

## รายงาน

# การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนระบบ บริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอของ ประเทศไทย

โดย

ดร. นงลักษณ์ พะไถยะ

นางสาวเพ็ญนภา หงษ์ทอง

นางสาวพัชรี เพชรทองหยก

นางสาวกานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์

สนับสนุนโดย

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอได้รับคาดหวังว่าจะเป็นหน่วยบริการด่านแรก ที่นอกเหนือจากการให้บริการสาธารณสุขพื้นฐานแล้ว ยังต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ด้วย แต่ระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอกลับเผชิญปัญหาหลายอย่าง ได้แก่ ความเป็นหนึ่งเดียวของระบบ ปัญหากำลังคนที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์อัตรากำลัง การขาดแคลน การกระจายกำลังคน ทักษะในการทำงาน ตลอดถึงข้อจำกัดในอำนาจการบริหารจัดการ กำลังคนในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตามกลางข้อจำกัดเหล่านี้ มีหลายพื้นที่ที่สามารถดำเนินระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่รัฐบาลจะนำนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster- PCC) หรือนโยบายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างศักยภาพของระบบบริการปฐมภูมิ และระบบสุขภาพระดับอำเภอต่างๆ มาใช้ จึงควรต้องพิจารณาถึงสถานการณ์ปัญหาปัจจุบันรวมถึงศึกษาพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จเพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับนโยบายต่าง ซึ่งเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้

จากการถอดบทเรียนในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีปัจจัยความสำเร็จ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะผู้นำ พบว่าผู้นำทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอมีความเข้าใจระบบสุขภาพอำเภอในภาพรวม และมียุทธศาสตร์ในการทำงานทำงาน สามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
2. การมองภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอเป็นหนึ่งเดียว การวางแผนร่วมกัน การบริหารจัดการการเงินอย่างโปร่งใส ติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ
3. การสร้างทีมงานผู้นำรุ่น 2 ของทีมสุขภาพ ซึ่งจะเป็นที่วิชาการและผู้นำรุ่นใหม่ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ
4. การทำงานในรูปแบบเครือข่าย/ ทั้งแนวตั้งและแนวนอนทั้งภายในภาคสาธารณสุขเอง และกับภาคีอื่นๆ

นักวิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการที่รัฐบาลจะนำนโยบาย PCC หรือนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างศักยภาพของระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอต่าง ๆ มาใช้ ดังนี้

1. ควรจัดรูปแบบทีมกำลังคนให้บริการในเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่หลากหลาย เพื่อเป็นการสร้างการเข้าถึงบริการ เพิ่มคุณภาพบริการในต้นทุนที่ระบบสามารถจ่ายได้ การจัดทีมกำลังคนจึงควรจะเป็นทีมที่มีหลากหลายทักษะ
2. มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้นำ และที่วิชาการและผู้นำรุ่นสอง เพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่นและต่อเนื่องแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงผู้นำองค์กร

3. การพัฒนาศักยภาพเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ นอกภาคสาธารณสุข โดยเฉพาะศักยภาพด้าน soft skill เช่น มนุษยสัมพันธ์ การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ การสื่อสาร เป็นต้น
4. สนับสนุนหรือพัฒนาศักยภาพนักยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนเพื่อเข้ามาพัฒนาระบบการวางแผนกำลังคน การบริหารจัดการและการธำรงกำลังคนในระบบ

## สารบัญ

บทที่ 1	ความเป็นมา	5
บทที่ 2	การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง	9
บทที่ 3	ผลการศึกษา	25
	ระบบสุขภาพและระบบบริหารจัดการกำลังคนอำเภอเชียงของ จ. เชียงราย	25
	ระบบสุขภาพและระบบบริหารจัดการกำลังคนอำเภอนครไทย จ. พิษณุโลก	32
	ระบบสุขภาพและระบบบริหารจัดการกำลังคนอำเภอเมืองใน จ. อุบลราชธานี	38
	ระบบสุขภาพและระบบบริหารจัดการกำลังคนอำเภอนาหว้า จ. นครพนม	43
	ระบบสุขภาพและระบบบริหารจัดการกำลังคนอำเภออ่าวลึก จ. กระบี่	49
	ระบบสุขภาพและระบบบริหารจัดการกำลังคนอำเภอเทพา จ. สงขลา	55
บทที่ 4	สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	61
	บรรณานุกรม	66

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมา

ระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเป็นกลไกที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ องค์ประกอบของการจัดการกำลังคนหลัก ๆ ประกอบด้วย การวางแผนกำลังคน การผลิตและพัฒนากำลังคน และการบริหารจัดการกำลังคน ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ต้องดำเนินไปอย่างสัมพันธ์กัน เพื่อจะสามารถทำให้ระบบบริการสุขภาพมีกำลังคนที่เพียงพอทั้งประเภทและจำนวน มีทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการ มีการทำงานเป็นทีมและผสมผสานทักษะที่เหมาะสม (skill mix) และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบบริการหน้าด่านของระบบบริการสุขภาพที่มีความสำคัญยิ่ง และจำเป็นต้องมีกำลังคนทั้งประเภท จำนวน และทักษะที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบบริการให้เข้าถึงประชาชนอย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนได้ สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตนั้น ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงบริบทของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้ง การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา ด้านเศรษฐกิจ-สังคม ตลอดจนทั้งด้านนโยบายภาครัฐ เป็นต้น

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุและการเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อความต้องการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของประชากร และแบบแผนการเจ็บป่วยมากขึ้น การพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศส่งผลให้เกิดการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข การคมนาคมที่สะดวกมากขึ้น ความเป็นเมืองเพิ่มขึ้น การนำระบบการสื่อสารมาช่วยให้การบริการรวดเร็วยิ่งขึ้น ภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ต้องการประเภทและทักษะของกำลังคนที่เหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพ มีการกระจายตัวอย่างเหมาะสม มีแรงจูงใจในการทำงานและสามารถดำรงอยู่ในองค์กรได้เพิ่มมากขึ้น

ในด้านนโยบายเกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ ได้มีการดำเนินนโยบายสำคัญในการมุ่งเน้นเสริมสร้างความเข้มแข็งให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่

ประการแรกนโยบายหลักประกันสุขภาพเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2544 ได้เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ส่งผลให้มีความต้องการกำลังคนในด้านจำนวน และทักษะที่เหมาะสมในบริการระดับปฐมภูมิ เช่น สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) และ โรงพยาบาลต่าง ๆ มากขึ้น

ประการที่สองนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งให้ความสำคัญกับการบริการเชิงรุกที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยมิติของสุขภาพขยายกว้างครอบคลุมถึง สุขภาพกาย ใจ สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิทำงานเชิงรุกในด้านการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพ

ประการที่สาม นโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขลงไปสู่ภาคีในระดับพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านสุขภาพและต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ

ประการที่สี่ นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยตรง ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่นโยบายทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (พ.ศ. 2533-2543) ได้พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน และงบประมาณของสถานีอนามัย ต่อมาในปี 2552 มีนโยบายยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการและกำลังคนด้านสุขภาพมากขึ้น และในปี 2557 นโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอได้มุ่งเน้นการทำงานบูรณาการร่วมกันในระดับอำเภอ ซึ่งส่งเสริมความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และประชาชน จนถึงปัจจุบัน ในปี 2558-2559 นโยบายได้เน้นหนักไปในด้านกำลังคนของหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านนโยบายหมอบรรอบครัวและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

ซึ่งนโยบายด้านสุขภาพเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่เปลี่ยนไปเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นระบบการดูแลสุขภาพระดับชุมชน และระบบการดูแลสุขภาพระดับสถานบริการ และยังส่งผลต่อความต้องการกำลังคนทั้งภาคสถานบริการระดับปฐมภูมิและภาคชุมชนในปริมาณและทักษะที่เหมาะสม

ในขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิกำลังเผชิญกับปัญหากำลังคนอย่างเรื้อรัง ที่นอกจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรระดับปฐมภูมิที่ยังคงอยู่แล้ว ยังเกิดปัญหาใหม่ๆ เพิ่มขึ้นได้แก่ การเพิ่มขึ้นของภาระงาน ความต้องการทักษะการทำงานใหม่เพิ่มขึ้น ปัญหาการขาดแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อการขาดความพึงพอใจในการทำงาน และส่งผลท้ายสุดต่อปัญหาการโยกย้ายของบุคลากร ในขณะที่ระบบการจัดการกำลังคนสำหรับระบบการบริการปฐมภูมิก็เผชิญกับความท้าทายต่างๆ ได้แก่ นโยบายที่เกี่ยวกับการบริหารและจัดการกำลังคนมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย การขาดภาวะผู้นำในการจัดระบบกำลังคน การขาดทักษะการบริหารจัดการกำลังคน การผลิตกำลังคนที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบ การขาดการเชื่อมโยงกับพหุภาคีที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการขาดงบประมาณกำลังคนเพียงพอ ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของกำลังคนสำหรับระบบบริการระดับปฐมภูมิอย่างพอเพียง และสอดคล้องกับนโยบายภาครัฐ จึงมีความจำเป็นที่ต้องแก้ปัญหาการจัดการกำลังคนของระบบ โดยใช้กระบวนการวิจัย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของผู้บริหารและนักวิชาการ ตลอดจนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำสู่การแก้ปัญหากำลังคนต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของระบบบริการปฐมภูมิ

2.2 เพื่อสังเคราะห์บทเรียนการจัดการปัญหากำลังคนของระบบบริการปฐมภูมิและระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน

2.3 เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอ

## 3. กรอบการดำเนินงาน

การดำเนินงานนี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบการดำเนินงานด้านกำลังคนด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2009) ซึ่งประกอบด้วย นโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ การเงินการคลัง ภาวะผู้นำ พหุภาคี การผลิต และระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โดย กระบวนการทำงานประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ถอดบทเรียนการจัดการปัญหากำลังคนที่ประสบผลสำเร็จ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

## 4. การดำเนินงาน

4.1 วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มความท้าทายของระบบและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของระบบบริการปฐมภูมิ

- 1) ทบทวนเอกสารนโยบาย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) สัมภาษณ์ผู้บริหาร นักวิชาการ และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

4.2 สังเคราะห์บทเรียนการจัดการปัญหากำลังคนของระบบบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จ โดยดำเนินการดั่งกิจกรรมต่อไปนี้

1) ศึกษากรณีการจัดการกำลังคนในระดับอำเภอพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จ โดยคัดเลือกพื้นที่ซึ่งระบบสุขภาพอำเภอมีผลการประเมินคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิในระดับดี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2559) ดำเนินการถอดบทเรียนในประเด็นต่าง ๆ ในด้าน บริบทแวดล้อม ทุนทรัพยากร ระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เช่น นโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ การเงินการคลัง ภาวะผู้นำ พหุภาคี การผลิต และระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนปัจจัยความสำเร็จ โดยได้คัดเลือกอำเภอที่มีค่าคะแนนสูงประมาณ 5 ลำดับในแต่ละเขตบริการ และจากการประชุมเพื่อรับฟังความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จึงได้คัดเลือก 6 อำเภอ ได้แก่ อ. เชียงของ จ. เชียงราย, อ. นครไทย จ. พิษณุโลก, อ. นาหว้า จ. นครพนม, อ. เขื่องใน จ. อุบลราชธานี, อ. เทพา จ. สงขลา และ อ. อ่าวลึก จ. กระบี่ เป็นพื้นที่ศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกใช้ตัวชี้วัดจาก Quality outcome framework (QOF) ของปี 2559 ประกอบด้วย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อน 12 สัปดาห์	> 60%
ร้อยละหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	>60%
ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	>80%
สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล	>1.5
อัตราการรับไว้รักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคหืด สิทธิ UC	<6.13
อัตราการรับไว้รักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน สิทธิ UC	<3.64
อัตราการรับไว้รักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC	<1

2) สังเคราะห์บทเรียนความสำเร็จและเผยแพร่สู่สาธารณะ

4.3 การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของระบบบริการปฐมภูมิ โดยดำเนินการต่อไปนี้

## 5. ระยะเวลาดำเนินงาน

ระยะเวลาการดำเนินงาน : ช่วง 1 กุมภาพันธ์ – 30 มิถุนายน 2561

## 6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 บทเรียนการจัดการปัญหากำลังคนของระบบบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จ เพื่อนำไปขยายผลต่อไป

6.2 ข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของระบบบริการปฐมภูมิ



## บทที่ 2

### การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การบริการระดับปฐมภูมิและระบบสุขภาพในระดับอำเภอ

ระบบสุขภาพในระดับอำเภอของประเทศไทย ครอบคลุมการให้บริการในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิในพื้นที่อำเภอนั้นๆ โดยที่ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้บริการผสมผสานในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสถานบริการที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) หรือสถานีอนามัยเดิม ศูนย์แพทย์ชุมชน และฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลต่างๆ และระบบบริการระดับทุติยภูมิ ซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการด้านรักษาพยาบาลในกรณีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน หรือรับการส่งต่อจากสถานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งในเขตชนบทสถานบริการระดับทุติยภูมิได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และในเขตเมืองโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดจะทำหน้าที่ให้บริการทั้งระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ

จากอดีตสู่ปัจจุบันสถานบริการระดับปฐมภูมิ และระบบสุขภาพระดับอำเภอมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนาน และได้รับผลกระทบจากการดำเนินนโยบายต่างๆ ของรัฐบาลที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้

#### 1. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอในอดีตนั้นค่อนข้างดำเนินงานอย่างแยกส่วน ระหว่างการให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยที่สถานีอนามัยซึ่งให้บริการในระดับปฐมภูมินั้นขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และ สสอ.ขึ้นตรงต่อนายอำเภอ แต่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ซึ่งให้บริการทั้งด้านปฐมภูมิและทุติยภูมิจนขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และทั้ง 2 หน่วยงานนี้มีสายการบังคับบัญชาไปเชื่อมต่อกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและผู้ว่าราชการจังหวัด อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ ระหว่าง รพช. กับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โดยมีสถานีอนามัย (สอ.) อยู่ภายใต้การบริหารงานของ สสอ. ด้วยเหตุที่โครงสร้างการบริหารที่แยกขาดกันทำให้การบูรณาการเป็นไปอย่างยากลำบากและไม่ได้เกิดขึ้นจริงในหลายแห่ง กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้มีคณะทำงานในระดับอำเภอขึ้นมาเพื่อประสานภารกิจด้านสาธารณสุขเพื่อให้บรรลุผลตามโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นนโยบายหลักในขณะนั้นโดยกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีหนังสือที่ สธ.0217/สช./ว.12 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2526 สั่งการให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ (กพ.สอ.) ขึ้น โดยให้มีหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการประสานแผนงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ประสานการปฏิบัติงานรวมทั้งช่วยติดตามและประเมินผลงานสาธารณสุขในภาพรวมของอำเภอ (วรพล หนูนุ, 2548)

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในรูปแบบ กพ.สอ. ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้เท่าที่ควร จึงนำไปสู่การปรับรูปแบบการทำงานร่วมกันที่เหมาะสมเป็นรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) หรือชื่อภาษาอังกฤษคือ District Health Coordinating Committee: DHCC ซึ่งยังมีอยู่จนถึงปัจจุบันนี้ โดยมีคณะกรรมการได้รับการแต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัด มีอายุคราวละ 2 ปี (แรกเริ่ม 1 ปี) โครงสร้างประกอบด้วย ผอ.รพช. และ สสอ. ท่านหนึ่งท่านใดเป็นประธาน ที่เหลือเป็นรองประธานสำหรับเลขานุการ/ผู้ช่วยเลขานุการ เลือกลงจากผู้แทนของ รพช. และ สสอ. ฝ่ายละ 1 คน ในช่วงหลังมีการเพิ่มตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตัวแทนประชาชนอีกอย่างละ 1 คน ด้วย

สำหรับบทบาทและหน้าที่เฉพาะของ คปสอ. ในขณะนั้นเป็นการประสานงานและติดตามงานเพื่อแก้ปัญหาในระดับอำเภอ มีเรื่องการจัดสรรทรัพยากรบ้างแต่ไม่มากนัก ไม่มีการจัดสรรงบประมาณร่วมกันเนื่องจากงบประมาณได้รับการจัดสรรมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างชัดเจน จึงเป็นองค์การทางวิชาการที่ทำหน้าที่ประสานงานร่วมกันเท่านั้น ไม่มีการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขในพื้นที่ ส่วนการบริหารจัดการต่างๆ ผู้บริหารหน่วยงานก็รับไปดำเนินการต่อ ซึ่งคณะกรรมการ คปสอ. นี้เป็นรากฐานนำไปสู่การก่อเกิดของ CUP Board ในช่วงที่นโยบายสุขภาพถ้วนหน้านำไปสู่การปฏิบัติในปี 2545 บทบาทของ คปสอ. ยังคงมีอยู่ถึงปัจจุบันนี้

## 2. ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอามัย (2535-2544)

ในช่วงก่อนปี 2535 จากความสำเร็จของการดำเนินยุทธศาสตร์สาธารณสุขมูลฐานของรัฐบาล ส่งผลให้ประชาชนให้ความสนใจและหันมาใช้บริการสุขภาพจากสถานีนอามัยเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันประเทศไทยกำลังอยู่ระหว่างขาขึ้นของการเติบโตทางเศรษฐกิจ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอามัย (2535-2544) ซึ่งครอบคลุมด้านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนากำลังคน และการพัฒนาคุณภาพบริการ (สุนีย์ วงศ์คงคาเทพ และคณะ, 2539) โดยในระหว่างช่วงเวลาดังกล่าวมีการสร้างสถานีนอามัยใหม่และซ่อมแซมและทดแทนสถานีนอามัยเก่า มีการเร่งผลิตเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน พยาบาลวิชาชีพ และทันตภิบาล เพื่อไปปฏิบัติงานที่สถานีนอามัย และมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรปฏิบัติงานที่สถานีนอามัย เพื่อให้สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ

การพัฒนาสถานีนอามัยในช่วงนี้ส่งผลให้มีจำนวนสถานีนอามัยเพิ่มเป็นจำนวนทั้งสิ้น 9,738 แห่ง ครอบคลุมทุกตำบลในประเทศไทย และทำให้มีกำลังคนด้านอื่นๆ เพิ่มเข้ามาในระบบบริการปฐมภูมิ คือมีพยาบาลวิชาชีพและทันตภิบาลเพิ่มเข้ามาในระบบ จากเดิมที่มีเพียงเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและผดุงครรภ์ การใช้บริการของสถานีนอามัยเพิ่มขึ้นจาก 38 % ของผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการของกระทรวงสาธารณสุข (ปี 2530) เป็น 46.1% ในปี 2543 และในจำนวนกำลังคนที่เพิ่มขึ้น ได้เพิ่มจาก 14,341 คนใน

ปี 2530 เป็น 27,200 คน ในปี 2539 เป็น 32,017 คนในปี 2542 และ เป็น 31,231 คนในปี 2543 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545) อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าจำนวนกำลังคนของสถานีนอนามัยมีแนวโน้มลดลงจากปี 2542 ไปยังปี 2543 เนื่องจากประเทศไทยเผชิญกับสภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจในปี 2540 จึงทำให้ต้องลดแผนการผลิตกำลังคนเพื่อสถานีนอนามัยลง และประกอบกับรัฐบาลไทยนำนโยบายการจำกัดจำนวนข้าราชการ จึงทำให้ไม่มีกำลังคนใหม่เข้าไปทดแทนกลุ่มที่เกษียณอายุและย้ายออก จึงส่งผลให้กำลังคนของสถานีนอนามัยลดลงในปี 2543

ตาราง 2.1 บุคลากรในสถานีนอนามัยระหว่างปี 2530-2543 แยกตามรายภาค

ภาค	2530	2539	2540	2541	2542	2543
กลาง ไม่รวม กทม.	4,217	7,724	7,917	8,928	9,017	8,769
เหนือ	3,233	5,724	6,826	6,970	7,167	7,068
ใต้	2,318	4,628	5,038	5,152	5,264	5,146
ตะวันออกเฉียงเหนือ	4,573	9,114	10,430	10,236	10,569	10,248
รวม	14,341	27,200	30,211	31,286	32,017	31,231

## 2. แนวคิดการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ

กระทั่งหลังวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศในปี 2540 แนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้รับการให้ความสำคัญอีกครั้งหนึ่ง โดยกระทรวงสาธารณสุขดำเนินนโยบาย “สุขภาพดี ต้นทุนต่ำ” เพื่อแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณของประเทศจากผลของวิกฤตเศรษฐกิจ เพราะรัฐมองว่าการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพที่ต้นทุนต่ำและชาวบ้านเข้าถึงบริการได้ง่าย อีกทั้งการเคลื่อนไหวทางสังคมของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช.) ในช่วงครึ่งหลังของทศวรรษ 2540 มีส่วนสำคัญทำให้เกิดนิยามสุขภาพใหม่ที่ก้าวพ้นจากการบริหารจัดการเฉพาะภาครัฐสู่การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาติป กะทา. 2550)

ผลที่เกิดขึ้นทำให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่นต้องปรับตัว เพื่อให้สอดคล้องกับการเคลื่อนไหวการเมืองเรื่องสุขภาพของภาคประชาชน เจ้าหน้าที่บริการสุขภาพปฐมภูมิในหลายพื้นที่รับบทบาทการทำงานเรื่องสุขภาพโดยร่วมมือกับองค์กรภาคประชาชนเพื่อมุ่งสู่แนวคิด “สุขภาพวะ” หรือ “สุขภาพองคร่วม” ที่ครอบคลุมมิติ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือในอีกแง่หนึ่งได้ขยายขอบเขตการจัดการเรื่องสุขภาพที่พ้นจากกรอบคิดแบบชีวการแพทย์

#### 4. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกาศใช้อย่างเป็นทางการในปี 2544 เพื่อกระจายความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพให้กับประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพภายใต้การสนับสนุนของรัฐ ในช่วงต้นของการดำเนินนโยบายรัฐบาลให้ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนประกันสังคมสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐบาลได้ โดยร่วมชำระค่าบริการและค่ายาจำนวน 30 บาท ต่อการไปโรงพยาบาล 1 ครั้ง ทำให้นโยบายนี้มีชื่อเรียกอย่างไม่เป็นทางการว่า “30 บาท รักษาทุกโรค” เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มนี้ ซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะยากจนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกประกาศใช้ในช่วงที่ประเทศไทยมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี อยู่ในช่วงวิกฤติหลัง “พองสบู่แตก” ไม่นาน ประชาชนมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวประมาณ 1,990 ดอลลาร์สหรัฐ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2561)

แนวคิดสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพคือแยกผู้ซื้อบริการสุขภาพ) ประชาชน) ออกจากผู้ให้บริการสุขภาพคือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งขณะนั้นทำหน้าที่บริหารงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพด้วย โดยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นมาเป็นองค์กรกลางทำหน้าที่บริหารงบประมาณแทนกระทรวงสาธารณสุข และเป็นผู้พิจารณาบริการสุขภาพที่ประชาชนที่อยู่ภายใต้กองทุนนี้ควรได้รับบริการจากผู้ให้บริการ โรงพยาบาลชุมชนมีฐานะเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (Contracted Unit of Primary Care - CUP) กับ สปสช. แทนสถานีนอมาลัย (ต่อมาพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล - รพ.สต.) เหตุผลที่ รพช. ต้องทำหน้าที่ CUP แทนหน่วยบริการปฐมภูมิเพราะมีการกำหนดให้คู่สัญญาต้องเป็นหน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่มีแพทย์ประจำจึงมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนที่จะทำสัญญาได้ สำเร็จ แหยงกระโทก , 2561) CUP จะได้รับการจัดสรรงบประมาณในลักษณะของงบเหมาจ่ายรายหัวจาก สปสช. ซึ่งจัดสรรให้ตามจำนวนประชากรที่หน่วยบริการนั้นๆ ต้องรับผิดชอบ

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ สถานีนอมาลัย หรือ รพ.สต. มีบทบาทเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Health Unit – PCU) ภายใต้การดูแลของหน่วยบริการคู่สัญญา สามารถแบ่งลักษณะของ PCU ได้ 5 ประเภท ได้แก่ 1) PCU ที่เป็นสถานีนอมาลัยเดิม หรือ รพ.สต. 2) PCU ที่ตั้งอยู่ใน รพช. หรือ รพท./ รพศ. 3) PCU ของ รพช. หรือ รพท./ รพศ. แต่ตั้งใหม่อยู่ภายนอกโรงพยาบาล 4) PCU สังกัดเอกชน และ 5) PCU สังกัดสถานพยาบาลของหน่วยงานรัฐที่ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุข โดย CUP มีหน้าที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ PCU จัดกิจกรรมการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอก กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมการป้องกันควบคุมโรค รวมถึงกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับปฐมภูมิทั้งการให้บริการภายในและภายนอกหน่วยบริการ CUP ที่มีผลงานด้านงานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพได้ดีจะได้รับงบประมาณในส่วนของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จาก สปสช. เพิ่มมากขึ้น โดยเงินส่วนนี้จะถูกส่งจาก สปสช. ผ่านไปยัง CUP ซึ่งจะส่งต่อไปยัง PCU ของตนเองอีกต่อหนึ่ง นโยบาย สปสช. จึงมีส่วนอย่างยิ่งในการสร้าง

ความเข้มแข็งให้กับบริการปฐมภูมิในประเทศ และเสริมสร้างการทำงานร่วมกันระหว่างสถานีนอามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลให้ใกล้ชิดกันมากขึ้น อีกทั้งยังมีส่วนทำให้มีบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น เพราะมีงบประมาณพิเศษสำหรับจ้างพยาบาลวิชาชีพให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถจ้างพยาบาลวิชาชีพได้ ตลอดทั้งสามารถยกระดับของพยาบาลวิชาชีพผู้การเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อพัฒนาศักยภาพการทำงานของ PCU จึงพบว่าหลังการประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยมีความต้องการบุคลากรระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างมาก

ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับระบบบริการปฐมภูมิและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพหลายประการ สรุปได้ดังนี้

### 1. ภาระงานมากขึ้นผลักดันคนออกจากระบบ

การประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นโดยไม่มีอุปสรรคทางเศรษฐกิจ ทำให้กำลังคนในระบบสุขภาพของภาครัฐมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น ประจวบกับสภาพสังคมในขณะนั้น ที่แม้ยังเป็นช่วงที่ประเทศได้รับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ โรงพยาบาลเอกชนที่เคยเฟื่องฟู ต้องปิดตัวลง ตลาดงานภาคเอกชนของกำลังคนด้านสุขภาพจึงซบเซาลงด้วย แต่รัฐบาลได้พยายามหามาตรการช่วยประคองเศรษฐกิจประเทศและโรงพยาบาลเอกชนด้วยการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ทำให้ตลาดของโรงพยาบาลเอกชนกลับมาคึกคักอีกครั้งหนึ่ง ด้วยค่าบริการที่ถูกลงและบริการที่ดีกว่าที่ได้มาตรฐานสากล ทำให้ชาวต่างชาติพากันเดินทางมารับบริการสุขภาพที่เมืองไทยแถมด้วยการได้ท่องเที่ยวในเมืองไทย แรงผลักดันจากภาระงานที่หนักขึ้นกับแรงดูดจากภาคเอกชนทำให้เกิดภาวะสมองไหลในระบบสุขภาพของรัฐอีกครั้งหนึ่ง ข้อมูลจากกองการเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า การลาออกของแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขที่เคยอยู่ที่ร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับจำนวนแพทย์เข้าใหม่ในปี 2544 ขยับขึ้นไปเป็นร้อยละ 63 ในปี 2548 และร้อยละ 71 ในปี 2552 ก่อนจะลดลงมาเหลือร้อยละ 46 ในปี 2553 นอกจากนี้ทักษะพล ธรรมรังสี (ทักษะพล ธรรมรังสี และคณะ. ไม่ระบุปี) จากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้เคยทำการศึกษาวิจัยปัจจัยที่ทำให้แพทย์ลาออกซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่อยู่ระหว่างใช้ทุนการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่ลาออกมาศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทางในลักษณะของ free train โดยมีปัจจัยสนับสนุนให้ออกมาศึกษาต่อคือภาระงานที่หนักในภาครัฐ และการทำงานห่างไกลบ้านเกิดและครอบครัว

### 2. หน่วยบริการสามารถผลิตกำลังคนได้เอง กำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น

การจัดสรรงบประมาณโดยแยกสนับสนุนเงินส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามปริมาณงานที่เกิดขึ้นจริง เป็นแรงจูงใจให้ CUP เร่งสร้างความเข้มแข็งในบริการปฐมภูมิให้เกิดขึ้นกับ PCU ของตนเอง

นอกจากนี้ผลสืบเนื่องจากแนวคิดหลักของระบบหลักประกันสุขภาพคือการแยกบทบาทผู้ให้บริการสุขภาพ ออกจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเดิมทำหน้าที่ทั้งบริหารงบประมาณและจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จ ทั้งนี้ เดิมกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยบริการภายใต้สังกัดของตนเอง เป็นลักษณะการ จัดสรรตามอุปทาน (supply side financing) แต่ระบบหลักประกันสุขภาพทำให้เกิดการบริหารการเงินใน ด้านตรงข้ามที่เรียกว่าการจัดสรรตามอุปสงค์ หรือความต้องการของผู้ใช้บริการ (demand side financing) เท่ากับเป็นการย้ายอำนาจทางการเงินออกจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังผู้ซื้อคือ สปสช. เพราะเงิน งบประมาณด้านบริการสุขภาพจะถูกจัดสรรไปยัง CUP ในลักษณะของงบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งในช่วงแรก รวมถึงเงินเดือนของกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละ CUP ด้วย

แนวคิดหลักในการจัดสรรงบประมาณลักษณะนี้เพื่อให้เกิดการกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพ ซึ่ง รวมถึงทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพด้วย การจัดสรรงบประมาณรายหัวในปีแรกของระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้ามีการรวมเงินเดือนจัดสรรในระดับจังหวัด หมายความว่าจังหวัดหรือโรงพยาบาลที่มี บุคลากรมากเมื่อเทียบกับสัดส่วนประชากรจะประสบปัญหาการขาดดุลทางการเงิน เพราะงบประมาณจะถูก นำไปใช้เป็นค่าตอบแทนทางการเงินก่อน ซึ่งจะมีสัดส่วนที่สูง ทำให้เหลืองบดำเนินการจริงน้อย จึงเกิด ปัญหาขาดแคลนงบประมาณในการบริหารจัดการบริการ ขณะที่จังหวัดหรือโรงพยาบาลที่มีบุคลากรน้อย แต่ประชากรค่อนข้างมากก็จะมีงบประมาณเกินดุล แต่ปัญหาที่ตามมาคือเม็ดเงินที่เหลือไม่สามารถนำไป ทำให้มีบุคลากรเพิ่มขึ้นได้ เพราะกระทรวงสาธารณสุขไม่มีมาตรการในการจัดสรรกระจายกำลังคนให้ สอดคล้องตามไป จนสุดท้ายปีที่สองกระทรวงสาธารณสุขใช้วิธีการดึงเงินเดือนออกจากงบประมาณเหมา จ่ายรายหัว คือเป็นการหักเงินเดือนที่กระทรวงก่อน แทนการหักเงินที่ระดับ CUP เหมือนปีแรก งบประมาณ ถูกดึงออกจากกระทรวงสาธารณสุขทำให้ CUP สามารถบริหารจัดการงบประมาณได้เอง และหลาย CUP มีงบประมาณมากพอที่จะสามารถนำมาเป็นทุนการศึกษาเพื่อส่งคนเรียนหนังสือและกลับมาทำงานใน ระบบของโรงพยาบาลตัวเอง

ผลของการจัดสรรเงินงบประมาณรายหัวทำให้เกิดนวัตกรรมใหม่ในการผลิตกำลังคนคือ การที่ CUP ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ทุนการศึกษาเด็กนักเรียนในท้องถิ่นไปเรียนสาขาที่เกี่ยวข้อง การให้บริการปฐมภูมิโดยมีเงื่อนไขผูกพันให้กลับมาทำงานใช้ทุนในท้องถิ่นหรือใน CUP นั้นๆ หลังปี 2544 จึงพบว่าบุคลากรปฐมภูมิของประเทศโดยเฉพาะในสถานีนอมนามัย หรือ รพ.สต. เพิ่มมากขึ้น ดังแสดงใน ตารางที่ 2.2

ตาราง 2.2 จำนวนบุคลากรในสถานีนอนามัยระหว่างปี 2543-2553 แยกตามรายภาค

ภาค	2543	2544	2545	2546	2549	2552	2553
กลาง ไม่รวม กทม.	8,769	8,150	8,027	7,604	8,502	8,230	9,392
เหนือ	7,068	6,558	6,456	6,043	6,823	6,947	8,023
ใต้	5,146	4,843	4,761	4,463	4,837	4,888	5,667
ตะวันออกเฉียงเหนือ	10,248	9,693	9,591	9,015	10,279	11,278	14,070
รวม	31,231	29,244	28,835	27,125	30,411	30,600	37,152

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553

### 3. เสียกำลังคนไปทำงานฐานข้อมูล

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เกิดการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการให้บริการและฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ โดยเฉพาะฐานข้อมูลบริการผู้ป่วยใน และการทำข้อมูลในการเบิกจ่าย ซึ่งต้องใช้กำลังคนทำงานส่วนนี้จำนวนมาก และส่วนใหญ่ผู้ที่รับผิดชอบงานส่วนนี้คือพยาบาลจึงเกิดปัญหาตามมาว่าคนที่ต้องมารับผิดชอบงานส่วนนี้จะไม่มีความก้าวหน้าทางวิชาการ และทำให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือ PCU ของ CUP ต่างๆ ซึ่งมีกำลังคนน้อยอยู่แล้ว ต้องจัดสรรคนมาทำงานด้านฐานข้อมูลเพื่อส่งข้อมูลให้กับ CUP

### 5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.)

เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการยกระดับสถานีนอนามัยและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพปฐมภูมิของประเทศใหม่ ประกาศใช้ในปี 2552 โดยมีจุดเน้นดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

1. ดำเนินการเชิงรุก มุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ

2. บริการอย่างต่อเนื่องและสามารถให้คำปรึกษาผู้ป่วยตลอดเวลา อาจมีเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการโดยไม่รับผู้ป่วยค้างคืน มีบริการแพทย์ฉุกเฉินออกมารับผู้ป่วยให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ

3. มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมกับสถานบริการสุขภาพในระดับอื่น โดยเฉพาะระดับที่เหนือขึ้นมาทั้งโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายตามระบบหลักประกันสุขภาพ

วัตถุประสงค์สำคัญของนโยบาย รพ.สต. คือการลดจำนวนผู้ป่วยที่เข้าไปรวมแอดกั้นอยู่ที่รพช. , โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เน้นการทำหน้าที่ส่งเสริมและป้องกันมากกว่าการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นหน้าที่หลักของ รพช. เพื่อให้เป็นสถานบริการที่ทำงานเป็นระบบเครือข่ายกับ CUP ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพมากขึ้น นโยบาย รพ.สต. เป็นความพยายามวางระบบเพื่อให้การประสานงานระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ภายใต้นโยบายนี้กระทรวงสาธารณสุขได้วางยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านปฐมภูมิใหม่ ใช้ขนาดของหน่วยบริการเป็นเกณฑ์ แบ่ง รพ.สต. เป็น 3 ขนาดตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ได้แก่ ขนาดเล็กดูแลประชากรไม่เกิน 3,000 คน กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ 5 คน ขนาดกลางรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 6,000 คน ให้มีเจ้าหน้าที่ 7 คน และขนาดใหญ่ดูแลประชากรมากกว่า 6,000 คน ให้มีเจ้าหน้าที่ 9-10 คน มีพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลัก โดยกำหนดให้ทุก รพ.สต. ต้องมีพยาบาลวิชาชีพประจำอย่างน้อยแห่งละ 1 คน แต่ในนโยบาย รพ.สต. เกิดขึ้นท่ามกลางสถานการณ์ขาดแคลนกำลังคนปฐมภูมิ จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2549 เพียง 3 ปีก่อนประกาศใช้นโยบาย รพ.สต. พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศซึ่งประกอบด้วยสถานีนอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีจำนวนรวม 9,810 แห่ง มีบุคลากรประจำรวม 30,411 คน เฉลี่ยแห่งละ 2.9 คน และสถานีนอนามัยจำนวนไม่น้อยต้องดูแลประชากรมากกว่า 5,000 คน ขณะที่ร้อยละ 17 ของสถานีนอนามัยต้องรับผิดชอบดูแลประชาชนมากกว่า 10,000 คน) ชิดกร โนรี, 2552) และประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ต่ำกว่ามาตรฐานคือ 1:1,250 (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2558) ในขณะที่นโยบาย รพ.สต.กำหนดให้ทุกแห่งต้องมีพยาบาลวิชาชีพประจำอย่างน้อย 1 คน กลับพบว่าในปี 2549 มีสถานีนอนามัยเพียงหนึ่งในสามหรือ 2,968 แห่งเท่านั้นที่มีพยาบาลวิชาชีพประจำ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) นอกจากนี้ยังกำหนดเกณฑ์กำลังคนด้านอื่นๆ ดังรายละเอียดในตาราง 2.3 ในขณะที่นโยบาย รพ.สต. เรียกร้องให้มีกำลังคนปฐมภูมิในระบบ แต่ในช่วงต้นของการดำเนินนโยบายกลับพบว่าไม่มีการกำหนดแนวทางการผลิตกำลังคนเพิ่ม หรือการสร้างแรงจูงใจเพื่อดึงดูดและธำรงรักษากำลังคนด้านปฐมภูมิไว้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ตามภาระงานเทียบกับกำลังคนที่มีพบว่าในภาพรวมระดับประเทศ รพ.สต. ยังต้องการพยาบาลวิชาชีพรวมกันถึง 11,239 คน นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 8,053 คน ทันตภิบาล 4,701 คน และบุคลากรด้านการฟื้นฟูสภาพ 2,471 คน (นงลักษณ์ พะไถยะ และเพ็ญภา หงษ์ทอง, 2555)



ตาราง 2.3 เกณฑ์กำลังคนตามนโยบาย รพ.สต.

ประเภท	เกณฑ์กำลังคน รพ.สต.แยกตามขนาด			GIS )อัตราส่วนต่อประชากร)
	เล็ก	กลาง	ใหญ่	
แพทย์/ นักกายภาพบำบัด/ จพง.เภสัช	-	-	1	แพทย์ 1: 10,000 นักกายภาพฯ 1: 20,000
พยาบาล	1	1	2	1: 2,500
นักวิชาการสาธารณสุข/ ผอ. รพ.สต.	2	3	4	3: 5,000
จพง.ทันตสาธารณสุข	1	1	1	1: 10,000
เจ้าหน้าที่ธุรการ	1	1	1	
<b>รวม</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ,2553

จะเห็นได้ว่าเกณฑ์จำนวนบุคลากรที่กระทรวงสาธารณสุขคาดหวังจะให้ไว้ใน รพ.สต. เมื่อเทียบกับสถานการณ์จริงแล้วเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวนโยบาย รพ.สต. เองไม่ได้ลงลึกไปถึงการผลิตกำลังคนเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการที่เพิ่มขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงเปิดช่องทางให้สถานีอนามัยเล็กๆ 2-3 แห่ง รวมกันเป็นเครือข่าย โดยเครือข่ายหนึ่งต้องมีบุคลากรไม่น้อยกว่า 7 คน เพื่อให้สถานีอนามัยทุกแห่งสามารถยกระดับเป็น รพ.สต. ได้ภายในปี 2553 ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามหามาตรการและแนวทางเติมกำลังคนให้กับ รพ.สต. โดยมีการทำข้อเสนอให้กับคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมวันที่ 22 พฤศจิกายน 2553 มีหัวข้อสำคัญ ดังนี้ (นางลักษณ์ พะโกยะ และเพ็ญนภา หงษ์ทอง, 2554)

1. ให้มีการปรับย้ายกำลังคน
2. การสรรหาคู่มือใหม่ อาจเป็นตำแหน่งข้าราชการหรือระบบการจ้างงานใหม่ กำหนดสิทธิประโยชน์ใหม่ และมีการเซ็นสัญญาจ้าง
3. การเพิ่มศักยภาพของบุคลากร เช่น การอบรม การศึกษาต่อ หรือการผลิตเพิ่ม
4. การผลิตเพิ่ม โดยจัดทำเป็นแผนระยะกลาง ซึ่งไม่พบว่ามีการลงรายละเอียดในด้านนี้ว่าจะทำให้เป็นรูปธรรมอย่างไร
5. การยกระดับ อสม.และการพัฒนาลูกจ้างชั่วคราวในปัจจุบันให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น

ต่อมาปี 2554 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการโครงการทศวรรษพัฒนากำลังคนในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2555-2564 ตามการเสนอของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรเพื่อสร้างความเข้มแข็งและคุณภาพบริการใน รพ.สต. และกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งคณะทำงานขึ้นมา 2 ชุด คือ คณะทำงานผลิตกำลังคนใน รพ.สต. และคณะทำงานพัฒนากำลังคนใน รพ.สต.) สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) และมีการดำเนินโครงการการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และโครงการความร่วมมือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข องค์การวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการผลิต กระจาย พัฒนากำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิ ส่งผลให้ระบบบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ปฏิบัติงานประจำเพิ่มขึ้น โดยร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหมวดบุคลากรแบบไม่มีเงื่อนไข คือมีสัดส่วนบุคลากรต่อประชากรดังนี้ พยาบาลวิชาชีพ 1:5,000 บุคลากรระดับปริญญาตรี 3:10,000 และระดับประกาศนียบัตร 3:10,000 เพิ่มขึ้นในปี 2551 จากร้อยละ 59.67, 59.85 และ 70.85 ในปี 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 92.96, 91.69 และ 87.41 ตามลำดับ) สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2558)

จากการศึกษาพบว่ากำลังคนด้านสุขภาพหลักที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ในปัจจุบันประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 22,513 คน พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 10,280 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 1,882 คน และบุคลากรอื่น ๆ 1,299 คน เมื่อนับรวมบุคลากรทั้งหมดแล้ว มีบุคลากรทั้งสิ้น 37,152 คน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2558) ส่วนกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นั้นเป็นบุคลากรสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ ส่วนใหญ่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา กำกับคุณภาพการบริการ และให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นบางเวลา และส่วนใหญ่ มักจะอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมือง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยในปี 2555 จากรายงานการจัดสรรงบประมาณตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ พบว่ามีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับงบ On top ตามโดยจัดให้มีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลาที่หน่วยบริการปฐมภูมิตามเงื่อนไขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ จำนวน 233 แห่ง จาก 7,491 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 3.11 (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2558)

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (นงลักษณ์ พะโกยะ และเพ็ญนภา หงษ์ทอง, 2554) ได้ศึกษาการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิในอีก 10 ปี ภายหลังจากประกาศใช้นโยบาย รพ.สต. คือคาดการณ์ความต้องการปี 2562 โดยทำการศึกษา 2 แนวทาง ได้แก่ การใช้สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร และการศึกษาโดยพิจารณาจากความต้องการบริการสุขภาพ พบว่าการคาดการณ์บนฐานของกำลังคนต่อสัดส่วนประชากรจะมีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ มากกว่าการคาดการณ์จากฐานความต้องการบริการสุขภาพ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2.4

**ตารางที่ 2.4 การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพใน รพ.สต. ในปี 2562 เปรียบเทียบกับกำลังคนในปี 2553 และเทียบระหว่างการคาดการณ์จากสัดส่วนประชากรและจากความต้องการบริการสุขภาพ**

ประเภทบุคลากร	จำนวน ในปี 2553	ตัวเลขคาดการณ์ความต้องการปี 2562	
		จากสัดส่วนประชากร	ความต้องการบริการสุขภาพ
แพทย์	63	6,584	1,658
พยาบาลวิชาชีพ	10,280	26,338	21,249
จพ.สาธารณสุข	22,513	39,498	30,566
จพ.ทันตสาธารณสุข	1,882	6,583	1,591
นักฟื้นฟูสมรรถภาพ	13	3,292	2,484
แพทย์แผนไทย	1,178	ไม่มีข้อมูล	2,532
<b>รวม</b>	<b>35,929</b>	<b>82,295</b>	<b>60,080</b>

ที่มา: ปรับจากสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ,2554

**6. นโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System - DHS)**

District Health System เกิดจากแนวคิดที่ต้องการส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ภายใต้ระบบการทำงานสุขภาพที่ทุกภาคส่วนในพื้นที่ระดับอำเภอทำงานร่วมกัน บุรณาการทรัพยากรเข้าด้วยกัน ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับร่วมกันว่าปัญหาสาธารณสุขมีหลายด้านที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงลำพัง (เดชา แซ่หลี และคณะ, ไม่ระบุปีที่พิมพ์) แต่เป็นปัญหาที่ทุกฝ่ายต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอ ผสมผสานทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน การรักษา และฟื้นฟู เข้าด้วยกัน เน้นการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน เพื่อให้เกิดเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้รับความไว้วางใจจากประชาชนผู้รับบริการ มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่

หัวใจสำคัญของ DHS คือการทำงานเป็นทีมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยงานต่าง ๆ ในระดับอำเภอและตำบล รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาสังคม ที่ทำงานร่วมกันในการจัดบริการสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาพภาวะในชุมชน ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถเป็นเจ้าภาพร่วมในการพัฒนาสุขภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560) โดยผู้นำเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอจะร่วมกันกำหนดทิศทาง นโยบาย และเป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบสุขภาพระดับ

อำเภอ รวมถึงมีการร่วมกันออกแบบ จัดการ และปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้บริการด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน รวมถึงมีกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ไร้รอยต่อ

กระบวนการขับเคลื่อนการทำงานของ DHS ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วม (participatory) เริ่มจากการรวมทีมแบบมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย 2) การมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) ในการประสานงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้วยกลวิธีที่เรียบง่าย ผ่านกระบวนการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง 3) กระบวนการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (learning & sharing) ด้วยการจัดการความรู้ และ 4) การลงมือปฏิบัติจริง (action & development) จนนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ชดากร ศิริคุณ และวชิพงษ์ ภัคติกุล ,2557)

DHS ทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในด้านที่ทำให้เครือข่ายและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เป็นการทำงานเพื่อยกระดับการพึ่งตนเองในระดับอำเภอ และสามารถออกแบบกระบวนการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในอำเภอได้ และเป็นการเปิดโอกาสให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ รวมถึงทรัพยากรหลายประการที่กระทรวงสาธารณสุขไม่มี และภาคประชาสังคม เช่น องค์กร หรือ กลุ่มก้อนของภาคประชาชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงสถาบันศาสนา เช่น พระ และ วัด เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของชุมชนตนเองได้ หลายพื้นที่มีผลของการดำเนินนโยบาย DHS ค่อนข้างดี แรงสนับสนุนจากเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุขทำให้สามารถขับเคลื่อนงานสาธารณสุขได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การศึกษาชิ้นหนึ่งซึ่งศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินนโยบาย DHS ในจังหวัดพะเยา (Routine to Research, 2561) พบว่า DHS ทำให้ประชาชนในแต่ละอำเภอได้รับการดูแลด้านสุขภาพได้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในชุมชน เช่น อำเภอเมือง ได้รับการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการให้มีสภาพการดำรงชีพที่เหมาะสม มีการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติ, อสม., องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึง รพ.สต. เขตอำเภอเชียงคำเน้นไปที่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งกลุ่มจิตอาสา ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอแม่ใจเน้นการพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีกลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุเพื่อเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุด้วยกัน จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอดอกคำใต้ พัฒนาระบบงานควบคุมวัณโรค โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาข้อมูลและวางแผนร่วมกันในชุมชน อำเภอจุน พัฒนาระบบสุขภาพวัยรุ่นที่ยั่งยืนโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีการพัฒนาบุคลากรและแกนนำให้คำปรึกษาอบรมให้ความรู้แก่นักเรียน เป็นต้น

ไม่พบว่าการประเมินผลความสำเร็จของ DHS ในระดับประเทศ แต่ชดากร ศิริคุณ และวชิพงษ์ ภัคติกุล (2557) ศึกษากระบวนการ DHS ในจังหวัดสกลนครและพบว่าปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินนโยบายนี้ของจังหวัดสกลนคร ได้แก่

- 1) ต้นทุนเดิมของอำเภอ เช่น ต้นทุนด้านทรัพยากรบุคคล และความสามารถของอำเภอในการบูรณาการต้นทุนเหล่านั้น

- 2) โครงสร้างและบทบาท แม้จะเป็นการทำงานแบบให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม แต่ยังคงมีการกำหนดโครงสร้างและบทบาทของคณะทำงานใน DHS ให้ชัดเจน
- 3) ต้องมีการรับรู้แนวทางการดำเนินงานร่วมกัน
- 4) มีการสนับสนุนเพื่อตอบสนองนโยบายและปัญหาสุขภาพของพื้นที่
- 5) มีการสนับสนุนด้านคน เงิน เทคโนโลยี

## 7. โครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster – PCC)

PCC เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ถูกออกแบบมาเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิเพื่อให้มีฐานที่มั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ ดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างความเข้มแข็งให้กับบริการปฐมภูมิและเพื่อให้บริการสุขภาพเป็นไปตามลำดับคือประชาชนรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อน แล้วจึงมีการส่งต่อไปยังระดับทุติยภูมิและตติยภูมิตามลำดับ ทั้งนี้แม้ประเทศไทยจะมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง แต่ประชากรส่วนใหญ่ยังคงไปรับบริการที่หน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิเลย โดยไม่เข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อน ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความไม่เชื่อมั่นในบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ยศ ตีระวัฒนานนท์, 2561) PCC จึงถูกออกแบบมาเพื่อปิดช่องว่างตรงนี้โดยใช้กระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นนกระบวนกรหลัก (โสภณ เมฆธน, 2561) กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ ทำหน้าที่เป็นเป็นหัวหน้าทีมของสหวิชาชีพเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน 10,000 คนต่อหนึ่งทีม รายละเอียดบุคลากรต่อหนึ่งทีม ดังแสดงในตาราง 2.5 เน้นให้บริการทุกคน ทุกช่วงวัย ทุกอย่างทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสุขภาพ และงานคุ้มครองผู้บริโภค เป็นการทำงานเชิงรุก เน้นการดูแลแบบองค์รวมมากกว่าการมุ่งรักษาพยาบาล เพื่อไม่ให้ PCC กลายเป็นส่วนต่อขยายของงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

ตาราง 2.5 แสดงองค์ประกอบด้านบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัว ตามนโยบาย PCC

วิชาชีพ	จำนวน		
	สัดส่วน	จำนวนต่อทีม	จำนวนรวม (ต่อ PCC)
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1:10,000	1	3
ทันตแพทย์	1:30,000	-	1
พยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลเวชปฏิบัติ	1:2,500	4	12
ทันตภิบาล	1:10,000	1	3
เภสัชกร	1:30,000	-	1
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	1:30,000	1	3
นักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1:2,500	4	12
แพทย์แผนไทย	1:10,000	1	3
นักกายภาพบำบัด	1:30,000	-	1

ที่มา: ปรับจาก ไสภณ เมฆธน, 2561

PCC จึงเป็นนโยบายด้านสาธารณสุขที่มุ่งพัฒนาบริการปฐมภูมินโยบายแรกที่มีการจัดสรรแพทย์ลงสู่บริการปฐมภูมิซึ่งสอดคล้องกับร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ผ่านประชามติ วันที่ 7 สิงหาคม 2559 ซึ่งกำหนดไว้ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (4) ด้านอื่นๆ (5) ที่กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผน 20 ปีกระทรวงสาธารณสุข ยุค ตีระวัฒนานนท์, 2561) โดยผลที่คาดว่าจะเกิดจากการดำเนินนโยบาย PCC คือจะช่วยให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถดูแลประชาชนทุกกลุ่ม ได้แก่ ส่งเสริมและการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มผู้แข็งแรงให้ยังคงมีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถคัดกรองโรคเรื้อรังซึ่งหากตรวจพบก็จะสามารถดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็วทำให้สามารถควบคุมสภาวะทางคลินิกของโรคได้ นอกจากนี้ยังทำให้ประชากรที่เจ็บป่วยเล็กน้อยๆ สามารถเข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิได้โดยไม่ต้องไปรับบริการในหน่วยบริการในระดับที่สูงขึ้น ลดค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐและค่าใช้จ่ายของประชาชนลงได้ ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังหากได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในคลินิกหมอครอบครัว ทำให้สามารถชะลอการดำเนินไปของโรค (Progression) หรือลดอาการแทรกซ้อน (Complication) ของโรคลงได้ นอกจากนี้

การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิผ่านระบบ PCC จะช่วยให้เกิดความพึงพอใจต่อการรับบริการ รวมถึงเพิ่มความเสมอภาคของประชาชนในการเข้าถึงบริการและสถานะทางสุขภาพของประชาชนได้อีกด้วย) ยศ ศีระวัฒน์ นานนท์, 2561)

จะเห็นได้ว่านโยบาย PCC เน้นเรื่องการกระจายแพทย์ลงสู่บริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งสวนทางกับปริมาณแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีในปัจจุบันที่มีอยู่เพียงประมาณ 700 คน ไม่รวมแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติในบทเฉพาะกาล พ.ศ. 2542-2544 (H Focus, 2560) เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายคลินิกครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเร่งผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยร่วมมือกับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มปีละ 238 คน โดยร่วมมือกับโรงพยาบาลชุมชนในการผลิต (In Service Training) รวมทั้งจัดอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” โดยคาดว่าจะสามารถผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เพียงพอต่อความต้องการของคลินิกหมอครอบครัวภายใน 10 ปี อย่างไรก็ตามการเร่งผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่ได้หมายความว่าจะทำให้ได้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับโครงการคลินิกครอบครัวเพิ่มขึ้นเสมอไป ข้อมูลจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวพบว่าตั้งแต่รัฐบาลประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพ มีแพทย์เข้าอบรมและสอบอนุมัติบัตรในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 6,130 คน แต่ส่วนใหญ่กลับไปทำงานในสาขาพื้นฐานที่เรียนมา และเก็บหนังสืออนุมัติเวชศาสตร์ครอบครัวไว้เฉยๆ โดยทางราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัววิเคราะห์ว่าสาเหตุน่าจะมาจากการเป็นแพทย์ครอบครัวต้องทำงานกับชาวบ้านและชุมชนต่างจากแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่จะทำงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อีกทั้งยังมีรายได้และค่าตอบแทนไม่จูงใจเท่าที่ควร (H Focus , 2558) การหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ครบตามเกณฑ์จึงเป็นประเด็นที่ทำทลายความสำเร็จของ PCC

## สรุป

ทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในรอบ 3 ทศวรรษที่ผ่านมาเป็นการมุ่งสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในประเด็นหลัก ๆ ได้แก่

- 1) การพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการระดับปฐมภูมิให้สามารถให้บริการครอบคลุมประชากรทุก ๆ กลุ่ม และอย่างมีคุณภาพ
- 2) กำลังคน มีการเพิ่มกำลังคนเข้ามาในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งในด้านจำนวนและประเภท โดยจะเห็นว่าเมื่อกว่า 30 ปีก่อนผู้ให้บริการจะมีเพียงเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและผดุงครรภ์เท่านั้น ต่อมานโยบายต่างๆ ได้เพิ่มจำนวนคนมากขึ้น และประเภทกำลังคนใหม่ๆ ที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพการให้บริการมากขึ้น ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติ ทันตภิบาล แพทย์แผนไทย และในนโยบายล่าสุดเพิ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

- 3) การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการทำงานของสถานีอนามัย สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลจังหวัด เพื่อให้เป็นระบบหนึ่งเดียวกัน มีระบบการทำงานร่วมกัน สนับสนุนซึ่งกันและกัน ผ่านนโยบายต่าง ๆ ได้แก่ คป.สอ, CUP และ PCU ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, DHS และ PCC

อย่างไรก็ตาม แม้กระทรวงสาธารณสุขจะได้ดำเนินนโยบายเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง แต่หลายพื้นที่ยังไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย สภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานยังคงอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนทั้งในด้าน ปริมาณ ทักษะ และการจ้างงาน ทั้งนี้แม้ที่ผ่านมากำลังคนจะเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แต่การพัฒนาด้านนี้ก็ยังไม่ทันความต้องการบริการและภาระงานที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนข้อจำกัดของงบประมาณของแต่ละพื้นที่ส่งผลให้การแก้ปัญหากำลังคนเป็นไปได้อย่างลำบาก



## บทที่ 3

### ผลการศึกษา

#### 3.1 ระบบสุขภาพและระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

##### 1. บริบทและสภาพแวดล้อม

###### 1.1 สภาพแวดล้อม

อำเภอเชียงของ อยู่ห่างจากตัวเมืองเชียงราย 141 กม. เป็นอำเภอชายแดนเหนือสุดของประเทศ ไทย ติดกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีแม่น้ำโขงเป็นเส้นแบ่งเขตแดน เชียงของจัดเป็น อำเภอขนาดใหญ่ มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 836.9 ตร.กม. หรือประมาณ 523,062.50 ไร่ ลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นภูเขา มีพื้นที่ราบลุ่มอยู่ตอนกลาง

มีประชากรรวมทั้งสิ้น 63,117 คน แยกเป็นชาย 31,515 คน หญิง 31,602 คน ประชากรส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงอายุ 45-61 ปี แต่กลุ่มประชากรสูงอายุคือตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ประกอบด้วย คนหลายเชื้อชาติ ทั้งชาวไทยพื้นเมือง จีนฮ่อที่อพยพมา และชาวไทยผู้เขาเผ่าต่างๆ ได้แก่ ละหู่ (มูเซอ) ขมุ ม้ง อาข่า ลื้อ อาชีพร่วมใหญ่ของประชากรในพื้นที่คือเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 46.35% รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 18.46% ขณะเดียวกันมีประชากรแฝงวัยทำงานซึ่งส่วนใหญ่เป็น ประชากรจากอำเภอใกล้เคียงและแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมายจำนวนหนึ่ง คาดว่าการเข้าสู่ ประชาคมอาเซียนจะทำให้มีแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การที่เชียงของเป็นอำเภอ ท่อ่งเทียว มีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติตลอดทั้งปี จึงมีประชากรแฝงในรูปของนักท่องเที่ยว ตามมาด้วย

อำเภอเชียงของแบ่งการปกครองเป็น 7 ตำบล 102 หมู่บ้าน 19,976 หลังคาเรือน องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นประกอบด้วยเทศบาล 7 แห่ง และ อบต. 1 แห่ง

###### 1.2 ทุนที่มี

**สถานบริการ** มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงของ ซึ่งเป็นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขนาดใหญ่ 1 แห่ง และแม้จะมีจำนวนตำบลเพียง 7 แห่ง แต่มีโรงพยาบาลสาธารณสุขตำบล (รพ.สต.) ถึง 17 แห่ง แยกเป็นขนาดกลาง 4 แห่ง และขนาดเล็กอีก 13 แห่ง เนื่องจากในอดีตการตั้งสถานบริการปฐมภูมิจะ ตั้งในลักษณะของ area based คือ ให้มีการกระจายตัวตามพื้นที่เพื่อให้บริการประชาชนให้ได้ครอบคลุม ที่สุด สถานบริการจึงกระจายตัวไปตามพื้นที่ห่างไกล มีสถานบริการทุติยภูมิ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช – (รพร.) เชียงของ ขนาด 90 เตียง อยู่ในระดับ F1 ให้บริการประชาชนทั้งในเขตอำเภอเชียง

ของ เวียงแก่น และขุนตาล รวมประชากรรับผิดชอบ 64,181 คน ในปี 2560 มีผู้ป่วยนอก 37,692 คน ผู้ป่วยใน 5,327 คน อัตราการครองเตียงร้อยละ 90.59 และมีประชาชนจาก สปป.ลาว เดินทางข้ามฝั่งมารับบริการด้วย ในปี 2560 มีผู้ป่วยนอกชาวลาวมาใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 14 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด แยกเป็นผู้ป่วยนอก 5,161 คน และผู้ป่วยใน 773 คน

**กำลังคน** อำเภอยะโฮงมีกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่จริงดังนี้

รพ.ร.เชียงของ มีกำลังคนด้านวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ 13 คน ในจำนวนนี้เป็นแพทย์เฉพาะทาง 13 คน รวมที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้วย ทันตแพทย์ 6 คน เภสัชกร 9 คน พยาบาลวิชาชีพ 67 คน นักรังสีเทคนิค 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 4 คน และ นักกายภาพบำบัด 4 คน เมื่อรวมกับกำลังคนที่ไม่ใช่วิชาชีพ รพ. เชียงของ จะมีบุคลากรทั้งหมด 216 คน เมื่อเทียบกับภาระงานตามเกณฑ์ของ FTE (Full Time Equivalent) แล้วพบว่า กำลังคนด้านวิชาชีพส่วนใหญ่ยังต่ำกว่ากรอบ FTE ยกเว้นเภสัชกรและนักกายภาพบำบัดที่จำนวนผู้ปฏิบัติงานจริงเท่ากับกรอบอัตรากำลังของ FTE รายละเอียดของข้อมูลกำลังคนระดับวิชาชีพของ รพ. เชียงของ ดังแสดงในตาราง 2.1

**ตาราง 3.1** ข้อมูลกำลังคนระดับวิชาชีพใน รพ. เชียงของ เทียบระหว่างจำนวนผู้ปฏิบัติงานจริงกับจำนวนตามกรอบ FTE

ตำแหน่ง	จำนวนจริงที่มี	กรอบอัตรา FTE ขั้นต่ำ
แพทย์	13	17
ทันตแพทย์	6	8
เภสัชกร	9	9
พยาบาลวิชาชีพ	67	77
นักรังสีเทคนิค	1	2
นักเทคนิคการแพทย์	4	6
นักกายภาพบำบัด	4	4
<b>รวม</b>	<b>104</b>	<b>123</b>

รพ.สต. ทั้ง 17 แห่งยังขาดแคลนกำลังคนทั้งสายสนับสนุนและสายวิชาชีพจำนวนมาก มีพยาบาลวิชาชีพรวม 15 คน นักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข 11 คน นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) 3 คน และแพทย์แผนไทย/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข 3 คน ซึ่งทุกตำแหน่งมีอัตรากำลังต่ำกว่า

กรอบ FTE เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่ามีอัตรากำลังสายสนับสนุนคิดเป็นร้อยละ 60 ของสายวิชาชีพ รายละเอียดกำลังคนด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอเชียงของ แสดงในตาราง 3.2

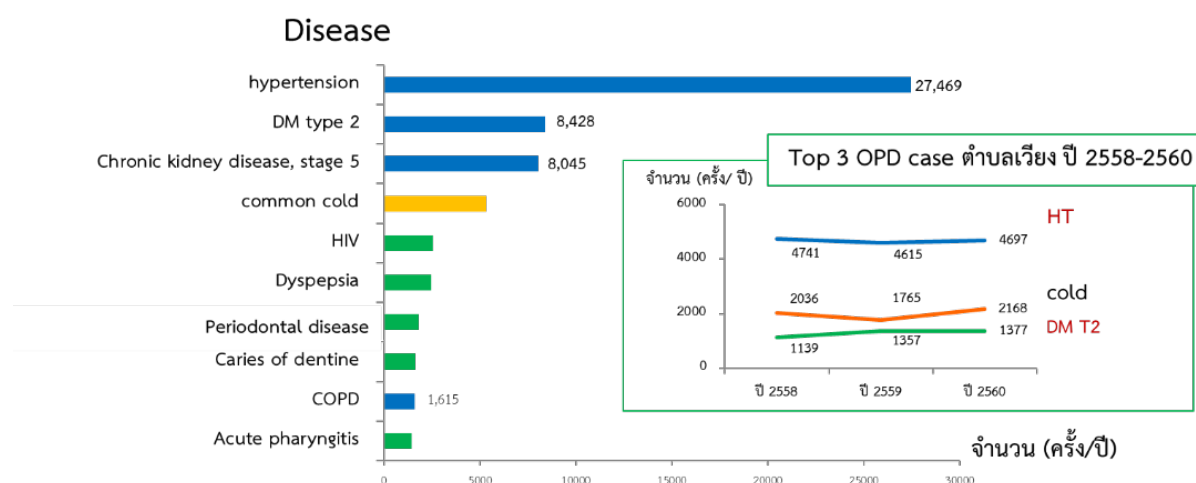
ตาราง 3.2 ข้อมูลกำลังคนด้านสาธารณสุขใน รพ.สต. เขตอำเภอเชียงของ เทียบระหว่างจำนวน ผู้ปฏิบัติงานจริงกับจำนวนตามกรอบ FTE

ตำแหน่ง	จำนวนจริงที่มี	กรอบอัตรา FTE ขั้นต่ำ
ผอ.รพ.สต.	17	17
นวก.สาธารณสุข/ จพ.สาธารณสุข	11	51
จพ.การเงินและบัญชี/ จพ.ธุรการ	0	21
พยาบาลวิชาชีพ	15	34
นวก.สาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)	3	4
แพทย์แผนไทย/ จพ.สาธารณสุข	3	0
<b>รวม</b>	<b>49</b>	<b>127</b>

### 1.3 ความท้าทาย

**ด้านปัญหาสุขภาพ** ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ 3 อันดับแรก ของอำเภอเชียงของได้แก่ ความดัน เบาหวานประเภทที่ 2 และไตวายเรื้อรัง โดยเฉพาะความดันและเบาหวานพบว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่ทำ ทายสถานบริการทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในเขตอำเภอเชียงของ

แผนภาพที่ 3.1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ รพร .เชียงของ ในปี 2560 แยกตามปัญหาสุขภาพ



ที่มา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ, 2561

**ด้านกำลังคน** ปัญหาหลักคือการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 3.1 และ 3.2 ก่อนหน้านี้ว่าจำนวนบุคลากรทั้งระดับวิชาชีพและฝ่ายสนับสนุนของสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ต่างมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานจริงต่ำกว่ากรอบอัตรากำลังที่ควรมี เมื่อคำนวณตามการวิเคราะห์ภาระงานเพื่อหา FTE การมีจำนวน รพ.สต.มากกว่าจำนวนตำบลยิ่งทำให้เป็นปัญหาท้าทายการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เพราะไม่สามารถจัดสรรกำลังคนให้กับ รพ.สต. ทุกแห่งได้ครบตามกรอบอัตรากำลังที่ควรต้องมี ทั้งนี้หากพิจารณาจากจำนวนประชากรต่อหัวต่อจำนวนสถานบริการปฐมภูมิที่ควรต้องมี อำเภอเชียงของซึ่งมีประชากรเพียงประมาณ 63,000 คนจะมี รพ.สต. มากเกินความต้องการถึง 7 แห่ง เพราะเมื่อคำนวณจากเกณฑ์ประชากรที่ 1:5000 เชียงของควรต้องมี รพ.สต. เพียง 8-10 แห่ง แต่ปัจจุบันมีถึง 17 แห่ง เท่ากับจำนวน รพ.สต. ในอำเภอแม่จัน ซึ่งมีประชากรมากถึง 120,000 คน นอกจากนี้การมี รพ.สต. จำนวนมาก ทำให้ต้องเสียบุคลากรจำนวนหนึ่งไปทำงานบริหารในตำแหน่ง ผอ.รพ.สต. ซึ่งส่วนใหญ่เคยเป็นกำลังคนสายสนับสนุน เช่น ทันตภิบาล ที่ไปเรียนต่อจนได้ จพ.หรือ นวก. แล้วขยับขึ้นสู่ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต. ขณะที่ไม่มีทันตภิบาลใหม่เข้ามาสู่ระบบแทนตำแหน่งเดิม

**ด้านสถานภาพทางการเงิน** รพร.เชียงของ เป็นโรงพยาบาลที่ต้องประสบกับวิกฤติทางการเงิน ซึ่งไม่ได้เกิดจากภาวะค่าจ้างเพียงอย่างเดียว แต่ถูกซ้ำเติมด้วยภาระรายจ่ายจาก ฉ.11 ที่ให้จ่ายค่าตอบแทนเหมาจ่ายบุคลากรในระดับวิชาชีพ คำนวณตามอายุงานและที่ตั้งของสถานบริการ ซึ่ง รพร.เชียงของอยู่ในพื้นที่กันดารระดับ 1 และมีกำลังคนด้านวิชาชีพปฏิบัติงานต่อเนื่องเป็นเวลานานหลายคน เช่น ผอ. รพร.เชียงของ อยู่ในพื้นที่มา 26 ปี แล้ว ทำให้มีภาระรายจ่ายตาม ฉ.11 ค่อนข้างสูง ถ้าคำนวณยอดรายจ่ายตาม ฉ.11 ของปี 2560 ของทุกวิชาชีพจะอยู่ที่ประมาณ 16 ล้านบาท แม้จะได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณแต่ก็ไม่เพียงพอกับภาระค่าใช้จ่ายจึงต้องจัดสรรจากเงินบำรุงเพิ่ม นอกจากนี้ยังมีภาระทางการเงินจากรายจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะค่าการส่งต่อ ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แต่ละปีคิดเป็นยอดเงินจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม รพร.เชียงของ ยังสามารถเจรจาผ่อนปรนกับ รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ได้ จึงสามารถชำระเงินคืนล่าช้าได้

ทั้งนี้ รายได้หลักของ รพร. เชียงของ มาจากงบประมาณรายหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยพบว่าประชากรที่อยู่ในเขตให้บริการของ รพร.เชียงของ มีประชากร UC จำนวน 45,605 คน และประชากรที่ใช้สิทธิข้าราชการจำนวน 4,262 คน (ตัวเลขปี 2560)

## 2. การบริหารจัดการกำลังคน

การบริหารจัดการกำลังคนของอำเภอเชียงของ มีทั้งการบริหารจัดการด้าน demand คือการจัดการความต้องการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ และการบริหารจัดการด้าน supply คือการบริหารจัดการกำลังคนที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

## 2.1 การบริหารจัดการความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

2.1.1 การขับเคลื่อนสุขภาพ เพื่อลดความต้องการบริการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ในภาพรวมบริหารตามแนวทางของ District Health System – DHS ขับเคลื่อนกำลังคนด้านสุขภาพในระดับอำเภอ ประสานความร่วมมือกับองค์กรฝ่ายปกครอง โดยตั้ง District Health Board- DHB มีนายอำเภอเป็นประธาน และมีหัวหน้าส่วนงานต่างๆ เข้าร่วม เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ไปจนถึงประธานเยาวชน และประธานผู้สูงอายุในระดับอำเภอ และมีตัวแทน อสม. เข้าร่วมด้วย มีการประชุมทุก 3 เดือน การดำเนินงานหลักๆ คือการร่วมกันวิเคราะห์หาปัญหาต่างๆ ที่จะนำสู่การดูแลสุขภาพของชาวอำเภอเชียงของ อันจะทำให้เกิดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ปัญหาได้ก็ร่วมกันกำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหานั้นๆ เพื่อลดภัยคุกคามสุขภาพและลดความต้องการเข้ารับบริการด้านสุขภาพลงโดยอัตโนมัติ ตัวอย่างปัญหาที่ DHB วิเคราะห์ได้และลงมือทำแล้ว ได้แก่ ปัญหาขยะ ปัญหาสาธารณสุขชายแดน และปัญหาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ความต้องการด้านสุขภาพและจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ให้อยู่บนฐานของจำนวนกำลังคนที่มีอยู่ เช่น เมื่อพบว่าชุมชนมีปัญหาเรื่องผู้สูงอายุ เรื่องผู้ป่วยติดเตียง ความดัน เบาหวาน ก็จะจัดทีมเยี่ยมในลักษณะทีมผสมผสมผสานวิชาชีพ มีพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด/ แพทย์แผนไทย และ อสม. ร่วมกันประเมินสถานการณ์ ประเมินความเสี่ยง และสอนคนไข้และญาติในการดูแลตนเอง/ ดูแลผู้ป่วย เป็นการทำงานดูแลผู้ป่วยติดเตียงในลักษณะเชิงรุก แทนการตั้งรับ การจัดทีมสหวิชาชีพเช่นนี้ทำให้ประชาชนสามารถได้รับการดูแลและคำปรึกษาในทุกด้าน เช่น การทำกายภาพบำบัด การทำแผล ฯลฯ จากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพียงครั้งเดียว ไม่เพียงผู้ป่วยได้รับการรักษา ญาติผู้ป่วยก็จะได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ และการจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของผู้ป่วยด้วย และเป็นการลดความแออัดของการที่ผู้ป่วยและญาติต้องเข้ามาที่ รพ.สต. หรือ โรงพยาบาล

การขับเคลื่อนด้านสุขภาพอีกประการหนึ่งที่พบคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการรวมถึงการดูแลสุขภาพแก่พระภิกษุและสามเณร ซึ่งนอกจากจะทำให้พระภิกษุและสามเณรมีสุขภาพดีแล้ว ยังสามารถถ่ายทอดสู่ญาติโยมที่ไปทำบุญที่วัดได้อีกด้วย โดยสอดแทรกไปกับการแสดงพระธรรมเทศนา ทั้งนี้ในเขตอำเภอเชียงของ ชาวบ้านยังมีศรัทธาที่มั่นคงและมีความใกล้ชิดกับพระและวัดอยู่

2.1.2 การบริหารจัดการกำลังคน พบว่าอำเภอเชียงของมีการบริหารจัดการกำลังคนหลายรูปแบบด้วยกัน เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคน และเพื่อรองรับความต้องการบริการด้านสุขภาพของคนในพื้นที่ สรุปได้ดังนี้

- **สร้างเครือข่ายความร่วมมือระดับตำบล** จากการทำทุกตำบลของอำเภอเชียงของมี รพ.สต. มากกว่า 1 แห่ง แต่มีบุคลากรไม่เพียงพอับความต้องการ จึงมีการประสานงานกันในระดับตำบล โดยให้ รพ.สต. ของแต่ละตำบลรวมทีมกันให้ ผอ.รพ.สต. แห่งใดแห่งหนึ่งในตำบลเดียวกันทำหน้าที่หัวหน้าทีม ความร่วมมือบริหารจัดการกำลังคนจะเป็นลักษณะของการนำกำลังคนระดับวิชาชีพและสายสนับสนุนมารวมกัน แล้วหมุนเวียนออกหน่วยไปทุก รพ.สต. ในเขตตำบลเดียวกัน นัดวันกับประชาชนว่าวันไหน ทีมสุขภาพประจำตำบลจะวนไปออกหน่วยที่ รพ.สต. แห่งใด เพื่อให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. นั้นๆ ไปรอรับบริการได้ตรงตามวัน ด้วยวิธีการนี้ทำให้ รพ.สต. บางแห่งที่ไม่มีนักกายภาพบำบัดประจำ ก็จะมีนักกายภาพบำบัดจาก รพ.สต. อื่น ในเขตตำบลเดียวกันไปประจำการในวันที่กำหนดไว้

- **สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถานบริการปฐมภูมิกับทุติยภูมิ** เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในระดับปฐมภูมิ ลดความแออัดของผู้รับบริการในระดับทุติยภูมิ ดำเนินงานลักษณะของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นการตั้งทีมงานสุขภาพเพื่อให้มีกำลังคนระดับวิชาชีพจาก รพร. เชียงของ ลงไปช่วยงานปฐมภูมิใน รพ.สต. เพื่อเป็นการอุดหนุนของหน่วยความร่วมมือระดับ รพ.สต. ที่บางตำบลอาจไม่มี รพ.สต. โดยมีพยาบาลวิชาชีพ หรือนักกายภาพบำบัด หรือวิชาชีพอื่นๆ อยู่เลย จะได้มีกำลังคนคอยให้บริการประชาชนตามความต้องการได้

2.2 **ภาคีสัมพันธ์** สร้างความสัมพันธ์กับบุคคลและองค์กรพันธมิตรนอกระบบบริการสุขภาพ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและวัด การสร้างระบบความร่วมมือกับวัดเป็นลักษณะของภาคีสัมพันธ์ที่โดดเด่นมากของอำเภอเชียงของ ดังกล่าวก่อนหน้าว่าพื้นที่นี้มีปัญหาเรื่องความขัดแย้งระหว่างผู้นำในระบบคือผู้ใหญ่บ้านกับ อสม ทำให้กิจกรรมหรือโครงการในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิจากหลายโครงการไม่สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี จึงมีการประสานความร่วมมือกับพระและวัดเพื่อให้เข้ามาทำหน้าที่เชื่อมประสานบุคลากรด้านสาธารณสุขกับประชาชนในชุมชนแทนการทำหน้าที่ของผู้นำในระบบ ทั้งนี้พระยังคงมีบทบาทการเป็นศูนย์กลาง เป็นที่พึ่งทางใจของชนในชุมชนอยู่ อีกทั้งยังสามารถใช้พื้นที่ของวัดดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพ เช่น การนัดตรวจสุขภาพ เป็นต้น

2.3 **การผลิตกำลังคนเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิ** ไม่พบว่ามี การสร้างความร่วมมือกับเครือข่าย หรือการดำเนินการเพื่อผลิตบุคลากรสำหรับปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เชียงของเอง

2.4 นโยบาย พบว่านโยบายจากส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับการบริหารและจัดการบุคลากร หลายนโยบายเพื่อสอดคล้องกับภูมิทัศน์ในการจัดการกำลังคนของเชียงใหม่ เช่น FTE ที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพจริงของพื้นที่ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 11 ทำให้เกิดภาระทางการเงินกับ CUP ที่รายได้ต่อหัวประชากรไม่มาก แต่ต้องมีรายจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรจำนวนมาก

### 3. ผลกระทบ

ข้อมูลผลการปฏิบัติงานของอำเภอเชียงใหม่ในระหว่าง 2558-2560 พบว่าอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของโรงพยาบาล และ รพ.สต. โดย จำนวนผู้มาใช้บริการที่ รพ.สต. สูงกว่าจำนวนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเล็กน้อย ตัวชี้วัดที่สำคัญ ๆ ก็สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ เช่น ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืด อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมายได้แก่ ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี อย่างไรก็ตาม ผลงานโดยรวมของอำเภอเชียงใหม่ในปี 2559 เมื่อเทียบกับอำเภออื่น ๆ ก็อยู่ในระดับ หนึ่งใน 5 ของเขตบริการนั้น ๆ

ตาราง 3.3 ตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพอำเภอเชียงใหม่ ในระหว่างปี 2557-2560

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2557	2558	2559	2560
ผู้รับบริการ					
-ผู้ป่วยนอก			127,301	117,667	153,944
-ผู้ป่วยใน			17,239	15,552	17,749
ผู้รับบริการ รพ.สต.					
- ผู้ป่วยนอก			134,366	155,056	169,889
ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	>60%	54.0	51.4	68.6	68.4
ร้อยละหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	>60%			60.6	58.2
ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	>80%	21.8	32.1	45.6	56.3
สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล	>1.5		1.06	1.32	1.10
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืด สิทธิ UC	<6.63%			3.85	

อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน สิทธิ UC(ต่อแสนประชากร)	<3.64%			1.08	
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิUC	<1.0			0.26	

### 3.2 ระบบสุขภาพและระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

#### 1. บริบทและสภาพแวดล้อม

##### 1.1 สภาพแวดล้อม

อำเภอนครไทยตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดพิษณุโลก ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 98 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 2,220.37 ตารางกิโลเมตร หรือ 1,387,731 ไร่ ภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นที่ราบสูง มีภูเขาล้อมรอบเกือบทุกด้านเป็นภูเขาที่อยู่ในเทือกเขาเพชรบูรณ์ มีความสำคัญเป็นต้นน้ำของลำห้วย สภาพภูมิอากาศจะหนาวมากในฤดูหนาว ส่วนฤดูฝนในบางปีจะมีน้ำท่วม และมีสภาพอากาศแห้งแล้งในฤดูร้อน ในระยะ 10 ปี ที่ผ่านมา ปริมาณน้ำลดน้อยลงมากเมื่อเทียบกับความต้องการของประชากร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ทั้งนี้เนื่องจากการตัดไม้ทำลายป่า ด้วยสภาพภูมิศาสตร์เป็นเทือกเขา นครไทยจึงเป็นพื้นที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวโดยเฉพาะในฤดูหนาว

อำเภอนครไทยมีประชากรจำนวน 84,950 คน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 11 ตำบล 145 หมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วย เทศบาลตำบล 2 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 9 แห่ง ประชากรเป็นชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง ใน 4 หมู่บ้าน จำนวนประมาณ 6,000 คน นอกจากนั้นยังมีพื้นที่ภูเขากันดารที่การคมนาคมเข้าไม่ถึงประมาณ 5 แห่ง

##### 1.2 ทุนที่มี

**สถานบริการ:** แม้ว่าสภาพภูมิศาสตร์เป็นเทือกเขาและอยู่ห่างไกลจากตัวจังหวัดแต่สถานบริการมีการกระจายตัวไปครอบคลุมทุกพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีจำนวนมากกว่าจำนวนตำบล ดังจะเห็นได้จาก สถานบริการในระดับหมู่บ้านมีจำนวน 145 แห่งครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ในขณะที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวน 21 แห่ง (จากจำนวน 11 ตำบล) และสถานบริการระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช (รพร.) นครไทย มีขนาดขนาด 90 เตียง สามารถให้บริการเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว อายุรกรรม กุมารเวชกรรม มีสถานบริการเอกชนที่ให้บริการระดับปฐมภูมิได้แก่ คลินิกแพทย์ 1 แห่ง สถานพยาบาล 5 แห่ง และร้าน



ชายยา 8 แห่ง นอกจากนั้นยังมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่บริหารจัดการและสนับสนุนการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

**กำลังคน:** กำลังคนที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข 57 คน พยาบาลวิชาชีพ 21 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 6 คน สำหรับกำลังคนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย ประกอบด้วยแพทย์ 15 คน โดยที่ เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขากุมารเวช และอายุรเวช อย่างละ 1 คน ส่วนบุคลากรอื่น ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 82 คน เภสัชกร 10 คน ทันตแพทย์ 5 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 4 คน นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข 6 คน นักกายภาพบำบัด 5 คน นักเทคนิคการแพทย์ 4 คน และบุคลากรอื่น ๆ ตามตาราง 3.4

ตาราง 3.4 จำนวนกำลังคนของระบบสุขภาพอำเภอ นครไทยในปี 2560

ตำแหน่ง	จำนวน	สัดส่วนต่อ ปชก.	รพ.ร.นครไทย	สสอ./รพ.สต.
นายแพทย์	15	5 : 1,659	15	0
ทันตแพทย์	5	16 : 1,977	5	0
เภสัชกร	10	8 : 1,489	10	0
พยาบาลวิชาชีพ	103	824 : 1	82	21
นวก. สาธารณสุข	36	2 : 1,358	5	31
จพ.สาธารณสุข	27	3 : 1,144	1	26
จพ.ทันตสาธารณสุข	10	8 : 1,489	4	6
นักเทคนิคการแพทย์	4	21 : 1,221	4	0
นักรังสีการแพทย์	1	84 : 1,885	1	0
นักกายภาพบำบัด	5	16 : 1,977	5	0
นักจิตวิทยา	1	84 : 1,885	1	0
นักกิจกรรมบำบัด	1	84 : 1,885	1	0
นักโภชนาการ	1	84 : 1,885	1	0
แพทย์แผนไทย	2	42 : 1,443	2	0
บุคลากรอื่นๆ	159	-	158	1
<b>รวม</b>	<b>380</b>		<b>295</b>	<b>85</b>

### 1.3 ความท้าทาย

สภาพปัญหาสุขภาพที่ประชาชนอำเภอนครไทยเผชิญอยู่ ได้แก่ ปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน มะเร็ง ตลอดจนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนสูงถึง 19% และต้องการการดูแลระยะยาว นอกจากนี้ยังมีปัญหาความท้าทายในการจัดระบบการดูแลในกลุ่มผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสประมาณ 1% อีกทั้งยังต้องเผชิญกับปัญหาโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหา ได้แก่ วัณโรค ใช้เลือดออก เป็นต้น

ปัญหาด้านกำลังคนของอำเภอนครไทย เป็นประเด็นเรื่องการขาดแคลนกำลังคน เนื่องจากความต้องการบริการเพิ่มขึ้น ตลอดจนมีแผนในการขยายบริการเพิ่มขึ้นแต่จำนวนกำลังคนที่ไม่เพียงพอ และยังเผชิญปัญหาการกระจายกำลังคนไปสู่สถานบริการที่ทุรกันดารและห่างไกล ด้วยเหตุที่สภาพภูมิศาสตร์ของพื้นที่เป็นภูเขาและมีชุมชนอยู่กระจัดกระจาย และในอำเภอocrไทยยังมี รพ.สต. กระจายถึง 21 แห่ง ใน 11 ตำบล ทำให้ต้องมีบริการกระจายกำลังคนไปอยู่ทุก รพ.สต. บางแห่งจึงมีเจ้าหน้าที่เพียงแค่ 2 คนเท่านั้น

นอกจากนี้ยังพบปัญหาการจัดกรอบอัตรากำลังคนที่กำหนดจากส่วนกลางอาจจะยังไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เพราะเป็นการนำข้อมูลจากอดีตมาวิเคราะห์หาอัตรากำลัง และสำหรับกำลังคนในระดับปฐมภูมิใช้การกำหนดสัดส่วนกำลังคนต่อประชากร ซึ่งไม่สามารถตอบโจทย์พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่มีการกระจายตัวตามเขตเทือกเขาและการมีชนเผ่ากระจายกันอยู่ได้ นอกจากนี้การวิเคราะห์อัตรากำลังคนโดยดูจากข้อมูลอดีตไม่สอดคล้องกับการวางแผนพัฒนาระบบบริการในอนาคต

## 2. การบริหารจัดการกำลังคน

2.1. ระบบบริหารกำลังคน ครอบคลุมด้านการวางแผนกำลังคน ระบบการคัดเลือก การพัฒนา กำลังคน การสร้างแรงจูงใจ และการจัดระบบสนับสนุนการทำงาน

อำเภอocrไทยใช้กลไกกรรมการบริหารระดับอำเภอของสาธารณสุขอำเภอในการตัดสินใจด้าน การบริหารจัดการกำลังคน ตลอดจนการกระจาย โยกย้ายกำลังคน เช่น ในการกระจายกำลังคนของ รพ.สต. คณะกรรมการบริหารจะมากำหนดค่าเฉลี่ยของกำลังคนต่อประชากร และพยายามเกลี้ยให้สัดส่วน กำลังคนต่อประชากรใกล้เคียงกันมากที่สุด

ในด้านการพัฒนาศักยภาพทีมงาน มีการพัฒนาทีมงานจากการทำงานร่วมกันโดยให้โอกาสทีม นักวิชาการ หัวหน้าฝ่าย ผอ.รพ.สต. หรือทีมผู้นำรุ่นสอง ได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพบริหารจัดการโครงการ ต่างๆ ในการดำเนินงานแก้ปัญหาในตำแหน่งผู้จัดการโครงการ (project manager) โดยผู้บริหารคอยให้ การสนับสนุน การพัฒนากำลังคนเช่นนี้จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการทำงานนอกเหนือจากองค์ความรู้เชิง วิชาการ ได้แก่ การบริหารจัดการ การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ การสื่อสาร เป็นต้น

นอกจากนี้มีการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรสามารถอยู่ในชนบทได้ทั้งในรูปแบบตัวเงิน และ นอกเหนือจากตัวเงิน เช่น การจ่ายค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลา การจ่ายเงินค่าตอบแทนตามประกาศ

ของกระทรวงฯ ซึ่งนับว่าเป็นแรงจูงใจในด้านตัวเงินไม่ก็ประการที่ในพื้นที่ทำได้ แต่การสร้างแรงจูงใจ นอกเหนือจากตัวเงินได้มีการดำเนินการมากพอสมควร ได้แก่ การสนับสนุนให้บุคลากรมีความสัมพันธ์ที่ดี กับชุมชน และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา การให้การสนับสนุนที่ เหมาะสมก็มีส่วนที่จะทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะทำงาน เช่น หากตำบลไหนความสัมพันธ์ระหว่าง อบต. และ รพ.สต. ไม่ค่อยราบรื่น สสอ. และ CUP ก็จะไปหนุนเสริม และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงาน ร่วมกัน โดยเอาตัวอย่างที่ดีมาแลกเปลี่ยน

## 2.2 ภาวะผู้นำ: ภาวะผู้นำและการสร้างผู้นำรุ่นใหม่

ผู้นำทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอมีความเข้าใจระบบสุขภาพอำเภอใน ภาพรวม และมีกระบวนการบริหารจัดการเงินงบประมาณอย่างโปร่งใส และรับรู้กันอย่างเท่าเทียมทั้งสอง ฝ่ายถึงที่มาและที่ไปในเรื่องงบประมาณ ซึ่งจะสังเกตเห็นว่าระบบการบริหารงานร่วมในภาพของอำเภอ ได้รับการพัฒนาอย่างยาวนานประมาณตามการพัฒนาของระบบบริการปฐมภูมิของประเทศและ สัมพันธภาพอันดียังคงดำรงมาเรื่อยๆ แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งจาก ผอ.รพ.ร. และ สสอ.

ประเด็นสำคัญคือมีการพัฒนาผู้นำใหม่ซึ่งช่วยสร้างความยั่งยืนให้ระบบ โดยที่ทั้ง รพ.ร. และ สสอ. ต่างก็มีหัวหน้าฝ่ายหรือ นักวิชาการจาก สสอ. และ รพ.สต. มาทำงานเชื่อมประสานนี้ นอกจากนั้น ผอ. รพ.ร. คนใหม่ก็จะได้รับการเตรียมการในการทำงานในภาพรวม ดังนั้นทีมผู้นำใหม่จะได้รับการพัฒนาจากการ ทำงานร่วมกันไปด้วย และทีมผู้นำกลุ่มนี้จะเป็นผู้เชื่อมต่อเนื่องของงานเมื่อมีการโยกย้ายของผู้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หรือ สสอ. จึงทำให้การทำงานในระบบสุขภาพอำเภอมีความต่อเนื่อง

## 2.3. ภาคีสัมพันธ์ (partnership) มีการทำงานร่วมกับภาคีที่หลากหลายในการจัดการด้าน

กำลังคน ได้แก่ นายอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อบต. และภาค ประชาสังคม

ด้วยเหตุที่ รพ.สต. มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมท่ามกลางข้อจำกัดด้านกำลังคน และ งบประมาณ จึงเป็นการส่งเสริมให้ รพ.สต. ต้องทำงานกับหน่วยงานอื่นมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ ทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพและภาคประชาชน นอกจากนั้น สสอ. ได้ให้การสนับสนุนในด้านการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่าง อบต. และ รพ.สต. เพราะถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ การเกิดขึ้นของกองทุนตำบลมีความสำคัญสำหรับอำเภอนครไทย โดยที่ รพ. สต. ได้สนับสนุนให้ประชาชนจัดทำโครงการเพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชนด้วยตนเอง ในเรื่องนี้ CUP หนุน เสริมโดยการเข้าสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง อบต. รพ.สต. และมีเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนการดำเนินงาน ของกองทุนสุขภาพชุมชน เพื่อเผยแพร่เรื่องราวดีๆ ในการดำเนินงานกองทุนของ อบต.

นอกจากนั้น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ก็เป็นอีกกลไกหนึ่งที่ทำให้ภาคีต่าง ๆ ได้แก่ ภาคสาธารณสุข ภาคการศึกษา เกษตร พัฒนาสังคม มหาไพบ และภาคประชาชน ภายใต้การนำของนายอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี กรณีเช่น มีเหตุการณ์ไข้เลือดออกเกิดขึ้นนายอำเภอสั่งการให้ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านป้องกันไข้เลือดออก โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง โดยฝ่ายสาธารณสุขสนับสนุนเรื่ององค์ความรู้เชิงวิชาการ ซึ่งกรณีนี้ทำให้เห็นชัดเจนว่างานสุขภาพสามารถเข้าไปอยู่ในมือประชาชนได้โดยไม่ต้องใช้คนและทรัพยากรของสาธารณสุขมากนัก กรณีการแก้ปัญหาผู้สูงอายุติดเตียงก็เช่นเดียวกัน มีการใช้ภาคีต่างๆ เข้ามาช่วย เพราะความต้องการของผู้สูงอายุติดเตียงมีตั้งแต่ความต้องการด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเมื่อนายอำเภอทราบเรื่องจะสั่งการให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามาช่วยเหลือ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลดูแลเรื่องการซ่อมแซมสิ่งแวดล้อมบ้านและความต้องการด้านสังคมให้เหมาะสม ส่วนสาธารณสุขดูแลความต้องการด้านสุขภาพ

#### 2.4. การผลิตกำลังคนเพื่อระบบบริการปฐมภูมิ

ไม่พบว่ามีความร่วมมือกับสถาบันการผลิต ในการผลิตและพัฒนากำลังคน

2.5. นโยบาย- แม้นโยบายกำลังคนยังไม่เอื้อต่อการทำงานในพื้นที่แต่ก็มีความพยายามบริหารจัดการกำลังคนในพื้นที่

นโยบายที่มีผลกระทบต่อกำลังคนในระดับปฐมภูมิมีเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพที่ส่งผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีบุคลากรมาให้บริการเพิ่มขึ้น ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติ แพทย์ และล่าสุดนโยบาย PCC ซึ่งกำหนดให้หน่วยงานปฐมภูมิต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ และสหวิชาชีพมาปฏิบัติงาน ถึงแม้พื้นที่จะสามารถดำเนินงานในด้านมาตรการการรับเข้าในระดับหนึ่ง แต่มาตรการการป้องกันการโยกย้ายมีจำกัด เช่น การจะย้ายคนไปในที่ชายขอบค่อนข้างยาก อีกทั้งการเพิ่มคนเข้าระบบจะต้องดูด้านข้อจำกัดด้านงบประมาณด้วย

อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพอำเภอนครไทย สามารถบริหารจัดการกำลังคนในระดับเล็ก ในพื้นที่ได้ เช่น การจ่ายค่าตอบแทนล่วงเวลาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการร่วมมือกันระหว่าง CUP ในการเสริมกำลังคนเข้าไปให้บริการที่ รพ.สต. ในกรณีที่ไม่เพียงพอ การใช้รูปแบบคณะกรรมการในการเกลี้ยกำลังคน เพื่อให้สามารถกระจายคนไปในระดับพื้นที่ห่างไกลได้ เช่น หากใช้การกระจายกำลังคนตามเกณฑ์ของกระทรวงต้องมีคนปฏิบัติงาน 3 คน แต่เนื่องจากมีกำลังคนน้อย คณะกรรมการจึงกระจาย 2 คน เป็นต้น นอกจากนี้ยังใช้มาตรการแบ่ง รพ.สต. เป็นโซน เพื่อช่วยเหลือกัน แก้ปัญหาคนขาดแคลนด้วย

2.6. การเงิน: แม้มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณแต่ความช่วยเหลือระหว่าง CUP ทำให้แก้ปัญหาได้ ข้อจำกัดเรื่องเงินงบประมาณทำให้ไม่สามารถเพิ่มคนเข้าไปในระบบได้มากนัก แต่มีกลไกความร่วมมือที่ดีระหว่าง CUP ทำให้สามารถช่วยแก้ปัญหากำลังคนได้ระดับหนึ่ง เช่นการเร่งสร้างผลงานเพื่อให้สามารถมีเงินเพิ่ม และนำเงินมาใช้ในการจ่ายค่าล่วงเวลาและค่าตอบแทนต่าง ๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากร และหากขาดแคลนกำลังคน ก็จะได้รับ การสนับสนุนจาก รพร เพราะมองว่าเป็นระบบสุขภาพเป็นหนึ่งเดียวกัน

### 3. ผลกระทบด้านสุขภาพ

จากการทำงานเชื่อมประสานกันเป็นเนื้อเดียวของระบบสุขภาพระดับอำเภอ ทำให้ แม้จะมีจำนวน ผู้รับบริการเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดย ผู้รับบริการของ รพ สต มากเป็นประมาณ 1.5 เท่าของจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล อำเภอนครไทย สามารถบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพในหลายๆ ประเด็น ได้แก่ ด้านอนามัยแม่และเด็ก ความครอบคลุมของ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การดูแลผู้ป่วยหืด เบาหวาน และความดัน เป็นต้น ตลอดจนความพึงพอใจของผู้รับบริการค่อนข้างสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.5

ตาราง 3.5 ตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพอำเภอนครไทย ในระหว่างปี 2557-2560

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2557	2558	2559	2560
ผู้รับบริการ					
-ผู้ป่วยนอก		140,392	143,594	159,402	169,746
-ผู้ป่วยใน		20,554	16,791	25,315	25,148
ผู้รับบริการ รพสต					
- ผู้ป่วยนอก		196,611	203,150	210,825	247,007
ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	>60%	76.9	79.7	68%	75%
ร้อยละหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตาม เกณฑ์	>60%	68.1	44	50	53
ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	>80%		28.9	53.6	66.8
สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการ ใช้ บริการที่โรงพยาบาล	>1.5	1.4	1.4	1.3	1.5
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืด สิทธิ UC	<6.63%			3.47	

อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน สิทธิ UC(%)	<3.64%			1.14	
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC	<1.0			0.77	
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (%)		91.56	88.87	89.4	
ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร (%)		76.23	76.45	70.57	

### 3.3 ระบบสุขภาพและระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ อำเภอเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี

#### 1. บริบทและสภาพแวดล้อม

##### 1.1 สภาพแวดล้อม

เชิงใน เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี ติดกับอำเภอเมืองอุบลราชธานี อยู่ทางด้านทิศตะวันตก ห่างจากศาลากลางจังหวัดอุบลราชธานีประมาณ 43 กิโลเมตร เป็นอำเภอที่ตั้งอยู่ในช่วงสามเหลี่ยมของปลายแม่น้ำเซบายและแม่น้ำชีไหลมาบรรจบกับแม่น้ำมูล ก่อนจะถึงเขตอำเภอเมืองอุบล อำเภอเชิงในจึงมีรูปร่างเป็นสี่เหลี่ยมคางหมูด้านทิศตะวันออก และทิศเหนือขนานด้วยแม่น้ำลำเซบาย ส่วนด้านทิศใต้ขนานด้วยแม่น้ำชี ด้านทิศตะวันตกจดอำเภอกำแพงแก้วและอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร มีพื้นที่ 782.81 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 489,250 ไร่ มีถนนแจ้งสนิทจากตัวเมืองอุบลราชธานี (ทางหลวงหมายเลข 23) ผ่านกลางพื้นที่จากตะวันออก - ตะวันตก ตามแนวที่ราบสูงกลางพื้นที่อำเภอซึ่งมีพื้นที่ลาดเอียงลงสู่ที่ราบลุ่มน้ำชีทางทิศใต้และที่ราบลุ่มลำน้ำเซบาย ทางด้าน ทิศเหนือ ทำให้อำเภอเชิงในเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมแก่การตั้งถิ่นฐาน

อำเภอเชิงในประกอบด้วย 18 ตำบล 181 หมู่บ้าน มีเทศบาล 1 แห่ง และ อบต. 18 แห่ง มีประชากรรวม 103,512 คน 24,567 หลังคาเรือนเป็นประชากรชาย 51,494 คน หญิง 52,018 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือค้าขายและรับจ้าง

##### 1.2 ทุนที่มี

**สถานบริการ** มีโรงพยาบาลเชิงใน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ระดับ F2 ห่างจากตัวจังหวัด 40 กิโลเมตร ทำหน้าที่เป็น CUP และสถานบริการระดับ primary secondary มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 30 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 1 แห่ง ทำหน้าที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่บริหารจัดการและสนับสนุนการปฏิบัติงาน

### กำลังคน

โรงพยาบาลเชียงใหม่ประกอบด้วยข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างนักเรียนทุน ปฏิบัติงานตามตำแหน่ง และจุดบริการที่ได้รับมอบหมายจำนวนทั้งสิ้น 271 คน จำแนกเป็นข้าราชการ 132 คน ลูกจ้างประจำ 13 คน พนักงานราชการ 3 คน ลูกจ้างชั่วคราว 40 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) 81 คน กำลังคนที่ รพ.เชียงใหม่ ซึ่งทำหน้าที่เป็น CUP ของอำเภอเชียงใหม่ยังอยู่ในระดับขาดแคลน จึงไม่สามารถช่วยเหลือปัญหาการขาดแคลนกำลังคนของสถานบริการระดับปฐมภูมิได้มากนัก ไม่สามารถจัดสรรคนลงไปประจำเพิ่มได้

ตาราง 3.6 แสดงจำนวนบุคลากรโรงพยาบาลเชียงใหม่ จำแนกตามวิชาชีพ

สาขาอาชีพ/กลุ่ม	จำนวน(คน)
แพทย์	11
ทันตแพทย์	6
เภสัชกร	9
พยาบาลวิชาชีพรวม	82
- ข้าราชการ/ พกส.	70/2
- ลูกจ้างชั่วคราว	10
ลูกจ้างประจำ	13
ลูกจ้างชั่วคราว/พกส.	40/82
ข้าราชการอื่นๆ	5
<b>รวม</b>	<b>271</b>

### 1.3 ความท้าทาย

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของอำเภอเชียงใหม่สังเคราะห์จากผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการสุขภาพที่ รพ. เชียงใหม่ ช่วง 6 เดือนแรกของปี 2560 พบว่า 5 อันดับโรคที่มีผู้มารับบริการสุขภาพมากที่สุดได้แก่ hypertension, DM, Dyspepsia, Bronchitis และ Muscle Strain เมื่อเปรียบเทียบภัยคุกคามสุขภาพของชาวอำเภอเชียงใหม่ย้อนหลัง 3 ปี คือปี 2558, 2559 และ ช่วง 6 เดือนแรกของปี 2560 ได้ผลดังตาราง 3.7

ตาราง 3.7 ภัยคุกคามสุขภาพของอำเภอเชิงइन เปรียบเทียบ 3 ปี

ลำดับ	2558		2559		6) 2560(เดือนแรก)	
	โรค	จำนวน (คน)	โรค	จำนวน (คน)	โรค	จำนวน (คน)
1	HT	19,681	HT	31,644	HT	12,167
2	Acute pharyngitis, unspecified	4,363	DM	6,636	DM	2,571
3	Dyspepsia	4,069	Hyperlipidemia	14,803	Dyspepsia	2,259
4	Muscle strain	3,248	Dyspepsia	5,852	Bronchitis	1,707
5	Chronic kidney disease, stage	3,170	Pharyngitis	4, 154	Muscle strain	11,610

ด้านกำลังคนมีปัญหาขาดแคลนเช่นเดียวกับหลายที่โดยเฉพาะในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอ อันเป็นผลกระทบจากการไม่ได้บรรจุ นอกจากนี้ รพ.สต. หลายแห่งยังขาดนักวิชาการที่จะดูแลงานตามยุทธศาสตร์ KPI ส่วนใหญ่มีการลาออกไปสมัครภาคส่วนอื่น เช่น อบต. เทศบาล หรือย้ายสายงานไปสอบข้าราชการครู และทหาร ที่ถูกมองว่ามีความมั่นคงและความก้าวหน้ามากกว่าการเป็นลูกจ้างในระบบกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดภาระงานไหลตกกับคนที่ยังอยู่ในระบบ หลายคนต้องทำงาน 2 หน้า นอกจากนี้ยังพบว่านโยบายการจัดการกำลังคนจากส่วนกลางไม่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของท้องถิ่น โดยเฉพาะ FTE ซึ่งคำนวณจากจจำนวนประชากร เนื่องจากหลายตำบลในอำเภอเชิงइन มีจำนวน รพ.สต. มากกว่า 1 แห่ง การใช้ FTE มาคำนวณกำลังคนจึงไม่สอดคล้อง เพราะ รพ.สต.บางแห่งมีจำนวนประชากรไม่ถึงเกณฑ์ของ FTE

## 2. การบริหารจัดการกำลังคน

**2.1. ระบบบริหารกำลังคน** เน้นการบริการจัดการกำลังคนที่มีเพื่อให้ทำงานได้เต็มประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของประชาชนให้มากที่สุด

แก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้วยการจัดทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการจาก CUP ลงพื้นที่โดยร่วมมือกับ รพ.สต. เพื่อให้บริการประชาชน นัดการลงพื้นที่กับประชาชน เน้นความสำคัญในโรคเรื้อรังที่คุกคามประชาชน เช่น เบาหวาน และความดัน และผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวเป็นหลัก พยายามกระจายทีมสหวิชาชีพให้สามารถลงพื้นที่ รพ.สต. ให้ได้มากที่สุด บางครั้งอาจใช้วิธีการรวมหลาย รพ.สต. แล้วนัดกันที่ใดที่หนึ่งในกรณีที่ รพ.สต. อยู่ไม่ไกลกัน นอกจากจะทำให้กำลังคนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ บริการประชาชนได้ทั่วถึงแล้ว ยังลดความอึดใน รพช.



เชียงใหม่ สสอ. ที่เข้าใจปัญหาของตนเอง คือการขาดแคลนกำลังคนและการไม่สามารถขอความช่วยเหลือหรือขอคนเพิ่มจาก CUP ซึ่งมีปัญหาเช่นเดียวกัน จึงจัดระบบให้บริการสุขภาพกับประชาชนระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกำลังคน เช่น การขาดแคลนทันตภิบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้กำหนดนโยบายให้จัด zoning ให้ รพ.สต.ที่มีและไม่มีทันตภิบาลอยู่ในโซนเดียวกัน และให้ทันตภิบาลที่มีรับผิดชอบ รพ.สต.ทุกแห่งในโซน

**2.2 ระบบภาคีสัมพันธ์** เป็นจุดเด่นของเชียงใหม่ ที่สามารถแตกกระจายความร่วมมือระดับอำเภอ หรือ DHS ลงไปสู่ความร่วมมือระดับตำบลได้ หลายตำบลมีการตั้งคณะกรรมการประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วยตัวแทนจากชุมชนทั้ง 4 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายปกครองทั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจในพื้นที่ และพระสงฆ์ โดยเฉพาะที่ตำบลเชียงใหม่ในทางด้านส่งเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิได้รับความสนับสนุนจากวัดมาก พระผู้ใหญ่ระดับเจ้าคณะตำบลเข้าร่วมเป็นกรรมการด้วย ฝ่ายสาธารณสุขได้แก่เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และสุดท้ายฝ่ายประชาชน เข้ามาร่วมงานกันในลักษณะจิตอาสา ความเข้มแข็งของภาคีสัมพันธ์ทำให้งานด้าน PP ของเชียงใหม่เข้มแข็งตามไปด้วย

งาน PP ทำโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านหัวดอน ได้ผู้สูงอายุมาช่วยดูแล

**2.3 ภาวะผู้นำ** ความเข้มแข็งของการการกำลังคนของเชียงใหม่เป็นผลมาจากการมีผู้นำที่เข้มแข็งและใจกว้างตั้งแต่ระดับเขตไล่มาถึงจังหวัด และอำเภอ Chief of Human Resources for Health Officer (CHRO) ของเขตนี้มีความเข้าใจสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและกำลังคนของระบบสาธารณสุขอย่างมาก แก้ไขปัญหา FTE ของแต่ละจังหวัดในเขตด้วยการเกลี้ยคนในเขต ลักษณะคล้ายเอากำลังคนทั้งหมดของเขตที่ได้รับการจัดสรรจาก FTE มารวมกันแล้วเกลี้ยให้แต่ละจังหวัดอีกทีหนึ่ง เพื่อไม่ให้จังหวัดใดจังหวัดหนึ่งต้องมีการขาดแคลนกำลังคนที่มากเกินไป แล้วจังหวัดก็มาเกลี้ยต่อให้อำเภอ

ในขณะเดียวกันผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอเป็นผู้มีประสบการณ์การทำงานชุมชนมาอย่างยาวนานและมีความเข้าใจระบบสุขภาพชุมชน และมองระบบสุขภาพของทั้งอำเภอเป็นหนึ่งเดียว และสาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่ มีความเข้าใจปัญหา และมีภาวะผู้นำ สามารถแก้ไขปัญหาภายใต้บริบทที่เต็มไปด้วยข้อจำกัดได้ เช่น การให้จัดระบบการช่วยเหลือกันระหว่างกลุ่ม รพ.สต. หรือ Zoning ของ รพ.สต. เพื่อให้มีกำลังคนให้บริการสุขภาพกับประชาชนได้ทั่วถึง

**2.4 การผลิตบุคลากร** ไม่มีการผลิตบุคลากรเพื่อใช้เองในอำเภอ

**2.5 นโยบาย** ได้รับผลกระทบจากนโยบายการบริหารจัดการกำลังคนจากส่วนกลางมาก ทั้ง FTE ที่ไม่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของพื้นที่ที่มีจำนวน รพ.สต. มากกว่าจำนวนตำบล ผลของ FTE กระทบต่อ

กำลังคนใน CUP ด้วย เพราะความต้องการมีมากกว่ากรอบของ FTE ในขณะที่ได้รับประโยชน์จากการบริหารบุคคลระดับเขต ที่ CHRO สามารถกระจายกำลังคนในเขตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การที่ ผอ. CUP ต้องทำหน้าที่ COO ด้วย ทำให้ต้องแบ่งเวลาในการตรวจคนไข้ และการบริหารโรงพยาบาลไปทำงานในตำแหน่ง COO ด้วย

### 3.ผลกระทบ

ข้อมูลผลการปฏิบัติงานของอำเภอเชิงในในระหว่าง 2558-2560 พบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของโรงพยาบาล และ รพ.สต. โดย จำนวนผู้มาใช้บริการที่ รพ.สต. สูงกว่าจำนวนผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาลค่อนข้างมาก ประมาณ 25.-2.7 เท่า ตัวชี้วัดที่สำคัญ ๆ ก็สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ เช่น ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืด อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมายได้แก่ ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี อย่างไรก็ตาม ผลงานโดยรวมของอำเภอเห็นว่าในปี 2559 เมื่อเทียบกับอำเภออื่น ๆ ก็อยู่ในระดับ หนึ่งใน 3 ของเขตบริการนั้น ๆ

ตาราง 3.8 ตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพอำเภอเชิงใน ในระหว่างปี 2557-2560

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2557	2558	2559	2560
ผู้รับบริการ					
-ผู้ป่วยนอก		79,518	169,812	190,347	182,372
-ผู้ป่วยใน		9,523	16,917	19,446	20,292
ผู้รับบริการ รพ.สต.					
- ผู้ป่วยนอก		422,273	458,923	481,602	489,464
ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	>60%	75.2	80.5	76.4	82.8
ร้อยละหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	>60%			52.4	68.3
ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	>80%	10.3	29.2	49.7	58.6
สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล	>1.5	5.31	2.70	2.53	2.68

อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืด สิทธิ UC	<6.63%			1.17	
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน สิทธิ UC(ต่อแสนประชากร)	<3.64%			2.03	
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC	<1.0			1	

### 3.4 ระบบสุขภาพและระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม

#### 1. บริบทและสภาพแวดล้อม

##### 1.1 สภาพแวดล้อม

อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม อยู่ห่างจากจังหวัดนครพนม 96 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดสกลนคร 46 กิโลเมตร และห่างจากกรุงเทพมหานคร 690 กิโลเมตร มีรถโดยสารประจำทางปรับอากาศวิ่งระหว่างกรุงเทพมหานคร 2 สาย โกลด์สนามบินสกลนคร 40 กิโลเมตร มีทางหลวงแผ่นดิน 3 เส้นทางหลัก ได้แก่ ถนนสายนาหว้า - สกลนคร ซึ่งมีรถโดยสารประจำทางทุก 30 นาที ส่วนเส้นทางในตำบล หมู่บ้านเป็นถนนลาดยางหรือคอนกรีตเกือบทุกหมู่บ้าน แต่การคมนาคมในพื้นที่ไม่สะดวกนักเพราะรถโดยสารประจำหมู่บ้านมีน้อย การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลนาหว้าส่วนมากต้องจ้างเหมาเป็นกลุ่ม ทุกหมู่บ้านมีไฟฟ้าและน้ำประปา ประชาชนนิยมใช้โทรศัพท์มือถือและอินเทอร์เน็ต มีสัญญาณครอบคลุมทั้งอำเภอแต่บางพื้นที่อาจมีความเร็วต่ำ

ด้านการปกครองประกอบไปด้วย 6 ตำบล 68 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 51,499 คน มีองค์การบริหารส่วนตำบล 5 แห่ง และเทศบาลตำบล 2 แห่ง กองทุนสุขภาพท้องถิ่น 7 กองทุน ประชาชนประกอบด้วย 5 ชนเผ่า ส่วนใหญ่เป็น เผ่าญ้อ และ มีเผ่าผู้ไท แสก กะเลิง ไทยอีสาน ปะปนในหลายๆหมู่บ้าน

##### 1.2 ทุนที่มี

**สถานบริการ** อำเภอนาหว้ามีสถานบริการระดับทุติยภูมิ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลนาหว้า เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และมีศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9 แห่ง มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่บริหารจัดการและสนับสนุนการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**กำลังคน** อำเภอนาหว้ามีบุคลากรด้านสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่ในทุกระดับรวมจำนวน 116 คน อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน 62 คน และ รพ.สต. 47 คน รายละเอียดดังตาราง 1 เมื่อจำแนกรายวิชาชีพพบว่า มีแพทย์ทั้งหมด 6 คน (ปี 2560 เป็นปีแรกที่นาหว้ามีแพทย์ 6 คน ที่ผ่านมาน้อยกว่านี้) สัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรอยู่ที่ 1:8,574 แต่เมื่อนับแพทย์ประจำที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพเต็มเวลาจะมีเพียง 4 คน ไม่นับผู้อำนวยการโรงพยาบาลซึ่งต้องแบ่งเวลาทำงานบริหาร และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็น in-service training อีก 1 คน ทั้งนี้ รพ.นาหว้าทำหน้าที่เป็นสถานที่รับเทรนแพทย์เรียนเวชศาสตร์ครอบครัวด้วย ทำให้ทุกปีจะมี in-service training 1 คนมาประจำที่โรงพยาบาล แต่แม้จะรับเวรได้ก็ไม่สามารถทำเต็มที่ได้อีกเหมือนแพทย์ประจำ เพราะเวลาส่วนหนึ่งต้องหมดไปกับเรียนและการฝึก และเมื่อเรียนจบก็จะกลับไปปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลต้นสังกัด

รพ.สต. ทุกแห่งมีบุคลากรในสัดส่วน 1:1,250 แต่เมื่อแยกวิชาชีพที่ควรต้องมีแล้วยังมีไม่ครบ และมีอาสาสมัครสาธารณสุข 940 คน

**ตาราง 3.9** จำนวนกำลังคนของระบบสุขภาพในอำเภอนาหว้า ในปี 2560

ประเภทบุคลากร	จำนวน (คน)			รวม (คน)	สัดส่วนต่อประชากร
	รพ. นาหว้า	รพ.สต.	สสอ.		
แพทย์	6	-	-	6	1:8,574
ทันตแพทย์	3	-	-	3	1:17,149
เภสัชกร	5	-	-	5	1:10,290
พยาบาลวิชาชีพ	38	13	-	51	1:1,009
นักวิชาการสาธารณสุข	3	18	4	25	1:2,450
นักเทคนิคการแพทย์	1	-	-	1	
นักรังสีการแพทย์	1	-	-	1	
นักกายภาพบำบัด	1	-	-	1	
แพทย์แผนไทย	2	-	-	2	
นวก.ทันตสาธารณสุข	-	1	-	1	
จพ.ทันตสาธารณสุข	2	3	-	5	
จพ.สาธารณสุข	-	4	3	7	
ผช.แพทย์แผนไทย	-	8	-	8	
รวม	62	47	7	116	

### 1.3 ความท้าทาย

อำเภอหนองบัว จังหวัดนครพนม ประสบกับความท้าทายในการให้บริการสุขภาพ ดังนี้

**ปัญหาด้านสุขภาพ** ข้อมูลจาก รพ. หนองบัว ซึ่งสำรวจในปี 2559 พบว่า ปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรกของพื้นที่คือ 1) เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง 2) อนามัยแม่และเด็ก 3) โรคหลอดเลือดหัวใจ 4) โรคหลอดเลือดสมอง 5) อุบัติเหตุจากการจราจร นอกจากนี้พบว่าประชาชนในเขตอำเภอหนองบัวมีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว ทั้งในลักษณะของผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวนมาก

ปัญหาด้านกำลังคน ปัญหาหลักคือการขาดแคลนกำลังคน โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากการที่ ผอ.รพ.หนองบัว ซึ่งเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ต้องทำงานในฐานะผู้ช่วยนายแพทย์ สสจ. ด้านบริการการแพทย์ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ( long term care) และการดูแลผู้สูงอายุด้วย ทำให้อำเภอหนองบัวให้ความสำคัญกับงานด้านสุขภาพทั้ง 2 ประการ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของคนในพื้นที่ แต่บุคลากรสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะยาว และผู้สูงอายุคือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและนักกายภาพบำบัดกลับมีเพียงตำแหน่งละ 1 คนทั้งอำเภอ ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง และต้องรับภาระงานที่หนักเกินไป นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดกรอบอัตรากำลังคนที่กำหนดจากส่วนกลาง โดยเฉพาะตามแนวทางของ FTE ยังไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทำให้ภาระงานของบุคลากรหนักกว่าที่ควรเป็น ปัญหาหลักของกำลังคนที่เนื่องด้วยการกำหนดกรอบอัตรากำลังจากส่วนกลาง ได้แก่ กำลังคนพยาบาลวิชาชีพที่พบว่าเมื่อคำนวณตามเกณฑ์ของ FTE รพ.หนองบัวมีกำลังคนเต็มกรอบแล้ว แต่ในความเป็นจริงจำนวนพยาบาล 13 คน ที่กำหนดจากกรอบ FTE ไม่เพียงพอกับเนื้องานจริง ทำให้ต้องมีการโยกย้ายด้วยการให้ตำแหน่งไปลงที่ รพ.สต. แต่ตัวมาปฏิบัติงานที่ รพ.หนองบัว

ด้านภาระทางการเงิน CUP ของหนองบัวประสบปัญหาทางการเงิน ปัจจุบัน (ปี 2560) อยู่ในสถานะวิกฤติระดับ 1 เพียงหลุดจากวิกฤติระดับ 7 ในปี 2558 และต้องจ่ายค่าจ้างบุคลากรมากถึงประมาณ 70-80% ในแต่ละเดือน

## 2.การบริหารจัดการกำลังคน

**2.1 ระบบบริหารกำลังคน** ครอบคลุมด้านการวางแผนบริหารจัดการกำลังคนและการจัดระบบสนับสนุนงาน

พัฒนาศักยภาพ จากการที่หนองบัวให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการความรู้ลักษณะองค์รวม แต่ทั้งอำเภอมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพียงคนเดียว จึงมีการจัดระบบการพัฒนาศักยภาพกำลังคนในวิชาชีพอื่นให้สามารถบริการสุขภาพแบบองค์รวม และเข้าใจทักษะเกี่ยวกับชุมชนและการเข้าถึงชุมชน สามารถทำงานสร้างเสริม ป้องกัน เป็นผู้นำและสร้าง self-care

ให้กับชุมชนได้ มีการส่งพยาบาลไปเรียน palliative care และกำลังวางแผนส่งเภสัชกรไปเทรนเพิ่มด้านนี้ เช่นเดียวกัน ขณะเดียวกันก็พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดบปฐมภูมิด้วยการร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. เช่น การจัดทีมจาก รพช. ลงไปตรวจเยี่ยมเคสผู้ป่วยของ รพ.สต. มีการร่วมกันแสดงความคิดเห็น ปรีกษาหารือระหว่างทีมของ รพช. กับบุคลากร รพ.สต. เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบทุกมิติ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ การปรีกษาหารือร่วมระหว่าง CUP กับ รพ.สต. นอกจากนี้จะทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วยังทำให้บุคลากรของ รพ.สต. ได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะยาวตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัวด้วย

นอกจากนี้ยังมีพัฒนาศักยภาพกำลังคนในระดับปฐมภูมิ ด้วยการนำกำลังฝ่ายสนับสนุนมาเรียนรู้งานของระดับวิชาชีพ หรือการจัดอบรมให้มีการเรียนรู้งานข้ามวิชาชีพ เช่น ฝึกอบรม อสม. ให้เรียนรู้งานของแพทย์แผนไทยและงานพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้ทำหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ผู้ช่วยพยาบาล ทำงานคัดกรองได้ แล้วให้แพทย์แผนไทย และพยาบาลวิชาชีพ ได้เรียนรู้งานกายภาพบำบัด เป็นต้น

อำเภอนาหว้าแก้ปัญหากำลังคนของ CUP ขาดแคลนเนื่องจากกำลังคนเต็มกรอบอัตรากำลังของ FTE ด้วยการใส่ตำแหน่งใน รพ.สต. แต่ให้ตัวมาปฏิบัติงานที่ CUP แล้ว จัดระบบทีมสุขภาพของ CUP เชื่อมประสานกับ รพ.สต. เพื่อให้มีกำลังคนทำงานเพียงพอทั้งใน CUP และ รพ.สต. วิธีนี้ยังใช้แก้ปัญหาการขาดแคลนนักกายภาพบำบัด ซึ่งทั้งอำเภอมียกคนเดียว โดยให้จัดเวลาการทำงานด้วยการให้บริการใน CUP ช่วงเช้า และช่วงบ่ายลงพื้นที่ใน รพ.สต. มีการจัดคิววนให้ทุก รพ.สต. ได้มีนักกายภาพบำบัดไปปฏิบัติหน้าที่ทุกเดือน เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพในระดับชุมชน

**2.2 ระบบบริการสุขภาพ** จัดระบบบริการสุขภาพในลักษณะเครือข่าย โดยมี CUP นาหว้า เป็นแม่ข่ายเชื่อมประสานกับหน่วยบริการระดับชุมชนคือ รพ.สต. ระบบบริการปฐมภูมิ จัดระบบการบริการระดับปฐมภูมิโดยจัดให้มีทีมสุขภาพในโรงพยาบาลนาหว้าเป็นที่ปรึกษา เช่น ทีมหมอครอบครัว งานอนามัยแม่และเด็กและการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ และมีการเสริมสร้างศักยภาพ อสม.แกนนำชุมชน ในการคัดกรองโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การคัดกรองวัณโรค และภาวะซึมเศร้า อันจะช่วยแบ่งเบาภาระงานของบุคลากรระดับวิชาชีพ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ สนับสนุนงบประมาณ แก่ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ มีการขยายบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการรักษาใกล้บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่บ้าน

มีระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ให้คำปรึกษา การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่านทางระบบ Line และทางโทรศัพท์ในกรณีเกินศักยภาพ มีการเชื่อมโยงระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเข้ากับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

(EMS) เพื่อออกปฏิบัติดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ รวมถึงการส่งต่อผ่านสมุดบันทึกประจำของผู้ป่วย

การเยี่ยมบ้าน จัดทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ร่วมเยี่ยมบ้านในพื้นที่ รพ.สต. ทุกวันอังคาร และพฤหัสบดี หรือความจำเป็นเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ละราย ใช้ระบบไลน์ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องแต่ต้องคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย มีการใช้สัญลักษณ์ในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในแผนของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

**2.3 ภาวะผู้นำ** จุดแข็งของนาหว่า คือ การมีผู้นำที่ดี โดยมี ผอ. CUP นาหว่า เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวแบบเป็นองค์รวม ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสุขภาพของ CUP และ รพ.สต. ทำให้การดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการฝึกพัฒนาบุคลากรไปในตัวจากการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเยี่ยมบ้าน

นาหว่ายังมีกระบวนการสร้างคนจากการทำงานร่วมกันระหว่างทีมนักวิชาการและหัวหน้าฝ่ายจากโรงพยาบาลอำเภอ และทีมนักวิชาการจากทีม สสอ. และ รพช. โดยเริ่มจากผู้อำนวยการในอดีตเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา (นพ. ทักษพล ธรรมรังษี) และส่งผลให้มีความร่วมมือระหว่าง CUP อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เพราะทีมนักวิชาการบางส่วนยังเป็นทีมเดิม และมีการสร้างทีมใหม่ขึ้นมาเรื่อย ๆ

**2.4 ภาคีสัมพันธ์** นาหว่าเป็นอำเภอที่ความสัมพันธ์ระหว่าง CUP กับ สสอ. และ รพ.สต. ดีมาก นอกจากผู้อำนวยการ CUP จะจัดตัวเองให้อยู่ในทีมเยี่ยมบ้านของ CUP เพื่อเชื่อมประสานกับ รพ.สต. ได้โดยตรงแล้ว ยังมีการพูดคุยปรึกษากันในเรื่องต่างๆ ทั้งเรื่องของเงินบำรุง การดูแลผู้ป่วย ไปจนถึงมีการจัดกิจกรรมร่วมกัน เช่น การจัดปั่นจักรยาน ที่นอกจากจะเชื่อมความสัมพันธ์แล้วยังเป็นการทำกิจกรรม PP ที่ได้ประสิทธิภาพ มีการจัดทอดผ้าป่าเพื่อนำเงินมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ ทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ มากกว่าการเป็นเพียงผู้รับบริการ

**2.5 การผลิตกำลังคนเพื่อระบบบริการปฐมภูมิ** ไม่พบว่ามีการผลิตกำลังคนเพื่อระบบบริการปฐมภูมิโดยตรง มีเพียงการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพกำลังคนที่มีอยู่แล้วให้สามารถปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**2.6 นโยบาย** พบว่าการคำนวณกำลังคนด้านสุขภาพตามกรอบ FTE ของส่วนกลางไม่สอดคล้องกับความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพจริงของพื้นที่ นอกจากนั้นนโยบาย PCC ที่กำหนดเงื่อนไขสำคัญไว้ที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อาจไม่สอดคล้องกับพื้นที่ เพราะจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศที่ผลิตได้มีน้อย และการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ไม่จำเป็นต้องใช้กำลังคนระดับแพทย์ที่ใช้เวลาในการ

ผลิตนาน สิ่งที่สอดคล้องกับภูมิทัศน์ของพื้นที่น่าหว่าคือ การนำกำลังคนในวิชาชีพระดับรองลงมา ไปฝึกอบรมให้มีความรู้ในการดูแลคนไข้และครอบครัวแบบเป็นองค์รวม และสร้างทักษะในการเข้าถึงชุมชนได้ จะสอดคล้องกว่า

### 3. ผลกระทบ

ข้อมูลผลการปฏิบัติงานของอำเภอนาหว้าในระหว่าง 2558-2560 พบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของโรงพยาบาล และ รพ.สต. โดย จำนวนผู้มาใช้บริการที่ รพ.สต. สูงกว่าจำนวนผู้มาใช้บริการประมาณ 1.5 เท่า ตัวชี้วัดที่สำคัญ ๆ ก็สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ เช่น ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืด อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมายได้แก่ ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี อย่างไรก็ตาม ผลงานโดยรวมของอำเภอนาหว้าในปี 2559 เมื่อเทียบกับอำเภออื่น ๆ ก็อยู่ในระดับหนึ่งใน 3 ของเขตบริการนั้น ๆ นอกจากนั้นค่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการค่อนข้างสูง แม้ความพึงพอใจของผู้ให้บริการค่อนข้างต่ำ

ตาราง 3.10 ตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพอำเภอนาหว้า ในระหว่างปี 2557-2560

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2557	2558	2559	2560
ผู้รับบริการ					
-ผู้ป่วยนอก		93,260	108,605	100,607	110,300
-ผู้ป่วยใน		7,803	6,432	6,703	7,214
ผู้รับบริการ รพ.สต.					
- ผู้ป่วยนอก		149,095	160,063	148,994	172,000
ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	>60%	86.7	86.5	84.0	78.0
ร้อยละหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	>60%	77.6	76.2	70.1	64.9
ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	>80%	25.4	25.3	37.4	43.6
สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล	>1.5	1.60	1.47	1.48	1.56
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืด สิทธิ UC	<6.63%		3.16	1.01	



อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน สิทธิ UC(ต่อแสนประชากร)	<3.64%		1.67	2.33	
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิUC	<1.0		0.85	0.94	
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก		86.1	85.6		
ร้อยละความพึงใจของบุคลากร (%)		58.3	64.4		

### 3.5 ระบบสุขภาพและระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

#### 1. บริบทและสภาพแวดล้อม

##### 1.1 สภาพแวดล้อม

อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ มีประชากรในเขตรับผิดชอบจำนวน 50,402 คน จาก 13,312 หลังคาเรือน แบ่งพื้นที่การปกครองท้องถิ่นเป็น 2 เทศบาล และ 9 อบต. ภูมิประเทศของอ่าวลึกประกอบด้วยภูเขาที่ราบและเนินสูง มีชายฝั่งทะเลยาว 32 กิโลเมตร พื้นที่อุดมไปด้วยป่าแสม โกงกาง มีเกาะต่างๆ ประมาณ 20 เกาะ

อำเภออ่าวลึกมีจุดแข็งมาก ได้แก่ พื้นที่อยู่ในกลุ่มสามเหลี่ยมอันดามัน มีแหล่งท่องเที่ยวที่รัฐให้การสนับสนุน ทำให้มีโอกาสในการพัฒนาด้านต่างๆ เพื่อรองรับการท่องเที่ยว เศรษฐฐานะของประชาชนอยู่ในเกณฑ์ดี มีความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดีมาก

ส่วนจุดอ่อนได้แก่ ภูมิอากาศมีฝนตกชุก ส่งผลต่อการระบาดของโรคทางเดินหายใจ โรคไข้เลือดออก จำนวน อสม มีน้อย และสถานบริการบางแห่งอยู่ไกล

##### 1.2 ทุนที่มี

**สถานบริการ:** สภาพภูมิศาสตร์เป็นเพื่อกเขาและติดชายทะเลอยู่ห่างไกลจากตัวจังหวัดประมาณ 40 กิโลเมตร สถานบริการมีการกระจายตัวไปครอบคลุมทุกพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีจำนวน 10 แห่งครอบคลุมทุกตำบล และสถานบริการระดับทุติยภูมิ ได้แก่โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง สามารถให้บริการเฉพาะทางในด้าน เวชศาสตร์ครอบครัว อายุรกรรม กุมารเวชกรรม โดยที่นอกจากนั้นยังมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่บริหารจัดการและสนับสนุนการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

**กำลังคน:** กำลังคนที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. และ สสอ. ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข 10 คน พยาบาลวิชาชีพ 19 คน สำหรับกำลังคนของโรงพยาบาลอ่าวลึก ประกอบด้วย แพทย์ 7 คน เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ ส่วนบุคลากรอื่น ๆ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 64 คน เภสัชกร 6 คน ทันตแพทย์ 7 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 6 คน นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน นักเทคนิคการแพทย์ 3 คน และบุคลากรอื่น ๆ ตามตาราง 3.11

**ตาราง 3.11** จำนวนกำลังคนของระบบสุขภาพอำเภออ่าวลึกในปี 2560

ตำแหน่ง	จำนวน	รพ.อ่าวลึก	สสอ./รพ.สต.
นายแพทย์	7	7	0
ทันตแพทย์	7	7	0
เภสัชกร	6	6	0
พยาบาลวิชาชีพ	83	64	19
นักวิชาการสาธารณสุข	14	4	10
จพ.ทันตสาธารณสุข	5	5	0
นักเทคนิคการแพทย์	3	3	0
นักรังสีการแพทย์	1	1	0
นักกายภาพบำบัด	2	2	0

### 1.3 ความท้าทาย

การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพมาดำเนินการในช่วงปี 2544 ทำให้ระบบสุขภาพอำเภออ่าวลึกเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้แก่

ประการที่ 1 ปัญหาการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการซึ่งโรงพยาบาลอ่าวลึกและ รพ.สต. ได้เผชิญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีผู้รับบริการได้ข้ามขั้นตอนการให้บริการที่ รพ.สต. มาที่โรงพยาบาลอ่าวลึกทำให้เกิดความแออัดมากขึ้น

ประการที่ 2 ปัญหาความคาดหวังของผู้รับบริการสูงขึ้นในขณะที่สถานบริการทั้ง โรงพยาบาล และ รพ.สต. ไม่สามารถเป็นไปตามความคาดหวังของประชาชนได้ทั้งหมด

ประการที่ 3 สถานการณ์การทำงานแบบแยกส่วนระหว่างโรงพยาบาลอ่าวลึก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และรพ.สต. ทำให้ขาดความต่อเนื่องของการจัดระบบบริการ ในขณะที่องค์กรคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) มีการรวมตัวอย่างหลวม ๆ ยังไม่สามารถจะเป็นองค์กรที่บริหารจัดการระบบสุขภาพทั้งระบบได้ และเมื่อมีงบประมาณจากนโยบายหลักประกันสุขภาพเข้ามาที่โรงพยาบาล จึงอาจเกิดความระแวงในเรื่องการจัดสรรงบประมาณได้

ประการที่ 4 สถานการณ์ขาดแคลนกำลังคนทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในสถานการณ์ที่ความต้องการใช้บริการเพิ่มขึ้นทำให้กำลังคนที่มีอยู่ต้องรับผิดชอบภาระงานเพิ่มขึ้นทำให้เกิดสภาพตึงเครียดของผู้ให้บริการ

เพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้คณะทำงานของ CUP อ่าวลึกจึงได้หารือและหาทางออกและกำหนดปรัชญาการทำงานของเครือข่ายอ่าวลึก “หนึ่งเดียวอยู่รอด สูดยอดพีชียู สู่เครือข่ายมหัศจรรย์” โดยรูปแบบเครือข่ายนี้ต้องดูภาพรวมของระบบสุขภาพทั้งอำเภอ จะไม่แบ่งแยกระหว่างโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ

หนึ่งเดียวอยู่รอด : หมายถึงการรวมตัวระหว่างโรงพยาบาลกับสาธารณสุขอำเภอ ปรับสู่องค์กรที่มีพันธสัญญามุ่งมั่นร่วมกันเพื่อความอยู่รอดทั้ง 2 ฝ่าย

สูดยอดพีชียู: หมายถึงการพัฒนาสถานีอนามัยไปสู่ความเป็นสุดยอดศูนย์สุขภาพชุมชน ให้บริการที่มีคุณภาพและสร้างความศรัทธาของประชาชนได้

สู่เครือข่ายมหัศจรรย์: หมายถึง การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่มีหัตถ์จรรยา และสามารถพัฒนาดัชนีสุขภาพประชาชนให้บรรลุเกินเป้าหมาย และทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความสุข

ในด้านปัญหาสุขภาพที่เป็นภาวะคุกคามของอำเภออ่าวลึกในปัจจุบัน ได้แก่ ปัญหาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาในระดับต้น ๆ ประกอบด้วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ปัญหาอุบัติเหตุทางจราจร รวมทั้งปัญหาในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยด้อยโอกาส เป็นต้น

## 2. การบริหารจัดการกำลังคน

### 2.1. ระบบบริหารกำลังคน

เครือข่ายสุขภาพอำเภออ่าวลึกได้จัดระบบบริหารเป็นหนึ่งเดียว มีหน่วยจัดบริการเครือข่ายเดียวที่ควบคุมดูแลพร้อมพัฒนาระบบบริการทั้งระดับปฐมภูมิหรือ รพ.สต. และระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเครือข่ายมีหน้าที่วางแผนพัฒนาระบบบริการ นิเทศกำกับ สนับสนุน ทั้งด้าน การบริหารกำลังคน ทรัพยากรต่างๆ งบประมาณ พัสดุ ครุภัณฑ์ เป็นต้น

ในด้านกำลังคนก็เช่นเดียวกัน จะบริหารกำลังคนรวมศูนย์ที่กลไกการบริหารกลาง กำลังคนทั้งหมดถูกนับเป็นกำลังคนของเครือข่าย กลไกกลางจะเป็นผู้วางแผนและกระจายกำลังคน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รพ.สต. หรือหน่วยปฐมภูมิจะต้องได้รับการกระจายกำลังคนอย่างเพียงพอเพื่อให้สามารถให้บริการด่านแรกที่มีคุณภาพได้ นอกจากนั้นเครือข่ายยังจัดให้มีการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำลังคนทั้งจากปฐมภูมิและทุติยภูมิจะได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างสม่ำเสมอ หากเป็นการพัฒนาศักยภาพที่พื้นที่ดำเนินการเองได้ก็จะจัดระดับพื้นที่ เช่น การทำงานร่วมกับพี่เลี้ยง การสอนงาน การศึกษาจากการทำงาน เป็นต้น แต่หากเป็นหลักสูตรที่พื้นที่จัดเองไม่ได้ก็จะส่งไปอบรมตามแหล่งต่างๆ ที่จัดอบรม ที่สอดคล้องกับความต้องการขององค์กร

ตัวอย่างการจัดอัตรากำลังคนที่เห็นชัดเจน เดิม รพ.สต. จะมีกำลังคนเพียง 2-3 คน เท่านั้น เครื่องข่ายจะจัดสรรกำลังคนจากโรงพยาบาลหรือจากเจ้าหน้าที่จบใหม่ลงไปปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ให้เต็ม และจัดระบบพี่เลี้ยงหนุนเสริมจากเครือข่าย และหากในบางช่วง โรงพยาบาลมีความขาดแคลนบุคลากรในการอยู่เวรก็จะขอกำลังเสริมจาก รพ.สต. ไปช่วยเหลือ และยังเป็นการพัฒนากำลังคนไปพร้อม ๆ กันอีกด้วย หรือในกรณีการจัดระบบดูแลด้านทันตกรรมของอำเภออ่าวลึก จากสภาพการที่มีบุคลากรด้านทันตกรรมน้อยไม่เพียงพอที่จะกระจายไปทุก รพ.สต. ได้ จึงมีการรวมศูนย์กำลังคนที่โรงพยาบาล และจัดระบบการไปให้บริการที่ รพ.สต. ให้อย่างทั่วถึง จนสามารถบรรลุเป้าหมายการให้บริการทันตกรรมได้ทั้งอำเภอ เช่นเดียวกันกับระบบสนับสนุนเวชภัณฑ์ยา ก็จัดเป็น ระบบคลังเดียวสนองเครือข่ายทุกระดับ

## 2.2 ภาวะผู้นำ : ภาวะผู้นำและการสร้างผู้นำรุ่นใหม่

ผู้นำในการเปลี่ยนแปลงนี้ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่าวลึกในช่วงปี 2545 (นพ. บัญชา คำของ) ซึ่งมีความเข้าใจระบบสุขภาพชุมชนเป็นอย่างดี ละมีการทำงานร่วมกันกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมากกว่า 16 ปี ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดี และความเข้าใจวัฒนธรรมการทำงานของแต่ละฝ่ายได้ดี และนอกจากนั้นกระบวนการริเริ่ม ได้มีกระบวนการมีส่วนร่วม ร่วมคิดร่วมคุยจากผู้นำและนักวิชาการจากทั้งสองฝ่ายจนกระทั่งได้ข้อสรุปร่วมกัน โดยมีแนวคิดหลักในการดำเนินงาน ได้แก่ “สร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นหนึ่งเดียว ปรับเปลี่ยนการบริหารให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบพี่เลี้ยงบูรณาการ บริหารจัดการการเงินที่โปร่งใส เสริมสร้างความเข้มแข็งของ PCU”

การจัดระบบพี่เลี้ยงบูรณาการ เป็นการพัฒนาผู้นำใหม่เป็นสิ่งที่ช่วยเชื่อมประสานความเป็นเครือข่าย ช่วยสร้างความยั่งยืนให้ระบบ เพราะกลุ่มบุคลากรกลุ่มนี้จะเป็นมือทำงานขับเคลื่อนให้ระบบ และเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะอยู่ในระบบได้นานกว่าผู้อำนวยการ หรือสาธารณสุขอำเภอ โดยที่ทั้งโรงพยาบาล และ สสอ. ต่างก็มีหัวหน้าฝ่ายหรือ นักวิชาการจาก สสอ. และ รพ.สต. มีมาทำงานเชื่อมประสานนี้ ดังนั้นทีมผู้นำใหม่จะได้รับการพัฒนาจากการทำงานร่วมกันไปด้วย และทีมผู้นำกลุ่มนี้จะเป็นผู้เชื่อมต่อเนื้อหาของงานเมื่อมีการโยกย้ายของผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ สสอ. จึงทำให้การทำงานในระบบสุขภาพอำเภอมีความต่อเนื่อง

## 2.3. ภาคีสัมพันธ์ (partnership)

ภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการ ประกอบด้วยภาคประชาชนซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความเห็นต่อระบบบริการผ่านเวทีต่างๆ และอสม. แม้จะมีจำนวนจำกัดแต่ก็มีส่วนช่วยระบบสุขภาพค่อนข้างมาก ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านมามีการเชื่อมประสานที่ดีกับระบบบริการสาธารณสุข

นอกจากนั้น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ก็เป็นอีกกลไกหนึ่งที่ทำให้ภาคีต่าง ๆ ได้แก่ ภาคสาธารณสุข ภาคการศึกษา เกษตร พัฒนาสังคม มหาไพบไทย และภาคประชาชน ภายใต้การนำของนายอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

## 2.4. การผลิตกำลังคนเพื่อระบบบริการปฐมภูมิ

ไม่พบว่ามีความร่วมมือกับสถาบันการผลิต ในการผลิตและพัฒนากำลังคน

## 2.5. นโยบาย

แม้นโยบายกำลังคนยังไม่เชื่อมต่อการทำงานในพื้นที่แต่ก็มีความพยายามบริหารจัดการกำลังคนในพื้นที่ เช่น การเพิ่มกำลังคนเข้าไปในระบบ หรือ การจ้างงาน อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพอำเภออ่าวลึกสามารถบริหารจัดการกำลังคนในระดับเล็ก ในพื้นที่ได้ เช่น การจ่ายค่าตอบแทนล่วงเวลาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการร่วมมือกันระหว่าง CUP ในการเสริมกำลังคนเข้าไปให้บริการที่ รพ.สต. ในกรณีที่ไม่เพียงพอ การใช้รูปแบบคณะกรรมการในการเกลี้ยกำลังคนเพื่อให้สามารถกระจายคนไปในระดับพื้นที่ห่างไกลได้

## 2.6. การเงิน: แม้มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ แต่ความช่วยเหลือระหว่าง CUP ทำให้แก้ปัญหาได้

การบริหารจัดการในรูปแบบหนึ่งระบบบริหารจัดการทั้งด้านงบประมาณ กำลังคน และทรัพยากรอื่น ๆ ช่วยแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายเพียงของงบประมาณ สามารถทำให้ทั้ง รพช. และ รพ.สต. เกิดสมดุลทางการเงิน และสามารถจัดสรรเงินมาสร้างขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ได้

## 3. ผลกระทบด้านสุขภาพ

จากการทำงานเชื่อมประสานกันเป็นเนื้อเดียวของระบบสุขภาพระดับอำเภอมีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องกว่า 10 ปี แม้จะมีการเปลี่ยนผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2 คน และสาธารณสุขอำเภอ 3 คน แต่การร่วมงานระหว่างทีม CUP เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระบบสุขภาพได้รับการยกระดับทั้งอำเภอ เริ่มจากความสามารถในการจัดบริการด้านทันตกรรมครอบคลุมทุกกลุ่มวัยได้มากกว่าเป้าหมายถึง 2-3 เท่า จากนั้นขยับสู่การจัดระบบการดูแลเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ อื่น ๆ อีก จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของโรงพยาบาลอ่าวลึก และ รพ.สต. โดยผู้รับบริการของ รพ.สต. สูงกว่าจำนวน

ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเล็กน้อย อำเภออ่าวลึกสามารถบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพในหลายๆ ประเด็น ได้แก่ ด้านอนามัยแม่และเด็ก ความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การดูแลผู้ป่วยหืดเบาหวาน และความดัน เป็นต้น ตลอดทั้งความพึงพอใจของผู้รับบริการค่อนข้างสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.12

ตาราง 3.12 ตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพอำเภออ่าวลึก ในระหว่างปี 2557-2560

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2557	2558	2559	2560
ผู้รับบริการ					
-ผู้ป่วยนอก		94,029	102,165	131,639	129,696
-ผู้ป่วยใน		14,677	10,462	21,134	19,115
ผู้รับบริการ รพสต					
- ผู้ป่วยนอก		140,477	142,832	128,115	140,887
ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	>60%	83.9	81.2	89.3	94.9
ร้อยละหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	>60%	68	68	77	87.1
ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	>80%	5	10.6	23.7	45.5
สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล	>1.5	1.49	1.40	0.97	1.09
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืด สิทธิ UC	<6.63%			6.7	
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน สิทธิ UC(ต่อแสนประชากร)	<3.64%			0.4	
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC	<1.0			0.9	
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก		89.7	84.7	85.9	83.7
ร้อยละความพึงใจของบุคลากร (%)		73.2	80	82.7	79.2

### 3.6 ระบบสุขภาพและระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

#### 1. บริบทและสภาพแวดล้อม

1.1 **สภาพแวดล้อม** เทพาคืออำเภอหนึ่งของจังหวัดสงขลา ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ของตัวจังหวัด ห่างจากตัวเมืองสงขลา 73 กิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพมหานคร 1,056 กิโลเมตร เป็นหนึ่งในอำเภอที่ประสบกับเหตุความรุนแรง ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีพื้นที่ฝั่งตะวันออกติดกับอำเภอหนองจิก และอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ทิศใต้ติดกับอำเภอสะบ้าย้อยและนาทวี จังหวัดสงขลา ทิศตะวันตกติดกับอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ส่วนทิศเหนือติดกับอำเภอไทย อำเภอเทพามีขนาด 978 ตารางกิโลเมตรหรือ 661,250 ไร่ ลักษณะภูมิประเทศแบ่งเป็น 3 เขต คือ เขตที่ราบสูง อยู่ทางทิศใต้และตะวันตก ชาวบ้านแถบนี้ จะทำการเกษตรสวนยางพาราและสวนผลไม้ ส่วนทางตอนกลางของอำเภอเป็นพื้นที่ที่ราบทำการเกษตรประเภทนาข้าว ปลูกผัก ผลไม้ และไม้ยืนต้นต่างๆ ส่วนพื้นที่ชายฝั่งจะทำการประมงและสวนมะพร้าว สภาพภูมิอากาศเป็นแบบร้อนชื้น ฝนตกชุกช่วง กันยายน - มกราคม ส่วนภูมิภาพพันธ์-สิงหาคมเป็นฤดูร้อน

มีประชากรประมาณ 77,000 คน แบ่งการปกครองเป็น 7 ตำบล 67 หมู่บ้าน มีเทศบาลตำบล 2 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 7 แห่ง ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตร ทำสวนยางสวนผลไม้ นาข้าว และพื้นที่เชิงอนุรักษ์ การทำธุรกิจส่วนใหญ่เป็นการค้าปลีก ส่วนชุมชนประมงริมทะเลจะเป็นกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ประชาชนประมาณ 60% นับถือศาสนาอิสลาม และ 40% เป็นชาวพุทธ แต่ในภาพย่อยรายละเอียดของแต่ละตำบล จะพบว่าบางตำบลประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม ขณะที่บางตำบลเป็นชุมชนของชาวพุทธทั้งหมดเลย

#### 1.2 **ทุนที่มี**

**สถานบริการ** สถานบริการด้านสุขภาพของอำเภอเทพาประกอบด้วย โรงพยาบาลเทพา เป็นโรงพยาบาลชุมชนของรัฐ ขนาด 30 เตียง ทำหน้าที่เป็น CUP และสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ มีสถานบริการปฐมภูมิ 14 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) 11 แห่ง คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน (PCU) 3 แห่ง และมีคลินิกเอกชน 4 แห่ง

**กำลังคน** จำนวนบุคลากรวิชาชีพต่างๆ จำแนกเป็น โรงพยาบาลเทพา จำนวน 148 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเทพาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 62 คน ดังแสดงในตาราง 3.13

ตาราง 3.13 จำนวนบุคลากรสายวิชาชีพในสถานบริการปฐมภูมิและ รพช. เทพา

สายงาน/ วิชาชีพ	จำนวน) คน)	
	สสอ.เทพา/รพ.สต.	รพ.เทพา
แพทย์	-	9
ทันตแพทย์	-	7
จพ.ทันตสาธารณสุข	2	8
เภสัชกร	-	6
จพ.เภสัชกรรม	-	6
พยาบาลวิชาชีพ	21	75
นักเทคนิคการแพทย์	-	6
นักกายภาพบำบัด	-	5
นักรังสีการแพทย์	-	1
จพ.รังสีการแพทย์	-	0
นักวิชาการสาธารณสุข	21	12
จพ.สาธารณสุข	16	2
นักโภชนาการ	-	1
นักจิตวิทยา	-	2
นักจิตวิทยาคลินิก	-	0
แพทย์แผนไทย	2	3
จพ.การแพทย์แผนไทย	-	0
จพ.เวชกิจฉุกเฉิน	-	3
จพ.เวชสถิติ	-	1
นวก.สาธารณสุข (เวชระเบียน)	-	1
<b>รวม</b>	<b>62</b>	<b>148</b>



### 1.3 ความท้าทาย

ปัญหาสุขภาพที่คุกคามชาวอำเภอเทพาประเมินจากข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เทพา ในปี 2560 ห้าอันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไข้หวัด เบาหวาน อาหารไม่ย่อย และหอบ ซึ่งเป็น ปัญหาสุขภาพที่คุกคามชาวอำเภอเทพามาอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในตาราง 2.16 เปรียบเทียบปัญหา สุขภาพย้อนหลังตั้งแต่ปี 2557-2560 จะเห็นได้ว่าโรคเรื้อรังอย่างความดันและเบาหวาน ซึ่งต้องการการ ดูแลสุขภาพระยะยาวเป็นปัญหาสำคัญ

ตาราง 3.14 ข้อมูลผู้ป่วยนอกของ รพ. เทพา เปรียบเทียบ 5 อันดับแรกในรอบ 4 ปี ที่ผ่านมา

อันดับ	2557	2558	2559	2560
1	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง
2	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน	ไข้หวัด
3	ไข้หวัด	อาหารไม่ย่อย	ไข้หวัด	เบาหวาน
4	อาหารไม่ย่อย	ไข้หวัด	อาหารไม่ย่อย	อาหารไม่ย่อย
5	ปวดกล้ามเนื้อ	ฟันผุ	หอบ	หอบ

นอกจากนี้ยังประสบกับความท้าทายทางสังคม ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมระหว่างชาวพุทธ และมุสลิม เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีประชากรสองศาสนาพอยุ่กัน และเป็นพื้นที่ในเขตความรุนแรง การสร้าง ความสัมพันธ์อันดีกับชาวบ้านในชุมชนจึงเป็นภารกิจสำคัญของกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถ ทำงานได้ และเพื่อความปลอดภัยของทุกคน

ในด้านกำลังคนด้านสุขภาพต้องประสบกับภาวะขาดแคลนเช่นเดียวกับหลายพื้นที่ โดยเฉพาะ กำลังคนในระดับปฐมภูมิ ที่กำลังหลักในปัจจุบันคือพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งก็มีจำนวนไม่เพียงพอ ไม่สามารถมี พยาบาลวิชาชีพประจำได้ทุก รพ.สต. ส่วนกำลังคนหลักที่ดูแลคนไข้เรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คือนัก กายภาพบำบัด ไม่มีประจำใน รพ.สต. เลย มีเฉพาะใน รพช. เท่านั้น ทำให้ อำเภอต้องใช้ยุทธศาสตร์การ จัดการกำลังคนให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้บริการประชาชนได้ครอบคลุม ทั่วถึง

## 2. การบริหารจัดการกำลังคน

2.1. ระบบบริหารกำลังคน ส่วนใหญ่เป็นการวางแผนจัดการกำลังคนที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากกรอบ FTE ทำให้ไม่สามารถขออัตรากำลังเพิ่มได้ การจัดการกำลังคนจะรับช่วงต่อมาจากระดับ จังหวัด ซึ่งมีการพูดคุยปรึกษากันระหว่าง ผอ. รพช. ในแต่ละจังหวัด ขณะเดียวกัน สสอ. ของแต่ละจังหวัดก็

มีการพูดคุยปรึกษาหารือ วางแผนจัดการกำลังคนร่วมกัน ใน รพช. เทพา การกระจายกำลังคนในส่วนของแพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ จะมี ผอ. ซึ่งเป็นแพทย์เป็นผู้ดูแลหลัก แต่มีการปรึกษากับแต่ละวิชาชีพด้วย ส่วนพยาบาลวิชาชีพจะเป็นหน้าที่บริหารจัดการของฝ่ายทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล การจัดสรรกำลังคนระดับปฐมภูมิ ดูตาม FTE โดยแต่ละอำเภอจะมีคณะกรรมการจัดการกำลังคนของตนเอง ทำตามแนวนโยบายที่ส่งมาจากส่วนกลางผ่านทาง สสอ. ต่อรองกันในระดับอำเภอ แต่สุดท้ายจะต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการชุดใหญ่ระดับจังหวัด ที่เรียกว่าคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขประจำจังหวัด

มีการวางระบบกลไกในการจัดการกำลังคนและเงินค่อนข้างดี หากมีปัญหาไม่ลงรอยกันในการบริหารจัดการทรัพยากรการเงินและบุคคลจะมีการตั้งโต๊ะเจรจา โดยมีตัวแทน รพช. 5 คน หรือบางครั้งอาจเป็น 7 และตัวแทน สสอ. 5 คน บางครั้งอาจเป็น 7 มี สสจ. นั่งประธาน เจรจา แลกเปลี่ยนกัน บางครั้งมีการลงพื้นที่ สสจ. ทำหน้าที่คนกลางคอยเจรจาไกลเกลี่ย ด้วยระบบที่แข็งแกร่งตั้งแต่ข้างล่างคือระดับอำเภอ ทำให้กลไกระดับจังหวัดแข็งแกร่งไปด้วย แม้จะมีการเปลี่ยน สสจ. ระบบที่วางไว้ยังคงดำเนินไปได้ สสจ. เองก็ถูกปรับให้เดินตามระบบ

ตำบลที่มี รพ.สต. หลายแห่งจะประสานงานทำงานกันเป็นเครือข่าย โดยเฉพาะด้านการจัดการกำลังคน เพื่อให้มีคนหมุนเวียนทุก รพ.สต. ในเขตตำบลเดียวกัน สสอ. ให้ อำนาจ ผอ.รพ.สต. ตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ เองได้ระดับหนึ่ง โดยเฉพาะที่จะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในชุมชน ทั้งนี้ ผอ.รพ.สต. ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่นานกว่า สสอ. ที่มีการหมุนเวียน

**2.2 ภาวะผู้นำ** ผู้นำด้านสาธารณสุขของอำเภอ คือ ผอ. รพช. เทพา แข็งแกร่ง มีบารมีจากการให้ความสำคัญกับชุมชน และสามารถนำทักษะทางวิชาการของตนเองมาปรับใช้กับชุมชนได้ ให้ความสำคัญกับปฐมภูมิ และการสร้างภาคีสัมพันธ์ ทำให้สามารถทำให้ระบบ DHB เข้มแข็งมาก ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของคนทำงาน มีการลงพื้นที่นอกเวลาเพื่อดูคุณภาพชีวิต ดูความสุขคนทำงาน ไม่ใช่เพียงเพื่อการประเมินผลงานตามกรอบที่ต้องทำ ทำให้สามารถซื้อใจคนระดับปฏิบัติได้ ผอ.รพช. ลงพื้นที่ประสานกับทุกระดับเอง ทั้งกับนายอำเภอ ผอ.รพ.สต. เพื่อสร้างภาคีการสร้างเสริมและเฝ้าระวังสุขภาพพร้อมกัน ให้ความสำคัญกับคนทำงานว่าต้องทำงานอย่างมีความสุข ปรับเปลี่ยนภายใต้กรอบที่ทำได้ ยึดหลักให้เงินเป็นอุปสรรคกับการทำงานน้อยที่สุด เงินใดที่จัดสรรจาก รพ.สต. ลงไปช่วย รพ.สต. จะพยายามจัดสรรให้ ไม่นั้นการกองเงินไว้ที่ รพช. จุดหมายคือให้ระบบสุขภาพเดินได้ทั้งระบบ ทั้งหมดนี้เป็นจุดสำคัญทำให้การประสานเชื่อมระหว่าง รพช. และ รพ.สต. รวมถึง สสอ. ของอำเภอเทพา เดินหน้าไปได้อย่างค่อนข้างราบรื่น และมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ผู้นำระดับจังหวัดก็ให้ความสำคัญสนับสนุนการทำงานของปฐมภูมิในระดับพื้นที่ มีการลงพื้นที่นิเทศงานปีละ 2 ครั้ง จึงเข้าใจปัญหาและสภาพแวดล้อม รวมถึงข้อจำกัดของแต่ละอำเภอ ทำให้แก้ปัญหามาให้แต่ละอำเภอด้วยความเข้าใจ ไม่ใช่การยัดเยียดระเบียบ ปฏิบัติงานเป็นตัวตั้ง

**2.3 จัดระบบบริการสุขภาพ** ให้มีประสิทธิภาพเพื่อลดภาระงานของกำลังคน และลดภาระรายจ่ายทางการเงินที่มีอยู่อย่างจำกัด เช่น การลดรายจ่ายค่าวีเฟออร์ ศึกษาข้อมูลเก่าพบว่าส่วนใหญ่คนไข้วีเฟออร์ด้วยอุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง ไข้เลือดออก จึงให้ความสำคัญกับภัยคุกคามสุขภาพทั้ง 3 อย่างนี้ เพื่อลดอัตราการวีเฟออร์ ประหยัดรายจ่าย การทำงานโดยให้ความสำคัญกับการจัดระบบสุขภาพทำให้ ผอ. รพช. ซึ่งเพิ่งเข้าปฏิบัติหน้าที่ได้เพียง 2 ปีได้รับการยอมรับทั้งจากบุคลากรภายใน รพ. บุคลากรใน รพ.สต. และชาวบ้าน การเริ่มต้นด้วยการจับปัญหาที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพประชาชน ทำให้ประชาชนและ รพ.สต. อยากให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ดุตันเหตุปัญหาสุขภาพทุกอย่าง เช่น ถนนไม่ปลอดภัย เกิดอุบัติเหตุบ่อยก็ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงเส้นทางจราจร ให้มีความปลอดภัยมากขึ้น ไม่ดูแค่ปลายทางคือการรักษา

**2.4. การผลิตกำลังคนเพื่อระบบบริการปฐมภูมิ** ไม่พบว่ามีการร่วมมือกับสถาบันการผลิต ในการผลิตและพัฒนากำลังคน

**2.5. นโยบาย** นโยบายจากส่วนกลางหลายนโยบายเป็นอุปสรรคต่อการทำงานโดยเฉพาะการกำหนดอัตรากำลังคนโดยใช้กรอบ FTE ที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้พบว่านโยบาย PCC ของส่วนกลางจะนำมาใช้ให้เห็นผลในพื้นที่อำเภอเทพาได้ค่อนข้างยาก เพราะไม่สามารถหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้

### 3. ผลกระทบด้านสุขภาพ

จากผลการดำเนินงานในระหว่าง 2558-2560 พบว่าตัวชี้วัดที่สำคัญหลายประการบรรลุเป้า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของโรงพยาบาล และ รพ.สต. โดย จำนวนผู้มาใช้บริการที่ รพ.สต. สูงกว่าจำนวนผู้มาใช้บริการที่ โรงพยาบาลเฉลี่ยเกิน 1.5 เท่า ตัวชี้วัดที่สำคัญ ๆ ก็สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ เช่น ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืด อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมายได้แก่

ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี นอกจากนั้นอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการค่อนข้างสูงด้วยเช่นกัน

ตาราง 3.15 ตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพอำเภอเทพา ในระหว่างปี 2557-2560

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2557	2558	2559	2560
ผู้รับบริการ					
- ผู้ป่วยนอก		83,414	95,038	127,935	129,696
- ผู้ป่วยใน		14,275	12,245	NA	22,195
ผู้รับบริการ รพสต		163,833	243,292	249,774	140,887
- ผู้ป่วยนอก					
ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	>60%	72.9	79.6	76.2	74.3
ร้อยละหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	>60%	54.8	70.1	64.9	62.9
ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	>80%	20	22.1	33.4	44.4
สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล	>1.5	1.96	2.56	1.95	1.09
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืด สิทธิ UC	<6.63%		0.12	0.12	
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน สิทธิ UC (ต่อแสนประชากร)	<3.64%		1.22	0.88	
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC	<1		0.35	0.56	
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก			82.6	85.7	
ร้อยละความพึงใจของบุคลากร (%)		82.9	83.5	84.2	

## บทที่ 4

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอเชิงนโยบาย

การศึกษาระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ซึ่งทำการศึกษา 6 พื้นที่ ได้แก่ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย, อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก, อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา, อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่, อำเภอเชิงเนิน จังหวัดอุบลราชธานี, และ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

#### 4.1 สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของระบบปฐมภูมิ

จากการศึกษาพบว่าภาพรวมของสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนของระบบปฐมภูมิและระบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประเด็นหลัก ๆ ได้แก่

(1) การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่ยังไม่เป็นระบบอำเภอหนึ่งเดียว แต่ยังมี การแยกกันบริหารระหว่างรพช. และ สสอ. บางแห่งเกิดความไม่ไว้วางใจกันในเรื่องการจัดสรรงบประมาณระหว่าง รพช. และ สสอ. อาจจะได้รับมุมมองว่า รพช. จัดสรรงบประมาณมุ่งเน้นงานด้านการรักษามากเกินไปทำให้ต้องทุ่มเทสรรพกำลัง งบประมาณ และความสนใจไปด้านนั้น ทำให้งานด้านป้องกัน ส่งเสริมในด้าน population health ลดความสำคัญลง

2) การขาดแคลนกำลังคน และงบประมาณ เนื่องจากในบางอำเภอ มี รพ.สต. จำนวนมาก เพราะสร้างมาจากสถานการณ์ในอดีตเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และจำเป็นต้องกระจายกำลังคนไปให้ทั่วถึง จึงเป็นปัญหาการกระจายคน เงิน ของ มากเกินไป หลายตำบลมี รพ.สต. 2 แห่ง หรือมากกว่า หากขาดการสนับสนุนจาก CUP ในการจ้างงานทำให้ขาดแคลนบุคลากร นอกจากนั้น การที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขาดงบประมาณ Contingency Fund- CF จึงไม่สามารถสนับสนุนการบริหารจัดการของระบบบริการของปฐมภูมิได้มากนัก

3) วิธีการวางแผนกำลังคนไม่เหมาะสม แม้ปัจจุบันการวางแผนกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขจะพัฒนาขึ้นมาก มีการนำการวิเคราะห์ความต้องการคน จากการวิเคราะห์ Full Time Equivalent ( FTE) มาใช้ มีการกำหนดสัดส่วนการจ้างงานเป็นข้าราชการ แต่ยังคงขาดการมองเรื่องทักษะที่เหมาะสม การวางแผนพัฒนากำลังคน และการมองเชื่อมโยงกับการผลิต การวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนที่กำหนดจากส่วนกลางไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เช่น การกำหนดกรอบอัตรากำลังตาม สัดส่วนประชากร ซึ่งใช้จำนวนประชากรเป็นเกณฑ์สำคัญในการกำหนดกรอบอัตรากำลัง ทั้งนี้สถานบริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่กำเนิดขึ้นด้วยแนวคิดด้านพื้นที่ (area based) ที่ต้องการกระจายให้มีสถานบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุมพื้นที่ให้มากที่สุด จึงพบว่าหลายตำบลมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลมากกว่า 1 แห่ง ขณะที่

จำนวนประชากรในพื้นที่ไม่ถึงเกณฑ์ของการมีสถานบริการ แต่เมื่อมีการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงจำนวนประชากรในพื้นที่เป็นหลัก ทำให้ตำบลที่มีสถานบริการหลายแห่งไม่ได้รับการจัดสรร กำลังคนได้เพียงพอ ทั้งนี้กำลังคนส่วนหนึ่งต้องขยับไปบริหารในตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต. ซึ่งต้องมีทุกแห่ง ทำให้กำลังคนฝ่ายปฏิบัติซึ่งมีไม่เพียงพออยู่แล้ว ยิ่งขาดแคลนมากขึ้น ปัจจุบันนี้ทำให้กำลังคนด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิมิมีแนวโน้มขาดแคลนต่อเนื่อง และจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อสถานบริการไม่สามารถจ้างกำลังคนได้เองทั้งติดขัดในเรื่องงบประมาณที่มีจำกัด และเรื่องการไม่มีบุคลากรให้จ้าง อันเป็นผลจากการที่กระทรวงสาธารณสุข ไม่มีตำแหน่งบรรจุ ทำให้บุคลากรรุ่นใหม่ที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาไม่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และมีบางส่วนที่ย้ายสายงานไปศึกษาและทำงานต่อด้านอื่นเลย นอกจากนี้ไม่พบว่ามี การสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานศึกษาในพื้นที่เพื่อผลิตบุคลากรเอง เหมือนที่เคยเกิดขึ้นในอดีต

4) ทักษะการทำงานที่ไม่เหมาะสม ทั้งเนื่องงานในด้านการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการทำงานร่วมกับภาคีสุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ต้องใช้ทักษะในด้านต่างๆ ที่เหมาะสม ได้แก่ การประสานงาน การทำงานเป็นทีม การทำงานเชิงรุกมาก ซึ่งบุคลากรบางส่วนยังขาดทักษะในด้านนั้นๆ ซึ่งอาจส่งผลให้การ ทำงานขาดความราบรื่น

5) อำนาจในการบริหารจัดการกำลังคนมีจำกัด เช่น การวางแผนกำลังคน การจ้างงาน การบริหาร กำลังคนยังรวมศูนย์ที่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่เอื้อต่อการจัดสรรกำลังคนในระดับพื้นที่ เช่น ปัจจุบันขาด 5 คน ขอโควตาส่งเรียน แต่เมื่อจบแล้ว ตำแหน่งที่เคยขาดอาจจะไม่ขาดแล้วก็ได้ หรือ การโยกย้ายคนไปที่ที่ กันดารและขาดแคลน ก็ทำไม่ได้ นอกจากนี้การขาดนักบริหารจัดการกำลังคนเชิงยุทธศาสตร์ทำให้พื้นที่ ไม่สามารถขับเคลื่อนงานกำลังคนไปสนับสนุนระบบบริการได้มากนัก

#### 4.2 การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ท่ามกลางปัญหาความขาดแคลน กำลังคนและการไม่สอดคล้องของนโยบายจากส่วนกลาง

อย่างไรก็ดีจากการศึกษาในพื้นที่ตัวอย่าง พบว่าท่ามกลางปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิและการที่นโยบายการบริหารจัดการกำลังคนของส่วนกลางไม่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ มีหลายอำเภอสามารถจัดระบบบริการด้านสุขภาพและระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพได้ อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้กรอบจำกัด กล่าวคือ สามารถให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชนได้อย่าง เข้มแข็ง โดยพบว่ามีรูปแบบหรือองค์ประกอบในการบริหารจัดการกำลังคนที่สำคัญดังนี้

4.1.1 นโยบายมาตรการจากส่วนกลางมีส่วนเสริมสร้าง /างและกระตุ้นการทำงานร่วมกัน ระหว่างทีม รพช. สสอ. และ รพ.สต. เริ่มตั้งแต่เนนโยบายที่สร้างพื้นที่การพัฒนาของ คปสอ. ที่เปิดเวทีการ ปรีกษาหารือและทำงานร่วมกัน ต่อมาเป็นนโยบาย CUP ของนโยบายหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นนโยบาย

ที่ใช้เงินและกำลังคนเป็นตัวนำให้มีการเชื่อมประสานกันอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ต่อมาได้แก่นโยบายระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพในการทำงานร่วมกัน และพัฒนาสู่การเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พชอ). ในเวลาต่อมา (

4.1.2 ภาวะผู้นำ พบว่าผู้นำทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอมีความเข้าใจระบบสุขภาพอำเภอในภาพรวม และมียุทธศาสตร์ในการทำงาน สามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง หลายพื้นที่ที่มีกระบวนการบริหารจัดการเงินงบประมาณอย่างโปร่งใส และรับรู้กันอย่างเท่าเทียมทั้งสองฝ่าย ในส่วนของ รพชพบว่าหลายแห่งนอกจากมีภาวะ .ผู้นำแล้วยังสามารถสร้างบารมีและความไว้วางใจจากสาธารณสุขอำเภออีกด้วย

4.1.3 การมองภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอเป็นหนึ่งเดียว การวางแผนร่วมกัน การบริหารจัดการการเงินอย่างโปร่งใส ติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ การมองระบบสุขภาพอำเภอเป็นหนึ่งเดียว จะทำให้มองความเชื่อมโยงระหว่าง การให้บริการระบบปฐมภูมิที่ รพ.สต. และการให้บริการระบบทุติยภูมิที่ไม่สามารถแยกกันได้ และหากสร้างความเข้มแข็งของระบบปฐมภูมิได้ก็จะส่งผลต่อการให้บริการระบบทุติยภูมิ ตลอดทั้งการวางแผนกำลังคน การพัฒนาระบบกำลังคนทั้งอำเภอ การจัดระบบสนับสนุนต่าง ๆ จะช่วยให้ระบบสุขภาพอำเภอดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างบุคลากรจาก รพช. สสอ. และ รพ.สต. จะช่วยให้การทำงานร่วมกันอย่างราบรื่น เช่น ในพื้นที่ที่มีความขาดแคลนกำลังคนระดับวิชาชีพ รพชจะสนับสนุนการทำงานด้วยการจัดทีมสหวิชาชีพของ .โรงพยาบาลลงไปสนับสนุนการทำงานให้บริการด้านปฐมภูมิในหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ยังพบรูปแบบความสัมพันธ์ในด้านของการพัฒนาศักยภาพของกำลังคนในระดับปฐมภูมิด้วยการจัดฝึกอบรม และการสนับสนุนเรื่องของเครื่องมือ เช่น พื้นที่ที่มีปัญหาผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องการการดูแลรักษาระยะยาว รพช . เพื่อให้ .สต.จะสนับสนุนงบประมาณเพื่อลงทุนด้านอุปกรณ์และกำลังคนด้านนักกายภาพบำบัดให้ รพสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพ อันนำไปสู่การลดความแออัดในพื้นที่ รพชด้วย .

4.1.4 การสร้างทีมงานผู้นำรุ่น 2 ของทีมสุขภาพ ซึ่งจะเป็ทีมวิชาการและผู้นำรุ่นใหม่ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดย รพช. ก็มี รอง ผอ. หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สุขาภิบาล หรือเวชกรรม สังคม ส่วน สสอ. ก็มีผู้ช่วย สสอ. หรือ นักวิชาการ หรือ ผอ.รพ.สต. ซึ่งทีมนี้จะเป็นผู้ดำเนินการร่วมกันและจะเป็นผู้นำรุ่นต่อไป และเป็นกลุ่มที่สานต่อการทำงานให้เกิดความต่อเนื่องเมื่อบุคคลระดับหัวหน้าองค์กรย้าย วิธีการสร้างคนพัฒนาจากการทำงานร่วมกันมีระบบพี่เลี้ยง เปลี่ยนกันเป็น project manager ทีมนี้จะเป็น core group คอยเตรียมการประชุม เป็นคนนำโครงการต่างๆ ไปสู่การปฏิบัติตลอดทั้ง ให้ความเห็นเชิงวิชาการ

4.1.5 การทำงานในรูปแบบเครือข่าย ทั้งแนวตั้งและแนวราบทั้งภายในภาคสาธารณสุขเอง / )และกับภาคอื่น (intra and inter) เพราะ รพ.สต. จะขาดทั้งกำลังคนและงบประมาณ ดังนั้นจะต้องมีการร่วมงานกับภาคอื่น ๆ เช่น กรณีการบริหารทรัพยากรร่วมกันภายในภาคส่วนสาธารณสุข เช่น การทำงาน

ช่วยเหลือกันในรูปแบบของ รพ.สต. การทำงานร่วมกันระหว่าง รพช. และ รพ.สต. ส่วนการทำงานกับภาคส่วนอื่น ๆ การทำงานผ่านกลไก พอช. ในระดับอำเภอเป็นประธานและมีเครือข่ายระดับอำเภอและมี อำนาจในการบริหารจัดการเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่วน ในระดับตำบลก็จะมีเครือข่ายคือ อบต. จะมีทั้งอำนาจเชิงการบริหารและงบประมาณ ส่วนในระดับชุมชน จะมีทั้งผู้รู้ในชุมชน อสม. กลุ่มแม่บ้าน ผู้นำหมู่บ้าน พระ กลุ่มผู้ป่วย จิตอาสาอื่น ๆ การมีกำลังคนในระดับชุมชนช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพได้มาก นอกจากนั้นการสร้างความสัมพันธ์อันดีจะช่วยหนุนเสริมการทำงานแนวราบ

#### 4.3 ข้อเสนอแนะในการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของระบบบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบให้บริการที่ได้รับการคาดหวังว่าจะเป็นหน่วยบริการด่านแรกที่ นอกเหนือจากการให้บริการสาธารณสุขพื้นฐานแล้ว ยังจะต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ด้วย แต่ในขณะที่ระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอกลับเผชิญปัญหาหลายอย่าง ได้แก่ ความเป็นหนึ่งเดียวของระบบ ปัญหากำลังคนที่เกี่ยวข้องกับ การวิเคราะห์ อัตรากำลัง การขาดแคลน การกระจายกำลังคน ทักษะในการทำงาน ตลอดจนข้อจำกัดในอำนาจการบริหารจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ ดังนั้น ในการที่รัฐบาลจะได้มีการนำนโยบาย PCC หรือนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างศักยภาพของระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพระดับอำเภอต่าง ๆ นักวิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

.1 จัดรูปแบบทีมกำลังคนให้บริการในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นการสร้างการเข้าถึงบริการ เพิ่มคุณภาพบริการ ในต้นทุนที่ระบบสามารถจ่ายได้ การจัดทีมกำลังคนจึงควรจะเป็นทีมที่มีหลากหลายทักษะ ดังต่อไปนี้

.1.1 รูปแบบที่ 1 พยาบาล/หมออนามัยนำทีม (nurse/ public health personal led team) รูปแบบนี้ เป็นรูปแบบเดิมที่ระบบสุขภาพอำเภอดำเนินการอยู่ โดยผู้ให้บริการหลักที่หน่วยบริการปฐมภูมิคือพยาบาลเวชปฏิบัติและนักวิชาการ/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข โดยมีทีมแพทย์และสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายมาให้บริการสนับสนุนที่ รพ.สต. เช่นเดิม โดยรูปแบบนี้เหมาะกับในพื้นที่ชนบททั่วไป และในสถานการณ์ที่โรงพยาบาลเครือข่ายขาดแคลนแพทย์

1. 2 รูปแบบที่ 2 แพทย์นำทีม (doctor led care) รูปแบบนี้คล้ายกับรูปแบบที่ 3 โดยกำหนด 1 ทีมแพทย์และสหวิชาชีพ ต่อ 10,000 ประชากร แต่แทนที่จะกำหนดเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งยังไม่สามารถผลิตได้ทันกับความต้องการก็อาจจะเป็นแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์สาขาอื่น ๆ หรือแพทย์ที่เกษียณอายุแล้ว และทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลเครือข่าย อย่างไรก็ตาม รพ.สต. ในเครือข่ายก็ควรได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ รูปแบบนี้เหมาะสมกับพื้นที่เขตเมือง หรือกิ่งเมือง กิ่งชนบท และสามารถมีแพทย์เพียงพอสำหรับให้บริการ



1.3 รูปแบบที่ 3 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนำทีม (Family medicine practitioner led care) รูปแบบนี้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนำทีมพร้อมกับสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลเครือข่าย โดยสัดส่วนต่อประชากร 10,000 ประชากรต่อทีม โดยทีมนี้นอกจากจะให้บริการสนับสนุน รพ.สต. ในเครือข่ายทุกแห่ง

2. ภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยผู้นำองค์กรจะต้องเข้าใจและมีทัศนคติที่เหมาะสมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดังนั้นควรจะต้องมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้นำ และทีมวิชาการและผู้นำรุ่นสอง ควรจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพควบคู่ไปด้วย เพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่นและต่อเนื่องแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงผู้นำองค์กร วิธีการพัฒนาศักยภาพมีหลายหลายวิธี ตามความเหมาะสม เช่น การเรียนรู้จากการทำงาน การเรียนรู้จากพี่เลี้ยง การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอบรม เป็นต้น

3. การพัฒนาศักยภาพเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ นอกภาคสาธารณสุข โดยที่การขับเคลื่อนงานสุขภาพระดับปฐมภูมินั้นจะครอบคลุมทั้งงานสุขภาพโดยตรง และงานอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น งานเชิงสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งการขับเคลื่อนงานเช่นนี้จำเป็นต้องมีการประสานและทำงานร่วมกันกับภาคีต่าง ๆ ที่หลากหลาย ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขนอกจากจะมีองค์ความรู้และทักษะเชิงวิชาการด้านสุขภาพแล้ว จำเป็นจะต้องมีความรู้ในการทำงานร่วมกับภาคีอื่น เช่น การประสานงาน การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การเป็นผู้นำ การแก้ปัญหาความขัดแย้ง เป็นต้น ซึ่งทักษะเหล่านี้ ควรจะต้องได้รับการพัฒนา

4. สนับสนุนหรือพัฒนาศักยภาพนักยุทธศาสตร์ด้านกำลังคน ด้วยกำลังคนเป็นปัจจัยที่สำคัญของระบบ จึงควรจะต้องได้รับความสำคัญในการจัดระบบการวางแผน การบริหารจัดการและการอ้างกำลังคน ดังนั้น ในระดับพื้นที่ควรจะต้องมีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีศักยภาพ หรือได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านนี้เพื่อเข้ามาสนับสนุนระบบการบริหารจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพ

## บรรณานุกรม

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ประชาธิป กะทา (2550) .สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ จากปรัชญาสู่ปฏิบัติการสุขภาพ มิติใหม่. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.),หน้า 23-52.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). ร่างข้อเสนอแผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ของ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงวันที่ 3 เมษายน 2552. อ้างถึงใน ชินกร โนรี. )บรรณานุกรม. (2552 ).(รพ. สต. ความฝัน ความจริง และความเป็นไปได้. *ผีเสื้อขยับปีก*) ปีที่ 2: มีนาคม-เมษายน(. กรุงเทพฯ: พรินท์แอนด์มี.
- กระทรวงสาธารณสุข (2552) คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ชดากร ศิริคุณ และวชิพงษ์ ภัคดีกุล. (2557). การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอใน พื้นที่จังหวัดสกลนคร. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. ปีที่ 2 (1): มกราคม – มีนาคม 2557 .[https://chd.kku.ac.th/index.php?option=com\\_attachments&task=download&id=50&lang=th](https://chd.kku.ac.th/index.php?option=com_attachments&task=download&id=50&lang=th). วันที่ 12 กรกฎาคม 2561.มชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 )มกราคม – มีนาคม 2557) .แหล่งข้อมูล ออนไลน์ สืบค้นจาก
- เดชา แซ่หลี และคณะ. (บรรณานุกรม). )ไม่ระบุปีที่พิมพ์ .(*การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.) ประเทศไทย .* กรุงเทพฯ: สำนักบริหารการสาธารณสุข.
- ทักษพล ธรรมรังสี, พนา พงษ์ชำนาญ, ปิยะ หาญวงศ์ชัย. (ไม่ระบุปี). สาเหตุการลาออกของแพทย์จากหน่วยงานใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี 2545-2546. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- ชินกร โนรี. (บรรณานุกรม). (2552). รพ.สต. ความฝัน ความจริง และความเป็นไปได้. *ผีเสื้อขยับปีก* (ปีที่ 2: มีนาคม- เมษายน). กรุงเทพฯ: พรินท์แอนด์มี.
- นงลักษณ์ พะไถยะ และเพ็ญภา หงษ์ทอง. (บรรณานุกรม). (2554). รพ.สต. ขยายการเข้าถึงบริการ เพิ่มความต้องการ กำลังคนด้านสุขภาพ. *กำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป*. กรุงเทพฯ: พรินท์แอนด์มี.
- นงลักษณ์ พะไถยะ และเพ็ญภา หงษ์ทอง. (บรรณานุกรม). (2555). วิจัยและขับเคลื่อนเพื่อกำลังคนด้านสุขภาพ: 6 ปี สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: พรินท์แอนด์มี.
- ยศ ตีระวัฒนานนท์. (2561). การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอ ครอบคลุม. แหล่งข้อมูลออนไลน์ สืบค้นจาก <http://www.hitap.net/research/169146>
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่. (2561). เอกสารเผยแพร่ของโรงพยาบาล.
- วรพล หนูนุ่ม (2548) จาก กพ.สอ. มาเป็น คป.สอ. ของระบบสุขภาพระดับอำเภอ .แหล่งข้อมูลออนไลน์ สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/9910>
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2561). การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. แหล่งข้อมูลออนไลน์ สืบค้นจาก [https://www.thelancet.com/pb.../S0140673618301983\\_Thai.pdf](https://www.thelancet.com/pb.../S0140673618301983_Thai.pdf)
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2560). มาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ฉบับที่ 1. เอกสาร เผยแพร่.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, บำรุง ชะลอมเดช และพฤกษา บุกบุญ. (2558). *สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2547-2558*. นนทบุรี: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ (2545) การสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก.

สุนีย์ วงศ์คงคาเทพ และ คณะ (2539). การประเมินผลความก้าวหน้าโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). (อ้างใน นงลักษณ์ พะไถยะ, เพ็ญญา หงษ์ทอง.

)บรรณาธิการ). (2554). รพ.สต. ขยายการเข้าถึงบริการ เพิ่มความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ. *กำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป*. กรุงเทพฯ: พรินท์แอนด์มี.

สำเร็จ แหียงกระโทก. (2561). การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ. แหล่งข้อมูลออนไลน์ สืบค้นจาก <http://medinfo2.psu.ac.th/commed/activity/year2/a10pcu.pdf>

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2554). อ้างใน นงลักษณ์ พะไถยะ และเพ็ญญา หงษ์ทอง.

(บรรณาธิการ). (2554). รพ.สต. ขยายการเข้าถึงบริการ เพิ่มความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ. *กำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป*. กรุงเทพฯ: พรินท์แอนด์มี.

สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ 1574/2554 เรื่องแต่งตั้ง คณะทำงานผลิตและพัฒนากำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลงวันที่ 29 กรกฎาคม 2554.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) แนวทางการบริหารค่าบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

โสภณ เมฆธน. (2561). แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. แหล่งข้อมูลออนไลน์ สืบค้นจาก

[http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster\\_guide%20%28pc%29.pdf](http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster_guide%20%28pc%29.pdf)

*H Focus*. (2560). แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทิศทางระบบสุขภาพไทย. แหล่งข้อมูลออนไลน์ สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2017/05/13965>

*H Focus*. (2558) เสนอรัฐสูงใจตั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกลับปฐมภูมิ ทั้งประเทศมี 6,765 คน แต่ทำงานจริงแค่ 700 คน. แหล่งข้อมูลออนไลน์ สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2015/09/10839>

*Routine to Research*. (2561). กระบวนการจัดการการบริหารงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออย่างเป็นเอกภาพ จังหวัดพะเยา. แหล่งข้อมูลออนไลน์ สืบค้นจาก <http://www.r2rthailand.org/knowledge/1401>

WHO (2009) Human resources for health action framework (HAF): Guide to Develop and Implement Strategies to Achieve an Effective and Sustainable Health Workforce. Available from: [https://www.msh.org/sites/msh.org/files/HRM-Health-Action-Framework\\_7-28-10\\_web.pdf](https://www.msh.org/sites/msh.org/files/HRM-Health-Action-Framework_7-28-10_web.pdf)