ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ
โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข

น.ส.ธัญจิรา เพ็ญสิริกุล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Efficiency of manpower management according to the Service Delivery System by Region, Ministry of Public Health: A Case Study of Region 6

Miss Thunchira Pensirikul

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Public Administration in Public Administration
Department of Public Administration
FACULTY OF POLITICAL SCIENCE
Chulalongkorn University
Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อสารนิพนธ์	ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข
โดย	น.ส.ธัญจิรา เพ็ญสิริกุล
สาขาวิชา	รัฐประศาสนศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	อาจารย์ ดร.วิมลมาศ ศรีจำเริญ

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จุลนี เทียนไทย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(อาจารย์ ดร.วิมลมาศ ศรีจำเริญ)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมนทิพย์ จิตสว่าง)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ์ ศิริประกอบ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ธัญจิรา เพ็ญสิริกุล : ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข. (Efficiency of manpower management according to the Service Delivery Systemby Region, Ministry of Public Health: A Case Study of Region 6) อ.ที่ปรึกษาหลัก : อ. ดร.วิมลมาศ ศรีจำเริญ

การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาการดำเนินการและเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนา ปรับปรุงการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยวิจัยศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study) ในเขตพื้นที่นำร่อง เขตสุขภาพที่ 6 (จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ) และดำเนินการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในมุมมองของผู้บริหารส่วนกลางที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนและยุทธศาสตร์แบบ Top-down และผู้บริหารและผู้ปฏิบัติส่วนภูมิภาคที่เกี่ยวข้องในการวางแผนและยุทธศาสตร์แบบ bottom-up จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าสำหรับประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้สัมภาษณ์มีความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับปานกลางหรือพอใจในระดับนึง เนื่องจากการมีจุดแข็งของเขตสุขภาพเป็นจุดเชื่อมโยงเครือข่ายบริการให้ไร้รอยต่อมากขึ้น นำไปสู่การตอบสนองความต้องการในพื้นที่ได้รวดเร็วมากขึ้น มีการปรับปรุงกระบวนการของการผลิตอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการตามบริบทพื้นที่มากขึ้นกว่าเดิม มีการปรับเกลี่ยกำลังคนเกิดความคล่องตัวขึ้น ทิศทางระบบบริหารจัดการตอบสนองการพัฒนาบริการในพื้นที่เกิดความต่อเนื่องและเกิดความก้าวหน้าด้านบริการที่มีมากกว่าเดิม อย่างไรก็ดี ยังมีจุดอ่อนของความล่าช้าในระบบราชการ กฎระเบียบที่ไม่ทันสมัย และการกระจายอำนาจที่ยังไม่เบ็ดเสร็จแท้จริง กรอบกำลังคนไม่สัมพันธ์กับภาระงานจริง และข้อมูลที่มียังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จึงสรุปได้ว่ามีประสิทธิภาพในระดับหนึ่งทั้งในมิติมีความเท่าเทียม รวดเร็วทันเวลา เพียงพอเหมาะสม เกิดความต่อเนื่อง แต่ยังมีความก้าวหน้าที่ยังต้องพัฒนาให้เกิดความเหมาะสมต่อการตอบสนองความต้องการผู้ใช้บริการเชิงพื้นที่ในประเด็นจุดอ่อนที่กล่าวถึงนี้ต่อไป

สาขาวิชา	รัฐประศาสนศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา	2563	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

6280054224 : MAJOR PUBLIC ADMINISTRATION
KEYWORD:

Thunchira Pensirikul : Efficiency of manpower management according to the Service Delivery Systemby Region, Ministry of Public Health: A Case Study of Region 6. Advisor: WIMONMAT SRICHAMROEN, Ph.D.

The objectives of this study are to study the efficiency of manpower management according to the Service Delivery System by Region 6, Ministry of Public Health, the implementation of the system plans, and offer recommendations to improve manpower management policy and practice of Region 6. This research is a qualitative research using a case study of a pilot area of Region 6 (Chanthaburi, Chachoengsao, Chonburi, Trat, Prachinburi, Rayong, Sa Kaeo, Samut Prakan). Data is collected from in-depth interviews of executives involved in the top-down planning and strategy at the national level, and executives and practitioners involved in bottom-up planning and strategy at the regional level. The data were then analyzed and reported using content analysis method.

The results show that for the efficiency of manpower management according to the service delivery system by Region, Ministry of Public Health: A Case Study of Region 6, the interviewees are moderately satisfied. The strength of management by health area provides as a point of connection making a seamless service network. This leads to a faster response to local demand, continuous improvements in production processes, and improved manpower management based on local contexts. In addition, it also contributes to the streamlining of manpower, direction of the management system in response to development of local services, and continuity of services. However, there system challenges are bureaucratic delays, out-of-date regulations, and the lack of true decentralization. The manpower framework is not related to the actual workload, and the insufficient data. Therefore, it can be concluded that manpower management is effective at a certain level in terms of equality, speed, timeliness, sufficiency, appropriateness, and continuity. However, there are still gaps that still need to be addressed to meet the needs of local service users.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study:	Public Administration	Student's Signature .....
Academic Year:	2020	Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีก็ด้วยความปรารถนาดีและความกรุณาของอาจารย์ ดร.วิมลมาศ ศรีจำเริญ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก ซึ่งท่านเป็นผู้คอยให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ให้ความรู้และหลักการในการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนช่วยปรับปรุงแก้ไขในการจัดทำสารนิพนธ์ให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น รวมทั้งคณะกรรมการสารนิพนธ์ทั้ง 4 ท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะในประเด็นที่สำคัญทำให้สารนิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ 6 มาในโอกาสนี้ ด้วยความที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้สัมภาษณ์จนจัดทำสารนิพนธ์สำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

ขอบคุณนางธิติภัทร คูหา หัวหน้ากลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ และนางสาว ลลิดา เจริญวรรณยิ่ง หัวหน้างานพัฒนานโยบายด้านกำลังคนและระบบหลักประกันสุขภาพ ณ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ที่เป็นทั้งครูและพี่เลี้ยงคอยชี้แนะ ให้คำปรึกษา ให้แนวคิดและโอกาสในการทำงานจนสามารถนำความรู้และข้อมูลจากงานที่ทำมาศึกษาวิจัยต่อยอดเพื่อการเรียนรู้ในกระบวนการทำงานตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ขอบคุณเพื่อนร่วมงานนางสาวบำรุงรักษ์ อินถา และนางสาววาสินี พู่บุหงาอมร ที่คอยให้การสนับสนุนและเป็นแรงใจที่ดีตลอดมา และขอบคุณนางสาวชุติมา เติมสุข ที่ให้การช่วยเหลือและเป็นส่วนในความสำเร็จครั้งนี้

ขอบคุณเพื่อน รปม. รุ่นที่ 51 ที่คอยให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน รวมถึงขอขอบคุณทางคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบองค์ความรู้ และทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน และการใช้ชีวิตประจำวันให้มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและส่วนรวม

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่คอยให้การสนับสนุน คอยเป็นกำลังใจ และเป็นแรงผลักดันให้ก้าวไปข้างหน้าอย่างเต็มภาคภูมิ สุดท้ายหวังเป็นอย่างยิ่งว่าสารนิพนธ์เล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมอย่างแท้จริง หากสารนิพนธ์เล่มนี้ผิดพลาดประการใดผู้วิจัยขออภัย ณ ที่นี่ด้วย

ธัญจิรา เพ็ญสิริกุล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ค

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ง

กิตติกรรมประกาศ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ซ

สารบัญภาพ ..... ฌ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

1.2 คำถามงานวิจัย 15

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา 15

1.4 ขอบเขตของการศึกษา 15

1.5 ประโยชน์ของการศึกษา 16

บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 17

2.1 แนวคิดระบบสุขภาพ 17

2.2 แนวคิดระบบสุขภาพในประเทศไทยปัจจุบัน 19

2.3 แนวคิดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ 21

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ 26

2.5 แนวคิดประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน 29

2.6 กรอบแนวคิด 32

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย 33

3.1 รูปแบบของการวิจัย 33

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.2 กลุ่มตัวอย่าง 34
3.3 เครื่องมือในการวิจัย 35
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล 36
3.5 การจัดทำข้อมูลและวิเคราะห์ผล 36
บทที่ 4 ผลการศึกษา 37
4.1 ผลการศึกษาความสอดคล้องกันระหว่างการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ 37
4.2 ผลการศึกษาด้านการพัฒนา ปรับปรุงการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 43
4.3 ผลการศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการจากความเห็นของผู้บริหารส่วนกลาง 51
4.4 ผลการศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการจากความเห็นของผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาค 55
4.5 รวบรวมผลการศึกษา 57
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ 62
5.1 สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลการวิจัย 62
5.2 ข้อจำกัดในการวิจัย 75
5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 75
5.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 76
บรรณานุกรม 77
ภาคผนวก 79
ประวัติผู้เขียน 85

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ของ 4 วิชาชีพหลัก ภายใน 12 เขตสุขภาพ 2

ตารางที่ 2 : ระยะเวลารอคิวทำ Vascular Access AVG/AVF และจำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ทำเส้น ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562..... 12

ตารางที่ 3 ข้อแตกต่างระหว่างการบริหารกรอบอัตรากำลังในแบบเดิมและแบบใหม่..... 14

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามประเภทสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล 20

ตารางที่ 5 ผลการบริหารจัดการอัตราว่าง เขตสุขภาพที่ 1-12..... 67

ตารางที่ 6 International Benchmarking (จำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุข ต่อ ประชากร 1,000 คน)..... 70

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์กระบวนการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ 73

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ทิศทางและนโยบายการขับเคลื่อน Service Delivery Blueprint 7

ภาพที่ 2 หลักการการบริหารจัดการกำลังคนตามจัดระบบบริการ 8

ภาพที่ 3 นวัตกรรมการจัดระบบบริการเชิงพื้นที่ 12 เขตสุขภาพ (Service Delivery Blueprint) 9

ภาพที่ 4 การแปลงแผนกำลังตามการจัดระบบบริการ 10

ภาพที่ 5 นวัตกรรมการบริหารจัดการระบบบริการของเขตสุขภาพที่ 6 13

ภาพที่ 6 WHO.2007.Everybody's Business : Strengthening Health System to Improve Health Outcomes 17

ภาพที่ 7 กราฟแสดงข้อมูลการกระจายบุคลากรของเขตสุขภาพที่ 6 66

ภาพที่ 8 กราฟแสดงข้อมูลการกระจายบุคลากรของเขตสุขภาพที่ 1 – 12 67

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human resources for health, HRH) เป็นองค์ประกอบหนึ่งในระบบสุขภาพและเป็นปัจจัยสำคัญของการส่งมอบคุณค่าในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขประเด็นปัญหา 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ การขาดแคลนกำลังคน และการกระจายตัวของบุคลากรอย่างไม่เท่าเทียมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงในพื้นที่ชนบทกับพื้นที่เขตเมือง โดยมีการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) พัฒนายุทธศาสตร์ด้านการศึกษามุ่งเน้นผลิตคนให้ไปปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทที่มีปัญหาขาดแคลนกำลังคนอย่างรุนแรง เช่น โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท การผลิตพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาภาครัฐ 2) ทำสัญญาใช้ทุนให้บุคลากรที่สำเร็จการศึกษาในวิชาชีพที่ขาดแคลนเข้ารับราชการในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ยังคงพบว่ามีการลาออกระหว่างใช้ทุนในกลุ่มวิชาชีพแพทย์ ที่มักจะยอมเสียค่าปรับตามเงื่อนไขสัญญาการใช้ทุน 3) ยุทธศาสตร์สร้างแรงจูงใจ มุ่งรักษากำลังคนให้คงอยู่ ในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ ด้วยการเพิ่มหมวดหมู่ของรายได้โดยไม่ผิดระเบียบราชการ ได้แก่ เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าครองชีพ เงินค่าไม่ทำเวชปฏิบัติ ค่าพตส. ค่าเวรในและเวรนอกเวลา ค่าเวรบ่าย-ดึก ค่าตอบแทนพื้นที่พิเศษ และเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย รวมทั้งมีการสร้างแรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงินเพื่อเสริมแรงจูงใจ ทางการเงิน (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2554) ซึ่งการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ดังกล่าวล้วนส่งผลให้กำลังคนด้านสุขภาพ 4 สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร เพิ่มขึ้นนับตั้งแต่ปี พ.ศ.2522-2560 เป็นต้นมา แต่ก็ยังคงพบว่ามีปัญหาความขาดแคลนกำลังคน การกระจายตัวของบุคลากร ภาระงานที่มากกว่ากำลังคนส่งผลให้แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพในกระทรวงสาธารณสุขต้องทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพปัจจุบันยังคงเป็นเรื่องของกำลังคนด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ซึ่งในการที่จะทำให้มีกำลังคนเพียงพอนั้น จำเป็นต้องมีนโยบายมาสนับสนุนอย่างเป็นระบบตั้งแต่การผลิต การดึงดูดจูงใจให้คนทำงานในระบบ และการเพิ่มผลิตภาพกำลังคน โดยบุคลากรวิชาชีพที่พร้อมเข้ามาทำงานในตลาดแรงงานต่อเมื่อมีปัจจัยดึงดูดที่จูงใจมากพอ นอกจากนี้ การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่จังหวัด ถือได้ว่าเป็นตัวบ่งชี้ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพอีกด้วย (กฤษดา แสวงดี, วรารัตน์ ใจชื่น และณัฐธยาน์กร เดชา, 2562) ซึ่งในปีพ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้บริหารจัดการการจ้างงานทุกประเภท ด้วยอัตรากำลังขั้นต่ำร้อยละ 80

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ของกรอบอัตรากำลังของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้น โดยคำนึงถึงคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของประชาชน

1.1.1 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ ภาครัฐและเอกชน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2558 กับ รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2562 เรื่องสัดส่วนบุคลากรของวิชาชีพ 4 สาขาหลักภาพรวมประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน พบว่า

สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร	จาก 1 : 2,065	เป็น 1 : 1,674
สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร	จาก 1 : 9,425	เป็น 1 : 8,151
สัดส่วนเภสัชกรต่อประชากร	จาก 1 : 5,137	เป็น 1 : 4,358
สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร	จาก 1 : 423	เป็น 1 : 379

1.1.2 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากข้อมูลแผนการจัดระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพโดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Blueprint of Health Service and Human Resource) ปี พ.ศ. 2563 – พ.ศ. 2567 ของ 12 เขตสุขภาพ พบว่าทุกเขตสุขภาพยังมีความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ของ 4 วิชาชีพหลัก แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ของ 4 วิชาชีพหลัก ภายใน 12 เขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล
ความต้องการเพิ่มทั้งสิ้น	6,115	1,966	1,919	28,174
เขตสุขภาพที่ 1				
กรอบ	2,585	787	1,091	12,499
ปฏิบัติงานจริง	2,914	643	920	9,809
ขาด	(เกิน) 329	144	171	2,690
เขตสุขภาพที่ 2				
กรอบ	1,499	382	596	7,435
ปฏิบัติงานจริง	1,227	299	478	5,437
ขาด	272	83	118	1,998
เขตสุขภาพที่ 3				

เขตสุขภาพ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล
กรอบ	1,171	396	510	8,280
ปฏิบัติงานจริง	890	286	401	4,222
ขาด	281	110	109	4,058
เขตสุขภาพที่ 4				
กรอบ	1,993	554	821	9,284
ปฏิบัติงานจริง	1,331	419	630	7,460
ขาด	662	135	191	1,824
เขตสุขภาพที่ 5				
กรอบ	2,505	624	975	11,832
ปฏิบัติงานจริง	1,294	478	738	8,566
ขาด	1,211	146	237	3,266
เขตสุขภาพที่ 6				
กรอบ	3,525	605	984	11,612
ปฏิบัติงานจริง	2,926	481	750	9,006
ขาด	599	124	234	2,606
เขตสุขภาพที่ 7				
กรอบ	1,908	656	795	9,345
ปฏิบัติงานจริง	1,579	392	662	7,302
ขาด	329	264	133	2,043
เขตสุขภาพที่ 8				
กรอบ	2,006	624	842	9,814
ปฏิบัติงานจริง	1,244	400	673	7,776
ขาด	762	224	169	2,038
เขตสุขภาพที่ 9				
กรอบ	2,623	753	1,081	13,202
ปฏิบัติงานจริง	1,893	515	866	9,874
ขาด	730	238	215	3,328
เขตสุขภาพที่ 10				
กรอบ	1,789	544	764	9,332

เขตสุขภาพ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล
ปฏิบัติงานจริง	1,114	315	606	7,062
ขาด	675	229	158	2,270
เขตสุขภาพที่ 11				
กรอบ	2,132	630	807	10,212
ปฏิบัติงานจริง	1,253	415	658	7,504
ขาด	879	215	149	2,708
เขตสุขภาพที่ 12				
กรอบ	2,008	585	853	10,339
ปฏิบัติงานจริง	1,630	518	709	9,094
ขาด	378	67	144	1,245

(ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

1.1.3 การแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ตามที่องค์การสหประชาชาติกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ประกอบด้วย 17 เป้าหมายหลัก และ 169 เป้าประสงค์ เพื่อให้ประเทศสมาชิกนำไปปฏิบัติสู่การบรรลุเป้าหมายภายในปี พ.ศ 2573 ซึ่งเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เป้าหมายหลักข้อ 3 คือ การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good health and well-being) อันเป็นหน้าที่ของบุคลากรด้านสุขภาพที่จะต้องร่วมมือกันทำให้บรรลุเป้าหมาย โดยมีเป้าประสงค์ข้อ 3.c คือ เพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพทั้งด้านการเงิน การคลังสุขภาพจากภาครัฐ การผลิต การกระจายและสร้างบุคลากรสุขภาพที่มีคุณภาพในระบบบริการสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาและในพื้นที่ยากลำบากหรือห่างไกล (พรรณี ปานเทวัญ, 2562) และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพระดับโลกขององค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2573 ไว้ว่าให้ทุกประเทศสมาชิกลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการจากกำลังคนด้านสุขภาพลงครึ่งหนึ่ง ให้ทุกประเทศสมาชิกเพิ่มอัตราผลสำเร็จจากการศึกษาของแพทย์ พยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ให้ทุกประเทศสมาชิกลด การนำเข้ากำลังคนด้านสุขภาพจากต่างประเทศตามแนวปฏิบัติองค์การอนามัยโลก (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, 2561) และในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ก็ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและส่งเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งมีประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ประเด็นย่อยที่ 4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี โดยนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่มาใช้ในการสร้างความเป็นเลิศทางด้านบริการทางการแพทย์และสุขภาพแบบครบวงจรและทันสมัย ที่รวม

ไปถึงการพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ในการให้คำปรึกษา วินิจฉัย และพยากรณ์การเกิดโรคล่วงหน้า การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางไกลให้มีความหลากหลาย เข้าถึงง่าย เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในพื้นที่ห่างไกล มีการเชื่อมโยงผลิตภัณฑ์เข้ากับอินเทอร์เน็ต ทางด้านสุขภาพ และจัดให้มีระบบการเก็บข้อมูลสุขภาพของประชาชนตลอดช่วงชีวิตให้มีประสิทธิภาพ โดยอยู่บนพื้นฐานความยั่งยืนทางการคลัง รวมถึงการปฏิรูประบบการเก็บภาษีและรายจ่ายเพื่อให้บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ ในการสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับประชาชนทุกช่วงวัยอย่างมีประสิทธิภาพ พอเพียง เป็นธรรม และยั่งยืน 2) ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ซึ่งมีประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ ประเด็นย่อยที่ 7 สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการศึกษาโดยเฉพาะสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาส โดยในด้านสาธารณสุข เน้นการกระจายทรัพยากรและเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล ให้กระจายไปยังพื้นที่อำเภอ ตำบล เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึง การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย ให้ได้รับบริการที่ไม่มีความเหลื่อมล้ำในด้านคุณภาพ รวมทั้งระบบคุ้มครองการรักษาพยาบาลต่อการเจ็บป่วยที่สร้างภาระทางการเงินโดยไม่คาดคิด หรือเกินขีดความสามารถของผู้มีรายได้น้อย สนับสนุนส่งเสริมให้สังคมเข้ามา มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพรวมถึงการพัฒนาสถานพยาบาลให้มีคุณภาพและมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรตามมาตรฐานสากลในทุกพื้นที่และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริการสาธารณสุข และในแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกำหนดไว้ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบบริหารจัดการดานสุขภาพ ด้านระบบบริการสาธารณสุข ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลัง กำหนดเป้าหมายที่เกี่ยวกับด้านกำลังคนสุขภาพ ได้แก่ 1) สัดส่วนบุคลากรสุขภาพต่อประชากรในระดับประเทศเพียงพอสอดคล้องกับระดับการพัฒนา 2) ความเหลื่อมล้ำของการกระจายบุคลากรสุขภาพระหว่างเขตสุขภาพลดลง และไม่มีพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรซ้ำซาก 3) องค์กรและหน่วยงานในระดับต่างๆ มีสมรรถนะในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ มีการลงทุนเพื่อการพัฒนาทุนมนุษย์ที่เหมาะสม 4) มีระบบข้อมูลสารสนเทศระดับชาติที่รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสุขภาพ

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงเชื่อมโยงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติตามแนวทางของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี นโยบายรัฐบาล นโยบายประเทศไทย 4.0 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 รวมทั้งแนวนโยบายรัฐบาล และประเด็นเร่งด่วน โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ

ด้วย 4 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ได้แก่ Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ) 2) Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ) 4) Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล) ซึ่งในยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับการวางแผนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพตามกรอบยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ People Excellence Strategy ที่ประกอบด้วย 1) การวางแผนกำลังคนที่เหมาะสม และการพัฒนาระบบข้อมูลประกอบการวางแผน (Human Resource Planning : HRP) 2) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ รวมถึงการผลิตกำลังคน (Human Resource Development : HRD) 3) การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management : HRM) และ 4) การบูรณาการเครือข่ายด้านกำลังคน (Human Resource Network : HRN) ซึ่งมีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ ตามรูปแบบการบริหารจัดการในลักษณะเขตสุขภาพและมีสำนักงานเขตสุขภาพ เพื่อให้การบริหารจัดการทรัพยากรเป็นไปด้วยความคล่องตัว สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยมีการจัดแบ่งกลุ่มจังหวัดครอบคลุมประชากรประมาณ 2 ถึง 8 ล้านคนต่อ 1 เขตสุขภาพ ให้มีขนาดที่เหมาะสม (Economy of scale) ในการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเอื้อต่อการพัฒนาระบบส่งต่อ ดังนี้

1) เขตสุขภาพที่ 1 รับผิดชอบ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน

2) เขตสุขภาพที่ 2 รับผิดชอบ 5 จังหวัด ได้แก่ ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์

3) เขตสุขภาพที่ 3 รับผิดชอบ 5 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร นครสรรค์ อุทัยธานี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4) เขตสุขภาพที่ 4 รับผิดชอบ 8 จังหวัด ได้แก่ นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง

5) เขตสุขภาพที่ 5 รับผิดชอบ 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี

6) เขตสุขภาพที่ 6 รับผิดชอบ 8 จังหวัด ได้แก่ จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ

7) เขตสุขภาพที่ 7 รับผิดชอบ 4 จังหวัด ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด

8) เขตสุขภาพที่ 8 รับผิดชอบ 7 จังหวัด ได้แก่ นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี

9) เขตสุขภาพที่ 9 รับผิดชอบ 4 จังหวัด ได้แก่ ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์

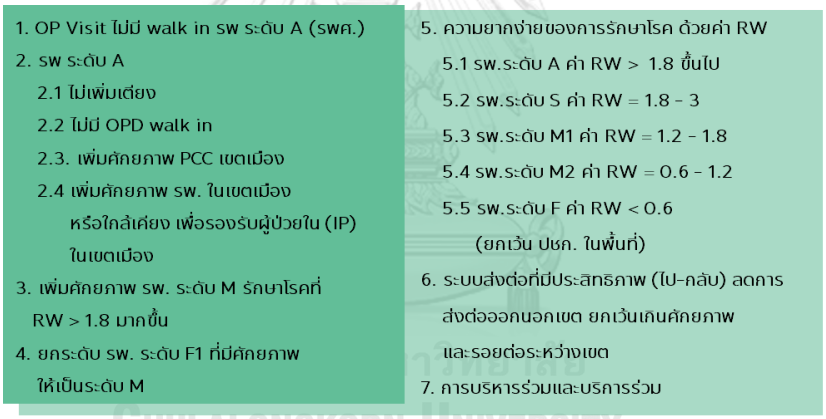
10) เขตสุขภาพที่ 10 รับผิดชอบ 5 จังหวัด ได้แก่ มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ

11) เขตสุขภาพที่ 11 รับผิดชอบ 7 จังหวัด ได้แก่ กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี

12) เขตสุขภาพที่ 12 รับผิดชอบ 7 จังหวัด ได้แก่ ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา สตูล

ปัจจุบันในการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มต้นจากการออกแบบการวางระบบบริการที่เหมาะสมแล้วจึงจัดกระบวนทัศน์ของการวางแผนกำลังคนเชิงพื้นที่ตามบริบทของแต่ละเขตสุขภาพ โดยในปี พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดทิศทางและนโยบายการขับเคลื่อน Service Delivery Blueprint เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้เขตสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เป็นธรรม ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ทิศทางและนโยบายการขับเคลื่อน Service Delivery Blueprint

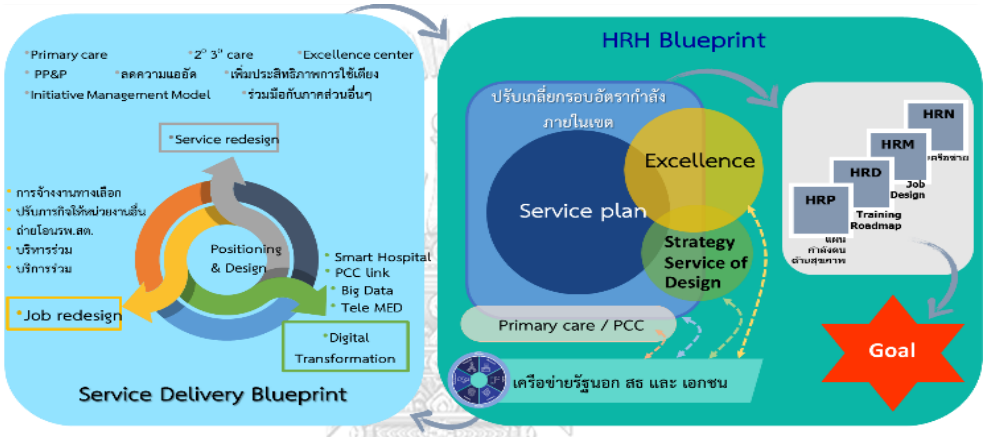


(ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากภาพที่ 1 จะเห็นได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้วางทิศทางและนโยบายในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP Visit) ไม่ให้มีการ walk in ในโรงพยาบาลระดับ A หรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป เช่น ท้องเสีย ปวดหัว เป็นต้น เพื่อผลักดันให้ประชาชนเข้ารับการรักษาเบื้องต้นที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิก่อน และการไม่มี OPD walk in ก็คือผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์ จะต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น และมุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพการให้บริการในโรงพยาบาลศูนย์ในเขตเมือง เพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองด้วยการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) อันเนื่องมาจากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของเขตเมือง ที่ทำให้การให้บริการไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน ตลอดจนการ

พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยให้รวดเร็ว ปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการขับเคลื่อน Service Delivery Blueprint ใน 12 เขตสุขภาพ สู่การวางแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามบริบทพื้นที่ จากการออกแบบระบบบริการใหม่ (Service redesign) การออกแบบงานใหม่ (Job redesign) และการปฏิรูปด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Transformation) เพื่อเป็นฐานคิดในการวางแผนกำลังคนที่สอดคล้องเชื่อมโยงตามการออกแบบระบบบริการสุขภาพ เกิดการบริหารจัดการกำลังคนรูปแบบใหม่ ตามกรอบยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ People Excellence Strategy ให้สามารถบริหารจัดการและกระจายกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชน ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 หลักการการบริหารจัดการกำลังคนตามจัดระบบบริการ

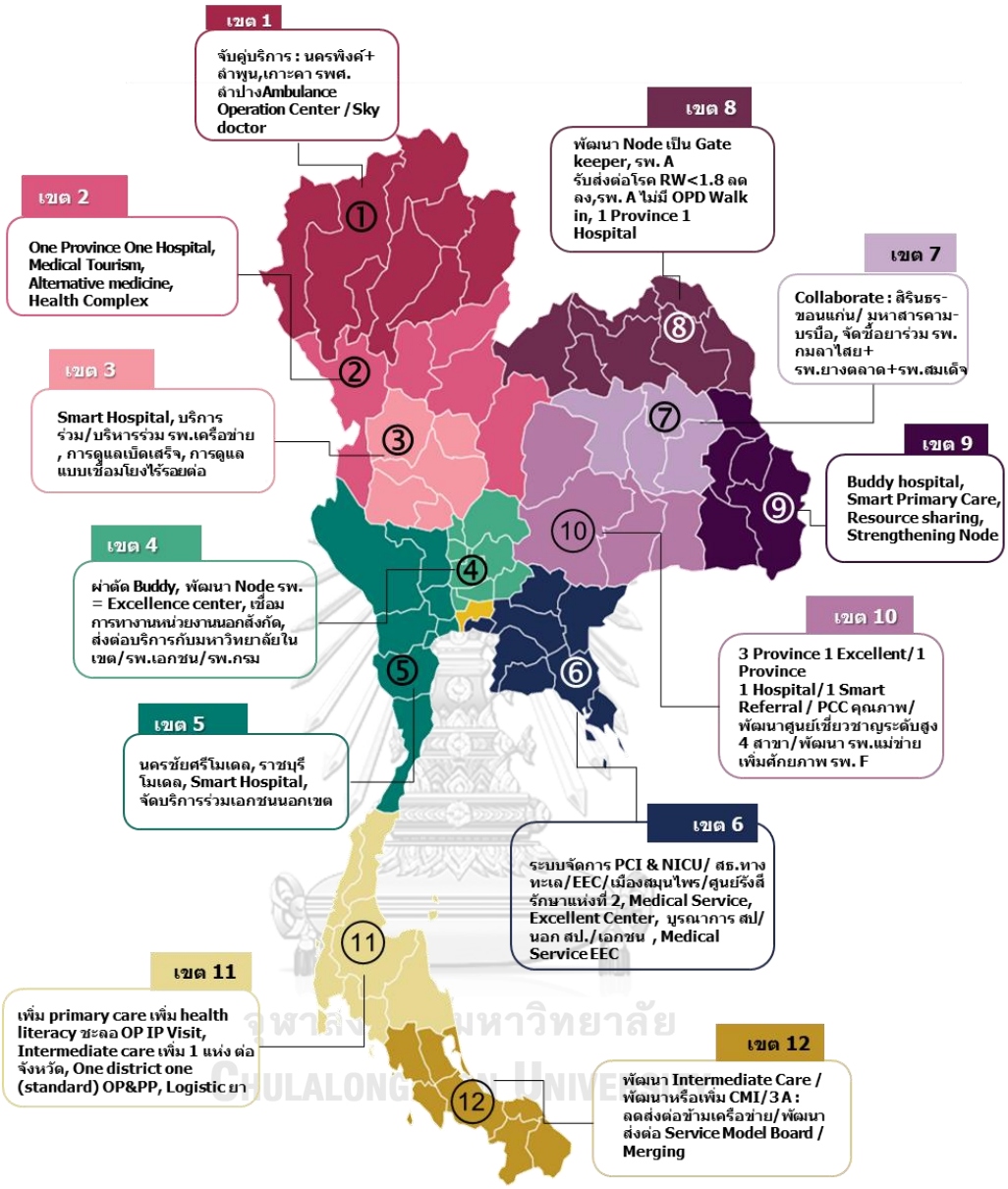


(ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การวางแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามบริบทของพื้นที่นั้น เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมเชิงพื้นที่ขึ้นมาสำหรับใช้จัดระบบบริการของทั้ง 12 เขตสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังภาพที่ 3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาพที่ 3 นวัตกรรมการจัดระบบบริการเชิงพื้นที่ 12 เขตสุขภาพ (Service Delivery Blueprint)

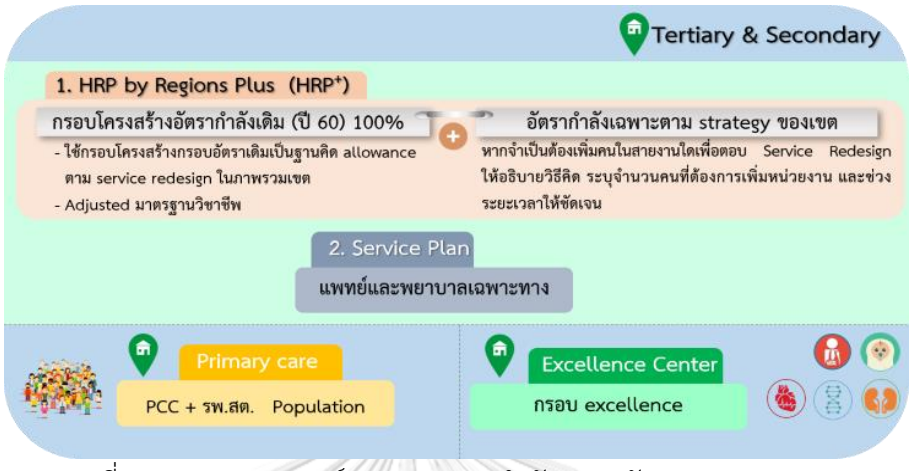


(ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

โดยการแปลงแนวทางการจัดระบบบริการในแต่ละระดับของหน่วยบริการสุขภาพสำหรับการนำมาวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ จะทำการเลือกใช้เครื่องมือ “HRP by Regions Plus (HRP^{+})” ซึ่งเป็นการหยิบใช้กรอบโครงสร้างอัตรากำลังเดิมของปี พ.ศ. 2560 ที่เป็นกรอบ100% มารวมกับอัตรากำลังตาม Strategic ของเขตสุขภาพ ที่เป็นไปตามเป้าหมายและตำแหน่ง (Positioning) การจัดบริการของเขตสุขภาพ พร้อมทั้งทำการพิจารณาจากกรอบ Service Plan กรณีเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ ใช้การบริหารจัดการกรอบ

อัตรากำลังใน Primary care กรณีเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และใช้กรอบ Excellence center กรณีเป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4 การแปลงแผนกำลังตามการจัดระบบบริการ



(ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

1.1.4 กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข

เนื่องจากว่าแต่ละเขตสุขภาพก็มีความแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ ผู้วิจัยจึงเลือกเสนอเฉพาะเพียงบริบทพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 เป็นกรณีศึกษา โดยในเชิงรายละเอียดของบริบทพื้นที่อันมีความแตกต่างและหลากหลายในพื้นที่เองสูงมาก กล่าวคือในพื้นที่เป็นทั้งเขตอุตสาหกรรมและพื้นที่ท่องเที่ยว ที่ตั้งอยู่ภาคตะวันออกของไทย ครอบคลุมพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว และปราจีนบุรี มีเขตชายแดนติดประเทศกัมพูชา มีจุดผ่านแดนถาวรในสระแก้ว จันทบุรี และตราด มีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก Special Economic Zone : SEZ และเป็นพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก Eastern Economic Corridor : EEC และมีการปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบเขตปกครองพิเศษ คือ เมืองพัทยา กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)รวมทั้ง มีนิคมอุตสาหกรรมกระจายอยู่ในพื้นที่ จำนวน 44 แห่ง โรงงานอุตสาหกรรม 17,591 แห่ง ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2563 (การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทยกรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2563) ซึ่งในเขตเศรษฐกิจพิเศษ Special Economic Zone : SEZ มี 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสระแก้วเชื่อมต่อกัมพูชาซึ่งอยู่ใกล้เขตเศรษฐกิจพิเศษ 3 แห่ง คือ ปอยเปต-โอเนียง ซันโค-ปอยเปต และ เมืองศรีโสภณ และสามารถออกทะเล โดยผ่านท่าเรือของเวียดนาม และจังหวัดตราด เชื่อมต่อเขตเศรษฐกิจพิเศษเกาะกงของกัมพูชา สามารถเชื่อมต่อท่าเรือสีหนุวิลล์ และท่าเรือแหลมฉบัง มักพบปัญหาสุขภาพจากวิถีชีวิต สาธารณภัย อุบัติเหตุทางการคมนาคมทางน้ำทางบก โรคจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม โรคติดต่อการเข้าถึงบริการ และระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก Eastern Economic Corridor : EEC มี 3 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา มักพบปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของเสียจากการขยายตัวของชุมชนและ

อุตสาหกรรม ปริมาณขยะ น้ำเสีย เพิ่มขึ้น มลพิษทางอากาศ จึงต้องให้ความสำคัญในการวางแผนและเตรียมความพร้อมโครงสร้างพื้นฐานด้านสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก คาดการณ์แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรในพื้นที่ EEC ในปี พ.ศ.2565 จะมีประชากรประมาณ 4.38 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2580 จะมีประชากรประมาณ 6 ล้านคน จากที่ภาพรวมทั้งเขตสุขภาพที่ 6 ต้องรับผิดชอบดูแลประชากรจำนวนทั้งสิ้น 6,199,296คน เพศหญิง 3,173,962คนและเพศชาย 3,025,334คน จังหวัดที่มีประชากรมากที่สุดคือจังหวัดชลบุรี จำนวน 1,566,885คนรองลงมาจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 1,351,479คน จังหวัดระยอง จำนวน 741,524 คน จังหวัดฉะเชิงเทรา 720,718คน จังหวัดสระแก้ว 560,925คน จังหวัดจันทบุรี 535,559จังหวัดปราจีนบุรี 493,670คน และจังหวัดตราดน้อยที่สุด จำนวน 228,536คน ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2563 (ระบบทางการทะเบียน สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ,2563) ในขณะที่ประชากรที่เข้ามารับบริการตามสิทธิ์สวัสดิการรักษาพยาบาลในพื้นที่ มีจำนวนทั้งสิ้น 7,528,713 คน แบ่งเป็น สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 4,193,048 คน คิดเป็นร้อยละ 55.69 สิทธิ์ประกันสังคม จำนวน 2,747,400 คน คิดเป็นร้อยละ 36.49 สิทธิ์ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 376,142 คน คิดเป็นร้อยละ 5 สิทธิ์อื่นๆ จำนวน 182,835 คน คิดเป็นร้อยละ 2.43 ค่าว่าง จำนวน 25,095 คน คิดเป็นร้อยละ 0.33 บุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ) จำนวน 4,193 คน คิดเป็น 0.06 ข้อมูล ณ 9 มีนาคม 2564 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ดังนั้น เขตสุขภาพที่ 6 จึงออกแบบระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบบริการตามเป้าหมายเฉพาะพื้นที่หรือตามประเด็นการพัฒนา ประกอบด้วย ประเด็น EEC ประเด็นยุทธศาสตร์ชายแดน ประเด็นยุทธศาสตร์ทางทะเล ประเด็นการพัฒนาด้าน Palliative Care และIntermediate Care 2) รูปแบบการบริการที่ตอบสนองยุทธศาสตร์ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ การบริการด้านส่งเสริมป้องกันและการรักษา (ผู้ป่วยนอก) เพิ่มขึ้น กลุ่มผู้ป่วยในที่มี RW< 1.2 เพิ่มขึ้น มีความเชี่ยวชาญในเรื่องเมืองสมุนไพร (ปราจีนบุรี จันทบุรีและสระแก้ว) ระดับทุติยภูมิ กลุ่มผู้ป่วยนอกและการส่งเสริมป้องกันลดลง ผู้ป่วยในที่มีRW < 1.8 เพิ่มขึ้น มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย IMC,OCC med และBorder health พื้นที่จังหวัดตราด และสระแก้วระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยนอกมาจากระบบส่งต่อเท่านั้น การส่งเสริมป้องกันในพื้นที่เขตเมืองเป็นความร่วมมือจัดบริการของท้องถิ่นและเอกชน ผู้ป่วยในที่มี RW>1.8 เพิ่มขึ้น และมีความเชี่ยวชาญในด้านเวชศาสตร์ที่รองรับจัดบริการรองรับเขตพัฒนาภาคตะวันออก (EEC) และเวชศาสตร์ทางทะเล และจากการประเมินปัญหาสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่าโรคไม่ติดต่อ เบาหวานและความดันโลหิตสูงยังเป็นปัญหาลำดับแรก รองมาโรคไข้เลือดออก อุบัติเหตุการจราจร โรคพิษสุนัขบ้า ภัยจากสัตว์ทะเลมีพิษ และภัยในแหล่งเที่ยวชายทะเล และการให้บริการอาชีวอนามัยและอาชีวเวชกรรมไม่ครอบคลุม

ดังนั้น จึงได้มีการดำเนินงานพัฒนานวัตกรรมการบริหารจัดการระบบบริการในเขตสุขภาพที่ 6 (Initiative Management) กำหนดรูปแบบการดำเนินงาน คือ “Peer to Peer Service Sharing”

พัฒนาและเกิดรูปแบบระบบบริการแบบพี่น้องช่วยกันเพื่อแก้ปัญหาร่วมของเขต และพัฒนาและเกิดรูปแบบการบริหารทรัพยากรในเขตสุขภาพแบบพี่น้องช่วยกันโดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

1) Peer to Peer ระดับเขตสุขภาพ กำหนดหัวข้อการดำเนินการ คือ Kidney Vascular Access จากการวิเคราะห์ข้อมูลระยะเวลารอคิวทำ Vascular Access AVG/AVF, จำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ทำเส้นและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำ Vascular Access และหน่วยบริการ Hemodialysis (สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 : ระยะเวลารอคิวทำ Vascular Access AVG/AVF และจำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ทำเส้น ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562

จังหวัด	ระยะเวลารอ (วัน)		จำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ทำ Vascular Access
	ปี 2560	ปี 2561	
ชลบุรี	84.4	88.9	5 (สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
ระยอง	N/A	99	40
จันทบุรี	N/A	15	21
ตราด	45	49	3
สมุทรปราการ	N/A	90	0 (สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
ฉะเชิงเทรา	N/A	90	43
ปราจีนบุรี	24	12	51
สระแก้ว	N/A	90	38

(ที่มา : เขตสุขภาพที่ 6, 2562)

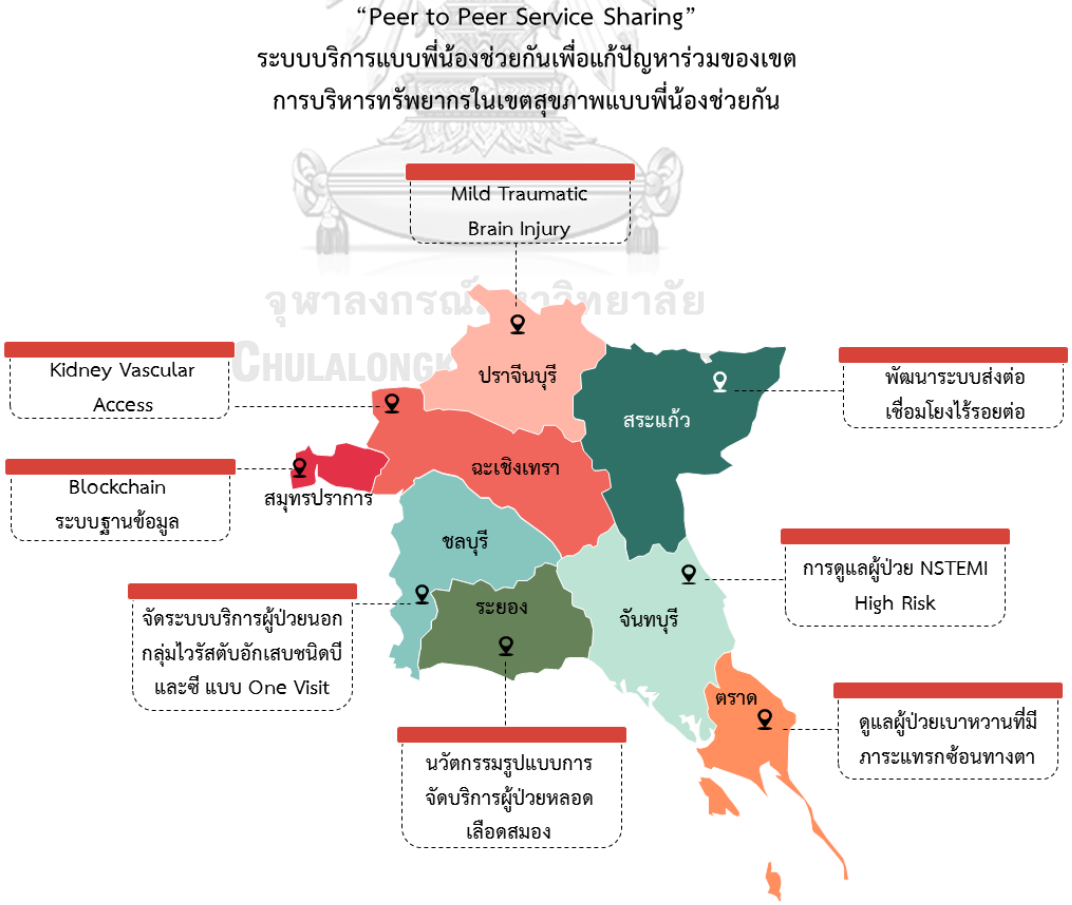
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จึงกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) ในการทำ Vascular Access เพิ่มการเข้าถึงบริการ และมีการใช้ทรัพยากรร่วมภายในเขตสุขภาพ โดยมีการดำเนินการ 1. สร้างทีมเครือข่ายพี่เลี้ยงการทำ Vascular access ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป หน่วยบริการละ 1 คน ร่วมมือกับแพทย์แกนนำทุกจังหวัด และในตัวแทนแพทย์ศัลยกรรม (จังหวัดละ 1 คน) และแพทย์ Nephro (จังหวัดละ 1 คน) 2. การลงทะเบียนผู้ป่วย โดยผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ต้องทำ Hemodialysis ผ่าน Web Monitor โดยเขตสุขภาพ 3. พัฒนาศักยภาพให้ทุกจังหวัดสามารถทำ Vascular Access ได้ 4 จังหวัด 4.พัฒนาศักยภาพให้ทุกจังหวัดสามารถทำ Vascular Access ได้ครบ 8 จังหวัด ซึ่งในการพัฒนานี้จะใช้ระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-2564 และวางเป้าหมายปี พ.ศ.2562 คือ 1. ลดการส่งต่อ 2. ลดการรอ

คอย 3. แพทย์ได้รับการอบรม Vascular Access (โรงพยาบาลศูนย์ อย่างน้อย 2 คนและโรงพยาบาลทั่วไป อย่างน้อย 1 คน) เป้าหมายปี พ.ศ.2563 คือ 1 โรงพยาบาลระดับ A ทุกแห่งสามารถทำ Vascular Access ได้ 2. Refer Out ลดลงร้อยละ 50 จากปี พ.ศ. 2562 เป้าหมายปี พ.ศ. 2564 1. Refer Out เป็นศูนย์ ยกเว้นกรณี Case ยาก 2. มีแพทย์ที่สามารถทำ Vascular Access อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

2) Peer to Peer ระดับจังหวัด ได้แก่ จันทบุรี การจัดการระบบบริการเป็นการดูแลผู้ป่วย NSTEMI High risk, ฉะเชิงเทรา Kidney Vascular Access, ชลบุรี การจัดการระบบบริการเป็นรูปแบบการจัดระบบบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มไวรัสตับอักเสบชนิดบี และซี แบบ One Visit, ตราด การจัดการระบบบริการเป็นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ แทรกซ้อนทางตา, ปราจีนบุรี การจัดการระบบบริการเป็น Mild Traumatic Brain Injury, ระยอง การจัดการระบบบริการเป็นนวัตกรรมรูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Stroke), สมุทรปราการ การจัดการระบบบริการเป็นการใช้ Blockchain ในการพัฒนาระบบฐานข้อมูล และสระแก้ว การจัดการระบบบริการเป็นการพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงไร้รอยต่อ ดังภาพที่ 5

ภาพที่ 5 นวัตกรรมการบริหารจัดการระบบบริการของเขตสุขภาพที่ 6



(ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

โดยที่ผ่านมา อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข ได้อนุมัติหลักการบริหารกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเลือกเขตสุขภาพที่ 6 เป็นหน่วยงานนำร่องบริหารกรอบอัตรากำลังในภาพรวมทุกสายงานและทุกประเภทการจ้างงาน ในรูปแบบสนามทดลองนวัตกรรมการบริหารจัดการกำลังคน (Sandbox) เพื่อขยายผลครอบคลุม 12 เขตสุขภาพ ต่อไปนั้น พบว่ามีข้อแตกต่างระหว่างการบริหารกรอบอัตรากำลังในแบบเดิมและแบบใหม่ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อแตกต่างระหว่างการบริหารกรอบอัตรากำลังในแบบเดิมและแบบใหม่

ประเด็นพิจารณา	แบบเดิม	แบบใหม่
1.ขอเปลี่ยนแปลงกรอบอัตรากำลังเพิ่มลดในสายงานเดิม	เสนอคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพกลั่นกรองแล้ว จึงเสนอต่อ อ.ก.พ.กระทรวงอนุมัติ	เสนอคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพอนุมัติ
2.การปรับกรอบข้ามสายงาน ข้ามหน่วยงาน ข้ามจังหวัดภายในเขตเดียวกัน	ไม่สามารถทำได้	สามารถทำได้กรณียังไม่เกินกรอบภาพรวมของเขต และไม่เป็นการปรับกรอบบอัตรากำลังจากสายวิชาชีพเป็นสายสนับสนุน
3.ขอจ้างงานเพิ่ม	จ้างได้ไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่กำหนดไว้ในแต่ละสายงาน ในระดับละหน่วยงาน	จ้างได้ตามความจำเป็นโดยไม่เกินกรอบภาพรวมของเขตสุขภาพ
4.ขอปรับกรอบข้ามเขต	ไม่สามารถทำได้	เสนอคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพกลั่นกรองแล้ว จึงเสนอต่อ อ.ก.พ.กระทรวงอนุมัติ

เขตสุขภาพที่ 6 จึงได้วางกลยุทธ์แก้ไขข้อจำกัดในระเบียบ กฎหมายที่มีผลต่อระบบราชการ ตามการออกแบบแผนกำลังคนด้านสุขภาพใหม่ เป็นแผนอัตรากำลังตามการจัดระบบบริการ HRP by Regions Plus (HRP^{+}) ที่สอดคล้องตาม ROADMAP การพัฒนา PCC ในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก EEC ที่ใช้ PPP Model Redesign Blueprint โดยการปรับกรอบอัตรากำลัง 3 รูปแบบ ตามกลไกการขับเคลื่อนของ อกพ. เขตสุขภาพ ดังนี้

แบบที่ 1 ชลบุรี จังหวัดที่มีหน่วยงานบริการยกระดับ และพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก EEC โดยปรับเกลี่ยกรอบอัตรากำลังตามปริมาณงานปัจจุบัน (IPD,OPD) และการเพิ่มงานตามรูปแบบการจัดบริการที่สำคัญ (จำนวนเตียง) โดยใช้เกณฑ์ที่มีการตกลงร่วมกัน ปรับทั้ง ข้าม รพ. และ ข้ามสายงานหรือกลุ่มงานในหน่วยเดียว

แบบที่ 2 ระยอง ฉะเชิงเทรา จันทบุรี ตราด โดย ปรับเกลี่ยกรอบอัตรากำลังตามการเพิ่มงานตาม service ที่สำคัญ (จำนวนเตียง)โดยใช้เกณฑ์ที่มีการตกลงร่วมกัน ปรับทั้งข้ามโรงพยาบาล และข้ามสายงานหรือกลุ่มงานในหน่วยเดียว

แบบที่ 3 สระแก้ว สมุทรปราการ ปราจีนบุรี โดย ปรับเกลี่ยกรอบอัตรากำลังตามการเพิ่มงานตาม service ที่สำคัญ (จำนวนเตียง) โดยใช้เกณฑ์ที่มีการตกลงร่วมกัน ปรับเฉพาะข้ามสายงานหรือกลุ่มงานในหน่วยเดียว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 6 มาเป็นกรณีศึกษาจากการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ดำเนินการในรูปแบบ Sandbox ไปบ้างแล้ว เพื่อศึกษาด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข และศึกษาว่าการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพมีความสอดคล้องกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพหรือไม่ อย่างไร ซึ่งจะกล่าวไปในบทต่อไป

1.2 คำถามงานวิจัย

1) เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข มีการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพหรือไม่อย่างไร

2) การบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1) เพื่อศึกษาด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข

2) เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนา ปรับปรุงการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข โดยเก็บข้อมูลจากสัมภาษณ์ (Interviews) โดยการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการใช้การสัมภาษณ์ บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากส่วนกลาง ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน 1 ท่าน ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากร จำนวน 1 ท่าน ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท 1 ท่าน ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข จำนวน 1

ท่าน และส่วนภูมิภาค ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง จำนวน 1 ท่าน, รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 1 ท่าน, หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 1 ท่าน จำนวนทั้งหมด 8 คน โดยใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูล ตั้งแต่ เดือนเมษายน ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564

1.5 ประโยชน์ของการศึกษา

1) ทราบถึงความสอดคล้องระหว่างการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ของเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข

2) ทราบถึงขีดความสามารถในการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ ของเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข

3) สามารถนำผลการศึกษาไปประกอบการพัฒนาข้อเสนอนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

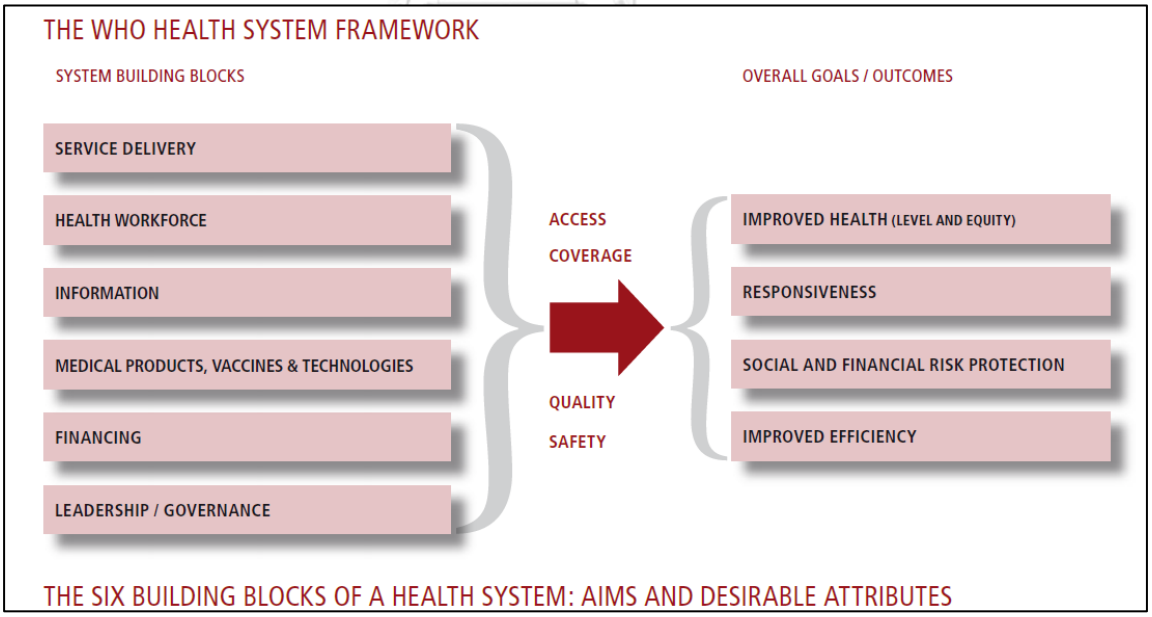
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพ นับเป็นองค์ประกอบในเชิงบทบาทหน้าที่ที่มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาวะกายและจิตที่ดี ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูการทำงานของร่างกาย และการสร้างความแข็งแกร่ง และความพร้อมของสาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และภัยพิบัติ และในการดำเนินการจัดระบบสุขภาพที่ดีนั้น ควรมองถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของทุกคน ยึดมั่นในหลักศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรม ตลอดจนให้ความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์แก่ชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม (webmaster สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2013 : ออนไลน์) หากมองจากความมุ่งหวังข้างต้น ระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ต้องยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการทำกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริม ฟื้นฟู และธำรงสุขภาพของประชาชน ตามองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ดังภาพที่ 6

ภาพที่ 6 WHO.2007.Everybody's Business : Strengthening Health System to Improve Health Outcomes



ตามที่องค์การอนามัยโลก ได้วางกรอบโครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่

การบริการสุขภาพ หมายถึง บริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญต่อการ

สร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป

กำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง ผู้ให้บริการ ด้วยกำลังคนที่เพียงพอ มีความรู้ มีสัดส่วนของความชำนาญที่เหมาะสม ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม

ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ หมายถึง ความพร้อมและการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา แนวโน้ม ความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการบรรลุตัวชี้วัดในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ทั่วถึง เป็นธรรม

ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน/เทคโนโลยี หมายถึง ยา เวชภัณฑ์ วัคซีน เครื่องมือ อุปกรณ์การวินิจฉัย และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน คุณภาพ ความปลอดภัย มีระบบการขนส่งที่ดี มีข้อบ่งชี้ในการใช้

การเงินการคลังด้านสุขภาพ หมายถึง ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม ลดภาระการใช้จ่ายของภาครัฐและส่วนบุคคล ผ่านการระดมเงินทุน จัดสรร และบริหารงบประมาณที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ

การนำองค์การ/อภิบาลระบบสุขภาพ หมายถึง การกำกับดูแลให้องค์กรสุขภาพดำเนินภารกิจอย่างเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการที่มุ่งแก้ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน และคาดการณ์ปัญหาในอนาคต

โดยองค์ประกอบของระบบสุขภาพดังกล่าวสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ 4 ประการ คือ ช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น (improved health) ตอบสนองความคาดหวังของประชาชน (responsiveness) การปกป้องประชาชนจากปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วย (social and financial risk protection) และ ปรับปรุงประสิทธิภาพ (improved efficiency) (World Health Organization, 2007)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.1.2 ระบบสุขภาพ (Health System) ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งมีความหมายครอบคลุมตั้งแต่สุขภาพเฉพาะบุคคล สุขภาพที่ดำเนินนอกตัวบุคคล กิจกรรมต่างๆที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ และกิจกรรม ใดก็ตามที่ส่งผลต่อสุขภาพ ทั้งนี้ระบบสุขภาพอาจนิยามจากบทบาทหน้าที่หรือองค์ประกอบรวมไปถึงการมีกลไกกระบวนการ ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2.2 แนวคิดระบบสุขภาพในประเทศไทยปัจจุบัน

2.2.1 ภาพรวมระบบสุขภาพของประเทศไทย

ปัจจุบันระบบสุขภาพของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดจากระบบสาธารณสุข (Public Health System) ไปสู่แนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health System) ได้มีวิวัฒนาการของการนำเอารูปแบบการอภิบาลแบบเครือข่ายเข้ามาเสริมการอภิบาลโดยรัฐ ที่จะทำให้เกิดความเป็นธรรม คุณภาพประสิทธิภาพ มีนวัตกรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพและมีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น โดยที่ระบบสุขภาพของประเทศไทยประกอบด้วย 2 กลไก คือ 1) กลไกระดับชาติ ที่มาจากการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่มีการจัดตั้งกลไกเชื่อมโยงทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภาคีเครือข่ายภาครัฐและภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) กลไกระดับพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะ National Health Authority ทำหน้าที่บูรณาการนโยบายยุทธศาสตร์งาน และทรัพยากรกับหน่วยงานองค์กรอื่นๆ แต่ด้วยภารกิจที่มีมาก ทำให้ในการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขตั้งแต่ระดับชาติถึงระดับตำบลหมู่บ้านนั้น ไม่สามารถใช้ระบบสั่งการแบบบนลงล่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีแนวคิดสนับสนุนให้เกิดระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ตั้งแต่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2556 และใช้การบริหารในรูปแบบเขตสุขภาพในลักษณะการกระจายอำนาจออกจากส่วนกลางไปยังเขตพื้นที่ มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีการจัดระบบบริการที่อาศัยหลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) ออกเป็น 12 เขต โดยเชื่อมโยงบริการระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ผ่านเครือข่ายบริการสุขภาพ 12 เครือข่าย แทนการขยายโรงพยาบาลเป็นแห่ง ๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2.2.2 ระบบสวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยปัจจุบันใช้ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล 3 ระบบหลัก ได้แก่ 1) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 2) ระบบประกันสังคมอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ด้วยวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองลูกจ้างผู้ประกันตน 3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ ให้สามารถครอบคลุมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนทุกคน ทำให้บริการ

สุขภาพที่จำเป็น ได้รับการคุ้มครอง โดยคำนึงถึงสิทธิของประชาชนในการเลือกหน่วยบริการของตนเอง ซึ่งทั้ง 3 ระบบ มีการเชื่อมโยงข้อมูลกัน โดยอาศัยเลขบัตรประจำตัวประชาชนเป็นเลขอ้างอิงในการตรวจสอบสิทธิของประชาชน เพื่อป้องกันปัญหาการใช้สิทธิซ้ำซ้อน (ฐิตินาถ ภูมิถาวร, 2563) นอกจาก 3 ระบบหลัก ยังมีสวัสดิการรักษาพยาบาลที่ประชาชนบางส่วนใช้อยู่ ได้แก่ กองทุนเงินทดแทนแรงงาน สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการของหน่วยงานอิสระของรัฐ สวัสดิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง สวัสดิการอื่น ๆ เช่น สวัสดิการครูเอกชน สิทธิทหารผ่านศึก สวัสดิการค่ารักษาของนักเรียน นิสิต นักศึกษา ในแต่ละโรงเรียนหรือสถาบัน เป็นต้น ทั้งนี้สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจข้อมูลด้านอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 พบว่า ประชากรได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ จากร้อยละ 99.15 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 99.33 ในปี 2562 และประเภทสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับสูงสุดคือ บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 75.9 รองลงมาคือ บัตรประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทนร้อยละ 17.82 และสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 6.60 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามประเภทสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ประเภทสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	2554		2556		2558		2560		2562	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวม	67,495,323	100.00	66,263,166	100.00	67,163,733	100.00	67,572,274	100.00	67,921,857	100.00
ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	1,111,035	1.65	1,030,089	1.55	877,280	1.31	546,880	0.81	412,150	0.61
มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	66,179,136	98.05	65,147,398	98.32	66,167,045	98.52	66,999,645	99.15	67,463,407	99.33
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	52,426,978	77.67	49,298,203	74.40	49,832,538	74.20	51,126,352	75.66	51,552,337	75.90
ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน	7,650,439	11.33	10,183,530	15.37	10,844,015	16.15	11,620,009	17.20	12,100,609	17.82
สวัสดิการข้าราชการ / ข้าราชการบำนาญ	5,828,674	8.64	5,679,965	8.57	4,973,958	7.41	4,782,032	7.08	4,482,739	6.60
รัฐวิสาหกิจ	-	-	-	-	503,997	0.75	658,050	0.97	500,782	0.74
หน่วยงานอิสระของรัฐ	-	-	-	-	100,281	0.15	91,384	0.14	66,165	0.10
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	-	-	-	-	118,568	0.18	328,625	0.49	345,020	0.51
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	2,731,653	4.05	3,492,808	5.27	4,440,135	6.61	4,817,037	7.13	4,976,307	7.33
สวัสดิการโดยนายจ้าง	303,549	0.45	480,199	0.72	656,089	0.98	1,151,928	1.70	1,068,502	1.57
อื่น ๆ	314,588	0.47	321,259	0.48	579,863	0.86	679,157	1.01	802,206	1.18
ไม่ทราบ	205,152	0.30	85,679	0.13	119,408	0.18	25,749	0.04	46,300	0.07

ที่มา: การสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2554 2556 2558 2560 และ 2562 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

จากข้อมูลตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามประเภทสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลยังสะท้อนถึงความต้องการบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นอันเนื่องมาจากจากปัญหาสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันกำลังประสบปัญหาการขาด

แคลนบุคลากรวิชาชีพแทบทุกสาขา จึงจะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเป็นประเด็นท้าทายในระบบสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด

2.3 แนวคิดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

2.3.1 แนวคิดของอุปสงค์ตามความสัมพันธ์ราคากับการบริโภคสินค้าและบริการมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงเมื่อมองในมุมมองของการให้บริการด้านสุขภาพ มนุษยจริยธรรม (humanistic ethic) เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้วางแผนกำลังคนมองว่าบริการด้านสาธารณสุขเป็นคุณค่าเชิงบวกที่ควรเป็นมีไว้ให้แก่ประชาชนทุกคนไม่ว่าสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจและสังคมจะเป็นอย่างไรก็ตาม ทำให้การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพนั้นมีพื้นฐานอยู่บนการประมาณการว่าบริการด้านสาธารณสุขเป็นที่ต้องการของประชาชนและสังคม (Hall & Majia, 1978)

อย่างไรก็ตามไม่มีวิธีใดนำมาสู่ความพึงพอใจที่สุดในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งนี้ก็เพราะว่าไม่ว่าจะวิธีใดๆ ก็มักจะละเลยส่วนสำคัญของความเป็นจริงที่ผู้วางแผนกำลังคนควรคำนึงถึง โดยเฉพาะในกรณีที่การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพมีพื้นฐานอยู่บนความต้องการ จะทำให้มีการใช้ทรัพยากรมาหาศาลรวมทั้งเกิดความต้องการในด้านการบริหารจัดการ รวมถึงเกิดข้อจำกัดมากมายอย่างเช่นที่เป็นอยู่ในหลายประเทศ ซึ่งจะทำให้เป็นการยากในการวางแผนการบริการโดยมีพื้นฐานมาจากความสามารถด้านเทคโนโลยีการแพทย์ที่แท้จริง (Hall & Majia, 1978)

ความเข้าใจศัพท์คำว่า demand, need และ requirement มักไม่ตรงกันในการอธิบายเรื่องอุปสงค์ตามความสัมพันธ์ราคากับการบริโภคสินค้าและบริการนักวางแผนบางคนก็มักจะเลือกใช้คำว่า requirement ซึ่งมีความหมายแบบกลาง ๆ มิได้มีนัยเรื่องวิธีการเข้าถึงข้อมูลหรือข้อสันนิษฐาน แต่คนส่วนใหญ่ก็เลือกใช้คำนี้โดยยังมีความหมายที่คาดเคลื่อนอยู่ ดังนั้นจึงจะอธิบายถึงนิยามและแนวคิดของสามคำนี้ได้ ดังต่อไปนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Demand มีความหมายเชิงแคบและจำกัด ใช้ในเชิงเทคนิค ยกตัวอย่างเช่น เมื่อเราพิจารณาถึงภาพรวมบริการในระบบสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ที่ประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ ต้องการ คำว่า “ต้องการ” นี้สามารถอธิบายได้ว่า ประชาชนเหล่านี้สามารถหาวิธีทางในการเข้าใช้บริการ และสามารถจ่ายในราคาทั่วไปที่เหมาะสม ณ ช่วงเวลานั้นๆ จากความต้องการนี้ทำให้จะต้องมีกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อที่จะผลิตและให้บริการสนองตอบต่อความต้องการ นอกจากนี้คำว่า demand ก็อาจใช้ในความหมายอย่างกว้างได้เช่นเดียวกันและมีความหมายเทียบเท่ากับ requirement (Hall & Majia, 1978)

Requirement อ้างอิงถึงจำนวนการบริการ กำลังคน และอื่น ๆ ที่ตั้งขึ้นเพื่อทำให้กลุ่มคนหรือกลุ่มประชากรตัวอย่างที่สนใจเกิดความพอใจ พึงใจ ในบริการ หรือบรรลุสมมติฐานที่ตั้งไว้ตาม

ลักษณะของบริการนั้น ๆ ข้อสันนิษฐานเหล่านั้นอาจจะเป็นข้อสันนิษฐานที่ชัดเจนหรือไม่ก็ได้ และอาจเป็นการใช้หลักฐานที่แสดงถึงวิธีการวางแผนที่แตกต่างกันได้ (Hall & Majia, 1978)

Need ในบริการด้านสาธารณสุขแสดงถึงการคาดประมาณซึ่งมีฐานคิดจากการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญและวิทยาการทางการแพทย์ในสมัยนั้น ๆ ที่สัมพันธ์กับจำนวนคนทำงานที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพแบบมาตรฐานได้ คำว่า Need จะมีความหมายเกินคำว่า Demand ก็ต่อเมื่อมีทรัพยากรในการผลิตหรือบริการไม่เพียงพอโดยต้องมีการพิจารณาร่วมกับความต้องการตามกรอบอัตรากำลังด้วย (Hall & Majia, 1978)

ดังนั้นความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเป็นอุปสงค์ความต้องการเชิงปริมาณทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งในระบบสุขภาพจะเป็นในเรื่องของการให้บริการสุขภาพ โดยที่ demand ใช้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ need เป็นตัวแทนของการคาดการณ์ความต้องการบุคลากรในการให้บริการ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความเชี่ยวชาญและความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีวิทยาการทางการแพทย์ต่าง ๆ และ requirement เป็นความต้องการเชิงปริมาณของบริการสุขภาพรวมถึงการตอบสนองความพึงพอใจในบริการ (Hall & Majia, 1978)

2.3.2 การคาดการณ์ความต้องการกำลังคน

ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคน มีการใช้ The Four Methods ซึ่งเป็นวิธี 4 วิธีที่มีความสัมพันธ์กัน โดยความสัมพันธ์เหล่านี้อาจทับซ้อนกันบ้าง และนักวางแผนจะต้องไม่พิจารณาตัดวิธีใดวิธีหนึ่งออก แต่ควรพิจารณาร่วมกันและตรวจสอบข้อมูลหรือความสำคัญที่มีอยู่เพื่อใช้วางแผนการดำเนินงานในระบบสุขภาพ (Hall, et al., 1978) โดย 4 วิธีดังกล่าว เป็นดังนี้

1) Health needs คือวิธีที่ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนโดยพิจารณาจากความต้องการด้านบริการสุขภาพของคนและทำให้คนมีสุขภาพดี ข้อบ่งชี้ health needs จะกำหนดขึ้นโดยบุคลาการทางการแพทย์ ซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการจากสาธารณะหรือไม่ก็ได้ แต่การพิจารณาต้องอยู่บนพื้นฐานทางการแพทย์และวิทยาการที่มีอยู่ ประเด็นอื่น ๆ ที่จะจัดเป็นประเด็นพิจารณารอง ยกตัวอย่าง เช่น ราคา ขีดความสามารถในการให้บริการที่จำเป็น และระดับความต้องการของประชาชนที่จะมารับบริการ เป็นต้น
2) Service targets คือวิธีการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนโดยพิจารณาจากกลุ่มเป้าหมายในการผลิตและให้บริการสุขภาพ เป้าหมายจะกำหนดโดยองค์กรหลักด้านสุขภาพ พิจารณาจากมุมมองที่หลากหลาย เช่น health need ความต้องการทางเศรษฐศาสตร์ ความต้องการของผู้บริโภค และอัตราส่วนของกำลังคน วิธีนี้เป็นการสมมติหรือคาดการณ์การพัฒนาแบบส่วนใด ๆ ส่วนหนึ่งในระบบสุขภาพ วิธีนี้นิยมใช้เพื่อการ

วิเคราะห์แบบแยกแยะวัตถุประสงค์เป็นเรื่อง ๆ และมุ่งหาความสมดุลระหว่างสิ่งที่ประชาชนจำเป็นต้องมีกับสิ่งที่ประชาชนต้องการ สิ่งที่วิทยาการทางการแพทย์สามารถให้ได้ และสิ่งที่สังคมสามารถให้ได้ ณ เวลานั้น ๆ

3) Health (or economic) demand คือวิธีการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนโดยหาว่าจำนวนและชนิดของการบริการสุขภาพใดที่ประชาชนจะเข้ามาใช้บริการพร้อมทั้งคำนึงถึงจำนวนเงินที่คาดว่าจะใช้และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ด้วย อัตราค่าบริการในระบบสุขภาพปัจจุบันเป็นมาตรวัดที่ดีของจุดดุลยภาพสำหรับการบริการสุขภาพ นอกจากนี้นักวางแผนยังสามารถนำส่วนที่ไม่ถึงจุดดุลยภาพ (ระหว่างความพอใจกับราคา) มาพิจารณาก็ได้ วิธีนี้นิยมใช้เพื่อระบุความต้องการและคุณภาพของบริการ

4) Manpower/ population ratio คือวิธีการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนโดยใช้การสังเกตการณ์และดูที่ความต้องการกำลังคนเทียบสัดส่วนประชากรมาใช้เป็นฐานคิดของความต้องการกำลังคน อัตราส่วนนี้เป็นค่าพื้นฐานที่จะนำมาคิดคาดการณ์ความต้องการได้ การคำนวณนี้จะสามารถหาความเชื่อมโยงกันของช่วงเวลาได้ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ 1000 คนมีความเพียงพอสำหรับการดำเนินการทางการแพทย์ต่อประชากร 1 ล้านคน ดังนั้นอัตราส่วนของกำลังคนต่อประชากร ที่อยู่บนฐานของความจำเป็นทางสุขภาพ คือ หนึ่งต่อพัน เป็นต้น

ดังนั้น Health need จึงเป็นวิธีการคาดการณ์บนพื้นฐานที่ถูกกำหนดขึ้นโดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ Service target เป็นวิธีการคาดการณ์บนพื้นฐานของการวางเป้าหมายการบริการขององค์กรหลักด้านสุขภาพ มุ่งให้เกิดสมดุลระหว่างสิ่งที่ประชาชนจำเป็นต้องมีกับสิ่งที่ประชาชนต้องการ Health demand เป็นวิธีการคาดการตามชนิดหรือจำนวนบริการสุขภาพ งบประมาณและค่าบริการ และ Manpower/ Population ratio วิธีนี้ใช้การสังเกตการณ์และดูความต้องการกำลังคนต่อสัดส่วนประชากรในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคน ซึ่งวิธีนี้ก็ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรด้วย

นอกจากการคาดการณ์ความต้องการกำลังคน 4 วิธีดังกล่าว (นงลักษณ์ พะไกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ, 2552) กล่าวถึงการคาดการณ์กำลังคนโดยใช้วิธี population ratio พบข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ 1) วิธีการนี้ให้ความสำคัญกับวิชาชีพของกำลังคนด้านสุขภาพมากกว่าความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน ผลบางวิชาชีพมีจำนวนที่ต้องการมากกว่าความเป็นจริง และในบางวิชากลับมีความต้องการน้อยกว่าความเป็นจริง 2) วิธีการนี้สามารถศึกษาความต้องการค่อนข้างจำกัดเฉพาะวิชาชีพหลัก ๆ ไม่เปิดโอกาสให้วิชาชีพใหม่ 3) วิธีการนี้เป็นการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนโดยการมองพื้นที่เป็นแบบเดียวกัน ดังนั้นความแตกต่างของบริบทจะไม่ได้รับการคำนึงถึง 4) เป็นการคาดการณ์แนวตั้งในแต่ละวิชาชีพ โดยไม่คำนึงถึงการทำงานร่วมกันหรือการทำงานเป็นทีม (skill mix)

ระหว่างบุคลากรที่ทำงานร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้มีความต้องการกำลังคนมากกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ การคาดการณ์วิธีนี้เป็นการคาดการณ์ที่คำนึงถึง 2 ประการ ได้แก่ ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน (health needs) และการใช้บริการสุขภาพของประชาชน (health demand) โดยนักวิจัยพบข้อสังเกต ดังนี้ 1) ข้อมูลที่มีผลกระทบต่อความต้องการกำลังคน นอกจากจะขึ้นอยู่กับข้อมูลความต้องการบริการสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และข้อมูลประชากรแล้ว ยังต้องรวมถึงผลิตภาพกำลังคน (productivity) มาตรฐานกำลังคน (staffing norm) และการทำงานเป็นทีม (skill mix หรือ task shifting) 2) ข้อมูลที่ใช้ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคน ต้องการทั้งข้อมูลที่มีอยู่และควรจะเพิ่มศักยภาพการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ แม่นยำและทันเวลาเพื่อจะใช้ในการคาดการณ์กำลังคนได้แม่นยำ นอกจากนั้นยังต้องการข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่เกิดจากการศึกษาอย่างเป็นระบบ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้หากไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง หรือสิ่งที่ควรจะเป็นสามารถทำให้การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนคลาดเคลื่อนได้ 3) Model การคาดการณ์นี้สามารถเป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารและภาคีที่เกี่ยวข้องได้นำมาใช้ในการวางแผนกำลังคน และการบริหารจัดการกำลังคนในพื้นที่ได้ 4) ข้อมูลจากการคาดการณ์กำลังคนโดยวิธีนี้สามารถเติมในส่วนที่การคาดการณ์ แบบ population ratio ขาดไปได้โดยข้อมูลอิงอยู่บนภาระงานและความต้องการด้านสุขภาพ

การคาดการณ์กำลังคนที่นำไปสู่การวางแผนกำลังคนที่มีประสิทธิภาพควรมีลักษณะคือ คือ 1) มีการปรับปรุงการคาดการณ์ให้ทันกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปอยู่เสมอ 2) พัฒนาฐานข้อมูลรองรับการคาดการณ์ความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ 3) มีการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนทั้งระดับประเทศและระดับสถานบริการ 4) มีคาดการณ์ความต้องการกำลังคนร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน และ 5) เลือกวิธีการคาดการณ์ที่เหมาะสม (นงลักษณ์ พะไกยะ, 2561)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.3.3 ปัจจัยหลักที่เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน ได้แก่

1) ข้อมูลประชากรและระบาดวิทยา ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ และการเจ็บป่วยเรื้อรังอุบัติการณ์ของโรค SARZ ไข้หวัดนก ซึ่งส่งผลกระทบให้เกิดความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นจากอดีต

2) ข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้บริการในระดับต่างๆ ทั้งการดูแลตนเอง การใช้บริการปฐมภูมิ การใช้บริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นต้น ซึ่งแสดงถึงปริมาณงาน ภาระงานและแนวโน้มการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของบุคลากรสำหรับรองรับความต้องการกำลังคนตามการจัดบริการในระดับต่าง ๆ

3) ข้อมูลบริการประเภทต่าง ๆ ประกอบด้วย บริการด้านการรักษา การส่งแสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการบริการและภาระงานจากการใช้บริการ

4) ข้อมูลกำลังคน ประกอบด้วยกำลังคนประเภทต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน การได้มา (Gain) 3 ปีย้อนหลัง การสูญเสีย (loss) 3 ปี ย้อนหลัง ข้อมูลผลิตภาพกำลังคน (productivity) ข้อมูลมาตรฐานกำลังคน (staffing norm) (นงลักษณ์ พะไกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ, 2552)

ในการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนเป็นอีกปัจจัยที่จำเป็นต่อการเตรียมความพร้อมในการวางแผนกำลังคนลงไปในระดับพื้นที่ โดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานที่บ่งชี้ถึงสภาพปัญหา สถานการณ์ที่ตั้งอยู่บนปัจจัยด้านการใช้บริการในระดับต่าง ๆ ของประชาชน ซึ่งส่งผลต่อความต้องการด้านสุขภาพในพื้นที่ อีกทั้งข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวข้างต้นจะนำไปสู่การวิเคราะห์ในประเด็นข้อจำกัดและจุดแข็งด้านทรัพยากรและงบประมาณได้เป็นอย่างดี เพื่อนำไปใช้วางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันและอนาคตในระดับพื้นที่ต่อไป

2.3.4 อุปทาน (supply) แสดงถึง การมีอยู่และความสามารถใช้ได้ของทรัพยากรและบริการนั้น ๆ ในเวลานั้นๆ หรือในอนาคต พร้อมทั้งต้องกำหนดข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับการผลิต การขาดทุนและประโยชน์ด้วย ความคิดเช่นนี้อาจขัดกับแนวคิดของนักเศรษฐศาสตร์ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสินค้าและบริการกับราคา อย่างไรก็ตามนิยามของ “อุปทาน” สำหรับแนวคิดเรื่องการวางแผนกำลังคนกับแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ก็มีความหมายเดียวกัน คือ อุปทานเป็นคู่ตรงข้ามของอุปสงค์ (Hall & Jia, 1978)

การวางแผนกำลังคนมักจะให้ความสำคัญกับอุปทานมากกว่าการศึกษาความต้องการกำลังคน ข้อมูลของอุปทานนั้นหาได้ง่าย สามารถคาดการณ์ได้ง่าย และมีความน่าเชื่อถือกว่าความต้องการอุปสงค์ทั่วไป ข้อมูลส่วนใหญ่สามารถหาได้จากผู้เชี่ยวชาญ จากสรรพากร และจากสำนักงานที่กำหนดกรอบอัตรากำลัง แต่ในการเก็บข้อมูล นักวางแผนอาจจะต้องเก็บข้อมูลจากหลายแห่ง หรือหลายมุมมองเพื่อที่จะหาผลลัพธ์ของอุปทานได้ ผลลัพธ์ของการวางแผนทรัพยากรสุขภาพที่นำมาใช้วางแผนอาจกว้างเกินไปหรือผิวเผินเกินไปผิดค่าของอุปทานที่ได้มาคือจะต้องแม่นยำและเป็นข้อมูลที่ลึก ความลักลั่นระหว่างลักษณะของการวางแผนและข้อมูลอุปทานที่พึงประสงค์อาจนำไปสู่การศึกษาที่ไม่มีข้อสรุปก็เป็นได้ โดยการวิเคราะห์อุปทานมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ

1) current supply จำนวนกำลังคนที่มีอยู่ในระบบที่เป็นปัจจุบัน แบ่งได้เป็นส่วนที่ยังทำงานเกี่ยวกับการรักษาโรคอยู่ กับส่วนที่ไม่ได้ทำงานเกี่ยวกับการรักษาโรค
2) future increment คือ ส่วนที่สามารถเพิ่มเข้ามาในระบบได้ ในการพยากรณ์จำนวนเหล่านี้ต้องคำนึงถึง ตำแหน่งที่ว่างในระบบสุขภาพ แผนงานจริง และขีดความสามารถในการผลิตกำลังคนสุขภาพของประเทศ
3) projected loses เป็นการรวมกันของการสูญเสียที่เกิดขึ้นระหว่างทางของ current supply และ future increment

ซึ่งก่อนการประเมินอุปทาน ต้องคำนึงอยู่เสมอว่า สถานการณ์กำลังคนในปัจจุบันของประเทศนั้นมีขึ้นและลงตามระยะเวลา ไม่ใช้สิ่งที่คงที่ ข้อมูลและการวิเคราะห์จะสามารถแสดงแนวโน้มภาพรวมของอุปทาน ณ เวลาที่กำหนดได้ แต่ต้องมีลักษณะที่เป็นการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องและแสดงข้อมูลนี้เป็นกลุ่มข้อมูล ไม่ควรหยิบยกค่าใดค่าหนึ่งในเวลาหนึ่ง ๆ ขึ้นมา เพื่อใช้เป็นการอ้างอิง เพราะจะทำให้ข้อมูลขาดความน่าเชื่อถือ

ดังนั้น อุปทาน (supply) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งต้องใช้องค์ประกอบสำคัญมาวิเคราะห์ อันได้แก่ จำนวนบุคลากรที่อยู่ในระบบปัจจุบัน ทั้งที่เป็นบุคลากรสายงานหลัก และสายงานสนับสนุน จำนวนบุคลากรที่เพิ่มขึ้นในอนาคต อาจเป็นบุคลากรที่อยู่ในแผนการผลิต กลุ่มนักเรียนทุนต่าง ๆ บุคลากรที่จะเอามาทดแทนตำแหน่งว่าง ตลอดจนจำนวนบุคลากรที่คาดประมาณการสูญเสีย ทั้งกลุ่มทบุคลากรที่เกษียณอายุราชการ ลาออก โอนย้าย

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

2.4.1แผนกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นขั้นตอนการประมาณกำลังคนและองค์ประกอบด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่จำเป็นต่อความสำเร็จของเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ การวางแผนจะระบุว่า ใครจะทำอะไร เมื่อไร ที่ไหน อย่างไร เพื่อกำหนดนโยบายกรอบเวลาขั้นต้น การวางแผนต้องทำอย่างสม่ำเสมอ และจำเป็นต้องมีการเฝ้าติดตามและประเมินผล องค์ประกอบภายในของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพคำนึงถึงทั้งผลลัพธ์และการบริหารบุคลากร ซึ่งการวางแผนส่วนนี้ควรมีความสอดคล้องกับโครงสร้างระดับชาติในภาพรวมการพัฒนาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นการวางแผนกำลังคนไม่สามารถทำอย่างอิสระได้ จะต้องคำนึงถึงโครงสร้าง นโยบาย และแผนด้านสาธารณสุขซึ่งสัมพันธ์กับความต้องการบริการด้านสาธารณสุข หรือ ความต้องการที่มากขึ้นตามจำนวนประชากรในช่วงเวลาที่กำหนด บางครั้งมีการสับสนระหว่างการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพกับการศึกษากำลังคนด้านสุขภาพ การศึกษาด้านกำลังคนนั้นจะเป็นการมองเพียงด้านใดด้านหนึ่งเจาะจงไปยังหัวข้อที่สนใจ แต่การวางแผนกำลังคนจะมีกระบวนการ วิธีการเก็บข้อมูลเฉพาะ การประเมินผล และอาจมีการทำร่วมการวางแผนทางเลือกอื่น ๆ การศึกษากำลังคนจึงไม่สามารถการันตีการใช้งานได้จริง โดยหลาย ๆ งานมีอิทธิพลเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เป้าหมายของการวางแผนกำลังคน คือ เพื่อให้มั่นใจว่าการจัดหากำลังคนที่มีความพร้อม ตามทักษะที่ต้องการตามเนื้องานนั้น และมีทั้งประสิทธิภาพ และความปลอดภัย ที่จะส่งผลต่อระบบบริการสาธารณสุข แผนที่เหมาะสมจึงไม่ใช่การที่ใช้ผู้เชี่ยวชาญ/ ผู้มีความรู้จำนวนมากที่สุดในการทำงาน แต่เป็นการใช้คนที่มีความสามารถตามหลักเกณฑ์ของงานบริการด้านที่ต้องการ ให้สอดคล้องกับต้นทุนและความพร้อมของทรัพยากรในแต่ละประเทศ (Hall & Majia, 1978) นอกจากนี้ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) (กลุ่มพัฒนานโยบาย

ด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ยังระบุไว้ว่า การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดกำลังคนด้านสุขภาพยังควรคำนึงถึงลักษณะของกำลังคนในด้านความรู้ทางสาธารณสุข (Public Health Knowledge) ที่เป็นศักยภาพพื้นฐานในการปฏิบัติงานของบุคลากร ตามหลัก ตามหลัก 6 Building blocks ทักษะในเชิง hard skill เช่น ทักษะเป็นผู้นำ ทักษะพื้นฐานในการบริหารจัดการ ทักษะความเป็นมืออาชีพ ซึ่งต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ ความสามารถในการเรียนรู้และสามารถเพิ่มคุณค่าของงานได้ และ soft skill เช่น ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านภาษา ตลอดจนทัศนคติในการมุ่งให้บริการสุขภาพ การปฏิบัติตัวตามค่านิยมองค์กร และจรรยาบรรณ โดยที่ขั้นตอนกระบวนการวางแผนมี 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผนเบื้องต้น แรงบันดาลใจในการวางแผน ระบุปัญหาหลัก ระบุกลุ่มที่เกี่ยวข้องที่ต้องการขอความช่วยเหลือ : แรงผลักดันเบื้องต้นสำหรับจุดเริ่มต้นในการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ด้านสาธารณสุขอาจมาจากหลาย ๆ แหล่ง รวมถึงจากปัจจัยภายนอก เช่น เพื่อรองรับแผนระดับชาติ แต่ส่วนใหญ่มักเริ่ม หรือได้รับการสนับสนุนมาจากกระทรวงสาธารณสุขเอง เมื่อขั้นตอนที่1 นี้ถูกสร้างขึ้นจะสามารถแสดงถึงแนวคิดใหม่ ปัญหาสิ่งที่กังวล หรือนโยบายที่กระตุ้นให้เกิดความพยายามในการวางแผน

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนเบื้องต้น ทบทวนลำดับความสำคัญ และข้อจำกัดการวางแผน สำรวจข้อมูลที่มีอยู่แล้วเบื้องต้น ออกแบบวิธีศึกษาข้อมูล ระบุรายชื่อองค์กร หน่วยงาน หรือส่วนสาธารณะ ที่เกี่ยวข้อง : ขั้นตอนนี้มีความสำคัญต่อความสำเสร็จของแผนทั้งระบบ แม้ว่านักวางแผนเริ่มทบทวนลำดับความสำคัญด้านสาธารณสุขตามข้อมูลสถานการณ์การ และระบบทางด้านสุขภาพที่มีอยู่แล้ว แต่นักวางแผนจำเป็นที่ต้องสร้างให้มีสิ่งจำเป็นพื้นฐาน เพื่อให้ได้แผนพัฒนาบุลากรที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งโดยทั่วไปมักมีน้อยและไม่ครอบคลุม นักวางแผนควรระบุความความตั้งใจ ความต้องการที่ชัดเจนมากกว่า และมองหาสิ่งที่สามารถจะช่วยพัฒนาแผนได้

ขั้นที่ 3 การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์การเลือกกลุ่มตัวอย่างการออกแบบแบบสอบถามการลงเก็บข้อมูลและตรวจทานทนทวนลำดับและวิธีการศึกษาอย่างเหมาะสม : ขั้นตอนนี้เป็นการระบุปัญหาเพื่อร่างรายการสิ่งของทรัพยากรที่ต้องใช้ แหล่งจัดซื้อ และเพื่อให้เห็นภาพการเพิ่มขึ้นของประชากร การผลิตกำลังคน และตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้อง อาจกล่าวได้ว่าการวางแผนบุคลากรทางการแพทย์ อย่างน้อยในขั้นต้นต้องอิงกับข้อมูลที่มีในปัจจุบัน

ขั้นที่ 4 การออกแบบนโยบายและแผน การสื่อสารทบทวนทางเลือก ต้นทุน-กำไร และอื่น ๆ วิเคราะห์แผนร่วมกับผู้จัดทำนโยบาย และกลุ่มผู้สนใจ ออกแบบนโยบายและแผนสื่อสารเพื่อตกลงทำความเข้าใจร่วมกัน : ความสำคัญอยู่ที่การเสนอทางเลือกที่หลากหลาย แล้วจึงพิจารณาถึงความเป็นไปได้ การยอมรับ ประสิทธิภาพ ต้นทุน และผลกระทบต่อด้านอื่น ๆ ในระบบสาธารณสุข ควรเลือกแผนที่ดูเหมาะสมที่สุดภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง สิ่งที่สำคัญคือต้องเลือกนโยบายที่

สอดคล้องกับนโยบายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข การจ้างงาน การศึกษา งานวิจัยในอนาคต

ขั้นที่ 5 การนำแผนไปปฏิบัติ และการออกแบบโครงการ/แผนดำเนินงาน : การนำแผนไปปฏิบัติปฏิบัติการและการออกแบบโครงการแผนการจัดการเพื่อให้งานสำเร็จ แผนต้องถูกแปลงเป็นรายละเอียดย่อยในแต่ละกิจกรรม เพื่อให้คนดำเนินการตามวิธี ให้ทรัพยากรถูกนำไปใช้ เงินทุนและเวลาถูกนำไปใช้ตามแผน แผนภาพรวมใหญ่จะต้องถูกแบ่งเป็นแผนย่อยและระบุรายละเอียดของกิจกรรมนั้น ๆ ข้อตกลงและความร่วมมือของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องถูกตรวจสอบให้มั่นใจ

ขั้นที่ 6 การประเมินผล นโยบายนี้ถูกต้องไหมตามกฎระเบียบไหม ผู้ปฏิบัติงานทำตามได้ดีหรือไม่ผลลัพธ์ออกมาดีเพียงใด : ขั้นตอนการประเมินผล มักถูกละเลยโดยเฉพาะเมื่อระยะเวลาจากขั้นการตัดสินใจเลือกแผนจนเห็นผลสัมฤทธิ์กินระยะเวลานาน ที่จริงแล้วยิ่งระยะเวลาดำเนินการยาวนานการประเมินผลยิ่งสำคัญ เพราะการทำประเมินผลในระหว่างดำเนินงานตามแผน ยกตัวอย่าง เช่น ดำเนินการ 12 เดือน ก็จัดให้มีการประเมินรอบ 6 เดือน จะช่วยป้องกันหรือแก้ไขข้อผิดพลาดตามแผนนั้นได้ โดยไม่ปล่อยให้เกิดข้อผิดพลาดถาวรเมื่อดำเนินงานแล้วเสร็จ

2.4.2 การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพมีความสำคัญและเป็นความท้าทายอย่างมาก เนื่องจากต้องอาศัยข้อมูลความต้องการจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน มาประกอบในการวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การคาดการณ์อย่างแม่นยำที่จะตอบสนองความต้องการทั้งในปัจจุบันและอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพ และการวางแผน วิเคราะห์ หรือคาดการณ์ใดๆ ในด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ควรที่จะเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ แนวโน้ม และบริบทของประเทศไทย ดังนั้น จึงต้องใช้ข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในการการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยที่เหมาะสม ควรเป็นผู้ผลิต (ทั้งภาครัฐและเอกชน) ผู้ใช้ (ทั้งภาครัฐและเอกชน) องค์กรวิชาชีพ และภาคประชาสังคม อีกทั้งในการเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนของทุกภาคส่วนนั้น จำเป็นจะต้องอาศัยบุคคลที่เป็นผู้นำ หรือผู้บริหารที่มีความรู้ความสามารถในการมองเชิงระบบในระดับประเทศได้ด้วย ซึ่งสิ่งที่จะช่วยให้การตอบสนองความต้องการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล คือ 1) การวางแผนโดยมองเห็นภาพของระบบสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน 2) การอภิปรายตัดสินใจร่วมกันโดยยึดหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 3) การวางแผนและการตัดสินใจร่วมกันนั้น ยึดผลประโยชน์ชาติเป็นเหนือประโยชน์ส่วนตน (นารีรัตน์ ผุดผ่อง และกานต์วรินต์ ก่องกุลวัฒน์, 2559)

2.5 แนวคิดประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน

2.5.1 ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และได้รับผลกำไรจากการปฏิบัติงาน (Millet, J. D.,1954) โดยพิจารณาจาก

1) การให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน (equitable service) ความยุติธรรมในการบริหารงานภาครัฐให้เกิดความเท่าเทียม โดยประชาชนต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีการแบ่งแยกกีดกันในการให้บริการประชาชนได้รับการปฏิบัติในฐานะปัจเจกบุคคลที่ใช้บริการตามมาตรฐานเดียวกัน

2) การให้บริการอย่างรวดเร็วทันเวลา (timely service) การให้บริการสาธารณะที่ต้องตรงตามเวลากำหนด ถ้าให้บริการที่ไม่ตรงต่อเวลาจะสร้างความไม่พึงพอใจให้แก่ประชาชน และถือว่าการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐไร้ประสิทธิภาพ

3) การให้บริการอย่างเพียงพอ (ample service) การให้บริการสาธารณะโดยที่จำนวนการให้บริการและสถานที่ให้บริการถูกจัดไว้อย่างเหมาะสม เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน รวมถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งในระดับพื้นที่ ผ่านการออกแบบระบบบริการสู่การพัฒนาต่อยอดระบบบริการตามบริบทของพื้นที่ให้เกิดเป็นนวัตกรรมเชิงพื้นที่ในการจัดระบบบริการที่มาจากการบูรณาการงานและทรัพยากร เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในการเข้าถึงบริการ

นอกจากนี้ จากแผนกำลังคนตามการจัดการระบบบริการโดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 – 2567 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2564) แต่ละพื้นที่เขตสุขภาพจะมีนวัตกรรมเชิงพื้นที่ที่มุ่งเน้นยุทธศาสตร์การดำเนินงานแตกต่างกันไปขึ้นกับทรัพยากรและความเหมาะสมเชิงพื้นที่อื่นๆ เช่น

เขตสุขภาพที่ 1 การจับคู่บริการ ศูนย์รวมการให้บริการรถพยาบาล (Ambulance Operation Center) และการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน (Sky Doctor) ระบบส่งต่อทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ

เขตสุขภาพที่ 2 หนึ่งจังหวัด หนึ่งโรงพยาบาล (One Province One Hospital) การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) การแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine) และศูนย์ดูแลสุขภาพครบวงจร (Health Complex)

เขตสุขภาพที่ 3 โรงพยาบาลที่มีการประยุกต์ใชเทคโนโลยีดิจิทัล (Smart Hospital) การบริการร่วมและบริหารร่วมโรงพยาบาลเครือข่าย และการดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ

เขตสุขภาพที่ 4 ผ่าตัดคู่โรงพยาบาล (Buddy) เชื่อมการทำงานหน่วยงานนอกสังกัดส่งต่อบริการกับมหาวิทยาลัยในเขต โรงพยาบาบาลเอกชนและ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

โรงพยาบาลกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

เขตสุขภาพที่ 5 นครชัยศรีโมเดล ราชบุรีโมเดล โรงพยาบาลที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Smart Hospital) และจัดบริการร่วมเอกชนนอกเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพที่ 6 ระบบบริการแบบพี่น้องช่วยกัน (Peer to Peer Service Sharing) ระบบฐานข้อมูล (blockchain) พัฒนาระบบส่งต่อเชื่อมโยงไร้รอยต่อ นวัตกรรมรูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองแบบไม่รุนแรง (Mild Traumatic Brain Injury)

เขตสุขภาพที่ 7 บริหารร่วมผ่าตัดไส้ติ่ง บริหารร่วมดูแลโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) บริหารร่วมดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Intermediate care) และจัดซื้อยาร่วม

เขตสุขภาพที่ 8 พัฒนาที่เป็นแม่ข่าย (Node) เป็นด่านหน้า (Gate keeper) หนึ่งจังหวัด หนึ่งโรงพยาบาล (One Province, One Hospital) บริหารร่วมและบริการร่วม พัฒนาระบบส่งต่อ

เขตสุขภาพที่ 9 โรงพยาบาลเพื่อนคู่หู (Buddy hospital) ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Smart Primary Care) ใช้ทรัพยากรร่วม (Resource sharing) ลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ (Strengthening Node)

เขตสุขภาพที่ 10 สามจังหวัด หนึ่งศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง (Three Province One Excellent) หนึ่งจังหวัด หนึ่งโรงพยาบาล (One Province, One Hospital) ต้นแบบระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย (Smart Referral) คลินิกหมอครอบครัวคุณภาพ (Primary Care Cluster: PCC)

เขตสุขภาพที่ 11 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) การลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน การแพทย์แผนไทยและคลินิกกัญชา การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบเฝ้าระวังและช่วยเหลือทางการแพทย์ในพื้นที่ทางทะเล

เขตสุขภาพที่ 12 พัฒนาดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Intermediate Care) พัฒนาหรือเพิ่มศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ตองเอ (ลดส่งต่อ

ข้ามเครือข่าย บริการร่วมระหว่างโรงพยาบาล สร้างความปลอดภัย และบริการ)

4) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (continuous service) การให้บริการสาธารณะที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยยึดประโยชน์ของสาธารณะเป็นหลัก มิได้ยึดความพอใจในการให้บริการของหน่วยงานที่จะหยุดให้บริการเมื่อใดก็ได้

5) การให้บริการอย่างก้าวหน้า (progression service) การให้บริการสาธารณะที่มีการพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงาน หรือเพิ่มขีดความสามารถในการทำหน้าที่ให้บริการได้มากกว่าเดิมภายใต้ทรัพยากรเท่าเดิม

การวัดประสิทธิภาพอันเป็นผลการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งในที่นี้ผลการปฏิบัติงานหมายถึง ‘ผลการบริหารจัดการกำลังคน’ ที่ใช้หลักพิจารณาในเชิงผลกระทบ (impact) ต่อการให้บริการใน แต่ละมิตินั้น มีความหลากหลายในมิติที่ใช้วัดประสิทธิภาพจึงยังสามารถใช้แนวทางการอธิบายเพิ่มเติมตามวัตถุประสงค์ที่จะพิจารณาได้ ดังนี้ ประสิทธิภาพในระบบราชการหมายถึง ผลิตภาพ และประสิทธิภาพ โดยประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่วัดได้หลายมิติ ตามแต่วัตตุประสงค์ที่ต้องการพิจารณา (ทิพาวดี เมฆสวรรค์, 2538) คือ

1. ประสิทธิภาพในมิติของค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนของการผลิต ได้แก่ การ ใช้ทรัพยากรการบริหาร คือ คน เงิน วัสดุ เทคโนโลยี ที่มีอย่างประหยัด คุ้มค่า และ เกิดการสูญเสียน้อยที่สุด

2. ประสิทธิภาพในมิติของกระบวนการการบริหาร ได้แก่ การทำงาน ที่ถูกต้องได้มาตรฐาน รวดเร็ว และใช้เทคโนโลยีที่สะดวกกว่าเดิม

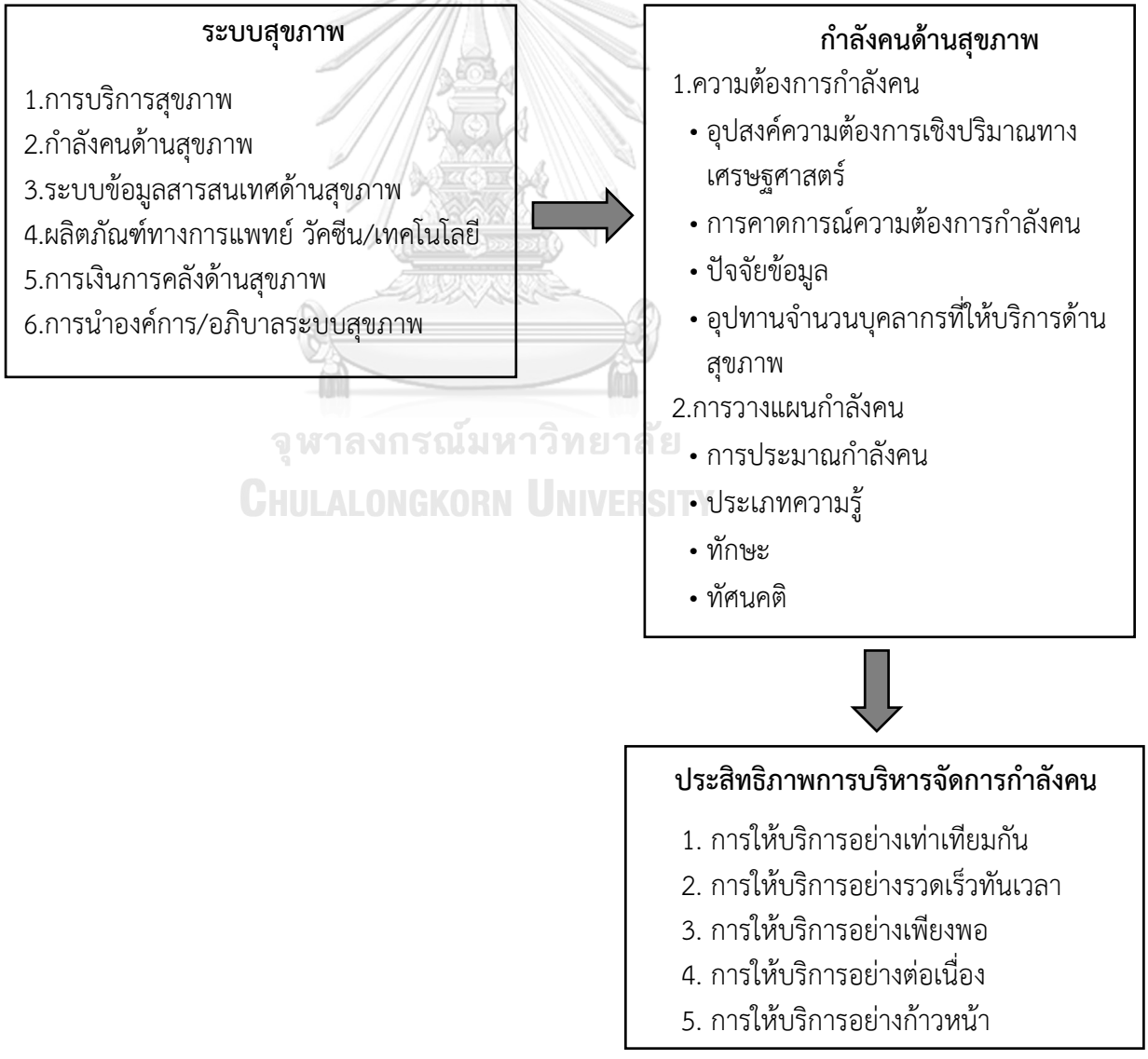
3. ประสิทธิภาพในมิติของผลผลิตและผลลัพธ์ ได้แก่ การทำงานที่มีคุณภาพเกิดประโยชน์ต่อสังคม เกิดผลกำไร ทันเวลา ผู้ปฏิบัติงานมีจิตสำนึกที่ดีต่อการทำงาน และบริการเป็นที่พอใจของลูกค้า หรือผู้มารับบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจึงสรุปได้ว่า ระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงขององค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ภายใต้การนำเอารูปแบบการอภิบาลแบบเครือข่ายเข้ามาเสริมการอภิบาลโดยรัฐ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการบริหารจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพที่เป็นลักษณะการกระจายอำนาจออกจากส่วนกลางไปยังเขตพื้นที่เขตสุขภาพทั้ง 12 เขต ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่เป็นรูปแบบเดียวที่ทุกเขตใช้ร่วมกัน ซึ่งอาจดูเหมือนว่าจะมีลักษณะเหมือนการตัดเย็บเสื้อโหล “ One Size Fits All” ในขณะที่บริบทพื้นที่เขตสุขภาพทั้ง 12 เขต มีความแตกต่างกัน หรือแม้กระทั่งเขตสุขภาพเดียวกันก็มีความแตกต่างกันของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดอย่างเห็นได้ชัดตามลักษณะภูมิประเทศและปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ทำให้การบริหารจัดการกำลังคนไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านการให้บริการที่ขยายตัวและเติบโตไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบันเท่าที่ควร ทำให้ไม่สามารถที่จะพัฒนาระบบบริหารจัดการเชิงพื้นที่ ทั้งด้าน

การดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ การดูแลแบบเบ็ดเสร็จภายในเขต และระบบส่งต่อภายในเขตที่มีประสิทธิภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ท่ามกลางความต้องการของประชาชนในด้านการบริการสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นนี้ ได้ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมประเทศ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขในฐานะ National Health Authority จึงได้วางแนวทางและดำเนินการเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้เขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคน และการกระจายตัวของบุคลากรอย่างไม่เท่าเทียมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงในพื้นที่ชนบทกับพื้นที่เขตเมือง จึงได้ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง ซึ่งจะทำให้เข้าใจสภาพปัญหามากยิ่งขึ้นในประเด็นเหล่านี้

2.6 กรอบแนวคิด



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ตามการออกแบบการวิจัยการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Research Design) ในเขตพื้นที่นำร่อง เขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลจากสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ที่ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และผู้วิจัยได้จัดทำแบบสัมภาษณ์ในการออกแบบตามที่ได้มีการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งกำหนดรูปแบบของวิธีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน (กนกอร เวทการ, 2556) ดังนี้

3.1 รูปแบบของการวิจัย

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือในการวิจัย

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5 การจัดทำข้อมูลและวิเคราะห์ผล

3.1 รูปแบบของการวิจัย

การกำหนดระเบียบวิธีการวิจัยหรือกระบวนการวิจัย (methodology) ผู้วิจัยได้กำหนดระเบียบวิธีวิจัย โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ที่ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Research Design) ในเขตพื้นที่นำร่อง เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข ตามประเด็นปัญหาหลักของการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ และการกระจายตัวของบุคลากรอย่างไม่เท่าเทียมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงในพื้นที่ชนบทกับพื้นที่เขตเมือง ดังต่อไปนี้

1) แนวคิดระบบสุขภาพ

2) แนวคิดระบบสุขภาพในประเทศไทยปัจจุบัน

3) แนวคิดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4) แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

5) แนวคิดประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข

จากนั้นจึงกำหนดระดับวิเคราะห์เป็นระดับองค์การ (Macro) โดยใช้การวางแผนยุทธศาสตร์ขององค์การ และประสิทธิภาพขององค์การเป็นหน่วยวิเคราะห์ ตามที่เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการวางแผนการพัฒนาระบบบริการและนวัตกรรมในการจัดระบบบริการเชิงพื้นที่สู่การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ เพื่อตอบคำถามการวิจัยที่สัมพันธ์กับแนวคิดทั้งการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพหรือไม่อย่างไร และการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ให้สัมภาษณ์ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับนัยยะของแนวความคิดในทางปรัชญา ความคิดเห็นและทรรศนะ กระบวนการหรือกลไกเกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพตามการจัดระบบบริการ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งเป็นการเลือกตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับ จากระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative methodology) ดังกล่าวมาดำเนินการประมวลผลข้อมูลที่จะนำไปสู่ข้อค้นพบต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณลักษณะ ดังนี้

1) เป็นผู้ที่มีหน้าที่ปฏิบัติราชการในการบริหารส่วนกลาง และมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

2) เป็นผู้ที่มีหน้าที่ปฏิบัติราชการในการบริหารส่วนภูมิภาค และมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพตามการจัดระบบบริการ เฉพาะเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข

3) เป็นบุคคลที่เป็นตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการจัดบริการสุขภาพ หรือมีประสบการณ์ในการจัดระบบบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข หรือมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ดังนั้น จึงได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ตามรูปแบบการบริหารทั้งหมดจำนวน 8 คน ได้แก่

ศูนย์วิทยทรัพยากร
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1) การบริหารส่วนกลาง ประกอบด้วย ผู้บริหารกอง/สำนัก ที่เป็นทั้ง ผู้วางแผน ผู้บริหารกำลังคน ฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการผลิตแพทย์ ผู้ดูแลระบบบริการ ซึ่งอยู่ในการระบวนการจัดทำแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการสุขภาพ การสัมภาษณ์กลุ่มนี้มีจุดประสงค์เพื่อสะท้อนมุมมองของผู้เกี่ยวข้องในการวางแผนและยุทธศาสตร์แบบ Top-down ได้แก่

1.1) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (ประธานคณะทำงานจัดทำแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)

1.2) ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.3) ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.4) ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.5) รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2) การบริหารส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย ผู้ทำแผน ผู้ใช้ ที่บริหารจัดการในพื้นที่ ซึ่งจะสะท้อนภาพปัญหาและมุมมองเชิงพื้นที่อย่างชัดเจนมากขึ้น ด้วยมุมมองของผู้ปฏิบัติแบบ bottom-up ได้แก่

2.1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง

2.2) รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

2.3) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ 6

3.3 เครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและรวบรวมข้อมูล เพื่อได้มาซึ่งข้อมูล และคำตอบที่เป็นจริง ครอบคลุมประเด็นอย่างสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ที่มุ่งศึกษา ซึ่งในการกำหนดประเด็นคำถามผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ คือ การสัมภาษณ์ การนัดแนะ เวลา สถานที่แน่นอนไว้ก่อน และมีการเก็บรวบรวมข้อมูลสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยได้เตรียมรายการคำถามไว้เป็นแนวทางเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่เจาะประเด็นในการสัมภาษณ์ตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของตัวแปรที่ต้องการศึกษา นอกจากนี้จะใช้การจดบันทึก และการบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยละเอียด ซึ่งผู้วิจัยจะทำการขออนุญาติใช้เครื่องบันทึกเสียง เมื่อผู้ให้ข้อมูลสำคัญไม่ขัดข้อง ผู้วิจัยจะได้บันทึกเสียงไว้ ทำให้สามารถเก็บรายละเอียดของข้อมูลได้มากขึ้น และสามารถทำการวิเคราะห์ข้อมูล จากการสัมภาษณ์ และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาจัดเป็น Category ใช้การวิเคราะห์สรุปเนื้อหาและการจัดกลุ่มข้อมูลต่อไป

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา บทความ วารสารวิชาการ สืบค้นข้อมูลจากอินเตอร์เน็ต และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมมูลในระดับ ทุติยภูมิ (secondary data) สำหรับนำมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบหรือสร้างแบบสัมภาษณ์เจาะลึกรวมทั้งเพื่อนำมาใช้เป็นส่วนประกอบในกระบวนการวิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลในการวิจัย

2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

2.1) กำหนดวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์

2.2) ดำเนินการสัมภาษณ์ โดยใช้วิธีการจดบันทึกการสัมภาษณ์ และการบันทึกเสียง

2.3) รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ พร้อมทั้งแยกแยะจับประเด็น โดยที่ข้อมูลนั้นต้องเป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

3.5 การจัดทำข้อมูลและวิเคราะห์ผล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเอกสารและภาคสนามตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้น ผ่านการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูล (Content Analysis) โดยนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ให้เป็นระเบียบตามเค้าโครงเรื่อง โดยพิจารณาประเด็นหลัก (major themes) ที่พบในข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ทั้งหมดจากนั้นจึงนำประเด็นหลัก (major themes) มาพิจารณาแบ่งแยกออกเป็นประเด็นย่อย (sub-themes) และหัวข้อย่อย (categories) ซึ่งการเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ภาพรวมไปสู่การวิเคราะห์ประเด็นย่อยของกระบวนการวิเคราะห์ตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์และหาข้อมูลเพิ่มเติม หลังจากนั้นอาจได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์โดยการสัมภาษณ์ซ้ำในบางประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ข้อมูลมากขึ้น และทำการวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง แล้วสรุปออกมาซึ่งให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริงมาก (ธัญวรัชญ์ สะอาดมานะชาติ, 2558)

บทที่ 4
ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยจะนำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 5 ข้อ ดังนี้

4.1 ผลการศึกษาประเด็นความสอดคล้องกันระหว่างการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

4.2 ผลการศึกษาประเด็นการพัฒนา ปรับปรุงการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

4.3 ผลการศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการจากความเห็นของผู้บริหารส่วนกลาง

4.4 ผลการศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการจากความเห็นของผู้บริหาร/ ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาค

4.5 รวบรวมผลการศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.1 ผลการศึกษาความสอดคล้องกันระหว่างการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

4.1.1 ความสอดคล้องระหว่างการบริหารจัดการกำลังคนกับการบริหารจัดการระบบบริการในระบบสุขภาพประเทศไทย

การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในด้านนโยบายและยุทธศาสตร์จะมีความสอดคล้องเชื่อมโยงกันอยู่ภายในระบบสุขภาพทั้งการให้บริการด้านสุขภาพ การบริหารจัดการกำลังคน ระบบข้อมูลสารสนเทศ ยา/เวชภัณฑ์/วัคซีน/อุปกรณ์การแพทย์ การเงินการคลังด้านสุขภาพ การนำองค์การ/อภิบาลระบบสุขภาพ โดยจะเห็นได้จากการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ, ด้านบริการเป็นเลิศ, ด้านบุคลากรเป็นเลิศ และด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล

เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ‘ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน’ ดังนั้นการจัดทำแผนกำลังคนจึงมีความสอดคล้องกับการจัดระบบบริการ แต่เมื่อนำแผนลงสู่การปฏิบัติจะพบว่ายังมีส่วนที่ทำให้ไม่สอดคล้องกันระหว่างการบริหารจัดการกำลังคนกับการบริหารจัดการระบบบริการ ดังเช่น

> “...ส่วนที่ไม่สอดคล้อง คือทิศทางเน้นการจัดอัตรากำลังที่ผูกขาดโดยส่วนกลางและระบบการเงินการคลังของประเทศ ทำให้ยังต้องแก้ปัญหาภาพรวมแบบไม่จบไม่สิ้น” (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 1)
>
> “...พบว่าหลายเขตสุขภาพยังบริหารจัดการกำลังคนไม่สอดคล้องกับการให้บริการเท่าที่ควร อีกทั้งการธำรงรักษาบุคลากรสายงานหลักให้คงอยู่ในหน่วยงานที่ห่างไกลทุรกันดารยังดำเนินการได้ไม่ดีเท่าที่ควร หลายพื้นที่ยังประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมามีการจัดสรรนักเรียนทุนในทุก ๆ ปี แต่พบว่าเมื่อหมดระยะเวลาชดใช้ทุนบุคลากรจะขอย้ายออกนอกพื้นที่ทำให้เกิดปัญหาความขาดแคลนบุคลากรซ้ำซาก” (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 3)

4.1.2 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพมีผลต่อการบริหารจัดการกำลังคนในระบบสุขภาพ

ความต้องการกำลังคนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการบริหารจัดการกำลังคน ซึ่งมีผลกระทบสูงมากต่อต่อการบริหารจัดการกำลังคนในระบบสุขภาพ เพราะหากถ้าองค์กรวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนได้อย่างแม่นยำจะทำให้การบริหารจัดการกำลังคนโดยเฉพาะเรื่องภาระงานเป็นไปอย่างเหมาะสมคือ ‘ไม่มากเกินไปหรือว่างงานจนเกินไป’ ตลอดจนการนำความต้องการกำลังคนไปช่วยสนับสนุนการวางแผนให้มีกำลังคนที่เพียงพอ เกิดการกระจายตัวในแต่ละหน่วยบริการอย่างเหมาะสมและคนมีคุณภาพ ดังนั้นการกระจายตัวของกำลังคนภายในเขตสุขภาพที่ 6 ยังไม่เหมาะสมนั้น เกิดจากการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนไม่แม่นยำและการบริหารจัดการกำลังคนไม่เหมาะสม ดังเช่นที่ผู้สัมภาษณ์ได้กล่าวไว้ว่า

> “...ยกตัวอย่างเช่น หน่วยบริการในพื้นที่เขตสุขภาพต้องการกำลังคนที่เป็นแพทย์ทั้ง ๆ ที่ในมุมมองของเขตสุขภาพทั้งหมดก็ยังมีกรอบอัตรากำลังแพทย์ที่ยังว่างอยู่ ซึ่งตรงนี้แสดงถึงการบริหารจัดการด้านการกระจายตัวของบุคลากรภายในเขตสุขภาพยังไม่ดี...” (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 2)
>
> “...ความต้องการกำลังคนมีผลต่อการบริหารจัดการกำลังคน ทั้งการกระจายตัวของบุคลากร การสรรหาตำแหน่ง การจัดสรรบุคลากร การปรับปรุงตำแหน่ง การใช้เลขตำแหน่ง

จนกระทั่งการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ การลาศึกษาต่อ เพื่อตอบสนองนโยบายและยุทธศาสตร์ของเขตพื้นที่" (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 3)

4.1.3 การบริหารจัดการกำลังคนที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการในเขตสุขภาพ

ในการตอบสนองความต้องการของประชาชนผู้ใช้บริการที่เห็นได้ชัดคือ การตอบสนองความต้องการด้านการเพิ่มความเข้าถึงบริการในพื้นที่ระดับตำบลกับการลดภาระรายจ่ายด้านสุขภาพให้ประชาชน ซึ่งมาจากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมสนับสนุนงบประมาณสำหรับให้ทุนการศึกษาในสาขาเฉพาะทางตามความขาดแคลน ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรในสายวิชาชีพหลัก หรือสายสนับสนุนการให้บริการ โดยเขตสุขภาพบริหารจัดการกำลังคนด้วยหลักเกณฑ์ตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้โมเดลของการกระจายอำนาจให้กับผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข บริหารจัดการกรอบกำลังคนที่มีอยู่ในภาพรวมของเขต ให้สามารถเกลี่ยกรอบระหว่างโรงพยาบาล ระหว่างอำเภอและเกลี่ยกรอบระดับจังหวัดที่สามารถตอบสนองความต้องการในด้านบริการได้อย่างคล่องตัว โดยเฉพาะส่วนของการควบคุมเรื่องการโอนถ่ายอัตรากำลังในตำแหน่งว่างด้วยการบริหาร 'เลขตำแหน่ง' ซึ่งเขตสุขภาพได้มอบแนวทางให้หน่วยบริการในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการกำลังคนเอง แต่ยังคงพบปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น นโยบายลดกำลังคนภาครัฐที่ส่งผลให้บุคลากรฝ่ายสนับสนุนถูกยุบตำแหน่ง การกำหนดกรอบกำลังคนที่ไม่เหมาะสม ค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม กำลังคนไม่เพียงพอ การขาดแคลนแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางในสาขาที่จำเป็น การผลิตที่ไม่สมดุลกับบริการ เป็นต้น ฉะนั้นการบริหารจัดการกำลังคนจึงยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการในเขตสุขภาพอย่างเหมาะสม ตามที่ผู้สัมภาษณ์ให้ความเห็นดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

"...นักรังสีการแพทย์ที่แม้จะมีกรอบและตำแหน่งให้แต่ก็ยังไม่อยากอยู่ เพราะค่าตอบแทนน้อย มีคนจบน้อยและเป็นที่ต้องการในตลาดสูงมาก ทำให้ภาคเอกชนและภาครัฐต่างแย่งชิงทรัพยากรกัน อย่างกรณีของโรงพยาบาลใน อ.ปลวกแดง จ.ระยอง มีคนไข้ประกันสังคมจำนวนมาก แต่ว่าไม่มีแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลเพียงพอ ประกอบกับโรงพยาบาลขยายตัวไม่ทัน เอกชนจึงเข้ามาในพื้นที่เป็นจำนวนมาก ..." (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 1)

"...โรงพยาบาลชลบุรี มีการเกลี่ยกำลังคนในสาขาวิชาชีพ ไม่ให้ค่อมสายงานระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ โดยเอาสหสาขามาเกลี่ยแต่ก็ยังไม่ได้ใช้ และปัญหานักรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานรังสี ที่กรอบ FTE มีความพอเพียงอยู่ประมาณ 40% 'แสดงว่ากรอบมีมากแต่คนมีน้อย' เพราะเป็นสาขาที่ผลิตมาน้อย สร้างไม่ทันความต้องการใช้บริการ จึงมีช่องว่างของกรอบอัตราว่างจำนวนมาก หรือกรณีการที่จะพัฒนา excellence center สาขาหัวใจ ก็ต้อง

มีนักเทคโนโลยีหัวใจเพิ่ม โรงพยาบาลจึงใช้วิธีสลับตำแหน่งกันระหว่างนักรังสีการแพทย์กับนักเทคโนโลยีหัวใจ ซึ่งได้รับอนุมัติในภาพเขตไปแล้วแต่ก็ยังไม่ได้ใช้ สาเหตุหนึ่งมาจากการบริหารจัดการที่ยังไม่เบ็ดเสร็จแท้จริงภายในเขต จึงคิดว่าตอบสนองได้เพียงบางส่วน…” (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 2)

4.1.4 การบริหารจัดการกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเชิงพื้นที่

การจัดสรรทรัพยากรที่ตอบสนองความต้องการผู้ใช้บริการในพื้นที่ส่วนหนึ่งมาจากการเกลี่ยกำลังคนตามความเหมาะสมให้เขตสุขภาพและโรงพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และให้คณะกรรมการสายวิชาชีพเข้ามาร่วมจัดทำกรอบอัตรากำลังในสาขาเฉพาะทางให้สามารถเพิ่มการตอบสนองความต้องการความเชี่ยวชาญของผู้ใช้บริการได้ การบริหารจัดการกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจึงขึ้นอยู่กับการวางแผน (คน/ เงิน/ ของ) ของแต่ละโรงพยาบาล โดยเฉพาะการวางแผนตามมาตรฐานศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Excellence Center) ที่การลงทุนค่อนข้างสูง และต้องเตรียมกำลังคนทั้งแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพให้พร้อมรองรับบริการ ซึ่งหน่วยงานต้องส่งคนไปเรียนต่อในสาขาเฉพาะทางและฝึกอบรมให้ทันต่อการตอบสนองความต้องการผู้ใช้บริการเชิงพื้นที่ แต่ด้วยการกระจายตัวบุคลากรที่ไม่เท่าเทียมทำให้เขตสุขภาพแต่ละเขตมีความแตกต่างกันพอสมควร ดังนั้นการบริหารจัดการกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจึงยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเชิงพื้นที่ ดังเช่น

“…ทิศทางการพัฒนาความเชี่ยวชาญกลายเป็นวัฒนธรรมของบุคลากรที่ต้องการความเชี่ยวชาญอันจะส่งผลให้บุคลากรกลุ่มทั่วไป (General practitioner: GP) เช่น แพทย์ GP ทันตแพทย์ GP เริ่มไม่มีขาดแพทย์และทันตแพทย์ที่ทำงานทั่วไปหรืองานพื้นฐาน เนื่องจากความเหลื่อมล้ำในด้านค่าตอบแทนและการยอมรับ” (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 1)

“การกระจายตัวบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านยังไม่ดีมากนัก ส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมืองยกตัวอย่างแพทย์เฉพาะทางในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีแพทย์ต่อประชากรมากที่สุดแต่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ตลอดจนความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการต่ำ เนื่องจากยังขาดเอกภาพในการจัดการระบบสุขภาพ …” (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 2)

“…บางจังหวัดยังขาดการบริหารจัดการกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ซึ่งมีการโยกย้ายบ่อย โดยเขตสุขภาพที่ 6 ยังขาดแพทย์เฉพาะทางตามบริบทพื้นที่ เช่น จ.ระยอง ขาดอาชีวเวชศาสตร์ จ.สระแก้ว ขาดประสาทศัลยแพทย์ เป็นต้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนขาดแพทย์เฉพาะทาง เช่น อายุรกรรมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาชีวเวชศาสตร์

เป็นต้น สาเหตุเพราะยึดติดกรอบของพื้นที่/กรอบโรงพยาบาลที่ไม่เอื้ออำนวยให้เกิดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่ และไม่สามารถธำรงรักษาผู้เชี่ยวชาญสาขาไว้ได้..." (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 1)

"...การบริหารจัดการเรื่อง 'ทุนเรียน' ในสายงานที่เกี่ยวกับความเชี่ยวชาญจะตอบสนอง service plan ที่เขตสุขภาพกำหนด เช่น โรงพยาบาลพระปกเกล้าจะต้องเป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์สาขามะเร็ง ที่ดูแลเรื่องรังสีบำบัดได้ ก็จะมีการจัดสรรทุนแพทย์ทางรังสี หรือทางนิวเคลียร์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตอบสนองความเชี่ยวชาญในบริการระดับตติยภูมิและเป็นการตอบสนองด้าน specialist ในการบริการมากกว่า อีกทั้งการดำเนินงานตามทิศทางบริการระดับปฐมภูมิที่เรายังทำให้ตอบสนองความต้องการไม่ได้" (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 3)

4.1.5 การบริหารจัดการกำลังคนให้มีจำนวนที่เหมาะสมต่อการให้บริการด้านสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต

ในปัจจุบันพื้นที่ได้รับจัดสรรกำลังคนตามกรอบอัตรากำลัง (Full-time equivalent : FTE) จากส่วนกลางภายใต้การควบคุมกำกับขององค์กรกลางที่ดูแลด้านการบริหารงานบุคคล (ก.พ.) พื้นที่จึงบริหารจัดการตามทรัพยากรที่มีให้เหมาะสมตามศักยภาพและบริบทของพื้นที่ดังคำที่ว่า 'คนเท่านี้ก็ทำบริการเท่านี้' โดยใช้การปรับตัวยืดหยุ่นของบุคลากรและหน่วยบริการในพื้นที่เท่าที่ทำได้เพื่อรองรับบริการด้านสาธารณสุข และมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของตัวบุคลากรมากกว่าที่จะไปเพิ่มปริมาณบุคลากร ทั้งนี้เขตสุขภาพที่ 6 ได้นำเรื่องต้นทุนแรงงาน (labor cost) มาเป็นตัวกำหนดจำนวนคนที่ควรจะจ้างเพิ่มหรือจำนวนที่เหมาะสมต่อการให้บริการด้านสุขภาพ โดยดูเทียบกับภาระงานของหน่วยบริการแต่ละแห่ง แต่หากเปรียบเทียบสัดส่วนกำลังคนกับประเทศอื่นจะถือว่าจำนวนบุคลากรที่มียังไม่เหมาะสม ดังเช่น ที่ผู้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่า

"จำนวนบุคลากรในปัจจุบันยังไม่เหมาะสม การกระจายตัวยังไม่เท่าเทียมในแต่ละเขตสุขภาพ และภาระงานไม่เหมือนกัน เนื่องจากปัญหาแต่ละเขตไม่เหมือนกัน สาเหตุการตาย Burden แต่ละเขต แตกต่างกันพอสมควร..." (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 2)

"...จำนวนบุคลากรในภาพรวมเมื่อเทียบกับมาตรฐานการให้บริการในระดับนานาอารยประเทศ ยังคงถือว่าไม่เพียงพอกับจำนวนประชากร ตามสัดส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากร..." (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 3)

"...ในมิติแพทย์ต่อประชากร ถือว่าแพทย์ยังขาดแคลนมากเมื่อเทียบกับต่างประเทศ อันเนื่องจากปัจจัยด้านตำแหน่ง และความไม่ไปด้วยกันกับสหสาขาวิชาชีพ ..." (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 4)

"ถ้าเทียบสัดส่วนกำลังคนกับองค์การอนามัยโลก หรือประเทศอื่น อาจจะยังห่างไกล แต่ถ้าคิดในแง่ของภาคเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 พบว่าจังหวัดที่มีความได้เปรียบ คือ ชลบุรี สมุทรปราการ เพราะมีเอกชนเข้ามาในพื้นที่มาก และพื้นที่ที่ไม่มีเอกชน มีแต่ภาครัฐอย่างเดียว เช่น ตราด สระแก้ว ซึ่งก็ยังถือว่าไม่เป็นสัดส่วนที่เหมาะสมในการทำงาน..." (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 1)

ฉะนั้น จำนวนในอนาคตที่เหมาะสมจึงควรมีจำนวนที่สอดคล้องกับรูปแบบบริการที่เปลี่ยนไป และสอดคล้องกับความต้องการกำลังคนตามบริบทเขตสุขภาพ โดยให้ทุกภาคส่วนรวมถึงประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนความต้องการกำลังคน และควรทำแผนเป็นรายเขตสุขภาพ ซึ่งการทำแผนกำลังคนควรต้องเริ่มจากการทำแผนระบบบริการก่อนถึงจะสามารถวางแผนกำลังคนได้แม่นยำ

4.1.6 ความสอดคล้องกันระหว่างการบริหารจัดการกำลังคน โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กับการบริหารจัดการระบบบริการ และนวัตกรรมการจัดระบบบริการเชิงพื้นที่

การบริหารจัดการกำลังคน โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีความสอดคล้องกันกับการบริหารจัดการระบบบริการตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการปรับรูปแบบการบริหารจัดการในลักษณะ 'เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ' (Seamless Heath Service Network) ซึ่งเชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง โดยใช้รูปแบบเครือข่ายบริการ 'เขตสุขภาพ' ตามที่ส่วนกลางได้มีการมอบอำนาจในการบริหาร การดำเนินงาน รวมทั้งการกำกับติดตาม ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจการบริหารงานที่รวมถึงการบริหารจัดการด้านบุคลากรในภาพรวมเขตสุขภาพ นอกจากนี้ส่วนกลางได้กำหนดให้เขตสุขภาพพัฒนาระบบบริการต่อยอดเป็นนวัตกรรม ซึ่งเขตสุขภาพก็กำลังพัฒนาตามขีดความสามารถของพื้นที่ โดยพื้นที่ใดผลิตเทคโนโลยีประชาชนในพื้นที่นั้นก็ได้ใช้ประโยชน์ และการเริ่มต้นพัฒนานวัตกรรมอาจจะยังไม่สามารถลดกำลังคนได้ในทันที ในทางกลับกันพื้นที่ยังต้องการขอคนเพิ่มในตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมนั้นๆ โดยเน้นหนักไปที่การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถรองรับนวัตกรรมมากกว่า ดังที่ผู้ให้สัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็น อาทิเช่น

"...peer to peer service sharing ถือเป็นส่วนหนึ่งของนวัตกรรม...ซึ่งตอนนี้ยังเป็นนวัตกรรมของแต่ละจังหวัด เช่น block chain ลดภาระงานภายในเขต โดยเฉพาะเรื่องการ

ตรวจสอบข้อมูล, stroke ที่โรงพยาบาลระยองทำช่วยลดเรื่องค่าใช้จ่าย ลดการเสียชีวิต, fast track ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยลดค่าใช้จ่าย และการตรวจสอบต่าง ๆ เพราะเมื่อนำเทคโนโลยีมาใช้จะทำให้ใช้คนน้อยลง คนเก่งขึ้น คุ้มค่ามากขึ้น เราจะพัฒนาต่อยอดได้ เพียงแต่ช่วงนี้มันชะงักไป แต่ละจังหวัดยุ่งอยู่กับปัญหาโควิด 19 ดังนั้น ช่วงระบาดช่วงนี้การบริหารจัดการกลับข้างกันทำให้คนทดแทนกันได้ พอทีมนึงต้องกักตัวจากการติดเชื้อก็ต้องมีอีกทีมนึงทดแทน การจัดการกำลังคนต้องเปลี่ยนระบบใหม่ แพทย์ พยาบาลต้องพัฒนาตนเองสามารถรักษาทดแทนกันได้" (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 1)

"...เริ่มต้นเขตสุขภาพได้นำระบบไอทีมาใช้เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น ยกตัวอย่างนวัตกรรมจากการใช้ระบบประมวลผลมารองรับระบบคิวทำให้ผู้มารับบริการต่อคิวสั้นลง หรือบริการดีขึ้น รวดเร็วขึ้น นวัตกรรมเรื่องหัวใจรองรับการบริหารกำลังคน โดยคนเก่งขึ้น และเรียนรู้ร่วมกันมากขึ้น, ในการทำระบบฐานข้อมูล block chain มีการขอนักวิชาการคอมพิวเตอร์เพิ่มมากขึ้น หรือเรื่องหัวใจ STEMI ก็ขอนักเทคโนโลยีหัวใจ หมอผ่าตัดหัวใจเพิ่มตามบริการที่เพิ่มขึ้น, นวัตกรรมลดการส่งต่อออกนอกเขต จากเดิมมีผู้ป่วยมะเร็งที่เราส่งต่อฉายแสง จนกระทั่งมาได้ร่วมดำเนินการกับโรงพยาบาลมะเร็ง, การผ่าตัดหัวใจในเด็ก ตอนนี้ส่งแพทย์ไปเรียนกุมารหัวใจแต่ยังไม่จบกลับมา...ดังนั้นนวัตกรรมกับกำลังคนยังไม่เห็นผลชัดเจน เพราะเป็นการเพิ่มบริการกับด้านพัฒนาคนให้รองรับบริการและรองรับนวัตกรรมนั้นมากกว่า แต่จะให้ถึงขั้นบริหารจัดการให้ตอบสนองอัตรากำลังที่ลดลงตอนนี้ยังไม่เกิด..." (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 3)

4.2 ผลการศึกษาด้านการพัฒนา ปรับปรุงการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

4.2.1 ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน

ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่เป็นปัญหาการกระจายตัวของบุคลากรไม่เหมาะสม การกระจุกตัวของบุคลากรในพื้นที่เขตเมือง การขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ซึ่งมีสาเหตุปัจจัยมาจากการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ความต้องการกำลังคน ความแตกต่างตามบริบทในแต่ละพื้นที่ ข้อจำกัดในระบบราชการและความไม่ทันสมัย การบริหารจัดการกำลังคนในส่วนที่ต้องทำตามโครงสร้างสายการบังคับบัญชาจากส่วนกลางที่ยังไม่ตอบสนองความต้องการเชิงพื้นที่ จำนวนผู้สอบใบประกอบวิชาชีพไม่ผ่านเพิ่มมากขึ้น จำนวนคนที่จบลดลง การย้าย/ลาออกของบุคลากรในหน่วยงานบ่อยครั้ง การขาดเข้าใจและความเชี่ยวชาญในการบริหารจัดการ

กำลังคนอย่างมืออาชีพของบุคลากรในพื้นที่ ตลอดจนข้อจำกัดของกรอบอัตรากำลังที่นำมาใช้บริหารจัดการกำลังคน ตามที่ผู้สัมภาษณ์ได้ให้ข้อมูลไว้ว่า

"...การจัดการจำนวนแพทย์ในตำแหน่งสายนักเรียนทุน และพบว่ามีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น จำนวนคนที่จบลดลง จำนวนผู้สอบใบประกอบวิชาชีพไม่ผ่านเพิ่มมากขึ้น ทางเลือกจากความต้องการแพทย์ของภาคส่วนอื่นมีมากขึ้น ทำให้แพทย์ไม่ปฏิบัติตามสัญญาการชดใช้ทุน" (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 1)

"ยอมรับว่าปัจจุบันยังมี bias ทางความคิดในการใช้ระบบกรอบอัตรากำลัง FTE ประกอบกับข้อจำกัดในระบบราชการ ที่ไม่ทันสมัย และไม่มีระบบ IT ที่ทำให้การบริหารจัดการคล่องตัวได้อย่างเต็มขีดความสามารถ จึงยังพบปัญหาความขาดแคลนกำลังคนอยู่" (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 2)

"จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบประเด็นปัญหาว่าหน่วยงานในระดับพื้นที่บางส่วนยังไม่สามารถบริหารจัดการกำลังคนให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดตามมาตรการและแนวทางได้ สาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจและความเชี่ยวชาญในการบริหารจัดการกำลังคนของบุคลากรในพื้นที่ การเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ความต้องการกำลังคนสาธารณสุขที่มีมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ..." (ผู้บริหารส่วนกลาง 3)

"...ยกตัวอย่างกรอบ service plan มีข้อดี เช่น ใช้การคิดคนต่อหน่วย, สามารถตอบสนองความต้องการในวิชาชีพแพทย์สาขาหลัก, ปิดช่องว่างตามกรอบความต้องการ กรอบขั้นต่ำได้เกือบหมด และแพทย์หลายสาขาเกินกรอบขั้นสูง และมีข้อเสีย เช่น โดยมากเป็น expert opinion, แต่ละพื้นที่เขตสุขภาพแตกต่างกัน, วิธีคิดเปรียบเหมือนกับการตัดเย็บเสื้อโหลที่อิงตามขนาดโรงพยาบาล แต่ความเป็นจริงขนาดโรงพยาบาลแต่ละเขตสุขภาพมีไม่เท่ากัน ..." (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 4)

"...demand ไม่แน่นอนตลอดเวลา และถ้าเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในต่างจังหวัดจะมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้พื้นที่จะไม่สามารถกำหนดปริมาณผู้ให้บริการได้เอง ส่วนใหญ่จะถูกกำหนดมาจากกระทรวง...ซึ่งโครงสร้างยังเป็นแบบ hierarchy ที่มีสายยาวจนข้างล่างแทบไม่สามารถเสนอความต้องการได้ ทำให้พื้นที่บริหารกำลังคนหน้างานเพื่อตอบสนองบริการไปตามกรอบเท่าที่มีอยู่อย่างจำกัดนั้น..." (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 5)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.2.2 ความเพียงพอ เหมาะสมในการนำข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน

กระทรวงสาธารณสุขใช้ข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน ได้แก่ ข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการ (OPD, IPD, หัตถการที่สำคัญ OR/LR,ข้อมูลรับคนไข้ตามสิทธิ์สวัสดิการ) ข้อมูลบริการที่เปลี่ยนแปลง ข้อมูลกำลังคนปัจจุบัน (ข้อมูลอัตรากำลัง FTE ที่คิดเทียบภาระงานและชั่วโมงการทำงาน/ ข้อมูล population base ที่คิดเทียบตามประชากร/ ข้อมูล activity base ที่คิดตามภาระงาน) ข้อมูลนักเรียนทุน ข้อมูลคนเกษียณอีก 5 ปี ข้อมูลอัตรากำลังที่มีโอกาสสูญเสีย ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของบริบทของแต่ละเขตสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าข้อมูลเหล่านี้มีการจัดเก็บข้อมูลอยู่ในหลายแหล่งและข้อมูลมีความแตกต่างกัน รวมทั้งยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพในภาคส่วนอื่นๆ ทำให้ข้อมูลที่มียังไม่เพียงพอ เหมาะสมสำหรับวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนที่แม่นยำและครอบคลุม ตามที่ผู้ให้สัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็นดังเช่น

“ปัจจุบันเราใช้ข้อมูลกรอบอัตรากำลัง ซึ่งควรปรับปรุงให้ทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ และข้อมูลกำลังคนตั้งแต่การจ้างจนถึงการเกษียณในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข HROPS (เฉพาะบุคคลที่ได้รับมอบหมาย) ยังขาดการแปรผลสำหรับผู้บริหารที่เชื่อมต่อทั้งประเทศในภาครัฐและเอกชนที่จะทำให้ประเมินสถานการณ์กำลังคนของประเทศได้อย่างแท้จริงได้ นอกจากนี้เรามีข้อมูลแผนพัฒนาระบบบริการด้านการบริการทางการแพทย์แต่ยังขาดด้านส่งเสริมป้องกัน (ยังมี Gap อยู่)” (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 1)

“ข้อมูลที่มียังไม่เพียงพอ และความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลยังไม่ดีพอ ข้อมูลที่กระทรวงสาธารณสุขใช้อยู่ยังไม่ค่อยเชื่อมต่อกัน เช่น ข้อมูลรับคนไข้บัตรทอง ข้อมูลรับคนไข้ประกันชีวิต ข้อมูลรับคนไข้ประกันสังคม ข้อมูลรับคนไข้ข้าราชการเบิกได้ เป็นต้น และในส่วนของกำลังคนที่คิดเทียบสัดส่วนจำนวนประชากร จะไม่ได้รวมประชากรจากต่างจังหวัด ต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในพื้นที่ ซึ่งแรงงานนี้ใช้สิทธิ์ประกันสังคมหรือสิทธิ์อื่นในการเข้ารับบริการ ถ้าจะอิงตามสภาพความเป็นจริงต้องรวมข้อมูล player ทั้งหมด ตลอดจนในทางปฏิบัติการขอข้อมูลดังกล่าวค่อนข้างยากจากปัจจัยด้านชั้นความลับของข้อมูลและความเป็นเจ้าของข้อมูล” (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 5)

“ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนที่เราใช้อยู่ คือ 1) กำลังคนปัจจุบัน 2) บริการที่เปลี่ยนแปลง 3) กำลังคนที่ตอบสนองสถานการณ์ของสถานบริการ 4) ข้อมูลนักเรียนทุน 5) ข้อมูลคนเกษียณอีก 5 ปี และ 6) อัตรากำลังที่มีโอกาสสูญเสีย...แต่เวลานี้มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอย่างสถานการณ์โควิด 19 ระบาด บริการต่าง ๆ ที่เคยจะมี

ลดลงโดยอัตโนมัติ และเมื่อบริการทันตกรรมและแผนไทยหยุดทำงาน ในภาครัฐคนที่เราเคยจ้างไว้ก็ไม่สามารถไล่ออกเพื่อลดคนได้ เดิมเรามองว่า specialist ทำ service plan แบบ extra เยอะ ๆ ปัจจุบัน extra ยังต้องหยุดแล้วหันไปทำเรื่องการควบคุมโรคพื้นฐาน ...เพราะเรารู้ภายใต้ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน...” (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 3)

4.2.3 ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลที่นำมาใช้วิเคราะห์ความต้องการกำลังคน

ข้อมูลที่มีทั้งหมดเป็นข้อมูล data แต่ยังขาดการจัดระบบระเบียบให้เป็นข้อมูลสารสนเทศ information เพื่อการใช้งาน และข้อมูลก็มีอยู่ในหลายระบบ กระจัดกระจายอยู่หลายแหล่ง เช่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมในสังกัดกระทรวง สำนักงาน ก.พ. เป็นต้น อีกทั้งข้อมูลที่มียังไม่ครอบคลุม ขาดความครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากขาดการบูรณาการด้านข้อมูลโดยเฉพาะการเชื่อมโยงข้อมูลระดับกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาครัฐอื่น ภาคเอกชน รวมถึงคลินิกเอกชน ดังนั้นในการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนจึงใช้ข้อมูลได้เท่าที่มีอยู่ โดยผู้ให้สัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นดังกล่าวว่า

“หน่วยงานใช้ข้อมูลภาระงาน ข้อมูลประชากรในพื้นที่ความรับผิดชอบ ข้อมูลเครื่องมือการให้บริการ ข้อมูลผู้ให้บริการและแผนการจัดบริการด้านสุขภาพของสังกัดอื่น ๆ ซึ่งจากการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยนำเข้าต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์เพียงพอโดยเฉพาะข้อมูลภาระงานหรือแผนการให้บริการของหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข” (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 3)

“ในการนำข้อมูลมาใช้ด้านการผลิตแพทย์ใช้ทุน โดยมากใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข HROPS จากกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่เนื่องจากติดข้อจำกัดในระเบียบที่เกี่ยวข้องด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล จึงยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลทั้งหมด ข้อมูลที่มียังไม่ค่อยตรงกับฐานข้อมูลแพทยสภา ที่เป็นฐานข้อมูลหน่วยงานภายนอก...” (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 4)

“หน่วยงานใช้ข้อมูลหลากหลายเท่าที่มี เช่น ใช้ข้อมูลผู้มารับบริการในโรงพยาบาล ข้อมูล visit OPD ข้อมูลจำนวนประชากร ข้อมูลการลงทะเบียนประกันสังคม และข้อมูล FTE ซึ่งยังไม่ละเอียดตามข้อจำกัดที่มี ข้อมูลในทุกวันนี้จึงยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์” (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 5)

4.2.4 การประมาณกำลังคน ประเภทความรู้ ทักษะ และทัศนคติ

กระทรวงสาธารณสุข มีการประเมินความต้องการและความเพียงพอของบุคลากรที่มีความจำเป็นต่อการจัดบริการ ทั้งในส่วนของหน่วยบริการในระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ ซึ่งในการวางแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการส่วนมากเป็นเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวนบุคลากร จำนวนสาขา และในเชิงคุณภาพตามการจัดสรรงบประมาณให้เขตสุขภาพสำหรับพัฒนาบุคลากรในด้านความรู้ ทักษะ อย่างเหมาะสมกับการให้บริการของพื้นที่ โดยการพัฒนาบุคลากรจะใช้ระยะเวลาในการพัฒนาและสั่งสมประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 3 - 5 ปี โดยที่เขตสุขภาพจะดำเนินการประเมินผลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบหน่วยงานยังไม่ได้มีการวัดผลด้านทัศนคติของบุคลากร ดังที่ผู้ให้สัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็นไว้ว่า

> “กระทรวงสาธารณสุขมีกระบวนการในการประเมินจำนวนบุคคลเทียบกับกรอบอัตรากำลัง มีการประเมินประเภทความรู้และทักษะ ตามจำนวนการยกระดับบริการที่สอดคล้องกับเป้าหมายแผนการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการ มีการประเมินด้านการพัฒนากำลังคนจากกรม กองในสังกัดกระทรวง สู่การวางแผนส่งคนเข้าประเมิน ซึ่งได้เป็นจำนวนคนที่จะพัฒนา นอกจากนี้มีการวัดผลทักษะตามจำนวนการระบาด การควบคุม การส่งเสริมผ่านระบบรายงานคลังข้อมูลสุขภาพ [Health Data Center : HDC] ซึ่งเกี่ยวโยงกับการได้งบประมาณจากประกันสุขภาพ แต่ทั้งนี้ยังไม่สามารถระบุโดยละเอียดว่าทักษะดี ทัศนคติดี” (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 1)

> “การวางแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตอบโจทย์การจัดสรรกำลังคนตามทรัพยากรที่มีอยู่ และโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญที่ต้องผ่านการสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตลอดจนมีการปลูกฝังวัฒนธรรมองค์กร [ของกระทรวงสาธารณะสุข] MOPH ดังนั้นบัณฑิตแพทย์จึงมีทั้งความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพและมีจิตวิญญาณ อัตลักษณ์ของการมีจิตใจรักชุมชน ใฝ่รู้” (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 4)

> “การประเมินจำนวนบุคคลเป็นเรื่องภาระงาน ไม่รวมหัตถการใหม่ ๆ ในส่วนการประเมินความรู้ทักษะ เป็นบทบาท HRD ยกตัวอย่างโรงพยาบาลชลบุรี กำหนด competency level เป็นร้อยละของสาขาวิชาชีพ รวมทั้ง back office และสาขาที่เป็นเชิงวิชาชีพ พอได้ gap ก็เอาไปพัฒนาบุคลากรตาม gap ซึ่งทางโรงพยาบาลชลบุรีเน้นเรื่อง soft skill การสื่อสาร รวมถึงคุณธรรมจริยธรรม และ creative thinking การจัดการเวลา และอื่น ๆ...ทุกคนต้องอบรม soft skill ไม่ต่ำกว่า 3 วัน/คน/ปี โดยใช้เป็นตัวชี้วัดรายบุคคลสำหรับเลื่อนเงินเดือน วัดเชิงปริมาณ ยังไม่ได้วัดเชิง outcome ว่าอบรม soft skill แล้วดีขึ้น เพราะ

เพิ่งเริ่มทำปีที่แล้ว ผลนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและประสิทธิภาพของคน บางครั้งจำนวนคนไม่ต้องเยอะ แต่เรา up skill /reskill ก็จะได้คนพอดีกับงาน เพราะถ้าคนล้นงานเมื่อไรจะเกิดการเกี่ยงงาน ...” (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 2)

4.2.5 การมีส่วนร่วมในจัดทำแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ

ในการจัดทำแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการอาศัยการมีส่วนร่วมบุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับตั้งแต่ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ตัวแทนวิชาชีพ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ ตัวแทนเขตสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นเพียงความเหมาะสมเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข แต่ถ้าภาพรวมทั้งระบบสุขภาพหรือทั้งประเทศ ก็อาจจะขาดภาคส่วนอื่น ๆ ดังที่ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ข้อมูลไว้ว่า

“ส่วนใหญ่ใช้การมีส่วนร่วมของเป็นพยาบาล ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล นักทรัพยากรบุคคล สาขาอื่นที่ขาดแคลน เช่น ด้านเทคโนโลยีทรวงอก ด้านหัวใจ ด้านสมอง ด้านรังสี ซึ่งเป็นคนในสาขาที่หน่วยงานต้องการเข้ามาร่วมกันคิด และช่วยพิจารณาหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน ...” (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 1)

“บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมตั้งแต่ ท่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหาร และคณะทำงาน จากนั้นนายแพทย์สาธารณสุขทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ก็ไปถ่ายทอดต่อเอง แล้วเรียกประชุมกรรมการเขตสุขภาพ เพราะจะมีการตั้ง HRM HRP HRD ทุกหน่วยบริการในเขตเข้ามาร่วมมือกัน ถัดจากนั้นก็เรียกประชุม หัวหน้าพยาบาล และทีมก่อนที่เราจะทำแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดรูปแบบบริการให้ชัดก่อน โดยท่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขสมัยนั้น นพ.สุเทพ เพชรมาก ก็กำหนดว่า 1) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปจะไม่เพิ่มเตียง 2) บริการในโรงพยาบาลที่ควรปรับเพิ่ม ยกตัวอย่างเช่น เรานำเตียงสลับซับซ้อน ไอ.ซี.ยู , โอ.อาร์ เตียงที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจมาคำนวณ และเปรียบเทียบอัตราครองเตียง วิเคราะห์ว่าเตียงสลับซับซ้อนควรจะมีอัตรากำลังอยู่จริงเท่าไร ซึ่งในคณะกรรมการเขตสุขภาพในส่วนของ สสอ. รพ.สต. เราจะไม่ได้คุยภาพเขต แต่ให้แต่ละจังหวัดคุยกันเอง ยุคนั้นจึงเริ่มมีการเกลี่ยกรอบซึ่งยังไม่ได้เกลี่ย รพ.สต. แต่ตอนนี้เกลี่ยอัตรากำลังของ รพ.สต.เรียบร้อยแล้ว นำมาใช้ประโยชน์ร่วมกันทั้งหมด ฉะนั้นสิ่งที่เราทำ คือ 1) มีส่วนร่วมตั้งแต่รอบนโยบาย 2) ร่วมคิดด้วยกันแล้วลงมือปรับกรอบ 3) หลังปรับกรอบเสร็จ นำเข้าคณะกรรมการเขตสุขภาพพิจารณาอีกรอบ และตอนนี้อยู่ระหว่างรออนุมัติ ...” (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 3)

ดังนั้นการมีส่วนรวมจึงควรประกอบด้วยทั้งผู้ใช้บริการกำลังคนด้านสุขภาพ ผู้ผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ผู้บริหาร ผู้แทนหน่วยงานในเขตพื้นที่ ผู้รับบริการ ร่วมกันจัดทำแผนการให้บริการ เพื่อสามารถจัดทำแผนความต้องการกำลังคนที่สอดคล้องเหมาะสมกับแผนการจัดบริการของหน่วยงานสู่การสรรหาคนมาปฏิบัติงานได้ตามความต้องการของหน่วยบริการต่อไป

4.2.6 การวางแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข กับการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคน และการกระจายตัวของบุคลากรอย่างไม่เท่าเทียมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงในพื้นที่ชนบทกับพื้นที่เขตเมือง

แม้ว่าการวางแผนที่ผ่านมาสามารถแก้ไขปัญหาขาดแคลนกำลังคน และการกระจายตัวของบุคลากรได้ดีกว่าเดิม เพราะข้อมูลที่ได้จากพื้นที่มีความสมบูรณ์มากขึ้นทำให้การคาดประมาณมีหลักการมากขึ้น แต่เนื่องจากประชากรในพื้นที่มีการเคลื่อนย้าย ข้อมูลจึงไม่ตรงกับจำนวนประชากรที่ใช้ในการคำนวณกรอบอัตรากำลัง และการกระจายบุคลากรยังไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ อีกทั้งในระบบราชการก็ไม่สามารถเอาคนเก่าออกได้ ดังนั้นการจะเติมคนตามความเหมาะสม ไม่ให้คนเพิ่มในพื้นที่จนเกินกรอบอัตรากำลัง จึงต้องใช้แผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มาเป็นเครื่องมือช่วยปรับเกลี่ยทรัพยากรให้เหมาะสม ซึ่งผู้สัมภาษณ์ได้ชี้ให้เห็นว่าปัญหาการขาดแคลนกำลังคน และการกระจายตัวของบุคลากรอย่างไม่เท่าเทียมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนรวมถึงในพื้นที่ชนบทกับพื้นที่เขตเมืองยังคงมีอยู่ ดังนี้

> “เขตสุขภาพที่ 6 มีความแตกต่าง diversity สูงมาก ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา จะกระจุกตัวสูง ในขณะที่สระแก้ว ตราด ขาดแคลนกำลังคน เขตก็ต้องมีกติกาที่จะทำให้เกิดการกระจายกำลังได้ดีขึ้น ด้วยการบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จของเขตสุขภาพ เพื่อให้คนคงอยู่ได้นาน อย่างกรณีของโรงพยาบาลชลบุรี มีปัญหาของแพทย์อย่างเดียว ส่วนอื่นจะเป็นการบริหารกรอบไม่ให้คนล้น กรอบจะปรับอัตโนมัติในผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเปลที่มีปัญหาขาดแคลนในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถอนุมัติทดแทนได้เลย” (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 2)

> “...แผนการบริหารจัดการกำลังคนไม่สามารถเอาคนจากที่หนึ่งย้ายไปไว้อีกที่ได้ และไม่สามารถลดคนปัจจุบันได้ จึงต้องใช้ตำแหน่งเกษียณเกลี่ยไปให้พื้นที่ที่ขาดแคลนกำลังคน เพื่อแก้ปัญหาเรื่องการขาดแคลนกำลังคนและทำเรื่องการกระจายอัตรากำลังไปพร้อมกัน แต่การทำให้ภาครัฐและเอกชนมีการกระจายที่เท่าเทียมยังทำไม่ได้ เนื่องจากภาครัฐมีกฎระเบียบและไม่มีเรื่องการขาดทุนกำไร ฉะนั้นวิธีคิดในการจัดสรรอัตรากำลังจึงต่างกัน ‘เอกชนเพิ่มคนตามบริการ รัฐเพิ่มคนตามจำนวนหน่วยบริการ’ รวมถึงการทำให้ใน

เมืองและชนบทมีการกระจายที่เท่าเทียมก็ยิ่งยาก เขตเมืองมีอัตรากำลังน้อยกว่าเขตชนบท เนื่องจากจำนวนสถานบริการน้อยกว่าและพื้นที่มีราคาแพง และในการนี้แนวโน้มการกระจายตัวของเขตสุขภาพที่ 6 ดีขึ้นตามแผนที่วางไว้ว่าเป็นพื้นที่ EEC โดยวางแผนกำลังคนตามจำนวนบริการที่เพิ่มขึ้นซึ่งเหมือนวิธีคิดแบบเอกชน ...แต่อย่างไรแล้วเขตยังคงขาดแคลนแพทย์มากที่สุด โดยเฉพาะแพทย์ที่อยู่โรงพยาบาลชุมชน และสายที่จะขาดแคลนนับจากนี้ไปคือสายสนับสนุน (back office) เพราะตำแหน่งที่เกษียณถูกยุบ แล้วจ้างบริษัท (outsource) มาทำแทน รวมถึงกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีรายได้ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำแต่เขาไปได้โอที ซึ่งคนกลุ่มนี้มักจะออกไปทำงานอยู่โรงงานอุตสาหกรรม และนับวันกลุ่ม skill mix พวกนี้จะเริ่มหายากขึ้น รวมถึงสายงานสำคัญ เช่น นักเทคโนโลยีหัวใจที่ผลิตมาน้อย และนักรังสีการแพทย์ที่รายได้น้อยกว่าเอกชนหลายเท่า ซึ่งทางเขตสุขภาพก็หาวิธี MOU กับมหาวิทยาลัย จึงทำให้แก้ไขปัญหาขาดแคลนนักรังสีการแพทย์ได้ภายในอีกประมาณ 8 ปี...” (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 3)

ดังนั้น การแก้ไขปัญหาดังกล่าวในระยะถัดไปควรต้องวางกรอบกำลังคนตามภาระงานที่เปลี่ยนไป ตามขนาดประชากรที่ใหญ่ขึ้น ตามสภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป และหากเป็นไปได้ควรประเมินความเป็นไปได้ของตัวเลขที่ได้มาจากการคาดการณ์กำลังคน และวางแผนกำลังคนตามการจัดบริการในภาพรวมประเทศหรือภาพรวมทั้งระบบ รวมทั้งตัวเลือกการจ้าง outsource หรือจ้างกำลังคนนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็เป็นอีกตัวเลือกหนึ่ง

4.2.7 แผนการบริหารจัดการกำลังคนเชิงพื้นที่ที่ควรจะเป็นในอนาคต

แผนการบริหารจัดการกำลังคนเชิงพื้นที่ในอนาคตควรเป็นแผนที่หน่วยงานในพื้นที่สามารถกำหนดอัตรากำลัง ส่งเสริมความก้าวหน้า ธำรงรักษา และพัฒนาคนได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับแผนการจัดบริการตามบริบทพื้นที่และสถานการณ์ทางการเงินของหน่วยงาน ภายใต้องค์ความรู้การจัดการทรัพยากรบุคคลที่ผ่านการวิเคราะห์อย่างมืออาชีพ สามารถใช้ทรัพยากรคนร่วมกันได้ รวมทั้งสนับสนุนเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้มากขึ้น โดยที่การบริหารจัดการกำลังคนเชิงพื้นที่นั้น ต้องดำเนินการให้เป็นไปอย่างสมดุลระหว่างการมอบอำนาจและการรับผิดชอบตามภาระหน้าที่ ต้องบริหารจัดการเรื่องจำนวนบุคลากรที่เพียงพอ มีการกระจายตัวที่เหมาะสม โดยนำปัจจัยอื่นมาช่วยในการทำงานโดยเฉพาะการให้บริการ รวมทั้งการจัดบริการรูปแบบใหม่ เช่น การเพิ่มระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care), นวัตกรรมดิจิตอลเพื่อสุขภาพรูปแบบใหม่ (Digital Health), งานดูแลผู้ป่วยนอก (Ambulatory care), การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกที่บ้านมากขึ้น ดังเช่นที่ผู้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่า

"...ให้พื้นที่ทำแผนความต้องการกำลังคนตามแผนการจัดบริการของพื้นที่ และการใช้ทรัพยากรบุคคลในสาขาความเชี่ยวชาญต่าง ๆ ร่วมกัน ในเขตพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรนำเทคโนโลยีทางการแพทย์เข้ามาใช้ประกอบการให้บริการอย่างจริงจังและให้เกิดความแพร่หลายมากยิ่งขึ้น..." (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 3)

"...พื้นที่ควรต้องบริหารจัดการกันเอง เพราะว่าพื้นที่จะวางแผนด้านกำลังคนได้ดีกว่าส่วนกลาง และความต้องการแต่ละที่ก็ไม่เหมือนกัน ถือเป็นความท้าทายที่เปรียบดังกับการมีเค้ก 1 ก้อน ที่ต้องแบ่งให้เป็นธรรม" (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 4)

"ควรให้พื้นที่คิดแผนการบริหารจัดการกำลังคนเอง เพราะส่วนกลางคิดได้ไม่ละเอียดเท่าพื้นที่คิดขึ้นมาเอง ซึ่งพื้นที่อาจจะไป relate กับผลงานที่ทำ โดยมองถึง productivity ของพื้นที่ เพราะตอนนี้จำนวนคนนั้นไม่ได้อิงตามผลงาน" (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 5)

4.3 ผลการศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการจากความเห็นของผู้บริหารส่วนกลาง

4.3.1 การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันมีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขเชิงประสิทธิภาพของระบบสุขภาพประเทศไทย

การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขเชิงประสิทธิภาพของระบบสุขภาพประเทศไทย โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการการจัดสรรตำแหน่ง ไม่ว่าจะเป็นตำแหน่งข้าราชการหรือตำแหน่งพนักงานราชการ โดยจัดสรรให้หน่วยงานที่มีความขาดแคลน พื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร หรือหน่วยงานที่มีภาระงานหนัก หน่วยงานที่ขยายหรือยกระดับการให้บริการ การพิจารณาจัดสรรตำแหน่งให้กับหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิเป็นอันดับแรก รวมถึงได้กำหนดมาตรการการควบคุมการจ้างงานที่กำหนดให้หน่วยงานจะจ้างผู้มาปฏิบัติงานได้ไม่เกินกรอบอัตรากำลังหรือกรอบการจ้างที่ได้รับอนุมัติ เป็นต้น เพื่อให้มีกำลังคนเพียงพอ ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ซึ่งมุมมองด้านประสิทธิภาพมีหลายมิติ หากเป็นด้านความเพียงพอของกำลังคนในพื้นที่บางมิติเกินและบางมิติขาดแคลน นอกจากนี้ยังมีประสิทธิภาพในมิติด้านผลลัพธ์ด้านบริการ มิติกลไกการบริหารจัดการกำลังคนในส่วนของการผลิตแพทย์ใช้ทุนอยู่ในระดับที่ดี ดังที่ผู้สัมภาษณ์ได้ให้ข้อมูลไว้ว่า

"ถือว่าภาพรวมประสิทธิภาพของประเทศไทยดีในระดับหนึ่งคือ สามารถบริหารจัดการกำลังคนรองรับสถานการณ์ต่างๆ ได้ เช่น สังคมผู้สูงอายุ การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 โดยใช้การปรับเปลี่ยนยืดหยุ่น (resilience) และจัดกระบวนการที่จะช่วยให้ทำงานได้เร็วขึ้น (Agile) ซึ่งสามารถวัดประสิทธิภาพจากค่าเฉลี่ยอายุคนไทยที่มีค่าดีขึ้นกว่าเดิม และแม้ว่าการให้บริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุมแต่เมื่อเปรียบเทียบกับทางต่างประเทศผลลัพธ์ด้านบริการออกมาดีกว่าหลายประเทศ" (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 2)

"ประสิทธิภาพกลไกการบริหารจัดการกำลังคนในส่วนของการผลิตแพทย์ใช้ทุนจนกระทั่งส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกลับสู่เขตสุขภาพ ตามโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทที่ได้ร่วมมือกับคณะแพทย์ทั้ง 15 มหาวิทยาลัย ถูกพัฒนาให้เกิดความเชื่อมโยงกันตั้งแต่ input - process - output อย่างครบวงจรและสอดคล้องกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับบริการ ส่งผลต่ออัตราการคงอยู่ที่สูงกว่าโครงการปกติ 2 - 3 เท่า" (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 4)

4.3.2 ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง หรือ พอใจในระดับนึงที่ยอมรับได้ว่าการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการมีเขตสุขภาพเป็นจุดเชื่อมโยงเครือข่ายบริการให้ไร้รอยต่อมากขึ้น นำไปสู่การตอบสนองความต้องการในพื้นที่ได้รวดเร็วมากขึ้น รวมถึงขั้นการผลิตโดยเฉพาะในแพทย์ใช้ทุนที่ได้ปรับปรุงในกระบวนการย่อยของการบริหารจัดการกำลังคนไป จนครบทุกกระบวนการสู่การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการให้มากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามความพึงพอใจผู้รับบริการยังขึ้นอยู่กับสภาพความเหลื่อมล้ำทางสังคม เศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพ และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ผู้ให้สัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็นในประเด็นความพึงพอใจที่มีต่อการบริหารจัดการกำลังคนดังกล่าวว่า

"พึงพอใจปานกลาง เพราะมีช่องว่างลดลงเนื่องจากมีเขตสุขภาพเป็นจุดเชื่อมต่อให้เห็นและมีความเข้าใจความต้องการของผู้ใช้และเข้าใจกฎระเบียบต่างๆ ของส่วนกลาง ทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถบอกความต้องการ และตอบสนองได้เร็วขึ้น..." (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 1)

"พึงพอใจในระดับนึง เพราะจากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานตลอดสายพานของการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ตั้งแต่จัดสรรนักเรียนแพทย์ใหม่ การดูแลหลักสูตรแพทย์เพิ่มพูนทักษะ การดูแลเรื่องการให้ทุน กระทั่งติดตามผล ทำให้สามารถ feedback ปัญหาในแต่ละขั้นตอนได้ แต่ต้องยอมรับว่าภายใต้ระบบงานราชการ โดยมีคณะกรรมการ

พิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาเป็นนักศึกษาแพทย์และคณะทำงานต่าง ๆ ที่เป็นกลไกสำคัญนั้น ยังไม่สามารถตอบสนองความพึงพอใจด้วยการปรับปรุงกระบวนการแบบ major change เพราะถ้าเปลี่ยนระบบใหม่จะไปกระทบสายพานการผลิตทั้งหมด จึงทำได้แต่เพียง minor change แต่อย่างน้อยถ้าปรับปรุงกระบวนการแบบ minor change ไปในทุกส่วนก็จะได้ผลลัพธ์ที่ต้องการออกมา ดังเช่นการเติมแพทย์เข้าไปในระบบหลายพื้นที่ให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากขึ้น" (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 4)

4.3.3 ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข ในมิติมีความเท่าเทียม รวดเร็วทันเวลา เพียงพอเหมาะสม เกิดความต่อเนื่องและมีความก้าวหน้า

การบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข ยังอยู่ในการพัฒนาให้มีความเหมาะสมกับภาระงานในพื้นที่ทั้งในภาพจังหวัดและภาพเขตสุขภาพ ซึ่งการบริหารจัดการกำลังคนนี้ทำให้คนได้ทำงานร่วมกัน มีกรอบคิดเดียวกัน ขับเคลื่อนแผนได้อย่างเป็นรูปธรรมผ่านการสื่อสารแผนและบริหารแผนโดยที่ผู้บริหารให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี อีกทั้งมีเกณฑ์การออกแบบระบบบริการระดับโรงพยาบาล 'เป็นค่ากลางของเขต' เพื่อให้ได้จำนวนคนตามจริงที่เหมาะสม โดยมีการเข้าไปแก้ปัญหา (intervention) พร้อมการบริหารกำลังคนควบคู่กันไป ดังนั้นขณะนี้จึงยังมีประสิทธิภาพในมิติมีความเท่าเทียม รวดเร็วทันเวลา เพียงพอเหมาะสม เกิดความต่อเนื่อง และมีความก้าวหน้าในระดับนึงที่ยังต้องพัฒนาต่อไป ตามที่ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่าง (gap) ของประสิทธิภาพ ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

"ในเชิงพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 มีความแตกต่างหลากหลายเชิงพื้นที่อย่างมาก เช่น มีทั้งพื้นที่ชายขอบ พื้นที่ชายฝั่ง พื้นที่อุตสาหกรรม เขตปกครองพิเศษ ส่งผลต่อการบริหารจัดการกำลังคนมากพอสมควร โดยจะเห็นได้จากผลการกระจายบุคลากรของแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่าจังหวัดตราด มีบุคลากรมากที่สุด อยู่ที่ร้อยละ 86.38 จังหวัดสมุทรปราการ มีบุคลากรน้อยที่สุด อยู่ที่ร้อยละ 60.62 คิดเป็นความแตกต่างของการกระจายบุคลากร อยู่ที่ร้อยละ 25.76 ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด อย่างไรก็ดีหากพิจารณาด้านความเพียงพอเขตสุขภาพที่ 6 มีเพียงจังหวัดตราดที่มีบุคลากรเพียงพอเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดคือไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 คือ ร้อยละ 86.83 สำหรับจังหวัดอื่นๆ ยังคงมีบุคลากรไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด โดยน้อยสุดคือจังหวัดสมุทรปราการ อยู่ที่ร้อยละ 60.62 ส่วนในความสอดคล้องของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ อันแสดงถึงศักยภาพการให้บริการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เป็นธรรมของประชาชน พบว่า

จังหวัดสมุทรปราการ มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบมากที่สุดคือประมาณ 13.51 แสนคน กลับมีบุคลากรน้อยที่สุด อยู่ที่ร้อยละ 60.62 ในขณะที่จังหวัดตราดมีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบเพียง 2.29 แสนคน เมื่อเทียบกับจังหวัดสมุทรปราการมีประชากรน้อยกว่า 6 เท่า กลับมีบุคลากรถึงร้อยละ 86.38 จะเห็นได้ว่ามีการกระจายบุคลากรที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ" (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 3)

"แม้ว่าจะปรับเกลี่ยคนข้ามสายงาน...แต่ภาพใหญ่ยังเป็นโครงสร้างเดิม ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนเชิงรายละเอียดที่ทำให้เกิดความคล่องตัวขึ้นในระดับนึง โดยประสิทธิภาพจะเปลี่ยนไปตามบริบทของกำลังคนที่มี และวิทยาการเปลี่ยนแปลงไปเร็วกว่ากรอบที่เราสร้างไว้" (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 5)

4.3.4 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างเขตสุขภาพอื่นกับเขตสุขภาพที่ 6

การบริหารจัดการด้านกำลังคนในเขตสุขภาพแต่ละเขตเป็นไปตามกรอบที่ส่วนกลางกำหนด ดังนั้นการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างเขตสุขภาพอื่นกับเขตสุขภาพที่ 6 ที่การดำเนินงานอยู่ระหว่างการพัฒนาอยู่ในขณะนี้ คงต้องดูที่ผลลัพธ์กำลังคนต่อผลิตภาพ (productivity) ที่จะเกิดขึ้นในอีก 2 ปีข้างหน้า เนื่องจากระหว่างนี้ต้องใช้เวลาเติมคนในขณะที่บริการบางอย่างเปลี่ยนไป ดังนั้นผลการดำเนินงานในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาการบริหารจัดการกำลังคนที่ผ่านมา ตามที่ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ข้อมูลว่า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

"...พบว่ามีเพียงเขตสุขภาพที่ 12 ที่มีบุคลากรเพียงพอ สำหรับอีก 11 เขตสุขภาพมีบุคลากรอยู่ที่ประมาณร้อยละ 70 ของกรอบอัตรากำลัง หากเรียงลำดับจากเขตสุขภาพที่มีอัตรากำลังเพียงพอน้อยที่สุดไปหาเขตที่มีอัตรากำลังเพียงพอมากที่สุด เขตสุขภาพที่ 6 อยู่ในลำดับที่ 4 ของเขตสุขภาพที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการของเขตสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับเขตสุขภาพอื่น ๆ เนื่องจากในแต่ละเขตการจัดการด้านกำลังคนเป็นไปตามกรอบของส่วนกลางกำหนดการกระจายบุคลากรระหว่างจังหวัดภายในพื้นที่เขตรับผิดชอบ กลับพบว่ามีการกระจายบุคลากรที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยความแตกต่างสูงสุดอยู่ที่เขตสุขภาพที่ 6 มีความแตกต่างถึงร้อยละ 25.76 ที่เขตสุขภาพที่ 7 มีความแตกต่างของการกระจายบุคลากรเพียงร้อยละ 7.80 และหากเปรียบเทียบผลการบริหารจัดการอัตราว่าง เขตสุขภาพที่ 6 ยังคงมีอัตราว่างไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ คปร. กำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 3-5 ซึ่งเขตสุขภาพที่ 6 มีอัตราว่างอยู่ที่ร้อยละ 6.47" (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 3)

“การจัดสรรคนลงไปยังพื้นที่ยากเหมือนกันทุกเขตเพราะอิงตามกรอบแผนพัฒนาระบบบริการ (service plan) ที่คล้ายตัดเสื้อโหล ซึ่งสังเกตได้ว่าผลการดำเนินงานในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 เขตสุขภาพที่ 9 และเขตสุขภาพที่ 2 อยู่ในกลุ่มที่ดีหรือชั้นนำในระดับเขตสุขภาพ” (ผู้บริหารส่วนกลางท่านที่ 4)

4.4 ผลการศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการจากความเห็นของผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาค

4.4.1 ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง หรือ พอใจในระดับนึงที่ยอมรับได้ว่าการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการได้พัฒนามาดีขึ้นกว่าเดิม แต่เนื่องจากความล่าช้าในระบบราชการ ทั้งจากกฎระเบียบที่ไม่ทันสมัย และการกระจายอำนาจที่ยังไม่เบ็ดเสร็จแท้จริงในส่วนที่จำเป็นต่อการบริหารจัดการกำลังคนภายในเขตสุขภาพให้คล่องตัวตามภาระงานและบริบทในแต่ละพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการกำลังคนได้ทันต่อเวลาที่ต้องการใช้ประโยชน์ ขาดความยืดหยุ่นในการบริหารจัดกรอบกำลังคนให้สัมพันธ์กับภาระงานจริงได้ ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็น ดังนี้

“พอใจในระดับนึง เพราะดีขึ้นมากกว่าสมัยก่อน โดยการมอบอำนาจให้ในพื้นที่เขตสุขภาพสามารถตัดสินใจในการบริหารจัดการได้ในระดับนึง ถือว่าเป็นแนวทางที่ดี แต่ตอนนี้ระบบก็ยังต้องขึ้นอยู่กับส่วนกลางที่เป็นผู้อนุมัติ ซึ่งทำให้การบริหารจัดการล่าช้าไม่ทันต่อเหตุการณ์ ดังนั้นประเด็นกระจายอำนาจให้เขตสุขภาพถ้าเป็นไปได้เรื่องคนควรจะมอบอำนาจให้มากขึ้นอีก” (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 1)

“พอใจระดับนึง เพราะบางครั้งกฎระเบียบเก่าและล้าหลัง ทำให้การทำงานล่าช้า ยกตัวอย่างเช่น มีตำแหน่ง เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ ช่างกายอุปกรณ์ เจ้าพนักงานทันตแพทย์ ซึ่งเขาเลิกผลิตแล้ว ตำแหน่งนี้หาคนมาแทนไม่ได้ จำเป็นต้องยุบตำแหน่งพวกนี้ และเอาเลขตำแหน่งไปเปลี่ยนจากเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ เป็นนักรังสีการแพทย์ เปลี่ยนจากช่างกายอุปกรณ์ เป็นนักกายอุปกรณ์ ปรากฏว่าติดระเบียบซึ่งเก่าไปหน่อย ทำให้การบริหารจัดการเป็นไปด้วยความยากลำบาก ตำแหน่งเป็นตำแหน่งเก่าใช้ไม่ได้ ลูกจ้างที่ไม่ใช่ข้าราชการอยู่ไม่นานเขาก็ไป ดังนั้น กฎระเบียบล้าหลังไม่ทันเทคโนโลยี กรอบกำลังคนไม่สัมพันธ์กับภาระงานจริง เพราะว่ากรอบอัตรากำลังเป็นเครื่องมือที่เราใช้ในการจัดการกำลังคน กรอบ FTE และ กรอบ service plan ซึ่งหากใช้กรอบอัตรากำลัง ข้อมูลอัตรากำลังและภาระงานของเมื่อปี พ.ศ. 2558 มาใช้กับปัจจุบันซึ่งเป็นปี พ.ศ. 2564 ก็จะไม่เหมาะสม

ตามภาระงานที่เปลี่ยนแปลงไป เทคโนโลยีการแพทย์เจริญไปกว่านั้น แต่ก็เชื่อว่ากรอบอัตรากำลังรอบใหม่ที่จะทำขึ้นข้อมูลน่าจะดีขึ้น” (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 2)

“พอใจในระดับปานกลาง เพราะข้อมูลยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ สมมติหน่วยงานพื้นที่วิเคราะห์ความต้องการกำลังคนที่ขาดมา แต่เขตสุขภาพไม่มีเลขอัตรากำลังให้เพราะทางกระทรวงให้กรอบมาเท่านี้ และต้องไปตกลงงบประมาณกับกระทรวงการคลัง ฉะนั้นบางส่วนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเลขตำแหน่งเหล่านั้นให้เหมาะกับความต้องการของหน่วยบริการ ถ้าสามารถบริหารจัดการได้ทั้งหมด เราก็จะมีวิธีการจัดการอัตรากำลังที่ชัดเจนได้มากกว่านี้ เช่น เราต้องรู้ความขาดความเกิน หรือความเพียงพอ ดังนั้น วิธีการบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ 6 ในโรงพยาบาลทั้งหมด 73 แห่ง มีความพอเพียงของแต่ละหน่วยก็ไม่เท่ากัน บางที่เกินกรอบ 100 % แต่เขตสุขภาพไม่สามารถเอาอัตรากำลังไปให้พื้นที่ ทั้ง ๆ ที่มีเลขตำหน่งอยู่ เช่น โรงพยาบาลชลบุรีเกินกรอบ ภาระงานหนักมาก อัตราครองเตียงประมาณ 90 % ขณะที่จะขยายเตียง ไอ.ซี.ยู เพิ่ม 20 % แต่เวลานี้เพิ่มไม่ได้เพราะไม่มีคน ในขณะเดียวกันเรื่องของตำแหน่งก็มีผลเช่นกัน ยกตัวอย่างเมื่อประมาณ 2-3 ปีที่แล้ว โรงพยาบาลเอกชนเปิดอยู่ตรงข้ามโรงพยาบาลชลบุรี คนที่ปฏิบัติงานอยู่ใน ไอ.ซี.ยู. ไม่ได้บรรจุราชการ ก็ลาออกกันหมดแล้วพากันย้ายไปอยู่ฝั่งเอกชนกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ควบคุมไม่ได้” (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 3)

4.4.3 ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข ในมิติมีความเท่าเทียม รวดเร็วทันเวลา เพียงพอเหมาะสม เกิดความต่อเนื่องและมีความก้าวหน้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขมอบอำนาจการบริหารจัดการกำลังคนให้เขตสุขภาพในปัจจุบันทำให้การบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุขสามารถทำให้บริการมีความเท่าเทียม รวดเร็วทันเวลา เพียงพอเหมาะสม เกิดความต่อเนื่อง และมีความก้าวหน้าได้ เพียงแต่ว่าประเด็นท้าทายของการเพิ่มคนให้เพียงพอตามกรอบที่มีและเกลี่ยกรอบกันภายในก็คงยังเป็นการบริหารจัดการอยู่ภายใต้จำนวนคนที่มีเท่าเดิม ซึ่งพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีปัญหาสุขภาพที่มาจากการทำงานหนัก แสดงว่ามีบุคลากรไม่เพียงพอกับภาระงาน หรือจำนวนคนเท่าเดิมก็ยังไม่เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการของพื้นที่ จึงสรุปได้ว่ายังขาดประสิทธิภาพในมิติความเพียงพอเหมาะสม ดังที่ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ข้อมูลว่า

"การบริหารจัดการแบบนี้ทำให้ประสิทธิภาพในการบริการมีความเท่าเทียม รวดเร็วทันเวลา เพียงพอเหมาะสม เกิดความต่อเนื่อง และมีความก้าวหน้าได้แน่นอน โดยที่ต้องทำให้บุคลากรเพียงพอกับภาระงานหรืองานไม่หนักเกิน คนมีความรู้ความสามารถและสามารถพัฒนาต่อไปได้ บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข โดยที่สภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อนร่วมงาน บรรยากาศในการทำงาน ค่าตอบแทน และสุขภาพของบุคลากรก็มีผล แต่พบว่าปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์มาจากการทำงานหนักส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งอาชีวเวชกรรมจัดโครงการ/กิจกรรมดูแลสุขภาพบุคลากร...." (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 2)

"แผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขคือพิมพ์เขียวที่ใช้ในการเขียนกรอบ ขยายกรอบ ขอปรับกรอบ ซึ่งตรงนี้ยังไม่ได้รับการอนุมัติ แต่ทำให้พื้นที่รู้ว่าควรเพิ่มคนเท่าไร บางที่ลดกรอบมาเพื่อให้อีกที่นึงเพิ่ม แต่ท้ายสุดถึงเกลี่ยกรอบมาก็ต้องอยู่ภายใต้คนมีเท่าเดิม โดยการบริหารจัดการปัจจุบันก่อให้เกิดความรวดเร็วขึ้นทางกระทรวงทำหลักเกณฑ์มา มอบอำนาจมาชัดเจน จึงจะมีความคล่องตัวมากกว่าเดิม เราสามารถอนุมัติบางตำแหน่งได้เลย โดยไม่ต้องรอกระทรวง เพราะฉะนั้นเขตสุขภาพก็อนุมัติได้เลย และควบคุมอัตรากำลังได้เลยว่าภายใน 3 เดือน เลขว่างเหล่านี้ต้องถูกใช้ไป ถ้าไม่ถูกใช้เราจะถูกดึงมาไว้ตรงกลาง เหลืออีกเรื่องที่ค่อนข้างช้าคือ การบริหารตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว อำนาจยังอยู่ที่กระทรวง ซึ่งปัจจุบันการบริการเกิดความต่อเนื่องและเกิดความก้าวหน้าได้มากกว่าเดิม ทิศทางระบบบริหารจัดการมันดีขึ้นมันตอบสนองการพัฒนาบริการในพื้นที่ได้ง่ายกว่า" (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคท่านที่ 3)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

4.5 รวบรวมผลการศึกษา

จากการศึกษาตามกรอบแนวคิดในส่วนของระบบสุขภาพ พบว่ามีความสอดคล้องกันในระดับขั้นการวางแผนที่เชื่อมโยงองค์ประกอบของระบบสุขภาพทั้งด้านการบริการสุขภาพ ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ ด้านการนำองค์การและอภิบาลระบบสุขภาพ และเมื่อถึงขั้นการนำไปสู่การปฏิบัติทั้งในส่วนของการแก้ปัญหาโดยอาศัยมาตรการต่าง ๆ และการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ผ่านกลไกระดับพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ตามการดำเนินงานรูปแบบเขตสุขภาพ โดยใช้หลักการกระจายอำนาจให้กับผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีการตอบสนองความต้องการด้านการเข้าถึงบริการในพื้นที่ระดับ

ตำบลกับการลดภาระรายจ่ายด้านสุขภาพให้ประชาชนได้ดีกว่าเดิม แต่การบริหารจัดการกำลังคนยังไม่สอดคล้องกับการให้บริการเท่าที่ควร

ปัจจัยของกำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจัยสำคัญของกำลังคนด้านสุขภาพมี 2 ส่วน คือ ความต้องการกำลังคน และ การวางแผนกำลังคนโดยในส่วนของความต้องการกำลังคน ซึ่งพบว่าความต้องการกำลังคนมีผลต่อการบริหารจัดการกำลังคน ดังนี้

1) อุปสงค์ความต้องการเชิงปริมาณทางเศรษฐศาสตร์ (การให้บริการสุขภาพ) นั้นเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีลักษณะไม่แน่นอน โดยเฉพาะเมื่อมีข้อจำกัดด้านนโยบายลดกำลังคนภาครัฐ ทรัพยากรในการผลิตหรือบริการไม่เพียงพอ กรอบอัตรากำลังไม่เหมาะสม ค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม การกระจายอำนาจไม่เบ็ดเสร็จแท้จริง ก็ส่งผลให้การบริหารจัดการกำลังคนไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการในเขตสุขภาพได้อย่างเหมาะสมไปด้วย
2) การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนยังไม่แม่นยำ เพราะหากใช้ฐานคิดของความต้องการกำลังคนโดยเทียบสัดส่วนประชากร จะพบว่าข้อมูลที่นำมาใช้ประกอบการเทียบสัดส่วนประชากรจะไม่ได้นับรวมประชากรที่มีการเคลื่อนย้ายเข้ามาในพื้นที่ และหากใช้การพิจารณาจากกลุ่มเป้าหมายในการผลิตและให้บริการสุขภาพอย่างกรอบ service plan ที่คิดคล้ายแบบ one size fit all ยังไม่เหมาะสมกับภาระงานและปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพทั้งสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต และหากพิจารณาจากความต้องการด้านบริการสุขภาพ โดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้กำหนดอย่างกรอบอัตรากำลัง (Full-time equivalent : FTE) ที่คิดเทียบกับภาระงานและชั่วโมงการทำงาน ก็จะพบว่าข้อมูลที่นำมาใช้ประกอบการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และยังมี bias ทางความคิดที่ทำให้บางพื้นที่คนเกินบางพื้นที่คนขาด
3) ข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนยังไม่เพียงพอ เหมาะสม ขาดความสมบูรณ์ เพราะแม้ว่าจะมีข้อมูลพื้นฐานสำคัญ เช่น ข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการ ข้อมูลบริการที่เปลี่ยนแปลง ข้อมูลกำลังคนปัจจุบัน ข้อมูลนักเรียนทุน ข้อมูลคนเกษียณ ข้อมูลอัตรากำลังที่มีโอกาสสูญเสีย ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของบริบทของแต่ละเขตสุขภาพ แต่ก็ยังขาดข้อมูลกำลังคนอื่นๆ เช่น ข้อมูลผลิตภาพกำลังคนและข้อมูลมาตรฐานกำลังคน อีกทั้งข้อมูลที่มีทั้งหมดยังขาดการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลมีกระจัดกระจายอยู่หลายแหล่ง และขาดการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระบบสุขภาพของหน่วยบริการทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

4) อุปทานจำนวนบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพ พบว่าแม้ว่าจะมีการนำจำนวนกำลังคนที่มีอยู่ในระบบที่เป็นปัจจุบันมาคิด แบ่งได้เป็นส่วนที่ทำงานเกี่ยวกับการรักษาโรค กับส่วนที่ไม่ได้ทำงานเกี่ยวกับการรักษาโรค ได้แก่ อสม. ซึ่งจัดว่าไม่อยู่ในบทบาทของฝั่งโรงพยาบาลแต่เป็นกำลังสำคัญในการเฝ้าระวัง การส่งเสริมป้องกันโรค เป็นส่วนที่จังหวัดและหน่วยบริการดูแล โดยได้คิดรวมกรอบอัตรากำลัง อสม. ไปแล้ว และมีการกำหนดแนวทางการบริหารตำแหน่งว่าง ควบคุมการโอนถ่ายอัตรากำลังในตำแหน่งว่าง การจัดสรรตำแหน่งว่าง และเพิ่มขีดความสามารถในการผลิตกำลังคนสุขภาพ สนับสนุนงบประมาณสำหรับให้ทุนการศึกษาในสาขาเฉพาะทางตามความขาดแคลน ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรในสายวิชาชีพหลักหรือสายสนับสนุนการให้บริการผ่านการทำการ MOU กับมหาวิทยาลัย แล้วมาจัดทำข้อมูลจำนวนนักเรียนทุน อีกทั้งจัดทำข้อมูลจำนวนคนเกษียณ ข้อมูลอัตรากำลังที่มีโอกาสสูญเสีย แต่อย่างไรก็ตามจำนวนบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพก็ยังเป็นเพียงจำนวนคนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่จำนวนคนภาพรวมทั้งระบบสุขภาพที่รวมภาคส่วนอื่นๆ จึงทำให้อุปทานจำนวนบุคลากรในปัจจุบันยังไม่เหมาะสมเพียงพอ

การวางแผนกำลังคน

การวางแผนกำลังคน ซึ่งพบว่าภาพรวมเขตสุขภาพยังมีกรอบอัตรากำลังว่าง จึงได้วางแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นพิมพ์เขียวที่ช่วยแก้ไขจุดอ่อนการบริหารจัดการด้านการกระจายตัวของบุคลากรภายในเขตสุขภาพ ให้สามารถจัดสรรกำลังคนตามทรัพยากรที่มีอยู่ด้วยการปรับเกลี่ยกรอบอัตรากำลังภายใต้โครงสร้างกำลังคนเท่าเดิมตามบริบทพื้นที่ โดยที่แผนนี้เป็นทั้งขั้นตอนการประมาณกำลังคนและองค์ประกอบด้านความรู้ ทักษะและทัศนคติ ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1) มีการประมาณกำลังคน ด้วยการประเมินความต้องการและความเพียงพอของบุคลากรที่มีความจำเป็นต่อการจัดบริการ คิดเทียบกับกรอบอัตรากำลังตามภาระงาน ซึ่งในการวางแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการส่วนมากเป็นเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวนบุคลากร จำนวนสาขา เป็นต้น
2) มีการกำหนดประเภทความรู้ทางสาธารณสุข โดยที่บุคลากรต้องผ่านการสอบใบประกอบวิชาชีพ และผ่านมาตรฐานหลักสูตรสาขาเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่สอดคล้องกับเป้าหมายแผนการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการ รวมถึงมีการเพิ่มพูนความรู้ตามแผนฝึกอบรมระยะสั้น ตามแผนการผลิตและแผนฝึกอบรมของแต่ละเขตสุขภาพ
3) มีการพัฒนาทักษะเน้นการพัฒนากำลังคนเพื่อรองรับกลยุทธ์การดำเนินงานของเขตสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ ส่วนที่ 1 พัฒนาบุคลากรที่เป็นทักษะหลักใน

งานที่ปฏิบัติโดยตรง (Hard Skills) เช่น พัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาต่างๆ (4 เดือน) โดยร่วมกันจัดทำหลักสูตรกับสถาบันการผลิต บริหารจัดการโดยใช้วิธีการแบบหุ้นส่วน (Joint Venture Model for Training) เพื่อจัดอบรมร่วมกันภายในเขต โดยขอรับรองหลักสูตรต่าง ๆ จากสภาวิชาชีพ, หลักสูตรการเงินการคลังและต้นทุน (Unit Cost) ให้กับเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพัฒนาชุมชน ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ เป็นต้น ส่วนที่ 2 พัฒนาบุคลากรที่เป็นทักษะที่เกี่ยวเนื่องอันจะช่วยส่งเสริมให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Soft Skills) เพื่อให้มีทักษะเพิ่มเติมในการทำงานในระดับต่างๆ เช่น ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการบริหารโครงการ การเสริมสร้างภาวะผู้นำ การคิดอย่างเป็นระบบ การบริหารการเปลี่ยนแปลง ความสามารถคิดสร้างสรรค์ การจัดการเวลา และการสื่อสาร เป็นต้น

4) ทัศนคติเป็นไปตามที่มีการปลูกฝังวัฒนธรรมองค์กร MOPH การพัฒนาจิตวิญญาณและอัตลักษณ์ของการมีจิตใจรักชุมชน สร้างความใฝ่รู้ รวมถึงปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมให้แก่บุคลากร โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนทุน

ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน

จากข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ พบว่าผลความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลางหรือพอใจในระดับนึง เนื่องจากการมีจุดแข็งของเขตสุขภาพเป็นจุดเชื่อมโยงเครือข่ายบริการให้ไร้รอยต่อมากขึ้น นำไปสู่การตอบสนองความต้องการในพื้นที่ได้รวดเร็วมากขึ้น มีการปรับปรุงกระบวนการของการผลิตอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการตามบริบทพื้นที่มากขึ้นกว่าเดิม มีการปรับเกลี่ยกำลังคนเกิดความคล่องตัวขึ้นในระดับนึง ทิศทางระบบบริหารจัดการขึ้นมันตอบสนองการพัฒนาบริการในพื้นที่เกิดความต่อเนื่องและเกิดความก้าวหน้าด้านบริการที่มีมากกว่าเดิม และมีจุดอ่อนของความล่าช้าในระบบราชการ กฎระเบียบที่ไม่ทันสมัย และการกระจายอำนาจที่ยังไม่เบ็ดเสร็จแท้จริง กรอบกำลังคนไม่สัมพันธ์กับภาระงานจริง ข้อมูลที่มียังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จึงสรุปได้ว่ามีประสิทธิภาพในระดับนึงทั้งในมิติมีความเท่าเทียม รวดเร็วทันเวลา เพียงพอเหมาะสม เกิดความต่อเนื่อง และมีความก้าวหน้าที่ยังต้องพัฒนาต่อไป โดยเฉพาะในมิติความเพียงพอเหมาะสม ซึ่งนวัตกรรมด้านบริการเชิงพื้นที่ก็เป็นอีกหนทางในการแก้ปัญหาการบริหารจัดการกำลังคนให้เพียงพอเหมาะสมในอนาคตได้ โดยที่หน่วยงานต้องสนับสนุนและลงทุนด้านทรัพยากร (คน/เงิน/ของ) ในระยะแรก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนในระยะยาว ดังเช่นกรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 6 ที่นำนวัตกรรมมาใช้ปรับปรุงด้านการบริการให้มีประสิทธิภาพขึ้นในแบบพี่น้องช่วยกัน peer to peer service sharing แม้ว่าตอนนี้จะยัง

เป็นนวัตกรรมของแต่ละจังหวัดก็สะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มประสิทธิภาพในมิติต่าง ๆ เช่น block chain ลดภาระงาน, stroke ลดเรื่องค่าใช้จ่าย ลดการเสียชีวิต, fast track ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยลดค่าใช้จ่าย และการตรวจสอบต่าง ๆ ที่ใช้คนน้อยลง รวมถึงนวัตกรรมระบบคิว ที่ทำให้บริการรวดเร็วขึ้น เป็นต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข และเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนา ปรับปรุงการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข สามารถสรุปการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1 เพื่อศึกษาด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ เป็นผลมาจากการบริหารจัดการ โดยที่มีเขตสุขภาพเป็นจุดเชื่อมโยงเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) ด้วยหลักธรรมาภิบาลด้านการกระจายอำนาจ (decentralize) ลงสู่พื้นที่ ให้เป็นไปตามหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการตัดสินใจด้านการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนตามบริบทพื้นที่อย่างเหมาะสม ด้วยการให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน การให้บริการอย่างรวดเร็วทันเวลา การให้บริการอย่างเพียงพอ การให้บริการอย่างต่อเนื่อง การให้บริการอย่างก้าวหน้า ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดประสิทธิภาพ (Millet, J. D. (1954) โดยมีข้อสรุปว่าจากผลของการบริหารจัดการด้านกำลังคนนี้สามารถทำให้เกิดความพึงพอใจในระดับปานกลางตามสภาพความคล่องตัวของการบริหารจัดการดังกล่าว รวมทั้งผลกำไรจากการปฏิบัติงานที่มีความแตกต่างออกไปจากเอกชน โดยในภาครัฐจะไม่มีเรื่องการขาดทุน-กำไร แต่ในที่นี้จะหมายถึงกำไรทางอ้อมจากการบริหารจัดทรัพยากรด้านกำลังคนในส่วนของความคุ้มค่าจากต้นทุนแรงงาน (labor cost : LC) ที่สอดคล้องกับภาระงานในภาพรวมของเขตสุขภาพอันก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1) ด้านการให้บริการที่เท่าเทียม: พบว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบริการในพื้นที่ระดับตำบลเพิ่มมากขึ้น มีการปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในวิชาชีพที่มีสาขาเชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวมทั้งการมีคณะกรรมการสายวิชาชีพร่วมจัดทำกรอบอัตรากำลังในสาขาเฉพาะทางที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเชิงพื้นที่
2) ด้านการให้บริการอย่างรวดเร็วทันเวลา: พบว่าการจัดระบบคิวด้วยเทคโนโลยีช่วยทำให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็วมากยิ่งขึ้น การที่เขตสุขภาพเข้าใจความต้องการผู้ใช้และเข้าใจกฎระเบียบของส่วนกลางร่วมกันทำให้สามารถตอบสนองความต้องการในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็วและเกิดความคล่องตัวมากกว่าเดิม
3) ด้านการให้บริการอย่างเพียงพอ: พบว่ามีการเติมบุคลากรใช้ทุนเข้าไปในระบบหลายพื้นที่ เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ ชลบุรี สมุทรปราการ นอกจากนี้มีการพัฒนานวัตกรรม อาทิเช่น การตรวจสอบข้อมูลด้วยระบบ blockchain นวัตกรรมการลดการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ โดยได้มีการร่วมดำเนินการกับโรงพยาบาลที่ดูแลด้านมะเร็งในพื้นที่ นวัตกรรมการจัดบริการให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ซึ่งนำไปสู่การใช้กำลังคนลดน้อยลง คนมีความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น คุ้มค่ามากขึ้น อันสอดคล้องตามแผนกำลังคนตามการจัดการระบบบริการโดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 – 2567 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ที่เขตสุขภาพได้พัฒนานวัตกรรมเชิงพื้นที่โดยมุ่งเน้นตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่แตกต่างกันตามทรัพยากรและความเหมาะสมเชิงพื้นที่ ซึ่งมีข้อสังเกตว่าปัจจุบันยังเป็นช่วงของการพัฒนานวัตกรรมจึงยังไม่สามารถลดกำลังคนได้ในทันที ในขณะเดียวกันพื้นที่ยังคงขอกำลังคนเพิ่มในตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีและนวัตกรรมบริการที่เพิ่มขึ้น และพัฒนาศักยภาพบุคลากรรองรับนวัตกรรมต่อไป
4) ด้านการให้บริการอย่างต่อเนื่อง: พบว่าในช่วงสถานการณ์ของการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ทำให้แพทย์และพยาบาลต้องทำงานทดแทนกัน กรณีที่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อโควิด 19 ก็จะมีการเตรียมอีกทีมหนึ่งเข้ามาทดแทนกำลังคนที่ถูกกักตัว นอกจากนี้เขตสุขภาพยังสามารถควบคุมอัตรากำลังและอนุมัติทดแทนกำลังคนบางตำแหน่งที่ขาดแคลนได้ทันที
5) การให้บริการอย่างก้าวหน้า: พบว่ามีการพัฒนาการรักษาโรคให้ก้าวหน้าในหัตถการที่ซับซ้อน เช่น ผ่าตัดส่องกล้อง ผ่าตัดเล็ก มีการพัฒนาศักยภาพของตัวบุคลากรมากกว่าการเพิ่มปริมาณ ตลอดจนมีการนำระบบไอทีมาใช้เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

นอกจากนี้มีข้อค้นพบว่าประสิทธิภาพสามารถวัดได้ในหลายมิติซึ่งขึ้นอยู่กับว่าจะเลือกพิจารณาในมิติใด โดยที่คำนึงถึงวัตถุประสงค์การพิจารณานั้น สอดคล้องตามผลการวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพ (ทิพาวดี เมฆสวรรค์, 2538) ว่าการแบ่งวัตถุประสงค์ตามหลักการพิจารณาใน 3 มิติ และผลจากการศึกษาสะท้อนข้อสรุปได้แก่

1) ประสิทธิภาพในมิติของต้นทุนการผลิตในการใช้ทรัพยากรการบริหาร: พบว่ามีการส่งเสริมสนับสนุนงบประมาณสำหรับให้ทุนการศึกษาในสาขาเฉพาะทางตามความขาดแคลนทั้งในบุคลากรสายงานหลักและสายสนับสนุน มีการบริหารโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทอันส่งผลต่ออัตราการคงอยู่ที่สูงกว่าโครงการปกติ 2 - 3 เท่า มีการลงทุนการบริหารจัดการกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางตามมาตรฐานศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Excellence Center) พร้อมทั้งได้เตรียมกำลังคนให้ทันต่อการตอบสนองความต้องการผู้ใช้บริการเชิงพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการพิจารณาการจ้างงานตามต้นทุนแรงงาน labor cost และนำไปเปรียบเทียบกับภาระงานในแต่ละหน่วยบบริการ
2) ประสิทธิภาพในมิติของกระบวนการการบริหาร: พบว่าไม่สามารถตอบสนองความต้องการกำลังคนได้ทันเวลาความต้องการใช้ประโยชน์ เนื่องจากมีส่วนของการกระจายอำนาจด้านการบริหารจัดการกำลังคนที่ยังไม่เบ็ดเสร็จแท้จริง และขาดความยืดหยุ่นในการบริหารจัดกรอบอัตรากำลังให้สัมพันธ์กับภาระงาน
3) ประสิทธิภาพในมิติของผลผลิตและผลลัพธ์: พบว่าค่าเฉลี่ยอายุคนไทยดีขึ้นกว่าเดิม และแม้ว่าการให้บริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุมแต่เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศผลลัพธ์ด้านบริการออกมาดีกว่าหลายประเทศ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2 เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนา ปรับปรุงการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และโอกาสการพัฒนาได้ดังต่อไปนี้

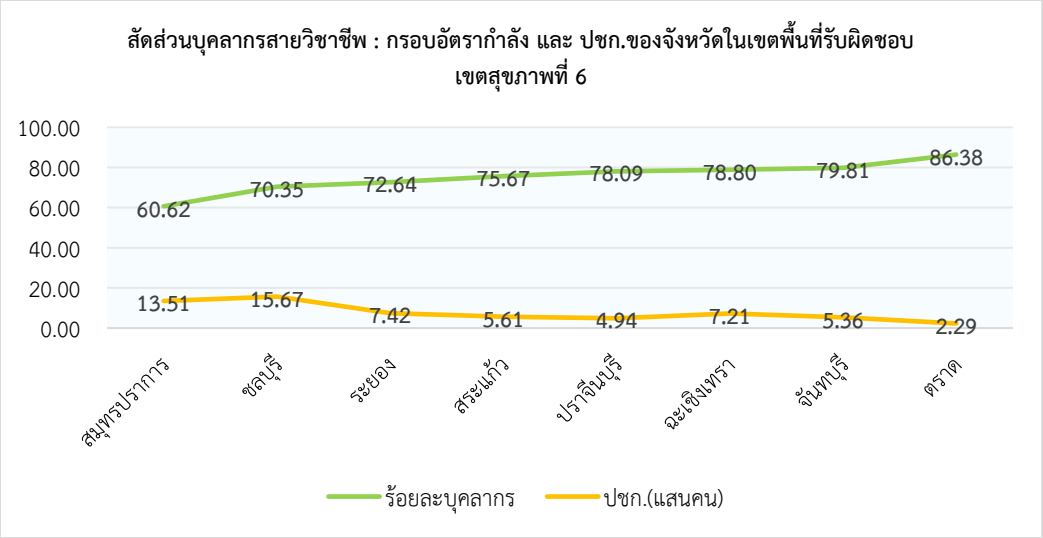
1) ประเด็นการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการในระบบสุขภาพปัจจุบัน

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงองค์ประกอบทั้งการบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์รวมทั้งวัคซีนและเทคโนโลยี การเงินการคลังด้านสุขภาพ และการนำองค์การ/อภิบาลระบบสุขภาพนั้น มีข้อค้นพบจากการศึกษานี้ว่า ในระดับกิจกรรมการจัดทำแผนสามารถเชื่อมโยงองค์ประกอบต่าง ๆ ได้อย่างดี สอดคล้องกับ

แนวคิดองค์การอนามัยโลก ว่าองค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันในระบบสุขภาพจะสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ 4 ประการ คือช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น (improved health) ตอบสนองความคาดหวังของประชาชน (responsiveness) การปกป้องประชาชนจากปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วย (social and financial risk protection) และปรับปรุงประสิทธิภาพ (improved efficiency) (World Health Organization, 2007) แต่เมื่อดำเนินกิจกรรมถึงขั้นการนำแผนลงสู่การปฏิบัตินั้น บางองค์ประกอบที่กำลังพัฒนากลับไม่ไปด้วยกันหรือยังไม่สอดคล้องกัน ตามข้อค้นพบที่ว่าในการจัดอัตรากำลังที่ผูกขาดโดยส่วนกลางภายใต้การควบคุมกำกับขององค์กรกลาง (คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน) และระบบการเงินการคลังของประเทศ ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคลในพื้นที่ยังขาดความรู้ความเชี่ยวชาญที่จำเป็นต่อการบริหารจัดการกำลังคน ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพกระจัดกระจายไปหลายแหล่งและขาดการเชื่อมโยงกัน การนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ยังไม่แพร่หลายและกฎระเบียบที่ล้าหลังไม่ทันสมัย เป็นข้อจำกัดที่ทำให้การบริหารจัดการกำลังคนไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการในพื้นที่ ขาดความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการกำลังคน การกระจายตัวของบุคลากรที่ไม่เหมาะสม เกิดการกระจุกตัวของบุคลากรในพื้นที่เขตเมือง กำลังคนไม่เพียงพอขาดแคลนแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางในสาขาที่จำเป็น ขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ซึ่งเป็นไปตามข้อมูลการกระจายบุคลากรของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ยังไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ดังเช่น ในจังหวัดสมุทรปราการ มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบมากที่สุดคือประมาณ 13.51 แสนคน แต่กลับมีบุคลากรน้อยที่สุด อยู่ที่ร้อยละ 60.62 ในขณะที่จังหวัดตราดมีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบเพียง 2.29 แสนคน เมื่อเทียบกับจังหวัดสมุทรปราการมีประชากรน้อยกว่า 6 เท่า กลับมีบุคลากรถึงร้อยละ 86.38 ดังภาพที่ 7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาพที่ 7 กราฟแสดงข้อมูลการกระจายบุคลากรของเขตสุขภาพที่ 6

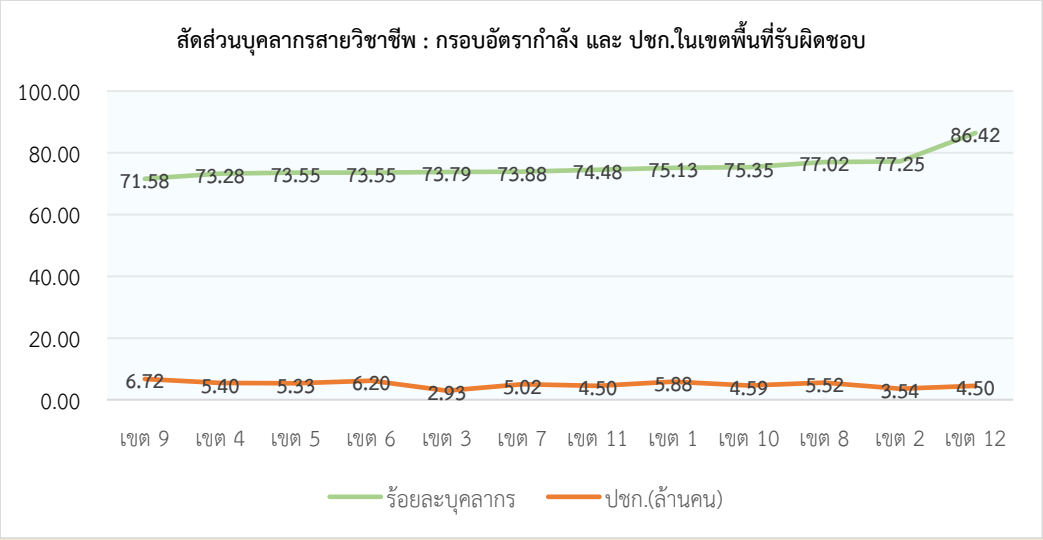


(ที่มา : ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) กองบริหารทรัพยากรบุคคล, 2564)

จากข้อมูลการกระจายบุคลากรของเขตสุขภาพที่ 1-12 ดังภาพที่ 8 พบว่าเขตสุขภาพที่มีอัตรากำลังมากที่สุดคือเขตสุขภาพที่ 12 อยู่ที่ร้อยละ 86.42 น้อยที่สุดคือเขตสุขภาพที่ 9 อยู่ที่ร้อยละ 71.85 คิดเป็นความแตกต่างของการกระจายบุคลากรระหว่างเขตสุขภาพเท่ากับร้อยละ 14.53 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดตามแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข คือต้องมีความแตกต่างของการกระจายบุคลากรระหว่างเขตสุขภาพ ในระยะที่ 1 (ระหว่างปี 2561 – 2565) คือมีความแตกต่างไม่เกินร้อยละ 15 แต่เมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2564 ที่กำหนดอัตรากำลังควรมี คือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 สำหรับเขตสุขภาพอื่น ๆ ยังคงมีอัตรากำลังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด และเมื่อเรียงลำดับจากเขตสุขภาพที่มีอัตรากำลังเพียงพอน้อยที่สุดไปหาเขตที่มีอัตรากำลังเพียงพอมากที่สุดเขตสุขภาพที่ 6 อยู่ในลำดับที่ 4 ของเขตสุขภาพที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการของเขตสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับเขตสุขภาพอื่น ๆ เนื่องจากในแต่ละเขตการจัดการด้านกำลังคนเป็นไปตามกรอบของส่วนกลางกำหนดการกระจายบุคลากรระหว่างจังหวัดภายในพื้นที่เขตรับผิดชอบ กลับพบว่ามีการกระจายบุคลากรที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยความแตกต่างสูงสุดอยู่ที่เขตสุขภาพที่ 6 มีความแตกต่างถึงร้อยละ 25.76 ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 7 มีความแตกต่างของการกระจายบุคลากรเพียงร้อยละ 7.80

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาพที่ 8 กราฟแสดงข้อมูลการกระจายบุคลากรของเขตสุขภาพที่ 1 – 12



(ที่มา : ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) กองบริหารทรัพยากรบุคคล, 2564)

และหากเปรียบเทียบผลการบริหารจัดการอัตราว่าง เขตสุขภาพที่ 6 ยังคงมีอัตราว่างไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ คณะกรรมการ กำหนดเป้าหมายและนโยบาย กำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 3-5 ซึ่งเขตสุขภาพที่ 6 มีอัตราว่างอยู่ที่ร้อยละ 6.47 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการบริหารจัดการอัตราว่าง เขตสุขภาพที่ 1-12

หน่วยงาน	จำนวนตำแหน่ง			ตำแหน่งว่าง			ร้อยละ
	ขรก.	พรก.	รวม	ขรก.	พรก.	รวม	
เขตสุขภาพที่ 1	24,819	909	25,728	1,641	18	1,659	6.45
เขตสุขภาพที่ 2	14,476	617	15,093	818	21	839	5.56
เขตสุขภาพที่ 3	11,736	419	12,155	797	22	819	6.74
เขตสุขภาพที่ 4	18,277	795	19,072	1,347	31	1,378	7.23
เขตสุขภาพที่ 5	21,654	796	22,450	1,687	33	1,720	7.66
เขตสุขภาพที่ 6	21,777	777	22,554	1,433	27	1,460	6.47
เขตสุขภาพที่ 7	18,527	533	19,060	835	11	846	4.44
เขตสุขภาพที่ 8	19,951	595	20,546	1,114	13	1,127	5.49
เขตสุขภาพที่ 9	23,986	609	24,595	1,542	21	1,563	6.35
เขตสุขภาพที่ 10	17,877	555	18,432	1,062	18	1,080	5.86
เขตสุขภาพที่ 11	19,260	645	19,905	1,333	18	1,351	6.79
เขตสุขภาพที่ 12	22,714	782	23,496	1,382	39	1,421	6.05
ส่วนกลาง	1,260	399	1,659	173	70	243	14.65
รวม	**236,314**	**8,431**	**244,745**	**15,164**	**342**	**15,506**	**6.34**

(ที่มา : ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) กองบริหารทรัพยากรบุคคล, 2564)

2) ประเด็นการบริหารจัดการกำลังคนในระบบสวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศไทย

มีข้อค้นพบว่าข้อมูลที่กระทรวงสาธารณสุขใช้อยู่ขณะนี้ยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานในการเชื่อมโยงข้อมูลกันที่เกี่ยวกับด้านสาธารณสุข เช่น ข้อมูลรับคนไข้บัตรทอง ข้อมูลรับคนไข้ประกันชีวิต ข้อมูลลับบคนไข้ประกันสังคม ข้อมูลรับคนไข้ข้าราชการเบิกได้ เป็นต้น ซึ่งในทางปฏิบัติการขอข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลดังกล่าวเป็นไปด้วยความยากลำบากอันเนื่องมาจากปัจจัยด้านชั้นความลับของข้อมูลและความเป็นเจ้าของข้อมูล

จากการศึกษาของ ฐิตินาถ ภูมิถาวร (2563) ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยปัจจุบันใช้ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล 3 ระบบหลัก ได้แก่ 1) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ 2) ระบบประกันสังคม 3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และมีการเชื่อมโยงข้อมูลกันโดยอาศัยเลขบัตรประจำตัวประชาชนเป็นเลขอ้างอิงสำหรับการตรวจสอบสิทธิ์ของประชาชน เพื่อป้องกันปัญหาการใช้สิทธิ์ซ้ำซ้อน จากผลการศึกษาในบทที่ 4 ของงานวิจัยนี้พบว่าถึงแม้การเชื่อมโยงข้อมูลดังกล่าวกระทำเพื่อประโยชน์ของประชาชนโดยตรงแต่ยังไม่ได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อประโยชน์ด้านการวางแผนบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการด้านสาธารณสุขด้วยข้อจำกัดด้านการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานและเพื่อจุดประสงค์ในการป้องกันปัญหาการใช้สิทธิ์ซ้ำซ้อน และส่งผลต่อการจัดการกำหลังคนในระบบสวัสดิการด้านสุขภาพที่เหมาะสมตรงตามความต้องการจริง

3) ประเด็นความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

ความต้องการกำลังคนมีผลต่อการบริหารจัดการกำลังคนเพื่อที่จะตอบสนองต่อนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นไปตามตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี นโยบายรัฐบาล นโยบายประเทศไทย 4.0 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 รวมทั้งแนวนโยบายรัฐบาล โดยในปัจจุบันพบว่า Demand มีความไม่แน่นอนตลอดเวลา โดยเฉพาะในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิจะมีความแตกต่างกันมากในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้หน่วยบริการในพื้นที่ยังไม่สามารถกำหนดปริมาณผู้ให้บริการได้เอง ส่วนใหญ่จะถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง ดังนั้นสายบังคับบัญชา (hierarchy) ที่เป็นสายยาว จึงทำให้หน่วยบริการในพื้นที่ซึ่งอยู่ส่วนด้านล่างของสายบังคับบัญชานั้นจะยังไม่สามารถเสนอความต้องการกำลังคนในลักษณะแบบล่างขึ้นบน (bottom-up) ได้เอง ดังนั้นหน่วยบริการในพื้นที่จึงบริหารจัดการกำลังคนตามข้อจำกัดของกรอบอัตรากำลังที่ยังไม่สัมพันธ์กับภาระงานที่เพิ่มขึ้นและตามปริมาณกำลังคนเท่าที่มีอยู่หน้างานให้ตอบสนองการให้บริการเท่าที่จะสามารถทำได้ ถึงแม้จะสอดคล้องตามแนวคิดอุปสงค์ (Hall & Majia, 1978) ที่ความต้องการ (Demand) มีความหมายเชิง

แคบและจำกัด และผู้ให้บริการต้องจะต้องมีกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อผลิตและให้บริการสนองตอบต่อความต้องการ

กระทรวงสาธารณสุขวางกรอบความต้องการตาม service plan ที่คิดคนต่อหน่วยบริการในแง่ของการตอบสนองความต้องการในวิชาชีพสายงานหลัก สอดคล้องตามแนวคิด อุปสงค์ (Hall & Majia, 1978) Need ในบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งแสดงถึงการคาดประมาณซึ่งมีฐานคิดจากการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญและวิทยาการทางการแพทย์ในสมัยนั้น ที่สัมพันธ์กับจำนวนคนทำงานที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพแบบมาตรฐาน และหากมีทรัพยากรในการผลิตหรือบริการไม่เพียงพอต้องพิจารณาร่วมกับความต้องการตามกรอบอัตรากำลัง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปิดช่องว่าง (gap) ตามกรอบความต้องการและกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำ โดยเฉพาะในสายวิชาชีพแพทย์ทำได้เกือบหมด แพทย์หลายสาขาเกินกรอบอัตรากำลังขั้นสูง ซึ่งวิธีคิดนี้มักถูกเอาไปเปรียบไว้กับการ ‘ตัดเย็บเสื้อโหล’ ที่ให้อิงหลักเกณฑ์ตามขนาดโรงพยาบาล เพราะในความเป็นจริงขนาดโรงพยาบาลแต่ละเขตสุขภาพจะมีความแตกต่างกันเชิงปริมาณ และเชิงพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมาก

4) ประเด็นการคาดการณ์ความต้องการกำลังคน

ปัจจุบันการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนเป็นแบบ Health needs ที่ทำเป็นกรอบอัตรากำลัง (Full-time equivalent : FTE) ด้วยการคำนวณภาระงานและชั่วโมงการทำงานที่ บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้กำหนดแต่ละตำแหน่งที่ควรมี สอดคล้องตามแนวคิดการคาดการณ์ความต้องการกำลังคน (Hall, et al., 1978) Health needs ที่คาดการณ์ความต้องการกำลังคนที่กำหนดขึ้นโดยบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อพิจารณาขีดความสามารถในการให้บริการที่จำเป็นและระดับความต้องการของประชาชนที่จะมารับบริการ ซึ่งมีข้อสังเกตว่าบางหน่วยงานที่รวบรวมข้อมูลได้ไม่ดีจะทำให้ข้อมูลตัวเลขการคาดการณ์ที่ส่งมายังส่วนกลางมีค่าต่ำกว่าที่ควรจะมี ประกอบกับส่วนกลางก็ไม่ได้เปลี่ยนแปลงกรอบอัตรากำลังตามภาระงานและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้หน่วยบริการไม่สามารถปรับกรอบอัตรากำลังบางตำแหน่งได้ ทำให้การบริหารอัตราว่างในพื้นที่ขาดประสิทธิภาพ และในส่วนของการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนแบบ Service targets จะถูกนำไปใช้ในสายงานที่เกี่ยวกับความเชี่ยวชาญเพื่อตอบสนองความต้องการตามแผนพัฒนาระบบบริการ service plan ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตอบสนองความเชี่ยวชาญในบริการระดับตติยภูมิและเป็นการตอบสนองด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (specialist) ในการให้บริการสอดคล้องตามแนวคิด (Hall, et al., 1978) Service targets ที่คาดการณ์ความต้องการกำลังคนโดยพิจารณาจากกลุ่มเป้าหมายในการผลิตและให้บริการสุขภาพที่ถูกกำหนดโดยองค์กรหลักด้านสุขภาพ ซึ่งพบข้อสังเกตว่าเมื่อใช้วิธีการคาดการณ์แบบนี้ทำให้การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพมีหลักการมากขึ้น แต่การบริหารจัดการกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญก็ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านการ

ให้บริการเชิงพื้นที่ได้ในขณะนี้ เนื่องจากพื้นที่มีความแตกต่างกันหรือแม้กระทั่งเขตสุขภาพเดียวกันก็มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัดอย่างเห็นได้ชัดตามลักษณะภูมิประเทศและปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ อันเป็นผลต่อกระทบต่อภาวะการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพอีกด้วย นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนที่คิดเทียบตามสัดส่วนประชากร population ratio สอดคล้องตามแนวคิด (Hall, et al., 1978) Manpower/ population ratio ที่นิยมใช้เป็นฐานคิดของความต้องการกำลังคนที่เป็นค่าพื้นฐานการคาดการณ์ความต้องการ ซึ่งผู้วิจัยพบข้อสังเกตว่าในส่วนของกำลังคนที่คิดเทียบสัดส่วนจำนวนประชากรนี้ จะยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรในพื้นที่ตามความรับผิดชอบทั้งหมด โดยยังไม่ได้มีการคิดรวมจำนวนประชากรในพื้นที่ที่เคลื่อนย้ายมาจากต่างจังหวัด หรือแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในพื้นที่ ดังจะเห็นได้จากการใช้สิทธิ์ประกันสังคมหรือสิทธิ์อื่นในการเข้ารับบริการในพื้นที่ ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของนงลักษณ์ พะไกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ (2552) ตรงส่วนของข้อจำกัดในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนที่มองพื้นที่เป็นแบบเดียวกัน ผลวิจัยชี้ให้เห็นว่าความแตกต่างของบริบทพื้นที่จะไม่ได้รับการคำนึงถึง จึงส่งผลให้มีความต้องการกำลังคนมากกว่าความเป็นจริง ในขณะที่การวิจัยครั้งนี้ได้ค้นพบว่าหากนำผลการวิเคราะห์ความต้องการตามวิธีนี้มาเปรียบเทียบสัดส่วนกำลังคนกับมาตรฐานการให้บริการกับประเทศอื่น จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพในประเทศไทยจัดได้ว่ายังไม่เพียงพอกับจำนวนประชากร (ตามสัดส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากร) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 International Benchmarking (จำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุข ต่อ ประชากร 1,000 คน)

ประเทศ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล
Thailand	0.81	0.17	0.42	2.96
ประเทศในกลุ่มยุโรป				
New Zealand	3.03	0.68	0.68	10.96
Switzerland	4.3	0.5	0.54	17.2
United Kingdom	2.8	0.53	0.88	7.8
ประเทศในกลุ่มอาเซียน				
Japan	2.4	0.8	1.8	11.52
Singapore	2.31	0.39	0.51	7.21
Malaysia	1.51	0.34	0.34	4.07
Viet Nam	0.82	-	0.34	1.43

(ที่มา : 1. Indicators, O. E. C. D. (2019). 2. World Health Organization. (2019))

5) ประเด็นการใช้ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน

กระทรวงสาธารณสุขใช้ข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน ได้แก่ ข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการ ข้อมูลบริการที่เปลี่ยนแปลง ข้อมูลกำลังคนปัจจุบัน ข้อมูลนักเรียนทุน ข้อมูลคนเกษียณอีก 5 ปี ข้อมูลอัตรากำลังที่มีโอกาสสูญเสีย ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและสถานการณ์ตามบริบทของแต่ละเขตสุขภาพ สอดคล้องตามแนวคิดปัจจัยที่เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน (นงลักษณ์ พะไกยะ และสัญญา ศรีรัตนะ, 2552) แต่ยังขาดในส่วนข้อมูลกำลังคน ได้แก่ ข้อมูลผลิตภาพกำลังคน ข้อมูลมาตรฐานกำลังคน ซึ่งมีข้อค้นพบว่าข้อมูลที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอเหมาะสม ขาดความแม่นยำและความครอบคลุม ขาดความครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งมีข้อสังเกตว่าการวิเคราะห์ความต้องการที่ผ่านมาใช้ข้อมูลเท่าที่มีอยู่ เพราะด้วยข้อจำกัดของข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีอยู่ในหลายระบบ กระจัดกระจายอยู่หลายแหล่ง ไม่ได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลระดับกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาครัฐอื่น ภาคเอกชน คลินิกเอกชน ทำให้การคาดการณ์กำลังคนที่นำไปสู่การวางแผนกำลังคนยังขาดประสิทธิภาพ ซึ่งงานวิจัยของ นงลักษณ์ พะไกยะ(2561) กล่าวว่าการคาดการณ์กำลังคนจะนำไปสู่การวางแผนกำลังคนที่มีประสิทธิภาพและควรมีลักษณะคือ 1) มีการปรับปรุงการคาดการณ์ให้ทันกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปอยู่เสมอ 2) พัฒนาฐานข้อมูลรองรับการคาดการณ์ความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ 3) มีการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนทั้งระดับประเทศและระดับสถานบริการ 4) มีคาดการณ์ความต้องการกำลังคนร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน 5) เลือกวิธีการคาดการณ์ที่เหมาะสม

6) ประเด็นจำนวนบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันและอนาคต

จากข้อค้นพบที่ว่าจำนวนบุคลากรในปัจจุบันยังไม่เหมาะสม และจำนวนบุคลากรในอนาคตจะต้องสอดคล้องกับรูปแบบบริการที่เปลี่ยนไปและสอดคล้องกับความต้องการกำลังคนตามบริบทเขตสุขภาพมากขึ้น แสดงถึงผลลัพธ์การวิเคราะห์อุปทาน สอดคล้องกับแนวคิดอุปทาน (Hall & Jia, 1978) อันประกอบไปด้วยจำนวนกำลังคนที่มีอยู่ในระบบที่เป็นปัจจุบัน จำนวนคนที่จะต้องเพิ่มเข้ามาในระบบซึ่งจะคำนึงถึงตำแหน่งว่างและขีดความสามารถในการผลิตกำลังคน ตลอดจนจำนวนการสูญเสียที่คิดรวมจำนวนคนเกษียณ และจำนวนกำลังที่มีโอกาสสูญเสีย ซึ่งผู้วิจัยได้พบข้อสังเกตว่าหน่วยบริการจะคิดจำนวนส่วนที่ทำงานเกี่ยวกับการรักษาโรคมากกว่าส่วนที่ไม่ได้ทำงานเกี่ยวกับการรักษาโรค และมีการกำหนดไม่ว่าจะเป็นบุคลากรในสายวิชาชีพหลักหรือสายสนับสนุนบริการผ่านการทำการ MOU กับมหาวิทยาลัย แล้วมาจัดทำข้อมูลจำนวนนักเรียนทุน อีกทั้งจัดทำข้อมูลจำนวนคนเกษียณ ข้อมูลอัตรากำลังที่มีโอกาสสูญเสีย แต่อย่างไรก็ตามอุปทาน ที่คิดเอาจากจำนวนบุคลากรที่

ให้บริการด้านสุขภาพก็ยังเป็นเพียงจำนวนคนในสังกัดกระทวงสาธารณสุข ไม่ใช่จำนวนคนภาพรวมทั้งระบบสุขภาพที่รวมภาคส่วนอื่นๆ จึงทำให้อุปทานจำนวนบุคลากรในปัจจุบันยังไม่เหมาะสมเพียงพอ

7) ประเด็นการวางแผนกำลังคนตามกการจัดระบบบริการ

ในการวางแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีสิ่งที่เรียกว่า 'พิมพ์เขียว' หรือเครื่องมือปรับเกลี่ยทรัพยากรที่มีอยู่ให้เหมาะสม โดยในระหว่างนี้การขอปรับเกลี่ยกำลังคนยังอยู่ระหว่างขั้นตอนการพิจารณาเพื่อการอนุมัติ อีกทั้งผลลัพธ์กำลังคนต่อผลิตภาพ (productivity) ก็ต้องใช้เวลาของการเติมคนตามการบริการที่เปลี่ยนไป สิ่งสำคัญที่เป็นปัจจัยความสำเร็จของการวางแผนคือการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับตั้งแต่ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ตัวแทนวิชาชีพ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และตัวแทนเขตสุขภาพ ซึ่งก็มีข้อสังเกตว่าในการจัดทำแผนดังกล่าวแม้ว่าจะอาศัยการมีส่วนร่วมบุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็จริงอยู่ แต่ยังขาดภาคส่วนอื่นทั้งผู้ผลิต ผู้ใช้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ ผู้รับบริการ ทำให้ขาดความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลประกอบในการวิเคราะห์ความต้องการจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมทั้งระบบสุขภาพ ทำให้การคาดการณ์ขาดความแม่นยำ โดยที่ไม่ได้มีการประเมินความเป็นไปได้ของตัวเลขที่ได้มาจากการคาดการณ์กำลังคน ทำให้ยังคงประสบกับปัญหาการขาดแคลนกำลังคน และการกระจายตัวของบุคลากรอย่างไม่เท่าเทียมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนรวมถึงในพื้นที่ชนบทกับพื้นที่เขตเมือง ในขณะที่ผลการวิจัยของนารีรัตน์ ผุดผ่อง และกานต์วรินต์ ก่องกุลวัฒน์ (2559) กล่าวว่าการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพต้องอาศัยข้อมูลความต้องการจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน มาประกอบในการวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การคาดการณ์อย่างแม่นยำที่จะตอบสนองความต้องการทั้งในปัจจุบันและอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องใช้ข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในการการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยที่เหมาะสม ควรเป็นผู้ผลิต (ทั้งภาครัฐและเอกชน) ผู้ใช้ (ทั้งภาครัฐและเอกชน) องค์กรวิชาชีพ และภาคประชาสังคม อีกทั้งในการเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนของทุกภาคส่วนนั้น จำเป็นจะต้องอาศัยบุคคลที่เป็นผู้นำหรือผู้บริหารที่มีความรู้ความสามารถในการมองเชิงระบบในระดับประเทศได้ด้วย ดังนั้นเมื่อเปรียบกับกับผลการศึกษาของงานวิจัยนี้ พบว่า 'พิมพ์เขียว' หรือเครื่องมือปรับเกลี่ยทรัพยากรที่มีอยู่ ยังสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นกว่านี้ได้

นอกจากนี้ยังมีข้อค้นพบว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ประมาณกำลังคนจากการประเมินความต้องการและความเพียงพอของบุคลากรที่มีความจำเป็นต่อการจัดบริการ มีการกำหนดประเภทความรู้ ทักษะ และทัศนคติ โดยคำนึงถึงลักษณะของกำลังคนในด้านความรู้ทางสาธารณสุข (Public Health Knowledge) ที่เป็นศักยภาพพื้นฐานในการปฏิบัติงานของบุคลากรตามหลักตามหลัก 6 Building

blocks ทักษะในเชิง hard skill เช่น ทักษะเป็นผู้นำ ทักษะพื้นฐานในการบริหารจัดการ ทักษะความเป็นมืออาชีพ ซึ่งต้องมีทั้งความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ ความสามารถในการเรียนรู้และสามารถเพิ่มคุณค่าของงานได้ และsoft skill เช่น ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านภาษา ตลอดจนทัศนคติในการมุ่งให้บริการสุขภาพ การปฏิบัติตัวตามค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข MOPH (M : Mastery เป็นนายตนเอง O : Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่ P : People centered ใส่ใจประชาชน คือต้องยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง H : Humility อ่อนน้อมถ่อมตน) ส่วนรวมและจรรยาบรรณ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ‘ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน’ สอดคล้องตามแนวคิดการวางแผนกำลังคน (Hall & Majia, 1978) โดยที่แผนกำลังคนด้านสุขภาพเป็นขั้นตอนการประมาณกำลังคนและองค์ประกอบด้านความรู้ทักษะ และทัศนคติที่จำเป็นต่อความสำเร็จของเป้าหมายตามวัตถุประสงค์

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์กระบวนการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ

ลำดับการวิเคราะห์	กระบวนการตามห่วงโซ่คุณค่า	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
ต้นน้ำ	(Human Resource Planning: HRP) การจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงกันทั้งระบบสุขภาพเพื่อประกอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการอุดมศึกษาฯ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย สภาวิชาชีพ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
	(Human Resource Planning: HRP) การคาดการณ์ความต้องการกำลังคน - อุปสงค์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ - อุปทานจำนวนบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันและอนาคต	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการอุดมศึกษาฯ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย สภาวิชาชีพ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ลำดับการวิเคราะห์	กระบวนการตามห่วงโซ่คุณค่า	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
กลางน้ำ	(Human Resource Management: HRP) การวางแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการอุดมศึกษาฯ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง สำนักงบประมาณ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมฯ คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ฯ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร คณะแพทยศาสตร์ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย สภาวิชาชีพ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน
ปลายน้ำ	(Human Resource Management: HRM) การบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการอุดมศึกษาฯ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
	(Human Resource Development: HRD) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการผลิตกำลังคน	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการอุดมศึกษาฯ สถาบันพระบรมราชชนก มหาวิทยาลัยรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ราชวิทยาลัยฯ สภาวิชาชีพ
	(Human Resource Network: HRN) การบูรณาการเครือข่ายด้านกำลังคน	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการอุดมศึกษาฯ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลำดับการวิเคราะห์	กระบวนการตามห่วงโซ่คุณค่า	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
		สำนักงบประมาณ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมฯ คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ฯ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร คณะแพทยศาสตร์ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย สภาวิชาชีพ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน

5.2 ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รวมทั้งผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติที่ติดภารกิจในพื้นที่แพร่ระบาดรุนแรง ทำให้ต้องเลื่อนนัดในการเก็บข้อมูลออกไป ดังนั้นจึงควรบริหารเวลาให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ล่วงหน้า โดยเผื่อระยะเวลาการเก็บข้อมูล การแปรผล และการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาการวิจัยให้สมบูรณ์ เพื่อให้การวิจัยเสร็จทันระยะเวลาที่กำหนด

5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.3.1 ทบทวนและปรับปรุงกฎระเบียบมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการใช้กำลังคนภาครัฐ ตลอดจนมติหรือแนวทางที่เกี่ยวข้องของคณะอนุกรรมการสามัญประจำกระทรวง (อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข) ในการจัดสรรตำแหน่งว่างให้รองรับภาระงานและเทคโนโลยีการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไปให้เป็นปัจจุบัน โดยพิจารณาจำนวนการสูญเสียที่คิดรวมจำนวนคนเกษียณกับอัตรากำลังที่มีโอกาสสูญเสีย ตลอดจนตำแหน่งพนักงานราชการที่สำนักงบประมาณจัดสรรให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

5.3.2 เร่งรัดการผลิตและการฝึกอบรมระยะสั้นของบุคลากรที่เป็นสหวิชาชีพ ร่วมทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และบูรณาการทรัพยากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความพร้อมในลักษณะของ Node หรือเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ตลอดจนเร่งรัดมาตรการบริหารจัดการกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในสาขาขาดแคลนตามความต้องการของหน่วยบริการในพื้นที่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

5.3.3 พัฒนาด้านการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศเพื่อการวางแผนบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในกระทรวงสาธารณสุข และภาครัฐอื่น ภาคเอกชน คลินิกเอกชน ตลอดจนเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคน รวมทั้งทักษะด้านดิจิทัล

5.3.4 จัดทำแนวทางการประเมินความเป็นไปได้ของจำนวนกำลังคนที่ได้มาจากการวิเคราะห์คาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศ

5.3.5 สนับสนุนด้านการลงทุนที่เกี่ยวกับด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อการใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสมตามความแตกต่างของบริบทพื้นที่

5.3.6 ปรับปรุง ออกแบบกระบวนการการบริหารกรอบอัตรากำลังให้สัมพันธ์กับภาระงานด้วยหลักการกระจายอำนาจด้านการบริหารจัดการกำลังคนให้เบ็ดเสร็จ และให้หน่วยบริการในพื้นที่มีส่วนในการกำหนดปริมาณผู้ให้บริการ

5.3.7 ปรับปรุงระเบียบค่าตอบแทนที่เหมาะสม โดยมีการวิเคราะห์วางแผนบุคลากรที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ตลอดจนพิจารณาระเบียบการจ้างงานรูปแบบอื่น

5.3.8 จัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ โดยมีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนผู้ผลิต ผู้ใช้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ ผู้รับบริการ หน่วยงานที่มีองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงในอนาคต

5.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาถึงการประเมินผลลัพธ์ทางผลิตภาพภายหลังการพัฒนาแผนการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในระยะหนึ่ง และหาข้อมูลการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐของต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จมาเปรียบเทียบเชิงกลยุทธ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บรรณานุกรม

กนกอร เวทการ. (2556). การศึกษากระบวนการเข้าสู่กลุ่มอาชีพเสริมของชุมชนในเขตเทศบาลตำบลลาดชะโด จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารรข้อมูลบุคลากร.(2564). ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). แผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2563-2567 (Blueprint of Health Service and Human Resource). พิมพครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท รับพิมพ์ จำกัด.

กฤษดา แสวงดี,วรารัตน์ ใจชื่น,ณัฐยาน์กร เดชา. (2562). แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.

กลุ่มพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ People Excellence Strategy. [ระบบออนไลน์]. http://dmsic.moph.go.th/index/detail/7153

ฐิตินาถ ภูมิถาวร. (2563). ความเหลื่อมล้ำในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลในประเทศไทย.วารสารสังคมภิวัฒน์ .คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม)

ทิพาวดี เมฆสวรรค์. (2538).การส่งเสริมประสิทธิภาพในระบบราชการ. กรุงเทพฯ.

ธัญวรัชญ์ สะอาดมานะชาติ. (2558).ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้บริโภคในการใช้สิทธิพิเศษ (Privilege) จากผู้ให้บริการโทรศัพท์มือถือ.คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นงลักษณ์ พะไกยะ. (2561). การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพฐานที่สำคัญในการวางแผนกำลังคน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน).

นงลักษณ์ พะไกยะ และสัญญาศรีรัตนะ. (2552). รายงานการศึกษาการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด.[ระบบออนไลน์]. https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3330

นารีรัตน์ ผุดผ่อง และกานต์วรินต์ ก่องกุลวัฒน์. (2559). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเรื่องการทบทวนระบบธรรมาภิบาลในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย (Review of Good Governance of Human Resources for Health Planning for Strengthening Health System in Thailand).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

พรรณี ปานเทวัญ. (2562). บทบาทพยาบาลและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. วารสารพยาบาลทหารบก , ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม).

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. (2561). คำถามวิจัยกำลังคนด้านสุขภาพ Research Questions on HumanResources for Health. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน).

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2554). กำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท พรินท์แอทมี (ประเทศไทย) จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2562). สถิติการสำรวจสวัสดิการและอนามัย.[ระบบออนไลน์]. http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2559). การสาธารณสุขไทย 2554 – 2558. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2563). สถิติประชากร.[ระบบออนไลน์]. https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statyear/#/TableTemplate/Area/statpop

Hall & Majia. (1978). Health Manpower Planning: Principle Methods Issue. Geneva : World Health Organization from https://apps.who.int/iris/handle/10665/40341

Indicators, O. E. C. D. (2019). Health at a Glance.

Millet, J. D. (1954). The Army Service Forces: The Organization and Role of the Army Service Forces. Office of the Chief of Military History.

Webmaster สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2013). ระบบสุขภาพ.[ระบบออนไลน์]. https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/4741

World Health Organization. (2007). Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action. Geneva: WHO. from https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

World Health Organization. (2019). World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

ชื่อการวิจัย ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข
ผู้วิจัย นางสาวธัญจิรา เพ็ญสิริกุล **ระดับการศึกษา** มหาบัณฑิต **หลักสูตร** รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต **คณะ** รัฐศาสตร์ **ภาควิชา/สาขาวิชา** รัฐประศาสนศาสตร์ **มหาวิทยาลัย** จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์..... .....
ตำแหน่งบริหาร / ทางวิชาการ.....
หน่วยงาน.....
ประสบการณ์ในการทำงาน..... .....
สัมภาษณ์เมื่อวันที่/เดือน/ปีพ.ศ..... สถานที่สัมภาษณ์.....
เริ่มสัมภาษณ์เวลา..... เสร็จการสัมภาษณ์เวลา ....

ส่วนกลาง

1. การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันมีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขเชิงประสิทธิภาพของระบบสุขภาพประเทศไทยอย่างไร
2. การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันสามารถตอบสนองความต้องการด้านการบริการสุขภาพเชิงพื้นที่ได้มากน้อยเพียงใด อย่างไร
3. ท่านมีความพึงพอใจในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันนี้หรือไม่ และการบริหารจัดการฯ นี้ทำให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจหรือไม่ อย่างไร
4. มีการบริหารจัดการบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเชิงพื้นที่อย่างไร
5. ท่านคาดการณ์ว่าในอนาคตแผนการบริหารจัดการกำลังคนเชิงพื้นที่ควรเป็นอย่างไร
6. ข้อมูลพื้นฐานประกอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนในปัจจุบัน ได้แก่อะไรบ้าง เพียงพอ เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
7. ท่านคิดว่าข้อมูลใดถูกใช้ประกอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเชิงพื้นที่บ้าง หน่วยงานของท่านมีข้อมูลที่ต้องการครบถ้วนหรือไม่
8. บุคลากรด้านสุขภาพระดับใดที่มีส่วนร่วมในจัดทำแผนกำลังคนบ้าง การมีส่วนร่วมนี้เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
9. จำนวนบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพในปัจจุบันเหมาะสมหรือไม่ และในอนาคตควรเป็นอย่างไร

10. การวางแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จะสามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคน และการกระจายตัวของบุคลากรอย่างไม่เท่าเทียมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงในพื้นที่ชนบทกับพื้นที่เขตเมือง ได้หรือไม่อย่างไร
11. การวางแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีกระบวนการในการประเมินจำนวนบุคคล ประเภทความรู้ และทักษะ ทัศนคติที่นำไปสู่เป้าหมายการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการพัฒนากำลังคนเหมาะสมหรือไม่อย่างไร
12. การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและนวัตกรรมนวัตกรรมการจัดระบบบริการเชิงพื้นที่ หรือไม่ อย่างไร
13. ท่านมีความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข ว่าอย่างไรบ้าง มีความเท่าเทียม รวดเร็วทันเวลาเพียงพอเหมาะสม เกิดความต่อเนื่อง และมีความก้าวหน้า หรือไม่ อย่างไร
14. เทียบกับเขตสุขภาพอื่นๆ ท่านคิดว่าเขตสุขภาพที่ 6 มีผลการดำเนินงานในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเป็นอย่างไร
15. ข้อเสนอแนะ แนวทางในการพัฒนา ปรับปรุงการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

ชื่อการวิจัย ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข
ผู้วิจัย นางสาวธัญจิรา เพ็ญสิริกุล **ระดับการศึกษา** มหาบัณฑิต **หลักสูตร** รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต **คณะ** รัฐศาสตร์ **ภาควิชา/สาขาวิชา** รัฐประศาสนศาสตร์ **มหาวิทยาลัย** จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....
ตำแหน่งบริหาร / ทางวิชาการ.....
หน่วยงาน.....
ประสบการณ์ในการทำงาน.....
สัมภาษณ์เมื่อวันที่/เดือน/ปีพ.ศ..... สถานที่สัมภาษณ์.....
เริ่มสัมภาษณ์เวลา..... เสร็จการสัมภาษณ์เวลา .....

ส่วนภูมิภาค

1. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพมีผลต่อการบริหารจัดการกำลังคนในระบบสุขภาพอย่างไร
2. การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันสามารถตอบสนองความต้องการด้านการบริการสุขภาพในเขต 6 มากน้อยเพียงใด อย่างไร
3. ท่านมีความพึงพอใจในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันนี้หรือไม่
4. การบริหารจัดการฯ นี้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการในเขตสุขภาพของท่านมากน้อยอย่างไร
5. มีการบริหารจัดการกำลังบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการในเขตสุขภาพของท่านหรือไม่ อย่างไร
6. ท่านคาดการณ์ว่าในอนาคตการบริหารจัดการกำลังคนในเขตสุขภาพของท่านควรเป็นอย่างไร
7. ข้อมูลพื้นฐานประกอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนในปัจจุบัน ได้แก่อะไรบ้าง เพียงพอ เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
8. ท่านใช้ข้อมูลใดประกอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในเขตสุขภาพของท่านบ้าง ท่านมีข้อมูลที่ต้องการครบถ้วนหรือไม่
9. การวางแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข มีกระบวนการในการประเมินจำนวนบุคคล ประเภทความรู้ และทักษะ ทัศนคติที่นำไปสู่เป้าหมายการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการพัฒนากำลังคนเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

10. บุคลากรด้านสุขภาพกลุ่ม/ ระดับใดที่มีส่วนร่วมในจัดทำแผนกำลังคนบ้าง การมีส่วนร่วมนี้เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
11. จำนวนบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพในปัจจุบันเหมาะสมหรือไม่ และในอนาคตควรเป็นอย่างไร
12. การวางแผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข จะสามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคน และการกระจายตัวของบุคลากรอย่างไม่เท่าเทียมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงในพื้นที่ชนบทกับพื้นที่เขตเมือง ได้หรือไม่ อย่างไร
13. นวัตกรรมการจัดระบบบริการเชิงพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 6 มีอะไรบ้าง และนวัตกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของเขต และแนวทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศอย่างไร
14. ท่านมีความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข ว่าอย่างไรบ้าง มีความเท่าเทียม รวดเร็วทันเวลาเพียงพอเหมาะสม เกิดความต่อเนื่อง และมีความก้าวหน้า หรือไม่ อย่างไร
15. ข้อเสนอแนะ แนวทางในการพัฒนา ปรับปรุงการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ อว 64.15/178

หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนอังรีดูนังต์ วังใหม่ ปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

วันที่ **3 พฤษภาคม 2564**

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สัมภาษณ์เพื่อประกอบการเขียนสารนิพนธ์

เรียน

ด้วย นางสาวธัญจิรา เพ็ญสิริกุล เลขประจำตัวนิสิต 628 00542 24 นิสิตหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ในหัวข้อ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข โดยมี อาจารย์ ดร. วิมลมาศ ศรีจำเริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์สัมภาษณ์ท่าน เพื่อประกอบการเขียนสารนิพนธ์

ในการนี้ หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวธัญจิรา เพ็ญสิริกุล สัมภาษณ์ท่าน โดยนิสิตจะเป็นผู้ประสานในเวลาที่ท่านสะดวกอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ์ ศิริประกอบ)
ผู้อำนวยการหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
ปฏิบัติการแทนคณบดี คณะรัฐศาสตร์

สำนักงานโครงการ
หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
โทรศัพท์ 02 218 7213

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ธัญจิรา เพ็ญสิริกุล
วัน เดือน ปี เกิด	12 กันยายน 2530
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2553 วิทยาศาสตรบัณฑิต (ฟิสิกส์อุตสาหกรรมและอุปกรณ์การแพทย์) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
ที่อยู่ปัจจุบัน	ถนนกรุงเทพนนทบุรี ตำบลบางเขน อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University