การบริหารจัดการโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทและโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน

ฐิติกร โตโพธิ์ไทย*
ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์†
วีระศักดิ์ พุทธาศรี†
อังคณา สมนัสทวีชัย†
วลัยพร พัชรนฤมล†
รายิน อโรร่า‡
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร†

บทคัดย่อ การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทและโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุนโดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการโครงการจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท, คณะแพทยศาสตร์, ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 56 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบต่อภาพรวมของโครงการทั้งหมด ทั้งในส่วนอำนวยการและธุรการของโครงการตั้งแต่การจัดทำโครงการเสนอต่อคณะรัฐมนตรีกำหนดโควตารับและเกณฑ์การรับสมัครนักศึกษา กำหนดระเบียบการใช้จ่ายงบประมาณและพัสดุ รวมถึงการติดตามความก้าวหน้าของนักศึกษาในโครงการและจัดเก็บฐานข้อมูลนักศึกษา คณะแพทยศาสตร์รับผิดชอบในการคัดเลือกนักศึกษาแพทย์และจัดการเรียนการสอนนักศึกษาชั้นปรีคลินิก และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกจัดการเรียนการสอนนักศึกษาชั้นคลินิก ทั้งสามหน่วยงานมีการประสานงานกันอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทในการติดตามการทำสัญญาและการทำงานของบัณฑิตแพทย์ทั้งที่อยู่ภายใต้โครงการ รวมถึงบัณฑิตแพทย์ใช้ทุนในระบบปกติ ในส่วนการบริหารงบประมาณและบุคลากรใช้อ้างอิงตามสังกัดของหน่วยงาน ได้แก่ ระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระเบียบมหาวิทยาลัย และระเบียบโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือ

ข้อเสนอแนะคือ โครงการควรพัฒนาปรับสถานะของโครงการและสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทให้ชัดเจน จัดการพื้นที่ทับซ้อนในการรับนักศึกษาแต่ละจังหวัด และจัดเครือข่ายคณะแพทยศาสตร์และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกให้สอดคล้องกับภูมิศาสตร์ รวมถึงการเพิ่มบทบาทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อโครงการในการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในชนบทให้มากขึ้น

คำสำคัญ: *โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท, โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน, สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท, คณะแพทยศาสตร์, ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก*

---

*กองออกกำลังกาย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
†สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, ‡โครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

Abstract **The Administration of the Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor (CPIRD), and the One Doctor One District (ODOD)**

Thitikorn Topothai*, Rapeepong Suphanchaimat†, Weerasak Puthasri†, Angkana Sommanustweechai†, Waliporn Patcharanarumol† Rajin Arora‡, Viroj Tangcharoensathien†

**Division of Physical Activity Health, Department of Health, Ministry of Public Health, †International Health Policy Program, Thailand, ‡Collaboration Project to Increase Production of Rural Doctor*

This study aimed to explore administrative and management system of the Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor (CPIRD), and the One Doctor One District (ODOD) programs by using qualitative study methods: document reviews, in-depth interviews and group interviews of 56 stakeholders. The stakeholders consisted of the Office of Permanent Secretary, the Office of Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor, medical faculties, medical education centres in affiliated hospitals, and provincial health offices (PHOs). Content analysis was employed for data analysis.

The results showed that the Office of Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor plays important roles for overall management including proposal endorsement to the cabinet, quotas and the criteria for admissions determination, budget and procurement procedures, and student database establishment. Medical schools are responsible for the selection of medical students and teaching medical students in preclinical years while medical education centres have been taking care of students in clinical years. All three units are highly coordinated and consistent. While the PHOs play vital role on monitoring the contract and the work of the medical graduates under the project. The budget and personnel administration are managed under the Ministry of Public Health regulations and universities.

This study recommended the Ministry of Public Health establishes long term status of the CPIRD and ODOD program. In addition, it requires the improvement of management for overlapping location of student recruitment by establishing the network among the program and medical schools according in individual geographical areas. Moreover, promoting roles of PHOs in tackling with rural physician shortage is recommended.

Keywords: *Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor, CPIRD, One Doctor One District, ODOD, Medical School, Medical Education Centre*

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยประสบปัญหาความขาดแคลนแพทย์และการกระจายแพทย์ที่ไม่เป็นธรรมมาเป็นเวลานานซึ่งนับเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ[1] ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบายหลากหลายเพื่อแก้ปัญหานี้ เช่น การเพิ่มการผลิตแพทย์ด้วยการก่อตั้งโรงเรียนแพทย์ในส่วนภูมิภาค การเพิ่มการกระจายแพทย์ด้วยการทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนในต่างจังหวัดของแพทย์จบใหม่ การเพิ่มการคงอยู่ของแพทย์ในชนบทด้วยการเพิ่มค่าตอบแทนและความก้าวหน้าให้แพทย์ที่ทำงานในชนบท และการจัดตั้งโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (The Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor: CPIRD) และโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (One Doctor One District: ODOD) ซึ่งเป็นโครงการในระยะหลังของกระทรวงสาธารณสุข[2]

โครงการ CPIRD และ ODOD เป็นโครงการที่ได้รับการประยุกต์มาจากหลักการธำรงแพทย์ในพื้นที่ขาดแคลนขององค์การอนามัยโลก คือ (1) ทำการคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ที่มีภูมิลำเนาจากพื้นที่ชนบท (rural recruitment), (2) จัดการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ส่วนภูมิภาค (local training), และ (3) ให้บัณฑิตแพทย์กลับไปปฏิบัติงานในภูมิลำเนาของตน (hometown placement)[3] โครงการ CPIRD เริ่มต้นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2538 และโครงการ ODOD เริ่มต่อมาในปี พ.ศ. 2548 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพิ่มการผลิตแพทย์และให้กระจายแพทย์ไปสู่ชนบทมากยิ่งขึ้น, (2) เพิ่มโอกาสแก่นักเรียนในชนบทให้ได้ศึกษาวิชาแพทยศาสตร์, (3) พัฒนา

รูปแบบความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัย และ (4) พัฒนาคุณภาพระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลศูนย์และสถาบันสมทบ[4]

ทั้งสองโครงการทำการคัดเลือกนักเรียนจากชนบท โดยโครงการ CPIRD คัดเลือกนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่มีภูมิลำเนาในระดับจังหวัด (ในอำเภอเมือง) ส่วนโครงการ ODOD คัดเลือกนักเรียนที่มีภูมิลำเนาในระดับอำเภอ (นอกอำเภอเมือง) การจัดการเรียนการสอนของทั้งสองโครงการมีความเหมือนกันคือ ระดับเตรียมแพทย์และปรีคลินิก (ชั้นปีที่ 1-3) จัดการเรียนการสอนที่คณะวิทยาศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยและระดับคลินิก (ชั้นปีที่ 4-6) จัดการเรียนการสอนที่ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกในโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือ ทั้งนี้ โครงการ ODOD มีการจัดการเรียนเพิ่มเติมเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนและระหว่างเข้ารับการศึกษาแพทยศาสตร์เพื่อเป็นการปรับพื้นฐานให้ทัดเทียมกับนักศึกษาแพทย์จากโครงการ CPIRD หรือนักศึกษาแพทย์จากระบบปกติ (ระบบเอนทรานซ์หรือโควตารับตรง) รวมถึงมีเงินสนับสนุนการศึกษาในแต่ละเดือนให้นักศึกษา เมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษาแพทย์จากทั้งสองโครงการจะต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนที่ภูมิลำเนาเดิมหรือที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยสัญญาชดใช้ทุนของแพทย์ในโครงการ CPIRD ไม่ต่างจากแพทย์ในระบบปกติ คือ ชดใช้ทุนไม่น้อยกว่า 3 ปีและมีค่าปรับกรณีผิดสัญญาชดใช้ทุนเป็นเงินจำนวน 400,000 บาท ในขณะที่แพทย์จากโครงการ ODOD มีสัญญาชดใช้ทุนไม่น้อยกว่า 12 ปีและมีค่าปรับกรณีผิดสัญญาชดใช้ทุนเป็นเงินจำนวน 2,000,000 บาท[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับโครงการทั้งสองในหลายประเด็น เช่น การกำหนดโควตาและเกณฑ์การคัดเลือกนักศึกษาแพทย์โดยพิจารณาจากความขาดแคลนแพทย์ทางภูมิศาสตร์ซึ่งพบว่าบางจังหวัดที่มีความขาดแคลนแพทย์และอยู่ห่างไกลความเจริญ แม้จะได้รับโควตาแต่นักเรียนในพื้นที่นั้นไม่สามารถผ่านการคัดเลือกเข้ามาศึกษาได้จึงจำเป็นต้องยกโควตาให้กับจังหวัดอื่น[5], มีการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ใหม่และศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกกระจายตามส่วนภูมิภาคต่างๆ พร้อมกำหนดพื้นที่รับผิดชอบให้กระจายครอบคลุมทุกจังหวัด ยกเว้นจังหวัดกรุงเทพมหานครและนนทบุรี[5], การกระจายบัณฑิตแพทย์และการคงอยู่ของบัณฑิตแพทย์ในชนบท จากการศึกษาของสุวัฒน์ (2551) พบว่า โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทสามารถผลิตแพทย์ให้กับกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2544-2551 ได้ 1,374 คน คิดเป็นร้อยละ 82 ของแพทย์ที่จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด โดยอัตราการผลิตแพทย์เพื่อชนบทมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับแพทย์ระบบปกติที่มีแนวโน้มคงที่หรือลดลงในช่วงเวลาดังกล่าว และพบว่าระยะเวลาคงอยู่ในราชการของบัณฑิตแพทย์ 5 รุ่นแรกของโครงการที่ปฏิบัติงานครบตามสัญญาการใช้ทุนเป็นเวลา 3 ปี มีถึง 484 คน (ร้อยละ 86) และ 415 คน (ร้อยละ 74) ยังคงปฏิบัติงานในราชการต่อแม้จะปฏิบัติงานครบตามสัญญาแล้ว[6] ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกันกับผลการศึกษาของลลิตยา (2550) ที่พบอัตราการคงอยู่ชดใช้ทุนของแพทย์ CPIRD 8 รุ่นแรก ที่ร้อยละ 83 (1,164 คน จาก 1,402 คน) เมื่อเทียบกับแพทย์ระบบปกติที่พบเพียงร้อยละ 52[7] และจากฐานข้อมูลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2554 พบค่ามัธยฐานการคงอยู่ในชนบทของแพทย์เพื่อชนบทอยู่ที่ 4 ปี ส่วนแพทย์ระบบปกติอยู่ที่ 3 ปี[8]

อย่างไรก็ตาม พบว่ายังไม่มีงานวิจัยใดทำการศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการโครงการ ทั้งบทบาทหน้าที่ การบริหารงบประมาณ การบริหารบุคลากรและการประสานงาน การศึกษานี้จึงทำการศึกษาถึงรูปแบบการบริหารจัดการโครงการ CPIRD และ ODOD เพื่อพัฒนานโยบายด้านการจัดการปัญหาความขาดแคลนแพทย์ต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการใช้วิธีการสัมภาษณ์ เชิงลึก (in-depth interview) หรือสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท,

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างคณะแพทยศาสตร์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ภาค	คณะแพทยศาสตร์					ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก				
	สถาบัน	ปีที่จัดตั้ง (พ.ศ.)	จำนวนนักศึกษาทั้งหมด (คน)	จำนวนนักศึกษาในโครงการ (คน)	อัตราส่วนนักศึกษาในโครงการ (%)	โรงพยาบาล	จำนวนเตียง (เตียง)	จำนวนนักศึกษาในโครงการ (คน)	สัดส่วนนักศึกษาทั้งหมด/เตียง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ตะวันออกเฉียงเหนือ	ม.เทคโนโลยีสุรนารี	2536	80	80	100	บุรีรัมย์	590	30	5	บุรีรัมย์
เหนือ	ม.เชียงใหม่	2499	250	50	20	เชียงรายประชานุเคราะห์	791	32	4	เชียงราย
ใต้	ม.วลัยลักษณ์	2549	48	48	100	ตรัง	555	24	4	ตรัง
กลาง	ศิริราช ม.มหิดล	2433	292	16	6	ราชบุรี	855	16	2	ราชบุรี

ที่มา: แผนการผลิตแพทย์เพิ่มภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2556-2560[9], แผนการผลิตนิสิตนักศึกษาแพทยศาสตร์ ปีการศึกษา 2556[14]

ตารางที่ 2 หน่วยงานและผู้ให้สัมภาษณ์

หน่วยงาน	ผู้ให้สัมภาษณ์ (คน)	จำนวน (คน)	รหัส
สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์-เพิ่มเพื่อชาวชนบท	ผู้บริหารและบุคลากร	3	OCP_1 ถึง OCP_3
คณะแพทยศาสตร์ (ศิริราช, ม.สุรนารี, ม.เชียงใหม่, ม.วลัยลักษณ์)	รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์-ที่รับผิดชอบ หรือผู้บริหาร	5	MF_1 ถึง MF_5
	บุคลากร	17	MF_6 ถึง MF_22
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก (รพ.ราชบุรี, รพ.บุรีรัมย์, รพ.เชียงรายฯ, รพ.ตรัง)	ผู้อำนวยการ หรือผู้บริหาร	5	MEC_1 ถึง MEC_5
	บุคลากร	19	MEC_6 ถึง MEC_24
สำนักงานสาธารณสุข (จ.ราชบุรี, จ.บุรีรัมย์, จ.เชียงราย, จ.ตรัง)	นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุข-จังหวัดหรือผู้บริหาร	5	PHO_1 ถึง PHO_5
	บุคลากร	2	PHO_6 ถึง PHO_7
รวม		**56**	

คณะแพทยศาสตร์, ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก, และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหน่วยงานในส่วนกลาง ได้แก่ สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทและหน่วยงานส่วนภูมิภาค การคัดเลือกคณะแพทยศาสตร์แบบเฉพาะเจาะจงคละตามปีการก่อตั้ง (ก่อนและหลังปี พ.ศ. 2500) ในสี่ภูมิภาค (กลาง, ตะวันออกเฉียงเหนือ, เหนือ, และใต้) และอัตราส่วนและจำนวนนักศึกษาในโครงการที่รับ จากนั้นทำการเลือกศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกตามเครือข่ายของคณะแพทยศาสตร์ข้างต้นแบบเฉพาะเจาะจงโดยให้คละตามจำนวนเตียงของโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือตามสังกัดของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกและจำนวนนักศึกษาแพทย์ในโครงการ จากนั้นทำการเลือก

ตารางที่ 3 สรุปบทบาทหน้าที่และการบริหารโครงการของแต่ละหน่วยงาน

	บทบาทหน้าที่ในภาพรวม	บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน	การบริหารงบประมาณ	การบริหารบุคลากร	การประสานงานกับหน่วยงานอื่น
สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท	- เสนอโครงการต่อคณะรัฐมนตรี - กำหนดกฎระเบียบโครงการ และจัดสรรงบประมาณ - จัดทำเกณฑ์กลางและกำหนดโควตาในการรับนักศึกษา	- ไม่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนหนังสือแพทย์โดยตรง - ติดตามความก้าวหน้าของนักศึกษา - จัดทำหลักสูตรพัฒนาอาจารย์แพทย์ของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก	เสนองบประมาณของโครงการต่อคณะรัฐมนตรีและกระจายงบประมาณสู่หน่วยงานอื่น	บุคลากรมาจากการยืมตัวช่วยราชการและลูกจ้าง	ประสานและติดตามการดำเนินโครงการร่วมกับทุกหน่วยงาน
คณะแพทยศาสตร์	- คัดเลือกนักศึกษาแพทย์ - จัดการเรียนการสอนชั้นปรีคลินิก		บริหารงบตามระเบียบปลัดกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัย	บุคลากรสังกัดพนักงานมหาวิทยาลัยตามระเบียบมหาวิทยาลัย	- มีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อเป็นเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างคณะแพทย-ศาสตร์, ศูนย์แพทยศาสตร-ศึกษาชั้นคลินิกและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการคัดเลือกนักศึกษา - การจัดหลักสูตรการเรียนการสอนทั้งระดับปรีคลินิกและคลินิกร่วมกับศูนย์แพทย-ศาสตรศึกษา
ศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก	จัดการเรียนการสอนชั้นคลินิก	จัดทำเกณฑ์และตั้งคณะกรรมการในการรับนักศึกษาร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ จัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนชั้นคลินิก	บริหารงบตามระเบียบปลัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือ	บุคลากรเป็นเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของโรง-พยาบาลคู่ความร่วมมือ	ประสานคณะแพทยศาสตร์ด้านการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนและประสานอาจารย์แพทย์ในโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือด้านการสอน
สำนักงานสาธารณสุข	การติดตามการทำงานของบัณฑิตแพทย์	-	-	-	-

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามจังหวัดที่ตั้งของศูนย์แพทย-ศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีทั้งสิ้น 13 หน่วยงาน จำแนกเป็นหน่วยงานจากส่วนกลาง 1 หน่วยงาน และส่วนภูมิภาค จำนวน 12 หน่วยงาน ผู้ให้สัมภาษณ์มีทั้งสิ้น 56 ราย จำแนกเป็นผู้บริหาร 16 ราย และบุคลากร 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นแบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure questionnaire) ที่ครอบคลุมประเด็นการบริหารจัดการโครงการ งบประมาณ บุคลากร และการประสานงาน ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2556 คณะผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยคนที่หนึ่งร่วมด้วยในการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ณ หน่วยงานของผู้ให้สัมภาษณ์เอง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ยต่อครั้งประมาณ 50-60 นาที พร้อมทำการบันทึกเสียงที่ได้รับการยินยอมจากผู้ให้สัมภาษณ์ และเก็บไว้ที่สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยจำแนกเป็นประเด็นในแต่ละระดับของหน่วยงาน (สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท, คณะแพทยศาสตร์, ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ตามบทบาทหน้าที่ การบริหารจัดการของหน่วยงาน และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งผู้ศึกษาจะนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาจำแนกประเภท จัดหมวดหมู่ และหาความสัมพันธ์เชื่อมโยงของข้อมูล การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของข้อมูล (construct validity) ใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (methodological triangulation) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ได้นำมาตรวจสอบทานกับการทบทวนเอกสาร (document review) เช่น ระเบียบสำนักงาน ทะเบียนนักศึกษา แผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการทำวิจัยและการเก็บข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ ในส่วนการนำเสนอข้อมูลจะเสนอข้อมูลในภาพรวม ผู้เข้าถึงข้อมูลและเทปบันทึกการสัมภาษณ์คือคณะวิจัย เทปบันทึกการสัมภาษณ์จะถูกทำลายภายใน 2 ปีหลังการสัมภาษณ์ โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เครือสถาบันของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หนังสือที่ สคม.1231/2556 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2556

ผลการศึกษา

หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทนั้น ได้แก่ สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท คณะแพทยศาสตร์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยแต่ละหน่วยงานมีบทบาทหน้าที่ การบริหารจัดการงบประมาณและบุคลากร รวมทั้งการประสานงาน ดังนี้

1. สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบต่อภาพรวมของโครงการทั้งหมด ทั้งในส่วนอำนวยการของโครงการ ตั้งแต่การจัดทำโครงการเสนอต่อคณะรัฐมนตรี กำหนดโควตารับนักศึกษา กำหนดเกณฑ์การรับสมัครนักศึกษา ไปจนถึงด้านธุรการ ได้แก่ การกำหนดระเบียบการใช้จ่ายงบประมาณและพัสดุ การจัดสรรงบประมาณให้กับคณะแพทยศาสตร์และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก รวมถึงการติดตามความก้าวหน้าของนักศึกษาในโครงการและจัดเก็บฐานข้อมูลนักศึกษา

ในการกำหนดโควตารับนักศึกษา สำนักงานบริหาร-โครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท พิจารณาจากความขาดแคลนแพทย์โดยใช้อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร Geographic Information System (GIS) และแผนการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข (service plan) จัดทำโครงการระยะ 5 ปี พร้อมระบุจำนวนโควตานักศึกษาแพทย์ที่ต้องการเพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี[9] มีการจัดทำเกณฑ์กลางในการรับสมัครนักศึกษาแพทย์ในทุกมหาวิทยาลัยโดยการกำหนดภูมิลำเนาโดยโครงการ CPIRD จะใช้การคัดเลือกนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่มีภูมิลำเนาในระดับจังหวัด

(ในอำเภอเมือง) ส่วนโครงการ ODOD คัดเลือกนักเรียนที่มีภูมิลำเนาในระดับอำเภอ (นอกอำเภอเมือง) และระยะเวลาการอยู่อาศัยในพื้นที่ของนักเรียนที่จะสมัครเข้าร่วมทั้งสองโครงการไม่น้อยกว่า 5 ปี รวมถึงสถานที่ของโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่นักศึกษาสำเร็จการศึกษาที่ต้องอยู่ในภูมิภาคเดียวกันกับมหาวิทยาลัยที่จะรับ ยกเว้นมหาวิทยาลัยในภาคกลางที่ไม่สามารถรับนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพได้

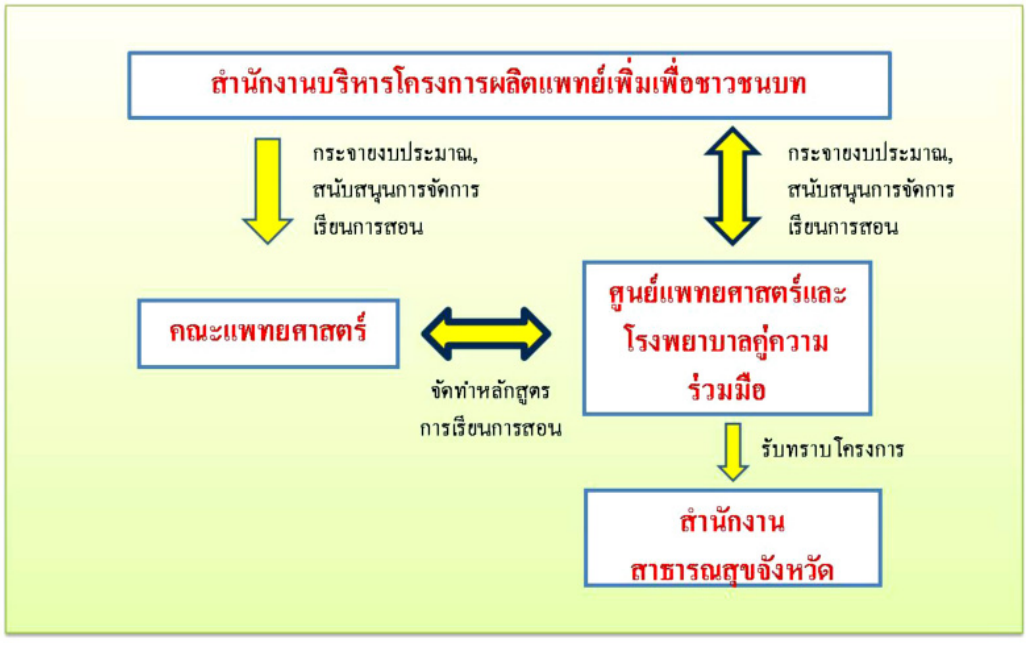
สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทมีหน้าที่ในการติดตามความก้าวหน้าของนักศึกษาและจัดการเรื่องการเรียนซ้ำชั้นของนักศึกษา โดยทำการขอต่ออายุให้นักศึกษาได้ศึกษาจนครบหลักสูตรด้วยการทำบันทึกไปยังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ไม่มีบทบาทในการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนแก่นักศึกษาแพทย์โดยตรงแต่สนับสนุนการจัดการอบรมเตรียมความพร้อมในการสอนของอาจารย์แพทย์จากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก (Essential Course for Medical Educator: ECME) เป็นเวลา 1 สัปดาห์

สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทดำเนินการด้านการบริหารงบประมาณโครงการผ่านการเสนอของบประมาณรายปีต่อคณะรัฐมนตรี โดยจัดสรรงบประมาณที่ได้รับเป็นค่าบริหารจัดการร้อยละ 5 จากนั้นจึงจำแนกเป็นสองส่วนหลัก คือ งบรายหัวนักศึกษา (300,000 บาท/คน/ปี) สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1-3 และส่งงบประมาณต่อให้คณะแพทยศาสตร์และคณะวิทยาศาสตร์เป็นรายปี สำหรับงบประมาณของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4-6 สำนักงานบริหารโครงการฯ จะโอนให้ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกเป็นรายไตรมาสตามจำนวนนักศึกษาในขณะนั้น และงบลงทุนสำหรับการก่อสร้างอาคารเรียน สำนักงานและหอพัก ซึ่งแต่เดิมจะกระจายให้แต่ละหน่วยงานตามจำนวนนักศึกษา 2,000,000 บาท/คน แต่เนื่องจากปัจจุบันทั้งคณะแพทยศาสตร์และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกได้ก่อสร้างอาคารเรียน สำนักงานและหอพักเสร็จเรียบร้อยในช่วงต้นของโครงการแล้ว งบประมาณส่วนนี้จะใช้ในการสร้างสาธารณูปโภคอื่น เช่น สนามกีฬา หรือซ่อมแซมอาคารแทน โดยแต่ละหน่วยงานทำแผนการใช้งบประมาณส่วนนี้และทำการประชุมร่วมกันเพื่อพิจารณาลำดับความสำคัญก่อนเสนอต่อคณะรัฐมนตรีต่อไป

ปัจจุบันบุคลากรของสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท มีจำนวน 20 คน เป็นข้าราชการ 5 คน และลูกจ้าง 15 คน[10] ทั้งนี้ เนื่องจากไม่มีโครงสร้างอย่างเป็นทางการในกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่มีตำแหน่งข้าราชการที่

ตารางที่ 4 การกระจายงบประมาณในโครงการ

ประเภทงบประมาณ	จำนวน	สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท	คณะแพทยศาสตร์	ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก	นักศึกษา
งบรายหัวนักศึกษา	300,000 บาท/คน/ปี	ค่าบริหารจัดการ 5%	300,000 บาท/คน/ปี	300,000 บาท/คน/ปี	-
งบลงทุน	2,000,000 บาท/คน	-	พิจารณาตามลำดับความสำคัญ	พิจารณาตามลำดับความสำคัญ	-
งบจัดติวนักศึกษา ODOD ก่อนเข้าโครงการ	90,000 บาท/คน	-	-	90,000 บาท/คน	-
งบจัดติวนักศึกษา ODOD ระหว่างการเรียน	60,000 บาท/คน/ปี	-	60,000 บาท/คน/ปี	60,000 บาท/คน/ปี	-
งบค่าใช้จ่ายประจำเดือนนักศึกษา ODOD	8,000 บาท/คน/เดือน	-	ค่าหอพัก 3,000 บาท/คน/เดือน	ค่าหอพัก 3,000 บาท/คน/เดือน	ค่าใช้จ่าย 5,000 บาท/คน/เดือน



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ในการประสานงานระหว่างหน่วยงานในโครงการ

สำนักงาน บางรายมีตำแหน่งอยู่ที่สำนักบริหารสาธารณสุขหรือทำงานในรูปแบบการยืมตัวมาช่วยราชการจากส่วนภูมิภาค ที่ผ่านมามีการเปลี่ยนแปลงผู้อำนวยการหลายท่านในระยะเวลาที่สั้นและผู้อำนวยการไม่ได้ทำงานประจำอยู่ที่สำนักงาน (พ.ศ. 2552-2554)

"...สำนักงานเป็นสำนักลอยๆ มากว่า 19 ปี ที่น่าประหลาดใจคือ ข้าราชการที่มาอยู่ ไม่มีตำแหน่ง ไม่มี จ (จ หมายถึง ไม่มีเลขที่ตำแหน่ง หรือหน่วยงานไม่มีอัตรารองรับการบรรจุ การรับย้าย รับโอน)" (OCP_2)

"...การเปลี่ยนผู้บริหารบ่อย ส่งผลต่อความมั่นคงและความต่อเนื่องในการดำเนินโครงการ" (OCP_1)

ในด้านการประสานงาน สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทมีรูปแบบการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นในลักษณะที่เป็นไปในเชิงการประสานงานและขอความร่วมมือ โดยอยู่ภายใต้ระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[10]

"ในส่วนศูนย์แพทย์ เราไม่ได้เป็นเจ้านายโดยตรง เจ้านายโดยตรงคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและขึ้นตรงกับสำนักปลัด เขาจึงไม่ได้เป็นลูกน้องเรา เราเป็นเหมือนเส้นประในเชิงการบริหารจัดการการเงิน" (OCP_1)

2. คณะแพทยศาสตร์

หน้าที่ของคณะแพทยศาสตร์เป็นการคัดเลือกนักศึกษาแพทย์และการจัดการเรียนการสอนเป็นหลัก โดยการคัดเลือกนักศึกษาแพทย์มีการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมกันระหว่างคณะแพทยศาสตร์, ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อเป็นเครือข่ายการทำงานประสานงานกับโรงเรียนมัธยมปลายในการประชาสัมพันธ์ รับสมัคร จัดทำข้อสอบ ตั้งเกณฑ์คะแนนต่ำสุดในการคัดเลือกและสอบคัดเลือกนักศึกษาเข้าโครงการ จำนวนนักศึกษาที่รับและเกณฑ์การรับนักศึกษาพิจารณาจากภูมิลำเนาตามข้อกำหนดของแต่ละโครงการจากสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท แต่รายละเอียดระยะเวลาที่อาศัยในภูมิลำเนานั้นหรือการปัดโควตาระหว่างจังหวัดหรืออำเภอหากจำนวนนักศึกษาไม่เต็มจะขึ้นกับแต่ละเครือข่ายกำหนดเอง

ในด้านหลักสูตรการเรียนทั้งชั้นปรีคลินิกและคลินิกนั้นจะมีการจัดทำร่วมกันระหว่างคณะแพทยศาสตร์และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโดยอิงตามหลักเกณฑ์การศึกษา

แพทยศาสตร์ เฉพาะโครงการ ODOD จะมีการจัดอบรมพิเศษเพิ่มเติมเพื่อปรับพื้นฐานช่วงคัดเลือกนักศึกษาและระหว่างการศึกษาแพทยศาสตร์ด้วย

ในด้านการบริหารงบประมาณ หากเป็นคณะแพทยศาสตร์ที่เปิดก่อนปี พ.ศ.2500 จะบริหารจัดการงบประมาณผ่านคณะแพทยศาสตร์โดยตรงโดยไม่ผ่านมหาวิทยาลัย โดยงบประมาณรายหัวนักศึกษา (300,000 บาท/คน/ปี) จะเข้าคณะแพทยศาสตร์โดยตรงทั้งหมดในครั้งเดียวส่วนคณะวิทยาศาสตร์ที่จัดการเรียนชั้นปีที่ 1 มีการจัดสรรเป็นค่าลงทะเบียน (40,000 บาท/คน/ปี) แต่หากเป็นคณะแพทยศาสตร์ที่เปิดหลังปี พ.ศ.2500 จะบริหารงบประมาณผ่านการจัดการกลางของมหาวิทยาลัย ส่วนงบค่าใช้จ่ายประจำเดือนของนักศึกษา ODOD (8,000 บาท/คน) และงบอบรมระหว่างเรียน (60,000 บาท/คน/ปี) จะเข้าคณะแพทยศาสตร์ตามชั้นปีของนักศึกษาในขณะนั้น และงบลงทุน 2,000,000 บาท/คน ได้มาตามจำนวนนักศึกษาในปีแรกเข้า และมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริหารจัดการร้อยละ 5 การใช้งบประมาณอิงตามระเบียบมหาวิทยาลัยและระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งหากพบว่ามีความแตกต่างกันจะยึดตามระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก การใช้เงินงบประมาณต้องใช้ตามหมวดที่กำหนดโดยไม่สามารถโยกเงินระหว่างหมวดได้ เนื่องด้วยรายละเอียดต่างๆ ในการบริหารจัดการทำให้การบริหารงบประมาณช่วงแรกของโครงการยังไม่ราบรื่นนัก

"ช่วงแรกของการบริหารงบประมาณค่อนข้างชุลมุน เนื่องจากทั้งโครงการ CPIRD และ ODOD ต่างก็มีโครงการย่อยที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงโครงการ แต่ละรัฐบาล ซึ่งมีระเบียบการใช้เงินที่แตกต่างกัน แต่ก็เข้าที่เข้าทางมากขึ้นในปีต่อๆ มา" (MF_2)

ในด้านการบริหารบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ที่เปิดก่อนปี พ.ศ. 2500 จะไม่มีการรับบุคลากรใหม่เพื่อดูแลนักศึกษาในโครงการ แต่เป็นบุคลากรกลางของคณะแพทยศาสตร์แต่เดิม ส่วนคณะแพทยศาสตร์ที่เปิดหลังจากปี พ.ศ. 2500 มีการรับบุคลากรเพิ่มเป็นตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว จัดจ้างตามระเบียบมหาวิทยาลัย

ในด้านการประสานงานระหว่างคณะแพทยศาสตร์และสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทนั้นเน้นด้านการอำนวยการและการบริหารจัดการ เช่น การกำหนดจำนวนนักศึกษาในแต่ละปี การจัดสรรงบประมาณรายปี เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับการทำสัญญาและการติดตามการทำงานของบัณฑิตแพทย์

ทั้งนี้มีการประสานงานร่วมกับศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกอย่างใกล้ชิด ทั้งในการสัมภาษณ์คัดเลือกนักศึกษา การเตรียมหลักสูตร การรายงานผลการเรียน การประชุมตัดเกรดและกิจกรรมนอกหลักสูตร

นอกจากนี้ พบว่า ในบางเครือข่ายนั้น คณะแพทยศาสตร์และศูนย์แพทยศึกษาชั้นคลินิกมีที่ตั้งที่ไม่สอดคล้องกันทางภูมิศาสตร์ เช่น คณะแพทยศาสตร์และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกอยู่คนละภาค เช่น คณะแพทยศาสตร์พระบรมราชชนก มหาวิทยาลัยมหิดล ภาคกลาง และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ภาคใต้ หรือ คณะแพทยศาสตร์ร่วมกับศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกในจังหวัดที่มีคณะแพทยศาสตร์ของจังหวัดนั้นเปิดอยู่ เช่น คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา ร่วมกับศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลนราธิวาส ในขณะที่คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ร่วมกับศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลสงขลา หรือศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกร่วมกับคณะแพทยศาสตร์มากกว่าหนึ่งแห่ง เช่น ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นและคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี[4] เนื่องจากการจัดตั้งเครือข่ายมีมาตั้งแต่ช่วงที่คณะแพทยศาสตร์ใหม่ในมหาวิทยาลัยหลายแห่งยังไม่เปิดรับนักศึกษา ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกในแต่ละจังหวัดจึงต้องจัดตั้งเครือข่ายกับคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยที่ต่างภูมิภาค ซึ่งพบว่าส่งผลต่อการประสานงานและการเรียนการสอนระหว่างกันในภายหลังและเกิดความไม่สอดคล้องทางภูมิศาสตร์ขึ้นเมื่อคณะแพทยศาสตร์ใหม่เปิด

รับนักศึกษาแพทย์แล้ว

อีกทั้งยังพบความทับซ้อนของโครงการในบางพื้นที่จังหวัดโดยนักศึกษาในจังหวัดนั้นสามารถเลือกเข้าโครงการได้หลายมหาวิทยาลัย เช่น จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีโครงการ CPIRD ของทั้งมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม บางเครือข่ายมีการบริหารจัดการภายในเพื่อลดปัญหาพื้นที่ทับซ้อนกัน เช่น กำหนดวันรับนักศึกษาให้เป็นวันเดียวกัน เป็นต้น

"เรื่องพื้นที่ทับซ้อนของโครงการช่วงหลังก็ดีขึ้น เรามีการคุยกันในเครือข่ายเพื่อปรับวันรับนักศึกษาให้เป็นวันเดียวกัน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างแต่ละคณะแพทย์" (MF_5)

3. ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

หน้าที่ของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกมีในด้านการจัดการเรียนการสอนชั้นคลินิกเป็นหลัก บริหารจัดการภายใต้โรงพยาบาลคู่ความร่วมมือที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป โดยนับเป็นกลุ่มงานหนึ่งของโรงพยาบาล การบริหารงบประมาณและบุคลากรจะปฏิบัติตามระเบียบสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทและระเบียบโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือ[11] มีการบริหารผ่านทีมอำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือเป็นประธาน รองประธานคือผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกที่ได้รับการเลือกตั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมีวาระคราวละ 3 ปี ทั้งนี้ ระหว่างการดำรงตำแหน่งจะไม่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม มีการจัดประชุมทีมศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกทุกเดือน[11] เนื่องจากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกได้รับการจัดตั้งขึ้นมาจากโครงการ CPIRD และ ODOD ดังนั้นทรัพยากรที่ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกได้รับนั้นจึงมีไว้เพื่อรองรับนักศึกษาโครงการนี้โดยเฉพาะ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติทรัพยากรเหล่านี้ก็สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับนักศึกษาแพทย์ระบบปกติ แพทย์พี่เลี้ยงและแพทย์ประจำบ้านด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าบางศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนงบประมาณประจำปีอย่างเป็นรูปธรรมที่มีความชัดเจน[11]

ในด้านการเรียนการสอน มีการเตรียมหลักสูตร การเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ระดับคลินิกร่วมกันกับคณะแพทยศาสตร์ โดยอ้างอิงจากคณะแพทยศาสตร์เป็นหลัก เนื้อหาหลักสูตรจะรวมไปถึงกิจกรรมนอกหลักสูตร เช่น กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานในโครงการและกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับอาจารย์แพทย์ นอกจากนี้ในบางรายวิชาหรือวิชาเลือก นักศึกษาจากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกจะกลับไปเรียนที่คณะแพทยศาสตร์ที่มีความพร้อมในการสอนวิชานั้นมากกว่า ส่วนการประเมินการเรียนการสอนพิจารณาจากอัตราการสอบผ่าน National License และจากการเยี่ยมบัณฑิตแพทย์ในสถานที่ปฏิบัติงานจริงหลังสำเร็จการศึกษา

ทั้งนี้อาจารย์แพทย์ภายใต้ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกมาจากแพทย์ภายในโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือทั้งหมด และแม้ว่าทางโครงการได้มีการอบรมเตรียมความพร้อมด้านวิชาการให้อาจารย์แพทย์แล้ว แต่ภาระงานรักษาพยาบาลคนไข้ของอาจารย์แพทย์ก็ยังเป็นปัญหาต่อการเรียนการสอนระหว่างนักศึกษากับอาจารย์

"ช่วงแรกมีแรงต้านจากแพทย์ในโรงพยาบาลมากนะ เพราะแพทย์ส่วนใหญ่เขาเลือกมาแล้วว่าจะไม่เป็นอาจารย์แพทย์ในคณะแพทย์หรือมหาวิทยาลัย ต้องการ service อย่างเดียว แต่พอโครงการนี้เข้ามาได้สักระยะ พอเขาเห็นหน้าน้องๆ นักศึกษา ความเป็นพี่เป็นน้องของวิชาชีพนี้ ก็ทำให้เขาสอนน้องไปเอง แต่ก็ทำให้การ service เป็นไปด้วยความลำบากขึ้น" (MEC_5)

"การจัดการเรียนให้เป็นไปตามตารางเรียนทำได้ลำบาก เนื่องจากอาจารย์แพทย์มีภาระในการรักษาคนไข้ที่มาก รวมถึงบางคนก็ทำคลินิก ทำให้มีการเลื่อนการสอนบ่อยครั้ง การมีอาจารย์ผู้ประสานรายวิชา มีส่วนช่วยให้การบริหารราบรื่นและลดภาระของบุคลากรและนักศึกษาในการเรียน" (MEC_6)

ในด้านการบริหารงบประมาณ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกบริหารงบประมาณผ่านทางโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือ มีบางศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกที่งบประมาณเข้า

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโดยตรง โดยงบประมาณได้รับมาจากสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทหรือมหาวิทยาลัย โดยได้รับงบประมาณเป็นรายไตรมาส มีการหัก 2-5% เป็นค่าบริหารจัดการตามหน่วยงานแรกที่ส่งงบประมาณมา โดยเข้าเป็นเงินหมวดอุดหนุน 1 ปี สามารถใช้ได้ 2 ปี

การใช้งบรายหัวนักศึกษา (300,000 บาท/คน/ปี) ทำโดยการตั้งเรื่องเบิกงบไปยังโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือ เมื่อได้งบประมาณมาแล้ว จะนำไปใช้จ่ายตามหมวดงบประมาณ (หมวดอุดหนุนสถานบริการ 30%, หมวดค่าตอบแทนอาจารย์ 45%, หมวดพัฒนาอาจารย์ 15%, และหมวดบริหารจัดการและตอบแทนบุคลากรสายสนับสนุน 10%)[11,12] โดยอิงตามระเบียบโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือและสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ซึ่งบางครั้งเมื่อระเบียบไม่ตรงกัน ก็ทำให้ไม่สามารถเบิกงบประมาณจากโรงพยาบาลได้หรือเบิกได้ล่าช้า

สำหรับงบจัดติวพิเศษสำหรับนักศึกษาโครงการ ODOD ก่อนเข้าโครงการ (90,000 บาท/คน) จะมีการโอนไปที่ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโดยตรง ส่วนงบค่าใช้จ่ายประจำเดือนและค่าหอพักของนักศึกษาโครงการ ODOD (8,000 บาท/คน/เดือน) จะโอนให้นักศึกษาทุก 6 เดือน โดยจะตัดส่วนที่เป็นงบค่าที่พักนักศึกษาโครงการ ODOD (3,000 บาท/คน/เดือน) เข้าศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก[11,12]

"การที่ต้องยึดระเบียบสองแบบทั้งโรงพยาบาลและสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ทำให้การเบิกงบประมาณหรือพัสดุมีความลำบากมากหากระเบียบทั้งสองไม่ตรงกัน เนื่องจากฝั่งโรงพยาบาลจะไม่ยอมรับระเบียบอื่น..และการทำงานที่ต้องอิงฝั่งโรงพยาบาลทำให้การดำเนินการล่าช้าเพราะต้องรอฝ่ายพัสดุและฝ่ายบัญชีอนุมัติ เนื่องจากฝั่งศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกเองไม่มีข้าราชการประจำไม่สามารถเซ็นชื่อเบิกพัสดุได้เอง" (MEC_7)

ในด้านการบริหารบุคลากรนั้น บุคลากรส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราว มีพนักงานราชการเป็นส่วนน้อย บางศูนย์ฯ ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลมาทำหน้าที่โครงการ ส่งผลให้ไม่มีความก้าวหน้าในสายงาน การขึ้นเงินเดือนเป็นอัตราเดียวกับโรงพยาบาลและโดยการประเมินของผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

ในด้านการประสานงานนั้น ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกมีการประสานงานกับสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทโดยสม่ำเสมอ โดยโครงการเป็นเสมือนพี่เลี้ยงที่คอยช่วยเหลือด้านการบริหารจัดการและเป็นแกนกลางในการประชุมประจำปีระหว่างสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท คณะแพทยศาสตร์และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกทั้งหมดเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจในการบริหารจัดการโครงการ รวมทั้งให้เกิดความรู้ความเข้าใจระหว่างหน่วยงานมากขึ้น โดยการประชุมนั้นทำให้แต่ละหน่วยงานปรับปรุงการบริหารจัดการโครงการให้ดีขึ้น ส่วนในการประสานงานกับคณะแพทยศาสตร์เป็นไปในเชิงการจัดทำหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน รวมถึงการออกข้อสอบและทำกิจกรรมนอกหลักสูตรร่วมกันกับโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือ ผู้อำนวยการและหน่วยงานของโรงพยาบาลมีความร่วมมือกับโครงการและศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกค่อนข้างดี ยกเว้นบางศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกที่พบว่าผู้อำนวยการและหน่วยงานของโรงพยาบาลมีส่วนร่วมน้อยไปทำให้มีปัญหาในการประสานงานโดยเฉพาะเรื่องการเงินและพัสดุที่ระเบียบของโรงพยาบาลและสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทไม่สอดคล้องกัน ส่วนการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเกี่ยวข้องกับการทำธุรการ การทำสัญญาของบัณฑิตแพทย์ การสอบสัมภาษณ์และเชิญมารับทราบการดำเนินโครงการ

"การประชุมศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก ทั้ง 36 ศูนย์จะช่วยให้การดำเนินโครงการเป็นไปด้วยดีขึ้น เพราะจะได้เรียนรู้จากประสบการณ์จากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกที่เก่ากว่า ซึ่งตอนนี้ต้องอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวไปขอคำแนะนำหรือขอตัวอย่างเอกสารจากศูนย์แพทยศาสตร-

ศึกษาชั้นคลินิกอื่นที่รู้จักกัน" (MEC_6)

"บางทีฝั่งโรงพยาบาลเขาก็มองว่าศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกมีเงินเยอะ เวลาเราไปยืมของ เช่น เข็มฉีดยา ก็จะบอกว่าให้ไปใช้ของของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกเองทั้งๆ ที่เราเป็นโรงพยาบาลเดียวกัน น่าจะเข้าใจและช่วยเหลือกัน และบางครั้งการใช้ของร่วมกันหรือสั่งซื้อของด้วยกัน ทำให้ราคาของลดลงกว่ามาก" (MEC_23)

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อการบริหารโครงการรวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานอื่นมีไม่มาก มีบทบาทในการเป็นส่วนหนึ่งในการคัดเลือกนักศึกษาโดยเป็นหนึ่งในคณะกรรมการสัมภาษณ์นักศึกษาก่อนเข้าโครงการ และหลังจบการศึกษาก็ทำหน้าที่ในการติดตามการทำงานของบัณฑิตแพทย์ทั้งที่อยู่ภายใต้โครงการ รวมถึงบัณฑิตแพทย์ใช้ทุนในระบบปกติ แต่ไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดโควตารับนักศึกษาภายในโครงการแต่อย่างใด

ในด้านการเรียนการสอนนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานโรงพยาบาลชุมชนในรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ซึ่งมีเนื้อหาเน้นด้านความเข้าใจถึงระบบงานสาธารณสุขในจังหวัดและการบริหารจัดการโรงพยาบาล รวมถึงการเป็นวิทยากรในบางวิชา

ในด้านการบริหารงบประมาณและบุคลากร แม้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะไม่ได้รับงบประมาณจากโครงการ แต่รองนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็ยังเป็นผู้ดูแลโครงการ และในทางปฏิบัติจะมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ไปร่วมกิจกรรมต่างๆ

วิจารณ์

โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทและโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน เป็นนโยบายที่เพิ่มจำนวนแพทย์ให้กระจายในชนบทมากขึ้น โดยมีหลักการตั้งแต่การคัดนักเรียนที่มีภูมิหลังในชนบท การมีโอกาสได้เรียนในชั้นคลินิกที่มีบริบทปัญหาและการเจ็บป่วยในเขตชนบท รวมทั้งการต้องไปทำงานในพื้นที่ภูมิลำเนาของตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ รวมทั้งพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก และโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือ[4] เพื่อให้บรรลุหลักการและวัตถุประสงค์ดังกล่าว โครงการจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลที่ดี อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษานี้ยังพบข้อจำกัดของการบริหารจัดการโครงการหลายประการ เช่น การขาดความมั่นคงของโครงการที่ไม่ได้เป็นโครงการถาวรระยะยาว (โครงการมีอายุ 5 ปี/ช่วง) โครงสร้างของสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทเป็นเพียงหน่วยงานย่อยภายในสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่ได้อยู่ในโครงสร้างตามสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน และการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารโครงการหรือผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทหลายท่านในช่วงเวลาไม่นานรวมทั้งผู้อำนวยการฯ ไม่ได้บริหารสำนักงานแบบเต็มเวลา[10]

แม้โครงการจะเปิดโอกาสให้นักเรียนจากพื้นที่ชนบทได้เข้ามาเรียนแพทย์ หรือมีการกระจายโควตานักศึกษาไปให้พื้นที่ขาดแคลนจริงตามหลักการและวัตถุประสงค์ของโครงการ[6,7] แต่ด้วยข้อจำกัดในการบริหารจัดการโครงการข้างต้น ทำให้ไม่สามารถวางยุทธศาสตร์การดำเนินโครงการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการอย่างต่อเนื่องได้ รวมถึงไม่สามารถวางแผนการดำเนินการในระยะยาวเพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ได้เต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐาน หรือการพัฒนาบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของ Seble Frehywot ในปี พ.ศ.2549 เรื่องการประเมินนโยบายการบังคับการกระจายแพทย์ในชนบทที่พบความไม่ชัดเจนของแผนการจากส่วนกลางและปัจจัยลบนี้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของหน่วยงานอื่นในโครงการ[13] การศึกษานี้มีความเห็นว่า การพัฒนาทิศทางและสถานะของโครงการจะต้องมีความชัดเจน และเสนอให้มีการปรับปรุงด้านการบริหารโครงการของสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทให้มีความเป็นทางการและมีโครงสร้างชัดเจนเพื่อให้การทำงานราบรื่นมากขึ้น[10]

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงปัญหาเรื่องพื้นที่ทับซ้อนระหว่างคณะแพทยศาสตร์ในการรับนักศึกษา ทำให้บางพื้นที่นั้น นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สามารถเลือกเข้าโครงการได้หลายคณะแพทยศาสตร์ ส่งผลให้นักเรียนส่วนหนึ่งที่ควรจะเข้าศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ที่มีพื้นที่ใกล้บ้านกลับได้ไปศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ที่มีชื่อเสียงซึ่งอยู่ห่างไกลแทน ซึ่งพบว่าขัดแย้งกับหลักการธำรงแพทย์ในพื้นที่ขาดแคลนขององค์การอนามัยโลก[3] และวัตถุประสงค์ของโครงการ[4] ข้างต้น นอกจากนี้การจัดเครือข่ายความร่วมมือระหว่างคณะแพทยศาสตร์ กับศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก พบว่าหลายเครือข่ายไม่สอดคล้องกับที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ เช่น คณะแพทยศาสตร์ภาคกลางเชื่อมกับศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกภาคใต้ การจัดเครือข่ายคณะแพทยศาสตร์และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกให้สัมพันธ์กับการรับนักเรียนที่สอดคล้องตามภูมิลำเนาของตนน่าจะทำให้การประสานงานระหว่างหน่วยงานและการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทบาทของแต่ละหน่วยงานมีการจัดสรรได้อย่างชัดเจน โดยสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทรับผิดชอบโครงการในภาพรวมทั้งด้านอำนวยการและธุรการ คณะแพทยศาสตร์และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการเรียนการสอนเป็นหลัก ทั้งสามหน่วยงานมีการประสานความร่วมมือกันอย่างชัดเจน ในขณะที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นหน่วยงานสำคัญในการดูแลและจัดการกระจายแพทย์ในชนบทยังมีบทบาทในโครงการไม่มากนัก ทั้งที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีฐานข้อมูลจำนวนและการเคลื่อนไหวของแพทย์ในระบบราชการในแต่ละพื้นที่

ด้านการบริหารจัดการบุคลากร เนื่องจากเจ้าหน้าที่ของสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทมาจากการยืมตัวช่วยราชการจากหน่วยงานอื่นในกระทรวงสาธารณสุข เพราะไม่มีกรอบอัตรากำลังภายใต้สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนจึงส่งผลต่อความมั่นคงและความก้าวหน้าของเจ้าหน้าที่ ในส่วนผู้บริหารนั้น ที่ผ่านมามีการเปลี่ยนแปลงผู้อำนวยการหลายท่านในระยะเวลาที่สั้นและผู้อำนวยการก็ไม่ได้ประจำอยู่ที่สำนักงาน ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดำเนินโครงการเช่นเดียวกับศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกที่เจ้าหน้าที่มีตำแหน่งจากฝ่ายอื่นในโรงพยาบาล

การบริหารงบประมาณมีความล่าช้าเนื่องจากมีความไม่สอดคล้องในการอ้างอิงตามระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระเบียบมหาวิทยาลัยและระเบียบโรงพยาบาลคู่ความร่วมมือ[11,12] ตามสังกัดของหน่วยงาน

จากการศึกษาพบตัวอย่างที่น่าสนใจในการบริหารงบประมาณของบางหน่วยงาน เช่น การกระจายงบจัดติวพิเศษเพิ่มเติมเพื่อปรับพื้นฐานให้นักศึกษา ODOD ระหว่างการศึกษาแพทยศาสตร์ ให้แก่นักศึกษาแพทย์จากทุกโครงการเพื่อเป็นการใช้งบประมาณให้คุ้มค่าที่สุด รวมถึงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณประจำปีของบางศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก[11] ที่มีรายละเอียดการบริหารโครงการและงบประมาณชัดเจน ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนให้เป็นแบบอย่างต่อหน่วยงานอื่นในโครงการ

ข้อจำกัดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างหน่วยงานในภูมิภาคในการศึกษานี้ มีเพียง 4 เครือข่ายหน่วยงาน จากทั้งหมด 13 เครือข่าย แม้จะมีการคัดเลือกเครือข่ายแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้มีความหลากหลายของหน่วยงาน แต่ข้อมูลที่ได้ก็อาจไม่สามารถสะท้อนภาพของหน่วยงานทั้งหมด รวมไปถึงช่วงเวลาที่ทำการศึกษานี้เป็นช่วงปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ซึ่งอาจส่งผลกระทบอย่างรวดเร็วต่อสถานการณ์ นอกจากนี้การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการในการศึกษานี้ อาจเป็นข้อจำกัดต่อการได้ข้อมูลที่เป็นไปในเชิงเป็นทางการและมีแนวโน้มเป็นในเชิงบวก โดยเฉพาะหากผู้ให้สัมภาษณ์มีตำแหน่งเป็นผู้บริหาร

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรปฏิรูปกลไกและกระบวนการการบริหารสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อ

ชาวชนบท ให้เป็นหน่วยงานทางการที่อยู่ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) อย่างชัดเจน รวมทั้งมีตำแหน่งข้าราชการภายใต้สำนักงานฯ อย่างเพียงพอ

2. สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทควรประสานกับคณะแพทยศาสตร์ในการลดพื้นที่ทับซ้อนในการรับนักศึกษาของโครงการ ปรับเครือข่ายคณะแพทยศาสตร์กับศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกให้สอดคล้องตามภูมิศาสตร์ และประสานงานแก้ไขระเบียบการดำเนินโครงการที่ไม่สอดคล้องกันให้ราบรื่นขึ้น

3. เพิ่มบทบาทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อโครงการในการกำหนดโควตานักศึกษาโดยให้ความสำคัญกับพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ การวางแผนการกระจายและธำรงบัณฑิตแพทย์ร่วมกัน รวมทั้งปลูกฝังจิตสำนึกและสร้างความผูกพันต่อพื้นที่จังหวัดที่นักศึกษาแพทย์ต้องกลับไปทำงานเมื่อสำเร็จการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้นิพนธ์ขอขอบคุณ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ให้คำแนะนำในการดำเนินโครงการวิจัยนี้มาโดยตลอด, พญ.อัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล ผู้บริหารสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ที่สนับสนุนการดำเนินโครงการวิจัยนี้ในทุกขั้นตอน, ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้, ทีมสัมภาษณ์และเจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศที่อำนวยความสะดวกให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณแก่โครงการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ทักษพล ธรรมรังสี. แพทย์ลาออก : เขาเป็นใคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2547;13(6).
2. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. Human Resources for Health. 2003;1(1):12.
3. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva: WHO Press, World Health Organization,; 2010.
4. สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท กระทรวงสาธารณสุข. โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท. 2555 [cited 2557 17กค]; Available from: http://www.cpird.in.th
5. กมลนัทธ์ ม่วงยิ้ม, นงลักษณ์ พะไกยะ, สัญญา ศรีรัตนะ, จิราภรณ์ หลาบคำ. ความเสมอภาคในการเข้ารับการศึกษาวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย: แผนงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; 2550.
6. สุวัฒน์ เลิศสุขประเสริฐ. โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทกับการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข. Journal of Health Science. 2551;17(7).
7. ลลิตยา กองคำ นพ, สัญญา ศรีรัตนะ,. โครงการศึกษาผลผลิตบัณฑิตแพทย์ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท: แผนงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; 2550.
8. นงลักษณ์ พะไกยะ, ลลิตยา กองคำ, วรางคณา วรราช, สัญญา ศรีรัตนะ, กฤษฎา ว่องวิญญ. การคงอยู่ในชนบทของบัณฑิตแพทย์ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555;6(2):219-27.
9. กระทรวงสาธารณสุข. แผนการผลิตแพทย์เพิ่มภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2556-2560. In: กระทรวงสาธารณสุข, editor. นนทบุรี; 2555.
10. สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท กระทรวงสาธารณสุข. คำชี้แจงประกอบการแบ่งส่วนราชการภายในกรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักส่งเสริมและสนับสนุนการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท. 2556 [cited 2557 21กค]; Available from: http://www.cpird.in.th/index.php/about_cpird/history.html
11. ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. แผนยุทธศาสตร์แผนงบประมาณ 2556. 2556 [cited 2557 21กค]; Available from: http://www.brh.go.th:82/brh_kpi/
12. ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. แผนการใช้จ่ายเงินหมวดอุดหนุนทั่วไป ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ประจำปีงบประมาณ2556. 2556 [cited 2557 21 กค.]; Available from: http://www.meccr.com/2013/ShowGallery.php?id=13
13. Seble Frehywot FM, Perry W Payne, Heather Ross,. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? WHO Bulletin. 2006; 88/5/09-071605.
14. สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. แผนการผลิตนิสิตนักศึกษาแพทยศาสตร์. นนทบุรี: สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; 2552.