู้นำได้ให้พันธะสัญญาที่จะผลักดันงานนั้นๆ จะส่งผลให้การดำเนินงานมีโอกาสประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ดังตัวอย่าง การให้พันธะสัญญาของประธานาธิบดีประเทศ Botswana ที่จะต่อสู้และแก้ไขปัญหาเอชไอวีเอดส์ ได้กระตุ้นให้เกิดการร่วมมือกัน

อย่างเข้มแข็งระหว่างรัฐและเอกชน ซึ่งส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่มีโอกาสเข้าถึงบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น⁽²⁴⁾ และในทำนองเดียวกันผลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้นำที่ดีจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นและศรัทธาจากคณะกรรมการหรือผู้ที่เข้าร่วมทำงาน และในขณะเดียวกันก็จะทำให้คณะกรรมการภายในการนำของเขาได้รับยอมรับจากผู้ทำงานตอบสนองต่อนโยบายที่คณะกรรมการคิดขึ้นมาด้วย ยกตัวอย่างจากคำกล่าวที่ว่า

“เราจะต้องศรัทธากับเชื่อมั่นก่อนว่า กรรมการชุดนี้เป็นคนขับเคลื่อนประเทศ ถ้าเราเชื่อมั่น เราศรัทธา ในฐานะที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วยอมรับซึ่งกันและกัน แล้วทุกคนก็ต้องทำตามนโยบายนี้ เพราะถือว่ามันมาจากการมีส่วนร่วมทั้งหมดแล้ว มันก็จะเกิดการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ที่ท่านวางแผนไว้”

สรุป

ประเด็นปัญหา

การวางแผนฯ ดำเนินการภายใต้ผู้นำที่เหมาะสม และมองทิศทางข้างหน้าร่วมกันเพื่อผลประโยชน์โดยรวมของชาติเป็นที่ตั้ง หรือไม่

สิ่งที่ควรจะเป็น

- **การมีผู้นำที่ดี** ซึ่งควรจะต้องทำหน้าที่เป็นคนกลาง (mediator) ระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เข้ามาร่วมกันวางแผนฯ ควรประกอบด้วย การมีบารมีเป็นที่ยอมรับนับถือ (reference power) และการมีความสามารถ หรือความเชี่ยวชาญ (expert power) เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการยอมรับจากทุกภาคส่วน
- **การคิดและพิจารณาวางแผนร่วมกันภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์** นั่นคือ ทุกภาคส่วนต้องเข้ามาร่วมกันวางแผนโดยยึดตามหลักฐานที่มีอยู่จริง โดยไม่มีการใช้อารมณ์ อคติ หรือความลำเอียงใดๆ มาประกอบการตัดสินใจ
- **การคิดวางแผนโดยมีผลลัพธ์เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติโดยรวม** มิใช่เพื่อการปกป้องผลประโยชน์ของภาคส่วนใด ภาคส่วนหนึ่งหรือองค์กรส่วนตนเป็นการเฉพาะ

3. การตอบสนองความต้องการของทุกภาคส่วน (Performance)

ผลการสัมภาษณ์พบว่า สิ่งที่จะช่วยให้การตอบสนองความต้องการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล คือ 1) การวางแผนโดยมองเห็นภาพของระบบสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน 2) การอภิปราย ตัดสินใจร่วมกันโดยยึดหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 3) การวางแผนและการตัดสินใจร่วมกันนั้น ยึดผลประโยชน์ชาติเป็นเหนือประโยชน์ส่วนตน ซึ่งค่อนข้างสอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดังตัวอย่างจากประเทศลาว ซึ่งอาศัยการปรับปรุงระบบการอภิบาลกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นจุดเริ่มต้นในการเปลี่ยนแปลงการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยจัดให้มีการใช้ความช่วยเหลือ

กันระหว่างหน่วยงาน (aid effectiveness efforts) เริ่มด้วยการแลกเปลี่ยนหรือใช้ข้อมูลร่วมกันในการวิเคราะห์กรอบอัตรากำลัง (staffing quota system) ซึ่งความพยายามนี้ส่งผลให้มีการวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพร่วมกันระหว่างหน่วยงาน และผลักดันให้รัฐบาลมีการปรับปรุงระบบฐานข้อมูลที่เป็นเพื่อใช้ประกอบในการวางแผนด้วย⁽²³⁾

สรุป

ประเด็นปัญหา

การวางแผนฯ เป็นกระบวนการที่มุ่งตอบสนองความต้องการจำเป็นของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง หรือไม่

สิ่งที่ควรจะเป็น

- การวางแผนที่จะเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ควรเกิดจากการตัดสินใจร่วมกันภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ และยึดผลประโยชน์ชาติเป็นหลัก
- การวางแผนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพหรือปัญหาต่อประชาชนเป็นสำคัญ เช่น การผลิตต้องผลิตบุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ หรือพยาบาล ที่มี “คุณภาพ” ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ (ประชาชน) ยกตัวอย่างเช่น ในอนาคตประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ บุคลากรสุขภาพที่มีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร หรือปัญหาสุขภาพจะเกิดจากโรคไม่ติดต่อ (NCD) ที่เกิดจากพฤติกรรมด้าน สุขภาพ (เบาหวาน ความดัน ฯ) ดังนั้น บุคลากรสุขภาพที่จะส่งเสริมประชาชนเกิดการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) เพื่อการป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพเหล่านี้ควรเป็นอย่างไร เป็นต้น

4. ความรับผิดชอบร่วมต่อสาธารณะและความโปร่งใส (Accountability)

ผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในการวางแผนควรจะต้องมีลักษณะของการมีความรับผิดชอบร่วมกันของคณะกรรมการ ดังตัวอย่างของ คณะกรรมการพัฒนาการศึกษาของกำลังคนด้านสุขภาพประเทศอังกฤษที่เรียกว่า Health Education England (HEE) ได้เสนอแนะแนวทางการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้การสนับสนุนระบบสุขภาพของประเทศ⁽²⁸⁾ ทั้งนี้ ได้ระบุไว้ในรายงานดังกล่าวว่า การวางแผนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพต้องมีระบอบิบาลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ซึ่งเกิดจากการมีความรับผิดชอบร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับชาติไปจนถึงระดับพื้นที่ เริ่มตั้งแต่เรื่องงบประมาณหรือการลงทุนทางด้านการศึกษาและพัฒนากำลังคน เป็นต้น สำหรับในประเทศไทยเองก็ได้มีความพยายามในการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพร่วมกันภายใต้คณะกรรมการระดับชาติ ได้แก่ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ที่มีนายแพทย์มงคล ณ สงขลา เป็นประธาน โดยมีตัวแทนจากหลายๆ ภาคส่วนเข้ามาทำงานร่วมกัน เช่น มีตัวแทนจากผู้ใช้จากโรงพยาบาลเอกชน หรือสภาวิชาชีพต่างๆ เป็นต้น เพื่อร่วมกันพิจารณาให้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงเรื่องการวางแผนฯ ด้วย อาจกล่าวได้ว่า กลไกการทำงานในลักษณะเช่นนี้ จะเป็นการประสานความร่วมมือกันทำงานในลักษณะของ co-ordination function ซึ่งมาร่วมกันพิจารณาเรื่องสำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องของการขับเคลื่อนนโยบายเนื่องจากไม่มีอำนาจในการสั่งการ โดยผลการประเมินครึ่งแผน ยุทธศาสตร์ที่เกิดจากการทำงานของคณะกรรมการชุดนี้ พบว่า มีช่องว่างของการขับเคลื่อนงาน (implementation gap) ที่ไม่มีความชัดเจนหรือเชื่อมโยงกันระหว่างระดับชาติกับระดับท้องถิ่น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากแต่ละหน่วยงานต่างมีวัฒนธรรมการทำงานและความเข้าใจในเจตนารมณ์ของแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่แตกต่าง ส่งผลถึงในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ตามเจตนารมณ์ของแผนกำลังคนด้านสุขภาพยังไม่ได้ผลมากนัก⁽³¹⁾ และในส่วนของการพัฒนาการศึกษาของบุคลากรสาธารณสุข คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพใน ศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2557 – 2561) โดยมี ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช เป็นประธาน ซึ่งระบุไว้ค่อนข้างชัดเจนว่าเป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนฯ ดังนั้น อาจจะไม่ใช่อำนาจของการขับเคลื่อนนโยบายเหมือน คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากคณะกรรมการชุดนี้เกิดขึ้นภายหลัง และ ณ ตอนนี้อย่างงี้ยังไม่มีผลการประเมินที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการชุดนี้ ในการทำงานร่วมกันในรูปแบบของ คณะกรรมการนั้น ประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงซึ่งก็สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล คือ สัดส่วนหรือตัวแทนของ ภาคส่วนที่เข้ามามีบทบาทที่ผ่านกระบวนการคัดเลือกอย่างโปร่งใส รวมไปถึงการมีความรับผิดชอบต่อ สาธารณะร่วมกัน เช่น การเปิดเผยข้อมูลผลการดำเนินงานหรือข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสู่สาธารณะ ดังจะเห็นได้จากตัวอย่าง ความคิดเห็นจากผู้ให้สัมภาษณ์ที่กล่าวถึงการคัดเลือกตัวแทนเข้ามามีส่วนร่วมในการ วางแผนฯ เอาไว้ว่า

“ถ้าพูดแบบอ้อมๆ คือมันท้าทายต่อเรื่องว่ามันโปร่งใสตั้งแต่ต้นหรือเปล่า กระบวนการได้มา คือ มองหน้าไปนี่คนกันเองทั้งนั้น พอคนกันเองทั้งนั้น....”

และการความสำคัญของการเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะว่า

“แชร์กันรู้ข้อมูล แชร์ความรู้ เพราะว่าข้อมูลยังงี้เราก็ไม่ครบถูกไหม มันจะมี Experience จาก ผู้ใช้ผลดีอะไรทั้งหลายนะ ก็มาแชร์กัน แล้วก็หาทางที่จะตกลงทำความเข้าใจ นะที่จะไปมี Action ปรับให้ดีขึ้น ถูกไหม ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ ซึ่งทางเรา เราก็เป็นนักวิชาการเราก็จะไปวิเคราะห์หา ข้อมูลที่ให้มันชัดขึ้น และทำให้ฐานข้อมูลมันแน่น ครบถ้วน แม่นยิ่งขึ้น อะไรอย่างนี้”

สรุป

ประเด็นปัญหา

ผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนฯ แสดงถึงความรับผิดชอบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสร้างความโปร่งใส และมีการเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะ หรือไม่

สิ่งที่ควรจะเป็น

- กระบวนการได้มาซึ่งตัวแทนของทุกภาคส่วนต้องเป็นไปอย่างโปร่งใส และได้รับการยอมรับว่าเป็นตัวแทนของภาคส่วนหรือองค์กรนั้นๆ อย่างแท้จริง หากไม่มีเหตุผลหรือข้อกำหนดที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าบุคคลที่ได้รับเลือกเข้ามาร่วมอยู่ในคณะวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพนั้น ได้มาอย่างไร โดยวิธีการใดแล้ว อาจก่อให้เกิดความไม่เชื่อมั่นในระบบในเรื่องความโปร่งใสของการได้มาซึ่งสมาชิกภาพ และอาจนำไปสู่การไม่ยอมรับในการเป็นตัวแทนของภาคส่วนอย่างแท้จริง
- การเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนฯ สู่สาธารณะ ถือเป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อและแสดงความโปร่งใสในการวางแผนฯ อย่างหนึ่ง ณ ปัจจุบันนี้ ถึงแม้ว่าฐานข้อมูลรวมทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกำลังคนด้านสุขภาพนั้นยังไม่มี แต่อย่างไรก็ตาม ภาคส่วนต่างๆ จะมีข้อมูลของแต่ละวิชาชีพเฉพาะที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้น การแชร์ข้อมูลเหล่านี้ร่วมกันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวางแผนฯ ขณะเดียวกันก็เป็นการเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะ และนำมาซึ่งการยอมรับในทิศทางการวางแผน ไม่ว่าจะเป็นตัวเลขหรือจำนวนการผลิต การคาดการณ์ ความต้องการ หรือแนวทางการปรับปรุงคุณภาพบัณฑิต ว่ามีที่มาที่ไปอย่างไร เป็นต้น
- การได้มาซึ่งข้อเสนอแนะต้องเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการพิจารณาร่วมกันในที่ประชุมหรือเกิดจากการวางแผนร่วมกันที่มีการรับฟังความคิดเห็นของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง มิได้เป็นการปกป้องหรือมีบทสรุปไว้ล่วงหน้าแล้ว โดยเพียงแค่อธิบายให้สมาชิกจากทุกภาคส่วนมาอยู่กันพร้อมหน้าเพื่อรับรู้ข้อสรุปเป็นแบบนี้เท่านั้น

5. ความยุติธรรมและเคารพต่อกฎระเบียบต่างๆ (Fairness)

ผลการสัมภาษณ์ พบว่า ประเด็นความเป็นธรรมนั้น นอกเหนือจากความเป็นธรรมในเรื่องสัดส่วนและตัวแทนของภาคส่วนต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างๆ แล้ว ควรจะต้องคำนึงความเป็นธรรมในการตอบสนองความต้องการของประชาชน ยกตัวอย่างเช่น การกระจายบุคลากรสุขภาพอย่างเป็นธรรมให้ประชาชนที่ต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพมีโอกาสเข้าถึงบุคลากรสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ดังตัวอย่างของผู้ให้สัมภาษณ์ท่านหนึ่งซึ่งกล่าวว่า

“ถ้าพูดถึงเรื่องการรับรู้บทบาทหน้าที่ เรื่อง fairness เราก็ไม่ค่อยได้แตะเท่าไร ความเป็นธรรมกับทุกภาคส่วนเนี่ย ไม่รู้ว่าเราเน้นที่ความเป็นธรรมกับผู้ให้บริการ เท่าเทียมเป็นธรรม การเข้าถึง...”

ประเทศไทยเองก็ประสบปัญหาในเรื่องนี้มาตลอด เนื่องจากบุคลากรสุขภาพมักจะมีอยู่อย่างหนาแน่นในเขตเมืองมากกว่าพื้นที่ชนบท จึงได้มีการใช้เรื่องของค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินเพิ่มขึ้นในบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตชนบท⁽⁴¹⁾ นอกจากนี้ยังมีโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (CPIRD)^(42, 43) ซึ่งมีเป้าประสงค์เพื่ออํารงรักษาแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ให้ทำงานดูแลประชาชนในเขตชนบทยาวนานมากขึ้น ซึ่งเป็นหนึ่งในข้อเสนอแนะเรื่องการอํารงรักษาบุคลากรสุขภาพไว้ในพื้นที่ชนบทของ WHO⁽⁴⁴⁾

สรุป

ประเด็นปัญหา

การวางแผนฯ มีกระบวนการที่ให้ความยุติธรรมต่อทุกฝ่าย และเคารพกฎกติการ่วมกัน หรือไม่

สิ่งที่ควรจะเป็น

1) ความเป็นธรรมและยุติธรรมต่อประชาชน

- กระบวนการวางแผนฯ และการตัดสินใจต่างๆ ต้องคำนึงถึงความเป็นธรรมในการเข้าถึงและการกระจายบุคลากรตามความต้องการประชาชนหรือพื้นที่

- ทุกภาคส่วน ต้องเคารพในการกฎกติกาที่กำหนดไว้ และยึดถือหลักคุณธรรมในการวางแผนฯ โดยการตัดสินใจเพื่อผลประโยชน์โดยรวมของประเทศชาติเป็นหลัก

2) ความเป็นธรรมและยุติธรรมต่อภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนฯ

- ควรมีความยุติธรรมในเรื่องสัดส่วนของตัวแทนภาคส่วนต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนรวมในการวางแผนฯ ที่ผ่านมานี้เนื่องจากผู้ใช้งําลังคนด้านสุขภาพส่วนใหญ่ และผู้ผลิต (บางส่วน) เป็นผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น ผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนฯ จึงประกอบด้วยตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม เรื่องสัดส่วนอาจไม่ใช่ปัญหา หากมีการชี้แจงถึงที่มาที่ไปในการคัดสรรผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนฯ มีหลักการและเหตุผลที่ชัดเจน ขณะเดียวกันในกระบวนการการรับฟังความคิดเห็นและการวางแผนร่วมกันนั้นมิได้ละเลยความสำคัญของภาคส่วนอื่นๆ ที่อาจมีสัดส่วนน้อยกว่า ก็จะทำให้ข้อสรุปหรือผลลัพธ์ของการวางแผนต่างๆ ได้รับการยอมรับว่ามีความยุติธรรม

4.3 ข้อเสนอแนะทางออก

ข้อเสนอแนะทางออกได้มาจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้จัดเวทีนำเสนอข้อสรุปนี้ต่อผู้เกี่ยวข้องใน side meeting ของการประชุมระดับชาติประจำปีเรื่อง การพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพครั้งที่ 2 (The 2nd Annual National Health Professional Education Reform Forum; ANHPERF) ในวันที่ 4 สิงหาคม 2558 ณ โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ โดยมีผู้เข้าร่วมการประชุมรับฟังความคิดเห็นทั้งหมด 38 ท่าน (ดังเอกสารแนบ) จากนั้นได้มีการปรับปรุงแก้ไขอีกเล็กน้อยตามข้อคิดเห็นต่างๆ ที่ได้จากการประชุมดังกล่าว ซึ่งสรุปได้ดังนี้

4.3.1 กลไกที่จะช่วยให้เกิดการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกันอย่างยั่งยืน

(1) กลไกการเป็นตัวแทนภาคส่วนหรือองค์กรที่แท้จริง

- ผู้ที่เป็นตัวแทน ต้องพยายามนำความรู้ ประสบการณ์ และข้อมูลที่มีอยู่มาประกอบการวางแผนฯ โดยยึดถือผลประโยชน์ส่วนร่วมหรือประเทศชาติเป็นหลัก
- ผู้ที่เป็นตัวแทน ต้องมีอำนาจในการตัดสินใจแทนภาคส่วนหรือองค์กรตนเองอยู่พอสมควร สามารถนำข้อสรุปจากที่ประชุมกลับไปแจ้งต่อต้นสังกัด และผลักดันให้เกิดการนำไปดำเนินการต่อได้อย่างเหมาะสม
- ผู้ที่เป็นตัวแทน ต้องมีบทบาทที่ชัดเจนและต่อเนื่องในการเข้ามามีส่วนร่วมการวางแผนฯ (ไม่ควรเปลี่ยนแปลงคนที่รับผิดชอบบ่อยๆ)

(3) กลไกสานเสวนาแบบสันติวิธี ซึ่งคาดว่าจะนำไปสู่การมีความศรัทธาและความเชื่อมั่นต่อกระบวนการวางแผนฯ และนำไปสู่การปฏิบัติจริง (implementation)

ซึ่งกระบวนการทางสันติวิธี ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

- 1) ทุลาจากที่พูดขอให้เป็นสุนทรียสาระ
- 2) เน้นการสานสัมพันธ์ภาพด้วย ใช้ความจริง (truth) เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
- 3) เคารพจุดยืนและข้อจำกัดของกันและกัน (เปิดเผยสิ่งเหล่านี้และทุกคนต้องกล้าพูด)
- 4) ต้องเชื่อมั่นว่าทุกปัญหามีทางออกและมีทางออกมากกว่าที่เราเห็น (พหุทางเลือก)
- 5) ทุกทางเลือกต้องมีการกำกับภายใต้ความเป็นธรรม ในลักษณะของ equity หรือ equality ก็ได้
- 6) การเคารพต่อ committee (อย่าหลอกลวงหรือมี hidden agenda หรือปองไว้แล้ว แต่แค่เชิญเขาเข้ามาพูดคุย โดยไม่ได้รับฟังความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของเขาอย่างแท้จริง)

(3) กลไกการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ในการวางแผนและดำเนินการต่างๆ ต้องมีระบบการติดตามและประเมินผลจากการดำเนินการนั้นๆ เพื่อให้ทราบว่าการวางแผนและตั้งเป้าหมายไว้นั้น ได้ผลสัมฤทธิ์มากน้อยเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงให้ดียิ่งๆ ขึ้น ยกตัวอย่างเช่น เมื่อมีการกำหนดไว้แล้วว่า สถาบันการผลิตจะผลิตกำลังคนด้านสุขภาพโดยใช้หลักการของ transformative learning ก็อาจจะต้องมีการติดตามประเมินผลว่าดำเนินการไปแล้วอย่างไรบ้าง และได้ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด เป็นต้น

4.3.2 รูปแบบของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

ผลจากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบรูปแบบที่ชัดเจนในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในระดับประเทศ โดยส่วนใหญ่จะเป็นการวางแผนในระดับพื้นที่เพื่อการแก้ไขปัญหาเฉพาะเรื่องเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ผลจากการสัมภาษณ์ พอจะจำแนกรูปแบบของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ออกมาได้ 2 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1: การมี “คณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ” ตามรูปแบบเดิมที่มีอยู่แล้ว แต่ต้องมีกลไกของการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่ชัดเจนมากขึ้น และมีข้อเสนอแนะแนวทางที่สามารถเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรมหรือมีกระบวนการผลักดันให้นำไปสู่การปฏิบัติจริงได้

ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ที่ผ่านมา ประเทศไทยมี คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 25 (8) เพื่อการเพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในการขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งกำกับติดตามประเมินผลสำเร็จตามแผนฯ (คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ 5/2552, 2552) แต่ก็ยังพบว่ามีความช่องว่างของการขับเคลื่อนงาน (implementation gap) ให้เป็นไปตามบทบาทหรือการวางแผนของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพดังกล่าว

อย่างไรก็ตามผลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ให้สัมภาษณ์ เห็นว่า การมีคณะกำลังการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาตินั้นมีความเหมาะสมแล้ว เพียงแต่ต้องปรับปรุงในเรื่องการสร้างความคิดเห็นหรือการมีส่วนร่วมกันอย่างจริงจังจากทุกภาคส่วน กระบวนการในทุกขั้นตอนต้องโปร่งใสและเกิดขึ้นจากการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง ขณะเดียวกันก็ต้องสร้างความศรัทธาและเชื่อมั่นจากทุกภาคส่วนในการเห็นความสำคัญของการวางแผนที่เกิดขึ้นร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง ตัวแทนที่เข้ามาต้องนำไปสื่อสารต่อองค์กรตนเองและนำไปสู่การดำเนินการอย่างจริงจัง มิใช่เป็นเพียงการรับฟังและรับรู้ว่าการอะไรขึ้น แต่ในการปฏิบัติงานจริงจะรับฟังหรือปฏิบัติตามนโยบายองค์กรตนเองเป็นหลักโดยเห็นความสำคัญหรือไม่ได้นำเอาสิ่งที่เกิดขึ้นจากการวางแผนร่วมกันนั้น ไปดำเนินงานให้สอดคล้องกับแผนงานขององค์กรตนเองแต่อย่างใด

รูปแบบที่ 2: การมีองค์กรควบคุมกำกับด้านสุขภาพของชาติ (National Health Authority: NHA) ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจ และสั่งการให้เกิดการดำเนินการตามการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศชาติอย่างเป็นรูปธรรม

ผลจากการสัมภาษณ์ พบว่า หนึ่งในสามของผู้ให้สัมภาษณ์ เห็นด้วยกับการมีองค์กรที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับทิศทางของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีอำนาจในการตัดสินใจ รวมถึงการสั่งการให้เกิดผลในทางปฏิบัติตามการวางแผนฯ อย่างแท้จริง (ภาคส่วนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องต้องรับฟังและนำไปปฏิบัติ) ทั้งนี้ NHA (authorized body) จะต้องประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ไม่ใช่เฉพาะแต่เรื่องกำลังคนด้านสุขภาพเท่านั้น ดังนั้น NHA อาจประกอบไปด้วยคณะผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านข้อมูลและระบบสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจสุขภาพหรือการเงินการคลัง และด้านกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า NHA จะมีบทบาทในการวิเคราะห์และตัดสินใจภาพรวมของระบบสุขภาพของประเทศไทยทั้งหมด โดยการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพเป็นเพียงส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพเท่านั้น

ทั้งนี้ เพื่อให้กลไกของการพัฒนาระบบสุขภาพในรูปแบบของการมี NHA เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้การตัดสินใจและสั่งการต่างๆ เกิดจากการกลั่นกรองและพิจารณาจากหลักฐานทางวิชาการอย่างแท้จริง จะต้องมีการมีกลุ่มที่ทำหน้าที่ศึกษาค้นคว้า สร้างงานวิจัย หรือรวบรวมข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือคณะเลขานุการ (secretariat body) ของกลุ่มต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านข้อมูลและระบบสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจสุขภาพหรือการเงินการคลัง และด้านกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และจัดทำข้อมูลนำเข้าให้ NHA พิจารณาก่อนการตัดสินใจและสั่งการต่างๆ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อระบบสุขภาพของประเทศชาติโดยรวมอย่างเหมาะสมต่อไป

4.4 ข้อจำกัดการศึกษา

- การศึกษานี้ เป็นเพียงการทบทวนวรรณกรรมด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งไม่มีรูปแบบหรือตัวอย่างการดำเนินงานด้านการวางแผนดังกล่าวในระดับประเทศที่ใช้หลักธรรมาภิบาลให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปแล้วการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละประเทศจำเป็นต้องพิจารณาจากบริบทหรือสถานการณ์เฉพาะของประเทศเป็นสำคัญ ดังนั้น จึงอาจจะไม่มี ความจำเป็นที่จะต้องอาศัยตัวอย่างหรือรูปแบบหรือการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพจากต่างประเทศมาใช้สำหรับประเทศไทย

- ข้อมูลที่ได้การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพส่วนหนึ่งที่ช่วยชี้แนะทิศทางหรือรูปแบบของการวางแผนการกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งไม่สามารถกล่าวได้ว่าเป็นคำตอบหรือตัวแทน

ประเทศได้อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ก็ไม่ได้ออกแบบโดยตั้งเป้าหมายเพื่อหาตัวแทนของประเทศไทยในเรื่องการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพแต่อย่างใด แต่เป็นความพยายามในการค้นหารูปแบบหรือทางเลือกในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศชาติจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ ผลที่ได้จากการศึกษานี้จึงถือเป็นข้อเสนอแนะทางเลือกบางอย่าง ที่อาจนำไปสู่การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกันอย่างยั่งยืนของประเทศเท่านั้น

บทที่ 5 กรณีศึกษาที่ 1: ธรรมาภิบาลกับการจ่ายค่าตอบแทนกำลังคนด้านสุขภาพ

ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในระเบียบวิธีการวิจัยว่า เพื่อต้องการให้เห็นรูปธรรมของความสำเร็จและบทเรียนสำคัญบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น การศึกษานี้จึงได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมเป็นกรณีศึกษาเพื่อเรียนรู้ปัจจัยความสำเร็จของการมีธรรมาภิบาลในระดับองค์กรด้วย โดยในบทนี้จะเป็นการนำเสนอผลการค้นคว้าและเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ในเรื่อง ธรรมาภิบาลกับการจ่ายค่าตอบแทนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยใช้กรณีศึกษาที่โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย เนื่องจากเป็นตัวอย่างของความสำเร็จในระดับท้องถิ่น สืบเนื่องจากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มให้มันโยบายการจ่ายค่าตอบแทนกำลังคนด้านสุขภาพหรือบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เรียกว่า “การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน” หรือ Pay for Performance (P4P) ในปีพ.ศ. 2544 โดยเริ่มจากนางสุดารัตน์ เกยุราพันธุ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ประชุมคณะทำงานศึกษา รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุขเพื่อวางแผนการดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อเป็นการขานรับต่อแนวคิดของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีในสมัยนั้น ที่ต้องการให้มีการปรับรูปแบบการทำงานของข้าราชการโดยให้ประเมินตามผลงาน ประกอบกับในช่วงนั้นมีการดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคหรือระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายงบประมาณของหน่วยบริการสุขภาพที่กระจายเงินไปตามจำนวนประชากรที่สถานบริการนั้นๆ ให้การดูแล (เรียกกันโดยทั่วไปว่า “งบประมาณต่อหัวประชากร”) ส่งผลให้รูปแบบบริการรักษาพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ มีจำนวนผู้รับบริการสุขภาพมีมากขึ้น ดังนั้นจึงมีแนวคิดการปรับรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการต่างๆ เพื่อรองรับกับระบบการรักษาพยาบาลที่เปลี่ยนไป โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจ และสร้างขวัญกำลังใจในการทำงานมากขึ้นจากภาระการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง

คณะทำงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยมี นายแพทย์ธิวัฒน์พร จ่างจิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพาน อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย เป็นหนึ่งในคณะทำงานนั้น ได้ร่วมกันทำการศึกษาและจัดทำรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนตามผลงานดังกล่าว ซึ่งใช้เวลานานถึง 2 ปีในการจัดทำหลักเกณฑ์การดำเนินงานจนแล้วเสร็จ หลังจากนั้นจึงมีการเปิดรับสมัครโรงพยาบาลนำร่องเพื่อทดลองดำเนินการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานที่จัดทำขึ้นมา โดยโรงพยาบาลพานเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นโรงพยาบาลนำร่องของโครงการ จากโรงพยาบาลนำร่องทั้งหมด 11 แห่ง โรงพยาบาลพานถือเป็นตัวอย่างของการประสบความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน สามารถแสดงผลของการเพิ่มค่าตอบแทนต่อประโยชน์ที่ประชาชนผู้รับบริการได้รับ รวมถึงรายรับของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากผลการทำงานที่เพิ่มขึ้น

นั้นหมายถึงประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้น และไม่เกิดความขัดแย้งในองค์กร โดยยังมีการปฏิบัติตามหลักการดังกล่าว อยู่จนถึงปัจจุบันนี้เป็นเวลานานมากกว่า 10 ปีแล้ว ดังนั้น โรงพยาบาลพานจึงถูกเลือกให้มาเป็นกรณีตัวอย่าง ของการบันทึกบทเรียนที่ดีของการจ่ายค่าตอบแทนกำลังคนหรือผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพตามผลการปฏิบัติงาน โดยจะเน้นในช่วงระยะเวลาของการวางแผนงานและใช้กรอบแนวคิดของธรรมาภิบาลมาทำการศึกษา ภายใต้ ความเชื่อว่า **“การวางแผนงานที่ดีภายใต้หลักธรรมาภิบาล ได้นำไปสู่ความสำเร็จในทางปฏิบัติ”** ซึ่งในบท นี้จะเป็นการสรุปบทเรียนของการวางแผนดำเนินงานการจ่ายค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานตามผลการทำงานของ โรงพยาบาลพาน ภายใต้กรอบแนวคิดของหลักธรรมาภิบาล

5.1 การมีส่วนร่วมและฉันทามติ (Legitimacy and voice)

พบว่า การวางแผนดำเนินงานของโครงการนี้ในโรงพยาบาลพาน มีส่วนร่วมของทุกฝ่ายตั้งแต่เริ่มต้น ภายหลังจากได้รับนโยบายเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว นายแพทย์จิรัชมิตรได้นำหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนแบบใหม่นี้มาใช้ในโรงพยาบาลพานในช่วงปลายปี พ.ศ.2546 ซึ่งก่อนหน้านี้ในช่วงที่คณะทำงานทำการศึกษาและจัดทำคู่มือหลักเกณฑ์การดำเนินงานนั้น ทุกครั้งที่นายแพทย์จิรัชมิตรกลับจากการประชุมร่วมกับคณะทำงานของกระทรวงฯ จะมีการให้ข้อมูลชี้แจงเพื่อทำ ความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพื่อเป็นการเตรียมการเจ้าหน้าที่ให้มี ความพร้อมและป้องกันการเกิดปัญหาอันเนื่องมาจากความไม่รู้หรือไม่เข้าใจของพวกเขา โดยหลักเกณฑ์การ จ่ายค่าตอบแทนแบบใหม่นี้จะมาในรูปแบบของการให้คะแนน แบ่งเป็นการให้คะแนนตามปริมาณงานและ คุณภาพของงาน เพื่อทดแทนการให้ค่าตอบแทนในรูปแบบเดิมที่เป็นการเหมาจ่าย โดยโรงพยาบาลพานได้ จัดตั้งคณะทำงานโครงการจ่ายค่าตอบแทนตามผลงานของโรงพยาบาลขึ้นโดยในช่วงแรกๆ ได้เลือกหัวหน้า หน่วยงาน และ/หรือตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ทั้งนี้ ได้มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ พยายามเลือกบุคคล ที่มีบุคลิกลักษณะเป็นคนที่กระตือรือร้นและมีคุณธรรมเข้าร่วมในคณะทำงานของโรงพยาบาลโดย นายแพทย์จิรัชมิตร กล่าวว่า

“สิ่งที่เราคิดในใจและคุยกันว่าคนที่ถูกคัดเลือกเข้ามาต้องเป็นคนที่มีความสูง คือให้ใช้เงินเป็น เครื่องมือ ไม่ใช่ใช้เงินเป็นสระณะ ตรงนี้มีการคัดเลือก... แต่แน่นอนว่า 1 คนต้องเป็นผู้บริหาร หมายถึงว่าเป็นหัวหน้าฝ่ายต่างๆ”

ซึ่งคณะทำงานของโรงพยาบาลได้เรียกรูปแบบการจ่ายเงินค่าตอบแทนแบบใหม่นี้ว่า “Work point payment system” หรือ “ระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามคะแนนงาน” แทนการเรียกว่า P4P เนื่องจากเห็น ว่าเป็นการจ่ายเงินตามคะแนนการทำงาน ซึ่งจะมีความหมายที่ตรงกับรูปแบบระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่ทาง โรงพยาบาลจัดทำขึ้นมากกว่าซึ่งการที่เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายของโรงพยาบาลมีตัวแทนเข้ามามีส่วนร่วมในการ

วางแผนงานโครงการนี้ตั้งแต่เริ่มต้นนั้น ถือเป็นเรื่องที่ดีและสอดคล้องตามกรอบแนวคิดของหลักธรรมาภิบาลที่ทุกฝ่ายของโรงพยาบาลเห็นพ้องต้องกันที่จะขานรับนโยบายการจ่ายค่าตอบแทนตามคะแนนงาน มีความยินดี และกระตือรือร้นที่จะช่วยกันวางแผนการดำเนินงานโครงการดังกล่าว โดยมีเป้าหมายหรือฉันทามติที่จะร่วมกันทำงานให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ซึ่งนอกจากจะทำให้ไม่มีผู้ใดมาคัดค้านการดำเนินงานแล้ว ยังทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันอีกด้วย

5.2 การมีวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ในการพัฒนา (Direction)

สำหรับโครงการจ่ายค่าตอบแทนตามคะแนนงานนั้น นายแพทย์จิรัชมพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แม้จะเป็นผู้ไปรับนโยบายดังกล่าวมาจากกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ไม่ได้รับหน้าที่เป็นหัวหน้าหรือประธานโครงการนี้ของโรงพยาบาลตนเองแต่อย่างใด แต่ได้มอบหมายให้คุณเรือนแก้ว คำหลวง พยาบาลอาวุโสของโรงพยาบาลพานทำหน้าที่เป็นหัวหน้าโครงการนี้ ทั้งนี้ นายแพทย์จิรัชมพร ได้รับหน้าที่เป็นที่ปรึกษาของโครงการดังกล่าวแทน อาจกล่าวได้ว่านายแพทย์จิรัชมพร ถือเป็น “ผู้นำ” ของโรงพยาบาลพาน เป็นผู้ที่มีวิสัยทัศน์ที่ดี เห็นถึงความเป็นไปได้ และความสำคัญของระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน โดยเชื่อว่าจะก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล จึงผลักดันให้มีการดำเนินงานตามโครงการ และถึงแม้จะไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้นำโครงการโดยตรง แต่ก็ได้มอบนโยบายและชี้แนะเป้าประสงค์ของการดำเนินงานที่ชัดเจนให้กับหัวหน้าโครงการ คือคุณเรือนแก้ว คำหลวง ให้รับไปดำเนินงานเองอย่างอิสระ โดยทำหน้าที่เป็นเพียงแต่ผู้ให้คำแนะนำและช่วยกำกับทิศทางของการทำงานอย่างเหมาะสม ซึ่งทำให้โครงการนี้ไม่มีกระแสต่อต้านและได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล เนื่องจากการได้รับโอกาสให้ร่วมกันคิดแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระโดยไม่รู้สึกว่าถูกควบคุมหรือกดดันจากผู้บริหาร ดังจะเห็นได้จากผู้ให้สัมภาษณ์ท่านหนึ่งกล่าวว่า

“จุดแข็งนี้ก็คือ พอตีแบบว่าตรงนี้คือผู้นำ เพราะว่า ผอ. นี่คือท่านเป็นคนที่เป็นต้นคิดในเรื่องของ work point แม้ในระดับกระทรวงตรงที่ว่า เออ...เอากิจกรรมมากำหนดเป็นแต้มงานลี มีการประกันขั้นต่าอย่างนี้ลี แล้วคิดระบบการจ่ายอะไรตรงนี้ขึ้นมา ท่านเป็นต้นคิดตรงนี้แล้วก็จิตวิทยาในการบริหาร เทคนิคในการบริหารท่านนี้สูงนะ”

ซึ่งการมองการไกลถึงประโยชน์ของการจ่ายค่าตอบแทนตามการทำงาน และการเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลช่วยกันวางแผนจัดทำรูปแบบการดำเนินงานเฉพาะที่เป็นของโรงพยาบาลพานอย่างอิสระ คณะทำงานทุกคนมีสิทธิ์ในการพูดคุยแสดงความคิดเห็น โดยไม่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลมานั่งคอยควบคุมกำกับเป็นยุทธศาสตร์การทำงานที่ตายตัว ที่ทำให้คณะทำงานหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรู้สึกถึงความเป็น

เจ้าของร่วมกัน และใช้ความคิดในการพัฒนารูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนดังกล่าวโดยอิสระที่เหมาะสมกับบริบทการทำงานที่เป็นรูปแบบเฉพาะของโรงพยาบาลพানได้เป็นอย่างดี

5.3 การตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างมีประสิทธิภาพ (Performance)

โรงพยาบาลพานได้แบ่งการให้คะแนนเพื่อการจ่ายค่าตอบแทนออกเป็น 2 ส่วน คือ ปริมาณงานและคุณภาพงาน เนื่องจากการจ่ายค่าตอบแทนปริมาณงานเป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน โดยมีวิธีคิด คือ หากมีผู้ป่วยเข้ารับบริการมาก ยิ่งทำให้ได้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น แต่ขณะเดียวกันต้องมีการจ่ายค่าตอบแทนโดยคิดจากการให้คะแนนในส่วนของคุณภาพงานด้วย ทั้งนี้ เพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพงานที่ทำ เพราะไม่เช่นนั้นงานที่ออกมาอาจมีแต่ปริมาณ แต่ขาดคุณภาพได้ ซึ่งโรงพยาบาลพานจะเปิดโอกาสให้แต่เจ้าหน้าที่แต่ละคนประเมินผลการทำงานของตนเองและส่งผลการประเมินไปให้หัวหน้าหน่วย จากนั้นหัวหน้าหน่วยจะส่งผลการประเมินดังกล่าวต่อไปยังคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากทุกหน่วยของโรงพยาบาลเข้าร่วมทำการประเมิน

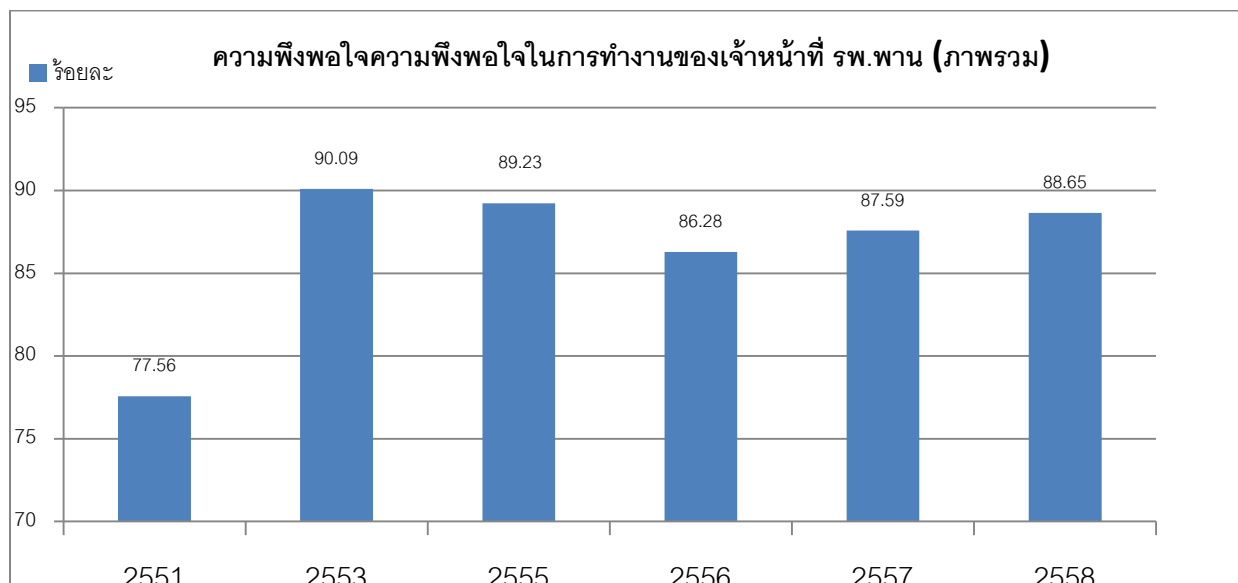
“ตอนนั้นสิ่งที่แกนนำจะทำอันดับแรกเลยคือการคิด calibrate point นั่นคือเอางานทุกอย่างมาแปลงเป็นคะแนนทั้งหมด แปลงจากไหน เราเริ่มต้นด้วยการให้เจ้าหน้าที่นี่ก็เป็นการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ระดับล่างว่าเราใช้ JD (job description) ของจริงคือคุณไปลิสต์มาเลยว่า วันๆ คุณทำอะไรบ้าง... เอาจ๊อบของจริงมาพูดกันเลย”

หลักเกณฑ์จ่ายค่าตอบแทนภายใต้แนวคิดที่ว่า “คนทำงานน้อยได้น้อย คนที่ทำมากได้มาก” พบว่าส่งผลดีต่อโรงพยาบาลพานมากกว่าระบบเดิมที่เป็นการจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย โดยพบว่าทำให้**ผู้ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้นมากขึ้น** ยกตัวอย่างเช่น ปกติเขาได้รับค่าอยู่เวร 600 บาท ถ้ามีคนไข้ 3 คนก็ได้เท่านี้ ถ้ามา 20 คนก็ได้เท่านี้ และเขาจะรู้สึกไม่ชอบเวลาคนไข้มากเนื่องจากรู้สึกเหนื่อย ประกอบกับเกิดความรู้สึกที่ว่าทำงานมากหรือน้อยก็ได้ค่าตอบแทน 600 บาทเท่ากัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการของเขาด้วย แต่เมื่อมีการปรับเปลี่ยนระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามคะแนนการทำงาน พบว่า ผลลัพธ์ที่ได้กลับเป็นตรงกันข้าม นั่นคือ เวลามีคนไข้มามาก เจ้าหน้าที่จะรู้สึกยิ่งชอบ เพราะเขาจะรู้ว่าจะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มมากขึ้น กล่าวได้ว่าสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานของเขามากขึ้นไปด้วย ขณะเดียวกัน**ผู้ป่วยหรือคนไข้ที่มารับบริการของโรงพยาบาลพานต่างรู้สึกพอใจเพราะรู้สึกว่าตนเองได้รับการใส่ใจและดูแลที่ดีขึ้นด้วย** นอกจากนี้สิ่งที่ตามมาคือประสิทธิภาพด้านกำลังคน โดยพบว่า แต่เดิมเคยรับคนเข้าทำงานเท่าไรก็ไม่พอ แต่เมื่อใช้วิธีการจ่ายค่าตอบแทนแบบนี้ เจ้าหน้าที่ที่ต่างรู้สึกว่าจะต้องมีคนทำงานเยอะก็ได้ เพราะเขายินดีทำงานเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากได้รับค่าตอบแทนมากขึ้น ซึ่งตรงนี้เป็นแรงจูงใจการทำงานที่เกิดขึ้นจากรูปแบบการจ่ายเงินตามคะแนนงาน ที่ต่างจากแบบเหมาจ่ายที่อาจทำให้เกิดการเกี่ยงงานกันได้

อย่างไรก็ตาม การจ่ายค่าตอบแทนรูปแบบนี้จะต้องมีการกำหนดเพดานการจ่ายเอาไว้ด้วย โดย นายแพทย์ธิษัมพร กล่าวว่า เนื่องจากรายได้ของโรงพยาบาลมาจากงบประมาณต่อหัวประชากร (เหมาจ่าย รายหัว) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หากไม่มีเพดานการจ่ายค่าตอบแทนเลย งบประมาณที่ได้อาจจะไม่เพียงพอ ซึ่งการกำหนดเพดานการจ่ายค่าตอบแทนนี้เป็นการควบคุมระบบไม่ให้ บิดเบี้ยว เพราะการจ่ายตามปริมาณงานเพียงอย่างเดียวอาจทำให้เกิดการจ่ายที่ไม่สิ้นสุดได้ และนอกจากนี้ อาจมีการใส่ตัวเลขปริมาณงานที่มากเกินไปจริงได้ ดังนั้นจึงต้องมีการกำหนดเพดาน เช่น หมอตรวจคนไข้ 1 คน ได้ 30 บาท ตรวจ 20 คนได้ 600 บาท โดยจะหยุดเพดานการจ่ายไว้ที่ 600 บาท หากมีคนไข้มาเกินกว่านี้ ปรับให้เป็นระบบเหมาจ่ายไป อาจกล่าวได้ว่าเป็นการนำ 2 ระบบ (การจ่ายตามปริมาณงานกับการเหมาจ่าย) มาประยุกต์รวมกัน ซึ่งในต่างประเทศก็พบว่ามีการใช้วิธีการแบบนี้เช่นเดียวกัน ดังนั้นสำหรับโรงพยาบาลพาน หลักการบริหารเบื้องต้น คือ จะต้องมีการประเมินรายได้โรงพยาบาลก่อน เพื่อดูว่ามีรายรับรายจ่ายเท่าไร เช่น ประเมินปีนี้มีรายรับ 100 ล้านบาท ตัดเป็นรายจ่าย 90 ล้านบาท ก็จะมีเงินคงเหลือ 10 ล้านบาทที่สามารถนำมาจ่ายเป็นค่าตอบแทนตามระบบนี้ได้ เป็นต้น โดยเงินจำนวน 10 ล้านบาทนี้ จะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรก 50% นำมาจ่ายเป็นค่าตอบแทนตามปริมาณงาน ส่วนที่สองอีก 30% หลังนำมาจ่ายเป็น ค่าตอบแทนเชิงคุณภาพ และที่เหลืออีก 20% จะเก็บไว้เป็นเงินลงทุนและสำรอง ซึ่งวิธีการแบบนี้จะทำให้ โรงพยาบาลอยู่ได้โดยไม่ขาดทุน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานก็ได้รับค่าตอบแทนตามคะแนนงานซึ่งทำให้เขาพึงพอใจและมีความสุขกับการทำงาน ซึ่งส่งผลดีต่อประชาชนเพราะเจ้าหน้าที่เต็มใจให้บริการแก่เขา

“...ตรงนี้น่าจะทำให้เกิดขวัญและกำลังใจ มันจะทำให้คนที่ไม่มีเวร ก็จะมีเวิร์คพ้อยท์ออก มันจะ เป็นขวัญและกำลังใจให้เจ้าหน้าที่อย่างมากเลยคะ ก็ถือว่าทีมผู้บริหารเป็นผู้ที่อนุญาตยอมรับเลยว่าเก่ง ที่ ให้ความสำคัญกับเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ก็ทำงานอย่างมีความสุข”

รูปภาพ 5.1 ผลการสำรวจความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพาน พ.ศ. 2551-2558



แหล่งข้อมูล: ฝ่ายวิชาการและประเมินผล โรงพยาบาล พาน

5.4 การมีความรับผิดชอบร่วมกัน โดยเป็นการทำงานที่โปร่งใส และตรวจสอบได้ (Accountability)

ดังที่ได้กล่าวเอาไว้แล้วตั้งแต่แรกว่า การคิดและดำเนินงานโครงการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการทำงานของโรงพยาบาลพานนั้น เกิดจากการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย และประการสำคัญอย่างยิ่งคือ Work point payment system ที่โรงพยาบาลพานนำมาใช้นั้น เป็นหลักเกณฑ์ที่ใช้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนทุกฝ่ายในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นอยู่ในส่วนใด ไม่ว่าจะเป็นวิชาชีพแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหาร (Back office) หรือฝ่ายวิชาการ และยังเป็นความคิดอย่างครอบคลุมทุกการทำงานใน 24 ชั่วโมง ทุกสถานที่ ไม่จำเป็นต้องเป็นในโรงพยาบาลเท่านั้น เช่น การไปออกหน่วยหรือการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกนอกสถานที่ เป็นต้น ซึ่งการทำงานทั้งหมดสามารถนำมาคิดเป็นผลงานได้ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังสามารถเพิ่มรายละเอียดของค่าตอบแทนเพื่อเป็นการตอบสนองต่อนโยบายเฉพาะของโรงพยาบาลเองได้อีกด้วย ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพนำซ่อม ก็สามารถเพิ่มคะแนนพิเศษให้กับคนที่ทำงานเหล่านี้ได้ ซึ่งจะ使得ทุกคนตั้งใจมุ่งมั่นทำงานตามนโยบายของโรงพยาบาล เช่น ทันตแพทย์แต่เดิมอาจทำหน้าที่แค่รักษาฟันในโรงพยาบาล แต่เมื่อมีนโยบายสร้างนำซ่อมก็เพิ่มการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการออกไปทำงานเคลือบหลุมร่องฟันป้องกันฟันผุให้เด็กนักเรียนในโรงเรียนต่างๆ เป็นต้น

ดังนั้น เจ้าหน้าที่ทุกคนจึงมีส่วนร่วมในการจดยละเอียดงานที่ทำ เพื่อคำนวณเป็นแต้มคะแนนทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากนั้นหัวหน้าหน่วยจะเป็นผู้รวบรวมส่งให้คณะทำงานที่มีตัวแทนจากทุกส่วน โดยจะมีการเปรียบเทียบแต้มของแต่ละกลุ่ม ซึ่งยอมรับว่าในช่วงแรกมีบางกลุ่มบางฝ่ายให้แต้มตัวเองมากเกินไป

บ้าง น้อยไปบ้าง ต้องค่อยๆ ปรับกันไปให้เกิดความเหมาะสม แต่ยอมรับว่าด้วยระบบนี้ทำให้เกิดการพัฒนาบุคลากรมากยิ่งขึ้นด้วย เพราะเจ้าหน้าที่แต่ละคนจะรู้ว่าวันนี้ได้ทำงานอะไรไปบ้างและต้องเพิ่มเติมหรือแก้ไขที่จุดใดบ้างเพื่อเป็นการพัฒนาตนเอง

“ผลงานมันตามตัวคุณเนาะ นอกจากได้การประเมินผล ได้การพัฒนาตัวเอง เอาข้อมูลมาพัฒนาตัวเองเสร็จมันจะรู้สึกว่ามันเป็นผลงานที่เราภูมิใจเพราะ 1. เราทำด้วยตัวเองด้วยน้ำพักน้ำแรง 2. คนอื่นแย่งผลงานเราไม่ได้ แต่เบื้องหลังของตรงนี้ก็ถือว่าจะต้องออกแบบให้เก็บเองนะ เก็บของตัวเอง ไม่ใช่คนอื่นเก็บให้”

ทั้งนี้ โรงพยาบาลพานได้มีการเปิดเผยคะแนนผลการทำงานให้สมาชิกทุกคนในหน่วยงานรับทราบกันโดยทั่วกัน ซึ่งมีผลดี คือ ทำให้เกิดการรับรู้และปรับตัวในการทำงานของตนเอง

“เปิดเผยคือหมายความว่า เราไม่เคยมีความลับ คือที่การเงินจะมีเลยถ้าคุณสงสัยคุณเปิดดูได้ คือคุณมาขอดูได้เลย ไม่ได้เป็นความลับอะไรเลย ว่าใครทำงานเท่าไร แรกๆ ก็เหมือนเป็นโทษนะ ที่ผมเรียนคือว่า ใหม่ๆ ก็เกิดการพูดตรงๆ ว่าเหมือนอิจฉานะ ว่าทำไมคนนั้นได้มากคนนี้ได้น้อย แบบนี้ แต่เราก็บอกยินดีให้ดูเพราะเราคิดว่ามันจะเกิดการ calibrate และปรับตัวเอง”

“อย่างหนูอยู่ในตึกนะคะ มันก็จะมีย่างคนที่ทำงานเยอะกว่า เราจะเห็นความแตกต่างจากการสรุปแต่ละเดือน เพราะ Miss work point (เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่สรุปผลงานของทุกคนในหน่วยงานของตนเอง) จะสรุปและให้เราเซ็นรับทราบ ว่าเราได้เดือนนี้เท่านี้”

5.5 การมีความยุติธรรม เคารพต่อกฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (Fairness)

การจ่ายค่าตอบแทนตามคะแนนงานของโรงพยาบาลพานค่อนข้างมีความยุติธรรม และมีกฎระเบียบวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน กล่าวคือ

(1) ค่าคะแนนของเจ้าหน้าที่ทุกระดับมีค่าเท่ากัน ดังนั้น ข้อขัดแย้งระหว่างวิชาชีพภายในโรงพยาบาลพานจึงแทบจะไม่มีให้เห็น โดยเจ้าหน้าที่ท่านหนึ่งได้อธิบายว่า

“คือจุดดีของเราเนี่ย ก็คือเราทำนี้เราทำทุกวิชาชีพแล้วรวมเป็นถ้วยเดียวกัน 1 แตรัมของหมอกับหนึ่งแตรัมของคนงานเนี่ยถ้าเป็นเงินเท่ากัน สมมติเดือนนี้ 1 แตรัมเท่ากับ 1.50 สตางค์ แพทย์ก็ได้แตรัมละ 1.50 สตางค์ คนงานก็ได้แตรัมละ 1.50 สตางค์เท่ากัน แต่จำนวนแตรัมของหมอกจะเยอะกว่าคนงานก็แล้วแต่ว่าจะมากจะน้อยกันนั้น คือเรารวมเป็นถ้วยเดียว แต่ว่าอย่างโรงพยาบาลอื่นที่ทำนี้บางทีก็แยกถ้วย แล้วดีของแพทย์มาก่อน...”

(2) มีการตรวจสอบคะแนนอย่างเป็นระบบ คือ การตรวจกันเองภายในหน่วยงานก่อน จากนั้นจึงมีการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่หน่วยบริหารกลางอีกครั้ง โดยถ้าเห็นว่ามีความผิดปกติที่หน่วยบริการใดจะมีการส่ง “ทีมนวล (soft)” คือ ทีมที่ค่อนข้างประนีประนอมและมีความนุ่มนวล เข้าไปตรวจสอบการปฏิบัติงานก่อน และนอกจากนี้ ภายหลังจากดำเนินการจ่ายค่าตอบแทนไปแล้วก็จะมีการขอหลักฐานรับรองการปฏิบัติงานของเขาด้วย

“มันก็จะมีกรรมการตรวจสอบ ตรวจสอบด้านแรกก็คือ โอเคแต่ฉันใช้เวลาคุณส่งเนี่ยหัวหน้างานของคุณต้องเซ็นรับรองมาก่อนใช้ไหมคะ มันก็จะเกิดการซ้ำเลื้อยดูกันภายในหน่วยงานของเขาเอง (หัวเราะ) เพราะเงินมันก้อนเดียวกันเนาะ แล้วพอศูนย์คุณภาพเป็นผู้รวบรวม ...ก็ต้องมาควิกสแกน (quick scan) ก่อนดูความเคลื่อนไหวว่าโอเค เดือนนี้มันไปโป่งตรงไหนมากหรือเปล่าสมมติไปโป่งตรงตึกหญิงอย่างนี้ คนใช้ตึกหญิงเยอะหรือเปล่านั้นจะคะอันนี้ตรวจสอบชั้นหนึ่ง และหลังจากนั้นก็โอเคเราจะมีการตรวจสอบโดยระบบอีกทีก็คือ พอจ่ายเงินแล้วเนี่ยผลงานของแต่ละเดือนแล้วก็ส่งให้กรรมการตรวจไปตรวจอย่างนี้ อันนี้เขาก็จะขอหลักฐานหลักฐานกันคือเข้ม”

นอกจากนี้ ยังมีการปรับเปลี่ยนแต้มคะแนนหรือผลการปฏิบัติงานไปตามภาระงานที่เปลี่ยนแปลงไปของเจ้าหน้าที่อย่างเป็นระบบและเป็นธรรมกับทุกฝ่าย

“มันจะมีคณะกรรมการตรวจสอบแต้มที่ไขว่กันตรวจ ทุกหน่วยจะเป็นตัวแทนในคณะกรรมการตรวจสอบด้วย จะไขว่กันตรวจทีละสามเดือนก็เอาเข้าคณะกรรมการ แล้วอย่างคุณเรือนแก้วเป็นกรรมการ ก็อาจจะตัดสินใจได้ ถ้าไม่ได้ก็เอาเข้าคณะกรรมการตรวจสอบ ตรวจแล้วก็เอามาปรับ บางเรื่อง เช่น ถ้าต้องมีการปรับแต้มเยอะเกินไปก็จะเอาเข้าทีมนำเวิร์คพ้อยท์อีกทีหนึ่ง เพื่อเพิ่มเติม หรือลดแต้ม”

ตาราง 5.1 สรุปผลการวิเคราะห์ระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามคะแนนงานของโรงพยาบาลพানเปรียบเทียบ กับหลักธรรมาภิบาล

หลักการของธรรมาภิบาล	สิ่งที่โรงพยาบาลพานทำ
1. การมีส่วนร่วมและฉันทามติ (Legitimacy and Voice)	- มีการคัดเลือกตัวแทนจากทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในคณะทำงานของโรงพยาบาล - เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดคะแนนจากการทำงานจริงของตนเอง
2. การมีผู้นำที่ดีและมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน	- มีผู้นำที่มอบนโยบายการทำงาน โดยระบุเป้าหมายที่ต้องการอย่างชัดเจน

หลักการของธรรมาภิบาล	สิ่งที่โรงพยาบาลพนาท่า
(Direction)	เปิดโอกาสให้มีการทำงานอย่างอิสระ แต่คอยติดตาม ให้คำแนะนำและกำกับทิศทางให้เป็นไปตามเป้าหมาย
3. การตอบสนองความต้องการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประสิทธิภาพของการดำเนินงาน (Performance)	- คนทำงานมีความพึงพอใจในการทำงานเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (จาก 77.6% ในปี พ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 88.7% ในปีพ.ศ. 2558) - มีเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการถึงการได้รับบริการที่กระตือรือร้นจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพนา - แนวโน้มคะแนนการทำงาน (work point) เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นับตั้งแต่เริ่มมีโครงการนี้มาจนถึงปัจจุบัน
4. การมีความรับผิดชอบร่วมกันในการทำงาน โปร่งใส และตรวจสอบได้ (Accountability)	- มีการเปิดเผยข้อมูลการให้คะแนนหรือผลการปฏิบัติงานให้รับทราบโดยทั่วกัน ทุกเดือน - สามารถตรวจสอบหลักฐานการจ่ายค่าตอบแทนกับเจ้าหน้าที่การเงินได้
5. การมีความยุติธรรม และเคารพต่อกฎระเบียบ (Fairness)	- งานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับมีความสำคัญ โดยให้ค่าของแต้มคะแนนเท่าๆ กัน แต่อาจจะมีแตกต่างในเรื่องของภาระรับผิดชอบ เช่น แพทย์อาจมีความรับผิดชอบมากกว่าในบางกรณี ซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายยอมรับได้ โดยไม่มีการต่อต้านหรือร้องเรียนเรื่องความเหลื่อมล้ำระหว่างวิชาชีพเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลพนา - มีระบบการตรวจสอบอย่างเป็นระบบเช่น เริ่มจากการประเมินตนเอง ตรวจสอบจากหัวหน้างาน การ cross check ระหว่างหน่วยงาน และการตรวจสอบจากทีมบริหารกลาง - เปิดโอกาสให้แก้ไขระบบการให้คะแนนตามภาระงานที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีคณะทำงานร่วมกันพิจารณาอย่างเป็นธรรม

กล่าวโดยสรุป ระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามคะแนนงานของโรงพยาบาลพามมีจุดเด่น คือ ค่อนข้างครบทุกองค์ประกอบสำคัญของ ธรรมาภิบาล (Good governance) จะเห็นได้ว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการตั้งแต่เริ่มต้น ได้คิดคะแนนงานของตนเอง มีตัวแทนจากทุกฝ่ายเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มแกนนำหรือคณะทำงานของโรงพยาบาล ประกอบกับการมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาที่เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่มีการคิดดำเนินโครงการนี้อย่างเป็นอิสระ สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของการทำงานในโรงพยาบาล ถึงแม้จะมีเสียงบ่นบ้างในระยะแรกๆ แต่ก็ไม่พบว่ามี การต่อต้านอย่างรุนแรง ทุกขั้นตอนเกิดจากการสมัครใจ และเป็นฉันทามติของทุกฝ่าย นอกจากนี้ยังมีระบบการตรวจสอบการทำงานอย่างเป็นระบบและเป็นธรรม มีการเปิดเผยข้อมูลให้ทุกฝ่ายรับทราบอย่างโปร่งใส และมีกระบวนการรับฟังและให้โอกาสในการปรับเปลี่ยนระบบการให้คะแนนให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา รวมไปถึงจนถึงการเพิ่มคะแนนงานให้กับงานบางอย่างที่เป็นการตอบสนองนโยบายเฉพาะของโรงพยาบาลอีกด้วย ซึ่งระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามคะแนนงานของโรงพยาบาลพามมีแนวโน้มที่ดี และอาจกล่าวได้ว่าเป็นระบบหรือวัฒนธรรมองค์กรที่ยั่งยืนแล้ว มีการจัดมหกรรมเวิร์คช็อปครบรอบ 5 ปี และ 10 ปี ซึ่งนอกจากจะเป็นการเฉลิมฉลองหรือตอกย้ำความสำเร็จของโครงการแล้ว ยังเป็นการกระตุ้นเตือนให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญ เรียนรู้ปรับปรุง และพัฒนาการทำงานของพวกเขาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ความเชื่อมโยงปัจจัยความสำเร็จของโรงพยาบาลพามกับข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานในระดับประเทศ

1. การบริหารจัดการเรื่องค่าตอบแทนตามผลงานของโรงพยาบาลพามที่ประสบความสำเร็จนั้น เกิดขึ้นจากการทำงานของคณะกรรมการ 2 ชุด และทั้ง 2 ชุดมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างครบถ้วน โดยชุดที่ 1 เป็นคณะกรรมการระดับทำงาน และชุดที่ 2 เป็นคณะกรรมการที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในระดับประเทศ ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการทั้ง 2 รูปแบบที่เสนอแนะไว้ในตอนท้ายบทที่ 4 นั้น มีแนวโน้มที่ประสบความสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น หากใช้แนวทางในลักษณะที่คล้ายคลึงกันนี้ คือ มี authority board และ secretary board หรือคณะทำงานที่มีภาคีเครือข่ายอย่างครบถ้วนเข้ามาร่วมกันขับเคลื่อนงานอย่างเป็นรูปธรรมด้วย
2. โรงพยาบาลพามมีการสื่อสารสองทาง (two-way communication) ระหว่างผู้บริหารและปฏิบัติงาน หรือระหว่างคณะทำงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างสม่ำเสมอ และผลจากการสื่อสารที่ดีทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีความเชื่อมั่นในเรื่องความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ จึงทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องการต่อต้านหรือไม่ยอมรับวิธีการดำเนินงาน ดังนั้น การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในระดับประเทศ ควรจะต้องพัฒนากลไกการสื่อสารแบบสองทางให้เกิดเชื่อมโยงและเข้าใจกันอย่างถ่องแท้ระหว่างคณะทำงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

3. การคัดเลือกคณะทำงานระดับปฏิบัติการของโรงพยาบาลพาน มีส่วนสำคัญทำให้งานประสบความสำเร็จ เนื่องจาก การคัดเลือกผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานที่เหมาะสม โดยมองทั้งความสามารถและความตั้งใจในการทำงาน ดังนั้น ในการทำงานระดับประเทศ จึงควรให้ความสำคัญกับกระบวนการสรรหาและคัดเลือกผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน ตั้งแต่คุณสมบัติที่ต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจในงานนั้นๆ ไปจนถึงการเป็นตัวแทนที่ได้รับการยอมรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำต้องเป็นผู้มีวิสัยทัศน์กว้างไกล และได้รับการยอมรับจากสมาชิกท่านอื่นๆ นอกจากนี้ ต้องทำความเข้าใจกับสมาชิกหรือตัวแทนที่เข้ามีส่วนร่วมทุกท่านว่า การเป็นตัวแทนเข้ามาทำงานไม่ได้หมายถึงการมาปกป้องผลประโยชน์ส่วนตัว แต่หมายถึง การนำมุมมอง แนวคิดจากหน่วยงาน องค์กร หรือภาคส่วนที่ตนเองสังกัดอยู่มาแลกเปลี่ยน เป็นข้อมูลนำเข้าในการประกอบการพิจารณาแก้ไขปัญหาอย่างรอบด้าน ดังนั้น การทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และการกล้าที่จะให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนร่วมโดยแท้จริง จึงเป็นคุณสมบัติที่สำคัญอย่างยิ่งของผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน
4. โรงพยาบาลพาน มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งในส่วนของผู้บริหารที่โรงพยาบาล และผู้มารับบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งการดำเนินงานให้เกิด “ประสิทธิภาพ” ถือเป็นหลักการที่สำคัญหนึ่งใน 5 หลักการของกรอบธรรมาภิบาลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้น ในการดำเนินงานในระดับประเทศที่ยึดหลักธรรมาภิบาลนั้น ต้องมุ่งหวังให้เกิดประสิทธิภาพของการทำงาน ซึ่งจะรู้ได้ด้วยการสร้างกลไกการติดตามและประเมินผลอยู่เป็นระยะ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงประสิทธิภาพของการทำงานอย่างต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งๆ ขึ้นไป

บทที่ 6 กรณีศึกษาที่ 2: ธรรมาภิบาลกับโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

เพื่อให้เกิดความเข้าใจหลักการธรรมาภิบาลอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น การศึกษานี้ได้เลือกโครงการในระดับประเทศอีกโครงการหนึ่งมาเป็นกรณีศึกษา ซึ่งเป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการผลิตกำลังคนแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนและการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมของแพทย์ในประเทศไทย คือ “โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท” (Collaborative project to increase production of rural doctor; CPIRD) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มให้มีโครงการ CPIRD ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2537 ทั้งนี้ เนื่องจากประเทศไทยในขณะนั้นเกิดวิกฤตการณ์แพทย์สมองไหล (Brain drain) คือ แพทย์ลาออกจากภาครัฐไปทำงานเอกชน และลาออกเพื่อเดินทางไปทำงานในต่างประเทศเป็นจำนวนมาก ประกอบกับปัญหาของการกระจายตัวอย่างไม่เหมาะสม กล่าวคือ แพทย์ส่วนใหญ่จะทำงานอยู่ในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท เกิดการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบท และทำให้ประชาชนในชนบทไม่ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง ตามความต้องการจำเป็นของพวกเขา ดังนั้น จึงได้มีการจัดทำโครงการนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มอัตราการผลิตแพทย์ให้มีจำนวนที่เพียงพอ และสามารถไปทำงานในเขตพื้นที่ชนบทที่มีความขาดแคลนตามความต้องการของประชาชนได้ ซึ่งโครงการนี้เกิดขึ้นภายใต้แนวคิดที่ว่า มีการคัดเลือกนักเรียนจากชนบท ให้เขาได้ศึกษาวิชาชีพแพทย์ในเขตภูมิภาคของตน แล้วกลับไปทำงานที่บ้านเกิดของตนเอง (rural recruitment, local training, and hometown placement) ซึ่งถือเป็นกลวิธีหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมการคงอยู่ของแพทย์ในเขตพื้นที่ชนบท โดยโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทนี้เป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงศึกษาธิการ เพื่อให้มหาวิทยาลัยในเขตภูมิภาคที่ขาดแคลนแพทย์เข้าร่วมเป็นแหล่งผลิตแพทย์ให้แก่พื้นที่ชนบทในเขตภูมิภาค โดยเริ่มรับนักศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2538 เป็นต้นไป และเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ใน พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดตั้ง “สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.)” เพื่อรับผิดชอบโครงการดังกล่าว ซึ่งสำนักงานนี้มีฐานะเทียบเท่ากองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นักเรียนในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อกำหนดของมหาวิทยาลัยที่เข้าร่วมเป็นแหล่งผลิตจะได้รับการทดสอบและคัดเลือก โดยทบวงมหาวิทยาลัยมีส่วนร่วมในระดับจังหวัดให้เข้ารับการศึกษาวินิจฉัยแพทย์ด้วยหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาขึ้นจากฐานแนวคิดการศึกษาที่ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก โดยนักศึกษาจะเข้ารับการศึกษาระดับ pre-clinic (ปี 1-3) ในมหาวิทยาลัยที่ตั้งอยู่ทั้งในส่วนกลาง และที่ตั้งอยู่ ณ ภูมิภาคนั้น จากนั้นจะเข้ารับการศึกษาระดับ clinic (ปี 4-6) ในศูนย์แพทยศาสตรศึกษาซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ที่มีความพร้อม และตั้งอยู่ ณ จังหวัดของพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ นอกจากนี้ ยังมีเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอที่จะ

รองรับการฝึกงาน หลังจากนั้นเมื่อจบการศึกษา บัณฑิตแพทย์เหล่านี้จะต้องกลับไปทำงานยังพื้นที่ที่คัดเลือกตนมาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี ทั้งนี้ มีการทำสัญญาและเป็นข้อกำหนดผูกพันให้บัณฑิตแพทย์กลับไปทำงานในพื้นที่ดังกล่าว (กรณีที่ไม่ปฏิบัติตามสัญญาจะต้องชดใช้ทุนเป็นเงิน 400,000 บาท) ซึ่งวิธีนี้เป็นเสมือนสะพานเชื่อมให้บัณฑิตแพทย์สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เนื่องจากอุปสรรคในเรื่องความแปลกแยกแตกต่างของศาสนา ภาษาถิ่น วิถีชีวิตและวัฒนธรรมได้ถูกกำจัดออกไปตั้งแต่ทางเข้าสู่ระบบ นำส่งกำลังคน และบัณฑิตแพทย์เหล่านี้น่าจะคงอยู่ในระบบได้นาน เนื่องจากปัจจัยด้านแรงจูงใจภายใน (internal motivation) คือ การก่อให้เกิดความคุ้นเคยและผูกพันกับการดูแลรักษาและแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชน รวมถึงสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในชนบทนั้นได้มีการสนับสนุนให้เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการศึกษาวิชาชีพแพทย์ภายใต้โครงการนี้

6.1 การมีส่วนร่วมและฉันทามติ (Legitimacy and voice)

การวางแผนการดำเนินโครงการ CPIRD ตั้งแต่ในระยะแรกนั้น แม้ดูเหมือนว่าโดยหลักการแล้วจะเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข (ผู้ใช้) และกระทรวงศึกษาธิการ (ผู้ผลิต) แต่ก็พบว่าผู้เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียหลักอื่นๆ ได้เข้ามามีบทบาทในโครงการด้วยเช่นกัน ได้แก่ ผู้ใช้ในระดับท้องถิ่น คือ สาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลต่างๆ ที่ขาดแคลนแพทย์ สถาบันร่วมผลิตแพทย์ในระดับภูมิภาค คือ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาต่างๆ และการเข้ามามีส่วนร่วมของสภาวิชาชีพแพทย์ที่ให้การรับรองหลักสูตรการผลิตแพทย์ในโครงการ (regulator) โดยผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีบทบาทในสำคัญในตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโครงการกล่าวว่า

“เราไม่ได้ top down ลงไป เราเป็น bottom up ตั้งแต่ระดับพื้นที่ เราไม่ได้ทำแผนที่เดียวทั้งประเทศ เราทำไปตามภูมิภาค ผมต้องเดินสายไปทุกภูมิภาค แล้วค่อยมารวมกัน รวมกันเสร็จก็เข้ามาในกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ให้เขารับรอง และที่สำคัญต้องถูกรับรองโดย แพทยสภา ไม่งั้นแพทย์เหล่านี้ จบมาก็ไม่ได้ license”

นอกจากนี้ ผู้เข้ามามีส่วนร่วมยังรวมไปจนถึงสำนักงานงบประมาณที่ดูแลด้านการเงินการคลังของประเทศ และคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดหากรอบอัตราค่าจ้างที่ต้องสอดคล้องกับอัตราการผลิตแพทย์ที่เพิ่มขึ้นด้วย

“มาตั้งแต่ผู้ใช้ท้องถิ่นก็คือ สสจ. โรงพยาบาลต่างๆ ตั้งแต่ต้น... หลังจากนั้นมาก็เข้าแพทยสภาเสร็จแล้วไปรัฐบาล ...ก็คือกระทรวงสาธารณสุขนำเข้า รัฐบาลก็ต้องไป stakeholders ที่เกี่ยวข้อง เพราะ

มีเรื่องการเงิน.... แล้วภพก็ต้องมา โอ มัย ปีนี้ เราจะมีแพทย์ เท่านี้คน เข้าเรียนปีนี้ จบ ปีนั้น ภพ. ก็ ต้องเตรียมอัตรา”

6.2 การวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน (Direction)

ในการริเริ่มโครงการ CPIRD นั้น อาจกล่าวได้ว่าผู้นำหรือผู้ริเริ่มให้เกิดโครงการนี้ได้เป็นตัวบุคคลที่ชัดเจนแต่เป็นความร่วมมือกันอย่างเข้มแข็งระหว่าง ผู้ใช้ กับ ผู้ผลิต โดยการสนับสนุนจากคณะรัฐมนตรีในสมัยนั้น โดยผู้ใช้ คือ ผู้ต้องการกำลังคนแพทย์เพื่อการพัฒนาสุขภาพของประเทศ นั่นก็คือ กระทรวงสาธารณสุข ส่วนผู้ผลิต คือ ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงศึกษาธิการ **โดยมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกัน** คือ การเพิ่มจำนวนแพทย์และการกระจายของแพทย์ไปยังเขตพื้นที่ชนบท ขณะเดียวกันก็เป็นการเพิ่มโอกาสทางการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์แก่นักเรียนในชนบท ซึ่งถือเป็นปัจจัยส่งเสริมที่จะเพิ่มโอกาสหรือความเป็นไปได้ในการกลับไปประกอบอาชีพรับใช้ประชาชนในภูมิภาคของตนเองภายหลังจบการศึกษา

“มีการคุยกันว่าถ้าเราจะทำให้แพทย์อยู่ยาว มันมีวิธีการอื่นๆ ใหม นอกเหนือจากการให้ค่าตอบแทน หรืออะไรต่างๆ ตรงนี้ค่ะ มันก็เลยมีกระบวนการเรื่องของการเอาเด็กพื้นที่เข้ามาเรียน ก็หวังว่าเมื่อเด็กกลับไปพื้นที่ตัวเองแล้วจะอยู่ยาวมากขึ้น”

ซึ่งแผนการผลิตแพทย์ตามมติคณะรัฐมนตรี มีดังนี้

1. ผลิตแพทย์ตามโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท พ.ศ.2538 – 2549 ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อ 7 มิถุนายน 2537 โดยมีเป้าหมายรับนักศึกษาแพทย์ในช่วงปีการศึกษา 2538 กับ 2549 จำนวน 3,000 คน ซึ่งจะได้ผลผลิตแพทย์ ตั้งแต่ปี 2544 ถึง ปี 2555 รวม 3,000 คน

2. ผลิตแพทย์ตามโครงการเร่งรัดการผลิตแพทย์ ของโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท พ.ศ.2547– 2556 ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อ 15 มิถุนายน 2547 โดยมีเป้าหมายรับนักศึกษาแพทย์ ในช่วงปีการศึกษา 2547– 2556 จำนวน 3,807 คน ซึ่งจะได้ผลผลิตแพทย์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 ถึงปี พ.ศ.2562 รวม 3,807 คน

6.3 การตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างมีประสิทธิภาพ (Performance)

เพื่อให้โครงการบรรลุวัตถุประสงค์ทั้งจำนวนและการกระจายที่เหมาะสม ทางฝ่ายผู้ใช้คือ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดที่ขาดแคลนแพทย์ จะทำหน้าที่ในการระบุจำนวนและความต้องการแพทย์ในพื้นที่ ซึ่งถือเป็นการกำหนดพื้นที่การรับนักศึกษาและโควตาจังหวัด

ของแต่ละเครือข่ายการผลิตด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการกระจายโดยใช้ข้อมูลการกระจายแพทย์ตามระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เข้ามาร่วมพิจารณา ในขณะที่ผู้ผลิตทำหน้าที่ในการผลิตกำลังแพทย์ให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมหาวิทยาลัยที่เป็นแหล่งผลิตมีวิธีคัดเลือกนักเรียนเข้าสู่โครงการอย่างเป็นมาตรฐาน โดยจะวิธีสอบวัดความรู้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการเข้าศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ ร่วมกับการสัมภาษณ์ และการสังเกตพฤติกรรม เมื่อนักเรียนผ่านกระบวนการคัดเลือกเข้ามาสู่ระบบการศึกษาแล้ว มหาวิทยาลัยและศูนย์แพทยศาสตรศึกษา รวมถึงแหล่งฝึกนักศึกษาแพทย์ก็จะรับผิดชอบเรื่องการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ และที่สำคัญคือ การบรรจุ community base practice ให้แก่นักศึกษาแพทย์ เพื่อเปิดโอกาสให้เขาได้เรียนรู้ มีประสบการณ์ตรง และมีความคุ้นเคยกับระบบบริการสุขภาพ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และ/หรือสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในชนบท

เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการ CPIRD นับตั้งแต่เริ่มรับนักศึกษาเมื่อ ปีพ.ศ. 2538 จนถึงขณะนี้เป็นเวลา รวม 20 ปีแล้ว พบว่า กำลังแพทย์ที่ผลิตภายใต้โครงการนี้ ถือได้ว่าประสบความสำเร็จในการตอบสนองการแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพเรื่องความขาดแคลนแพทย์และการกระจายแพทย์สู่พื้นที่ชนบทได้อย่างเป็นที่น่าพอใจ ได้แก่

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท ผลการเปรียบเทียบทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 ปี พ.ศ. 2550 พบว่า นักศึกษาแพทย์ที่คัดเลือกด้วยระบบ CPIRD และ One District One Doctor (ODOD) มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานในชนบทสูงกว่านักศึกษาที่คัดเลือกโดยระบบปกติ (Entrance และ Quota) อย่างชัดเจน โดยพวกเขาเห็นว่า ผู้ร่วมงานมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันมากกว่า บรรยากาศของการทำงานมีความเป็นมิตร และมีความเป็นกันเองสูง เป็นต้น⁽⁴²⁾

การคงอยู่ในพื้นที่ชนบท ผลการประเมินผลผลิตบัณฑิตแพทย์ในโครงการรุ่นที่ 1-8 จำนวน 1,402 คน จากเป้าหมายการผลิตเมื่อสิ้นสุดโครงการในปี 2556 รวมทั้งสิ้น 14,457 คน พบว่า โครงการนี้ได้ผลิตแพทย์ให้คงอยู่ในระบบของกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 70 ซึ่งมากกว่าการคงอยู่ของแพทย์ระบบปกติ โดยร้อยละ 32 คงอยู่ในชุมชน ร้อยละ 6.2 คงอยู่ในรพศ./ รพท. ร้อยละ 30 อยู่ระหว่างการศึกษาต่อ ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งเลือกต้นสังกัดโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแสดงว่าเมื่อพวกเขาจบการศึกษาจะมีแพทย์กลับไปทำงานโรงพยาบาลชุมชนในเขตชนบทเพิ่มมากขึ้น โดยคาดว่าจะมีแพทย์คงอยู่ในชุมชนประมาณร้อยละ 45⁽⁴³⁾

แม้โครงการ CPIRD จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างมีประสิทธิภาพในระดับที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตาม พบว่ามีความท้าทายหรือประเด็นปัญหาบางอย่างที่ต้องการการปรับปรุงและพัฒนา ซึ่งได้แก่

1) แนวโน้มการคงอยู่ในชนบทของแพทย์ CPIRD ลดลงใกล้เคียงกับกลุ่มแพทย์ระบบปกติ แม้จะพบว่าการคงอยู่ในชนบทโดยการทำงานชดใช้ทุนครบ 3 ปีของแพทย์ CPIRD (83.02%) จะสูงกว่าแพทย์ที่ผลิตตามปกติ (52.04%) แต่เมื่อวิเคราะห์แนวโน้มของการคงอยู่แล้ว (Hazard ratio) กลับพบว่า แนวโน้มการคงอยู่ในชนบทของแพทย์ CPIRD ลดลงใกล้เคียงกับกลุ่มแพทย์ระบบปกติมากขึ้น โดยพบว่าแพทย์ระบบปกติ มีการย้ายที่ทำงานหรือออกจากชุมชน 1.2 เท่าของแพทย์โครงการ CPIRD ซึ่งถือว่ามีความใกล้เคียงกันมาก ^{(43) (37)}

2) การกระจายโอกาสเข้าสู่การศึกษาแพทย์ให้แก่เด็กชนบทอย่างแท้จริง วัตถุประสงค์หนึ่งของโครงการ คือ การเพิ่มโอกาสให้กับนักเรียนในพื้นที่ชนบท แต่ในทางปฏิบัติพบว่ากระบวนการคัดเลือกนักเรียนเข้าสู่โครงการนี้ยังมีข้อจำกัด โดยพบว่า ในบางจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาหรือจังหวัดขนาดใหญ่ได้รับโควตาจำนวนมาก และในจังหวัดที่มีความขาดแคลนและห่างไกลความเจริญ แม้จะได้รับโควตา แต่นักเรียนในพื้นที่นั้นไม่สามารถผ่านการคัดเลือกเข้ามาศึกษาได้ จึงจำเป็นต้องยกโควตาให้แก่จังหวัดอื่น นอกจากนี้ยังพบว่า แม้สัดส่วนเด็กที่มีภูมิลำเนาอำเภอเมืองและต่างอำเภอจะมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน 107:109 แต่จำนวนเด็กที่มีภูมิลำเนาต่างอำเภอจำนวน 109 คน จบการศึกษาระดับมัธยมปลายที่โรงเรียนต่างอำเภอเพียง 38 คนเท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การกระจายโอกาสไปยังเด็กนักเรียนที่มีภูมิลำเนาในชนบทที่แท้จริงภายใต้โครงการนี้นั้นยังไม่ทั่วถึง ⁽⁴³⁾

3) การติดตามควบคุมคุณภาพศูนย์แพทยศาสตรศึกษาในส่วนภูมิภาคให้ได้ตามมาตรฐาน เนื่องจากการผลิตแพทย์ภายใต้โครงการนี้ ต้องอาศัยแหล่งผลิตในระดับพื้นที่ ดังนั้น นอกเหนือจากมหาวิทยาลัยที่เข้าร่วมในโครงการ 14 แห่งทั่วประเทศแล้ว ยังมีศูนย์แพทยศาสตรศึกษาที่เป็นแหล่งฝึกแก่นักศึกษาแพทย์อีก 37 แห่ง ซึ่งการมีแหล่งฝึกแพทย์จำนวนมากและหลากหลายในแต่ละพื้นที่ การมีระบบติดตามประเมินผลและควบคุมคุณภาพของแหล่งผลิตแพทย์จึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง โดยผู้ให้สัมภาษณ์ท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า

“ตอนแรกคาดว่าศูนย์แพทย์ฯ น่าจะมีประมาณ 20 แห่ง ...แต่ปัจจุบันงอกขึ้นมาถึง 30 กว่าแห่ง”

“บางคณะรับเด็กแค่ 32 คน แต่มี 3 ศูนย์แพทย์ การจัดการมันก็ต้องเพิ่มขึ้นเยอะ ทั้งเรื่องสิ่งก่อสร้าง ศูนย์แพทย์ เรื่องของการพัฒนา เรื่องของคณะก็ต้องวิ่ง 3 ศูนย์ ซึ่งตรงนี้เองมันก็อาจทำให้ด้อยคุณภาพในเรื่องของการกำกับ เรื่องของการพัฒนาหรือเปล่า พี่ก็ไม่แน่ใจ อันนี้ต้องไปผ่าดู”

ดังนั้น การติดตามประเมินผลและการให้การสนับสนุนแก่แหล่งที่ร่วมผลิต ไม่ว่าจะเป็นความพร้อมในด้านอัตรากำลังโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาศักยภาพครู/อาจารย์ที่ทำหน้าที่ในความรู้และฝึกฝนนักศึกษาแพทย์ หรือความพร้อมในเรื่องอุปกรณ์การเรียนการสอนที่เพียงพอและทันสมัยสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยจึงเป็นเรื่องที่โครงการต้องให้ความสำคัญ ควรมีการปรับปรุงและพัฒนาอยู่ตลอดเวลา

6.4 การมีความรับผิดชอบร่วมกัน โดยเป็นการทำงานที่โปร่งใส และตรวจสอบได้ (Accountability)

ในกระบวนการคัดเลือกนักเรียนจากชุมชนภายใต้โครงการ CPIRD เพื่อให้ นักเรียนจากชุมชนท้องถิ่น ในจังหวัดนั้นๆ เข้าเรียนแพทยศาสตร์ไกลบ้าน และกลับไปทำงานที่ภูมิลำเนา นั้น พบว่าแต่ละมหาวิทยาลัยที่รับเด็กเข้าเรียนมีการดำเนินการแตกต่างกันในกระบวนการคัดเลือก การกำหนดเกณฑ์ แต่อย่างไรก็ตาม ในทุกพื้นที่ที่มีกระบวนการดำเนินงานในรูปกรรมการ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความโปร่งใส และนอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม เช่น สาธารณสุขจังหวัด หรือโรงพยาบาลชุมชน เข้ามาร่วมกำหนดจำนวนโควตาแพทย์ในพื้นที่ของตนให้สอดคล้องกับความต้องการ เป็นต้น โดยภาพรวมแล้ว พบว่า เด็กนักเรียนที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่โครงการ CPIRD โดยรวมแล้วค่อนข้างจะเป็นเด็กที่มีเศรษฐฐานะต่ำกว่าเด็กที่ได้รับการคัดเลือกจากระบบปกติ โดยผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า นักศึกษาแพทย์จากโครงการ CPIRD และ ODOB มาจาก Quintile ที่ 5 (รวยที่สุด โดย Quintile ที่ 1 จนที่สุด) ในสัดส่วนที่ต่ำกว่า (60%) เมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนแพทย์จากระบบปกติ (80%)⁽⁴²⁾

6.5 การมีความยุติธรรม เคารพต่อกฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (Fairness)

ถึงแม้ว่าแต่ละมหาวิทยาลัยที่เข้าร่วมเป็นแหล่งผลิตแพทย์ให้แก่โครงการ CPIRD จะมีกระบวนการคัดเลือกนักเรียนเพื่อเข้าสู่ระบบการศึกษาที่แตกต่างกันบ้างในแต่ละแห่ง ในส่วนของวิธีการและเกณฑ์ที่ใช้ เช่น การสอบข้อเขียน การสัมภาษณ์ หรืออื่นๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ทุกมหาวิทยาลัยล้วนมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การผลิตแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่กำหนดโดยแพทยสภานอกจากนี้ ทุกมหาวิทยาลัยได้จัดระบบการเรียนการสอนเน้นหนักให้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ มีประสบการณ์และมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในชนบท พร้อมทั้งจะให้บริการสาธารณสุขเชิงรุกแก่ประชาชนในชุมชนอีกด้วย ดังนั้น การผลิตแพทย์ภายใต้โครงการนี้ถือได้ว่าเป็นการเคารพต่อกฎระเบียบเดียวกันในเรื่องการผลิตแพทย์ให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่แพทยสภากำหนด นั่นคือ การผ่านการสอบรวบยอด โดยบัณฑิตแพทย์ทุกคนไม่ว่าจะจบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาใด จะต้องผ่านการสอบใบประกอบวิชาชีพ (National license examination) ซึ่งมีมาตรฐานเดียวกัน

ตาราง 6.1 สรุปผลการวิเคราะห์โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทเปรียบเทียบกับหลักธรรมาภิบาล

หลักการของธรรมาภิบาล	สิ่งที่เกิดขึ้นในโครงการ CPIRD
1. การมีส่วนร่วมและฉันทามติ (Legitimacy and Voice)	- เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข (ผู้ใช้) และกระทรวงศึกษาธิการ (ผู้ผลิต) แต่มีการปรึกษาร่วมกับผู้เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นสภาวิชาชีพ (Regulator) สกอ. มหาวิทยาลัย รวมไปถึงจนถึงภาคส่วนในระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น ในการกำหนดโควตาการผลิตแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่
2. การวิสัยทัศน์ในการพัฒนาที่ชัดเจน (Direction)	- ไม่สามารถระบุตัวผู้นำโครงการได้ชัดเจน เนื่องจากเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข (ผู้ใช้) และกระทรวงศึกษาธิการ (ผู้ผลิต) แต่ได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ และ/หรือ เป้าหมายของการผลิตแพทย์ในโครงการนี้ร่วมกันระหว่าง 2 หน่วยงานอย่างชัดเจน คือ การเพิ่มจำนวนและการกระจายแพทย์สู่พื้นที่ชนบท และเพิ่มโอกาสการศึกษาแพทยศาสตร์แก่นักเรียนในชนบท
3. การตอบสนองความต้องการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประสิทธิภาพของการดำเนินงาน (Performance)	- นักศึกษาแพทย์ที่คัดเลือกด้วยระบบ CPIRD มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานในชนบทสูงกว่านักศึกษาที่คัดเลือกโดยระบบปกติ (Entrance และ Quota) - โครงการนี้ผลิตแพทย์ให้คงอยู่ในระบบของกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 70 ซึ่งมากกว่าการคงอยู่ของแพทย์ระบบปกติ โดยร้อยละ 32 คงอยู่ในชุมชน ร้อยละ 6.2 คงอยู่ในรพศ./รพท. และร้อยละ 30 อยู่ระหว่างการศึกษาต่อ ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งเลือกต้นสังกัดโรงพยาบาลชุมชน <u>*ประเด็นเพื่อการปรับปรุง:</u> แนวโน้มการคงอยู่ในชนบทของแพทย์ CPIRD ลดลงใกล้เคียงกับกลุ่มแพทย์ระบบปกติมากขึ้น
4. การมีความรับผิดชอบร่วมกันในการทำงาน โปร่งใส และตรวจสอบได้ (Accountability)	- มีการจัดตั้งคณะกรรมการในระดับพื้นที่ เพื่อพิจารณาคัดเลือกนักเรียนเข้าสู่โครงการนี้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดความโปร่งใส แต่การจัดการในแต่ละพื้นที่ในเรื่องกระบวนการและเกณฑ์การคัดเลือกจะมีความแตกต่างกัน <u>*ประเด็นเพื่อการปรับปรุง:</u> การกระจายโอกาสไปยังเด็กนักเรียนที่มีภูมิลำเนาในชนบทที่แท้จริงภายใต้โครงการนี้นั้นยังไม่ทั่วถึง (แต่ได้เกิดโครงการ One District, One Doctor (ODOD))

หลักการของธรรมาภิบาล	สิ่งที่เกิดขึ้นในโครงการ CPIRD
5. การมีความยุติธรรม และเคารพต่อกฎระเบียบ (Fairness)	- การดำเนินโครงการทำตามมติของคณะรัฐมนตรี และปฏิบัติตามกฎกติกาเดียวกันในเรื่องของการคัดเลือกนักเรียนจากชนบท นักเรียนทุกคนต้องทำสัญญาชดใช้ทุนในพื้นที่อย่างน้อย 3 ปี และกรณีผิดสัญญาต้องชดใช้ทุนเป็นจำนวนเงิน 4 แสนบาท - บัณฑิตแพทย์ทุกคนจากโครงการนี้ ต้องผ่านการสอบ National license exam ก่อนปฏิบัติงานทุกคนเช่นเดียวจากแพทย์ระบบปกติ <u>*ประเด็นเพื่อการปรับปรุง:</u> มีแหล่งฝึกแพทย์จำนวนมากและหลากหลายในแต่ละพื้นที่ การมีระบบติดตามประเมินผลและควบคุมคุณภาพของแหล่งผลิตแพทย์จึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ

โดยสรุป โครงการ CPIRD เป็นตัวอย่างหนึ่งของงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระดับประเทศ ที่การดำเนินงานส่วนใหญ่ค่อนข้างสอดคล้องกับหลักการสำคัญของธรรมาภิบาล โดยเป็นการวางแผนดำเนินการผลิตกำลังคนแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนและการกระจายแพทย์ของประเทศ ซึ่งที่ผ่านมาพบว่า มีผลลัพธ์ที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราากำลังคนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นในระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง และคงอยู่ในเขตพื้นที่ชนบทอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 3 ปีตามเงื่อนไขของโครงการ ซึ่งโดยรวมแล้วแพทย์จากโครงการ CPIRD มีการกระจายและคงอยู่ในพื้นที่ชนบทในอัตราที่สูงกว่าแพทย์ที่คัดเลือกเข้าสู่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ระบบปกติ แต่อย่างไรก็ตาม โครงการยังมีความท้าทายหรือมีประเด็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไขปรับปรุงต่อไป คือ เรื่องของการคัดเลือกรับเข้าศึกษาเพื่อให้ได้เด็กนักเรียนที่มาจากพื้นที่ชนบทอย่างแท้จริง เรื่องอัตราการคงอยู่ในชนบทที่เริ่มมีแนวโน้มลดลง ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข แนวโน้มในอนาคตการคงอยู่ของแพทย์ที่คัดเลือกจากโครงการ CPIRD อาจจะไม่มีความแตกต่างกับแพทย์ที่คัดเลือกจากระบบปกติ และเรื่องของการติดตามประเมินคุณภาพของสถาบันการศึกษาหรือแหล่งที่ร่วมผลิตแพทย์ซึ่งเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากและมีความหลากหลายในแต่ละพื้นที่

ความเชื่อมโยงปัจจัยความสำเร็จของโครงการ CPIRD กับข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานในระดับประเทศ

- 1) ความสำเร็จของโครงการนี้เกิดจากการมี strategic direction ไปในทิศทางเดียวกันของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ กล่าวคือ เป็นความร่วมมือระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข (ผู้ใช้) และกระทรวงศึกษาธิการ (ผู้ผลิต) มีการกำหนดวิสัยทัศน์ และ/หรือ เป้าหมายของการผลิตแพทย์ในโครงการนี้ร่วมกันระหว่าง 2 หน่วยงานอย่างชัดเจน คือ การเพิ่มจำนวนและการกระจายแพทย์สู่พื้นที่ชนบท และเพิ่มโอกาสการศึกษาแพทยศาสตร์แก่นักเรียนในชนบท ซึ่งเป็นลักษณะของ win-win situation ของทั้งสองหน่วยงาน ดังนั้น ในการขับเคลื่อนงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระดับประเทศ จึงควรพยายามมองหาโอกาสของการทำงานที่มีการกำหนด strategic direction ที่ชัดเจนร่วมกัน และอาจเลือกสถานการณ์ที่ทุกฝ่ายได้ผลประโยชน์ร่วมกันมาทำก่อน ทั้งนี้ เพื่อให้ได้รับความร่วมมืออย่างเข้มแข็งและประสบความสำเร็จได้ง่าย เกิดกำลังใจในการทำงานของทุกฝ่าย เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือกันแก้ไขปัญหาที่ยากขึ้นไปอีก
- 2) โครงการ CPIRD ยังมีข้อจำกัดของการสื่อสารแบบสองทาง (two-way communication) ในเรื่องของกระบวนการคัดเลือกนักเรียนเข้าสู่โครงการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลให้เกิดประเด็นปัญหาที่ต้องปรับปรุงเกี่ยวกับการกระจายโอกาสไปยังเด็กนักเรียนที่มีภูมิลำเนาในชนบทที่แท้จริงภายใต้โครงการนี้นั้นยังไม่ทั่วถึง ดังนั้น จึงเป็นการเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารสู่สาธารณะและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือกันอย่างเข้มแข็งของคณะทำงาน

บทที่ 7 บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การทบทวนระบบธรรมาภิบาลในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทยนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้รูปแบบของระบบธรรมาภิบาลในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ผลิต ผู้ใช้ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งนอกเหนือจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศแล้ว ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง และนอกจากนี้ยังได้ทำกรณีศึกษาที่เกี่ยวกับงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 2 กรณี ได้แก่ 1) การวางแผนจ่ายค่าตอบแทนกำลังคนด้านสุขภาพ (ตัวอย่างระดับพื้นที่ โรงพยาบาล พาน จังหวัดเชียงราย) และ 2) การวางแผนโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (ตัวอย่างระดับประเทศ ส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุข) โดยใช้กรอบธรรมาภิบาลมาใช้ในการวิเคราะห์ ทั้งนี้ เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนของการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้หลักธรรมาภิบาล โดยข้อเสนอแนะที่สรุปได้จากผลการศึกษานี้ มีดังต่อไปนี้

7.1 ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้กรอบธรรมาภิบาล

1. การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในระดับประเทศ มีแนวโน้มที่ประสบความสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น หากใช้แนวทางการดำเนินงาน โดยมีคณะกรรมการ 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 เป็น authority board ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ และ ชุดที่ 2 เป็น secretary board หรือคณะทำงานที่มีภาคีเครือข่ายอย่างครบถ้วน เข้ามาร่วมกันศึกษา คัดเลือกประเด็นสำคัญ และผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนงานอย่างเป็นรูปธรรม
2. การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในระดับประเทศ ควรจะต้องพัฒนากลไกการสื่อสารแบบสองทาง (two-way communication) เพื่อให้เกิดเชื่อมโยงและเข้าใจกันอย่างถ่องแท้ระหว่างคณะทำงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งผลจากการสื่อสารที่ดีและสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีความเชื่อมั่นในเรื่องความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ จึงทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องการต่อต้านหรือไม่ยอมรับวิธีการดำเนินงาน
3. ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการสรรหาและคัดเลือกผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ตั้งแต่คุณสมบัติที่ต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจในงานนั้นๆ ไปจนถึงการเป็นตัวแทนที่ได้รับการยอมรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำ ต้องเป็นผู้มีวิสัยทัศน์กว้างไกล และได้รับการยอมรับจากสมาชิกท่านอื่นๆ นอกจากนี้ ต้องทำความเข้าใจกับสมาชิกหรือตัวแทนที่เข้ามีส่วนร่วมทุกท่านว่า การเป็นตัวแทนเข้ามาทำงานไม่ได้หมายถึง การมาปกป้องผลประโยชน์ส่วนตัว แต่หมายถึง การนำมุมมอง แนวคิดจากหน่วยงาน องค์กร หรือภาคส่วนที่ตนเองสังกัดอยู่มาแลกเปลี่ยน เป็นข้อมูลนำเข้าในการประกอบการพิจารณาแก้ไขปัญหาอย่างรอบด้าน ดังนั้น การทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่

และการกล้าที่จะให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนร่วมโดยแท้จริง จึงเป็นคุณสมบัติที่สำคัญอย่างยิ่งของผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน

4. การดำเนินงานให้เกิด “ประสิทธิภาพ” ถือเป็นหลักการที่สำคัญหนึ่งใน 5 หลักการของกรอบธรรมาภิบาลที่ใช้ในการศึกษานี้ ดังนั้น ในการดำเนินงานในระดับประเทศที่ยึดหลักธรรมาภิบาลนั้น ต้องมุ่งหวังให้เกิดประสิทธิภาพของการทำงาน ซึ่งจะรู้ได้ด้วยการสร้างกลไกการติดตามและประเมินผลอยู่เป็นระยะ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงประสิทธิภาพของการทำงานอย่างต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์ที่ดี ยิ่งๆ ขึ้นไป

7.2 รูปแบบของระบบธรรมาภิบาลด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะรูปแบบของระบบธรรมาภิบาลด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ที่ได้จากการศึกษานี้ มี 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1: การวางแผนกำลังคนภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

ข้อดี เป็น Advisory board ที่มีอยู่แล้ว เพียงแต่ต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงาน โดยเริ่มจากการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมในคณะกรรมการให้เห็นแก่ผลประโยชน์ส่วนร่วม และคิดแก้ไขปัญหาในนามของคณะทำงานชาติจริงๆ มิได้เข้ามาเพื่อทำหน้าที่ปกป้องผลประโยชน์ขององค์กรหรือหน่วยงานต้นสังกัดของตนเอง นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต้องมีเลขาคณะทำงานที่เข้มแข็งที่มาจากหลายเครือข่าย เพื่อร่วมกันศึกษาประเด็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการ ซึ่งต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจน และทันท่วงที สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับประเทศและระดับโลกที่มีผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ

ข้อด้อย เป็นเพียงคณะทำงานที่มีความสัมพันธ์กันในแนวราบ คือการประสานความร่วมมือ พูดคุย เจรจาหาแนวทางแก้ไขปัญหา แต่ไม่มีอำนาจการบังคับใช้ใดๆ ให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม นอกเสียจากว่าตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วม สามารถนำไปกระตุ้นให้องค์กรหรือต้นสังกัดของตนเองเห็นความสำคัญ ยอมรับ และปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ ได้

ข้อเสนอแนะ หากยังคงดำเนินการวางแผนการพัฒนาากำลังคนภายใต้รูปแบบนี้ สิ่งที่ควรปรับปรุง คือ

1. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ควรมีการสื่อสารสู่สาธารณะโดยเฉพาะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเป็นการชี้แจงและทำความเข้าใจ และแสดงความโปร่งใส ในเรื่อง
 - สัดส่วนหรือการได้มาของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

- บทบาทของคณะกรรมการในการให้คำแนะนำหรือแสดงความคิดเห็นภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อผลประโยชน์ของประชาชนและสังคมโดยรวม
2. คณะเลขาธิการ ควรปรับเปลี่ยนเป็นรูปแบบของคณะทำงานแบบเครือข่ายที่มีตัวแทนมาจากหลายภาคส่วน มีการคัดเลือกคนอย่างเหมาะสม เพื่อร่วมกันค้นหาประเด็นปัญหาที่สำคัญๆ ทำการศึกษารวบรวมวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม เสนอต่อคณะกรรมการ Advisory board เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศในภาพรวมต่อไป
 3. คณะกรรมการกำลังคนสุขภาพแห่งชาติ ควรมีการอภิปรายหาทางออกร่วมกันในการพัฒนาโลกของการเชื่อมโยงข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการในระดับชาตินี้ เพื่อนำไปสู่การดำเนินการ (Implementation) อย่างเป็นรูปธรรมในทุกระดับ รวมไปถึงจนถึงการพัฒนาโลกการติดตามประเมินผล อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องอาศัยการเปิดใจพูดคุยหารือ และหาแนวทางการแก้ไขปัญหา และ/หรือ ข้อติดขัดของแต่ละภาคส่วนร่วมกันอย่างจริงจังและทะลุปรุโปร่ง
 4. การเลือกประเด็นกำลังคนด้านสุขภาพไปสู่การขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมนั้น คณะเลขาธิการหรือคณะทำงาน ควรเลือกเรื่องที่เป็นทุกฝ่ายได้ผลประโยชน์ร่วมกันมาก่อน (win-win situation) เพื่อให้เห็นผลสัมฤทธิ์ร่วมกันและมีโลกการทำงานร่วมกันที่เข้มแข็ง จากนั้นค่อยๆ ขยับไปทำเรื่องอื่นๆ ที่ยากขึ้นต่อไป

รูปแบบที่ 2: การวางแผนกำลังคนภายใต้คณะกรรมการควบคุมกำกับงานสุขภาพแห่งชาติ (National Health Authority; NHA)

ข้อดี เป็น Authority board ที่ต้องแต่งตั้งขึ้น มีอำนาจในการสั่งการ ซึ่งจะทำให้เกิดการวางแผนงานกำลังคนอย่างบูรณาการจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมที่แท้จริง

ข้อด้อย การใช้อำนาจบังคับอาจเกิดกระแสต่อต้านได้ และการแต่งตั้ง NHA ให้เกิดขึ้นนั้น อาจต้องใช้เวลาพอสมควร เนื่องจากจำเป็นต้องมีการแก้ไขกฎระเบียบที่ส่งผลกระทบต่อหลายกลุ่มที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต้องพิจารณาคุณสมบัติและสัดส่วนผู้เข้าร่วมใน NHA รวมไปถึงจนถึงกำหนดอำนาจหรือบทบาทหน้าที่ในการทำงานที่ชัดเจนอีกด้วย และประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาอีกประการหนึ่ง คือ องค์กรนี้ควรจะเป็นองค์กรอิสระ หรืออยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหากอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ก็มีโอกาสจะประสบปัญหาในเรื่องการไม่ได้รับการยอมรับในเรื่องความเป็นกลางอย่างแท้จริง จากทั้งภาคเอกชนหรือภาครัฐอื่นๆ ที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ หากจะมีการวางแผนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพภายใต้รูปแบบนี้ สิ่งที่ได้รับผิดชอบ (กระทรวงสาธารณสุข) ควรทำ คือ

- 1) **การศึกษากฎระเบียบ** ข้อบังคับ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด เพื่อดำเนินการแต่งตั้งให้คณะกรรมการชุดนี้ มีอำนาจบังคับใช้ข้อเสนอแนะ/ แนวทางต่างๆ ที่ได้มอบหมายไปยังภาคส่วนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อไปดำเนินการต่ออย่างเป็นรูปธรรม
- 2) **การสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้อง และสาธารณะ** รวมทั้งการมีเวทีรับฟังความคิดเห็น ทั้งนี้ เพื่อลดแรงต่อต้าน ขณะเดียวกันก็เป็นการเตรียมการเพื่อกำจัดจุดบกพร่องที่คาดว่าจะก่อให้เกิดปัญหาในอนาคตให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ก่อนการบังคับใช้รูปแบบนี้
- 3) **การสร้างกลไกการติดตามประเมินผล** เพื่อเปิดโอกาสให้เกิดการตรวจสอบและปรับปรุงประสิทธิภาพของคณะกรรมการ และ/หรือ กลไกการดำเนินงานเป็นระยะๆ

หมายเหตุ ในขณะนี้ (กุมภาพันธ์ 2559) กระทรวงสาธารณสุขกำลังอยู่ในช่วงของการปฏิรูปด้านสาธารณสุขรองรับการปฏิรูปของประเทศไทย ได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานขึ้นมา 9 คณะ ซึ่งหนึ่งในนั้นคือ คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านอภีการระบบ โดยในการประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านสาธารณสุขรองรับการปฏิรูปประเทศ ที่ผ่านมา (9-10 ก.พ. 59) คณะทำงานชุดนี้ ได้เสนอให้รูปแบบกลไกการอภีการระบบสุขภาพ ไว้ 3 รูปแบบ คือ 1) คณะกรรมการประสานงานด้านนโยบายแห่งชาติ (รูปแบบประสานงานแบบเดิม ที่ไม่มีอำนาจสั่งการ) 2) คณะกรรมการความร่วมมือ (มีอำนาจพอสมควร ดูแลเฉพาะประเด็นสำคัญที่ถูกเสนอเข้ามาให้พิจารณาเท่านั้น) และ 3) คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (มีอำนาจสั่งการ ควบคุมกำกับติดตามทุกเรื่องที่เกี่ยวข้อง)³ ซึ่งเป็นรูปแบบที่คล้ายคลึงกับข้อเสนอทางเลือกจากการศึกษา

ข้อเสนอดังกล่าวมีข้อแตกต่างจากการศึกษานี้ คือ เป็นการอภีการระบบสุขภาพทั้งระบบ ทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ระบบการเงินการคลัง ระบบฐานข้อมูล ระบบการพัฒนากำลังคนในทุกด้าน (วางแผน ผลิต ใช้) จึงไม่ใช่รูปแบบเฉพาะเพื่อการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพดังเช่นการศึกษานี้ และข้อเสนอดังกล่าวไม่ได้เน้นว่าต้องเป็นธรรมาภิบาล (Good governance) แต่ระบุว่าเป็นระบบอภีการ (Governance) เท่านั้น อย่างไรก็ตาม คำว่าอภีการนั้น น่าจะเป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปแล้วว่าต้องหมายถึง “Good governance” นั่นเอง

³เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านสาธารณสุขรองรับการปฏิรูปประเทศ. คณะทำงานชุดที่ 4: คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านอภีการระบบ. วันที่ 9-10 ก.พ. 59. โรงแรมริชมอนด์. นนทบุรี.

ตาราง 7.1 เปรียบเทียบรูปแบบข้อเสนอจากการศึกษานี้ กับ รูปแบบข้อเสนอการปฏิรูปด้านการอภิบาล
ระบบกระทรวงสาธารณสุข

ลักษณะ	การศึกษานี้	การปฏิรูปอภิบาลระบบกระทรวงสร.
ระดับ	ระดับประเทศ แต่เน้นเฉพาะประเด็น การวางแผนกำลังคนฯ	ระดับประเทศ <u>ทุกเรื่อง</u> ที่เกี่ยวกับ ระบบสุขภาพ
ข้อเสนอ	2 รูปแบบ	3 รูปแบบ
1) Collaboration Board (soft power <u>ข้อดี</u> : มีอยู่เดิม ไม่น่ามีข้อขัดแย้ง <u>ข้อด้อย</u> : ไม่มีอำนาจสั่งการให้เกิดการ ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม	คณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้าน สุขภาพที่มีอยู่แล้ว	คณะกรรมการประสานงานด้าน นโยบายสุขภาพแห่งชาติ - กระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน - คณะกรรมการทุกภารกิจด้าน สุขภาพ
2) Co-operation Board <u>ข้อดี</u> : จัดตั้งได้โดยคำสั่งศสช.มติกรม . หรือ ระเบียบสำนักนายกฯ <u>ข้อด้อย</u> : พิจารณาเฉพาะเรื่อง สำคัญๆ/ ข้อขัดแย้ง ที่ถูกเสนอมา	-	คณะกรรมการความร่วมมือด้าน สุขภาพแห่งชาติ - รองนายกด้านสุขภาพ - คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในประเด็น ที่ถูกเสนอให้เข้ามาพิจารณา
3) Authorization Board (hard power) <u>ข้อดี</u> : มีอำนาจสั่งการทำให้เกิดการ ดำเนินงานเกิดเอกภาพ <u>ข้อด้อย</u> : ต้องแก้ไขกฎระเบียบ/พรบ . อาจมีแรงต้านสูง	การมี National Health Authority เพื่อพิจารณาและสั่งการในเรื่องการ วางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	คณะกรรมการนโยบายสุขภาพ แห่งชาติ - นายกเป็นประธาน - คณะกรรมการทุกภารกิจด้าน สุขภาพ

กล่าวโดยสรุป คือ สิ่งที่สำคัญมากยิ่งขึ้นกว่าการแสวงหารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ก็คือ ไม่ว่าเราจะเลือกใช้รูปแบบใดก็ตามในการดำเนินงานด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ยึดหลักฐานเชิงประจักษ์ และผลประโยชน์ของชาติเป็นหลักในการพิจารณาเรื่องใดๆ ยอมรับและนำไปปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงจํารังรักษาระบบให้เกิดความยั่งยืน”

อ้างอิง

1. UN. Post-2015 Sustainable development goals 2015: Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015>.
2. WHO. Working together for health. Geneva: World health report. WHO 2006.
3. Chunharas S. Human resources for health planning: a review of the Thai experience. HRDJ. 1998;2:98-108.
4. Brinkerhoff D, Bossert T. Health Governance: Concepts, experience, and programming options. Washington: USAID 2008.
5. Graham J, Amos B, Plumptre T. Principles for Good Governance in the 21st Century. Ottawa: Policy Brief No. 15 - Institute On Governance. 2013.
6. Dieleman M, Hilhorst T. Governance and human resources for health. Human Resources for Health. 2011;9:29.
7. มานวิภา อินทรทัต, อาจุยท เนติธนากุล. รายงานวิจัยเรื่อง โครงการศึกษาทบทวนสถานการณ์ธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี 2551.
8. อำพล จินดาวัฒนะ. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ 2550-2559. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: 2550.
9. UNDP. Governance for Sustainable Human Development: United Nations Development Programme 1997.
10. Kaufmann D, Kraay A, Zoido-Lobaton P. Governance Matters. Policy Research Working Paper 2196 The World Bank. 1999
11. WHO. Everybody business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes WHO's Framework for Action. Geneva WHO. 2007.
12. สำนักนายกรัฐมนตรี. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี. ราชกิจจานุเบกษา; 2542
13. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) 2549.
14. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. กรุงเทพฯ 2555.
15. วิรุฬ ลีเมสวาท. การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย หลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550: กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา. นนทบุรี: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข 2552.
16. อำพล จินดาวัฒนะ. การอภิบาลร่วมสมัย. กรุงเทพฯ: บริษัท สามดีพริ้นติ้งอีควิเมนต์ จำกัด; 2557.
17. สำนักนายกรัฐมนตรี. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552
18. Birch S, Kephart G, Murphy G, O'Brien-Pallas L, Alder R, MacKenzie A. Health human resources planning and the production of health: development of an extended analytical framework for

needs-based health human resources planning. *J Public Health Manag Pract.* 2009;Nov;15(6 Suppl):S56-61.

19. KIT. Responsible governance for improved human resources for health: making the right choices, an International conference. Amsterdam: Royal Tropical Institute; 2010.

20. Nigenda GJ, Machado M, Ruiz F, Carrasco V, Moliné P, Girardi S. Towards the construction of health workforce metrics for Latin America and the Caribbean. *Hum Resour Health.* 2011;Oct 14; 9(24).

21. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Hum Resour Health.* 2003;Apr 14; 1(1):3.

22. Lodenstein E, Dao D. Devolution and human resources in primary healthcare in rural Mali. *Hum Resour Health.* 2011;9:15.

23. Dodd R, Hill P, Shuey D, Anutnes A. Paris on the Mekong: using aid effectiveness agenda to support human resources for health in the Lao People's Democratic Republic. *Hum Resour Health.* 2009;7:16.

24. Dreesch N, Nyoni J, Mokopagosi O, Seipone K, Kalilani J, Kaluwa A, et al. Public-private options for expanding access to human resources for HIV/AIDS in Botswana. *Hum Resour Health.* 2007;5:25.

25. Dieleman M, Shaw D, Zwanikken P. Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies. *Hum Resour Health.* 2011;9:10.

26. Palmer D. Tackling Malawi's Human Resources Crisis. *Reproductive Health Matters.* 2006;14(27):27-39.

27. Rolfe B, Leshabari S, Rute F, Murray S. The crisis in human resources for health care and the potential of a 'retired' workforce: case study of the independent midwifery sector in Tanzania. *Health Policy and Planning.* 2008;23:137-49.

28. Health Education England. Workforce Planning Guideline 2014/2015 for 2015/2016 Education Commissions (version 5): NHS. UK. 2014.

29. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า. กระทรวงสาธารณสุข: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และสถาบันพระบรมราชชนก 2540.

30. กฤษดา แสงดี และคณะ. การศึกษาคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขในระยะ 10 ปีข้างหน้า(2552-2562). กระทรวงสาธารณสุข 2553.

31. ไพรัช บวรสมพงษ์ และคณะ. รายงานการประเมินผล แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2559. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2555.

32. McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health Organization.* 2000;WHO Geneva.

33. The Hospitals of the European Union (HOPE). Role of the Hospital. Discussion paper of the Plenary Assembly of the Standing Committee meeting of the Hospitals of the European Union. Paris. 1996.

34. Mosadeghrad A. Factor influencing healthcare service quality International Journal of Health Policy and Management. 2014;Kerman University of Medical Sciences, Iran:77-82.
35. Busing N, Gold I. Faculty of medicine: important contributors to health human resources planning in Canada. Healthcare Papers. 2009;9(2):25-9 Discussion 60-3.
36. Ngassapaa O, Kaayab E, Fyfec M, Lyamuyab E, Kakokod D, Kayomboe E, et al. Curricular transformation of health professions education in Tanzania: The process at Muhimbili University of Health and Allied Sciences (2008–2011). Journal of Public Health Policy. 2012;33(S1):S64-S91.
37. WHO. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva WHO; 2013.
38. ไพศาล ลิ้มสถิตย์. รายงานวิจัยเรื่อง กลไกธรรมาภิบาลในการควบคุมวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ: กรณีศึกษา ประเทศสหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ และแอฟริกาใต้: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2555.
39. A “One Health” Approach to Public Health: Thai Experience [database on the Internet]2014 [cited 14 August 2015]. Available from:
<http://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/One%20Health%20approach%20to%20public%20health.pdf>.
40. UNIEF. What Works for Children in South Asia Community Health Workers: Regional Office for South Asia2004.
41. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. วิกฤต P4P: พลังปัญญาหาทางออก. HSRI Forum. 2556;2(3): มิถุนายน.
42. กมลนัธ ม่วงยิ้ม, นางลักขณ์ พะโกยะ, สัณญา ศรีรัตนะ, หลาบคำ จ. รายงานการศึกษา ความเสมอภาคในการเข้ารับการศึกษาวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข 2550.
43. พ.ญ.ลลิตยา กองคำ, ดร. นางลักขณ์ พะโกยะ, นส. สัณญา ศรีรัตนะ. รายงาน โครงการศึกษาผลผลิตบัณฑิตแพทย์ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข 2554.
44. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010.

ภาคผนวก

1. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้สัมภาษณ์ 11 ท่าน

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
1	ดร.นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
2	แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิ อภิญญาสกุล	ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาว ชนบท
3	นายแพทย์วิจารณ์ พานิช	นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล และผู้ทรงคุณวุฒิ
4	นายแพทย์อาวุธ ศรีศุกรี	ประธาน consortium แพทย์
5	นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์	ผู้ทรงคุณวุฒิสำนักวิชาการ
6	นายแพทย์ไพศาล เกื้ออรุณ	ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก
7	นายแพทย์มงคล ณ สงขลา	ผู้ทรงคุณวุฒิ ประธานคณะกรรมการกำลังด้านสุขภาพแห่งชาติ
8	นายแพทย์สุรพจน์ สุวรรณ พานิช	อดีตผอ.โรงพยาบาล กรุงเทพคริสเตียน
9	ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์	อธิการบดีมหาวิทยาลัยรังสิต
10	นายณนทกร กาญจนะจิตร	เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน
11	ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน	อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

2. แนวทางการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในงานวิจัย

“การทบทวนระบบธรรมาภิบาลในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย”

ประเด็น	แนวคำถาม
1. การรับรู้ต่อบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและหน่วยงานของตนเอง	- ท่านและหน่วยงานของท่านควรมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่ อย่างไร 1) การให้ความคิดเห็นหรือแสดงฉันทามติเกี่ยวกับการนโยบายสำคัญๆ ในเรื่องการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ 2) การแสดงวิสัยทัศน์หรือยุทธศาสตร์การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ 3) การดำเนินงานที่ตอบสนองต่อความต้องการของสาธารณะและหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/อย่างเหมาะสม 4) บทบาทความรับผิดชอบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สังคม และสาธารณะ และกระบวนการที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ 5) บทบาทส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมต่อบุคลากรสาธารณสุข ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และต่อประชาชน หรือบทบาทในการกำหนดกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพหรือไม่ อย่างไร
2. ความคิดเห็นต่อองค์กรอื่นๆ ที่ควรมีส่วนร่วมอยู่ในระบบธรรมาภิบาลในบริบทของประเทศไทย รวมถึงข้อเสนอแนะกลไกที่จะก่อให้เกิดการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน	- ท่านคิดว่า สมาชิกหรือองค์กรใดบ้างที่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ในเรื่องดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ (1) การแสดงความเห็นและฉันทามติ (2) การแสดงวิสัยทัศน์หรือยุทธศาสตร์ (3) การตอบสนองต่อสาธารณะและ/หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (4) การแสดงความรับผิดชอบและสร้างกระบวนการที่โปร่งใสในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ และ (5) การส่งเสริมความเป็นธรรมหรือการกำหนดกฎระเบียบต่างๆ - ท่านคิดว่า ใครควรจะมีบทบาทสำคัญหรือเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเรื่องเหล่านี้บ้าง - กลไกที่จะช่วยผลักดันให้เกิดการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนในเรื่องนี้ ควรเป็นอย่างไร
3. อื่นๆ....	- ท่านมีข้อเสนอแนะอื่นๆ อีกหรือไม่ อย่างไร

บันทึกการประชุมห้องย่อยวันที่ 4 สิงหาคม 2558

เรื่อง: “ธรรมาภิบาลกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ: ทางออกของอนาคต”

เวลา: 9.00-12.00 น.

สถานที่: ห้องประชุมบุษบา โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ

จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม: 38 คน (ดังรายชื่อแนบท้าย)

1. ประเด็นสำคัญจากการนำเสนอ และ/หรือ อภิปรายโดยวิทยากร

ดร.นาริรัตน์ ผุดผ่อง นักวิจัย:

- นำเสนอข้อค้นพบเบื้องต้นจากโครงการวิจัยเรื่อง การทบทวนระบบธรรมาภิบาลในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย
 - คนส่วนใหญ่เชื่อว่าธรรมาภิบาลเป็นสิ่งที่ดี และที่ควรนำมาใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานต่างๆ ซึ่งรวมถึงการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ
 - ที่ผ่านมามาประเทศไทย การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของไทยยังขาดการร่วมมือกันอย่างจริงจังของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ใช้ ผู้ผลิต สภาวิชาชีพ และภาคประชาสังคม
 - รูปแบบของความร่วมมือในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่ได้จากผลการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์ คือ

รูปแบบที่ 1 อาจขับเคลื่อนโดยใช้การดำเนินงานของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ (โดยมีนายแพทย์มงคล ณ สงขลาเป็นประธาน) เหมือนเดิม แต่จำเป็นต้องปรับปรุงให้ในเรื่องขององค์ประกอบผู้เข้ามามีส่วนร่วม และการเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง

รูปแบบที่ 2 อาจมีหน่วยงานที่เรียกว่า **National Health Authority** ซึ่งประกอบด้วยคณะผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีอำนาจในการพิจารณาและตัดสินใจให้การวางแผนเกิดผลในทางปฏิบัติ

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทนา ศิริทรัพย์ ผู้ผลิต:

- ควรให้คำนิยามให้ชัดเจนว่ากำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึงใครบ้าง
- การผลิตและการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพยังขาดกลไกการบูรณาการที่ชัดเจน ในการชี้ทิศทางการวางแผนต่างๆ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและตรงเป้าหมาย
- ต้องไปเริ่มต้นตั้งแต่การหาความต้องการของประชาชนหรือประเทศว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งมีการปฏิรูปการศึกษาให้เหมาะสม และตอบสนองต่อความต้องการของกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ
- การวางแผนที่ดีจะต้องตอบสนองต่อความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนและเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล

นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้ใช้ภาครัฐ/กระทรวงสาธารณสุข:

- ควรมีการศึกษาย้อนหลังจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ว่าความล้มเหลวในการวางแผนกำลังคนที่ผ่านมาเกิดจากอะไร ทำไมจึงไม่ได้ผล
- Model ทางด้านสุขภาพที่ประเทศไทยต้องการคืออะไร และต้องประกอบด้วยบุคลากรประเภทใดบ้าง
- การวางแผนกำลังคนต้องมีการวางแผนระยะยาว ปฏิบัติอย่างรวดเร็ว และมีการปรับเพื่อให้มีความทันสมัยและแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง (project long, but act short and adjust often) เพราะกำลังคนด้านสุขภาพมีพลวัตสูงมาก
- การศึกษาวิจัยงานวิชาการไม่ควรใช้ระยะเวลานาน เมื่อศึกษาวิจัยได้ผลแล้วควรนำไปใช้ปฏิบัติเลย เพื่อความทันต่อเหตุการณ์และบริบทของสังคม
- การมีธรรมาภิบาลในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่ดีนั้น หมายถึง การวางแผนนั้นต้องเป็นการวางแผนที่มีประสิทธิภาพด้วย มิใช่เพียงแต่การมีธรรมาภิบาลอย่างเดียว

แพทย์หญิงประภา วงศ์แพทย์ ผู้ผลิต/ใช้ ภาคเอกชน:

- การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนกำลังด้านสุขภาพรวมถึงภาคเอกชน เพราะภาคเอกชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในการเป็นผู้ผลิต และผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ
- การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ควรคำนึงถึงบุคลากรที่อยู่ในภาคส่วนอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรงพยาบาลด้วย เช่น แพทย์และพยาบาลในโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อให้การวางแผนมีความครอบคลุมและถูกต้องแม่นยำ

ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ ภาคประชาสังคม:

- การวิจัยด้านกำลังคน ต้องใช้วิชาการเป็นหลักในการนำ และวางแผนระบบกำลังคนที่มีความสลับซับซ้อน โดยต้องเกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและมีธรรมาภิบาลในการวางแผนที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย
- กลไกคณะกรรมการกำลังด้านสุขภาพแห่งชาติ ยังไม่สามารถแก้ปัญหา และนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมดังนั้นควรมีความมุ่งมั่น ศรัทธา และร่วมมือกันต่อไปในการวางแผนการแก้ปัญหา กำลังคนด้านสุขภาพ

2. ประเด็นสำคัญในระหว่างการอภิปรายในร่วมกับผู้เข้าร่วมประชุม

- ควรให้คำนิยามให้ชัดเจนว่ากำลังคนทางด้านสุขภาพหมายถึงใครบ้าง
- การวางแผนฯ ต้องเริ่มต้นตั้งแต่การหา Needs ของประชาชนหรือประเทศว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งมีการปรับ transforming education ให้เหมาะสม และตอบสนองต่อความต้องการนั้น
- การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นสิ่งสำคัญ เพราะในปัจจุบันมีการทำงานเป็นทีมลดน้อยลง
- จำเป็นต้องมีกลไกที่สำคัญ และมีประสิทธิภาพที่เป็น National health authority ที่มีประสิทธิภาพ และมีความเป็นกลาง
- ธรรมนูญที่นำมาใช้นั้นต้องสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย
- ควรมีศรัทธา ความเชื่อร่วมกัน และเป้าหมายที่ว่าเราจะไปถึงร่วมกัน

3. ประเด็นสำคัญซึ่งที่ประชุมเห็นตรงกัน

- ควรคำนึงถึงผลประโยชน์ของประเทศเป็นหลัก มากกว่าผลประโยชน์ส่วนตน
- การวางแผนตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง
- การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่เหมาะสมทั้งจำนวนและมีคุณภาพ และควรมีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน
- การใช้ข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผน
- การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และให้ความสำคัญกับตัวแทนทุกภาคส่วนอย่างเท่าเทียมกัน

4. ประเด็นเป็นข้อขัดแย้งหรือเห็นไม่ตรงกันในที่ประชุม

ไม่มี

5. ประโยคหรือคำพูดจากที่ประชุมที่น่าสนใจ

“เราเข้าใจคำว่า ธรรมนูญ อย่างถ่องแท้แล้วหรือยัง และเข้าใจตรงกันหรือไม่” (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทนา)

“การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพนั้นต้อง Project long, Act short, Adjust often” (นายแพทย์ ศุภกิจ)

“การมีธรรมนูญในการดำเนินงานนั้น หมายถึง การทำงานต้องมีประสิทธิภาพด้วย ดังนั้น ถ้าการวางแผนฯ หรือดำเนินงานใดๆ ไม่มีประสิทธิภาพ ย่อมไม่ใช่ธรรมนูญ” (นายแพทย์ศุภกิจ)

รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุม

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน
1	นางสาวดัชนี สุวรรณคม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี มหาวิทยาลัยนครพนม
2	ดร.สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสทธิ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธชินราช
3	นอ.หญิง ดร.วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์	วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
4	อ.พรพิศ เมืองเก่า	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
5	รศ.ดร.ปิยะรัตน์ นิลอัยยกา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
6	นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์	ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข
7	นางลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์	กระทรวงสาธารณสุข
8	ดร.นฤมล เอนกวิทย์	กระทรวงสาธารณสุข
9	ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์	มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค
10	ดร.ประภา วงศ์แพทย์	ที่ปรึกษาสมาคมโรงพยาบาลเอกชน
11	นายอรัญญ์ เจษฎาญาณเมธา	มหาวิทยาลัยนเรศวร
12	นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
13	ดร.ดรุณี รุจกรกานต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
14	รศ.ดร.เฉลิมศรี ภูมิมางกูร	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
15	พญ.บุญมี สถาปัตยวงศ์	กสพท.
16	อ.ศทาวุธ ผิวจินดา	คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
17	นายแพทย์พนมศักดิ์ วรรณไพโรจน์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
18	ดร.ณัฐศิริ ฐานะวุฑฒิ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
19	ผศ.ดร.สุจิตรา บุญหยัง	คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
20	นายแพทย์ วิศาล มหาสิทธิวัฒน์	คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
21	ดร.กานดา ชัยภิญโญ	สภากายภาพบำบัด
22	ดร.บุญเตือน วัฒนกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
23	ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
24	ดร.อินทิรา กาญจนพิบูลย์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
25	ดร.ชัยยุทธ ขวลิตนิธิกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
26	นางพรทิพย์ วชิรติลก	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
27	ศ.ดร.วีรพงศ์ ปรัชญาสิทธิกุล	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน
28	ดร.รุ่งเพชร สงวนพงษ์	คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยหัวเฉียวฯ
29	รศ.พญ.นันทนา ศิริทรัพย์	ผู้อำนวยการศูนย์ทดสอบทางวิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
30	คุณหญิงกอบจิตต์ ลิ้มพยอม	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
31	พญ.อรุณี ทิพย์วงศ์	โรงพยาบาลหาดใหญ่
32	ผศ.นายแพทย์สมชาย สุนทรโลหะ กุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
33	ศาสตราจารย์นายแพทย์เทพ หิมะ ทองคำ	โรงพยาบาลเทพธารินทร์
34	พญ.ณัฐินี นันทาทอง	มหาวิทยาลัยพะเยา
35	ภญ.ดร. ใจนุช กาญจนภุ	มหาวิทยาลัยสยาม
36	อ.สพ.ญ.ดร. ศิริพร เพียรสุขมณี	คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
37	ผศ.ดร.นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
38	นายพยอม ระวังพันธุ์	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสาละ จังหวัดสุพรรณบุรี