บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ความเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจและการเมืองของประเทศไทยในปัจจุบัน กระแสโลกาภิวัฒน์ มีผลกระทบต่อการให้บริการทางสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนต่อบริการด้านสาธารณสุขของรัฐ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้แก่ การปฏิรูประบบราชการ การกระจายอำนาจสู่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มีผลกระทบโดยตรงต่อบทบาทและภารกิจของสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและประชาชน ศูนย์สุขภาพชุมชนจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน และประสิทธิภาพในการให้บริการ มีความเหมาะสมทั้งด้านจำนวน ประเภท และทักษะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำศูนย์สุขภาพชุมชน การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นนโยบายเพื่อสุขภาพที่ดำเนินการในทุกพื้นที่ของประเทศไทย โดยมีนโยบายสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพด้วย การมุ่งเน้นพัฒนาบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิให้เข้มแข็ง เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU) เป็นหน่วยบริการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ ภายใต้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น โดยถือ " สิทธิ " ขั้นพื้นฐานของประชาชนตามชุดสิทธิประโยชน์ ในการใช้บริการของหน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) โดยให้บริการแบบบูรณาการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ กรณีที่เกินความสามารถของหน่วยบริการระดับต้น หน่วยบริการระดับต้นต้องรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่มีความสามารถสูงขึ้นตามลำดับ เพื่อให้การบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนมีคุณภาพและมาตรฐาน สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) ได้กำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิไว้ดังนี้ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่งจะมีประชากรในความรับผิดชอบในจำนวนไม่เกิน 10,000 คน ใช้เวลาในการเดินทางเพื่อมารับบริการโดยรถยนต์ไม่นานเกินกว่า 30 นาที เปิดบริการได้ 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในกรณีฉุกเฉินสามารถ

ประสานงานกับเครือข่ายได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ สำหรับอัตรากำลังได้มีการกำหนดให้มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดย 1 ใน 4 ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สามารถให้บริการอย่างต่อเนื่อง ในอัตราเจ้าหน้าที่ต่อประชากร 1:1,250 มีแพทย์ในทีมบริการสุขภาพนี้ ในอัตรา 1:10,000 กรณีพื้นที่ทุรกันดารขาดแคลนแพทย์ก็สามารถทดแทนด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน โดยต้องมีแพทย์กำกับดูแลในอัตรา 1 : 30,000 สำหรับทันตแพทย์ได้กำหนดอัตรากำลังไว้ที่ 1:20,000 กรณีขาดแคลนสามารถทดแทนด้วยทันตาภิบาล 2 คน และมีทันตแพทย์กำกับดูแลในอัตรา 1:40,000 อัตรากำลังของเภสัชกรกำหนดไว้ในอัตราส่วน 1:15,000 กรณีขาดแคลนให้ทดแทนด้วยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้น 2 คน โดยมีเภสัชกรกำกับดูแลในอัตรา 1:30,000

ในปี 2549 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ปัญหากำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นปัญหาของโลกและอยู่ในขั้นวิกฤติ 57 ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์มีการขาดแคลนประมาณ 2.4 ล้านคน ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีการขาดแคลนใน 11 ประเทศสูงถึง 1.2 ล้านคน สำหรับประเทศไทยสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรอยู่ในระดับต่ำ ประมาณ 30 คนต่อประชากรแสนคน ปัจจุบันประเทศไทยมีแพทย์ 25,932 คน ต่ำกว่าที่ควรจะมีคือ 38,340 คนถึงราว 12,000 คน ขณะที่ทันตแพทย์มีอยู่จำนวน 7,573 คน จากที่ควรจะมี 11,614 คน และวิชาชีพพยาบาลยังขาดแคลนอีก 23,586 คน (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่10,2550) นอกจากนั้นการกระจายแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมกันทำให้พื้นที่ชนบทมีปัญหาการขาดแคลนที่รุนแรง จากการศึกษาประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ โดย ผศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ พบว่าในปี 2540 ภาคเหนือมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร 1 : 5,791 คน ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วน 1 : 720 คน ทันตแพทย์ ภาคเหนือมีสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 1 : 30,248 คน ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วน 1 : 3,389 คน เภสัชกร ภาคเหนือมีสัดส่วนเภสัชกรต่อประชากร 1:15,903 คน ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วน 1 : 1,965 คน และพยาบาลวิชาชีพภาคเหนือมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร1:1,188 คน ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วน 1 : 368 คน

การวางแผนผลิตบุคลากรนั้น แม้ว่า กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการผลิตบุคลากรเพื่อให้เข้าสู่การปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างทั่วถึง และสอดคล้องกับแผนกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลน ทั้งด้านจำนวนบุคลากรและทักษะที่เหมาะสมในการให้บริการในหน่วยปฐมภูมิได้ สาเหตุที่ทำให้เกิดจากการขาดการวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้น ประการแรก การวางแผนกำลังคน

ที่ใช้กันอยู่ปัจจุบันเป็นการวางแผนกำลังคนแบบรวมศูนย์อำนาจ โดยขาดการให้ความสนใจการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนที่สอดคล้องกับภาระงาน หรือ สภาพของพื้นที่แต่ละท้องถิ่น ซึ่งการวางแผนจากส่วนกลางนี้ทำให้ขาดความสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของท้องถิ่น ประการที่สอง การวางแผนกำลังคนปัจจุบันได้ยึดสัดส่วนจำนวนเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนประชากร (Population Ratio) หรือจำนวนเจ้าหน้าที่ต่อสถานบริการ (standard Staffing Schedule) เป็นหลัก ซึ่งเป็นการวางแผนโดยเน้นหนักไปในด้านจำนวนกำลังคนเป็นสำคัญโดยขาดการพิจารณาในด้านทักษะหรือคุณลักษณะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานเช่น ความเชี่ยวชาญความรู้ เพราะสิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่างสูงสุด เพื่อสอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการของท้องถิ่น ตลอดทั้งการวางแผนเพื่อใช้ศักยภาพสูงสุด หรือการเพิ่มผลผลิตของบุคลากร (Productivity) ประการที่สาม เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขระดับต้นอื่น ๆ ต่างก็ทำงานเป็นทีม จึงไม่ควรที่จะวางแผนกำลังคนโดยแยกเป็นส่วน ๆ เฉพาะวิชาชีพ ควรจะดูสัดส่วนการผสมผสานของแต่ละวิชาชีพตามสัดส่วนภาระงานที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนระดับท้องถิ่น เพื่อให้สอดคล้องกับภาระงานและความต้องการของท้องถิ่นนั้น ตลอดทั้งการจัดสัดส่วนของวิชาชีพอย่างเหมาะสม และการพัฒนาบุคลากรเพื่อใช้ศักยภาพสูงสุดและก่อเกิดผลิตผลสูงสุดของบุคลากรนั้น ต้องการงานวิจัยสนับสนุนการตัดสินใจในการวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนเป็นอย่างมาก เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น (Chunharas, 1998)

ในจังหวัดพิษณุโลก มีศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 145 แห่ง (ไม่นับรวมศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาล) ซึ่งได้ดำเนินการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2550 ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า มีศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านเกณฑ์ดังกล่าวเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น โดยเฉพาะหมวดที่ 3 ด้านบุคลากร พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีอัตราส่วนของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรอื่นที่จบปริญญาตรี และบุคลากรอื่นที่ไม่จบปริญญาตรีต่อประชากรมีผ่านเกณฑ์ร้อยละ 46.67,24.85,19.51 และ 13.58 ตามลำดับ

จากปัญหาดังกล่าวปัจจุบันยังขาดงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาระงานในระดับหน่วยบริการระดับท้องถิ่นที่จะช่วยเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ ในการวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการดำเนินการวิจัย เพื่อวิเคราะห์บทบาทและภาระงานในหน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะการศึกษาเปรียบเทียบสถานการณ์กำลังคนและภาระงานระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนหลักและศูนย์

สุขภาพชุมชนเครือข่ายในจังหวัดพิษณุโลกทั้ง 9 อำเภอ ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนกำลังคนสอดคล้องกับภาระงานและความเหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพในปัจจุบัน และสามารถให้บริการตามสิทธิของผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพโดยพิจารณาในด้านการผสมผสานทักษะที่เหมาะสมระหว่างบุคลากร และเกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่อไป

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระงานของศูนย์สุขภาพชุมชนหลักและศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระงานของศูนย์สุขภาพชุมชนหลัก กับศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย
3. เพื่อเปรียบเทียบกำลังคนที่ปฏิบัติงานจริงกับเกณฑ์มาตรฐานกำลังคน (Geographic Information System : GIS) และจากภาระงาน

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทราบถึงสถานการณ์กำลังคนของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยการวิเคราะห์ภาระเปรียบเทียบกับสัดส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่
2. ทราบถึงภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนหลักกับศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงภาระงานของศูนย์สุขภาพชุมชนหลักและศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายตามอัตราส่วนการทำงานด้านบริการ บริหาร วิชาการ
2. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท
3. ทราบถึงความต้องการกำลังคนที่เหมาะสมกับภาระงาน
4. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพตนเอง เพื่อใช้เวลาในการบริหารงานตามภาระงานได้อย่างเหมาะสม
5. เป็นข้อมูลสำหรับผู้วิจัยที่สนใจในการศึกษาเกี่ยวกับอัตรากำลังคนโดยวิเคราะห์ภาระงาน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาเปรียบเทียบสถานการณ์กำลังคนและภาระงานระหว่างศูนย์สุขภาพหลักและศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายในจังหวัดพิษณุโลกทั้งหมด 9 อำเภอ

สมมติฐานของการวิจัย

ภาระงานของศูนย์สุขภาพชุมชนหลักและศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายไม่แตกต่างกันโดยพิจารณาตามบทบาททั้ง 3 ด้าน คือ ด้านบริการ ด้านบริหาร ด้านวิชาการ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาระงาน หมายถึง งานและกิจกรรมในการปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบริการ ด้านบริหารและด้านวิชาการ

การวิเคราะห์ภาระงาน (Workload analysis) หมายถึง กระบวนการเก็บข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานและควบคุมงาน โดยการให้ปฏิบัติงานกรอกรายงานเองหรือสัมภาษณ์หรือสังเกตหรือจากรายงาน เพื่อทราบถึงลักษณะงาน อันจะนำไปสู่การกำหนดคุณสมบัติของคน ตำแหน่งต่าง ๆ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้

กำลังคนด้านสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานทางการแพทย์และสาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

การวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข (Health Manpower Planning) หมายถึง กระบวนการในการกำหนดแนวทางของการประมาณการจำนวน ประเภท และคุณสมบัติของตำแหน่งในระบบสาธารณสุข โดยคำนึงถึงความเหมาะสมเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมาย การปรับปรุงสถานะสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์และพยากรณ์แนวโน้มของความต้องการบริการสาธารณสุข เพื่อทราบถึงปริมาณงานในอนาคต อันนำไปสู่การปรับปรุงและขยายงาน

2. คำนวณบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน พร้อมกับการวิเคราะห์ถึงการทำงานในตำแหน่งต่างๆ และผลการปฏิบัติงาน

3. คาดคะเนความต้องการจำนวนบุคลากรในอนาคต พร้อมด้วยประเภทความรู้ความสามารถในแต่ละตำแหน่งและการฝึกอบรมที่จำเป็น

ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการจัดการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวมผสมผสาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม

ศูนย์สุขภาพชุมชนหลัก หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการจัดการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน โดยมีทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขและมีผลการประเมินมาตรฐาน

ศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งเป็นเครือข่ายของศูนย์สุขภาพชุมชนหลัก มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการจัดการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน และมีผลการประเมินมาตรฐาน