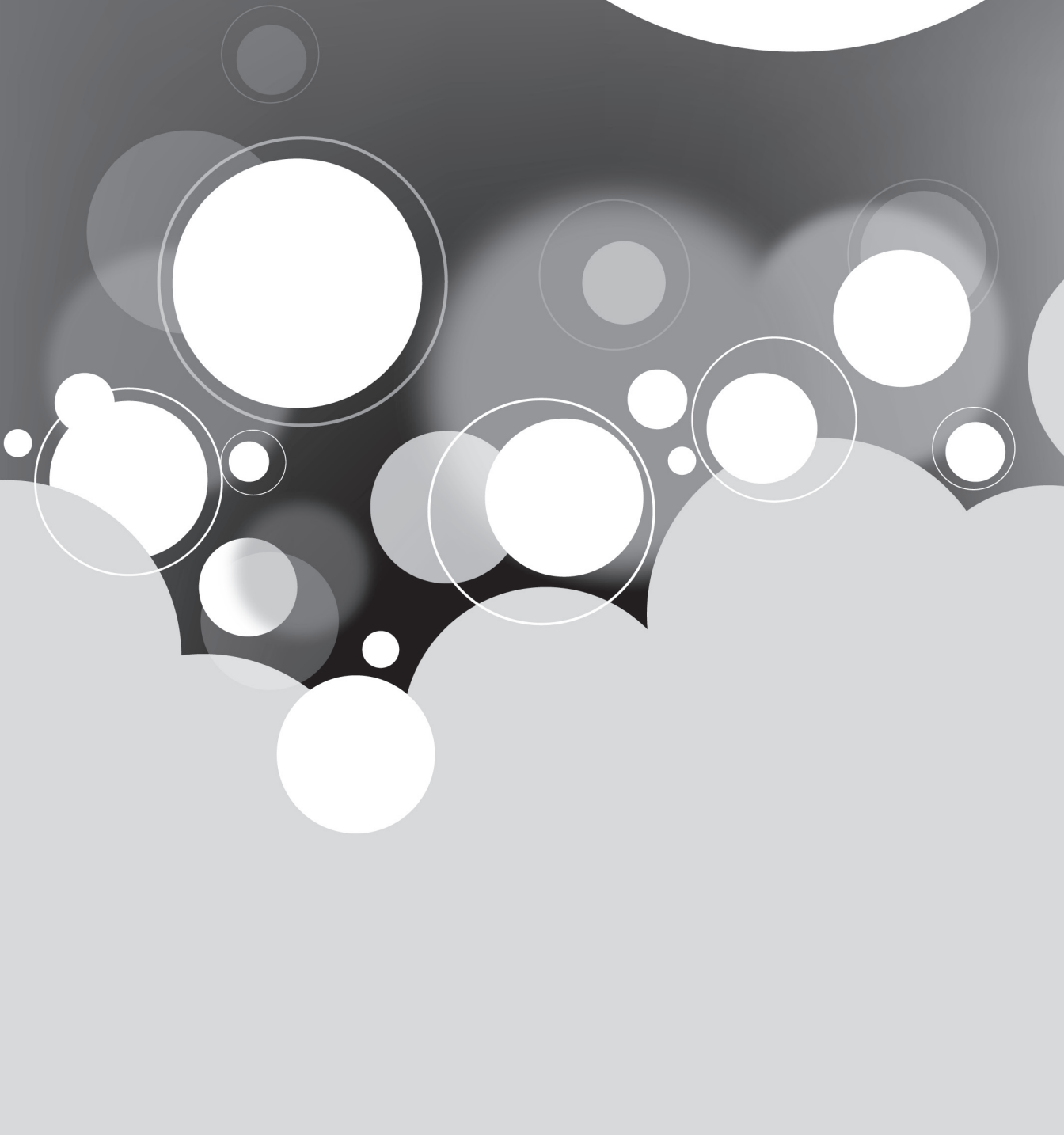


ต่างต่าง นานา ในการแก้ปัญหาทำล้งคน ด้านสุขภาพ



ต่างต่าง นานา
ในการแก้ปัญหาทำล้งคน
ด้านสุขภาพ



ต่างต่าง นานา

ในการแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ

พิมพ์ครั้งที่ 1: มกราคม 2555
จำนวน: 3,000 เล่ม
โดย: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.)
 อาคารคลังพัสตุ ชั้น 2 ภายในกระทรวงสาธารณสุข ซอยสาธารณสุข 6
 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง นนทบุรี 11000
โทรศัพท์: 02-590-2397 โทรสาร: 02-590-2385
 www.hrdothai.org

บรรณาธิการ: นางลักษณ์ พะไถยะ, เพ็ญนภา หงษ์ทอง
กองบรรณาธิการ: ศัญญา ศรีรัตนะ, กฤษฏา ว่องวิญญู, จิราภรณ์ หลาบคำ, วรางคณา วรราช
ปกและรูปเล่ม: พิมพ์นิยม 71
กราฟฟิก: มะลิจันทร์
พิสูจน์อักษร: สัมแก้ว

ที่ปรึกษา: นพ.มงคล ณ สงขลา, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นพ.อำพล จินดาวัฒนะ,
 นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข, นพ.ชินกร ไนรี

ผู้สนับสนุน: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.),
 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

พิมพ์ที่: บริษัท พรินท์แอมมี (ประเทศไทย) จำกัด โทรศัพท์ 02-736-3913



คำนำ

หนังสือ “**ต่างต่าง นานา ในการแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ**” นี้เป็นผลจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรวบรวมนวัตกรรมในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ ของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ที่จัดขึ้นเพื่อสำรวจว่าภายใต้เงื่อนไขข้อจำกัดมากมายของกำลังคนด้านสุขภาพ พื้นที่ต่าง ๆ มีการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของตนเองอย่างไรบ้าง เพื่อให้สามารถจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยที่สามารถดำรงกำลังคนไว้ในระบบได้

ผลของการจัดเวทีจำนวน 10 ครั้ง ในช่วงปี 2554 ทำให้ได้เห็นว่าการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่ไม่สามารถมีรูปแบบกลางได้ เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีปัจจัยหรือสภาพแวดล้อมที่เป็นเฉพาะของตนเองการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพจึงเป็นเรื่องที่ต้องทำให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ มาตรการหรือนวัตกรรมที่แต่ละจังหวัดนำมาเสนอในเวทีการระดมความเห็นนั้น เป็นรูปธรรมที่แสดงให้เห็นว่าถึงเวลาแล้วที่รัฐบาลต้องสนับสนุนให้มีการพัฒนากลไกระดับพื้นที่เพื่อทำหน้าที่ประสานการวางแผนบุคลากรด้านสาธารณสุขและกำลังคนด้านสุขภาพอื่น ๆ ในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการกระจายและการใช้กำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม อันเป็นแนวนโยบายที่จะสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ของ แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2559 ที่กำหนดให้มีการสร้างกลไกการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพในระดับประเทศและระดับพื้นที่ การปรับเปลี่ยนการผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีจำนวนกำลังคนที่เพียงพอและสอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการ การปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการเพื่อการกระจายกำลังคนที่เป็นธรรมและดำรงกำลังคนในระบบสุขภาพ การสร้างและจัดการความรู้เพื่อนำสู่การพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพ และการส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาไทยและผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน

นอกเหนือจากจะเป็นการรวบรวมหลักฐานที่เป็นรูปธรรมเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ตามแผนทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแล้ว หนังสือ “**ต่างต่าง นานา แก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ**” ยังมุ่งให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างพื้นที่ เพื่อให้เห็นแนวคิดที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหาเดียวกัน ประโยชน์ของหนังสือเล่มนี้คงเพิ่มพูนทวิคูณหากสามารถทำให้ผู้อ่านเกิดประกายแนวคิดในการหาทางออกจากข้อจำกัดในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ของตนเองในปัจจุบัน ขณะเดียวกันประโยชน์ของหนังสือเล่มนี้จะลดน้อยลงไปทีเดียวหากการเรียนรู้ นำสู่การลอกเลียน เพราะมาตรการที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่หนึ่ง อาจเป็นมาตรการที่ไม่เพียงแต่จะไร้ประสิทธิภาพ แต่อาจยังนำสู่การสร้างปัญหาใหม่ในอีกพื้นที่หนึ่ง

เพื่อให้ง่ายต่อการอ่านและทำความเข้าใจในบริบทของแต่ละพื้นที่ หนังสือเล่มนี้ถูกแบ่งเป็นรายภาค ย่อยเป็นรายจังหวัด แต่ละจังหวัดมีข้อมูลหน่วยบริการและสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพแสดงในรูปแบบของตารางให้เห็นชัดเจน

ขอขอบคุณบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 499 คน จาก 58 จังหวัด ที่เข้าร่วมนำเสนอข้อมูลและข้อคิดเห็นในการจัดเวทีทั้ง 10 ครั้ง

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

บทที่ 1 ความเป็นมา

10

บทที่ 2 ผลการดำเนินโครงการ

14

ปริบทลกรุงเทพมหานคร และภาคกลาง

18

กาญจนบุรี

19

จังหวัดนนทบุรี (กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า)

22

เพชรบุรี

25

สมุทรสาคร

28

จังหวัดสระบุรี

30

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

33

สิงห์บุรี

36

● สรุปการบริหารและจัดการกำลังคนในพื้นที่ภาคกลางและปริบทลกรุงเทพมหานคร

39

ภาคตะวันออก

42

ระยอง

43

ฉะเชิงเทรา

47

จันทบุรี

51

ตราด

54

ปราจีนบุรี

56

สระแก้ว

59

● สรุปมาตรการการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ภาคตะวันออก

62

ภาคใต้

66

กระบี่

67

ชุมพร

69

พังงา

71

สุราษฎร์ธานี

73

สงขลา

75

นครศรีธรรมราช

78

ปัตตานี

82

ยะลา

84

พัทลุง

86

● บทสรุปและข้อเสนอแนะ

88

ภาคเหนือ

90

เพชรบูรณ์

91

ตาก

94

นครสวรรค์

97

พิษณุโลก

99

สุโขทัย

103

กำแพงเพชร

105

อุทัยธานี

107

เชียงใหม่

109

เชียงราย

112

แพร่

115

แม่ฮ่องสอน

118

น่าน

120

พะเยา

123

ลำปาง

125

ลำพูน

128

● บทสรุป

129

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

132

จังหวัดขอนแก่น

133

จังหวัดมหาสารคาม

136

อุบลราชธานี

139

ยโสธร

141

สกลนคร

143

ศรีสะเกษ

145

มุกดาหาร

147

การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่เขต 10

149

อุดรธานี

150

เลย

153

หนองคาย

156

● สรุปภาพรวมมาตรการการบริหารและจัดการกำลังคนภาคอีสาน

158

บทที่ 3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

162

บรรณานุกรม

164



บทที่ 1 ความเป็นมา

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2552 ได้วางเป้าหมายสำคัญด้านกำลังคนด้านสุขภาพไว้ 2 ประการคือ ข้อ 95 บุคลากรด้านสาธารณสุข รวมทั้งกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพ มีคุณภาพ มีจริยธรรม มีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม มีปริมาณที่เพียงพอ และมีการกระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และข้อ 98 บุคลากรด้านสาธารณสุขมีการทำงาน เพื่อให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในลักษณะที่เป็นสหวิชาชีพ รวมทั้งทำงานเชื่อมโยงสอดคล้องประสานอย่างใกล้ชิดกับกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพด้วย โดยได้กำหนดมาตรการสำคัญเพื่อการบรรลุเป้าหมายทั้ง 2 ประการโดยกำหนดให้รัฐสนับสนุนให้มีการพัฒนากลไกระดับพื้นที่เพื่อทำหน้าที่ประสานการวางแผนบุคลากรด้านสาธารณสุขและกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ ในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการกระจายและการใช้กำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและมีความเป็นธรรม ในขณะเดียวกันแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2559 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2550 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการทำงานไว้ 5 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย การสร้างกลไกการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพในระดับประเทศและระดับพื้นที่ การปรับเปลี่ยนการผลิตและพัฒนาากำลังคนให้มีจำนวนกำลังคนที่เพียงพอและสอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการ การปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการเพื่อการกระจายกำลังคนที่เป็นธรรมและอํารงกำลังคนในระบบสุขภาพ การสร้างและจัดการความรู้เพื่อนำสู่การพัฒนากระบวนการกำลังคนด้านสุขภาพ และการส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาไทยและผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน

ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายในภาพรวมและโครงสร้างทางสังคมหลายประการที่ส่งผลต่อสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ เช่น การเริ่มบังคับใช้ระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ในขณะเดียวกันรัฐบาลได้มีนโยบายสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็น medical hub ของอาเซียน และนานาชาติ ทำให้ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศมีเพิ่มมากขึ้น การลดอัตรากำลังข้าราชการของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ที่ทำให้แรงจูงใจของการเป็นกำลังคนด้านสุขภาพในภาครัฐลดน้อยลง ส่งผลให้จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพรุ่นใหม่เข้าสู่ระบบบริการภาครัฐลดน้อยลง รวมไปถึงปัญหาความรุนแรงในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ทำให้พื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส กลายเป็นพื้นที่ที่คนในอยากออกและคนนอกไม่อยากจะเข้า จนกระทรวงสาธารณสุขต้องประกาศใช้มาตรการสร้างแรงจูงใจเป็นพิเศษ หรือกระแสความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่สร้างความหวาดวิตกให้กับบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษาและอ่อนประสบการณ์

การขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ ในท่ามกลางข้อจำกัดของกำลังคน และการขาดแคลนทรัพยากรต่างๆ ประกอบกับพื้นที่ในชนบทต่างๆ ของหลายจังหวัด มักจะตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทำให้การหาลูกจ้างลงไปอยู่ได้ครบเต็มจำนวนตามที่ตั้งเป้าไว้เป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก ทำให้หน่วยบริการในพื้นที่จำเป็นต้องหามาตรการและยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคน เพื่อให้สามารถจัดบริการด้านสุขภาพให้ได้เท่าทันความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จึงเกิดนวัตกรรมการจัดการกำลังคนที่ยืดหยุ่นและสร้างสรรค์เพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับกับบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้จึงเป็นที่มาของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรวบรวมนวัตกรรมในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่เพื่อนำไปสู่การขยายผลต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ศึกษากรณีการจัดการกำลังคนที่ประสบผลสำเร็จ ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ และรวบรวมฐานข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปสู่การขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ
2. สรุปบทเรียนนวัตกรรม / กรณีการจัดการกำลังคนที่ประสบผลสำเร็จและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กิจกรรมที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

1. การรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นในด้าน ฐานข้อมูลกำลังคน ประกอบด้วย ประเภทบุคลากร การกระจาย และกรณีการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่
2. จัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทำแผนที่เกี่ยวกับ นวัตกรรม และกรณีการจัดการปัญหาลูกจ้างด้านสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จ
3. รวบรวมนวัตกรรมการจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ จัดทำรูปเล่มและเผยแพร่

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดเครือข่ายนักวิชาการและผู้ปฏิบัติด้านกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่
2. ค้นพบประเด็นปัญหากำลังคนและการจัดการที่สอดคล้องกับพื้นที่ที่คมชัด และพบการแก้ไขที่ยั่งยืนมีส่วนร่วมขององค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชนในพื้นที่
3. องค์ความรู้ในการทำงานแก้ปัญหากำลังคน และเป็นตัวอย่างในการทำงานด้านการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้กับภาคและพื้นที่อื่นต่อไป



บทที่ 2

ผลการดำเนินโครงการ

6 เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการคณะผู้วิจัยได้จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่รวมทั้งสิ้น 10 ครั้ง แบ่งเป็น ระยะแรกแรก เดือนกุมภาพันธ์ 2554 เป็นการลงพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 ครั้ง ในจังหวัดขอนแก่น จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 11, 14 และ 16 กุมภาพันธ์ 2554 ตามลำดับ มีจังหวัดที่เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนรวมทั้งสิ้น 14 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น มหาสารคาม อุดรธานี หนองคาย สกลนคร หนองบัวลำภู เลย อำนาจเจริญ ยโสธร อุบลราชธานี ศรีสะเกษ สุรินทร์ นครพนม และมุกดาหาร จำนวนบุคลากรเข้าร่วมทั้งสิ้น 102 คน และระยะที่สองภาคกลาง 2 ครั้ง ที่จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดสระบุรี, ภาคตะวันออก 1 ครั้ง ที่จังหวัดระยอง, ภาคเหนือ 2 ครั้ง ที่จังหวัดพิษณุโลกและจังหวัดเชียงใหม่ และภาคใต้ 2 ครั้ง ที่จังหวัดสงขลาและจังหวัดกระบี่ ทั้งหมดถูกจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม – 1 กันยายน 2554 มีจังหวัดที่ร่วมแลกเปลี่ยนปัญหาและนวัตกรรมในการบริหารจัดการกำลังคนรวมทั้งสิ้น 43 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี สมุทรสาคร ปทุมธานี กาญจนบุรี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม เพชรบุรี สระบุรี ปราจีนบุรี อัญญา สระแก้ว สิงห์บุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ชลบุรี ฉะเชิงเทรา พิษณุโลก นครสวรรค์ ตาก สุโขทัย เพชรบูรณ์ กำแพงเพชร อุทัยธานี เชียงใหม่ ลำพูน พะเยา แพร่ น่าน เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำปาง สงขลา นครศรีธรรมราช กระบี่ ชุมพร พังงา สุราษฎร์ธานี พัทลุง ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส นอกเหนือจากตัวแทนผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ หรือในหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น ตัวแทนกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและ

คุณภาพบริการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ ตัวแทนหน่วยบริการทั้งระดับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจากภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ได้แก่ ส่วนผลิต เช่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรคบุรี วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี วิทยาลัยพยาบาลพระพุทธรบาท วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี วิทยาลัยพยาบาลอุดรดิถี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง วิทยาลัยบรมราชชนนีสครลำปาง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสครศรีธรรมราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรัง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี และตัวแทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 2 พิษณุโลก เขต 5 ราชนบุรี และเขต 6 ระยอง มีจำนวนบุคลากรเข้าร่วมทั้งสิ้น 397 คน

สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ในฐานะผู้จัดทำงานวิจัยได้รวบรวมรายชื่อและที่ติดต่อทุกคนที่เข้าร่วมกระบวนการเพื่อจัดทำเป็นเครือข่ายคนทำงานด้านการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งจะเป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงระหว่างคนทำงานบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่และนักวิจัยกำลังคนด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน เครือข่ายนี้จะทำให้เกิดการประสานและแลกเปลี่ยนแนวคิดและการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพในอนาคตอย่างยั่งยืนโดยมี สวค. ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการเครือข่าย ในช่วงแรกการติดต่อภายในเครือข่ายจะผ่านการสื่อสารทางวารสารผีเสื้อขยับปีกซึ่ง สวค. จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารและประชาสัมพันธ์ข่าวสารเรื่องราวด้านการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพอยู่แล้ว

จากการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของผู้ที่ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ ทำให้มองเห็นปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพเฉพาะของพื้นที่และวิธีการแก้ไขปัญหาผ่านทางนวัตกรรมการบริหารจัดการกำลังคนที่หลากหลายสามารถสรุปแยกเป็นส่วนของปัญหาและนวัตกรรมในการแก้ปัญหารายภาคได้ดังนี้

ปริมณฑลกรุงเทพฯ
และภาคกลาง

ปริบทหลวงหนพฯ และภาคกลาง

พื้นที่ภาคกลางโดยเฉพาะเขตจังหวัดต่อติดกับกรุงเทพฯ เป็นพื้นที่ที่หลายคนไม่ค่อยคิดว่าจะมีปัญหาเรื่องการขาดแคลนกำลังคน แต่จากการเก็บข้อมูลของสำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ พบว่าแม้แต่จังหวัดที่ติดกับกรุงเทพฯ และมีลักษณะความเป็นเมืองแทบไม่แตกต่างกัน อย่างจังหวัดนนทบุรีก็ยังเป็นพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์อยู่

สามารถสรุปภาพรวมปัญหาพื้นที่ปริบทหลวงหนพฯ และภาคกลาง ได้ดังนี้

1.ขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ เพราะพื้นที่เหล่านี้มีความเป็นเมืองสูง มีประชากรแฝงที่เป็นแรงงานอพยพต่างถิ่นทั้งจากภายในประเทศและต่างประเทศจำนวนมาก ทำให้ภาระงานที่แท้จริงของหน่วยบริการมากกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ทำให้การจัดสรร โควตาบุคลากรตามการจัดสรรกำลังคนตามระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS) ไม่เพียงพอกับภาระงานจริง อีกทั้งพื้นที่ปริบทหลวงหนพฯ เป็นพื้นที่ที่มีทั้งโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลเอกชน ทำให้เกิดการถ่ายเทโยกย้ายบุคลากรสูงกว่าพื้นที่ในเขตห่างไกลเมืองหลวง

2.ขาดแคลนพยาบาล ด้วยความเป็นเมืองมีการพัฒนาระบบบริการสูงและมีอัตราการแข่งขันระหว่างสถานบริการสูง ทำให้พยาบาลมีทางเลือกมาก จึงเกิดปรากฏการณ์ขาดแคลนพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะในช่วงที่รัฐบาลดำเนินนโยบายลดอัตราค่าจ้างข้าราชการ พยาบาลรุ่นใหม่ไม่เข้าสู่ระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข หากมีพยาบาลเข้าไปในระบบก็เป็นจำนวนที่น้อยมาก ไม่เพียงพอกับความต้องการของระบบบริการ

3.เป็นพื้นที่ที่มีความอ่อนไหวทางการเมืองสูง ทำให้มาตรการผลิตนักเรียนทุนพยาบาล โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ค่อยได้ผล เพราะเมื่อการเมืองเปลี่ยนจะกระทบต่อทุนที่ให้ไว้ ต่อเนื่องในทันที หลายแห่งเริ่มลดทุนการศึกษา บางแห่งตัดทุนการศึกษาที่เคยให้เด็กไว้ก่อนหน้านี้ ทำให้เกิดความไม่มั่นคงของโครงการ

4.ปัญหาด้านศักยภาพในการผลิตบุคลากรของแห่งผลิต ที่ติดกรอบข้อบังคับของสภา การพยาบาลในเรื่องสัดส่วนอาจารย์ต่อผู้เรียน ทำให้การผลิตกำลังคนเพิ่มไม่สมารถทำได้ นอกจากนั้นปัญหาหนึ่งซึ่งอาจจะแตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ คือ นักเรียนที่สนใจจะเรียนด้านพยาบาล มีน้อย จะเห็นได้ว่าเมื่อมีโควตาพยาบาลมีนักเรียนเข้าสอบไม่เต็ม จึงต้องรับนักเรียนจากจังหวัดอื่น ซึ่งความผูกพันกับจังหวัดจะมีน้อย

5.ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนระดับผู้ช่วยซึ่งผลิตโดยสถาบันในสังกัดสถาบัน พระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีจำนวนการผลิตและจัดสรรโควตาน้อยในแต่ละปี และนอกจากนั้นยังมีแนวโน้มที่จะหยุดผลิตอีกด้วย จึงทำให้ระบบบริการขาดกำลังคนที่จะมา ทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพต่างๆ

กาญจนบุรี

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดกาญจนบุรีมีจำนวนประชากร 799,655 คน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 13 อำเภอ 95 ตำบล 877 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 190 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 13 แห่ง รพ.สต. 141 แห่ง คลินิกเอกชน 26 แห่ง ศูนย์บริการ สาธารณสุข 1 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลัก มีทั้งหมด 2,014 คน ประกอบด้วยแพทย์ 164 คน ทันตแพทย์ 61 คน เภสัชกร 67 คน พยาบาล 1,187 คน และนักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 535 คน ดังแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 1 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดกาญจนบุรี

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	2
โรงพยาบาลชุมชน	13
รพ.สต.	141
สถานเอนามัย	1
คลินิกเอกชน	26
ศูนย์สุขภาพชุมชน	1
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	1
โรงพยาบาล นอก สธ.	1
โรงพยาบาลเอกชน	4
รวม	190

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 2 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดกาญจนบุรี

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	164	1: 4,876
ทันตแพทย์	61	1: 13,109
เภสัชกร	67	1: 11,935
พยาบาล	1,187	1: 673
นักวิชาการ/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข	535	1: 1,494
รวม	2,014	

ที่มา: กลุ่มบริหารบุคคล สำนักงานบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

กาญจนบุรีประสบปัญหาเรื่องการขาดแคลนกำลังคน โดยเฉพาะแพทย์ ที่ส่วนใหญ่ต้องการเรียนต่อเฉพาะทาง นอกจากนี้มีปัญหการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ไม่เท่าเทียมกันในจังหวัด เนื่องจากความแตกต่างทางสภาพภูมิประเทศ บางพื้นที่ที่ค่อนข้างห่างไกล เช่น อำเภอท่าม่วง มีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสูงมาก ส่วนใหญ่บุคลากรที่มีอยู่จะอายุใ้สูง คนรุ่นใหม่ไม่ค่อยไปอยู่ หรือไปอยู่ก็ย้ายออกเร็ว เนื่องจากก่อนหน้านี้จังหวัดมีนโยบายสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรไปประจำที่อำเภอท่าม่วงด้วยการนำมาเป็นเงื่อนไขการย้ายออกไปโรงพยาบาลใหญ่ได้ก่อน หากทำงานครบ 7 ปี ทำให้บุคลากรที่ไปต่างก็ย้ายออกเมื่อครบเวลา อนาคตเขตพื้นที่อำเภอท่าม่วงจะมีปัญหาหนัก เพราะไม่มีคนรุ่นใหม่ที่จะอยู่จนเติบโตที่นั่น

นอกจากนี้ยังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ไม่สามารถสร้างความเข้มแข็งให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอันเป็นบริการปฐมภูมิได้เต็มที่

นโยบายการลดอัตรากำลังคนราชการของรัฐบาลมีผลต่อการเข้าและอยู่ในระบบของจังหวัดเป็นอย่างมาก เนื่องจากการเป็นข้าราชการเป็นทั้งแรงจูงใจให้คนเข้าสู่ระบบ และเป็นขวัญและกำลังใจที่สำคัญในการรักษากำลังคนไว้ในระบบ

นวัตกรรมในการบริหารและจัดการจัดการปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ

1.สร้างแรงจูงใจในการไม่เป็นข้าราชการ จังหวัดกาญจนบุรีใช้นโยบายยืนอยู่บนความจริงว่าโอกาสที่บุคลากรจะได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการนั้นมีน้อย เน้นบอกความจริงส่วนนี้กับบุคลากรโดยเฉพาะผู้ที่เข้าสู่ระบบหลังปี 2543 ซึ่งเป็นปีแรกที่รัฐบาลเริ่มใช้นโยบายการลดอัตรากำลังข้าราชการ และหันมาให้ความสำคัญกับการสร้างแรงจูงใจในการไม่เป็นข้าราชการแทน เพื่อให้เห็นว่าไม่จำเป็นต้องเป็นข้าราชการก็สามารถทำงานได้อย่างมีความสุข

การสร้างแรงจูงใจ เช่น

เพิ่มค่าตอบแทนให้กับลูกจ้างให้สูงกว่าอัตราค่าตอบแทนของข้าราชการ โดยจังหวัดกำหนดค่าตอบแทนกลางเอง ไม่อิงกับส่วนกลาง

สร้างสำนึกรักบ้านเกิดให้กับบุคลากรรุ่นใหม่ เป็นคนกาญจนบุรี ก็ควรต้องรักกาญจนบุรี และทำงานในกาญจนบุรี โดยไม่ให้ความสำคัญกับการต้องเป็นข้าราชการ ซึ่งกระบวนการสร้างสำนึกรักบ้านเกิดนี้ จังหวัดเริ่มดำเนินการตั้งแต่เป็นนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา กลุ่มคนที่ใช้กระบวนการเช่นนี้ได้ผลได้แก่ พยาบาล

ไม่สนับสนุนให้นักวิชาการเปลี่ยนสายงานเป็นพยาบาล เนื่องจากที่ผ่านมา นักวิชาการจำนวนหนึ่งลาศึกษาต่อด้านพยาบาลเพิ่มเติมเพื่อรอปรับตำแหน่ง แต่ตำแหน่งที่ได้รับจัดสรรมาน้อยกว่าจำนวนคนที่รอบรรจุ จังหวัดจึงแก้ปัญหาด้วยการไม่อนุญาตให้มีการลาเรียนต่อ ขณะเดียวกันพยายามสร้างความตระหนักให้มองเห็นความสำคัญของบทบาทหน้าที่ของการเป็นนักวิชาการที่มีต่อระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้บุคลากรภาคภูมิใจในตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันของตนเอง อย่างไรก็ตามก็ดีพบว่าสถาบันการศึกษาบางแห่งเปิดสอนนอกเวลาราชการ ทำให้มีบุคลากร

ส่วนหนึ่งยังคงเรียนต่อเพื่อรอโอกาสตรงนี้อยู่ แต่จังหวัดก็แก้ไขด้วยการไม่บรรจุผู้ที่เปลี่ยนสายงานเลยเพื่อลดแรงจูงใจในการเรียนต่อเพื่อเปลี่ยนสายงาน

2.มาตรการจูงใจคนไว้ในระบบ เพื่อลดอัตราการย้ายออก จังหวัดกาญจนบุรีได้ผลิตมาตรการหลากหลายเพื่อจูงใจให้คนปฏิบัติงานในจังหวัด มาตรการต่าง ๆ ได้แก่

- การลดภาระงานแพทย์ ด้วยการจ้างแพทย์เกษียณอายุราชการ ให้ตรวจผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยประกันสังคม

- จัดโครงการ “น้องช่วยพี่” ซึ่งเป็นการกระจายงานให้กับกำลังคนสายสนับสนุนของแต่ละวิชาชีพ เพื่อแบ่งเบาภาระของวิชาชีพในส่วนที่สามารถกระจายได้ เช่น ให้ พยาบาลช่วยแบ่งเบาภาระของแพทย์ ให้นักวิชาการสาธารณสุขช่วยแบ่งเบาภาระของพยาบาล เป็นต้น โดยมีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้บุคลากรก่อน

3.การแก้ไขปัญหาการกระจุกตัวในเมืองของกำลังคน

- กาญจนบุรีใช้วิธีการบริหารกำลังคนเป็นภาพรวมระดับจังหวัด โดยมีคณะกรรมการระดับจังหวัดเป็นผู้พิจารณาในส่วนนี้ การบรรจุคนเมื่อมีตำแหน่งว่างในจังหวัดจะไม่ใช้วิธีเอาตำแหน่งเป็นตัวตั้งแล้วจัดคนลงไป แต่จะใช้วิธีเอาคนเป็นตัวตั้งแล้วจัดตำแหน่งลงไป เมื่อพิจารณาแล้วว่าใครควรได้รับการบรรจุ จะนำตำแหน่งไปลงให้ในสถานที่ทำงานอยู่ หากต้องการบรรจุก็ต้องปฏิบัติงานที่เดิม ป้องกันการย้ายออกนอกพื้นที่ ขณะเดียวกันมีการนำตำแหน่งเป็นตัวสร้างแรงจูงใจให้กับพื้นที่ที่ขาดแคลนกำลังคนด้วย

- กำหนดอัตราเบี้ยกันดารให้กับพื้นที่ที่ห่างไกลเพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นประเภทของค่าตอบแทนที่จังหวัดคิดขึ้นมาเอง ไม่อยู่ในกรอบค่าตอบแทนของกระทรวงฯ ค่าเบี้ยกันดารนี้จะไม่เท่ากันในแต่ละอำเภอ ขึ้นอยู่กับความกันดารและความห่างไกลของพื้นที่

4.แก้ไขปัญหาขาดแคลนกำลังเจ้าพนักงานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยการรับบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาด้านสาธารณสุขจากมหาวิทยาลัยราชภัฏ ซึ่งมักจะมีข้ออ่อนเรื่องการขาดความรู้ หรือไม่ชำนาญงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น ด้วยการให้ฝึกงานในโรงพยาบาลก่อน ต่อมาได้มีการทำความร่วมมือกับแหล่งผลิตคือมหาวิทยาลัยราชภัฏ เพื่อให้ปรับหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิตด้วยการเติมเนื้อหาด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นลงไป ทำให้ได้บัณฑิตที่ตรงกับความต้องการของระบบบริการมากขึ้น



นนทบุรี (กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า)

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดนนทบุรีมีจำนวนประชากร 1,101,743 คน แบ่งเขตการปกครองส่วนภูมิภาคออกเป็น 6 อำเภอ 34 ตำบล 440 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 191 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง รพ.สต. 76 แห่ง คลินิกเอกชน 62 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 34 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 7 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 1,517 คน ประกอบด้วยแพทย์ 154 คน ทันตแพทย์ 67 คน เภสัชกร 81 คน พยาบาล 947 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าพนักงานสาธารณสุข 268 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดนนทบุรี

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	5
รพ.สต.	76
คลินิกเอกชน	62
ศูนย์บริการสาธารณสุข	34
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	1
โรงพยาบาล นอก สธ.	1
โรงพยาบาล นอก สป.สธ.	4
โรงพยาบาลเอกชน	7
รวม	191

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 4 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดนนทบุรี

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	154	1: 7,154
ทันตแพทย์	67	1: 16,443
เภสัชกร	81	1: 13,601
พยาบาล	947	1: 1,163
นักวิชาการ/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข	268	1: 4,110
รวม	1,517	

ที่มา: กลุ่มบริหารบุคคล สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

กรณีการแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนของจังหวัดนนทบุรีได้ยกรณีการจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามานำเสนอ โดยโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีจำนวนเตียงที่ให้บริการจริง 515 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 2,200 – 2,500 คนต่อวัน มีปัญหาการขาดแคลนกำลังคนพยาบาลมาก ปัจจุบันมีพยาบาล 439 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 165 คน ไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนคนที่มาใช้บริการ การขาดแคลนพยาบาลเข้าสู่สถานการณ์วิกฤตินับจากปี 2544 ที่กระทรวงสาธารณสุขไม่มีอัตราการบรรจุ อันเนื่องมาจากนโยบายลดอัตรากำลังคนข้าราชการของรัฐบาล ก่อนหน้านั้นโรงพยาบาลใช้วิธีการจ้างพยาบาลเป็นลูกจ้างชั่วคราว แต่มีปัญหาว่าเมื่อทำงานได้ไม่นานก็ลาออกไปอยู่ที่ใหม่ เนื่องจากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าอยู่ในเขตเมือง ใกล้กรุงเทพฯ ทำให้พยาบาลมีทางเลือกสูง โดยเฉพาะการทำงานในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีอยู่มากมาย เพราะการเป็นลูกจ้างโรงพยาบาลของรัฐมีแรงจูงใจหลาย ๆ ด้านต่ำกว่าการเป็นลูกจ้างโรงพยาบาลเอกชน ทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลมีอายุมาก พบว่าพยาบาลที่อายุเกิน 50 แล้ว ยังต้องรับภาระขึ้นเวรอยู่

มาตรการแก้ไขปัญหา

ผลิตพยาบาลเองเพื่อให้เป็นลูกจ้างของโรงพยาบาลในระยะเวลาที่นานขึ้น โดยใช้เงื่อนไขการให้ทุนการศึกษาเป็นตัวผูกมัด โดยใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลเป็นแหล่งทุน วางแผนการผลิตระยะยาว 5 ปี โดยปี 2554 ให้ทุนนักเรียนพยาบาล 13ทุน ปี 2555 วางแผนให้ทุน 13 ทุน ปี 2556 ให้ทุน 20 ทุน ปี 2557 ให้ 26 ทุน และปี 2558 อีก 17 ทุน เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการขยายหน่วยงานของโรงพยาบาล โดยปี 2554 โรงพยาบาลมีความต้องการพยาบาลเพิ่ม 20 คน ปี 2555 ความต้องการเพิ่มขึ้นอีก 13 คน ปี 2556 ต้องการพยาบาลเพิ่ม 112 คน และปี 2557 อีก 140 คน

ผลิตผู้ช่วยพยาบาล เพื่อแบ่งเบาภาระงานพยาบาล โดยการถ่ายโอนงานการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมาให้ผู้ช่วยพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีเวลามากขึ้นสำหรับการทำงานการพยาบาลที่ซับซ้อน การผลิตผู้ช่วยพยาบาลเป็นโครงการความร่วมมือกับวิทยาลัยพยาบาลนนทบุรี ซึ่งรับหน้าที่เป็นแหล่งผลิต โรงพยาบาลสนับสนุนทุนการศึกษาเช่นเดียวกับพยาบาล อัตราทุนละ 30,000 บาทต่อปี ผู้เรียนคัดจากผู้ช่วยเหลือคนไข้ในโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากจะได้ผู้ที่มีใจรักงานด้านการบริการพยาบาลอยู่แล้ว ยังเป็นการสร้างความก้าวหน้าให้กับผู้ช่วยเหลือคนไข้ได้ มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยเหลือที่จะเข้าสู่กระบวนการฝึกผู้ช่วยพยาบาลชัดเจนคือ ทำงานในโรงพยาบาลมาแล้วไม่ต่ำกว่า 2 ปี อายุไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี การเรียนจะเรียนนอกเวลาราชการคือ วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 17.00-20.00 น. เพื่อไม่ให้จำนวนผู้ช่วยเหลือคนไข้ต้องหายไปในช่วงที่เรียน ปี 2553 ได้ให้ทุนการศึกษาผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 32 ทุน ปี 2554 สนับสนุน 10 คน และปี 2555 มีโครงการสนับสนุน 20 คน มีเงื่อนไขว่าต้องกลับมาใช้ทุนที่กลุ่มงานการพยาบาลของโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการส่งผู้ช่วยพยาบาลไปเรียน คือสามารถช่วยลดการจ้างพยาบาล และการจ่ายค่าตอบแทนล่วงเวลาให้พยาบาลได้ ทำให้ลดภาระรายจ่ายของโรงพยาบาลลงได้ ซึ่งสามารถลดค่าล่วงเวลาของพยาบาลวิชาชีพ จาก 467 เวน เหลือ 275 เวน ลดรายจ่ายไปทั้งหมด 225,100 บาทต่อเดือน อย่างไรก็ตามก็ดีพบว่าปัญหาที่ตามมาคือการย้ายออกของผู้ช่วยพยาบาล เนื่องจากภาระงานที่หนัก และค่าตอบแทนที่โรงพยาบาลจ่ายให้ไม่สามารถแข่งขันได้กับโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลพยายามแก้ไขปัญหการจัดทำระบบการกระจายงานบางอย่างของผู้ช่วยพยาบาลไปสู่ลูกจ้างอื่นๆ เช่น งานการส่งของ เดินเอกสาร การส่ง Lab การเบิกยา เนื่องจาก คนน้อยลง ซึ่งงานเหล่านี้สามารถกระจายงานไปสู่บุคคลอื่นได้ ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมและแต่ละคนได้ใช้ทักษะที่จำเป็นและเหมาะสม โดยเป็นการช่วยประหยัดเงินแก่องค์กรด้วย



เพชรบุรี

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดเพชรบุรีมีจำนวนประชากร 470,467 คน มีหน่วยบริการทางด้านสุขภาพทั้งหมด 129 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 325 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 117 แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดท้องถิ่น 2 แห่ง สถานการณ์ด้านกำลังคนพบว่าจำนวนแพทย์ที่มีอยู่จริง มีน้อยกว่าจำนวนโควตาตาม GIS ทั้งๆ ที่จำนวนโควตาตาม GIS ก็น้อยกว่าความต้องการแพทย์จริงเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรอยู่แล้ว ปัญหาด้านบุคลากรที่พบจะเหมือนกับที่อื่นๆ คือ ขาดแคลนบุคลากร และการไม่มีตำแหน่งบรรจุให้นักเรียนทุน รายละเอียดหน่วยบริการและข้อมูลบุคลากรดังแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 5 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดเพชรบุรี

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป (325 เตียง)	1
โรงพยาบาลชุมชน	7
รพ.สต.	117
สถานีนอนามัยในสังกัด อบต.	1
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล	1
สถานีกาชาดที่ 8	1
โรงพยาบาลค่ายรามนิเวศน์	1
รวม	129

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2554

ตารางที่ 6 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดเพชรบุรี

ตำแหน่ง	ควรมี (คน)	มีจริง (คน)	ขาด/เกิน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	93	79	-15	1: 5,955
ทันตแพทย์	54	27	-27	1: 17,424
เภสัชกร	52	44	-8	1: 10,692
พยาบาล	717	849	+132	1: 554

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2554

มาตรการในการแก้ไขปัญหาในภาพรวมระดับจังหวัด

- แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ประเด็น
- 1.การสรรหาบุคลากร วางระบบให้มีการสำรวจวิเคราะห์ความต้องการบุคลากรของแต่ละหน่วยงาน และจัดให้มีการเวียน การย้าย และโอน เมื่อมีตำแหน่งว่าง
- 2.การใช้ประโยชน์จากบุคลากร เน้นการมอบหมายงานให้ตรงกับคุณสมบัติของแต่ละสายงาน
- 3.การบำรุงรักษาบุคลากรไว้ในระบบ สร้างแรงจูงใจด้วยการจัดสรรเงินรางวัลโบนัสแก่บุคลากรดีเด่น มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่ทำงานเพื่อให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุขภายใต้สภาพแวดล้อมที่ดี
- 4.การพัฒนาบุคลากร จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

มาตรการแก้ไขปัญหากรณีศึกษา รพ. บ้านลาด

- รพ.บ้านลาด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง คนไข้ OPD ประมาณวันละ 200-300 คน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย 19 แห่ง รับผิดชอบประชากรรวมประมาณ 50,000 คน จำนวนบุคลากรปัจจุบันรวม 158 คน เป็นข้าราชการ 83 คน ลูกจ้างประจำ 9 คน ลูกจ้างชั่วคราวสายวิชาชีพ 9 คน สายสนับสนุน 52 คน แพทย์ 4 คน (รวมผู้อำนวยการโรงพยาบาล) เป็นข้าราชการ 3 คน ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน ทันตแพทย์ 4 คน เภสัชกร 4 คน เป็นข้าราชการ 3 คน ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 53 คน เป็นข้าราชการ 50 คน ลูกจ้างชั่วคราว 3 คน นักเทคนิคการแพทย์ ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน นักการแพทย์แผนไทย ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน

สถานการณ์ปัญหา

ขาดแคลนกำลังคนสายวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์และพนักงานการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นสาขาที่เป็นแหล่งรายได้เพิ่มของโรงพยาบาล การยกฐานะสถานีนอมาัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลายเป็นภาระใหญ่ของโรงพยาบาล เพราะภาระงานเพิ่มมากขึ้นแต่อัตรากำลังคนในสายวิชาชีพเท่าเดิม

นวัตกรรมในการแก้ปัญหา

- 1.ผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อแบ่งเบาภาระแพทย์ เนื่องจากมีจำนวนคนไข้ OPD ต่อวันสูงเกินกว่าแพทย์ที่มีอยู่จะตรวจได้ทัน โรงพยาบาลจึงเร่งส่งพยาบาลไปอบรมเวชปฏิบัติ โดย

ปัจจุบันมีพยาบาลเวชปฏิบัติรวมทั้งสิ้น 26 คน สามารถตรวจแทนแพทย์ได้ระดับหนึ่ง ซึ่งได้วางระบบให้มีการตรวจสอบและประกันคุณภาพโดยแพทย์ แต่ก็ยังติดปัญหาเรื่องทัศนคติของผู้ป่วยบางคนที่ยังเกรงอยากตรวจกับแพทย์

- 2.สร้างรายได้เข้าโรงพยาบาล เพื่อนำเงินมาจ้างบุคลากรเพิ่ม ด้วยการ
 - ผลิตบุคลากรผู้ช่วยแพทย์แผนไทยเอง เปิดแหล่งฝึกผู้ช่วยแพทย์แผนไทยภายในโรงพยาบาล ร่างหลักสูตรเอง 330 ชั่วโมง โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพแพทย์แผนไทยในเดือนตุลาคม 2552 ขณะนี้อยู่ระหว่างการผลิตบุคลากรรุ่นที่ 2 บุคลากรที่ผลิตได้จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโดยได้รับค่าตอบแทนตามระเบียบ ที่ผ่านมาสามารถสร้างรายได้ให้โรงพยาบาลได้เฉลี่ย 500,000 บาทต่อเดือน
 - 3.สร้างความเข้มแข็งให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพประจำอย่างน้อยแห่งละ 1 คน และวางระบบให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง รพ.สต. กับ โรงพยาบาลบ้านลาด โดยใช้บริบทเป็นฐาน หรือที่เรียกว่า CBL-Context-Based Learning ด้วยการให้พยาบาลวิชาชีพที่ประจำใน รพ.สต. ได้ฝึกตรวจวินิจฉัยร่วมกับแพทย์ใน OPD แห่งละ 1 สัปดาห์ มุ่งเน้นการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อรัง ทั้งเบาหวาน ความดัน และหัวใจ และให้พยาบาลวิชาชีพพร้อมทั้งทีมสหวิชาชีพของ รพ.สต. ได้ออก round ward ร่วมกับแพทย์ใน รพช. บ้านลาด แห่งละ 1 สัปดาห์ เพื่อเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และกลุ่มผู้สูงอายุ และจัดให้ทีมแพทย์ของโรงพยาบาลออกหน่วยที่ รพ.สต.แห่งละ 1 ครั้ง ทุกเดือน นอกจากจะเป็นการแก้ปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลแล้ว ยังเป็นโอกาสให้ทีมบุคลากรของ รพ.สต. ได้เรียนรู้จากแพทย์ด้วย ซึ่งจะเป็นการเรียนรู้ในบริบทต่างจากการเรียนในโรงพยาบาล



สมุทรสาคร

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดสมุทรสาครมีจำนวนประชากร 885,564 คน มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ 1 แห่ง คือโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 55 แห่ง ดังแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 7 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดสมุทรสาคร

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	1
รพ.สต.	55
รวม	57

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2554

สมุทรสาครเป็นจังหวัดที่มีแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก ทำให้ภาระงานของบุคลากรมาก อัตรากำลังที่ได้รับการจัดสรรตาม GIS ไม่เพียงพอกับความต้องการ เมื่อเทียบกับข้อมูลประชากร UC ณ 30 กันยายน 2553 พบว่ายังขาดแคลน รายละเอียดบุคลากร 3 สายงานหลักมีดังนี้

ตารางที่ 8 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดสมุทรสาคร

ตำแหน่ง	ควรมี	มีจริง	ขาด/เกิน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	205	158	-47	1: 5,604
ทันตแพทย์	112	44	-68	1: 20,126
เภสัชกร	106	54	-52	1: 16,399
รวม	423	256	-167	

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2554

เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนจังหวัดต้องจ้างบุคลากรเป็นลูกจ้างชั่วคราว ปัจจุบันมีลูกจ้างชั่วคราวสายวิชาชีพทั้งที่เป็นนักเรียนทุนและไม่ใช่นักเรียนทุน รวม 261 คน ในจำนวนนี้เป็นแพทย์ 47 คน โดย 43 คน อยู่ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร และ 4 คน อยู่ที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน สาเหตุสำคัญที่ต้องจ้างลูกจ้างชั่วคราวสายวิชาชีพจำนวนมากเพราะอัตราการหมุนเวียนสูง ส่วนใหญ่ของบุคลากรที่ย้ายออกจะไปสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแทน

ปัญหาการมีบุคลากรไม่สมดุลกับงานจะรุนแรงขึ้น เพราะสมุทรสาครเป็นเมืองที่กำลังขยายตัว ประชากรเพิ่มมากขึ้น หน่วยบริการทั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และโรงพยาบาลสมุทรสาคร กำลังขยายการให้บริการ

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.ผลิตกำลังคนเองสำหรับใช้ภายในจังหวัด กำลังคนที่ผลิตมีทั้งที่เป็นวิชาชีพ และกำลังคนสายสนับสนุน โดยทำเป็นสัญญาให้ทุนผูกพัน กำหนดสถานพยาบาลที่เมื่อเรียนจบแล้วต้องไปปฏิบัติงาน แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือการไม่สามารถเลือกเด็กได้เอง ทำให้ได้เด็กจากต่างจังหวัด ซึ่งเมื่อทำงานได้ระยะหนึ่งจะย้ายกลับไปที่บ้านเกิดกันหมด แม้องค์การบริหารส่วนตำบลจะมีโครงการสนับสนุนทุนการศึกษาให้เด็กในท้องถิ่น แต่ก็มีเงื่อนไขว่าจะให้ทุนก็ต่อเมื่อมีเด็กสอบเข้าแข่งขัน 3 คน สำหรับทุน 1 ทุน ปัญหาที่เกิดขึ้นคือไม่สามารถหาเด็กมาสอบได้ครบตามเงื่อนไขที่ อบต. วางไว้

2.สร้างความเข้มแข็งให้บริการปฐมภูมิ เพื่อแบ่งเบาภาระโรงพยาบาล จัดให้มีทีมสุขภาพประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ และสหวิชาชีพ หมุนเวียนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งเป็นประจำ บางพื้นที่ออกทีมทุกเดือน บางพื้นที่สามารถจัดได้ทุกสัปดาห์

จัดให้มีการบริหารงานในระดับ รพ.สต. ลักษณะของ project manager คือแบ่งงานตามประเภทการให้บริการ เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภค งานแพทย์แผนไทย งานผู้สูงอายุ งานออกกกำลังกาย ให้มีผู้จัดการกลุ่มงานต่าง ๆ รับผิดชอบบริหารงานโดยตรง เปรียบเหมือนผู้จัดการโครงการ ทำหน้าที่ประสานงานและขอคำปรึกษากับโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่าย และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

3.สร้างเครือข่ายสุขภาพพระดดับประชาชน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นศูนย์กลาง มีการเปิดโรงเรียน อสม. ระดับตำบลเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. จัดประชุมเครือข่ายสุขภาพประชาชนระดับอำเภอและระดับจังหวัดทุกเดือน

ดึงตัวแทนภาคประชาชน เช่น พระ ผู้อำนวยการสถานศึกษา แกนนำชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ เข้ามาเป็นคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต.

4.ให้ความสำคัญกับการสร้างขวัญและกำลังใจ เพื่ออํารงรักษากำลังคนไว้ในระบบ อํานวยความสะดวกเรื่องการเงิน พตส. ค่าล่วงเวลา และอื่น ๆ ที่บุคลากรพึงได้รับตามสิทธิอย่างไม่ขาดตกบกพร่อง รวมทั้งจัดสวัสดิการด้านที่พักและห้องออกกําลังกายให้



สรุป

สถานการณ์ปัญหา

จังหวัดสระบุรีมีจำนวนประชากร 715,404 คน มีหน่วยบริการทางด้านสุขภาพทั้งหมด 159 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่งโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 126 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 2 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 แห่ง และ โรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 1,727 คน ประกอบด้วยแพทย์ 208 คน ทันตแพทย์ 52 คน เภสัชกร 74 คน พยาบาล 1,509 คน และนักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข 334 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 9 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดสระบุรี

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์	1
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	10
รพ.สต.	126
ศูนย์สุขภาพชุมชน	2
ศูนย์บริการสาธารณสุข	7
คลินิกเอกชน	8
โรงพยาบาลเอกชน	4
รวม	159

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 10 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดสระบุรี

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	208	1: 3,439
ทันตแพทย์	52	1: 13,757
เภสัชกร	74	1: 9,667
พยาบาล	1,509	1: 474
นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	334	1: 2,141
รวม	1,727	

ที่มา: กลุ่มบริหารบุคคล สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

ปัญหาหลักที่ระบบบริการสุขภาพของจังหวัดสระบุรีกำลังประสบอยู่ คือการขาดแคลนบุคลากรทางทันตกรรม โดยเฉพาะในระบบบริการปฐมภูมิ พบว่า รพ.สต.ทั้ง 126 แห่งของจังหวัดมีเพียง 26 แห่ง เท่านั้นที่มีบริการทันตกรรม และพื้นที่ 3 อำเภอไม่มี รพ.สต. ที่มีบริการทันตกรรมเลย ทำให้ประชาชนต้องเข้าไปใช้บริการในโรงพยาบาลทุกอย่าง ทำให้บุคลากรของโรงพยาบาลซึ่งมีน้อยอยู่แล้วต้องรับภาระหนักมาก

ข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2554 พบว่าจังหวัดสระบุรีทั้งจังหวัดมีทันตาภิบาลที่เป็นข้าราชการ 47 คน มีลูกจ้างที่เป็นทันตาภิบาลและผู้ช่วยรวม 50 คน และช่างทันตกรรม 1 คน จะเห็นได้ว่าจำนวนทันตแพทย์และทันตาภิบาลอยู่ใกล้กันมากเกินไปโดยคิดเป็นสัดส่วน 1:1 ทั้งที่สัดส่วนที่เหมาะสมน่าจะมีจำนวนทันตาภิบาลมากกว่าทันตแพทย์ เพื่อแบ่งเบาภาระโดยเฉพาะงานด้านการส่งเสริมป้องกันและสุขภาพมััยในช่องปาก

สถานการณ์การไหลออกของทันตแพทย์ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาดีขึ้น คือมีการไหลออกน้อยกว่าช่วงก่อนหน้านี้ คาดว่าเป็นผลจากการปรับเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในปี 2551

การขาดแคลนบุคลากรด้านทันตกรรม โดยเฉพาะระดับปฐมภูมิทำให้สถานการณ์สุขภาพในช่องปากของประชาชนในจังหวัดสระบุรีเลวร้ายลง กลายเป็นภาระของระบบบริการทันตกรรมในระดับทุตยภูมิและตติยภูมิโดยไม่จำเป็น

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.ประสานแหล่งผลิตคือสถาบันพระบรมราชชนกเพื่อผลิตทันตาภิบาลเพิ่มให้ระดับจังหวัดโดยได้ประสานไปในปี 2552 หลังจากการประสานงานและโครงการได้เริ่มดำเนินการในปี 2554 เป็นปีแรก โดยใช้เงินจากกองทุนทันตกรรมซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรให้ปีนี้เป็นปีแรก จังหวัดสระบุรีได้รับงบประมาณในส่วนนี้มาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งสิ้นประมาณ 11 ล้านบาท ทางจังหวัดเก็บไว้สำหรับการผลิตทันตาภิบาลเพิ่มเป็นจำนวนเงิน 3.5 ล้านบาท โดยจัดทำเป็นโครงการร่วมระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีกับวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อให้ผลิตทันตาภิบาลเพิ่มให้จังหวัดรวม 20 คน โดยจังหวัดสนับสนุนงบประมาณคนละ 30,000 บาทต่อปี นอกจากนี้วิทยาลัยที่เป็นแหล่งฝึก มีเงื่อนไขให้จัดหาทุนิตทำฟันสำหรับนักเรียนใช้เรียนด้วย ปัญหาอยู่ที่ทุนิตทำฟันมีราคาสูงถึงตัวละ 400,000 บาท ทางจังหวัดแก้ไขปัญหาด้วยการขอความร่วมมือไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอบริจาคทุนิตทำฟันเก่าที่อายุการใช้งานเกิน 10 ปี มาซ่อมแซมปรับปรุงให้ใช้ได้ต่อ ซึ่งเสียค่าซ่อมแซมและปรับปรุงเป็นเงินไม่เกิน 90,000 บาท ขณะนี้ทางจังหวัดกำลังประสานเพื่อขอความอนุเคราะห์ในลักษณะเดียวกันไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อให้ได้ทุนิตทำฟันที่เพียงพอกับนักเรียน

เมื่อโครงการสำเร็จในปี 2556 จะมีทันตาภิบาลเพิ่มเข้ามาในระบบ 20 คน ซึ่งจะถูกส่งไปประจำที่ รพ.สต. วางแผนการจ้างงานในเบื้องต้นว่า CUP จะเป็นคนจ้างงานในส่วนนี้

2.ทำ รพ.สต. ให้เป็น Node ทุก Nodeให้มีทันตภิบาลประจำ เพื่อให้ประชาชนสามารถรับบริการทันตกรรมเบื้องต้นได้ในสถานบริการปฐมภูมิก่อน ไม่ต้องเดินทางเข้ามาที่โรงพยาบาลในอำเภอเป็นด่านแรก นอกจากจะเป็นการอำนวยความสะดวกให้ประชาชนแล้ว ยังแบ่งเบาภาระงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลด้วย บางอำเภอใช้วิธีการแบ่งพื้นที่ รพ.สต. ให้ทันตภิบาลรับผิดชอบชัดเจน เช่น ที่อำเภอเมือง มี รพ.สต. 9 แห่ง แต่มีทันตภิบาล 4 คน จึงมอบหมายให้ทันตภิบาล 1 คน รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต. 2 แห่ง อีก 1 แห่งที่เหลือ ให้ทั้ง 4 รับผิดชอบร่วมกัน และทั้ง 9 รพ.สต.ลงขันกันจ้างผู้ช่วยทันตภิบาลมาเพื่อเป็นลูกมือให้กับทันตภิบาลด้วย โดยทันตภิบาลที่จะได้รับเงิน on top เพิ่มจากการทำงานที่มากขึ้น ซึ่งทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้เข้ามาช่วยวางระบบให้

3.เพิ่มประสิทธิภาพให้ทันตภิบาล ด้วยการจ้างผู้ช่วยทันตภิบาล แต่ทำได้เพียงบางพื้นที่ เพราะติดปัญหาที่หาคนมาสมัครยาก เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการจ้างงาน

4.สร้างเครือข่ายกำลังคนด้านทันตกรรมในชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาขาดแคลนบุคลากรด้านทันตกรรมจังหวัดสระบุรีได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพทันตกรรมให้มีความรู้และทักษะในการทำงานสร้างเสริมป้องกัน และดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปากให้กับเด็ก ๆ โดยจัดทำโครงการสายใยเพื่อลูกรักฟันดี จัดให้ความรู้กับผู้ปกครองเพื่อให้สามารถตรวจสุขภาพในช่องปากของเด็ก ๆ ได้ และจัดให้เป็นอาสาสมัครทันตกรรมทำหน้าที่ตรวจสุขภาพช่องปาก คัดกรอง และให้คำแนะนำแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจุบันมีเครือข่ายผู้ปกครองอาสาสมัครทันตกรรมในโรงเรียน 2 แห่ง คือ โรงเรียนอนุบาลสระบุรี และอนุบาลศาลาแดง

ผลและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1.การผลิตกำลังคนทันตภิบาล (รวมถึงพยาบาล) เพิ่มเพื่อรองรับความต้องการกำลังคนของสถานบริการในจังหวัด มีอุปสรรคจากระเบียบการสอบคัดเลือกของ สบช. ที่ใช้ระบบเดียวคือการสอบจากส่วนกลาง ทำให้จังหวัดไม่สามารถคัดคนในพื้นที่เข้าเรียนได้ ทำให้เกรงว่าจะมีปัญหาเรื่องการคงอยู่ในระบบของกำลังคนที่ผลิตเพิ่มเข้ามานี้ เพราะขาดแรงจูงใจเรื่องการเป็นคนในพื้นที่ อาจทำให้ไม่อยากอยู่ในชุมชนนาน นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการไม่มีตำแหน่งข้าราชการรองรับทุกคนเมื่อรู้ว่าเมื่อเข้าสู่โครงการผลิตกำลังคนเพิ่มแล้วจะได้เป็นเพียงลูกจ้างชั่วคราว ทำให้ไม่ค่อยมีคนอยากมาสมัครเข้าโครงการ เพราะการเป็นลูกจ้างชั่วคราวของรัฐมีแรงจูงใจน้อยกว่าการเป็นลูกจ้างสถานพยาบาลเอกชน

2.มีความวิตกว่าการปรับระบบการผลิตของ สบช. ด้วยการยกเลิกการผลิตกำลังคนสายสนับสนุนหลักสูตร 2 ปี รวมทั้งทันตภิบาล เป็นการเรียนหลักสูตร 4 ปี จะยิ่งซ้ำเติมสถานการณ์การขาดแคลนกำลังคนสายสนับสนุนโดยเฉพาะทันตภิบาลของจังหวัด เพราะช่วงรอยต่อระหว่างการปรับจากหลักสูตร 2 ปี เป็น 4 ปี จะไม่มีกำลังคนทันตภิบาลเข้าสู่ระบบบริการเลย



พระนครศรีอยุธยา

สถานการณ์ปัจจุบัน

มีจำนวนประชากร 780,000 คน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 302 แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง รพ.สต. 47 แห่ง คลินิกเอกชน 41 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 10 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 6 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักทั้งหมด 2,283 คน ประกอบด้วยแพทย์ 148 คน ทันตแพทย์ 48 คน เภสัชกร 74 คน พยาบาล 1,335 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 678 คน ดังแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 11 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์	1
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	14
รพ.สต.	205
คลินิกเอกชน	41
ศูนย์สุขภาพชุมชน	6
ศูนย์บริการสาธารณสุข	10
โรงพยาบาลเอกชน	6
รวม	302

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 12 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	148	1: 5,875
ทันตแพทย์	48	1: 18,115
เภสัชกร	74	1: 11,750
พยาบาล	1,335	1: 651
นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	678	1: 1,282
รวม	2,283	

ที่มา: กลุ่มบริหารบุคคล สำนักงานบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

ภาพรวมปัญหาไม่ต่างจากที่อื่น คือ มีการขาดแคลนกำลังบุคลากรทั้งวิชาชีพหลัก 4 วิชาชีพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร และสหวิชาชีพรวมทั้งกำลังคนระดับสนับสนุน ปัญหาสำคัญคือจำนวนประชากรจริงมากกว่าประชากรตามทะเบียนราษฎร เนื่องจากอยุธยาได้รับการพัฒนาให้เป็นเขตอุตสาหกรรมในหลายพื้นที่จึงมีประชากรแฝงมาก จากข้อมูลพบว่าจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรมี 780,000 คน แต่เมื่อจังหวัดสำรวจประชากรจริงโดยอ้างอิงจากจำนวนผู้ใช้ไฟของจังหวัดแล้วพบว่ามีประชากรมากถึง 1.5 ล้านคน ทำให้สัดส่วนของจำนวนบุคลากรที่ได้รับการจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการคำนวณตาม GIS ไม่เพียงพอกับความต้องการจริงของประชาชน ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากตัวเลขที่เป็นทางการดูเหมือนอยุธยาจะไม่มีปัญหาการขาดแคลนกำลังคน แต่เมื่อพิจารณาจากสถานการณ์จริงพบว่กำลังคนอยู่ในระดับขาดแคลน

อยุธยาเป็นจังหวัดที่มีโรงพยาบาลระดับจังหวัด 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (รพศ.) และโรงพยาบาลเสนา (รพท.) มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 205 แห่ง ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนจะวิกฤติมากใน รพศ. เพราะเป็นโรงพยาบาลที่นอกจากจะรับผิดชอบประชากรในพื้นที่เมืองแล้ว ยังต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย ปัญหาหลักที่พบคือการมีพยาบาลไม่เพียงพอที่จะให้บริการงานการพยาบาล หลังจากที่มีรัฐบาลมีนโยบายลดอัตรากำลังข้าราชการ และกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถบรรจุนักเรียนทุนเข้าเป็นข้าราชการได้ทำให้พยาบาลรุ่นใหม่ไม่ค่อยมาสมัครที่นี้ ผลคือ ใน รพศ. อยุธยา มีแต่พยาบาลอายุมาก

แนวทางและมาตรการในการแก้ปัญหา

1.แก้ไขปัญหาในระดับภาพรวมของจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัดขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาในภาพรวม ป้องกันการเกิดภาพแก้ปัญหาให้อำเภอหนึ่งปัญหาไปเกิดขึ้นที่อีกอำเภอหนึ่ง โดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประกอบไปด้วย ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, ตัวแทนโรงพยาบาลทุกระดับทั้ง รพศ., รพท., และ รพช. รวมทั้งตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อวางแผนการจัดการกำลังคนร่วมกัน อย่างไรก็ตามที่ประชุมไม่มีการนำเสนอรายละเอียดการทำงานของคณะกรรมการชุดนี้มากเท่าไรนัก แต่อย่างน้อยก็เป็นสัญญาณที่ดีที่ทำให้เห็นว่าจังหวัดมีความพยายามแก้ไขปัญหาเป็นองค์รวมภาพใหญ่

2.มีความพยายามในการร่างหลักสูตรเพื่อผลิตกำลังคนสายสนับสนุนเอง ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลหนุ่มสาว และสายสนับสนุนด้านงานการพยาบาล ทำให้พยาบาลอาวุโสต้องทำงานทั้งที่ยากและง่ายเอง ทำให้โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเกิดความคิดที่จะผลิตกำลังคนสายสนับสนุนระดับผู้ช่วยพยาบาลเอง เพื่อป้อนเข้าสู่ระบบบริการของโรงพยาบาล โดยให้พยาบาลในโรงพยาบาลเป็นผู้สอน แต่โครงการนี้ไม่สามารถเกิดขึ้นได้เพราะหลักสูตรไม่ผ่านการอนุมัติจากสภาการพยาบาล ทำให้ปัญหาการขาดแคลนยังคงดำรงอยู่ ทางแก้ที่อื่นที่โรงพยาบาล

ใช้จึงเป็นการทำสัญญาล่วงหน้ากับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิดข้อผูกพันการทำงานภายหลังสำเร็จการศึกษา โดยในปี 2554 รพศ. พระนครศรีอยุธยาได้ใช้วิธีไปตั้งโต๊ะรับสมัครพยาบาลที่วิทยาลัยพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งต้องมีการเสนอค่าตอบแทนแข่งกับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ไปรับสมัครด้วย โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน ทำให้การทำสัญญาล่วงหน้าของจังหวัดอยุธยาไม่ค่อยได้ผล เพราะไม่สามารถแข่งขันด้านราคากับโรงพยาบาลเอกชนได้

3.ร่วมมือกับท้องถิ่นให้ทุนสนับสนุนผลิตพยาบาลเอง เพื่อแก้ปัญหาระยะยาว แต่ก็พบว่ามีปัญหาเรื่องการจ้างงานตามมา เพราะท้องถิ่นส่วนใหญ่จะไม่สามารถจ้างงานได้ เนื่องจากติดข้อบังคับสัดส่วนรายจ่ายด้านบุคลากรของท้องถิ่นต้องไม่เกินร้อยละ 40 ของงบประมาณทั้งหมดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ

4.สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิในจังหวัดเพื่อลดปัญหาความแออัดและภาระของบุคลากรในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ด้วยการใช้เงิน on top ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจังกวีวิชาการสาธารณสุข นักบัญชี และพนักงานคีย์ข้อมูลให้ประจำใน รพ.สต. ซึ่งปัจจุบันมีบุคลากรประจำเพียงแห่งละ 2-4 คน เท่านั้น แม้การจ้างงานเพิ่มในลักษณะนี้ จะเห็นผลว่าสามารถช่วยยืดเวลาสถานการณ์ได้ แต่จังหวัดก็รับรู้ได้ถึงความไม่ยั่งยืน เพราะสปลช. อาจจะตัดงบประมาณในส่วนนี้ในอนาคต ซึ่งทางจังหวัดเองไม่สามารถรับภาระจ้างงานต่อได้ ไม่พบว่าจังหวัดเตรียมการรองรับอย่างใด หาก สปลช. ตัดงบประมาณในส่วนนี้จริง

5.สร้างกำลังคนสุขภาพนอกระบบเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระบุคลากรในระบบ ด้วยการตั้งโรงเรียน อสม. ให้ความรู้ พัฒนาอสม. เพิ่มให้เป็นระดับเชี่ยวชาญ และสนับสนุนให้นักเรียนได้เป็นส่วนหนึ่งของทีม อย. น้อยเพื่อให้มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและระวังคุณภาพชีวิตของตนเองและคนในครอบครัว

ปัญหาและอุปสรรค

1.สถานการณ์ทางการเงินไม่เอื้อ หลายปัญหาจังหวัดมองว่าต้องการเงินเป็นตัวขับเคลื่อนเพื่อแก้ไข เมื่อจังหวัดไม่มีความเข้มแข็งทางการเงิน (ส่วนหนึ่งมาจากการเป็นจังหวัดเล็ก แต่มีโรงพยาบาลระดับจังหวัด 2 แห่ง) จึงไม่สามารถแก้ไขปัญได้อย่างยั่งยืน เช่น การจ้างเจ้าหน้าที่เพิ่มสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.การไม่ได้รับความร่วมมือจากสภาวิชาชีพ เช่น กรณีที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาพยายามแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านงานพยาบาลด้วยการผลิตกำลังคนระดับผู้ช่วยเอง แต่กลับไม่ได้รับการอนุมัติหลักสูตรจากสภาการพยาบาล ขณะที่วิทยาลัยพยาบาลต่างๆ ก็ไม่สามารถผลิตพยาบาลให้ได้เพียงพอกับความต้องการ อีกทั้งระบบการจ้างงานในปัจจุบันก็ไม่เอื้อให้พยาบาลรุ่นหลังเข้ามาสู่ระบบบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนกลายเป็นปัญหาที่แก้ไม่ตก



สิงห์บุรี

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดสิงห์บุรีมีจำนวนประชากร 198,607 คน แบ่งการปกครองออกเป็น 6 อำเภอ 43 ตำบล 364 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 57 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง รพ.สต.47 แห่ง คลินิกเอกชน 1 ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักทั้งหมด 1,153 คน ประกอบด้วยแพทย์ 55 คน ทันตแพทย์ 24 คน เภสัชกร 30 คน พยาบาล 814 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 230 คน ดังแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 13 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดสิงห์บุรี

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	2
โรงพยาบาลชุมชน	4
รพ.สต.	47
คลินิกเอกชน	1
ศูนย์บริการสาธารณสุข	2
โรงพยาบาลเอกชน	1
รวม	57

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 14 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดสิงห์บุรี

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	55	1: 3,611
ทันตแพทย์	24	1: 8,275
เภสัชกร	30	1: 6,620
พยาบาล	814	1: 243
นักวิชาการ/ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	230	1: 863
รวม	1,153	

ที่มา: กลุ่มบริหารบุคคล สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

ปัญหาหลักของจังหวัดสิงห์บุรีคือการขาดแคลนกำลังคนในบางวิชาชีพและการกระจายกำลังคนโดยเฉพาะแพทย์ ทั้งจังหวัดมีแพทย์อยู่ 55 คน โดย 39 คน อยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมีอยู่ 2 แห่ง ที่เหลือกระจายตัวในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 4 แห่งของจังหวัด ส่วน รพ.สต. 47 แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำเลย มีเพียงบางอำเภอที่สามารถจ้างแพทย์เกษียณราชการมาหมุนเวียนให้บริการประชาชนได้ พื้นที่ที่ปัญหามากที่สุดและถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นกรณีศึกษาคือ อำเภออินทร์บุรี ซึ่งเป็นที่ตั้งของ รพ. อินทร์บุรี ที่ได้รับการยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่เกิดขึ้นในสถานบริการระดับปฐมภูมิของพื้นที่ ได้ก่อให้เกิดภาระงานที่หนักกับโรงพยาบาลที่เป็นสถานบริการตติยภูมิ ที่ต้องรับภาระคนไข้ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่น และต้องดูแลคนไข้ทุกระดับของตนเองด้วย

ขณะที่สถานการณ์พยาบาลสวนทางกับแพทย์ คือ ที่โรงพยาบาลอินทร์บุรีมีพยาบาลมากเกินไปความต้องการของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่สูงขึ้น ทำให้ต้องหาทางกระจายพยาบาลออกไปสู่ระดับบริการปฐมภูมิ ซึ่งถือเป็นการแบ่งเบาภาระให้กับแพทย์ในโรงพยาบาลด้วย

ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา แม้จะมีบุคลากรเข้ามาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็มีการหมุนออกไปตลอดเวลาเช่นกัน คือ มีแพทย์ย้ายเข้ามาในรอบ 3 ปี รวม 15 คน แต่ก็ย้ายออกไปถึง 7 คน ทันตแพทย์ ย้ายเข้า 10 คน ย้ายออก 4 คน เภสัชกรไม่มีเพิ่ม แต่สูญเสียไป 1 คน และพยาบาลเพิ่มเข้ามา 15 คนสูญเสียไป 10 คน

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.พื้นที่อำเภออินทร์บุรี ซึ่งขาดแคลนบุคลากรดูแลบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เนื่องจากโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นคือบุคลากรของโรงพยาบาลต้องรับภาระการรักษาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ต้องการบริการระดับปฐมภูมิด้วย CUP อินทร์บุรี จึงแก้ไขปัญหาด้วยการจ้างแพทย์เกษียณอายุราชการให้เป็นผู้ให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิให้กับประชาชนในพื้นที่ เพื่อคัดกรองผู้ป่วยออกส่วนหนึ่ง ไม่ให้มาแออัดในโรงพยาบาล โดยแพทย์ท่านนี้จะปฏิบัติหน้าที่หมุนเวียนไปทุก รพ.สต. ซึ่งในอำเภอมีทั้งสิ้น 17 แห่ง โดยแพทย์จะประสานกับ รพ.สต. เพื่อทำปฏิทินการออกตรวจว่าจะไปที่ใดในวันเวลาใดบ้าง อัตราค่าจ้างที่ รพ. อินทร์บุรี จัดสรรให้กับแพทย์ท่านนี้คือค่าตอบแทนรายเดือนเดือนละ 40,000 บาท สำหรับการทำงานวันละ 3.5 ชั่วโมง ในครึ่งวันเช้า ภาระงานหลักของแพทย์ที่พบคือการตรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นวัตกรรมนี้ทำให้ลดภาระของบุคลากรในโรงพยาบาลทำให้สามารถใช้เวลาในการดูแลประชาชนที่ต้องการบริการระดับที่สูงขึ้นไปได้เต็มที่มากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแพทย์ได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น

อย่างไรก็ดีการแก้ไขปัญหาดังวิธีนี้ก็กลายเป็นภาระทางการเงินให้กับโรงพยาบาลซึ่งมีภาระค่าใช้จ่ายสูงอยู่แล้ว จึงเริ่มมีการปรับให้ รพ.สต. เป็นผู้แบกรับภาระทางการเงินนี้เอง ซึ่งการถ่ายโอนภาระทางการเงินสู่ รพ.สต. นี้ เกิดขึ้นพร้อมกับการวางแผนเพิ่มศักยภาพในการหา

รายได้ของ รพ.สต. ให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถแบกรับรายจ่ายในส่วนนี้ได้ โดยให้ รพ.สต. แต่ละแห่งพยายามเพิ่มศักยภาพของตนให้เข้าเกณฑ์การได้รับเงิน on top ในหมวดต่าง ๆ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบัน รพ.สต. ถึง 11 แห่ง จาก 17 แห่ง สามารถเพิ่มศักยภาพและได้รับเงิน on top จาก สปสช. จากการที่มีแพทย์ให้บริการ และมีพยาบาลเวชปฏิบัติครบตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

เมื่อ รพ.สต. มีรายรับเพิ่มก็สามารถแบกรับรายจ่ายค่าจ้างแพทย์ได้ โดยที่ รพ.สต. ทั้ง 17 แห่ง มีการทำความเข้าใจในการเฉลี่ยการแบกรับค่าใช้จ่ายในการจ้างแพทย์ร่วมกันโดยคำนวณค่าจ้างแพทย์ออกมาเป็นรายวัน และในแต่ละเดือน รพ.สต. ไດ ต้องการให้แพทย์ไปประจำที่ตนเอง ก็จ่ายเงินสมทบเข้ามาตามจำนวนวันที่ต้องการให้แพทย์ไป แพทย์ไปให้บริการที่ รพ.สต. ไດมาก รพ.สต.แห่งนั้นก็ต้องสมทบค่าจ้างมากตามไปด้วย วิธีการนี้ทำให้ รพ.สต. อีก 6 แห่งที่ยังไม่ได้รับเงิน on top จาก สปสช. สามารถค่อย ๆ พัฒนาศักยภาพตนเอง โดยเอาจุดแข็งเรื่องการมีแพทย์มาให้บริการไปเป็นเครื่องมือในการขอรับเงินเพิ่ม จาก สปสช. (การจ่ายเงินค่าจ้างแพทย์รายวัน ทำให้ไม่เป็นภาระทางการเงินมากสำหรับ รพ.สต. ที่ฐานะการเงินยังไม่มั่นคง)

2.เปิดโรงเรียน อสม. เพื่อเพิ่มทักษะและความรู้ในการดูแลสุขภาพและบริการสาธารณสุขให้กับ อสม. ในพื้นที่อำเภออินทร์บุรี เพื่อแบ่งเบาภาระให้กับบุคลากรใน รพ.สต. โดยทั้งอำเภอมี อสม. จำนวน 150 คน การเพิ่มพูนความรู้ในส่วนนี้ทำให้อำเภอมีบุคลากรทำงานด้านการส่งเสริมและป้องกันที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมาอีก 150 คน การเรียนการสอนจะมีขึ้นที่ รพ.สต. โดยมีการทำแผนการเรียนทั้งปี กำหนดหลักสูตรโดยดูจากสภาพปัญหาสาธารณสุขและความต้องการบริการในพื้นที่เป็นหลักแล้วจึงนำมาพิจารณาว่าความรู้ และทักษะในแต่ละด้านนั้นที่ชุมชนต้องการไหน ควรให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. คนใด จากที่ใดเป็นผู้ทำการสอน กำหนดการเรียนที่สัปดาห์ละ 1 วัน ห้องเรียนเปิดในเวลา 10.00-12.00 น. แบ่ง อสม. ทั้ง 150 คน ออกเป็น 4 กลุ่ม เรียนครั้งละ 1 กลุ่ม ไล่ไปจนครบทุกกลุ่ม โรงเรียน อสม. ของอำเภออินทร์บุรี เริ่มเปิดเรียนตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2554

งบประมาณที่ใช้ดำเนินการส่วนหนึ่งได้มาจากการทำเรื่องขอความสนับสนุนไปยังกองทุนพัฒนาผู้พิการ ซึ่งจะมิงงบประมาณให้สำหรับการพัฒนาบุคลากรเพื่อดูแลผู้พิการ ซึ่ง โรงเรียน อสม. มีหลักสูตรของการดูแลผู้พิการ คนชรา และผู้ป่วยเรื้อรังด้วย

3.จัดทำโครงการกระจายพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่หมู่บ้าน เป็นโครงการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อินทร์บุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาจิตอาสาให้กับบุคลากร และช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับบริการปฐมภูมิของอำเภอ เนื่องจาก รพ.อินทร์บุรี มีจำนวนพยาบาลมากถึง 248 คน คปสอ. มองว่า หากให้พยาบาลรับผิดชอบประชาชนหมู่บ้านละ 1 คน น่าจะทำให้สามารถแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลได้มากโดยทั้งอำเภอมีหมู่บ้านทั้งสิ้น 105 แห่ง ความต้องการพยาบาลประจำหมู่บ้านจึงยังไม่ถึงครึ่งหนึ่งของจำนวนพยาบาลทั้งหมดที่มีอยู่ หมายความว่าไม่กระเทือนภาระงานที่โรงพยาบาล ขณะที่จะสามารถลดทอนจำนวนผู้ป่วยที่จะเดินทางเข้าสู่โรงพยาบาลได้ด้วย

4.พัฒนาระบบการทำงานระดับปฐมภูมิเป็นเครือข่าย 3 ประสาน คือ บุคลากร รพ.สต. เป็นกำลังหลัก มีกำลังเสริมจากโรงพยาบาลอินทร์บุรี และมีกำลังสนับสนุนจากเครือข่าย อสม. และจิตอาสาจากชุมชน



สรุปการบริหารและจัดการกำลังคน

ในพื้นที่ภาคกลางและปริมณฑลกรุงเทพฯ

จะเห็นได้ว่าสภาพปัญหาของแต่ละจังหวัดคล้ายคลึงกัน ขาดแคลนกำลังคนทั้งสาขาวิชาชีพหลักและสายสนับสนุน ความเป็นเมืองหรือการอยู่ใกล้กรุงเทพฯ ไม่ได้หมายความว่าทำให้จังหวัดรอดพ้นจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากร นั้นหมายความว่าเราอาจต้องปรับมุมในการมองปัญหา และแสวงหามาตรการใหม่ในการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ เพราะมาตรการที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งหลายมาตรการออกมาจากส่วนกลาง และใช้มาเป็นเวลานานมากแล้ว อาจเป็นมาตรการที่ไม่ตอบโจทย์ปัจจุบันของบางพื้นที่ ทำให้หลายจังหวัดต้องดิ้นรนแสวงหาทางออกกันเอง สามารถสรุปภาพรวมนวัตกรรมในการแก้ไขปัญหาของภาคกลางและภาคปริมณฑล กรุงเทพฯ ได้ดังนี้

1.หลายจังหวัดมีการจัดทำแผนบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ 5 ปี เพื่อแก้ปัญหาเรื่องโควตา GIS ไม่ตอบโจทย์ความต้องการของพื้นที่ โดยแผน 5 ปี จะมีการประเมินความต้องการ วิเคราะห์หาทางที่จะได้มาซึ่งกำลังคน เช่น การวางแผนผลิต การซื้อตัวจากต่างถิ่น การจัดระเบียบการบริหารถ่ายโอนกำลังคนเป็นการภายใน ซึ่งแต่ละจังหวัดมีการลงรายละเอียดในขั้นตอนของการปฏิบัติแตกต่างกันไป

2.การผลิตกำลังคนเองสำหรับใช้ภายในจังหวัด โดยหน่วยบริการร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแหล่งผลิต เป็นการทำงานเชิงรุกของหน่วยบริการเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนภายหลังการประกาศนโยบายลดอัตรากำลังข้าราชการของรัฐบาล ความร่วมมือที่เกิดขึ้นมีหลายรูปแบบ เช่น การสนับสนุนทุนการศึกษาโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แหล่งผลิตให้โควตาพิเศษแก่หน่วยบริการ และหน่วยบริการเปิดหลักสูตรเอง เป็นต้น

3.มาตรการในการธำรงรักษากำลังคนไว้ในระบบ พบว่าส่วนใหญ่ใช้มาตรการสร้างแรงจูงใจ ด้วยการบำรุงขวัญและกำลังใจ ใช้ทั้งมาตรการทางการเงิน เช่น การจัดตั้งหมวดค่าตอบแทนพิเศษ เช่น เบี้ยกันดาร ให้หรือการอำนวยความสะดวกการเบิกจ่ายให้ตรงตามเวลาไม่ให้เกิดการตกเบิก และมาตรการที่ไม่ใช่การเงินเช่นการเพิ่มสวัสดิการ

4.แบ่งเบาภาระกำลังคนในโรงพยาบาลด้วยการสร้างความเข้มแข็งให้บริการระดับปฐมภูมิ เช่น การจัดส่งพยาบาลเวชปฏิบัติลงไปประจำใน รพ.สต. การจัดให้ทีมแพทย์ออกหน่วยใน รพ.สต. รวมทั้งการถ่ายโอนงานบางอย่างจากวิชาชีพไปสู่กำลังคนอื่น ๆ เช่น โอนงานบางอย่างจากพยาบาลผู้ช่วยพยาบาล หรือโอนงานบริการบางอย่างไปสู่ อสม. และแน่นอนว่าการถ่ายโอนงานต้องควบคู่กับการฝึกอบรมเพิ่มเติม การนิเทศและสนับสนุนการปฏิบัติงาน เพื่อคงคุณภาพการให้บริการและประหยัดต้นทุนการให้บริการอีกด้วย



ภาค
ตะวันออก

ภาคตะวันออก

สถานการณ์ในภาพรวม

จุดเด่นของภาคตะวันออกในส่วนที่ก่อให้เกิดผลกระทบกับการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ คือการเป็นที่ตั้งของนิคมอุตสาหกรรมภาคตะวันออก อันเป็นพื้นที่ที่ประกอบไปด้วยอุตสาหกรรมหนักประเภทปิโตรเคมีจำนวนมาก ซึ่งหลายครั้งที่กระบวนการประกอบกันได้ก่อให้เกิดมลพิษจนเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ผลลัพธ์คือทำให้พื้นที่ภาคตะวันออกโดยเฉพาะจังหวัดระยอง มีความต้องการกำลังคนด้านอาชีวเวชศาสตร์เป็นจำนวนมากซึ่งในภาพรวมของประเทศไทยบุคลากรด้านนี้มีไม่เพียงพอกับความต้องการอยู่แล้ว นอกจากนี้การเป็นที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมากยังทำให้มีแรงงานต่างถิ่นจำนวนมาก กลายเป็นประชากรแฝงของระบบสุขภาพ ทำให้บุคลากรต้องรับภาระงานมากเกินกว่าการคำนวณตามระบบ GIS อีกทั้งปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดจากกระบวนการผลิตของโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ ยังกลายเป็นแรงผลักดันให้บุคลากรด้านสุขภาพไม่อยากมาประจำในพื้นที่ เพียงแค่ปัจจัยด้านโรงงานอุตสาหกรรมปัจจัยเดียวก็ทำให้จังหวัดระยองเป็นจังหวัดที่มีกำลังคนด้านสุขภาพน้อยกว่าความต้องการของประชาชน จนเกิดเป็นปัญหาที่จังหวัดต้องแสวงหาทางแก้ไข

นอกจากนี้หลายจังหวัดในภาคตะวันออก รวมทั้งจังหวัดระยองยังเป็นจังหวัดท่องเที่ยวในแต่ละปีมีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างประเทศจำนวนมากเดินทางมาท่องเที่ยว ส่วนหนึ่งกลายเป็นประชากรแฝงของระบบสุขภาพ แต่ภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากประชากรแฝงกลุ่มนี้ ทำให้หน่วยบริการมีรายได้เพิ่มขึ้น หากบริหารจัดการได้ดีสามารถทำให้มีการจ้างงานบุคลากรเพิ่มเพื่อแบ่งเบาภาระงานได้ จังหวัดจันทบุรีเป็นตัวอย่างของจังหวัดที่พยายามปรับตัวเพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากการมีนักท่องเที่ยวต่างชาติ ด้วยการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านภาษาอังกฤษเพื่อสร้างให้เกิดมูลค่าเพิ่มในการดูแลผู้ป่วยต่างชาติ แต่สุดท้ายจันทบุรีก็ต้องเผชิญกับวิกฤติกำลังคนด้านสุขภาพ เมื่อบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาถูกโรงพยาบาลเอกชนทุ่มซื้อตัวไป

จะเห็นได้ว่าปัญหากำลังคนด้านสุขภาพโดยตัวเองแล้วเป็นปัญหาที่มีพลวัตร คือมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพปัญหาไปตามเวลา และตามยุทธศาสตร์ที่แก้ไข ซึ่งปัญหาลักษณะนี้ยังคงเป็นความท้าทายการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพไม่เฉพาะภาคตะวันออก แต่ทุกพื้นที่ของประเทศไทย

ระยอง

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดระยองเป็นจังหวัดที่มีนิคมอุตสาหกรรม 6 แห่ง มีเขตประกอบการอุตสาหกรรม 5 แห่ง ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก ซึ่งมีสถานบริการด้านสุขภาพในจังหวัดแบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (120 เตียง) 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (30 เตียง) 6 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 94 แห่ง แบ่งเป็น รพ.สต. เดี่ยว 9 แห่ง รพ.สต. แม่ข่าย 39 แห่ง ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 15 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดระยอง

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์ (550 เตียง)	1
โรงพยาบาลชุมชน (120 เตียง)	2
โรงพยาบาลชุมชน (30 เตียง)	6
คลินิกเอกชน	34
โรงพยาบาลนอก สธ.	1
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	94
โรงพยาบาลเอกชน	3
ศูนย์บริการสาธารณสุข	14
ศูนย์สุขภาพชุมชน	1
รวม	156

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2554

ด้วยความเป็นที่ตั้งของนิคมอุตสาหกรรมภาคตะวันออก ที่เต็มไปด้วยโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดระยองจึงมีประชากรแฝงเป็นจำนวนมากทำให้ความต้องการบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นจริง สูงกว่าความต้องการที่คาดการณ์ด้วยระบบ GIS ซึ่งอิงอยู่กับประชากรตามทะเบียนราษฎรที่มีอยู่จริงในปี 2553 จำนวน 819,604 คน ในขณะเดียวกันภาพลักษณ์ของการเป็นที่ตั้งโรงงานอุตสาหกรรมหนักที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพสูง ทำให้ระยองแม้จะตั้งอยู่ไม่ห่างจากกรุงเทพฯ แต่ก็ยังเป็นจังหวัดที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ต้องการไปอยู่ สถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขของจังหวัดระยอง ในปี 2554 ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 16 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดระยอง

ประเภทบุคลากร	จำนวน (คน)			สัดส่วนต่อ จำนวนประชากร
	ที่ควรมี	ที่มีจริง	ขาด/เกิน	
แพทย์	215	149	- 66	1: 5,500.7
ทันตแพทย์	121	42	- 79	1: 19,514.4
เภสัชกร	111	85	- 26	1: 9,642.4
พยาบาลวิชาชีพ	1,906	1,142	- 764	1: 717.7
นวก.สส./ จพ.สส.	503	301	- 202	1: 2,722.9
ทันตภิบาล	38	22	- 16	1: 37,254.7
นวก. แพทย์แผนไทย	38	18	- 20	1: 45,533.6

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2554

สถานการณ์ความขัดแย้งมีที่ท่าว่าจะวิกฤติยิ่งขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลมาตาพูด อยู่ระหว่างการพัฒนาเป็น Node ระดับ 2.3 ด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ทำให้มีความต้องการกำลังคนด้านอาชีวเวชศาสตร์เพิ่มขึ้นอย่างมาก แม้กระทรวงสาธารณสุขจะเปิดตำแหน่งพนักงานราชการให้กับโรงพยาบาลมาตาพูดเพิ่มถึง 10 ตำแหน่ง แต่ก็ยังไม่มีผู้มาสมัคร

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

- วางแผนบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด โดยจัดให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัดทำหน้าที่วางแผนและบริหารจัดการกำลังคนในภาพรวมของจังหวัด ให้มีทีมจัดทำฐานข้อมูลบุคลากรตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในด้านการกระจาย การผลิต และการสูญเสียบุคลากร ข้อมูลเหล่านี้จะถูกนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาในภาพรวมระดับจังหวัด
- ให้ความสำคัญกับการบริหารและจัดการกำลังคนระดับปฐมภูมิมากเป็นพิเศษ โดยมองว่าเป็นรากฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพ หากทำได้เข้มแข็งจะทำให้แบ่งเบาภาระของบุคลากรระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้ จังหวัดจึงได้ตั้งคณะกรรมการกำลังคนระดับปฐมภูมิขึ้นมาอีก 1 ชุด เพื่อแก้ไขปัญหาและบริหารจัดการกำลังคนใน รพ.สต. ให้เพียงพอกับความต้องการของประชาชน
- ร่วมมือกับภาคอุตสาหกรรมผลิตพยาบาลเพิ่มและจัดจ้างบุคลากรทางการแพทย์เพิ่ม ให้พอกับความต้องการของประชาชน โดยสร้างความร่วมมือกับภาคอุตสาหกรรม จัดทำ

โครงการผลิตพยาบาลเพิ่มในเขตควบคุมมลพิษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้จัดทำความร่วมมือกับภาคอุตสาหกรรมจังหวัดระยอง ซึ่งได้มีการรวมตัวกันในชื่อว่า “กลุ่มเพื่อนชุมชน” ให้สนับสนุนทุนการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ปีงบประมาณ 2554-2557 จำนวน 200 ทุน ทุนละ 60,000 บาท ต่อปี (รวมทั้งโครงการ 48 ล้านบาท) ในส่วนของการผลิตสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ประสานความร่วมมือไปยังแหล่งผลิตในจังหวัดและพื้นที่จังหวัดใกล้เคียง คือ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เพื่อให้ผลิตพยาบาลเพิ่มให้เป็นพิเศษตามโครงการนี้

ในส่วนของการทำงานนั้น เป็นการทำความร่วมมือระดับกระทรวงกับภาคอุตสาหกรรม โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกลุ่มเพื่อนชุมชน ได้มีการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันว่า กลุ่มเพื่อนชุมชนจะสนับสนุนงบประมาณจ้างบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้บริการกับประชาชนในเขตอำเภอเมือง และโรงพยาบาลมาตาพูด และศูนย์อาชีวเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โดยมีรายละเอียดการจ้างบุคลากรดังนี้

แพทย์และทีมสุขภาพ สำหรับให้บริการประจำที่ศูนย์สุขภาพเนินพะยอม ห้วยโป่ง เนินพระ และพยุห์ รวม 13 คน

พยาบาลวิชาชีพจำนวน 25 คน สำหรับโรงพยาบาลมาตาพูด และ 8 คน สำหรับศูนย์อาชีวเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

นักเทคนิคการแพทย์ 10 คน สำหรับโครงการตรวจสุขภาพชุมชน

นักวิชาการสาธารณสุข 10 คน ประจำที่ศูนย์อาชีวเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมและโครงการตรวจสุขภาพชุมชน

อย่างไรก็ดีกลุ่มเพื่อนชุมชนจะสนับสนุนงบประมาณการจ้างบุคลากรทั้ง 60 คนนี้เพียงระยะเวลา 3 ปี เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554-2557 ใช้งบประมาณรวมทั้งสิ้น ประมาณ 12 ล้านบาท ยังไม่พบว่าทางจังหวัดมีการวางแผนอย่างไรต่อเมื่อโครงการครบกำหนด

4.ผลิตบุคลากรระดับสนับสนุนเพื่อป้อนสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดใช้วิธีการผลิตรวมระดับจังหวัด โดย สสจ. ประสานขอความร่วมมือไปยังวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ชลบุรี เพื่อผลิตบุคลากรสายงานที่เป็นที่ต้องการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น นักวิชาการสาธารณสุข สาธารณสุขชุมชน ทันตภิบาล และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย เป็นต้น โดยใช้งบประมาณจากโครงการไทยเข้มแข็ง เมื่อบุคลากรส่วนนี้สำเร็จการศึกษา จังหวัดจะกระจายไปอยู่ตาม รพ.สต. โดยใช้เงินบำรุงของ CUP จ่ายค่าตอบแทน แนวคิดของจังหวัดคือเมื่อ รพ.สต. แต่ละแห่งมีบุคลากรและรูปแบบการให้บริการได้ตามเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) กำหนด จะสามารถได้รับเงิน on top อันจะทำให้ระยะยาว รพ.สต. ต่าง ๆ จะสามารถยืนอยู่ได้ด้วยตนเอง

5.จัดระบบให้มีนักรกายภาพบำบัดลง รพ.สต. ด้วยการรวมกำลังคนไว้ที่ส่วนกลาง (pool resources) ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลเป็นคนรับผิดชอบการจ่ายค่าตอบแทน

อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

การผลิตพยาบาลเอง พบว่ามีอุปสรรคคือ ระเบียบของสถาบันพระบรมราชชนก ที่กำหนดให้สอบกลางระดับประเทศ ทำให้จังหวัดไม่สามารถเลือกคนในพื้นที่ได้ แม้จะมีเงินทุนให้เป็นพิเศษแต่เด็กที่เข้าโครงการก็เป็นเด็กจากต่างถิ่น เนื่องจากในท้องถิ่นอาจไม่สามารถสอบแข่งขันในสนามใหญ่ระดับประเทศได้ ทำให้เกิดความเป็นห่วงว่าเมื่อไม่ได้เด็กในท้องถิ่นมา เด็กกลุ่มนี้อาจจะไม่ทำงานในพื้นที่นาน ปัญหาคือจังหวัดอยากได้คนในท้องถิ่น แต่ สบช. ห่วงเรื่องคุณภาพ

ความยั่งยืนและต่อเนื่องของโครงการ แม้จะมีทุนการศึกษาดูแลพยาบาลได้มากถึง 200 ทุน แต่อนาคตน่าจะมีปัญหาเรื่องการจ้างงาน เพราะยังไม่ชัดเจนว่าจะใช้งบประมาณในส่วนใดมาจ้างนักเรียนทุนกลุ่มนี้ อีกทั้งโครงการที่ร่วมมือกับโรงงานเอกชนในพื้นที่ จ้างบุคลากรเพิ่มก็เป็นโครงการระยะสั้นเพียงแค่ 3 ปี ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนว่าอนาคตคนกลุ่มที่จ้างมาแล้วนี้จะทำอย่างไร เมื่อสัญญาของโครงการกับเอกชนสิ้นสุดลง



ฉะเชิงเทรา

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดฉะเชิงเทรามีประชากร จำนวน 715,180 คน โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 118 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง คลินิกเอกชน 4 แห่ง เป็นต้น ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 17 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	9
คลินิกเอกชน	4
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	118
โรงพยาบาลเอกชน	2
ศูนย์บริการสาธารณสุข	27
ศูนย์สุขภาพชุมชน	7
รวม	168

ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ส่วนข้อมูลด้านบุคลากรของจังหวัดฉะเชิงเทรา จะพบว่า มีแพทย์ 129 คน ทันตแพทย์ 50 คน นักวิชาการสาธารณสุขทั้งที่เป็นข้าราชการและลูกจ้าง 256 คน เจ้าพนักงานต่างๆ รวมแล้วประมาณ 330 คน เป็นต้น ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 18 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดละโว้

ตำแหน่งบุคลากร	ควรมี	ขรก.	ลูกจ้างชั่วคราว	รวม	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	146	129	-	129	1:5,544.0
ทันตแพทย์	79	50	-	50	1:14,303.6
เภสัชกร	75	58	-	58	1:12,330.7
พยาบาลวิชาชีพ	1170	933	159	1,092	1:654.9
นวก.สธ	252	233	23	256	1:2,793.7
จพ.วิทย์ฯ	27	27	2	29	1:24,661.4
จพ.สาธารณสุข	334	143	37	180	1:3,973.2
จพ.เภสัชกรรม	67	41	13	54	1:13,244.1
จพ.ทันตสาธารณสุข	67	52	17	69	1:10,364.9
นักกายภาพบำบัด	36	4	9	13	1:55,013.8
นักเทคนิคการแพทย์	49	16	3	19	1:37,641.1
นักรังสีการแพทย์	12	7	0	7	1:102,168.6
นักจิตวิทยา	4	2	0	2	1:357,590.0

ที่มา: กลุ่มบริหารบุคคล สำนักงานบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554

กรณีโรงพยาบาลสนามชัยเขต

โรงพยาบาลสนามชัยเขต เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุตยภูมินาดกลาง นอกจากรับผิดชอบประชากรในพื้นที่จำนวนประมาณ 70,000 คนแล้ว ยังรับ refer คนไข้จากอำเภอท่าตะเียบ ซึ่งมีประชากรประมาณ 43,000 คนด้วย ณ ปี 2554 โรงพยาบาลสนามชัยเขตมีแพทย์จำนวน 8 คน ทันตแพทย์ 5 คน เภสัชกร 6 คน พยาบาลวิชาชีพ 86 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 3 คน ส่วนใหญ่ของบุคลากรในโรงพยาบาลทุกสาายงานเป็นคนนอกพื้นที่

ปัญหาที่พบเป็นเรื่องของการขาดแคลนบุคลากร เนื่องโรงพยาบาลตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวกทำให้บุคลากรขอย้ายบ่อย

ตารางที่ 19 สัดส่วนบุคลากรต่อประชากร ของโรงพยาบาลสนามชัยเขต

ประเภท	จำนวนประชากร (คน)	จำนวน (คน)	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	70,398	8	1:10,014
ทันตแพทย์	70,398	5	1:35,051
เภสัชกร	70,398	6	1:11,683
พยาบาลวิชาชีพ	70,398	86	1:818
เทคนิคการแพทย์	70,398	1	1:70,103

ที่มา: โรงพยาบาลสนามชัยเขต, 2554

แนวทางและมาตรการในการแก้ไขปัญหา

1.ผลิตพยาบาลเอง เพื่อแก้ไขปัญหาการย้ายออกของบุคลากร โรงพยาบาลสนามชัยเขตให้ความสำคัญกับการผลิตกำลังคนเอง โดยดึงเด็กในพื้นที่เข้าสู่ระบบการศึกษา และจ้างให้ทำงานภายในโรงพยาบาล ทั้งนี้ตั้งอยู่บนฐานความเชื่อและประสบการณ์ตรงว่าคนในท้องถิ่นจะสามารถทำงานในท้องถิ่นได้นานและยังยืนกว่าคนนอกท้องถิ่น

โดยการให้ทุนของ รพ. สนามชัยเขต จะไม่มีทุนสนับสนุนให้ แต่จะเป็นทุนในลักษณะที่เรียกว่า “โควตา” คือ โรงพยาบาลมีข้อตกลงกับแหล่งผลิตที่จะให้โควตาพิเศษกับโรงพยาบาลสนามชัยเขต แม้สุดท้ายการสอบคัดเลือกจะดำเนินการโดยสถาบันพระบรมราชชนกที่จัดให้เป็น การสอบระดับประเทศ แต่ รพ.สนามชัยเขต เมื่อคัดเลือกเด็กที่มีผลการเรียนดี มีแนวโน้มที่จะสอบเข้าได้ ก็จะนำเด็กกลุ่มนี้มาติวเข้ม เพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการสอบแข่งขัน ซึ่งตรงนี้เองที่โรงพยาบาลนำมาเป็นจุดแข็งของโครงการ และเป็นจุดผูกพันให้เด็กอยู่ใช้ทุนในโรงพยาบาลภายหลังศึกษาจบ แม้ว่าโรงพยาบาลจะไม่ได้ให้ทุนการศึกษาที่เป็นตัวเงินก็ตาม

“ทุนของเราคือโควตา ไม่ใช่เงิน หากไม่มีโควตาในส่วนนี้เด็กกลุ่มนี้อาจจะสอบไม่ติดก็ได้ เราต้องทำให้โควตามีความศักดิ์สิทธิ์ในตัวเอง” นพ.สมคิด วีระเทพสุภรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนามชัยเขตกล่าว

นักเรียนทุนพยาบาลของ รพ.สนามชัยเขต จึงเป็นนักเรียนทุนที่เรียนด้วยทุนส่วนตัว แต่มี รพ.สนามชัยเขตรับผิดชอบเรื่องค่าตัวพิเศษ และจัดเตรียมโควตาไว้ให้ เมื่อนักเรียนสามารถสอบผ่านข้อเขียนตามเกณฑ์ของ สบช. จะมีช่องทางที่สามารถทำให้เด็กสอบผ่านสัมภาษณ์ได้ และเมื่อสำเร็จการศึกษาก็เข้าทำงานเป็นลูกจ้างของโรงพยาบาลเลย

ลักษณะการให้ทุนพยาบาลของ รพ.สนามชัยเขต จะต่างจากโรงพยาบาลอื่นในหลายจังหวัดที่ยังใช้การให้ทุนโดยทำสัญญาปลายเปิด คือโรงพยาบาลจะสนับสนุนทุนการศึกษาให้ทุนละ 60,000 บาทต่อปี มีเงื่อนไขว่าจะต้องกลับมาทำงานให้โรงพยาบาลเป็นการคืนทุน 4 ปี ซึ่งพบว่าหลายโรงพยาบาลไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจ้างเด็กหลังจบการศึกษา ทำให้เสียทุนเปล่า ขณะที่อีกหลายโรงพยาบาลเด็กฉีกสัญญาทุนด้วยการขอใช้เงินคืน เพื่อไปทำงานให้โรงพยาบาลเอกชน ในขณะที่ของ รพ.สนามชัยเขต ไม่ปรากฏว่ามีเด็กฉีกสัญญากระบวนการสำคัญที่ รพ.สนามชัยเขตทำอยู่คือการสร้างสำนึกให้เด็กตระหนักถึงบุญคุณของโรงพยาบาลที่เปิดโอกาสและสนับสนุนจนเด็กสามารถสอบเข้าเรียนต่อในวิทยาลัยพยาบาลได้ อีกทั้งมีมาตรการกดดันทางสังคมสำหรับเด็กที่คิดจะฉีกสัญญาด้วยการขึ้นชื่อเด็กที่ได้ทุนโควตาของโรงพยาบาลแต่ไม่กลับมาใช้ทุนคืนเมื่อสำเร็จการศึกษา โดยใช้มาตรการติดป้ายหน้าโรงพยาบาล เพื่อประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนทราบ มาตรการทางสังคมเช่นนี้ทำให้เด็กไม่กล้าฉีกสัญญาใช้ทุน

2.การแก้ไขปัญหาแพทย์ย้ายออกกระชั้นหันจนไม่สามารถวางมาตรการรองรับทันทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนแพทย์ เนื่องจากปัจจุบันแพทยสภาและราชวิทยาลัยต่างๆ ไม่ได้กำหนดวันสุดท้ายของการปิดรับสมัครแพทย์เฉพาะทางทำให้แพทย์สามารถลาออกได้เรื่อยๆ จนพ้นช่วงเวลาของการจัดสรรแพทย์ใช้ทุนรุ่นใหม่ ทำให้หลายปี ที่ รพ.สนามชัยเขตต้อง

ขาดแคลนแพทย์ เนื่องจากไม่สามารถหาแพทย์ใหม่มาทดแทนแพทย์เก่าที่ลาออกกะทันหันได้ รพ.สนามชัยเขตจึงทำข้อตกลงเป็นการภายในกับแพทย์ที่เข้ามาทำงานว่าหากจะมีการย้าย หรือ ลาออก ต้องแจ้งก่อนวันที่ 1 มีนาคม ของทุกปี เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถวางแผนรับมือทัน หากหลังจากนี้ไปต้องใช้เวลาโรงพยาบาล 3 เดือน ในการหาคนใหม่จึงจะย้ายออกได้ มาตรการเช่นนี้ทำให้โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการแพทย์ได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น

3.แก้ปัญหาภาระงานล้นของวิชาชีพหลักโดยเฉพาะพยาบาล ด้วยการกระจายงานที่สามารถกระจายได้ให้กับบุคลากรในสายสนับสนุน เพื่อให้พยาบาลสามารถทำงานการพยาบาลได้เต็มที่

4.จัดระบบการทำงานของแพทย์ให้รับผิดชอบรายตำบล โดยกำหนดว่าแพทย์ทุกคน แม้จะจบบอร์ดเฉพาะทางมาจะต้องสามารถทำหน้าที่ของแพทย์ทั่วไปด้วย คือสามารถให้บริการปฐมภูมิกับประชาชนได้ การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบให้แพทย์เป็นรายตำบลทำให้แพทย์วางแผนการทำงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก รวมทั้งมีกำหนดวงลงพื้นที่ เพื่อให้มีคนไข้มาถึงมือตนเองที่โรงพยาบาลน้อยลง เมื่อแพทย์ได้รับมอบหมายตำบลให้รับผิดชอบจะจัดทีมสหวิชาชีพของตนเองประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือแพทย์แผนไทย โภชนากร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

หากมีผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะถูกส่งไปหาแพทย์ประจำตำบลของตนเองก่อน เว้นแต่กรณีที่ต้องการการตรวจรักษาเฉพาะทาง ที่จะส่งให้กับแพทย์เฉพาะทางซึ่งมีอยู่ในโรงพยาบาลถึง 7 คน ระหว่างที่รับบริการเฉพาะทางแพทย์ประจำตำบลของคนไข้รายนั้นจะต้องรับทราบการรักษา และเป็นผู้รับไม่ต่อเมื่อผู้ป่วยรายนั้นไม่จำเป็นต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์เฉพาะทางแล้ว

การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบของแพทย์ เช่นนี้นอกจากจะเป็นการลดความแออัดในโรงพยาบาลแล้ว ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และคนไข้ เพราะระบบที่วางไว้ทำให้แพทย์รู้จักคนไข้ทุกคนที่เข้ามาหาตนเอง ไปพบแพทย์ก็ครั้งไม่ว่าที่ใดก็จะเป็นแพทย์คนเดิม มีลักษณะคล้าย family doctor ในต่างประเทศ



จันทบุรี

สถานการณ์ปัจจุบัน

จันทบุรีเป็นจังหวัดที่มีสภาพภูมิประเทศหลากหลาย มีทั้งเป็นเกาะห่างไกล และ ทuristic ดาร ไม่ค่อยมีบุคลากรอยากไปอยู่ เฉพาะเป็นพื้นที่ท่องเที่ยวใกล้เมืองที่มีคนอยากไปอยู่ แต่พื้นที่อุตสาหกรรมที่มีความต้องการบริการสุขภาพสูงกว่าอัตรากำลังของบุคลากรที่มีอยู่ สืบเนื่องจากจำนวนประชากรแฝง ทำให้การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดทำได้ยาก เพราะจะเกิดปัญหาขาดแคลนบางพื้นที่ ขณะเดียวกันก็จะไปกระจุกตัวในอีกบางพื้นที่ ปัญหาที่ทำนายของจังหวัดจันทบุรีคือ การวางแผนเกลี่ยอัตรากำลังคนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ขณะเดียวกันก็ต้องทำให้กำลังคนเองเกิดความรู้สึกว่าได้รับความเป็นธรรมจากระบบเช่นเดียวกัน

จากข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2554 พบว่า จังหวัดจันทบุรีมีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง ไม่รวมโรงพยาบาลเกาะจันทร์ที่อยู่ระหว่างก่อสร้าง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีก 105 แห่ง ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 20 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดจันทบุรี

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์	1
โรงพยาบาลชุมชน	11
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	105
รวม	117

ที่มา: สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2554

ส่วนข้อมูลบุคลากร ณ เดือนมิถุนายน 2554 ซึ่งอิงกับจำนวนประชากรที่มีอยู่จริงจำนวน 482,370 คน มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 21 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดจันทบุรี

ประเภทสายงาน	รพช.	รพศ.	รพ.สต.	รวม	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	35	136	0	171	1:2,820.9
ทันตแพทย์	23	10	0	33	1:14,617.3
เภสัชกร	31	31	0	62	1:7,780.2
พยาบาล	437	632	117	1186	1:406.7
สาธารณสุข	49	0	279	328	1:1,470.6

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2554

นวัตกรรมในการบริหารจัดการกำลังคน

1.วางแผนบริหารจัดการกำลังคนแยกรายวิชาชีพ โดยอิงตามความต้องการจริงในพื้นที่ ไม่อิงกรอบอัตรากำลังตาม GIS นอกจากนี้จังหวัดวางระบบให้มีการติดตามข้อมูลการลาออก ย้าย เกษียณ ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และการคาดการณ์ในอนาคต เพื่อให้สามารถวางแผนบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพได้อย่างเป็นระบบและอยู่บนฐานข้อมูลที่ถูกต้อง

แพทย์ : มีการสำรวจและวิเคราะห์ความต้องการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนรวมกันกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โดยหลักเกณฑ์โรงพยาบาลที่มีคนไข้มากให้มีแพทย์ 3 คนขึ้นไป โรงพยาบาลที่มีคนไข้น้อยให้มีแพทย์ 2 คน แล้วนำโควตาการจัดสรรแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องการเปรียบเทียบกับแพทย์ที่มีทั้งที่เป็นแพทย์เดิม และมีการประชุมร่วมระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อจัดแพทย์ไปประจำโรงพยาบาลชุมชนตามโควตาที่แต่ละแห่งต้องการ โดยมีการจัดสรรแพทย์ใช้ทุนในระดับเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และมีการหมุนเวียนแพทย์ไปในโรงพยาบาลที่ขาดแคลนโดยหมุนเวียนในรอบ 3 เดือน

พยาบาลชุมชน : วิเคราะห์การเพิ่มขึ้น / ลดลงของพยาบาลในกลุ่มการพยาบาลและกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลชุมชนจำแนกรายโรงพยาบาลแล้ววิเคราะห์ภาระงาน (จำนวนผู้ป่วยนอก / ผู้ป่วยใน) เปรียบเทียบภาระงานที่เพิ่มขึ้น / ลดลงของพยาบาล แล้วจัดลำดับการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพพบใหม่หรือโยกย้ายให้กับโรงพยาบาลที่มีภาระเพิ่มแต่ไม่ได้รับพยาบาลเพิ่มขึ้นในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา

นักกายภาพบำบัด : กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีนักกายภาพบำบัดอย่างน้อย 1 คน กำหนดอัตราเงินเดือนเป็นราคากลางของจังหวัดที่เดือนละ 12,500 บาท ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดจันทบุรีมีนักกายภาพบำบัดครบทุกแห่ง

บุคลากรใน รพ.สต. : มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน และวางแผนการจัดสรรกำลังคนให้ทุก รพ.สต. โดยกำหนดว่าให้ทุก รพ.สต. ต้องมีพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แล้ววิเคราะห์ดูความต้องการโดยคำนวณจากประชาชนที่ไปใช้บริการ เมื่อได้ความต้องการก็วางแผนการจัดสรรอีกครั้งหนึ่ง

2.การผลิตกำลังคนเอง ให้สอดคล้องกับความต้องการที่วิเคราะห์ไว้ โดยร่วมมือกับแหล่งผลิตทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ คือ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เพื่อขอโควตาพิเศษสำหรับการผลิตพยาบาลให้จังหวัดจันทบุรี โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, องค์การบริหารส่วนจังหวัด, องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาล เป็นผู้สนับสนุนทุนการศึกษาให้เด็กที่ผ่านการคัดเลือก

โดยโรงพยาบาลจันทบุรีจะทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการดำเนินการผลิต ทุกโรงพยาบาลจะแจ้งจำนวนความต้องการมา และทางโรงพยาบาลจันทบุรีจะวางแผนการผลิตใน

ภาพรวมทั้งจังหวัด เมื่อเด็กสำเร็จการศึกษาก็จะจัดสรรเด็กไปตามอัตรากำลังที่มีการร้องขอไว้ครั้งแรก การดำเนินการในลักษณะนี้เริ่มมาตั้งแต่ปีการศึกษา 2551 เด็กรุ่นแรกจะสำเร็จการศึกษาในปี 2555

อย่างไรก็ดีการผลิตพยาบาลในลักษณะนี้พบว่ามีปัญหาในเรื่องทุนการศึกษา คือ ส่วนใหญ่ทุนการศึกษาต้องพึ่งพาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์กรทางการเมือง มีความอ่อนไหวสูง จึงอาจมีปัญหาเรื่องความไม่ยั่งยืนและต่อเนื่องได้ ทั้งนี้ทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในจันทบุรี ต่างก็ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน จึงไม่มีเงินบำรุงมากพอที่จะให้ทุนการศึกษาเด็ก จึงใช้วิธีการพึ่งพา อบจ. บวกกับเงิน UC ที่จังหวัดกันไว้ 10 เปอร์เซ็นต์ในส่วนของ อบต. นั้น มีเงื่อนไขว่าจะสนับสนุนทุนการศึกษาเฉพาะเด็กในท้องถิ่นของตนเอง ซึ่งปรากฏว่าเด็กที่สอบเข้าวิทยาลัยพยาบาลได้เป็นเด็กในเขตเมืองทั้งหมด จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษา จาก อบต. ขณะที่เทศบาลในจังหวัดจันทบุรีก็เป็นเทศบาลขนาดเล็ก ไม่มีงบประมาณมากพอที่จะมาสนับสนุนทุนการศึกษาลักษณะนี้ การผลิตบุคลากรป้อนระบบตัวเองจึงยังไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร

3.พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.สต. เพื่อให้สามารถแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลชุมชนได้มากขึ้น กำหนดให้ รพ.สต. ทุกแห่งต้องมีพยาบาลเวชปฏิบัติ ปัจจุบันพบว่ามี รพ.สต. อีกเพียง 9 แห่งเท่านั้นที่ยังไม่มีพยาบาลเวชปฏิบัติประจำ นอกจากนี้ยังมีแผนพัฒนาบุคลากรเฉพาะด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใน รพ.สต. เพื่อให้ รพ.สต.สามารถเป็นฐานในการรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้ โดยจัดอบรมพยาบาลใน รพ.สต. เรื่องการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและการส่งต่อ อีกทั้งปรับปรุง รพ.สต. ทุกแห่งให้มีห้องฉุกเฉินที่มีครุภัณฑ์พร้อม และดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้อาสาสมัครกู้ชีพทราบบถึงระบบของจังหวัดเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินว่าให้ส่งไปที่ รพ.สต. เพื่อการช่วยเหลือในเบื้องต้น แล้วค่อยส่งต่อไปยังโรงพยาบาล



สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดตราดมีจำนวนประชากร 246,175 คน สถานบริการทางด้านสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็นโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 66 แห่ง ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 22 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดตราด

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	6
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	66
รวม	73

ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ด้วยความที่เป็นจังหวัดท่องเที่ยวทำให้ตราดมีภาระงานเพิ่มเพราะต้องดูแลนักท่องเที่ยวทั้งไทยและต่างชาติที่เดินทางเข้ามาเป็นจำนวนมาก สถานการณ์กำลังคนของจังหวัดตราด ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2554 ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 23 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดตราด

บุคลากร	จำนวนที่ควรมี รวมนักท่องเที่ยว	จำนวนที่ควรมี ไม่รวม นักท่องเที่ยว	มีจริง	ขาด/เกิน (รวม นักท่องเที่ยว)	ขาด/เกิน (ไม่รวม นักท่องเที่ยว)	สัดส่วน ต่อจำนวน ประชากร
แพทย์	100	52	47	-63	-15	1: 5,237.8
ทันตแพทย์	61	33	18	-46	-15	1: 13,676.4
เภสัชกร	57	30	26	-31	-4	1: 9,468.3
พยาบาล	820	398	505	-315	+105	1: 487.5

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2554

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

วางแผนบริหารจัดการกำลังคนเองภายในจังหวัด

- 1.เนื่องจากการบริหารจัดการโดยยึดหลัก GIS ของกระทรวงสาธารณสุขไม่ตอบโจทย์ของจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงจัดระบบการวางแผนใหม่ โดยนำ GIS มาร่วมกับสถานการณ์ที่เป็นจริง ทำให้ได้ภาพความต้องการกำลังคนในแต่ละพื้นที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้น แล้วมีมาตรการจัดสรรคนให้ลงไปในพื้นที่ที่ขาดแคลนสูงก่อน เน้นการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยกำหนดให้พยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักที่ต้องมีในทุก รพ.สต.
- 2.การจัดสรรลูกจ้างลง รพ.สต. ยึดหลักการจ่ายเงิน on top ของ รพ.สต. เพื่อให้การจัดการบุคลากรการเป็นการสร้างความเข้มแข็งทางการเงินให้ รพ.สต. ด้วย
- 3.จัดให้แพทย์ใช้ทุน ปี 1 ลงพื้นที่ดูงานที่โรงพยาบาลเกาะกูด เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ค่อนข้างรุนแรง ด้วยลักษณะภูมิประเทศเป็นเกาะ การเดินทางลำบากจึงไม่ค่อยมีแพทย์อยากไปอยู่

แบ่งเบาภาระแพทย์

- 1.อบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อให้ทำหน้าที่แทนแพทย์ได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 2.สร้างความเข้มแข็งให้ระบบบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่ รพ.สต. รวมทั้งพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อคัดกรองคนไข้ไว้ไม่ให้มาหนาแน่นที่โรงพยาบาล

การผลิตบุคลากรเอง

- 1.ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับในจังหวัด ให้ทุนเพื่อผลิตบุคลากรเพิ่ม โดยเฉพาะสายงานพยาบาล



ปราจีนบุรี

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดปราจีนบุรีแบ่งการปกครองออกเป็น 7 อำเภอ 65 ตำบล 658 หมู่บ้าน เป็นจังหวัดเล็กๆ มีประชากร 546,065 คน มีหน่วยบริการ ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง รพ.สต.93 แห่ง คลินิกเอกชน 14 แห่ง สถานบริการสุขภาพชุมชน 1 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 2,283 คน ประกอบด้วยแพทย์ 148 คน ทันตแพทย์ 48 คน เภสัชกร 74 คน พยาบาล 1,335 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าพนักงานสาธารณสุข 678 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 24 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดปราจีนบุรี

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์	1
โรงพยาบาลชุมชน	6
รพ.สต.	93
คลินิกเอกชน	14
สถานบริการสุขภาพชุมชน	1
ศูนย์บริการสาธารณสุข	7
โรงพยาบาล นอก สต.	1
โรงพยาบาลเอกชน	2
รวม	125

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 25 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดปราจีนบุรี

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	106	1: 5,151
ทันตแพทย์	32	1: 17,064
เภสัชกร	49	1: 11,144
พยาบาล	885	1: 617
นักวิชาการ/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข	365	1: 1,496
รวม	1,437	

ที่มา: กลุ่มบริหารบุคคล สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

ย้อนหลังกลับไป 3 ปี ปราจีนบุรี เป็นจังหวัดที่ขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพมาก โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล แต่กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มโควตาจัดสรรตำแหน่งแพทย์เพิ่มให้ ทำให้การขาดแคลนแพทย์ลดลง ขณะเดียวกันจังหวัดเร่งเดินหน้าผลิตพยาบาลเองเพื่อป้อนเข้าสู่ความต้องการของหน่วยบริการในจังหวัด ทำให้ปัจจุบันนี้เมื่อนับนักเรียนทุนใน pipeline ของจังหวัดแล้วจำนวนพยาบาลไม่ขาดแคลน แต่ปัญหาที่ท้าทายและรอการแก้ไขคืองบประมาณในการจ้างนักเรียนทุนเหล่านี้

การแก้ไขปัญหาในรอบ 3 ปี

1.จากสถานการณ์ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ที่เกิดขึ้นในช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้โรงพยาบาลนำเงินบำรุงมาใช้เป็นทุนการศึกษาเพื่อให้หน่วยบริการสามารถผลิตบุคลากรได้เอง ทำให้ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดปราจีนบุรี เร่งเดินหน้าการให้ทุนการศึกษาเด็ก โดยเฉพาะพยาบาล ทุนละ 30,000 บาทต่อคนต่อปี โรงพยาบาลบางแห่งซึ่งงบประมาณในการให้ทุนการศึกษาเกือบ 1 ล้านบาท ปัจจุบันมีนักเรียนทุนที่กำลังศึกษาอยู่ทั้งจังหวัดประมาณ 100 คน หลายคนเริ่มทยอยจบการศึกษาแล้ว ปัญหาปัจจุบันที่เป็นผลสืบเนื่องคือภาระการจ้างงานนักเรียนทุน เพราะโรงพยาบาลต้องนำเงินบำรุงมาเป็นค่าจ้างนักเรียนทุน หลายแห่งเริ่มเกิดภาวะไม่สามารถแบกรับค่าจ้างได้ ทำให้เกิดการวิตกถึงอนาคตของนักเรียนทุนที่ยังไม่จบการศึกษา ซึ่งทางจังหวัดยังไม่ได้วางแผนถึงการแก้ปัญหานี้ในอนาคต

2.การสร้างรูปแบบการธำรงรักษากำลังคนไว้ในระบบ จากการที่ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา จังหวัดปราจีนบุรีได้รับโควตาการจัดสรรบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุขเพิ่ม ทำให้จังหวัดเล็งเห็นความสำคัญของการรักษากำลังคนไว้ในระบบ จึงสร้างนโยบายและกำหนดมาตรการที่จะให้คนสามารถอยู่ในพื้นที่ได้นาน โดยใช้วิธีการสร้างความผูกพันทางใจมากกว่าที่จะสร้างแรงจูงใจด้วยอามิสหรือตัวเงิน เริ่มตั้งแต่วันปฐมนิเทศ เน้นจัดกิจกรรมที่สร้างความอบอุ่น ประทับใจ เพื่อไม่ให้ผู้ที่มาใหม่รู้สึกเหงา ตลอดระยะเวลาที่ร่วมงานกันจะมีกิจกรรมที่ให้กำลังใจตลอด จัดให้มีการประเมินผลความพึงพอใจของบุคลากรเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบการดูแลบุคลากรในจังหวัด และให้มีระบบการให้คำปรึกษา บุคลากรทุกคนไม่ว่าจะเป็นข้าราชการหรือลูกจ้าง ได้รับการดูแลเอาใจใส่เหมือนกัน

นอกจากนี้ยังจัดให้มีระบบการฝึกงานก่อน ค่อยจัดสรรลงไปสู่การทำงานจริง โดยเฉพาะระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากร

ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ปัญหาหลักอยู่ที่การขาดการวางแผนระยะยาว ทำให้เกิดสถานการณ์ว่ามีนักเรียนทุนมากเกินความสามารถในการจ้างงานของโรงพยาบาลในจังหวัด อาจทำให้เกิดปรากฏการณ์เช่นเดียวกับหลายจังหวัดในภาคอีสาน ที่สุดท้ายต้องยอมให้นักเรียนทุนตัวเองไปทำงานที่อื่น

เนื่องจากต้นสังกัดเจ้าของทุนไม่สามารถจ้างได้ เพราะจะเป็นการค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล นั้นหมายถึงต้นทุนที่โรงพยาบาลหรือจังหวัดใช้ไปในการผลิตบุคลากรจะสูญเปล่า ประเด็นนี้เป็นเรื่องที่หลายจังหวัดควรต้องคำนึงถึง สถานการณ์ที่เกิดขึ้นสะท้อนให้เห็นว่า การมองเรื่องการบริหารจัดการกำลังคน ยังไม่รอบด้าน การผลิตและการจ้างงานถูกมองอย่างแยกส่วนจากกัน ทั้งที่ในความจริงเป็นเรื่องควรต้องวางแผนพร้อมกันไป



สระแก้ว

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดสระแก้วแบ่งตามเขตการปกครองประกอบด้วย 9 อำเภอ 58 ตำบล 731 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 555,236 คน มีพรมแดนติดต่อกับประเทศกัมพูชา ทำให้มีจำนวนประชากรต่างดาวจำนวนมาก มีหน่วยบริการทางด้านสุขภาพทั้งหมด 142 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 117 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 2 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 แห่ง และ โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 1,192 คน ประกอบด้วยแพทย์ 78 คน ทันตแพทย์ 27 คน เภสัชกร 28 คน พยาบาล 617 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าพนักงานสาธารณสุข 442 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 26 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดสระแก้ว

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	7
รพ.สต.	117
คลินิกเอกชน	9
ศูนย์สุขภาพชุมชน	2
ศูนย์บริการสาธารณสุข	4
โรงพยาบาล นอก สต.	1
โรงพยาบาลเอกชน	1
รวม	142

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 27 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดสระแก้ว

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	78	1: 7,118
ทันตแพทย์	27	1: 20,564
เภสัชกร	28	1: 19,829
พยาบาล	617	1: 899
นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	442	1: 1,256
รวม	1,192	

ที่มา: กลุ่มบริหารบุคคล สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติ

รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในอำเภอที่ไม่มีโรงพยาบาล ทำให้เป็น รพ.สต. ที่ต้องทำหน้าที่ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ คือ ทั้งงานด้านการส่งเสริมป้องกัน และการให้บริการดูแลรักษา ด้วยกำลังเจ้าหน้าที่ถึง 13 คน ซึ่งถือว่ามากเมื่อเทียบกับอัตรากำลังเฉลี่ยของ รพ.สต. อื่นๆ ทั่วประเทศ เหตุผลที่ทำให้ รพ.สต. นี้สามารถสร้างความเข้มแข็งทางการเงิน จนสามารถจ้างบุคลากรได้ถึง 13 คน เป็นเพราะการมีผู้อำนวยการที่มีทักษะของการเป็นนักจัดการสูง มีแค่เพียงการบริหารงานตามหน้าที่เท่านั้น

ตารางที่ 28 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติ

ตำแหน่ง	จำนวน
พยาบาล	2
ทันตภิบาล	1
จพง.เภสัชกรรม	1
จพง.สถิติ	1
หมออนวดแผนไทย	1
นักวิชาการ/ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	3

ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติ, 2554

ระบบการจัดการของ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ

1.การจัดการด้านการเงิน พบว่ามีการตั้งกองทุนไว้ถึง 3 กอง เพื่อให้มีเงินเข้ามาสู่ระบบ กองทุนทั้ง 3 ได้แก่

- กองทุนพัฒนาสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบันมีเงินหมุนเวียน 1.3 ล้านบาท เงินส่วนนี้ถูกนำมาสร้างและพัฒนาโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยเน้นให้นำเงินมาใช้ และให้มีการต่อยอดให้ได้อย่างยั่งยืน ใ้บุคลากรแต่ละสายงานของ รพ.สต. เป็นผู้เสนอและรับผิดชอบโครงการ ตามสายงานรับผิดชอบของตนเอง เช่น การให้เจ้าหน้าที่ทันตภิบาลจัดทำข้อเสนอโครงการอนามัยช่องปาก ก็ให้รับผิดชอบการบริหารจัดการโครงการเองเลย นอกจากจะทำให้สามารถดำเนินโครงการที่จะช่วยส่งเสริมงานของแต่ละฝ่ายแล้ว ยังเป็นการสร้างทักษะการบริหารจัดการให้กับบุคลากรของ รพ.สต. ด้วย

- กองทุน รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ เป็นกองทุนที่เกิดจากการระดมเงินบริจาคของ รพ.สต. เอง ปัจจุบันมีเงินในส่วนนี้ 400,000 บาท

- กองทุน 2 บาท เป็นกองทุนของ รพ.สต. อีกกองทุนหนึ่ง ที่ให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ ร่วมกันบริจาคเงินคนละ 2 บาท ต่อเดือน

เพื่อนำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน ในช่วงแรกที่มีการก่อตั้งกองทุนนี้ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติดังเป็นเพียงแค่สถานีอนามัย แต่ได้รับการสร้างแรงจูงใจจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่กำหนดเงื่อนไขว่าสถานีอนามัยแห่งใดสามารถพัฒนาตนเองจนยกระดับขึ้นเป็น รพ.สต.ได้แห่งแรก จะได้รับเงินรางวัลจาก สสจ. จำนวน 400,000 บาท การเร่งประชาสัมพันธ์ชาวบ้าน ทำให้สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติสามารถระดมเงินบริจาค และนำเงินมาใช้พัฒนาตนเองจนกลายเป็น รพ.สต. แห่งแรกของจังหวัดได้ เงินรางวัลที่ได้รับถูกนำมาใช้เป็นต้นทุนในการพัฒนา รพ.สต. ให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น เช่น นำมาเป็นค่าตอบแทนพิเศษให้พยาบาล ให้มีระบบค่าเวรเช่นเดียวกับที่โรงพยาบาลมี รวมทั้งนำมาเป็นทุนการศึกษาเพื่อให้สามารถผลิตกำลังคนได้เอง ปัจจุบัน รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติให้ทุนนักศึกษาอยู่ 2 ทุน คือ ทุนพยาบาลและทุนสาธารณสุข โดยมีเงื่อนไขว่าจบมาแล้ว รพ.สต. จะจ้างเป็นลูกจ้าง

เงินกองทุนทั้ง 3 กองทุน ทำให้ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติสามารถจ้างเจ้าหน้าที่ประจำได้ครบทุกสายงาน โดยไม่ต้องพึ่งเงินจาก CUP เป็น รพ.สต. ที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติประจำ 2 คน ทันตภิบาล 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม 1 คน และหมออนวดแผนไทย 1 คน รวมทั้งพนักงานขับรถ เพื่อให้ระบบส่งต่ออันเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันสามารถทำงานได้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

นอกจากการบริหารงบประมาณผ่านทางการตั้งกองทุนแล้ว รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติดังยังมองการณ์ไกลและปรับตัวตามระบบที่เปลี่ยนไป คือ มีการติดตามช่องทางการให้เงิน on top จาก สปสช. และพยายามพัฒนาตนเองตามช่องทางนั้นเพื่อให้ได้รับเงิน on top เพิ่มมากขึ้น จ้างคนเพิ่มตามเงื่อนไข เช่น จ้างพนักงานคีย์ข้อมูล เพื่อ “สอยเงิน” จาก สปสช. เป็นการเฉพาะ

การดำเนินการทุกส่วนในลักษณะนี้ทำให้ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติมีความเข้มแข็งทางการเงินสูงมากเมื่อเทียบกับ รพ.สต. อื่นๆ

2.การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากร ด้วยความเป็น รพ.สต. ที่มีฐานะทางการเงินเข้มแข็งทำให้เงินถูกนำมาใช้เป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากร นำสู่การทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดี เช่น การนำระบบจ่ายค่าเวรลักษณะเดียวกับโรงพยาบาลมาใช้กับพยาบาลที่นี่ ทำให้ รพ.สต. แห่งนี้สามารถมีระบบเวร 24 ชั่วโมงได้ (หลังเที่ยงคืนเป็นเวรนอน จะให้บริการเมื่อมีผู้ป่วยมาเรียก เพื่อให้กำลังคนสามารถทำงานในเวลาราชการได้) หรือการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษให้ทันตแพทย์วันละ 400 บาท แม้จะเป็นตัวเลขไม่มาก แต่ตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ปกติไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนในส่วนนี้ เมื่อ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติตั้งงบประมาณในส่วนนี้เพิ่มเติมเข้ามา ทำให้เกิดแรงจูงใจต่อทันตแพทย์ ในการออกหน่วยที่นี้เพิ่มขึ้น ทำให้แผนกทันตกรรมของ รพ.สต. แห่งนี้สามารถให้บริการด้านทันตกรรมที่ซับซ้อนได้

จุดแข็งของ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ

- 1.การมีผู้อำนวยการที่มีความสามารถทั้งด้านบริหารและการจัดการ และมีวิสัยทัศน์มองการณ์ไกล
- 2.สถานะของการเป็น “รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ” และแรงศรัทธาจากประชาชนทำให้สามารถระดมเงินบริจาคได้ง่ายและเร็วซึ่งจะเป็นบทเรียนที่ดีให้กับ รพ.สต. ในการหาจุดแข็งของตนเอง เพื่อสร้างศรัทธาทำให้เกิดความเข้มแข็งทางการเงินได้



ตัวตั้ง เกลี่ยเฉลี่ยบุคลากรไปตามภาระงานที่แท้จริง มิได้คำนึงถึงกรอบอัตราตาม GIS

ขณะที่ระยอง มีจุดเด่นตรงที่สามารถดึงกลุ่มในสังคมที่ถูกมองว่าเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพมากเกินจริง คือตัวโรงงานอุตสาหกรรม ให้เข้ามาเป็นพันธมิตรในด้านการสร้างบุคลากรได้ ด้วยการเป็นผู้ให้ทุนสนับสนุนการเรียนของบุคลากรด้านสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นการนำจุดอ่อนมาพัฒนาเป็นจุดแข็ง ซึ่งเป็นจุดแข็งที่มีแนวโน้มของการยั่งยืนกว่าการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลุ่มองค์กรที่มีความอ่อนไหวทางการเมืองสูง

ภาคตะวันออกเป็นตัวอย่างของภูมิภาคที่มีการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างดีเยี่ยมภาคหนึ่ง



สรุปมาตรการการบริหารและการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ภาคตะวันออก

พื้นที่ภาคตะวันออกส่วนใหญ่จะใช้วิธีการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเป็นภาพรวมระดับจังหวัด เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างหน่วยบริการที่อาจมีแรงดึงดูดใจทั้งฐานะการเงินและโครงสร้างทางกายภาพไม่เท่ากัน การกำหนดอัตราค่าตอบแทนของลูกจ้างชั่วคราว หรือการบริหารจัดการอัตราบรรจุโดยคณะกรรมการกลางระดับจังหวัด ทำให้สามารถแก้ปัญหาสมองไหลในจังหวัด ซึ่งก่อนหน้านี้มักจะเกิดภาวะสมองไหลไปตามแรงดึงดูดทางการเงิน

การบริหารจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ด้วยการตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดขึ้นมาเอง แทนการยึดติดตาม GIS ที่กระทรวงสาธารณสุขยึดเป็นหลักในการจัดสรรอัตรากำลัง ทำให้แต่ละจังหวัดสามารถวางแผนความต้องการกำลังคน และการตอบสนองความต้องการนั้นได้ตรงเป้าหมายยิ่งขึ้น เมื่อทราบความต้องการที่แท้จริง หลายจังหวัดจะเร่งผลักดันการผลิตบุคลากรเอง โดยการสร้างความร่วมมือกับแหล่งผลิตในพื้นที่ เพื่อให้ผลิตบุคลากรในสาขาที่จังหวัดขาดแคลนเพิ่มเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการ โดยมีจังหวัดจันทบุรีเป็นตัวอย่างของจังหวัดที่ทำแผนการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพได้อย่างครบถ้วน มีการพิจารณาความต้องการรายวิชาชีพ และพัฒนาช่องทางที่จะทำให้ได้มาซึ่งกำลังคนแต่ละวิชาชีพตามความต้องการ หรือการบริหารบุคลากรเท่าที่มีอยู่เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างเต็มประสิทธิภาพมากที่สุด เช่น แพทย์ มีอยู่อย่างจำกัด ไม่เพียงพอกับความต้องการ ก็ใช้วิธีเอาระงานเป็น

ภาคใต้

ภาคใต้

ภาคใต้เป็นภูมิภาคที่เต็มไปด้วยหมู่เกาะน้อยใหญ่ การคมนาคมหลายที่ยังไม่สะดวก อีกทั้งภาคใต้ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ทำให้ค่าครองชีพสูง ขณะที่รายได้ของบุคลากรอิงอยู่กับอัตราราชการซึ่งเท่ากันทั่วประเทศ ทำให้รายได้ของบุคลากรไม่สอดคล้องกับรายจ่ายด้านค่าครองชีพ หลายโรงพยาบาลมีปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เพราะบุคลากรทยอยลาออกและย้ายไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน หรือเปิดคลินิกเอง เนื่องจากสามารถทำรายได้ให้มากกว่า ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเริ่มรุนแรงขึ้นตั้งแต่เมื่อรัฐบาลประกาศใช้นโยบายลดอัตราค่าจ้างข้าราชการ ทำให้การจ้างบุคลากรในสาขาที่รัฐบาลมองว่าไม่ใช่สาขาขาดแคลน ซึ่งรวมถึงพยาบาล และสหวิชาชีพ ต้องเป็นภาระทางการเงินของโรงพยาบาล ซึ่งหลายแห่งเลือกที่จะไม่จ้างลูกจ้างชั่วคราวเพิ่มเพราะสถานะทางการเงินไม่เอื้อ ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่มีภาระงานหนัก กลายเป็นแรงขับให้บุคลากรออกจากระบบมากขึ้น

ในส่วนของพื้นที่ชายแดนที่มีปัญหาความรุนแรงนั้นกลับพบว่ามีปัญหาเรื่องการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพน้อยกว่าพื้นที่ที่อยู่ลึกเข้ามา ทั้งนี้เป็นเพราะที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลมีนโยบายในการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรม ทั้งการสร้างแรงจูงใจที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน ทั้งการทำโครงการพิเศษ ผลิตพยาบาลเพิ่ม 3,000 คน เพื่อพื้นที่ชายแดนภาคใต้ อย่างไรก็ตามสำหรับพื้นที่ชายแดนปัญหาหลักที่พบคือการหมุนเวียนย้ายออกของบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์สูงกว่าพื้นที่อื่น เนื่องจากบุคลากรเข้ามาใช้ทุนเพื่อเอาสิทธิพิเศษในการย้ายออกจากพื้นที่ได้เร็วกว่าการใช้ทุนในพื้นที่อื่น

กระบี่

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดกระบี่มีจำนวนประชากรประมาณ 359,368 คน โดยมีสถานบริการที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป 340 เตียง 1 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชนรวม 7 แห่ง ประกอบด้วย ขนาด 60 เตียง 1 แห่ง, 30 เตียง 5 แห่ง, 10 เตียง 1 แห่ง และมีโรงพยาบาลสาขาของโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่บนเกาะอีก 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลเกาะพีพี มีโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีก 72 แห่ง ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 29 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดกระบี่

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป (340 เตียง)	1
โรงพยาบาลชุมชน (60 เตียง)	1
โรงพยาบาลชุมชน (30 เตียง)	5
โรงพยาบาลชุมชน (10 เตียง)	1
โรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่บนเกาะ	1
โรงพยาบาลเอกชน	1
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	72
รวม	82

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2554

ข้อมูลบุคลากร มีแพทย์ 86 คน ทันตแพทย์ 33 คน เภสัชกร 50 คน พยาบาลวิชาชีพ 676 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 356 คน หรือเฉลี่ย 1 รพ.สต. มีบุคลากร 4.32 คน รายละเอียดบุคลากรดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 30 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดกระบี่

ตำแหน่ง	จำนวน (คน)	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	86	1: 4,998
ทันตแพทย์	33	1: 13,023
เภสัชกร	50	1: 8,596
พยาบาลวิชาชีพ	676	1: 636
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	356	1: 1,207

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2554

แม้เมื่อเทียบกับ GIS แล้ว กระทบมีแพทย์เกินกว่าจำนวน GIS ถึง 8 คน แต่ก็ยังมีปัญหาขาดแคลนในระดับพื้นที่ เพราะมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานจริงน้อยกว่าจำนวนที่มีอยู่ ทั้งนี้แพทย์ส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในตัวจังหวัด สถานการณ์เดียวกันยังเกิดขึ้นกับทันตแพทย์และเภสัชกรด้วย

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ใช้การแก้ปัญหาในภาพรวมระดับจังหวัด มีการทำแผนเพื่อศึกษาสภาพปัญหาการขาดแคลนกำลังคนของหน่วยงานและหน่วยบริการต่าง ๆ พร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูลกำลังคนสาขาต่าง ๆ ที่มีอยู่และฐานข้อมูลความต้องการกำลังคน หลังจากนั้นจัดลำดับความสำคัญบุคลากรแต่ละประเภทให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละหน่วยงาน โดยพิจารณาจากงบประมาณและความจำเป็นเร่งด่วน เนื่องจากกระบี่เป็นจังหวัดที่ประชากรน้อย งบประมาณรายหัวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพจึงน้อยลงตามไปด้วย

สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพอบรมด้านเวชปฏิบัติ และส่งตัวให้ช่วยงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อช่วยคัดกรองผู้ป่วย อันจะเป็นการลดภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน

กระจายกำลังคนลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้อัตราการบรรจุและการเลื่อนขั้นเป็นแรงจูงใจ เพราะจังหวัดจะกระจายอัตราบรรจุใหม่หรือการเลื่อนขั้นลงไปที่หน่วยบริการที่ห่างไกลและมีปัญหาการขาดแคลนก่อน



ชุมพร

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดชุมพร มีประชากรจำนวน 466,030 คน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งสิ้น 121 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 94 แห่ง สถานีอนามัย 1 แห่ง PCU 1 แห่ง CMU 1 แห่ง ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 31 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดชุมพร

ประเภท	จำนวน
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	10
โรงพยาบาลเอกชน	3
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	94
สถานีอนามัย 1 แห่ง	1
PCU	1
CMU	1
รวม	121

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2554

สถานการณ์บุคลากร ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 32 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดชุมพร

วิชาชีพ	ตาม GIS	ปฏิบัติงานจริง	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร	ขาด/เกิน
แพทย์	197	107	1: 4,355.4	-90
ทันตแพทย์	112	29	1: 16,070.0	-83
เภสัชกร	104	55	1: 8,473.3	-49
พยาบาลวิชาชีพ	1,670	767	1: 607.6	-903

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2554

จะเห็นว่ามีชุมพรมีจำนวนบุคลากรสาขาวิชาชีพหลักทั้ง 4 สาขา น้อยกว่าจำนวนตาม GIS ทำให้มีปัญหาเรื่องภาระงานกับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่มาก โรงพยาบาลชุมพรซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีปัญหาเรื่องความแออัดเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีแรงงานต่างด้าวมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก ทำให้ภาระงานของแพทย์ ซึ่งหนักอยู่แล้ว เนื่องจากการขาดแคลนคนเมื่อเทียบกับจำนวนที่ควรมีตาม GIS ต้องหนักขึ้นไปอีกเพราะต้องดูแลผู้ป่วยต่างด้าวด้วย ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีปัญหาเรื่องการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ เพื่อคัดกรองคนไข้ให้สถานพยาบาลทุติยภูมิ การยกฐานะจากสถานีนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น เพราะประสิทธิภาพและสมรรถภาพในการให้บริการถูกขยาย ประชาชนมาใช้บริการมากขึ้นแต่จำนวนคนเท่าเดิม

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ผลิตพยาบาลเอง โดยทำข้อตกลงร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีเพื่อผลิตพยาบาลให้กับจังหวัดเป็นพิเศษ โรงพยาบาลที่จะรับพยาบาลกลุ่มนี้ไปเป็นผู้รับผิดชอบสนับสนุนทุนการศึกษา

มุ่งใจให้บุคลากรอยู่ในระบบได้นานขึ้นด้วยการปรับสวัสดิการและค่าตอบแทนวิชาชีพ เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการให้มากขึ้น ภายใต้เงื่อนไขจำนวนคนเท่าเดิม ด้วยการจัดกลุ่มเครือข่ายบริการ โดยเฉพาะเครือข่ายของ รพ.สต. โดยมีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนเป็นกำลังสนับสนุน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการเท่าเทียมกันทั้งจังหวัด และเพื่อกรองคนไข้ไม่ให้มาแออัดที่โรงพยาบาลทุติยภูมิ และตติยภูมิ

จัดโครงการจิตอาสาให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ เช่น ให้ผู้ปกครองมาช่วยดูแลเด็กนักเรียนในวันจิตวัคซิ่นของโรงเรียน และจัดให้มีกลุ่มผู้เกษียณอายุเพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล



พังงา

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดพังงา มีประชากร จำนวน 255,188 คน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งสิ้น 51 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 64 แห่ง และมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 8 แห่ง ในจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง มีที่ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิชัยพัฒนาถึง 4 แห่ง เพื่อพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถในการรองรับผู้ป่วย

ตารางที่ 33 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดพังงา

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	2
โรงพยาบาลชุมชน	7
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	64
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	8
รวม	81

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2554

ตารางที่ 34 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดพังงา

วิชาชีพ	เกณฑ์ (GIS)	มีอยู่จริง	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร	ขาด/เกิน
แพทย์	80	65	1: 3,923.5	-15
ทันตแพทย์	42	29	1: 8,794.1	-13
เภสัชกร	41	42	1: 6,072.1	+1
พยาบาล	551	585	1: 435.9	+34

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2554

ปัญหาหลักที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดพังงา คือการขาดแคลนกำลังคน เนื่องจากจังหวัดพังงาเป็นพื้นที่เกาะ และทุรกันดาร อีกทั้งเป็นจังหวัดเล็กๆ ที่มีประชากรไม่มาก แต่กลับมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิถึง 2 แห่ง ทำให้มีปัญหาเรื่องงบประมาณหลายโรงพยาบาลมีปัญหาขาดทุน ทำให้ไม่มีแรงดึงดูดใจบุคลากร การแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในปัจจุบันคือการดึงแพทย์จากจังหวัดอื่นหมุนเวียนมาช่วยราชการ

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

จัดทำโครงการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ โดยความร่วมมือของ 3 หน่วยงาน คือ มูลนิธิชัยพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ภายใต้ชื่อ “นักเรียนทุนพระราชทานมูลนิธิชัยพัฒนา” เริ่มต้นที่การผลิตพยาบาลก่อน แล้วจึงขยายโครงการมาสู่การผลิตแพทย์และทันตแพทย์ เนื่องจากพังงามีปัญหาตรงที่เด็กในพื้นที่ไม่สามารถสอบเข้าโรงเรียนแพทย์และทันตแพทย์ได้ และเงื่อนไขหนึ่งของมูลนิธิชัยพัฒนา ซึ่งสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯทรงกำหนดไว้คือ ต้องให้เด็กในพื้นที่เรียนและทำงานในพื้นที่ จังหวัดจึงจัดให้มีการคัดเลือกเด็กเก่งและจัดคอร์สติวเสริมความรู้ทางวิชาการให้เป็นพิเศษ จนทำให้มีเด็กพังงาสามารถสอบเข้าแพทย์และทันตแพทย์ได้ โครงการนี้ให้ทุนการศึกษาแพทย์คนละ 2.6 ล้านบาท ตลอดการเรียนหลักสูตร 6 ปี โดยมีเงื่อนไขการใช้ทุนคืนว่าต้องทำงานใช้ทุนคืน 12 ปี หรือจ่ายเงินคืนตามเงินทุนที่ได้รับเต็มจำนวน ปัจจุบันมีนักเรียนแพทย์ตามทุนนี้ 2 คน ทันตแพทย์ 1 คน และนักเรียนพยาบาลจะสำเร็จการศึกษารุ่นแรกในปี 2555 จำนวน 6 คน

การดึงภาคประชาชนเข้ามาเป็นจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดภาระงานของบุคลากรในระบบ



สุราษฎร์ธานี

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นจังหวัดที่มีสถานบริการในจังหวัดเป็นจำนวนมาก มีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิถึง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์ 800 เตียง 1 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 120 เตียง อีก 1 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 7 แห่ง รวม 409 เตียง โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่นอีก 3 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 165 แห่ง และมีศูนย์แพทย์เฉพาะทางเช่น ศูนย์มะเร็ง คลินิกกายภาพบำบัด ขณะที่มีประชากรประมาณ 2,400,000 คน

ตารางที่ 35 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์ (800 เตียง)	1
โรงพยาบาลทั่วไป (120 เตียง)	1
โรงพยาบาลเอกชน	7
โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่น	3
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	165
รวม	177

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2554

ตารางที่ 36 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิชาชีพ	ตาม GIS	ปฏิบัติงานจริง	ขาด/เกิน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	506	237	-269	1: 10,132
ทันตแพทย์	279	59	-220	1: 40,703
เภสัชกร	226	123	-143	1: 19,524
พยาบาลวิชาชีพ	4,291	1,519	-2,691	1: 1,508

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2554

จะเห็นได้ว่าสุราษฎร์ธานีมีปัญหาคาแคลนกำลังคนสาขาวิชาชีพหลักเป็นจำนวนมาก อัตราการขาดแคลนบุคลากรเมื่อเทียบกับ GIS พบว่า แพทย์และเภสัชกรจะขาดแคลนมากที่สุดในโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนพยาบาลและทันตแพทย์ปัญหาการขาดแคลนจะรุนแรงมากที่สุดในโรงพยาบาลศูนย์

ประเภทการทำงานของบุคลากรพบว่าเริ่มมีการจ้างงานในลักษณะของลูกจ้างชั่วคราวมากขึ้น ในเกือบทุกสาขาวิชาชีพรวมทั้งแพทย์ ซึ่งพบว่าในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 3 ระดับ มีการจ้างแพทย์ลูกจ้างชั่วคราวแล้ว เพื่อแก้ไขปัญหาภาระงานที่มากเกินไปกว่าจำนวนคน

นวัตกรรมในการแก้ไขปัญหา

ใช้การจัดการปัญหาระดับจังหวัด มีคณะกรรมการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อสำรวจข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหา ให้มีตัวแทนจากหน่วยบริการทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วม แต่การแก้ปัญหา ยังคงยึดหลักการคำนวณความต้องการตาม GIS และพยายามให้ได้มาซึ่งกำลังคนในภาพรวมของจังหวัดตาม GIS แล้วค่อยมาสร้างมาตรการการกระจายคนในจังหวัดอีกครั้งหนึ่ง เช่น การสร้างแรงจูงใจให้กับพื้นที่ห่างไกล ด้วยการโอนตำแหน่งอัตราบรรจุไปในพื้นที่ขาดแคลนและห่างไกล เป็นต้น

การแก้ไขปัญหาในระดับปฐมภูมิใช้วิธีการ pool resources ให้โรงพยาบาลแม่ข่ายจ้างคนไว้กองกลาง แล้วกระจายหมุนเวียนกันลงไปทำงาน เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนและทำให้ รพ.สต. ทุกแห่งมีมาตรฐานการให้บริการที่ไม่แตกต่างกัน บุคลากรที่จ้างโดยระบบ pool resources ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ธุรการ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข นักการแพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ผู้ช่วยสาธารณสุข ในส่วนของวิชาชีพหลักจะมีทีมสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายหมุนเวียนไปให้บริการใน รพ.สต. เดือนละ 2 ครั้ง

รับบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษานอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหานักเรียนทุนไม่เข้ามารับหน้าที่เนื่องจากไม่มีตำแหน่งบรรจุ เช่น กรณีพยาบาล หรือสาธารณสุข ก็รับบัณฑิตจากคณะพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการแทน



สงขลา

สถานการณ์ปัจจุบัน

สงขลา เป็นจังหวัดที่มีหน่วยบริการด้านสุขภาพมาก โดยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และมีโรงพยาบาลชุมชน 15 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 5 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 175 แห่ง ในขณะที่มีประชากรประมาณ 1,480,468 คน รายละเอียดจำนวนหน่วยบริการด้านสุขภาพของจังหวัดสงขลา ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 37 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดสงขลา

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์	1
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	15
คลินิกเอกชน	4
โรงพยาบาลนอก สธ.	5
โรงพยาบาลนอก สป.สธ.	2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	175
โรงพยาบาลเอกชน	5
ศูนย์บริการสาธารณสุข	35
ศูนย์วิชาการ	2
ศูนย์สุขภาพชุมชน	34
รวม	279

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553

ปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดสงขลา คือ

การขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน โดยเมื่อเทียบกับเกณฑ์ GIS แล้ว ยังขาดแพทย์อยู่ 40 คน ทันตแพทย์ 21 คน และพยาบาล 59 คน

ปัญหาเกี่ยวกับการบรรจุและแต่งตั้งลูกจ้างชั่วคราวและนักเรียนทุน โดยจังหวัดสงขลา มีผู้ที่สำเร็จการศึกษาในสายงานที่ขาดแคลนที่กระทรวงสาธารณสุขผลิตที่หน่วยงานจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวยังไม่ได้บรรจุจำนวน 255 คน ปัญหาการไม่มีตำแหน่งบรรจุ ยังทำให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรสหวิชาชีพด้วย นักเทคนิครังสี และนักกายภาพบำบัดเป็น 2 สาขาที่มีความขาดแคลนสูง ปัญหาการกระจายของบุคลากรซึ่งส่วนใหญ่มีการโอนย้ายไปปฏิบัติงานในเมือง ทำให้ขาดแคลนในพื้นที่ชนบทและแนวชายแดน

ปัญหาหลักที่จังหวัดยังไม่สามารถหาทางแก้ไขได้คือการที่แพทย์มาใช้ทุนเพียงแค่ 1 ปี แล้วใช้สิทธิของพื้นที่พิเศษอันเนื่องจากความรุนแรงในพื้นที่ลาศึกษาต่อทันที ทำให้จังหวัดมีปัญหาขาดแคลนแพทย์มาก ในส่วนของพยาบาลก่อนนี้ประสบปัญหาขาดแคลนมาก อันเนื่องมาจากความรุนแรงที่เกิดขึ้น แต่เมื่อมีพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลเพิ่ม 3,000 คน เพื่อพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ก็สามารถช่วยผ่อนปัญหาได้ระดับหนึ่ง

ตารางที่ 38 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดสงขลา

ตำแหน่ง	ควรมี	มีจริง		รวม	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
		ขรก.	ลูกจ้างชั่วคราว		
แพทย์	296	320	0	320	1: 4,626.5
ทันตแพทย์	152	80	0	80	1: 18,505.9
เภสัชกร	144	139	0	139	1: 10,650.8
พยาบาลวิชาชีพ	2,388	1,900	199	2,099	1: 705.3
นวก. สาธารณสุข	449	373	19	392	1: 3,776.7
จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์ฯ	53	65	3	68	1: 21,771.6
จพ.สาธารณสุข	561	282	91	373	1: 3,969.1
จพ.เภสัชกรรม	131	76	19	95	1: 15,583.9
จพ.ทันตสาธารณสุข	131	104	17	121	1: 12,235.3
นักกายภาพบำบัด	71	5	13	18	1: 82,248.2
นักเทคนิคการแพทย์	98	20	25	45	1: 32,899.3
นักรังสีการแพทย์	36	10	0	10	1: 148,046.8

ที่มา : กลุ่มบริหารบุคคล สำนักงานบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

แก้ปัญหการขาดบุคลากรและการกระจายตัวอย่างไม่ทั่วถึง โดยใช้มาตรการทางการเงินมาสร้างแรงจูงใจ โดยจังหวัดกำหนดให้พื้นที่ 4 อำเภอชายแดน ได้แก่ อำเภอเทพา จะนะ นาทวี และสะบ้าย้อย เป็นพื้นที่ที่จะได้รับค่าตอบแทนสูงกว่าพื้นที่อื่นในจังหวัด แบ่งตามระดับความเสี่ยงของพื้นที่ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับพื้นที่เสี่ยงมาก ได้แก่ อำเภอจะนะ และเทพา ได้ค่าตอบแทนเพิ่มอีก ร้อยละ 30 จากอัตราที่กระทรวงฯ กำหนดให้ ระดับพื้นที่เสี่ยงปานกลาง ได้แก่ อำเภอนาทวี ได้ค่าตอบแทนเพิ่มอีก ร้อยละ 25 และระดับพื้นที่เสี่ยงน้อย ได้แก่ อำเภอสะเดา ได้ค่าตอบแทนเพิ่มอีก ร้อยละ 10 และสำหรับแพทย์ที่ช่วยราชการในพื้นที่ 4 อำเภอดังกล่าว ก็จะได้รับการจัดสรรค่าตอบแทนการช่วยราชการให้ในอัตราพิเศษเช่นเดียวกัน และมีการจ่ายค่าตอบแทนสวัสดิการสำหรับบุคลากรในพื้นที่พิเศษจังหวัดชายแดนภาคใต้สำหรับทุกวิชาชีพ เช่น อำเภอสะบ้าย้อย เทพา นาทวี และจะนะ เพิ่ม 2,500 บาทต่อคนต่อเดือน อำเภอสะเดา 1,000 บาทต่อคนต่อเดือน

มีคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด ทำหน้าที่พิจารณาการโอน การย้าย การลาออก และการทดแทนของบุคลากรในจังหวัด โดยให้ความสำคัญกับการกระจายกำลังคนและการสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากร การบรรจุใหม่จะให้น้ำหนักไปที่นักเรียนทุนที่รอคิวบรรจุ เพื่อจูงใจให้อยู่ในระบบ

เพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพของบุคลากรในระดับสถานบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งส่วนใหญ่ก้าวขึ้นมาจากหัวหน้าสถานีอนามัยที่จำเป็นต้องได้รับการเพิ่มทักษะในด้านการบริหารคนและองค์กร

การสร้างความร่วมมือกับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการ ผลิตทันตภิบาล ซึ่งกล่าวในรายละเอียดใน กรณีจังหวัดปัตตานี



นครศรีธรรมราช

สถานการณ์ปัจจุบัน

นครศรีธรรมราชเป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่มีหน่วยบริการด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก และเป็นจังหวัดที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับการจัดบริการด้านสุขภาพและการแพทย์ให้กับประชาชนมาก เห็นได้จากการมีโรงพยาบาลในสังกัดเทศบาล ภาพรวมของหน่วยบริการในนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 748 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนรวม 18 แห่ง ประกอบด้วยขนาด 150 เตียง 1 แห่ง, 120 เตียง 2 แห่ง, 90 เตียง 1 แห่ง, 60 เตียง 2 แห่ง, 30 เตียง 11 แห่ง, และ 10 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 250 แห่ง และมีโรงพยาบาลในสังกัดเทศบาลและต่างกระทรวงอีก 4 แห่ง รวม 216 เตียง โรงพยาบาลเอกชนอีก 4 แห่ง รวม 241 เตียง รวมจำนวนเตียงทั้งหมดของจังหวัด 2,175 เตียง แบ่งเป็นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1,748 เตียง, ต่างสังกัด 186 เตียง และเอกชน 241 เตียง ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 39 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดนครศรีธรรมราช

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์ (748 เตียง)	1
โรงพยาบาลชุมชน (150 เตียง)	1
โรงพยาบาลชุมชน (120 เตียง)	2
โรงพยาบาลชุมชน (90 เตียง)	1
โรงพยาบาลชุมชน (60 เตียง)	2
โรงพยาบาลชุมชน (30 เตียง)	11
โรงพยาบาลชุมชน (10 เตียง)	1
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	250
โรงพยาบาลในสังกัดเทศบาลและต่างกระทรวง	4
โรงพยาบาลเอกชน	4
รวม	277

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2554

ทั้งนี้นครศรีธรรมราชมีประชากรตามทะเบียนราษฎร ณ เดือนธันวาคม 2553 จำนวน 755,600 คน และมีจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 40 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช

วิชาชีพ/ สายงาน	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	289	1: 5,268
ทันตแพทย์	82	1: 18,568
เภสัชกร	141	1: 1,798
พยาบาลวิชาชีพ	1,916	1: 803
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	880	1: 1,749
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	108	1: 14,041

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2554

สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช หากนับตามเกณฑ์ GIS ยังขาดอยู่ทุกวิชาชีพ ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา (2552-2554) มีการโยกย้ายสับเปลี่ยนตำแหน่งของแพทย์และทันตแพทย์สูงมาก ปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังคน หากเป็นแพทย์พบว่าปัญหาจะรุนแรงในสถานบริการระดับทุติยภูมิ แต่หากเป็นพยาบาลการขาดแคลนจะมีความรุนแรงในระดับปฐมภูมิ ดังรายละเอียดในตารางที่ 41 และ 42

ตารางที่ 41 สถานการณ์กำลังคนระดับทุติยภูมิจังหวัดนครศรีธรรมราช

สายงาน/วิชาชีพ	สถานการณ์กำลังคน			
	มีจริงปัจจุบัน	ความต้องการตามภาระงาน	เกณฑ์ GIS	ขาด/เกิน (เทียบจากภาระงาน)
แพทย์	289	277	309	-20
ทันตแพทย์	82	107	161	-79
เภสัชกร	141	343	156	-15
พยาบาล	1,916	3,193	2,427	-511
เทคนิคเภสัชกรรม	67	342.7	151	-275.7
เทคนิคการแพทย์	11	250.5	76	-239.5

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2554

ตารางที่ 42 สถานการณ์กำลังคนระดับปฐมภูมิจังหวัดนครศรีธรรมราช

สายงาน/วิชาชีพ	สถานการณ์กำลังคน			
	มีจริงปัจจุบัน	ความต้องการตามภาระงาน	เกณฑ์ GIS	ขาด/เกิน (เทียบจากภาระงาน)
แพทย์	2	8.7	151	-6.7
พยาบาล	192	407	604	-215
สาธารณสุข	321	421	604	-100
ทันตสาธารณสุข	28	37	151	-9.3
นักรการแพทย์แผนไทย	10	58	25	-48
กายภาพบำบัด	1	151	75	-150

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2554

ปัญหาสำคัญที่มีผลต่อการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของนครศรีธรรมราช คือ การไม่สามารถรักษากำลังคนไว้ในระบบได้ อันเนื่องมาจากค่าตอบแทนน้อย ภาระงานมาก และความต้องการของผู้รับบริการมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการบริการการแพทย์ที่ซับซ้อนและเฉพาะทางมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็ตีการสูญเสียอัตราากำลังพบว่าเป็นการสูญเสียจากสังกัดหนึ่งไปอีกสังกัดหนึ่งภายในจังหวัดเดียวกัน คือ มีการถ่ายโอนจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปยังสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งพบว่าเทศบาลนครศรีธรรมราชมีความเข้มแข็งและให้ความสำคัญกับการบริการสุขภาพกับประชาชนมาก รวมทั้งมีการจ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่แข่งขันกับเอกชนได้

นวัตกรรมในการแก้ปัญหา

ตั้งคณะกรรมการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อแก้ไขสถานการณ์ในภาพรวม โดยให้มีคณะกรรมการชุดย่อยรับผิดชอบงานด้านต่างๆ ดังนี้ คณะกรรมการบริหารและพัฒนากำลังคน คณะกรรมการจัดสรรกำลังคน และคณะกรรมการพัฒนาบุคลากร

การเพิ่มอัตรากำลังคนสาขาพยาบาลและสหวิชาชีพใช้วิธีเพิ่มการผลิต ด้วยการให้ทุนการศึกษา โดยใช้วิธีการการให้ทุนจากส่วนกลาง ประสานกับแหล่งผลิตทำเป็นโควตาจังหวัด เมื่อผลิตได้แล้วก็จะมีการกระจายจัดสรรโดยคณะกรรมการจัดสรรกำลังคนเป็นผู้พิจารณาแหล่งผลิตที่มสหวิชาชีพได้รับความร่วมมือจากมหาวิทยาลัยราชภัฏ ที่สามารถพัฒนาหลักสูตรใหม่เพื่อผลิตบุคลากรให้ได้ตามความต้องการของระบบบริการสาธารณสุขทั้งในด้ำนวิชาการและวิชาชีพ โดยนำหลักสูตรของวิทยาลัยสาธารณสุข (วสส.) มาปรับปรุง

ในส่วนของการผลิตแพทย์ พยายามผลักดันให้นักเรียนในพื้นที่เข้าโครงการการผลิต

แพทย์เพิ่มเพื่อชนบท (CPIRD) ให้ได้มากที่สุด ขณะเดียวกันมีการทำข้อตกลงกับมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ในการให้โควตากับจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นกรณีพิเศษ เพื่อผลิตแพทย์ได้ทันกับความต้องการ ซึ่งมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์จัดสรรโควตาให้ 20 คนต่อปี และเป็นหน้าที่ของจังหวัดที่จะต้องหาเด็กที่มีคุณสมบัติและสอบผ่านเกณฑ์ให้ได้ เพื่อผลักดันเข้าสู่ระบบ

แก้ปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรในพื้นที่เมืองด้วยการกำหนดนโยบายการจัดสรรตำแหน่งบรรจุในพื้นที่ที่ห่างไกลและมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากร และให้สิทธิกับผู้ที่ยอมอยู่ในพื้นที่กันดาร ขาดแคลนได้รับสิทธิบรรจุก่อน แต่หากเป็นคนที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดจะให้สิทธิเลือกพื้นที่อำเภอบ้านเกิดก่อน

แก้ปัญหาการขาดแคลนคนในระบบบริการปฐมภูมิ ด้วยการบูรณาการเครือข่ายรพ.สต. ให้ CUP เป็นแม่ข่าย โดยกำหนดอัตรากำลังขั้นต้นว่า รพ.สต. ทุกแห่งต้องมีบุคลากรอย่างน้อย 2 คน และจัดให้มีการ pool resources บุคลากรกลุ่มหนึ่งใน CUP เพื่อเวียนกันลงไป ที่ รพ.สต. ในเครือข่าย นอกจากนี้ยังมีการผลิตบุคลากรระดับปฐมภูมิเอง ด้วยการพัฒนาหลักสูตรต่างๆ ขึ้นมาเอง เช่น หลักสูตรอบรมพัฒนาอาสาสุขภาพชุมชน หรือผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยให้วิทยาลัยพยาบาลในพื้นที่เป็นผู้ผลิตให้ตามหลักสูตรที่จังหวัดพัฒนาขึ้น มีการประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สนับสนุนงบประมาณการจ้างบุคลากรให้ รพ.สต. และให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะของจิตอาสา

ก่อนหน้านี้เคยมีปัญหาการแย่งกำลังพยาบาลกันเองระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากทุกที่ต่างต้องการจ้างพยาบาลเพิ่มเพื่อให้เพียงพอกับภาระงาน ทำให้แต่ละโรงพยาบาลแข่งกันให้อัตราค่าตอบแทนรายเดือนสูง จนทำให้โรงพยาบาลที่ฐานะทางการเงินไม่เข้มแข็ง และอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่สามารถแข่งขันได้ จึงเกิดปัญหาไม่สามารถหาพยาบาลเข้ามาสู่ระบบได้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชจึงกำหนดอัตราค่าตอบแทนกลางของจังหวัดขึ้น ซึ่งสูงประมาณ 1.2 เท่า ของข้าราชการเพื่อไม่ให้เกิดปัญหากับโรงพยาบาลที่มีปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงิน ทำให้ทุกโรงพยาบาลสามารถจ้างพยาบาลได้ แต่ปัญหาใหม่ที่กำลังจะเกิดคือการเปิดโรงพยาบาลใหม่ในสังกัดโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นตลาดงานใหม่ที่มีแรงจูงใจมากกว่า



ปัตตานี

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดปัตตานีมีประชากรตามทะเบียนราษฎรในปี 2553 จำนวน 605,208 คน เป็นจังหวัดที่ไม่มีสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ มีโรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 12 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 126 แห่ง ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 43 แสดงจำนวนหน่วยงานบริการของจังหวัดปัตตานี

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลชุมชน	11
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	12
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	126
รวม	149

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2554

ข้อมูลบุคลากร – มีแพทย์รวมทั้งสิ้น 58 คน, ทันตแพทย์ 38 คน, เภสัชกร 47 คน, พยาบาล 548 คน และบุคลากรสายงานอื่น 636 คน รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 44 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดปัตตานี

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	58	1: 1,0434.6
ทันตแพทย์	38	1: 1,5926.5
เภสัชกร	47	1: 1,2876.8
พยาบาล	548	1: 1,104.4
บุคลากรสายงานอื่น	636	1: 951.6

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2554

ปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ คือ การขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ไม่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชน ซึ่งในส่วน ofจังหวัดได้แก้ปัญหาเบื้องต้นโดยการจัดแพทย์จากโรงพยาบาลใกล้เคียงมาช่วยหมุนเวียนให้กับโรงพยาบาลชุมชนที่แพทย์ไม่เพียงพอ

มาตรการในการแก้ปัญหา

ให้ความสำคัญกับการถ่ายโอนภาระงาน เช่น จัดอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อให้สามารถแบ่งเบาภาระงานของแพทย์ในส่วนที่สามารถถ่ายโอนมาให้พยาบาลเวชปฏิบัติได้ เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยกระจายกำลังคนพยาบาลเวชปฏิบัติลงไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ทำหน้าที่ด้านหน้าคอยคัดกรองผู้ป่วยให้โรงพยาบาลชุมชนด้วย

สร้างกำลังคนนอกระบบเพื่อสนับสนุนการทำงานของบุคลากรในระบบ เช่น การสร้าง อสม. เชี่ยวชาญ ให้ทำงานเชิงรุก เช่น การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การดูแลหญิงหลังคลอด การดูแล เด็กแรกเกิด – 6 ปี การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้พิการ และงานอื่นๆ ตามสภาพปัญหา นอกจากนี้ ยังมีการเข้าไปช่วยงานใน รพ.สต เช่นการบันทึกข้อมูล การซักประวัติ และการตรวจร่างกายเบื้องต้น

จากสภาพการขาดแคลนกำลังคนปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะ เจ้าหน้าที่งาน ทันตสาธารณสุข และนักวิชาการการแพทย์แผนไทย ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขเขต 8 (ได้แก่จังหวัด ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สงขลา และสตูล) ที่ผ่านมามีการแก้ไขปัญหา โดยจัดทำโครงการผลิตทันตภิบาลเพิ่ม หลักสูตรเร่งรัด เป็นหลักสูตร 2 ปี โดยจะมีนักศึกษา 3 รุ่นๆ ละ 40 คน สำหรับ 5 จังหวัดในเขตตรวจราชการสาธารณสุขเขต 8 ซึ่งรุ่นแรกเริ่มเรียนในเดือน มิถุนายน 2554 รุ่นที่ 2 และ 3 จะเริ่มเรียนเดือน พฤศจิกายน 2554 ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง และจังหวัดยะลา โดยสำนักงานตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 8 ได้สนับสนุนยูนิต ทำฟัน จำนวน 40 ยูนิต ส่วนที่เหลือให้แต่ละจังหวัดจัดซื้อกันเอง โดยโครงการนี้จะสนับสนุนค่าเล่าเรียนของนักศึกษา ทั้งนี้ผู้ที่จบการศึกษาตามโครงการนี้ จะต้องปฏิบัติงานใช้ทุน 4 ปี สำหรับนักวิชาการการแพทย์แผนไทยนั้น ปัญหาการขาดแคลนนั้นแตกต่างจากวิชาชีพอื่น โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยได้กำหนดตำแหน่งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำหรับนักวิชาการการแพทย์แผนไทย แต่ก็ไม่มีกำลังคนมาให้จ้างงาน



ยะลา

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดยะลามีประชากรตามทะเบียนราษฎร ในปี 2553 จำนวน 432,245 คน มีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชนอีก 6 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 80 แห่ง และ ศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่ง ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 45 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดยะลา

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์	1
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	6
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	80
ศูนย์สุขภาพชุมชน	6
รวม	94

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2554

ข้อมูลบุคลากร – ยะลามีจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุข และอัตราส่วนต่อประชากรเมื่อเทียบกับระดับประเทศ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 46 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดยะลาเทียบกับระดับประเทศ

	แพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาลวิชาชีพ	
	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร
ยะลา	110	1: 3,988	30	1: 16,883	57	1: 9,556	1,524	1: 332
ประเทศ		1: 10,000		1: 20,000		1: 12,000		1: 5,000

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2554

จากตารางจะเห็นได้ว่าเมื่อเทียบกับระดับประเทศแล้ว บุคลากรใน 4 สาขาวิชาชีพหลักมีประชากรรับผิดชอบน้อยกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ แต่ในความเป็นจริงบุคลากรมีการกระจายตัวอย่างกระจุกตัว หนาแน่นในเขตพื้นที่เมือง ส่วนอำเภอที่ห่างไกลและมีปัญหาเรื่องความรุนแรง

จะขาดแคลนบุคลากรเสมอ

นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการจ้างอยู่ในพื้นที่ของบุคลากร เนื่องจากยะลาเป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรง บุคลากรที่ขาดแคลนมากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ทันตภิบาล นักกายภาพบำบัด และนักการแพทย์แผนไทย ส่วนในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ จะขาดแคลนวิสัญญีพยาบาลมากเนื่องจากยะลาอยู่ในพื้นที่ที่มีความรุนแรง หลายครั้งที่โรงพยาบาลต้องรับคนไข้ฉุกเฉินที่ต้องการการผ่าตัด การขาดวิสัญญีพยาบาลทำให้หลายครั้งไม่สามารถผ่าตัดได้ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบริการด้านการแพทย์ของประชาชนในพื้นที่ได้ดีเท่าที่ควร

ในส่วนของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนหน้านี้มีปัญหาขาดแคลน เนื่องจากมีกำลังคนที่ต้องการย้ายออกด้วยเหตุผลความรุนแรง แต่เมื่อมีพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลเพิ่มเพื่อพื้นที่ชายแดนภาคใต้ 3,000 คน มาแบ่งเบาทำให้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลผ่อนคลายลงไป โดยจังหวัดยะลาได้รับการจัดสรรพยาบาลจากโครงการนี้ 600 คน ในจำนวนนี้สอบผ่านใบประกอบวิชาชีพแล้ว 343 คน ศักยภาพของบุคลากรที่จบใหม่ในส่วนนี้จึงยังเป็นปัญหาของจังหวัดอยู่

มาตรการในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.ใช้วิธีบริหารจัดการบุคลากรโดยคณะกรรมการระดับจังหวัด แก้ปัญหาการกระจายตัวอย่างไม่สมดุลของบุคลากรด้วยการจัดสรรการบรรจุนักเรียนทุน โดยจังหวัดเป็นผู้พิจารณาใช้เกณฑ์บรรจุตามลำดับปีที่สำเร็จการศึกษา พบว่านักเรียนทุนที่สำเร็จการศึกษาดังแต่ปี 2552 เป็นต้นมา ยังไม่ได้รับการบรรจุเนื่องจากยังไม่มีตำแหน่งทำให้มีผู้รอรับการบรรจุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบันมีผู้รอบรรจุในทุกสายงานรวมทั้งสิ้น 395 คน นอกจากนี้ในส่วนของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาตามโครงการผลิตพยาบาลเพิ่มเพื่อพื้นที่ชายแดนภาคใต้ พบว่ามีปัญหาเรื่องความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญในการให้บริการงานการพยาบาล เห็นได้จากอัตราการสอบได้ใบประกอบวิชาชีพต่ำมาก ในช่วงแรกจังหวัดรับผิดชอบจ่ายค่าตัวพิเศษเพื่อให้เด็กกลุ่มนี้สอบผ่านใบประกอบวิชาชีพ แต่กำลังมีนโยบายให้แต่ละโรงพยาบาลรับผิดชอบกันเอง

2.แก้ปัญหาการขาดบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยการทำเครือข่ายและหมุนเวียนกำลังคนภายในอำเภอ มี CUP เป็นผู้ดูแลบริหารจัดการ

3.ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนทุน / โควตาเข้าศึกษาในสาขาที่ขาดแคลน แต่ปัญหาที่ตามมาคือเมื่อผลิตแล้วไม่มีอัตราบรรจุและหน่วยบริการไม่มีงบประมาณมากพอที่จะจ้าง



ผักลูง

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดพัทลุงมีประชากรตามทะเบียนราษฎร จำนวน 477,853 คน มีโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 385 เตียง 1 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชนรวม 10 แห่ง ประกอบด้วย 90 เตียง 1 แห่ง และ 30 เตียง 9 แห่ง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 124 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 9 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข 3 แห่ง ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 47 จำนวนหน่วยบริการของจังหวัดพัทลุง

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป (385 เตียง)	1
โรงพยาบาลชุมชน (90 เตียง)	1
โรงพยาบาลชุมชน (30 เตียง)	9
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	124
ศูนย์สุขภาพชุมชน	9
ศูนย์บริการสาธารณสุข	3
รวม	147

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2554

ข้อมูลบุคลากร – พัทลุงมีบุคลากรและการกระจายตัวดังรายละเอียดในตาราง

ตารางที่ 48 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดพัทลุง

วิชาชีพ	รพท.	รพช./ รพ.สต.	เอกชน	รวม	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	44	36	10	90	1: 5,841
ทันตแพทย์	12	30	8	50	1: 11,163
เภสัชกร	23	34	8	65	1: 7,666
พยาบาลวิชาชีพ	319	526	24	869	1: 585

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2554

ปัญหาสำคัญของจังหวัดพัทลุงคือการเป็นจังหวัดเล็ก ๆ ไม่มีสิ่งดึงดูดใจให้คนอยู่นาน ๆ โดยเฉพาะการหารายได้พิเศษของแพทย์ที่พบว่ามีช่องทางน้อย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคลากรมีอัตราการย้ายออกสูง ในส่วนของพยาบาลพบว่าพัทลุงเป็นปลายทางที่พยาบาลจากพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนเรื่องขอย้ายออกมามาก ปัญหาที่เกิดขึ้นคือมีความพยายามใช้เส้นสายเพื่อฝากเข้าในบางพื้นที่ทำให้จังหวัดเกิดปัญหาในการกระจายคน เนื่องจากคนต่างก็พยายามให้ผู้ใหญ่ฝากฝังไปยังพื้นที่ที่มีความเจริญสูง ทำให้คนไปกระจุกตัวกัน ในขณะที่บางพื้นที่ไม่มีคน

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

มีการแต่งตั้งกรรมการบริหารบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานย่อยทุกระดับ ทุกวิชาชีพ คณะกรรมการได้มีการยกร่างแนวทางในการดำเนินงานเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลที่ครอบคลุมทั้ง 4 ประเด็น ได้แก่ การสรรหาบุคลากร การใช้ประโยชน์จากบุคลากร การรักษามูลค่าบุคลากรไว้ในระบบ และการพัฒนาบุคลากร

มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกำลังคน โดยที่เห็นว่าการมีฐานข้อมูลกำลังคนที่ทันสมัย สถานการณ์ และเที่ยงตรงจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและพัฒนากำลังคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงจึงได้พัฒนาระบบฐานข้อมูลกำลังคนขึ้นมา



สรุปการบริหารและการจัดการ

กำลังคนในพื้นที่ภาคใต้

พื้นที่ภาคใต้เป็นตัวอย่างที่ทำให้เห็นอย่างชัดเจนว่า นโยบายการบริหารและการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพควรจะมี ความแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ในพื้นที่ การที่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการสร้างแรงจูงใจพิเศษให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ หรือการเพิ่มการผลิตพยาบาลเพื่อพื้นที่ชายแดนภาคใต้เป็นการเฉพาะ เป็นคำตอบในตัวเองว่าแต่ละพื้นที่มีบริบทของปัญหาต่างกัน ต้องการการแก้ไขปัญหาหรือรูปแบบการบริหาร และการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ในส่วนของนวัตกรรมที่เกิดจากระดับพื้นที่นั้นจะเห็นได้ว่าภาคใต้มีทั้งการใช้มาตรการระดับจังหวัดและระดับหน่วยบริการในการบริหารและการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ จากปัญหาร่วมกันที่เกือบทุกจังหวัดมีคือการขาดแคลนพยาบาล พบว่ามาตรการหรือนวัตกรรมที่ใช้แก้ปัญหาจะมีแนวทางเดียวกันคือการผลิตกำลังคนเพิ่มเอง ด้วยการสนับสนุนทุนการศึกษา และทำสัญญาการใช้ทุน ซึ่งโรงพยาบาลที่มีปัญหาทางการเงินจะไม่สามารถใช้มาตรการนี้ได้ นอกจากนี้ จะไม่สามารถสนับสนุนทุนการศึกษาแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องการไม่สามารถจ้างงานนักเรียนกลุ่มนี้ได้อีก เนื่องจากไม่มีเงินบำรุงมากพอที่จะจ้างบุคลากรได้

สำหรับการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ที่ไม่ใช่จังหวัดชายแดนนั้น พบว่ามีมาตรการที่หลากหลาย เช่น การจ้างแพทย์เกษียณอายุราชการมาช่วยตรวจและคัดกรองคนไข้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ภาระของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนลดลง หรือการกระจายงานไปยังวิชาชีพอื่นที่สามารถทำงานบางอย่างแทนได้ เช่น การกระจายงานบางอย่างของแพทย์ให้กับพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อให้แพทย์มีเวลาสำหรับคนไข้ที่ต้องการตรวจโดยแพทย์เท่านั้นได้มากขึ้น

การแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในระดับปฐมภูมิด้วยการใช้ระบบ pool resources ซึ่งพบว่ามีใช้ที่นครศรีธรรมราช เป็นวิธีการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่ทำให้สามารถใช้ประโยชน์จากบุคลากรได้เต็มประสิทธิภาพ และยังเป็นตัวช่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งสามารถพัฒนาตนเองจนเข้าข่ายคุณสมบัติของการได้รับเงิน on top

การแก้ปัญหาแบบยกเขตสำหรับแก้ปัญหาการขาดแคลนเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยได้มีการทำความร่วมมือระหว่างสำนักงานตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 จังหวัด วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง และ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา ในการผลิตเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 120 คน โดย สำนักงานตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนทุนการศึกษาและยูนิตทำฟัน ซึ่งนักศึกษารุ่นแรกเข้าเรียนในปี 2554



ภาคเหนือ

ภาคเหนือ

ภาพรวมสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพภาคเหนือ

ลักษณะภูมิประเทศที่เป็นพื้นที่สูง มีประชากรหลากหลายชาติพันธุ์ที่ต่างมีภาษาและวัฒนธรรมเป็นของตนเอง ทำให้เกิดช่องว่างทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพและประชาชนผู้มาใช้บริการ อีกทั้งการเป็นประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ที่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ค่อนข้างทุรกันดาร อาจทำให้เกิดกลิ่นจากรบบทะเบียนราษฎรของรัฐ ทำให้กลายเป็นประชากรแฝงในระบบสุขภาพไปทันที ในส่วนนี้ทำให้ภาระงานของบุคลากรด้านสุขภาพ และการคมนาคมที่ยังไม่สะดวกในบางพื้นที่ ทำให้หลายจังหวัดต้องประสบปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ

หลายจังหวัดในพื้นที่ภาคเหนือยังเป็นพื้นที่เขตแนวชายแดน ที่ช่องทางที่ให้ประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านเดินทางเข้าออก และมาทำงานในจังหวัดทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายจำนวนมาก ซึ่งในส่วนนี้สุดท้ายกลายเป็นประชากรแฝงในระบบสุขภาพเช่นเดียวกัน

ในส่วนสภาพปัญหาของพื้นที่เมือง พบว่ามีโจทย์หรือความท้าทายที่แตกต่างไปจากเขตชนบทคือ พื้นที่เมืองในภาคเหนือส่วนใหญ่มีความเจริญและมีชาวต่างชาติเข้ามาพักอาศัยจำนวนมาก เกิดโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากที่กลายมาเป็นปัจจัยดึงดูดกำลังคนด้านสุขภาพออกจากระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาล ความต่างระหว่างเมืองและชนบทของภาคเหนือ ยังทำให้เกิดปัญหาการกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกันคือกระจุกตัวในเมืองกระจายตัวอย่างเบาบางในชนบท

หลายจังหวัดในภาคเหนือต่างเผชิญกับปัญหาที่คล้ายคลึงกันนี้และกำลังพยายามแสวงหาและพัฒนาหนทางและนวัตกรรมเพื่อออกจากวังวนปัญหาเช่นนี้

เพชรบูรณ์

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดเพชรบูรณ์ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 11 อำเภอ 117 ตำบล 1,330 หมู่บ้าน เป็นจังหวัดที่สภาพภูมิประเทศทอดตัวเป็นแนวยาว การเชื่อมต่อในระหว่างพื้นที่ค่อนข้างยาก มีจำนวนประชากร 931,337 คน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 173 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง รพ.สต. 153 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 1,121 คน ประกอบด้วยแพทย์ 142 คน ทันตแพทย์ 35 คน เภสัชกร 68 คน และพยาบาล 876 คน รายละเอียดดังตารางในด้านล่าง

ตารางที่ 49 จำนวนสถานบริการจังหวัดเพชรบูรณ์

ประเภท	จำนวน(แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	10
รพ.สต.	153
ศูนย์สุขภาพชุมชน	2
ศูนย์บริการสาธารณสุข	3
โรงพยาบาลเอกชน	3
โรงพยาบาล นอก สธ.	1
รวม	173

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 50 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดเพชรบูรณ์

วิชาชีพ	ตาม GIS	ปฏิบัติงานจริง	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	228	142	1 : 6,870
ทันตแพทย์	135	35	1 : 27,670
เภสัชกร	127	68	1 : 14,649
พยาบาล	1,823	876	1 : 1,134
รวม	2,313	1,121	

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2554

จะเห็นได้ว่า มีอัตรากำลังคนจริงน้อยกว่าที่ควรมีตาม GIS ทุกวิชาชีพ และมีความขาดแคลนในอัตราที่สูงมาก

นวัตกรรมในการแก้ปัญหา

1.แก้ปัญหากำลังคนในระดับภพรวมทั้งจังหวัด โดยมีการตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการบุคลากรระดับจังหวัดขึ้นมา 1 ชุด เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำแผนกำลังคนระดับจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกระดับ ผ่านทางการส่งตัวแทนเข้าร่วมเป็นกรรมการ มีขั้นตอนการทำงาน ดังนี้

จังหวัดกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำและควรมีของบุคลากรในแต่ละระดับ โดยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการบุคลากรแต่ละสายงาน

โรงพยาบาลทุกแห่งมีหน้าที่จัดทำแผนพัฒนากำลังคน จังหวัดรวบรวมเป็นแผนระดับจังหวัด ขณะที่ทำการเก็บข้อมูล โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการทบทวนฐานข้อมูลและแผนพัฒนากำลังคน

2.ผลิตกำลังคนเองเพื่อป้อนระบบบริการในจังหวัด โดยร่วมมือกับแหล่งผลิตในพื้นที่มีหน่วยบริการ (โรงพยาบาลที่ต้องการกำลังคน) และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ให้การศึกษากับนักเรียนพยาบาล ถึงปี 2554 มีพยาบาลที่ได้รับทุนการศึกษาตามโครงการผลิตเพิ่มของจังหวัดจำนวนรวม 191 คน พยาบาลเหล่านี้ส่วนใหญ่จะต้องถูกส่งไปประจำที่ รพ.สต. โดยตั้งเป้าหมายว่า รพ.สต. ทุกแห่งอย่างน้อยต้องมีพยาบาลวิชาชีพประจำแห่งละ 1 คน การจ้างงานพยาบาลในกลุ่มนี้ พบว่าบางแห่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก CUP เช่น รพ.สต. ในเขตอำเภอหล่มสักได้รับการสนับสนุนงบประมาณการจ้างงานจากองค์การบริหารส่วนตำบล ที่อำเภอหล่มสัก รพ.สต. มีความเข้มแข็งมากจนสามารถแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลหล่มสักได้อย่างชัดเจน โดย รพ. หล่มสัก สนับสนุนการเติบโตอย่างเข้มแข็งของ รพ.สต. ทุกแห่งอย่างเต็มที่

3.ส่งเสริมผลักดันให้นักเรียนในจังหวัดสอบเข้าโครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งแพทย์

4.จ้างบัณฑิตสาธารณสุขชุมชนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ เข้าทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยจัดอบรมให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการพยาบาลเพิ่มเติม เพื่อแบ่งเบาภาระของพยาบาลวิชาชีพที่มีจำนวนน้อยใน รพ.สต.

5.สนับสนุนการสร้างเครือข่ายในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อให้หน่วยบริการที่เข้มแข็งเกื้อหนุนหน่วยที่ยังอ่อนแออยู่

6.จ้างทันตภิบาลนอกเวลาราชการเพื่อให้ทำหน้าที่ใน รพ.สต. ที่ยังไม่มีทันตภิบาล โดยจ่ายค่าตอบแทนเป็นชั่วโมง โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

7.สร้างความเข้มแข็งทางการเงินให้กับระบบบริการปฐมภูมิ ด้วยการจ้างผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ไม่จำกัดสาขา) ให้ทำหน้าที่คีย์ข้อมูลเป็นการเฉพาะ เพื่อดึงเงิน on top จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เพื่อมีต้นทุนในการจ้างบุคลากรสายอื่นต่อไป รพ.สต. บ้านพี่สามารถสร้างความเข้มแข็งทางการเงินให้ตัวเองจนสามารถจ้างแพทย์เกษียณอายุราชการมาประจำที่ รพ.สต. ได้

8.พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถทำงานเชิงรุก ด้วยการจัดประชุมและอบรมให้ความรู้ เพิ่มพูนทักษะอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดจิตอาสาในกลุ่ม อสม. เพื่อทำงานในหน่วยบริการ เช่น การวัดความดัน ชักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดสวนสูง เป็นต้น สร้างขวัญและกำลังใจด้วยการจัดประกวด อสม. ดีเด่น



ตาก

สถานการณ์ปัจจุบัน

เป็นจังหวัดที่มีประชากรแฝงจำนวนมาก ประชากรคนไทย 578,357 คน ชาวต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน 27,413 คน และชาวต่างด้าวในศูนย์อพยพอีก 58,429 คน รวมประชากรของจังหวัดตาก 664,199 คน มีรายละเอียดสถานพยาบาล ดังตาราง

ตารางที่ 51 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดตาก

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
รพท (320/ 420 เตียง)	2
รพช. 60 เตียง	4
รพช. 30 เตียง	2
รพ.สต.	114
สสอ.	9
สสช.	36
ศูนย์ศาลาพระราชมหา	2
ศูนย์ศาลา	18
Health post	13
Malaria post	90
รพ.ค่ายวชิรปราการ (30 เตียง)	1
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมือง	2
สถานีกาชาดเพชรต้น	1
รพ.เอกชน พะวอ (60 เตียง)	1
รวม	295

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2554

ตารางที่ 52 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดตาก

สายงาน	จำนวนมีจริง (คน)	สัดส่วนต่อคนไทย	สัดส่วนต่อคนไทยและต่างด้าว	เกณฑ์ประเทศ
แพทย์	136	1 : 4,252	1 : 4,884	1 : 4,000
ทันตแพทย์	43	1 : 13,450	1 : 15,447	1 : 10,000
เภสัชกร	45	1 : 12,852	1 : 14,760	1 : 11,000
พยาบาล	817	1 : 707	1 : 813	1 : 800
สาธารณสุข	312	1 : 1,853	1 : 2,128	1 : 1,250
รวม	1,353			

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2554

จากตารางจะเห็นได้ว่าบุคลากรของจังหวัดตากต้องรับภาระงานโดยเฉลี่ยมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานของประเทศ จากสภาพภูมิประเทศของจังหวัดที่เป็นพื้นที่สูง ห่างไกล การเดินทางไม่สะดวก ทำให้หลายพื้นที่ของจังหวัดมีปัญหาขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะฝั่งตะวันตกของจังหวัด ซึ่งเป็นเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนบุคลากรอยู่อย่างเบาบาง แต่จะกระจุกตัวที่ฝั่งตะวันออกของจังหวัด

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.ผลิตกำลังคนนอกระบบเอง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ จากปัญหาการขาดแคลนประชากรในระบบ ทำให้จังหวัดตากหันมาให้ความสำคัญกับกำลังคนนอกระบบ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ซึ่งพบว่า รพ.สต. แต่ละแห่งมีบุคลากรประจำอยู่เพียง 2-4 คน เท่านั้น จึงจัดให้มีการดึงสมาชิกของชุมชนทั้งชาวไทยและชาวต่างด้าวเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพ เพื่อแบ่งเบาภาระของกำลังคนในระบบ หลักสูตรที่เปิดให้มีการฝึกอบรมได้แก่

- 1.หลักสูตรพัฒนาอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขชายแดน (อสชช.) อสชช. ส่วนใหญ่จะเป็นชาวต่างด้าวที่พูดภาษาไทยได้ มีภาระหน้าที่ให้ดูแลชาวต่างด้าวด้วยกันเป็นหลัก
- 2.หลักสูตรพนักงานมาลาเรียชุมชน 3 เดือน (420ชั่วโมง)
- 3.หลักสูตรผู้ช่วยเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข
- 4.หลักสูตรพนักงานสุขภาพชุมชนชายแดน (พสชช.)
- 5.หลักสูตรพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.)
- 6.หลักสูตรการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการบริการปฐมภูมิตามโครงการหมออนามัยติดปีก จังหวัดตาก
- 7.หลักสูตรอนุปริญญาสาธารณสุข (อยู่ระหว่างพัฒนาหลักสูตร)
- 8.หลักสูตรผู้ช่วยเหลือคนไข้ (อยู่ระหว่างพัฒนาหลักสูตร)
- 9.หลักสูตรพนักงานเวชสถิติ (อยู่ระหว่างพัฒนาหลักสูตร)

หกหลักสูตรแรกเปิดทำการอบรมมาได้ประมาณ 2 ปีแล้ว โดยได้รับความร่วมมือในการจัดทำหลักสูตร และดำเนินการเรียนการสอนโดยวิทยาลัยชุมชนตาก ส่วนใหญ่เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตร 1 ปี เมื่อสำเร็จการศึกษาสามารถนำวุฒิไปศึกษาต่อยอดได้ ส่วนการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการบริการปฐมภูมิ (หลักสูตรที่ 6) เป็นหลักสูตร 18 สัปดาห์ ผู้สอนคือแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในจังหวัดตาก ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การกาชาดสากลแห่งประเทศไทย เมื่อเรียนทฤษฎีจบจะมีการฝึกงานในโรงพยาบาลด้วย ปัจจุบันมีหมออนามัยผ่านการอบรมหลักสูตรนี้แล้วรวมทั้งสิ้น 73 คน

จากการผลิตกำลังคนนอกระบบเองทำให้จังหวัดตากสามารถบริหารการให้บริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ภายใต้เงื่อนไขการขาดแคลนกำลังคนในระบบ อย่างไรก็ตามหลักสูตรพบว่ามีปัญหาเรื่องการคงทนของความรู้ คือเมื่ออบรมไปได้สักพักหนึ่ง

ผู้ที่ผ่านการอบรมจะล้มความรู้ ที่อาจไม่ค่อยได้ใช้ จึงต้องจัดให้มีการอบรมต่อเนื่องเพื่อทบทวนความรู้ ปีละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 สัปดาห์

บทเรียนที่จังหวัดตากได้รับการแก้ปัญหาด้วยการผลิตกำลังคนในพื้นที่เอง

- 1.เกิดหลักสูตรการฝึกอบรมพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้เฉพาะด้านการบริการปฐมภูมิที่สามารถทำงานร่วมกับพยาบาลเวชปฏิบัติได้อย่างดี
- 2.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางด้านการบริการปฐมภูมิ
- 3.เจ้าหน้าที่สถานีนอามัยได้รับการพัฒนา ไม่ถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เกิดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานในพื้นที่มากขึ้นและเกิดการยอมรับมากขึ้น

ใช้มาตรการทางการเงินเพื่อแก้ปัญหาการกระจายตัวอย่างไม่ทั่วถึงของกำลังคนในพื้นที่ที่พบว่าพื้นที่ฝั่งตะวันออกของจังหวัดซึ่งมีความเป็นเมืองมากกว่าจะมีการกระจุกตัวของบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาล หนาแน่นกว่าพื้นที่ฝั่งตะวันตก จังหวัดจึงนำมาตรการทางการเงินเข้ามาแก้ปัญหา โดยกำหนดอัตราค่าตอบแทนรายเดือนของพยาบาลในพื้นที่ฝั่งตะวันตกให้สูงกว่าฝั่งตะวันออก เพื่อสร้างแรงจูงใจ



นครสวรรค์

สถานการณ์ปัจจุบัน

นครสวรรค์เป็นจังหวัดหนึ่งที่ประสบปัญหาในการบริหารจัดการอัตรากำลังคน ส่วนหนึ่งเป็นเพราะเป็นจังหวัดที่มีจำนวนสถานบริการมาก โดยมีโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 630 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง ประกอบด้วย 90 เตียง 1 แห่ง, 60 เตียง 6 แห่ง และ 30 เตียงอีกถึง 5 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 190 แห่ง นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลเอกชนอีกถึง 5 แห่ง ในอำเภอเมือง และอีก 2 แห่ง ในอำเภอตากาลี รวมโรงพยาบาลเอกชน 532 เตียง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมอีก 2 แห่ง รวม 140 เตียง โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชอีก 1 แห่ง 60 เตียง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 60 เตียง อีก 1 แห่ง ขณะที่ประชากรทั้งจังหวัดประมาณ 1,079,000 คน อย่างไรก็ตามก็ตีปัญหาภาระงานมากเกินไปจนคนก็ยังคงมีอยู่ ส่วนบุคลากรด้านการสาธารณสุข นับเฉพาะในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถแจกแจงได้ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 53 จำนวนสถานบริการจังหวัดนครสวรรค์

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์	1
โรงพยาบาลชุมชน	12
รพ.สต.	190
โรงพยาบาลเอกชน	5
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม	2
รวม	210

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2554

ตารางที่ 54 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์

วิชาชีพ	กรอบอัตราตาม GIS	ปฏิบัติหน้าที่จริง	ขาด/เกิน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	253	193	- 60	1: 5,055
ทันตแพทย์	125	49	- 76	1: 19,910
เภสัชกร	108	92	- 16	1: 10,604
พยาบาล	1,953	1,151	- 802	1: 847
รวม	2,439	1,485	-954	

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2554

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้นครสวรรค์มีปัญหาขาดแคลนบุคลากร นอกจากการได้รับการจัดสรรบุคลากรน้อยกว่าโควตา GIS ที่ได้รับแล้ว ยังมีเรื่องการลาศึกษาต่อของบุคลากร โดยพบว่าส่วนใหญ่ของแพทย์และทันตแพทย์จะลาศึกษาต่อเฉพาะทางกันมาก ส่วนเภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพจะศึกษาปริญญาโทต่อ และพนักงานสาธารณสุขก็จะลาศึกษาต่อระดับปริญญาตรี

ปัญหาในการบริหารบุคลากร แยกตามระดับบริการได้ดังนี้

ปฐมภูมิ - ขาดคน

- ขาดอิสระในการบริหารกำลังคน งบประมาณ และงาน

ทุติยภูมิ - ภาระงานมาก ผู้ป่วยรอคิวนาน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ แม้จะมีแพทย์เกินกว่าที่ GIS กำหนดถึง 2 คน แต่ก็ยังถือว่าขาดแคลนแพทย์ เพราะคนไข้มีจำนวนมาก ความต้องการ specialist มาก

มาตรการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ผลิตพยาบาลเพิ่ม โดยให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งรับผิดชอบเอง เพื่อแก้ไขปัญหากำลังคนน้อยกว่าภาระงาน

กรณีของงานบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีความต้องการพยาบาลเวชปฏิบัติ แต่ไม่มีคนอยากลงไปปฏิบัติหน้าที่ จังหวัดใช้วิธีกระจายตำแหน่งบรรจุข้าราชการไปไว้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสร้างแรงจูงใจในการลงไปประจำที่ รพ.สต. โดยเฉพาะในสถานที่ที่มีปัญหาขาดแคลนกำลังคนสูง นอกจากนี้ยังใช้วิธีให้นักวิชาการสาธารณสุขสำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์แล้วแต่ยังไม่ได้ตำแหน่งบรรจุมาอบรมเวชปฏิบัติก่อน และให้ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลเวชปฏิบัติใน รพ.สต. โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายจ่ายค่าตอบแทนให้ในอัตราเดียวกับที่พยาบาลเวชปฏิบัติที่ได้รับการบรรจุแล้วได้รับ

สร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนในการดูแลตนเอง เพื่อลดปัญหาการแออัดของโรงพยาบาล ุรูปธรรมกิจกรรมที่ดำเนินการ เช่น จัดชมรมผู้ป่วยอาสา เพื่อให้ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รวมกลุ่มและดูแลกันเอง โดยทีมพยาบาลจัดอบรมให้ความรู้เบื้องต้น ขณะนี้มีชมรมผู้ป่วยเบาหวานแล้ว ซึ่งพบว่าสามารถแบ่งเบาภาระของบุคลากรได้ระดับหนึ่ง ทำให้จำนวนคนไข้ OPD แต่ละวันลดลง นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามีส่วนในการให้บริการด้านอื่นๆ ในลักษณะของจิตอาสา เช่น การประจำจุดยื่นใบนัด การให้คำแนะนำขั้นตอนเมื่อมาถึงโรงพยาบาล การดูแลรถนั่งรถนอน เป็นต้น ทำให้โรงพยาบาลสามารถจัดสรรงานและเวลาให้พยาบาลสามารถทำงานการพยาบาลได้มากขึ้น โดยทั้งหมดนี้เป็นลักษณะของงานจิตอาสาไม่มีค่าตอบแทน แต่แม้จะเป็นงานจิตอาสาก็สามารถวางระบบจัดเวรได้เหมือนบุคลากรประจำของโรงพยาบาล ปัจจุบันมีจิตอาสาลักษณะนี้ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ 16 คน



พิษณุโลก

สถานการณ์ปัจจุบัน

ขาดแคลนกำลังคนเกือบทุกสาขาวิชาชีพ อัตรากำลังที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรให้ตามกรอบ GIS ไม่ตอบโจทย์ความต้องการจริงของพื้นที่ ปัจจุบันพิษณุโลกมีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธชินราช และมีโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง รพ.สต. 146 แห่ง และสถานบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 55 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดพิษณุโลก

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์	1
โรงพยาบาลชุมชน	8
รพ.สต.	146
คลินิกเอกชน	1
ศูนย์สุขภาพชุมชน	13
ศูนย์บริการสาธารณสุข	5
โรงพยาบาล นอก สธ.	3
โรงพยาบาลเอกชน	6
รวม	183

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2554

ส่วนด้านกำลังคนในสถานบริการต่าง ๆ นั้น ได้แก่ แพทย์ 218 คน ทันตแพทย์ 46 คน และเภสัชกร 78 คน ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวพบว่ามีความขาดแคลนทุกวิชาชีพ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 56 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดพิษณุโลก

วิชาชีพ	ตาม GIS	ปฏิบัติงานจริง	ลาศึกษาต่อ	รวม	ขาด/เกิน
แพทย์	234	218	32	250	16
ทันตแพทย์	83	46	4	50	-33
เภสัชกร	79	78	4	82	3
รวม	396	342	40	382	-14

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2554

นวัตกรรมในการแก้ปัญหา

ให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาในภาพรวมระดับจังหวัด เน้นการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ พุ่งเป้าไปที่การแก้ปัญหา 2 โจทย์หลัก คือ ทำให้มีกำลังคนในระบบอย่างพอเพียง และให้กำลังคนที่มีอยู่กระจายตัวอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยยึดความต้องการบริการที่แท้จริงของแต่ละพื้นที่ และการทำให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีความสุข มาตรการที่ใช้มีดังนี้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก กำหนดให้การให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุขเป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของจังหวัด โดยให้มีการจัดทำแผนบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดขึ้นมา กำหนดวัตถุประสงค์ของแผนกำลังคน ดังนี้

- การพัฒนาการจัดการอัตรากำลังให้มีประสิทธิภาพ
- การสรรหาบุคลากรใหม่ให้เพียงพอต่อความต้องการ
- พัฒนาระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อตอบสนองความต้องการขององค์กร
- พัฒนาระบบการรักษาบุคลากรให้อยู่ในองค์กร
- พัฒนาระบบรับเรื่องร้องเรียนของบุคลากร

การดำเนินการตามแผน

1.เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ จังหวัดได้ตั้งเกณฑ์การจัดสรรบุคลากรขึ้นมาใหม่ เพื่อให้มีการกระจายบุคลากรได้สอดคล้องกับภาระงานที่แท้จริง ยกเว้น 3 วิชาชีพหลัก คือ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ยังคงยึดการกระจายอัตรากำลังตาม GIS เมื่อคำนวณภาระงานตามความเป็นจริงแล้ว สามารถกำหนดอัตรากำลังพยาบาลได้ดังนี้

รพช. ขนาด 30 เตียง ควรมีพยาบาลขั้นต่ำ 55 คน สำหรับประจำในโรงพยาบาล บวกกับพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามสัดส่วนประชากร โดยกำหนดให้ รพ.สต. ที่มีประชากรรับผิดชอบน้อยกว่า 10,000 คน ต้องมีพยาบาลอย่างน้อย 2 คน และเพิ่มขึ้น 1 คน ต่อประชากรทุก ๆ 5,000 คน

รพช. ขนาด 60 เตียง ควรมีพยาบาลขั้นต่ำ 76 คน บวกกับพยาบาลใน รพ.สต. ตามสัดส่วนประชากร

เมื่อคำนวณพยาบาลตามเกณฑ์ใหม่ที่จังหวัดตั้งขึ้นมาแล้ว จะได้ความต้องการพยาบาลของจังหวัดพิษณุโลก ดังนี้

ตารางที่ 57 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดพิษณุโลกเปรียบเทียบกับเกณฑ์จังหวัดและเกณฑ์ GIS

โรงพยาบาลชุมชน	มีจริง	ควรมีตาม GIS	ควรมีตามเกณฑ์จังหวัด	ขาด/เกิน	
				เกณฑ์ GIS	เกณฑ์จังหวัด
รพ.สมเด็จพระยุพราชนครไทย	70	123	79	-53	-9
รพ.วังทอง	72	116	80	-44	-8
รพ.ชาติตระการ	42	39	57	3	-15
รพ.บางระกำ	52	91	59	-39	-7
รพ.บางกระพุ่ม	56	46	57	10	-1
รพ.พรหมพิราม	55	82	59	-27	-4
รพ.วัดโบสถ์	57	35	57	22	0
รพ.เนินมะปราง	44	56	58	-12	-14
รวม	448	588	506	-140	-58

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2554

จะเห็นว่าบางโรงพยาบาลอัตราการขาดแคลนจะลดลงเมื่อเทียบกับเกณฑ์ GIS แต่บางโรงพยาบาลอัตราการขาดแคลนจะเพิ่มสูงขึ้น เมื่อพิจารณาในภาพรวมหากยึดตาม GIS จังหวัดพิษณุโลกจะขาดแคลนพยาบาลมากถึง 140 คน แต่เมื่อคำนวณจากเกณฑ์จังหวัด ซึ่งใช้ภาระงานเป็นตัวตั้งการขาดแคลนพยาบาลจะลดลงเหลือเพียง 58 คนเท่านั้น (ยังไม่รวมความต้องการที่กำลังจะเพิ่มขึ้น เนื่องจาก รพ.ยุพราชนครไทย กำลังขยายเป็น 90 เตียง) ซึ่งจังหวัดได้นำเกณฑ์ของจังหวัดมาเป็นหลักในการพิจารณาจัดสรรอัตรากำลัง

การคำนวณอัตรากำลังโดยใช้เกณฑ์จังหวัดเช่นนี้ ใช้คำนวณหาจำนวนบุคลากรในระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ด้วย

เกณฑ์ที่จังหวัดคำนวณได้นี้ นำมาใช้เป็นฐานในการพิจารณาการปรับ โอน โยกย้ายด้วย ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ หากมีโรงพยาบาลใดที่เมื่อคำนวณเกณฑ์ของจังหวัดแล้วพบว่าบุคลากรเกิน จะยังไม่สามารถย้ายบุคลากรออกมาเพื่อให้มีจำนวนสอดคล้องกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ได้สิ่งที่ทำได้คือจังหวัดจะไม่มีการจัดสรรคนไปให้กับโรงพยาบาลนั้นเพิ่ม แม้ว่าจะมีอัตรากำลังที่ต่ำกว่าเกณฑ์ GIS ก็ตาม

2.วางแผนสรรหาอัตรากำลังเพื่อจัดสรรให้พื้นที่ที่ขาดตามเกณฑ์ มาตรการที่สำคัญคือการให้ทุนพยาบาล ในระดับจังหวัด และจังหวัดจะเป็นคนจัดสรรพยาบาลที่ผลิตได้ให้กระจายตัวไปตามหน่วยบริการอีกครั้งหนึ่ง กระบวนการที่ใช้คือ กั้นเงินการศึกษาสำหรับทุนพยาบาลไว้ที่จังหวัด ทุนละ 30,000 บาทต่อปี และทำสัญญากับนักเรียนทุนโดยระบุว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาแต่ละคนจะต้องไปปฏิบัติงานใช้ทุนที่ใด นับถึงปัจจุบันมีการให้ทุนนักเรียนพยาบาลแล้วรวมทั้งสิ้น 41 ทุน

3.มาตรการในการธำรงรักษาบุคลากรไว้ในระบบ เพื่อให้เกณฑ์การจัดสรรของบุคลากร มีผลในทางปฏิบัติมาตรการทางเงินถูกนำมาใช้ควบคู่กันไป โดยจังหวัดจะกำหนดอัตราเงินเดือน ขั้นต่ำของลูกจ้างแต่ละวิชาชีพไว้ โดยให้พื้นที่ห่างไกลรอบนอก เช่น อำเภอนครไท อำเภอชาติตระการ อำเภอบางระกำ มีอัตราเงินเดือนที่สูงกว่าพื้นที่รอบใน เพื่อกันการไหลออกของคน และเพื่อจูงใจให้บุคลากรไปอยู่ในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้ยังมีมาตรการสร้างขวัญและกำลังใจ ในการกำหนดเกณฑ์การพิจารณาความดีความชอบของจังหวัดขึ้นมาใหม่ กำหนดฐานการขึ้นเงินเดือนที่ให้ทุกวิชาชีพรู้สึกว่าได้รับความเป็นธรรม

การพิจารณาโยกย้ายประจำปี เปิดให้เป็นเวทีที่ตัวแทนของทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในฐานะ กรรมการพิจารณาประเมินผลและโยกย้าย เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นธรรมแก่บุคลากร



สุโขทัย

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดสุโขทัยมีจำนวนประชากร 617,157 คน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 9 อำเภอ 84 ตำบล 843 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 139 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง รพ.สต. 118 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 3 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 1 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง รายละเอียดดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 58 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดสุโขทัย

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	2
โรงพยาบาลชุมชน	7
รพ.สต.	118
ศูนย์สุขภาพชุมชน	3
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	1
ศูนย์บริการสาธารณสุข	5
โรงพยาบาลเอกชน	3
รวม	139

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ทั้งจังหวัดสุโขทัยมีแพทย์รวม 117 คน ทันตแพทย์ 40 คน เภสัชกร 64 คน และพยาบาล 1,015 คน (เฉพาะข้าราชการ) พบว่าบุคลากรมีการกระจุกและกระจายตัว เช่น ที่โรงพยาบาลสุโขทัยและโรงพยาบาลสวรรคโลก มีจำนวนแพทย์เกินกว่าอัตรา GIS แต่ไม่สามารถเฉลี่ยออกไปยังโรงพยาบาลที่มีจำนวนบุคลากรจริงน้อยกว่า ส่วนพยาบาลก็กระจุกตัวอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน และมีอยู่อย่างบางตาใน รพ.สต. และใน รพ.สต. เองก็พบว่ามี การกระจายตัวอย่างไม่เท่าเทียมกัน บางแห่งมีพยาบาลวิชาชีพถึง 3-4 คน ขณะที่บางแห่ง ไม่มีเลย ปัญหาเรื่องการกระจายตัวของบุคลากรภายในจังหวัดเอง จึงเป็นปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้ ขณะเดียวกันภาพรวมยังคงมีปัญหาเรื่องการขาดอัตรากำลังตาม GIS และการมีภาระงานที่มากเกินไป ขาดแรงจูงใจในการทำให้บุคลากรคงอยู่ในพื้นที่

ตารางที่ 59 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดสุโขทัย

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	117	1: 5,274
ทันตแพทย์	40	1: 15,428
เภสัชกร	64	1: 9,643
พยาบาล	1,015	1: 608
รวม	1,236	

ที่มา: กลุ่มบริหารบุคคล สำนักงานบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

สร้างความเข้มแข็งให้กำลังคนนอกระบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบบริการปฐมภูมิ เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร ทำให้ CUP หลายแห่งไม่สามารถส่งบุคลากรลงไปประจำที่ รพ.สต. ได้ ทำให้ รพ.สต. จึงมีภาระงานในการดูแลคนป่วยเรื้อรังมากเกินไปจนกำลังคนที่มีอยู่จึงเกิดความคิดสร้างความเข้มแข็งให้ รพ.สต. ด้วยการฝึก อสม. ให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากพอที่จะแบ่งเบาภาระงานจากพยาบาลวิชาชีพได้ โดยจัดให้มีการอบรม อสม. เสริมทักษะในด้านต่าง ๆ เช่น ทำแผล ชักประวัติ ตรวจสัญญาณชีพ โดยทีมบุคลากรจากโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และให้ฝึกงาน ใน รพ.สต. ภายใต้การควบคุมของบุคลากรจากโรงพยาบาลก่อน หลังจากนั้นจัดระบบให้มีการอยู่เวรในลักษณะเดียวกับพยาบาล เพื่อให้ช่วยแบ่งเบาภาระเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีการสร้างความภาคภูมิใจให้คนกลุ่มนี้ด้วยการให้ใส่เสื้อขาว และมีชื่อเรียกอย่างไม่เป็นทางการว่า “พยาบาลมือสอง” อย่างไรก็ดีพบว่ามีปัญหาตรงที่ อสม. ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ ทำให้เป็นอุปสรรคในการฝึกอบรม

สร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชน จัดให้มีกลุ่มจิตอาสาดูแลผู้ติดเชื้อ และโรคเรื้อรัง รวมถึงผู้สูงอายุ



กำแพงเพชร

สถานการณ์ปัจจุบัน

ข้อมูลหน่วยบริการ - โรงพยาบาลทั่วไป (410 เตียง) 1 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน (60 เตียง) 4 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน (10-30 เตียง) 6 แห่ง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 120 แห่ง, ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 4 แห่ง, และสถานีนอนมัย ในสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล 2 แห่ง ข้อมูลบุคลากร ณ ปี 2554 พบว่ามีแพทย์ 99 คน ทันตแพทย์ 36 คน, เภสัชกร 50 คน, พยาบาล 733 คน ทุกสาขามีจำนวนน้อยกว่าอัตราที่ควรมีตาม GIS โดยเฉพาะแพทย์ และพยาบาล ซึ่งตาม GIS กำหนดว่าควรมี 132 คน และ 1,194 คน

ตารางที่ 60 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดกำแพงเพชร

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	10
รพ.สต.	120
สถานีนอนมัย	2
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล	4
รวม	137

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2554

ตารางที่ 61 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดกำแพงเพชร

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	99	1: 7,912
ทันตแพทย์	36	1: 21,760
เภสัชกร	50	1: 15,667
พยาบาล	733	1: 1,068
รวม	918	

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2554

ที่กำแพงเพชรไม่มีโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ภาระของโรงพยาบาลรัฐหนักมาก และภาวะสมองไหลก็เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลในภาครัฐด้วยตัวเอง คือกำลังคนโดยเฉพาะพยาบาลจะไปกระจุกตัวอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และเกิดภาวะขาดแคลนในโรงพยาบาลขนาดเล็ก

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

เพิ่มค่าตอบแทนพิเศษให้แพทย์และพยาบาล 1.5 เท่า เพื่อสร้างแรงจูงใจให้มีแพทย์และพยาบาลมาลงที่จังหวัดมากขึ้น

ร่วมมือกับท้องถิ่นในการผลิตและจ้างบุคลากรเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

CUP สนับสนุนการจ้างบุคลากรสายสนับสนุนและสหวิชาชีพ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักการแพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ให้ รพ.สต. เพื่อให้เข้าคุณสมบัติการได้รับเงิน on top จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การจัดการกำลังคนของ รพท. กำแพงเพชร มีระบบการบริหารคนที่จำกัดที่ให้อยู่อย่างมีความสุข เช่น ถ้าแพทย์คนไหนไม่เปิดคลินิก ไม่มีภาระงาน ก็ให้เข้าร่วม คลินิกอรุณรุ่ง โดยคลินิกอรุณรุ่ง จะเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา 6.30 - 9.00 น. จ่ายค่าบริการให้แพทย์ เป็น 2 เท่าของปกติ แต่ไม่มีการบังคับ ไม่จัดเวร จะเปิดกี่ห้องก็ได้ เป็นการช่วยแพทย์ใหม่ เพราะแพทย์ไม่กล้าเปิดคลินิก เนื่องจาก ค่าใช้จ่ายสูง ส่วนภาคบ้ายก็มีคลินิกยามเย็น เป็น ER รับคนไข้ฉุกเฉิน ทำให้ปัจจุบันอัตราการย้ายออกของแพทย์ต่ำ นอกจากนั้นมีระบบการสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน หากถ้า รพ. ไนนาาด ผอ. ก็ส่งแพทย์ผู้บริหารเข้าไป เพราะสามารถรู้ปัญหา ทั้งด้านเงิน ด้านการจัดการ และสามารถประสานงานได้ง่าย

การดูแลกำลังคนของพยาบาลของโรงพยาบาลกำแพงเพชรนั้น เนื่องจากพยาบาลจบใหม่ไม่มีตำแหน่งข้าราชการบรรจุ จึงได้พัฒนาแรงจูงใจต่างๆ ได้แก่ การจ่ายเงินเดือน 1.5 เท่าของข้าราชการ ค่าเวร 1.5 เท่า มีการจัดสวัสดิการต่างๆ เช่น ร้านค้าสวัสดิการออมทรัพย์ ให้สิทธิเงินกู้สร้างบ้าน (คนละ 5 ล้านบาท) มีสวัสดิการกู้เงินดาวน์รถ โดยดูแลเท่าเทียมกับข้าราชการคนหนึ่ง เพราะว่าแค่การเพิ่มเงินเดือนไม่สามารถดึงพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวให้อยู่ได้ ส่วนการรักษาพยาบาลคนในครอบครัวแม้จะให้ยึดหลักกฎหมายประกันสังคม แต่เพิ่มการดูแลคือให้นอนห้องพิเศษ และดูแลอื่นๆ ซึ่งวิธีนี้ทำให้สามารถธำรงกำลังคนอยู่ในระบบได้



อุทัยธานี

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดอุทัยธานี มีโรงพยาบาลทั่วไป 350 เตียง 1 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน 90 เตียง 1 แห่ง, 60 เตียง 3 แห่ง, 30 เตียง 2 แห่ง และ 10 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 89 แห่ง ข้อมูลบุคลากร เทียบอัตราส่วนและเปรียบเทียบกับระดับประเทศ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 62 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดอุทัยธานี

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	7
รพ.สต.	89
รวม	97

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2554

ตารางที่ 63 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดอุทัยธานี

วิชาชีพ	ระดับจังหวัด	ระดับประเทศ
แพทย์	1: 6,431	1: 2,931
ทันตแพทย์	1: 16,398	1: 13,148
เภสัชกร	1: 10,579	1: 7,534
พยาบาลวิชาชีพ	1: 592	1: 576
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.33 คน/ รพ.สต.	

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2554

เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นในเขต 18 แล้ว อุทัยธานีถือว่ามีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรน้อยกว่าจังหวัดอื่น แต่ก็ยังถือว่ามีปัญหาอยู่ เมื่อคำนวณหาการขาดแคลนแล้ว พบว่ามีแพทย์น้อยกว่าอัตรากำลังตาม GIS 4 คน ทันตแพทย์ 6 คน เภสัชกร 1 คน และจังหวัดมีความต้องการแพทย์เฉพาะทางสำหรับ Node 6 คน และทันตแพทย์สำหรับ Node อีก 3 คน

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรปัจจุบันอาจจะยังไม่รุนแรง แต่อนาคตคาดว่าปัญหาน่าจะรุนแรง โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ที่จะมีอัตรากำลังทยอยเกษียณอายุราชการ แต่มีจำนวนผู้ที่เพิ่มเข้ามาในระบบในอัตราที่ไม่สามารถทดแทนกันได้ และปัญหาการขาดแคลนจะมีความรุนแรงในสถานบริการระดับปฐมภูมิมากกว่าระดับทุติยภูมิ

นวัตกรรมในการแก้ปัญหา

ผลิตพยาบาลเอง โดยจัดทำแผนผลิตนักเรียนทุนปีละ 5 คน และพัฒนาเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขขึ้นมาเป็นพยาบาลวิชาชีพด้วยการสนับสนุนให้ศึกษาต่อ เพื่อเตรียมให้ทันทดแทน
กำลังพยาบาลที่กำลังจะเกษียณ ค่าจ้างของบุคลากรในกลุ่มนี้จะใช้บกลางของเงิน UC

ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ้างนักเรียนทุนสาธารณสุขปฏิบัติงานใน
รพสต.

อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และสร้างเครือข่ายจิตอาสาในหมู่ อสม.
เชี่ยวชาญ



เชียงใหม่

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดเชียงใหม่แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 25 อำเภอ 204 ตำบล 2,066 หมู่บ้าน
มีจำนวนประชากร 1,708,564 คน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 390 แห่ง ประกอบด้วย
โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 24 แห่ง รพ.สต. 273 แห่ง คลินิกเอกชน 30 แห่ง
ศูนย์บริการสาธารณสุข 12 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 13 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพใน
สายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 1,726 คน ประกอบด้วยแพทย์ 186 คน ทันตแพทย์ 82 คน เภสัชกร
127 คน และพยาบาล 1,463 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 64 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดเชียงใหม่

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	24
รพ.สต.	273
สอ.	4
สสช.	3
ศูนย์สุขภาพชุมชน	18
ศูนย์บริการสาธารณสุข	12
คลินิกเอกชน	30
โรงพยาบาลเอกชน	13
โรงพยาบาล นอก สป.สธ.	5
โรงพยาบาล นอก สธ.	5
รวม	390

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 65 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่

วิชาชีพ	ตาม GIS	ปฏิบัติงานจริง	ขาด/เกิน	สัดส่วนต่อจำนวน ประชากร
แพทย์	175	186	11	1: 9,185
ทันตแพทย์	111	82	-29	1: 20,836
เภสัชกร	101	127	26	1: 13,453
พยาบาล	1,463	936	-527	1: 1,825
รวม	1,850	1,726	-124	

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2554

แม้แพทย์จะมีจำนวนมากกว่าที่ GIS กำหนด แต่เมื่อเทียบกับภาระงานจริงแล้วก็ยังถือว่าขาดแคลน ในส่วนของทันตแพทย์และพยาบาลยังขาดแคลนอยู่ นอกจากปัญหาการขาดแคลนในเชิงจำนวนแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องการกระจายตัวภายในจังหวัด ทำให้หลายพื้นที่โดยเฉพาะเขตที่สูง การเดินทางไม่สะดวก มีปัญหาขาดแคลนบุคลากร

จำนวนบุคลากรที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ปี 2552 มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.36 ปี 2553 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.03 และ ปี 2554 เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 นอกจากนี้ยังมีปรากฏการณ์ลาออกของข้าราชการ (ไม่นับที่กรณีที่เข้าร่วมโครงการเกษียณอายุราชการก่อนกำหนด) โดยพบว่าวิชาชีพที่มีการลาออกจากราชการสูงเป็นอันดับหนึ่ง ได้แก่ แพทย์ รองลงไปคือ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ส่วนใหญ่ของการลาออกของแพทย์มีสาเหตุมาจากต้องการศึกษาต่อ ส่วนพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่ลาออกเพื่อประกอบอาชีพอื่น

ปัญหาหลักในการบริหารและจัดการกำลังคนที่พบในปัจจุบัน

จำนวนข้าราชการมีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น หน่วยงานต้องใช้เงินบำรุงจ่ายเป็นค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวซึ่งทำให้เป็นภาระต่อสถานะเงินบำรุงหน่วยบริการ

ลูกจ้างชั่วคราว (นักเรียนทุน) และลูกจ้างสายงานขาดแคลนไม่มีตำแหน่งว่างบรรจุ ความก้าวหน้าในตำแหน่ง / สายงาน ไม่สามารถหาตำแหน่งว่างมายุบเพื่อกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น

ไม่ได้รับการจัดสรรตำแหน่งพนักงานราชการจากส่วนกลางที่นอกเหนือจากตำแหน่งทดแทนลูกจ้างประจำเกษียณอายุ

นวัตกรรมในการแก้ปัญหา

เน้นการแก้ไขปัญหาภาพรวมระดับจังหวัด ด้วยการตั้งคณะกรรมการบริหารงานบุคคลระดับจังหวัด ประกอบด้วยผู้บริหารระดับจังหวัด ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ และตัวแทนกลุ่มวิชาชีพต่างๆ มีการประชุมเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อจัดทำแผนกำลังคน 5 ปี แผนจะครอบคลุมตั้งแต่การผลิต การใช้ประโยชน์จากบุคลากร การรักษาคนไว้ในระบบ และการพัฒนาบุคลากร โดยจะให้หน่วยบริการแต่ละระดับสำรวจข้อมูลเบื้องต้น ส่งตรงถึงคณะกรรมการจังหวัด เพื่อพิจารณา วางแผน และตัดสินใจทั้งระยะสั้นและระยะยาวโดยมีการวางแผนแนวทางของแผน 5 ปี สามารถจำแนกมาตรการได้ ดังนี้

การสรรหาบุคลากร (Recruitment) ได้แก่

- การจัดสรรนักเรียนทุนพิจารณาถึงความสอดคล้องกับความขาดแคลนของพื้นที่ โดยมอบให้ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลและชมรม สสอ. เป็นผู้พิจารณาจัดสรร

- การรับย้าย / โอน มอบให้ชมรม ผอ.รพช., ชมรม สสอ. ชมรมเภสัชกร และชมรมทันตภิบาล เป็นผู้พิจารณาให้ความเห็นชอบในเบื้องต้น คณะกรรมการบริหารบุคคลระดับ

จังหวัดเป็นผู้พิจารณาให้ความเห็นชอบระดับจังหวัด

การใช้ประโยชน์จากบุคลากร (Utilization)

กำหนดตัวชี้วัดระดับบุคคลเพื่อประกอบการพิจารณาเลื่อนเงินเดือน

การรักษาบุคลากรไว้ในระบบ (Retention)

- กำหนดค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขตามลักษณะพื้นที่เช่น พยาบาลวิชาชีพ เขตเมือง 600 บาท / เหว เขตห่างเมือง 625 บาท และเขตไกลเมือง 650 บาท แพทย์ เขตเมือง 1,600 บาท เขตห่างเมือง 1,800 บาท / เหว และเขตไกลเมือง 2,200 บาท / เหว เพื่อแก้ปัญหาการกระจุกตัวในเขตเมืองของบุคลากร
- เรียงลำดับการให้คะแนนในการบรรจุเข้ารับราชการของลูกจ้างชั่วคราว (นักเรียนทุน) ตามปีที่จบและพื้นที่ปฏิบัติงานห่างไกลก่อน กรณีที่คะแนนเท่ากันจะมอบให้ผู้บังคับบัญชาเป็นผู้พิจารณาเรียงลำดับตามผลการปฏิบัติงาน

การพัฒนาบุคลากร (Development)

- มีแผนการพัฒนาบุคลากร 3 ปี
- มีแผนในการส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรม หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติให้ครบทุก รพ.สต. โดยกำหนดว่า รพ.สต. ทุกแห่งต้องมีพยาบาลเวชปฏิบัติอย่างน้อย 2 คน
- มีการจัดประเมินทักษะข้าราชการและจัดอบรมในส่วนขาดให้แก่ข้าราชการ เช่น ทักษะด้านภาษาอังกฤษ และด้านคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

2.แก้ปัญหาเฉพาะหน้าระยะสั้นในพื้นที่ขาดแคลนด้วยการเวียนบุคลากรสายวิชาชีพหลักไปยังพื้นที่ที่ขาดแคลน และการกระจายงานที่ไม่จำเป็นต้องใช้ความรู้และทักษะวิชาชีพออกสู่ภายนอก ด้วยการจ้างในลักษณะ out source

3.สร้างความเข้มแข็งให้ระบบบริการ community care ด้วยการสร้างเครือข่ายจิตอาสาในหมู่บ้าน จัดอบรมให้ภาคประชาชนมีความรู้การให้บริการด้านสุขภาพเบื้องต้น เช่น การทำแผล การดูแลคนไข้เรื้อรัง โดยมีพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นพี่เลี้ยงให้ จัดหลักสูตรอบรม 3 วัน และมีการฟื้นฟูความรู้ปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ชุมชนสามารถช่วยเหลือกัน ดูแลกันในเบื้องต้นได้ อันเป็นการกรองคนไข้ก่อนที่จะเข้าสู่ระบบบริการ



เชียงราย

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดเชียงรายแบ่งเขตการปกครองเป็น 18 อำเภอ 124 ตำบล 1510 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากร 1,157,302 คน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 243 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 16 แห่ง รพ.สต. 213 แห่ง คลินิกเอกชน 1 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 2,097 คน ประกอบด้วยแพทย์ 199 คน ทันตแพทย์ 62 คน เภสัชกร 98 คน และพยาบาล 1,327 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 66 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดเชียงราย

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์	1
โรงพยาบาลชุมชน	16
รพ.สต.	213
คลินิกเอกชน	1
ศูนย์สุขภาพชุมชน	1
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	2
ศูนย์บริการสาธารณสุข	5
โรงพยาบาล นอก สธ.	2
โรงพยาบาลเอกชน	2
รวม	243

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2554

ตารางที่ 67 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดเชียงราย

วิชาชีพ	ตาม GIS	ปฏิบัติงานจริง	ลาศึกษาต่อ	ขาด/เกิน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	263	199	39	-25	1: 5,815
ทันตแพทย์	140	62	13	-65	1: 18,666
เภสัชกร	133	98	6	-29	1: 11,809
พยาบาล	2,226	1,327	28	-871	1: 872
นักวิชาการสาธารณสุข	983	411	5	-416	1: 2,815
รวม	3,745	2,097	91	-1,406	

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ปัญหาในการบริหารจัดการกำลังคนในปัจจุบัน

1.มีการลาออกของกลุ่ม แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพมากกว่าสายวิชาชีพอื่นในระบบสุขภาพ มีโรงพยาบาล 2 แห่ง ที่มีผู้อำนวยการร่วมกันคือ โรงพยาบาลเชียงของ และโรงพยาบาลขุนตาล และที่โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง มีทันตแพทย์เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2.ลูกจ้างนักเรียนทุน ได้รับการบรรจุเข้ารับราชการไม่หมด มีนักเรียนทุนที่จบปีการศึกษา 2549 อีกจำนวน 4 คน ที่ยังไม่ได้รับการบรรจุ

3.การขอโอนย้ายไปปฏิบัติงานกับโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากได้ค่าจ้างงานที่สูงกว่าระบบราชการ

4.มีการกระจุกอยู่แต่ในเขตเมืองไม่กระจายลงสู่ชนบท

5.ตำแหน่งบางตำแหน่งโรงพยาบาลชุมชนรับภาระเงินค่าตอบแทนวิชาชีพไม่ได้ เนื่องจากต้องใช้เงินบำรุงเบิกจ่าย ทำให้โรงพยาบาลขนาดเล็ก ขาดสภาพคล่องและเป็นหนี้ในระบบรัฐ นอกจากนี้การที่บุคลากรไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ทำให้เกิดรายจ่ายด้านบุคลากรเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันจังหวัดเป็นผู้แบกรับรายจ่ายส่วนนี้ ซึ่งอยู่ที่ประมาณ 20 ล้านบาทต่อปี

6.ที่อำเภอแม่สายมีปัญหาเรื่องภาระงานมากเกินไปกำลังคนอย่างรุนแรง เนื่องจากเป็นอำเภอติดชายแดนสาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า มีประชากรชาวพมามารับบริการในโรงพยาบาลแม่สายมาก ซึ่งเป็นประชากรแฝงนอกเหนือจากประชากรตามทะเบียนราษฎร

นวัตกรรมในการแก้ไขปัญหา

แก้ไขปัญหาภาพรวมระดับจังหวัด มีศูนย์กลางอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีรายละเอียดแนวทางแก้ไขแยกตามหัวข้อได้ดังนี้

การผลิตกำลังคนให้เพียงพอกับความต้องการ

1.เพิ่มกำลังการผลิต ด้วยการพยายามให้ได้แพทย์ในจังหวัดได้ตามโควตา หนึ่งอำเภอหนึ่งแพทย์ (ODOD) ให้มากที่สุด ด้วยการจัดให้มีการเพิ่มความรู้ทางวิชาการเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการสอบแข่งขันให้กับนักเรียนในจังหวัดที่มีศักยภาพในการสอบแข่งขันเข้าแพทยศาสตรศึกษา โดยความร่วมมือของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเสริมจิตสำนึกเพื่อให้ได้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีจิตสำนึกรักท้องถิ่น และทำงานแบบยั่งยืนในระบบสาธารณสุข นอกจากนี้จังหวัดยังสนับสนุนให้นักวิชาการสาธารณสุขศึกษาต่อแพทยศาสตรศึกษา เพื่อเพิ่มกำลังคนในระบบ

สำหรับการเพิ่มกำลังพยาบาลใช้วิธีขอโควตาพิเศษ (on top) จากแหล่งผลิต เป็นโครงการติดต่อกันนาน 5 ปี เช่น โรงพยาบาลแม่สาย

2.สร้างความเข้มแข็งให้ระบบบริการในโรงพยาบาลชุมชน ด้วยการจัดทีมแพทย์จากโรงพยาบาลจังหวัดสััญจรไปที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อเปิดบริการคลินิกเคลื่อนที่เฉพาะทางใน

โรงพยาบาลชุมชน โดยทีมแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ นอกจากจะเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ เสริมทักษะให้แพทย์ใน รพช. ซึ่งจะเป็นการแบ่งเบาภาระของแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัดแล้ว ยังเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับแพทย์ใน รพช. ด้วย อีกทั้งยังช่วยอำนวยความสะดวกให้ประชาชนที่มีความจำเป็นต้องรับการตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางให้ไม่ต้องเดินทางเข้าตัวจังหวัดด้วย

ลดภาระงานบุคลากรด้วยการเพิ่มกำลังคนนอกระบบเพื่อสนับสนุนการทำงานของบุคลากรในระบบ ด้วยการประสานงานและทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ชมรม สมาคมต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ อสม. เพื่อสร้างบุคลากร จิตอาสา อาสาสมัครผู้พิการ อาสาสมัครผู้สูงอายุ โดยมีกองทุนสุขภาพตำบลครอบคลุมทุกแห่ง มีการการพัฒนาศักยภาพ อสม. และภาคีเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทำงานร่วมกัน

เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมเพื่อลดภาระงาน ด้วยการจัดทีมออกชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และเพื่อให้คำแนะนำในการดูแลตัวเองทั้งก่อนป่วย และยามป่วยในภาวะที่สามารถดูแลตัวเองได้ เช่น ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองพาน จัดทีมออกให้บริการชุมชนสัปดาห์ละ 1 วัน การลงพื้นที่ในลักษณะนี้ยังทำให้ค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ได้รวดเร็วและให้บริการอย่างทันเวลา (ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ)



แพร่

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดแพร่แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 8 อำเภอ 78 ตำบล 708 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากร 417,689 คน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 133 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง รพ.สต. 119 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 1,500 คน ประกอบด้วยแพทย์ 99 คน ทันตแพทย์ 32 คน เภสัชกร 65 คน และพยาบาล 980 คนและนักวิชาการ / เจ้าพนักงานสาธารณสุข 324 คน ดังแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 68 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดแพร่

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	7
รพ.สต.	119
ศูนย์สุขภาพชุมชน	2
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	2
โรงพยาบาลเอกชน	2
รวม	133

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 69 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดแพร่

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	99	1: 4,219
ทันตแพทย์	32	1: 13,052
เภสัชกร	65	1: 6,425
พยาบาล	980	1: 426
นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	324	1: 1,289
รวม	1,500	

ที่มา: กลุ่มบริหารบุคคล สำนักงานบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

นวัตกรรมในการแก้ปัญหา

แพร่เป็นจังหวัดที่ให้ความสำคัญกับการบริหารและจัดการบุคลากรมาก โดยถือเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการที่จำเป็นต้องมีนโยบายและมาตรการในการวางแผนและจัดการเป็นการเฉพาะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้จัดให้มีการทำแผนกลยุทธ์การพัฒนากุศลกรระดับจังหวัดขึ้นมา ให้มีการกิจสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระดับชาติ ดังนี้

- 1.การทบทวนบทบาทภารกิจและทิศทางของหน่วยงาน
 - 1.1 ทบทวนและวิเคราะห์บทบาทภารกิจ รวมทั้งทิศทางของหน่วยงานในอนาคต
 - 1.2 กำหนดขอบเขตของแผนกำลังคน (Determine Scope)
- 2.การวิเคราะห์เพื่อกำหนดกลยุทธ์กำลังคน (Workforce Analysis)
 - 2.1 การวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน (Demand Analysis) โดยอิงจากภาระงานจริง ไม่ใช่ GIS
 - 2.2 การวิเคราะห์กำลังคนที่มีอยู่ (Supply Analysis)
 - 2.3 การวิเคราะห์ส่วนต่างของกำลังคน (Gap Analysis)
 - 2.4 การกำหนดยุทธศาสตร์กำลังคน (Strategic Development)
- 3.การนำแผนกลยุทธ์กำลังคนไปปฏิบัติ
- 4.การติดตามประเมินผลและทบทวนแผนกลยุทธ์ด้านกำลังคน

กิจกรรมที่เกิดขึ้นจริงในการแก้ไขปัญห

- 1.ผลิตกำลังคนเพิ่มเอง โดยเฉพาะพยาบาล ทำในลักษณะของการให้ทุนการศึกษา และมีเงื่อนไขต้องกลับไปทำงานในจังหวัด ปัจจุบันใช้วิธีการนำเงิน CF มาเป็นทุนสนับสนุนการศึกษาและค่าจ้าง แต่จังหวัดกำลังจะเริ่มให้แต่ละโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบรายจ่ายในส่วนนี้แทน
- 2.จ้างแพทย์ใน รพท. นอกเวลาราชการเพื่อให้ไปช่วยงานที่ รพช. และ รพ.สต.
- 3.ใช้เงื่อนไขการบรรจุ แก้ไขปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากร โดยกำหนดว่าคนที่ย้ายมาจากจังหวัดอื่นต้องไปอยู่ในพื้นที่ขาดแคลนก่อน 2 ปี และหากจะมีการขอยกย้ายต้องมีคนอื่นย้ายไปประจำแทน
- 4.เมื่อพยาบาลใน รพ.สต. ลาไปอบรมเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลแม่ข่ายจะส่งพยาบาลของตนเองไปประจำแทน เพื่อไม่ให้กระทบกับระบบบริการ และเพื่อให้คนที่ยังอยู่ที่ รพ.สต. ต้องทำงานหนักเกินไป นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกรักของการเป็นทีมเวิร์กระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาลให้เกิดขึ้นกับบุคลากร
- 5.แบ่งเบาภาระของบุคลากรในระบบด้วยการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพประชาชนที่บ้านจัดอบรมให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นให้กับชาวบ้านในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและคนรอบข้างได้ระดับหนึ่ง

6.นำ web cam เข้ามาช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับ รพ.สต. ด้วยการเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ผ่านทางอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ลดอัตราการส่งต่อ ขณะเดียวกันก็เป็นการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้กับบุคลากรใน รพ.สต. ด้วย ทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลสามารถมีเวลาดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้นได้



แม่ฮ่องสอน

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดแม่ฮ่องสอนแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 7 อำเภอ มีจำนวนประชากร 193,005 คน ประชากรของจังหวัดส่วนใหญ่เป็นชาวไทยภูเขา มีประชากรแฝงจำนวนมาก ทำให้มีปัญหาเรื่องงบประมาณรายหัว มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 121 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง รพ.สต. 71 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 แห่ง และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน 40 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 657 คนประกอบด้วยแพทย์ 62 คน, ทันตแพทย์ 19 คน, เภสัชกร 27 คน, พยาบาลวิชาชีพ 406 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 143 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 70 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	6
รพ.สต.	71
ศูนย์บริการสาธารณสุข	3
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	40
รวม	121

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 71 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพแม่ฮ่องสอน

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	62	1: 3,112
ทันตแพทย์	19	1: 10,158
เภสัชกร	27	1: 7,148
พยาบาล	406	1: 475
นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	143	1: 1,349
รวม	657	

ที่มา: กลุ่มบริหารบุคคล สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

มีปัญหาหลักคือการขาดแคลนบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าในจำนวน รพ.สต. ทั้ง 71 แห่ง มีเพียง 36 แห่งเท่านั้นที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติประจำ นอกจากนี้ยังขาดแคลน นักวิชาการสาธารณสุขและทันตภิบาล ความที่เป็นจังหวัดที่อยู่บนที่สูง การเดินทางไม่สะดวก ทำให้มีปัญหาบุคลากรย้ายออกมากกว่าเข้า คนที่ไปอยู่ที่แม่ฮ่องสอนจึงมักเป็นบุคลากรรุ่นใหม่ ที่ยังไม่มีทักษะการบริหารจัดการ อีกทั้งการที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยภูเขาทำให้มีปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างประชาชนกับบุคลากรในระบบ

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.แก้ปัญหาตามรายพื้นที่ ผลิตบุคลากรเองเพื่อให้อตอบสนองความต้องการของพื้นที่ เช่น การเปิดหลักสูตรอบรมพนักงานสุขภาพชุมชนชายแดน เพื่อให้ทำงานในชุมชน คัดเลือกมาจากชาวบ้านที่มีศักยภาพพูดภาษาไทยได้ อ่านหนังสือไทยได้ พูดภาษาถิ่นได้ มีจิตอาสา มีสุขภาพกายและจิตดี ไม่ติดยาเสพติด นำมาอบรมให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมป้องกัน การผดุงครรภ์โบราณ และการให้บริการคำแนะนำสุขภาพในเบื้องต้น เพื่อเสริมการทำงานของบุคลากรในระบบซึ่งอาจมีปัญหการดูแลสุขภาพไม่ทั่วถึง และลดปัญหาการสื่อสาร โดยพนักงานสุขภาพชุมชนชายแดนจะรับผิดชอบทั้งประชาชนไทยและชาวต่างด้าวที่เข้ามาพักอาศัยด้วย หรือการสร้างพนักงานมาเลเรียชุมชน เนื่องจากมาเลเรียเป็นภัยคุกคามที่สำคัญของพื้นที่แม่ฮ่องสอน จังหวัดจึงสร้างบุคลากรพิเศษทีมนี้ขึ้นมาร่วมทำงาน มีเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อ และลดอัตราการตาย โดยคนกลุ่มนี้จะถูกคัดเลือกมาฝึกอบรมให้มีความรู้เรื่องมาเลเรีย มีความสามารถในการตรวจวินิจฉัย โดยจังหวัดมีค่าตอบแทนให้เป็นเงินเดือนและค่าเดินทาง โดยได้รับการสนับสนุนเงินงบประมาณจากองค์กรระหว่างประเทศ แม้บุคลากรกลุ่มนี้จะสามารถแบ่งเบาภาระงานของบุคลากรในระบบได้ และทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น แต่ก็มีปัญหาในเรื่องของการทำงานเอกสารซึ่งต้องมีการพัฒนารูปแบบการทำงานต่อไปอีก นอกจากนี้โครงการผลิตและจ้างบุคลากรกลุ่มนี้เป็นเพียงโครงการระยะสั้นที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเอกชน หากโครงการสิ้นสุดระยะเวลาอาจทำให้โครงการต้องปิดตัวลงเพราะขาดงบประมาณสนับสนุน

2.จัดให้มีการหมุนเวียนแพทย์และพยาบาลไปยัง รพ.สต. เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกและเป็นการคัดกรองผู้ป่วยออกจากระบบทุติยภูมิ มีทั้งการเวียนในลักษณะการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เดือนละ 1 ครั้ง เช่น รพ.ศรีสังวาลย์ หรือการเวียนลงไปประจำ เช่น รพ.แม่สะเรียง จัดทีมให้บุคลากรไปประจำที่ รพ.สต. 6 เดือน และอยู่ประจำที่โรงพยาบาล 6 เดือน



น่าน

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดน่านแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 8 อำเภอ 78 ตำบล 708 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากร 443,484 คน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 173 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 13 แห่ง รพ.สต. 123 แห่ง คลินิกเอกชน 8 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 แห่ง และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน 24 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 1,788 คน ประกอบด้วยแพทย์ 106 คน ทันตแพทย์ 47 คน เภสัชกร 64 คน พยาบาล 1,074 คน และนักวิชาการ / เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 497 คน ดังแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 72 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดน่าน

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	13
รพ.สต.	123
คลินิกเอกชน	8
ศูนย์ศูนย์บริการสาธารณสุข	3
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	24
โรงพยาบาล นอก สธ.	1
รวม	173

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 73 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดน่าน

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	106	1: 4,183
ทันตแพทย์	47	1: 9,435
เภสัชกร	64	1: 6,929
พยาบาล	1,074	1: 412.
นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	497	1: 892
รวม	1,788	

ที่มา: กลุ่มบริหารบุคคล สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

ข้อมูลสถานบริการ – โรงพยาบาลทั่วไป 523 เตียง 1 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชนรวม 13 แห่ง แบ่งเป็น 90 เตียง 1 แห่ง, 60 เตียง 1 แห่ง, 30 เตียง 10 แห่ง และ 10 เตียง 1 แห่ง มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 1 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 1 แห่ง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 123 แห่ง

ข้อมูลบุคลากร – แพทย์ 117 คน (อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน 40 คน), ทันตแพทย์ 47 คน, เภสัชกร 65 คน, พยาบาลวิชาชีพ 995 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 280 คน

น่านเป็นจังหวัดที่มีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสูงมากที่สุดในจังหวัดหนึ่งของประเทศ ในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 13 แห่ง มีเพียง 4 แห่งเท่านั้น ที่มีผู้อำนวยการเป็นแพทย์ประจำไม่ใช่แพทย์ใช้ทุน ที่เหลือเป็นแพทย์ใช้ทุน ทำให้ต้องมีการเปลี่ยนตัวผู้อำนวยการทุก 1-2 ปี

ในจำนวนแพทย์ทั้ง 40 คน ของโรงพยาบาลชุมชน พบว่าเป็นแพทย์ใช้ทุนปี 1 ที่หมุนเวียนมาจากโรงพยาบาลจังหวัดคนละ 4 เดือน 10-13 คน แพทย์ใช้ทุนปี 2 รวม 10 คน และใช้ทุนปี 3 อีก 11 คน มีแพทย์ที่พ้นระยะเวลาการใช้ทุน 14 คน ในจำนวนนี้ 7 คน เป็นแพทย์เฉพาะทาง ปัญหาหลักของจังหวัดน่าน ในด้านของบุคลากรแพทย์คือมีการไหลเข้าไหลออกตลอดเวลา

ปัญหาการบริหารและจัดการกำลังคน ส่วนหนึ่งเกิดจากผลสืบเนื่องทางเศรษฐกิจเนื่องจากจังหวัดน่านเป็นพื้นที่สีแดงเก่า คือเป็นพื้นที่ที่เคยเป็นฐานที่มั่นของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย รัฐบาลจึงใช้ยุทธวิธีแยกหมู่บ้านและอำเภอ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองสามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ ทำให้น่านมีหน่วยบริการระดับอำเภอและตำบลสูงกว่าจังหวัดอื่นที่มีขนาดพื้นที่และปริมาณประชากรได้ ๆ กัน ทำให้เป็นจังหวัดที่มีต้นทุนบุคลากรสูงตามไปด้วย ปัจจุบันรายจ่ายด้านบุคลากรสาธารณสุขของน่านอยู่ที่ร้อยละ 68 ของงบประมาณด้านสาธารณสุขทั้งหมด

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

สร้างแพทย์คนน่านเพื่อเมื่อน่าน ให้ความสำคัญกับโครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งแพทย์ (ODOD) พยายามให้เด็กน่านได้เรียนเต็มตามโควตาที่ได้รับการจัดสรรมากที่สุด โดยจัดให้มีโครงการพัฒนาด้านวิชาการและจริยธรรมกับนักเรียนที่มีผลการเรียนดีและมีศักยภาพสูงพอที่จะเรียนต่อด้านแพทยศาสตรศึกษาได้ เพื่อสร้างโอกาสในการสอบผ่านให้มากที่สุด โดยแต่ละปีเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวนมากกว่าโควตา ODOD 3 เท่า จะถูกคัดเลือกมาเพื่อรับการติวเป็นพิเศษด้านวิชาการ และปลูกจิตสำนึกรักบ้านเกิด เพื่อสร้างสำนึกในการทำงานที่บ้านเกิดของตนเอง เด็กกลุ่มนี้หากสอบแพทย์ไม่ได้ก็ยังมีโอกาสสอบเข้าสาขาวิชาชีพอื่น เช่น ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลได้

ผลิตพยาบาลเพิ่มด้วยการหาแหล่งทุนการศึกษาให้ ทุนละ 30,000 บาทต่อปี ปีละ 20 ทุน โดยใช้งบประมาณจากเงิน UC และเงินบำรุงของหน่วยบริการต่าง ๆ รวมถึงการสนับสนุน

จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ปี 2550 สามารถให้ทุนสนับสนุนนักเรียนพยาบาลได้แล้วถึง 160 คน แต่ก็มีปัญหาตามมาเมื่อเด็กกลุ่มนี้สำเร็จการศึกษา พบว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่ไม่มีเงินบำรุงมากพอที่จะจ้าง เนื่องจากไม่มีอัตราบรรจุทำให้โรงพยาบาลต้องใช้งเงินบำรุงจ้างเอง

ผลิตทันตภิบาลและเจ้าพนักงานสาธารณสุข เพื่อสถานบริการปฐมภูมิเป็นการเฉพาะ โดยการสนับสนุนด้านทุนการศึกษาจากโครงการพระเมตตาสมเด็จย่า ที่ให้ทุนในการสร้างและพัฒนาคนในท้องถิ่นให้ได้รับการศึกษาและกลับไปทำงานในถิ่นเกิด ในพื้นที่ทุรกันดารปีละ 2-4 คน โดยการคัดสรรเด็กในพื้นที่โดยโครงการฯ ร่วมกับ สสจ.น่าน ตั้งแต่ ปี 2550 ได้ผลิตทันตสาธารณสุข 11 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน

พัฒนาศักยภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยการจัดโครงการให้มีการหมุนเวียนให้มาปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน นอกจากจะเป็นการเพิ่มความรู้และทักษะในงานวิชาชีพแล้ว ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างพยาบาล ใน รพ.สต. กับ โรงพยาบาลด้วย



พะเยา

สถานการณ์ปัจจุบัน

พะเยามีโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 94 แห่ง สถานการณ์บุคลากร ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 74 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา

บุคลากร	กสธ.	กระทรวงอื่นๆ	ศูนย์เทศบาล	เอกชน		รวม	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
				คลินิก	รพ.		
แพทย์	84	2	-	8	14	108	4,510
ทันตแพทย์	34	1	-	4	1	40	12,178
เภสัชกร	59	4	-	16	4	83	5,869
พยาบาลวิชาชีพ	1,013	7	3	-	42	1,065	457
พยาบาลเทคนิค	76	5	-	-	-	81	6,01
นวก.สาธารณสุข	220	-	1	-	-	221	2,204
จพ.สาธารณสุขชุมชน	137	-	-	-	-	137	3,556
จพ.ทันตสาธารณสุข/ทันตภิบาล	64	-	-	-	-	64	7,611
อื่น ๆ	305	33	4	1	42	386	1,265
- ลูกจ้างประจำ	362	-	2	-	315	679	717
- ลูกจ้างชั่วคราว	783	1	13	-	0	797	611
รวม	3,137	53	23	29	418	3,660	133

แหล่งข้อมูล : งานข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2554

ปัญหาด้านการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของพะเยา

- 1.รพท. ขาดแพทย์สาขาเฉพาะทาง ได้แก่ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ศัลยแพทย์ระบบประสาท กุมารเวชศาสตร์ รังสีเทคนิค เวชศาสตร์ฉุกเฉิน สูติ-นรีเวช
- 2.แพทย์ลาศึกษาต่อ เป็นจำนวนมาก จนกระทบต่อระบบการให้บริการ
- 3.นโยบายหลักประกันสุขภาพ เช่น การดำเนินงานใน รพ.สต., การลดอัตรากำลังคนภาครัฐ การจัดสรรกำลังคนตามระบบ GIS (บางพื้นที่) ทำให้การบริหารบุคลากรมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น
- 4.ขาดขวัญกำลังใจ เช่น การโยกย้าย การปรับเปลี่ยนตำแหน่ง ค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรม
- 5.การกระจายบุคลากรในพื้นที่ที่มีการกระจุกตัวบางพื้นที่ และขาดแคลนในอีกบางพื้นที่

มาตรการในการแก้ปัญหา

พะเยาเป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่ใช้การแก้ปัญหการขาดแคลนบุคลากรในภาพรวมระดับจังหวัด เพื่อไม่ให้เกิดการแก้ปัญหาที่หนึ่งไปกระทบอีกที่หนึ่ง มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาในกรอบกว้าง ดังนี้ กำหนดเกณฑ์การบรรจุ และปฏิบัติงานให้ตรงตามตำแหน่งสายงาน, ให้มีบุคลากรทดแทน / แลกเปลี่ยนกรณีขอยกย้าย, กรณีที่มีการขอย้ายมาจากต่างจังหวัดให้พิจารณาไปลงในพื้นที่ขาดแคลนก่อน

เมื่อแยกรายวิชาชีพสามารถสรุปได้ดังนี้

แพทย์ – เป็นวิชาชีพที่ขาดแคลนมากในระดับโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้วยการให้แพทย์ ใน รพท. หมุนเวียนไปช่วยแพทย์ใน รพช. ที่ขาดแคลน และจัดให้มีการจ้างแพทย์เกษียณมาตรวจ OPD รวมถึงการจ้างแพทย์จากโรงพยาบาลเอกชนมาช่วยเป็นการเฉพาะกิจ บางเวลา และจัดให้พยาบาลเวชปฏิบัติลงตรวจ OPD ช่วยอีกแรงหนึ่ง ส่วนในระยะยาว มีการทำ service plan ให้แต่ละโรงพยาบาลจัดทำแผนความต้องการของตนเอง วิเคราะห์วางแผนการลาศึกษาต่อ ส่งให้ส่วนกลางรับทราบ

ที่โรงพยาบาลเชียงม่วน พบว่ามีการให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการกำลังคนในระยะยาว โดยมีแผนการอบรมงานด้านการบริหารให้กับแพทย์ ซึ่งจะต้องขึ้นมารับหน้าที่ผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเสริมทักษะการบริหารซึ่งอาจยังเป็นจุดอ่อนของแพทย์ผู้บริหาร

ที่โรงพยาบาลเชียงคำ ให้ความสำคัญกับการสร้างความประทับใจให้กับแพทย์บรรจุใหม่หรือกลุ่มแพทย์ใช้ทุน จัดระบบการดูแลบุคลากรใหม่เน้นให้เกิดความสบายใจ และความอบอุ่น เพื่อรักษาอารมณ์ความรู้สึกให้แพทย์อยากปฏิบัติหน้าที่ในจังหวัดนาน ๆ จัดให้มีระบบพี่เลี้ยงคอยดูแล

พยาบาล – เร่งผลิตเพิ่มโดยใช้เงิน CF เป็นทุนการศึกษา และสนับสนุนให้มีการอบรมเวชปฏิบัติ

บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล – ปัจจุบันใช้วิธีจัดพยาบาลเวชปฏิบัติลงไปประจำ โดยพยายามให้ทุกแห่งมีพยาบาลเวชปฏิบัติอย่างน้อย 1 คน จังหวัดกำลังมีโครงการจ้างแพทย์เกษียณให้หมุนเวียนมาปฏิบัติหน้าที่ใน รพ.สต. สำหรับเจ้าหน้าที่ด้านอื่นที่ขาดแคลนมีการกันเงิน CF มาจ้างให้ และกำลังประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้ช่วยสนับสนุนงบประมาณในส่วนนี้

พัฒนาเครือข่ายประชาชนให้สามารถแบ่งเบาภาระของบุคลากรในระบบได้ ด้วยการส่งเสริมให้ดูแลสุขภาพตนเอง และพัฒนาแกนนำในการดูแลสุขภาพชุมชน ในกลุ่มของโรคเรื้อรังด้วยการส่งทีมเข้าไปอบรมให้ความรู้กับประชาชน



ลำปาง

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดลำปางแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 13 อำเภอ 100 ตำบล 912 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากร 731,710 คน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 169 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง รพ.สต. 141 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 5 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 1,828 คน ประกอบด้วยแพทย์ 210 คน ทันตแพทย์ 76 คน เภสัชกร 89 คน และพยาบาล 1,453 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 75 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดลำปาง

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์	1
โรงพยาบาลชุมชน	12
รพ.สต.	141
สถานเือนามัย	1
ศูนย์บริการสาธารณสุข	4
ศูนย์สุขภาพชุมชน	1
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	5
โรงพยาบาล นอก สธ.	1
โรงพยาบาล นอก สป.สธ.	1
โรงพยาบาลเอกชน	2
รวม	169

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 76 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดลำปาง แยกวิชาชีพ

วิชาชีพ	ตาม GIS	ปฏิบัติงานจริง	ขาด/เกิน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	231	210	-21	1: 3,484
ทันตแพทย์	116	76	-30	1: 9,627
เภสัชกร	114	89	-25	1: 8,221
พยาบาล	1,836	1,453	-506	1: 503
รวม	2,297	1,828	-469	

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2554

สรุปปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกำลังคนของจังหวัด

1.ขาดแคลนบุคลากรสายงานวิชาชีพหลัก จะเห็นได้ว่าลำปางมีบุคลากรวิชาชีพหลัก ทั้ง 4 วิชาชีพน้อยกว่าที่ควรจะมี และยิ่งปัจจุบันหน่วยบริการหลายหน่วยกำลังอยู่ระหว่างการ ขยับขยายจึงทำให้เกิดความเป็นห่วง ว่าการขยายและยกฐานะของหน่วยบริการจะเป็นการ ข้ำเดิมสถานการณ่อื่นเนื่องจากการขาดแคลนบุคลากร คือ โรงพยาบาลศูนย์ลำปางกำลังจะเปิด ศูนย์หัวใจเพื่อให้บริการเฉพาะทาง และโรงพยาบาลเกาะคากับโรงพยาบาลเถินกำลังปรับระดับ ยกฐานะตนเองจากโรงพยาบาลทุติยภูมิตั้ง 2.1 เป็นระดับ 2.2 ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนต้องการ บุคลากรเพิ่ม โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง

สาเหตุสำคัญที่ทำให้จังหวัดลำปางมีปัญหาวิกฤติบุคลากร โดยเฉพาะทีมสหวิชาชีพ อาจจะเป็นเพราะกำลังการผลิตมีน้อยกว่าความต้องการ เห็นได้จากการที่โรงพยาบาลเปิดรับ เจ้าหน้าที่หลายครั้ง แต่ก็ไม่มีคนมาสมัคร หรือมาสมัครน้อยกว่าจำนวนที่ต้องการ เช่น โรง พยาบาลเกาะคา ประกาศรับสมัครพยาบาลวิชาชีพถึง 5 ตำแหน่ง มีคนมาสมัครแค่ตำแหน่ง เดียว ส่วนหนึ่งอาจจะเป็เพราะความห่างไกลของจังหวัด และเด็กนักเรียนในจังหวัดลำปางเดิน เข้าสู่ระบบการเรียนการสอนในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพน้อยมาก

2.การสูญเสียบุคลากรสายงานวิชาชีพหลัก โดยการย้าย / โอน ลาออก เกษียณอายุ ราชการซึ่งเมื่อเกษียณจะต้องยุบตำแหน่งตนเอง (นอกจากจะมีตำแหน่งอื่นที่ว่างมายุบทดแทน จึงจะได้ตำแหน่งที่เกษียณอายุราชการคืนมา) เกษียณอายุก่อนกำหนดซึ่งถูกระงับใช้ตำแหน่ง 1 ปี เป็นต้น

3.ขาดการประเมินคุณภาพของการให้บริการ หรือศักยภาพของบุคลากรที่ได้สรรหา มาไม่ต่อเนื่อง และจริงจัง

4.ขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากตำแหน่งที่ใช้ในการบรรจุให้ดำรงตำแหน่ง ข้าราชการมีจำนวนไม่มาก

ตารางที่ 77 แสดงสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดลำปาง แยกตามประเภทการจ้างงาน

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ
ข้าราชการ	1,497	63.45
ลูกจ้างประจำ	169	7.16
พนักงานราชการ	23	0.98
ลูกจ้างชั่วคราว	831	32.98
รวม	2,520	100

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2554

อัตรากำลังในส่วน of ลูกจ้างชั่วคราวมีแนวโน้มเพิ่มมากยิ่งขึ้น แต่ขณะนี้โรงพยาบาล ชุมชนส่วนใหญ่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางขาดสภาพคล่องทางการเงิน ทำให้ประสบ

ปัญหางบประมาณในการจ้างลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุงในสายวิชาชีพ

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.ผลิตกำลังคนเพิ่มเอง โดยใช้วิธีการสนับสนุนทุนการศึกษา ลำปางได้เปรียบจังหวัด อื่นในการทำโครงการผลิตพยาบาลเอง เพราะสามารถคัดเลือกนักเรียนเองได้ ไม่ต้องผ่าน กระบวนการสอบกลางเหมือนจังหวัดอื่นที่ทำให้เกิดปัญหาตามมาคือเด็กในจังหวัดสอบเข้า ไม่ได้ ทำให้ผู้ได้ทุนเป็นนักเรียนต่างจังหวัด เมื่อสำเร็จการศึกษาก็ใช้วิธีคืนทุนแล้วกลับไปอยู่ จังหวัดบ้านเกิดตนเอง เหตุผลที่ลำปางสามารถประสานกับแหล่งผลิตคือวิทยาลัยพยาบาลนคร ลำปาง และสามารถทำการคัดเลือกเด็กเองได้ในระดับอำเภอเพราะมีโครงการพยาบาลบ้านเฮา นครลำปาง ซึ่งเป็นโครงการที่จังหวัดจัดทำถวายสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ กระบวนการคัดเลือกเด็กจะเริ่มจากการดูทัศนคติและความรักในงานพยาบาลและงานบริการของ เด็กก่อนด้วยการให้ฝึกงานในโรงพยาบาลก่อน 10 วัน หากเด็กสามารถผ่านขั้นตอนนี้ได้จึงเข้าสู่ ระบบการสอบเพื่อวัดความรู้ทางวิชาการ

เด็กที่ผ่านการสอบคัดเลือกจะได้รับทุนการศึกษาคนละ 84,000 บาทต่อปี แหล่งทุน การศึกษามาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 30,000 บาทต่อคนต่อปี ส่วนที่เหลือได้รับ การสนับสนุนจากกองทุนโรงไฟฟ้าแม่เมาะ ซึ่งเป็นกองทุนของเอกชนคือโรงไฟฟ้าแม่เมาะซึ่งถูก มองจากคนในพื้นที่ว่าเป็นต้นเหตุที่สำคัญของปัญหาสุขภาพของชาวลำปาง เงินทุนทั้งหมดจะ ถูกโอนเข้าสู่สถาบันการศึกษาโดยตรงและสถาบันฯ จะเป็นผู้บริหารจัดการเงินก้อนนี้ เมื่อสำเร็จ การศึกษาเด็กจะต้องอยู่ใช้ทุนในจังหวัดลำปางเป็นเวลา 4 ปี

2.การกั้นเงินกองทุนประกันสุขภาพ บัญชี 6 สนับสนุนในการจ้างลูกจ้างชั่วคราวสาย วิชาชีพเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลที่มีปัญหาขาดแคลนบุคลากรและมีฐานะทางการเงินไม่แข็งแรง พอที่จะใช้เงินบำรุงจ้างบุคลากรเพิ่มเองได้ โดยใช้วิธีกั้นเงินไปเพื่อสนับสนุนตามความขาดแคลน ตามเกณฑ์ GIS และ รพ.สต. เวียนหนังสือให้หน่วยบริการแต่ละแห่งแจ้งความประสงค์ กรณีย้าย / โอน / ลาออกระหว่างปีสามารถเสนอ นพ.สสจ. เพื่อพิจารณาขอทดแทน และจัดสรรให้มีการ ทดแทน ปี 2554 การจ้างลูกจ้างชั่วคราวสายวิชาชีพในจังหวัดลำปางมาใช้งบประมาณเงินกองทุน ประกันสุขภาพบัญชี 6 เต็มร้อยละเปอร์เซ็นต์ ไม่มีการจ้างด้วยเงินบำรุงของสถานพยาบาลเลย

จุดแข็งในการแก้ไขปัญหา

มีการเปลี่ยนจุดอ่อนของจังหวัดคือการมีโรงไฟฟ้าขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ ภาระงานของบุคลากรและหน่วยบริการในพื้นที่มากขึ้น มาเป็นแหล่งทุนในการผลิตบุคลากรเพิ่ม สามารถคัดเลือกเด็กเข้าสู่โครงการผลิตบุคลากรเพิ่มได้เองในระดับอำเภอทำให้โครงการ มีความยั่งยืน เพราะทำให้ได้บุคลากรที่เป็นคนในชุมชน



ลำพูน

สถานการณ์ปัจจุบัน

ข้อมูลหน่วยบริการ – มีโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 433 เตียง 1 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชนรวม 5 แห่ง แบ่งเป็นขนาด 90 เตียง 1 แห่ง, 60 เตียง 1 แห่ง และ 30 เตียง 4 แห่ง ปัจจุบันกำลังสร้าง รพช. เพิ่มอีก 1 แห่ง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีก 71 แห่ง

ข้อมูลบุคลากร – เมื่อเทียบกับจำนวนประชากร บุคลากรด้านสุขภาพของจังหวัดลำพูนต้องรับภาระมากกว่าค่ามาตรฐานของประเทศ อัตราส่วนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรแยกรายวิชาชีพของจังหวัดลำพูนมีดังนี้ แพทย์ 1:5,000, ทันตแพทย์ 1:13,489, เภสัชกร 1:7,000, พยาบาลวิชาชีพ 1:619 และ บุคลากรปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1:1,645 รายละเอียดดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 78 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดลำพูน

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	12
รพ.สต.	71
รวม	169

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2554

ตารางที่ 79 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดลำพูน

ตำแหน่ง	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	1: 5,000
ทันตแพทย์	1: 13,489
เภสัชกร	1: 7,000
พยาบาล	1: 619

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2554

เมื่อเทียบจำนวนบุคลากรที่มีอยู่จริงกับอัตราตามเกณฑ์ GIS แล้ว ลำพูนมีแพทย์ทันตแพทย์ และพยาบาล ต่ำกว่าอัตรา GIS โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งเมื่อมองเลยขึ้นไปถึงอนาคตที่โรงพยาบาลลี้กำลังจะขยับฐานะจากโรงพยาบาลระดับ 2.1 เป็น 2.2 ทำให้ต้องการแพทย์ประจำบ้านอีกกว่า10 ตำแหน่ง กลายเป็นภาระงานที่หนักมากของจังหวัด สำหรับเภสัชกร แม้จะมี

จำนวนมากกว่าอัตรากำลังตาม GIS แต่ก็ไปกระจุกตัวอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้เภสัชกรยังคงเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลนในพื้นที่ของหน่วยบริการอยู่ ส่วนบุคลากรระดับปฐมภูมิก็พบว่าเริ่มมีการทยอยย้ายไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ผลิตกำลังคนในสาขาวิชาชีพต่างๆ ไว้สำหรับหน่วยบริการในจังหวัด โดยทำเป็นลักษณะของนักเรียนทุนที่ต้องเซ็นสัญญาเงื่อนไขผูกมัดการกลับมาใช้ทุนคืนด้วยการปฏิบัติงาน โดยจังหวัดจัดทำเป็นโครงการความร่วมมือกับแหล่งผลิตต่าง วิชาชีพที่มีการผลิตในลักษณะนี้ได้แก่ พยาบาล และมีกำลังคนฝ่ายสนับสนุน เช่น ทันตภิบาล เวชกิจฉุกเฉิน ไปจนถึงนักรการแพทย์แผนไทย

อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็น อสม. เชี่ยวชาญตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

มีการประชุมผู้บริหารสถานบริการทุกเดือน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและวางแผนการแก้ไขปัญหา และบริหารจัดการกำลังคนร่วมกัน



สรุปการบริหารและจัดการกำลังคนในพื้นที่ภาคเหนือ

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ภาคเหนือ

ภาคเหนือเป็นภาคที่พบว่ามีความล้มเหลวในการบริหารจัดการกำลังคนที่หลากหลายไปตามสภาพแวดล้อมของแต่ละจังหวัด โดยส่วนใหญ่การบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของภาคเหนือจะทำในระดับจังหวัดไม่ใช่ระดับสถานบริการ คือมีการตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดขึ้นทำหน้าที่บริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในจังหวัด กำหนดให้เป็นแนวนโยบายเดียวกันทั้งจังหวัด เพื่อแก้ไขปัญหาความแตกต่างอันเนื่องจากความเหลื่อมล้ำของฐานทางเศรษฐกิจและความห่างไกลของที่ตั้งของหน่วยบริการ

จังหวัดที่ถือได้ว่ามีความล้มเหลวที่เด่นและน่าสนใจมากได้แก่จังหวัดตาก ที่มีลักษณะ

ทางกายภาพของจังหวัดเด่นและต่างจากจังหวัดอื่นตรงที่มีรอยรั้วของตะเข็บชายแดนมาก ทำให้มีการเคลื่อนย้ายและการตั้งถิ่นฐานของประชากรต่างด้าวค่อนข้างมาก เกิดภาระงานแฝงต่อกำลังคนด้านสุขภาพมาก ตากได้นำจุดอ่อนนี้มาพัฒนาเป็นจุดแข็งด้วยการสร้างกำลังคนด้านสุขภาพประเภทใหม่ขึ้นมาเพื่อให้ตอบสนองความต้องการการบริการปฐมภูมิของประชากรต่างด้าวเป็นการเฉพาะ ด้วยการฝึกอบรมให้คนต่างด้าวหรือคนไทยที่สามารถพูดภาษาถิ่นของชุมชนต่างด้าวนั้นๆ ได้ ให้มาเป็นอาสาสมัครในการดูแลสุขภาพ ประสานงานโดยตรงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือการพัฒนาหลักสูตรเพื่อผลิตกำลังคนด้านสุขภาพโดยการสร้างความร่วมมือกับวิทยาลัยชุมชน ทำให้หลักสูตรหรือกำลังคนที่ผลิตเองในพื้นที่สามารถนำวุฒิไปต่อยอดหรือเทียบโอนกับสถาบันการศึกษาอื่นได้ ซึ่งเป็นการสร้างแรงดึงดูดใจให้คนเข้ามาเรียนในหลักสูตรของชุมชนมากขึ้น

ในขณะที่พิษณุโลก มีจุดเด่นในเรื่องการพัฒนาเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเอง โดยให้ความสำคัญกับ GIS น้อยลงมา เพื่อเป็นระบบการบริหารและจัดการกำลังคนที่ไม่ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ พิษณุโลกใช้วิธีการคำนวณหาความต้องการกำลังคนใหม่ โดยใช้ภาระงานเป็นตัวตั้ง เมื่อคำนวณหาความต้องการได้ก็พยายามจัดการให้เป็นไปตามความต้องการนั้น ในส่วนที่ขาดแคลนให้มีการผลิตเพิ่ม ในส่วนที่เกินให้มีการเกลี่ยเพื่อให้เกิดการกระจายที่ทั่วถึงและเป็นธรรมมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าการเกลี่ยในส่วนที่เกินยังเป็นงานที่ทำหยาบการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดพิษณุโลกอยู่

ทั้งพิษณุโลกและตาก รวมทั้งจังหวัดอื่นในภาคเหนือต่างมีวิธีการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของตนเอง ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา จังหวัดอื่นอาจจะสามารถนำแนวคิดไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ แต่การนำไปเป็นหลักและทำตามเลยอาจจะไม่เหมาะสม เพราะสภาพปัญหาอาจแตกต่างกันไป

จังหวัดกำแพงเพชรซึ่งนับว่าเป็นพื้นที่ห่างไกล แต่สามารถใช้ความได้เปรียบในแง่การมีงบประมาณจัดสรรมาก มาใช้ในการสร้างแรงจูงใจด้านการเงินแก่กำลังคน และสามารถอ้างกำลังคนไว้ในจังหวัดได้นาน



ภาค ตะวันออก เชียงใหม่

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปัญหาในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.เป็นพื้นที่ที่มีกำลังคนด้านสุขภาพทั้งระดับวิชาชีพและระดับผู้ช่วยน้อยกว่าความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ความที่เป็นภูมิภาคใหญ่ มีจำนวนประชากรมาก ทำให้เป็นพื้นที่ที่มีภาระงานมากกว่าเมื่อเทียบกับพื้นที่อื่น ภาระงานที่หนักกว่าที่อื่น ในขณะที่ค่าตอบแทนไม่ต่างกันทำให้ไม่สามารถรักษากำลังคนไว้ในพื้นที่ได้ ในส่วนของกำลังคนระดับผู้ช่วยนั้น พบว่าปัญหาผูกพันกับนโยบายจากส่วนกลางและสภาวิชาชีพต่าง ๆ ที่ไม่สนับสนุนการผลิตกำลังคนระดับผู้ช่วย

2.มีการกระจุกตัวกันของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในปัจจุบันที่โรงพยาบาลหลายแห่งใช้ “เงิน” เป็นเครื่องมือในการสร้างแรงจูงใจให้กับกำลังคนด้านสุขภาพ ทำให้มีการไหลของกำลังคนไปตามแรงดึงดูดของเงิน สถานการณ์ที่พบคือการกระจุกตัวของบุคลากรในโรงพยาบาลใหญ่ ใกล้เมือง และโรงพยาบาลที่มีฐานะการเงินเข้มแข็ง ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยหรือ รพ.สต. ในพื้นที่ห่างไกลและยิ่งหากมีฐานะการเงินไม่เข้มแข็งจะอยู่ในภาวะที่ต้องสูญเสียกำลังคนที่มีอยู่แล้ว และมีโอกาสได้คนใหม่เข้ามาแทนน้อย ปัญหานี้ถูกซ้ำเติมด้วยระบบ “เส้นสาย” คือมีการวิ่งเต้นกับผู้ใหญ่ตลอดเวลาเพื่อขอย้ายหรือเพื่อขอไม่ไปประจำในพื้นที่ห่างไกล เช่น รพ.สต. ทำให้การแก้ไขปัญหามีไปได้ยากขึ้น

3.มีแรงจูงใจกำลังคนด้านสุขภาพน้อย สืบเนื่องมาจากมีแรงจูงใจในด้านโครงสร้างพื้นฐานของภูมิภาคต่ำ ทั้งความเจริญทางกายภาพในด้านการพัฒนาประเทศ ที่มีอัตราการพัฒนาต่ำกว่า และมีสิ่งอำนวยความสะดวกน้อยกว่า เมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น รวมถึงสภาพภูมิประเทศที่กันดาร แห้งแล้ง ขาดสิ่งอำนวยความสะดวก ทำให้ไม่มีแรงดึงดูดใจกำลังคนด้านสุขภาพให้เข้าประจำการในพื้นที่

4.เป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการพัฒนาทางการศึกษาที่ไม่เท่าเทียมกันของประเทศ ทำให้เด็กนักเรียนในภาคอีสานโดยเฉพาะในชนบทห่างไกลมีคุณภาพทางการศึกษาด้อยกว่าเด็กในพื้นที่อื่น โอกาสที่จะสอบแข่งขันกับนักเรียนในภูมิภาคอื่น เพื่อศึกษาต่อในสาขาที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพมีน้อย ทำให้ไม่สามารถผลักดันหรือสร้างกำลังคนด้านสุขภาพจากคนในพื้นที่เพื่อให้อยู่ทำงานในพื้นที่ได้

ขอนแก่น

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดขอนแก่นมีจำนวนประชากร 1,735,096 คน แบ่งเขตการปกครองเป็น 26 อำเภอ 199 ตำบล 2139 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 335 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง รพ.สต. 248 แห่ง คลินิกเอกชน 11 ศูนย์บริการสาธารณสุข 17 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 4,357 คน ประกอบด้วยแพทย์ 374 คน ทันตแพทย์ 78 คน เภสัชกร 145 พยาบาล 2,612 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าพนักงานสาธารณสุข 1,148 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 80 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดขอนแก่น

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์	1
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	20
รพ.สต.	248
คลินิกเอกชน	11
ศูนย์สุขภาพชุมชน	28
ศูนย์บริการสาธารณสุข	17
โรงพยาบาล นอก สธ.	3
โรงพยาบาล นอก สป.สธ.	3
โรงพยาบาลเอกชน	3
รวม	335

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 81 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดขอนแก่น

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	374	1: 4,639
ทันตแพทย์	78	1: 22,244
เภสัชกร	145	1: 11,966
พยาบาล	2,612	1: 664
นักวิชาการ/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1,148	1: 1,511
รวม	4,357	

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

จะเห็นได้ว่าขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีหน่วยบริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับการให้บริการประชาชน เพราะจะมีประชาชนจากต่างจังหวัดเข้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมากเช่นกัน ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลยังเป็นปัญหาสำคัญในการบริหารจัดการบุคลากรด้านสุขภาพของจังหวัดขอนแก่น

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.กำหนดแผนผลิตและพัฒนากำลังคนในระดับจังหวัด เพื่อให้มีการบริหารจัดการที่เป็นองค์รวม และมีมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสมองไหลระหว่างเมืองและชนบทภายในจังหวัด เน้นการเชื่อมโยงแหล่งผลิตกับผู้ใช้

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่นต้องวางแผนการบริหารจัดการกำลังคนระยะยาว โดยคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในโรงพยาบาลแล้วเชื่อมต่อกับแหล่งผลิตในพื้นที่ เพื่อจัดทำโครงการผลิตพยาบาลให้เพียงพอับความต้องการของแต่ละแห่ง การเชื่อมต่อแหล่งผลิตและหน่วยบริการเช่นนี้เริ่มต้นขึ้นที่โรงพยาบาลน้ำพองเป็นแห่งแรก ผ่านทางการดำเนินโครงการพยาบาลชุมชน มีการดึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เน้นให้มีกำลังคนปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหลัก เมื่อสำรวจความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนแล้ว โรงพยาบาลน้ำพองเห็นว่าควรต้องจัดสรรให้มีพยาบาลรับผิดชอบพื้นที่หมู่บ้านเป็นการเฉพาะ โดยกำหนดให้พยาบาล 1 คนดูแล 2 หมู่บ้าน เมื่อดำเนินการจำนวนหมู่บ้านและสัดส่วนของพยาบาลที่ต้องการได้ ก็ประสานไปยังหน่วยผลิตในพื้นที่ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) เพื่อขอโควตาสำหรับการให้เด็กนักเรียนในพื้นที่ได้เข้าเรียน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมสนับสนุนทุนการศึกษา เมื่อจบการศึกษาก็ให้เข้าทำงานในโรงพยาบาลน้ำพอง ซึ่งกำหนดเงื่อนไขการทำงานว่าต้องอยู่ประจำในหมู่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน จากความสำเร็จของโรงพยาบาลน้ำพอง ที่สามารถผลิตพยาบาลชุมชนจำนวน 52 คน รับผิดชอบพื้นที่ทุกหมู่บ้านในเขตอำเภอน้ำพองได้ เริ่มมีการขยายสู่อำเภออื่น เช่น อำเภอเมืองและอำเภออุบลรัตน์ จนปัจจุบันเป็นเป้าหมายร่วมของจังหวัดขอนแก่นที่จะต้องผลิตพยาบาลชุมชนให้ได้ครบทุกหมู่บ้าน โดยให้มีพยาบาล 1 คนรับผิดชอบ 2 หมู่บ้าน

ความสำเร็จของจังหวัดขอนแก่นในการบริหารจัดการกำลังคน ทำให้เห็นว่าการมีกลไก 3 ประสาน ได้แก่ ผู้ใช้ (ระบบบริการ) ผู้ผลิต (สถาบันการศึกษา) และท้องถิ่นและชุมชน เข้ามาร่วมในการวางแผนความต้องการกำลังคนที่ชัดเจนและยืนหยัดในการทำให้แผนเป็นจริงเป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหากำลังคน และยุทธศาสตร์การเชื่อมโยงแหล่งผลิตเข้ากับหน่วยบริการ ซึ่งนอกจากการเชื่อมโยงแหล่งผลิตภาครัฐแล้วในปัจจุบันนี้ยังได้เชื่อมโยงสู่แหล่งผลิตภาคเอกชนอีกด้วย ทำให้สามารถผลิตกำลังคนได้ตรงกับความต้องการ

2.เพิ่มตำแหน่งพนักงานผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย (พสอ.) ใน รพ.สต. เพื่อช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นยุทธศาสตร์ทางจิตวิทยา เพื่อสร้างความภูมิใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในสถานีนอนามัย ซึ่งปัจจุบันหากำลังคนเข้าสู่ระบบยาก

ที่สถานีนอนามัยทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น จะมีบุคลากรอย่างน้อย 1 คนปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่ไม่มีในสารบบของกระทรวงสาธารณสุข โดยจังหวัดใช้ชื่อเรียกว่า พนักงานผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย หรือ พสอ. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวบ้านในพื้นที่ บางคนเป็น อสม. บางคนก็ไม่ใช่ แต่เป็นคนที่เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย (รพ.สต.) เห็นแววและทัศนคติที่ดีในการทำงานในระบบสุขภาพ จึงชักชวนให้เข้ามาทำ โดยมีการอบรมงานเบื้องต้นให้ในลักษณะของ on the job training และมีการจ่ายค่าตอบแทนให้รายเดือนโดยใช้เงินบำรุงของแต่ละสถานีนอนามัย พสอ. ทำงานประจำในเวลาราชการ ในยามที่มีเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยอยู่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย จะมีหน้าที่เป็นลูกมือเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย พร้อมกับค่อย ๆ เรียนรู้งานของเจ้าหน้าที่ในยามที่ไม่มีเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย จะต้องทำหน้าที่แทนในขอบเขตที่ทำได้ เช่น คัดกรองคนไข้ ทำแผล จัดยา รายละเอียดงานของ พสอ. แต่ละพื้นที่จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชนที่สถานีนอนามัยนั้นตั้งอยู่ ในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ พสอ. จะทำหน้าที่เชิงรุกด้านการป้องกันสุขภาพด้วย เช่น การแจกปลาหางนกยูงให้กับประชาชนเลี้ยงเพื่อกินลูกน้ำยุงลาย โดยกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานเป็น fish index เพื่อลดอัตราการเกิดไข้เลือดออก หรือการออกเยี่ยมเจาะเลือดผู้ป่วยเบาหวานทุก 2 เดือน ที่อำเภอน้ำพอง หน้าที่หลักของ พสอ. คือการทำข้อมูลส่งตามเกณฑ์และกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ รวมไปถึงการดูแลระบบคอมพิวเตอร์ขององค์กร

บทบาทหน้าที่ของ พสอ. อาจจะไม่ต่างจากลูกจ้างชั่วคราวหรือคนงานของสถานีนอนามัย ที่อื่นที่คอยช่วยงานเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย การเรียกชื่อตำแหน่งว่า พสอ. เป็นยุทธศาสตร์ที่จังหวัดอุบลราชธานีและขอนแก่นใช้เพื่อยกระดับความรู้สึกในการมองเห็นคุณค่าตำแหน่งและตัวงานของผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ซึ่งทำให้เกิดความภูมิใจในงาน และปฏิบัติงานอย่างเต็มประสิทธิภาพ รวมทั้งทำให้อยู่ในตำแหน่งได้นานขึ้น



มหาสารคาม

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดมหาสารคามมีจำนวนประชากร 817,778 คน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 13 อำเภอ 133 ตำบล 1804 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 196 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง รพ.สต. 175 แห่ง คลินิกเอกชน 1 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข 3 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 2,135 คน ประกอบด้วยแพทย์ 132 คน ทันตแพทย์ 47 คน เภสัชกร 86 คน พยาบาล 1,323 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 547 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 82 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดมหาสารคาม

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	11
รพ.สต.	175
คลินิกเอกชน	1
ศูนย์สุขภาพชุมชน	5
ศูนย์บริการสาธารณสุข	3
รวม	196

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 83 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	132	1: 6,195
ทันตแพทย์	47	1: 17,399
เภสัชกร	86	1: 9,509
พยาบาล	1,323	1: 618
นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	547	1: 1,495
รวม	2,135	

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

มาตรการในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.มาตรการทางการเงิน โรงพยาบาลมหาสารคามอยู่ในภาวะที่ไม่ต่างกับโรงพยาบาลอีกหลายสิบแห่งในพื้นที่ภาคอีสานที่ไม่สามารถหาพยาบาลเข้ามาให้บริการประชาชนในโรง

พยาบาลได้ นับจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนไม่มีอัตราข้าราชการให้กับหน่วยงานราชการทุกแห่ง รวมทั้งตำแหน่งงานด้านการดูแลสุขภาพด้วย ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนอกจากจะหาพยาบาลเข้าใหม่ได้ยากแล้ว ยังมีการสูญเสียพยาบาลที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญแล้วให้กับโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์ในพื้นที่ ซึ่งมีแรงจูงใจทางการเงินมาทดแทนแรงจูงใจด้านการเป็นข้าราชการ โรงพยาบาลแต่ละแห่งจึงต้องสร้างสรรค์มาตรการสร้างแรงจูงใจส่วนตัวเพื่อดึงนักเรียนที่จบใหม่เข้ามาร่วมงานกับตนเองให้ได้เต็มตามความต้องการมากที่สุด และเงินก็เป็นเครื่องมือที่ถูกใช้เป็นอันดับต้น ๆ

การกำหนดเงินเดือนแรกเข้าในอัตราที่สูงกว่าระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดที่ 10,030 บาท ที่ครั้งหนึ่งเคยเป็นทางออกให้กับโรงพยาบาลได้ กลายเป็นมาตรการที่ไม่ได้ผลเมื่อกำลังคนด้านพยาบาลเป็นที่ต้องการมากขึ้นเรื่อย ๆ หลายแห่งเริ่มใช้วิธีเดียวกับบริษัทเอกชนขนาดใหญ่ คือการ “ซื้อตัว” และ “ตกเขียว” ด้วยเม็ดเงินก้อนใหญ่

ภายหลังสูญเสียพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 17 คน นับจาก 1 ตุลาคม 2553 - ต้นกุมภาพันธ์ 2554 ให้กับโรงพยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลเอกชนทั้งในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียงและกรุงเทพฯ และมีพยาบาลอีก 5 คน แสดงความจำนงจะขอลาออกอีก โรงพยาบาลมหาสารคามจึงต้องเร่งอนุมัติการให้นำเงินสวัสดิการโรงพยาบาลมาจัดสรรเป็นเงินกินเปล่า 100,000 บาท (หนึ่งแสนบาท) กับพยาบาลที่จบใหม่และเข้าทำงานกับโรงพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกที่ทำงานให้กับพยาบาลจบใหม่ที่ไม่ใช่นักเรียนทุน โดยมีโควตาที่จะรับในครั้งนี้นี้จำนวน 17 คน เมื่อนโยบายได้รับการอนุมัติจากผู้บริหารโรงพยาบาล ทีมที่รับผิดชอบการหาพยาบาลใหม่จะออกทำ “การตลาด” กับนักเรียนพยาบาลที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลักที่มหาวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย (สถาบันเอกชน) และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีขอนแก่น (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งก็ต้องแข่งขันกับโรงพยาบาลอื่นที่มีความต้องการพยาบาลเหมือนกัน และนำมาตรการทางการเงินมาใช้ในลักษณะเดียวกัน เหตุผลที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนขอนแก่นไม่อยู่ในเป้าหมายของการทำการตลาดทั้งที่เป็นแห่งผลิตพยาบาลที่สำคัญแหล่งหนึ่งของภาคอีสาน เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าโรงพยาบาลศรีนครินทร์จะทำการตลาดกับเด็กกลุ่มนี้ไว้มาก่อน และส่วนใหญ่ของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากที่นี่จะเข้าทำงานที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ทันที

เมื่อได้นักเรียนพยาบาลตามต้องการจะมีการทำสัญญากัน โดยเมื่อสำเร็จการศึกษา นักเรียนพยาบาลผู้นั้นจะต้องมาทำงานที่โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นเวลา 2 ปี จึงจะถือว่าหมดสัญญาต่อกัน ด้วยวิธีการเช่นนี้ทำให้โรงพยาบาลมหาสารคามสามารถหาพยาบาลที่กำลังจะจบการศึกษาในปี 2554 นี้เข้าทำงานได้เป็นจำนวนถึง 17 คน

การใช้เงินสร้างแรงจูงใจให้กับพนักงานจบใหม่ในลักษณะนี้ พบว่าเกือบทุกจังหวัดที่เข้าร่วมให้ข้อมูลในเวทีการแลกเปลี่ยนครั้งนี้ใช้กัน โดยจะมีจำนวนเงินค่าแรกรับต่างกัน ส่วนใหญ่กำหนดไว้ที่ระหว่าง 60,000 - 100,000 บาท โดยโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลกว่าจะต้องใช้เงินก้อนใหญ่กว่าในการสร้างแรงจูงใจ

2.จ้างแพทย์เฉพาะทางที่เกษียณอายุให้มาทำหน้าที่แพทย์ทั่วไปในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดทำให้โรงพยาบาลมหาสารคามเกิดภาวะขาดแคลนแพทย์ทั่วไป เพราะแพทย์ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลจะเป็นแพทย์เฉพาะทาง ทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนแพทย์ที่จะดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิ แม้ทุกปีจะมีแพทย์จบใหม่เข้ามาใช้ทุนในโรงพยาบาล แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพราะส่วนหนึ่งซึ่งลาออกตั้งแต่ยังไม่พ้นภาระการใช้ทุนเพื่อเรียนต่อแพทย์เฉพาะทาง

เมื่อแก้ปัญหาการไหลออกของแพทย์ทั่วไปไปสู่การเป็นแพทย์เฉพาะทางในช่วงต้นของการทำงานในวิชาชีพไม่ได้ โรงพยาบาลมหาสารคามจึงใช้วิธีดึงแพทย์เฉพาะทางกลับมาสู่การเป็นแพทย์ทั่วไปในตอนปลายของวิชาชีพ ผ่านทางการชักชวนให้แพทย์เฉพาะทางที่เกษียณอายุแล้วกลับมารับหน้าที่เป็นแพทย์ทั่วไปในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล ในฐานะแพทย์อัตราจ้างโดยใช้เงินบำรุง

เพื่อให้การหวนกลับมาจากบทบาทแพทย์เฉพาะทางสู่แพทย์ทั่วไปดำเนินไปได้โดยไม่ติดขัด โรงพยาบาลได้จัดให้มีการอบรมแพทย์กลุ่มนี้ก่อน เพื่อให้สามารถฟื้นฟูความรู้และทักษะของการเป็นแพทย์ในระบบปฐมภูมิ เมื่อผ่านการอบรมก็จะถูกส่งไปประจำในเวลาราชการที่สถานีนามัยในเครือข่ายของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมหาสารคามเพิ่งจะเริ่มนำแพทย์เกษียณอายุกลับมาใช้ใหม่ได้ไม่นาน ปัจจุบันจึงมีแพทย์ในโครงการนี้เพียงแค่ 1 คน โดยพบว่าการหาคนเข้าโครงการอาจไม่ใช่เรื่องง่ายนัก เนื่องจากไม่ได้มีแพทย์เฉพาะทางเกษียณอายุทุกปี ขณะเดียวกันแพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่มักจะทำคลินิกส่วนตัวควบคู่ไปกับการทำงานในโรงพยาบาลด้วย เมื่อเกษียณอายุก็จะออกมาทำคลินิกเต็มตัว อย่างไรก็ตามการแนวคิดในการเปลี่ยนบทบาทแพทย์เฉพาะทางที่เกษียณอายุแล้วให้เป็นแพทย์ทั่วไปก็สามารถช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านแพทย์ได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ขาดแคลนคนในวิชาชีพแพทย์อย่างสาหัสเช่นภาคอีสาน

วางแผนและลงผลิตกำลังคนระดับผู้ช่วยเอง เป็นความร่วมมือระหว่างแหล่งผลิตกับหน่วยบริการ



อุบลราชธานี

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนประชากร 1,735,803 คน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 20 อำเภอ 5 กิ่งอำเภอ 219 ตำบล 2,598 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 381 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง รพ.สต. 312 แห่ง คลินิกเอกชน 4 แห่ง สุขภาพชุมชน 30 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 4,097 คน ประกอบด้วยแพทย์ 357 คน ทันตแพทย์ 83 คน เภสัชกร 144 คน พยาบาล 1,492 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 1,021 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 84 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดอุบลราชธานี

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์	1
โรงพยาบาลชุมชน	21
รพ.สต.	312
คลินิกเอกชน	4
ศูนย์สุขภาพชุมชน	30
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	5
โรงพยาบาล นอก สต.	2
โรงพยาบาล นอก สป.สร.	3
โรงพยาบาลเอกชน	3
รวม	381

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 85 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	357	1: 4,862
ทันตแพทย์	83	1: 20,913
เภสัชกร	144	1: 12,054
พยาบาล	2,492	1: 696
นักวิชาการ/ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	1,021	1: 1,700
รวม	4,097	

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

- 1.มีคณะกรรมการวางแผนความต้องการและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด และจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการกำลังคนร่วมกันในภาพรวมของจังหวัด
- 2.ร่วมมือกับแหล่งผลิตพยาบาลในพื้นที่ซึ่งมีเป็นจำนวนมากผลิตพยาบาล ทันตภิบาล ป้อนให้กับหน่วยบริการในจังหวัดในภาพรวมระดับจังหวัด แต่ได้รับคำวิจารณ์จากจังหวัดที่อยู่ในเขตเดียวกันมากกว่าอุปสรรชธานีผูกขาดพยาบาลที่ผลิตในพื้นที่ เพราะเป็นที่ตั้งของแหล่งผลิตเอง ทำให้จังหวัดอื่นได้โควตาจากแหล่งผลิตน้อยลง
- 3.เพิ่มตำแหน่งพนักงานผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (พสอ.) ใน รพ.สต. เพื่อช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นยุทธศาสตร์ทางจิตวิทยา เพื่อสร้างความภูมิใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย ซึ่งปัจจุบันหากำลังคนเข้าสู่ระบบยาก เป็นวิธีการเดียวกับที่จังหวัดขอนแก่นใช้เป็นจังหวัดอุปสรรชธานีและขอนแก่นใช้เพื่อวิธีการนี้ยกระดับความรู้สึกรในการมองเห็นคุณค่าตำแหน่งและตัวตนของผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ซึ่งทำให้เกิดความภูมิใจในงาน และปฏิบัติงานอย่างเต็มประสิทธิภาพ รวมทั้งทำให้อยู่ในตำแหน่งได้นานขึ้น



ยโสธ

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดยโสธรมีจำนวนประชากร 539,134 คน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 9 อำเภอ 78 ตำบล 835 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 128 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง รพ.สต. 112 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 1,408 คน ประกอบด้วยแพทย์ 78 คน ทันตแพทย์ 28 คน เภสัชกร 50 คน พยาบาล 825 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 427 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 86 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดยโสธ

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	8
รพ.สต.	112
ศูนย์สุขภาพชุมชน	3
ศูนย์บริการสาธารณสุข	2
โรงพยาบาลเอกชน	2
รวม	128

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 87 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดยโสธ

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	78	1: 6,911
ทันตแพทย์	28	1: 19,254
เภสัชกร	50	1: 10,782
พยาบาล	825	1: 653
นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	427	1: 1,262
รวม	1,408	

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่สำนักงานบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

นวัตกรรมในการบริหารและจัดการกำลังคน

มีระบบพี่เลี้ยงดูแลบุคลากรตั้งแต่วันแรกจนวันสุดท้ายที่ทำงานในโรงพยาบาล ปัญหาหนึ่งของการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ภาคอีสานคือการที่บุคลากรไม่ยอมเข้ามาทำงานและเมื่อเข้ามาทำงานแล้วจะอยู่ในพื้นที่ไม่นาน เนื่องจากขาดแรงจูงใจจังหวัดยโสธรแก้ปัญหานี้ด้วยการให้ความสำคัญกับความรู้สึกของบุคลากรเข้าใหม่โดยเฉพาะแพทย์และทันตแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนจากต่างถิ่นไปใช้ทุน

โดยจังหวัดยโสธรจะให้มีพี่เลี้ยงดูแลบุคลากรใหม่ตั้งแต่วันแรกจนวันสุดท้ายที่ร่วมงานกับโรงพยาบาลในจังหวัด ทุกปีในช่วงวันจับฉลากเลือกพื้นที่ใช้ทุนของแพทย์และทันตแพทย์จบใหม่ จังหวัดยโสธรจะยกทีมบุคลากรของจังหวัดและผู้ที่จะเป็นพี่เลี้ยงไปรับน้องใหม่ถึงสถานที่จับฉลาก โดยมีการแสดงหรือรูปแบบการรับน้องที่เปลี่ยนไปแต่ละปี เพื่อให้้องรู้สึกสนุกและอบอุ่น และมีความรู้สึกดีประทับใจกับรุ่นพี่ในจังหวัดตั้งแต่วันแรก ซึ่งวิธีการเช่นนี้สามารถจูงใจน้องใหม่ให้เลือกยโสธรเป็นพื้นที่ใช้ทุนได้ระดับหนึ่ง

บุคลากรเข้าใหม่ทุกคนจะมีพี่เลี้ยงทั้งในวิชาชีพเดียวกันเพื่อเป็นที่ปรึกษาทางวิชาชีพและต่างวิชาชีพเพื่อสร้างความรู้สึเป็นพี่เป็นน้องให้เกิดขึ้นภายในสถานบริการที่แต่ละคนต้องแยกย้ายไปใช้ทุน ความเป็นพี่เลี้ยงในระบบนี้จะมียู่ตลอดไปจนถึงวันสุดท้ายของการทำงานในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการย้าย ลาออก ลาเรียน โดยตลอดเวลาในโรงพยาบาลจะมีการจัดกิจกรรมการพัฒนองค์กร (organisation development) และมีการไปเยี่ยมเยียนที่พื้นที่อย่างสม่ำเสมอเพื่อกระชับความสัมพันธ์

การเน้นความรู้สึกอบอุ่นและการทำงานอย่างมีความสุขของบุคลากรเข้าใหม่ของจังหวัดยโสธร ครอบคลุมไปถึงการไม่รังเกียจเมื่อบุคลากรขอลาออก หรือย้ายออกนอกพื้นที่ โดยมีหลักคิดว่าการรังคนไว้จะทำให้คนทำงานอย่างมีความสุข และเมื่อมีการขอย้ายหรือลาออกแล้วไม่ได้ตามที่ต้องการ อาจเกิดการบอกร่ำระหว่างรุ่นพี่นี้ไปสู่รุ่นน้องปีถัดไป อาจส่งผลให้ไม่มีคนรุ่นต่อไปอยากมาใช้ทุนในยโสธรก็ได้ ทั้งนี้จังหวัดยโสธรจะมีการติดตามความเคลื่อนไหวหรือความคิดของแพทย์และทันตแพทย์รุ่นใหม่ผ่านทางสังคมออนไลน์อย่าง facebook และ twitter สม่ำเสมอ จึงรู้ว่าปัจจัยหนึ่งการตัดสินใจเลือกพื้นที่ใช้ทุนจะมาจากเรื่องเล่าปากต่อปากจากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง

การดูแลใส่ใจบุคลากรในด้านต่างๆ เช่นนี้จะทำให้คนรุ่นถัดไปยินดีที่จะมาอยู่ เพราะเมื่ออยากลาออกจะไม่ถูกรังหรือร้องขอให้อยู่ต่อ ด้วยวิธีการเช่นนี้ทำให้ทุกปีจะมีแพทย์และทันตแพทย์ส่วนหนึ่งซึ่งอาจจะไม่มากนักเต็มใจมาอยู่ยโสธร แม้จะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ แต่การมาด้วยความเต็มใจทำให้คนกลุ่มนี้ทำงานในพื้นที่ได้อย่างมีความสุข ข้อมูลของจังหวัดซึ่งเก็บข้อมูลบุคลากรทุกคนที่ลาออกหรือย้ายออกจากสถานบริการพบว่าไม่มีเหตุผลเรื่องการทำงานแล้วไม่มีความสุข หรือเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารบุคลากรของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะเป็นเหตุผลด้านการลาศึกษาต่อ หรือเหตุผลด้านครอบครัว ทำให้ชื่อเสียงของจังหวัดในกลุ่มแพทย์และทันตแพทย์จบใหม่ยังคงค่อนข้างดีอยู่แม้จะไม่ถูกเลือกกรอบแรกก็จะเต็มในรอบสองหรือรอบสามเสมอ



สกลนคร

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดสกลนครมีจำนวนประชากร 932,315 คน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 18 อำเภอ 125 ตำบล 1,485 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 197 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง รพ.สต. 167 แห่ง คลินิกเอกชน 3 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 2,353 คน ประกอบด้วยแพทย์ 166 คน ทันตแพทย์ 40 คน เภสัชกร 71 คน พยาบาล 1,396 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าพนักงานสาธารณสุข 680 คน ดังแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 88 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดสกลนคร

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	17
รพ.สต.	167
คลินิกเอกชน	3
ศูนย์สุขภาพชุมชน	2
ศูนย์บริการสาธารณสุข	5
โรงพยาบาล นอก สต.	1
โรงพยาบาลเอกชน	1
รวม	197

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 89 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดสกลนคร

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	166	1: 5,616
ทันตแพทย์	40	1: 23,307
เภสัชกร	71	1: 13,131
พยาบาล	1,396	1: 667
นักวิชาการ/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข	680	1: 1,371
รวม	2,353	

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.มีคณะกรรมการวางแผนความต้องการและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด และจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการกำลังคนร่วมกันในภาพรวมของจังหวัด รพ. สกลนครร่วมมือกับมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครปรับหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ให้ผู้เรียนมีความสามารถด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้ผู้เรียนฝึกงานในห้อง ER ของโรงพยาบาลและที่ รพ.สต. ที่จะต้องไปปฏิบัติงาน

2.ร่วมมือกับแหล่งผลิตพยาบาลในพื้นที่ซึ่งมีเป็นจำนวนมากผลิตพยาบาล ทันตภิบาล ป้อนให้กับหน่วยบริการในจังหวัดในภาพรวมระดับจังหวัด นอกเหนือจากช่วยแบ่งเบาภาระบุคลากรด้านสุขภาพใน รพ.สต. แล้ว ยังเป็นการสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนด้วย

ปัจจุบันมหาวิทยาลัยราชภัฏหลายแห่งเปิดหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขป้อนสถานพยาบาล แต่ด้วยเงื่อนไขมาตรฐานหลักสูตรของสภาวิชาชีพ ทำให้หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิตของมหาวิทยาลัยราชภัฏไม่สามารถบรรจุเนื้อหาการเรียนการสอนในด้านการรักษาพยาบาลได้ เมื่อต้องไปทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสถานีนอามัย และ รพ.สต. บัณฑิตกลุ่มนี้ไม่สามารถให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นกับผู้มาใช้บริการที่มีความต้องการได้ ต่างจากบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ผลิตโดยหลักสูตร 2 ปี ของวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันบรมราชชนก ซึ่งมีกำลังการผลิตที่น้อยไม่เพียงพอกับความต้องการ (สพข. มีแนวคิดจะยุติการผลิตกำลังคนระดับผู้ช่วยหลักสูตร 2 ปี ทั้งหมดด้วย โดยคาดว่าจะรับนักศึกษาปีการศึกษา 2554 เป็นรุ่นสุดท้าย)

จังหวัดสกลนครจึงร่วมมือกับมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ปรับหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์เพื่อให้บัณฑิตที่มีความรู้และทักษะด้านการรักษาพยาบาลด้วย โดยนำพยาบาลจากโรงพยาบาลสกลนครไปเป็นอาจารย์พิเศษด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น มีเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. เป็นอาจารย์พิเศษด้านการทำงานในชุมชน และให้นักศึกษาได้มีโอกาสฝึกงานในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลและที่ รพ.สต. ทำให้มหาวิทยาลัยราชภัฏสามารถผลิตบัณฑิตสาธารณสุขศาสตร์ได้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ คือ รพ.สต. หน่วยบริการที่ต้องการคนทำงานได้ทั้งเชิงรับและเชิงรุก

3.เพิ่มตำแหน่งพนักงานผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สถานีนอามัย (พสอ.) ใน รพ.สต. เพื่อช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่นเดียวกับจังหวัดอุบลราชธานีและขอนแก่น



ศรีสะเกษ

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดศรีสะเกษมีจำนวนประชากร 1,044,965 คน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 22 อำเภอ 206 ตำบล และอีก 2,557 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 254 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง รพ.สต. 225 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 2,843 คน ประกอบด้วยแพทย์ 194 คน ทันตแพทย์ 56 คน เภสัชกร 94 คน พยาบาล 1,635 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าพนักงานสาธารณสุข 864 คน ดังแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 90 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดศรีสะเกษ

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	18
รพ.สต.	225
ศูนย์สุขภาพชุมชน	1
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	1
ศูนย์บริการสาธารณสุข	7
โรงพยาบาลเอกชน	1
รวม	254

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 91 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดศรีสะเกษ

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	194	1: 5,386
ทันตแพทย์	56	1: 18,660
เภสัชกร	94	1: 11,116
พยาบาล	1,635	1: 639
นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	864	1: 1,209
รวม	2,843	

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ใช้เงินบำรุงจ้างวิชาชีพที่ไม่มีในโควตาของกระทรวงฯ เอง เพื่อแบ่งเบาภาระของวิชาชีพ เช่น นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด
ฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญเฉพาะทาง



บุคลากร

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดมุกดาหารมีจำนวนประชากร 356,312 คน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 7 อำเภอ 52 ตำบล 526 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 92 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง รพ.สต. 78 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 1,037 คน ประกอบด้วยแพทย์ 58 คน ทันตแพทย์ 30 คน เภสัชกร 35 คน พยาบาล 581 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 333 คน ดังแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 92 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดมุกดาหาร

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	6
รพ.สต.	78
ศูนย์สุขภาพชุมชน	4
ศูนย์บริการสาธารณสุข	2
โรงพยาบาลเอกชน	1
รวม	92

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 93 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	58	1: 6,143
ทันตแพทย์	30	1: 11,877
เภสัชกร	35	1: 10,180
พยาบาล	581	1: 613
นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	333	1: 1,070
รวม	1,037	

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.ร่วมมือกับชุมชนตั้งกองทุนสุขภาพเพื่อตอบแทนแพทย์จากโรงพยาบาลที่จะมาตรวจผู้ป่วยนอกเวลาราชการให้ที่ รพ.สต. เป็นการแก้ปัญหาเรื่อง รพ.สต. ในพื้นที่ห่างไกลไม่มีแพทย์คอยดูแลสุขภาพประชาชน ขณะที่ประชาชนไม่สะดวกเดินทางเข้าเมืองเนื่องจากไกลมาก ระบบการคมนาคมไม่สะดวก และยังช่วยแบ่งเบาภาระของ CUP เนื่องจากเงินสนับสนุนที่ได้มาจากค่าหัวประชากรไม่พอเพียงที่จะให้ CUP ออกหน่วยในพื้นที่ห่างไกล การเดินทางลำบากได้ และเป็นการใช้ประโยชน์จากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ในจังหวัดอย่างจำกัดให้เต็มประสิทธิภาพมากขึ้น

2.การบริหารจัดการความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อลดภาระให้กำลังคนในระดับวิชาชีพซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด ที่ รพ. ดอนตาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มี รพ.สต. ในเครือข่ายบริการ 13 แห่ง แต่มีแพทย์ประจำเพียงแค่ 2 คนรวมผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งต้องใช้เวลาในวันพฤหัสบดี ศุกร์ และเสาร์ เรียนปริญญาโท ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถให้บริการสุขภาพกับประชาชนได้ทันกับความต้องการ โรงพยาบาลจึงแก้ไขปัญหาด้วยการหาทางลดภาระงานของแพทย์ด้วยการประเมินความต้องการและจัดระบบการให้บริการใหม่ ทั้งการทําระบบนัด การถ่ายโอนภาระงานบางอย่างของแพทย์ให้กับพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นต้น

การลดภาระงานของแพทย์เริ่มจากการวิเคราะห์ OPD card เพื่อหาความจำเป็นด้านสุขภาพที่แท้จริงของประชาชนที่มาใช้บริการ แยกแยะความจำเป็นแต่ละอย่างว่ามีวิชาชีพใดสามารถตอบสนองหรือให้บริการได้บ้าง สุดท้ายเหลือภาระงานที่ต้องให้บริการโดยแพทย์เท่านั้นเท่าไร แล้วทําระบบนัด จัดระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นการเฉพาะ ด้วยการประสานไปยังโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ โดยจะวางระบบให้ผู้ป่วยจิตเวชได้พบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลจิตเวชเดือนละ 1 ครั้ง โดยรถของโรงพยาบาลจะคอยรับส่ง ทำให้แบ่งเบาภาระของแพทย์ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นแพทย์ทั่วไป และทำให้ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากในชุมชนเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการระบาดของยาเสพติดได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง

นอกจากนี้ยังมีการจัดระบบให้มีพยาบาลเวชปฏิบัติประจำการเพื่อแบ่งเบาภาระแพทย์ในการตรวจผู้ป่วยในโรงพยาบาล และจัดทีมงานทำงานเชิงรุกในหมู่บ้านมากขึ้น เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่เพื่อควบคุมไม่ให้ภาระงานของแพทย์เพิ่มขึ้นมาก สร้างระบบเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน เพื่อให้ผู้ที่เป็โรคเรื้อรังเหมือนกันช่วยดูแลและให้คำแนะนำสุขภาพกันเอง แบ่งเบาภาระบุคลากรทางการแพทย์

การวางระบบเพื่อลดภาระงานของแพทย์เช่นนี้ทำให้โรงพยาบาลต้องมีภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น จึงต้องพยายามประหยัดงบประมาณมากขึ้น ซึ่งการทำงานเชิงรุกทำให้โรงพยาบาลสามารถลดต้นทุนค่ายาได้ระดับหนึ่ง อีกทั้งยังพยายามดึงประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลที่อาศัยอยู่ตามตะเข็บอำเภอ ที่พบว่ามีการใช้บริการของโรงพยาบาลต่างอำเภอ ทำให้ต้องมีการตามจ่าย เพื่อให้กลับมาใช้บริการที่โรงพยาบาลดอนตาลเพื่อลดการรั่วไหลของเงิน



การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่เขต 10

ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขเขตที่ 10 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดอุดรธานี หนองคาย เลย และหนองบัวลำภู นั้นมีระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับเขต ซึ่งนำโดยผู้ตรวจราชการ นพ. นิทัศน์ รวยยว (รองปลัดกระทรวงในปัจจุบัน) โดยการจัดการกำลังคนหลักมุ่งเน้นไปที่การให้มีกำลังคนเพียงพอของระบบบริการปฐมภูมิ โดยได้มีการดำเนินการบริหารจัดการกำลังคนครบวงจรและใช้การขับเคลื่อนในระดับเขต โดยเริ่มจากการตั้งกลไกขับเคลื่อนกำลังคนในระดับปฐมภูมิในทุกจังหวัด พร้อมวางแผนความต้องการกำลังคน จากนั้นดำเนินการสรรหากำลังคนเข้าสู่ระบบปฐมภูมิอย่างหลากหลาย ได้แก่ สร้างแรงจูงใจพยาบาลจบใหม่โดยให้โอกาสการฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ และดำเนินการสรรหานักวิชาการสาธารณสุขโดยสรรหาจากผู้ที่จบจากสถาบันราชภัฏและนำมาฝึกอบรมเพิ่มเติม ตลอดจนทั้งร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลในพื้นที่ในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลสามารถเข้าอบรมได้ใกล้บ้านและในจำนวนที่มาก และพัฒนาหลักสูตรพยาบาลต่อเนื่องสำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน สำหรับการจ้างบุคลากรนั้น พบว่ามีการสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ที่ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ โดยการสนับสนุนคอมพิวเตอร์ notebook โทรศัพท์มือถือ และรถจักรยานยนต์ จัดระบบการสนับสนุนทางวิชาการต่าง ๆ รวมทั้งการสนับสนุนในด้านบริหารทั่วไป โดยดำเนินการสรรหาเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไปมาสนับสนุน รพ.สต. ในด้านการบริหารจัดการสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เขต 10 มีกำลังคนในระดับ รพ.สต. อย่างเพียงพอ ดังในรายละเอียดจังหวัดที่ได้เข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

อุดรธานี

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดอุดรธานีมีจำนวนประชากร 1,280,696 คน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 20 อำเภอ 155 ตำบล 1,682 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 250 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง รพ.สต. 209 แห่ง คลินิกเอกชน 1 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 9 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 6 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 2,970 คน ประกอบด้วยแพทย์ 247 คน ทันตแพทย์ 65 คน เภสัชกร 109 คน พยาบาล 1,800 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 749 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 94 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดอุดรธานี

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์	1
โรงพยาบาลชุมชน	18
รพ.สต.	209
คลินิกเอกชน	1
ศูนย์สุขภาพชุมชน	2
ศูนย์บริการสาธารณสุข	9
โรงพยาบาล นอก สธ.	2
โรงพยาบาล นอก สป.สธ.	2
โรงพยาบาลเอกชน	6
รวม	250

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 95 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดอุดรธานี

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	247	1: 5,185
ทันตแพทย์	65	1: 19,703
เภสัชกร	109	1: 11,749
พยาบาล	1800	1: 711
นักวิชาการ/ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	749	1: 1,709
รวม	2,970	

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.ให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนศึกษาต่อเนื่องเป็นพยาบาลวิชาชีพ นโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ด้วยการยกระดับสถานีอนามัยให้เป็น รพ.สต. ซึ่งเรียกร้องให้ทุกแห่ง (หรือทุกกลุ่ม) ต้องมีพยาบาลวิชาชีพ ทำให้หลายจังหวัดต้องค้นหานหาพยาบาลให้เพียงพอกับความต้องการ ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลระดับจังหวัดเองก็มีปัญหาการขาดแคลนพยาบาลอยู่แล้ว ไม่สามารถส่งคนลงไปช่วยงานใน รพ.สต. ได้มากนัก จังหวัดอุดรธานีแก้ไขปัญหาด้วยการส่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ใน รพ.สต. อยู่แล้ว ไปศึกษาต่อเนื่องเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยประสานกับวิทยาลัยพยาบาลอุบลราชธานี ซึ่งมีหลักสูตรต่อเนื่อง 2 ปีอยู่แล้ว ขอโควตาให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจากอุดรธานีไปเรียน แต่ในปีการศึกษาใหม่นี้วิทยาลัยพยาบาลอุดรธานีจะเปิดสอนได้เอง เพราะสามารถสร้างและพัฒนาหลักสูตรจนผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาล ทำให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการไม่ต้องเดินทางไปเรียนไกล

วิธีการนี้พบว่าสามารถทำให้มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานใน รพ.สต. ได้ตรงตามที่ฝ่ายนโยบายต้องการ และการที่ให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานีอนามัยอยู่แล้วได้มีโอกาสศึกษาต่อเนื่องและกลับไปเป็นพยาบาลในพื้นที่เดิม ทำให้ได้พยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับระบบบริการปฐมภูมิ เพราะเป็นผู้ที่เข้าใจและสนใจการทำงานในชุมชนอยู่แล้ว จึงมีแนวโน้มที่จะอยู่ในพื้นที่ได้นานกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีพื้นฐานความสนใจหรือความเข้าใจในงานชุมชน

2.มีคณะกรรมการระดับจังหวัดทำหน้าที่วางแผนและบริหารจัดการกำลังคนในภาพรวมของจังหวัด ซึ่งเป็นนวัตกรรมการบริหารจัดการกำลังคนที่สอดคล้องกับจังหวัดอื่น ๆ ในเขตพื้นที่ 10 โดยจัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพพระดับจังหวัด เพื่อทำหน้าที่วิเคราะห์ความต้องการและวางแผนการผลิตและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาในภาพรวมระดับจังหวัด คณะกรรมการชุดนี้จะประกอบไปด้วยตัวแทนจากหน่วยบริหารทุกระดับในจังหวัดได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ สถานีอนามัย และ รพ.สต. รวมทั้งตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการชุดนี้จะวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพแล้วนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาในภาพรวม เช่น การดำเนินนโยบายเพิ่มกำลังคนเข้าสู่ระบบสุขภาพของจังหวัด ซึ่งพบว่ามิกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การผลิตกำลังคนเองป้อนหน่วยบริการในพื้นที่ โดยหน่วยบริการร่วมมือกับแหล่งผลิตทั้งในและนอกพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการคัดเลือกเด็กในพื้นที่เข้าเรียนตามโควตาที่มีการประสานกับแหล่งผลิตไว้ก่อนแล้ว และจ้างนักเรียนเหล่านั้นกลับเข้าทำงานในหน่วยบริการเมื่อสำเร็จการศึกษา นอกจากนี้คณะกรรมการระดับจังหวัดยังทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานค่าจ้างกลางของลูกจ้างชั่วคราวเพื่อไม่ให้หน่วยบริการแต่ละแห่งในจังหวัดกำหนดเงินเดือนที่ต่างกันมาก

อันจะทำให้เกิดปัญหาสมองไหลในจังหวัดจากหน่วยบริการที่มีฐานะการเงินอ่อนแอไปสู่หน่วยบริการที่มีฐานะการเงินเข้มแข็ง

การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด ทำให้หน่วยบริการภายในจังหวัดมีนโยบายและแนวทางในการแก้ไขปัญหาและการจัดการไปในทิศทางเดียวกัน

3.มีคณะกรรมการกำลังคนระดับปฐมภูมิ เพื่อแก้ไขปัญหาและบริหารจัดการกำลังคนให้กระจายตัวใน รพ.สต. อย่างเหมาะสม ตรงตามข้อกำหนดนโยบายกระทรวงฯ มีการตั้งคณะกรรมการจัดการกำลังคนระดับปฐมภูมิ มีตัวแทนทั้งจากจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จากโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ และ รพ.สต. เข้าร่วมเป็นกรรมการ จัดให้มีการประชุมกันทุก 2 สัปดาห์ เพื่อรายงานสถานการณ์และติดตามปัญหาด้านกำลังคนของ รพ.สต. ซึ่งกำลังเป็นประเด็นที่ท้าทายการบริหารจัดการกำลังคน เนื่องจากตามนโยบายต้องการให้มีกำลังคนด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติอยู่ประจำ ขณะที่กำลังคนในภาพรวมระดับจังหวัดยังมีปัญหาขาดแคลน

4.สร้างเครือข่าย รพช. ในลักษณะ Node and Satellites เป็นนวัตกรรมในพื้นที่เขต 10 ที่จัดทำขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลชุมชน โดยให้ รพช. ระดับสูง เช่น ระดับ 2.2 ซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญรับบทบาทเป็น Node หรือโรงพยาบาลแม่ข่าย มีหน้าที่เป็นแพทย์พี่เลี้ยงและให้คำปรึกษาแพทย์ ใน รพช. อื่นในเขตใกล้เคียงซึ่งจะเป็นดังสาขา หรือ satellites ของ Node วิธีการเช่นนี้ช่วยสร้างความมั่นใจให้กับแพทย์ใน รพช. เล็ก ๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุนที่ยังอ่อนประสบการณ์ ให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ห่างไกลได้ โดยไม่รู้สึกล้มเหลวหรือขาดความมั่นใจในการทำงานทำให้สามารถทำงานอยู่ในพื้นที่ได้นานขึ้น



เลย

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดเลยมีจำนวนประชากร 537,226 คน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 14 อำเภอ 89 ตำบล 839 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 146 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง รพ.สต. 127 แห่ง คลินิกเอกชน 1 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 1,661 คน ประกอบด้วยแพทย์ 100 คน ทันตแพทย์ 41 คน เภสัชกร 50 คน พยาบาล 962 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 508 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 96 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดเลย

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	12
รพ.สต.	127
คลินิกเอกชน	1
ศูนย์บริการสาธารณสุข	2
โรงพยาบาล นอก สธ.	1
โรงพยาบาล นอก สป.สธ.	1
โรงพยาบาลเอกชน	1
รวม	146

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 97 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดเลย

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	100	1: 5,372
ทันตแพทย์	41	1: 13,103
เภสัชกร	50	1: 10,744
พยาบาล	962	1: 558
นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	508	1: 1,057
รวม	1,661	

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.ให้สิทธิและสวัสดิการลูกจ้างประจำเช่นเดียวกับที่ข้าราชการประจำได้รับ

ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ลูกจ้างสายวิชาชีพไม่สามารถทำงานในโรงพยาบาลสังกัดรัฐบาลได้นานเป็นเพราะได้รับสิทธิและสวัสดิการไม่เท่ากับข้าราชการประจำ โรงพยาบาลหลายแห่งในภาคอีสานจึงสร้างแรงจูงใจเพื่อรักษาคณไว้ในระบบด้วยการสร้างแรงจูงใจ ที่จังหวัดเลยการสร้างแรงจูงใจเริ่มจากตัวเงิน โดยให้เงินเดือนสูงกว่าข้าราชการในอัตราเดียวกันทั้งจังหวัด ทำให้ไม่มีการดึงบุคลากรภายในจังหวัด แต่จะทำให้เกิดการดึงกำลังคนข้ามจังหวัด เพราะกำหนดค่ากลางเงินเดือนโดยเทียบให้สูงกว่าอัตราของจังหวัดใกล้เคียง และมีอัตราที่ไม่ต่างจากเอกชนมากนักเพื่อให้สามารถแข่งขันได้ มาตรการนี้พบว่ามิใช่ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายรวมไปถึงการเปิดโอกาสให้มีการย้ายได้ตามความเหมาะสม เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุหนึ่งที่พยาบาลลูกจ้างชั่วคราวขอลาออกเพราะไม่สามารถย้ายไปประจำโรงพยาบาลอื่นได้ การให้สิทธิการย้ายจึงเป็นการรักษากำลังคนไว้ในระบบบริการสาธารณสุขของจังหวัดได้ นอกจากนี้ยังมีสิทธิด้านสวัสดิการครอบครัว เช่นเดียวกับข้าราชการ โดยให้สิทธิครอบครัวของลูกจ้างเลือกใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ณ โรงพยาบาลที่ลูกจ้างผู้นั้นปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งโรงพยาบาลจะดูแลครอบครัวและตัวลูกจ้างเองในเงื่อนไขเดียวกับการดูแลข้าราชการประจำและครอบครัว และให้สิทธิลูกจ้างที่ไม่ใช่พนักงานทุนในการได้รับการบรรจุเท่ากับลูกจ้างนักเรียนทุนโดยจัดเปิดสอบแทนการสงวนสิทธิไว้ให้นักเรียนทุนก่อน ซึ่งจังหวัดมองว่าเป็นความไม่เป็นธรรมกับลูกจ้างที่ไม่ใช่พนักงานทุน

การเพิ่มสวัสดิการเพื่อลดความแตกต่างระหว่างข้าราชการและลูกจ้างเช่นนี้ ทำให้จังหวัดเลยสามารถรักษากำลังคนลูกจ้างวิชาชีพไว้ได้

2.กระจายงานจัดการ รพ.สต. ให้นักจัดการทั่วไป

จังหวัดเลยแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนใน รพ.สต. ด้วยการกระจายงานด้านการบริหารจัดการที่ไม่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขให้กับนักจัดการภายนอก โดย CUP ทำหน้าที่จ้างเจ้าหน้าที่ในส่วนนี้ กำหนดวุฒิขั้นต่ำที่ระดับปริญญาตรี เพื่อให้ดูแลบริหารจัดการ รพ.สต. ใช้ระบบการรวมทรัพยากร คือ มีนักจัดการ 4 คน ดูแล รพ.สต. ทั้ง 9 แห่ง ยุทธศาสตร์เช่นนี้ทำให้เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. มีเวลาสำหรับการให้บริการสาธารณสุขกับประชาชนได้อย่างเต็มประสิทธิภาพมากขึ้น เรียกว่าเป็นการ “คืนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับประชาชน” ขณะเดียวกันการบริหารโดยการรวมทรัพยากรบุคคล (pool resource) ไว้ที่ CUP ทำให้สามารถประหยังบประมาณมากกว่าการจ้างนักจัดการประจำทุก รพ.สต.

3.มีคณะกรรมการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด

4.คณะกรรมการบริหารจัดการกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

5.สร้างเครือข่าย รพช. ในลักษณะ Node and Satellites โดยให้ รพช. ระดับสูง เช่น ระดับ 2.2 ซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญรับบทบาทเป็น Node หรือโรงพยาบาลแม่ข่าย มีหน้าที่เป็นแพทย์พี่เลี้ยงและให้คำปรึกษาแพทย์ ใน รพช. อื่นในเขตใกล้เคียงซึ่งจะเป็นดั่งสาขา หรือ satellites ของ Node วิธีการเช่นนี้ช่วยสร้างความมั่นใจให้กับแพทย์ใน รพช. เล็ก ๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุนที่ยังอ่อนประสบการณ์ ให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ห่างไกลได้ โดยไม่รู้สึกล้มเหลวหรือขาดความมั่นใจในการทำงานทำให้สามารถทำงานอยู่ในพื้นที่ได้นานขึ้น



หนองคาย

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดหนองคายมีจำนวนประชากร 809,431 คน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 17 อำเภอ 115 ตำบล 1,099 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 87 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง รพ.สต. 74 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง ส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสายวิชาชีพหลักมีทั้งหมด 1,833 คน ประกอบด้วยแพทย์ 134 คน ทันตแพทย์ 46 คน เภสัชกร 58 คน พยาบาล 1,093 คน และนักวิชาการสาธารณสุข / เจ้าพนักงานสาธารณสุข 502 คน ดังแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 98 จำนวนหน่วยบริการจังหวัดหนองคาย

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	1
โรงพยาบาลชุมชน	5
รพ.สต.	74
ศูนย์สุขภาพชุมชน	1
ศูนย์บริการสาธารณสุข	3
โรงพยาบาลเอกชน	3
รวม	87

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ตารางที่ 99 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดหนองคาย

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อจำนวนประชากร
แพทย์	134	1: 6,040
ทันตแพทย์	46	1: 17,596
เภสัชกร	58	1: 13,955
พยาบาล	1,093	1: 740
นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	502	1: 1,612.
รวม	1,833	

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553

มาตรการในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.ให้สิทธิและสวัสดิการลูกจ้างประจำเช่นเดียวกับที่ข้าราชการประจำได้รับ สิทธิและสวัสดิการที่โรงพยาบาลจัดให้เช่น การให้สิทธิชอย้ายได้ภายในจังหวัด ดูแลสุขภาพครอบครัว ลูกจ้างเกณฑ์เดียวกับข้าราชการ ให้สิทธิลูกจ้างลาศึกษาต่อเฉพาะทาง โดยทำเรื่องขออนุมัติปลดกระทรวงฯ ให้ตามระเบียบ ให้ลูกจ้างที่ไม่ใช่นักเรียนทุนมีโอกาสสอบบรรจุเท่ากับนักเรียนทุน ไม่สงวนสิทธิไว้ให้กับนักเรียนทุนก่อน

2.ให้ทุนการศึกษานักเรียนทุนโควตา “แบบปลายปิด” คือไม่ให้เงินทุนสนับสนุนการศึกษา แต่ให้ทุนโดยการใช้โควตาของจังหวัด และมีหลักประกันชัดเจนว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาจะมีตำแหน่งงานในโรงพยาบาลในจังหวัดให้อย่างแน่นอน

นับจากมีปัญหาขาดแคลนพยาบาลจากการที่กระทรวงสาธารณสุขยกเลิกนโยบายการให้ทุนนักเรียนพยาบาลเพื่อผูกพันให้ทำงานที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อสำเร็จการศึกษา อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนไม่มีตำแหน่งข้าราชการให้กับบุคลากร จนทำให้นักเรียนพยาบาลพากันเข้าทำงานในโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลหลายแห่งในภาคอีสานใช้มาตรการให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียนพยาบาลแทนปีการศึกษาละ 30,000 บาท โดยมีการประสานกับแหล่งผลิตทั้งในและนอกพื้นที่เพื่อขอโควตาสำหรับนักเรียนในจังหวัดให้เข้าศึกษาต่อวิชาการพยาบาลได้ และมีเงื่อนไขว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาให้กลับมาทำงานที่โรงพยาบาลในฐานะลูกจ้างประจำ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับมาตรการนี้คือนักเรียนทุนกลุ่มนี้มักจะถูกโรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลอื่นๆ ในเมือง ที่มีความต้องการพยาบาลเช่นกันมาให้ทุนต่อเพื่อ “ซื้อตัว” ในขณะที่ศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 หรือ ปีที่ 4 โดยการเสนอเงินก้อนใหญ่ให้สำหรับให้นักเรียนใช้ทุนคืน และเสนอเงินเดือนมากกว่าที่จะได้รับจากโรงพยาบาลที่ให้ทุนในครั้งแรก ทำให้การให้ทุนนักเรียนพยาบาลในลักษณะนี้เริ่มไม่ได้ผล เพราะต้องสูญเสียกำลังคนระหว่างเรียน โดยเฉพาะเมื่อโรงพยาบาลไม่สามารถให้ค้ำมั้นกับนักเรียนทุนกลุ่มนี้ว่าจะมีตำแหน่งงานรอนักเรียนกลุ่มนี้จนถึงวันที่สำเร็จการศึกษาหรือไม่ เพราะหากโรงพยาบาลมีปัญหาวิกฤติกำลังคนอาจจำเป็นต้องรับหรือซื้อตัวพยาบาลจากที่อื่นมาก่อน ทำให้ไม่สามารถรับนักเรียนกลุ่มนี้เมื่อสำเร็จการศึกษาได้ จึงเกิดความไม่มั่นคงกับนักเรียนทุนกลุ่มนี้ว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะมีตำแหน่งงานแน่นอนหรือไม่ หลายคนจึงไม่ลังเลใจที่จะรับทุนซ้อนจากโรงพยาบาลอื่น

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จังหวัดหนองคายได้สร้างนวัตกรรมในการผลิตพยาบาล ป้อนโรงพยาบาลในจังหวัด ด้วยการสร้างคุณค่าให้กับโควตานักเรียนทุน และยกเลิกการสนับสนุนทุนการศึกษาให้กับนักเรียนกลุ่มนี้ โดยมองว่า “ทุน” ที่นักเรียนกลุ่มนี้ได้รับคือการได้ “โควตา” ของจังหวัดในการเรียนต่อด้านพยาบาลศาสตร์ ซึ่งหมายความว่าจังหวัดให้โอกาสกับนักเรียนในการเข้าเรียนวิชาการพยาบาลโดยสอบสนามเล็กในโควตาของจังหวัด แทนการสอบสนามใหญ่ที่อัตราการแข่งขันสูงกว่า โดยนักเรียนที่ได้ “ทุนโควตา” ของจังหวัดมีภาระผูกพันว่า

ต้องกลับมาทำงานในโรงพยาบาลที่กำหนด หากไม่กลับมาทำตามเงื่อนไขของสัญญาทุนจะต้องเสียค่าปรับตามจำนวนปีที่เรียน ปีละ 10,000 บาท

เหตุใดเด็กกลุ่มนี้ถึงไม่ถูกซื้อตัวจากโรงพยาบาลอื่น ทั้งที่ค่าปรับหรือการใช้ทุนคือ 40,000 บาท ถือว่าต่ำมากเมื่อเทียบกับค่าตัวพยาบาลในพื้นที่ภาคอีสาน คำตอบอยู่ที่การมีหลักประกันว่าเมื่อเรียนครบ 4 ปี พวกเขาจะมีงานในพื้นที่ใกล้บ้านอย่างแน่นอน เพราะโรงพยาบาลจะเก็บตำแหน่งไว้ให้ นักเรียนทุนโควตากลุ่มนี้จึงต่างกับนักเรียนทุนกลุ่มอื่นตรงที่ว่าเมื่อเรียนจบมีงานทำแน่นอน ทำให้ไม่เกิดความหวั่นไหวระหว่างศึกษา การสร้างคุณค่าให้ “โควตา” นักเรียนพยาบาลเช่นนี้เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้จังหวัดหนองคายมีพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก จาก 118 คน ในปี 2549 เป็น 178 คน ในปี 2553 ในจำนวนนี้เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติถึง 169 คน

3.สร้างเครือข่าย รพช. ในลักษณะ Node and Satellites โดยให้ รพช. ระดับสูง เช่น ระดับ 2.2 ซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญรับบทบาทเป็น Node หรือโรงพยาบาลแม่ข่าย มีหน้าที่เป็นแพทย์พี่เลี้ยงและให้คำปรึกษาแพทย์ ใน รพช. อื่นในเขตใกล้เคียงซึ่งจะเป็นดั่งสาขา หรือ satellites ของ Node วิธีการเช่นนี้ช่วยสร้างความมั่นใจให้กับแพทย์ใน รพช. เล็ก ๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุนที่ยังอ่อนประสบการณ์ ให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ห่างไกลได้ โดยไม่รู้สึกกลัวหรือขาดความมั่นใจในการทำงานทำให้สามารถทำงานอยู่ในพื้นที่ได้นานขึ้น

4.ให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนศึกษาต่อเนื่องเป็นพยาบาลวิชาชีพ



สรุปการบริหารและจัดการกำลังคน

ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.สร้างกลไกในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งเขต มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อทำหน้าที่วิเคราะห์ความต้องการและวางแผนการผลิตและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาในภาพรวมระดับจังหวัด คณะกรรมการชุดนี้จะประกอบไปด้วยตัวแทนจากหน่วยบริหารทุกระดับในจังหวัดได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ สถานีอนามัย และ รพ.สต. รวมทั้ง

ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ การแก้ปัญหาแบบยกเขตทำให้ไม่เกิดปัญหาสมองไหลระหว่างจังหวัดและภายในจังหวัดตามมา การแก้ปัญหาลักษณะนี้เด่นมากในเขตพื้นที่ 10 ซึ่งผู้ตรวจราชการเขตกำหนดเป็นนโยบายขึ้นมาเลย

นอกจากนี้หลายจังหวัดยังมีการตั้งคณะกรรมการจัดการกำลังคนระดับปฐมภูมิ เพื่อแก้ไขปัญหาและบริหารจัดการกำลังคนในระดับปฐมภูมิ แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการจัดบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งหากระดับปฐมภูมิมีความเข้มแข็ง จะสามารถคัดกรองคนไข้ออกจากระบบบริการทุติยภูมิได้เป็นอย่างดี ทำให้ภาระงานของกำลังคนระดับทุติยภูมิที่มีจำกัดลดน้อยลง กลายเป็นการแก้ปัญหากำลังคนขาดแคลนได้

2.ยุทธศาสตร์สำคัญที่พื้นที่ภาคอีสานใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพคือการร่วมมือกับแหล่งผลิตในพื้นที่เพื่อเพิ่มกำลังการผลิตให้กับหน่วยบริการในพื้นที่ ซึ่งยุทธศาสตร์นี้ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่เพราะมีข้อจำกัดเรื่องคุณภาพและปริมาณผู้สอน เนื่องจากการเรียนการสอนในสายวิชาชีพจะถูกควบคุมคุณภาพโดยสภาวิชาชีพซึ่งมีการกำหนดจำนวนและคุณสมบัติของอาจารย์ผู้สอนไว้ชัดเจน ทำให้แหล่งผลิตไม่สามารถหาอาจารย์ที่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดได้เพียงพอกับความต้องการเรียน ทำให้แหล่งผลิตแต่ละแห่งผลิตกำลังคนด้านสุขภาพได้อย่างจำกัด ไม่ทันต่อความต้องการกำลังคนของผู้ใช้บริการ

นอกจากนี้ยังพบว่าภายใต้ข้อจำกัดของการผลิต จังหวัดที่มีแหล่งผลิตตั้งอยู่ มักจะใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับแหล่งผลิตทำให้ได้โควตาของจังหวัดมากกว่าจังหวัดอื่นที่อยู่ในเขตเดียวกัน จนหลายจังหวัดไม่สามารถมีกำลังคนจากการผลิตของตนเองได้ เนื่องจากไม่มีมีโควตาที่จะให้เด็กในพื้นที่ของตนเองได้เรียน

การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรอยู่ในพื้นที่โดยเน้นใช้มาตรการทางการเงิน พบมากในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในช่วงหลังจากที่รัฐบาลประกาศนโยบายลดอัตราค่าจ้างข้าราชการ การใช้เงินสร้างแรงจูงใจ กำลังก่อให้เกิดปัญหาใหม่ในภาคอีสานคือโรงพยาบาลที่มีฐานะการเงินเข้มแข็งจะอยู่ในฐานะได้เปรียบ ขณะที่โรงพยาบาลเล็ก ฐานะการเงินไม่เข้มแข็ง ตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจะยิ่งหาพยาบาลเข้าร่วมงานได้ยากขึ้น เพราะไม่สามารถสร้างแรงจูงใจแข่งกับโรงพยาบาลใหญ่ในเมืองได้ การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนด้วยการสร้างแรงจูงใจทางการเงินจึงเป็นมาตรการที่ต้องการการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด



၈



บทที่ 3

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากเรื่องราวการจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่จะเห็นความหลากหลายในการจัดการตามบริบทของแต่ละแห่ง โดยหลัก ๆ แล้วจะมุ่งแก้ไขปัญหากำลังคนในประเด็นการเพิ่มการผลิตแบบเฉพาะเจาะจงในระดับพื้นที่และมีเงื่อนไขผูกมัดเพื่อให้ได้จำนวนกำลังคนเข้าสู่ระบบเพียงพอ และเน้นไปที่การสร้างมาตรการที่จะจูงใจให้กำลังคนเข้าสู่ระบบ และอยู่ในระบบได้นานอย่างมีความสุข ซึ่งการดำเนินการเหล่านี้ยึดโยงกับประเด็นเงื่อนไขหลัก ๆ ที่เอื้อให้วัตรกรรมมีความเป็นไปได้หรือสัมฤทธิ์ผล ได้แก่ ประการที่หนึ่ง นโยบายในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ จะเห็นได้ว่า นโยบาย รพ.สต. และเงินงบประมาณ on top ของ สปสช. มีส่วนอย่างมากทำให้พื้นที่ต้องตื่นตัวในการจัดหาและกระจายกำลังกำลังคนเข้าสู่ระบบอย่างเข้มข้น ประการที่ 2 ภาวะผู้นำของผู้บริหารในระดับท้องถิ่น หากผู้นำให้ความสำคัญกับกำลังคนด้านสุขภาพ ก็จะมีวัตรกรรมการแก้ปัญหาที่กำลังคนมากและหลากหลายและสามารถก่อให้เกิดการปฏิบัติตามในระดับพื้นที่ ประการที่ 3 กลไกการเงินที่เข้มแข็ง หากพื้นที่มีงบประมาณเพียงพอหรือสามารถหาจากแหล่งอื่น ๆ ได้ก็จะเอื้อต่อการพัฒนานวัตกรรมได้หลากหลาย ประการที่ 4 ระบบข้อมูลกำลังคน ซึ่งจะทำให้แต่ละพื้นที่สามารถสร้างความตระหนักถึงปัญหาการขาดแคลนกำลังคน และระบบข้อมูลกำลังคนที่แม่นยำและทันสมัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวางแผนความต้องการกำลังคน ประการที่ 5 การทำงานร่วมกับพหุภาคี จะเห็นว่าพื้นที่ที่สามารถระดมภาคีเข้ามาร่วมแก้ปัญหาที่กำลังคนมาก จะทำให้การแก้ปัญหาเป็นไปได้และมีแนวโน้มของความยั่งยืน

ดังนั้นการที่จะทำให้ในแต่ละพื้นที่สามารถแก้ปัญหาที่กำลังคนให้มีการกระจายอย่างเพียงพอได้ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.ควรมีกลไกการจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ เพื่อทำหน้าที่กำหนดทิศทาง วางแผน และนำไปสู่การปฏิบัติของแผนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยกลไกเหล่านี้ควรได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ ได้แก่

1.1 เป็นกลไกประกอบด้วยพหุภาคีที่เกี่ยวข้องกับกำลังคน ได้แก่ ผู้แทนจากระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน สถาบันการศึกษาในระดับพื้นที่ องค์กรหรือตัวแทนวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้บริโภค

1.2 คณะกรรมการควรจะได้รับ การเสริมสร้างศักยภาพในด้านการวางแผน การบริหารจัดการกำลังคน และองค์ความรู้อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.3 ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินงบประมาณอย่างเพียงพอ เพื่อสามารถทำให้การจัดการปัญหากำลังคนในระดับพื้นที่ ดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.การผลิตกำลังคนของสถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขควรเอื้อต่อระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสำคัญ โดยประเด็นหลัก ๆ ที่จะเอื้อต่อการจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ ได้แก่

2.1 ระบบการผลิตควรต้องยึดโยงจุดแข็งของสถาบันการผลิตของกระทรวงสาธารณสุข นั่นคือ “การคัดเลือกจากชุมชน อบรมใกล้บ้าน ทำงานในภูมิลาเนา” ดังนั้นควรจะต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการคัดเลือกให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการที่มีคุณภาพ

2.2 สนับสนุนความร่วมมือในการผลิตและพัฒนากำลังคนระหว่างระบบบริการสาธารณสุขและสถาบันการศึกษาในระดับพื้นที่

2.3 การผลิตกำลังคนนั้นควรยึดความต้องการของระบบบริการเป็นหลัก โดยอาจจะต้องผลิตและพัฒนาบุคลากรที่มีระดับหลากหลาย ได้แก่ วิชาชีพและพนักงานผู้ช่วย ตลอดจนทั้งกำลังคนในระดับชุมชน เช่น อสม. และหนุนเสริมการทำงานเป็นทีม (skill mix) เพื่อให้สามารถให้บริการที่เข้าถึงประชาชน โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล เป็นบริการที่มีคุณภาพ และต้นทุนไม่สูงเกินไป สนับสนุนวัตรกรรมการผลิตและพัฒนากำลังคนเพื่อแก้ปัญหาที่กำลังคนในระดับพื้นที่

3.รัฐบาล / กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางควรพัฒนานโยบาย กฎระเบียบที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาที่กำลังคนในระดับพื้นที่



คณะระดับพื้นที่ร่วมกัน จัดโดย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ วันที่ 16 สิงหาคม 2554
โรงแรมโกลด์เด็น อินน์ รีสอร์ท อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. (2554). มาตรการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดสิงห์บุรี
เอกสารประกอบการสัมมนา เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหาและการจัดการกำลังคน
ระดับพื้นที่ร่วมกัน จัดโดย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ วันที่ 16 สิงหาคม 2554
โรงแรมโกลด์เด็น อินน์ รีสอร์ท อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (2554). สถานการณ์ปัจจุบันและมาตรการแก้ไขปัญหากำลังคนด้าน
สุขภาพของจังหวัดสุราษฎร์ธานี เอกสารประกอบการสัมมนา เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการแก้
ปัญหาและการจัดการกำลังคนระดับพื้นที่ร่วมกัน จัดโดย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้าน
สุขภาพ วันที่ 1 กันยายน 2554 ห้องเหลืองกระบี่ โรงแรมมารีไทม์ จังหวัดกระบี่.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2554). มาตรการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดสุโขทัย
เอกสารประกอบการสัมมนา เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหาและการจัดการกำลัง
คนระดับพื้นที่ร่วมกัน จัดโดย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ วันที่ 25 สิงหาคม 2554
ห้องเพชรบูรณ์ ชั้น5 โรงแรมท็อปแลนด์ จังหวัดพิษณุโลก.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2554). นวัตกรรมในการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัด
หนองคาย เอกสารประกอบการสัมมนา เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดทำแผนที่การจัดการกำลังคนด้าน
สุขภาพภาคอีสาน จัดโดย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2554
โรงแรมเซ็นทราแกรนด์เซ็นเตอร์ จังหวัดอุดรธานี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2554). นวัตกรรมในการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัด
อุดรธานี เอกสารประกอบการสัมมนา เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดทำแผนที่การจัดการกำลังคนด้าน
สุขภาพภาคอีสาน จัดโดย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2554
โรงแรมเซ็นทราแกรนด์เซ็นเตอร์ จังหวัดอุดรธานี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. (2554). สถานการณ์ปัจจุบันและมาตรการแก้ไขปัญหากำลังคนด้าน
สุขภาพของจังหวัดอุทัยธานี เอกสารประกอบการสัมมนา เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหา
และการจัดการกำลังคนระดับพื้นที่ร่วมกัน จัดโดย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
วันที่ 25 สิงหาคม 2554 ห้องเพชรบูรณ์ ชั้น5 โรงแรมท็อปแลนด์ จังหวัดพิษณุโลก.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2554). นวัตกรรมในการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของ
จังหวัดอุบลราชธานี เอกสารประกอบการสัมมนา เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดทำแผนที่การจัดการ
กำลังคนด้านสุขภาพภาคอีสาน จัดโดย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ วันที่ 17
กุมภาพันธ์ 2554 โรงแรมสายทอง จังหวัดอุบลราชธานี.

อำพล จินดาวัฒนะ, ติณกร โนรี, นงลักษณ์ พะไยกะ และณิชากร ศิริกนกวิไล. (2550). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษ
กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2559. กรุงเทพฯ: กราฟิโก ชิสเต็ม จำกัด.

"นวัตกรรมการแก้ปัญหากำลังคนในระดับพื้นที่ที่หลากหลาย
ไม่ว่าจะเป็นการแก้ปัญหาในระดับองค์กร ระดับจังหวัด
แม้กระทั่งระดับเขตชี้ให้เห็นว่า การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ไม่ควรถูกผูกขาดโดยส่วนกลาง
เพราะบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่
ส่วนกลางควรจะทำหน้าที่หนุนเสริมกลไก
การจัดการกำลังคนระดับพื้นที่
พร้อมปรับปรุงกฎเกณฑ์ที่เอื้อต่อการแก้ปัญหากำลังคน
ที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่"

ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ
ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

