

การวางแผนกำลังคนเภสัชกร โรงพยาบาลชุมชน

PHARMACIST MANPOWER PLANNING IN COMMUNITY HOSPITALS

•• สติตพงศ์ ธนวิริยะกุล
หน่วยวิชาการเภสัชศาสตร์สังคม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Sathitpong Thanaviriyakul
Social Pharmacy Academic Unit,
Chulalongkorn University

รายงานการวิจัยนี้ย่อและเรียบเรียงจากเรื่อง
“การวางแผนกำลังคนเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน”
ซึ่งวิจัยโดยสำลี ใจดี และคณะ จาก
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
และได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยการสาธารณสุข
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน
ส่วนหนึ่งในการกำหนดนโยบายและการวางแผน
ผลิตและพัฒนาากำลังคนเภสัชกรในทศวรรษหน้า
ที่สอดคล้องเหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลง
ของสังคมและการพัฒนาระบบสาธารณสุข

บทนำ

เนื่อง

จากโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการ
สาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการ
พัฒนาการสาธารณสุขส่วนภูมิภาคในระดับอำเภอ และมี
ส่วนในการเปลี่ยนแปลงต่อการกำหนดความต้องการ
กำลังคนเภสัชกรอย่างมาก เช่น การเพิ่มจำนวนเภสัชกร
ในโรงพยาบาลชุมชน 1 คนจะทำให้มีความต้องการ
เภสัชกรประมาณ 600 คนตามจำนวนโรงพยาบาลชุมชน
นอกจากนี้การแสดงบทบาทของเภสัชกรในโรงพยาบาล
ชุมชนนอกจากบทบาทในสถานบัน เช่น การให้บริการ
โดยตรงต่อผู้ป่วยแล้ว เภสัชกรยังมีบทบาทในแง่ของการ
สาธารณสุขผสมผสานในชุมชนอีกด้วย บทบาทนี้มี
ลักษณะพลวัต และมีความผันแปรตามเงื่อนไขของสิ่ง
แวดล้อมทางด้านสาธารณสุขในบริบทของชุมชนนั้น บท
บาทดังกล่าวจึงมีความลำบากในการกำหนดความ
ต้องการแบบตายตัวโดยไม่คำนึงถึงปัจจัยด้านสังคมและ
ชุมชนในสถานการณ์ปัจจุบันแนวโน้มของวิชาชีพเภสัชกรรม
มีความตื่นตัวที่จะพัฒนารูปแบบของงานเภสัชกรรม
ทั้งในด้านของงานเภสัชกรรมคลินิกและงานคุ้มครอง
ผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ความต้องการเหล่านี้เรียกร้อง
ความต้องการของเภสัชกรภายใต้ขีดจำกัดของกำลังคน
การวางแผนกำลังคนเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนก็เพื่อ
มุ่งตอบคำถามว่าควรจะมีจำนวนเภสัชกรเท่าใดและมี

คุณภาพอย่างใดจึงเหมาะสมกับการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศในทศวรรษหน้า

วัตถุประสงค์ของรายงานนี้ คือ

- 1) ประเมินสถานภาพและบทบาทปัจจุบันของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน
- 2) นำเสนอบทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนที่คาดหวัง
- 3) ประมาณการอุปสงค์และอุปทานกำลังคนเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนในทศวรรษหน้า
- 4) เสนอแนะนโยบายการวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการศึกษา

- 1) การศึกษาสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม (Questionaries) ตามเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ทุกแห่งในช่วงเดือนธันวาคม 2536

- 2) การวิจัยภาคสนาม (Field research) ทำการลงสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) เภสัชกรและบุคลากรในฝ่ายเภสัชกรรม แพทย์ผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่ในฝ่ายอื่นๆ ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 10 แห่ง
- 3) การจัดประชุมคณะผู้วิจัยร่วมกับเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนผู้ได้รับเลือกให้เป็นผู้เชี่ยวชาญของโครงการจำนวนประมาณ 35 ท่าน
- 4) การประมาณการด้านอุปสงค์และอุปทานโดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยและข้อมูลจากเอกสารรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

- 1) นโยบายโครงการเภสัชกรคู่สัญญา ได้เริ่มมีผลต่อการกระจายเภสัชกรรุ่นแรกไปสู่โรงพยาบาลชุมชนนับตั้งแต่เดือนเมษายนปี 2532 เป็นต้นไป โดยมีอัตราครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.9 ในปี 2531 เป็นร้อยละ 55.5 ในปี 2532 และเพิ่มเป็นร้อยละ 90.3 ในปี 2536 (ตาราง 1)

ตาราง 1 ความครอบคลุมของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน

พ.ศ.	กรอบที่กำหนด	จำนวนที่มีตามกรอบ	%ครอบคลุม
2529	608	95	15.6
2530	608	145	23.8
2531	608	182	29.9
2532	679	343	55.5
2533	679	493	72.6
2534	679	549	81.3
2535	679	594	87.3
2536	679	613	90.3

ที่มา : กลุ่มงานเภสัชกรรม กองโรงพยาบาลภูมิภาค

2) จากแบบสอบถามเพื่อตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทงานเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนด้านต่างๆ โดยคิดคำนวณเป็นเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Workload) ของฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลชุมชน ที่จัดทำโดยกลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน ผลการคำนวณคิดเป็นค่าเฉลี่ยเวลา (ชั่วโมง/ปี) ของการปฏิบัติงานในกิจกรรมต่างๆ โดยแยกเป็น (1) ค่าเฉลี่ยเวลาที่ปรากฏ (Existing time) (2) ค่าเฉลี่ยเวลาที่คาดหวัง (Expected time) (ตาราง 2) พบว่า

2.1 สถานภาพในปัจจุบัน เภสัชกรส่วนใหญ่ยังใช้เวลาในการปฏิบัติงานในบทบาทเก่า (Conventional หรือ Distributive role) ที่เป็นการคัดเลือก จัดหา ส่งมอบยาให้ดำเนินการไปได้ โดยมีสัดส่วนเวลาที่ใช้คือ งานบริการผู้ป่วยนอก และงานบริหารเวชภัณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 28.34 และ 20.45 ตามลำดับ รองลงมาคืองานที่เกี่ยวข้องกับบทบาทใหม่ทางด้านผู้ป่วยคืองานเภสัชกรรมคลินิก ร้อยละ 14.71 และด้านชุมชนคืองานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ร้อยละ 8.11 ส่วนงานการผลิตยานั้นพบว่ามีส่วนเวลาน้อยที่สุดคือร้อยละ 0.69 (ซึ่งส่วนใหญ่จะเลือกผลิตเฉพาะที่จำเป็นคือ การผลิตน้ำเกลือล้างแผล การผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ และการแบ่งบรรจุยาน้ำ)

2.2 กิจกรรมที่มีเวลาที่ปรากฏมากกว่าเวลาที่คาดหวัง* (ผลต่างเป็นบวก) ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริหารเวชภัณฑ์ งานบริการผู้ป่วยใน งานบริหารโรงพยาบาลและงานฝึกอบรมนักศึกษา เหตุที่เป็นเช่นนี้ก็เนื่องจากเป็นงานบริการพื้นฐานที่ต้องให้บริการ ตลอดจนเภสัชกรยังให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก แต่เมื่อวิเคราะห์ลงไปในรายกิจกรรมแล้ว จะพบว่ายังมีการปฏิบัติงานในหลายๆกิจกรรมที่เป็นงานในกำกับดูแลมิใช่หน้าที่โดยตรงของเภสัชกร เช่น งานธุรการด้านการจัดยาต่างๆ การตัดสต็อกคาร์ต การเบิกจ่ายยา การเก็บเงินและ

ออกใบเสร็จรับเงิน

2.3 กิจกรรมที่มีเวลาที่ปรากฏน้อยกว่าเวลาที่คาดหวัง (ผลต่างเป็นลบ) ได้แก่ งานเภสัชกรรมคลินิก งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข งานผลิตยา งานสนับสนุนสถานบริการระดับรอง และงานเภสัชกรรมชุมชน ซึ่งจะเห็นได้ว่าในกิจกรรมที่เป็นบทบาทใหม่ๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและชุมชน เภสัชกรยังมีการทำกิจกรรมต่างๆ น้อยกว่าที่คาดหวังมาก

3) จากการลงสัมภาษณ์เจาะลึกในโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง พบว่าบทบาทของเภสัชกรส่วนใหญ่จะเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลที่ได้จากแบบสอบถาม แต่จะมีรายละเอียดเพิ่มเติมมากขึ้น กล่าวคือ

3.1 บทบาทด้านงานเภสัชกรรมคลินิก ยังเห็นไม่ชัดเจนนัก กิจกรรมที่มีการทำบ้างก็คือ การให้ counseling ผู้ป่วยเบาหวาน โดยปัจจัยที่สนับสนุนคือ ความกระตือรือร้นของตัวเภสัชกร และการสนับสนุนส่งเสริมจากผู้อำนวยการ

3.2 บทบาทด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (คบส.) ส่วนใหญ่จะเป็นการปฏิบัติตามกรอบและแผนงานของจังหวัดและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยงานหลักคือ การออกตรวจร้านขายยา และร้านขายของชำในพื้นที่รับผิดชอบประมาณปีละ 1-2 ครั้ง กิจกรรมที่ปฏิบัติเกิดจากปัจจัยการสนองตอบนโยบายจากส่วนกลางและสสจ. มากกว่าการผลักดันของผู้ผู้อำนวยการและตัวเภสัชกรเอง

4) แนวโน้มของบทบาทเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนในทศวรรษหน้า จะมีทิศทางหลักๆ 2 แนวทางตามความต้องการของสังคม คือ

4.1 บทบาทในฐานะที่โรงพยาบาลชุมชนเป็น "สถาบัน" หรือสถานบริการที่มุ่งให้บริการรักษาพยาบาล หรือ Secondary care คุณภาพของบริการจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญ ดังนั้นบทบาทเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน จึงมีทิศทางที่มุ่งเน้นบทบาทด้านคลินิกบริการที่เกี่ยวข้อง

* เวลาที่คาดหวัง หมายถึง เวลาที่ควรจะเป็นตามเกณฑ์มาตรฐานของกลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งถือได้ว่าเป็นเกณฑ์คุณภาพที่น่าจะปฏิบัติได้ในปัจจุบัน

ตาราง 2 สรุปสัดส่วนเวลาที่ปรากฏและที่คาดหวังของกิจกรรมต่างๆ

กิจกรรม	สัดส่วนเวลาที่ปรากฏ		สัดส่วนเวลาที่คาดหวัง		ผลต่าง ชม./ปี
	ชม./ปี	ร้อยละ	ชม./ปี	ร้อยละ	
บริการผู้ป่วยนอก	907.6	28.34	619.94	11.42	287.66
บริการผู้ป่วยใน	191.44	5.98	139.09	2.56	52.35
เภสัชกรรมคลินิก	471.12	14.71	1775.84	32.72	-1295.83
บริหารเวชภัณฑ์	654.73	20.45	551.00	10.15	103.73
งานผลิตยา	22.04	0.69	246.67	4.55	-224.63
งานสนับสนุนฯ	239.35	7.48	268.00	4.94	-28.65
งานเภสัชกรรมชุมชน	82.33	2.57	107.00	1.97	-24.67
คุ้มครองผู้บริโภคฯ	259.81	8.11	1572.42	28.97	1312.61
งานอื่นๆ	373.56	11.67	147.00	2.71	226.56
รวม	3201.98	100.00	5426.96	100.00	-2224.98

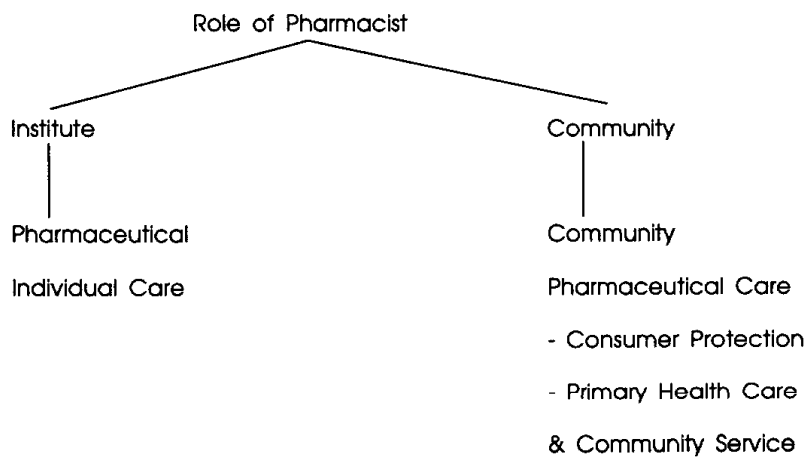
กับผู้ป่วย

4.2 บทบาทในฐานะที่โรงพยาบาลชุมชนต้องเกี่ยวข้องกับ "ชุมชน" เป็นผู้สนับสนุน Primary Care ที่ต้องเน้นการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และนอก

จากนี้ยังได้รับการมอบอำนาจจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ทำงานในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่อาหารและยาดังนั้นเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนจึงต้องมีบทบาททางด้านบริการชุมชนมากขึ้น

.....

แผนภูมิ 1 บทบาทโรงพยาบาลชุมชนในทศวรรษหน้า



5) การวางแผนกำลังคนเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนในทศวรรษหน้า เป็นการประมาณการจำนวนเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน ที่ไหลเข้าและไหลออกจากโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละปีโดยใช้ข้อมูลจริงย้อนหลังนับแต่ปี 2532-2536 เป็นฐานในการคำนวณ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับความต้องการหรืออุปสงค์ใน 4 ทางเลือก คือ

	จำนวนเภสัชกร/แห่ง		
	ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)		
	10	30-60	>60
ทางเลือกที่ 1	1	1	2
ทางเลือกที่ 2	2	2	3
ทางเลือกที่ 3	2	4	5
ทางเลือกที่ 4	3	6	7

ทางเลือกที่ 1	กำหนดตามกรอบอัตรากำลังปัจจุบันที่ยังไม่เปลี่ยนแปลง
ทางเลือกที่ 2	กำหนดตามกรอบอัตรากำลังใหม่ที่มีโอกาสเป็นไปได้มากที่สุด
ทางเลือกที่ 3	กำหนดตามภาระงานที่ควรจะเป็นในปัจจุบัน
ทางเลือกที่ 4	กำหนดตามบทบาทที่คาดหวังและพึงประสงค์

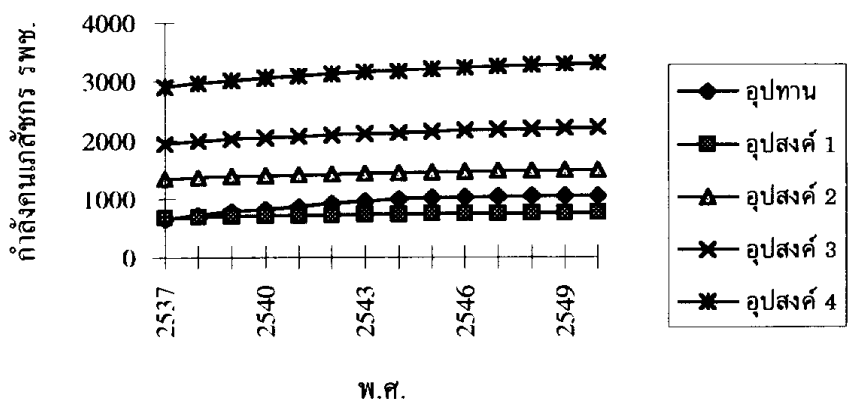
ผลการศึกษาพบว่า

5.1 การกำหนดความต้องการกำลังคนหรืออุปสงค์ ตามกรอบอัตรากำลังเดิม (ทางเลือก 1) ที่ใช้อยู่ นั้น ไม่สอดคล้องกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กรอบอัตรากำลังที่มีอยู่เดิมจะไม่สามารถรองรับบทบาทของงานที่ควรจะเป็นทั้งในปัจจุบันและในอนาคตได้

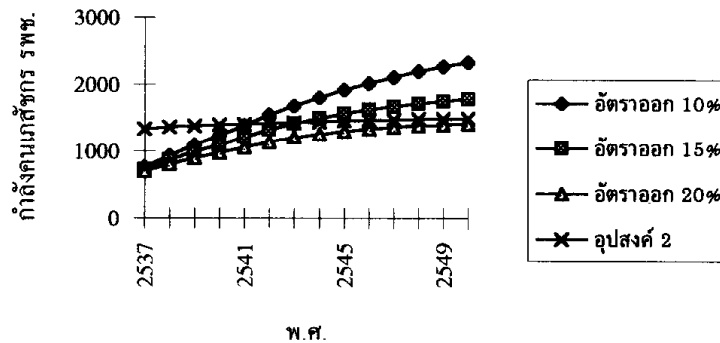
5.2 การกำหนดความต้องการกำลังคนหรืออุปสงค์ตามกรอบอัตรากำลังที่กำลังจะปรับใหม่(ทางเลือก 2) โดยเพิ่มเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนในทุกระดับอีกแห่งละ 1 คนสามารถลดความรุนแรงของปัญหางานในบทบาทของเภสัชกร รพช. ที่มีภาระงานมากเกินไป กรอบอัตรากำลังเดิม จึงเป็นการกำหนดนโยบายด้านอุปสงค์ที่มีความจำเป็นแต่จะส่งผลให้เกิดความขาดแคลนกำลังคนเภสัชกร รพช. ในทันทีทันใด โดยจะมีความรุนแรงมากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับการกำหนดนโยบายด้านอุปทานที่จะลดอัตราการไหลออกจาก รพช. ซึ่งพบว่าถ้าหากสามารถลดอัตราการไหลออกจาก รพช. ได้เป็นร้อยละ 10 หรือ 15 (จากเดิมร้อยละ 27.5) แล้ว จะทำให้อุปทานกำลังคนจะเริ่มมีความเพียงพอนับแต่ปี 2542 และ 2544 ตามลำดับ

5.3 การกำหนดความต้องการกำลังคนหรืออุปสงค์ตามภาระของงานที่ปฏิบัติในปัจจุบันตามที่กลุ่ม

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบอุปสงค์และอุปทานกำลังคนเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบอุปสงค์ทางเลือก 2 และอุปทาน ณ อัตราออกต่างๆ



เภสัชกร รพช. ได้ทำการศึกษาวิจัยไว้ (ทางเลือก 3) หรือการกำหนดตาม บทบาทที่คาดหวังและพึงประสงค์ ในอนาคต (ทางเลือก 4) ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหามะเร็งในเชิงคุณภาพแล้ว จะส่งผลให้เกิดภาวะการขาดแคลนกำลังคนเภสัชกร รพช. เป็นอย่างมาก และอาจนำไปสู่การเตรียมการเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนเภสัชกรในส่วนต่างๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคิดเห็นเชิงนโยบายว่ามีความต้องการให้เภสัชกร รพช. แสดงบทบาทในเชิงคุณภาพดังกล่าวหรือไม่

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1) การพัฒนารูปแบบของงานในบทบาทใหม่ที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยและชุมชนนั้นยังขาดความชัดเจนเนื่องจากภาระของงานเดิมที่มีมาก และการพัฒนางานยังขึ้นอยู่กับความสนใจเฉพาะตัวของเภสัชกรชุมชนเป็นปัจจัยหลัก การสร้างบทบาทใหม่จะพัฒนาได้ก็ต่อเมื่อบทบาทในงานพื้นฐานหรือบทบาทเก่าที่เน้นทางด้านผลิตภัณฑ์ (Product) จะต้องมีประสิทธิภาพ มิฉะนั้นก็ไม่สามารถที่จะเปิดบทบาทสู่บทบาททางด้านผู้ป่วยและชุมชนได้ ดังนั้น การปรับหรือยกเครื่อง (Re-engineering) การทำงานแบบเก่าจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น โดยอาศัยเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ (เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องแบ่งบรรจุยา เป็นต้น) พร้อมๆ กับการวิเคราะห์และจัดระบบบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดงานที่ไม่มี

บทบาทของเภสัชกรลง จะได้มีเวลามากขึ้นในการเปิดบทบาทใหม่ๆ

2) การปรับปรุงกรอบอัตรากำลังใหม่ให้เหมาะสมกับความเรียกร้องต้องการในบทบาทของเภสัชกรเพื่อสร้างระบบการใช้จ่ายที่เหมาะสมเป็นสิ่งที่จะต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อการแก้ไขปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยกรอบอัตรากำลังที่เหมาะสมนั้น จะต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่ระบบที่สำคัญคือ

2.1 ความต้องการในการพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรม โดยเฉพาะบทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นหน่วยงานพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุข ที่ยังมีความต้องการของสังคม (Need) ในอนาคตที่เรียกร้องให้เภสัชกรพัฒนาสู่บทบาทใหม่ในการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและชุมชน

2.2 ความต้องการของภาครัฐที่คาดหวังให้เภสัชกรแสดงบทบาทในระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรอบการปรับตัวของสถานการณ์ต่างๆ ในอนาคต อาทิ เช่น การปรับตัวด้านโครงสร้างองค์กร การกระจายอำนาจ และความหลากหลาย (Diversity) ของระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ต่างๆ

2.3 ข้อจำกัดด้านทรัพยากรต่างๆ อันเกี่ยวข้องกับพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุขต่างๆ ที่จำเป็นต้องคำนึงถึง เช่น ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency)

และความเสมอภาค (Equity)

3) การพัฒนาบทบาทเภสัชกร รพช. ใน ทศวรรษหน้า ต้องอาศัยปัจจัยต่างๆทั้งจากฝ่ายผู้ผลิตคือ มหาวิทยาลัยในการให้ความรู้และเจตคติในการปฏิบัติงาน และฝ่ายผู้ใช้คือกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุน ทรัพยากรต่างๆที่จำเป็นตลอดจนการมีวิสัยทัศน์ (Vision) ที่จะให้เภสัชกรให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง โดยทุกฝ่าย จะต้องมีการปรับตัวเพื่อการสนับสนุน ดังนี้

3.1 สถาบันการศึกษา

- ต้องจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับ บทบาทที่ต้องการของสังคมคือบทบาททางด้านผู้ป่วยและ ชุมชนเพื่อให้เกิดการให้ยาที่เหมาะสม

- มหาวิทยาลัยจะต้องมีโครงการและประสานงาน ใกล้ชิดกับ รพช. ในพื้นที่เพื่อพัฒนารูปแบบของบทบาท ใหม่ให้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

- การสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่เภสัชกรที่ ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมและมีความต่อเนื่อง

- การสร้างภาพพจน์ของเภสัชกรให้เกิดการ ยอมรับในบทบาทใหม่ที่ช่วยกันสร้างระบบการให้ยาที่ เหมาะสมในสังคม

3.2 กระทรวงสาธารณสุข

- การสนับสนุนกำลังคนในฝ่ายเภสัชกรรม ชุมชน และการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานในพื้นที่ อย่างมีความสุขตามอัตภาพและเท่าเทียมกับทีมสุขภาพ

- การกำหนดรูปแบบกิจกรรมและแนวปฏิบัติ (Guideline) ในบทบาทใหม่ให้ชัดเจน โดยอาจกำหนด พื้นที่ทดลองเป็นโครงการนำร่อง (Pilot project)

- การจัดสรรเภสัชกรเพิ่มควรระบุถึงผลลัพธ์ที่ ต้องการและระบบตรวจสอบด้วย

- ควรพิจารณาการเสริมต่างๆ ในการแก้ไขปัญหา ปัญหาการหมุนเวียนที่สูงในรพ.ขนาด 10 เตียง และการ กระจายให้ครบทุกพื้นที่โดยอาจให้การสนับสนุนทางด้าน ความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน การจัดเงื่อนไขการโอน-

ย้ายให้เหมาะสม

3.3 สำนักงานข้าราชการพลเรือน (กท.)

ต้องพิจารณาเรื่องกรอบอัตรากำลัง เงินเดือนแรก บรรจุ ความก้าวหน้าในการประกอบวิชาชีพของทีม สุขภาพให้มีความเป็นธรรมเสมอกัน และไม่แตกต่าง จากภาคเอกชนมากนัก จึงจะรักษาข้าราชการทั้งหลาย ไว้ในระบบได้

3.4 ตัวเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน

- การพัฒนาตนเองให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ของสถานการณ์ต่างๆ

- การพัฒนามาตรฐานและประสิทธิภาพของงาน ที่ปฏิบัติ

- การพัฒนางานบทบาทใหม่ให้เป็นรูปธรรมและ เป็นที่ยอมรับ

4) นโยบายในการจัดสรรกำลังคนใน สถานการณ์ที่ยังมีความขาดแคลน จะต้องมีการวางแผนงาน เป็นขั้นตอนในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้การจัดสรร กำลังคนเป็นไปอย่างเสมอภาคและมีประสิทธิภาพที่สุดดังนี้

- ควรจัดสรรเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนให้ครบ ทุกแห่ง โดยคำนึงถึงหลักการกระจายอย่างเป็นธรรมโดย อาจมีมาตรการเสริมต่างๆ เช่น การกำหนดให้รพช.มี ความสำคัญเป็นอันดับแรกในการจัดสรร

- ปัญหาการลาออกไม่ขาดให้ทุนอาจพิจารณาเพิ่ม ค่าปรับควบคู่กับการสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน

- ในการจัดสรรเภสัชกรคนที่ 2 เพิ่มใน รพช. ควรคำนึงถึงโรงพยาบาลที่มีความพร้อมตามหลักเกณฑ์ที่ กำหนด

- ในการสร้างบทบาทใหม่ของเภสัชกร รพช. จะต้องมีการวิจัยสนับสนุน (Pilot project) ในรพช. เป้าหมาย เพื่อหารูปแบบและแนวปฏิบัติของบทบาท เภสัชกรที่คาดหวัง โดยจะต้องมีการจัดสรรเภสัชกรเพิ่มใน โรงพยาบาลเป้าหมายให้ได้จำนวนตามที่ต้องการเป็นพิเศษ

