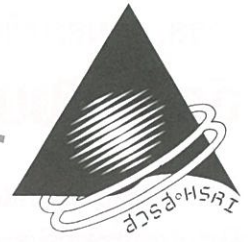


<http://www.moph.go.th/hsri>

จับกระแส



จดหมายข่าวสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 4 ฉบับที่ 4 (40) ตุลาคม 2541 ISSN 0859-9351

ความก้าวหน้าของ Health Management and Financing Study Project

เสนอมาตรการกระจายบุคลากรสาธารณสุข

โครงการ Health Management and Financing Study Project (HMFS) ได้กรอบแนวทางการกระจายกำลังคนภาคสาธารณสุขในชนบท เตรียมเสนอ 6 มาตรการหลักต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

ตามที่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับ MSH (Management Sciences for Health) แห่งสหรัฐอเมริกา ได้รับเลือกจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นที่ปรึกษาวิชาการของโครงการ HMFS เพื่อศึกษาแนวทางการปรับเปลี่ยนระบบสาธารณสุขตามที่รายงานใน “จับกระแส” ฉบับเดือนสิงหาคมที่ผ่านมา

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร นักวิจัยในทีมศึกษาการกระจายกำลังด้านสาธารณสุข เปิดเผยว่า ภายหลังจากการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม โดยการสำรวจสถานการณ์ปัญหาและข้อคิดเห็นจากแพทย์ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอด้านการกระจายบุคลากรสาธารณสุข บัดนี้ทีมได้เตรียมเสนอมาตรการเบื้องต้น 6 ข้อเพื่อให้คณะที่ปรึกษาโครงการ HMFS ให้ความเห็นชอบ

มาตรการที่ได้ มุ่งที่จะตอบปัญหาหลัก 2 ข้อในการกระจายกำลังคนของรัฐในภาคสาธารณสุขสู่ชนบท คือ 1) มีความขาดแคลน ณ ที่ใด และจะกระจายกำลังคนไป ณ ที่นั้นได้อย่างไร 2) เมื่อกระจายไปแล้ว บุคลากรที่ปฏิบัติ

ความขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข แต่อัตรากำลังที่จะใช้บรรจุข้าราชการใหม่มีจำกัด รัฐจะแก้ปัญหาอย่างไร

● ระบบการใช้ทุนในปัจจุบันส่งผลให้บุคลากรทำงานอยู่ในชนบทมากน้อยเพียงใด การคงอยู่หรือยกเลิกจะมีผลกระทบต่อ การกระจายบุคลากรสู่ชนบทอย่างไร

● หากรัฐบาลยกเลิกการสนับสนุนการศึกษาของบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะระดับอุดมศึกษา โดยให้นักศึกษารับผิดชอบค่าเล่าเรียนเองตามค่าใช้จ่ายจริง จะส่งผลกระทบต่อ การกระจายบุคลากรสู่ชนบทอย่างไร

● ในแง่เศรษฐศาสตร์ ระบบการให้ทุนอุดหนุนการศึกษาและกำหนดให้ทำงานใช้ทุน เป็นมาตรการที่เหมาะสมหรือยุติธรรมเพียงใด เช่น ถ้าให้นักศึกษาแพทย์เรียนฟรี 6 ปีโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย โดยที่ค่าใช้จ่ายในการเรียนปีละประมาณ 3 แสนบาท นักศึกษาแพทย์ 1 คน เรียน 6 ปี เป็นเงิน 1.8 ล้านบาทควรไปทำงานชดเชยรัฐบาลกี่ปีหากได้รับเงินเดือนในอัตราปัจจุบัน และหากได้รับเงินสูงกว่านี้ควรทำงานชดเชยกี่ปี

● ควรมีวิธีการอย่างไรในการ (อ่านต่อหน้า 7)



งาน ณ ที่นั้นจะทำงานอย่างมีความสุขต่อเนื่อง และก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนและชุมชนนั้นได้อย่างไร โดยมีรายละเอียดดังนี้:

มาตรการเพื่อลดการขาดกำลังคนและการกระจายอย่างทั่วถึง

มาตรการที่ 1 ปรับระบบการปฏิบัติงานใช้ทุน

ได้สรุปประเด็นปัญหาสำคัญที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน และจำเป็นต้องมีคำตอบที่ชัดเจนในเชิงนโยบาย เช่น

● ในสถานการณ์ที่ชนบทยังมี

กลุ่มหนึ่งในการพัฒนา เนื่องจากข้อมูล การสำรวจวิจัยที่ผ่านมาบ่งชี้ว่าเด็กไทย ยังมีระดับการพัฒนาต่ำกว่าเกณฑ์ ค่อนข้างสูง สวรรส. จึงได้ให้การสนับสนุน **ชุดโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาสถาน เลี้ยงดูเด็ก** โดยมี รศ.ดร. มาณี ไชย-ธีรานวณิชศิริ คณะสังคมศาสตร์และ มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็น ผู้บริหารชุดโครงการ

ชุดโครงการดังกล่าวประกอบด้วย โครงการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การสำรวจข้อมูลพื้นฐานของ สถานเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย

ทำการสำรวจข้อมูลจากหน่วยงาน ต่างๆ และประมวลเป็นฐานข้อมูลด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดย นายอุดม สิทธิ จิตวิจารณ์ เป็นหัวหน้าโครงการ

2. ระบบ กลไก และประสิทธิภาพ ของสถานเลี้ยงดูเด็กของภาครัฐและ เอกชนในปัจจุบัน

สำรวจปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของสถานเลี้ยงดูเด็ก รวมทั้งกลไก และประสิทธิภาพของสถาน เลี้ยงดูเด็กทั้งในภาครัฐและเอกชน โดย ศ.ดร.อุทุมพร จารมรमान เป็นหัวหน้า โครงการ

3. การศึกษาจันทมติเกี่ยวกับ

สถานเลี้ยงดูเด็กใน ประเทศไทย

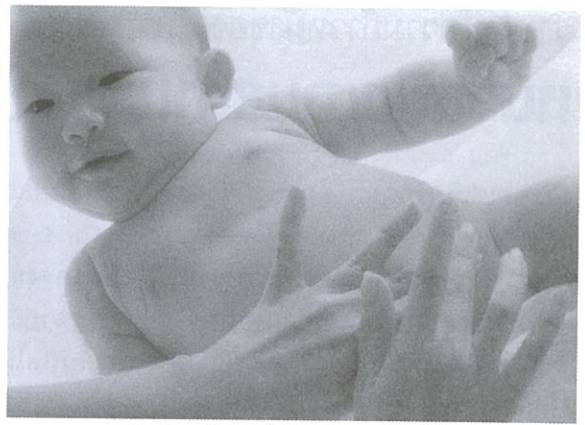
มุ่งหาความเห็น พ้องเกี่ยวกับการให้บริการของสถานเลี้ยงดู เด็กในเรื่องวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการจัด บริการ ความจำเป็นใน การมีองค์กรหลักในการ ประสานความร่วมมือ

ระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการ บทบาทที่ เหมาะสมของรัฐ ชุมชน และเอกชนใน การจัดบริการสถานเลี้ยงดูเด็ก กลไก เพื่อการควบคุม ตรวจสอบ ประเมิน คุณภาพของการจัดบริการ โดยมี ผศ.ดร.ดุชนิ โยเหลา เป็นหัวหน้าโครงการ

4. รูปแบบและระบบสถานเลี้ยงดู เด็กที่มีคุณภาพ: กรณีศึกษา

ศึกษาเจาะลึกสถานเลี้ยงดูเด็กที่ ได้รับรางวัลดีเด่นจำนวน 16 แห่ง เพื่อให้ เห็นรูปแบบการจัดการ การดำเนินงาน การบริหารจัดการ รวมทั้งทำการ ประเมินคุณภาพเปรียบเทียบการดำเนินงานในปัจจุบันกับมาตรฐานที่ทำให้ได้รับ รางวัล โดย ผศ.ดร.กุลล สุนทรธาดา เป็นหัวหน้าโครงการ

5. ทบทวนรูปแบบของสถาน



เลี้ยงดูเด็กที่มีคุณภาพของนานาชาติ

ศึกษารูปแบบของสถานเลี้ยงดูเด็ก ใน 11 ประเทศ ในเชิงบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลกระทบ โดยนางปัทมา ว่าพัฒนาพงศ์ เป็นหัวหน้า โครงการ

โครงการทั้ง 5 เริ่มดำเนินการ ศึกษาเมื่อเดือนกันยายนที่ผ่านมา และมีกำหนดแล้วเสร็จในปี 2542

สวรรส. คาดหวังว่าองค์ความรู้ที่ ได้รับจากชุดโครงการวิจัยการพัฒนา สถานเลี้ยงดูเด็กจะเป็นประโยชน์ต่อการ กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการ เลี้ยงดูเด็กเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและ พัฒนาการที่ดีแก่เด็กไทยต่อไป

มช. ปลูกพื้นฐานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพภาคเหนือ

ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานภาคเอกชน

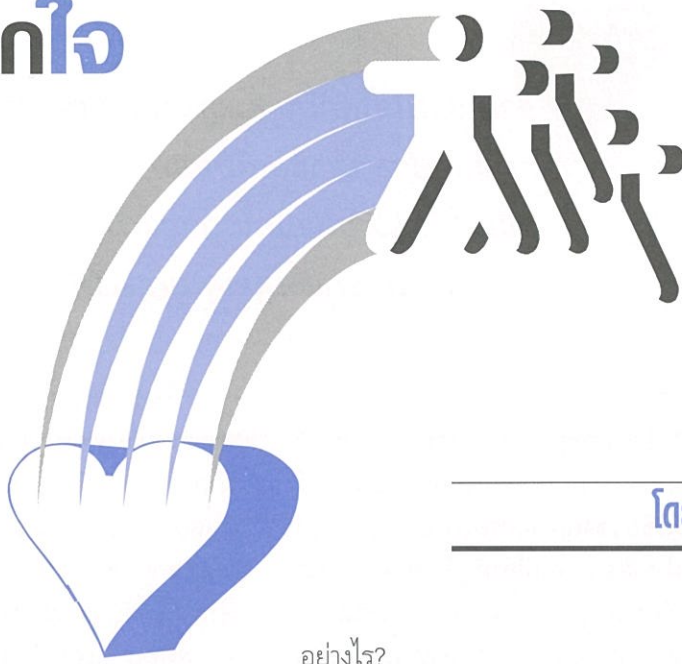
นักวิจัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เตรียม ปลูกพื้นฐานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในภาคเหนือ ด้วย **ชุดโครงการวิจัยเพื่อสร้างพื้นฐานการ พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ ทำงานภาคเอกชน: กรณีศึกษาสี่จังหวัด ภาคเหนือ** เพื่อเป็นข้อมูลกำหนดรูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพตามแนวทาง Healthy Work Approach สำหรับประเทศไทย

ชุดโครงการวิจัยดังกล่าว ซึ่งจะ ทำการศึกษาเฉพาะกรณี 4 จังหวัดภาค เหนือ ประกอบด้วย เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน มุ่งสำรวจสภาพความ ก้าวหน้าด้านการส่งเสริมสุขภาพใน

สถานที่ทำงาน โดยศึกษาเจาะลึกใน สถานประกอบการที่มีการดำเนินการ ส่งเสริมสุขภาพได้ผลดีระดับหนึ่งจำนวน 8 แห่ง เพื่อกำหนดตัวแบบสำหรับการ วิเคราะห์ศึกษาและขยายผล ในขณะที่ เดียวกันก็จะสำรวจสถานภาพด้าน คุณภาพชีวิตในการทำงานและความ ต้องการบริการส่งเสริมสุขภาพจากแ่ง มุมของลูกจ้างในองค์กรธุรกิจเอกชน 4 จังหวัดควบคู่กันไป และนำข้อมูลที่ได้ ทั้งหมดมาวิเคราะห์ เสนอรูปแบบหรือ แผนงานเริ่มต้นสำหรับสถานประกอบการ ประเภทที่มีศักยภาพสูงต่อไป

นอกเหนือจากการวิจัย ทั้งทาง เอกสาร การสำรวจข้อมูลในสถาน ประกอบการ และข้อมูลคุณภาพชีวิต คณะนักวิจัยของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งมี ดร.เกษม นครเขตต์ เป็นหัวหน้า โครงการ ยังจะได้สร้างเวทีความร่วมมือ ระหว่างภาคในปฏิบัติการเกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพ ในพื้นที่ภาคเหนือ เพื่อ เป็นพื้นฐานของการพัฒนางานส่งเสริม สุขภาพ และขยายผลจากการศึกษาวิจัย ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ โดยมี ระยะเวลาดำเนินโครงการรวม 1 ปี

จากใจ



สู่ทีม จากทีม สู่ระบบ

โดย อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล

จากใจและความใฝ่ฝัน

ภายใน 4-5 ปีที่ผ่านมา พวกเรา ได้เรียนรู้เรื่องพัฒนาคุณภาพกันพอสมควร. เราเริ่มต้นด้วยการเน้นการทำงานเป็นทีม, แล้วก็พบว่า หากทีมไม่มีอำนาจในการเปลี่ยนแปลงระบบใหญ่ ก็ไม่เกิดผล. การเสนอโครงสร้างองค์กร ให้ทีมมีความสัมพันธ์กับผู้บริหาร, อันได้แก่ Patient Care Team ทีมพัฒนา และทีมนำ, จึงเป็นก้าวสำคัญที่จะทำให้ มั่นสมองของทีมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบงานของโรงพยาบาลได้.

แต่เราก็คพบว่าเรายังไปได้ไม่ไกลนัก, เราพบสิ่งที่น่าตกใจว่า **เราได้ละเลยสิ่งที่สำคัญไปอย่างน่าเสียดาย, นั่นคือใจของแต่ละคน.** ผู้คนในโรงพยาบาลต่างเข้าใจว่าการพัฒนาคุณภาพคือการมานั่งประชุมกันระหว่างสมาชิกของทีม, ถ้าไม่ถึงเวลาประชุมก็ไม่มีใครคิดเรื่องคุณภาพ, แท้จริงแล้วการพัฒนาจะต้องเกิดจากความฝัน, เป็นความฝันของแต่ละคน. การมาประชุมร่วมกันของทีมคือการกำหนดยุทธศาสตร์ในการทำ ความฝันให้เป็นความจริง. การมีโครงสร้างองค์กรคือการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบ, ถ้าทุกคนไม่ช่วยกันสร้างความฝันแล้วจะเกิดการ พัฒนาได้

อย่างไร?

บางท่านบอกว่าไม่รู้จะฝันอะไร, หรือไม่กี่ปีกลางวันแล้วกลัวจะเป็นบ้า, วิธีง่ายๆ ในการหัดเป็นคนช่างฝันคือ **เริ่มเป็นคนช่างจด.** ไม่ว่าท่านพบเหตุการณ์อะไรที่ไม่พึงประสงค์ หรือคิดว่าน่าจะทำได้ดีกว่านี้, ขอให้จดเหตุการณ์นั้นไว้ในสมุดบันทึก เว้นที่ไว้สำหรับบันทึกความฝันที่จะทำให้ดีขึ้นในภายหลังด้วย. เอาสมุดบันทึกนั้นมาอ่านบ่อยๆ เขียนความฝันลงไปเท่าที่นึกได้. เมื่อไรที่มีโอกาสเข้าร่วมประชุมกับทีม ให้เอาเหตุการณ์และความฝันจากสมุดบันทึกนั้นมาเล่าให้เพื่อนสมาชิกในทีมฟัง. ไม่ช้าไม่นาน แต่ละคนจะมีประจักษ์ของความฝันเพิ่มขึ้น, พบกันครั้งไรก็ถ่ายทอดประจักษ์ให้แกกัน. จะหาพลังจากที่ไหนได้มากเท่ากับพลังที่เกิดขึ้นนี้.

สู่การทำงานเป็นทีม

ทีมในที่นี้มีความหมายกว้างขวางมาก, ทั้งทีมภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้บริหารกับปฏิบัติงาน. การเริ่มต้นทำงานกับกลุ่มที่ทำงานร่วมกันได้ดีมีโอกาที่จะเกิดความสำเร็จสูง. แต่บางครั้งเราก็จะจำกัดงานอยู่ในกลุ่มที่เราสบายใจ, ไม่พยายามที่จะท้าทายเรื่องยากๆ. **การจำกัดทีมทำให้จำกัดความสำเร็จของงานไปด้วย.**

CareMap หรือ clinical pathway เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์เพื่อกระตุ้นการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างแพทย์กับพยาบาล. ความสำเร็จในการนำ CareMap มาใช้มีทั้งส่วนที่เป็นกระบวนการและเนื้อหา. ตัวเนื้อหาหรือผลลัพธ์ก็คือ CareMap ที่จะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย. แต่ผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกันเพื่อสร้าง Care Map คือความสามารถในการทำงานร่วมกันเป็นทีม, ความสามารถในการจัดการต่อความคิดที่แตกต่างกัน, ทำให้ทีมเกิดการพัฒนาและนำไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) ในที่สุด.

ท่านที่มุ่งเฉพาะเนื้อหาหรือผลลัพธ์ จะรู้สึกว่าการเรียกร้องให้แพทย์และพยาบาลมาสร้าง CareMap ร่วมกัน เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก และเสียเวลา, จึงให้ต่างฝ่ายต่างทำขึ้นมาก่อน แล้วนำมารวมกันทีหลัง. **ท่านอาจจะได้ Care Map แต่ท่านเสียโอกาสที่จะพัฒนาการทำงานเป็นทีม, ซึ่งจะมีความหมายต่อการทำงานร่วมกันในอนาคต.**

การทำงานเป็นทีมไม่ได้หมายความว่าต้องผ่านที่ประชุมเสมอไป. บางครั้งผมรู้สึกว่าพวกเราประชุมกันมากเกินไป จนทำให้เกิดความเบื่อหน่ายแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับผู้ที่ทำงานเป็นผลัด เช่น พยาบาล

มีโอกาสที่จะพบปะพร้อมหน้าพร้อมตากันได้ยาก. สำหรับแพทย์ซึ่งมีภาระงานมาก การคาดหวังให้มาเข้าร่วมประชุมทุกครั้งอาจจะเป็นไปไม่ได้.

เราน่าจะถามตัวเองว่าการประชุมแต่ละครั้งมีเป้าหมายอะไร, ทีมจะมีวิธีการทำงานอะไรที่ไม่ต้องใช้การประชุม. ตัวอย่างที่โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมใช้ flip chart วางไว้ ณ ที่ทำงานของพยาบาล และเขียนประเด็นที่ต้องการให้เพื่อนร่วมทีมแสดงความคิดเห็น. พยาบาลแต่ละคนที่ขึ้นเวทีจึงถูกกระตุ้นและมีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตนได้ตลอดเวลา. เวลาของการทำงานเป็นทีมจึงไม่ใช่เฉพาะเวลาในที่ประชุมเท่านั้น.

การเรียนรู้และการพัฒนาของทีม

ครั้งหนึ่ง ได้ไปที่รพ.ดำเนินสะดวก ทางหน่วยกายภาพบำบัดได้นำเสนอการพัฒนาคุณภาพเรื่องการป้องกัน burn จาก hot pack. ผู้ที่นำเสนอบอกว่าท่านไม่ได้รับการอบรมอะไร และท่านก็ทำตามวิธีการของท่าน. ท่านพบว่าผู้ป่วยที่เกิด burn จาก hot pack มักจะเป็นผู้สูงอายุ. เมื่อพยายามศึกษาดูก็พบว่าผู้สูงอายุมักจะคิดว่า hot pack ที่ห่อผ้า นั้นร้อนไม่พอ จึงพยายามแก้ผ้าที่ห่อ hot pack ออก. พอเข้าใจดังนี้แล้วท่านก็สามารถหาทางแก้ปัญหาได้ด้วยการปรับวิธีการห่อให้ดีขึ้น และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุว่าจะยังไม่ร้อนในช่วงต้น. หลังจากปรับปรุงแล้วปัญหา burn ก็หายไปโดยสิ้นเชิง.

กรณีนี้แสดงให้เห็นว่า **หากเรามีใจให้กับงาน รู้ว่าเรามีหน้าที่อะไร ค่อยๆ ศึกษาหาข้อเท็จจริง และใช้สามัญสำนึกในการแก้ไข เราก็สามารถพัฒนาคุณภาพได้.** คนที่มีคุณภาพอย่างนั้นเมื่อได้รับการอบรมเพิ่มเติมเทคนิคอีกเล็กน้อยก็สามารถประยุกต์เข้ากับปัญหาของตัวเองได้. นำเสียดายที่กรณีอย่างนี้ไม่เกิดขึ้นบ่อยนัก, หรือหากเกิดขึ้นก็ถูกเบรคไปด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ว่าทำไม่ถูก



หากเรามีใจให้กับงาน รู้ว่าเรามีหน้าที่อะไร

ค่อยๆ ศึกษาหาข้อเท็จจริง

และใช้สามัญสำนึกในการแก้ไข

เราก็สามารถพัฒนาคุณภาพได้.

ต้องตามขั้นตอน ขาดข้อมูลสนับสนุนไม่ได้ใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ. การที่จะบอกว่าทำถูกหรือไม่ไม่ใช่เรื่องที่ถูกผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิคจะมาบอกแต่ฝ่ายเดียว. คนที่สำคัญที่สุดที่จะบอกว่าเรื่องนี้ทำถูกหรือไม่คือเจ้าของงานเอง. หากเจ้าของงานเห็นว่าปัญหานั้นหมดไปทำงานได้ราบรื่นขึ้น, สิ่งนั้นก็คือสิ่งที่ถูกต้อง. การนำเครื่องมือหรือเทคนิคพัฒนาคุณภาพมาใช้เป็นเพียงเครื่องช่วยให้หาคำตอบได้ง่ายขึ้น สามารถวัดผลได้น่าเชื่อถือมากขึ้น.

โรงพยาบาลส่วนมากจะเน้นการฝึกอบรม แนวคิด ขั้นตอน และเครื่องมือพัฒนาคุณภาพให้กับเจ้าหน้าที่. วิธีการนี้เป็นสิ่งที่ดีที่ทำให้เกิดทีมงาน และเกิดการเรียนรู้ที่จะทำงานอย่างเป็นระบบ. แต่ผู้เรียนส่วนหนึ่งกลับไปติดในเทคนิคเหล่านั้นจนไม่กล้าคิดทำอะไรแตกต่างออกไปจากแนวทางที่วิทยากรสอน, หรือทำไปด้วยความมืดบอด ไม่รู้ว่าต่อไปจะต้องทำอะไร ทำไปเพื่ออะไร. **นำเสียดายที่เครื่องมือเหล่านี้ แทนที่จะมาช่วยให้สามัญสำนึกของผู้เรียนดีขึ้น, กลับทำให้สามัญสำนึกของผู้เรียนหายไป.**

ผู้ป่วยและลูกค้ำเป็นศูนย์กลาง

เราพูดคำนี้กันจนติดปาก, แต่ถามว่าจริงแล้วเราได้จัดระบบบริการที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและลูกค้ำอย่างแท้จริงหรือไม่. จากการทำงานร่วมกับโทนี่ (Anthony Wagemaker-ที่ปรึกษาโครงการ) ทำให้เราเห็นสิ่งที่เรียกว่า “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น.

ในขณะที่เราเดินออกจากห้องประชุมในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โทนี่หันมาถามพวกเราว่า “โรงพยาบาลมีสถานที่อันสะดวกสบายสำหรับให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลประชุม มีสถานที่เช่นนี้สำหรับให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้เพื่อการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่และเรียนรู้สิ่งที่ควรปฏิบัติตัวหรือไม่?” ในขณะที่เดินผ่านไปสนามอันสวยงาม โทนี่ถามอีกว่า “สนามเหล่านี้ให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วยและญาติอย่างไรบ้าง โรงพยาบาลได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ลงไปเล่นสนามเพื่อรับ ความรื่นรมย์จากสิ่งแวดล้อมอันสวยงามหรือไม่?” เมื่อพวกเราบางคนบอกว่าเป็นเพราะอากาศร้อนจึงไม่มีผู้ป่วยลงไปเล่น, โทนี่ก็บอกว่าถ้าเรามั่นใจที่จะให้ผู้ป่วยได้ใช้ประโยชน์จากสนามจริง เราก็สามารถสร้างเครื่องบังร่มให้กับผู้ป่วยได้. **เท่าที่เป็นอยู่เราทำเพื่อระบบ (system focus) คือทำให้โรงพยาบาลดูเป็นระเบียบสวยงาม.**

โทนี่แนะนำให้พวกเราลองเดินตามผู้ป่วยเพื่อศึกษาขั้นตอนการเข้ารับบริการ, เราจะพบว่าเราได้สร้างขั้นตอนที่ซับซ้อนเกินความจำเป็นขึ้นที่บริการผู้ป่วยนอก. มีบางท่านอธิบายว่าที่ต้องให้ผู้ป่วยผ่านไปตามจุดต่างๆนั้น เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าต้องรอแพทย์นานเกินไป. เหตุผลนี้เป็นสิ่งที่ฟังไม่ขึ้น เพราะผู้ป่วยยินดีที่จะรอแพทย์หากมีข้อมูลให้ว่าจะต้องรอนานเพียงใด เพราะอะไร, แต่การสร้างขั้นตอนมากขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้มากขึ้น.

เปิดมาตรการกระจายบุคลากร

(ต่อจากหน้า 1)

กระจายให้แพทย์ที่ทำงานใช้ทุนได้ไปทำงานในระดับอำเภออย่างจริงจัง

โดยทางที่มิได้ประเมินสถานการณ์ใหม่ประเด็นคำถามต่างๆ ดังกล่าวแต่ละทางเลือกเพื่อประกอบการตัดสินใจ

มาตรการที่ 2 ปรับเกณฑ์และแนวทางการจัดสรรกำลังคน

มาตรการนี้เป็นการคิดหาค่ากลางที่ไม่สูงหรือต่ำจนเกินไป ของอัตรากำลังคนที่เหมาะสมในแต่ละ รพ. ของแต่ละจังหวัด เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดสรรคนและงบประมาณลงสู่แต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสม และลดความไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่ให้น้อยลง

มาตรการเพื่อให้บุคลากรทำงานในชนบทอย่างมีความสุข ต่อเนื่อง และก่อประโยชน์ต่อประชาชนและชุมชน

มาตรการที่ 3 จัดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health System)

เป็นแนวทางใหม่ในการจัด “ระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ” ขึ้นในลักษณะที่เป็น health systems unit ที่มีขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ (Term of Reference) ที่ชัดเจน ภายใต้งบประมาณ

- รัฐบาลจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนและลักษณะของกลุ่มประชากรเฉพาะ ที่เป็นภาระกับระบบสาธารณสุข

- มีระบบการบริหารภายในที่คล่องตัว และจะต้องมีกลไกที่ตรวจสอบได้ทั้งโดยรัฐบาลและประชาชน

สมมติฐานของมาตรการนี้คือ หากทำได้ อาจจะทำให้ระบบสาธารณสุขระดับอำเภอมีความท้าทายและน่าสนใจ เนื่องจากมีโอกาสในการคิดเอง ทำเอง ได้มากขึ้น ทำให้บุคลากรมีกำลังใจในการทำงานมากขึ้น ทำงานต่อเนื่องยาวนานขึ้น ในลักษณะคล้ายกับการรับจ้างทางราชการบริหารงาน โดยมีภารกิจสำคัญคือ การจัดบริการที่ดี มีบุคลากรไปทำงานอยู่อย่างต่อเนื่อง

การดำเนินการปฏิรูประบบราชการและส่งเสริมให้หน่วยราชการที่ทำงานด้านบริการเปลี่ยนไปเป็นองค์กรมหาชน โดยมีกฎหมายรองรับให้มีการกระจายอำนาจไปสู่ภูมิภาคมากขึ้น รวมทั้งเงื่อนไขความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจในปัจจุบัน เป็นปัจจัยสำคัญที่เกื้อหนุนต่อความเป็นไปได้ของการปฏิรูประบบสาธารณสุขตามมาตรการนี้

มาตรการที่ 4 ปรับระบบค่าตอบแทนของแพทย์ระหว่างใช้ทุน และเมื่อพ้นการใช้ทุน

คำถามก็คือ ระบบค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุขควรเป็นอย่างไร โดยวิเคราะห์เฉพาะในระดับอำเภอทั้งหมด ค่าตอบแทนระดับใดที่จะสามารถจูงใจให้บุคลากรสาธารณสุขอยากอยู่ในชนบท

มาตรการนี้จะวิเคราะห์ระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสมของบุคลากรในระดับอำเภอ และเสนอเป็นทางเลือกว่า หากปรับค่าตอบแทนในอัตราเท่าไรจะช่วยสร้างแรงจูงใจเพียงไร รวมทั้งวิเคราะห์ถึงผลกระทบของแต่ละทางเลือกต้องประมาณ และกระทรวงสาธารณสุขจะต้องตัดสินใจว่าจะบริหารจัดการทางเลือกต่างๆ อย่างไร

มาตรการที่ 5 สร้างเครือข่ายระดับจังหวัด ระหว่าง รพช. และระหว่าง รพช. กับ รพค./รพท.

โดยสนับสนุนให้ใช้กลไกการจัดสรรงบประมาณที่ยืดหยุ่น (lumpsum budget) เพื่อใช้แก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้วยวิธีการที่สอดคล้องกับพื้นที่ รวมทั้งใช้พัฒนาการจัดบริการร่วมกัน

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารในส่วนภูมิภาค พบว่าความพยายามแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคน โดยใช้กลไกระดับจังหวัดซึ่งมีงบประมาณสนับสนุนการแก้ปัญหาที่กำหนดโดยพื้นที่ อาจจะทำให้การคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุขคงที่ได้ เช่น การจ้างงาน การสนับสนุนการหมุนเวียนระหว่างแพทย์รพช. รพท. รพค. รวมทั้งการจ้าง

งานบุคลากรในภาคเอกชนร่วมให้บริการ วิธีการดังกล่าวสามารถเชื่อมโยงกับการสนับสนุนให้มีพัฒนาเครือข่ายระดับจังหวัด เพื่อช่วยพัฒนาประสิทธิภาพการบริการไปด้วยพร้อมกัน โดยมีเครือข่ายของระบบสาธารณสุขเชื่อมโยงทุกระดับ เพื่อการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรอบการออกแบบระบบ (Health systems unit design) ที่เหมาะสม

มาตรการที่ 6 ปรับระบบการศึกษาต่อเนื่องแก่บุคลากรสาธารณสุขในชนบท

ปัจจุบัน แพทย์ไปศึกษาต่อเฉพาะทางเป็นจำนวนมาก ประเด็นคือ ทำอย่างไรแพทย์เหล่านั้นจึงจะสามารถทำงานในชนบทได้ต่อไป มีข้อมูลจากการสำรวจนักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (health science) บ่งชี้ว่าการให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในชนบทได้เรียนรู้้อย่างเหมาะสมตลอดเวลา จะทำให้ทำงานในชนบทนานขึ้น โดยมีความรู้สึกว่ามีชีวิตที่ทันต่อเหตุการณ์ และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนและประชาชนได้

ดังนั้น หากจัดระบบการศึกษาต่อเนื่องโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง และออกแบบให้สามารถเพิ่มพูนความรู้ และได้การรับรองจากสถาบันการศึกษา หรือเป็นบัณฑิตที่แสดงถึงความก้าวหน้าทางวิชาชีพได้ ก็จะเป็นแรงจูงใจที่ดีอีกประการหนึ่งในการรักษาบุคลากรด้านสาธารณสุขเอาไว้ให้ทำงานในพื้นที่ต่อไป

นอกจากมาตรการทั้ง 6 พญ. สุพัตราได้ชี้แจงเพิ่มเติมว่าที่เสนอมาแล้ว อาจเสนอมาตรการเสริมเพื่อพัฒนาหรือปรับเงื่อนไขที่ส่งผลทางลบต่อการกระจายกำลังคนไปสู่ชนบท ตัวอย่างเช่น การขยายตัวของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งได้ดึงดูดเอาบุคลากรในชนบทเข้าสู่เมืองมากขึ้น เนื่องจากให้ทั้งความสะดวกสบาย รายได้ และโอกาสที่ดีกว่าการทำงานในชนบทอย่างมาก

ป ล า ย ก ร : ๒ ๕

มีความเป็นไปได้อย่างยิ่งว่า ระบบและโครงสร้างเศรษฐกิจจะต้องมีการปรับตัวครั้งใหญ่ สำหรับการเริ่มต้นรอบพันปีใหม่-ตามคริสต์ศักราช-ที่กำลังจะมาถึง

วิกฤตการณ์เศรษฐกิจที่เริ่มต้นจุดแรกที่ประเทศไทย และลุกลามไปเกือบทั่วทั้งโลกในเวลานี้ ได้สะท้อนให้เห็นได้ว่าการต่อยอดความมั่งคั่งของคนจำนวนน้อยที่มีโอกาสและชนปัจจัยที่เหนือกว่าบนรากฐานของ “เกมเศรษฐกิจ” ที่ใช้เงินต่อเงิน และระบบการตลาดที่มุ่งกระตุ้นการบริโภคอย่างไม่สมเหตุสมผล ที่ได้เป็นแรงขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจทุนนิยมเสรีมาหลายทศวรรษ ที่สุดแล้วก็ไม่อาจยั่งยืน

การปรับเปลี่ยนอาจไม่ได้หมายความว่าความถึงการกลับไปทบทวนแสวงหาสิ่งที่เคยเป็นทางเลือกในอดีต อย่างเช่น ระบบสังคมนิยม ทรราชเท่าที่ระบบทุนนิยมเสรีได้พิสูจน์แสดงให้เห็นแล้วว่าสอดคล้องกับธรรมชาติมนุษย์โลกมากที่สุด แต่การปรับเปลี่ยนอาจหมายถึง การจัดดุลยภาพของความสัมพันธ์ระหว่างชนชั้นทางเศรษฐกิจ ของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศที่ร่ำรวยและทรงอำนาจ กับประเทศที่ยากจนและอ่อนแอ ของความสัมพันธ์ระหว่างแรงขับเคลื่อนทางการตลาดกับความสมเหตุสมผล ของความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกับการใช้ทรัพยากร ให้สอดคล้อง-สมดุลยิ่งขึ้น

บางทีคำว่า WIN-win อาจเป็นนิยามที่ดี สำหรับระบบเศรษฐกิจที่จะเป็นทางเลือกและทางรอดของโลกศตวรรษหน้า แทนคำว่า The Winner Takes All ซึ่งเมื่อถึงที่สุดจะไม่มีอะไรหลงเหลือให้รบกวน หาก “ผู้แพ้” ที่อับจนหนทาง เลือกที่จะปกป้องผลประโยชน์ตนเองโดยไม่สนใจกติกาอีกต่อไป

ในโลกที่ไม่มีความเท่าเทียมสมบูรณ์ “คุณก็ได้ ผมก็ได้ แต่ผมได้มากกว่า” อาจจะเป็นคำตอบ

-ปณิธาน

ที่ปรึกษา

นพ.ปรากรม วุฒิพงษ์
ศ. นพ.ประเวศ วะสี
ศ. นพ.วิจารณ์ พานิช

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

บรรณาธิการบริหาร

นายปณิธาน หล่อเลิศวิทย์

ผู้จัดการ

นส.ดวงพร เสงบุญพันธ์

กองบรรณาธิการ

นพ.สุภากร บัวสาย
นพ.อนุวัฒน์ คุภะชุตikul
นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
นส.นวลอนันต์ ตันติเกตุ
นางงามจิตต์ จันทรสาธิต
นส.เพ็ญจันทร์ ประดับมุข
นางเพ็ญศรี สงวนสิงห์
นส.เนาวรัตน์ ชูมยวง



“ฉบับกระแส” เป็นจดหมายข่าวรายเดือน จัดทำโดยโครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการวิจัยระบบสาธารณสุข และการดำเนินงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

“ฉบับกระแส” ยินดีที่จะเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ขององค์กร หน่วยงานต่างๆ ที่มีเนื้อหาสอดคล้องเกี่ยวเนื่องกับระบบสาธารณสุข โดยสามารถส่งข่าวสารต่างๆ ได้ที่ บรรณาธิการ

ทางขอรับเป็นสมาชิก และการติดต่อขอรับข้อมูล บทความที่ดีที่สุดพิมพ์ไปเผยแพร่ต่อ กรุณาติดต่อ ผู้จัดการ (โทร. 951-1286-93)

ฉบับกระแส

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตที่ 4/2537
ปณฝ. ตลาดขวัญ

นางสาวดวงพร เสงบุญพันธ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง นนทบุรี 11000

เหตุขัดข้องที่นำจ่ายผู้รับไม่ได้

- 1. จ่าหน้าไม่ชัดเจน
- 2. ไม่มีเลขที่บ้านตามจ่าหน้า
- 3. ไม่ยอมรับ
- 4. ไม่มีผู้รับตามจ่าหน้า
- 5. ไม่มารับภายในกำหนด
- 6. เลิกกิจการ
- 7. ย้ายไม่ทราบที่อยู่ใหม่
- 8. อื่นๆ

ลงชื่อ.....